



جامعة محمد بن احمد وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والأرطوفونيا

المطبوعة البيداغوجية لمادة

علم النفس العلاجي والتدخل النفسي لدى الطفل والراشد

موجه لطلبة ماستر علم النفس الصحة

من اعداد د/ شهيدة جبار

أستاذة محاضرة صنف أ

السنة الجامعية 2022-2023

التعريف بصاحب المطبوعة البيداغوجية

الدكتورة؛ شهيدة جبار، أستاذة محاضرة صنف أ، متحصلة على دكتوراه مزدوجة؛ من جامعة وهران 2 و جامعة رنيه ديكارت-ستي السوربون باريس 5، تخصص علم النفس الإكلينيكي والمرضي، عضو في الشبكة الدولية للمناهج الاسقاطية و التحليل النفسي منذ 2017 و مختصة نفسية في خلية الإصغاء و الوساطة بجامعة وهران 1 منذ 2010.

الهدف من مادة علم النفس العلاجي والتدخل النفسي لدى الطفل و الرشد:

يتمثل في كل من الهدف النظري والميداني؛ في تزويد الطلبة بخصوصيات التدخل النفسي العيادي وعلم النفس العلاجي بكافة أنواعه؛ الكاشفة، طويلة المدى، المغطية والقصيرة المدى، مع تقديم شرح مجمل و مفصل لمبادئها وأهم المقاربات التي لابد للطالب من تحقيق نسبة نجاح مهمة تمكنه من السير والاجراء العلاجي التطبيقي الذي يتعين عليه أولا العمل مع الذات حتى يتمكن من النظرة الأحادية المرحبة للمفحوص كطفل، مراهق أو راشد أو حتى شخصا مسنا، وكذلك الامام الإدماجي المرن دون التحيز الى منهج علاجي معين، بغض النظر عن إشكالية المفحوص ومحتواه الثقافي.

قائمة المحتويات

الصفحة	عنوان المحتوى
02	تقديم صاحب المطبوعة البيداغوجية
02	الهدف من مادة علم النفس العلاجي والتدخل النفسي لدى الطفل و الرشد
03	قائمة المحتويات
04	المحاضرة الأولى: مقدمة نحو علم النفس العلاجي والتدخل النفسي
09	المحاضرة الثانية: المنهج العيادي؛ خطوات التدخل و الفحص النفسي
21	المحاضرة الثالثة: العلاج النفسي المتمركز حول العميل
28	المحاضرة الرابعة: المفاهيم والاتجاهات الأساسية لنظرية المتمركز حول العميل
30	المحاضرة الخامسة: مراحل العلاج النفسي الوجودي
33	المحاضرة السادسة: مدخل الى العلاجات السلوكية المعرفية
38	المحاضرة السابعة: العلاج المعرفي
41	المحاضرة الثامنة: العلاج العقلاني الانفعالي
44	المحاضرة التاسعة: الخطة العلاجية السلوكية المعرفية
48	المحاضرة العاشرة: العلاجات العائلية
73	المحاضرة الحادية عشر: العلاج النفسي الجماعي
77	المحاضرة الثانية عشر: العلاج النفسي بالسند
83	المحاضرة الثالثة عشر: التحليل التكاملي لإريك بارن
103	المراجع

1- تاريخ علم النفس العلاجي:

مصطلح علم النفس العلاجي، يخص كل العلاجات النفسية العلمية التي برزت بعد علمية العلاج النفسي، قبل ذلك مر مفهوم العلاج النفسي بمراحل تاريخية متدرجة، على أن اصبحا علميا معترف به، وسنذكر بالمختصر المراحل والمحطات التاريخية التي مر بها؛

1-1- العصور القديمة:

ارتبط العلاج باستخدام الجسد والعقل ارتباطاً وثيقاً (أبقراط). يستخدم الجسد والعقل والفن للعلاج. استخدم أفلاطون الموسيقى، أما أرسطو فالفن عند أرسطو هو المحاكاة ويسمح بالتنفيس (التنفيس). كان سينيكا يداوي بالمراسلة، بينما كان شيشرون يعتبر الفلسفة أفضل دواء. وعلى الرغم من تشابه أساليبهم، إلا أنهم جميعاً كانوا موجّهين وبالتالي لا يمكن مقارنتها بالطريقة التي نفكر بها اليوم.

1-2- العصور الوسطى:

تم التعامل مع مشاكل الحياة العقلية من قبل اللاهوتيين الذين اعتقدوا أن النفس والرغبة (القديس أوغسطينوس) كانتا قاهرتين للجسد. وقد ميّزوا بين الجنون والغباء، وعالجوا وفقاً للطرق اليونانية. خلال القرنين الرابع عشر والخامس عشر، هيمنت الكنيسة على المسألة، وعرّفت الشذوذ على أنه ناشئ من أفعال الشيطان وتوابعه. وتم إنقاذ الروح بحرق الجسد.

1-3- عصر النهضة:

استمرت محاكمات السحر، خاصةً بالنسبة للنساء، وتم التمييز بين مجانين الشيطان والمجانين الطبيعيين، وتم تعريف الأخيرين بالتححرر من المعايير والقدرة على التصرف الغريزي. أنشئت أولى مستشفيات الطب النفسي في إسبانيا على يد الأب جان جوفريس، ولاحقاً على يد رهبانية القديس يوحنا الرب. كان العلاج بالإكراه والعلاج بالأضداد.

1-4- القرن السابع عشر:

كان يقابل نهاية محاكمات السحر الحبس على نطاق واسع لكل من كان يثير قلق البرجوازية (الشحاذون والبلغايا والمجانين) واستخدام أساليب الجالينك (التطهير). كان العلاج عن طريق العمل والاستحمام والتقيد.

1-5- القرن الثامن عشر:

دعت الحركة الإنسانية إلى موقف أكثر إنسانية تجاه المرضى (لوك، كوندريك، روسو). ظهر مصطلح العصاب (ويليام كولين) لتسمية جميع الأمراض العقلية.

وأدت حالات الشفاء التلقائي التي لوحظت إلى موقف "عدم التدخل" من جانب الطب، إلى جانب استخدام العلاج المائي والحمية والأفيون والكهرباء وضبط النفس والعمل. ونصح بنجامين راش بالاستماع إلى المرضى الهذيان والتحدث إليهم وإعادتهم إلى رشدهم من خلال السيناريوهات والخداع. كما حافظ على العناية بضبط النفس للمرضى المهتاجين. ونادى فيليب بينيل بالعلاج الأخلاقي، حيث أن المجانين يحتفظون دائماً ببقية من العقل.

تم البحث عن أصل المرض العقلي على المستوى البيولوجي، ولا سيما العصبي، مما أدى إلى أساليب مثل الكرسي الدوار، ونظريات مثل علم الفراسة (غال) وعلم الفراسة (لافاتييه) والتصورات الأنثروبولوجية للمجرم (لومبروزو)، التي وضعت مع مراعاة الاهتمامات النوسوغرافية والسيمائية.

وقد افترضت المغناطيسية الحيوانية لميسمر التي قدمها في باريس وجود سائل حيوي عام يفضل التأثيرات المتبادلة. وكان المرض العقلي هو عدم انسجام السائل الحيوي، وبالتالي يمكن علاجه باستخدام المغناطيس والمغناطيسات المغناطيسية وغيرها من الموصلات. وكان هو مصدر استخدام الإحياءات التي لاحظها تلميذه أرماند شاستينييه دي بويزيغور.

1-6- التطورات الحديثة في العلاج النفسي:

في القرن التاسع عشر؛ تم الجمع بين المعاناة الجسدية والمعنوية في العلاج مع "المحادثة الحميمة اليومية مع المريض" التي دعا إليها بول دوبوا. تم تنظيم المسرح والموسيقى (الحفلات الراقصة والحفلات الموسيقية) والصحف لأغراض علاجية.

تم منح مؤسسات الطب النفسي إطاراً قانونياً يضمن حقوق المرضى. وأشرفت السلطات العامة على أساليب الإيداع في المصحات النفسية. تم إنشاء مصحات جديدة، وتم استبدال مفهوم الزنزانات بمفهوم المهاجع، لكن أساليب الرعاية كانت راکدة.

طور جيمس برايد، بالاعتماد على العمل في مجال المغناطيسية الحيوانية، طريقة للنوم المستحث وابتكر مفهوم "التنويم المغناطيسي"، الذي تنبأ بتطبيقاته العلاجية. في الخمسينيات، أعاد بروكا وأزام إحياء الاهتمام بالتنويم

المغناطيسي كطريقة للتخدير في الجراحة. وسرعان ما جعلته مدرسة سالبيترير وشاركو حكرًا على الهستيريا، وأثبتوا إزاحة الأعراض بالتنويم المغناطيسي. ومن ناحية أخرى، وصفته مدرسة نانسي وبييرثيم بأنه عملية علاجية وإجراء علاجي، مكرسين مصطلح العلاج النفسي لأول مرة.

القرن العشرين

تم التخلي عن التنويم المغناطيسي لصالح الارتباط الحر، على خطى فرويد، ومفاهيمه عن العلاقة الانتقالية والصراع والتنفيس والمقاومة وما إلى ذلك. كان اللاوعي محور كل الاهتمام، وقدم تلاميذ فرويد المختلفون إسهامات متنوعة (يونغ، أدلر، فيرينزي، رانك، رايش، إلخ). صيغ مصطلح العلاج النفسي التحليلي النفسي بعد عمل آنا فرويد وميلاني كلاين مع الأطفال، وتم إدخال العلاجات الوسيطة مثل العلاج بالفن والدراما النفسية وأحلام اليقظة الموجهة والتدريب الذاتي المنشأ، وقد استُخدم هذا المصطلح من فرانسوا جرانبيه الذي استخدمه ليحل محل العلاج بالفن في عام 1987.

ظهر العلاج النفسي المؤسسي إلى حيز الوجود وأصبح المصح أكثر إنسانية، وأصبح مستشفى للأمراض النفسية، ومن المفارقات أنه تم الاعتراف بالعلاج النفسي مع ظهور مضادات الذهان (لارجاكتيل، 1952) ومضادات الاكتئاب (تروفانيل، 1955)، مما جعل من الممكن علاج المرضى الذين لم يكن من الممكن الوصول إلى الرعاية في السابق. تم الاعتراف الآن بالطب النفسي للأطفال كتخصص.

وقد امتد العلاج النفسي إلى حركات التنمية الشخصية، لا سيما من خلال العلاجات الجديدة التي طورها مركز تنمية القدرات البشرية في الولايات المتحدة الأمريكية، في علم النفس الإنساني الذي يؤكد على الأصالة والإبداع وتحقيق الذات وديناميكيات المجموعة غير الموجهة.

وفي وقتنا الحالي؛ يتم استخدام العلاجات المعرفية السلوكية والعلاجات النفسية التكاملية والعلاجات الوسيطة جنبًا إلى جنب. فالتحليل النفسي بمعنى العلاج، يستهدف بشكل متزايد الأشخاص الأصحاء، كجزء من تحرك عام نحو العلاج والتنمية الشخصية، ولم يعد التحليل النفسي هو النموذج النظري الوحيد ذو الأساليب المثمرة.

وهناك طلب حقيقي للعلاج النفسي، مما يعني أن هناك حاجة إلى تقييم مختلف الأساليب التي تستخدم في العلاج النفسي، كما أن مهنة المعالج النفسي بحاجة إلى الاعتراف بها، من خلال إطار تشريعي يتم وضعه حالياً، على أمل تنظيم عدد من الانحرافات وتوضيح أدوار مختلف التخصصات التي تتنافس عليها.

2-العلاج النفسي مفهوم متعدد الدلالات:

تعدد تعريف العلاج النفسي في القواميس الشائعة بين العشرينيات والستينيات من القرن الماضي في "بيتي لاروس" بين "علاج الأمراض النفسية" و"العلاج باستخدام الأساليب النفسية"، قبل أن يصبح في عام 1997 "العلاج باستخدام الوسائل النفسية، القائم بشكل عام على العلاقة الشخصية بين المعالج والمريض".

ويعرفه بيتي روبرت بأنه "أي علاج باستخدام العمليات النفسية"، ورغم أنه يميز بين استخدامه في الطب النفسي والتحليل النفسي، إلا أنه يترك الباب مفتوحاً أمام كل الممارسات الأكثر تفاهة.

في عام 1995، عرّفته الموسوعة العالمية في عام 1995 بأنه "علاج يتم عن طريق العمليات النفسية" التي "تتعارض مع الأفعال الفيزيائية الكيميائية"، وهو يشمل "كل المعلومات المستقاة من البيئة، والتي من شأنها أن تشمل مختلف أشكال التعلم والتكيف". لذلك يجب أن يقتصر مصطلح العلاج النفسي على آثار العلاقة القائمة بين المريض والمعالج.

في القواميس المتخصصة لعلم النفس؛ يغيب مصطلح العلاج النفسي بشكل غريب (dictionnaire de la psychanalyse، dictionnaire fondamental de la psychologie، dictionnaire usuel de psychologie)؛ مما يثير تساؤلات حول المكانة الخاصة بكل من العلاج النفسي والتحليل النفسي. لا نجد تعريفاً للتحليل النفسي إلا في مفردات لابلانث وبونتاليس للتحليل النفسي: "بالمعنى الأوسع أي طريقة لعلاج الاضطرابات النفسية والجسدية باستخدام وسائل نفسية، [...] وبهذا المعنى، فإن التحليل النفسي هو شكل من أشكال العلاج النفسي". بينما يعارضه في كثير من الأحيان مصطلح "العلاج النفسي التحليلي" الذي يعتبر شكلاً من أشكال العلاج النفسي القائم على المبادئ النظرية والتقنية للتحليل النفسي، دون أن يستوفي مع ذلك شروط العلاج النفسي التحليلي الصارم. وبالرغم من أن هذا التعريف؛ يعود إلى عام 1967 ولا يزال صالحاً حتى اليوم.

3-تصنيف شامبون وميشيل كاردين العملي للعلاجات النفسية من خمس مستويات:

يميز أوليفيه شامبون وميشيل ماري-كاردين؛ خمس مستويات للعلاج النفسي، مع الأخذ بعين الاعتبار العملية العلائقية المعنية، ودرجة شكلية العلاقة والجانب الاحتوائي للإطار. يبدو أن التصنيف الشامل للعلاجات وفقاً لوسائلها وأغراضها ووظائفها وأهدافها (مورو ولاكال) أكثر واقعية، ولكن هذا النهج من شأنه أن يهمل عناصر أساسية مهمة.

3-1- المستوى الأول؛ أو المساعدة النفسية للحياة اليومية

المساعدة النفسية هي الدعم الذي تقدمه العلاقات الإنسانية. وتتم خارج الإطار العلاجي.

3-2- المستوى الثاني؛ أو المواقف العلاجية النفسية أو علم النفس الطبي

يعبر المستوى الثاني عملية علائقية في سياق الرعاية، حيث لا تكون التأثيرات النفسية مركزية أو صريحة. على سبيل المثال، قد تنطوي الرعاية على مواقف المعلمين أو المحامين أو الممرضين أو الأخصائيين الاجتماعيين. وفي السياق الطبي، يمكن أن تتخذ أيضًا شكل التشجيع على الامتثال للوصفة الطبية، أو قيام الطبيب بإحداث تأثير وهمي.

4-2- المستوى الثالث؛ أو العلاجات النفسية المحددة أو المنهجية

يتم تصنيف العلاجات النفسية المحددة وفقًا لمعايير المؤلفين المعتادة. وهي تستند إلى مراجع نظرية وأنماط تواصل محددة مسبقاً. وقد تختلف مدتها وشكلها وعدد المشاركين فيها. نقسم هذا المستوى إلى طرفين من نفس السلسلة المتصلة، لتمييز الكل، ويندرج نحو؛

التوافق مع الإرشاد؛ حيث تستهدف المشورة العملاء الذين لديهم خبرة ذاتية غير مرضية. وهي تتعامل مع مشكلات سلوكية ذات طبيعة مفيدة في الأساس وذات طبيعة موضوعية. يكون الطلب ملموساً وواضحاً. هدف المعالج هو الاستجابة له. للقيام بذلك، سيساعد الشخص المعني على اكتساب المعرفة والمهارات. وبالتالي سيقوم الشخص المعني بتحسين قدراته أو قدراتها التكيفية.

والتوافق مع العلاج النفسي؛ يتعامل العلاج النفسي مع العملاء الذين يعانون من اضطراب شديد في تجربتهم مع أنفسهم. يقدم هؤلاء الأشخاص سلوكيات إشكالية ذات طبيعة عاطفية وشخصية. احتياجاتهم أكثر تعقيداً. يأتي دور العلاج النفسي عندما لا تكون المساعدة التربوية كافية. وهو يركز على مقاومة الفرد. ويحاول كشفها باستخدام منطوق محدد، مثل الارتباط الحر والدلالة الإيجابية. كما يتم استخدام الأوامر الزجرية المتناقضة وإعادة التنشيط المتعمد للأزمة.

4-3- المستوى الرابع؛ أو العلاجات النفسية التكاملية والانتقائية

تستند هذه العلاجات النفسية إلى أبحاث تكشف عن عوامل مشتركة (30%) وعوامل محددة (15%) في تأثيرات العلاجات. فالتحالف المساعدة هو المؤشر الرئيسي لنجاح التقنية. هذه العلاجات النفسية انتقائية من الناحية الفنية. فهي تجمع بين تقنيات مختلفة بالتوازي أو على التوالي.

يشدد تيار التكامل النظري على تكامل النظريات الأساسية المختلفة: "تؤدي الانتقائية الفنية إلى إعداد قائمة طعام بأطباق مختلفة. ويؤدي التكامل النظري إلى إعداد طبق جديد بمكونات مختلفة" (نوكرس 1998).

ويشمل هذا المستوى، على سبيل المثال، العلاجات التكاملية الموجزة والعلاجات المعرفية التحليلية. وهي تجمع بين التعاون النشط والصريح للعلاجات السلوكية المعرفية (العلاجات السلوكية المعرفية) ومفاهيم اللاوعي والانتقال من التحليل النفسي لتعديل السلوك المختل. وينقسم المستوى الخامس أو العلاجات المؤسسية إلى ثلاثة أنواع:

-النوع الأول يشير إلى علاج المرضى الداخليين.

-النوع الثاني يشير إلى العلاج النفسي البيئي. وهي تتم دون تدخل محدد وبمجموعة متنوعة من المراجع النظرية.

-النوع الثالث يشير إلى العلاج النفسي الذي يتم في المؤسسة. يتم صرفها بشكل مستقل. في بعض الأحيان لا ترتبط بالديناميكية المؤسسية. في بعض الأحيان طرق تثبيت الأنا (الأنا الضعيفة، التثبيت)

وتتكون هذه الأساليب من أساليب لطيفة مصممة لتحسين أداء الأنا من خلال العمل على التحكم الانفعالي والدفاعات وحل المشكلات والإحساس بالواقع واستراتيجيات التكيف والتحكم في الذات. ويقومون بذلك مع تجنب تشوهات الانتقال. لا تشجع الأساليب المستخدمة على الانحدار. فهي توفر القليل من التحفيز العاطفي وتتجنب تقويض دفاعات المريض. وبالتالي فإن المساهمة النفسية التعليمية تقدمية ومحتوية وداعمة. على سبيل المثال، فهي تساعد على تحسين الامتثال الطبي ومنع الانتكاسات، إلخ.

5- طرق دعم تنمية الأنا (الأنا المعتدلة، المورتوتينغ):

تركز هذه الأساليب على تطوير الذات السليمة من خلال البصيرة وفهم الذات واحترام الذات. وهي تواجه الشخص بالصعوبات التي تواجهه من أجل العمل على حلها في بيئة داعمة. إنه وقت لتنمية الشخصية من خلال تجربة عاطفية صحيحة. تسمح هذه الأساليب باكتشاف المشاعر والصدمات السابقة بعناية. وهي تشجع الشخص على الاستكشاف والحوار مع صوره أو صورها.

5-1- طرق تحدي الأنا (الأنا القوية، تحدي الأنا):

وهي تشجع الموضوع على التشكيك في عواقب وتداعيات أفكاره وسلوكه. تتطلب إمكانات الموضوع المعرفية والاستبطنانية. تؤدي إلى تحديد الهوية والارتباك.

5-1- طرق تثبيت الأنا (الأنا الضعيفة، التثبيت):

وتتكون هذه الأساليب من أساليب لطيفة مصممة لتحسين أداء الأنا من خلال العمل على التحكم الانفعالي والدفاعات وحل المشكلات والإحساس بالواقع واستراتيجيات التكيف والتحكم في الذات. ويقومون بذلك مع تجنب تشوهات الانتقال. لا تشجع الأساليب المستخدمة على الانحدار. فهي توفر القليل من التحفيز العاطفي وتتجنب تقويض دفاعات المريض. وبالتالي فإن المساهمة النفسية التعليمية تقدمية ومحتوية وداعمة. على سبيل المثال، فهي تساعد على تحسين الامتثال الطبي ومنع الانتكاسات، إلخ.

كما أنها تؤدي إلى تحديد ومواجهة الدفاعات والانفعالات الدرامية. تؤدي إلى الوعي والبصيرة، وإلى فك ارتباط الذات السليمة بالعلاقات الداخلية التي تتداخل معها. تعمل هذه الأساليب من خلال فهم الماضي.

ويمكن تلخيص هذه الأساليب في ثلاث كلمات رئيسية: التوضيح والمواجهة والتفسير. والحرص على عدم الخلط بين العلاج النفسي والعلاج النفسي.

فكلا المصطلحين عرضة لسوء الاستخدام. حتى مشاهدة التلفاز تصبح "علاجية". يجب التمييز بين العلاج النفسي والتنمية الشخصية. هذه مسألة موضوعية وتحدي صحي عام وأكاديمي ومهني.

ولا يزال الغموض يكتنف مهنة المعالج النفسي. فالأطباء النفسيون وعلماء النفس والمحللون النفسيون والمحللون النفسيون والمعالجون النفسيون يتصارعون عليها جميعاً.

يوضح قانون الصحة العامة لعام 2004 الشروط المسبقة للحصول على اللقب. ويمنح اللقب الصفة القانونية. يحدد القانون التدريب والشروط المطلوبة لاستخدام اللقب.

إن متابعة الدورات التدريبية في هذه المدونة لن تجعلك معالماً. ومع ذلك، يمكن أن يساعدك في الحصول على الدبلوم الذي سيمنحك هذه الصفة. وقبل كل شيء، سيساعدك على اكتساب الكثير من المعرفة المطلوبة.

6- مؤشرات وموانع استعمال العلاج النفسي:

في استخدامنا لهذه المصطلحات، نحن نغازل السجل الطبي، بما يتماشى مع رغبة علم النفس في تطبيق المنهج العلمي، وعلى هذا الأساس؛ فإن اختيار العلاج يجب أن يعتمد (هوبر) على نتائج الأبحاث العلمية حول الموضوع، وعلى وجود تقنية معينة لاضطراب معين، وعلى بيانات مقارنة بين عدة تقنيات إذا كانت قادرة على علاج نفس الاضطراب. ومع ذلك، فإن هذا الاختيار يخضع لواقع هذا المجال، مما يعطيه بعداً إبداعياً؛

في الممارسة العملية؛ غالباً ما يلجأ الممارس إلى مزيج من العناصر والتقنيات الفعالة، التي يتم تكيفها أو تكيفها مع حالة حل المشكلة التي تواجه المريض؛ ويؤدي ذلك إلى اعتماد استجابات إبداعية مثل الاستراتيجيات التوليفية أو التشبيه أو التفكيك، إلخ. يقع المعالج النفسي في موقع التقاء موقف الحرفي والمبدع.

إن الدلالة الطبية لهذه المصطلحات تنطوي على البحث عن الربط بين التقنية والاضطراب: إنه البحث عن تطبيق تقنية ما لاضطراب معين، في نهج علمي عقلاني. لكن هذا يمكن أن يكون خطيراً. على سبيل المثال، لقد ثبت أن العلاج المعرفي السلوكي المعرفي فعال للغاية في علاج الوسواس القهري (نسبة نجاحه 75%)، ولكن التوجه المنهجي نحو هذا النوع من النهج يعني إهمال الخطأ السريري و25% من الأشخاص الذين يستجيبون بشكل أقل لهذه الممارسة. وبالإضافة إلى ذلك، أثبت الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي المعرفي ومضادات الاكتئاب فعاليته الكبيرة.

يدعو استخدام أشجار القرارات الباردة إلى التشكيك في فريدة الموضوع ونهج الشخص الذي يُفترض أنه على دراية بعلم النفس، مما قد يؤدي إلى إهمال الديناميكيات الانتقالية، ويسمح للممارس الآلي بإسقاط فشل النهج على المريض بكل أريحية. ولسوء الحظ، بينما يحمي ذلك غرور المعالج، فإنه يفعل ذلك على حساب معاناة المفحوص وهناك أيضاً أسئلة قديمة لا تزال قائمة.

وهذا ينطبق بشكل خاص على تداخل الصور النمطية في إدراك المفحوص، سيكون للمعالج النفسي كل المصلحة في مواجهة هذا التمثيل، لأنه على الرغم من أن نجاح العلاج مرتبط إلى حد ما بتعليم المريض ودراسته، إلا أنه يجب أن يضع في اعتباره أن العمر والطبقة الاجتماعية أو التصنيف YARVIS (شاب، جذاب، غني، موهوب لفظياً، ذكي ومتفوق مهنيًا) أو HOUND (شخص منزلي، عجوز، غير ناجح، غير ناجح لفظياً وفكريًا) يجب ألا يتدخل في قرارات المعالج.

وقد تم وصف ذلك في الدورة التدريبية بطريقة ملتزمة وساخرة للغاية، كآلية دفاعية للممارس. ودون الذهاب إلى هذا الحد، فإن القوالب النمطية (النوع، ما هو جميل جيد) تثبت فعاليتها في العديد من الحالات السريرية العيادية.

على سبيل المثال، يستجيب المرضى الخارجيون (الذين يفضلون الأسباب الخارجية لحالتهم) بشكل أفضل للعلاجات النفسية التوجيهية، والعكس صحيح بالنسبة للمرضى الداخليين.

من جانب الممارس، من المهم أن يؤخذ في الاعتبار انتماءه أو انتماءها لمدرسة نظرية، وخبرته ومهاراته، والتزامه أو التزامها بالعلاج وأي مسارات تعليمية قد يكون اتبعها.

أخيراً، يجب عدم الاستهانة بخطورة الاضطراب، ويجب عدم إهمال سلامة الجسم الفيزيولوجي الحيوي الفسيولوجي للشخص في العلاج. يأخذ النهج الشمولي معناه الكامل هنا، وهذا يظهر بوضوح قيمة القيام بالعمل العلاجي النفسي كجزء من فريق أو شبكة (متعددة التخصصات).

يجب التأكيد على أنه من الصعب تسليط الضوء على أي مؤشرات مضادة، نظراً للطبيعة الفردية غير القابلة للاختزال للتفاعل بين المريض والمعالج، ولذلك يجب طرح السؤال بهذه العبارات) من أي علاج، من قبل أي معاصريات الفحص النفسي في علم النفس العيادي

المحاضرة الثانية: المنهج العيادي؛ خطوات التدخل والفحص النفسي

نتناول في هذا الصدد؛ خصوصية المنهج العيادي في إطار الفحص النفسي للفرد بأسلوب سريري، يعتمد على أدوات المنهج العيادي من؛ مقابلات وملاحظات عيادية التي تتخذ من دراسة الحالة هدفا أساسيا لفهم سيكولوجية المفحوص. وعليه سوف نتطرق في بداية الأمر الى مفهوم الفحص النفسي في علم النفس العيادي وأسسه، أما فيما يلي فسنحدث باختصار عن ماهية علم النفس العيادي كإطار لممارسة المنهج العيادي

أولا : علم النفس العيادي

1. البدايات الأولى لعلم النفس الإكلينيكي:

قبل تحديد بدايات علم النفس الإكلينيكي فإنه يلزمنا أولا تحديد المجالات التي يشغل داخلها هذا الفرع من علم النفس والتي يمكن اختصارها في ثلاث مجالات:

1 -المجال الأول حيث نجد فيه تركيز على القدرات العقلية العامة، وفي هذا المجال يهتم الأخصائي النفسي بقياس قدرات الفرد العامة والمختلفة من نكاء واستعدادات وتحصيل وغيرها من المفاهيم والتكوينات الافتراضية التي يقوم الأخصائي بأجرائها، حيث يظل هذا هو الدور الأبرز للإكلينيكي في هذا المجال.

2 -وفي المجال الثاني الذي يحضر فيه الإكلينيكي يتعلق بقياس الشخصية ووصفها وتقويم السلوك الشاذ فيها، وقد اهتم علم النفس الإكلينيكي بهذا الجانب بعد مرحلة التطور التي عرفها، والتي سنفصل فيها فيما بعد.

3 -أما المجال الثالث وهو المتعلق بطرق وأساليب العلاج المختلفة التي ابتكرها الإكلينيكيون والتي تختلف عن طريق العلاج في الطب النفسي والعقلي، بل تعد هذه الوسائل من ابتكار الإكلينيكيين أنفسهم.

بعد تحديد أهم المجالات في مستواها النظري والتي ينتقل الإكلينيكي داخلها، يمكننا أن نؤطر البدايات الأولى لعلم النفس الإكلينيكي والتي ارتبطت بالأساس على الانشغال في المجال الأول، وبالرجوع إلى مبتكر تسمية علم النفس الإكلينيكي " ويتمر " wertmer نجده قد كان مهتما بالدراسات الذهنية لدى الأطفال خصوصا أولئك الذين يعانون من التأخر الدراسي، فنجد التركيز قائم على البعد المعرفي حيث كانت أول عيادة سنة 1896، لكن قبل ذلك فعلم النفس الإكلينيكي تأثر بمجالين هما:

1 -دراسة السلوك غير السوي (التخلف، الضعف العقلي) حيث كان مهتما بهذه الجوانب كل من " شاركو" وجانيه" ولويس روستان...كل في مجال تخصصه. وتم وصف الاضطرابات على أنها ظواهر طبيعية، وقد عملوا على البحث عن الأسباب المؤدية لهذا الشذوذ، حيث نجد مثلا " برنهايم" ركز على علاج الهستيريا، و" وليام جيمس" قدم إسهامات مهمة في مجال الشخصية السوية وعلم النفس المرضي.

2 -أما المجال الثاني الذي أثر في بدايات علم النفس الإكلينيكي إن لم نقل أنه ركيزته الأساسية فهو دراسة الفروق الفردية مع كل من " غالتون" و" كاتل" خصوصا عند نشر "كاتل" لمقاله "الاختبارات والمقاييس العقلية"،

وهنا نجد بأن وضع الاختبارات أصبح مظهرا من مظاهر علم النفس الإكلينيكي، وبعد ذلك نشر "benet" و "simon" عام 1905 اختبار شامل لقياس القدرة العقلية للأطفال المتأخرين عقليا، وقد عرف هذا الاختبار عدة مراجعات.

تظهر إذن البدايات الأولى لعلم النفس الإكلينيكي على أنها تداخل لمجموعة من الأحداث المهمة بمجالات بحث مختلفة لتسهم في بناء فرع مهم في علم النفس. لكن ما هي التطورات التي عرفها علم النفس الإكلينيكي بعد ذلك؟ وما هي مجالات الاهتمام التي أصبح يشملها الأخصائيون بالبحث والدراسة وأيضا التطبيق؟

2. تطور علم النفس الإكلينيكي:

حدث تطور كبير لعلم النفس الإكلينيكي بعد الحرب العالمية الثانية حيث كثر عدد المصابين بالاضطرابات النفسية، ومع قلة الأطباء النفسيين تم اللجوء إلى البحث عن مساعدة الأخصائيين الإكلينيكين، ومن هنا بدأت خطوات العلاج لدى الإكلينيكين أيضا، فتحول العمل في علم النفس الإكلينيكي إلى المستشفيات ومختلف الأماكن التي يتواجد فيها السكان بهدف تقديم المساعدة والتوجيه وأيضا العلاج، وقد حصل هذا التطور بحدوث نوع من التلاحق حيث كان في الولايات المتحدة الأمريكية الاهتمام بالاختبارات مع "كاتل" ومع هجرة العلماء الأوروبيين في ظروف الحرب العالمية تم انتشار مبادئ التحلي النفسي، وانطلق بذلك الاهتمام أكثر بالشخصية وقياس خصائصها المنحرفة، وذلك كمحاولة لمواجهة ما تخلفه الحرب من اضطرابات في صفوف الكبار الذين يعانون من انهيارات نفسية، وهكذا تم تحول علم النفس من الاهتمام بالأطفال في بدايته إلى الاهتمام بعلاج الراشدين أيضا، وذلك بالتركيز على ما يساعد الفرد في العلاج وعدم الاهتمام أكثر بالتصنيفات. وبهذا أصبح المجال شاسعا لعمل الإكلينيكين على جميع المستويات حيث أصبح الإكلينيكي متواجد في الكثير من المجالات:

- في السجون يتم تحديد المصابين بالأمراض العقلية وقياس الذكاء.
 - القيام بالعلاج الفردي والجماعي.
 - إجراء الاختبارات المساعدة على وضع المبحوثين في المهن والمدارس الموجودة داخل السجن.
 - تطبيق اختبارات الشخصية خاصة للراشدين في مستشفيات الأمراض العقلية.
- وحوالي 1960 وبعد انخفاض حدة علاج المصابين في الحرب عاد الاهتمام مرة أخرى بالأطفال وأيضا تم التوسع في مجالات كثيرة أخرى.

ويمكن تحديد التحولات التي عرفها علم النفس الإكلينيكي بعد البدايات الأولى:

- 1 - الانتقال من الاهتمام الرئيسي بمشكلات ومعوقات الأطفال إلى مشكلات توافق الكبار.
- 2 - الانتقال من قياس الذكاء إلى قياس الشخصية.

3 - الانتقال من الاهتمام بتصنيف الشذوذ العقلي مع توكيد وظيفة الإكلينيكي إلى الاهتمام بحالات العلاج الفعلي .

وبعض النظر عن التقسيم التاريخي لظهور علم النفس الإكلينيكي فيمكن إعطاء قواعد عامة والتي يشتغل عليها الإكلينيكي والتي تظل مسلمات في هذا الفرع من علم النفس وهي :

1 - الحافز والدافعية: فكل سلوك له دافعية.

2 - الحتمية النفسية والمعنى السلوكي.

3 - الاطراد بين السلوكيات لدى الأشخاص

4 - التقريرية واللاشعورية في الدوافع.

5 - السلوك أنماط متعلمة ومكتسبة.

بمعنى أشمل فإن الأخصائي عليه أن يحيط بكل ما يمكنه التأثير في السلوك وذلك لعدم إغفال مثير أو آخر في تفسير منحى سلوك معين، وذلك بمراقبة وضبط الجوانب المنهجية في دراسته من خلال دقة الملاحظة، وعدم الانسياق وراء التصنيفات من خلال عنونة الأفراد بصفات قارة ثم الذر والدقة في مسائل القياس والتقدير الكمي. ثانيا: مفهوم الفحص النفسي:

فعل الفحص النفسي، يتجاوز، ويستوعب وسائل الفاحص (القياس النفسي) نمو عملية تفاعل بين الفاحص و المفحوص، وهو فعل ملاحظة شخصية يقوم بها الفاحص على المفحوص، وليس العكس.

C Chiland (1980) ، تسمى هذا المقاس أو البعد " اللاتناظر l'asymétrie وتتميز هذه الملاحظة أنها

سريعة تشمل مجالا زمنيا مختصرا (45د) كي تعطي نتيجة بنفس عمق الملاحظة المطولة.

يتضمن الفحص النفسي توظيف:

1 - طاقة الفاحص على التركيز و الانتباه.

2 - قوة الاستيعاب، و التسجيل التي تمثلها تقنياته، بحيث يتصف الفحص بخاصية زمنية في مدة تتجاوز ما

بين 20-45 د ، أي لا تكون طويلة إلى الحدّ ، أين يتشتت الانتباه و الحضور بـ% للفاحص و المفحوص،

وكذا خاصية علائقية، بحيث لا تكون إلا في وضع علاقة ثنائية. (face à face)

بهذا المنظور يستوفي الفهم الشمولي لتصرفات وديناميكية الشخصية.

الهدف من الفحص النفسي:

هو إعطاء صورة متكاملة، وجدلية ما أمكن عن المفحوص ووضعيته ، بوضع تشخيص بنيوي، تصنيفي

taxinomique ووظيفي.

ثانيا: القواعد المهنية للفحص النفسي:

-[التزامات خاصة بالفاحص النفسي:

*الإعداد الذاتي و معرفة حدوده النفسية:

لابدّ من احترام و ضبط المسافة النفسية على المستوى العلائقي بين الفاحص و المفحوص، كما لابدّ أن يكون الفاحص ملماً بجميع الجوانب الخاصّة بالشخصية في مختلف الإبعاد، وبتقنيات الفحص المعرفية و النظريّة، حيث فعالية و علمية الممارسة النفسية تتناسب مع كفاءة الفاحص المعرفية، التقنية و درجة وعيه، ومستوى نضجه الشّخصي.

*التنبّه للمعايير الإيديولوجية:

-ضبط السرّ المهني.

-الحذر من استغلال النفوذ و السّلطة.

-صياغة معطيات المفحوص على شكل تقرير بعد دراسة الطلب (من أين - من - لماذا؟)، و يكتب التقرير بالشكل الذي يخدم مصلحة المفحوص، ويسهل على الآخرين التعامل معه، دون الخضوع لأيّ امتيازات تخرج عن العلاقة المهنية.

*احترام الممارسة السيكولوجية :

ونقصد به الامتناع عن تقديم أي شكل من أشكال الفحص أو التشخيص خارج الإطار المهني (من موقع غير رسمي)، الذي يؤدي قد يؤدي إلى عدم تحمّل أي نوع من المسؤوليات، و بالتالي قد يتحوّل الأمر إلى نوع من الهزل.

*تجنّب السّطحية و التسرع

*النّظرة الشّمولية :

فالمفحوص هو كلّ متجانس لجميع المتغيّرات من جانب تاريخي و علائقي.

المحاضرة الثانية: نحو الاتجاهات العيادية التحويلية

*الحيادية و الموضوعية:

لابدّ أن يكون وعي الفاحص قادراً على التقاط لا وعي المفحوص بمعنى ضرورة انتباه الفاحص لمقاومات اللاواعية، اللّغة الجسديّة التي يقدّمها المفحوص، كما لابدّ أن تكون له أذن تصغي إلى الشّخص المفحوص، وأخرى تصغي إلى ذاته هو: أي لا يخدم رغباته كما لابدّ أن يتحكّم في التّحويل المضادّ و يضبطه.

- التّحويل المضادّ:

هو مجموعة من الاتجاهات الواعية و اللاواعية، الذي يخصّ الفاحص (psy) اتجاه المفحوص و تتمثّل في:

-التّرحاب الحيادي. Disponibilité.

-الرزّانة: التحكّم في مشاعر القلق.

-التحكّم في مشاعر الحبّ و الكره.

-التحويل:

هو تكررا العلاقة مع المواضيع (الأبوية) التي سبق و أن عاشها المفحوص في الماضي، و إزاحتها نحو شخص المفحوص.

وينقسم التحويل حسب S.Freud إلى:

*تحويل سلبي:

ويقصد به كلّ أشكال الكره، الانزعاج و العدائيّة (الغضب - النّقْد السّلبّي - الحكم السّلبّي) من المفحوص نحو شخص الفاحص.

*تحويل إيجابي :

عادة يساعد التّحويل الإيجابي على السّير الحسن للفحص، ولكن في إطار علاجي لا بدّ من توضيح خاصية هذا التّحويل. كما أنّ الرّزّانة تسمح بتقبّل الإيقاع التطوّري للمتحدّث (المفحوص)، بحيث لا نكون بحاجة إلى هذا التقبّل باستعمال تقنية ما.

ثالثا: المنهج العيادي

كلمة منهج في الأصل يونانية. MITA- ODOS

MITA : تعني نحو vers= و اتّجاه.

ODOS: تعني به la voix.

المنهج هو الطّريقة التي يتّبعها الباحث للإجابة على أسئلة التي يثيرها موضوع بحثه.

أمّا المنهج العيادي: فيعني دراسة الفرد بوصفه وحدة شاملة لا تقبل التّجزئة، بهدف التعرّف على حالته بطريقة تبصيرية، دقيقة، بحيث يعتمد على دراسة الحالة: فهي المجال الذي يتيح للمختصّ النّفسيّ جمع معلومات ومعطيات عن تاريخ الحالة وراهنه(الجانب العلائقي، انشغالات، معاناة) و الرّبط بينهما للتمكّن من الفهم، والتّحليل و إصدار التّشخيص و التّبوء به.

مبررات استخدام هذا المنهج :

- 1 - وجود حدود للتجريب في المجال الإنساني : مما يقلل الظواهر النفسية التي تخضع للتجريب،
- 2 - كرامة الانسان : فنحن لا نستطيع أن نعرض الإنسان لصدمة نفسية شديدة لنرى أثرها على نفسيته، أو نطلب من زوجين الانفصال لنرى أثر ذلك على الأولاد، لكن الظروف البيئية والاجتماعية تمدنا بشكل تلقائي

بحالات كثيرة تعرضب لصدمة نفسية شديدة. وفي هذه الحالات نرى أن المنهج الإكلينيكي هو أفضل المناهج لدراسة تلك الظاهرة.

الطريقة الإكلينيكية :

"هي تلك الطريقة التي تركز على دراسة الحالات الفردية والتي تمثل الظاهرة المراد دراستها دراسة شاملة ومتعمقة "

في هذه الطريقة يتعرف الباحث على: تاريخ الحالة للفرد والظروف التي عاشها، ويستخدم معه الاختبارات النفسية الإسقاطية وغيرها للتعرف على أعماق الفرد هذا المنهج يتطلب جهداً ووقتاً كبيرين لذا لا نستطيع تكبير العينة.

مميزاته:

1 . قادر على الوصول إلى أعماق الفرد وكشف مكنوناته (علم الأعماق).

2 . قادر على إعطاء صورة متكاملة عن الشخصية.

3 . يستخدم هذا المنهج لتعميق نقطة معينة من نقاط بحث استخدم له منهجاً آخر بشكل أساسي.

عيوبه :

1 . يتطلب كفاءة عالية من جانب الباحث وخبرة واسعة وبصيرة نافذة، وهذا غير متوفر في كثيرين.

2 . لا توجد ضوابط محددة له مما يسمح بالذاتية تؤثر على نتائجه.

أدوات دراسة الحالة:

المقابلة العيادية:

هي محادثة متبادلة، متتابعة، وجها لوجه، بناء على علاقة اجتماعية، تقوم على التبادل المرن (أسئلة - أجوبة) بهدف الحصول على معطيات وبيانات هادفة.

أنواع المقابلة العيادية:

1 -مقابلة حرّة:

ندع المفحوص يتكلم دون توجيهه، أو إجباره على الإجابة عن أسئلة معينة، هذا لا يعني أننا لا نتدخل، بل في تدخلنا نشجعه على أن يواصل الحديث، وذلك بتلخيص جملة ما قاله، المختص النفسي لا يأتي بجديد، ولكن يساعد المفحوص على فهم نفسه، تعتبر هذه المقابلة علاجية/ أو إرشادية، وهي لكارل روجرز .

2 -مقابلة نصف موجّهة:

المختص هو الذي يبني المقابلة نسبياً مع المفحوص، أي نتدخل ثم نترك المفحوص يبني ما يستطيع بنائه، مثلاً : ماذا تشعر؟

3 -مقابلة موجّهة :

يكون المختصّ النفسي المتدخّل الوحيد في بناء هذه المقابلة، دون أن يترك المجال للمفحوص لإثراء إجاباته، وعادة تأخذ أسلوب الاستبيان أو الاستمارة.

المحاضرة الثالثة: اطار الفحص العيادي

الملاحظة العيادية:

هي تسجيل الظواهر، و السمات بطريقة منتظمة، من خلال المشاهدة أو الإدراك الصحيح، أي تسجل كما هي ، بأخذ الأسباب و النتائج في العلاقة(الفاحص/المفحوص) دون تفسير، حكم، شرح.

أنواعها:

1 - ملاحظة مباشرة: à mains nues

تكون بمشاهدة هادفة وفق قواعد وتصميم معيّن، (classification) مع إدراك أوجه العلاقات و التفاعلات الموجودة و عادة تخصّ السجل اللفظي.

2 -ملاحظة غير مباشرة: O Armées

و تكون من خلال معالجة التقارير الخاصة بنتائج الاختبارات أو عبر وسائل أخرى.

رابعاً: أنواع التّشخيص:

عادة لدينا ثلاث (03) تناولات:

1 -التّناول الكيفي:

يهدف إلى التّشخيص الوظيفي، كيف تتوظّف نفسيا هذه الحالة في الزّمان و المكان، وهناك ثلاث(03) توظيفات رئيسية حسب التّحليل النفسي :

التوظيف العصابي/ الذّهاني/ البيئي.

2 -التّناول التصنيفي: taxinomique

وهنا نضيف الحالة حسب سند معيّن من التّصنيفات الموجودة مثل (DSM - C1M10) ،التي تعتمد على تقويم متعدد المحاول:

1 -نوع الإضطراب و رمزه التصنيفي.

2 -نوع اضطراب الشّخصيّة.

3 -اضطرابات نفسية اجتماعية و محيطية.

4 -إصابة طبيّة.

4 -التّقويم العامّ للتوظيف. EGF

3 -التناول البنيوي:

تركز فيه على فهم

أولا : إدماج الهوية.intégration du soi.

ثانيا: فحص الواقع. l'épreuve de la rechuté.

ثالثا: أنواع اللآليات الدفاعية.

خامسا: محددات المقابلة العيادية

1 -اللاتناظر. l'asymétrie

2 -صورة المختصّ. l'image de psychologue.

3 -المرآة: le miroir :

*الاستماع. / eup , com/ act, attention / autom/ select:

*إعادة الصياغة، الإنعكاس.

4 -ضبط الاتصال اللفظي و الغير لفظي.

5- الطلب.

فحص الهيئة العقلية:

وهو فحص عقلي (القدرات العقلية و الإنفعالية)، من تصميم الأستاذ الدكتور قويدر نصره رحمه الله سنة 1978.

يتأسس على حسب الملاحظة المباشرة، والغير مباشرة، بحيث تتضمن الاستجابات السلوكية التلقائية، اللفظية و الحركية و كذا البيانات من المحيط الذي يتواجد فيه الفرد: و يتمثل في:

1 *الاستعداد و السلوك العام:

نقصد به ، الهيئة، النمط الجسمي biotypologie ، اللباس، التعبيرات الوجهية المرتبطة بالسلوك العام، من خلال المقابلة كمفحوص متعاون، أو غير متعاون مع المختصّ النفسي الفاحص.

مثلا: إيماءات، إشارات القلق، الإرجاف، الاستقرار الحركي، التنفّس، ردود الفعل الغير المراقبة.

2 *النشاط العقلي:

تتمثل في ملاحظة الإنتاجية اللفظية، من الناحية الكمية، مجموع الاستجابات، هل هي متناسبة ، ملائمة، قدرته على التعبير عن أفكاره، الاستمرارية في الحديث أو هناك انقطاعات، هل تفكيره مرن، أو هناك إنسدادات، هل هناك وجود الصدى أو تحفظ أو ثبات (préservation يثبت على نفس الموضوع).

3 *الميزاج و العاطفة:

تتمثل في ملاحظة ردود الفعل العاطفية للمفحوص خلال المقابلة (مكتئب، حزين، متوتر، أو سطحي، هل توجد لديه مشاعر الذنب أو مشاعر سوء تقدير الذات أو حذف القيمة، هل يميل إلى الانتحار... إلخ).

4 * محتوى التفكير:

ملاحظة محتوى أو مضمون أقواله، إذا كانت الإجابات تلقائية، إذا كانت لديه انشغالات من مثل (تهديم ذاتي، عدوانية موجهة نحو الآخر، شكاوي توهم المرض، أفكار العظمة، الاضطهاد...)

5 * القدرة العقلية:

نلاحظ فيها توجهه الزمني المكاني، الانتباه، ذاكرة الأحداث على المدى الطويل و القصير، الخط، القراءة، فهمه للمفاهيم و القيم...

و للتأكد و اختيار هذه القدرة، نطلب منه أن يقدم لنا "مثلا" و يفسره.

ونلاحظ إن كان لديه إمكانية الربط و الفهم التجريدي، كما نلاحظ أيضا كيفية توظيفه الذكائي، أي فهم الروابط المنطقية.

6 * الاستبصار و الحكم:

الاستبصار هو العلاقة التي يتميز بها الفرد مع ذاته ، فيما يخص أخذ الوعي بحالته و الظروف المهيأة و المثيرة لها (ماهي السلوكات التي تتميز بها شخصيته... هل هو واعي بسلوكاته المتكررة و كيفية مواجهته لمشاكله أو اضطراباته، طبيعة المراقبة التي يتميز بها) و لتقييم حكمه، نسأل أحد السؤالين:

1 -ماذا تفعل إذا اكتشفت أنّ هناك نار في قاعة السينما؟

2 -ماذا تفعل إذا وجدت نفسك في مدينة أنت غريب عنها؟

التشخيص:

التشخيص لهذه الأبعاد يكون بطريقة تعليقية، إنسجامية بعد التعرف على التاريخ الشخصي للفرد، بما في ذلك ، السمات و الآليات الدفاعية التي يستعملها.

Carl Rogers 1902-1984

- حسب C. Rogers (1961: 12)

كارل روجرس، من عائلة متديّنة، وهو الرابع في أسرته، يقول أنّ رغبته كانت أن يعمل في ميدان أين يشعر بالحرية في تفكيره دون قيود

« Mon désir était de travailler dans un domaine où je serais que ma liberté de pensée ne serait pas restreinte »

درس كارل روجرس التحليل النفسي، لكن يعارض مبدأ في أنّه يعتمد على :

- الصراع الجنسي الطفلي.

-التغيير.

- التركيز على ماضي المفحوص.

وهو بذلك يركّز على مبدأ هنا و الآن، ويقول في عبارة " كلما فسّرت الآخر، كلما جعلته تابعا لي. بمعنى أتركه دائما سلبياً"
أول كتاب ألفه:

1 -La relation d'aide.

2- Développement de la personne

3 -personnes à personne.

4- Liberté pour apprendre.

استنتاج مفهوم الشخص من طرف Monier phonon، ويعرفه على أنّه " الوعي بالذات"، بحيث الوعي بالذات:

وهو في الأخير حرّ بمعنى فعال

1- يبنى

2- يجرب

3- يعرف

لهذا فهو يركّز على مفهوم "الذات" أي تطوير/ تعديل الذات.

منهج العلاج الروجرسي :

المنهج العيادي التجريبيين بحيث يعطي للمفحوص مجال التدريب بطريقة غير مباشرة على مراقبة ذاته.

(إعادة الصياغة + الانعكاس) + (الحث)

روجرس يرفض التشخيص، دراسة تاريخ و راهن الحالة)

الشخص هو إيجابي فعّال وهو مسئول عن شخصيته.

شروط المعالج النفسي:

*1 تطبيق العلاج النفسي R يتطلب عمل مع الذات، ثابت ومستمر لشخصيته.

*2 لا أتصرف كما أنت أنا. La congruence.

*3 تقبل ذاتي كما هي.

*4 السماح للآخر أن يعبر بحرية؛ أي نستقبل و ننتقل ما يقوله دون شروط.

*5 السماح للآخر بأن يتطور دون أن يواجهه، وفي حالة أصبح مستقلاً هذا لا يضرني.

*6 البحث عن الذات يكون عن طريق البحث عن الحقيقة، دائماً نتساءل لماذا و كيف؟.

*7 التجربة وحدها هي مصدر الحقيقة.

مثال : شخص A يقول دائماً أنا نبغي اندير الخير وولي شرّ

إذن عندما يجرب يدير الشرّ ولا مايديرش الخير

est ce qu'il se sent bien ?

إذن هناك نصل إلى الحقيقة: إذن كان يحب الخير فعلاً، سيبقى و إن حصد شرا.

- كارل روجرس يستنتج ثلاث شروط أساسية وهي:

*1 الصدق la congruence مع الذات، أتصرف كما أنا ، تصرفي يعكس تفكري ، التناسب بين القول و

الفعل ،أكون واضح مع نفسي و الآخر.

*2 مفهوم + ومتحرر الشخص ، أي تقبل الآخر كما هو والنظر إليه انه فعّال.

3* القدرة على l'empathie.

يضيف أ. نصره رحمه الله إلى هذه الشروط أنه للوصول إلى هذه

تحقيق هذه الشروط حسب أ. نصره رحمه الله:

يتطلب:

1- القدرة على التحليل و الفهم الحسي و المجرد.

2* الاحترام و الاحتمال و الإحباط والصبر و البساطة.

3* مزاج مرح وروح الدعابة.

4* النقد الذاتي.

5* التوازن الجنسي.

6* القدرة على الحب، i like، القدرة على الإحساس بالسعادة .

7* الحيادية الإيديولوجية.

بمعنى تفهم الذات و النضج العاطفي الإنفعالي والقدرة على توضيح المشاعر و التحكم فيها وهناك عشر (10) أسئلة لابد للمعالج النفسي أن يطرحها على نفسه :

1- هل أنا جدير بالثقة: بمعنى هل ما أقوله يتناسب مع ما أفعله.

2- هل يمكن أن يكون اتصالي دون غموض يمثل صورة الشخص الذي هو أنا.

3- هل يمكن أن أوضح أي أظهر و أبين اتجاهات إيجابية نحو الآخر فيما يتعلق بالاحترام - الانتباه، الدفء- و الود.

4- هل أنا قادر على احترام مشاعري ، حاجاتي و التعبير عنها.

5- هل أنا مستقل بذاتي، ولدي الإحساس بالأمان الداخلي.

أي أنا قادر على أن أبقى وحدي بوجود الآخرين؟

أي أكون ما أريد عندما أريد أن أكون ما أريد؟

6- هل أنا قادر على تقبل الأساليب التي يتمتع بها عميلي؟

7- هل أنا قادر على التصرف بحساسية نحو الآخر؟

8- على أساس الفاحص هل يمكنني الدخول في عالم عميلي دون أن أحكم عليه و دون أن أقيمه؟

9- هل أنا قادر على أن أرى الفرد كشخص يتطور و يتغير وان أضع فيه تقتي دون أن يزعجني هذا؟

10- هل أنا قادر على أن أتحمّل مسؤوليتي فيما يخص أفكارني و تصرفاتي؟

كيف نخلق أو نؤسس علاقة مساعدة بالنسبة لكارل روجرس:

نوعية العلاقة لابدّ أو نلمس فيها ثلاث (03) أمور أساسية:

1- **صدق المعالج**، و التّناسب La congruence ما بين ما يحسّه و ما يقوله.

2- **إعطاء القيمة للعميل**، و النّظر إليه على أنّه شخص إيجابي بدون شروط، أي تقبله كما هو، كما يجب أن يتمتّع المعالج برصيد من الإحباط (تحمّل الإحباط).

3- **التفهم المنطقي**: أي فهم، أو إظهار فهم المنطق الخاص بالعميل عن طريق عمل تركيب *synthèse* لملخص أقوال العميل.

إذن لابد أن يكون التفهم الإيمائي ذكائي: بحيث يعكس أننا مهيبين لهذا العميل حتى ينتج جوّ علاجي دافئ *climat thérapeutique chaleureuse* حسب C.rogers يعود أصل هذا المفهوم *climat chaleureuse* إلى نظرية Arthur Janov (من المتأثرين بنظرية صدمة الميلاد للمحلّل النفسي Otto Rank وهو سكرتير S.Freud).

يقول أن أصل العصاب يعود إلى صدمة الميلاد ، بحيث أنّ الحياة الرحمية مابين 6-9 أشهر مهمة جدّا للحنين: في خبراته الإدراكية و الإحساسية ، بحيث يصبح بالعالم الخارجي الخاص بالأمّ كالقلق، المخاوف ، فهو يعطي أهميّة توفير الشّروط الخاصّة بالحمل و الولادة و تعتبر صدمة الميلاد معاناة أولية، بحيث هي أصل جميع أنواع القلق.

كوّن Arthur Janov مخبر سمّاه النشأة الأولى، هذا المخبر وظيفته ملاحظة الحالات العصابية و الذهانية لعدّة سنوات.

واستنتج أنّ صرخة الميلاد تعبّر عن معاناة أولية. هذا الصّراخ يعبّر عن انقطاع عن رحم الأمّ، ومواجهة المحيط الخارجي، هذا الخروج إلى العالم الخارجي المفاجئ، يفرض عليه تغيير بديهي يحسّه الطّفل، كتمزّق و كنوع من التخلّي.

[إذا كانت الأم في مرحلة الحمل مضطربة، هذه الصّدمة تكوّن لديه أثر حقيقي أكثر من الحالات الطّبيعية، وهذا سيخلق له معاناة نفسية عميقة دائما، يعبّر عنها بالعصاب].

1- Janov يرى أنّ العصاب هو مرض - affection - المعاناة بعدم التعبير عن المشاعر وقمعها عن طريق سلوكيات رمزية.

أمّا الذهان فيكون بإنكار ونفي هذه المشاعر.

2- الطّفّل يحاول تعويض نقص حاجاته عند خروجه إلى العالم الخارجي عن طريق حاجات واقعية تتمثّل في الكلام.

فالكلام هو وسيلة متطورة للتعبير، بحيث عدم وجوده يعبر عن اختلال الوظيفة الرمزية لدى الطّفّل.

C Rogers يريد أن يقول حسب الدكتور قويدر نصرّة رحمه الله.

انطلاقاً من هذه النظرية أنّ الكلام هو أرقى أسلوب للتعبير عن الحاجات النفسية الجسدية ومن خلال منهجية معيّنة ، يساعد العميل على فهم معاشه الداخلي، وعندما يعبر عنها يصبح أكثر إدراكاً لها ، وعندما يدركها أكثر، يجد سهولة في تعديل وتغيير سلوكها ته بنفسه لأنّه يتطور وهو يعبر عن هذا بالتطور الشخصي to - growth- وهو المسار الذي يراقب فيه ذاته، عندما يعبر عنها ويصبح أكثر وعياً بها.

نذكر أن السلوكيات و الاتجاهات الغير مرغوب فيها من طرف المعالج هي:

1- وضع تشخيص: لا يضع تشخيصاً على عكس التحليل النفسي 0

2- التركيز على مبدأ هنا و الآن.

3- عدم وضع تفسير (كلما فسرت الآخر كلما جعلته أكثر تبعية لي).

4- عدم الوعد بالحلول: حتّى لا يعتمد العميل على المعالج في حلّ مشاكله.

5- عدم تقديم النصّح.

6- الجلوس في وضعية توجي للعميل بأنّه مصدر المعرفة و السلطة.

7- وجود مسافة نفسية لا توجي بالأمان والثقة بالنسبة للعميل.

المحاضرة الرابعة: المفاهيم والاتجاهات الأساسية لنظرية التمرکز حول العميل

- 1- الترخيص **la permission**: أي / وهي إعطاء الحرية للعميل للتعبير عن مشاعره، و أحاسيسه ودوافعه.
 - 2- مفهوم الذات: الذات هي ماهية الفرد، وهي تنمو نتيجة النضج و التعلم في التفاعل مع البيئة، ولقد قسم C.rougers الذات على ثلاث (03) أنواع:
 - 1 * الذات المستقلة: وهي التي يعكسها لنا الآخر ونحسها.
 - 2 * الذات المسقطه: التي تظهر في السلوكات، الأقوال و الأفعال.
 - 3 * الذات المرغوب فيها: التي يتمنى تحقيقها الفرد أو العميل.
- يقول C.rougers : التركز على الذات حتى نفهم النظر إلى العميل بطريقة غير مشروطة، أي نفهم الحدث عن طريق المفهوم السيكولوجي الخاص بذات العميل.
- 3- التقتبل: أي تقبل العميل كما هو بدون شروط.
 - 4- التفهم: ويكون نتيجة سلوك اتجاهات ومواقف الانعكاس.
 - 5- الأميائي **l'empathie**: وهناك أربع (04) درجات نوضحها عن طريق إنعاس المشاعر و المعاني.

الاتجاهات العملية في إطار العلاج الوجودي:

1- الاستقبال و الترحيب:

ويجب أن يكون حيادي، دون تمثيل دور الأب، الأم، الأخ، أو الصديق في تعبير لفظي و غير لفظي.

2- التشجيع اللفظي:

تشجيع العميل على التعرف على ما بداخله من مشاعر وأحاسيس، ويكون عن طريق أقل التشجيعات، وهي تخص مواقف الحث، بما في ذلك من الأسئلة المفتوحة، المغلقة، الصمت المنتبه... بحيث وظيفتها إعطاء العميل حرية التعبير.

3- إعادة صياغة ما يعبر عنه المفحوص:

دور المعالج هنا دور المرآة العاكسة، أي عكس كل من أقوال، أفكار، مشاعر و معاني العميل، ليصل العميل إلى إدراك أكثر عمقا لذاته و بالتالي يصبح أكثر استعدادا لتعديلها و تغييرها، أي يصبح أكثر استعدادا لتنظيم ذاته.

4- مساعدة العميل على اتخاذ القرار:

لابد أن يحسّ العميل بحرية الاختيار، التي يثيرها المعالج في عدّة مستويات (الأفكار، السلوكيات...) و مسؤوليته اتجاه ذاته، حتى يتوصّل إلى اتّخاذ مواقف التّغيير و التّعديل.

تتمثّل درجات الـ Empathie حسب Chambon et coll. (2003: 86).

الدرجة 0: عالمك الداخلي لا يهتمني الشي للي راك حاسّه مايهمشّ).

الدرجة 1: أستمع إليك و أفهمك ، لأنّ واجبي المهني يفرض علي هذا.

الدرجة 2: سأساعدك لتعبّر عن مشاعرك وتقهمها.

الدرجة 3: نحن معا واحد في فهم ما تحسّ به.

المحاضرة الخامسة: مراحل العلاج النفسي الوجودي:

عادة هذه المراحل تكون بعد العقد العلاجي الذي يكون مكتوباً أو لفظياً ما بين المعالج و العميل، يحدّد فيه الأهداف المرجوة في خلال مدة زمنية متفق عليها، وهذه الأهداف لا بدّ أن تناقش في إطار و مراحل العلاج النفسي الوجودي.

I - مرحلة الخلط و عدم التنظيم: وتتقسم إلى مرحلتين:

1- مرحلة الوصف:

العميل يكون في حالة تقديم لمعاناته، انشغالاته بأسلوب سلبي، أي يقدّم نفسه بشكل سلبي ساكن *passif* - غير مشاهم - غير مسئول لما يجري له مثال: سيدة تقول: "نختم بزاف في الى فات...وليت قليل وين نرقد نحس روجي تبدلت، حتى التصرفات تاعي تبدلت...."

دور المعالج:

يتمثل في الإصغاء النشط و المنتبه، يهتم بنوعية الكلمات و فهمها، لا يستعمل النقد ولا الحكم ولا التفسير ولكن يحث العميل على أن يعبر بكل حرية حتى يشعر بالأمان ويقل خوفه و مقاوماته.

2- مرحلة نقد العميل لذاته:

دائماً يسير في اتجاهات الحث وإعادة الصياغة كما قد يثير التساؤلات الذاتية أي حول ذات العميل، لتحضيره و دفعه أكثر نحو المخطط الشخصي (التساؤلات الذاتية).

بفضل المرحلة السابقة يحسّ أنّه مقبول من طرف المعالج، وأنّه يفهمه ويصل العميل إلى نقد ذاته، معناه أنّه استوعب لعبة العلاج الوجودي في هذه الفترة العميل قد يعطي صورة سلبية عن نفسه، ونفس الشيء ممكن عن المحيط الذي يعيش فيه لأنّه - غير منقبّل لذاته- يقول Carl Young "إنّ الذات هو هدف الحياة الذي يحاول الناس بلوغه، لكنهم ناذرا ما يصلون إليه" المقصود هنا تحقيق الذات.

3- مرحلة التحليل:

في هذه المرحلة يربط العميل بين ماضيه وحاضره، ليكشف عن جملة من التناقضات التي مرت به. مثال: تواصل السيدة القول: إنني لست ذكية (نقد)، كنت أحاول تقليد الناجحين لكن لم أكن اقبل فكرة أنّ قدراتي الذكائية لا تصل إلى ذلك.

* هناك ربط بين الماضي والحاضر، وفي نفس الوقت هناك إقرار و إقرار: تشاف للأخطاء.

دور المعالج: توضيح و عكس الأفكار و المشاعر.

II مرحلة التنظيم و إعادة بناء الذات:

وتنقسم إلى مرحلتين:

1 * مرحلة التقييم:

يكون فيها إدراك الذات على مستوى عميق، بحيث تتضمن ليس فقط معرفة الحالة الداخلية التي يمرّ بها وبيئته الخارجية، ولكن أيضا النظر إلى الذات بإيجابية، بحيث يصبح الحديث الداخلي أكثر حرية ويقبل بسهولة أنه مسؤول عن مشاكله التي لا بدّ من مواجهتها.

ويكون هناك بداية تنظيم الذات، فيحسّ أنه مقبول من طرف المعالج، مخطّطه الشخصي يزيد نشاطه ، حيث يحدّد العميل نقاط ضعفه وقوّته بين الماضي والحاضر، أي عندما يتعرّف على مشاعره السلبية يربطها بالمبول و المشاعر الإيجابية بمساعدة المعالج.

* الإحساس بالقبول من طرف المعالج (اتجاهات الحثّ و الانعكاس = التفهم و إثارة المخطّط).

= المخطّط الشخصي يزيد (يتعرّف على مشاعره السلبية و الإيجابية، الماضي و الحاضر).

وهذا الرّبط يجعله يدخل إلى مرحلة تفهم جديد للذات.

2 * مرحلة الإدماج:

يتم فيها دمج ماضي وحاضر العميل من خلال إمكانية التحليل والنقد الذاتي، التي تمكنه من تقبل الذات والعمل على التغيير الإيجابي نحو البحث في مشاريع استثمار الذات.

Les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC)

هناك ثلاث تيارات أدى مجموعها إلى تكوين العلاجات المعرفية السلوكية وتتمثل في:

1/ العلاج السلوكي، بدايته سنة 1913 رواده؛ Skinner, J Watson, Iven Pavlov ,

Thorndike و Bandora فيما يتعلق بالتعلم الاجتماعي.

2/ العلاج المعرفي، لـ A Beck سنة 1952.

3/ العلاج العقلاني المعرفي، لـ A Eliss سنة 1952.

مختصر تاريخ العلاجات المعرفية السلوكية:

حسب Cottraux (2011) العلاج السلوكي انبثق من نظريات التعلم للمدرسة السلوكية، وجاء كرد فعل للتحليل النفسي، أي لما هو لاشعوري، فهو يجسد الظاهرة النفسية الشعورية واللاشعورية في لمسها من خلال الأعراض، حيث يرى أنها ناتجة عن تعلم خاطيء ومكتسب، وظهرت تحديدا بعد ظهور علم النفس العلمي- تأسيس علم النفس كعلم مستقل- على يد Wundt سنة 1898 (أب علم النفس) الذي يعرفه على أنه علم أحداث الشعور والوعي، وهو أول من أسس مخبر علم النفس التجريبي في فرنسا.

إذن علم النفس العلمي هو دراسة أحداث الشعور و الوعي، لكل من المشاعر، السلوك، وكل ما يخص مجال الشعور، الوعي واللاشعور و اللاوعي، بحيث تكون هذه الأحداث قابلة للقياس والتجريد. (أنظر كتاب Elément de Psychologie Physiologique سنة 1874).

بعد هذا الحدث العلمي أسس السلوكي J Watson المدرسة السلوكية وباختصار مبسط، تتمثل في مجموعة من المظاهر والمبادئ :

1/ السلوك: وهو مجموع الانفعال والنشاطات التي تصدر عن الكائن الحي، ظاهرة كانت أو غير ظاهرة، مثل؛ الأفكار والمشاعر.

2/ المنهج المعتمد: ويقصد به المنهج العلمي المتمثل في مسار بناء فرضية منهجية للتحقق منها، والوصول إلى القانون، بناء على قاعدة؛ سبب ← نتيجة
مثير ← استجابة

3/ محددات السلوك : أنه يكون قابلا للظهور والتعبير عنه كما يقبل التقييم والقياس، باعتباره متعلما، بحيث يعبر عن مشكلة أو عرض معين.

4/ مبادئ تعديل السلوك: وتتمثل فيما يلي؛

4-1/ مبدأ التعزيز: أي تقوية السلوك بإضافة مثيرات إيجابية.

4-2/ مبدأ العقاب: أي إضعاف (تقليل) السلوك بإضافة مثيرات سلبية.

4-3/ مبدأ الإطفاء: أي إلغاء المعززات التي تحافظ على استمرارية السلوك. مثلاً: طفل يبكي، نتجاهل بكأؤه لكي لا يكرر (حالة حضانة).

4-4/ مبدأ التعميم أي تعميم الإستجابة في مواقف أخرى.

4-5/ مبدأ التميز وهي عملية التفريق بين عدة مثيرات متشابهة.

4-6/ مبدأ ضبط المثير وهي تعزيز سلوك وعدم تعزيز سلوكات أخرى وهي من إختصاص الأولياء، المعلمين والمربين.

هذه المبادئ مستنبطة من النماذج السلوكية التالية:

1 . نموذج الإشراف الكلاسيكي: -I Pavlov

يعتمد على - مثير طبيعي ← الاستجابة اللاإرادية .

مثلاً: المثير الطبيعي (الطعام) ← الاستجابة اللاإرادية (سيلان اللعاب) وباقتران المثير الشرطي (الجرس) مع المثير الطبيعي الطعام نفس الاستجابة اللاإرادية (سيلان اللعاب).
بالغاء المثير الطبيعي أي المثير الشرطي المتمثل في الجرس فقط نحصل على نفس النتيجة أو الاستجابة اللاإرادية (سيلان اللعاب) أي أن المثير المحايد فقط يثير الاستجابة اللاإرادية. حسب هذا القانون فسّر I Pavlov عدة اضطرابات نفسية من بينها؛ الرهابات، كسلوك متعلم حيث اقترن الخوف كاستجابة لإرادية مع مثيرات محايدة.

2. النموذج الإجرائي:

السلوك (الاستجابة الإرادية) ← التعزيز بتقديم مثير (معزز)

أي الاستجابة تسبق المثير وبالتكرار تصبح هذه الثنائية أوتوماتيكية، والهدف من الاشراف الإجرائي هو تغيير السلوك من خلال نتائجه.

أبعاد السلوك وخصائصه:

استنتج J Watson من النموذجين؛ محددات السلوك (الاستجابة-المثير) في ما يلي:

- 1- أنه قابل للتكرار .
- 2- أنه يستجيب للمدة، أي يستغرق مدة زمنية معينة.
- 3- يمكن قياس وزنه أو شدته.
- 4- أنه يستجيب للمعيار الاجتماعي، أي أنه يكتسب.

تقنية العلاج السلوكي:

تتمثل في عدة تقنيات منها:

التغيير الاشرطي الإجرائي: يستعمل مبدأ الإطغاء

- 2 إزالة التحسس التدريجي التعود تدريجيا على تقبل مثير غير مرغوب فيه
- 3 الغمر تضخيم المثير الغير المرغوب فيه بهدف إثارة قدرات تحمل الفرد.
- 4 النذمجة: التعلم عبر الاقتداء والتقليد

5 الاسترخاء: ضبط التنفس في حالة القلق و الانزعاج

مثال عن كيفية صياغة او تحديد السلوك:

مثال عن كيفية صياغة أو تحديد السلوك: * حالة الاكتئاب *

*الأعراض السلوكية للاكتئاب:

- * يجلس بمفرده يبكي (الانطواء).
 - * بطيء الحركة.
 - * يبكي أحيانا بدون سبب.
 - * فاقد أو مضطرب الشهية.
- لابدّ من تحديد تقنية خاصّة بكلّ عرض.

* أعراض الشخص العدواني: (الضدّ اجتماعي):

- لا يحترم القانون/ الحدود مع الآخرين.
- يستخدم ألفاظ بذيئة.
- يهاجم الآخرين وينتقدهم.

* الشخص الذهاني:

- الهذيان، يتحدث دون منطق.
- يسمع أو يرى أشياء غير موجودة.
- لا يهتم بلباسه و نظافته.
- يتعزى.

الخطّة العلاجية schéma thérapeutique – السلوكية:



مختصر تاريخ العلاج المعرفي:

بدأ العلاج المعرفي سنة 1958 مع A. Reck، حيث يقول: إنَّ الحوار وسيلة علاجية نفسية، و النَّفس تقع في حالة من المرض، نتيجة لخطأ في التفكير. نستنتج أن الإضطراب لا يكون نتيجة للأحداث و لكنَّه نتيجة لفكرتنا عن الأحداث.

مبدأ العلاج المعرفي: يعتمد العلاج المعرفي في تفسير الأمراض النَّفسية على الكيفية التي تتم من خلالها معالجة المعلومة — traitement d'information وتفترض هذه النَّظرية أنَّ الإضطراب هو ناتج عن خطأ في معالجة هذه المعلومة، تنتج عنه أبنية des structures معرفية أوتوماتيكية، تسيطر على الفرد، وهي أيضا تلقائية خارجة عن إرادة الفرد، تمنعه من التكيف مع ذاته أو مع المحيط.

هو أحد الأساليب الحديثة في العملية العلاجية، وأفكاره مستقاة من أحد تخصصات علم النفس وهو علم النفس المعرفي، وكلمة معرفي هي نسبة إلى كلمة معرفة أو إدراك، والمقصود بكلمة معرفة أو إدراك في هذا السياق إنما تعني عددا من العمليات الذهنية التي يتمكن بها المرء من معرفة أو إدراك العالم الخارجي، وأيضا الداخلي له. فهذا النوع من العلاج يعتبر الخلل في جزء من العملية المعرفية — وهي الأفكار والتصورات عن النفس والآخرين والحياة — ويجعله مسئولا في المقام الأول عن نشأة الأعراض النفسية.

ويعرف العلاج المعرفي بأنه "علاج مباشر تستخدم فيه آليات وأدوات معينة و فنيات معرفية لمساعدة المريض في تصحيح أفكاره السلبية ومعتقداته اللاعقلانية التي تصاحبها خلل انفعالي وسلوكي وتحويلها إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي". من أهم المصطلحات التي يعتمد عليها العلاج المعرف مصطلح "الأفكار الأوتوماتيكية"

الأفكار الأوتوماتيكية: Automatic Thoughts

تعرف الأفكار الأوتوماتيكية أو الآلية بأنها تيار من الأفكار والمعتقدات التي توجد لدى الأفراد من لحظة لأخرى وتظهر في مواقف محددة، مثال: "لقد تأخرت زوجتي ثانية، أنها لا تهتم بمشاعري" وتشير كلمة أوتوماتيكي إلى الطبيعة التلقائية لهذه الأفكار، وقد لاحظ المعالجون المعرفيون أنه من الشائع أن يتقبلها الأفراد كأمر مسلم به بدلاً من التساؤل عن مدى صحتها.

خصائصها:

وتتميز هذه الأفكار عن المجرى العادي للأفكار ببعض الخصائص ويغلب أن تكون هذه الأفكار سريعة وعند حافة الوعي، وتسبق غالباً بعض الوجدان مثل الغضب أو الحزن أو القلق، ويتسق مضمونها مع هذا الوجدان.

وهي أفكار معقولة تماماً بالنسبة للمريض ويسلم بأنها دقيقة ولها صفة الحتمية، وقد يحاول الشخص حبسها ولكنها تلح في الظهور.

التحريف المعرفي للأفكار الأوتوماتيكية:

قد تحرف الأفكار الأوتوماتيكية نتيجة للتفسير غير العقلاني للخبرات التي يمر بها الفرد، وهناك ثمان تحريفات معرفية شائعة وهي:

-الاستنتاج التعسفي: Arbitrary Inference

بمعنى استنباط نتيجة من حدث ما في ظل غياب دليل لذلك. فعلى سبيل المثال قد يقول المريض: هذا العلاج لا يناسبني عندما يجد صعوبة في جانب واحد من الواجب المنزلي الذي يطلبه منه المعالج النفسي.

2 -التجريد الانتقائي: Selective Abstraction

وفيه يتم إدراك المعلومة خارج سياقها فيلاحظ الفرد تفاصيل معينة ويتجاهل معلومات أخرى مهمة، فمثلاً: حينما رفض الزوج أن يغير سيارته لأحد أولاده وصفته زوجته بأنه أناني وليس لديه استعداد أن يتحمل أي تعب من أجل أسرته. ولكنها أدركت عدم صحة أفكارها حينما طلب منها المعالج أن تسجل اللحظات التي أظهر فيها زوجها اهتمامه دونت "سألني عن كيفية قضاء اليوم في العمل، وأخذ الأولاد إلى المدرسة حينما لم يلحقوا بحافلة المدرسة."

3 -التعميم الزائد: Overgeneralization

يعتبر حدوث مصادفة أو اثنتين ممثلاً لمواقف مشابهة سواء كانت ترتبط بها حقيقة أم لا، فعلى سبيل المثال "فشل الزوج في إكمال أحد الأعمال المنزلية جعل الزوجة تستنتج" أنه لا يعتمد عليه.

4 -التهويل والتصغير: Magnification & Minimization

بمعنى تهويل أو تكبير تأثير السلوك السلبي للزوج مثلاً وتصغير أو التقليل من تأثير سلوكه الإيجابي.

5 -أخذ الأمور على محمل شخصي: Personalization

شكل من الاستنتاج التعسفي حيث يرجع الفرد الأحداث الخارجية لنفسه عندما يظهر دليل غير كافٍ لتحديد السبب فعلى سبيل المثال: وجدت الزوجة أن زوجها يعيد ترتيب الفراش بعد أن قضت وقتاً قبله في ترتيبه بنفسها فتستنتج "لا يرضيه طريقة ترتيبتي."

6 -التفكير الثنائي:

تصنيف الخبرات على أنها نجاح كامل أو فشل تام، وهذا ما يعرف بـ “الكل أو لا شيء” All or nothing أو “التفكير الاستقطابي” فعلى سبيل المثال تقول الأم لابنها الذي ينظف غرفته “لا تزال هناك أتربة على مكتبك: ويرى ابنها “أنها لا ترضى أبداً عما فعله.”

7 -وضع اللافتات: Mislabeled

إذا عمل أحد الزوجين شيئاً سالباً يفسره الآخر على أنه يفعل ذلك دائماً بعكس الأفراد في الزواج السعيد حيث يرجعون التصرفات الخاطئة على أنها موقفية “لأنه في حالة مزاجية سيئة أو أنه تحت ضغوط ويحتاج للنوم”، ومن ناحية أخرى إذا ما قام بتصرف إيجابي يفسرونه على أنه شيء ثابت وداخلي للطرف الآخر “إنه شخص مهتم ومحب لذلك تصرف بهذه الطريقة”، ولكن في الزواج غير السعيد نفس السلوك الإيجابي يرونه موقفياً عابراً “لقد تصرف كذلك لأنه نجح في عمله هذا الأسبوع.”

8 -قراءة الأفكار: Thought Reading

شكل آخر من الاستنتاج التعسفي - حيث يعتقد الفرد أنه قادر على معرفة ما يفكر به عضو آخر في الأسرة أو ما الذي سيفعله في المستقبل القريب - دون تواصل لفظي مباشر بين الطرفين. فعادة ما يكون لدى المتزوجين غير المتوافقين توقع سلبي لتصرفات الطرف الآخر، فمثلاً تقول الزوجة ” أعرف ما الذي سيفعله توم عندما يعرف أنني سأتأخر غداً في العمل“، وبرغم أن هذه التنبؤات قد تكون دقيقة بناء على الخبرة السابقة بالطرف الآخر، إلا أن قراءة الأفكار يتضمن المخاطرة باستنتاجات خاطئة لا تعتمد على المعلومات المتاحة فقط.

العملية العلاجية:

يتطلب العلاج مجموعة إجراءات تهدف إلى تحديد ومواجهة الأفكار السلبية بصورة تسمح بتطوير بدائل إيجابية مناسبة، وأفكار توافقية تتعامل مع الواقع من جديد.

التدريب على تحديد الأفكار الأوتوماتيكية:

تعتبر زيادة قدرة الفرد على تحديد الأفكار الأوتوماتيكية مطلباً أولاً لتعديل الأفكار الخاطئة وغير المناسبة، ويسمح هذا التحديد للأفراد” بالتفكير فيما يقولونه لأنفسهم“ عن الموقف ويسمح بتعلم طرق جديدة أو بديلة للتفكير. وكي نحسن مهارة تحديد الأفكار الأوتوماتيكية نطلب من الفرد الاحتفاظ بمذكرة (الشكل بالأسفل) لكتابة وصف مختصر للظروف المحيطة بالمشكلة، كما يجب وصف الموقف والأفكار الأوتوماتيكية التي تأتي على البال والاستجابات الانفعالية الناتجة.

مثال: الموقف / الحدث الفكرة الأوتوماتيكية الاستجابة الانفعالية

ذهبت ربما إلى أهل زوجها وألقت التحية على حماتها فلم ترد. أنها تستهزئ بي ولا تحترمني، تعاملني على أنني أقل منها غضب

ومن خلال هذا التسجيل يستطيع المعالج أن يشرح للزوجين كيف ارتبطت الأفكار الأوتوماتيكية بالاستجابات الانفعالية، وكيف يسهم ذلك في الفهم الخاطئ للآخرين. وبمجرد أن يتعلم الأفراد تحديد الأفكار الأوتوماتيكية بدقة يؤكد المعالج على ربط الأفكار بالاستجابات الانفعالية والسلوكية، ويساعد ذلك على مواجهة الميل العام لأعضاء الأسرة لعدم مسئوليتهم في تأثيرهم على ما يشعرون به.

التكنيكات المستخدمة:

من الأساليب التي تستخدم في العلاج المعرفي..

أ- الإبعاد والتركيز:

يطلق على العملية التي ينظر بها موضوعياً إلى الأفكار "الإبعاد" وهي تشتمل على الاعتراف بأن الأفكار التلقائية ليست هي الواقع، ولا يوثق بها، وهي لا تساعد على التكيف، وتشتمل على أحداث خارجة عن إطار الفرد.

ب- تدقيق الاستنتاجات:

على الرغم مما نحاوله مع المرضى ليصبحوا قادرين على أن يميزوا بين العمليات العقلية الداخلية والمثيرات الخارجية إلا أنهم لا يزالون بحاجة إلى أن يتعلموا أساليب الحصول على المعلومات الدقيقة، يشتمل هذا على أن يعرفوا أن ما يعتقدونه ليس الحقيقة، وأن الاستنتاج ليس واقعاً، ويساعد المعالج المرضى على استكشاف استنتاجاتهم وتمحيصها مع الواقع، واستخدام قواعد البرهان.

"فحين نطلب من المريض التفكير في شرح بديل للموقف فإنه يعني أن تفسيره الأول كان متحيز وغير صحيح، أو أنه يقوم على استنتاج قليل الاحتمال وقد يمكنه حينئذ أن يعي أنه قد حاول لوي الحقائق كي تتفق مع استنتاجاته الخاطئة."

ويتطلب ذلك من العميل جمع المعلومات التي تدعم أفكاره عن العلاقة والأسباب والتوقعات المعدلة (الجديدة)، ومثل هذه المعارف هي إسقاط لصراعات العميل وتحتاج إلى تحديد مباشر في الجلسات ويتضح دور المعالج في المثال التالي:

تلاحظ الزوجة أن الزوج ينسى إكمال المهام، يطلب منها المعالج التركيز على استعادة أي استثناءات لرؤيتها لزوجها "دائماً ما ينسى"، وهذا التناقض يعزز بالفعل النقطة التي يحاول المعالج الوصول لها، ويمكن أن يستخدم استراتيجية أخرى بأن يطلب من الزوجة أن تكتب يومياً متى ينسى إكمال المهام ومتى يكملها، وتهدف هذه التدخلات أن يصل العميل بنفسه إلى استنتاجاته بأن رؤيته للطرف الآخر غير دقيقة.

ج- إعادة صياغة المشكلة:

يلجأ إليه المعالج المعرفي لصياغة المشكلة من جديد من خلال بيانات قديمة، أي لاتخاذ وجهة نظر مختلفة عن المشكلة الموجودة، ويتضمن إعادة التشكيل - على وجه الخصوص - أخذ الشيء خارجاً ووضعه في مجرى آخر، ومن خلال إعادة التشكيل تعاد صياغة السلبي إلى إيجابي، فمثلاً: يقول المعالج للزوجة "إنك تتورين حينما يفعل زوجك ذلك، ولكنه ربما يفعله لا لأنه عدواني، ولكن لأنه يهتم بك إلى حد كبير، ولأن لديه حاجة حقيقية لك، ولا يريد أن يظهر ضعفه."

تركيب ومسار جلسة العلاج المعرفي:

*وضع جدول لما سيدور بالجلسة: يبدأ المعالج بتوضيح ما نود عمله اليوم ثم يشرح بعض الأمور مثل كون الوقت محدد(45-60 دقيقة)وأنه يجب أن تناقش أكثر الأمور أهميه ويعلق على الجلسة السابقة ويراجع الواجب المنزلي.

*الأحداث السابقة بين الجلستين: تراجع باختصار وبطريقة مقبولة الأحداث التي حدثت للمريض بعد الجلسة السابقة والمشاكل التي اعترضت المريض خلال هذه الفترة وخلال قيامه بالواجب، وإيجاد الحلول الملائمة.

*المواضيع الأساسية للجلسة الحالية: يستغرق ذلك معظم وقت الجلسة وتستخدم الفنيات التي تساعد المريض على التعامل مع الأفكار السلبية وتختلف المواضيع التي تناقش من جلسة لأخرى.

*الواجب المنزلي: يكون مرتبط بما حدث في الجلسة ويعرض بطريقة محددة وواضحة ويكون مفهوم ومقبول لدى المريض(مثال: الهدف هو اختبار صحة الفكرة ليس للتعرف على ما سوف يحدث) ويصمم بطريقة لا يخسر فيها المريض ... ويحدث أحياناً أن تضعف عزيمة المريض على القيام بالواجب المنزلي، لذا من المهم مناقشة الصعوبات التي من الممكن أن تحدث مستقبلاً، وكذلك الإجراءات التي ممكن اتخاذها للتغلب على هذه الصعوبات.

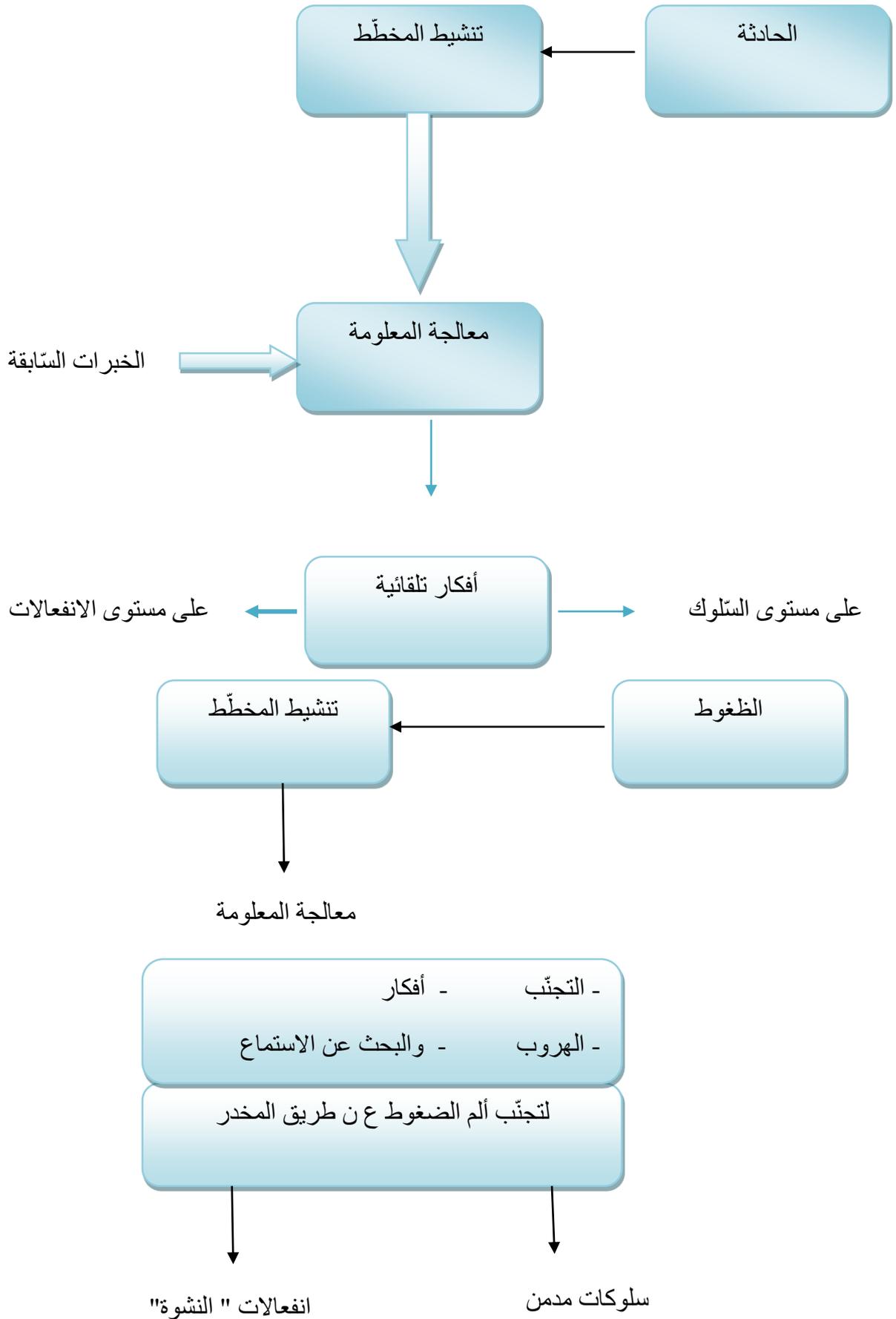
*التعليق: في آخر الجلسة يطلب المعالج من المريض التعليق على الجلسة ككل ويطلب منه كذلك تلخيص ما تعلمه ورأيه في الموضوع- وعلى المعالج أن يرحب بأي ملاحظة يبيدها المريض مهما كان نوعها لأن ذلك يساعد على التفاهم ويشعر المريض بالأمان.

شكل سجل الأفكار الآلية

الموقف الانفعال الأفكار الآلية (الغير عقلانية) الاستجابة العقلانية النتيجة

بماذا كنت تفكر أو ماذا كنت تفعل. بماذا تشعر؟تقييم الشعور ما هي بالتحديد الأفكار التي كانت تجول بخاطرك؟ إلى أي مدى تصدق بها؟ ما هي استجاباتك العقلانية لهذه الأفكار السلبية؟ إلى أي مدى تصدق بها؟ إلى أي مدى تصدق الآن بالأفكار الآلية(الغير عقلانية)؟ كيف تشعر؟ ما الذي ستفعله الآن؟

مخطط العلاج المعرفي؛



أمثلة عن كيفية معالجة بعض الاضطرابات:

1 * التجنّب، الهروب، مشاعر الدونية- أنا أقلّ من الآخرين- لا قيمة لي، الآخر يتجاهلني **** معالجة خاطئة عن المعلومات ناتجة عن خبرات سابقة.

البديل : يقدّم أسئلة تصحيحية و إستراتيجية: لو لم تكن هذه الخبرات السابقة، لما اكتسب هذه الأفكار العلاجية.

دورالمعالج:

لديّ قيمتي كإنسان قبل الآخر، وهذه القيمة مسؤول عنها أنا و ليس الآخر،الذي يعطيني إيّاها.

2 * القلق، أفكار تلقائية سلبية، سوف يعتقدون أنّي غريب الأطوار، أنا شخص عديم الجدوى، لا أستطيع أن أواجه الآخرين، أنا عديم الفائدة.

دور المعالج:

البحث عن الفكرة الخاطئة الأساسية و إعطاء تساؤل تصحيحي إستراتيجي:

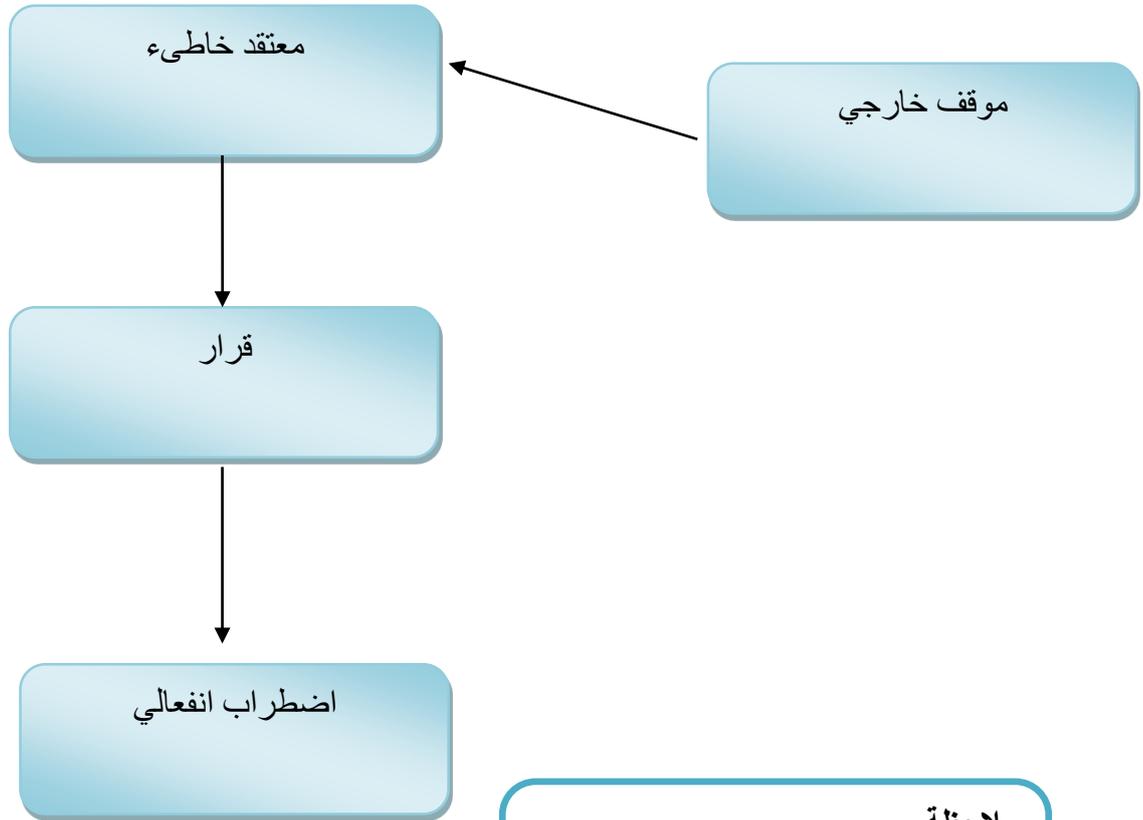
- هل يهمّ إحساسك أو ما يحسّه الآخرين عنك؟.

المفحوص: الأهمّ إحساسي أنا.....أنا الوحيد الذي يمكن أن يقيّم ما أفكّر فيه أنا، و إذا إستمرّ القلق ...لا يعني سأموت .

ملاحظة: في العلاج المعرفي، البحث عن الأفكار البديلة، ليس من عمل المعالج النفسي، ولكن يساعد المفحوص بإثارة الجانب الإيجابي فيه من خلال أسئلة تصحيحية إستراتيجية وتفعيله، ليتمكّن من معالجة معلوماته بأسلوب خالص و إيجابي لما يوازي أفكاره السلبية.

المحاضرة الثامنة: العلاج العقلاني الانفعالي Therapeutic Rationale Emotive

وهو خاصّ أو يتعلّق بصاحبه A.Eliss ويقوم على أساس أنّ أسباب الإضطراب النفسي تعود إلى وجود معتقدات خاطئة، يترتّب عليها قرارات، تنتج عنها انفعالات سلبية ، وهو يستثني المخطّط الفكري.



ملاحظة :

ونجده يهمل الجانب الضمني للسلوك.

كما أنّ المعالج دوره إعطاء أفكار و معتقدات معاكسة للمعتقدات الخاطئة

-أمثلة عن عكس المعتقدات الخاطئة:

المعتقد البديل	المعتقد الخاطئ
<p>- هناك وسائل أخرى أكثر أماناً و صحة للاسترخاء.</p> <p>- قد لا ترغب أن يصيبك الإحباط و لكن يمكنك تحمله.</p> <p>- يصعب عليك التوقف و لكن هناك من سبقك و توقف.</p> <p>- يصعب عليك ' ولكن تستطيع التدرّب على ذلك.</p> <p>-لا يمكن أن تضبط ذاتك بشكل مطلق و ليس عيباً أن يكون قدر المستطاع.</p> <p>- يمكن التعايش معها بتجاهلها ولا تعطيتها أهمية ولا تركز عليها فهي خارجة عنك.</p>	<p>- أنا اشرب الخمر لاسترخي(انفعال).</p> <p>- أنا لا أتحمّل الحرمان/ الإحباط.</p> <p>- لا يمكن أن أتوقف عن التعاطي للمخدرات.</p> <p>- سأفقد صوابي إذا تكلمت أمام الآخرين.</p> <p>- لا بد أن اضبط و أتحم في ذاتي في كل الحالات و الأوقات.</p> <p>- تزعجني الوسوس التي تتنابني و تهددني و تحسنني بالذنب.</p>

ملاحظة عامة:

التدخل العلاجي يكون تدريجي وذلك بعد الكشف العميق عن السلوكات 'الأفكار والمعتقدات الخاطئة و يفضل بعد تدريب لمفحوص على الاسترخاء.

المحاضرة التاسعة: الخطة العلاجية السلوكية المعرفية

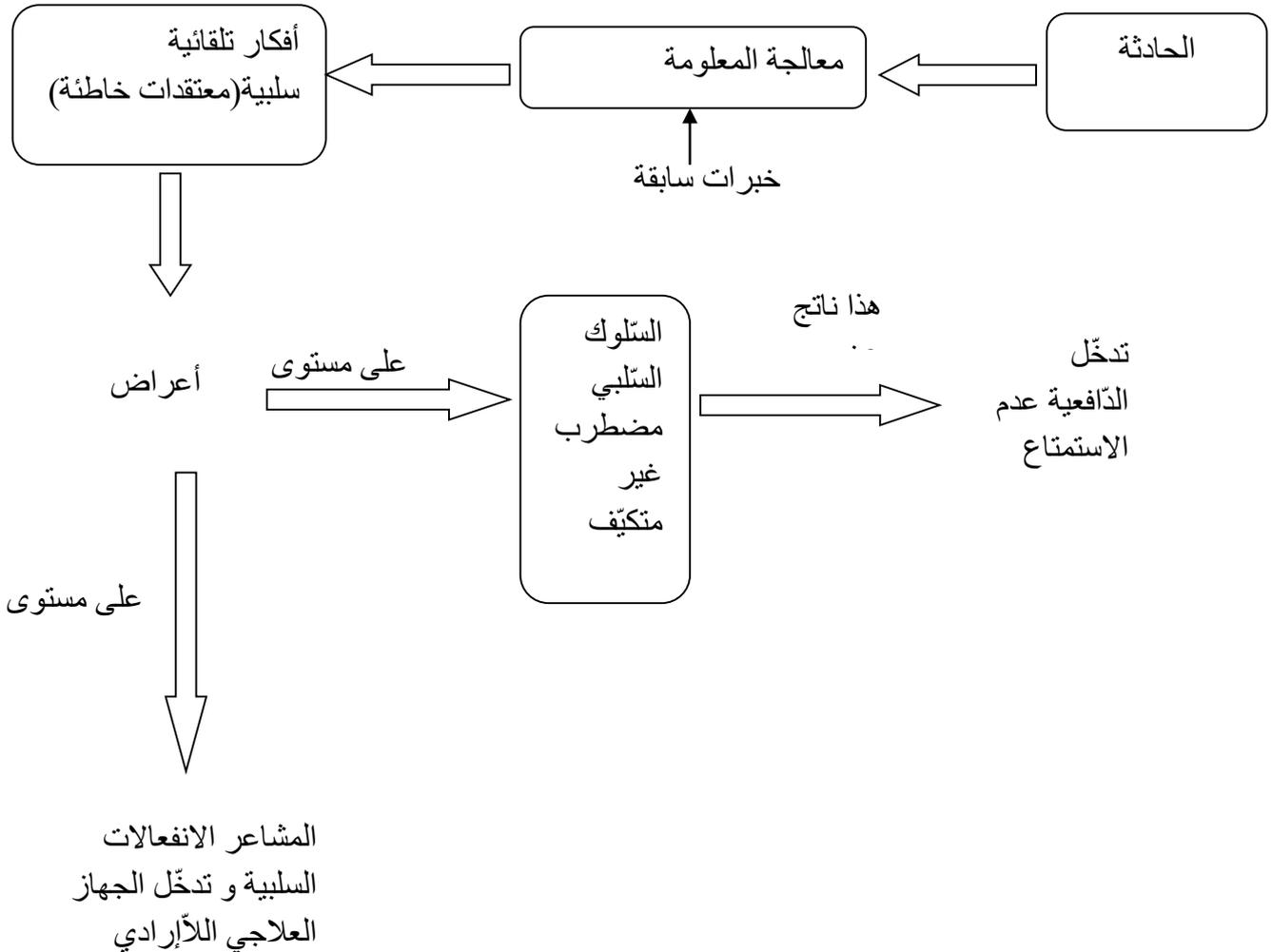
عمل كل من A.Eliss و A.Beck على تطوير هذه العلاجات ودمجها مع العلاج السلوكي في خلال السنوات ما بين 1980-1993 و الوصول إلى ما يسمّى بالعلاج السلوكي المعرفي ، الذي يتضمّن ثلاث (03) مبادئ أساسية هي:

* تغيير السلوك.

* تغيير الأفكار.

* تغيير الانفعالات.

المخطط المعرفي السلوكي الشامل:



إذن لتغيير هذا المخطط:

لابدّ في نفس الوقت تعديل معالجة الملومات (الأفكار التلقائية ، المعتقدات الخاطئة) ، وفي نفس الوقت التّدخل بتعديل السلوك

لماذا؟... السلوك متعود عليه

- هل يفهم دور المعالج كمساعدة؟

- هل هو مشارك فعلا في تصميم الخطة العلاجية؟

- هل يتقبل هذه التقنية؟

- ما مدى تحمله للتدريب عليها؟

كلّ هذه الأسئلة يكون الجواب عليها من خلال الفهم والحس الجيد للمفحوص المقابل لا؟ويمكن ان نناقش بعض النقاط المذكورة معه إذا استدعى الأمر.

***تدخل الاشتراط الإجرائي:**

من خلال فحص الأعراض 'يعطي المعالج شرح مفصل عن كيفية تعلم الخطأ الذي عنه هذه الأعراض ويرى معه إمكانية تقبل بدائل مدعمة لهذا السلوك (العمل-الهوايات-تغيير العلاقات) وأيضا هل هو راض عن هذه الاستراتيجيات لبناء وتقوية السلوك الجديد.

*** تدخل الاشتراط الكلاسيكي:**

الهدف منه تقليل أشكال الرغبة-الدافعية-إطغائها بحيث تكون مسببة و مسئولة عن أعراض 'اضطرابات ما ويكون ذلك من خلال تعريف المفحوص لمنبهات و مثيرات معززة أولا

*** بناء الجلسات و تشكيلها(خطوات):**

1- معرفة المحاور المراد إجراؤها مع المفحوص.

2- تحديد الأهداف المراد تحقيقها ويكون هذا بتسطير مشروع علاجي

3- معرفة متى نتدخل أولا(التحليل الوظيفي - الكمي).

***مكونات العلاج المعرفي السلوكي:**

1*التحليل الوظيفي:

المقصود به متى وكيف جاءت هذه الأعراض'ونعتمد فيها على:

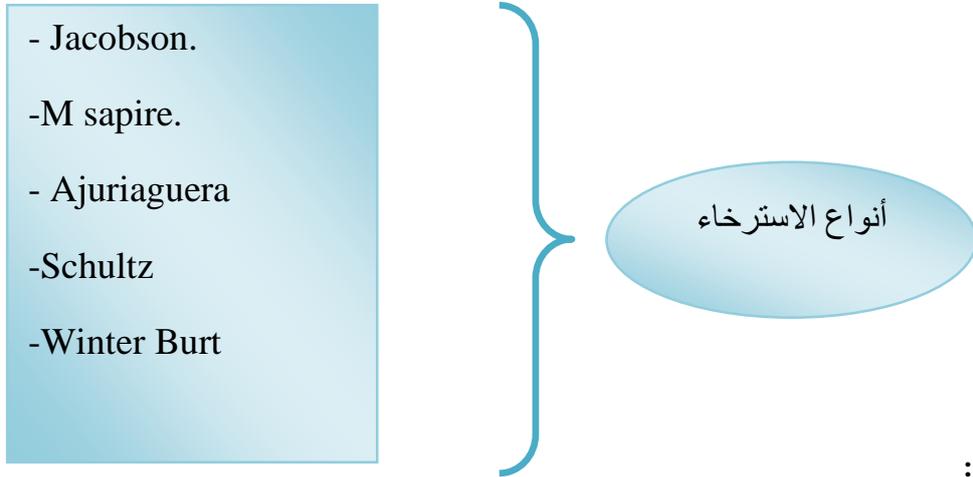
1- تحليل نمط الشخصية حسب DSM IVTR أو CIM¹⁰ أي البحث عن:

- ما هو الدور الإيجابي و السلبي لهذه الشخصية(ما علاقة المفحوص بالمحيط الذي يتواجد فيه.هل هو عامل مثير أو مسهل؟

- 3- مهارات وقدرات المفحوص (كيف يواجه اضطرابه؟)
- 4- كيف يقضي المفحوص وقته.
- 5- ما الدافع لطلب العلاج.
- 6- هل لدى الفرد دعم اجتماعي؟
- 7- ماهي جهوده ومساعدته ليتخلص من هذه العراقيل؟
- 8- هل لديه اضطراب علاجي متزامنة/ مشتركة تعرقل تغيير سلوكه؟
- 9- هل لديه القدرة على احتمال الضغوطات ، في حالة إذا لم يكن العلاج فعالاً؟.....ماذا يحتمل أن يتصرف أو كيف سيتصرف؟

*2 التدريب على المهارات:

- 1- هل يعني المفحوص بأهمية المساعدة العلاجية.
- 1- هل يفهم معنى تعلم سلوكيات جديدة، وضرورة التغيير.



تمرين:

حالة سمير 25 سنة، يعاني من مخاوف البقاء وحيدا ومن الشعور بعدم القيمة والذنب المستمر.

بدأت هذه المشاكل تزامنا منذ حادث المرور الذي قام به في طريقه من المطار، حيث تسبب في وفاة ثلاث أشخاص (شخصين مرافقين) والشخص الصادم الذي كان يقود الحافلة، عند ذكر هذا الحادث يصاب بتعرق ويذكر أنه لا يستطيع أن ينسى هذا الحادث رغم مرور سنتين، يشير أيضا أنه كان شخصا نشيطا ومتحمسا (اجتماعي) ولكنه تراجع شيئا فشيئا وهو يفضل البقاء لوحده أكثر الوقت مع أمه أو زوجته التي تفعل كل شيء في مكانه.

عندما كان طفلا و كانت تأخذه أمه للاستحمام، لا تهتمّ بردود فعله (اختناقه عندما ترشّ عليه الماء) يشرك فيها
س1- استخراج الأفكار الخاطئة و كيفية المعالجة للأفكار .

تمهيد:

إلى جانب التقييم النفسي، فإن المتابعة العلاجية (الدعم النفسي والعلاج النفسي) هي المجال المفضل لدى الأخصائي النفسي السريري. وكما هو الحال في التقييم، فإن الدعم النفسي (أو العلاج الداعم) والعلاج النفسي يستندان إلى نظريات سريرية ونفسية مرضية. تشير مسألة الدعم إلى نوع الدعم الذي يمكن أن يقدمه الأخصائي النفسي للمريض، على سبيل المثال، الذي يرقد في المستشفى لفترة قصيرة، أو لفترة أطول عندما يكون هذا النوع من العمل مطلوباً (على سبيل المثال، الدعم النفسي للمرضى في نهاية الحياة). أما بالنسبة للعلاج النفسي، فهو يشير إلى استراتيجية محددة للتعامل مع عدد معين من الاضطرابات النفسية، مع استخدام القدرات النفسية للمستفيد كرافعة علاجية. يتطلب كل من هذين النشاطين تدريباً جاداً، وهي مسألة سنعود إليها لاحقاً.

إنها طريقة لمراقبة الفرد تتمثل في تقديم الدعم في "هنا والآن" من أجل مساعدة المريض على التعامل مع صعوبة محددة ومفصلة. إنها ليست مسألة استبطان نفسي بقدر ما هي مسألة تعبئة الموارد التي يمكن أن تساعد المريض على إدارة وضع معين بشكل أفضل، وهو مصدر عدم توازن بالنسبة له وله انعكاسات على ديناميكياته النفسية لاضطراب ناتجاً عن خلل نفسي بحت، أو كتداعيات لحدث آخر (فجعية، تشخيص، صدمة جسدية...).

1- مفهوم العلاج النفسي الداعم:

يقع العلاج النفسي الداعم ضمن مجال العلاج النفسي الموجه بالتحليل النفسي (ب. بروسية، 2003). ويختلف هذا النوع من العلاج النفسي عن العلاج النفسي التحليلي النفسي، بالمعنى الدقيق للكلمة، من حيث أنه ينطوي على تعديلات في إطار التحليل النفسي. وقد تم وصف هذه التعديلات في الأدبيات التحليلية النفسية المتخصصة لـ ب. بروسية، "العلاج النفسي"، باريس، بوف، في سلسلة "Que sais-je?" ، 2003.

بما أن كل علاج نفسي له "تأثير داعم" من الناحية النظرية، يمكن أن يكون، في مقارنة تكاملية، شكلاً من أشكال العلاج النفسي الذي يساهم في التفكير في العوامل المشتركة بين جميع العلاجات النفسية، خاصة فيما يتعلق بالمفاهيم التي أبرزتها أليزا غرينكافاج وجون سي نوركروس (1990): التحالف العلاجي، والتعبير عن المشاعر المؤلمة (التي تم تجنبها حتى الآن)، وتطوير مهارات جديدة، إلخ.

يمكن وضع العلاج النفسي الداعم (الموجه نحو التحليل النفسي)، بسبب تركيزه على "تعزيز التسويات التكيفية"، في جزء من مجال العلاج النفسي المعرفي السلوكي (CBT) ومع ذلك، فإن العلاج المعرفي السلوكي المعرفي هو أسلوب قائم بذاته، يعتمد على إعادة التأهيل النفسي والتحديد المسبق للأعراض التي يشير إليها الطب النفسي في أمريكا الشمالية (DSM) ، وهي الأعراض التي يستهدفها في منهجه العلاجي، على مدى فترات متابعة قصيرة (حوالي عشرين جلسة). في حين أن العلاج النفسي الداعم (التحليلي النفسي) يمكن أن يأخذ

الأعراض في الحسبان أيضاً، إلا أنه سيستخدم علم النفس التحليلي النفسي الديناميكي النفسي أو علم تصنيف الأعراض للتفكير فيها و"العمل" عليها بشكل غير مباشر، وفقاً للمجموعة النظرية-النظرية والتحليلية والميتابسيكولوجية الخاصة بالتحليل النفسي: اللاوعي باعتباره "خزاناً للدوافع"، ودفاعات الأنا، والدفاعات القديمة (الانقسام، الإنكار)، وعلاقة الانتقال في القضايا المطروحة في التحالف العلاجي، إلخ.

يجب أيضاً تمييز العلاج النفسي الداعم ذو التوجه التحليلي النفسي "عن المساعدة النفسية" التي تقدم في حالات الطوارئ لضحايا حدث قد يكون مؤلماً. كما يجب التمييز بينها وبين العلاجات الأخرى التي لا تتضمن في اسمها الإشارة النظرية-السريرية إلى التحليل النفسي و/أو النهج النفسي الديناميكي، بعبارة غير دقيقة (دون تحديد "التحليل النفسي" أو "النفسي الديناميكي").

3- تاريخ العلاج النفسي الداعم:

ظهر مصطلح "العلاج النفسي الداعم" بعد الحرب العالمية الثانية، في نفس الوقت الذي انتشر فيه مصطلح "العلاج النفسي التحليلي النفسي" على نطاق واسع. قام روبرت نايت، أحد أوائل المنظرين للحالات الحدية، بالتمييز الواضح بين هاتين الطريقتين في وقت مبكر من عام 1945. ففي العلاج النفسي الداعم، يصف نايت نهجاً يكون فيه المعالج النفسي وجهاً لوجه ونشطاً، ويشجع المريض على تطوير قدرته على الاندماج والتكيف وتقييم الواقع. ويتمثل الهدف العلاجي في تقوية سيطرة الأنا لدى المريض على دوافعه الغريزية وتعليمه استخدام أساليب جديدة للتحكم والتكيف. ويتحدث المعالج النفسي عن عمليات الأنا أكثر مما يتحدث عن محتويات الهو، ويهدف إلى تحسين وتقوية الأول. من هذا المنظور، لا تتم مهاجمة الدفاعات والأعراض النفسية العصبية بشكل مباشر، بقدر ما تحمي عمليات الأنا هذه المريض من الاضطراب الذهاني. وعلى العكس من ذلك، من الضروري الحفاظ على الوظائف الدفاعية والتكيفية للأنا وتقويتها وتحسينها. وعلاوة على ذلك، فإن المرضى الذين يعالجون بهذه الطريقة غالباً ما يكونون من ذوي الحالات الحدية؛ الذين هم بحاجة إلى دليل على الدعم العاطفي والاهتمام الإنساني الحقيقي، وليس مجرد الاهتمام المهني المنفصل.

4- المقاربة الديناميكية للعلاج النفسي الداعم:

العلاج النفسي الداعم هو نوع من العلاج النفسي الذي يركز في المقام الأول على تقديم الدعم العاطفي والتشجيع والتحقق من صحة المشاعر أثناء ظروف الحياة الصعبة أو التحديات النفسية؛ بحي يشجع المعالج النفسي على التحدث عن المشاعر والمخاوف والمشاكل في بيئة آمنة وغير قضائية. وقد يقدم أيضاً نصائح أو إرشادات عملية حول كيفية معالجة مشاكل محددة.

ويركز العلاج النفسي الداعم في الغالب على المساعدة في التعامل مع مخاوفك الحالية والمباشرة، بما في ذلك مشاكل العلاقات أو النزاعات العائلية أو الضغوط المتعلقة بالعمل. إذا كان لديك تاريخ من الصدمات النفسية التي تشعرك بالإرهاق لمحاولة التعامل معها بشكل مباشر - يمكن أن يساعدك هذا الأسلوب العلاجي على تحسين صحتك النفسية بشكل عام قبل القيام بذلك.

5- هل العلاج النفسي الداعم قائم على الأدلة؟

تشير الدلائل إلى أن العلاج النفسي الداعم قد يكون العلاج النفسي الأكثر استخدامًا على نطاق واسع - فهو ببساطة أقل بحثًا؛ ويعتبر في الأساس في صميم جميع العلاقات بين الطبيب والمريض وجميع أشكال العلاج النفسي. على سبيل المثال، فإنك تختبر شكلاً من أشكال العلاج النفسي الداعم عندما تزور طبيب الرعاية الأولية الخاص بك وتناقش أعراضك في بيئة رعاية.

فظهر العلاج النفسي الداعم في وقت ما بعد تطور التحليل النفسي، والذي كان الشكل السائد للعلاج في أواخر القرن التاسع عشر إلى منتصف القرن العشرين. خلال هذا الوقت، واجه الأطباء السريريون عملاء كانوا بحاجة إلى العلاج، ولكن لأسباب مختلفة، لم يتمكنوا من الخضوع للتحليل النفسي.

كان هؤلاء العملاء يحصلون على الدعم والاقتراحات بدلاً من موقف المعالج "المحايد" المفضل. وهكذا بدأ شكل من أشكال العلاج النفسي الداعم. وعلى الرغم من أن العلاج النفسي الداعم أقل بحثًا ومناقشة، إلا أنه ظهرت أدلة تظهر أنه فعال مثل التحليل النفسي، وفي بعض الحالات، أكثر فعالية من التحليل النفسي.

وتشير بعض الأدلة إلى أن العلاج النفسي الداعم يمكن أن يكون مفيدًا لأعراض الصحة النفسية الناجمة عن مشاكل صحية خطيرة. على سبيل المثال، وجدت إحدى الدراسات أن العلاج النفسي الداعم كان أفضل من الاستشارات الصحية الروتينية بعد 6 أشهر من العلاج النفسي الروتيني في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بين الأفراد الذين أصيبوا مؤخرًا بسكتة دماغية.

وبوجه عام، يمكن استخدام العلاج النفسي الداعم من أجل مجموعة واسعة من حالات الصحة النفسية بما في ذلك: اضطرابات القلق، الاكتئاب، الحزن، اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، مشاكل العلاقات، اضطرابات تعاطي المخدرات، اضطرابات الشخصية، الاضطراب ثنائي القطب والفصام.

يستخدم العلاج النفسي الداعم للمفحوص الذي يمر بظروف حياتية ضاغطة أو يعاني من اضطرابات الصحة النفسية غير القادر على التعامل مع الضغوطات في حياته.

ووفقاً لمقال كتبه يوجينيو م. روث في عام 2017 ونُشر في مجلة "سايكيترانس تايمز" بعنوان "العلاج النفسي الداعم في الممارسة العيادية اليومية: إنه مثل ركوب الدراجة الهوائية"، فإن العلاج النفسي الداعم هو الأسلوب المفضل لعلاج المفحوص الذين يعانون من مشاكل نفسية خارجة عن نطاقه مثل الفقر، وديناميكيات السلطة غير المتوازنة أو إساءة استخدام السلطة في العلاقات بين الأشخاص، والاستغلال الاجتماعي والسياسي. لا يعاني هؤلاء الأشخاص من اضطرابات نفسية حادة أو منهكة.

وبدلاً من ذلك، تنبع معاناتهم من حقيقة أنهم يفتقرون إلى المهارات و/أو العقلية اللازمة للتعامل مع المشاكل النفسية الخارجية التي تؤثر سلباً على سلامتهم النفسية وقدرتهم على عيش حياة وظيفية ومنتجة. يساعدهم

العلاج النفسي الداعم على التأقلم والازدهار على الرغم من هذه المشاكل من خلال تعليمهم آليات التكيف والمهارات الاجتماعية والوظيفية وبناء ثقتهم بأنفسهم.

ويستخدم العلاج النفسي الداعم أيضاً للمفحوص غير المناسب لأشكال العلاج النفسي الأخرى. على سبيل المثال، يتم استخدامه لتهيئة المفحوص قبل خضوعهم لعلاج أكثر تنظيماً وكثافة، مثل التحليل النفسي أو العلاج النفسي الديناميكي.

6-التقنيات المستخدمة في العلاج النفسي الداعم:

قد تختلف التقنيات المحددة المستخدمة في العلاج النفسي الداعم باختلاف احتياجات العميل، ولكن بعض التقنيات الشائعة تشمل: التحالف العلاجي: يقع التحالف العلاجي الجيد في صميم العلاج النفسي الداعم، كما هو مذكور في مقال جروفر وآخرون لعام 2020، المنشور في المجلة الهندية للطب النفسي، بعنوان "إرشادات الممارسة السريرية لممارسة العلاج النفسي الداعم". وفقاً لدوروثي إي ستوب في مقالها لعام 2018 بعنوان "التحالف العلاجي: العنصر الأساسي في العلاج النفسي" المنشور في مجلة فوكاس، وهي مجلة تابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسي، هناك أدلة ثابتة على أنه كلما زادت جودة التحالف العلاجي في العلاج النفسي، كانت النتائج أكثر إيجابية. وهذا صحيح بغض النظر عن نوع المرضى، والمشاكل التي تظهر، وطرائق العلاج. وتتمثل المحاور الأساسية للتحالف العلاجي في التعاون، وإنشاء رابطة عاطفية بين المعالج والمريض، والاتفاق المتبادل على نتائج ومهام العلاج. يجب أن يقيم المعالج تحالفاً إيجابياً مع المريض في بداية عملية العلاج. يسعى المعالج جاهداً لخلق علاقة عمل إيجابية مع المريض من خلال الإصغاء الفعال وإظهار التعاطف واستخدام التعزيز الإيجابي وتحديد أهداف واضحة.

الإصغاء الفعال: الإصغاء الفعال أمر بالغ الأهمية لبناء تحالف علاجي قوي. أثناء الجلسة، ينتبه المعالج إلى ما يقال لفظياً وغير لفظي لفهم أفكار المريض وأفكاره وعواطفه وظروف حياته. يُسمح للمفحوص بالتحدث عما يدور في ذهنه. وي طرح المعالج أسئلة لمعرفة المزيد عن مرضاه دون أن يكون متطفلاً. يطرحون أسئلة مفتوحة لاستنباط إجابات أكثر توسعية من المرضى. على سبيل المثال، يسأل المعالج، "كيف كان شعورك بعد تلك الحادثة؟" بدلاً من أن يسأل، "هل جعلتك تلك الحادثة حزينا؟" هذا السؤال الأخير هو سؤال مغلق من المرجح أن يجيب عنه المريض بكلمة واحدة "نعم" أو "لا"، بينما السؤال الأول، وهو سؤال مفتوح، يشجعه على التفكير في مشاعره والتفيس عن أفكاره. ووفقاً لمقال نشره ويجر جونيور وآخرون في عام 2014 في المجلة الدولية للاستماع، بعنوان "الفعالية النسبية للاستماع النشط في التفاعلات الأولية"، فإن مكونات الاستماع النشط تشمل ذكر نسخة ملخصة لما قاله المتحدث والحفاظ على درجة معتدلة إلى عالية من المشاركة غير اللفظية في المحادثة. يشعر الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية أنهم غير مرتبين أو مسموعين، لذا فإن هذه الإجراءات التي يقوم بها المعالج تؤكد للمفحوص أنه قد تم سماعه وفهمه.

الأمباثي: يظهر المعالج التعاطف والنهم تجاه حالة المفحوص، مما يساعد على الشعور بالدعم؛ ففي مقال نُشر عام 2016 بعنوان "دور التعاطف في العلاج النفسي: النظرية والبحث والممارسة." المنشور في العلاجات

النفسية الإنسانية: دليل البحث والممارسة، وهو منشور صادر عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس، ذكرت الكاتبة جين سي واتسون أن تعاطف المعالج هو مؤشر قوي باستمرار على النتائج الإيجابية في العلاج النفسي، بغض النظر عن طريقة العلاج المستخدمة. ويعني التعاطف محاولة فهم واقع الشخص الآخر - ماضيه الذي يشكل حاضره الآن، وتجاربه الحياتية، والدوافع الكامنة وراء أفعاله واستجاباته، والسبب الذي يجعله يشعر بالطريقة التي يشعر بها. وفقاً لهذا المقال الذي كتبه أرنشتاين فينيسيت وكنوت أورنيس عام 2017 والمنشور في مجلة تجربة المفحوص بعنوان "التعاطف في العلاقة بين الطبيب والمفحوص"، فإن التعاطف في العلاقة بين المفحوص وأخصائي الرعاية الصحية يعني أن الطبيب يدرك قصة مريضه ويختبر أفكاره ومشاعره بالنيابة ويستجيب للتعبير عن التضامن والتفهم والتعاطف. يتجلى التعاطف من جانب المعالج في عدم إصدار الأحكام، والامتناع عن مجادلة المريض وانتقاده، والتعبير عن الاحترام الإيجابي الصادق له. وهو الأساس لخلق رابطة عاطفية بين المعالج والمفحوص.

تنظيم العواطف: تؤدي الصعوبة في إدارة العواطف القوية إلى عدم قدرة الشخص على خلق أو الحفاظ على حالة ذهنية يكون فيها قادراً على التفكير بموضوعية وعقلانية. ويصبح الفرد الذي يعاني من ضعف استراتيجيات تنظيم الانفعالات ضحية للمشاعر القوية، وبالتالي يصبح غير قادر على تصفية المعلومات الأكثر أهمية حول موقف ما في حياته أو اتخاذ قرارات عقلانية ومستتيرة. وفي المواقف الضاغطة، يكونون في حالة من فرط الاستثارة، وهي حالة عاطفية تشبه استجابة "القتال أو الهروب أو التجمد"، أو يدخلون في حالة فرط الاستثارة حيث "ينغلقون" أو ينهارون تماماً. وبين هاتين الحالتين توجد "نافذة التحمل"، وهي المنطقة المثلى من الاستثارة حيث يدير الفرد مشاعره بفعالية كافية للعمل والتعامل مع الضغوطات اليومية بالطريقة التي يفضلها. ووفقاً لمقال كتبه يوجينيو م. روث في عام 2017 ونُشر في مجلة "سايكيترانس تايمز" بعنوان "العلاج النفسي الداعم في الممارسة العيادية اليومية: إنه مثل ركوب الدراجة الهوائية"، فإن تنظيم التأثير هو أحد أهم أهداف العلاج النفسي الداعم. إن هدف المعالج النفسي الداعم هو توسيع نافذة التحمل لدى مرضاهم لتمكينهم من تجاهل الأفكار المزعجة والمخاوف غير المبررة والأحاسيس غير المريحة والدوافع السلوكية غير الصحية حتى يتمكنوا من الوصول إلى الموارد العقلية المطلوبة لمواجهة المواقف الصعبة في واقعهم.

التشجيع: يقدم المعالج التشجيع والتغذية الراجعة الإيجابية، مما يساعدك على بناء الثقة بالنفس والشعور بالإنجاز.

التثقيف النفسي: يقدم المعالج معلومات حول مشكلات الصحة النفسية واستراتيجيات التأقلم، مما يساعدك على تطوير قدر أكبر من التبصر والفهم؛ ويتم استخدام التثقيف النفسي من قبل المعالج النفسي لتثقيف المفحوص وأفراد أسرته حول الاضطراب النفسي الذي يتم علاجه؛ وسمات شخصية المفحوص التي تحدد آليات التأقلم؛ وقدراته الفطرية وحدوده؛ والتحديات الكامنة في ظروف حياته التي تحدد مدى قدرته على التعامل مع الضغوطات. تسمح هذه المعرفة للمريض وأحبائه بتكوين توقعات واقعية من العلاج. كما يساعد التثقيف النفسي أفراد الأسرة والأحباء على دعم المريض من خلال تعديل توقعاتهم حول كيفية تصرفه في الحياة الواقعية.

حل المشكلات: يساعد المعالج على تحديد مشاكل أو تحديات معينة ومعالجتها.

إعادة الصياغة: يساعد المعالج على النظر إلى حالتك من منظور مختلف، ويعيد صياغة الأفكار والمشاعر السلبية في ضوء أكثر إيجابية؛ إعادة الصياغة المعرفية هي تقنية لتغيير عقلية الفرد. في العلاج النفسي الداعم، تُستخدم هذه التقنية لمساعدة المريض على إدراك موقف أو علاقة ما من منظور مختلف لتعديل الأفكار المرتبطة به واستبدال فكرة سلبية بفكرة إيجابية. وفقاً لهذا المقال الذي كتبه بارنيت وآخرون في عام 2014، والمنشور في مجلة "سيكولوجية السلوكيات الإدمانية"، وهي مجلة تصدرها الجمعية الأمريكية لعلم النفس، بعنوان "العلاقات ثنائية الاتجاه بين خطاب العميل والمستشار: أهمية إعادة الصياغة"، عندما يستجيب المعالج لتعليقات المريض السلبية بتوجيه معناها في اتجاه إيجابي، فإن هذا الأخير يتحفز لإجراء تغييرات سلوكية إيجابية. يجب أن تكون الفكرة المعاد صياغتها ذات صلة بالمريض، وتساعده على تجاوز أفكاره السلبية، وأن تكون قابلة للتذكر. ووفقاً لمقال كتبه دونالد أ. ميش في عام 2000 نُشر في مجلة ممارسة العلاج النفسي والبحوث، بعنوان "الاستراتيجيات الأساسية للعلاج الديناميكي الداعم"، فإن إعادة الصياغة تساعد المريض على التغلب على إحساسه باليأس وترشيد وتطبيع سلوكياته و/أو أنماط تفكيره. إن مجرد مساعدة المريض على التغلب على إحساسه باليأس غالباً ما يحسن من أعراض الاكتئاب والقلق ويحفز الفرد على إجراء تغييرات إيجابية. إن القدرة على ترشيد وتطبيع سلوكياته و/أو أنماط تفكيره تساعد المريض الذي يعاني من مشاكل الصحة النفسية على الشعور بال عزلة والسيطرة على نفسه؛ فمعرفة المفحوص أنه ليس الوحيد الذي يعاني من مشاكله النفسية وأن هناك اسماً لما يعانون منه أو كيف يتصرفون و/أو يفكرون يجعلهم أكثر تفاؤلاً بشأن نتائج العلاج.

إدارة وضبط التحويل: إن الرابطة العاطفية التي يتشاركها المفحوص مع المعالج تشوه الطريقة التي ينظر بها المريض إلى هذا الأخير. ووفقاً لمقال كتبه دونالد أ. ميش في عام 2000، نُشر في مجلة ممارسة العلاج النفسي والبحوث، بعنوان "الاستراتيجيات الأساسية للعلاج الديناميكي الداعم"، فإن هذا التشويه يرجع إلى "التحويل". يشكل المرضى مشاعر قوية تجاه معالجهم. كما أن لديهم أيضاً مشاعر قوية تجاه شخصيات مهمة في طفولتهم، مثل آبائهم، وأثناء العلاج، يقومون بإسقاط هذه المشاعر على معالجهم. يحدث "انتقال" للمشاعر - إيجابية كانت أم سلبية - وتتضمن إدارة التحويل أثناء العلاج النفسي الداعم استخدام المشاعر الإيجابية نحو تحقيق أهداف العلاج وتصحيح المشاعر السلبية من خلال مواجهة المريض. على سبيل المثال، يشعر المريض بأن المعالج أكثر لطفاً أو محبة أو تأثيراً مما هو عليه في الواقع. لذلك، سيكونون أكثر ميلاً لقبول اقتراحات المعالج للتغيير. يدرك المعالج ذلك ولا يحاول تغيير هذا التصور. من ناحية أخرى، يتم تصحيح المشاعر السلبية بمجرد ظهورها و/أو التعبير عنها من قبل المريض لمنعهم من إنهاء العلاج.

نمذجة السلوك: نمذجة السلوك هو إجراء مباشر لتحسين مهارات التكيف لدى المفحوص. يقوم المعالج بدور "القدوة" الذي يوضح السلوك أو الاستجابة المرغوبة ويتعلم المريض من خلال المشاهدة. على سبيل المثال، يقوم المعالج بتمثيل الأدوار لمساعدة المفحوص على تعلم الطريقة الأنسب والصحية للاستجابة أو التصرف في موقف معين. وفقاً للفصل الوارد في طبعة يونيو 2023 من كتاب "الطب النفسي في تاسمان" لمؤلفه أرنولد وينستون وأديل شايفر بعنوان "العلاج النفسي الداعم"، فإن نمذجة السلوك هي استراتيجية مهمة في العلاج النفسي الداعم. وفقاً لنظرية التعلم الاجتماعي لعالم النفس ألبرت باندورا، يحدث التعلم من خلال مشاهدة الآخرين

ثم تقليد ما يفعلونه أو يقولونه. ويُعرف ذلك باسم التعلم بالملاحظة. من الطبيعي أن يقلد البشر الأشخاص الذين يرون أنهم متفوقون عليهم. يتحفز المرضى لمحاكاة معالجيهم عندما يكون هناك رابط ثقة مشترك بين الاثنين ويثق الأول بقدرات الثاني.

التعزيز الإيجابي: وفقاً لمنشور ستات بيرلز لعام 2023 الذي أعده سكوت وآخرون بعنوان "تعديل السلوك"، فإن التعزيز الإيجابي يشكل السلوك وهو أداة قوية لتعديل السلوك. في العلاج النفسي الداعم، يكون التعزيز الإيجابي في شكل مديح من المعالج بعد أن يظهر المريض استجابة سلوكية مرغوبة. المديح من المعالج الذي يمثل "القوة" هو نتيجة ممتعة أو مرغوبة لاستجابة سلوكية معينة، بحيث يكون لدى المريض الدافع لتكرار السلوك. يجب أن يتماشى المديح مع أهداف العلاج ويجب تقديمه فقط للاستجابات السلوكية التي يرى المريض أنها تستحق المديح.

بناء التقدير: غالباً ما يجد الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية صعوبة في العمل في حياتهم الحقيقية، واتخاذ قرارات عقلانية، والتعامل مع ضغوط الحياة اليومية. وكلما قلّت قدرتهم على عيش الحياة وفقاً لتفضيلاتهم، كلما زاد احترامهم لذاتهم. ويرتبط تقدير الذات بالصحة النفسية، وفقاً لهذا المقال الذي كتبه هنريكسن وآخرون في عام 2017، والذي نُشر في مجلة الطب النفسي والصحة النفسية للأطفال والمراهقين بعنوان "دور تقدير الذات في تطور المشاكل النفسية: دراسة مستقبلية لمدة ثلاث سنوات في عينة سريرية من المراهقين". يستشهد المؤلفون بالعديد من الدراسات ويذكرون أن تدني احترام الذات متورط في المشاعر السلبية والميل إلى استيعاب المشاكل لدى الأشخاص الذين تظهر عليهم أعراض الاكتئاب والقلق. في العلاج النفسي الداعم، تساعد إعادة الصياغة المعرفية والثناء من المعالج في إعادة بناء احترام الذات لدى المرضى. وفقاً لمقال كتبه دونالد أ. ميش في عام 2000، نُشر في مجلة ممارسة العلاج النفسي والبحوث، بعنوان "الاستراتيجيات الأساسية للعلاج الديناميكي الداعم"، فإن إحدى أكثر الطرق فعالية لرفع احترام الذات هي دعم المريض لتحسين كفاءته في مهارات الحياة الواقعية. على سبيل المثال، يساعد المعالج المريض الذي يكافح من أجل العثور على عمل في التدريب على العمل والاستعداد للمقابلات. يستفيد المفحوص الذين يعانون من اضطرابات نفسية من توظيفهم. حتى إذا كانوا يعملون في وظيفة غير مدفوعة الأجر أو كمتطوعين ولا يكسبون دخلاً، فإن توظيفهم بأي شكل من الأشكال يزيد من إحساسهم بقيمة الذات ويوفر لهم إحساساً بالهوية. يمنحهم العمل فرصة للتواصل مع الآخرين، مما يقلل من شعورهم بالاغتراب.

7- ما يمكن توقعه في جلسة العلاج النفسي الداعم:

عادةً ما تتضمن جلسة العلاج النفسي الداعم لقاءً فردياً بين العميل والمعالج، على الرغم من أنه يمكن أيضاً استخدام الجلسات الجماعية. قد تُعقد الجلسة بشكل شخصي أو عبر الهاتف أو عبر مؤتمرات الفيديو عبر الإنترنت، حسب احتياجاتك وتفضيلاتك.

في أثناء الجلسة، سيبدأ المعالج عادةً بسؤالك عن شعورك وما ترغب في مناقشته. ثم يستمع إليك بانتباه أثناء مشاركتك لمخاوفك ويقدم لك الدعم العاطفي والتحقق من صحة ما تشعر به.

قد يقدم المعالج نصائح عملية واستراتيجيات التأقلم، مثل تقنيات الاسترخاء أو استراتيجيات حل المشكلات، لمساعدة المفحوص في إدارة الأعراض وتحسين جودة حياتك.

طوال الجلسة، سيسعى المعالج إلى تهيئة بيئة آمنة وداعمة، خالية من الأحكام أو النقد. سيشجعك المعالج على التعبير عن نفسك بحرية وانفتاح، وسيقدم لك الملاحظات والإرشادات حسب الحاجة.

8- الفرق بين العلاج النفسي الداعم و العلاج المعرفي السلوكي:

يكن الفرق بين العلاج النفسي الداعم والعلاج النفسي السلوكي المعرفي السلوكي في أهدافهما الأساسية ومناهج العلاج التي تستخدمها كل طريقة. يركز العلاج النفسي الداعم على مساعدة المرضى على التعامل مع المشاكل النابعة من أفكارهم ومشاعرهم وأعراضهم الواعية والحالية ولا يحاول تحديد وتغيير الأفكار والسلوكيات غير القادرة على التكيف التي تساهم في معاناتهم الحالية، وهو محور العلاج في العلاج السلوكي المعرفي (CBT).

فوفقًا لمقال كتبه كلينجبرج وآخرون في عام 2010، نُشر في مجلة *Trials* ، بعنوان "العلاج السلوكي المعرفي مقابل العلاج الداعم للأعراض الإيجابية المستمرة في الاضطرابات الذهانية: دراسة؛ وهي تجربة عيادية عشوائية مضبوطة متعددة المراكز، محتملة، أحادية التعمية، ومنضبطة"، يعتمد العلاج النفسي الداعم فقط على عوامل غير محددة مثل الاستماع التعاطفي، وتشكيل تحالف علاجي، وتوفير الدعم العاطفي والتحقق من صحة المعلومات، وتحسين احترام الذات، وتعزيز المهارات التكيفية لتقديم العلاج وتحقيق أهداف العلاج المقصودة.

من ناحية أخرى، يعتمد العلاج المعرفي السلوكي المعرفي على كل من التأثيرات غير المحددة والعوامل المحددة، مثل محاولة عزو سبب الاضطراب الذهاني قيد الدراسة إلى نظرية أو افتراض معين، لتقديم العلاج وتحقيق أهداف العلاج.

1- تاريخ العلاجات الأسرية:

تم تطوير العلاج العائلي أو الأسري في الولايات المتحدة في الخمسينيات والستينيات من القرن العشرين من قبل عدد من المعالجين، بما في ذلك دون جاكسون وسلفادور مينوشين وجاي هالي وكارل ويتاكر وفيرجينيا ساتير وموراي بوين وناثان أكرمان¹. وقد تم استيراد هذا النهج إلى أوروبا في السبعينيات من قبل الأطباء النفسيين في إيطاليا (مارا سيلفيني بالاتزولي وماوريتسيو أندولفي) وبلجيكا (موني الكعيم). ثم انتشر بعد ذلك على نطاق واسع في فرنسا (مع شخصيات مثل روبرت نويبرغر وسيرج هيفيز) وفي بلدان أوروبية أخرى (مع عمل الطبيب النفسي والمحاضر غي أوسلوس وآخرين) وتم تطبيقه في المؤسسات الطبية والاجتماعية والنفسية.

في عام 1993، تأسست الجمعية الفرنسية للعلاج الأسري (الجمعية الفرنسية للعلاج الأسري) كهيئة تمثيلية للمعالجين الأسريين الفرنسيين.

وفي عام 2004، اعتبرت جمعية Inserm العلاج الأسري، إلى جانب العلاجات النفسية الديناميكية والمعرفية السلوكية، أحد مناهج العلاج النفسي الرئيسية الثلاثة، وذلك بسبب "قدم وصلابة التصور النظري لها؛ ووجود تدريب محدد في ممارستها من قبل الأطباء السريريين؛ وانتشار استخدامها على نطاق واسع في مجال الرعاية" حسب (Psychothérapie : trois approches évaluées, Inserm, 2004).

المعالجون المؤهلون لقيادة العلاجات الأسرية هم المعالجون النفسيون (أطباء نفسيون أو أطباء نفسيون) الذين خضعوا لتدريب إضافي متخصص في هذا النهج.

2- المبادئ العلاجية الأسرية:

يهدف العلاج الأسري المنهجي إلى تعبئة موارد الأسرة وتحسين التواصل بين أفرادها من أجل التخفيف من الأعراض و/أو صعوبات العلاقة^{4,5,6,7}.

يدير جلسات العلاج الأسري عموماً عدة معالجين^{8,9}: معالج رئيسي يقوم بإجراء المقابلة ومعالج ثانٍ (يسمى "المعالج المشارك" أو "المشرف") يراقب التبادلات (أحياناً من وراء مرآة أحادية الاتجاه)، ويدون الملاحظات ويساعد المعالج الرئيسي. يجلس أفراد الأسرة في دائرة مع المعالج، وتستغرق الجلسات ساعة ونصف في المتوسط¹⁰.

ويستخدم المعالجون الأسريون ذوو التوجه المنهجي تقنيات استجاب و تيسير محددة^{11,12,13} لتشجيع التواصل داخل الأسرة وتحفيز التغيير.

وبما أن العلاج الأسري يتطلب موارد كبيرة (عدة معالجين، وغرف واسعة، وربما مرآة أحادية الاتجاه أو إعادة بث الفيديو إلى غرفة أخرى)، فإنه يمارس في المؤسسات (المراكز الطبية النفسية، جمعيات العلاج الأسري، إلخ) أكثر مما يمارس في الممارسة الخاصة.

قام رواد العلاج الأسري بتطبيق نظرية النظم والتواصل على الأسرة، من أجل التوصل إلى فهم أفضل للظواهر التي كثيرا ما تلاحظ في المجموعات الأسرية التي تعاني من صعوبات (التعزيز اللارادي للاضطرابات من خلال سلوك الأقارب المقربين، ميل المجموعة الأسرية إلى مقاومة التغيير، أهمية الأزمة في عملية التغيير، ترابط الأدوار في الأسرة، وظيفة العارض في التوازن الأسري).

<http://www.europeanfamilytherapy.eu/fr/quest-ce-que-la-therapie-familiale/>

ويشكل النموذج المنهجي الأساس المفاهيمي والنقطة المرجعية المشتركة لمختلف مناهج العلاج الأسري العائلي.

3-مختلف المقاربات العلاجية الأسرية:

في تاريخ العلاج الأسري النظامي، هناك مقاربات الاستراتيجية-النسقية (جاي هالي، فيرجينيا ساتير، سلفادور مينوشين، مارا سيلفيني بالازولي)، ومقاربات بين الأجيال (موراي بوين، إيفان بوسزورميني-ناجي، موريزيو أندولفي)، والمقاربات البنائية والسردية (موني الكعيم، روبرت نيوبورغر، مايكل وايت) والمقاربات القائمة على الحلول والمهارات (ماري كريستين كابييه، لوك إيسبيرت، ستيف دي شارز، كيم بيرغ إنسو كيم بيرغ).

4-فعالية العلاجات الأسرية:

لقد تم إثبات فعالية العلاج الأسري المنهجي علمياً في المجالات التالية: الاضطرابات السلوكية/مشاكل جنوح الأحداث، واضطراب نقص الانتباه مع أو بدون فرط النشاط (ADHD) لدى الأطفال، وتعاطي المخدرات والمشاكل المتعلقة بالكحول، واضطرابات الأكل، والفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى، واضطرابات المزاج، واضطرابات القلق، والاضطرابات النفسية الجسدية لدى الأطفال والبالغين، والاضطرابات النفسية الجنسية، والاضطرابات النفسية الجنسية، والاضطرابات الزوجية.

5-المقاربة العلاجية النسقية:

يأتي النهج النظامي النسقي من مدرسة بالو ألتو فهو يعتبر أن الفرد جزء من نظام، أو حتى عدة أنظمة. وأن طريقة وجوده تتأثر بذاته وبالآخرين وبيئته. وينظر هذا المنظور المنهجي إلى مشاكل المريض من زاوية علاقته بالسياقات المختلفة التي يعيش فيها: على سبيل المثال، كشريك في علاقة زوجية، وكعضو في أسرة، وكشخص لديه قيم خاصة بثقافة و/أو دين معين... وكفرد يعيش في سياق اجتماعي واقتصادي وسياسي معين.

لذلك، ولفهم مشاكل المريض في الوقت الحاضر بشكل أفضل ومساعدته على التطور، ينظر المعالج إلى سياق حياة المريض بالمعنى الأوسع. كما أنه يأخذ بعين الاعتبار أن الشخص، في اللحظة الراهنة، هو نتاج كل ما تعلمه في السابق. ولتحقيق ذلك، يتعرف المعالج المنهجي على الماضي في هوية الشخص الحالية، بينما يحاول تعديل النتائج السلبية للتجارب السابقة المسؤولة جزئياً عن الصعوبات الحالية.

فهو علاج يولي اهتماماً كبيراً للجوانب العاطفية والمعرفية للصعوبات التي يعاني منها المريض، وكذلك لمشاعر وردود أفعال المحيطين به، وهو يختلف عن مناهج العلاج النفسي الأخرى في أن الشخص ليس الوحيد الذي يتم تحليله في العملية العلاجية، فهو يعتبر أن كل شخص مبني على تاريخه، والذي يشمل أيضاً تاريخ عائلته، وأحياناً على مدى عدة أجيال. إن نواياه وقيمه وقيم الآخرين مشروطة ببيئته، سواء كانت قريبة منه أو أوسع نطاقاً.

وغالباً ما لا يمكن فهم الصعوبات التي يواجهها الشخص وفهمها إلا إذا أخذنا بعين الاعتبار الروابط مع السياق العائلي، وحتى السياق الاجتماعي والاقتصادي والثقافي والمؤسسي بالمعنى الأوسع. وبهذه الطريقة، يمكن النظر إلى حدث ما على أنه "ينظم" الطريقة التي يعمل بها النظام المعني، كما هو الحال في كثير من الأحيان داخل الأسرة.

وبدلاً من الإشارة إلى "خروف أسود"، إلى حالة مرضية محتملة و/أو سلوك مدمر و/أو وضع سلبي لأحد الأطراف الفاعلة في النظام (مثل مشكلة إدمان المخدرات أو مرض عقلي)، يؤكد النهج النظامي على فكرة أن النظام مثل الأسرة ينظم نفسه ويعمل وينظم نفسه وفقاً للتفاعلات والقواعد، الصريحة والضمنية، التي تنشأ داخله. ومن ثم يمكن النظر إلى الخلل الوظيفي للشخص على أنه أثر لهذه اللوائح، وبالتالي يمكن النظر إلى المرض النفسي كطريقة للتكيف مع البنية المرضية للعلاقات الأسرية.

5-1- أهمية تعريف النسق على أساس العَرَض المعلن عنه:

إذا أراد المعالجون أن يكونوا نسقيون ونظاميين، فعليهم أن يحددوا لأنفسهم النظام الذي يدعون أنهم يعملون معه. هذا الشرط النظري يجبرهم أولاً وقبل كل شيء على تعريفه، وهذا يعني تحديد العناصر (الأشخاص) التي تشكل النظام وتحديد العناصر التي تعتبر خارجة عنه.

فعندما يواجه الفرد مشاكل عائلية، هناك خطر قصر النظام على ما يسمى بالأسرة "النوعية" (الأسرة المباشرة الرسمية). وعدم الرغبة في مراعاة عناصر أخرى مثل الرفقاء أو الإخوة أو الأخوة أو الأخوات غير الأشقاء، أو الحموات أو الأعمام المتعاقبين، أو أبناء لم شمل الأسرة، إلخ.

وبالمثل، قد يكون من المفيد إدراج الحيوان الأليف لأنه، من خلال الحيز الذي يشغله، يمكن أن يفرض قواعد على النظام (التوفر للنزهات، واختيار مواعيد الإجازات ومكانها، إلخ) - أو حتى توسيع النظام ليشمل لاعبين آخرين معنيين بالمشكلة الأولية: الرعاية الأخرى و/أو الخدمات الطبية/الاجتماعية، والمحاكم، والوصاية، إلخ.

قد يكون المعيار هو أن هذه الجهات الفاعلة لها تأثير كبير على النظام المعني؛ وفي هذه الحالة المحددة، قد يكون من المناسب إدراجها وبنفس الطريقة، قد يكون من المفيد النظر في بعض العوامل، بخلاف العارض المعني، مثل المرض (العقلي أو البدني)، أو الإدمان (الكحول، المخدرات، إلخ) أو عوامل أخرى كالبطالة، والفقر... باعتبارها "عناصر" حقيقية في نظام الأسرة، بسبب دورها البرمجي الذي لا مفر منه.

تماماً كما أنه من المهم التمييز، داخل الأسرة، بين من طلب من المعالج التدخل، لأن دوره ليس محايداً. فالمعالج هو أيضاً جزء من هذا النظام، إلى جانب الأسرة وأي لاعبين آخرين. كما أن الطريقة التي يتم التعبير بها عن العرض أو المشكلة تقول شيئاً عن مكانته في المشكلة.

ومن خلال التلاعب بين عنصري العَرَض (الذي قد يكون مرضاً نفسياً لأحد أفراد الأسرة) وتحديد النظام، فإن المعالج المنهجي بعيد كل البعد عن أن يختزل المشكلة في حل واحد، بل على العكس من ذلك، سيكون هناك العديد من الحلول الممكنة، اعتماداً على التركيز المستخدم.

فالقراءة النظامية تضاعف الاحتمالات، وتظهر كيف أن هناك غالباً عدة طرق للتفاعل بشكل مناسب، وإمكانيات العمل تكون على مستوى جميع اللاعبين، فأهم شيء هو تجنب التدخلات التي من المحتمل أن تبقى على المشكلة - وهذا أسهل في التقييم - التي من المحتمل أن تبقى على المشكلة.

5-2- تطبيق النهج النسقي على العلاج الأسري:

في العلاج الأسري، تعتبر الأسرة في العلاج الأسري بمثابة "نظام أو نسق" يجب دراسته وأخذها بعين الاعتبار، وهو نظام يمكن تعريفه على أنه مجموعة من العناصر (في هذه الحالة، أفراد الأسرة) التي تتفاعل مع بعضها البعض وتتبادل المعلومات مع العالم الخارجي أيضاً.

وبالتالي فإن العلاج الأسري يهتم بالتفاعلات بين أفراد الأسرة، ويستند إلى الافتراضات النظامية الموضحة أعلاه، والتي تعتبر الأسرة نظاماً موجوداً ضمن أنظمة أوسع (مثل المجتمع المحلي والمجتمع والثقافة التي تنتمي إليها الأسرة، إلخ).

في البداية، من النادر أن يعبر جميع أفراد الأسرة الواحدة عن الحاجة إلى المساعدة. وعندما يجتمعون معاً في عيادة المعالج الأسري، فعادةً ما يكون السبب في ذلك هو أن أحد أفراد الأسرة يُنظر إليه على أنه "الشخص الذي يعاني من المشاكل". وفي كثير من الحالات، يكون لهذا الشخص بالفعل تاريخ طويل من العلاج النفسي.

عادة ما تكون الأعراض التي تم تسليط الضوء عليها هي نقطة البداية للعلاج. ولكن الهدف من ذلك هو فهم ما "يُستخدم" في الأسرة، والأخذ بالأسرة إلى ما هو أبعد من عملية تحديد "المريض"، نحو قراءة مختلفة للمشكلة ونحو حلول أخرى.

غالبًا ما تعمل الأسرة التي تمر بأزمة كحلقة تنغلق على نفسها. ويوضح هذا السيناريو ما يسميه العلاج الأسري بمبدأ الاستقرار، وهي عملية يتم من خلالها محافظة المجموعة على تماسكها وتقاوم التغيير. ومن وجهة النظر هذه، فإن أعراض المريض المعين - على مستوى اللاوعي - تخدم مصلحة الأسرة. من خلال تسليط الضوء على هذه الدائرية، يمكننا التوقف عن توجيه أصابع الاتهام إلى "الخروف الأسود" وفهم كيف أن الجميع جزء من المشكلة.

قد يكون من المثير للاهتمام أيضًا التفكير في الأسرة بمعناها الأوسع، حتى لو لم يعد هناك أسلاف، لأنه غالبًا ما تكون هناك مشاكل تنتقل من جيل إلى جيل.

فالعديد من الأمراض العائلية، على سبيل المثال، تدور حول شيء لم يُقال (سر عائلي على سبيل المثال) أو معاناة لم تتغلب عليها الأجيال السابقة وتستمر في التأثير على الأحفاد لأنها لم تتغلب عليها الأجيال السابقة.

ينظر العلاج الأسري إلى الأسرة على أنها نظام مفتوح. وهذا يعني أن أسباب الخلل الوظيفي فيها يمكن أن تكون داخلية أو خارجية. مع هذا النهج، لا يوجد شيء مثل الوالدين السيئين أو الأطفال الذين يعانون من مشاكل، بل هناك عائلة تحتاج إلى المساعدة في أزمة الحياة.

والهدف من هذا النهج العلاجي هو تحسين أداء الأسرة، وبذلك يتم العمل على الأعراض التي تم تسليط الضوء عليها في البداية.

5-3- مسار العلاج النسقي الأسري:

يقوم المعالج أولاً بتحديد إطار عمل للعلاج؛ حيث يتم تحديد الإطار من خلال تواتر الجلسات، ودعوة أو استبعاد فرد معين من العائلة، ومشاركة معالج واحد أو أكثر، ووجود أو عدم وجود كاميرا أو مرآة أحادية الاتجاه، وما إلى ذلك. لا توجد قواعد موجودة مسبقاً، باستثناء ضرورة الجمع بين جيلين على الأقل وضمن وجود المعالج في جميع الأوقات.

لا توجد قواعد موجودة مسبقاً، باستثناء الحاجة إلى الجمع بين جيلين على الأقل والحرص على عدم ترسيخ عمليات الإقصاء التي تعمل بالفعل داخل الأسرة، مثل الغياب المنهجي لأحد الوالدين أو الطفل المستبعد.

عند استخدام كاميرا أو مرآة أحادية الاتجاه، يكون ذلك دائماً بموافقة الأسرة. يمكن أن تكون هذه المعدات وسيلة مساعدة قيّمة للمعالج، حيث تمكنه من الرجوع خطوة إلى الوراء مما حدث في الجلسات، على سبيل المثال، وكذلك طلب رأي زميل يمكنه أن يرى العناصر التي ربما يكون قد أغفلها، ويقترح سبلاً لمزيد من العمل.

وبالمثل، من المثير للاهتمام دراسة موقع كل شخص ومكانته. يمكن تفسير التحالفات والمسافات خلال الجلسة، بالإضافة إلى الكلمات المتبادلة.

سيكون دور المعالج النفسي هو التوسط والتنظيم، وسيشجع الجميع على التعبير عن أنفسهم ورغباتهم، كما سيسلط الضوء على الجهود التي بذلوها لمساعدة الأسرة على التحسن.

يمكن استخدام أدوات معينة (شجرة العائلة، وما إلى ذلك) لفهم أفضل لكيفية عمل الأسرة وما هو على المحك، خاصة فيما يتعلق بالذاكرة (ما يراه الأعضاء مناسباً لتمريره، أو على العكس من ذلك لمحوه... وما يوحي به ذلك من قيم يتم الدفاع عنها أو رفضها، وقواعد سلوك ضمنية؛ مع تقدم الجلسات، يتحسن التواصل داخل الأسرة بشكل عام بشكل ملحوظ.

لكن تحسن التواصل لا يلغي أهمية استعادة كل فرد من أفراد الأسرة لشكل من أشكال الاستقلالية النفسية، مما يتيح لهم الوجود دون أن يخنقهم انتمائهم للمجموعة الأسرية.

وتستغرق جلسات العلاج الأسري ما بين ساعة وساعتين. وتختلف الفترة الفاصلة بين الجلسات، ويتم تحديدها بشكل عام وفقاً لتوافر كل فرد، وبالطبع وفقاً لصعوبة المشاكل المعروضة.

يمكن أن يتراوح متوسط مدة العلاج ما بين 6 و20 جلسة، على الرغم من صعوبة تقدير ذلك بالطبع لأنه يتكيف مع الحالة الفريدة لكل أسرة بالضرورة.

قد يختار المعالج أن يعمل مع معالج آخر يشاركه في تيسير الجلسات معه أو معها؛ وبالمثل، قد يتقرر حضور بعض أفراد الأسرة أو غيابهم أثناء جلسات معينة؛ وبالمثل، قد يتم تقديم جلسات فردية أو جلسات مع الوالدين دون الأطفال بالإضافة إلى الجلسات الجماعية.

وفي بعض الأحيان، قد يتم إشراك بعض الأطراف الخارجية في العملية، مثل مقدم الرعاية أو الأخصائي الاجتماعي الذي يعرف المريض جيداً و/أو أسرهم. و كل شيء يتم تحديده بالتعاون والاتفاق المتبادل مع أفراد الأسرة، الذين يتم إبلاغهم دائماً مسبقاً بالخيارات التي يتخذها المدير التنفيذي، ولا يتم فرض أي شيء عليهم دون علمهم.

5-5- من يمكن أن يستفيد؟

إن أي مشكلة تؤثر على حياة الشخص، فيما يتعلق بعلاقاته الأسرية والسياقات الأوسع نطاقاً، يمكن أن تستفيد من العمل بالنهج النظامي وأي حالة تؤثر على العلاقات بين أفراد الأسرة يمكن أن تستفيد من العلاج الأسري.

من المؤكد أن العلاج الأسري مفيد في أوقات الأزمات، ولكنه مفيد أيضاً في المشاكل المتكررة، مثل تلك المرتبطة بمرض عقلي لأحد أفراد الأسرة.

وفي الجزائر لا تزال الأبعاد الثقافية، أمراً يقف وراء فعالية هذا العلاج للعديد من الفئات في الاستشارات النفسية، والتي نلاحظها بدءاً من غياب الطلب النفسي، وكذلك من خلال غياب المشاركة أو حتى الرفض الاستدعاءات الاستشارية وتجنبها، على غرار بعض البلدان الأوروبية، مثل فنلندا والمملكة المتحدة، يمكن الوصول إلى هذه

مثل آرون بيك أربعة أنواع من الأسئلة التي يمكن أن يعتمد عليها المعالجون المنهجيون: "هل هذا صحيح حقاً؟"، "على أي أساس تقول هذا الشيء؟"، "ما هي عواقب المشكلة؟ ومع ذلك، يتجاوز المنهج النسقي هذه الأسئلة الأساسية من خلال تطبيق المنهج السقراطي على العلاقات بين الأشخاص.

5-6-1-1- أهدافه:

إن الاستجواب المنهجي محدد من حيث أنه يوسع رؤية المشاكل من خلال التركيز على التفاعلات والسياق الذي تنشأ فيه المشاكل وتتمثل المهمة الأولى للمعالج في جعل الموقف أكثر تعقيداً من أجل إبراز التفاصيل العلائقية التي تقلت من بناء الأشخاص الذين يتحدث إليهم: "من هو المتورط في الموقف؟" ما هي الظروف التي نشأت فيها المشكلة؟ "كيف تغيرت الأدوار؟"

إن جوهر هذا التساؤل هو مبدأ السببية الدائرية الموصوف بإسهاب في هذا الكتاب. ومن هذا المنطلق، يسعى المنهجي إلى رؤية الأطراف الفاعلة معاً وبشكل مختلف. وبهذه الطريقة، ينفصلون عن الرؤية الخطية التي تقودهم إلى توجيه أصابع الاتهام، ويركزون على العلاقات وردود الفعل التي تعجل بالمشكلة أو تديمها. إذا حدث، في المقابلات القليلة الأولى، أن طرح أسئلة خطية مثل "منذ متى وأنت مريض؟" و"ما هو علاجك؟"، فإن عامل الدعم سرعان ما سيضع عملية "التعميم" من خلال إشراك الأشخاص المعنيين ووضعهم على اتصال مع بعضهم البعض. وسينظر بعد ذلك إلى مشكلتهم بشكل مختلف ويقترح نموذجاً للعلاج من شأنه تغيير رؤيتهم الخاصة. ولهذه العملية الأهداف الثلاثة الموضحة أدناه.

5-6-1-1- إشراك الأشخاص المعنيين وجمعهم معاً:

لا يشعر المعالجون المبتدئون بعدم الارتياح تجاه المجموعات لأنهم يخافون من عدم القدرة على التحكم في المقابلة. وهذا ما يدفعهم إلى تفضيل المقابلات الفردية تحت ذرائع مختلفة، وبالتالي حرمان أنفسهم من المعلومات العلائقية الأساسية. إذا أرادوا "رؤية الصورة الأكبر"، فإن الصعوبة الأولى تكمن في كيفية دعوة الأشخاص المحيطين بهم. أسهل طريقة هي تكليف المريض المعين بمهمة اختيار الأشخاص المعنيين ودعوتهم. من خلال وضع المريض في موقع المنظم للمقابلات العائلية، لا يضطر المعالج إلى إجراء الكثير من المكالمات الهاتفية ولا يتعرض لخطر الوقوع في فخ التحالفات والأسرار التي تعيق العملية العلاجية.

أثناء الجلسة، يتم تشجيع الجميع على المشاركة، إما بطرح أسئلة عامة مثل: "هل يستطيع أحدكم أن يخبرني ما هي المشكلة"، أو بسؤال المشاركين بدورهم: "ما هي المشكلة في رأيكم؟ في الحالة الأخيرة، عادةً ما أسأل المريض المذكور في النهاية، حتى لا أعطيه دوراً محورياً للغاية وأزيد من الشعور بأنه سبب المشاكل العائلية. وعلى العكس من ذلك، إذا كان هناك شخص ما في الخلفية، فسوف أسأله أولاً، ولو كان ذلك فقط بسبب انفصاله الواضح، الأمر الذي يزعجني.

على الرغم من أن المعالج هو المسؤول عن المقابلة، إلا أنه يجب ألا يتدخل كثيراً. وبالطبع، يمكنه تشجيع الصامتين على الكلام، ومقاطعة من يتحدثون أكثر من اللازم، ودعم من يشعرون بالقلق. ومع ذلك، فإن دوره الرئيسي هو تشجيع التفاعل بين المشاركين، من أجل مراقبة ديناميكيات المجموعة. للقيام بذلك، لن يتردد في

السماح للأشخاص بالتحدث مع بعضهم البعض أثناء الجلسة. ومع ذلك، يجب التخلي عن هذا الأسلوب إذا طغت التفاعلات السلبية على الجلسة. في هذه الحالة، يقاطع المعالج النقاشات بتذكير الأشخاص بقاعدة احترام الآخرين التي ذكرها في بداية الجلسات. إذا كانت التبادلات اللفظية عنيفة، فقد يجتمع المعالج مع الأشخاص بشكل فردي.

5-6-1-1-2-البحث عن المعلومات ذات الصلة:

يشبه موقف المعالج في بعض النواحي موقف المحقق. فهو يبحث عن القرائن - من أكثرها تافهة إلى أكثرها وضوحاً - حول المشكلة، وهي العناصر التي تظهر أثناء التفاعلات والتي لا يدركها العملاء. إن المعلومات حول العوامل المسببة وتغيرات الأدوار والتصورات المختلفة للمرض والرعاية مفيدة لعامل الدعم، ولكن قبل كل شيء لمن يستشيريه. وبهذا المعنى تصبح المعلومات ذات صلة بالموضوع. في كل مرة يكرر فيها المشاركون ما يعرفونه بالفعل، فإنهم يحدثون "ضجيجاً"، بالمعنى الحاسوبي للمصطلح. وهذا هو الحال عندما يطرح كل مشارك نظريته أو نظريتها عن المشكلة.

("إنه خطأ والديّ؟" "زوجتي غيورة جداً") أو تكرار نفس الشكاوى مرارًا وتكرارًا. ثم يحدث الناس الكثير من الضجيج، مثل بعض الركاب في القطار العائدين من العمل إلى المنزل، حيث يفيضون بمشاكلهم المهنية ("قال لي ذلك... وقلت له ذلك..."). لطالما انبهرت بهذا النقص في الحوار في قطارات الضواحي وفي المترو. فالجميع يتحدثون مع أنفسهم، وإذا انتظروا ردًا من شخص آخر، فذلك للحصول على تأكيد على صحة وجهة نظرهم.

فالعلاج النفسي ليس حوارًا في محطة قطار، ويجب أن يفسح المجال للضوضاء أن تفسح المجال للمعلومات التي تفاجئ وتزعزع الاستقرار. فالجلسة الجيدة هي تلك التي يجلب فيها الزبائن مواد أقوم باكتشافها وتحويلها بحيث يغادرون بمنظور مختلف عن الوضع الذي يناقشونه. وكما يشرح غي أوسلوس، فإن المعلومات ذات الصلة هي تلك التي تأتي من النظام وتعود إلى النظام (أوسلوس، 1995، ص 30).

5-6-1-1-3-رفع الوعي بنموذج النظم:

يسعى المعالج من خلال طرح أسئلة غريبة أو غير اعتيادية عن طيب خاطر، إلى تغيير منظور العميل وتوعيته بالنموذج التفاعلي. يتلقى العميل اقتراحات غير مباشرة في اتجاه التصور الدائري للواقع، دون أن يهاجم نموذج الحتمي الخطي. يجب أن تكون ذات مصداقية ومفاجئة في نفس الوقت، ولكن هذه العملية غالبًا ما تكون مؤلمة، حيث يدافع المرضى عن بنياتهم الديكارتية. ونتيجة لذلك، نادرًا ما تكون المقابلة الناجحة هي المقابلة التي يشعر فيها الجميع بالرضا أو على الأقل بالاطمئنان. وفي كثير من الأحيان، يغادر المشاركون بشكوك بدلاً من اليقين.

الاستجواب الدائري هو أكثر أشكال الاستجواب المنهجي تنظيماً. ومن الصعب استخدامه لأنه ينطوي على تحول مفاهيمي كبير بالنسبة للمبتدئين، ويتطلب الممارسة ولا يتوافق ببساطة مع المعايير الاجتماعية للمحادثة. كيفية عدم التردد عندما يتعلق الأمر بالسؤال؛ كيف يمكننا ألا نتردد عندما نضطر إلى أن نطلب من أعضاء المجموعة أن يجيبوا بدلاً من الآخرين، أو أن نثرثر عن موقف طرف ثالث حاضر في المقابلة، أو أن نصنف الجميع حسب درجة معاناتهم؟ من المؤسف أن يكون لدى النظامي نزعة غير مهذبة أو حتى أسوأ من ذلك، ألا يتناسب مع الصورة التقليدية للمعالج النفسي. لم يكن من دون سبب أن حذر كارل ويتاكر عملاءه منذ البداية من أنه على الرغم من أنه يبدو ودوداً، إلا أنه قد يكون بغيضاً. إن معرفة كيف تكون له الأسبقية على معرفة كيف تفعل، حتى لا يُنظر إليه على أنه أحمق أو وقح. يجب أن يسطع "موقف المشاركة الهادئة والدهشة والاحترام والمسؤولية" (كينى، 1983، نقلاً عن سيويرت، 1993، ص 8) إذا ما أراد مقدم الرعاية أن يكون ذا مصداقية. هذا ما يسميه برادفورد كيني "الموقف الجمالي". سرعان ما يبدد هذا الموقف الشكوك لدى المرضى، الذين يفضلونه على موقف الخبير الموجه نحو السيطرة، الذي يقف خارج النظام ويعطي تعليمات إرشادية.

5-6-1-2-مبادئ الاستجواب الدائري:

في عام 1983، في مقال شهير لمدرسة ميلانو، حددت مدرسة ميلانو مبادئ الاستجواب الدائري (سيلفيني بالازولي وآخرون، 1983، ص 117-132). قامت مارا سيلفيني بالازولي وزملاؤها في ذلك الوقت بتطوير عملية تعميم من ثلاثة مستويات

طريقة دائرية للتقييم (الفرضية).

نسخة دائرية لموقف المعالج (الحياد).

نهج دائري لإجراء المقابلات (الاستجواب الدائري).

ويقدم باحثون آخرون وصفاً تفصيلياً لأسلوب الاستجواب الدائري، لا سيما بيجي بن من معهد أكرمان في نيويورك (بن، 1982، ص 267-280)، وكارل توم في كالغاري (توم، 1985) وفرديناند سيويرت في لوزان (سيويرت، 1993). يجدر بنا قراءتها لاكتشاف جميع التفاصيل الدقيقة لهذه التقنية.

يتكون الاستجواب الدائري أساساً من جعل أحد المشاركين يصف سلوك طرف ثالث، من حيث الاختلافات والتغيرات.

وهكذا يوضع الشخص الذي تجرى معه المقابلة في وضع يضعه، قدر الإمكان، خارج النظام. وتتمثل الفائدة الأولى لهذه التقنية في أنه غالباً ما تتاح الفرصة لأفراد الأسرة أو المجموعة للمرة الأولى لمعرفة كيف ينظر الأعضاء الآخرون إلى عمل النظام المعني. حيث تتاح لهم الفرصة لرؤية أنفسهم وهم يتفاعلون ويتحدثون مع بعضهم البعض حول هذا الموضوع، وهو تغيير كبير منذ البداية. وفي الوقت نفسه، يشهد المعالجون والعملاء تحول الصهارة إلى مجموعة منظمة و متميزة.

تسلط الأسئلة الضوء على الاختلافات والتغيرات في مواقف اللاعبين. سنكون مهتمين بالاختلافات في السلوك بين الأفراد وبين الأنظمة الفرعية، وبدرجة أقل في جهات النظر أو المشاعر. ستعلق الأسئلة المتعلقة بالتغيير بالاختلافات في السلوك قبل الحدث أو بعده.

إذا أخذنا بعين الاعتبار مبدأ غريغوري بيتسون القائل بأن "المعلومات هي اختلاف يخلق اختلافاً" (مقتبس في Benoit, Malarewicz et al., 1988, p. 118)، نفهم أن الأسئلة الدائرية تجعل من الممكن تحويل البيانات إلى معلومات.

5-6-1-2-1-أسئلة حول الاختلافات:

كما أكدنا، يهتم الميسر في المقام الأول بالاختلافات بين السلوكيات من أجل التركيز على العملية (التفاعلات) بدلاً من المحتوى (موضوع النزاعات، المشاعر). ومع ذلك، قد تكون بعض الأسئلة موجهة إلى تجارب المشاركين وأفكارهم (خاصة نظرياتهم حول أصل المشاكل). المهم ليس صحة الإجابات، بل ما تكشفه من فروق بين الأفراد. وهذا يكشف عن التحالفات وتوزيع الأدوار والألعاب التي لا تنتهي.

وتنقسم الأسئلة المتعلقة بالاختلافات إلى ثلاث فئات: المقارنات، والتصنيفات، والثرثرة:

5-6-1-2-1-المقارنات:

الأسئلة النموذجية هي: "ماذا يفعل شريكك عندما يتشاجر الأطفال؟" "كيف يتصرف أبي عندما تبكي أمي؟" يطلب منك السؤال وصف سلوك معين في موقف معين. إذا أطلقت العنان لفضولك، فإن الإجابات ستقودك إلى أسئلة جديدة توضح التسلسل التفاعلي. إليك مثلاً من قصة عن الأجداد الذين يتدخلون في تعليم أحفادهم: "كيف يتدخل والداك في تعليم أحفادهم؟"

-يتدخلون في تعليم أبنائهم.

-كيف يتدخلون؟

-إنهم يقللون من شأن أخطاء الأبناء في كل مرة أذهب فيها لمعاقتهم.

-من الذي يتدخل أكثر؛ من حيث لأجداد؛ الجد ام الجدة؟.

ويعتبر هذا النوع من الأسئلة مفيداً بشكل خاص عندما تريد تفصيل عملية النزاع: من بدأ الجدل، وكيف كان رد فعل الآخر، ومن تدخل، وكيف انتهى كل شيء؟ وبهذه الطريقة، يمكننا أن نسلط الضوء بسرعة على استراتيجيات كل شخص: "الصراع" لفرض وجهة نظره الخاصة، و"الشلل" الذي يستسلم فيه الشخص ويقلل من توقعاته، و"الهروب" عندما يهرب من الشجار (العزلة، اللجوء إلى الكحول، الابتعاد عن المنزل).

5-6-1-2-2-التصنيفات:

على الرغم من أنها قد تبدو أغرب من المقارنات، إلا أن التصنيفات سرعان ما تتبادر إلى ذهن المعالج، كما يتضح من مثال الأجداد الذين لا يحترمون حواجز الأجيال. يتم التعبير عنها بمصطلحات "أكثر أو أقل" (من الأقرب إلى المريض؟) "أو من حيث الترتيب الفعلي ("بالنسبة للأبناء الثلاثة هنا، هل يمكنك أن تخبرني بأي ترتيب سيغادرون المنزل؟)

5-6-1-2-3-الثروة:

بالنسبة للعملاء، تعتبر النميمة أكثر إثارة للدهشة، لأنها تتكون من نشاط يحبه معظم الناس (الإدلاء بتعليقات عن الآخرين)، ولكن يتم ذلك خلف الأبواب المغلقة، أمام الشخص المعني. يناقش شخصان (بما في ذلك المعالج عادةً) علانيةً سلوك شخص آخر حاضر. هذا النوع من البذاءة فعال للغاية في إزالة الجو، وتحريك الانطوائيين من جميع الأنواع، وقبل كل شيء، تقديم مرآة للمراقبين وللشخص المعني. إن احترام الآخرين المذكور أعلاه مهم بشكل خاص هنا. الشرط الأساسي هو عدم إصدار الأحكام على القيمة الشخصية للأشخاص ("إنه يتصرف مثل الأحمق")، والتعليق فقط على المواقف.

واليك مثالاً على الثروة التي تشمل زوجين تعاني الزوجة من الاكتئاب، بينما تظهر الزوجة سلوكاً منفصلاً ومكتئباً بشكل مخادع عندما يستنفد المعالج والزوج في محاولة إيجاد حلول للمشكلة المطروحة. المعالج للزوج: "هل تظهر زوجتك هذا السلوك العابس في كثير من الأحيان؟"

-في كل مرة أحاول تحفيزها.

-كيف تواسيها عادةً؟

-أعانقها وأخبرها أنني أحبها.

-هل تخبرها أيضاً أنك تحبها عندما لا تكون عابسة؟.

أستخدم الثروة بجرعات صغيرة، خاصةً عندما أشعر بالانزعاج من السلوك السلبي لشخص ما. وعلى الرغم من أن ردة فعلي قد تكون نابذة من السخط، إلا أنني أترك مشاعري جانباً قدر الإمكان من أجل إبراز ألعاب العلاقة والمضي قدماً في العلاج. من الناحية الشكلية، يبدو أن النميمة يُشار إليها عندما لا يشارك أحد الأعضاء وفي العائلات التي تعاني من مشاكل خطيرة في التواصل. في السياق الأخير، يمكن استخدام هذا الأسلوب، على سبيل المثال، للتغلب على التبريرات أو لدفع الاتصالات غير المباشرة إلى العتب.

5-6-1-2-3-أسئلة حول التغيير:

تُستخدم هذه الأسئلة لوصف التباين في السلوك مع مرور الوقت. هناك نوعان من التباين:

5-6-1-2-3-2-التباينات فيما يتعلق بالماضي:

تركز هذه الأسئلة على العوامل المسببة مع محاولة تجنب التنظير حول أصل المشاكل.

فيما يلي بعض الأمثلة: "هل كان هناك وقت لم يكن لديك فيه هذا النوع من النزاعات؟" قبل المرض، من كان يعتني بالشؤون المالية والتسوق؟ "منذ أن أصبح والدك عاطلاً عن العمل، كيف كان يتصرف؟" "منذ أن أصبح والدك عاطلاً عن العمل، ما الذي تغير في سلوك أخيك؟" هل تعتقد أنه كان سيتصرف بشكل مختلف إذا لم يكن والدك في المنزل طوال الوقت؟

هذه الأسئلة ذاتية إلى حد ما ويمكن أن تعطي انطباعاً بأن الميسر من خلالها يوضح نظريته حول أصل المشاكل. والهدف منها في الواقع هو تحديد الارتباطات بين السلوك والسياق بحيث يمكن تحديد الحلول، كما يوضح المثال التالي. يسأل المعالج أحد المرضى: "عندما انفصلت لأول مرة لم تحاولي الانتحار، كيف كان الوضع أقل إيلاًماً في ذلك الوقت؟"

-كان لدي والدتي التي كانت تتصل بي كل يوم، وكان عليّ أن أعني بطفلي.

-من يمكن أن يحل محل أمك وطفلك؟

5-6-1-2-3-3-الاختلافات حول المستقبل:

تسعى هذه الأسئلة إلى إحداث عملية تغيير من خلال تخيل حلول أو مستقبل خالٍ من المشاكل. على سبيل المثال: "ماذا سيحدث إذا غادر والدك الغرفة عندما كانت والدتك تطعم لويز؟" "إذا عاد والدك إلى العمل، من الذي سيشجعه أكثر وكيف؟" "هل كان يشجعه بهذه الطريقة عندما كان يعمل؟"

تنذر الأسئلة المتعلقة بالتغيير بالعلاجات التي تركز على الحلول ببحثها عن استثناءات للمشكلة (أسئلة حول الماضي) وأسئلتها المعجزة (أسئلة حول المستقبل). هذه الأساليب، المقلقة في بساطتها، تستحق الاستكشاف. يقدم ويليام أوهانلون وميشيل وينر-ديفيس وصفاً دقيقاً ومفيداً جداً في الممارسة العملية في كتاب "التوجه نحو الحل: نهج جديد في العلاج النفسي" (1995). أما أولئك الذين يرغبون في معرفة المزيد عن تاريخ هذه الحركة (تأثيرات مدرسة بالو ألتو وميلتون إريكسون) أو الأبحاث التي تظهر فعالية التقنيات التي تمت الدعوة إليها، فيمكنهم قراءة النصوص التي كتبها أستاذ هذا المجال، ستيف دي شارز (1988)، أو تلك التي كتبها بالفرنسية ماري كريستين كابييه ولوك إيسبيرت. (1997)

وبروح مدرسة ميلانو، كان للأسئلة الدائرية هدف استكشافي واستراتيجي (لتشجيع قبول المقاربة النظامية). نحن نرى الآن إمكاناتها العلاجية بشكل أوضح، لأنها من خلال تقديم وجهات نظر جديدة، فإنها تهيئ الناس لمقاربة جديدة؛ فهي تمهد الطريق لسلوكيات جديدة. إن إعادة صياغة وصفات المهام هي التي من شأنها تسريع هذه العملية. وكما يشير جيانفرانكو تشيكين (1987، ص 405-413).

لا يدعي الاستجواب الدائري كشف الحقائق. وقبل كل شيء، يجب أن يكون مفيداً. وبهذا المعنى، يجب على المعالج النفسي أن يطلق العنان لفضوله أو فضولها.

أخيراً، يجب ألا نغفل عن أكثر أشكال الاستجواب دقة، وهو استجواب المعالج نفسه. فالمعالج يؤثر على العائلة، ويرى ما يريد أن يراه، متأثراً بالمشاركين وبالأصدقاء التي تتردد مع ماضيه الخاص. يُظهر هذا النوع الآخر من التعميم بوضوح أنه لا يوجد شيء اسمه الحقيقة، بل مجرد بناءات للواقع. وترى المدرسة الفكرية البنائية التي طورها بول واتزللاويك في مجال العلاج الأسري أن الواقع الذي تستند إليه المعرفة لا يوجد قبل وجود الملاحظ، بل يبنيه الملاحظ (Watzlawick et al., 1988).

نتيجة لذلك، عندما نراقب عائلة ما، علينا أن نأخذ بعين الاعتبار التغيرات التي يحدثها وجود المعالج. فالأسرة لا تتصرف أمام المعالج كما تتصرف في المنزل، والتفاعلات في الجلسة لا تعكس حقيقة واقع الأسرة. وإذا أخذنا هذا الخط من التفكير إلى أقصى الحدود، فإن أتباع النهج السردي يرون العلاج كعملية تفكيك (Gilligan et Price, 1993). يقوم المريض بإخبار المعالج بقصة (رؤيته أو رؤيتها للمشكلة) ثم يقوم المعالج بتعديلها لبناء قصة جديدة، ثمرة تعاون خلاق بين الطرفين. وأياً كان الواقع (المصدر الحقيقي للمشكلة، النسخة الصحيحة من القصة)، فإن المهم هو إحداث عملية تغيير. ومن خلال تعديل السيناريو الذي يقدمه العميل.

5-6-2- إعادة التأطير

ببساطة، إعادة التأطير هو تعليق يغير الزاوية التي يُنظر منها إلى موقف ما. يقوم القائم على الرعاية بذلك بنفس الطريقة التي يقوم بها صانع الأفلام الذي يوسع أو يضيق مجال عدسته لإبراز الجوانب المهمة في المشهد. ومع ذلك، فإن النظامي الذي لا يتسم بالحميمية بطبيعته، يفضل مع ذلك "الزاوية الواسعة"، مستخدماً عدسته مثل "المنظار الكلي" - إذا استخدمنا التعبير الذي صاغه جويل دي روسناي. (1977)

بول واترلاويك هو أحد أفضل من وصف إعادة التأطير. ويعتبر تعريفه كلاسيكياً: إن إعادة الصياغة تجعل من الممكن "تعديل السياق المفاهيمي و/أو العاطفي لموقف ما أو وجهة النظر التي يتم اختباره من خلالها"، وذلك بوضعها في إطار آخر (Watzlawick et al., 1981, p. 116). ويوضح المثال التالي تقنية إعادة التأطير ومزلقها المحتملة.

5-6-2-1- قواعد إعادة التأطير:

توضح القصة أعلاه أن إعادة التأطير لا تكون فعالة إلا إذا احترمت عددًا معيناً من المبادئ، وتتعلق إعادة التأطير بالتفاعل أكثر من المحتوى. تحمل الاستعارات وزناً أكبر من الكلمات. صدمت إعادة صياغة العرض من حيث المعارضة المشاركين ولكن دون تأثير صور الطفل والأميرة.

وتتم إعادة التأطير مع المشاركين. عندما تكون نتيجة بحث مشترك، يكون السيناريو الناتج أكثر إبداعاً. يتم اقتراح الصورة بشكل عام من قبل المعالج، تماماً كما يتم عرض موضوع على الممثلين في دوري الارتجال. في أفضل الحالات، يقوم الممثلون في الأسرة بتحويل الصورة المقترحة، والتي يمكن للمعالج-المخرج بدوره تعديلها بإضافة قواعد جديدة للعبة.

بحيث يجب أن نتحدث لغة المرضى. وينطبق هذا القول المأثور القديم مع جميع مدارس العلاج النفسي أيضاً إذ يجب أن يتوافق شكل إعادة التأطير، سواء كانت صوراً أو كلمات، مع ثقافة العميل إذا ما أريد لها أن تكون في متناول الجميع. وبالطبع، لا يتعلق الأمر بالتحدث "بالفلاحين" إذا كنت تتحدث إلى المزارعين، أو "المتقنين" إذا كنت تتحدث إلى الأكاديميين. وبدلاً من ذلك، استخدم أسلوبهم اللفظي أو أسلوبهم الفكاهي أو القيم التي تميزهم، ونميز أشكاله الآتية:

5-6-2-1-1-إعادة التأطير البسيط:

يميز جون هير وجون ويكلاند بين إعادة التأطير البسيط والمعقد؛ فعمليات إعادة التأطير البسيطة هي، "تسديدات" انعكاسية تشبه تلك التي يقوم بها لاعب التنس الذي يصعد إلى الشبكة. فهي تكتيكية أكثر منها استراتيجية، من حيث أنها جزء من رؤية قصيرة المدى.

يمكن أن تكون مفيدة لاستفزاز أعضاء نظام جامد، لكنها أيضًا تتطوي على خطر انخراط اللاعب في علاقة متناظرة حيث تجذب الكرة الطائرة تسديدة الخصم المارة. في بعض الأحيان يكون الاستفزاز بمثابة مسار استكشافي. إنها ضربة عمياء يمكن أن تلقي ضوءًا جديدًا. يتوافق استخدام الخصم وصورة "الطفل" مع هذا النوع من إعادة التأطير.

في ظروف أخرى، يمكن استخدام إعادة صياغة بسيطة لتشجيع المرضى. وهذه هي الحالة التي يتم فيها استخدام الطريقة القديمة لتحويل السلبي إلى إيجابي: "يبدو الوضع سيئًا، ولكن في الواقع له مزايا". تشبه هذه العملية الدلالة الإيجابية لتقديم العرض كما لو كان يؤدي وظيفة في نظام الأسرة. يتم تأهيل القواعد والسلوكيات الأسرية بشكل إيجابي من أجل تسهيل الوصول إلى النموذج النظامي، دون المخاطرة بالاستبعاد. تكون الرسالة التي يتم تقديمها بشكل عام في نهاية الاجتماع الأول على النحو التالي تقريبًا: "كما هي الأمور في الوقت الحالي، سيكون من الحكمة عدم تغيير أي شيء في طريقة عملك".

وبصفة عامة، فإن إعادة الصياغة البسيطة غالبًا ما تتمثل في تحويل موقف أو وجهة نظر إلى نقيضها. وفي هذا الصدد، يبدو لي المنهجيون بسهولة أنهم أبطال التناقض، لدرجة أنهم يصبحون مزعجين في بعض الأحيان. ومن بين الانعكاسات الإيجابية الكلاسيكية للمنهجين في إعادة التأطير هذه بعض التناقضات التي يقوم بها النسقيون:

يمكن إعادة تعريف التماثل من حيث الثقة المتبادلة ("يجب أن يكون لديك الكثير من الثقة في بعضكم البعض للتحديث مع بعضكم البعض بهذه القناعة");

التكامل يصبح تعاونًا

تتحول العدوانية إلى قتالية

الفشل هو مرحلة من مراحل النمو (خاصة في حالة انتكاسة المدمن على الكحول مع الشعور بالذنب)

يظهر عدم اليقين لدى الشخص القلق على أنه حذر;

قد يتم استبدال كلمة "الاكتئاب" بكلمة "الإحباط" و"التعب".

هذه الأمثلة المتنوعة مأخوذة من نص جيل دافيد في كتاب كيبك الرائع *La thérapie de couple dans une perspective systémique* (Joly et al., 1986). فهي تعطي معنى غير متوقع يعزز مناخًا من التعاون، لأنها لا تتطوي على إقصاء.

يتضمن نوع آخر من إعادة التأطير البسيط جعل العميل على دراية بوجهة نظر الشخص الآخر. هذا النهج مفيد بشكل خاص مع الشخصيات النرجسية الذين لا يتفهمون ردود أفعال الآخرين بسبب افتقارهم للتعاطف. فهم ينتقدون ويفسرون نوايا من حولهم، خاصةً عندما لا يحظون بالاهتمام الذي يشعرون أنهم يستحقونه. وبشكل عام، يُشار إلى هذا النوع من الوعي في جميع حالات الصراع بين الأشخاص.

5-6-2-1-2-إعادة التأطير المعقد:

لاستخدام استعارة رياضية، فهي "خطة لعب"، وبالتالي فهي استراتيجية وليست تكتيكًا تتطوي إعادة التأطير المعقدة على عدة خطوات مسبقة؛ فهي تؤثر على قاعدة ضمنية للنظام أو العملية نفسها، مثل استعارة الأميرة، التي تصف تنظيم الأسرة حول العَرَض وخارجه.

وعلى غرار الاستجاب الدائري، الذي هو في بعض النواحي شكله غير التأكيدي، فإن إعادة الصياغة تسلط الضوء على الجانب العلائقي والتفاعلي للمشاكل. وبسبب طبيعته المعقدة، من الصعب وضع قائمة جرد. سيختلف شكله وفقاً للحالة السريرية وأسلوب المعالج وإبداعه. ومع ذلك فإن المثال التالي سيوضح ذلك.

5-6-3-وصف المهام:

تمامًا كما يصف الطبيب دواءً لإزالة الأعراض، يصف المعالج الجهازي المهام لإزالة المشكلة. وكما يمكن إعطاء الدواء في عيادة الطبيب (حقنة مثلاً) أو خارجها، يمكن تنفيذ المهام في الجلسة أو خارجها. وكقياس نهائي مع الفعل الطبي، يتم اقتراح المهام بجدية وجدية وصفة دواء، ويزداد الأمر أهمية عندما يكون النهج استراتيجيًا.

5-6-3-1-أهداف المهمة:

5-6-3-1-1-جمع المعلومات:

يكون وصف المهام بديهياً في بعض الأحيان. عندما لا يتم حل الفاجعة، أوصي بطقس يتمثل في توديع المتوفى توديعاً جديداً. عندما لا يتم احترام الحواجز بين الأجيال، أقوم أحياناً بتقليد سلفادور مينوشين (1983) من خلال جعل المشاركين يتحركون أثناء الجلسة لترميز الحدود. عندما يكون النظام شديد الحماية، أستخدم نهجاً متناقضاً مستوحى من كاليفورنيا (Haley, 1991 ; Weakland, dans Fisch, Weakland et Segal, 1986) أو إيطاليا (Andolfi, 1982)، من خلال تكليف الحماة بمهمة تدفع سيظرتهم إلى العبث. في مثل هذه الظروف، تتوافق المهام الموصوفة مع الوصفات التي أثبتت فعاليتها في حالات سريرية مماثلة. وهي ليست دائماً ذات صلة من حيث أنها لا تؤدي بالضرورة إلى تحسين نوعية حياة المريض؛ على سبيل المثال، يمكن استخدامها للتحقق مما إذا كان التحالف العلاجي جيداً، أو لفهم ديناميكيات النظام بشكل أفضل، أو لتأكيد دقة الفرضيات.

ستكون الوصفات أكثر تفصيلاً إذا أخذت وقتاً للتوقف قبل نهاية الجلسة وإذا كنت تعمل مع معالج مشارك. تسمح لي استراحة مدتها خمس عشرة دقيقة قبل نهاية الجلسة بالرجوع خطوة إلى الوراء بعد التبادلات العاطفية والفكرية التي حدثت للتو. ويساعدني المعالج المشارك على تخفيف الضغط، ورسم تحليل للمشاكل التي مررت بها ووضع تعليق هادئ يكون بمثابة ملخص ووصفة طبية. في مثل هذه الأجواء، أصبح أكثر استراتيجية وأحاول التخطيط لعدة خطوات مستقبلية، مثل لاعب الشطرنج. أميل إلى الاعتقاد بأن هذه الصفات لها تأثير أكبر في تعزيز نمو النسق المعني.

في الواقع، إن الصفات الصحيحة هي مثل الأسئلة الصحيحة أو الأطر الصحيحة، لأنها تقوم على مزيج من المكونات المتكاملة: العواطف والفكر، العفوية والتفكير، "التسديدات على الشبكة" و"التسديدات من خلف الملعب".

5-6-3-1-2- تعزيز التغيير:

إن المبدأ التوجيهي للصفات الطبية هو تعلم سلوكيات جديدة، لأن العمل غالباً ما يعزز التغيير أكثر من مجرد البصيرة. فالمعرفة الفكرية بأوجه قصورنا أو صراعاتنا لا تكفي لحلها. قد يدرك الزوجان جيداً أن استخدام الأطفال لإيصال الرسائل، ولكن سرعان ما ستتصدر العاطفة على المعرفة العقلانية عندما ينشأ النزاع الكبير التالي. وسينسى الزوجان نواياهما الحسنة وسيعرض الطفل مرة أخرى إلى التثليل. وبالمثل، نعلم جميعاً أن مساعدة مدمن الكحول على إدراك أنه يفرط في شرب الكحوليات لا تكفي لإيقافه عن الشرب. بل على العكس، إذا تم وعظه كثيراً عن الآثار الضارة للكحول، فقد يلقي بنفسه فوراً في حالة سكر لمحو شعوره بالذنب والقلق. بعد أن يتعلم العميل أن يرى بشكل مختلف، سيحاول العميل أن يتصرف بشكل مختلف. ستسمح لهم المهمة داخل الجلسة أو خارجها بالتدرب على ذلك بهدف إجراء تفاعلات أخرى.

يمكن اعتبار الوصفة الطبية شكلاً من أشكال النصيحة، إلا أنها تأخذ بعين الاعتبار تفاعلات النظام المعني وديناميكياته، وبشكل أعم، ولا تكتفي باتباع "الحس السليم". فالنصيحة بعدم شرب الكحول لن يُستجاب لها إذا لم نأخذ في الاعتبار ظاهرة الإدمان البيولوجية، ووظيفة الاندماج الاجتماعي للكحول، ودوره المثير للقلق والبهجة، والزوج المحتمل الذي يتحكم في كل شيء ما عدا الزجاجة، أو المعالج الذي يشير باستمرار إلى أخطاء مريضه. إن المهام المماثلة لنصائح "الحس السليم" تنطوي على خطر تعزيز ميول النظام المثالي من خلال الفشل في مراعاة تعقيداته. يسميها ماوريتسيو أندولفي، مؤسس المدرسة الرومانية للعلاج الأسري، "المهام المضادة للنظام" (1982، ص 114). وهي غالباً ما تعكس قلة خبرة المعالج، الذي يبني حكمه على محتوى المشكلة بدلاً من التفاعلات المختلفة. بعبارة أخرى، يركزون أكثر من اللازم على "لماذا" ولا يركزون بما فيه الكفاية على "كيف".

5-6-3-2- قواعد وصف المهام:

تتشابه قواعد وصف المهام الفعالة إلى حد ما مع القواعد الموضحة لإعادة التأطير؛

1- تركز الوصفات الطبية على التفاعلات أكثر من المحتوى. في المثال السابق، كانت المهمة التي اقترحها المعالج (تشجيع الانفصال لتحقيق الاستقلالية) تتعلق بالمحتوى (الصراع مع الوالدين) أكثر من العملية (مشاكل أسرية أوسع، قواعد اللعب الصارمة، السعي إلى تحالف يخفف من الشعور بالذنب مع المعالج).

تقوم الوصفات بهيكله التفاعلات بطريقة شبه استحواذية، سواء بتضخيمها أو تغييرها لجعلها أكثر تسلسلاً وظيفياً. وغالباً ما يتم استخدام التضخيم، وبشكل أعم، وصفة العرض أو عدم التغيير في بداية العلاج عندما يسود الميل التماثلي للنظام، كرد فعل على حداثة التساؤل وإعادة الصياغة. في المرحلة الأخيرة من العلاج، تستهدف المهام في المرحلة الأخيرة من العلاج إلى تعزيز ميل النظام إلى التغيير وستكون أقل تناقضاً.

2- بقدر الإمكان، يكون للوصفات الطبية قيمة مجازية. قد لا تكون هذه القاعدة مقبولة عالمياً، لكنها أصبحت قاعدتي منذ الأيام التي عملت فيها مع زملاء مستوحاة من المدرسة الرومانية فالمهام المجازية تتجنب الخطب الطويلة، وتحفز خيال العميل وتتجاوز ردود الفعل الدفاعية من خلال إقامة علاقات تشبيهية مع الموقف الإشكالي.

كثير من الناس لا يتبعون التعليمات حتى لو ظنوا أنها مفيدة. "فبعض الناس يكونون أكثر استعداداً لقبول المهام إذا لم يدركوا بوعيهم أنها كذلك، أو إذا كانت المهمة لا تتضمن الموقف الإشكالي مباشرة" (Andolfi, 1982, p. 149). في مثل هذه الحالات، تكون الوصفات المجازية مفيدة بشكل خاص، ومن الأساليب التقليدية في الجلسات، على سبيل المثال، استخدام كرسي فارغ لتجسيد الشخص الغائب .

"فبعض الناس يكونون أكثر استعداداً لقبول المهام إذا لم يدركوا بوعيهم أنها كذلك، أو إذا كانت المهمة لا تتضمن الموقف الإشكالي مباشرة.

وقد استخدم هذا الإجراء في "قصة الطفل والأميرة" لجعل الجميع يعبرون عن مشاعرهم تجاه الأب الغائب، في جو مرح يساعد على العملية العلاجية.

في حالات الأزمات التي تنطوي على فقدان أو المراحل الانتقالية في دورة حياة الأسرة، مثل رحيل الأطفال، يفضل استخدام المهام التي تعيد إنتاج طقوس العبور التي يفترق إليها المجتمع الغربي بشكل متزايد. وتشمل هذه الطقوس مراسم الحداد والوجبات العائلية التي ذكرتها سابقاً.

3- ينبغي أن تتعلق التعليمات، إن أمكن، بجميع المشاركين؛ وعلى وجه الخصوص، ينبغي أن تسمح بتوزيع الأدوار على وجه الخصوص.

4- ينبغي اقتراح الوصفات بإقناع وإيجاز؛ إذ يجب على المعالج أن يستغل مركز السلطة الذي يتمتع به (وإن كان نسبياً) استغلالاً كاملاً ليبدو كمعلم، وألا يضطر إلى تقديم الكثير من التفسيرات حول مبررات المهمة التي يجب أن يقوم بها، خاصة وأنها ستكون مهمة مجازية. فالتبريرات من قبيل "أتعلم، ما أطلب منك القيام به يبدو جنونياً، لكنه في الواقع مدروس جيداً" لها أسوأ تأثير. من ناحية أخرى، في المقابلات الأولية، يُنصح بتحذير

العملاء من أنك ستضطر أحياناً إلى إخبارهم أو حملهم على القيام بأشياء غير اعتيادية - أشياء لا يستطيع الجميع القيام بها - بهدف مساعدتهم في نهاية المطاف.

5- من الأفضل اقتراح المهام التي يمكن تحقيقها؛ فيجب أن نتجنب وضع العملاء في موقف الفشل، ليس فقط لأنهم قد يتخلون عن العلاج، ولكن أيضاً لأننا نخاطر بإبراز شعورهم بالعجز فيما يتعلق بالمشكلة.

في الواقع، نحن نتجه إلى الفشل المؤكد إذا طلبنا من الأزواج العدائين، أثناء المقابلة، الذهاب في نزهة رومانسية لإحياء الرومانسية في علاقتهم. وعلى نفس المنوال، لن يكون من الحكمة أن نوصي الزوجين بتخصيص ساعة في الأسبوع للتعبير عن مشاعرهما تجاه بعضهما البعض، إذا كانا غير قادرين على مشاركة مشاعرهما. من خلال اقتراح مهمة قابلة للتحقيق، يكون الهدف هو إحداث أصغر تغيير ممكن، والذي سيؤدي نظرياً إلى تغييرات أكبر، مثل كرة الثلج التي تكبر كلما دحرجتها. في المثال السابق، يمكن أن يُطلب من الزوجين إيجاد نشاط روتيني يسمح لهما بأن يكونا أكثر حميمية (التنزه، التجديدات)، طالما أنهما لم يشاركا مشاعرهما. ومن المحتمل أنه بتجروهما على الاقتراب أكثر من بعضهما البعض لن يجدا صعوبة في تجاوز نهى المعالج، وحتى لو تم احترام التعليمات، فالمهم هو التشجيع على مزيد من التقارب في هذه الحالة الافتراضية.

6- يجب أن تكون الصفات الطبية دقيقة وواضحة؛ يجب أن يعرف العملاء بالضبط ما يجب عليهم القيام به، وأين ومتى ومتى يجب عليهم القيام به.

7- يجب التحقق من إتمام المهمة في الجلسة التالية؛ فعالباً ما يتم نسيان هذه القاعدة الواضحة، خاصةً عندما لا تكون مرتاحاً للتعليمات المعطاة. ومن خلال القيام بذلك، فإنك بذلك تقصي نفسك وتقوض التحالف العلاجي. تترك انطباعاً بأن المهمة ليست مهمة، وقد تفقد مصداقيتك.

ولكي لا نهمل هذه المرحلة من التغذية الراجعة، فإن بعض المعالجين سي طرحون الموضوع في بداية الجلسة بسؤال مثل: "هل تمكنت هذا الأسبوع من تقليل الحديث عن اكتئاب طفلك؟"

8- عندما لا يتم اتباع الوصفة الطبية، قد يعيد المعالج النظر في موقفه أو موقفها. من المفيد في بعض الأحيان أن يعترف المعالج بأنه أخطأ في اختيار الأهداف أو توقيت الوصفة الطبية. على سبيل المثال، قد يقول أنه تسرع في اختيار الأهداف وأنه يجب أن يعود إلى أهداف أقل طموحاً. وبنفس الطريقة، قد يقترح أن يباعد بين الجلسات، أو حتى أن يوقف العلاج. وقد يستنتج في بعض الأحيان أن المشكلة التي تم تحديدها ربما لم تكن المشكلة الصحيحة، حيث لم يتم إنجاز المهمة. ثم يطلب من العميل صياغة المشكلة الجديدة التي تم تجاهلها.

وبالإضافة إلى هذه الأساليب، من المثير للاهتمام التحقق مما إذا كان قد حدث تغيير غير المتوقع على الرغم من عدم الامتثال للوصفة الطبية.

5-6-3-1- المهام البسيطة:

هنا مرة أخرى، يمكننا الاعتماد على التصنيف الذي سبق وصفه لإعادة الصياغة، والتميز بين المهام البسيطة والمهام المعقدة.

غالبًا ما أستخدم المهام البسيطة في المرحلة الأولية من العلاج. وهي في الأساس استكشافية من حيث أنها تعليمات صغيرة تعمل على اختبار التعاون وتشجيعه. كما هو الحال مع إعادة الصياغة البسيطة، أستخدم مجموعة من "قفزات الطابور".

5-6-3-2-الملاحظة:

هذه الوصفة موجهة إلى صاحب الشكوى الذي يميل إلى أن يكون خارج المشكلة. ويُطلب منه أو منها مراقبة السلوك المزعج حتى الجلسة التالية. يمكن توجيه هذه الوصفة والطلبات اللاحقة إلى المجموعة بأكملها عندما تسود عدم الثقة والميول المنزلية. ستوفر الملاحظة أيضًا معلومات مثيرة للاهتمام إذا تم توجيه التركيز نحو التفاعلات: "حتى الأسبوع القادم، هل يمكن أن تلاحظوا ما هي الموضوعات التي يتطفل عليها الوالدان في تربية الأطفال حتى الأسبوع القادم."

5-6-3-3-القيام بنفس الشيء:

ستكون هذه الوصفة مناسبة مع المشتكي أو الزائر. ويبدو لي أيضًا أنها مناسبة عندما تعيق "المجموعة الحمائية" التي وصفها سوزان لامار (1998) أي تغيير.

على سبيل المثال، قد يُطلب من الزوج أن يكتف من مراقبة زوجته التي تعاني من انتحار مزمن. إذا تأكد من أن سلوكه مفرط في الحماية ويعزز الأعراض، فقد يزيد من السيطرة بشكل متناقض من خلال التوصية بالمراقبة النهارية والليلية. ثم هناك فرصة جيدة أن يتحول المشتكي إلى "مشتري" ويطلب من المعالج مساعدته في إيجاد حلول أخرى.

كما يدعو ستيف دي شازر المشتريين إلى "فعل الشيء نفسه" عندما تكون بعض الحلول قد نجحت في الماضي. وبعبارة أخرى، إذا كانت هناك أوقات في الماضي القريب أو البعيد اختفت فيها المشكلة، فهو يقترح أن يعيد المشترون إنتاج السلوكيات أو الحلول التي نجحت. على سبيل المثال، عندما لاحظت المريضة التي ذكرت حالتها أعلاه أنها كانت أقل ميلاً للانتحار عندما كانت أمها وابنتها تعيشان بالقرب منها، شجعتها على التحقق مما إذا كانت تشعر برغبة أقل في الانتحار من خلال الخروج مع ابنتها أكثر من مرة.

5-6-3-4-افعل شيئاً مختلفاً:

بحكم التعريف، المشترون مستعدون لتغيير سلوكهم. وبالتالي فإن الوصفة الطبية تهدف إلى تعلم تفاعلات جديدة منذ البداية.

5-6-3-5-الاستفادة من الموقف أو مساعدة المحيطين بهم:

هذه التقنية لم يدرّسها ستيف دي شازر بشكل دقيق، ويعود استخدامها إلى فجر التاريخ. وهي مفيدة عندما يكون المريض المعين في حالة من التقييد. أستخدمها بانتظام في الطب النفسي، عندما يتم إحضار العملاء إلى الطوارئ بأمر من المحكمة وأحاول أن أجعلهم يقبلون دخول المستشفى دون إيقاظ المخاوف أو التسبب في نوبات غضب. الحالة النموذجية هي حالة المريض النفسي غير المعوض الذي يدعي أنه غير مريض، على الرغم من أن سلوكه خطير بشكل واضح وأن الإيداع في المستشفى ضروري. بالطبع، من الممكن فرض الإيداع في المستشفى دون مناقشة مزاياها. سوف يشعر المريض بالإحباط، وغالباً ما يكون مطمئناً دون وعي، ولكنه قد يبدي أيضاً معارضة شديدة.

لماذا تحصر نفسك كممارس في دور المقيّم وتضع الكثير من الثقل على عاتقك ولا تستفيد من الموقف لجعله أكثر علاجية؟ يمكننا أن نقترح على المريض الاستفادة من الوضع المقيد الذي يجد نفسه فيه. على سبيل المثال، قد أقول له أنه على الرغم من اعتقادي أنه مريض، إلا أن هناك الكثير من المعلومات التي لا أملكها. وبدلاً من أن أطرح عليه أسئلة يعطيني إجابات متوقعة عليها ("هل تسمع الناس يقولون عنك أشياء سيئة؟ - لا.")، أفضل أن أسأله ما الذي يقلق المحيطين به أكثر من غيره في سلوكه. ثم أقترح عليه بعد ذلك أن يوافق على البقاء في المستشفى لفترة قصيرة قدر الإمكان، حيث لا توجد لدينا حالياً طريقة أخرى لطمأنة عائلته وأصدقائه. وأخيراً، أدعوه إلى دعوة الأشخاص المتضررين من هذه المشكلة إلى المستشفى حتى نتمكن من إيجاد حلول ترضي الجميع.

ويصبح الزائر، إن لم يكن عميلاً بعد في نهاية المقابلة، على الأقل شريكاً بهدف الاستفادة من الحالة. قد تؤدي هذه العملية إلى تحديد مشاكل أخرى غير تلك المرتبطة مباشرة بالذهان، مثل العزلة الاجتماعية أو الصعوبات العاطفية، والتي ستكون بمثابة نقطة ارتكاز للرعاية اللاحقة. في ظروف معينة، أقوم بعكس موقف المريض: أعرض عليه مساعدة المحيطين به ليكون أقل خوفاً أو أقل سيطرة من خلال قبول دخول المستشفى.

5-6-3-6-المهام المنطقية المعقدة:

هناك مهام يكون محتواها منطقيًا بالنسبة للشخص الآخر، حتى لو لم يفهمها تمامًا. من الواضح أنها جزء من البحث عن حلول ملموسة؛ ومع ذلك، هناك مهام أخرى غير منطقية. فهي مربكة وغير منطقية، وتتوافق بشكل عام مع الوصفات المتناقضة.

فمن الأفضل إعطاء مهام منطقية، ليس بسبب محتواها، ولكن بسبب السياق العلاجي الذي يكون أكثر متعة بشكل عام من السياق الذي يقودني إلى إعطاء وصفات متناقضة. تكون هذه المهام المنطقية مناسبة عندما يكون النظام العلاجي يسير بسلاسة والمشاركون يرسمون المسار معي، دون أن يعبسوا في المقعد الخلفي.

إن تغيير الأماكن في الجلسة، واستخدام الكراسي الفارغة، وطقوس الحداد والوجبات العائلية المذكورة أعلاه، كلها مهام منطقية، على الرغم من أن معناها يصبح غامضاً إلى حد ما عندما تأخذ قيمة رمزية.

تُستخدم بعض المهام على نطاق واسع من قبل المعالجين، مثل لعب الأدوار والمنحوتات والمخططات الجينوغرافية. فيما يتعلق بلعب الأدوار، يمكننا أن نستعير من المعالجين السلوكيين ونعمل على مهارات التواصل. ومع ذلك، في أغلب الأحيان، سيتم تنظيم كل من التواصل اللفظي ("الرقمي") والجسدي ("التمائلي"). يكون هذا النوع من الأساليب فعالاً بشكل خاص عندما يستخدم المريض أعراضه لتحل مركز الصدارة. فاللعب التي تسمح للجميع بتصور المساحة التي يحاولون شغلها سوف تهاجم الأعراض بطريقة استنزائية.

5-6-3-6-المهام غير المنطقية المعقدة:

تم استخدام المهام المتناقضة على نطاق واسع من قبل ميلتون إريكسون. وساهمت مدرسة بالو ألتو في زيادة شعبيتها من خلال جاي هالي (1984)، الذي كان له شرف رؤيته وهو يعمل. وفي أوروبا، اشتهرت مدرستا ميلانو وروما (Selvini Palazzoli et al., 1983 et Andolfi, 1982) بمقاربتهم المتناقضة، وتقوم الوصفات المتناقضة على وصف الأعراض والقواعد المختلفة. فهي تكسر الحلقات المفرغة وتشجع على تعلم تفاعلات جديدة. وصفة بدون تغيير

هذا النوع من الوصفات مفيد في بداية العلاج ونهايته. وتتكون من التوصية بعدم تغيير أي شيء في العلاقات المعتادة (الجلسة الأولى) أو إنكار التحسن الذي يلاحظه العملاء.

5-6-3-7-وصف العَرَض وتغيير السياق:

على سبيل المثال، يمكن أن يُطلب من الزوجين تكرار جدالهما المعتاد في سياق مختلف، مثل مكان أو وقت غير مألوف. وبالإضافة إلى التأثير الاستنزائي المذكور أعلاه وتأثير إعادة الصياغة، فإن هذا النوع من التدخل يمنح العملاء فرصة للتحكم في أعراضهم، حيث يتحول السلوك اللاإرادي إلى سلوك إرادي. وقد أحب ميلتون إريكسون استخدام هذه التقنية في علاج الصعوبات الجنسية وجميع المواقف الخارجة عن سيطرة الفرد (أعراض الوسواس والسلوكيات الإدمانية وغيرها).

5-6-3-8-تغيير الأدوار أو المواقف دون تغيير القيم:

يستخدم جاي هالي (1993) هذا النوع من التناقض عندما تنشأ مشاكل السلطة والسيطرة. والحالة النموذجية هي حالة المراهق المتمرد الذي يغذي سلوكه موقف والديه المتسلط أو، على العكس، المترخي. ودون أن يعترض المؤلف على قيم الوالدين فيما يتعلق بالتعليم، فإنه يصف أولاً الأعراض التي يعاني منها الوالدان. ويدعو أولئك الذين يتسمون بالحزم إلى مواصلة سيطرتهم وأولئك المتساهلين إلى أن يكونوا أكثر تسامحاً. ثم يصف بعد ذلك مهمة تعديل السلوك، بحجة زائفة هي الحصول على مزيد من المعلومات لتأكيد التشخيص.

5-6-3-9-التظاهر:

في هذه الحالة، نقوم بوصف اختفاء العَرَض؛ وبعبارة أدق، نطلب من بعض الأشخاص الرئيسيين التظاهر بأن المشكلة قد اختفت. حيث يتظاهر الشخص المكتتب بأنه سعيد بأنه على قيد الحياة، ويتظاهر الزوجان بأنهما على وفاق معًا.

بالنسبة للأزواج، فإن "المخارج السرية" التي وصفتها مدرسة ميلانو في أيامها الأولى (مالاريفيتش، 1992) هي وسيلة علاجية قوية استخدمها بطريقيتي الخاصة. والحالة المثالية هي حالة الأطفال المنزعجين من صراعات والديه المتكررة، أو حالة الأزواج الذين توجج صراعاتهم بسبب تطفل أفراد الأسرة الممتدة (يتفاوض الزوجان فقط من خلال وسطاء على سبيل المثال). ويُصحح الزوجان بالتظاهر بأنهما يتصرفان بشكل أفضل من خلال الخروج كعاشقين مرة واحدة في الأسبوع. وعندما يعودان من النزهة، يجب ألا يذكر ظروف النزهة أو محتوى المناقشات. وعادة ما يتفاجأ الأطفال والأشخاص الآخرون المعنيون بالأمر ويصابون بالدهشة والشك ثم يشعرون بالارتياح. والأكثر من ذلك، لا يعود الزوجان عرضة للتدخل في حل النزاعات، وفي بعض الأحيان، إذا كانت أسسهما متينة، يمكن أن يتدققوا هذه الطريقة الجديدة في العلاقات.

تبهز التقنيات المتناقضة بعض الناس وتصدم البعض الآخر. وما يسهل هذا الانبهار هو الوهم بالقدرة المطلقة التي تخلقها فينا، في حين أنها في الواقع مجرد أداة صغيرة أخرى على طاولة عملنا كعمالين حرفيين. يجب أن يدرك أولئك الذين يشعرون بالصدمة من هذه التقنيات أن المرضى والعائلات والمؤسسات يستخدمون التقنيات المتناقضة بكل سهولة. إذن، ألا يتم دفعنا في مؤسساتنا إلى القيام بالمزيد والمزيد من نفس الشيء، إلى وصف المزيد والمزيد من الأشياء، إلى وصف المزيد، وحماية المزيد، والتحكم في المزيد، والسيطرة على المزيد، واللقاء بالمزيد، في حين أن الخطاب الرسمي هو خطاب الانفتاح والإرادة الحرة والاحترام والكفاءة؟ ولا يجب أن ننسى أن الفكاهة، التي لا يجادل أحد في الحاجة إليها، مبنية بطبيعتها على التناقض. ولعل هذا هو السبب في أن العلاجات الجيدة هي غالبًا تلك التي يكون للفكاهة مكان فيها.

5-7- ما يمكن استنتاجه من المقاربة العلاجية النسقية:

وهكذا يتطور العلاج النسقي في ثلاث مراحل مترابطة: أولاً، مرحلة التقييم، وثانياً، مرحلة إدخال الشك من خلال الاستجواب وإعادة التأطير، وثالثاً، مرحلة التغيير السلوكي من خلال تكليف المهام؛

إن الأساليب المنهجية الكلاسيكية معقدة، ولكن لا ينبغي أن ننهر بها. فبعض المعالجين يطبقونها بحذافيرها، في حين أن البعض الآخر يستلهمها بشكل فضفاض. وبشكل عام، يجب استخدام أي تقنية بحذر، حيث يتفق الجميع على أن فعالية العلاج النفسي تعتمد أولاً وقبل كل شيء على شخصية المعالج النفسي.

لقد حاولت في هذا الفصل أن أجمع في هذا الفصل إرشادات استخدام الأدوات الكلاسيكية التي غالبًا ما نجدها متناثرة في مختلف الكتب والمقالات. وفوق كل شيء، حاولت أن أثبت، من خلال أمثلة شخصية، أن العلاج يسير بالتجربة والخطأ، دون رؤية واضحة للمشاكل والعلاجات المناسبة. وهكذا، في الحالات الموصوفة، كان التغيير في الحالات الموصوفة نتيجة للتقنية، ولكن أيضًا نتيجة للحدس والصدفة والعفوية. بالاعتماد على هذا

المنظور البنائي، يمكننا القول بأن قصص العلاج التي تُروى في الكتب والاجتماعات هي "إعادة بناء". في هذا الانجراف الذي لا يفلت منه أحد، فإن الأوصاف السريرية هي في بعض الأحيان نسخ منمقة للواقع وتبريرات ومع ذلك، إذا فكرنا في الأمر، فإنك سنضطر أيضًا إلى كتابة فصل مضاد للنسقية لا مكان فيه للأسلوب الكلاسيكي. ففي الواقع، في بعض الأحيان، يمكن للعلاقة المباشرة والأسئلة المباشرة والوصفات المباشرة أن تفك الجمود في المواقف المتجمدة. هذه لحظات مميزة عندما يكون التحدث بصراحة، مشحونًا بالمشاعر الحقيقية، يقوي التحالف العلاجي ويشجع أيضًا على التغيير مع السعي إلى إعطاء معنى للتجربة.

هو محلل نفسي ولد سنة 1910 و توفي سنة 1970 بالولايات المتحدة الأمريكية.

التحليل التعملي وهو من العلاجات المغطية فيها جانب تشخيصي وآخر علاجي يقوم على أساس ان كل فرد أو شخص تتواجد لديه ثلاث حالات للانا (طفل -راشد-أب) حسب E-BERN (1977)

صاحب هذه النظرية هو الطبيب النفسي الكندي إريك بيرن، في أواخر الخمسينات وضع كتابه الشهير عن هذه النظرية، بعنوان "ألعاب يلعبها الناس Games, Peoples play

حيث أطلق "بيرن" لفظ ألعاب " على نماذج التعاملات المتكررة بين الأفراد في الحياة العلائقية اليومية، باعتبار أن الإنسان بطبعه كائن إجتماعي يعيش حياة مبنية على التواصل منذ نعومة أظفاره، حيث لا يمكن للإنسان أن يعيش منعزل عن الآخر وتأثره بالآخر وتأثيرهم فيه ، أطلق عليه أصغر وحدة في التواصل بمفهوم التعامل transaction، حيث يختبر الفرد ابتداء من الوسط العائلي، عدة تجارب، صراعات وخلافات، تتمحور كلها ضمن دائرة التعامل، التواصل والعلاقات العائلية الاجتماعية .

و بإضافة الدكتور توماس هاريس، الصديق المقرب لبيرن، أبعادا أخرى لهذه النظرية، وضعها في كتابه " am I " " Ok you are OK في عام 1962، يبين فيها تقنية وضعية الحياة كمفهوم مبسط بأوكي لمعنى جيد على مستوى إدراك الذات، وجيد على مستوى إدراك الآخر.

ومن خلال تأثر بارن بنظرية التحليل النفسي التي أتبتت أن للإنسان طبيعة متغيرة، فهو يحوي في أعماقه عدة أشخاص في شخص واحد، ويحمل في طياته صراعات بين الرغبات النزوية المتعارضة، بين البناء، الهدم و الخير والشر، حيث أوضحها فرويد في نظريته عند تحليله للصراعات والمخاوف اللاشعورية التي لاحظها في تحليله لمرضاه إكلينيكياً، بنى بيرن نظريته في التحليل التفاعلي مع اختلاف نوعي مع تقديم مبسط وواضح لتداولاته وتنظيراته التقنية، (Marie Joseph et Dominique Chalvin, 1986)، وعمل أن يشارك العميل في العملية العلاجية.

ويعتمد نظام A.T. على نماذج للمشاعر والسلوك الجمع بين التفكير والتعبير عن المشاعر، يمكن ملاحظتها خارجياً، فمن خلال ملاحظة لمختلف معاملاتنا واتصالاتنا اللفظية وغير اللفظية، نكون على اتصال مباشر بظاهرة العلاقات الإنسانية .

وقد طور المعهد الدولي لتحليل المعاملات (I.I.T.A) سان فرانسيسكو، كاليفورنيا، برنامجاً جاداً وشاملاً للغاية لتدريب المتخصصين المؤهلين في تحليل المعاملات، سواء في المجال العيادي السريري، أو في مجال تخصص (الأعمال التجارية، المدرسية، إلخ). ويتضمن البرنامج تدريساً عملياً وإشرافاً على أنشطة المتخصص وعلاجاً نفسياً شخصياً خاصاً به، حتى يتمكن من الحيادية في مهامه. وتتوج كل هذه الدراسات بامتحان من جزأين

(كتابي وشفوي). ويقوم المعهد الدولي لتحليل المعاملات بتوجيه هذا التدريب والإشراف عليه في جميع أنحاء العالم.

وتعتبر العلاقات الزوجية والعائلية هي أحد مجالات التحليل التعملي، لتطوير تحقيق الذات و إستقلالية أفرادها. التحليل التعملي A T هو في الحقيقة أداة لملاحظة وتحليل العلاقات قبل أن يكون وسيلة للتصحيح والوقاية و هو طريقة تتميز بكونها واضحة وبسيطة وفعالة؛ وتتضمن المفاهيم الأساسية الخاصة به؛ Les strockes ، حالات الأنا، المعاملات، المشاعر الطفيلية، المطاطية الطوابع، الألعاب النفسية ومواقف الحياة وسيناريوهات الحياة، بحيث تتكيف هذه المفاهيم بشكل خاص مع ثقافة و حياة أي فرد في علاقة ما، دون التحيز إلى أي مقارنة تحليل المعاملات هو أداة للملاحظة والتصحيح والوقاية، نظرية معينة، ما يحملها أن تكون مقارنة إنسانية محضة.

ومن خلال تعامل بيرن مع مريض اعترف له بأنه (طفل في ملابس راشد)، توصل بيرن لتصور أن بداخل كل فرد ثلاث حالات من الأنا، أو «ثلاث أنوات» غالباً ما تتعارض مع بعضها؛

و يقصد بالأنا نظام يتكون من

1-تسجيل الأفكار والذكريات القيم على مستوى الذاكرة .

2- ظهور هذه الأفكار والانفعالات على شكل سلوكيات .

S.FREUD ان الأنا هو نظام الإدراك و الوعي . بينما يرى

منهج التحليل التعملي :

- يبحث عن التوظيف النفسي الداخلي .

- يبحث في العلاقات الشخصية .

- يهتم بتطور ونمو الشخص

- يبحث في خصائص السلوكيات الإنسانية في إطار هنا و الأنا

تعريف التحليل التعملي :

يقول Eric Bern هي مجموع التقنيات و الإجراءات لفهم الحالة النفسية للانا عن طريق تشخيصه

وإحداث التغيير فيه (العلاج).

التعامل :

هي وحدة الاتصال ما بين حالة الأنا لشخص أ مع حالات الأنا لأشخاص آخرين في حلقة مثير -استجابة .
بحيث من خلال نوعية المثير و الاستجابة (تصرفات سلوكيات) نحدد نوع التعامل .

تقنيات التحليل التعامللي :

هنالك عدة تحليلات للانا وهي

1-التحليل البنوي.

2- التحليل وظيفي.

3-التحليل التعامللي .

4- التحليل سيناريو.

5- التحليل لوضعية أو مواقف الحياة.

6- التحليل للعب النفسي السيكولوجي.

وهدفها هو فهم الحالة النفسية للانا.

التحليل البنوي :

حالة الأنا تتكون بنويًا أو شكليًا من ثلاث حالات جزئية حالة أنا أب -حالة أنا راشد-حالة أنا طفل .

P

A

E

التحليل الوظيفي:

ونقصد بها حالة الأنا في نشاط أو أثناء النشاط في موقف من المواقف ,وهناك عدة أنواع لنفس الحالة

أنا الأب هي حالة تعبير الشخصية الأبوية, وهي حالة مكتسبة أي أنها ليست فطرية بالنسبة للطفل وإنما يكتسبها من خلال الأساليب التربوية المقدمة.

ويقسمها Eric Bern إلى نوعين :

Pc- أنا أب ناقد P.Critique ويتميز بالنقد, الحكم, المثير إلى القيم والذي يؤنب ويلوم, يكون ايجابي إذا سمح للشخص بالتطور والنمو والسلبى إذا عرقل نمو شخصية الأخر أو أو أدى إلى اتصال مضطرب.

Pn أنا أب حاضن Paient nourrie: ويتميز بتصرفات الحماية, الاهتمام, وعناية الشخص الآخر.

كذلك يكون إيجابي إذا سمح بتطور ونمو شخصية هذا الأخير من خلال اتصال متزن والعكس يكون سلبي إذا تميز بالاضطراب.

$$P \rightarrow Pc + /Pc-$$

$$\rightarrow Pn - /Pn -$$

أنا الطفل: هي حالة تميل جميع السلوكات مصدرها جسمي غير مكتسب أي فطري والتصرفات الحسية

, العاطفية, التلقائية, الاندفاعية, التبعية و الإبداعية.

وهناك أربع (04) مشاعر أساسية تتمثل في: الغضب - الحزن - الفرح - الألم.

وتنقسم إلى أربع (04) حالات من الأنا :

- الطفل المتكيف: مقارنة مع مجال أو موضوع معين وهناك:
 - طفل متكيف خاضع EAS
 - طفل متكيف متمرد EAR
- الطفل الطبيعي: وهو طفل حر لا يوجد شروط أو مجال ما وهناك:
 - طفل طبيعي تلقائي ENS
 - طفل طبيعي مبدع ENC

أنا الراشد: وهو الذي يفكر, يستنتج أي هو ميدان الفكر, كالكمبيوتر, Robo يسجل, يبحث, يحلل بمنطق.

التحليل التعملي :

حسب M.Josien (26,2007)

وهناك عدة تعاملات على مستوى الأول والثاني بين شخصين أوب .

التحليل التعملي على المستوى الأول :

1- التعامل المتوازي: ويعتبره E. Bern التعامل المتوازي المتكامل.

2- التعامل المائل: ويعتبره E. Bern بالتعامل أنتهومي.

3- التعامل المتقاطع: ويعتبره E. Bern اتصال سيء.

التحليل التعملي على المستوى الثاني :

1- التعامل المتستر: الكلام شيء والمعنى متستر لا يعكس ظاهر الكلام, ونراها ما بين المدمنين أو ثلة من المراهقين.

2- التعامل الزاوي: Angulaire يشبه الأول ولكن الفهم يحتاج إلى وقت.

3- التعامل بالتماس Tangentiel: الرسالة Le message لا تكون لفظية وإنما هي غير لفظية, كالعلاقة الجنسية, الاعتداء

أهداف التحليل التعاملي :

• معرفة أي نوع من حالات الأنا المسيطرة, وفي نفس الوقت نوع التعاملات, إذا كانت من المستوى I أو II.

• هي مفتاح لحل وفك العراقيل و الصراعات.

• تعديل نمط الاتصال للوصول وتحقيق الاتزان.

بحيث يعتبر E. Bern ان حسب الاضطراب النفسي هو نوعية التعامل المكتسب وكذا خاصية الأنا المسيطر للشخص.

خصائص التعاملات الداخلية:

1. التكافلية:

مثلا حالات الرجل المتسلط والمرأة الخاضعة في تحقيق التوازن والتكافل .

2. التبرير: La justification

مثلا في هذه الحالة تبر الموقف بتجاهل ذاتها إلى أن الأسباب ثقافية.

3. السلبية: Le négative

حددها في أربع (04) سلوكات :

- لا تفعل شيئا.

- تقبل الأمر كما هو.

- النشاط لا يعكس مضمونه مثلا: P لا تدخن, ولكن في نفس الوقت هو يدخن في الحديث إلى أنا

E لابنه, هذا قد يؤدي إلى الهيجان.

- عدم القدرة: هي نتيجة السلوكات الثلاث السابقة وهي الحدود الفاصلة ما بين السواء والمرضي .

تذكير: الأنا بالنسبة ل S.Freud الأنا مفهوم عقلي واعي مجرد وليس ملموس بينما E. Bern الأنا هو عبارة عن سلوكات ملاحظة.

الحالات المرضية للأنثى :

1-العدوى:وهي تأثر حالة من حالات الأنثى بالأخرى وهناك 3 أنواع:

حالة الهلوسة، الوهم و الأحكام المسبقة

2-الإقصاء:وهي من حالات الأنثى تكون في حالة إقصاء وهناك 3 أنواع :

حالة الطفل الأبدي *Enfant Eternel* مثلا: حالات الإدمان على المخدرات

الشخص تقني بارد كالشخص الوسواس و حالة الإنهاك .

3-التكافلية: وهي عندما يكون في نفس الوقت

الإقصاء والعدوى وهناك

السؤال المطروح الآن هو :

-على أي أساس يكون نشاط حالات الأنثى

يفترض وجود عملية الاحتفاظ بالطاقة هذه الفرضية تعبر أنه عندما تكون إحدى حالات الأنثى

J.DUSAY

مستهلكة للطاقة بشكل كبير, بقية الحالات يكون لديها انخفاض الطاقة.ويعبر كذلك عن مجموع

هو عدد ثابت للطاقة وهو دائما نفسه أي حتى في الحالات المرضية.K, بحيث Kالطاقات للحالات بـ

سمى الاحتفاظ بالطاقة *Ego Game* أي *Strate Game* أي وزن الأنثى بمعنى الطاقة المحتفظ بها

في حالة الأنثى بحيث يقول J, Dusay, أن جزءا من هذه الطاقة يبقى مستمرا.

الطباع النفسية ووضعية الحياة:

حسب بارن، الطبع *Timbre* باللغة الفرنسية؛ شعورا نعبر عنه، و لكن نحسه و نستشعره، و الطباع الغير

المعبر عنها، تؤدي بنا إلى اضطرابات و أمراض نفسية و أو نفسجسدية.

و تنقسم إلى:

1- المشاعر الطفيلية: و هو كل المشاعر التي نحسها، ولكن لا يجب أن نتكلم عليها *les non dits* - و هي

مشاعر و أحاسيس غير مسموح للتعبير عنها، خاصة في الوسط الأسري.

2- المشاعر المطاطية: وهي أقدم شعور مخزن في الذاكرة، قد سبق و أن أحسنا به ،ومر عليه وقت،وفي

وضعية ما من الوضعيات الراهنة ،يأتي من جديد و كأننا في نفس الوضعية السابقة ،وسماه E.Bern

المطاط لأنه كالمطاط لا يفقد قيمته عبر السنين.

مثال: إمرة تشاهد التلفاز، تحضر طاولة الغذاء ثم تنفجر بالبكاء، ليس لديها أي مشكلة مع زوجها أو أطفالها أو مع عملها أي مع الوضع الراهن، ولكن خلال إعادة سرد الذكريات عبرت عن هذا الألم الذي عاشته في السن الثامن، ولم يسمح لها بالتعبير عنه ولكن عندما رأت طفلة في التلفاز أعيد الإحساس بالحدث السابق .

السيرورة العلاجية:

التدخل بتقنيات في إعادة عيش بعض الوضعيات السابقة التي لم يعبر عن مشاعرها و أحاسيسها لإزالة الإيلاستيك.

وضعية الحياة :

هي مقارنة توماس هاريس ،يعرفها أنها الأسلوب الذي يحسه ،يملكه ويفكر به الفرد في علاقاته مع الآخرين .
وضعية الحياة، يكون نموها مبكر مابين 0وسنة، ولكن يعبر عنها في حدود 7سنوات .
وهي تتضمن ازدواجية ،تصور أو صورة الذات وتصور الآخر .

وعلى أساس هذه الازدواجية أعطى توماس هاريس أربع (04)وضعيات من الحياة رمزها أو أشار إليها بـ OK/OK بمعنى التوافق .

1. OK+/ok+ :أنا مقبول وأقبل الآخر ،تعبير عن وضعية بنائية أي أن الانفعالات هنا متطورة ؛أنا واعي بمسؤولياتي،لدي ثقة في ذاتي ،صادق مع نفسي ومع الآخر ولدي ثقة فيه لأنه مقبول عندي،ونتيجة هذه الوضعية بنائية.

2. OK+/ok- :أنا مقبول ،جيد مقتنع وراضي بنفسي ولكن الآخر لا،غبي،ساذج وضعيف ،هذه الوضعية تميز الشخصيات النرجسية و الهدائية ،ونتيجة هذه الوضعية أنها تؤدي إلى التسلط على الآخرين ،العنف،نقذ الآخرين ويمكن الحماية الأبوية.

3. OK-/ok- :تصور الذات سلبي، لا توجد موافقة مع الذات،شعور بالدونية ،أفكار انتحارية ،ويحط من قيمة الآخر ،فاقد الأمل في الآخر ،عدوانية اتجاه الذات ونحو الآخر،ونتيجة هذه الوضعية تتمثل في عدم المبادرة والاستسلام.

4. OK-/ok+ :تصور الذات السلبي وتصور الآخر إيجابي ،أبغير متقبل لذاته،لديه أفكار انتحارية ،سلوكات تهديم ذاتي ،وشخص لا يحب نفسه ومعجب بالآخر ،الآخر أحسن مني ونتيجة هذه الوضعية التبعية للآخر وتهميش الذات.

المثيرات Les strocks :أدبيا ترجمة caresse-اتصال-إشارة للتعارف هي وحدة لتحويل الطاقة من أنا إلى حالة أنا أخرى ؛وهي حاجة حيوية من الميلاد إلى الموت غيابها يؤدي إلى الألم ،المعاناة ثم الموت،ويمكن أن تكون على مستوى نفس حالة أنا الشخص وفي هذه الحالة نسميها Auto-strocks.

أنواع المثيرات:

- 1- المثيرات الإيجابية: وهي مصدر اللذة؛ يمكن أن تكون لفظية (كلمات طيبة) أو غير لفظية (المصافحة و الابتسامة)، بحيث عندما يتلقاها الشخص يحس أن هناك طاقة، أي كالفيتامين "العاطفة".
 - 2- المثيرات السلبية: وهي عكس الإيجابية تتضمن عدم الشعور باللذة، الألم، النقد، الكره، الغضب وتؤثر سلبا في الآخر مثلا حالة الأطفال اليتامى orphan (الحر).
 - 3- المثيرات المشروطة: أن يشترط نحو ما يفعله الشخص وليس لذاته (مصلحة شخصية).
 - 4- المثيرات الغير المشروطة: وتكون نحو الشخص ذاته على ما هو عليه وليس ما يفعله.
- المثيرات الأربعة مهمة للتوازن النفسي و تساهم في بناء وضعية الحياة.

اللعب السيكولوجي:

وهنا قاعدتين أساسيتين ل: strocks

*منطقة الاقتصاد الخارجي: تخص تبادل المثيرات بين شخصين .

*منطقة الاقتصاد الداخلي: تخص الذات.

مثلا: كي نكون منافرية ندير sport، للوصول إلى الاتزان النفسي .

يعرفه E.Bern على أنه نظام يتضمن التعامل، غالبا متكرر سطحيا مناسب، لديه دافعية ضمنية متخفية، أو يمكن أن يكون لغة مألوفة أو سلسلة من التصورات، فخ أو شيء ما.

- فهو لا يتضمن لذة.

-يسمح لنا بالمثيرات إيجابية أو سلبية.

-لديه هدف خفي، دائما يتضمن فائدة خفية .

-اللعب 4 هو لاشعوري ويتمثل في ثلاث مستويات.

(1) المستوى الاجتماعي: مثل شخصين يتنافسان مع شدة التوتر العلانقي.

(2) المستوى النفسي: تنتهي علاقة هذان الشخصان بالانفصال دون إعطاء أهمية للآخرين، وإنما لنفسيهما.

(3) المستوى المخفي: أو الحفاظ عليها فقط من أجل الآخرين مثلا هذه الصلة تنتهي بالاعتداء الجسدي أو الانتحار.

كيف نبرهن عن وجود اللعب النفسي :

1-تضييع وقت مهم في حل المشكل .

2-يعيش أحد الشخصين شعور الإحباط دون معرفة سببه.

3-هناك دائما شخص رابح وشخص خاسر .

4-هناك الثلاثية الدرامية لـ kartman

بناء الزمن:

والمقصود به كيف نتعامل مع الوقت وعليه هناك 6 أنواع:

الأسلوب الأول:الانسحاب مثلا:الشروذ الذهني.

الأسلوب الثاني:الطقوس Rituels وهو كل ما نتج عن التنشئة الاجتماعية،أي هو مكتسب ويتكرر كالعادة -أسلوب متكرر -وظيفته تخفيض التوتر مثلا:الرياضة،الصلاة،الحفلات.

الأسلوب الثالث:تجاوز الوقت Passe temps؛وهو كل الأدوار الغير نفعية أي ليس فيها فائدة -لا ذاتية ولا علائقية-مثلا: النميمة،وظيفة هذا الأسلوب قتل الوقت.

الأسلوب الرابع:عبر نشاطPar activité؛ وهذا لأجل استثمار الوقت للوصول إلى أهداف أو تحقيق فائدة بطريقة موضوعية، مثلا:الدراسة، المطالعة، التنظيف، العمل.

الأسلوب الخامس اللعب Jeux 4 4والغرض منه التحكم في الآخر مثلا:الاعتداء،التنقيش .

الأسلوب السادس:الحميمية L'intimité؛وهي العلاقة الصادقة يكون فيها تقبل الآخر كما هو مع توظيف متزن لحالة الأنا لا يوجد فيها لعب نفسي ولا رسالة خفية الهدف منها الاستثمار الشخصي العلائقي.

كيفية معالجة اللعب النفسي:

حسب J.Ansay هناك أربع (04) طرق لمعالجة اللعب السيكولوجي.

1-اكتشف اللعب Dévoiler le jeu أي توضيحه ومواجهته.

2-العب اللعب jouer le jeu حتى يصل إلى ذروته .

3-تجاهل اللعب، أي لا تكون مواجهة حقيقية.

4-قدم إجابة مباشرة للطلب أو رسالة مستترة.

مثال :علاقة صراعية غير واضحة .

-شخص (س) سعيد يتعامل مع محامي الذي يعتبر في نفس الوقت زميله في العلاقة التالية:

-شخص (س) يعير كتبه للمحامي.

-المحامي لا يرد الكتب، وفي نفس الوقت لا يلتزم بمواعيده مع (س) رغم محاولة سعيد للتعبير عن هذا الخلل من خلال ردود فعل مثل مقاطعة -قطع-الاتصال لأكثر من أسبوعين إلا أن هذا المحامي يبقى في أسلوبه، دائما متأخر ولا يأتي أيضا بالكتب المستعارة .

المستوى المتواجد فيه (من مستويات اللعب النفسي) هو المستوى الاجتماعي لأن هناك حفاظ على هذه العلاقة رغم توترها العلائقي.

إدّ تساءلنا كيف نبرهن على هذا اللعب 4 ؟يمكن القول:

-أن هناك تضييع وقت مهم بـ1%لسعيد.

-أن هناك إحباط بـ1%لسعيد.

-أن هناك رايح (المحامي)، خاسر للوقت للطاقة (سعيد).

-كيف يتعامل مع اللعب السيكولوجي ؟

-المحامي يتجاهل اللعب فقط عندما قاطعه لأنه لم يبحث عنه.

-سعيد يواصل اللعب دون أن يصل إلى الحل.

-في رأيك كيف يكشف سعيد عن اللعب 4؟

-يوضح للمحامي أنه على وعي بتصرفاته بالتعبير عن رد فعله لفظا.

-يقدم شروط للمواصلة في هذه العلاقة.

الثلاثية الدرامية:

المضطهد P: هو الشخص العدائي،المادي أي عندما يلحق الأذى بالآخر يشعر باللذة.

الضحية V: هو الذي لا يملك تقرير سلوكه.

المنقذ S: هو الذي يتصرف في مكان الآخرين.

-ممکن يتواجد PVS في دور تقني وهو الدور القانوني الشرعي.

-ممکن يتواجد PVS في دور درامي حيث ترضية الحاجات الشخصية أو النرجسية، وعليه هناك أدوار أي

لكل بعد يمكن تواجد دورين.

مثال عن منقذ ST: الطبيب، رجال الإطفاء، الوسيط الشرعي.

عن المضطهد PT: الشرطي، الأستاذ....

عن الضحية VT: المخالف للقانون، الراسب....

تمرين: ثلاث أفراد، البننت تعمل في شركة سياحية عادة لا تنتهي من عملها باكرا ودائما متأخرة عن الوقت وعند دخول المنزل، الأب والأم يدركون هذا ويدركون شروط العمل، وضرورة الاستمرارية فيه بالنسبة لأبننتهم. -الأب يقول عندما تدخل البننت متأخرة "تدخلي دروك ما تحشميش". -البننت: تبكي.

-الأم: "هذا بوك مراهش يزقي عليك، راه يوري لك صلاحك".

-حدد نوع الثلاثية الدرامية

-درامية - PD-VD-SD

-نسمي PVS في مشهد نفسي عندما تكون في تفاعل.

تحليل السيناريو

معنى السيناريو:

السيناريو حسب E.Bern هو مخطط الحياة Le plan de la vie هو مقرر ومشكل منذ الطفولة، وهو قوة نفسية ناتجة عن الضغط الأبوي، خلال التنشئة الاجتماعية. والمقصود بمادة السيناريو، من ماذا يتشكل هذا السيناريو، بمعنى هذه القوة النفسية الناتجة عن الأب والأم نحو حالات الأنا للطفل (كثير) وتتمثل في :

ا. الأمر L'injection:

هي مجموع النرجسيات الناتجة عن أنا الطفل E للأبوين نحو الطفل بمعنى الأحاسيس والمشاعر سواء لفظية أو غير لفظية مثل: ملامح الفرح، السعادة أو العكس الغضب، العلاقة الصراعية للأبوين:

الأم Mère ↔ الأب Père

ا. II. التعليمات: Les prescription

هي رسائل سلبية، تكون لفظية ناتجة من أنا أب P للأبوين نحو الطفل وتتمثل في 5 رسائل تعسفية .

1-كن كاملا.

2-كن قويا.

3-كن أسرع.

4-أصنع جميلا.

5-قم بمجهودات.

ا. III. البرامج: Les programmes

هي رسائل لفظية، تعكس طبيعة تنظيم النشاطات للطفل، بحيث هذه النشاطات تشكل حالة أنا راشد للطفل، بحيث هذه النشاطات تشكل حالة أنا راشد للطفل.

ومن خلال الأساليب -الأمر-التعليمات-البرامج يصل الطفل إلى قرار، الذي يصنع به سيناريو خاص به مما استقبله وبالتالي الأمر +التعليمات+البرامج+القرار = مخطط الحياة.

تصنيف السيناريو حسب الوظيفة "المعنى":

1-سيناريو رايح: يكون فيه الشخص مسؤول، واعي، صادق مع نفسه، لديه هدف في الحياة يسعى وراء تحقيقه ويعرف ماذا يفعل في حالة الفشل .

2-سيناريو خاسر: ليس لديه ثقة في نفسه لا يخاطر، إذا فشل يستسلم، ولا يعرف ماذا يفعل.

3-سيناريو غير رايح: الشخص يكون يعمل كل الوقت ويتقبل ما يصل إليه.

لتغير السيناريو الكبير لا بد من مضادات لهذا السيناريو نسميها أيضا Les antidotes وتتمثل في:

1-كن كاملا ← كن واقعي .

2-كن قويا ← كن متفتحاً على الآخر .

3-أسرع ← نظم وقتك .

4-أصنع جميلاً ← فكر في نفسك أيضاً .

5-قم بمجهودات ← قم بمجهودات حسب قدراتك .

تصنيف السيناريو حسب الزمن:

1-أبدا jamais: منعاودش .

2-دائماً toujours: الإدمان، التردد .

3-قبل avant: قبل كل شيء -شروط .

4-بعد après: نتفاهمو من بعد .

5-دون انقطاع sans cesse: الوسواس القهري .

6-نهاية مفتوحة fin ouverte: سنرى .

شروط المختص النفسي في التحليل التعاملية:

1) كفاءة المختص (تكوين نظري+تطبيقي متى وكيف نستعملها بما في ذلك الضبط والتحكم في الذات-معرفة الذات)

2) الموافقة بين المعالج والمفحوص نحو تقنية AT.

3) الاتصال حسب أوقات المتفق عليها.

4) احترام أخلاقيات المهنة وإيديولوجية المفحوص.

5) العقد العلاجي يكن مكتوبا .

الأهداف العلاجية لـ AT:

تختلف عن الأهداف العامة للعلاج النفسي بحيث يجب أن تكون ملموسة مثلا: امرأة تقول: أحس نفسي لا أتفاهم مع زوجي، الأهداف تتمثل في المعايير التي نراها تحقق على أساسها التفاهم، بحيث هذه السلوكيات تميز حالات الأنا التي سيتم تعديلها، أي تحليل تصرف عدم تفاهم الزوجين حسب نظرية التحليل التكاملي .

مثلا: وجود خلل بين حالات الأنا للزوجين.

وعليه الهدف الرئيسي يتمثل في تحقيق السيرورة العلاجية التي تتحقق بـ:

1-تهيئة أو تحضير المفحوص على تعلم أخذ القرارات الجديدة (الخروج من العادة المتكررة والتي تعتبر مؤشر مرضي).

2-جعل المفحوص يأخذ الوعي كيف انحرف عن اختياره الحر وأيضا بالاقتراب أو بتحليل وضعية الحياة.

3-إعطاء المفحوص ميزات رئيسية لسلوكه (أي توضيح نوع الأنا المسيطر عليه) لتحقيق الرغبة في التغيير و التجاوب مع سلوكيات جديدة، وهذا لا يعني التحكم فيه .

كيف نصل إلى تحقيق حرية الاختيار:

من خلال إزالة التآشير السلبية، التي تتمثل في: العدوى، الإقصاء، التكافلية، المطاط وكشف اللعب النفسي.

ومنه نصل إلى الاستقلالية النفسية والمقصود بها :

1-القدرة على الوعي: تناول الواقع وتقبله كما هو.

2-القدرة على التلقائية: أي تصرفي يكون موافق لذاتي.

3-القدرة على الحميمية:بناء علاقة صادقة مع الآخر .

ما معنى أن تكون راشد حسب الأستاذ قويدر نصره رحمه الله :

1-مراقبة الانفعالات وضبطها :ضبط مشاعر الذنب .

2- أن تكون مسؤول عن ذاتك ماديا ومعنويا .

3- أم تكون لك أفكار خاصة بك وضبطها.

4-الأخذ والعطاء.

5-الاستقلالية العاطفية.

6-معرفة من أنا باستمرار.

7-مواجهة المآسي بشجاعة.

8-احترام الآخرين وجعلهم في احترام لأنفسهم.

9-معرفة قول كلمة "لا" عندما يتطلب الأمر.

10-معرفة أننا سنموت ونتقبلها.

خطوات المعالج في السيرورة العلاجية :

*إدراك و ملاحظة التأثيرات السلبية المتواجدة في سلوك وشخصية المفحوص.

*تعاقد مع سيرورة ضد هذه التأثيرات السلبية.

*تقوية الحدود بين حالات الأنا.

*ترك المفحوص أن يكون نفسه (أي تحرير أنا طفل).

*طلق جو دافئ وإعطاء الأمن النفسي للمفحوص.

*العقد العلاجي.

*تدخل المعالج يكون بالتركيز على ثلاث (03) اتجاهات رئيسية:

-الترخيص La permission من خلال التشجيع دون حكم ودون تفسير.

-الحماية La protection أي أن نحسه بالأمن عند وعيه بسلوكياته.

-القوة La puissance ونقصد به القدرة على تحليل حالات الأنا والتوصل بالمفحوص إلى النضج العاطفي

الانفعالي من خلال إعطاء حالة الراشد، القدرة على التصرف، والقدرة على الاختيار وتحمل مسؤولية هذا

الاختيار.

*تحضير المفحوص للانفصال عن المعالج أي عمل الحداد.

من بين تقنيات التحليل التعامللي:

1-إعادة القرار La Redécisionالقرارات الحالية تتمثل في سلوكات ملاحظة ناتجة عن تأثيرات سلبية لذات المفحوص في علاقته مع الآخرين قد تتمثل أيضا في حالات -العدوى -الإقصاء والتكافلية .

-إعادة القرار يتضمن إعادة عيش المفحوص مشهد مبكر في طفولته من خلاله (أو من خلال إعادته) ألغى انفعال، شعور أو فكرة بالنسبة له خطيرة نتيجة "قرار" بأسلوب غير ناضج، غير واعي .

-عمل المعالج يتضمن البحث عن هذه القرارات، بحيث المفحوص لم يجد نفسه حرا في التصرف فيه بمعنى أن أنا الراشد كان متأثر.

- نطلب من المفحوص إعطاءنا سلوك مشابه بطريقة دائرية أو خطية، بحيث يكون السلوك الأصلي.

-تحرير حالة الأنا المتسببة في هذا السلوك (مثلا تحرير حالة أنا طفل).

-إزالة التأثيرات السلبية للأنا راشدAمن خلال لعب الأدوار.

-التوصل إلى إعادة القرار من خلال حالة أنا راشد A، وعليه فسيرورة إعادة القرار تتم في مرحلتين:

*جعل المفحوص يعيد عيش الطفل الداخلي الحر خلال الحصة .

*إعطاء المفحوص فرصة في التفاوض مع تعاقداته الشخصية من خلال وصف وضعية حالية بحيث يعيد فيها تنشيط حالة طفلية، نطلب منه أن يحس من جديد وبقوة انفعالاته التي تثير هذه الحالة، ثم نطلب منه يستدعي مماثل سابق أو أصلي ونسأله -من أنت ب % للألم ؟

-من أنت ب % الأب؟

-من أنت ب %الأخت،الأخ،الصديق؟

عندما يلاحظ هذه المشاعر المؤلمة نطلب منه"من أين أنت؟يمكن أن ندعوه لرؤية صورته القديمة، أماكن طفولته.

2-تقنية الكرسي الفارغ La chaise vide

رمزيا،خاليا يعبر عن حالة من الحالات الأنا التي لم تتحرر قد تكون خاصة بالشخص ذاته كما قد تكون خاصة بالشخص الآخر .

في الكرسي الفارغ نساعد المفحوص أن يصبح كما هو على أن يتقمص أفكاره(تعارض في القيم،الفعل،الأفكار،المشاعر)بحيث يتم معالجتها من خلال التعبير عنها من جانبيين كشخص متقمص وكشخص ذاته يعبر فقط.

هذه التقنية تخص الأفراد الذين لديهم ميولات متنازعة و متعارضة مثال:شخص لا يستطيع أن يتصرف بسبب غضبه من خلال حوار مع الأم بحيث يخاف أن يكسر شيء ما أو يهدمه وفي آخر الحصة يتوصل إلى أن لديه إنفعالية شخصية ولكن غير مهدمة .

المرحلة الأولى شرح التقنية:

أسبابها و أهدافها، تتطلب كرسي فارغ يمكن أن يعبر بصوت مرتفع أو بصمت أمام المفحوص، الهدف هو الوعي بالمشاعر التي يحسها، نقول له أن الأمر قد يكون غريبا عليك في البداية ولكن مع الوقت سيصبح مألوفا وينقص توترك.

في المهلة الثانية نطلب منه أن يعبر لفظيا وغير لفظيا، منتقلا بين الكرسيين.

المرحلة الثانية تعميق التجربة:

نطلب منه أن يختار القطب أن يحس أنه قوي أو يكون سهلا ب1% له، عند هذه اللحظة نطلب منه أن يعمق اتصاله، بوضع حوار عميق بالتركيز أكثر في الحاضر، إذا قال مثلا لا أستطيع البكاء نجيبه "هل أنت واعي بهذا الحزن".

المرحلة الثالثة: التعبير .

المرحلة الرابعة: التعبير المعارض.

المرحلة الخامسة: التكرار .

المرحلة السادسة: التعاقد(اختيار).

إعادة التأطير Le Recadrage:

هي تقنية علاجية،تقود المفحوص لإحتصار جوانبه الإيجابية وفائدة وضعياته،حيث يتبنى أسلوب مختلف في كيفية استيعابه أو ردود فعله،بالتالي يصل إلى إعطاء مفهوم وتعريف جديد لصعوباته،التي ترتبط بالأحداث الواقعية في مقابل تقديمه السابق.

ومهم جدا قبل استعمال Le Recadrage،أن يفهم المعالج الإطار المرجعي لوضعيته(القيم،الاعتقادات،طريقة إدراك العالم)

الخاصة بالمفحوص اتجاه مشكلته الكلمات و أسلوب التدخل الخاص بالمعالج يجب أن تكون كيفية حسب محتوى المفحوص،وهناك عدة مراحل في إعادة الإحاطة :

المرحلة 1:تحقيق تقويم معمق للمشكلة:

يتمثل في تحديد إذا كان le Rec-مفيد إذا المفحوص يرى أن أهدافه واضحة ويظهر أنه سيتبصر البعد الإيجابي لوضعيته يصبح غير مفيد،إذا كان العكس، المفحوص يقدم مشكلته باستحالة حلها أو بتضخيم ولا يدركها إلا في جانب سلبي، في هذه الحالة مهم، وهذا يبدأ في حصر التفاصيل الخاصة بالوضعية (التحليلات الممكنة)فمثلا:

كل الناس في سني يعرفون اتجاه حياتهم ماذا يحدث لي ؟

لا أقدر على تحمل التوتر، أريد أن يحبني؟

الأهداف التي يحددها بعد التعرف على المشكل، تأخذ الصياغة التالية؟

بحاجة إلى تحسين اتصالي مع زوجي ؟

الآن أنا مستعدة على تعلم تخفيض توتري، بهدف إثارة وعي ومسؤولية المفحوص

المرحلة 2:فهم وضعية المفحوص

من خلال هذه الأحداث،لا بد على المعالج على جمع وحصر الجوانب النوعية للوضعية - ماهي خاصيتها؟- كيف يقدمها المفحوص ؟-استعمال كناية أو صورة إذا لزم الأمر لتوضيح هذا المعاش الخاص .

المرحلة 3:بناء جسر

وضع جسر -علاقة-بين المشكل الأصلي السابق والآن .

المرحلة 4:تقديم تصحيح للمشكل الأصلي المتسبب في العواقب التالية التي يعاني منها المفحوص.

المحاضرة الثالثة عشر؛ تقديم مثال عن كيفية تناول علاجي تعاملي لحالة العنف بين علائقي في الأسرة

لدراسة الحالة، باعتبار الأبوين و أفرادها حالة واحدة فريدة من نوعها، حيث اخترنا استعمال المقابلة العيادية الموجهة والنصف موجهة كإطار عيادي، يسمح بالملاحظة المباشرة والغير المباشرة لسلوك الفرد، من خلال فحص الهيئة العقلية (صاحبه الأستاذ ق نصره)؛ الهدف منه استبعاد أي مرضية عصبية-عقلية و أو إدمانية للفرد وكذلك استخدام تقنية التحليل التعاملي، كمجال متعدد للملاحظة؛ للتعرف على حالة الأنا المسيطرة من طرف الفرد ذوي سلوك العنف، ومقياس وضعية الحياة، بالإضافة إلى ملاحظة أهم المثيرات التي تؤثر في الفرد، ومؤشرات سيناريو الحياة الذي يتمتع به.

أثناء الفحص العيادي الذي قمنا به في خلية الإصغاء والوساطة بجامعة وهران 1 خلال الفترة الممتدة بين 31 مارس حتى 07 جوان 2024، تم التقرب عياديا من عائلة الطفل أيمن، البالغ من العمر 11 سنة يدرس السنة الخامسة ابتدائي بعد توجيهه من طرف المدرسة بدافع سلوكاته العنيفة التي يقوم بها (ضرب المعلمة و زملاءه خلال الصف وحمله السلاح الأبيض بدافع الدفاع عن نفسه)، ولو أن غرضنا ليس تقديم حالة هذا الطفل إلا أنه تجدر الإشارة أنه حالة مصابة بالتأتأة والتبول اللاإرادي الثانوي، منذ بداية تدرسه، وسلوكياته العنيفة المتكررة داخل الصف الدراسي، ليست سوى ردود أفعال نتيجة عن التتمر الذي يتعرض له من طرف الوسط المدرسي لدرجة اعتباره أنه طفل متوحد عقليا.

تبين لنا منذ الحصة الأولى للتكفل النفسي بأيمن أن صعوبات تكيفه المدرسي مرتبطة أيضا بالجو العائلي، حيث تم استدعاء أفراد العائلة المتكونة من الأم 48 سنة خياطة (مستوى جامعي)، الأب 55 سنة عامل بشركة وطنية، البنت 17 سنة تواصل دراستها الجامعية، الولد 14 متمدرس وحالة الطفل أيمن 11 سنة.

وبغرض مساعدة أيمن في التكيف مع مدرسته، أوضحنا لوالدي أيمن بضرورة المشاركة في الفحص والتكفل النفسي به، وعلى أساس هذا تمت الموافقة، خاصة أن كلا من الوالدين رأى أن كلاهما يحتاج إلى المساعدة النفسية، و في هذا الصدد، سوف نقدم بعض المعطيات العيادية، التي سمحت بالرؤيا و الملاحظة التفاعلية من خلال بعض تقنيات التحليل التعاملي .

تعيش عائلة أيمن في سكن أرضي مستقل ومستوى معيشي لا بأس به، وبالرغم من أن عائلة أيمن غير طالبة للفحص والتكفل النفسي إلا أننا لاحظنا من خلال الوضعية العيادية لطفل أيمن أن سلوكات العنف اللفظي البدني، من كلمات جارحة، انتقادات ومجادلات سلبية، تتواجد بين الوالدين بشكل عام بين الأبوين، ولهذا الغرض ارتأينا المقاربة النفسية العائلية للوالدين من خلال التقرب العيادي للوالدين أساسا عن طريق التعرف على التاريخ النفسي العائلي لكلاهما مع فحص الهيئة العقلية ونهج الملاحظات التحليلية التفاعلية التي سيتم ذكر نتائجها فيما يلي:

5-نتائج الدراسة:

أم أيمن، عاشت في عائلة متكونة من أربعة إخوة وبنيتين؛ ثلاث إخوة ذكور متزوجون وهم يعيشون مستقلين عن الأم 73 سنة التي تمكث مع بنت 30 سنة غير متزوجة، والابن الأصغر 33 سنة، متزوج و أب لطفلين، توفي الأب عندما بلغت أم أيمن 22 سنة، ترى أم أيمن أنها تلقت تربية صارمة خاصة من الأم على غرار الأب الذي كان يفضلها على بقية أبناءه، وخلال كل المقابلات كان دائما حديثها عن أبيها وعن الحنين الذي تكنه له، فهي ترى أنها واصلت دراستها بفضل تشجيعاته، لكن لم تتمكن من المتابعة، بسبب مرض والدها واضطرابها للبقاء في المنزل لمساعدة أمها، فتعلمت الخياطة عند جارتهم، تقول؛ "ماما تخاف هداير الناس ومتبغيش المشاكل بزاف تقولنا غير هونوي ومديروليش المشاكل.. راني في هاد الدار راجل و مرا في نفس الوقت."

وترى أن غيرة أمها من نظيراتها من بنات أعمامها اللواتي تزوجن في سن أصغر منها، هو من أجبرها على قبول الزواج خشية كلام الناس، وتفسر قسوة أمها بغياب الحضور الفعلي لأبيها في مسؤولية البيت الداخلية، وبالرغم من أن أم أيمن ترى نفسها تميل إلى أبيها المتوفي في أسلوب تفكيره و اجتماعيته اللامبالية برأي الآخر، إلا أنها تقول أن الجميع يرونها تشبه أمها في طبعها؛ "يقولو لي وليتي كيما ما عاقلة مع الناس بصح مع ولادك تنقرشي بزاف تبغي كلشي ريقلو.."، وعن اخوتها تقول أنهم كانوا أكثر مراقبة لها من أبيها و أن تواصلها معهم حاليا محدود جدا، نظرا لرفض زوجها لزيارتهم، بالمثل فهم لا يزورونها، ولا تلتقي بهم إلا في بيت أمها، حيث تضيف "اختي ولا خوتي ما يبغوش يجو عندي، علا جال راجلي مشي مقيمهم..وزيد هما ما يدافعوش علي، زعم كبار بصح ما يهدروش قاع معاه، نسا هم يحكمو فيهم..".

عن زوجها؛ ترى أنه زوج مسيطر و عنيف وتصفه بـ"وحش ما يتعاشرش"، في تواصله معها، أو مع أبنائها، من خلال الضرب الذي يتناسب مع كل مرة تزور والدتها، وتشير أنها تشتكي منه لدى مصلحة الطب الشرعي، ثم بمجرد طلب السماح ورفض أمها استقبالها عند الطلاق منه، تتراجع لتسحب شكوتها، وتضيف حتى أطفالها لم يسلموا منه عندما يتدخلون؛ "..خاصة أيمن يقولي ماما نهربوا ونخلوه وحده .".

أما عن العلاقة الحميمة، فهي تصفها بعلاقة باردة، فهي تعتبر زوجها هو سبب إصابتها بالسكري قائلة "نهار ضربيني عايرته حتى دخت..منبعد قالو لي بلي راه فيك السكر..منها وليت نكرهه"، كما ترى أن علاقتها به تقتصر للمعاملة الطيبة و للحوار والاستشارة، ".يشوفني بوبية (دمية).. يحركني كيما يحب هوا.. يعرف يشاور مه واخته..ويخبرهم علي وعلى ولادي..ديجا دايمين يقولي غير ولادك..تحسب جبتهم وحدي..". في المقابل تجد نفسها اجتماعية وتملك مهارات الحديث مع الناس على غرار زوجها، الذي تراه صامت معظم الوقت، ويفتقر إلى استعمال كلمات وسلوكات المجاملة، وتذكر أنه لم تكن معجبة به ولم تقبله أثناء الخطوبة، بحيث بدا لها شخصية منعزلة " ..على عكسي كنت نبغي نهدر.. اللعب الضحك هو كان دايمين ساكت كيما دروك ..".

كما تراه ذو طبع وسواسي ويشك في أي موقف تقوم به، من تغيير ملابسها والتجميل، قائلة " كي خطبني لبسلي الجلاب، نهار لي قلعتة ضربني واجرحني من ودي و أنا رافدة ولدي..حتى درتله سارتافيكيا.. ما يبغينيش نوقف فالبالكون ولا نطل ولا نهدر مع ولاد عمي، حتى السلام منقولهاهمش..عقدني وأنا عقدت ولادي..".

كما تشير أم أيمن أنها فكرت في الطلاق منذ انجابها لابنتها، حيث كانت تنتظر منه أن يتغير، إلا أن والدتها رفضت استقبالها في حالة الطلاق، الأمر الذي تراه زاد من السلوك العنف سواءا من زوجها او منها نفسها، حيث تضيف " حتى بنتي وولادي ندور عليهم..علاخاطرهم راني صابرة..".

أما عن سلوكياتها نحو أبنائها، فهي ترى أنها لا تتمكن من مراقبة كلامها و انزعاجها منهم، بسبب تدرسهم ونتائجهم الدراسية، حيث تقول ".دايمن نقولهم مخرجتوش كيما ولاد خوتي واختي قافزين..ما تعرفوش مصلحتكم ما عندهمش الثقة في رواحهم ما عدا أيمن"، كما ترى نفسها الوحيدة التي تهتم بصحتهم، ملابسهم و دراستهم، أما والدهم فتراه بروتوكولي معهم ".هو يصرف يشري بصرح ما يهتمش..ما علابلهش اذا مرضو ما يعرفش بلي خصهم يلبسوا غاية كيما الناس..يخرجو يحوسوا..هذو الصوالح يعرفهم غير مع امه وخواتاته وولادهم..". وتضيف عن أيمن أنه أصبح هو الآخر عنيف".نضربه ويرد علي ويخلف ضربته..حتى مع المدرب تاعه يضربه..نعيا نهدر معاه ووالو..عندي أيمن هو الخشين في اولادي..". وعن أسباب هذه المعاملة، أشارت أنها بسبب حبها للنظام والانضباط في شؤون المنزل وشؤون دراسة أبنائها، كذلك تشير إلى غياب التفاهم بين أبنائها بسبب الغيرة والأناية في الحصول والتعامل مع الأشياء.

أهم ما جاء في التاريخ والراهن النفسي العائلي:

أب أيمن يبلغ 51 سنة، من عائلة ميسورة الحال، تبعد عنه ببضع كيلومترات، الأم 77 سنة، الأب توفي سنة قبل زواجه، هو ثاني إخوته، بعد الأخ 57 سنة متزوج، وأختين (45 و 38 سنة) إحداها متزوجة والأخرى تعيش مع الأم، اختارت أمه أن يستقيل عنها في المنزل مثل أخيه، تجنباً لأي مشاكل كما أشار، إلا أنه يجد نفسه لم يسلم من ضغوطات الحياة العائلية، بحيث يرى أن زوجته دائمة الحديث الانتقادي عن أمه وإخوته، وهو الأمر الذي يزعجه، حيث يقول " هدي ما و اختي سي نورمال نصرف عليهم ونخرجهم..عندهم حق علي..مرتي تغير وقاع شانجيلها ما يعجبهاش..أنا كيما بويا نحكم..منخليهاش تخرج وحدها حنا معندناش هذي..".

عن تربيته، يقول أنه تلقى تربية صارمة بين إخوته، خاصة من والده الذي يجد نفسه يشبهه في السيطرة و إدارة البيت، فهو من كان يتابعهم في دراستهم ومراقبتهم حتى وافته المنية بسبب المرض، أما عن أمه فيقول عنها أنها كانت خاضعة ومطبعة، وتعرف ما معنى الرجل، حتى أنها أنجبت كل أطفالها في البيت من شدة شك وحرص الأب عليها، وبالرغم من أنه يرى سلوك أبيه مرضياً إلا أنه يعتبره ناجحاً في إدارة البيت، مشيراً أنه كان هو الآخر مسيطراً في البيت خاصة على إخوته البنات، قائلاً " الدار كي تدخلها الهدرة تع الناس والقيل والقال تخسر..المررة لازم تلهي لراجلها ولولادها.. انا مرتي متخرجش من الدار، انا راجل و تربيت هاكا..".

و في سياق الحديث عن زواجه، أشار أنه كان تقليديا كما كان يرغب، حيث خطبت له أمه وزوجة عمه، وكان يرى زوجته جد هادئة " عاقلة بزاف.. بنت فاميليا..مشي تع تخلاط"، ويذكر أنه في بداية زواجه، رافق زوجته إلى بيتهم بحجة مراقبتها، قائلا " مين تروح مرتي لدارهم نروح معاها ونقعد تما نعس، ولاد عمومها يدورو بزاف عندهم وانا نعس عليها.. مرتي ممنوع تقول سلام للرجال وحتى لافامي تاها.. رجال متضحكش معاها، نقلها..مرتي درتلها الجلباب، باش حتى واحد مايخزر فيها"، كما أنه منع زوجته من الاشتراك في مواقع التواصل الاجتماعي، لكنها لم توافقه، فاضطر إلى ضربها.

ويجد أنها كانت لطيفة وودودة معه، إلى أن بدأت زيارات أختها وبنات عمها تكثر، يرى أنها تأثرت بأرائهم، فنزعت الجلباب، خاصة بعد إنجاب الطفل الثاني، حسب قوله ".ولات غير التشناف ولا التتقريش وتجبلي اخواتي علاش يلبسو ويخرجوا كيما ييغوا.."، ويضيف أن زوجته أصبحت متشائمة، قائلا " مراهيش مهمة بي اذا كليت ولا شربت.. متعرقش تقول كلمة حلوة.. تكلي مكانش.. وزيد تتمسخر بي..تقولي لي انت مشي راجل." ويرى أن كثرة المشاكل معها يجعله لا يفكر بالعودة من عمله إلى البيت، إلا أنه يستبعد فكرة الطلاق، مشيرا أنه لا يرغب في أن يكون سببا في ضياع أبنائه.

أما عن أبنائه فأشار أنه يسعى دوما لتنتشئتهم بأسلوب جيد، لكنه يتصادم من ردود فعلهم، من انسحابهم ونفورهم منه، ويرجح هذا بسبب حشرهم وحضورهم في الخصام و النزاع اليومي، بالإضافة إلى أن أهمهم تخبرهم عن كل شيء وتحرضهم ضده، قائلا ".بنتي قاتلي مرانيش باغية نشوفك إلى يوم الدين..بوختون عمري ما ضربتها..هي واه تدابزها هي و أيمن..". وعن سلوك ضرب ولديه، فأشار أن ذلك يأتي في سياق خصامه مع الأم ودفاعهم عنها، وأنه يحاول فيما بعد ارضائهم بشراء ما يرغبون فيه، مضيفا " كون نصيب نخدم ليل و نهار باش يعيشو ولادي غاية."

5-2-2- على مستوى تقنية التحليل التعاملي:

5-2-1-سيطرة حالة الأنا الولي الناقد:

مما تقدم في الإطار العيادي لولدي أيمن؛ تشترك كلا حالات الأنا والدي أيمن في سيطرة حالة الأنا الولي الناقد، سواء في اتصال مباشر أو غير مباشر، فكلاهما يعطي الأولوية للصورة الاجتماعية وما يجب أن تكون عليه أمور البيت من نظامه و إدارته؛

أب أيمن لا ينفك عن انتقاد زوجته و أبنائه، و أسلوب كلام ومظهر زوجته ومراقبته لها وغياب الثقة فيها كما يستعمل أسلوب المقارنة بين أمه وزوجته، ونفس الشيء بالنسبة لأم أيمن، فهي تسعى لصورة اجتماعية لعائلتها مثل نظيراتها، ودائمة الانتقاد لزوجها و لأبنائها .

5-2-2-تعامل متقاطع وبالتماس؛ العنف العائلي

يتضح لنا من خلال المعاملات السيئة بين والدي أيمن؛ حيث كل واحد فيهم يسلك سلوك العنف البدني و اللفظي بتبادل اللوم والاتهامات :

أب أيمن يستعمل حالة أنا ولي ناقدPN ليستهدف بانتقاداته حالة أنا طفل E A S زوجته، ورغبته في أن تخضع له (ملبسها، عدم الاشتراك في مواقع التواصل الاجتماعي، سلوكها في المنزل و مع الغير مثلما كانت والدته

خاضعة لأبيه)، يستمر في الأسلوب ذاته معبرا عن انصهاره بالأم والبحث عنها في زوجته كموضوع للسيطرة.

أم أيمن ترد عليه في تعاملها بنفس حالة الأنا ولي ناقد) PN استفزاز رجولته ومقارنته مع غيره، ما يثير التعامل بالتماس الجسدي من طرف أب أيمن كشكل من أشكال العنف البدني واللفظي).

كما أن هذه الوضعية تكررت مع ابنها أيمن، عند أمره بالانضباط، بانتقادات و كلمات جارحة لسلوك تبوله اللاإرادي، ما أدى حسب رأيها إلى اصابته بالتأتأة، و رغم وعي الأم بهذا الوضع مع الأب، فهي تواصل نفس الأسلوب حتى مع أطفالها الآخرين ومقارنتهم بأقرانهم، تماما مثلما كانت أمها معها.

5-2-3- البحث عن مثيرات إيجابية بمثيرات سلبية:

كلا الأبوين يشككي من غياب المثيرات الإيجابية عند الآخر؛ من كلمات و أفعال طيبة، تبعث النفس بطاقة إيجابية، وتملء جو العائلة طمأنينة؛ فكلاهما ينصدم ببردود أفعال الآخر؛ من الصمت العقابي أو " التشنافة"، الجدل العقيم "التنقيش" كمثيرات سلبية تثير العنف و السلوكات التجنبية من خلال الأحاديث المطولة في الهاتف مع الغير وغياب جو الحوار والنقاش.

5-2-4- استمرارية سيناريو حياة تعسفي؛ العائلة طفل؛ Famille enfant

لم تسلم عائلة أيمن من أسلوب المقارنة للحياة العائلية على المستوى الاجتماعي، إذ عبر أيمن أن تدرسه لأجل أمه، قائلا "ماما تقول لي متحشمنيش"، فنفس السيناريو التعسفي الذي استقبله أبوي أيمن من عائلتهما، يعيداه بطريقة ما مع أبنائهم، دون أن يتمكنوا من التحرر منه؛

أم أيمن تلقت تربية صارمة ومراقبة مستمرة لسلوكها مع أسلوب المقارنة، سواء من طرف أمها و إخوتها أو زوجها، دون أن تتمكن من الاستقلالية بشخصيتها بفرض اختياراتها، بدءا من مواصلة تدرسها، حيث فرضت عليها الأم التوقف وتعلم الخياطة وملازمة البيت، وتزويجها.

أب أيمن بدوره تلقى تربية صارمة، وتقليدا لأبيه، أصبح هو الآخر ينوب عنه في البيت، نحو مراقبة أمه وإخوته، حتى أنه لم يهتم بحياة اجتماعية خاصة به، وفضل وضع مسافات مع أقرانه وزملائه .

وبالمثل، فكلاهما لا يخلو حديثهما من تقديم نفس الأوامر والتعليمات لأبنائهم (في أن يكونوا مثل أقرانهم بطبع قوي وأسلوب مقارن و دفاعي عن مصالحهم).

1. سيناريو شخصي غير راجح لكل من أم وأب أيمن؛ بحيث يرى كلاهما أنهما يعيشان الندم والحسرة في الاختيار السيئ للشريك زوجته، وهذا ما يعكس وجود سيطرة حالة الأنا الطفل الخاضع لكلاهما مع أبنائهما، حيث يبحث كلاهما عن حالة الولي الحاضن، الذي يعجز كلاهما تقديمه لأبنائهما.

5-2-5-وضعية الحياة:

تميز كلا الأبوين بوضعية إدراك سيء مع الذات في مقابل إدراك جيد للآخر (Ok-/Ok+) ، وهذا ما يفسر للأولوية التي يعطيها كلاهما للصورة الاجتماعية على غرار، التعامل الداخلي للعائلة الذي تميز كما أشرنا بالسلبية، التبرير والتكافلية في السيناريو العائلي المعاش من طرفهما سابقا، فالمعاملة الصارمة أنتجت تضخم حالة الأنا طفل خاضع لكلا الأبوين، وصعوبة التحرر والاستقلالية، ليتمتع كلاهما بالنتيجة، المرونة والتسامح .

ويبقى السلوك العدواني العنيف، منفس ووسيلة لتحرير التوتر في تكرار نفس الأسلوب والسيناريو العائلي السابق مع وصيد مهم من الاحباطات لجميع أفراد عائلة أيمن، ما يشير إلى وجود اللعب النفسي، مع عدم القدرة على فكه على المستوى النفسي والاجتماعي خاصة .

ختاما؛ يمكن القول أن كل فرد داخل العائلة؛ الحق في الاحترام، وبالتالي الحق في التعبير عن أفكاره وأذواقه وعاداته التي قد تكون مختلفة وصادمة أحيانا، ولكنها معترف بها على هذا النحو، فالعائلة هي مجموعة؛ حيث كل فرد فيها مختلف ويمكنه التعبير عن اختلافاته طالما أنها لا تعرض وجود المجموعة للخطر.

يجب إطلاع الأطفال على معايير العائلة كجماعة، وقواعدها والالتزام بها، كما يجب على آباءهم وأمهم، ويجب على الجميع احترام شخصية كل فرد والسماح له بالتعبير عن نفسه. وفي إطار هذين المفهومين يجب أن يتم تأسيس نمط الحياة العائلية.

كما أن قانون تحليل المعاملات يتطلب ألا نواجه شريكاً دون موافقته، فالمواجهة دون الحصول على الموافقة يخلق مشاعر الوحدة وعدم الفهم والشعور بالذنب لدى الشخص الذي يتم الحكم عليه.

ومشاعر عدم الفهم والشعور بالذنب؛ تقلل من الثقة بالنفس وتؤدي إلى مواقف الدفاع والانتقام، كما ينصح بتحليل معاملات كل شخص بتحديد العلاقات المرضية، التي تربطه بأشخاص معينين وتحسين سلوكياتهم.

- Jean **Laplanche J.-B. Pontalis** (1966), « *Vocabulaire De La Psychanalyse* », 3°Ed, Presses Universitaires De France, Paris.
- Henri Ellenberger (1974). « *A La Découverte De L'inconscient* », 2°Ed, PUF. Paris
- Sigmund Freud (1955) (1990), « *Les Cinq Psychanalyses* », 4°Ed, PUF. Paris
- Jean Gytat (1963), « *La Psychothérapie Médicale* », T1.T2, 2°Ed, PUF. Paris
- Jack Lacan (1994), « *Les Ecrits* », Aux Editions Du Seuil. Paris
- Edward Hall (1966), « *La Dimension Caché* », Seuil. Paris
- Marie Cardine Et Olivier Chambon (2010), « *Les Bases De La Psychothérapie* », Dunod. Paris
- Carl Rogers (2005), « *Le Développement De La Personne* », 2°Ed Harmattan. Paris
- Jean Cottraux Et All (2011), « *Les Psychothérapies Comportementales Et Cognitives* », Masson. Paris
- GREEN. A, (1973), *LE DISCOURS VIVANT*, PARIS, PRESSES UNIVERSITAIRE DE FRANCE.
 - FREUD. S, (1969), *INTRODUCTION A LA PSYCHANALYSE*, PARIS IV, PAYOT.
 - FREUD. S, (1990), *UN SOUVENIR D'ENFANCE DE LEONARD DE VINCI*, PARIS, GALLIMARD.
 - FREUD. S, (1967), *L'INTERPRETATION DES REVES*, PARIS, PRESSES UNIVERSITAIRE DE FRANCE.
 - FREUD. S, (1977), *CINQ PSYCHANALYSE*, PARIS, PRESSES UNIVERSITAIRE DE FRANCE.
 - FREUD. S, (1947), *TOTEM ET TABOU*, PARIS , PAYOT.
 - FREUD. S, (1955), *AU DELA DU PRINCE DE PLAISIR, IN ESSAIS DE PSYCHANALYSE* , PARIS , PAYOT.
 - FREUD. S, (1962), *TROIS ESSAIS SUR LA SEXUALITE*, PARIS, GALLIMARD.
 - FREUD. S, (1914), *POUR INTRODUIRE LE NARCISSISME, IN LA VIE SEXUELLE*, PARIS, PRESSES UNIVERSITAIRE DE FRANCE.
 - FREUD. S, (1949), *LE MOI ET LES NARCISSISMES DE DEFENSE*, PARIS, PRESSES UNIVERSITAIRE DE FRANCE.
 - REUHLIN. M (1969), *LES METHODES EN PSYCHOLOGIE*, PARIS, PRESSES UNIVERSITAIRE DE FRANCE.
 - ANZIEU. D, (1997), *CREER DETRUIRE*, PARIS, DUNOD.
 - WINNICOT. D. N, (1970), *PROCESSUS DE MATURATION CHEZ L'ENFANT*, PARIS , PAYOT.
 - BERGERET. J, (1981), *PSYCHOLOGIE PATHOLOGIE*, PARIS, MASSON.

- EIGUER. A, (2003), *LE PERVERS NARCISSIQUE ET SON COMPLICE*, PARIS, DUNOT.
 - BURLOUX. G, (2003), *LE CORPS ET SA DOULEUR*, PARIS, DUNOT.
 - LAPLANCHE. J, (1977), *VIE ET MODE EN PSYCHANALYSE*, PARIS, CHAMP FLAMMARION.
 - ABRAHAM. K, (1965-1966), *ŒUVRES COMPLETES*, 2 VOL, PARIS , PAYOT.
 - GRUNBERGER. B, (1975), *LE NARCISSISME*, PARIS , PAYOT.
 - NASIO. J-D, (2002), *ENSEIGNEMENT DE 7 CONCEPTS CRUCIAUX DE LA PSYCHANALYSE*, PARIS , PAYOT.
 - KLEIN. M ET COLL, (1966), *DEVELOPPEMENTS DE LA PSYCHANALYSE*, PARIS, PRESSES UNIVERSITAIRE DE FRANCE.
 - GREEN. A, (19§), *NARCISSISME DE VIE, NARCISSISME DE MORT*, PARIS.
 - WINNICOT. DN, (1969), *DE LA PEDIATRIE A LA PSYCHANALYSE*, PARIS , PAYOT.
 - ROSOLATO. G, (1994), *ESSAI SUR LE SYMBOLIQUE*, SAINT ARNAUD, GALLIMARD.
- MARIE JOSEPH, DOMINIQUE CHALVIN,(1986), *VIVRE HEUREUX EN FAMILLE ; L'ANALYSE TRANSACTIONNEL ET VIE FAMILLIALE*, 2ED, PARIS, LES EDITIONS DE FRANCE ESF.
- DUDLEY D. CAHN ET SALLY A. LLOYD (1996), *FAMILY VIOLENCE FROM A COMMUNICATION PERSPECTIVE*, SAGE PUBLICATION, NEW DELHI LONDON.
- KAST, N. R., EISENBERG, M. E., & SIEVING, R. E. (2016). THE ROLE OF PARENT COMMUNICATION AND CONNECTEDNESS IN DATING VIOLENCE VICTIMIZATION AMONG LATINO ADOLESCENTS. *JOURNAL OF INTERPERSONAL VIOLENCE*, 31(10), 1932-1955. [HTTPS://DOI.ORG/10.1177/0886260515570750](https://doi.org/10.1177/0886260515570750)
- PELLERONE, M., RAMACI, T., GRANÁ, R., & CRAPARO, G. (2017). IDENTITY DEVELOPMENT, PARENTING STYLES, BODY UNEASINESS, AND DISGUST TOWARD FOOD: A PERSPECTIVE OF INTEGRATION AND RESEARCH. *JOURNAL OF TREATMENT EVALUATION*, 14(4), 275-286. [HTTPS://DOI.ORG/10.1037/T07699-000](https://doi.org/10.1037/T07699-000)
- [HTTPS://COURS-PSYCHO.COM/2009/01/HISTOIRE-DES-PSYCHOTHERAPIES/](https://cours-psycho.com/2009/01/histoire-des-psychotherapies/)
- MONY ELKAÏM (2003), *PANORAMA DES THERAPIES FAMILIALES*, PARIS, SEUIL
- [HTTPS://WWW.SOLIDARITES-USAGERSPSY.FR/SE-SOIGNER/AIDES-THERAPEUTIQUES/APPROCHE-SYSTEMIQUE-ET-THERAPIE-FAMILIALE/](https://www.solidarites-usagerspsy.fr/se-soigner/aides-therapeutiques/approche-systemique-et-therapie-familiale/)
- [HTTPS://BOOKS.OPENEDITION.ORG/PUM/9894?LANG=FR](https://books.openedition.org/pum/9894?lang=fr)