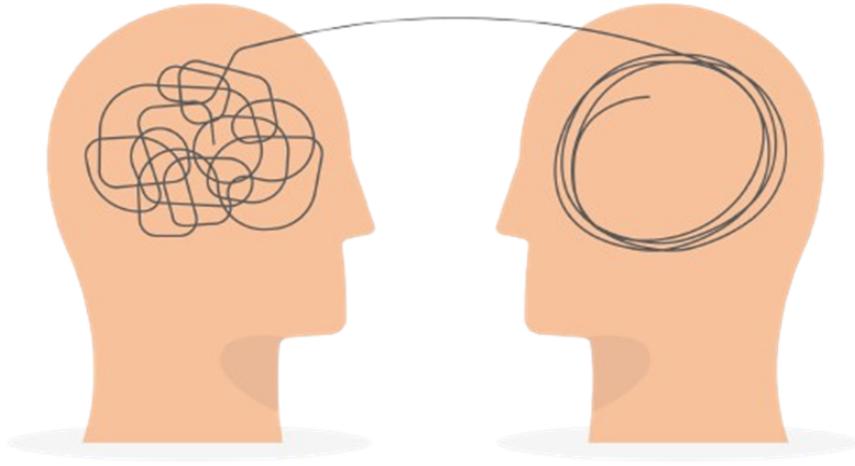


العلاج النفسي

كيف نواجه المعاناة النفسية عبر العلم



إعداد: عمر المريواني

العلوم الحقيقية 

إصدار خاص من موقع العلوم الحقيقية real-sciences.com

إعداد:

عمر المريواني

المراجعة العلمية:

داميان شنغلتنون – معالج نفسي

ساهم في المراجعة العلمية:

د. سامي البدرى – طبيب نفسي

مراجعة لغوية:

حيان الخياط

ريام عيسى

ساهم في الإعداد:

د. سامي البدرى

المقالات المترجمة:

لبنى العموري

يوسف التريري

وسن ناصر

العلاج النفسي: كيف نواجه المعاناة النفسية عبر العلم

Psychotherapy: How We Confront Psychological Suffering Through Science

الناشر: العلوم الحقيقية، لندن، المملكة المتحدة

الرقم الدولي المعياري للكتاب: 9-0369-0837-1-978

نشر الكتاب بتاريخ ٣٠ ديسمبر ٢٠٢٤

يُسمح بتوزيع هذا الكتاب كنسخة إلكترونية قابلة للتحميل والنشر على الإنترنت، بشرط عدم تغيير محتوى الكتاب أو بيعه. يمكن للأفراد تحميل الكتاب ورفع نسخته على الإنترنت بشكل مجاني، ولكن يُحظر بيع النسخ أو استخدامها لأغراض تجارية دون إذن خطي من المؤلف.

يجب أن يتم توزيع الكتاب مع النصوص الأصلية وحقوق النشر كما هي دون أي تعديل. كما يجب أن يتم ذكر اسم المؤلف عند إعادة نشر الكتاب أو تحميله.

للاستفسارات أو للحصول على إذن لاستخدام الكتاب لأغراض تجارية، يُرجى الاتصال بالعلوم الحقيقية على

[.info@real-sciences.com](mailto:info@real-sciences.com)

حقوق صورة الغلاف:

ID [347894322](https://www.dreamstime.com/stock-image-347894322) © [Wassam Siddique](https://www.dreamstime.com/author/wassam-siddique) | [Dreamstime.com](https://www.dreamstime.com)

المحتويات

المحتويات	٥
مقدمة	١٠
١- حول العلاج النفسي	١٣
ما هو العلاج النفسي	١٤
مصادقية علم النفس ومدارسه العلاجية	١٧
طرق العلاج النفسي الكلامي	١٨
بيتر فوناجي والدليل على فعالية العلاجات النفسية	٢٠
أقول التحليل النفسي	٢٠
العلاج الكلامي والمشبك العصبي الواحد	٢٢
هل علم النفس وطرقه العلاجية حقائق علمية؟	٢٣
خلاصة	٢٤
مناهج العلاج النفسي	٢٥
العلاج السلوكي المعرفي	٢٦
العلاج الانساني	٢٧
التحليل النفسي	٢٨
أنماط أخرى من العلاج النفسي	٢٩
ضرورة العلاج النفسي	٣١
ما الحالات التي يتعامل معها العلاج النفسي؟	٣٤
الاكتئاب	٣٤
القلق	٣٥

- ٣٦..... الرهاب ونوبات الهلع
- ٣٨..... ٢- عناصر العلاج النفسي وأدلتها التجريبية
- ٣٩..... عناصر العلاج النفسي: ما الذي يقدمه بالضبط العلاج النفسي الكلامي؟
- ٣٩..... الإفصاح عبر الكتابة أو الحديث مع المعالج
- ٤١..... التفرغ أو التنفيس
- ٤٣..... تجنب الأوامر والمقترحات المباشرة والتعليمات
- ٤٤..... فهم اللاوعي عبر الكلام
- ٤٦..... عكس آثار الصدمات النفسية
- ٥٠..... معالجة الصدمات النفسية بالتعرض
- ٥٢..... الاستفادة من أثر حركة العين على الذاكرة في معالجة الصدمات النفسية
- ٥٦..... خصائص العلاقة والمعالج: التعاطف، التطابق، التحالف العلاجي وغيرها
- ٥٨..... فهم أنماط السلوك: التعلق، خصائص الشخصية، الذكاء وغيرها
- ٥٩..... العمل وفق أخلاقيات مهنة العلاج النفسي
- ٦١..... غرس التعاطف الذاتي
- ٦٦..... التأمل
- ٦٧..... الأساليب العملية وطرق حل المشكلات
- ٦٩..... تحديد الدفاعات النفسية
- ٧٢..... تقنيات أخرى مستمدة من الثقافة
- ٧٢..... التطابق لدى الشخص
- ٧٢..... لعب الأدوار
- ٧٣..... تغيير السردية
- ٧٥..... اثبات فاعلية العلاج النفسي بالكلام عبر تصوير الدماغ

- الفلسفة والعلاج النفسي : كيف أقنعني دانييل دينيت بجدوى العلاج النفسي؟ ٨٠
- ٣- العلم والعلم الزائف في العلاج النفسي** ٨٥
- الرد على القائلين بعدم فعالية العلاج النفسي ٨٦
- الجوانب السيئة للعلاج النفسي ٨٧
- الجوانب الإيجابية للعلاج النفسي ٨٩
- الاحتيايل والعلم الزائف تحت غطاء العلاج النفسي ٩٤
- العلاج النفسي والدين ٩٥
- العلاج النفسي والدين في الغرب ٩٧
- ممارسات العلم الزائف في العلاج النفسي ٩٩
- حقيقة أثر الصدمة النفسية طويل الأمد في الجسد ١٠٢
- ٤- العلاج النفسي في العالم العربي** ١٠٧
- ما الفرق بين الطبيب النفسي والمعالج النفسي والنفساني ١٠٨
- الطبيب النفسي ١٠٨
- النفساني أو الاخصائي النفسي ١٠٩
- المعالج النفسي ١١٠
- واقع دراسة العلاج النفسي في البلاد العربية ١١٢
- واقع ممارسة العلاج النفسي في البلاد العربية ١١٤
- حوارات مع الأطباء النفسيين ١١٤
- ارتفاع الأسعار ومحدودية الخدمة ١١٥
- أولوية العلاج النفسي والصحة النفسية ١١٧
- الوصمة والانطباعات الخاطئة أمام الخرافة ١٢٠
- مغالطات وشائعات حول الطب النفسي والعلاج النفسي ١٢٤

- المغالطات حول الأدوية النفسية: أريد طبيباً لا يصف الدواء..... ١٢٤
- الأطباء النفسيون والمعالجون سيجعلونك أسوأ..... ١٢٧
- مجنون أو عاقل..... ١٢٩
- إنكار وجود المرض النفسي..... ١٣٠
- الريبة والخوف من المعالج النفسي أو الطبيب النفسي..... ١٣٢
- علم النفس والطب النفسي مجال غير علمي..... ١٣٤
- ٥- معرفة اللاوعي - معرفة الذات**..... ١٣٨
- اللاوعي وفق العلم التجريبي الحديث..... ١٣٩
- الشخصية بين الوعي واللاوعي..... ١٤٠
- تطور نظرية العقل في اللاوعي..... ١٤١
- الدفاعات النفسية في ظل اللاوعي المتكيف..... ١٤١
- اللاوعي في الدماغ..... ١٤٣
- اللاوعي المتكيف والمشاعر..... ١٤٤
- غرباء عن أنفسنا..... ١٤٥
- الانقال Transference واللاوعي..... ١٤٦
- هل يمكن دس الرسائل الخفية لإقناع اللاوعي لدينا؟..... ١٤٧
- الاستبيانات النفسية الشائعة..... ١٤٩
- استبيان CORE-OM..... ١٤٩
- اختبار الوصمة..... ١٥٠
- نمط التعلق..... ١٥٣
- استبيانات ذات أساس علمي ضعيف..... ١٥٣
- ٦- الجسر بين العلم والإنسانية: كارل روجرز مثلاً**..... ١٥٤

- ١٥٥ العلاج النفسي المتمركز حول الشخص: العلم والإنسانية لدى كارل روجرز
- ١٥٧ الأبحاث المبكرة حول العلاقة العلاجية
- ١٥٨ العلاج النفسي والعلم من وجهة نظر كارل روجرز
- ١٥٩ العلاج المتمركز حول الشخص والبحث العلمي
- ١٦١ العلاج المتمركز حول الشخص في خلاصة
- ١٦٤ كارل روجرز: حياته، إرثه، والمنهج الإنساني من بعده
- ١٦٦ كيف يصبح تجريد الذات من الإنسانية سلوكًا لا أخلاقيًا
- ١٧٠ حرب الاستعارات في علم النفس والعلاج النفسي
- ١٧٣ العلاج النفسي للجميع

مقدمة

لعقود امتدت بين الثمانينات وحتى نهاية العقد السابق ضرب الإرهاب مدن عديدة في العالم وبشكل رئيسي في العراق وأفغانستان وباكستان. جانب من الهجمات التي كانت تتم وتقتل العشرات كانت انتحارية، بمعنى أن المنفذ كان يودي بحياته مقابل قتل مجموعة أشخاص آخرين. لم تكن تلك العقود مقتصرة في سبل سفك الدماء على الهجمات الانتحارية بل أيضاً على الأعمال الانتقامية التي تعقب الهجمات الإرهابية، أو على الاضطرابات الثانوية الحاصلة نتيجة لتلك الحرب الضارية. يعزو كثيرون صناعة الموت تلك إلى أمراض عقلية أو إلى اختلالات في السلوك إذا ما استثنينا الآراء الغاضبة والتي تتضمن تجريم دين أو مذهب أو عرق بذاته وتحميله خطيئة الإرهاب. في الحقيقة، ووفقاً للبحث العلمي المتواجد، فإن منفذي الهجمات الانتحارية ليسوا مصابين بأمراض عقلية على الأغلب¹. على حد قول أحد الباحثين في الأمر فإن دراسة طريقة وعقلية من قام بتجنيد هؤلاء هي ما يدعو للتفكير أكثر². إذا كان الكلام قادراً على فعل كل ذلك فما هي حدود ما يمكن أن يفعله الكلام؟

وإن كان الإرهاب وآثاره بهذا الوضوح خصوصاً لنا نحن من نتكلم العربية ونعيش في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا فإنه قد يكون نادر الحدوث مع ذلك حتى يستطيع أحد أن يشهد حالة معينة. لكن في الوقت نفسه فإن إي إنسان يدرك أثر الكلام. قد تجعلك الكلمات تشعر بشكل جيد أو سيء. هل تستطيع تذكر آخر مرة شعرت فيها بمزاج سيء نتيجة قول أحدهم شيئاً ما؟ لا شك أن شيئاً ما حدث في الساعات الأخيرة أو الأسبوع الأخير على الأقل في حياة أي قارئ لهذه الأسطر. عبر الكلام بشكل رئيسي تمت تربيتنا من قبل آبائنا وأمهاتنا. عبر

¹ Sheehan, Ivan Sascha. "Are suicide terrorists suicidal? A critical assessment of the evidence." *Innovations in clinical neuroscience* 11.9-10 (2014): 81.

² BBC Sounds, [Religious Terrorism - American Presidents - Ketamine](#)

الكلام تلقينا الدروس في المدرسة. عبر الكلام نتلقى مخاوفنا، وآمالنا، وآلامنا، فهل يمكن أن يكون في الكلام علاج؟

تجتاح الأمراض النفسية العالم منذ القدم، والعالم العربي ليس استثناءً. في مصر أوضحت دراسة نشرتها منظمة الصحة العالمية أجريت على ١٤ الف بالغ مصري أن ما يزيد عن ١٦٪ من المشاركين عانوا من اضطرابات نفسية.³ فيما وصلت دراسة أجريت في المغرب إلى أن ٢٦٪ من المشاركين، وهم ٧٢٢ طالب جامعي، عانوا من اكتئاب حاد.⁴ تتباين هذه النسب بحسب العينات لكنها تصل إلى معدلات مرتفعة جداً مثل ٧٠٪ في إحدى الدراسات التي أجريت في جامعة ديالى على كبار السن⁵ في ثلاث مدن عراقية.

في الوقت الذي لم يكن مفهوم الاعتلال النفسي واضحاً في الثقافة الشعبية سوى من عبارات تنتشر في مختلف اللغات لإعطاء صفات وتسميات لمزاج الأشخاص بشكل عام، فإن العلاج لم يكن محددًا بوضوح أيضاً. غير أن البشرية لطالما كانت في صراع مرير وطويل مع الاعتلالات النفسية، ولطالما قدمت حلولاً طبية أو تقليدية أو دينية لمواجهة تلك الاعتلالات. اليوم، وبفضل التكنولوجيا وتقدم العلوم لم تعد حكمة البشر تطفو في أمثال الشعوب وقصصهم وأساطيرهم بل صار للطب وللبناء وحتى للسياسة والاقتصاد مناهج علمية وتخصصات. وهكذا هو الحال مع العلاج النفسي. لجوء البشر للأثر الإيجابي للكلام قديم وما نعرفه حتى الآن هو أن العلاج النفسي يعمل.

³ Ghanem, M., et al. "National survey of prevalence of mental disorders in Egypt: preliminary survey." EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal, 15 (1), 65-75, 2009 (2009).

⁴ Moustakbal, Marouane, and Souad Belabbes Maataoui. "Depression symptoms among adolescents in Morocco: a school-based cross-sectional study." Pan African medical journal 44.1 (2023).

⁵ Jadoo, Saad Ahmed Ali, et al. "Prevalence of depression among older people in Iraq." Diyala Journal of Medicine 26.1 (2024): 140-152.

يتفرع العلاج النفسي إلى مدارس عديدة مختلفة لا تتباين فقط في وجهات نظرها بل في أساسها العلمي. كما تحفل ساحة العلاج النفسي بالكثير من الأساليب الزائفة وغير العلمية. لكن مع ذلك، فإن هناك مدارس رئيسية بارزة يدعمها البحث العلمي. وهناك دراسات ترينا أن الملايين سنوياً يحققون فوائد كبيرة عبر العلاج النفسي بالكلام بشكل يغير حياتهم.

في هذا الكتاب الصادر من العلوم الحقيقية، سنقوم بتعريف العلاج النفسي، والمهن المختلفة التي يتم بواسطتها تقديم الخدمات المتعلقة بالصحة النفسية. سنناقش تاريخ العلاج النفسي ومدارسه المختلفة وممارساته. ثم سنناقش بعضاً من التقنيات الأساسية التي يقدمها العلاج النفسي والأدلة العلمية حولها. سنقدم أيضاً جانباً من الدليل العلمي على عمل العلاج النفسي من حيث الدراسات الدماغية. كما سنقدم فصلاً عن المفهوم العلمي للاوعي. وسنختم في الفصل الأخير بالمفهوم الفريد الذي قدمه كارل روجرز في المدرسة الإنسانية للعلاج النفسي والتي أصبحت بمثابة جسر بين العلم والإنسانية.

ا- حول العلاج النفسي

ما هو العلاج النفسي

يعرف العلاج النفسي بأنه مجموعة من الممارسات، القائمة على الكلام مع الشخص، التي يقدمها مختصو الصحة النفسية لمعالجة اضطرابات الصحة النفسية أو تحسين الصحة النفسية. لا يعني أن الكلام هو الوسيلة الوحيدة للقيام بالعلاج، بل يعد الكلام هو الوسيلة لتقديم تقنيات عملية، واستراتيجيات شخصية واجتماعية، ومسارات معينة للتفكير قد يبدأ الشخص بها بعد تقديمها من قبل المعالج، فضلاً عن النفع المفترض من الحوار الجاري في جلسة العلاج النفسي.

بينما يبدو ذلك التعريف واضحاً، فإن كل تفصيل فيه يتضمن الكثير من التفرعات والاختلافات في الرأي وفي المدارس وموقف العلم وأدلة الفاعلية. وهذا ما سنحاول طرحه فقط بشكل عام، ثم سنخوض به بالتفصيل. أول ما يجب معرفته عن العلاج النفسي هو أنه لا يُقدم من قبل جهة واحدة ولا يُدرس بطريقة واحدة، بل يُقدم من قبل مدارس وطرق عديدة. تختلف مدارس علم النفس أولاً في فاعليتها وفي وجود الدليل العلمي عليها، وكذلك في طريقة تقييمها لنجاح العمل، ومسار الجلسات، وطبيعة الممارسة. كما تختلف تشريعات وقوانين وأساليب تطبيق العلاج النفسي بحسب الدول والمناطق المختلفة في العالم، حيث يُعتبر ممارسة طبية أساسية في بعضها، فيما لا يُعتد به من الأساس في أماكن أخرى. كما أن انتشار مدارس العلاج النفسي في العالم يختلف؛ فكثير من طرق العلاج النفسي ليست معروفة إلا في أوروبا والولايات المتحدة.

ومن أشهر مناهج العلاج النفسي التحليل النفسي وتفرعاته الحديثة، مثل الديناميكيات النفسية. ترجع أصول تلك المدرسة إلى ما قدمه سيغموند فرويد من مبادئ وممارسات، مما صار بعضه من العناصر المشتركة في العلاج النفسي بكافة مدارس، مثل قضايا أساسية كالمعالج والجلسة (رغم أن ذلك ليس مشتركاً بشكل قطعي بين جميع المدارس، حيث تقدم بعض المناهج العلاج لمجموعة).

ويُعدّ العلاج السلوكي المعرفي تخصصاً شائعاً أيضاً، ويمتلك رصيماً جيداً من حيث الموثوقية العلمية والدليل العلمي الداعم، بعكس التحليل النفسي، وبالأخص أكثر تفرعاته التقليدية. ومن المناهج الواسعة الشهرة أيضاً المدرسة الإنسانية، التي أسسها كارل روجرز. تمتلك هذه المدرسة أيضاً دعماً علمياً، ولها أدلة حول الفاعلية، كما تولي أهمية كبيرة لأخلاقيات العلاج النفسي وتركز على العلاقة بين المعالج والعميل أو الشخص (قدم كارل روجرز مصطلح "العميل" بدلاً من "المريض" للشخص الخاضع للعلاج النفسي، ولاحقاً استخدمت مدرسته مصطلح "الشخص"). سنشرح هذه المناهج بالتفصيل في هذا الكتاب.

العلاج النفسي ليس ذاته علم النفس، وهو ليس الطب النفسي، كما سنأتي لذلك. يختص علم النفس بدراسة كل شيء يتعلق بالنفس البشرية بكافة الطرق الممكنة دون أن يتخصص بهدف تطبيقي من أجل الصحة النفسية بالضرورة. تناقش بعض تفرعات علم النفس قضايا تتعلق بالنمو والتطور أو التعلم أو أبعاد متخصصة كالجريمة. أما الطب النفسي، فعلى الرغم من اشتراكه بالأهداف مع العلاج النفسي، وعلى الرغم من تقديم بعض الأطباء النفسيين جانباً من العلاج النفسي بالكلام، فإنه يختص بمنهج دراسة كافة جوانب الحالة النفسية بما فيها الكيميائية والفيزيولوجية، وي طرح الخيار للطبيب النفسي بتقديم التدخل الدوائي وحتى الجراحي (على الرغم من ندرة ذلك) للمرضى. تختلف أيضاً نظرة الطبيب النفسي وفلسفته تجاه الأمراض النفسية، حيث تتم دراستها من ناحية طبية تعتمد بما له دعم من الأدلة التجريبية المباشرة. يمكن للطبيب النفسي أن يلعب دور المعالج فيما لو نال التأهيل لذلك، ويقدم الأطباء النفسيون في بعض البلاد العلاج النفسي بالكلام كجزء أساسي من عملهم. سنناقش في هذا الكتاب الفروقات بين التخصصات النفسية المختلفة من حلقات الدعم وحتى الأطباء النفسيين.

يُقدم العلاج النفسي ضمن جلسات دورية قد تتم أسبوعياً أو بمنحى آخر، بحسب تقدير المعالج أو ما تنصح به مدرسة العلاج النفسي. تُقدّم الجلسات لفترات قد تتراوح بين عدة أسابيع إلى عدة سنوات، بحسب المدرسة أيضاً. خضعت متغيرات كهذه إلى دراسات عديدة لتقييم فائدتها بحسب الحالات المختلفة. سنناقش الفروقات بين مدارس العلاج النفسي المختلفة في هذا الكتاب وفي متغيراتها الأساسية حول طبيعة الجلسة وطول فترتها وما تعد به من نتائج.

تتباين فاعلية العلاج النفسي بحسب الحالة التي تتم معالجتها، وبحسب المدرسة المتبعة، ومهارة المعالج، وبعض المتغيرات المرتبطة بالمريض أيضاً. وإلى جانب الفاعلية، فإن دعم الأساليب المختلفة بالدليل العلمي يختلف، فبعض الممارسات التي توجه لها بعض المدارس تصل بالدليل العلمي إلى درجات عالية من الإثبات، وقد يصل ذلك إلى الدليل العصبي والبيولوجي، فيما لا تحظى بعض الممارسات بأي دعم، فضلاً عن وجود ممارسات قد تعتبر خطيرة وغير صحية. تتباين فلسفة المدارس وأساس ما تقدمه أيضاً بالدليل العلمي، فمنها ما يستند إلى الدليل العلمي في صلب فلسفته مثل العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الإنساني، ومنها ما يُعتبر مثلاً لشرح العلوم الزائفة، مثل أسس التحليل النفسي، على الرغم من تغير طبيعة مدرسة التحليل النفسي عبر الزمن وعدم التزامها بالضرورة بالأسس التي قدمها فرويد. سنناقش ذلك بالتفصيل ضمن هذا الكتاب.

مصادقية علم النفس ومدارسه العلاجية

بقلم: د. سامي البدري

يشكك الكثيرون بمصادقية علم النفس ومدارسه العلاجية ويفترضون انه ربما علما كاذبا. نستعرض في هذه المقالة الأدلة المتوفرة على فعالية طرق العلاج النفسي الكلامي وناقش بشكل مواز مشكلة مصادقية علم النفس وهل هو علم راسخ بين العلوم أم لا.

إن ما يمكن عده حقيقة علمية لا شك فيها هي تلك الحقيقة التي يمكن إخضاعها للتجربة التي مهما كررتها ستعطي نتيجة مطابقة. وبذلك فإن الكيمياء والفيزياء، على سبيل المثال، هما علمان لا شك في حقيقتهما. فكلما جمعنا ذرتي هيدروجين مع ذرة أوكسجين سوف ينتج مركب ماء.

لكن حين يتعلق الأمر بعلم النفس، فأنت لو عرضت مجموعة من البشر لعوامل متشابهة، فلن ينتج عن أفراد تلك المجموعة استجابات متطابقة، فكل واحد منهم سوف يصيغ استجابته وفق قناعاته وتجاربه السابقة، ومهما حاولت ان تجمع في تجربتك بشر متشابهين، وتوحد الظروف الخارجية للتجربة، فسوف يظل الأفراد مميزون في استجاباتهم التي يصوغونها بحرية. وهكذا لن تجد بسهولة قانوناً واحداً يمكن أن تستنتجه من تجربة ثم تطبقه على كل البشر، فالبشر ليسوا آلات متطابقة مسيرة، لكنهم أفراد مخيرون وأحرار.

لذلك لا داع لتسخيف ذلك الشك الذي بدأنا به المقال من أن هنالك شك في حقيقة علم النفس ومدارسه العلاجية، ومن غير المفيد أن نعرض عليه بعنجهية، فمادة علم النفس هي الإنسان بكل تعقيداته وتناقضاته، والذي يصعب اختزاله لمادة يسهل إخضاعها للتجربة العلمية.

ذلك لا يعني أننا لن نستطيع بتاتاً إثبات بعض القواعد العلمية لدراستنا السلوك البشري وانفعالاته، على شرط ان نعترف ان ذلك العلم لن يكون مشابها لغيره من العلوم البحتة. فما هي خصائص علم النفس إذن وكيف يختلف عن بقية العلوم؟

سوف نستعرض في هذه المقالة الطرق العلاجية الكلامية المعترف بها حالياً، والتي أثبتت فعاليتها، ثم نعود لموضوع مصداقية علم النفس و مقارنته بقية العلوم لننهى المقال بذلك.

طرق العلاج النفسي الكلامي

هناك اليوم حوالي ٤٠٠ طريقة علاج نفسي كلامي، لا يملك اغلبها الدليل العلمي الكافي على فعاليتها^٦.

لنبدأ أولاً باستعراض دراستين طريفتين من فترة منتصف القرن العشرين تبحثان عن دليل علمي إحصائي يثبت ان العلاج النفسي الكلامي فعال.

الأولى لجويل باريس^٧ والثانية لهانز ستريب^٨. أوضحت كلتا الدراستين بأنه ليس لدينا دليلاً على أن المعالج النفسي الكلامي الخبير هو افضل من اي معالج نفسي، أو طبيب نفسي، او باحث اجتماعي، او حتى طالب في الطب مهما كانت طريقة تدريبهم وقناعاتهم وخبرتهم.

لم تقل الدراستان أن العلاج الكلامي غير مفيد، بل قالتا انك مهما كانت النظرية التي تدربت عليها وصرت خبيراً بها، فذلك سوف يبدو كتفصيل غير مهم في فعالية العلاج الكلامي.

⁶ Guelfi JD, Rouillon F, Mallet L. Manuel de psychiatrie 4e Edition. Elsevier Masson. 2021

⁷ Paris J. Fall of an icon, psychoanalysis and academic psychiatry. University of Toronto Press. 2005

⁸ Strupp HH. Psychotherapeutic technique, Profitionnal affiliation, and Experience level. Journal of consulting

psychology. Vol. 19, No. 2, 1955

تكررت نفس تلك الملاحظة في بحوث جيروم فرانك الذي لقب برائد الدراسات المقارنة في العلاج النفسي الكلامي، والذي اهتم بإيجاد العوامل المشتركة في كل الطرق العلاجية الكلامية والتي تجعلها تعطي اثرا ايجابيا.

وقد أوجز تلك العوامل بالتالي⁹:

١. العلاقة المبنية على التعاطف والخالية من الأحكام المسبقة

٢. العلاقة المبنية على الثقة

٣. بنية للعلاج وحدود واضحة تمنح إطارا رسميا للعلاقة

٤. زرع الامل

٥. منطق نظري للعلاج

٦. عملية علاجية يمكن التعرف عليها

وفي إحدى دراسات جيروم فرانك^{١٠} نجد انه يستعرض تاريخ العلاجات النفسية الكلامية بطريقة تدعو للتأمل فيقول اننا في فترة العصور الوسطى، حين غلب على البشر الإيمان بالأرواح والاشباح، لاقت طريقة التنويم المغناطيسي نجاحا وشيوعا. ثم في فترة القرن التاسع عشر، حين سادت القيم الابوية المتسلطة والكبت الجنسي، ظهر التحليل النفسي الذي فرض بعنجهية نظريته بلا حاجة الى تقديم أدلة، وقدمت تلك النظرية رأيا بكل شيء. وعندما نشأت أمريكا المادية النفعية، ظهرت النظريات السلوكية المبسطة والمسطحة، لكن العملية. ثم في فترة الحروب العالمية في أوروبا وتهديد الموت والفناء ظهر العلاج الوجودي. وفي فترة ما

⁹ Frank JD. Persuasion and healing, a comparative study of psychotherapy. The Johns Hopkins University Press; 2nd edition (March 1, 1973)

¹⁰ Frank JD. Common features of psychotherapy. Aust. N.Z. J. Psychiatry. (1972) 6: 34

بعد الحرب، وشيوع نمط العيش المعتمد على الفردانية، ظهر العلاج بالمجموعة. وما أن انتبهنا إلى أن العالم بالغ في تقديس القيم المادية، حتى صارت مدارس علم النفس تنادي بالرجوع إلى حكمة الشرق وخصوصا التأمل.

وبعد ذلك الاستعراض التاريخي الذكي والسريع لنشأة مدارس علم النفس وطرقه العلاجية الكلامية، يوحى جيروم فرانك لنا بأن في الأخير فان كل هذه الطرق العلاجية متشابهة في فعاليتها ووظيفتها رغم الاختلافات الظاهرة، فهي فقط تصطبغ بثقافة العصر السائد أثناء نشوؤها.

بيتر فوناجي والدليل على فعالية العلاجات النفسية

ترك لنا جيروم فرانك إرثا مهما وبناءا، استطاع بعده بعض علماء النفس أن يكملوا المشوار وربما أهمهم بيتر فوناجي، الذي تخصص في التحري عن أدلة تثبت فعالية طرق العلاج النفسي. وقد جمع استنتاجاته وخبراته في كتاب بعنوان "أي العلاجات النفسية فعال؟ ولأي شيء؟"¹¹ خلاصته أن هنالك دليل علمي بأن العلاج المعرفي السلوكي فعال لبعض اضطرابات القلق مثل القلق العام، اضطراب الذعر، الفوبيا الاجتماعية، وكذلك لداء الوسواس القهري واضطراب ما بعد الصدمة واضطرابات المزاج، ومتلازمة التعب المزمن، وبعض الاضطرابات النفسية التي تصيب الأطفال مثل التبول اللاإرادي، وان العلاج التحليلي الديناميكي والعلاج البين-شخصي فعالان في علاج الشخصية الحدية وبعض أنواع الاكتئاب.

أقول التحليل النفسي

كما نرى، بينما أثبت العلاج المعرفي السلوكي فعاليته في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية، اقتصر التحليل النفسي على علاج جزء يسير من تلك الاضطرابات. أضف إلى ذلك

¹¹ Fonagy P, Cottrell D, Philips J, Bevington D, Glaser D and Allison E. What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents. The Guilford Press. 2014

أن العلاج المعرفي السلوكي يقتصر على عدد محدد من الجلسات، وغير مكلف مقارنة بالتحليل النفسي، الذي يعد طريقة علاجية طويلة الأمد ومكلفة.

لن نستغرب بعد ذلك لو عرفنا أن وزارة الصحة البريطانية، أو ما يسمى بخدمات الصحة الوطنية في بريطانيا، والتي تؤمن علاجاً مجاناً للمواطن، قامت بتشجيع وحدات العلاج المعرفي السلوكي وتوجيه المرضى إليها، بينما قامت بتفكيك وحدات العلاج النفسي التي تستخدم التحليل النفسي وطالبتها بأن تحدد إطار واضح، مثلاً تحديد عدد معين من الجلسات¹².

فتشجع ممارسو التحليل النفسي على أن يكونوا عمليين أكثر، وأن يحددوا أهدافاً واضحة لطريقتهم العلاجية وأهدافاً يمكن قياسها، فبزغت طرق مختصرة مبنية على بعض مبادئ التحليل النفسي.

إن أهم هذه المبادئ الذي ارتأى ممارسو التحليل النفسي المعاصرين أن يعتمدوه كنواة لنظريتهم وانطلاقة لعلاجهم، هو مفهوم التعلق، وذلك لأن التعلق يمكن قياسه ودراسته مختبرياً.

يمكن حصر خدمات العلاج النفسي المبنية على التحليل النفسي المعترف بها من قبل وزارة الصحة البريطانية بالخدمات الستة التالية¹³.

العلاج البين-شخصي، العلاج السيكو ديناميكي البين-شخصي، العلاج الديناميكي البين-شخصي، العلاج المعرفي التحليلي، العلاج المبني على التعقل، العلاج المبني على التحويل.

¹² Yakeley J. Psychodynamic psychotherapy: developing the evidence base. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2014;20(4):269-279. doi:10.1192/apt.bp.113.012054

على نحو مشابه قامت الجمهورية الفرنسية بسن المادة ٥٢ من قانون عام ٢٠٠٤ الذي يعرف المعالج النفسي، ويشترط سجلا وطنيا يكون هذا المعالج قد سجل فيه، وان يكون يملك شهادة في علم النفس، ووضع شروط محددة يجب توفرها لدى كل من المحلل النفسي أو الطبيب من أجل أن يتم الاعتراف بهم كمعالج نفسي. كما نرى ان القانون الفرنسي يفرق بين المعالج النفسي والمحلل النفسي، وهي خطوة اتخذت بعد الانتباه الى فشل مدرسة التحليل النفسي بتقديم أدلة علمية على ادعاءاتها.

العلاج الكلامي والمشبك العصبي الواحد

أن هذا العنوان الفرعي هو عنوان بحث قدمه الطبيب النفسي أريك كاندل^{١٣} الحائز على نوبل في الطب، حيث خصص هذا العالم أغلب بحوثه لتفنيد ما يسمى بالثنائية الديكاريتية ومحاولة إثبات أن مكان العقل هو في الدماغ وبان العلاج النفسي يغير من بنية الدماغ عضويا.

انتبه كاندل ان مفتاح فهم كيفية تكون الشخصية، وفعالية العلاجات النفسية، والسبب في نشوء الاضطرابات النفسية يكمن في فهم مبدأ التعلم. فصار يحاول تعريف التعلم بيولوجيا، وركز على أبسط أنواع التعلم مثل التحسس والتعود ودرسها في كائنات بسيطة ليجد أن تعلم خبرات جديدة دوما ما يصاحبه تغير في التعبير الجيني، وبالتالي تغير في إفراز النواقل العصبية ومستقبلاتها، واخيرا تغير في بنية الجهاز العصبي. وقدم عام ١٩٩٨ مقالته الشهيرة بعنوان الإطار الفكري الجديد للطب النفسي^{١٤} والتي وضع فيها خمسة نقاط تلخص أفكاره لكن ما يهمنا اليوم في مقالتنا هي النقطة الخامسة التي تقول: "إذا كان العلاج الكلامي فعالا فمن

¹³ Kandel ER. Psychotherapy and the Single Synapse — The Impact of Psychiatric Thought on Neurobiologic Research.

N Engl J Med 1979;301:1028-1037 DOI: 10.1056/NEJM197911083011904 VOL. 301 NO. 19

¹⁴ Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry. 1998 Apr;155(4):457-69. doi: 10.1176/ajp.155.4.457. PMID: 9545989

المحتمل انه يعمل ذلك من خلال التعلم وبالتالي من خلال تغيير التعبير الجيني ، الذي سوف يغير الارتباطات العصبية، واخيرا يسبب تغيرات في بنية الدماغ".

هل علم النفس وطرقه العلاجية حقائق علمية؟

يجد علماء النفس وأطباءه أنفسهم مجبرين على معالجة بعض قضايا تخصصهم بطريقة فلسفية. وواحدة من المسائل المهمة هنا والمتعلقة بموضوع مقالتنا هي هل ان الحقائق التي يناقشها علم النفس حقائق علمية مطلقة؟ أم أن هنالك بعض النسبية؟

أحد أطباء النفس الذين ناقشوا موضوع حقيقة العلوم النفسية هو الطبيب النفسي كينيث كندلر الذي تكلم في احدى مقالاته¹⁵ عن "نكهات"، أو يمكن أن نقول درجات، لحقيقة العلوم تحدد درجة الحقائق من كونها نسبية أو مطلقة.

وقال أن هنالك ما أسماه بالنكهة الكيماوية للعلوم والنكهة الاحيائية للعلوم، وضع مقارنة من أربع نقاط بين تلك النكهتين، ليستنتج اخيرا ان العلوم النفسية هي أقرب للنكهة الاحيائية. لنستعرض ماذا يقول عن تلك النقاط أو الفروق الاربعة في درجة حقيقة علم الكيمياء والاحياء:

1. فيما يخص الكيمياء، هناك حد فاصل واضح وقاطع بين عناصر الجدول الدوري، بينما في الأحياء لا يوجد حد فاصل مشابه بين انواع الكائنات الحية.

2. إن عناصر الجدول الدوري تكاد تكون نفسها منذ الأزل (مع استثناءات في بعض الظواهر كالتفاعلات النووية وبعض الظواهر الكونية)، بينما أنواع الكائنات الحية يمكن أن تتطور وتحدث وتنقرض.

¹⁵ Kendler KS. The nature of psychiatric disorders. World Psychiatry. 2016 Feb;15(1):5-12. doi: 10.1002/wps.20292. PMID: 26833596; PMCID: PMC4780286.

٣. تعرّف عناصر الجدول الدوري برقم ذري واحد تعود له كل صفات العنصر، بينما لا يمكننا تعريف نوع من أنواع الكائنات الحية بصفة أساسية واحدة.

٤. في الكيمياء، نجد ان كل ذرات العنصر الواحد متطابقة، فلا يوجد فرق بين ذرتي هيدروجين مثلاً، بينما يختلف أفراد النوع الواحد في الأحياء.

يستند كينيث كندلر على تلك النقاط الأربعة ليقول إن نوعية أو درجة أو حسب تعبيره "نكهة" الحقيقة تختلف بين العلوم، فهي في علم الكيمياء اقرب للمطلق والوضوح، بينما تتصف الحقيقة في الأحياء ببعض النسبية. ويضيف اننا في العلوم النفسية مجبرين على التعامل مع حقائق نسبية بدرجة كبيرة، فلن نجد قاعدة يمكن تطبيقها بنسبة ١٠٠ بالمئة، وعلينا قبول تلك المطاطية والنسبية في العلوم النفسية.

خلاصة

حاولنا تقديم ما يقوله العلم المستند الى الدليل حول العلاجات النفسية الكلامية في هذه المقالة، ولم نستطع ان نفعل ذلك بلا ان نتطرق لمواضيع فلسفية تتعلق بفلسفة العلوم ومعنى الحقيقة. إن إفلات علم النفس من قبضة العلوم المطلقة والاختزالية والبحثة يمكن عده ارتقاءً ومديحاً لهذا التخصص، وكيف لا وهو العلم الذي انبرى ليدرس الإنسان، بكل تناقضاته، الانسان الحر المخير بأن يصوغ استجاباته وفقاً لقناعاته وتجاربه وتطلعاته. فصار على من يريد ان يمارس هذا التخصص أن يقف موقفاً وسطاً بين العلم من جهة، والفن والفلسفة من جهة أخرى، ليستحق أن يدعي، لو توفيق في ذلك المسعى، بأنه يمارس واحد من أرقى التخصصات العلمية.

مناهج العلاج النفسي

يُقَدِّمُ العلاج النفسي وفق مناهج عديدة تختلف في الدليل العلمي عليها، في مستوى فعاليتها، وفي طبيعة الحالات التي تتعامل معها، وكذلك في التدريب الذي يتلقاه المعالجون. بخلاف التخصصات الطبية، فإن التباين بين مناهج العلاج النفسي يمثل اختلافاً منهجياً قد يجعل بعض المناهج تختلف كلياً في الطريقة التي تنظر بها إلى المشكلات النفسية التي يعاني منها الأشخاص. ولا تتعارض المناهج بالضرورة، بل قد تتقاطع في إجراءات العلاج أو في المنطق الذي تعتمد عليه.

حيث إن هناك تفرعات عديدة لعلم النفس ومراحل تاريخية متعددة، فإن تاريخ بعض المناهج في علم النفس يرجع إلى مراحل تاريخية سابقة، مثل التحليل النفسي الذي يرجع إلى النمط الأول من العلاج النفسي الذي أنشأه فرويد والذي يقوم على مبادئه الأساسية. في بعض الأحيان، تتفرع مناهج العلاج النفسي من مناهج أخرى، مثل الديناميكيات النفسية التي تمثل فرعاً حديثاً من التحليل النفسي، أو توجُّه لكانني في التحليل النفسي (نسبة إلى جاك لاكان)، وهو توجُّه حداثوي غير علمي في العلاج النفسي. بعض المناهج نشأت بشكل منفصل عن تفرعات علم النفس، ولكن بالاعتماد على تطورات علم النفس وآخر أبحاثه، ومن ذلك المنهج الإنساني لكارل روجرز. بعض المناهج أدخلت جانباً من الحكمة والممارسات التقليدية كالتأمل، مثل العلاج القائم على التعاطف (Compassion Focused Therapy) لبول جلبرت. تتحد في بعض الأحيان مدارس معينة وتتطور معاً لتنجب فرعاً آخر؛ فعلى سبيل المثال، العلاج السلوكي المعرفي كان ناتجاً من اتحاد كل من العلاج النفسي السلوكي والعلاج النفسي المعرفي.

في بعض الأحيان، لا يمكن وصف مناهج العلاج النفسي بالمناهج بل تُوصف بالطرق، وفي أحيان أخرى يُطلق مصطلح "العلاج" على ممارسة واحدة فقط، مثل (Abreaction Therapy) أي التنفيس. كما تُطلق التسمية في بعض الأحيان على ممارسات طيبب واحد أو

معالج واحد وطريقته الفريدة، دون شرط أن تنتشر تلك الطريقة أو أن تمتلك خصائص منهجية واسعة لتدريسها ودراستها. تتشابه كثير من المناهج أيضاً، بحيث تبدو وكأنها ذات صلة وثيقة ببعضها مع فروقات بسيطة. ولكن الآن، دعونا ننتقل إلى المناهج الأكثر شهرة.

العلاج السلوكي المعرفي

يركز العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive Behavioral Therapy – CBT) على معالجة الكثير من مشاكل الصحة النفسية وتحديات الحياة من خلال تمارين وتقنيات معرفية أو سلوكية يُقدّمها المعالج للشخص. ينال العلاج السلوكي المعرفي دعماً كبيراً من الأدلة التجريبية والعلمية. وقد صُمم العلاج السلوكي المعرفي في الأساس لتقليل أعراض الاكتئاب، القلق، واضطراب ما بعد الصدمة، وتقديم استراتيجيات للتأقلم مع المشاكل وتقليل آثارها. لكن العلاج السلوكي المعرفي توسع ليتجه نحو حل العديد من المشكلات ولم يعد مقتصرًا على نطاق ضيق.

من المبادئ الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي هي الحلقة المتكونة من السلوكيات، الأفكار، والمشاعر. هناك سهم يقود من كل من هذه الثلاثة نحو الحلقة الأخرى، وسهم آخر يعود باتجاهها. السلوكيات تؤدي إلى أفكار والعكس، ثم تؤدي الأفكار إلى مشاعر معينة والعكس صحيح. وهكذا تقود المشاعر إلى سلوكيات والعكس أيضاً. كما يتضمن الشكل الأساسي الذي يوضح هذه العلاقة مثلثاً يعرف بالمعتقدات الأساسية، وهي المعتقدات حول الذات، الآخرين، والمستقبل.

وقد تأسس العلاج السلوكي المعرفي على يد الطبيب النفسي الأمريكي والمعالج آرون بيك (Aaron Beck) وألبرت إليس (Albert Ellis) في ستينيات القرن الماضي. إلا أن بيك يوضح أن أصول تلك التقنيات ترجع إلى فلاسفة الإغريق، وتحديداً إلى الفلاسفة الرواقيين.

حين الخضوع للعلاج النفسي وفق منهج العلاج السلوكي المعرفي، يمكن أن يتوقع الشخص تلقي تمارين عديدة وطرقاً لإدارة أفكاره ومشاعره، وقد تشمل بعضها تمارين تتضمن كتابة قوائم معينة أو التفكير وفق مخطط معين لإعداد إستراتيجية معينة. يمكن أيضاً أن يقوم المعالج بمتابعة سير هذه التمارين وشدة المصاعب التي يعاني منها الشخص. تدوم الجلسات ما بين ٣٠ إلى ٦٠ دقيقة وتتراوح بين ٦ و ٢٠ جلسة، وفق المنهج المتبع في المملكة المتحدة، على سبيل المثال، وتتشابه القواعد في بلاد أخرى.

ومما لا يُتوقع مناقشته في العلاج السلوكي المعرفي هو الماضي، أو تفاصيل العلاقات، أو المشاكل المعقدة. يركز العلاج السلوكي المعرفي على حل المشاكل الحالية بشكل رئيسي ومساعدة الأشخاص على التأقلم ومواصلة حياتهم بأسرع وقت ممكن. لا يمكن توقع مناقشة الصدمات النفسية في الطفولة أو أي شيء يتعلق باللاوعي، على سبيل المثال، عبر العلاج السلوكي المعرفي.

يعد العلاج السلوكي المعرفي أحد أكثر أصناف العلاج النفسي شيوعاً. في أماكن مثل المملكة المتحدة، يُعد العلاج السلوكي المعرفي هو الأكثر هيمنة، حيث يصل إلى ٤١٪ من مجمل ما يُقدم من مسارات المعالجة. وفي الدول العربية، يتوفر في مراكز متعددة، ويُدرس ضمن دراسة الطب النفسي أو بعدها كدبلومة في بعض الدول العربية.

العلاج الانساني

وضع كارل روجرز، الشخصية البارزة في مجال العلاج النفسي، أسس ما عرف بالعلاج المتمركز حول العميل، والذي يعرف أيضاً بالعلاج المتمركز حول الشخص أو العلاج الإنساني، والذي قدم لأول مرة علاجاً يدور حول العلاقة الإنسانية بين المعالج والعميل – الشخص. ينتمي العلاج المتمركز حول الشخص الى مدرسة في علم النفس تعرف بالمدرسة الإنسانية. قدم روجرز مصطلح العميل كنمط جديد للعلاقة بدلاً من "المريض". تُعد أبرز مزايا العلاج المتمركز حول العميل أو العلاج المتمركز حول الشخص إظهار التعاطف والتقدير

والانفتاح من قبل المعالج. لم يكن هذا الشيء معروفاً كأساس منهجي قبل كارل روجرز ولكنه أصبح سمة للعلاج النفسي من بعده بشكل عام. من مبادئ العلاج المتمركز حول الشخص أيضاً أن معظم العمل الناجح الذي يجري في الجلسات وما بينها هو ما يقوم به الشخص وليس ما يقوم به المعالج حيث تؤمن هذه المدرسة بقدرة الإنسان على التعامل مع مشاكله. ويعد الانسجام أحد أهم المبادئ في هذا المنهج وينص على أن تحقيق التطابق بين واقع الشخص وما يهدف إليه.

يُعد العلاج المتمركز حول العميل علاجاً علمياً وليس قائماً فقط على أسس إنسانية أو أخلاقية رآها روجرز. في كتابه، العلاج المتمركز حول العميل، يمكن تقصي الأسس العلمية المستمدة من البحث حول كل جزء من فلسفة روجرز في صياغة العلاقة بين المعالج والشخص. كما قدم روجرز لأول مرة مبادئ البحث العلمي لدراسة عملية العلاج النفسي ذاتها، حيث قام بتسجيل الجلسات واتخاذها مادة للبحث العلمي.

يمكن للمنهج الإنساني أن يتعامل مع كافة الحالات، ولا يقتصر على نطاق ضيق من المشكلات كما هو الحال في العلاج السلوكي المعرفي. وعلى النقيض من التحليل النفسي سواء بإصداراته الحديثة أو القديمة، فإن الأسس التي قام عليها العلاج الإنساني هي أسس علمية. أيضاً، على النقيض من غياب عامل العلاقة الإنسانية في الكثير من مدارس علم النفس والعلاج النفسي السابقة للمنهج الإنساني، فإن العلاج الإنساني كان الرائد في هذا السياق.

التحليل النفسي

يعرف التحليل النفسي بأنه منهج من مناهج علم النفس الذي يعنى بأثر ماضي الشخص على حاضره من حيث المشاعر والتجربة النفسية بشكل عام. من أهم المبادئ التي يعتمد عليها التحليل النفسي في فلسفته العلاجية هو مفهوم الكبت وعملية الكشف عن المشاعر المكبوتة في سبيل تحويلها من اللاوعي إلى الوعي. يعزى للتحليل النفسي إرساء مفهوم بسيط وأولي لللاوعي. ونموذج التحليل النفسي لللاوعي يعد، على الرغم من كونه غير علمي، من أوائل

المفاهيم المقدمة حول العمليات اللاواعية في أذهاننا. يعزى لمؤسس التحليل النفسي سيغموند فرويد وبعض تلاميذه وضع مصطلحات كثيرة صارت شائعة في فروع أخرى في علم النفس لاحقاً. كما أن الكثير من أساسيات العلاج النفسي مثل مفهوم المعالج والجلسة كانت قد وضعت لأول مرة على يد سيغموند فرويد.

على الرغم من أن معرفة البشر بطبيعة الفكر والمشاعر قديمة جداً وترجع إلى حقب سحيقة القدم، إلا أن أول شكل شائع من علم النفس مع فلسفة معينة للعلاج النفسي هو التحليل النفسي. فيما توجد قبله أفكار كثيرة لم تنتظم ضمن منهج موحد لدراسة العقل وتقديم المساعدة النفسية.

ترك التحليل النفسي إرثاً واسعاً في علم النفس ويمثل المنهج الأكثر شيوعاً للعلاج النفسي في الكثير من دول العالم، غير أنه لا يعد منهجاً علمياً في أسسه. لاحقاً وكسائر المجالات حدثت بعض التطورات في التحليل النفسي وشرع المعالجون التحليليون وعلماء النفس التحليليون باتباع مبادئ أخرى توصل إليها العلم كما ترك بعض من ينسبون إلى تيارات أحدث من التحليل النفسي بعضاً من المبادئ التي وضعها فرويد. كارين هورني (Karen Horney) على سبيل المثال تخلت عن النزعة الجنسانية التي قدمها فرويد وعن أفكار فرويد حول الفروقات بين الرجل والمرأة.

العلاقة بين التحليل النفسي والعلم بقيت حرجة وقد اتخذ كارل بوبر، فيلسوف العلم، من التحليل النفسي مثلاً للعلم الزائف. مع ذلك، فإن الدراسات حول أثر التحليل النفسي في العلاج النفسي تقدم بعض الأخبار الجيدة عن الفاعلية. سنناقش الفاعلية والعلاقة مع العلم والعناصر والتقنيات الرئيسية للتحليل النفسي في المقالات القادمة.

أنماط أخرى من العلاج النفسي

حين الاطلاع على مقال ويكيبيديا الإنجليزي لأنواع العلاج النفسي، يمكن أن نجد حوالي ٢٠٠-١٥٠ منهج مختلف. لكن في الحقيقة فإن هناك مناهج مهيمنة أكثر من غيرها بكثير،

وهي التي عددناها أعلاه. لكن هناك بعض المناهج الشهيرة والتي يقوم بعضها على طريقة واحدة مميزة، ومنها العلاج بحركة العين لتخفيف شدة الحساسية وإعادة المعالجة (Eye movement desensitization and reprocessing)، وهي شائعة في معالجة اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). تقوم على تشجيع سرد ذكريات الصدمة بالتزامن مع حركة معينة للعين بفعل تحريك ضوء أو تحريك شيء بيد المعالج. رغم أن الدليل العلمي على العلاقة بين معالجة الذكريات وبين حركة العين ما يزال قيد التطور، فإن هناك بعض الأدلة على الفاعلية لهذه الطريقة، وهي معتمدة من بعض الأنظمة الصحية في بعض الدول كطريقة لمعالجة اضطراب ما بعد الصدمة.

العلاج النظامي هو علاج آخر يعد شائعاً في معالجة الأشخاص في سياق مجاميعهم وعائلاتهم، ويستمد بعضاً من مبادئه من نظرية الأنظمة (systems theory). وهناك أيضاً طريقة علاجية تبدو ذات صلة في معالجة المشاكل بين الأشخاص، وهي العلاج النفسي بين الأشخاص (interpersonal therapy)، والقائم على مبادئ نظرية التعلق ويتناول معالجة مشاكل عديدة أبرزها الاكتئاب. وعلى الرغم من تباين الطرق لمعالجة العوائل والأزواج، فإن مصطلح علاج الأزواج (couples therapy) غالباً ما يطرح كنمط علاجي بحد ذاته. في بعض الأحيان تحمل طرق علاجية تسمية العائلة، لكنها لا تقدم للأزواج أو للعائلة بالضرورة مثل أبراج العائلة (family constellations) والتي تتم بشكل جماعي ويلعب فيها الأفراد دوراً شبيهاً بالمرحبة، وهي تنتمي لما يعرف بعلاج الجستالت ولا تعد أبراج العائلة طريقة ذات أساس علمي.

ضرورة العلاج النفسي

أوضحنا في المقدمة ما يمكن أن يحدثه الكلام فينا من آلام وكيف يمكن أن يقود مسار حياتنا إلى درجة أنه يمكن أن يقودنا إلى الإرهاب، وكيف يمكن أن يقود الكلام شخصاً سليماً إلى أن يصبح انتحارياً وأن يخسر حياته. بعد ذلك، أود أن أضرب مثلاً آخر حول ضرورة العلاج النفسي ومن قضية يفهمها عدد أكبر من الشباب في العالم العربي، في الوقت الذي ما زال من الصعب فيه فهم وظيفة العلاج النفسي. سأتحدث عن دور المدرب في صالة بناء الأجسام.

قد يقول قائل عن العلاج النفسي أن العلاقات الاجتماعية السليمة في الأسرة والأصدقاء كفيلة بإصلاح ما أفسده الدهر من الصحة النفسية وما أحدثته الحياة من آلام وصددمات نفسية تركت صاحبها ضحية للاكتئاب والقلق وما هو أسوأ من ذلك. سأتفق مع هذه المقولة إلى حدٍ ما ثم سأعود لها. بعد مثال المدرب.

يتخذ البعض منهجاً في ممارسة الرياضة بلعب كرة القدم مع فريق من الأصدقاء مرة أو مرتين في الأسبوع. بعد ذلك، قد ينغمس البعض من هؤلاء في نهج حياة صحي نسبياً أو في نهج حياة غير صحي. هذه العملية قد تساهم في تخفيف تراكم الكتلة الدهنية في الجسم، مع ذلك فإن ساحة لعب كرة القدم مليئة بأشخاص بطيئي الحركة من الواضح أنهم لا يستفيدون كثيراً من ذلك المقدار من الرياضة في إيقاف تراكم الدهون في أجسامهم. على الطرف الآخر، فإن هناك عدداً غير متوقع من الإصابات التي يكون بعضها شديداً حتى في ساحات

ممارسة الرياضة للهواة (ليس لدي مصدر حول كرة القدم لعدم الهواة، لكن كرة القدم هي الرياضة ذات معدل الإصابات الأعلى لكل ١٠٠ ألف لاعب يليها الغولف ثم الريشة).^{١٦}

بمستوى أفضل من حيث المواظبة على الرياضة وتحقيق فوائد منها، يمكن أن نضرب مثلاً بالأشخاص الذين يذهبون إلى صالة بناء الأجسام على نحو مستمر، لكن دون تلقي تدريب أو الحصول على أي معلومات حول التمارين أو التغذية. يمكن أن نلاحظ تقدماً على أي شخص يلتزم بممارسة بناء الأجسام، لكن الفارق كبير لوقورن بتلقي معلومات حول التغذية وممارسة التمارين. يمكن لمسار متخبط أن يؤخر تقدم الشخص لسنوات في تحقيق الأهداف التي يرغب بالوصول إليها في نسبة الدهون والكتلة العضلية على سبيل المثال. يذهب بعض الأشخاص لسنوات دون الوصول إلى نتيجة معينة يطمحون إليها.

ثم يأتي دور المدرب، ومع جولة بسيطة في اليوتيوب أو الإنستاجرام يمكننا أن نلاحظ كيف أن هناك نسبة كبيرة من الأشخاص الذين يقدمون معلومات خاطئة كلياً أو مزيج من المعلومات الصحيحة والخاطئة، وكيف يخفي البعض جهلهم بحقن التستوستيرون التي تعطيهم كتلة عضلية ونسبة دهون منخفضة مهما كانت طبيعة تمارينهم ودون الالتزام بتغذية دقيقة جداً (راجع مقال "ربح دون ألم" في موقع العلوم الحقيقية^{١٧})

لنعتبر المجموعة الأولى شخصاً يحاول معالجة اضطرابات شديدة في المزاج عبر الحديث مع ذات المجموعة من الأصدقاء أو أفراد العائلة. ما هو نطاق المعلومات والتدريب الذي تلقاه هؤلاء الأشخاص ليتمكنوا من المساعدة؟ كم من النصائح والتوجيهات الخاطئة يمكنهم أن يقدموا؟ وكم لهم أن يخصصوا من الوقت لشخص يحتاج إلى عناية أكبر؟ إذا اعتبرنا تحقيق

¹⁶ Davies, Madeleine, et al. "Sport-related major trauma incidence in young people and adults in England and Wales: a national registry-based study." *Injury prevention* 30.1 (2024): 1-8.

¹⁷ عمر الميواني، [بناء العضلات دون تمارين أو ربح دون ألم \(Gain without pain\)](#)، العلوم الحقيقية، نوفمبر ١٤، ٢٠٢٠

الأهداف عبر الكلام، فهل ستثق بشخص يمارس التسويق (وهو فن من فنون الكلام) ببراعة بوالدك أو والدتك أو صديقك؟ العلاج النفسي أكبر بكثير من التسويق، فهو يحقق جسراً بين علم واسع، وهو علم النفس، وبين العامة.

المثال الثاني هو لشخص يتدرب في صالة بناء الأجسام دون مدرب ودون محاولة تلقي معلومات من مصادر رصينة. يمكن تشبيه ذلك بأشخاص كثيرين يقرؤون كتب المساعدة الذاتية من مصادر متنوعة ويستمعون لفيدويوهات من مصادر دينية تارة وتارة أخرى من مدربي التنمية البشرية.

إن الفوارق بين الرياضة والعلاج النفسي، ولاسيما في جزئية الإصابة في حالة الرياضة، ربما يجب أن تجعلنا ننتبه إلى أن هناك حوارات ضارة، وأن هناك سرديات ضارة نستمع لها. وأن من الضروري أن نستمع لشخص درس الأمر علمياً ويتبع منهجاً علمياً في العلاج النفسي.

جزء آخر مشترك في التشبيه بين المدرب والمعالج النفسي هو أن كلاهما، ومهما كان المنهج الذي يتبعونه، فهم معرضون للمئات من قصص النجاح والفشل، وإن في ذلك بحد ذاته خزين هائل من الخبرة. كم قصة اكتئاب أو قلق أو وسواس قهري تعرض لها والدك أو أخاك حتى يكون معينك الأول تجاه الاعتلال النفسي؟ للعائلة والأصدقاء أهمية كبيرة في حياتنا وهم بلا شك أهم من المعالج النفسي بشكل عام، فهم عالمنا الدائم. لكن حين نحتاج إلى مساعدة في قضية يبدو أن الزمن والآلام المتوالية قد حبكاها بشكل جيد، فمن الأفضل اللجوء لشخص قد تلقى تعليماً وخبرة حول الأمر.

ما الحالات التي يتعامل معها العلاج النفسي؟

يواجه العلاج النفسي بمناهجه العديدة كافة المشاكل النفسية مهما كانت صغيرة أو كبيرة. يندر وجود حالات لا يتعرض لها العلاج النفسي قط. سنذكر هنا امثلة من دراسات حول ثلاث حالات شائعة وهي الاكتئاب والقلق والرهاب:

الاكتئاب

في دراسة متابعة¹⁸ تم تحليل ١١ دراسة شملت بيانات طويلة الأجل لـ ٩٦٦ مريضاً، حيث كان متوسط فترة المتابعة ٤٤ سنوات. أظهرت النتائج أن العلاج النفسي أدى إلى تقليل الانتكاسات بشكل كبير مقارنة بالعلاجات غير النفسية (٥٣١٪ مقابل ٧١١٪). تعكس هذه النتيجة عدد المرضى المطلوب علاجهم ليحدث الفرق، والذي بلغ ٥٥٥، مما يشير إلى فعالية العلاج النفسي في تقليل الانتكاسات على المدى الطويل.

أجرى باحثون دراسة¹⁹ على معدلات الانتكاسة بعد الاكتئاب. تشير النتائج إلى أن العلاج المعرفي القصير الذي يتم البدء فيه بعد التعافي من نوبة اكتئاب، عقب استخدام أنواع مختلفة من العلاجات لدى المرضى الذين يعانون من نوبات اكتئاب متعددة سابقاً، له تأثيرات وقائية طويلة الأمد تستمر لمدة لا تقل عن ٥ سنوات. لذا، يقترح الباحثون ألا حاجة لتكرار العلاج في ظل ظروف ذلك النوع من المرضى.

¹⁸ Steinert, Christiane, et al. "Relapse rates after psychotherapy for depression—stable long-term effects? A meta-analysis." *Journal of affective disorders* 168 (2014): 107-118.

¹⁹ Bockting, Claudi LH, et al. "Long-term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression: a 5.5-year follow-up study." *The Journal of clinical psychiatry* 70.12 (2009): 10665.

القلق

أظهرت دراسة تحليلية^{٢٠}، أجريت على اثر العلاج النفسي على القلق، وشملت ٢٣٤ دراسة و٣٧٠٣٣٣ مريضاً أن الأدوية ارتبطت بحجم تأثير أعلى مقارنة بالعلاجات النفسية. ومع ذلك، يُعتقد أن المرضى الذين يتلقون العلاج النفسي يحتفظون بتحسّنهم لفترات أطول بعد انتهاء العلاج مقارنةً بالعلاج الدوائي، الذي غالباً ما يؤدي إلى انتكاسة سريعة عند التوقف عن تناوله. هذا يمنح العلاجات النفسية ميزة طويلة الأمد، مما دفع بعض الإرشادات مثل إرشادات المعهد الوطني للصحة والرعاية في المملكة المتحدة (NICE) إلى تفضيل العلاج السلوكي المعرفي على الأدوية. ومع ذلك، أظهرت دراسات أخرى أن المرضى في مجموعات العلاج النفسي حققوا نتائج أفضل بكثير مقارنة بالمرضى في مجموعات الدواء الوهمي، مع نتائج أقل سوءاً خلال فترة المتابعة.

في دراسة أخرى^{٢١}، تم تقييم الأفراد الذين تم تشخيصهم بحالات مثل اضطراب الهلع، الرهاب الاجتماعي، اضطراب ما بعد الصدمة، اضطراب القلق العام، أو اضطراب الوسواس القهري، ممن تلقوا ثلاث جلسات أو أكثر من CBT. شملت التقييمات شدة الأعراض والتحسّن قبل بدء العلاج، بعد العلاج، وبعد سنة من المتابعة. تم تصنيف المرضى بناءً على النجاح في العلاج كـ "مستجيبين" أو "متعافين" بعد العلاج، و"مستجيبين مستمرين" أو "متعافين مستمرين" بعد سنة. أظهرت النتائج أن النجاح المحقق بعد العلاج استمر بشكل كبير بعد سنة من المتابعة. كما كانت شدة الأعراض قبل وبعد العلاج ومستويات التحسّن مؤشرات تنبؤية لاستمرارية النجاح. بالإضافة إلى ذلك، تم استخدام مقاييس التأثير لمقارنة

²⁰ Bandelow, Borwin, et al. "Enduring effects of psychological treatments for anxiety disorders: meta-analysis of follow-up studies." *The British Journal of Psychiatry* 212.6 (2018): 333-338.

²¹ Bockting, Claudi LH, et al. "Long-term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression: a 5.5-year follow-up study." *The Journal of clinical psychiatry* 70.12 (2009): 10665.

فعالية CBT في العينة السريرية الحالية بنتائج الأبحاث السابقة، مما أظهر نتائج إيجابية متسقة.

الرهاب ونوبات الهلع

أظهرت دراسة²² أجريت على حالات علاج ٢٠٠ مريض يعانون من اضطراب الهلع مع رهاب الساح، باستخدام أساليب سلوكية تعتمد على التعرض التدريجي في العيادات الخارجية. بعد ١٢ جلسة علاج نفسي، شفي ١٣٦ مريضاً من نوبات الهلع، وتم متابعة ١٣٢ منهم لفترة تتراوح بين ٢ إلى ١٤ سنة (بمتوسط ٨ سنوات). النتائج أظهرت أن ٢٣٪ من المرضى تعرضوا لانتكاسة خلال فترة المتابعة. نسب البقاء في حالة التعافي كانت مرتفعة، حيث بلغت ٩٣٪ بعد عامين، ٨٢٪ بعد خمس سنوات، و٦٢٪ بعد عشر سنوات. احتمالات البقاء في حالة التعافي كانت أعلى لدى المرضى الأصغر سناً، وأولئك الذين لم يعانون من اضطراب شخصية، أو مستويات عالية من الاكتئاب قبل العلاج، أو تجنب مفرط بعد التعرض، أو الاستخدام المتزامن للمهدئات ومضادات الاكتئاب.

²² Cowley, Deborah S., Susan N. Flick, and Peter P. Roy-Byrne. "Long-term course and outcome in panic disorder: A naturalistic follow-up study." *Anxiety* 2.1 (1996): 13-21.

٢- عناصر العلاج النفسي وأدلتها التجريبية

عناصر العلاج النفسي: ما الذي يقدمه بالضبط العلاج النفسي الكلامي؟

العلاج النفسي الكلامي متنوع في مناهجه كما اطلعنا وهو أيضاً متنوع في التقنيات التي يتبعها المعالجون لتقديم العون. يتباين الدليل العلمي أيضاً للممارسات المختلفة. وبعد ذلك، فإن مهارات المعالج وحالة المريض تحدد أيضاً نجاح تقنية ما أم لا. لكن بشكل عام سنحاول في هذا المقال تناول أهم ما يقدمه العلاج النفسي من تقنيات بعضها يتبع مدارس معينة من العلاج النفسي وبعضها عام. وسننظر في الدليل العلمي مع نبذة عن أصل كل من تلك التقنيات.

الإفصاح عبر الكتابة أو الحديث مع المعالج

ينتهي أحد أجزاء مسلسل باب الحارة السورية بإفصاح الايدعشري لابن عمه عن سرقة لقطعة خزف معينة منه بعد أن أصابه هم شديد رافق إلتهاب جرح في يده. يرتاح الايدعشري أخيراً ولا أذكر بالضبط إن كان قد مات بسلام بعد ذلك أم إن كانت تلك الحلقة الأخيرة أم لا. لكن وبلا شك فإن الإفصاح عن سر يتضمن تفاصيل مؤلمة عاطفياً هو أمر مريح اختبره الكثيرون.

يقترح العلاج النفسي أحياناً تقنيات مثل الكتابة وهي تقنية تنتمي للعلاج السلوكي أيضاً لكنها ذات أبعاد عديدة. الكتابة هي تقنية حديثة نسبياً، بالمقارنة مع تاريخ الإنسان العاقل، حيث تم اختراعها قبل قرابة ٥٠٠٠ سنة. شيوع الكتابة بحيث أنها أصبحت ممكنة لم يكن متاحاً حتى آخر خمسة قرون ولبعض القارات والأقاليم في العالم لم يصبح ذلك متاحاً حتى آخر ١٠٠ سنة. مصطلح العلاج بالكتابة، رغم كونه تقنية سلوكية، لكنه ليس من بنات أفكار أي منهج من مناهج العلاج النفسي بل هو وليد البحث النفسي الصرف. رائد العلاج بالكتابة هو عالم النفس جيمس بيناييكر.

أحد الأبحاث التي قام بها بيناييكر كانت لتقييم أثر عملية الإفصاح ضمن عملية العلاج النفسي وذلك من خلال الكتابة عن الصدمات النفسية²³. آلية إثبات الفاعلية كانت بيولوجية وبالتالي فقد كانت شديدة الدقة. تضمن البحث إجراء تجربة شارك فيها ٥٠ طالباً كتبوا عن محن سابقة وصدمات نفسية خلال أربعة أيام. بعدها قاس الباحثون مستوى وظائف جهاز المناعة الخلوية (cellular immune system function). أكدت النتائج وجود تحسن في الجهاز المناعي إثر إجراء الكتابة مما يقترح الأثر الفاعل لعملية الإفصاح حتى لو كانت على الورق.

ترتكز دراسة بيناييكر على الحقيقة العلمية بأثر المشاعر والمزاج على الجهاز المناعي وعلى أجهزة الجسم الأخرى من خلال آليات عديدة منها هرمونات التوتر على سبيل المثال²⁴. وقد وصلت الدراسة أن الأثر الأكبر على المشاركين في التجربة تمثل بأولئك الذين عانوا من أزمات ومحن وصدمات نفسية سابقة قاموا بإخفاءها وعدم الحديث عنها مطلقاً.

الحديث عن الإفصاح في العلاج النفسي ومزج ذلك مع العلاقة الأصيلة في العلاج النفسي كما أسس لذلك كارل روجرز يفتح ملفاً مهماً. هل يجب على المعالج أيضاً أن يفصح عن شؤون حياته أمام المريض؟ اختلف الباحثون فيما يجب الإفصاح عنه فضلاً عن متى ولمن وكيف يتم الإفصاح²⁵. سدني جوارد (Sidney Jourard) مثلاً أسس لنظرية تعرف بنظرية الإفصاح الذاتي ويرى فيها أن المعالج يجب أن يفصح المزيد عن نفسه مما تراه عامة مدارس العلاج النفسي.

²³ Pennebaker, James W., Janice K. Kiecolt-Glaser, and Ronald Glaser. "Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy." *Journal of consulting and clinical psychology* 56.2 (1988): 239.

²⁴ Pennebaker, J. W. *The psychology of physical symptoms*. Springer, 1982.

²⁵ Henretty, Jennifer R., and Heidi M. Levitt. "The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review." *Clinical psychology review* 30.1 (2010): 63-77.

بشكل ما فإن معظم مناهج العلاج النفسي ومعظم الجلسات تتضمن نوعاً من الإفصاح التام الذي يقوم به الشخص. تساعد وظيفة المعالج في كونه شخصاً من خارج الدوائر العائلية والاجتماعية للشخص على إفصاحه للمزيد. يدعم ذلك أخلاقيات المهنة وشروطها التي تجعل ما يقوله الشخص للمعالج سراً في بئر كما يقول المثل العربي، وبالتالي يكون العلاج النفسي بيئة آمنة للإفصاح ولنيل الفوائد الصحية النفسية والجسدية من الإفصاح. ويعد الإفصاح بذاته أحد الأمور المهمة التي ترينا كيف يجب أن يكون المعالج النفسي شخصاً مستقلاً بوظيفة مستقلة، وليس شخصاً من أقارب أو أصدقاء المريض الذين يمكن أن تتأثر علاقتهم بالمرء إثر معرفة سر من أسراره. الميزة الأخرى لعملية الإفصاح والتي أثبتتها جيمس بينايكر هي أنها لا تحتاج بالضرورة لشخص آخر، ويمكن أن تتم بالكتابة فقط.

التفريغ أو التنفيس

ربما لا يحتاج أي شخص للعلاج النفسي ليقوم بسرد حدث ما لشخص آخر. في العلاج النفسي أيضاً، كثير مما يجري قد لا يتعدى عملية التنفيس بمفهومنا الذي نعرفه بالعربية، وهو سرد أمر ذو أبعاد عاطفية لشخص مقرب. يبدو الأمر مشابهاً للإفصاح (disclosure)، لكن على نحو أكثر شيوعاً على مستوى الأحداث اليومية وبشكل أقل حساسية.

المصطلح ليس بهذه البساطة في أدبيات علم النفس، فالتنفيس في علم النفس (acting out) يأتي بمعنى مختلف حيث يشير إلى القيام بأفعال معينة، سلبية ومضادة للمجتمع في الغالب، تعبيراً عن مشاعر مكبوتة للغضب أو العدوان المكتسب من التربية أو الصدمات مع الآخرين. يستخدم التحليل النفسي مصطلح التطهير (Catharsis) للإشارة إلى التعبير عن الصدمة النفسية المدفونة وتحريرها والحديث عنها، وهذا المفهوم أقرب لمفهوم التنفيس في اللهجات العربية العامية وبالإنجليزية (venting). يمكن أيضاً أخذ مصطلح الإفصاح العاطفي (emotional disclosure) ليكون أكثر عمومية من مصطلح التفريغ الذي قد يأتي مرتبطاً بالغضب أكثر من غيره من المشاعر.

من بين الأبحاث التي تناولت التنفيس بشكل عام، لم يكن هناك أثر يذكر²⁶ ²⁷. لكن ليس في جميع الأحيان، ففي دراسة²⁸ عرضت فيلماً ذو مشاهد سلبية ثم قام هؤلاء بذكر مشاعرهم لشخص آخر. طلب من الشخص المستمع في التجربة أن يظهر بعض التعاطف والقرب أو أن يكون بعيداً ومحايلاً عاطفياً ومن جهة أخرى أن يناقش الموضوع معرفياً أو ألا يناقشه. درس الباحثون في التجربة كلاً من عوامل التعافي العاطفي وتقليل الإحساس بالكدر. شعر المشاركون بالوحدة بشكل أقل كما كان الأثر العاطفي الإيجابي أكبر لديهم في حالة الاستماع بشكل تفاعلي يظهر التعاطف والقرب وكان النمط المعرفي، الذي تمت فيه مناقشة تفاصيل الفيلم والمواقف والقيم، ذو معدل أقل للشعور بالوحدة أو بالآثار العاطفية السلبية رغم أن الأثر العاطفي الإيجابي كان أقل من المشاركة التفاعلية دون النمط المعرفي. في نهاية التجربة خلص الباحثون أن الإفصاح عن المشاعر مع كون المستمع يظهر نمطاً تعاطفياً ويناقش الموضوع معرفياً هو الأكثر فائدة. يذكرنا هذا بكل من العلاج النفسي الإنساني (أو المتمركز حول الشخص) والعلاج السلوكي المعرفي.

مهما ظننت أن التنفيس مفيد لك حين تعاني من مشكلة فإن الاستماع من شخص تدرّب على الأمر له فائدة أكبر. حين يعلم الشخص متى يظهر التعاطف وكيف يقرر التدخل لمناقشة التفاصيل فإن ذلك يعطي للتنفيس فائدة حقيقية. تخيل بالمقابل كم شخصاً تشارك معه تفاصيل موقف ما ويعطيك رداً يصعب الأمر أكثر من أن يسهله. لكن بعد أن يتلقى شخص ما تدريباً ودراسة عن العلاج النفسي فسيتمكن من تحقيق الاستماع الأكثر نفعاً لك.

²⁶ Trần, Vy, et al. "To vent or not to vent? The impact of venting on psychological symptoms varies by levels of social support." *International Journal of Intercultural Relations* 92 (2023): 101750.

²⁷ Lohr, Jeffrey M., et al. "The psychology of anger venting and empirically supported alternatives that do no harm." *Scientific Review of Mental Health Practice* 5.1 (2007).

²⁸ Nils, Frédéric, and Bernard Rimé. "Beyond the myth of venting: Social sharing modes determine the benefits of emotional disclosure." *European Journal of Social Psychology* 42.6 (2012): 672-681.

تجنب الأوامر والمقترحات المباشرة والتعليمات

علمنا كارل روجرز أن العلاج النفسي هو علاقة إنسانية قبل كل شيء، يزدهر فيها الشخص وينمو كما ينمو النبات. ألا يبدو أن من البديهي هنا أن يتم تقديم الحلول العملية أو النصائح للمريض؟ أليس هذا ما تفعله لصديقك أو أخاك أو أختك؟ ربما يجب إعادة النظر في هذا الأمر. يقول كارل روجرز في كتابه "العلاج المتمركز حول العميل":

"يبدو أن "إعطاء النصائح" هو دافع لا يُقاوم تقريبًا بالنسبة لمعظم البشر في حالات السلطة. نحاول إذن ألا نقدم النصائح وأن نمتنع عن تبني سلطة المعرفة الخاصة."²⁹ يقع ذلك في صلب تعليمات المدرسة الإنسانية في العلاج النفسي من حيث تمكين الشخص من اقتباس نهجه من تجاربه بدلاً من أن يقتبسه من قيم الآخرين، كما تنص إحدى التجارب المبكرة التي أجراها زملاء روجرز والتي نشير إليها في الفصل الخاص بالعلاج النفسي الإنساني من هذا الكتاب.

ليس هذا موقف كارل روجرز وحده، بل يعد هذا الموقف هو السائد في معظم مناهج العلاج النفسي. يرى بول جليبرت (Paul Gilbert)، مؤسس منهج العلاج القائم على التعاطف، أن المعالج يجب أن يتجنب تقديم التعليمات المباشرة والنصائح المباشرة لأنها قد تبطل ما يشعر به الشخص تجاه قضية معينة.³⁰

غير أن ذلك لا يعني أن المعالج يجب أن يبقى صامتاً مستمعاً، بل يمكن للمعالج أن يقترح تقنيات ووسائل عديدة، كما يمكن أن يقرب المعالج الحل من خلال أسئلة عديدة، جاعلاً العميل أو الشخص يصل إلى الحل وإن كان ذلك يستغرق وقتاً أطول وقد لا يصل الشخص إلى الحل. في النهاية، يقع معظم العمل على عاتق الشخص. أما المعالج فهو، كما يسميه

²⁹ Rogers, Carl. *Client centered therapy (new ed)*. Hachette UK, 2012.

³⁰ Gilbert, P. *The compassionate mind*. Constable, 2009. Page 353

روجرز، "مستشار". ليس من السهل إجراء الأبحاث حول هذا التفصيل، لكن يمكن القول إنه مما تكاد تجمع عليه مدارس العلاج النفسي.

قد يكون القارئ قد سمع بالعلاج النفسي المختصر القائم على الحلول (Solution-focused brief therapy) والذي قد يوحي بأن المعالج هنا سيقوم بإعطاء الحلول. لكن في الحقيقة، فإن العلاج النفسي المختصر القائم على الحلول (SFBT) ليس علاجاً نفسياً بالمعنى ذاته كما هو العلاج الإنساني أو العلاج القائم على التعاطف أو السلوكي المعرفي. العلاج النفسي القائم على الحلول هو مجموعة من الاستراتيجيات المستمدة من فلسفة فيتجنشتاين ومن بعض النظريات في التواصل فضلاً عن بعض أدبيات العلاج النفسي لغرض مساعدة الشخص للوصول إلى حل لهدف معين. ولا تتضمن هذه الطريقة بالضرورة تقديم الحلول.

اختصاراً، قد يقترح عليك المعالج طريقة للتأمل، أو طريقة للنظر إلى مشكلاتك، أو طريقة للتفكير بالأمور. قد يشرح المعالج ويقدم بعض المعلومات، كما أن المعالج قد يطرح الأسئلة حول المشكلة التي تعاني منها بما يقربك إلى حل ما. لكن المعالج لا يجب أن يقدم لك حلاً مباشراً أو رأياً مباشراً بقضية دقيقة في حياتك اليومية.

فهم اللاوعي عبر الكلام

حين تقرأ هذه الأسطر، قد تتخيل أن هناك صوتاً واحداً، شخصاً واحداً يتلقى المعلومات. ولكن، في الحقيقة، هناك عدة عمليات تحدث في عقلك في وقت واحد، تساهم جميعها في فهمك للكلمات والأفكار. إذا كنت لم تسمع عن مفهوم اللاوعي بعد، يمكنك معرفة المزيد عنه في هذا الكتاب الذي يتناول "اللاوعي المتكيف"، وهو المفهوم العلمي المرتبط باللاوعي. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تجد العديد من الأفكار المثيرة في فلسفة دانييل دينيت، خاصة في كتابه "شرح الوعي"، الذي يتناول فهمنا للوعي واللاوعي وكيفية تفاعلهم. لكن دعنا في البداية نكتفي بمحاولة تبسيط الفكرة من خلال بعض الأمثلة.

هل لاحظت أنك تصبح عصبياً أو يتغير مزاجك في وقت ما لسبب لا تدركه؟ هل لاحظت ذلك مع شخص مقرب؟ ربما لأن هناك عمليات ذهنية، أشبه بالعمليات الحاسوبية، تعمل في ذهنك طيلة الوقت. يتم تفعيل بعض تلك العمليات تماماً كما يحدث في الحاسوب حين تعمل بعض العمليات في الخلفية. تتفعل بعضها بسبب رائحة تشمها أو صوت تسمعه أو من فكرة أخرى تأتي برأسك. في ثقافتنا الشعبية في العالم العربي يسأل الشخص ما الذي يدور في رأسه في نفس الوقت الذي يتكلم فيه ويبدو غير مركز فيما يتكلم فيه. نحن نفهم بالثقافة الشعبية أن هناك جزء لا نعيه مما يجري في أدمغتنا. يمكن أيضاً أن تقرأ عن الفيل والكتاب لدى جوناثان هايدت³¹ وكيف تجري عملية الفهم واتخاذ القرارات في أدمغتنا.

بما أن اللاوعي يُعد مفهوماً حديثاً في العلم ويتطلب استخدام كل تلك الاستعارات لفهمه بوضوح، فإن ما يترتب من مصاعب في فهم ذلك على مستوى حياتنا اليومية أكبر بكثير من فهم المبدأ. ماذا عن إذا كانت مشاكلنا معقدة وتأخذ جانباً من التفكير من الأساس؟ كيف سنفهم أنفسنا من الأساس لتتعلم كيف نحمي أنفسنا والآخرين من موجات الغضب أو الحزن أو القلق التي تجتاحنا من جانب لاوعي من التفكير؟ يبدو اللجوء إلى معالج نفسي ولجلسات عديدة معه أمراً حتمياً لفهم أمر صعب كهذا. بنفس الطريقة التي نلجأ فيها للطبيب ببساطة لأننا لا نفهم ما يجري في أجسامنا ولأن الطبيب درس ذلك النظام، فإن الفهم السيكولوجي لا يقل تعقيداً.

إن اللاوعي قد وصل في الإثبات العلمي مراحل متقدمة وأجريت تجارب عديدة كما نقرأ في الخلاصة من كتاب "اللاوعي المتكيف" والكتب الأخرى. لم يعد الموضوع فقط قيد التكهنات الفرويدية أو الجانب الأدبي من الفهم، لحسن الحظ. وبالتالي، فإن اللجوء إلى

³¹ عمر المبرواني، مراجعة لكتاب جوناثان هايدت "العقل الصالح: لماذا ينقسم الناس الطيبون بين السياسة والدين"، العلوم الحقيقية يونيو 2024، 12

معالج نفسي أو طبيب نفسي يفهم هذا الأمر ويقدم الجلسات لفهمه قد يحقق الكثير نحو نيل المزيد من السعادة أو الوقوف بوجه أسباب الكدر التي تواجهنا في الحياة اليومية.

بطبيعة الحال، ليس من السهل تصميم دراسة أو بحث لمقارنة واقع حياة أشخاص يفهمون اللاوعي المتكيف لديهم وكيف أن أدمغتهم تتضمن العديد من العمليات في الخلفية وفي الجزء الواعي. لكن في الوقت نفسه، فمن الصعب تخيل كيف يمكن لشخص ما أن يعيش بسعادة دون أن يفهم تماماً ما يجري في ذهنه وفي أذهان الآخرين. قد يكون العلاج النفسي هو البداية فقط لفهم ذلك. مصطلح "معرفة الذات" هو مصطلح محفوف بمخاطر التعرض لمختلف أنواع الهراء، لكن إن كان يجب تخصيص تلك التسمية لجانب معين في الحياة، فيجب تخصيصه لفهم اللاوعي.

تركز العديد من مناهج العلاج النفسي على دور اللاوعي، منها العلاج النفسي الإنساني، الديناميكيات السيكلوجية (التوجه الحديث لتحليل النفسي)، العلاج القائم على التعاطف (بول جلبرت)، الغشتالت، أو العلاج النفسي الوجودي. لكن لا يهتم العلاج السلوكي المعرفي بمناقشة اللاوعي.

عكس آثار الصدمات النفسية

تؤكد كثير من الأبحاث وجود علاقة بين الحالة المزاجية للشخص وتجاربه في الطفولة. لكن هل يعني ذلك أن تجارب الطفولة لها علاقة سببية مع سعادتنا في المستقبل؟ وكيف يتعامل العلاج النفسي الكلامي مع الأمر؟

في بحث هام حول العلاقة بين الحالة المزاجية وتجارب الطفولة، وجد باحثون في بحث نشره عام 2015³² أن هناك عدم اتساق في سرد تجارب الطفولة من قبل عينة التجربة البالغة

³² Colman, Ian, et al. "Consistency in adult reporting of adverse childhood experiences." *Psychological medicine* 46.3 (2016): 543-549.

أكثر من ٧٠٠٠ شخص. دامت التجربة ما يزيد على ١٢ سنة ممتدة من ١٩٩٤ وحتى ٢٠٠٧ حيث أبلغ الأشخاص عن تجاربهم القاسية في الطفولة مرتين. لوحظ أن هناك البعض ممن قاموا بتذكر المزيد من تجارب الطفولة القاسية حين طلب منهم الحديث عنها في ٢٠٠٦-٢٠٠٧، فيما نسي آخرون ما ذكروه في فترة ١٩٩٤-١٩٩٥ وذلك عبر المرحلتين اللتين جرت فيهما التجربة. أولئك الذين عانوا من اكتئاب أو قلق مزمن كانوا أكثر عرضة لسرد وتذكر المزيد من التجارب القاسية، أما أولئك الذين كانوا يتمتعون بصحة نفسية أفضل فقد كانوا يميلون أكثر لنسيان تلك التجارب الصعبة. لكن ذلك البحث يعطي صورة ضيقة فقط عن محن الطفولة، وإن كانت تعطي أملاً بنسيان ما حدث إذا سلكنا طريقاً نجد فيه السعادة والاسترخاء بعيداً عن الماضي.

في بحث آخر شهير في علم النفس³³ وجدت ماري بولير وميتش بلير (Mary Boullier and Mitch Blair) صلة بين الصحة العقلية وتجارب الطفولة السلبية. تتراوح هذه المصائب بين الاعتداء العاطفي والجسدي وحتى الجنسي. في الولايات المتحدة، بلغت نسبة من تعرضوا لمحن كهذه ٦٤٪ من السكان، وكان ١٢٪ منهم قد تعرضوا لأكثر من ٤ حوادث مختلفة من هذا النوع. في المملكة المتحدة، كانت النسبة ٤٨٪ و ٩٪ لأولئك الذين تعرضوا لما يزيد عن ٤ حوادث. لا يتوقف تأثير تلك الحوادث على عددها فقط، بل يتعقد الوضع بشكل عام، مما يزيد من الضرر المستقبلي المحتمل.

يميل البشر، وفقاً لبولير وبلير، إلى التكيف مع ظروف البيئة الخارجية، وينتج عن تلك الطبيعة والقدرة على التكيف آثار سلبية كثيرة فسيولوجياً ونفسياً. تخيل أن يصبح الطفل تحت نمط "القتال أو الهروب" لفترات طويلة من طفولته. ماذا يعني ذلك من حيث الهرمونات التي تُفرز في ظروف التوتر؟ كيف سيحدث التطور الإدراكي؟ ظروف نشأتنا تعني الكثير بالتأكيد!

³³ Boullier, Mary, and Mitch Blair. "Adverse childhood experiences." *Paediatrics and Child Health* 28.3 (2018): 132-137.

ترتفع نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة إلى الضعف لدى من عانوا من تجارب الطفولة السلبية، بحسب دراسة أُجريت في ويلز وأشارت إليها بولير وبلير. أولئك الذين عانوا من ٤ حوادث صادمة مختلفة في طفولتهم لديهم نسبة تزيد بأربعة أضعاف للإصابة بالسكري من النوع الثاني مقارنة بالآخرين، وثلاثة أضعاف النسبة لتطوير مرض في الجهاز الدوري. أما أولئك الذين مروا بـ ٦ تجارب في الولايات المتحدة، فهم معرضون للوفاة في سن مبكرة تصل إلى ٢٠ سنة مقارنة بغيرهم. كما أنهم أكثر احتمالاً بثلاثة أضعاف لعدم اختبار شعور الاسترخاء مطلقاً، وستة أضعاف أكثر احتمالاً لعدم الشعور بالتفاؤل على الإطلاق. فضلاً عن تضاعف نسب التعرض للإدمان على الكوكايين والهيروين بأضعاف كبيرة مقارنة بالأشخاص غير المتعرضين للمحن القاسية في الطفولة.

ربما يأخذنا هذا البحث في المقام الأول إلى التفكير في كيفية الوقاية ومنع حدوث تجارب الطفولة السلبية. كما قد يفكر القارئ العربي فيما هو عليه الحال في البلدان العربية إذا كان الحال كذلك في الولايات المتحدة وبريطانيا. ضرب الأطفال ما زال يُعتبر تصرفاً إيجابياً في نظر الكثيرين، كما أن واقع الحروب والفقر أسوأ بكثير، فضلاً عن أحوال المدارس وكونها ساحات للتنمر أو لشكل جديد من أشكال العنف من قبل المعلمين والمعلمات تجاه الطلاب. كل ذلك يعني توليداً مستمراً لتجارب الطفولة السلبية لدى ملايين الأطفال حول العالم.

وجدت ياسمين يسري محمد في دراسة أجرتها على الأمهات في الإسكندرية، مصر³⁴ أن ٦٦٪ منهن تعرضن لتجارب الطفولة السلبية و ١٨٪ منهن تعرضن لثلاثة حوادث فما فوق.

³⁴ Mohammed, Yasmine Yousry, et al. "The role of adverse childhood experiences in predicting child abuse perpetration among married mothers in Alexandria, Egypt: a cross-sectional study." BMC women's health 24.1 (2024): 59.

بالمقابل، فإن هؤلاء النساء كنّ يُسلطن أصنافاً من العدائية النفسية والاعتداءات الجسدية الصغرى والإهمال تجاه أطفالهن. وجدت ياسمين اقتراناً إحصائياً بين عدد التجارب السلبية التي تلقتها الأمهات في الطفولة مع الأصناف الخمسة للاعتداء على الأطفال. وجدت سانيا عمر وزملاؤها اقتراناً إحصائياً بين استخدام المخدرات وبين التعرض لتجارب الطفولة السلبية لدى الشباب المصري. هل من حاجة لأن نذكر أطفال غزة؟ هل من حاجة لأن نذكر أطفال سوريا في السنوات الأربع عشرة الماضية بعد حرب أهلية كانت شرارتها اعتقال وتعذيب أطفال؟ أم أطفال السودان في السنتين الأخيرتين؟ ربما نحتاج إلى كتب عديدة لسرد تلك المآسي وللتفكير في انعكاساتها التي قد تكون نادرة من حيث حجم المصائب وآثاره المستقبلية على الصحة والعقلية، وبالأخص غزة التي لا يكاد يُقارن وضعها بأي وضع آخر في العالم. لكن هل من حلول؟

لحسن الحظ، فإن العلاج النفسي يبدو خياراً ناجحاً للتعامل مع الصدمات النفسية وتجارب الطفولة السلبية وقد يكون الوحيد في كثير من الأحيان. نشر ثيو لورينس وزملاءه تحليلاً بعدياً³⁵ غطى 18 قاعدة بيانات من مصادر مختلفة بين الأعوام 2007 و2018 حول مختلف الحلول التي أُجريت على تجارب الطفولة السلبية بين سن الثالثة وسن الثامنة عشرة. كان أقوى دليل على فاعلية إجراء معين ضد تجارب الطفولة السلبية هو العلاج السلوكي المعرفي، أما بقية العلاجات، إجراء تدريب للوالدين، وتقديم الدعم بطرق أخرى فكلها لم تكن حاسمة رغم وجود نتائج إيجابية.

³⁵ Lorenc, Theo, et al. "Interventions to support people exposed to adverse childhood experiences: systematic review of systematic reviews." *BMC public health* 20 (2020): 1-10.

معالجة الصدمات النفسية بالتعرض

أجرى باحثون تجربة على نمط من العلاج النفسي مستمد من مبادئ كارل روجرز في العلاج المتمركز حول الشخص ولكن هذا العلاج مخصص للأطفال ويتضمن أنماطاً من اللعب.³⁶ وجد الباحثون نتائج إيجابية لدى الأطفال الذين اشتركوا في التجربة ممن تعرضوا لتجارب سلبية بالمقارنة مع من تم تقييم وضعهم قبل وبعد التجربة دون إشراكهم، مجموعة التحكم. لا يوجد الكثير من البحث الداعم لفوائد العلاج النفسي التحليلي أو إصداره الحديث "الديناميكيات النفسية" على تأثيرات الطفولة السلبية.

بالنظر إلى تاريخ هذه الممارسة فإن الثقافات القديمة لم تركز بالضرورة على تجنب الأطفال جميع أنواع الأذى الذي قد يصاحبهم لمراحل لاحقة في الحياة فهناك نصوص عديدة من التراث باللغة العربية مثلاً توافق على ضرب الأطفال. لكن في نفس الوقت فإن رعاية الطفل هو سلوك فطري شائع هناك ما يدعمه من تقاليد الشعوب في التراث العالمي من مختلف الثقافات ومن مختلف الأزمنة مما قد يجعل عصرنا هذا استثناءً في مدى ما يراه الطفل من قبائح كما ذكرنا في حالات الحروب والتنمر الدولي مثلاً كغزة والسودان وسوريا.

إحدى التقنيات المستخدمة في العلاج النفسي السلوكي هي التعرض للصدمة ذاتها دون وجود عامل الخطر الأصلي منها. يتم تعريض الشخص الذي يعاني من الصدمة، القلق، الوسواس القهري، اضطراب ما بعد الصدمة، أو حالات الرهاب إلى ذات المؤثر الذي تسبب له بالرهاب أو الصدمة. يتم التعرض بأشكال مختلفة منها مواجهة الشيء في الواقع إن كان ذلك ممكناً. يمكن أيضاً استخدام الواقع الافتراضي أو مجرد تخيل ما حدث أو إعادة سرده أو

³⁶ Ray, Dee C., et al. "Child-centered play therapy and adverse childhood experiences: A randomized controlled trial." *Journal of Counseling & Development* 100.2 (2022): 134-145.

كتابته. يعد العلاج بالتعرض وفق بعض الآراء الوسيلة الوحيدة المثبتة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة.³⁷

أشار محمد مرعي وزملاءه في بحث عن الصحة النفسية في فلسطين، الضفة الغربية وغزة، أن اضطراب ما بعد الصدمة هو أحد أكثر اعتلالات الصحة العقلية شيوعاً.³⁸ اقترح مرعي أن العلاج بالتعرض السردي، وهو أحد الأشكال الناجحة والشائعة من العلاج بالتعرض، قد يكون الحل للآلاف ممن يعانون سنوياً من ذلك الاضطراب.

أجرى علاء محمد حجازي³⁹، ضمن رسالته للدكتوراه بجامعة ولاية وين في الولايات المتحدة، جلسات علاج بالتعرض للاجئين عراقيين في الولايات المتحدة. كان العديد من اللاجئين في تجربة علاء قد تعرضوا للعديد من الصدمات النفسية التي قام علاء بقياسها عبر استبيانات عديدة ثم قسم العينة إلى مجموعتين وأُعيد التقييم بعد تلقي اللاجئين للعلاج. لاحظ علاء أن المجموعة التي تلقت العلاج بالتعرض أحرزت نتائج ملحوظة إحصائياً في التحسن من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب. كما انعكس ذلك على أدائهم الاجتماعي حيث صارت المجموعة التي تلقت العلاج بالتعرض أكثر ميلاً لقضاء الوقت مع العائلة والأصدقاء.

تقوم بعض الأساليب العلاجية بتطبيق مبادئ العلاج بالتعرض ذاتها لكن مع بعض العوامل الإضافية مثل العلاج بحركة العين لتخفيف شدة الحساسية وإعادة المعالجة. يحاول البحث

³⁷ الترجمة: الواقع الافتراضي لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة Steven Novella, "Virtual Reality Treatment for

PTSD", sciencebasedmedicine.org, December 4, 2019

³⁸ Marie, Mohammad, Sana SaadAdeen, and Maher Battat. "Anxiety disorders and PTSD in Palestine: a literature review." *BMC psychiatry* 20 (2020): 1-18.

³⁹ Hijazi, Alaa M. *Narrative Exposure Therapy to treat traumatic stress in Middle Eastern refugees: A clinical trial*. Wayne State University, 2012.

العلمي حالياً إيجاد الروابط بين حركة العين وآليات استرجاع الذكريات ليكشف سر فاعلية هذه الطريقة.

نظر الحكماء والفلاسفة في الماضي بشكل محدود إلى العلاج بالتعرض لكنه لم يكن شائعاً حتى انتشر العلاج النفسي. عرف أبو زيد البلخي، العالم الفارسي من القرن التاسع الميلادي، في كتابه "مصالح الأبدان والأنفس" أن التعرض لسبب الخوف يمكن أن يقلل وينهي الخوف من ذلك المسبب.⁴⁰ أول من أسس لهذا العلاج حديثاً هو الطبيب النفسي الجنوب أفريقي جوزيف وولب (Joseph Wolpe) منتهجاً النهج السلوكي في العلاج النفسي.

في الوقت الذي يعتبر فيه العلاج بالتعرض علاجاً سلوكياً بالدرجة الأساس، إلا أن مدارس العلاج النفسي الأخرى، وبحسب تقدير المعالج أو الطبيب، يمكن أن تستفيد من ذات المبادئ وأن تطبق العلاج بالتعرض. لا ينتمي العلاج بالتعرض اليوم لمدرسة معينة للعلاج النفسي دون غيرها ويعد ممارسة مثبتة وفاعلة تطبق بحسب الحالات أكثر من ارتباطها بالمنهج العلاجي.

الاستفادة من أثر حركة العين على الذاكرة في معالجة الصدمات النفسية

في الوقت الذي توصل فيه البحث العلمي إلى فاعلية علاج حركة العين وإزالة الحساسية، فإن أبحاث العلاج النفسي وعلم النفس ليست المجال ذو الاختصاص في التوصل للسبب وراء فاعلية تلك الطريقة بل يقع الأمر على عاتق علم الأعصاب. اكتشفت فرانسيس شاييرو (Francine Shapiro)، مؤسسة طريقة العلاج، أثر حركة العين على معالجة الذاكرة في حالة الذكريات المؤلمة دون معرفتها بالسبب وراء ذلك مثل الكثير من الأمور التي عرف البشر فاعليتها قبل معرفة أثرها. ترك ذلك انطباعاً بأن العلاج بحركة العين هو علم زائف أو علم

⁴⁰ أبي زيد البلخي، مصالح الأبدان والأنفس، مركز الملك فيصل للبحوث والدراسات الإسلامية، 2003

حقيقي لكنه زائف في جزئية حركة العين. لكن بالانتقال إلى علم الأعصاب يمكن أن نرى حقيقة أخرى.

في البدء يجدر القول أن هناك الكثير من الكلام غير العلمي وغير المنطقي حول حركة العين وما تقوله عن التفكير. على سبيل المثال، الصورة الشائعة حول اتجاه النظر ودوره في الكذب أو قول الحقيقة. اتجاه النظر أثبت صلته ببعض العمليات الإدراكية لكن ليس بأنها جهاز كشف للكذب. وبذلك فنحن في هذا المقال لا نؤكد كل ما يشاع عن حركة العين بل سنذكر ما تم تأكيده في العلم.

من مزايا حركة العين في البحث العلمي أنها ليست مرتبطة بإبلاغ شفوي، لذا فهي قابلة للاستخدام مع الحيوانات أو الأطفال الرضع أو ضمن سياق تجربة لا يعلم بها الشخص أنه يشارك في تجربة، وبالتالي فلا يؤثر ذلك على سلوكه. وقد ثبت علمياً وجود علاقة بين حركة العين والذاكرة العلائقية (relational memory) والتي تعطينا الروابط في الذاكرة بين الأشياء، الأشخاص، الأماكن والأحداث. كما ثبت علمياً وجود علاقة بين حركة العين وكل من الذاكرة الصريحة (explicit memory) والتذكر الواعي (conscious recollection). والذاكرة الصريحة هي القدرة على استرجاع الحقائق والأحداث والمبادئ الماضية بشكل واع. أما التذكر الواعي فهو مبدأ مشابه لكنه يتضمن النية والجهد للاسترجاع أي أنه عملية الاسترجاع عن قصد لمعلومة معينة من خلال جهد واع.⁴¹

تؤثر عمليات الذاكرة، وفق الأدلة المتوفرة حالياً من البحث العلمي، على حركة العين. على سبيل المثال، وجدت إحدى التجارب أن تكرار عرض الوجوه على المشتركين في التجربة مع مراقبة العين يظهر انخفاض وقت فحص الوجه، الذي تم عرضه مسبقاً على المشاركين،

⁴¹ Hannula, Deborah E., et al. "Worth a glance: using eye movements to investigate the cognitive neuroscience of memory." *Frontiers in human neuroscience* 4 (2010): 166.

بالعينين مما يشير لأثر الذاكرة على العين. لا نعيد النظر طويلاً فيما نتذكره بشكل جيد عندما نطالع بعناية ما يعد جديداً بالنسبة لنا.³¹

تظهر التجارب أيضاً أن حركة العين لا ترتبط بالذاكرة في القضايا التي نكون واعين فيها فحسب، بل في اللاوعي أيضاً. على سبيل المثال، أظهرت إحدى التجارب أن النظر يطول في شكل ما حين يحدث تغيير في الصورة حتى عندما يعجز المشاركون في التجربة عن رصد ما الذي تغير. ما حدث أن المعالجة في اللاوعي أدركت حدوث تغير في الصورة رغم عدم القدرة على تعيين التغير بالضبط. لكن ماذا عن الاتجاه الآخر؟ هل يمكن لتحريك العين أثناء استعادة الذكريات أن يغير طبيعة استعادتنا للذكريات؟

هناك اتجاهان من الأبحاث والدراسات بهذا الصدد اليوم: دراسات حول الفعالية لعلاج حركة العين وإزالة الحساسية (EMDR) والتي بدورها تثبت نتائج عملية العلاج بشكل عام؛ ودراسات في مجال استرجاع الذاكرة درست تفصيل حركة العين الرمشية (تعرف أيضاً بحركة العين السكادية saccade) وأثرها على استرجاع الذاكرة. يعرف ذلك المجال بتحسين الاسترجاع عبر الحركة الرمشية (Saccade-induced retrieval enhancement).

في إحدى التجارب⁴² عُرضت على المشاركين صوراً ومعلومات حول جرائم، ثم عرضت عليهم معلومات زائفة في ذات الصدد. بعد ذلك، أجرى المشاركون حركة رمشية محركين أعينهم عبر المجال البصري من اليسار إلى اليمين، أو قاموا بإجراء مهمة غير ذات صلة كتحكيم في التجربة، ثم طلب منهم سرد المعلومات حول الجريمة التي شاهدوها سابقاً. كانت المجموعة التي أجرت الحركة الرمشية قادرة على سرد المعلومات دون التأثر بالمعلومات الزائفة التي عرضت لاحقاً كما عززت الثقة بالمعلومات الحقيقية. يشرح الباحثون ما قدمته

⁴² Lyle, Keith B., and Noah E. Jacobs. "Is saccade-induced retrieval enhancement a potential means of improving eyewitness evidence?" *Memory* 18.6 (2010): 581-594.

أبحاث أخرى حول دور حركة العين بهذا الشكل في تعزيز التفاعل بين جانبي الدماغ الأيمن والأيسر وتلك نظرية واردة لشرح دور حركة العين السريعة في الذاكرة. أما النظرية الثانية التي يشرحونها فهي في دور حركة العين تلك في تفعيل أجزاء من الدماغ ترتبط بتوزيع الانتباه (allocation of attention) وبتفعيل تلك الأجزاء من الدماغ تزداد مساهمتها في المهام الإدراكية بما في ذلك استعادة الذكريات. ما يلفت الانتباه أن الباحثين لاحظوا أن تلك الوظيفة تتحسن لدى الأشخاص يمينيين اليدين في حين أنها قد تحدث أثرًا عكسيًا لدى الأشخاص يساريي اليدين حتى أنهم قد يقحمون كلمات لم تكن ضمن ما تم عرضه عليهم ضمن ذكرياتهم.

اقترح باحثون أن حركة العين أثناء استرجاع ذكريات الصدمة النفسية تتسبب في تعطيل تمثيل تلك الذكريات. قام الباحثون بقياس مؤشرات جسدية عديدة بعد استرجاع مشهد مؤلم تم عرضه على المشاركين في الدراسة حيث أجرى المشاركون حركة العين السكادية بالمقارنة مع من لم يجرونها. انخفضت المؤشرات المتعلقة بكهربائية الجلد وحجم بؤبؤ العين بعد إجراء حركة العين.⁴³

نلاحظ إذن أن حركة العين لها دور مهم في العلاج بالتعرض من جهة وفي عملية استرجاع الذكريات من جهة أخرى. وبينما هناك أبحاث تدعم كل من الاتجاهين فما تزال بعض الأسئلة⁴⁴ قيد الإجابة في البحث العلمي والتجارب لكنها لا تغير من مصداقية طريقة EMDR وأهميتها.

⁴³ Xu, Zhenjie, Jie Hu, and Yingying Wang. "Bilateral eye movements disrupt the involuntary perceptual representation of trauma-related memories." *Behaviour Research and Therapy* 165 (2023): 104311.

⁴⁴ Christman, Stephen D., et al. "Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories." *Neuropsychology* 17.2 (2003): 221.

خصائص العلاقة والمعالج: التعاطف، التطابق، التحالف العلاجي وغيرها

هناك الكثير من الخصائص التي يمكن اعتبارها أساسية في العلاقة بين المعالج والشخص وأيضاً في كونها أساسية لتحقيق نتائج أفضل عبر العلاج النفسي. لكن ليس من السهل قياس هذه الخصائص وإدراجها ضمن الخصائص الأكاديمية بل يمكن تصنيفها كأخلاقيات للمهنة مثلما يتوفر الأمر ذاته في الطب وقد ينبع تشريع تلك القواعد من مصادر فلسفية أخلاقية أكثر من كونها حقائق علمية.

من أول الخصائص تلك هي إظهار التعاطف (empathy) والشعور بالتعاطف. وقد وضع كارل روجرز هذا كشرط أساسي للعلاقة العلاجية. كما أضاف روجرز مفهوم الأصالة (genuineness) الذي عده عاملاً أساسياً في العلاقة من المعالج للشخص، وصفة يجب أن يتحلى بها المعالج. أما مفهوم التطابق فهو في الأساس مفهوم في الرياضيات والهندسة ويعني أن يكون جسمان بنفس القياس والحجم، أو أن يكون لجسم ما ذات القياس والحجم لجسم آخر معاكس له. ما علاقة ذلك بعلم النفس وبالعلاج النفسي؟ أوجد كارل روجرز المصطلح ضمن سياق العلاقة العلاجية. من الممكن تلخيص خصائص العلاقة وخصائص المعالج التي أشار إليها روجرز بأن المعالج يجب ألا يختبئ خلف الكبرياء أو خلف جدار من الحواجز الاجتماعية أو حاجز كونه سلطة. كما أن المعالج يجب أن يقوم ببذل ما بوسعه لتوصيل خبرته مع الشخص وإلى الشخص. يعد التطابق صفة للعلاقة وللمعالج في نفس الوقت، وكذلك الحال مع الأصالة، أما التعاطف فهو ما يجب أن يظهره المعالج.⁴⁵

من الخصائص الأخرى ما يُعرف بالتحالف العلاجي (therapeutic alliance)، والتي تُعرف بأنها أمر مشترك بين المعالج والشخص، يتضمن أهدافاً مشتركة، وقبولاً للمهام التي سيؤديها

⁴⁵ Kolden, Gregory G., et al. "Congruence/genuineness." *Psychotherapy* 48.1 (2011): 65.

كل شخص في العلاقة، وارتباطاً معيناً بين الإثنين. يقترح بعض الباحثين إمكانية قياس هذه الخاصية وإثبات أثرها في نتائج العلاج النفسي.⁴⁶

ربما من الممكن تصنيف التطابق وخصائص أخرى من هذا النوع بأنها نصيحة من مختص أكثر من كونها حقيقة علمية، حيث إن هناك تحديات لقياس هذه الصفة أو إدخالها في البحث التجريبي⁴⁷. مع ذلك، فقد قام البعض بدراسة أثر خصائص كارل روجرز الثلاث: التطابق، التعاطف، والأصالة بطرق عدة قائمة على الاستبيانات المقدمة لكل من المعالج والشخص، بشكل يؤكد ضرورة تلك الخصائص ويقترح ممارسات دقيقة لإيصالها للشخص من خلال جلسات العلاج⁴⁸.

⁴⁶ Summers, Richard F., and Jacques P. Barber. "Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill." *Academic Psychiatry* 27.3 (2003): 160-165.

⁴⁷ Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L., & Chisolm-Stockard, S. (2002). Congruence. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 195-215). Oxford University Press.

⁴⁸ Kolden, Gregory G., et al. "Congruence/genuineness." *Psychotherapy* 48.1 (2011): 65.

فهم أنماط السلوك: التعلق، خصائص الشخصية، الذكاء وغيرها

يعد نمط التعلق (Attachment style) إحدى الصفات المثبتة علمياً حول طبيعة تفاعلنا مع من نحب في العلاقات الرومانسية أو في العلاقات الأخرى، وهو مرتبط أيضاً بنمط علاقتنا مع الوالدين في الطفولة. اكتشف هذه الأنماط من العلاقات كل من جون بولبي (John Bowlby) وماري أينسورث (Mary Ainsworth)، وهي اليوم إحدى أكثر التصنيفات شيوعاً مما يتداوله الناس دون معرفة عميقة بعلم النفس بالضرورة. لكن ما دور العلاج النفسي في خصائص شخصية كهذه؟

يعد العلاج النفسي، والمعالجون النفسيون الواجهة الأبرز لعلم النفس في مخاطبة الناس وجعلهم على صلة بهذا العلم، وحتماً تحقيق هدف إيجابي من ذلك العلم لتحسين نمط الحياة. وفي الوقت الذي قد يقوم كثير من الناس بإجراء تلك الاستبيانات على الإنترنت، فقد يساء فهمها من قبل البعض. يكمن دور المعالج في تقديم الشرح الأنسب والسياق والمعرفة العلمية السيكولوجية بهذه الأمور. ما الذي يعنيه مؤشر الذكاء؟ هل يُعتد به؟ أأست ذكياً لأن اختبار IQ أظهر أن ذكائي منخفض؟ هل سأعاني من مشكلة دائمة في علاقتي لأن نمط تعلقي خائف/متجنب؟ ليس هناك من شخص يستطيع وضع الأمور في سياقها مثل المعالج النفسي، فهو بوابة علم النفس للناس. لكن كم من الممكن أن تنفع هذه الخصائص لشخص يعاني من تحديات في الصحة النفسية؟

إن المزيد من المعلومات حول الذات، وخصوصاً من اختبارات رصينة ومقاييس يُعتد بها علمياً، يحمل آثاراً إيجابية. قد لا يقدم المعالج النفسي تلك المقاييس أو يعتمدها، لكنه سيكون أفضل من يشرحها وقد يقصي بعضها موضحاً أنها غير ذات قيمة كبيرة. قد لا تحدث معرفة خصائص الشخصية عبر الاستبيانات المنتشرة على الإنترنت الكثير، لكنها قد تساهم

في القليل من النفع.⁴⁹ لكن في النهاية فإن ذلك الجانب من علم النفس لا يُشترط به أن يكون ذو صلة بالعلاج النفسي.

العمل وفق أخلاقيات مهنة العلاج النفسي

لو نظرنا إلى الطب، وهو أحد أكثر المهن العلمية التطبيقية شيوعاً في العالم، لوجدنا أن الكثير مما يعطي لهذه المهنة إنسانيتها ومنزلتها هو أخلاقيات المهنة. ومهما كانت أخلاقيات المهنة مهمة في مهنة كالطب، فهي لا تقارن بأهميتها في العلاج النفسي. ولو قارننا العلاج النفسي بالعلاقات الأسرية وعلاقات الأصدقاء، فيمكن لأي شخص أن يتذكر أن التزام صديق أو قريب ما بالجانب الأخلاقي من حيث حفظ الأسرار والتعامل وفق المتعارف عليه اجتماعياً هو أهم ما يعطي للعلاقة قيمتها من حيث الثقة والشعور بالأمان.

لنأخذ الإطار الأخلاقي لمهنة الإرشاد النفسي في بريطانيا كمثال⁵⁰. بالتأكيد لا يمكن تلخيص جميع ما في هذا الإطار، لكن مما ورد فيه من قيم هو ما يتضمن احترام كرامة الإنسان ودعم رفايته ومرونته في الحياة وحماية سلامته. كما ويشجع الدليل على ضرورة تحلي المعالج النفسي بالكثير من الصفات، وعلى رأسها التعاطف والنزاهة والتواضع. يمكن للمعالج النفسي أيضاً أن يخسر عضويته ضمن الكيان الذي يجمع المعالجين النفسيين لو خالف الإطار الأخلاقي هذا. على سبيل المثال، يمكن للمعالج أن يخسر عضويته لو ثبت أنه تسبب بالأذى النفسي لعملائه أو إن قام معالجاً ما باستغلالهم بأي شكل. يمنع الإطار الأخلاقي أيضاً دخول المعالج في علاقة عاطفية مع الشخص أو الدخول في عمل معه أو في أي نمط من العلاقات التي تتماهى فيها الحدود بين المعالج والشخص. وبالتأكيد فإن خرق خصوصية

⁴⁹ Birch, Jenna. "Knowing your attachment style could make you a smarter data." *The Washington Post* (2018).

⁵⁰ British Association for Counselling and Psychotherapy. "Ethical framework for the counselling professions." (2018).

الشخص يعني نهاية عضوية المعالج. لكن يجدر القول أن انتهاء العضوية لا يعني في المملكة المتحدة انتهاء المسيرة العملية، لكنه يضع المعالج محل علامات الاستفهام لو كان خارج الكيان التنظيمي للمعالجين.

استذكر قصة أحد الأصدقاء في إحدى الدول العربية، حيث رافق قريبًا له إلى طبيب نفسي، حيث سرد لي أن حوار الطبيب النفسي مع المريض تحول إلى عظة دينية يسأل فيها الطبيب مريضه لماذا لا يؤدي الصلاة. عمل كهذا وفق الإطار الأخلاقي للمعالجين في بريطانيا يعني نهاية عضوية ذلك الطبيب للكيان الجامع للمعالجين أو الأطباء.

غرس التعاطف الذاتي

يعد التعاطف (compassion) أساسًا لإحدى مدارس العلاج النفسي الحديثة، العلاج القائم على التعاطف (compassion-focused therapy) الذي أسسه بول جلبرت في الثمانينات. اعتبر جلبرت أن نقد الذات والعار هما مشكلتان أساسيتان قد تتسببان في معاناة كبيرة للأشخاص من حيث شعورهم بالأمن والراحة والاطمئنان، واستهدف بشكل رئيسي أصوات العار ونقد الذات بداخلنا من خلال ترسانة من التمارين الشخصية، والإجراءات التي يتخذها المعالج، والفلسفة التي نشرها في أبرز كتبه مثل العقل المتعاطف (The Compassionate Mind) ⁵¹ المنشور عام ٢٠٠٩ والحائز على أهمية كبيرة في الجانب الأكاديمي وفي القراءة الشخصية.

بقدر ما تبدو تسمية العلاج المتمركز حول التعاطف (CFT) وكأنها مجال أدبي روحاني، فإنه يعد من أكثر مناهج العلاج النفسي علمية. يسهب جلبرت في شرح الأصول العلمية لكل ممارسة يقدمها، ومن ذلك نمط التأمل الذي يعد جزءًا أساسيًا من مدرسة التعاطف. يتطرق جلبرت إلى الجانب التطوري، علم الأعصاب، الهرمونات، أثر الثقافة، أثر نمط الحياة، وغيرها. ويتبنى جلبرت إلى حد كبير الفلسفة الشرقية مقتبسًا منها الكثير، ولاسيما ما يجد أنه يوافق البحث العلمي.

التعاطف هو أمر تضيق بوصفه اللغة العربية، لكن بالإنجليزية يتدنى الأمر من التعاطف التلقائي (sympathy) الذي يحدث لدينا حين نشاهد أمرًا محزنًا أو مفاجئًا، ثم إلى التعاطف التفاعلي (empathy) حيث نقحم تفكيرنا في الأمر واضعين أنفسنا محل الشخص الذي نتعاطف معه بتفاعل، ثم التعاطف كموقف (compassion) (على الأقل وفق تعريف جلبرت) وهو وعينا العميق بمعاناتنا ومعاناة الآخرين مع الرغبة والسعي لتخفيفها وإزالتها. وفيما يتضمن التعاطف التفاعلي عملية تفكير بالإضافة إلى المشاعر، فإن التعاطف بصفته موقفًا قد يتطلب

⁵¹ Gilbert, P. *The compassionate mind*. Constable, 2009.

فعل الكثير، بما في ذلك إطلاق العنان لبعض المشاعر التي قد لا تبدو قريبة من التعاطف مثل الغضب حينما تقتضي الحاجة لذلك، أو اتخاذ مواقف قد تتضمن اختيار أهون الشرين حتى لو اقتضى ذلك المعاناة من بعض الألم لفترة ما في سبيل مستقبل أفضل.

[ملاحظة: إن تصنيف التعاطف إلى تلقائي، تفاعلي، موقف هو أمر قمت به لعدم عشوري على نظير يشرح أصناف التعاطف تلك بالعربية].

يرتكز العلاج المتمركز حول التعاطف على الحقيقة العلمية بأن لدينا ثلاثة أنظمة متفاعلة من المشاعر: نظام التهديد، نظام التهدئة، ونظام التسيير. تنتمي مشاعر الغضب والاشمئزاز والقلق إلى نظام التهديد وهي بطبيعتها إذن قادمة من ذات النظام، أما السعي للمكافأة والإثارة والرغبة في إحراز النجاح فهي تنتمي إلى نظام التسيير، أما تلقي العطف أو تقديم العطف والرعاية والشعور بالانتماء والشعور بالحميمية فهي تنتمي إلى نظام التهدئة. تشكل هذه الأنظمة محور التفكير في العلاج القائم على التعاطف. فلسفة العلاج تتضمن جعل الانتقال بين أحوالنا المزاجية وبين تلك الأنظمة أكثر سلاسة وواقعية بدلاً من أن نميل بشكل زائد نحو أحدها بفعل التأثيرات المختلفة من الوراثة وحتى التربية وظروف الحياة. فهم هذه الأنظمة مهم لمن يخضع للعلاج القائم على التعاطف. يمكن للتعاطف كموقف في الحياة أن يسهل مهمة التناغم بين تلك الأنظمة مما ينتج صحة نفسية أفضل.

من الحقائق التي يكررها جلبرت ويتحدث عنها بسياقات مختلفة هي الدليل العلمي الواضح لكل شخص حول أثر التفكير والتخيل ليس على مزاجنا فحسب بل على أجسادنا. حين نفكر بأفكار جنسية فإن الاستثارة تنعكس على الجسد، وحين نفكر بالطعام فقد يسيل لعابنا. بنفس الكيفية يقترح جلبرت العديد من التمارين التي تحفز أنماطاً إيجابية من التفكير. على سبيل المثال، يذكر جلبرت كيف أن التطلع لأمر جيد له آثار إيجابية على المزاج بقدر ما يكون للقلق والخوف السابق لأمر ما أثر سلبي على المزاج، مثلاً امتحان أو تغيير كبير في الحياة.

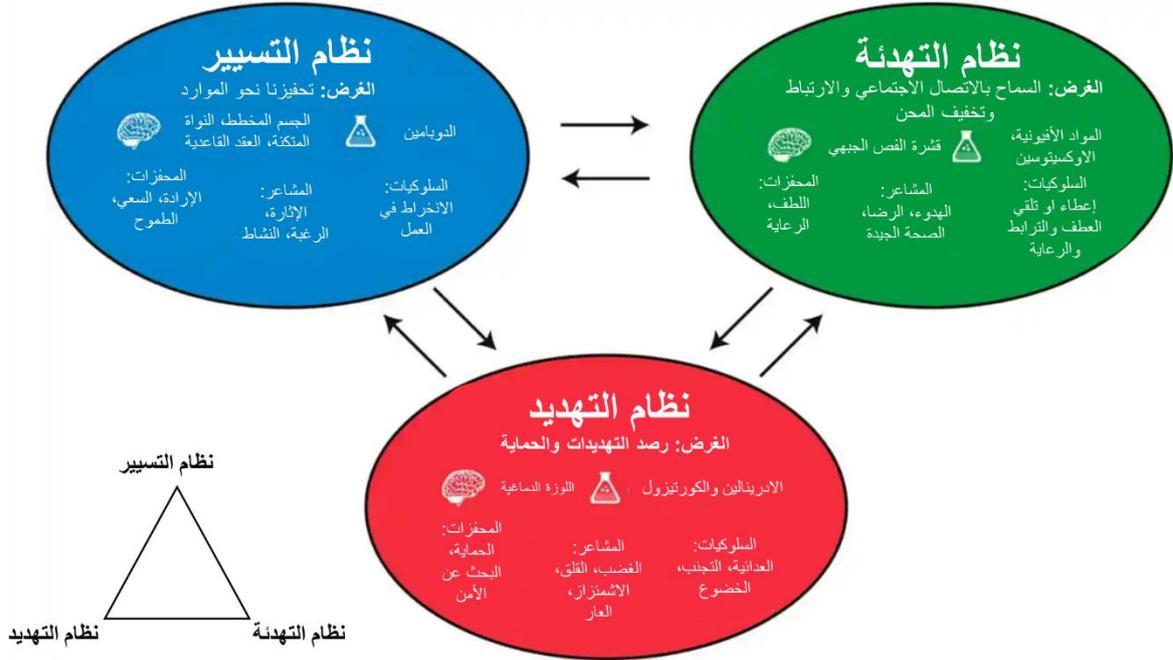
تمارين اليقظة الذهنية والتأمل والتفكير المختلفة التي يقدمها جلبرت تحفز بعض أصناف التفكير الإيجابية تلك.

بدلاً من الاستعارات المعقدة غير المفهوم في العلاج النفسي التحليلي والتي لا يكون فهم الشخص جزءاً منها ولا يشترط به أن يفهمها يقدم العلاج القائم على التعاطف حقائق علمية تمثل محور العمل في جلسات العلاج ويصنف كل شيء وفقها. في نفس الوقت لا يمتنع العلاج القائم على التعاطف من أخذ جميع الممارسات الناجحة من أصناف العلاج الأخرى فهو من جانب مليء بتمارين وممارسات العلاج السلوكي المعرفي، ومن جانب آخر فهو يعطي أهمية للاوعي أيضاً ويقدم طرق للتعامل مع الأصوات المختلفة بداخلنا.

إحدى الآليات الأساسية للعلاج القائم على التعاطف هي التأمل التعاطفي أو اليقظة الذهنية المتعاطفة. يقول بول جلبرت في كتابه:

"إذا مارسنا اليقظة الذهنية، فسوف نتعلم أن نلعب دور المراقب للعمليات الجسدية والمشاعر والأفكار. في اليقظة الذهنية، لا نحاول تغيير أفكارنا، بل أن نكون فضوليين ومندهبشين من ظهورها ومن العلاقة التي تربطنا بها. كلما عبرنا عن أفكارنا وصورنا ومشاعرنا ورغباتنا بصوت مسموع، أصبحت ممارسة اليقظة الذهنية أسهل. لهذا السبب، من المفيد صياغة الأفكار والتعبير عنها كأن نقول: "الآن أشعر بالرغبة في الاتصال بصديقي."

عندما نقوم بالأشياء بتعاطف، نحاول دائماً أن نغمرها بمشاعر اللطف والدفء والوداعة. لذا، لا ينبغي أن نراقب أفكارنا بطريقة باردة أو عدائية، بل بطريقة لطيفة ومهتمة. من المفيد التركيز على توجيهنا العاطفي ومحاولة خلق أكبر قدر ممكن من الدفء. يمكن لهذا أن يمنحنا شعوراً مختلفاً عند مراقبة أفكارنا ومشاعرنا وأوهامنا."



يرى بول جلبرت أن تلك العملية من مراقبة الأفكار بشكل متعاطف والتي يمكن أن تحدث في أي وقت كفيلة بتغييرنا بشكل إيجابي. يستند جلبرت إلى حقيقة بسيطة في البيولوجيا وعلم النفس بالشكل الذي ذكرناه أعلاه، وهي أننا حين نفكر في عراك فإننا سنشعر بالتوتر، وحين نفكر بالجنس فإننا سنشعر بالرغبة الجنسية. ماذا يحدث حين تفكر في موقف دافئ؟ ما الذي سيحدث حين تغير طريقة النظر إلى عملية تبدل أفكارك بشكل سريع؟ يذكر جلبرت أن البعض يمكن أن يمروا بإحساس بالعار حتى حينما يريدون التأمل وذلك حينما لا يقومون بذلك بما يكفي أو حين تتجه أذهانهم إلى أفكار معينة، لكن ماذا لو شرعنا بنوع من التعاطف والتسامح مع أبسط العمليات الذهنية لدينا حين يتجه تركيزنا نحو فكرة معينة بدلاً من أخرى؟

إحدى المشاكل التي نعاني منها هي أن تلك الأنظمة التي لدينا للعواطف ليست مصممة لكي تعمل بشكل متوازن بالضرورة، كما أنها قد تنجرف نحو إبقائنا في نظام القيادة أو نظام التهديد. يعمل نظام التهديد مثلاً وفق قاعدة "Better safe than sorry" أي من الأفضل أن تكون آمناً على أن تكون آسفاً (بعد حدوث أمر خطر لا رجعة فيه). وبالتالي فإن نظام التهديد قد يكون منحازاً فيما يعتبره خطراً. كما أن تلك الأنظمة لديها القدرة على كبح بعضها

البعض، بحيث يمكن أن نغرق بمشاعر معينة كالغضب دون إمكانية الخروج منها بسهولة. يشرح جلبرت في كتبه وأبحاثه تلك الأنظمة من منظور تطوري وبيولوجي، كما يتكلم عن ظروف الحياة بمختلف أنواعها ودورها في صياغة هذه الأنظمة.

يفهم الشخص في العلاج القائم على التعاطف أن دماغه يعمل بهذه الطريقة وأن العملية تجري بهذا الشكل، وبالتالي فهو لا يحتاج أن يشعر بالعار والخجل من مشاعره، فهي ليست خطأه. كما أن جلسات العلاج تربط بين أحداث حياة الشخص في الماضي وكيفية اكتسابه لتربية معينة من المشاعر وردود الأفعال. وبالتالي يتوقف الشخص عن محاكمة أفكاره وسلوكياته أو الشعور بالخجل منها أو نقد ذاته.

بينما تشكل الأنظمة العاطفية والعلاقات بينها وكيفية تفعيلها الأساس لفهم كيف نعمل، فإن التعاطف كموقف (compassion) يشكل الهدف الرئيسي لما يرغب العلاج القائم على التعاطف في الوصول إليه، ويشكل التأمل التعاطفي (compassionate mindfulness) إحدى الآليات الرئيسية للوصول لذلك.

يعد العلاج النفسي القائم على التعاطف حديثاً نسبياً، لذا لا توجد الكثير من الأبحاث التي تناقش فاعليته.⁵² كما درس آخرون التعاطف والتأمل التعاطفي بشكل منفصل مقدمين الأدلة العلمية على فاعليتهما،⁵³ حيث قام نيف وزملاؤه في إحدى الدراسات بتقييم دور اليقظة الذهنية والتعاطف الذاتي مع كل من الاكتئاب، القلق، السعادة، والرضا عن الحياة فوجدوا أن غياب التعاطف الذاتي يقترن إحصائياً بشكل ملحوظ مع الاكتئاب، كما أنه يقترن إحصائياً مع السعادة والرضا عن الحياة. فيما وجدوا أن عدم القيام بتمارين اليقظة الذهنية أو التأمل

⁵² Leaviss, Joanna, and Lois Uttley. "Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review." *Psychological medicine* 45.5 (2015): 927-945.

⁵³ Neff, Kristin D., and Katie A. Dahm. "Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness." *Handbook of mindfulness and self-regulation* (2015): 121-137.

يقترن إحصائياً مع القلق. كما توصل باحثون آخرون ذكروا في البحث السابق أيضاً أهمية التعاطف الذاتي وكونه مؤشراً أقوى إحصائياً على الصحة الذهنية، وهو يفوق التأمل وحده بمقدار الضعف.

التأمل

لا ينتمي التأمل للعلاج النفسي وتعاليمه، بل ينتمي للأديان الشرقية بشكل رئيسي كالهندوسية والبوذية والطاوية والشنتو والجين. غير أن بعض مدارس العلاج النفسي تبنت أشكالاً معينة من التأمل مثل العلاج المعرفي القائم على التأمل (Mindfulness-based cognitive therapy)، والذي يمزج التأمل مع العلاج السلوكي المعرفي، أو العلاج القائم على التعاطف (Compassion-focused therapy) أو العلاج السلوكي الجدلي.

يعاني التأمل من إشكاليات في محاولات إثبات فائدته بالتحديد عبر البحث العلمي والتجارب، لكن في الوقت نفسه، فلا يمكن نفي فائدته.⁵⁴ تعدد أشكال التأمل وصعوبة تحديد ما يجب إثباته أو نفيه يعد أمراً رئيسياً في البحث العلمي المتعلق بالأمر. هذا الوضع الحرج للتأمل لا يمنع من إدخاله ضمن ممارسات العلاج النفسي كما تفعل تلك الدراسات. إن كثيراً من الممارسات في العلاج النفسي أساساً وخصوصاً السلوكية المعرفية، تعتمد على ممارسات تتضمن التفكير فقط. نتائج البحوث حول فاعلية طرق العلاج النفسي القائمة على التأمل تعطي بعض التفاؤل في استخدامه ضمن العلاج النفسي.⁵⁵

⁵⁴ ستيفن نوفيللا، دراسة أخرى فاشلة حول التأمل، العلوم الحقيقية. المقال الأصلي: Steven Novella, "Another Broken Meditation Study", sciencebasedmedicine.org, July 15, 2020

⁵⁵ Academic Mindfulness Interest Group, Melbourne, and Melbourne Academic Mindfulness Interest Group. "Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations." Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 40.4 (2006): 285-294.

من جهة أخرى، ينبغي الحذر سواء للمعالجين أو لمن يتلقون العلاج ألا يكون التأمل بوابة لدخول ممارسات أخرى غير مثبتة من الأديان والفلسفات التي توصلت إلى التأمل في الماضي. إن أخذ التأمل ضمن مظلة العلاج النفسي، وبالأخص العلاجات الرئيسية الخاضعة للتجارب العلمية، يعني أن الممارسة المقدمة قد تم اختبارها وتأكيد مفعولها على عينة ما. في حين أن اللجوء للفلسفات التي قدمت التأمل يعني أخذ حقيقة كاملة من ممارسات غير خاضعة للاختبار وقد يكون بعضها اعتباطيًا أو حتى ضارًا حيث إن الغرض الرئيسي من الأديان ليس العلاج النفسي وإن كانت تتضمن بعض العادات الصحية.

باختصار، هناك عشرات الأنواع من التأمل. وهناك الكثير من الاختلافات بينها مما يجعلها شديدة التباين. كما أن هناك عدم وضوح من ناحية البحث العلمي ربما بسبب ذلك. يفضل أن تدخل هذا العالم برفقة علم النفس، أي مع العلاج النفسي.

الأساليب العملية وطرق حل المشكلات

رغم أن العلاج النفسي لا يقترح الحلول المباشرة، فإن العلاج النفسي يتضمن العديد من استراتيجيات حل المشكلات ومخاطبة أسلوب التفكير والأنماط المعينة من التفكير التي تكاد تمثل أصواتًا مستقلة داخل أذهاننا. يتضمن جانب مهم من عمل المعالج النفسي الحديث محاور تلك الأصوات ومحاولة تقديم أساليب جديدة توقف أنماط التفكير السلبية. معظم تلك الأساليب تنتمي للعلاج السلوكي المعرفي. بعض تلك الأساليب مستمدة من أساسيات المنطق والفلسفة والمنهج العلمي، وبالتالي فهي مثبتة بذاتها عبر البرهان المنطقي وقد لا تحتاج إلى إثبات آخر للفاعلية. مثال ذلك الاستجواب الأرسطي.

يمثل الاستجواب السقراطي وسيلة شائعة جدًا وفاعلة في التعليم بشكل أساسي حيث تحفز التفكير من خلال قيادة الطالب/الشخص لعملية التفكير عبر طرح أسئلة معينة من قبل المعالج/المعلم لاستكشاف حلول معينة أو للبحث عن دليل أو انعدام دليل أفكار معينة. يمثل الاستجواب السقراطي حجر أساس في العلاج المعرفي (المدمج في الغالب ضمن العلاج

السلوكي المعرفي في يومنا هذا). رغم أن الاستجواب السقراطي هو وسيلة قديمة ومثبتة منطقياً، غير أنها خضعت للدراسة لتقييم أثرها على الاعتلالات النفسية. قام باحثون بنشر دراسة عام ٢٠١٦ درسوا فيها أثر الاستجواب الأرسطي على مرضى الاكتئاب. لم يقدم الاستجواب الأرسطي أثراً فاعلاً في تحسين حالتهم فحسب، بل كان وسيلة للتنبؤ بتغير أعراض المرضى أثناء فترة الدراسة.⁵⁶

تُعرف إحدى التقنيات أيضاً بالتفعيل السلوكي، وتتضمن باختصار تشجيع المعالج للمريض على الانخراط في بعض الأنشطة الاجتماعية أو الرياضية. تنتمي هذه التقنية بطبيعة الحال إلى العلاج السلوكي، أي محاولة تغيير حالة المريض من خلال تشجيع تغيير سلوكه وفق مبادئ سكينير للعلاج السلوكي. يبدو التفعيل السلوكي أمراً نقوم به جميعاً حين نجد شخصاً يعاني من مزاج سيء ونحاول تغيير مزاجه من خلال مجالسته أو دعوته للخروج وفعل شيء مختلف، لكن الشخص غير المتدرب قد يجد صعوبة في فعل الأمر ذاته مع شخص يعاني من اكتئاب حاد، كما أن ديناميكيات العلاقات العائلية والعلاقات مع الأصدقاء قد تجعل اقتراح الأمر أكثر صعوبة أحياناً، مما قد يجعل الأمر أسهل عبر المعالج النفسي. خلصت دراسة بعدية، غطت ٢٦ دراسة و١٥٠٠ حالة من حالات الاكتئاب الحاد، إلى أن التفعيل السلوكي يساهم في تحسين حالة مرضى الاكتئاب.⁵⁷

⁵⁶ Braun, Justin D., et al. "Therapist use of Socratic questioning predicts session-to-session symptom change in cognitive therapy for depression." *Behaviour research and therapy* 70 (2015): 32-37.

⁵⁷ Ekers, David, et al. "Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis." *PloS one* 9.6 (2014): e100100.

تحديد الدفاعات النفسية

تُعتبر الدفاعات النفسية من أدبيات التحليل النفسي، وهي تتمثل في عملية دفاعية نفسية يقوم بها الشخص لإقصاء أفكار تثير القلق أو مشاعر سلبية أخرى وقد تكون لها علاقة بتضارب في الأفكار والمشاعر. من الأمثلة الشائعة جدًا حول الدفاعات النفسية هو ما يُعرف بالكبت في التحليل النفسي، والذي يتضمن تحويل مشاعر وأفكار واعية إلى اللاوعي بحيث لا نعيها، وبالتالي نقل من أثرها.

في كتابه "لماذا أفعل هذا؟" يقدم جوزيف بورغو (Joseph Burgo)⁵⁸، وهو معالج نفسي ديناميكي، قائمة بالدفاعات النفسية في فصول الكتاب بالإضافة إلى تمارين تسهل فهم الشخص لنفسه وأي من الدفاعات يُطبق. يستشهد التحليليون بمقولة فرويد حول الكبت، كمثال واضح جدًا عن الدفاعات النفسية: "إن جوهر الكبت يقع ببساطة في إبعاد شيء ما، وإبقائه بعيدًا عن الوعي". قد يعد المثال الشائع عن ذلك في السينما والحياة اليومية هو حين نفتح موضوعًا ما ويقوم الشخص بتغيير الموضوع لعدم رغبته بالكلام عنه، ويعرف التحليليون ذلك بالمقاومة (resistance).

الدفاع الأول الذي يقدمه الكتاب هو الكبت والإنكار الذي ذكرناه أعلاه؛ ثم الانفصام (splitting) أو الانفصام هو حين نمر بمشاعر متضاربة تجاه نفس الشخص أو نفس الشيء وهو يختلف عن الفصام بمعنى الشيزوفرينيا؛ الإزاحة والتكوين العكسي، وهي حين يقوم الشخص بنقل رد فعله الغاضب، مثلاً من مديره في العمل تجاه أطفاله أو زوجته؛ إضفاء الطابع المثالي (idealization) وهو ببساطة حين نكاد نؤله شخصًا ما أو ننظر إليه على أنه مثالي لتغطية مشاعر أخرى كامنة تجاهه؛ الإسقاط النفسي وآليته شبيهة بالتعاطف التفاعلي (empathy) والذي يسمى أيضاً بالعربية التقمص العاطفي، حين نسخر تجربتنا الشخصية

⁵⁸ Burgo, Joseph. Why do I do that?: Psychological defense mechanisms and the hidden ways they shape our lives. New Rise Press, 2012.

لفهم تجربة شخص آخر، لكن من الإسقاط النفسي أيضًا أن ننكر إحساسًا ما بداخلنا وأن نعزو الأثر السلبي له للآخرين من حولنا؛ التحكم هو دفاع نفسي آخر نتخذه حين نتبنى صورة معينة للعالم تجعلنا نرى أن كل شيء تحت السيطرة للشعور بشكل أفضل تجاه العالم.

ربما مررنا جميعًا بهذه الاستراتيجيات مع آخرين أو قمنا بتطبيقها وأصبحت الإشارة لبعضها جزءًا من الثقافة المحلية. في العراق يقول الناس، ودون سابق معرفة بأدبيات علم النفس، "يطلعها بيه"، أي أن شخصًا ما يقوم بإفراغ مشاعره السلبية على شخص آخر حين يقوم بعزو مشاعره السلبية لذلك الشخص، ويشير الناس بذلك بوضوح إلى الإزاحة ويتضمن ذلك الإسقاط في نفس الوقت.

يلاحظ الناس أيضًا في الثقافة اليومية كيف أن لشخص ما صوتين أو رأيين في نفس الوقت فيكون منقسمًا تجاه قضية. حول توليد ردود الأفعال، تدرك الثقافات الشعبية أيضًا أمرًا مثل أن الشخص الذي يحمل صفة معينة ويخفيها كالمثلية الجنسية قد يُظهر أحيانًا العداء تجاهها أكثر من أي شخص. يقول المثل الشعبي العراقي: "اللي بعبه عنز يمعمع"، ويقصد به أن من يحمل عنزة سيقوم بإصدار صوت الماعز ليخفي أنه يحمل تلك العنزة. وهكذا قد تبدو الدفاعات النفسية الشائعة وكأنها الطريقة التي تفهم بها المجتمعات بعض أنماط المشاعر والسلوك، ثم جمع فرويد وآخرون من التحليل النفسي تلك الآليات وعلقوا عليها وأضافوا لها آليات أخرى. لكن ما هو دعم العلم لوجود الدفاعات النفسية؟ وهل لها فائدة؟

بالعودة إلى كتاب جوزيف بورغو، يمكن أن نقرأ تصريحات كثيرة تحتاج إلى دراسات لكي يستطيع شخص ما بثقة أن يقولها. يقول بورغو مثلاً: "الناس الذين يكتبون مشاعرهم يميلون إلى كبت طيف كامل من المشاعر، ليس فقط واحدًا أو اثنين منهم"، أو "إن أكبر عاطفة يكتبها الناس هي الغضب، والأخرى هي الحزن على خسارة شخص". فهل يمكن لشخص أن يقرر تصريحات كهذه دون دليل؟ ربما يستطيع بورغو أن يتكلم عن خبرته كمعالج نظر لتلك الحالات في خبرته أو في أدبيات مدرسته. ماذا عن العلم؟

قامت الدراسات التي تناولت الدفاعات النفسية بدراسة أثرها على حالات أخرى، مثل إحدى الدراسات التي تناولت مرضى السرطان الذين كان لديهم نمط دفاعي نفسي يتمحور حول التضحية بالذات. رأت تلك الدراسة أن هؤلاء كان لديهم وقت أقل للنجاة، وكانت مراحل السرطان تمضي بشكل غير محبذ أثناء مسيرة العلاج. لا تبدو تلك الدراسة دليلاً قوياً على وجود الدفاعات النفسية بيولوجياً ولا على أثرها النفسي بدرجة كبيرة، فهي تظهر اقتراناً إحصائياً بين صفات تبدو متباعدة. وجدت دراسات أخرى أن الكبت يتزامن مع صحة جسدية ونفسية أسوأ ويقترن إحصائياً مع الاكتئاب. هناك أيضاً إشكاليات في كيفية قياس الدفاعات النفسية وتوضيحها وعزلها عن استراتيجيات التأقلم. درس بعض الباحثين الدفاعات النفسية وتفاعلها مع خصائص نفسية أخرى، مثل أنماط التعلق أو بعض خصائص الشخصية أو اعتلالات الشخصية، ووجدوا روابط بين دفاعات معينة مع أنماط تعلق معينة.⁵⁹

في القسم الذي كتبنا فيه عن اللاوعي في هذا الكتاب، يمكن القراءة عن صعوبة إجراء التجربة على مفهوم الكبت بشكل قد يجعله غير قابل للتخطئة، أي أنه يصبح مفهوماً غير علمي كلياً. إحدى التجارب القليلة التي أُجريت لتثبت وجود عملية تكوين لرد فعل تجاه مشاعر مكبوتة كانت عرضة للتشكيك بمبدأ الكبت عبر تفسير منطقي آخر.

في النهاية، يمكن القول إن تحديد الدفاعات النفسية قد يكون مفيداً كنوع من تحديد الخصائص النفسية لشخص ما بنفس الطريقة التي نتكلم فيها عن أنماط التعلق أو عن وصف الشخص بمتلازمة معينة. الدراسات التي أثبتت الاقتران الإحصائي للدفاعات النفسية مع خصائص نفسية أخرى قد تعد دليلاً كافياً على صلاحية استخدامها. وهي في نهاية الأمر ليست مفاهيم مختلفة كلياً من وحي التحليل النفسي أو علم النفس، بل هي خصائص ثقافية

⁵⁹ Di Giuseppe, Mariagrazia, et al. "Recent empirical research and methodologies in defense mechanisms: Defenses as fundamental contributors to adaptation." *Frontiers in psychology* 12 (2021): 802602.

اجتماعية في تعريف الأشخاص وفهمهم، كما رأينا في بعض الأمثال الشعبية، لذا فقد تنفع كل من المعالج والمريض في العمل على بعض الحالات.

تقنيات أخرى مستمدة من الثقافة

التطابق لدى الشخص

بينما يعرف كارل روجرز التطابق (congruence) في حالة المعالج بأنه نوع من أنواع الأصالة والصدق في العلاقة، فهو يعرف أيضًا ذلك التطابق في حالة الشخص الخاضع للعلاج والذي يصنّفه باختصار على أنه الفارق بين واقعنا وما نشعر به. تزخر ثقافات البشر بالأمثلة الشعبية من القصص والأمثال عن الشقاء الذي يصيب المرء حينما يعاني من انقسام داخلي. يظهر الانقسام حينما يقتل قابيل أخاه فيندم بعد ذلك. ويظهر حين يشكو أرجونا في الأسطورة الهندية لكريشنا من انقسامه بين رغبته في القتال ورغبته في عدم القتال، ومن ذلك كثير في مختلف الثقافات. هل حقًا يعد الانقسام بين واقع معين وشعور مختلف بذلك الواقع إلى الشقاء النفسي؟ وهل يمكن أن يساعد العلاج النفسي في ذلك حتى لو فهمه؟

قد يستمد أمر مثل انقسامنا الداخلي أهميته من الثقافة، لكن معظم ما جرى من أبحاث حول مفهوم التطابق لكارل روجرز يستهدف مفهوم التطابق للمعالج وليس مفهوم التطابق لدى الشخص.

لعب الأدوار

إحدى وسائل خوض الحوارات في العلاج النفسي هي لعب الأدوار. يسأل المعالج الشخص أن يضع نفسه محل شخص آخر محيط به قد يكون جزءًا من مشكلة أو أزمة يعاني منها الشخص. نقول في الثقافة الشائعة "ضع نفسك محلي" أو "ضع نفسك محل فلان" وبمختلف اللغات. قد لا نحتاج إلى العلم لإعادة تأكيد أساليب الكلام الشائعة وفنونه، لذا فلا ضير من عدم وجود دليل تجريبي على فاعلية لعب الأدوار. مع ذلك، فإن دراسة العلاج

النفسي وممارسته تعطي للمعالج النفسي الخيار في استخدام هذه التقنية أو غيرها في الوقت المناسب.

تغيير السردية

في كتاب "اللاوعي المتكيف" لتيموثي ويلسون، والذي تقدمه في هذا الإصدار، يذكر الكاتب أن إحدى الوسائل لتحقيق فاعلية العلاج النفسي مهما كان نوع العلاج هي تغيير السردية نحو قضية ما في حياتنا؛ تكوين سرديات تتناسب مع حياتنا الجديدة أكثر من السابقة. أظهرت الدراسات على العلاج النفسي أن هؤلاء الذين يتبنون التفسيرات والرؤى المقدمة من قبل المعالج يثبتون تحسناً أعلى في عملية العلاج النفسي.

العلاقة العلاجية

العلاقة غير العلاجية

لا يستمع أو لا يفهم ما تقول

يتكلم أكثر منك



أنت تتكلم لمعظم الوقت وهو يستمع لك

يحكم على مواقفك وفقاً للتقاليد أو الدين أو احكامه الشخصية



علاقة منفتحة، يتقبلك فيها بشكل مطلق دون أحكام

يوجه لك الأوامر والتعليمات أو يلقي عليك محاضرة



لا يوجه لك التعليمات او الأوامر، بل يساعدك لتصل للأمر بنفسك

لا يقحم القيم أو قواعد التقاليد والدين في العملية

مشاركة الكثير من التفاصيل الشخصية وتبادل القصص والتجارب

يقدم لك النصائح



معالج نفسي

العناق، التلامس الجسدي

صديقك، مديرك، أحد أفراد اسرتك أو علاقة عاطفية



الالتزام بالحدود في العلاقة

يتخطى الحدود ليسألك عن أشياء لا ترغب بمشاركتها في الوقت الراهن

يتقبلك كلياً ويكون منفتحاً

لا تعاطف

يظهر الغضب أو الاشمئزاز من مواقفك أو يسخر، ينتقد، يتكلم بأسلوب لاذع



لا يعرضك أو يشتمرك منك

يظهر التعاطف

التقليل من شأن المشكلة

خضع هو للعلاج النفسي ضمن تدريبه

لا يمتلك تدريب أو معرفة بعلم النفس وبالعلاج النفسي



يملك شهادة ومعرفة حقيقية بعلم النفس والعلاج النفسي

مارس العلاج النفسي تحت الإشراف

علاقة منتظمة بوقت وبعقد وبمجموعة من الأهداف



علاقة غير منتظمة الوقت أو الأهداف

علاقة خاضعة لإطار تنظيمي أخلاقي محلي أو دولي يحمي الطرفين

لا يلتزم بالخصوصية ويفشي الأسرار وإن لم يكن بسوء نية



السرية التامة والحفاظ على الخصوصية مهما كلف الأمر

سلوكيات ذات أثر سلبي

سلوكيات إيجابية - بغض النظر عن كونها ضمن علاقة علاجية أم لا

سلوكيات محايدة - غير علاجية

اثبات فاعلية العلاج النفسي بالكلام عبر تصوير الدماغ

بعد مناقشة الأدلة حول عمل تقنيات عديدة وعناصر عديدة يتركز عليها العلاج النفسي سنناقش الآن الدليل البيولوجي المستمد من دراسات تصوير الدماغ.

وجد باحثون من جامعة ايموري⁶⁰ أن هناك أنماط معينة من النشاط الدماغي التي يمكن أن تبرهن حول ما اذا أثرت مضادات الاكتئاب أو العلاج النفسي بالكلام بدرجة أكبر على الاكتئاب. اخضعت الدراسة مجموعة من المرضى لـ ١٢ أسبوع من العلاج النفسي بالكلام وفق المنهج السلوكي المعرفي أو بمضادات الاكتئاب. في بداية الدراسة خضع المرضى للرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI) ثم أعاد الباحثون التصوير الدماغي بعد الدراسة.

وجد الباحثون تكوّن درجة أعلى من الروابط في منطقة مهمة لمعالجة المشاعر وهي القشرة الحزامية تحت الثفنية (subcallosal cingulate cortex) ومناطق أخرى في الدماغ يُعتقد أنها تغيرت كنتيجة للعلاج. كانت تلك النتائج لدى المرضى الذين كانوا يميلون إلى الشفاء مع العلاج النفسي بالكلام. أما أولئك الذين لم تظهر لديهم ذات النتائج في التصوير الدماغي فقد كانوا أكثر ميلاً للشفاء عبر مضادات الاكتئاب. تقترح هذه الدراسة أن فحوص التصوير الدماغي يمكن أن تتنبأ بالعلاج الأفضل لمرضى الاكتئاب، أي أن الخصائص البيولوجية لنا يمكن أن تحدد ما نحتاج من علاج وهو أمر بدأ البحث العلمي بالوصول إليه في مجالات مثل معالجة السرطان. لكنها في نفس الوقت تُعد دليلاً دامغاً على عمل العلاج النفسي بالكلام.

⁶⁰ Dunlop, Boadie W., et al. "Effects of patient preferences on outcomes in the Predictors of Remission in Depression to Individual and Combined Treatments (PREdict) study." *American Journal of Psychiatry* 174.6 (2017): 546-556.

في بحث آخر ساهمت به كل من جامعة بليموث وجامعة جلاسكو حاول الباحثون تقييم أثر العلاج النفسي بالكلام، وتحديدًا العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الاكتئاب. تم إجراء فحص الرنين المغناطيسي للمرضى قبل وبعد الدراسة وتوصل الباحثون أن هناك دوائر معينة في الدماغ تتعلق بالمكافأة كانت قد تفعلت بشكل مختلف في المرضى الذين كانت لهم استجابة أعلى للعلاج السلوكي المعرفي.⁶¹

قام باحثون آخرون بدراسة أثر العلاج النفسي عبر الرنين المغناطيسي الوظيفي على مرضى اضطراب الهلع⁶². قسم الباحثون المرضى إلى مجموعتين إحداهما مجموعة التحكم والتي لم تخضع لأي علاج، أما الثانية فقد خضع المرضى فيها إلى العلاج النفسي بالكلام. شفي 70٪ من مرضى المجموعة الثانية أما مجموعة التحكم فقد شفي منهم 7٪ فقط. كشف الرنين المغناطيسي الوظيفي أن العلاج السلوكي المعرفي قام بتطبيع النشاط الدماغي في مناطق معينة تميل إلى الفعالية المفرطة لدى الأشخاص المصابين باضطراب الهلع وبالأخص الأماكن ذات الصلة برصد التهديدات، وذاكرة الخوف وتنظيم العواطف. وجد الباحثون أيضاً أن عدد الجلسات المطلوبة يمكن أن يكون أقل مما كان يُعتقد.

وجدت دراسة أخرى³ استخدمت التصوير موتر الانتشار (diffusion tensor imaging) – وهو أحد أساليب التصوير الدماغي – أثر العلاج النفسي، أيضاً السلوكي المعرفي، على مرضى الوسواس القهري. وجدت الدراسة تغيرات ملحوظة في البنية الدقيقة للمادة البيضاء في الدماغ. تعد أهمية المادة البيضاء محورية في تنظيم التواصل بين مناطق الدماغ وتظهر تركيبة المادة البيضاء شذوذات لدى المصابين بالوسواس القهري. أظهر المرضى بعد الخضوع للعلاج تحسناً في صلات المادة البيضاء في مناطق معينة ورأى الباحثون أن ذلك يرتبط

⁶¹ [Will depression treatment work for me? Research shows that brain activity may help predict success of Cognitive Behavioural Therapy](#), University of Plymouth, 2 August 2019

⁶² [Brain Imaging Shows the Impacts of Psychotherapy](#), American Psychiatric Association, 6 Jan 2020

بتحسن الأعراض. وجد أن العلاج السلوكي المعرفي يقوي ارتباطات الدماغ لدى مرضى الفصام مما يقود لتقليل الأعراض وللتعافي بعكس أولئك الذين تلقوا الأدوية فقط حيث لم تظهر عليهم تغيرات في الدماغ. يعترض الباحثون كيف لا يوصف العلاج النفسي بالكلام لمرضى الفصام مع ذلك رغم وضوح فائدته.

في العام ٢٠١٩ فحص باحثون ايطاليون³ اشخاصاً خضعوا للعلاج بحركة العين السريعة وإزالة الحساسية (EMDR) والعلاج السلوكي المعرفي المخصص للصددمات النفسية. أظهر كل من العلاجين تغيرات متشابهة في الدماغ وتحسن في الأعراض رغم اختلاف طريقتي العلاج. تشترك هذه العلاجات بعامل محوري، مثل معالجة الذكريات الصادمة وتشجيع السلوك الإيجابي.

في بحث آخر^{٦٣} وجد الباحثون أن ١٥-٢٠ جلسة من العلاج النفسي السلوكي لمرضى الاكتئاب الحاد قد نجم عن تغيرات دماغية تم الاستدلال عليها بتقنيات التصوير المقطعي للدماغ (PET scan). شملت التغيرات زيادة في التوصيلات التليف المجاور للحصين (parahippocampal gyrus) والقشرة الحزامية الأمامية الظهرية (Dorsal anterior cingulate cortex) مقابل انخفاض في التوصيلات في كل قشرة فص الجبهة (prefrontal cortex) بأجزائها البطنية والوسطية والظهرية. قام باحثون في بحث منفصل بذات التقنية

⁶³ Goldapple K., Segal Z., Garson C., et al Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. Arch Gen Psychiatry. 2004;61:34–41. doi: 10.1001/archpsyc.61.1.34

باكتشاف زيادة في أيض الجلوكوز في أجزاء من الدماغ بعد جلسات العلاج السلوكي المعرفي.⁶⁴

درس ديتشير وزملاءه⁶⁵ علاجاً نفسياً آخر وهو علاج التفعيل السلوكي (Behavioral Activation Therapy) والذي يتضمن نمطاً من السلوك التفاعلي كمحفز إيجابي لتقليل سلوكيات الحذر لدى مرضى الاكتئاب. خضع المرضى للتصوير الدماغى قبل وبعد اجراء احدى المهام ضمن العلاج والتي تتطلب تحكماً معرفياً (cognitive control). تمت ملاحظة تغيرات الدماغ للسياقات المحزنة أو المحايدة في التمارين ومن ثم في العلاج بشكل عام حيث لوحظت بعض التغيرات في تفعيل مجموعة التلفيف الحزامي (paracingulate gyrus cluster) والتي كانت مرتبطة بالتغير في أعراض الاكتئاب أيضاً.

تم تقييم علاج الديناميكيات النفسية لفترة طويلة عبر التصوير الدماغى لمرضى الاكتئاب⁶⁶ قبل وبعد ١٥ شهر من العلاج النفسى. انخفض تفعيل قشرة الحزام تحت الركبية (subgenual cingulate cortex) كنتيجة لدى المرضى واقترن ذلك بتحسن في الأعراض.

⁶⁴ Kennedy SH., Konarski JZ., Segal ZV., et al Differences in brain glucose metabolism between responders to CBT and venlafaxine in a 16-week randomized controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2007;164:778–788. doi: 10.1176/ajp.2007.164.5.778.

⁶⁵ Dichter GS., Felder JN., Smoski MJ. The effects of brief behavioral activation therapy for depression on cognitive control in affective contexts: an fMRI investigation. *J Affect Disord.* 2010;126:236–244. doi: 10.1016/j.jad.2010.03.022.

⁶⁶ Buchheim A., Viviani R., Kessler H., et al Changes in prefrontal-limbic function in major depression after 15 months of long-term psychotherapy. *PLoS One.* 2012;7:e33745. doi: 10.1371/journal.pone.0033745

وجدت دراسة أخرى حول الرهاب الاجتماعية عبر التصوير المغناطيسي الوظيفي (fMRI)⁶⁷ أن الخضوع للعلاج النفسي لـ ١٢ أسبوعاً على منهج العلاج السلوكي المعرفي قد غير تركيبة الدماغ أيضاً. أظهر تحليل تصوير الدماغ زيادة في تفعيل بعض المناطق البصرية في التلفيف الصدغي وبعض مناطق المعالجة المعرفية ومعالجة العواطف في القشرة الحزامية الأمامية الظهرية (dorsal ACC) والفص الجبهي الظهرى الأوسط (dorsomedial PFC) قبل العلاج النفسي وانخفاض ذلك التفعيل بعده.

ختاماً، يمكن أن نرى كيف للعلاج النفسي أن يؤثر على عمل الدماغ أيضاً وأن ذلك يمكن قياسه بالتقنيات الحديثة لتصوير الدماغ. ليس كونه يُحدث تأثيراً وهمياً فحسب.

⁶⁷ Klumpp H., Fitzgerald DA., Phan KL. Neural predictors and mechanisms of cognitive behavioral therapy on threat processing in social anxiety disorder. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2013;45:83–91. doi: 10.1016/j.pnpbp.2013.05.004

الفلسفة والعلاج النفسي: كيف أقنعني دانييل دينيت بجدوى العلاج النفسي؟

مقال رأي وقراءة في كتاب

أول ما يمكن فهمه من قراءة الفصول الأولى من كتاب دانييل دينيت "شرح الوعي"^{٦٨} أو "الوعي مفسراً"^{٦٩} هو أن الشخص حين يتحدث عن وعيه وتجربته وحتى ما يرغب بقوله فإنه لا يمكن أن يتحدث عن مركز واحد لاتخاذ القرار في ذهنه. أهم ما فعله دينيت حول الوعي هو إخبارنا أن هناك عملاء عديدين يعملون في أدمغتنا، هناك أصوات عدة، وهناك جمل عديدة نرغب بقولها. تفكيك مفهوم الذات بذلك الشكل والنظر لأنفسنا بمفهوم أن هناك نوايا عديدة بل وحتى أشخاص عديدون في الداخل هو ثورة في فهمي لوعيي وسيكون ثورة لأي شخص. الغريب أنني وجدت فجوة كبيرة بين قراءة تلك الفكرة لأول مرة واستيعاب تلك الفكرة الهائلة بشكل شخصي. أول ما يمكن التفكير به أن عملية بهذه التعقيد ليست أمرًا يمكن للأصوات الداخلية لوحدها أن تحسمه، يحتاج المرء إلى عون خارجي في فهم نفسه في بعض الأحيان.

يشرح دانييل دينيت عملية إصدار الأفكار والأفعال من أدمغتنا وفق نموذج يسميه نموذج المسودات المتعددة. يعرض دينيت هذا النموذج كبديل لنموذج آخر أو استعارة أخرى لشرح عملية التفكير لدينا وهي المسرح الكارتيزي. في المسرح الكارتيزي لا بد أن يكون هناك مركز، قد يكون ذلك المركز للقيام بالتفكير أو للقيام بعمليات تكوين الكلام والنطق. أما في المسودات المتعددة فيقترح دينيت وجود العديد من العملاء العاملين معًا والذين قد يمتلكون محتوى لغوي يمكن إصداره بشكل كلام أو قد يمتلكون محتوى عاطفي يؤثر على مزاجنا أو قد تكون نوايا محققة أو غير محققة للقيام بأفعال معينة عبر العضلات وقد تكون حتى بعض

^{٦٨} عمر الميريواني، " كتاب شرح الوعي لدانييل دينيت: قراءة في الفصول الست الأولى من الكتاب "، العلوم الحقيقية، نوفمبر

⁶⁹ Dennett, Daniel Clement, and Daniel C. Dennett. *Consciousness explained*. Penguin uk, 1993.

عمليات التفكير غير مرتبطة بأي شيء. يخوض دانييل دينيت في معظم فصول كتابه في عملية تفكير النموذج المركزي هذا، وإقناعنا علمياً وفلسفياً أن هناك العديد من العملاء في داخل رؤوسنا يفكرون ويحركون قطارات الأفكار التي قد لا يصل بعضها إلى نطقنا وقد لا يهيمن معظمها على مزاجنا وقد يموت معظمها فيما قد تحرك بعض قطارات الأفكار قطاراتٍ أخرى. ما علاقة ذلك بالعلاج النفسي؟

لو قرأنا الجانب العلمي من اللاوعي لما وجدنا أن هناك برلماناً متكاملًا في الرأس، بل لوجدنا أن هناك تصنيفات مثل الدماغ القديم والدماغ الحديث وكيف أن هناك عمليات تفكير لا نعيها ولا تتضمن الكثير من البلاغة اللغوية وتميل للهيمنة على المشاعر أكثر متمثلة بنزعات الدماغ القديم. فيما نجد جانباً آخر عقلاً نياً بليغ اللغة يتمثل بالأفكار القادمة من الدماغ الحديث. لكن سواء نظرنا لنموذج دينيت الفلسفي – العلمي أو للمعلومات المتوفرة حالياً حول اللاوعي لتوصلنا إلى أننا لا ندرك جميع ما يجري في أدمغتنا. "غرباء عن أنفسنا" هو عنوان كتاب تيموثي ويلسون الذي يشرح عن اللاوعي المتكيف، المفهوم العلمي للاوعي. كيف نفهم تلك الأنماط إذن بين هؤلاء العملاء المختلفين أو بين ما نعيه وما لا نعيه؟ كيف نفهم قطارات الأفكار تلك؟ وكيف سيؤثر ذلك على حياتنا؟

تجدر الإشارة إلى أن دينيت يقترح بالدرجة الأولى أننا قد لا نصل إلى كيفية عمل الدماغ من خلال الطريقة التي نفكر بها، فنحن قد نكون مستخدمين لنظام تشغيل أو حاسوب افتراضي تم تنصيبه على جهاز دون أن يكون هناك الكثير من الصلة بين الإثنين. أي أنك قد لا تدرك كيف يعمل دماغك. مع ذلك، فإن كثيراً مما يستشهد به دينيت هو من التجارب المحسوسة البسيطة.

لو كان هناك إمكانية ألا نكون واعين بعملية تفكير تجري في عقولنا فهل يمكن أن يكون هناك تباين بين ما يعيه الأشخاص المختلفون من تجارب الحياة المختلفة؟ هل يمكن أن أكون أكثر وعياً بمشاعري منك بمشاعرك؟ في الحقيقة إن هذا ممكن عبر مثال متذوقي النبيذ لدانييل

دينيت. يتحدث دانييل دينيت عن التجربة الشخصية في كتابه ويذكر كيف أن إدراك متذوق النيذ يختلف بين المتذوق القديم والمتذوق الجديد، يدرك المتذوق الخبير ما لا يدركه المتذوق الحديث من ذات القدح من النيذ. يذكر أيضًا قصة لعبة أطفال للبحث عن الكشتبان وكيف أن الطفل الذي لم ير الكشتبان من قبل فلن يستطيع معرفته. بذات الكيفية يمكن أن نكون أقل وعيًا بمشاعرنا أو بطيف معين من مشاعرنا. هناك عشرات الأشياء التي يعمل الجهاز العصبي على تلقي الإشارات منها الآن، منها حذاءك الذي تلبسه الآن، الثياب التي تلبسها وشعورك بملامستها لجلدك، شعورك العام بالخوف أو الأمن، تعلقك بالعديد من الأشخاص والأشياء، لكن هل تعي كل تلك التجارب طيلة الوقت؟ هل تغيب تلك التجارب؟ يمكن عبر تجارب علمية عديدة أن نرى كيف أن العمليات الذهنية التي لا نعيها قد تمثل إشارات تأتينا طيلة الوقت من الحواس المختلفة ومن الأفكار.

يستشهد دانييل دينيت بمقولة (ربما لبرنارد شو) أنه لم يدرك حبه لحبيته حتى صرح بذلك لها. لا أذكر المقولة بالضبط، لكن يبدو أن شيئًا ما يحدث لنا حينما نتحدث عن المشاعر. دراسات جيمس بيناييكر ترينا دليلًا فيزيائيًا على حدوث شيء ما حتى على مستوى تحسن الصحة الجسدية حينما نفصح عن صدمات نفسية أو آلام ونتحدث عنها. هل من علاقة؟ يذكر دانييل دينيت أن العملاء في أذهاننا لا يمتلكون محتوى لغويًا بالضرورة، بعض العمليات الذهنية قد تحمل مشاعر فقط لكنها ليست ذات محتوى لغوي. هنا توقفت عند كل تلك القطع. الحديث عن شيء معين هو أحد وسائل اختبار كتنجربة، وبالتالي هو وسيلة لكي نبدأ بتطوير الخبرة والوعي به إن كان من المشاعر.

بدءًا من الحديث عن المشاعر إلى تعلم اختبار ما تفعله المشاعر في الجسد من ارتفاع لمعدل ضربات القلب أو شحوب الوجه فنحن نحتاج إلى اختبار ذلك العالم وامتلاك الوعي به. أعني بالوعي هنا مفهومًا بسيطًا جدًا، ربطه بالمزيد من تجاربنا كما ننسج عدة خيوط لتشكيل حبل صغير لجعله جزءًا من المشهد. في حين أن ما لا نعيه من التجارب لا يمثل

سوى قطار من الأفكار ينطلق ويخبت دون إدراكه بالدماغ الحديث. أضف لذلك مهمة أخرى نواجهها وهي تمييز الأصوات المختلفة في رؤوسنا، المحركات الرئيسية التي توجه دوافعنا، الشياطين الذين يتحدث عنهم دانييل دينيت، وأخيرًا ثم تعزيز التجربة الشخصية بكل ما يجري. بحكم تعقيد الدماغ وتعقيد عملية التفكير وانقسامها بين عمليات واعية وأخرى غير واعية فإننا كبشر نواجه مهمة أصعب بكثير من العناية بأسناننا أو بنمط التغذية أو الرياضة. لا بد من شخص ليساعدنا في تلك المهمة.

المنطق الذي يعمل به الجهاز العصبي (وحتى أجهزة الجسم الأخرى) ليس منطقيًا رياضيًا سلسًا بل يشبه أحيانًا غرفة من المرايا تجعل فيها الانعكاسات المتوالية إيجاد الحقيقة أمرًا صعبًا. أبسط مثال على تجربة من هذا النوع هو التخبط في تحديد موضع الألم في أعصاب الأسنان حين نظن أن الألم يأتي من السن في الأعلى لكنه في الحقيقة يأتي من السن في الطبقة السفلى. بنفس الطريقة يمكن للاكتئاب أن يكون مغطى بطبقة من القلق، أو الغضب، أو الاشمئزاز. يمكن للتعقيد الفكري الذي ننسجه حول فكرة ما أن يكون مجرد ظاهرة ثانوية تقف أمام ألم شديد نحاول تغطيته.

مجرد الحديث عن ذلك العالم بشكل مستمر مع شخص يقوم بالإنصات يقدم فائدة كبرى كما ترينا أبحاث جيمس بينايكر. بينايكر أجرى أبحاثه حول الإفصاح على عملية الكتابة، أي حتى دون وجود طرف ثاني في العملية. فماذا لو كان هناك شخص في الطرف الآخر؟ ماذا لو كان هناك شخص يمتلك الخبرة بما يواجهه الناس في العادة؟ بالعودة إلى ما يذكره دينيت حول العمليات الذهنية التي لا تمتلك محتوى لغوي، وجدت تشبيهًا أراه دقيقًا لعملية منح اللغة لتلك الأصوات، أننا نمح السماع، الميكروفون، لجمهور صامت. ربما لم يتكلم بعض هؤلاء العملاء في أذهاننا قط. لكن هل من الطبيعي أو الجيد أن نكون عاجزين عن التعبير عن مشاعرنا أو عن الوعي بها؟ قد يقول قائل إننا سنصبح أسوأ لو فهمنا ما يجري في الداخل، فلماذا نعطي السماع لتلك الأصوات؟

من الحقائق المرة حول واقع البشرية هو أن الغضب يرتبط بالأساس بأدوات متكاملة من الأفعال تمتد من الاشمئزاز والملامح الظاهرة على الوجه والصراخ وحتى تسخير خطة لقتل شخص. لو اعتبرنا أن هناك صوتاً في الدماغ يعبر عن الغضب، أو على مصطلحات دانييل دينيت أن هناك عميلاً أو شيطاناً يمثل الغضب، فإن لذلك الصوت الكثير من الصلاحيات. الخوف كذلك، يمكن أن يقودنا الخوف بعيداً عن أي تفكير منطقي (الدماغ الحديث)، وهكذا مع الشهوة الجنسية وغيرها. هل فكرت كيف لسياسي شهير أن يتورط في فضيحة جنسية لنزوة تدوم لدقائق؟ يعطي العلاج النفسي الميكروفون لتلك العناصر في الدماغ ويحقق ارتباطاً بين أجزاء الدماغ الحديث والدماغ القديم بشكل هادئ عن طريق اللغة. إعطاء محتوى لغوي لعناصر لا تمتلك اللغة قد يعني الكثير. هذه فرضية فقط وهي مبنية على نموذج فلسفي لدانييل دينيت لذا لا أعتبر فرضية الميكروفون سوى رأياً.

في الختام، العلاقة العلاجية هي علاقة نادرة الحدوث من بين الكثير من أصناف العلاقات بين البشر وربما هي الأسمى من حيث تخصيص المعرفة العلمية والخبرات والحكمة المستمدة من مدارس العلاج النفسي المختلفة لترميم وتطوير أجزاء من النفسية لم يسبق لتخصص معرفي أن حاول إصلاحها بهذا الشكل. مقتضيات وجود هذه العلاقة تتمثل بالتعقيد الكبير لأدمغتنا بما في ذلك التفكير والمشاعر والنوايا مضافاً إلى ذلك عامل الزمن. كل ذلك يجسد درجة صعوبة فهم ما يجري في الدماغ من قبل الشخص بذاته. أما وقوع بعض تلك العمليات الذهنية في الظل، اللاوعي، فهو التحدي الآخر الذي يقتضي وجود مهنة كالعلاج النفسي؛ وأخيراً، يبدو الإفصاح وكأنه إكسير للشفاء للكثير من المآسي الداخلية، الطريقة التي فهمته فيها على ضوء نظريات دانييل دينيت كانت بفرضية إعطاء الميكروفون، إعطاء اللغة لمن لا لغة له بشكل يحدث ثورة في التفكير.

٣- العلم والعلم الزائف في العلاج النفسي

الرد على القائلين بعدم فعالية العلاج النفسي

المقال الأصلي هو رد على مقال هاريت هول بعنوان "إعادة النظر في العلاج النفسي"⁷⁰

ترجمة: لبنى العموري

قبل الخوض في جدل حول فعالية العلاج النفسي، أود أن أعرض بعض الإحصائيات والأفكار المتناقضة من مقال هاريت هول "إعادة التفكير في العلاج النفسي"، المنشور في المجلد ٢٨، العدد ١، من مجلة Skeptic.

ربما لم يحظ أي تخصص في العلوم الاجتماعية يمثل هذا المديح الكبير والنقد المبالغ فيه كما تخصص العلاج النفسي، ونحن العاملون في هذا المجال ندرك الصعوبات التي أشارت إليها هول وغيرها، وفي نفس الوقت رأينا التغييرات الإيجابية في حياة المرضى الذين خضعوا إلى علاج نفسي مناسب وفي كثير من الحالات تم إنقاذ حياتهم.

اليوم أنا وجميع المتشككين ندرك حجم ما فاتنا من العمل المميز للراحلة هاريت هول والذي وضحت فيه أنه لا توجد تقارير موضوعية حول فعالية العلاج النفسي أو معايير للمقارنة أو حتى طريقة لمعرفة ما إذا كان فعالاً أم لا كونه لا يستند إلى أساس علمي متين أو معايير موحدة لاختيار العلاج أو المعالج النفسي.

تتفق جميع المصادر التي استشهدت بها هول وغيرها على حقيقة أنه لا يزال أمامنا الكثير لتتعلمه عن النفس البشرية ولنفهمه عن طبيعة العلاقة بين العقل والعلاج النفسي، ومع ذلك يتوجب علينا قراءة وفهم البيانات والتحليلات التي تثبت فعالية العلاج النفسي. نعرض هنا مثال الحجج الداعمة التي فصلها كتاب "الأدلة حول فعالية العلاج النفسي" لبروس ومبلود

⁷⁰ Vivan Baruch, Psychotherapy Redeemed-A Response to Harriet Hall's "Psychotherapy Reconsidered", Skeptic, March 15, 2024.

وزاك إيميل وأيضًا كتاب "علاقات العلاج النفسي الناجحة" لومبولد وجون نوروكس، بعد عقود من التحليل الإحصائي والاستنتاجات المستخلصة من عدد هائل من دراسات العلاج النفسي، وأنه يمكن للبشر الشفاء من الناحية الاجتماعية، إضافة لذلك قدموا بدائل مقنعة لنهج العلاج التقليدي الذي يركز عادة على مكونات العلاج الخاصة باضطراب معين لتحديد أكثرها فعالية.

وهذه الفكرة كانت نقطة ضعف في بحث هول، لأنها ركزت على الاختلافات بين العلاجات وليس بين المعالجين وهو مبدأ النهج التقليدي سواء في الطب النفسي أو في الطب بشكل عام وفيه تم تجاهل دور المعالج، رغم أنه العامل الأهم في نجاح العلاج؛ فمهارة المعالج ومرونته في تطبيق العلاجات أكثر أهمية من سنوات دراسته وتطوره المهني، ولا يمكن لأي تدريب تلقاه المعالج أن يؤدي إلى نتائج مرضية إلا إذا غير أسلوبه العلاجي استجابة لنتائج كل جلسة.

الجوانب السيئة للعلاج النفسي

ما كانت هول محقة فيه هو أن نتائج العلاج النفسي لم تتحسن بصورة ملحوظة على مدى سنوات، فمثلًا الدراسة التي أجراها عالم النفس هانز آيزك عام ١٩٥٢ ليثبت زيف فعالية العلاج النفسي لم يشكك فيها أحد حتى العام ١٩٧٧ بعد أن وجدوا أن حجم تأثير العلاج النفسي أعلى بنحو ٠.٨ مرة من متوسط الحالات التي لم تخضع لعلاج وعلى مدار الخمسين عامًا الماضية ظلّ هذا الحجم ثابتًا بالرغم من انتشار العديد من نماذج التشخيص والعلاج.

وكانت هول دقيقة حين قالت أن المعلومات التي توصلت إليها مئات من دراسات العلاج النفسي متناقضة، ولم تكن صائبة عندما قالت أنه لا توجد أرقام معيارية نستند إليها؛ فاليوم بعد عقود من التحليلات الإحصائية يوجد ما يثبت ما هو فعال أو غير فعال في العلاج النفسي.

تحدثت هول عن الأشخاص المؤيدين لعلاج دون آخر وأصابت بالقول أنهم يدافعون عنه بناء على نجاحهم في تطبيقها؛ فكل التجارب السريرية التي قارنت بين العلاجات توصلت إلى أن كل العلاجات فعالة بنفس القدر، فما يهم فعلاً هو طريقة تطبيق العلاج وليس العلاج بحد ذاته؛ يمكن لمعالج أن يساعد المرضى في التغلب على صعوباتهم وينجح في ذلك بأسلوبين مختلفين لكن كلا الأسلوبين فعال ومتربط ومقنع، فجميع العلاجات تسهم بنحو ١٠-١٠٪ من نجاح العلاج وهو ما يثبت خطأ المدافعين عن علاج دون آخر وبدون أن يقدموا دليلاً حقيقياً على ذلك، ومعظم المعالجين النفسيين لا يملكون دليلاً يثبت صحة ما يفعلونه، وهذا النقص في الأدلة يدفعنا للحكم على أقوالهم بأنها مجرد انطباعات وردود فعل شخصية. وفي ظل غياب التقييم الفعلي والموثوق لأعمالهم سيكون من الصعب إيجاد منهج تعليمي أو دليل يمكنهم من تحسين مهاراتهم.

فيما مضى، كان المعالجون يدونون الملاحظات الخاصة بمرضاهم وقيمونها بعد كل جلسة، واليوم يتم ذلك باستخدام منصات عبر الانترنت مما يتيح لهم مراجعة بيانات المرضى ومقارنتها مع نتائج زملاءهم حول العالم والاستفادة منها ويطلق على هذا الأسلوب بـ"العلاج المرتكز على التغذية الراجعة (FIT)"، ورغم سهولة الوصول لهذه المنصات إلا أنها ما زالت قليلة الاستخدام من قبل المعالجين حول العالم، وتمت التوصية بهذه المنصات من قبل المركز الدولي للتميز السريري (ICCE) الذي جمع لعقود من الزمن بيانات المعالجين من جميع أنحاء العالم ما يعني أنه يحوي أدلة تدعم أقوال هول عن العلاج النفسي. هناك بيانات توثق معدلات انسحاب المرضى من العلاج النفسي قبل الخضوع لتجربة سريرية فعلية وهي تتراوح بين ٢٠-٢٢٪ للأفراد البالغين وبين ٤٠-٦٠٪ بيم الأطفال والمراهقين على الرغم من أن هذا العلاج مستند إلى (FIT) وهذا مع الأسف يعني وجود معدلات انسحاب أعلى في العلاج النفسي غير المستند إلى (FIT).

حديث هول عن عدم معرفتنا بأضرار العلاج النفسي غير صحيح؛ فالיום توجد العديد من النقاشات والتحليلات حول ما قد ينجح أو لا ينجح في العلاج النفسي، فمثلاً كشفت إحدى الدراسات أن نسبة الأشخاص الذين تسوء حالتهم خلال فترة العلاج النفسي تتراوح بين ٥-١٠٪.

من المؤسف القول أن متوسط عدد المعالجين النفسيين الذين يقيمون فعالية نتائجهم يكونون في مرحلة مبكرة من مسيرتهم المهنية، فلا توجد أي دراسات تؤكد تحسن المعالجين بعد ٥٠ ساعة من التدريب، وأن بعض المساعدين المهنيين الذين خضعوا لتدريب مدته ٦ أسابيع يمكنهم مضاهاة علماء النفس الحاصلين على درجة الدكتوراه والتي تعادل ٥ سنوات من التدريب. هذه المعلومات تدعم رأي هول بضرورة تقييم نتائج كل معالج للتأكد من فعاليتها مقارنة مع الآخرين، مع احتمالية حدوث خلط بين طريقة المعالج وليس هو نفسه. لدينا دراسات أخرى بيّنت أنه من الممكن للطلاب تقديم نتائج أفضل أو تساوي نتائج معلمهم، هذه الحقيقة يمكن رؤيتها في مناقشة ويتكوفسكي مع فيكرام إتش باتيل حيث جاء في دليله "لا وجود لطبيب نفسي مرجعي" خاصة في البلدان التي تفتقر للتدريبات والتحليلات الخاصة بالعلاج النفسي.

في الوقت ذاته، قد يبالغ بعض المعالجين النفسيين الذين مارسوا المهنة لبضع سنوات في تقييم أنفسهم وأنهم في تحسن مستمر رغم عدم وجود دليل على ذلك، كما أنهم قد يتحيزون لأنفسهم كما في تأثير دونينج-كروجر أي أنهم يبالغون في تقييم قدراتهم، ففي النهاية حسب التحليلات الإحصائية هناك تباين كبير في فعالية العلاج النفسي بين الأطباء، والقليل منهم من يحقق نتائج مميزة مع مرضاهم بالمقارنة مع زملاءهم.

الجوانب الإيجابية للعلاج النفسي

وحتى لا تطغى الجوانب السلبية للعلاج النفسي على البحث، فيما يلي بعض الجوانب الإيجابية عنه.

منذ عهد آيزنك والمصادر المتنوعة التي استعانت بها هول في بحثها تم إثبات كون العلاج النفسي فعال وأن متوسط عدد المرضى الذين تابعوا علاجًا نفسيًا كان أفضل بنحو ٨٠٪ من متوسط عدد الأشخاص الذين لم يخضعوا لواحد.

وحجم تأثير العلاج النفسي هذا يساوي في فعاليته فعالية عملية مجازة الشريان التاجي الجراحية، ويزيد بفعاليتها إلى نحو أربع مرات عن فعالية استخدام الفلورايد لمنع تسوس الأسنان، ولكن كما ذكرنا مسبقًا بقي حجم هذا التأثير ذاته لمدة خمسين عامًا بصرف النظر عن المشكلة النفسية أو طريقة العلاج المتبعة.

إن الأدوات التي يستخدمها المعالجون النفسيون لا تؤتِ أكلها إلا عندما يتقن المعالج استخدامها، إذا ما مدى فعالية المعالجات النفسية؟

هذا السؤال كان محور العديد من الدراسات الحقيقية حيث طُلب من الأطباء تقييم نتائجهم روتينيًا بعد كل جلسة وقارنوها مع النتائج السريرية العشوائية ولاحظوا مدى التقارب بينهم. ومن المهم هنا أن نسلط الضوء على كون الباحثين في التجارب السريرية العشوائية يتمتعون بمزايا لا يحظى بها المعالجون النفسيون في عملهم، ومنها:

(أ) يملكون قاعدة منتقاة من المرضى، بينما في العلاج النفسي فالأطباء يتعاملون مع مرضى قد يعانون من حالتين نفسييتين أو أكثر.

(ب) عدد الحالات التي يتم التعامل معها أقل.

(ت) نتائج الجلسات تتم متابعتها ومناقشتها بشكل مستمر مع كبار الخبراء في العلاج النفسي.

تستخدم هول والمعالجون النفسيون حول العالم منذ وقت طويل العلاج المرتكز على التغذية الراجعة، فهي منذ عام ١٩٨١ تراجع المرضى وبدأت تشعر بتحسن النتائج بعدما تبنت هذا العلاج لما يقارب ٢٠ عامًا، حيث يحصل المعالجون في هذا النهج على ملاحظات روتينية

كثيفة من كل مريض في بداية كل جلسة وتكون حول تأثير العلاج في أربع مجالات مختلفة من حياته، وهي:

١. الرفاهية الفردية.
٢. العلاقات الشخصية القوية.
٣. التفاعلات مع المحيط الاجتماعي.
٤. الأداء العام.

ويطلق على هذا المقياس بمقياس النتائج أو ORS.

وفي نهاية كل جلسة يدون المعالج ملاحظات كاملة حول أربع عناصر أساسية لتجربة المريض معه، وهي:

١. الشعور بأنه مفهوم ومسموع.
٢. الحديث عن المواضيع التي تعنيه حقاً.
٣. ملائمة النهج المستخدم له.
٤. تقييم الرضا العام للجلسة، للتأكد من عدم نسيان أي موضوع يهمه.

وهذا يطلق عليه مقياس تقييم الجلسة أو SRDS.

وبدمج نتائج التقييمين يضمن المعالج إعطاءه الأولوية لتفضيلات الشخص.

تظهر بعض الأبحاث أنه على مستوى الشخص هناك اختلاف في نتائج المعالجات النفسية وعلاقتهم مع المرضى والتي تعتبر عاملاً مهماً في تحسين هذه النتائج، فالبيانات التي تمّ جمعها على مدى ٢٥ عاماً لما يقرب من ٢٠٠٠ مريضاً و٩١ معالجاً وثقت الاختلافات الكبيرة في إمكانيات الأطباء والبعض منهم كان أكثر كفاءة من غيره، والأسباب الكامنة وراء ذلك هو مقدار الوقت الذي كرسوه في بلوغ أهداف تتجاوز إمكانياتهم من أجل تحسين أداءهم.

ما وضحته لنا الدراسات هو أننا كنا نبحت ولمدة خمسين عامًا في المكان الخطأ عن إجابات حول عدم تحسن نتائج العلاج النفسي، فقد ركزنا على العوامل المؤثرة داخل غرفة العلاج وليس خارجها بينما كان من المفترض أن نبحت فيما يقدمه المريض خلال الجلسة وما يقدمه المعالج قبل وبعد رؤيته للمريض.

حقيقةً يؤثر المريض والعوامل المحيطة به بنسبة ٨٧٪ من نتائج العلاج النفسي، ويمكن اعتبار هذه العوامل غير علاجية مثل شخصية المريض وبيئته وأصدقائه وعائلته وعلاقاته الاجتماعية، ففي حين أن المريض يقضي ساعة واحدة من كل أسبوع مع معالجه، يقضي باقي الساعات ضمن هذه العوامل والتي تشكل ١٦٧ ساعة من أسبوعه. هل هذا يعني أننا لا نستطيع القيام بشيء حيال ذلك؟

بالطبع لا، إذ أن بإمكان المعالجين القيام بما يلي:

(أ) التكيف مع هذه العوامل.

(ب) الاستفادة منها فيما يخدم علاجهم.

أما نسبة الـ ١٣٪ المتبقية توزع بنسبة ٩-٤٪ للمعالج النفسي، و ٩-٤٪ للعلاقة بين المعالج والمريض، ٤٪ للنتيجة المتوقعة من العلاج، في حين نسبة طريقة العلاج المتبعة هي بين ٠-١٪.

وهذا يفسر كيف تكون شخصية المعالج وكيفية تعامله مع المرضى هي الأساس في تحقيق نتائج إيجابية للعلاج بدون تأثير العوامل الأخرى.

إذن، كيف ينبغي علينا اختبار المعالج؟

حاليًا توجد حركة تدعى "الممارسة المتعمدة" يقودها باحثون ومعلمون وسياسيون ومشرفون بارزون في مجال العلاج النفسي هدفها هو ضمان انخراط الخريجين الجدد في ممارسة

المهنة بشكل جدي ومستمر من خلال تحليل أداءهم خلال الجلسات وخاصة في المواقف الصعبة عاطفياً وتقييم مهارتهم من الخبراء في المجال.

واستمدت هذه الحركة فكرتها من البحث المطول الذي أعده ك. أندرس إريكسون (والذي سمي نفسه الخبير في التجربة) وتناول فيه العوامل المؤثرة في اكتساب الخبرة في العديد من المجالات النشطة مثل الرياضة والطب والموسيقى والرياضيات والأعمال والبرمجة وغيرها، وعليه أجريت دراسة عام ٢٠١٥ لفهم ما يميز المعالجين ذوي الكفاءة العالية عن المعالجين ذوي الأداء المتوسط وتبين أنهم يقضون نحو أكثر من ٢٥ مرة من وقتهم في الدراسة المتعمدة، و١٤ مرة أكثر من المعالجين العاديين الأقل كفاءة.

يشجع الخبراء المعالجين والمشرفين والمعلمين وهيئات الترخيص على تغيير القواعد المتبعة في تدريب المعالجين النفسيين، ويمكن تحقيق ذلك من خلال قاعدتين الأولى هي التركيز على المريض وتدوين الملاحظات في كل جلسة مما يساهم في تعزيز ثقافة العلاج المرتكز على التغذية الراجعة، والثانية تدريب كل معالج من قبل مدرب يستخدم الممارسة المتعمدة. وهذا يضمن إمكانية مساءلة المعالجين ليس من قبل المرضى فقط وأيضاً من قبل شركات التأمين الصحي ومجال العلاج النفس قبل منح الحق بالممارسة والتدريب والاعتماد والترخيص المستمر للمعالجين.

باختصار، العلاج النفسي فعال. وللذين يرغبون في استكشاف المزيد عن نجاح العلاج النفسي والعوامل المؤثرة في ذلك، أوصي بشدة بقراءة كتاب Better Result: Using Deliberate Practice to Improve Therapeutic Effectiveness والدليل المرافق له.

الاحتيايل والعلم الزائف تحت غطاء العلاج النفسي

مهما ذكرت الدراسات من فوائد للعديد من ممارسات العلاج النفسي ومناهج العلاج النفسي، فإن العلاج النفسي يبقى مجالاً حافلاً بالزيف والاحتيايل أكثر من أي ممارسة صحية أخرى^{٧١ ٧٢}. إن صعوبة دراسة الدماغ البشري وصعوبة دراسة الجانب النفسي من البشر يُعدّ من الأسباب التي جعلت علم النفس متأخرًا عن غيره بشكل عام، ويتبع العلاج النفسي ذات القاعدة ما لم يكن أكثر تأخرًا بحكم كونه لا يتطلب فهم السلوك فحسب بل تحقيق تغيير علاجي في الشخص. مع ذلك، فقد ناقشنا خلال هذا الكتاب عددًا كبيرًا من الممارسات التي تعد انتصارًا للعلاج النفسي ولعلم النفس بشكل عام. يجدر أيضًا التحذير من الهراء في العلاج النفسي، فهو، ونظرًا لعدم وضوح التشريعات، صار في كثير من البلدان مرتعًا للمحتالين بمختلف أصنافهم. فما هي أبرز أنواع الاحتيايل والزيف تحت غطاء العلاج النفسي؟

تجدر الإشارة إلى أن هناك مئات الأنواع من العلاج النفسي، بعضها ليس سوى تنوع من ممارسة علاجية ناجحة مع إضافات بسيطة. لكن هناك الكثير من الممارسات والمناهج الزائفة كليًا والتي لا تمتلك أي إسناد من المجتمع العلمي، والتي لا تُعد غير مفيدة فحسب بل قد تكون ضارة.

⁷¹ [Psychotherapy And Pseudoscience: Five Indicators Of Dubious Treatments](https://www.mentalhealth.com), mentalhealth.com, Sep 25th 2024

⁷² Jonathan N. Stea Ph.D., R. Psych, [“Mental Health Misinformation and Pseudoscience Are Rampant”](https://www.psychologytoday.com), Psychology Today, June 25, 2024

العلاج النفسي والدين

أول الممارسات الزائفة في العلاج النفسي والتي تنفرد بمناهج علاجية كاملة أيضًا هي تغليف التعاليم الدينية بغلاف نفسي مما يجعلها تبدو وكأنها علمًا. أحد تلك الأنواع هو ما استُحدث في إيران بعنوان العلاج السلوكي العاطفي الديني⁷³ الذي يحاول أن يبقى محايدًا بغض النظر عن الدين، والذي قد لا يمكن الحكم عليه بصفته بوابة لتقديم الممارسات الدينية، مما يوصف في البحث على الأقل.

قد يجادل الكثيرون بأن أمرًا كالصلاة هو أمر مفيد وأنه قد يستمد فائدته من التأمل حتى. لكن هناك فرق كبير بين إقرار وجود فائدة للصلاة أو غيرها من الممارسات الدينية وبين جعل الدين والوعظ الديني جزءًا من العلاج النفسي، ولأسباب واعتبارات كثيرة تجعل من خلط الدين مع العلاج النفسي أمرًا خطيرًا وضارًا. في البدء، يجب الإقرار أن العلاج النفسي وكما تم تأسيسه على يد آرون بيك وكارل روجرز وحتى سيغموند فرويد هو ممارسة علمية وتستمد شرعيتها وتعليمها وتطبيقاتها من العلم. وربما لا يمانع العلاج النفسي من تبني بعض الممارسات كالتأمل نظرًا لبساطتها ولحياديتها، فالتأمل أو اليقظة الذهنية لا يتبعان اليوم لدين بذاته، لكن لو جاء الأمر للصلاة الإسلامية أو المسيحية، ولو فرضنا جدلاً أن هناك تأكيدًا علميًا شديدًا على فائدتها، فهل يمكن أن يتدخل المعالج النفسي بنفس الطريقة للنهي عن ممارسة دينية لو وجد هناك دليل ضدها؟

إن هذه القضية هي قضية شائكة تنبع من علاقة الدين بالعلم بشكل عام ومن حيث منهجية الدين القائمة على مبادئ الإيمان واليقين ومنهج العلم القائم على الشك وعلى قابلية التخطيطة

⁷³ Rajaei, Ali Reza. "Religious cognitive–emotional therapy: A new form of psychotherapy." Iranian journal of psychiatry 5.3 (2010): 81.

بشكل دقيق^{٧٤}. وبذلك يكون إقحام الدين من الأساس في البحث العلمي المتعلق بالعلاج النفسي أمرًا إشكاليًا من قبل الجهات الدينية قبل أي جهات أخرى. تخيل بحثًا يحاول إثبات فائدة صيام رمضان نفسيًا ويتوصل إلى بعض الأضرار فيه، وهذا مثال فقط وليس حقيقة علمية، كيف ستكون ردود الأفعال تجاه البحث والباحث؟ بالمقابل، فإن هناك الكثير من الباحثين الذين قالوا بفوائد ممارسات دينية من أديان عديدة. هل يقبل ذات الباحثين بأبحاث معاكسة؟

يمكن للمعالج النفسي بالمقابل ووفق منهجه العلمي أن يكون منفتحًا على ممارسات الشخص الدينية ودينه ونظرته للعالم. نشرت رابطة الإرشاد النفسي البريطانية مقالًا يتحدث فيه أحد المعالجين عن إمكانية جعل جلسات العلاج النفسي جلسات مفتوحة يمكن للمعالجين فيها مناقشة القضايا الروحية للعملاء.⁷⁵ لا يمكن أيضًا وفق الكثير من الأطر المهنية للعلاج النفسي في العالم أن يقوم المعالج بنهي عملائه عن ممارساتهم الدينية. يتعارض ذلك مع جوهر العلاقة التي قدمها كارل روجرز وتبنتها مدارس العلاج النفسي من بعده. لكن ماذا لو دخل الدين في العلاج النفسي؟

من المخاطر الكبرى في إقحام الدين في العلاج النفسي هي تحول جلسات العلاج إلى جلسات إرشاد ديني. تذكر قصص كثيرة في العالم العربي مراجعة شخص ما لطبيب نفسي يقدم علاجًا بالكلام وانتهاء الجلسة بتحويلها إلى جلسة وعظ ديني يسأل فيها الطبيب الشخص عن صلاته وصومه.

^{٧٤} الاعجاز العلمي وسلبات الخلط بين العلم والدين، العلوم الحقيقية، اغسطس ٢٠١٦

⁷⁵ William West, "Addressing spiritual and religious issues in counselling and psychotherapy Thresholds, Winter 2012.",

الخلافات الدينية والمذهبية هي أمر آخر خطير مهما صغرت تلك الخلافات. لو نظرنا إلى الخلافات بين السنة والشيعة والكاثوليك والبروتستانت من وجهة نظر محايدة لانتبهنا أن الفروقات بين تلك المذاهب صغيرة جدًا. مع ذلك، لاحظ الصراعات التي نجم عنها مقتل الآلاف وربما الملايين عبر التاريخ. الحساسيات بين الأديان كبيرة جدًا وتعد بذاتها مصدر تهديد للعلاقة العلاجية ولعملية العلاج النفسي فيما لو تبني المعالج منهجية دينية. مهما بلغ التقارب الديني فإن احتمالية وجود الحساسيات بسبب فوارق صغيرة في العبادات أو الأشخاص المقدسين في الدين هو احتمال كبير جدًا.

فقدان الحدود بين المعالج والشخص وتحول العلاقة إلى إرشاد ديني يمكن أن يجرّد العلاقة العلاجية من أي صيغة ويحولها إلى شكل نمطي من علاقات السلطة الدينية مثل علاقة المصلي مع الإمام أو التلميذ مع الشيخ. لا إشكال أو نقد لتلك العلاقات، لكن هل تدفع مألًا ووقتًا للعلاج النفسي لتنتهي في علاقة كهذه؟

يمكن للدين أن يواجه بعض الإشكاليات لو دخل في صلب عملية العلاج النفسي، لكن ليس إن تخلى عن بعض الخطوط الحمراء من وجهة نظر الدين. كيف سيواجه منهج معين للعلاج النفسي، يتخذ من الدين وسيلة لإلهامه، شخصًا يتعاطى الكحول أو المخدرات؟ وكيف سيواجه شخصًا مثلًا؟ كيف سيواجه شخصًا يتحدث عن أمور تعتبر جرائم من وجهة نظر الدين رغم كونها ليست جرائم من وجهة نظر القوانين المدنية؟ لو استطاع شخص ما، معالج أو طبيب نفسي، أن يتخطى تلك الحواجز وأن يتبنى علاقة أصيلة (راجع كارل روجرز حول العلاقة العلاجية في هذا الإصدار) فلن تكون هناك مشكلة.

العلاج النفسي والدين في الغرب

إن الحديث عن الدين والعلاج النفسي لا ينحصر بالشرق الأوسط وأديانه، فهناك الكثير من الممارسات والمعتقدات التي اقتحمت أشكالًا زائفة من العلاج حول العالم دون استئذان وهي تحقق نجاحًا تجاريًا بغض النظر عن رأي العلم فيها. أحد تلك الأصناف الزائفة المتنكرة

أحياناً بثوب العلاج النفسي هو العلاج المتعلق بالحياة السابقة (Past life therapy). تتبع هذه الممارسة من الهندوسية والأديان والمعتقدات التي تتبنى تناسخ الأرواح. أقل ما يمكن قوله عن ممارسة كهذه هو أنها ضارة ومضلة حيث إنها تستند إلى مبدأ خرافي تمامًا ولا يمكن أن تأتي بنفع للشخص من أي استكشاف لذلك الجانب لأنه ببساطة وهمي. يمكن لممارسة كهذه أن تُدخل المريض في دوامة من اللامنطق وأن تبعده أكثر عن الحلول.

يقدم بعض المعالجين أنفسهم تحت عنوان المعالج الروحاني (spiritual therapist) في العالم الغربي. وقد لا تستغرب أن تجد ما تسمع به من خرافات في العالم العربي من سحر وشعوذة وغيره في مراكز بريطانيا والولايات المتحدة وفرنسا. تنمهي تلك المنطقة من "العلاج" مع ما يُعرف بمعالجي الروحانية وهم معالجون اعتياديون خضعوا للتدريب والدراسة العلمية لكنهم يبدون انفتاحًا أكبر على مواضيع الروحانية مما يعطي راحة أكبر للعملاء في محادثتهم بمواضيع كهذه. يمكن ملاحظة الفارق بين معالج منفتح على الروحانية ومعالج روحاني من طبيعة التخصصات التي يناقشونها. يذكر المعالج الروحاني تفاصيل مثل كونه معالج يونغي (نسبة إلى كارل يونغ).

يمكن بشكل عام أن ترفع عتبة القلق من العلم الزائف المتعلق بالروحانية حالما تسمع اسم كارل يونغ. يمكنك قراءة المقال في العلوم الحقيقية "كارل يونغ: الأكاذيب، الخرافة، والعلم الزائف"⁷⁶. لكن باختصار فإن كارل يونغ قدم مبادئ لم تؤسس للعلوم الزائفة في عهده فحسب بل استخدمت من بعده مستفيدة من الضبابية حول شخصية كارل يونغ وما قدمه. قد يبدو من الغريب أن نتكلم عن كارل يونغ في سياق الحديث عن الدين. وفي الحقيقة إن جانبًا كبيرًا من مسيرة كارل يونغ لم تكن علمية بل كانت أشبه بعملية تأسيس لطائفة وكان العلاج النفسي بمفهومه الخاص جزءًا منها مع جانب كبير من الحديث عن رموز مبهمّة وأحلام وقضايا

⁷⁶ عمر المريواني، كارل يونغ: الأكاذيب، الخرافة، والعلم الزائف، العلوم الحقيقية، ٢٨ ديسمبر ٢٠٢٣

ميتافيزيقية كالأرواح والآلهة والتناسخ. محاولات يونغ وأتباعه بعرض ذلك بطريقة علمية لم تزد الطين إلا بلة لتحوّله إلى علم زائف.

في النهاية، تداخل الروحانية والدين مع العلاج النفسي أمر شائك وتحدي كبير للعلاج النفسي في نهاية الأمر. ولعل الجانب الأخير الذي يجب الحديث عنه من تلك التحديات هو أن الكثير من الممارسات التي يقدمها العلاج النفسي قد تتعارض مع بدائل وحلول أخرى تقدمها بعض الأديان وبالتالي فإن سعي أحدهم للحصول على المساعدة النفسية من جهة غير دينية قد يشكل تحديًا للسلطة الدينية حتى وإن كان بشكل غير مباشر.

ممارسات العلم الزائف في العلاج النفسي

مثلما تتطفل بعض العلوم الزائفة مثل الريكي وهالات الطاقة على الطب لتدعي معالجة بعض الحالات، فإن هذه المجالات تتطفل على العلاج النفسي أيضًا وبشكل أوسع. لا يوجد أي أساس علمي للطاقت أو الريكي أو التشي، كما لا يوجد أي منطق لذلك ولا أي آلية لقياس أو فحص ما تدعيه هذه المجالات. كما يبدو، فإن هناك فروعًا زائفة من العلاج النفسي تستخدم هذه العلوم الزائفة.

هناك أيضًا علوم زائفة مثل العلاج بمساعدة الخيول (Equine-assisted therapy) لمعالجة اعتلالات الصحة النفسية. وتوجد إصدارات من علوم زائفة أخرى للعلاج بالحيوانات الأليفة. لا يمكن نفي فائدة اقتناء حيوان أليف، لكن في نفس الوقت لا يمكن منطقيًا ولا يوجد دليل أن شخصًا من الممكن أن يتعافى بإجراء طقوس معينة للتواجد حول حيوان ما.

التنويم الإيحائي هو مجال آخر من مجالات العلم الزائف التي ثبت عدم وجود أي فائدة لها في العلاج النفسي⁷⁷ فضلاً عن عدم وجود أي فائدة لها في المجالات الأخرى.

من الصعب إحصاء ممارسات العلم الزائف؛ فهي تبدو وكأنها لا تنتهي أحياناً، لكن سنتوقف عند البرمجة اللغوية العصبية. البرمجة اللغوية العصبية هي علم زائف⁷⁸ ⁷⁹ شهير ليس له دعم علمي أو أكاديمي أو منطقي، كما أن فيها الكثير من المغالطات المنطقية. تزعم البرمجة اللغوية العصبية وجود روابط بين النطق، السلوك، والعمليات العصبية في الدماغ. لكن من قال ذلك؟ أشخاص لا علاقة لهم بالعلم قرروا وضع تلك الأنماط لبيع مجالهم. إذا قرأت أيًا من هذه المصطلحات فهي إشارة كافية للابتعاد عن الشخص صاحب الادعاء بأنه معالج نفسي أو أن ما يقدمه يعد علاجًا نفسيًا.

من جهة أخرى، فإن منهج التحليل النفسي الذي استشهد به كارل بوبر بصفته علمًا زائفًا⁸⁰ ما يزال يعد بالكثير من أشكاله علمًا زائفًا، لكن تجدر الإشارة إلى أن التحليل النفسي اليوم ليس التحليل النفسي لدى فرويد. تغير التحليل النفسي رغم بقاء بعض الأشكال التقليدية منه، ورغم وجود أشكال أكثر بعدًا عن العلم من التحليل النفسي التقليدي مثل توجهه جاك لاكان.

⁷⁷ Flammer E, Bongartz W (2003). "[On the efficacy of hypnosis: a meta-analytic study](#)" (PDF). *Contemporary Hypnosis*. **20** (4): 179–197

⁷⁸ Sharpley, Christopher F. (1 January 1987). "Research findings on neurolinguistic programming: Nonsupportive data or an untestable theory?". *Journal of Counseling Psychology*. **34** (1): 103–107. doi:10.1037/0022-0167.34.1.103

⁷⁹ Witkowski, Tomasz (1 January 2010). "[Thirty-Five Years of Research on Neuro-Linguistic Programming. NLP Research Data Base. State of the Art or Pseudoscientific Decoration?](#)". *Polish Psychological Bulletin*. **41** (2). doi:10.2478/v10059-010-0008-0

⁸⁰ Thornton, Stephen, "Karl Popper", *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2023 Edition), Edward N. Zalta & Uri Nodelman (eds.)

تُعد الديناميكيات النفسية اليوم الحفيد أو الابن للتحليل النفسي ويحاول العاملون فيها تقديم دراسات حول الفاعلية وتقييم عملهم بطريقة تشبه بقية تخصصات العلاج النفسي. ربما ما يشفع للتحليل النفسي فقط هو أنه لا يدعي أنه علم في كثير من الأحيان. لخصنا في العلوم الحقيقية إصدارًا من مجلة نفسية تحليلية حول علاقة التحليل النفسي بالعلم وأوضحنا كيف أن هناك إجماعًا لمن كتبوا في ذلك الإصدار على أن التحليل النفسي ليس علمًا.⁸¹

لا يعني ذلك أن التعامل مع التحليل النفسي ينبغي أن يكون طبيعيًا بمجرد أن المحللين النفسيين يقولون إنه ليس علمًا. كما نرى في هذا الكتاب، فإن الساحة العلمية تحفل بالكثير من مجالات العلاج النفسي العلمية التي تجعل الشخص بغنى عن تخصص ذو خلفية غير علمية ما زال يحاول إثبات جدارته، سواء من خلال التحرر من مبادئه غير العلمية واتباع بعض الطرق العلمية أو من خلال نفي صفة العلم عن المجال كليًا.

الصدمة النفسية المخترنة في الجسد هي مجال آخر ذو إشكالية في الإثبات العلمي، وقد نقلنا ترجمة لجزء من مقال حول كتاب يناقش الأمر.

⁸¹ عمر المريواني، "هل التحليل النفسي علم؟ ماذا يقول المحللون النفسيون"، العلوم الحقيقية، ديسمبر ٢٧، ٢٠٢٢.

حقيقة أثر الصدمة النفسية طويل الأمد في الجسد

هذا المقال هو ترجمة جزئية لمقال بيتير بارغلو^{٨٢} المنشور في مجلة سكييتكال انكويرر. قام بالترجمة: يوسف التريبي.

تأتي الكلمة الانجليزية (trauma) أساساً من الكلمة اليونانية القديمة $\tau \rho \alpha \tilde{\nu} \mu \alpha$ والتي تُشير إلى الإصابات الجسدية التي يظهر بها التواءات سحجات وثقوب مشوهة. دُمجت الكلمة باللغة الإنجليزية في أواخر القرن السابع عشر وأثناء أواخر ثمانينات القرن الثامن عشر ووسع معناها لتشمل الجروح النفسية كلاً من جيان مارتن شاركو (١٨٢٥-١٨٩٣) وسيجموند فرويد (١٨٥٦-١٩٣٩)

في النسخة الاولى من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، المنشورة في ١٩٥٢ لم تُذكر الصدمة العاطفية. قام اندرو سكال (٢٠٢٣) بدراسة الصدمة بشرح العملية الطويلة بالتفصيل والتي من خلالها أصبح هذا الأمر مهمًا جدًا للطب النفسي الأمريكي. اخترع حاييم شاتان (١٩٧٢) من جامعة نيويورك مصطلح متلازمة ما بعد فيتنام للإشارة إلى التأخر في ظهور الأعراض العاطفية المؤلمة لدى الجنود الذين قاتلوا هناك. أصر روبرت ليفتون من جامعة هارفارد على أن أعراض الضرر النفسي الذي يصيب الجنود قد تظهر بعد سنوات عديدة من هذه الإصابة. وقد أدت مناصرتهم إلى إدراج اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) من قبل الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) كقئة تشخيصية في عام ١٩٨٠، والتي استمرت في التزايد في الأهمية حتى يومنا هذا. يُشخص هذا الاضطراب بأعراض مثل ذكريات مؤلمة متكررة لا إرادية بالإضافة إلى اليقظة المفرطة، والخدر العاطفي، ونوبات الغضب، والسلوكيات العنيفة.

⁸² Peter Barglow, [Trauma Here, Trauma There, Trauma, Trauma Everywhere!](#) Volume 48, No. 5

في العقود الماضية، كانت تُنسب الأعراض المختلفة للصدمة إلى جميع أنواع الجروح النفسية الكبرى والصغرى. وعلى الرغم من الأصول السببية الراجعة إلى علم الأحياء وعلم الأعصاب، فإن معدل فشل العلاجات الدوائية كان مرتفعًا (هوسكينز ٢٠١٥).

تم توجيه اهتمام خاص خلال السنوات الأخيرة للجنود وضحايا الحرب، مما أدى إلى نشر عشرات الكتب. مثل كتاب الجسد يحتفظ بالنتيجة (The Body Keeps the Score) الأكثر مبيعًا في نيويورك تايمز لعام ٢٠١٤ بقلم بيسل أ. فان دير كولك بمبيعات وصلت ٣٠٠ مليون نسخة في جميع أنحاء العالم الغربي. يشكل الناجون من الاغتصاب والعنف مجموعة سكانية سريرية كبيرة أخرى حاليًا. يعد كتاب جوديث هيرمان الشامل Truth and Repair (٢٠٢٣) كتابًا مهمًا يؤكد على الصدمة العاطفية للنساء. تقترب نفقات علاج الصدمات في الولايات المتحدة وحدها من ١٠ مليارات دولار سنويًا.

دعونا ننظر إلى كتاب الجسد يحتفظ بالنتيجة (The Body Keeps the Score) كمثال رئيسي للمؤلفات حول الصدمات. ليس من الغريب أن يكون الكتاب، المليء بالإشارات إلى الأدب الإنجليزي والعالمي والمليء بالعلاجات الخيالية لجميع أنواع الصدمات والإشارة إلى النتائج المثيرة للإعجاب في علم الأعصاب. قد قُرئ الكتاب على نطاق واسع، ويحتوي على عدد مذهل من الاقتباسات ذات الصلة والقيمة - خمسة وعشرون منها تشير إلى أبحاث فان دير كولك الأصلية.

لكن العديد من العيوب والتخمينات غير المثبتة تُضعف الكتاب. يحتاج قراء هذا العمل غير الخيالي الشهير والذي يشهد اتساع في الشعبية إلى توخي الحذر من تأكيدات واستنتاجاته وتوصياته. بصفتي طبيبًا نفسيًا متشككًا سأحاول تسليط الضوء على العديد من الأخطاء ونقاط الضعف في العديد من الاستنتاجات غير المثبتة بالكتاب. قبل أن أواجه بعض الادعاءات الأكثر أهمية في كتاب الجسد يحتفظ بالنتيجة، اسمحوا لي أولاً بتقديم عينة من ادعاءات الكتاب المتعلقة بالعديد من الأساليب والعلاجات للآثار المؤلمة للصدمة.

يعتبر إعادة الأحداث المؤلمة على الطريقة الفرويدية التقليدية فشلاً علاجياً بشكل عام، ولكن توصف الأساليب التحليلية النفسية التقليدية التي ابتكرها فرويد وبروير وجانيت وتشاركو بأنها مفيدة. ويعتبر عقار بروزاك ومضادات الاكتئاب الانتقائية المماثلة فعالة في حين تعتبر الأدوية المضادة للذهان مشكوك فيها. يشك فان دير كولك في قيمة البنزوديازيبينات ولكنه يقدر بشدة استخدام عقار إكستاسي. ويوصف العلاج بالتغذية العصبية والوخز بالإبر بأنه فعال. ويزعم أن إزالة التحسس السلوكي للذكريات المؤلمة قد تكون مفيدة ويعتبر العلاجات الجسدية (somatic therapies) قيمة للغاية. ويصف الكتاب التنفس وممارسات التهدئة واليقظة والتنويم المغناطيسي ورعاية الحيوانات والترانيم والرقص الإيقاعي واللمس والعناق بأنها مفيدة. ويزعم فان دير كولك أيضاً أن التمثيل وأنشطة المسرح الحي تساعد في علاج مجموعة كبيرة من التجارب المؤلمة السابقة. بشكل عام، تمثل توصيات المؤلف مزيجاً من الافتراضات والنظريات المدعومة وغير المدعومة.

يبدأ الفصل السادس عشر ("تعلم كيفية العيش في جسدك: اليوجا") باقتباس جميل من كتاب ستيفن كوب لعام ١٩٩٩ بعنوان "اليوجا والسعي وراء الذات الحقيقية". يشير الاقتباس إلى "إعادة الاتصال الحشوي باحتياجات أجسادنا" والذي من المفترض أنه يعزز "القدرة على حب الذات". نشأت هذه الفكرة في كتابه المقروء على نطاق واسع عن اليوجا. كان كوب معروفاً كمعلم يوغا باطني يفتقر إلى أي مؤهلات علمية. يبدأ الفصل بتاريخ حالة "آني"، التي تعرضت للإساءة من قبل والديها عندما كانت طفلة. انخرطت آني في تقطيع نفسها ودخلت مستشفيات الأمراض النفسية مراراً وتكراراً. عالجه فان دير كولك باستخدام التنفس المركز والضغط على نقاط معينة في مناطق معينة من جسدها كجزء من تقنية الحرية العاطفية (EFT) نهج يفتقر إلى مرجع علمي في الكتاب. من المفترض أن البنية العصبية للوزة الدماغية لديها بحاجة إلى "إعادة توصيل". تعاني تقنية الحرية العاطفية من العديد من نقاط الضعف البحثية مثلها مثل علاج حركة العين وإزالة الحساسية (EMDR) [لقد اقتطعنا هذا الجزء من

ترجمة المقال لأننا ناقشنا الموضوع بأكمله بالمزيد من التفصيل في الفصل السابق بشكل يقدم دليلاً علمياً حديثاً يخالف ما ذكره الكاتب].

يعترف فان دير كولك بأن نصف المرضى المصابين بصدمات نفسية يستخدمون المخدرات أو الكحول لتخدير أنفسهم، لكن يميل الكتاب إلى تجاهل علاجات الإدمان. يتبع ذلك بيان غير صحيح على الأرجح: "إن الافتقار إلى التماسك بين التنفس ومعدل ضربات القلب يجعل الأشخاص عرضة لأمراض القلب والسرطان والاكئاب". يُقال أن الأشخاص المصابين باضطراب ما بعد الصدمة لديهم معدل ضربات قلب متغير منخفض بشكل غير عادي (HRV)، يذكر فان دير كولك أن "أنظمتهم العصبية السيمبثاوية واللاسبمبثاوية غير متزامنة" (٢٦٩). تبدأ الإشارة المذكورة إلى جيمس دبليو هوبر وآخرون (٢٠٠٦) وكتاب هيرمان الحقيقة والإصلاح بكلمتين تحذيريتين، "الأدلة الأولية"، لكن التلميحات إلى هذا العمل تشغل بعد ذلك عدة صفحات أخرى. من المدهش هو بيان المؤلف الغريب أنه بينما يسرد جوجل ١٧٠٠٠ موقع يوغا يدعي أن الممارسة تحسن معدل ضربات القلب، لم يتمكن من العثور على دراسات داعمة. ومع ذلك، أصبح فان دير كولك مدرساً في مركز لليوجا بينما يدعي أن معدل ضربات قلبه قد تحسن. يشبه هذا الادعاء الحقيقي إعلاناً متطوراً.

يذكر الفصل أيضاً - دون استشهاد داعم - أنه في دراسة فان دير كولك لست نساء خلال عشرين أسبوعاً من ممارسة اليوجا، كان هناك "زيادة في تنشيط النظام الذاتي الأساسي، والجزيرة والقشرة الجبهية الأمامية الوسطى". ومع ذلك، يفتر ادعائه إلى تفسير معقول للسبب والنتيجة أو حتى اقتراح لآلية عمل محتملة. ينتهي الفصل بتفاؤل مع آني وزوجها "محتضنين بعضهما في السرير" بسعادة. الحب هو السائد، ولا يحتاج المستفيدون من العلاجات الغريبة إلى القلق بشأن إثبات الفعالية.

على الرغم من كتابة كتاب "الجسد يحتفظ بالنتيجة" ببلاغة، إلا أنه ضعيف علمياً ومضلل ومعيب ومخادع في بعض الأحيان. إنه يعتمد على الحكايات السريرية الرائعة والإشارات إلى

أفضل الأدب في العالم الغربي. كما أنها تستغل ارتباطاً زائفاً بعلم الأعصاب المعاصر. إنها مثال رئيسي على الأدبيات العلمية المشكوك فيها.

٤- العلاج النفسي في العالم العربي

ما الفرق بين الطبيب النفسي والمعالج النفسي والنفساني

تعدد المهن في مجال الصحة النفسية وتختلف الحالات التي تختص بها كل من تلك المهن. في هذا المقال، سنشرح الفرق بين الطبيب النفسي، الأخصائي النفسي، المعالج النفسي، النفساني، المرشد النفسي والاجتماعي وفروقات التسميات والمهن في البلاد العربية، ولمن يجب أن تلجأ في المشاكل المختلفة. سنشرح أيضاً ما الفرق في الدراسة وطبيعة العمل لكل من تلك الوظائف:

الطبيب النفسي

الطبيب النفسي هو طبيب يختص لاحقاً بالصحة النفسية. يعني ذلك أن الطبيب النفسي سيدرس منهج الطب لمدة ٥ أو ٦ سنوات بحسب الدولة، ثم يقوم بالتخصص لاحقاً. يعني ذلك أيضاً أن الطبيب النفسي في معظم فترة دراسته وتدريبه هو طبيب. فيما يلي أبرز النقاط حول عمل الطبيب النفسي:

- الطبيب النفسي في معظم دول العالم وفي معظم الحالات هو الشخص الوحيد المخول بصرف الأدوية الخاصة بمعالجة الحالات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والفصام والذهان. لا يستطيع أي شخص درس علم النفس أو العلاج النفسي مثل المعالج النفسي أو النفساني أو الأخصائي النفسي أو المرشد النفسي أن يقوم بصرف الأدوية.
- الطبيب النفسي في معظم الحالات هو الشخص الوحيد الذي يقوم بالتشخيص بشكل رسمي. لا يعني ذلك أن المختصين في المهن الأخرى غير قادرين على النطق بتسمية مزاج معين أو حالة معينة وذكرها، لكن الطبيب النفسي هو

الشخص الوحيد المخول في معظم الحالات بأن يقوم بالتشخيص الذي تترتب عليه عواقب قانونية أو ترتيبات إضافية في العمل أو تلقي المعونات الاجتماعية.

- لا يتدرب الطبيب النفسي بالضرورة ضمن مناهج التعليم الأساسية له على العلاج بالكلام. بعض الأطباء النفسيين يتلقون تعليمًا إضافيًا بشكل طوعي للحصول على دبلومة في العلاج السلوكي المعرفي أو غيره من سبل العلاج النفسي، لكن هذا لا يعد محورًا أساسيًا لعملهم. وبالتالي، فإن الطبيب النفسي ليس الشخص الذي ستتلقى جلسات معه لمدة ٤٠ دقيقة إلى ساعة، رغم أن بعض الأطباء يقدمون خدمة كهذه.

- الطبيب النفسي هو الشخص الذي يقرر إن كان شخص ما يحتاج للرقود في مستشفى الأمراض النفسية لفترة معينة، ويكون في الغالب هو الشخص الذي يدير عملية تلقي العلاج في تلك المستشفيات.

- رغم أن الطبيب النفسي وأثناء تخصصه يدرس جانبًا من علم النفس، فإن الطبيب النفسي لا يدرس جميع مجالات وتفرعات علم النفس بل تتركز دراسته على الجانب الكيميائي والبيولوجي ذي الصلة بالأدوية التي يجب أن يصرفها. وكذلك حول الجانب التشخيصي للأمراض النفسية نظرًا لكونه الشخص الأهم في عملية وسم شخص ما بحالة مرضية معينة قد تترتب عليها قضايا قانونية من حيث الوظيفة والعيش وتلقي المساعدة الاجتماعية.

النفساني أو الاخصائي النفسي

تطلق هذه التسمية بشكل عام على كل شخص يقوم بدراسة علم النفس في الجامعات وأن يزاوّل عملاً ما تم تأهيله له وفقاً لدراسته. نطاق المهن المرتبطة بدراسة علم النفس واسع جدًا، بل ولا يمكن حصر تلك الوظائف. يمكن للنفساني أن يستمر بالعمل الأكاديمي ليكون عالم نفس، وهي الوظيفة التي سنتحدث عنها تباعاً. يمكن للنفساني أن يتولى وظيفة الإرشاد

النفسي والاجتماعي في مؤسسة معينة، كما يمكن أن يتخصص النفساني في علم النفس السريري ليقدم جلسات علاجية أو ليعمل بمساعدة الطبيب النفسي.

تشيع مهنة الإرشاد النفسي في الدول العربية وتدمج مع التوجيه التربوي أو الاجتماعي في العادة في الدول العربية. لا يدرس المرشد النفسي في الكثير من الدول العربية علم النفس بل يدرس في كلية التربية موادًا ذات صلة بعلم النفس. يقوم المرشد النفسي بمهام متعددة ترتبط بالعمل بالمؤسسات في الغالب. يمكن أن يقدم المرشد النفسي المساعدة في حل مشكلة أو أن يقدم تقييمًا لقدرة شخص على العمل في وظيفة معينة.

بعض التخصصات النفسية تختص بمعالجة القضايا المتعلقة ببيئة العمل (يطلق على ذلك الصحة المهنية - occupational health على سبيل المثال في المملكة المتحدة). قد يقدم الشخص المختص بالإرشاد النفسي نمطًا مخففًا قصيرًا من العلاج النفسي، كما قد يكون ذلك محددًا بمشكلة معينة يعاني منها الشخص في المؤسسة أو محل الدراسة.

فيما يبدو علم النفس السريري ومختصوه الأولى بتقديم العلاج النفسي، فهو في الحقيقة مجال أوسع من تقديم العلاج بالكلام فقط. يمتد علم النفس السريري لكافة الحالات التي تتضمن تدخلًا سريريًا لمعالجة شخص ما. لكن ليس بالضرورة أن يركز الشخص الذي يدرس علم النفس السريري على العلاج بالكلام، بل قد يتطرق إلى قضايا أخرى كثيرة موازية مثل الأدوية النفسية، علاج النطق، فضلًا عن الاعتلالات النفسية الشائعة.

المعالج النفسي

بعد أن فهمنا تخصص النفساني (أخصائي علم النفس) والطبيب النفسي، بقي أن نفهم ما هو المعالج النفسي. المعالج النفسي هو بشكل رئيسي من يقوم بتقديم العلاج بالكلام بشكل جلسات عبر المناهج التي شرحناها في هذا الدليل مثل العلاج السلوكي المعرفي والعلاج المتمركز حول الشخص والعلاج المتمركز حول التعاطف وغيرها.

بخلاف عالم النفس، لا يركز المعالج النفسي في دراسته على شيء في علم النفس بقدر تركيزه على إجراءات العلاج النفسي بالكلام ومناهجه وأطره الأخلاقية والبحث العلمي المتعلق به وفنون وأصول ما يجب قوله وما لا يجب قوله وما ينفع وما لا ينفع.

واقع دراسة العلاج النفسي في البلاد العربية

يمكن القول إنه حتى وقت كتابة هذه الأسطر، فإن دراسات علم النفس في العالم العربي نادرًا ما تتضمن فروعًا متخصصة بالعلاج النفسي. ومع ذلك، هناك كليات عديدة تدرس علم النفس السريري على مستوى البكالوريوس أو الماجستير. من بين الجامعات التي تقدم برامج في علم النفس السريري: جامعة الإمام عبد الرحمن بن فيصل في السعودية، وجامعة عمان الأهلية، وجامعة المعقل في البصرة بالعراق، بالإضافة إلى جامعات أخرى. ومع ذلك، من غير الواضح إن كانت هذه البرامج تركز بشكل أساسي على مبادئ العلاج النفسي، حيث يبدو أن بعضها لا يعتبر هذا المجال محورًا أساسيًا للدراسة بناءً على الخطط الدراسية المتوفرة.

باستثناءات قليلة، لا تقدم كليات علم النفس أو علم النفس السريري في العالم العربي مساقات متخصصة في العلاج السلوكي المعرفي. من بين الأمثلة القليلة التي يمكن الإشارة إليها، تقدم الجامعة السعودية الإلكترونية دورة تدريبية في هذا المجال، لكنها ليست مادة دراسية في المنهاج الأكاديمي. بالإضافة إلى ذلك، كانت جامعة الملك سعود تقدم دبلومًا عاليًا في العلاج السلوكي المعرفي، على الرغم من أنه قد يكون متوقفًا حاليًا.

بعض الجامعات تقدم برامج إرشاد نفسي تتضمن شهادات مثل شهادة الليسانس من جامعة طرابلس في الإرشاد والعلاج النفسي، أو البرامج التي تمزج بين الإرشاد النفسي والتربوي، مثل تلك التي تقدمها كلية القدس المفتوحة والتي تركز بشكل رئيسي على الجوانب التربوية. كذلك، توجد وحدات إرشاد نفسي وتربوي مثل تلك في جامعة الشارقة في الإمارات أو جامعة الملك خالد في السعودية. ومع ذلك، يبدو أن هذه البرامج والخدمات لا تعنى بشكل رئيسي بأساليب العلاج النفسي الحديثة، ولا تقدم مواد دراسية متخصصة حول مناهج العلاج النفسي.

تدرس كليات علم النفس في جامعات عديدة في البلاد العربية مواد قد تكون ذات صلة
بالعلاج النفسي وإن كانت بفروع قديمة غير علمية منه كالتحليل النفسي الذي تدرسه جامعة
عين شمس في مصر وجامعة الخليل في فلسطين على سبيل المثال.

واقع ممارسة العلاج النفسي في البلاد العربية

بين الوصمة والخوف الناجم عن الجهل وتحديات قلة انتشار العلاج النفسي والمعالجين النفسيين أو الأطباء الذين يقدمون العلاج النفسي بالكلام، سنناقش في هذا المقال واقع العلاج النفسي في البلاد العربية، متناولين حوارات مع العديد من الأطباء النفسيين والمعالجين من مختلف الدول العربية. ذكرنا في المقارنة كيف أن هناك الكثير من العقبات أمام دراسة العلاج النفسي، حيث لا توجد دراسة منفصلة خاصة بالعلاج النفسي. فكيف هو الحال مع التشريعات، والتعامل مع الناس، ووصولهم إلى من يستطيع تقديم العون؟

حوارات مع الأطباء النفسيين

تحدثنا أولاً مع الدكتور سامي البدري، وهو أحد المساهمين في هذا الكتاب. ساهم سامي بمقالات عدة في موقع العلوم الحقيقية سابقاً. يعمل د. سامي كطبيب نفسي في الجزائر، وقد عمل سابقاً في العراق. فضلاً عن خبرته في عالم الصحة النفسية في العالم العربي، فقد ساعدني بالاتصال بالمزيد من مختصي الصحة النفسية من أطباء ومعالجين.

تحدثنا أيضاً مع الدكتور تامر الزعفراني، الذي له أكثر من ٢٠ سنة من الخبرة في مجال الصحة النفسية في كل من مصر، بلده الأم، وسلطنة عمان. وقد أخبرنا أن العلاج السلوكي المعرفي يمثل أحد أكثر أشكال العلاج النفسي شيوعاً في البلدين، مشيراً إلى أن العلاج السلوكي الجدلي، الذي يُعد تفرعاً من العلاج السلوكي المعرفي، يحقق انتشاراً أعلى في مصر، حيث يتوفر بعض التدريب عليه. كما أن العلاج المتمركز حول الشخص بدأ بالظهور في مصر أيضاً.

ثم تحدثنا مع الدكتور علي طارق، وهو طبيب أمراض جلدية من كربلاء تخصص في الأمراض النفسية الجلدية (psychodermatology). بذل جهداً استثنائياً للحصول على دبلومة في

العلاج السلوكي المعرفي لمساعدة مرضاه الذين يعانون من حالات جلدية. يقول د. علي طارق: "جميع الأمراض الجلدية المزمنة مثل الصدفية وداء الثعلبية والبهاق ترتبط بالصدمات النفسية والضغط النفسي، كما تؤثر على المزاج وتؤدي إلى القلق والاكتئاب".

تحدثنا كذلك مع الأخصائية إسراء الهلوسة، وهي معالجة نفسية في الأردن تعمل مع طبيب نفسي. تقدم إسراء العلاج وفق المنهج السلوكي المعرفي بشكل رئيسي، لكنها تستخدم أيضاً بعض الطرق من المناهج الأخرى مثل العلاج الإنساني لكارل روجرز، والعلاج الوجودي، والغشتالت.

وفي بغداد، أخبرتنا د. إيمان أحمد، المختصة بالعلاج السلوكي المعرفي، عن فرص دراسة العلاج السلوكي المعرفي: "توجد زمالة تخصصية في العلاج المعرفي السلوكي، وهي حديثة جداً. حصل عليها الدكتور محمد السرحان عام ٢٠٢١، وحصلت عليها أنا في عام ٢٠٢٤ من المجلس العراقي للاختصاصات الطبية". من المدهش أن إيمان كانت أول طبيبة تحصل على هذه الزمالة التخصصية في العراق، مما يشير إلى التأخر الكبير في تدريس وتطبيق مناهج العلاج بالكلام في البلاد. أخبرتنا د. إيمان أن هناك كلية واحدة تقدم العلاج النفسي الإكلينيكي.

يتوفر في بغداد، بحسب د. إيمان، بعض المختصين بالتحليل النفسي، وكذلك بعض المختصين بالعلاج بإزالة حساسية حركة العين وإعادة المعالجة. تقول إيمان: "يوجد أيضاً مشاغل تأهيلية في مستشفى الرشاد التدريبي للأمراض العقلية، يُستخدم فيها العلاج بالفن والموسيقى والمسرح".

ارتفاع الأسعار ومحدودية الخدمة

محدودية العلاج النفسي في المستشفيات الحكومية وارتفاع تكلفته في القطاع الخاص يجعلان منه خدمة محصورة في طبقة اجتماعية معينة. تتراوح تكلفة جلسة العلاج النفسي

في عمان بين ٥٠ و ٢٠٠ دولار، وفي مصر بين ١٠ و ٥٠ دولاراً. وفي كلا البلدين، يعد هذا المبلغ كبيراً بالنسبة للكثيرين، كما يخبرنا د. تامر الزعفراني.

يعمل د. علي طارق في العراق مع طبيب نفسي، بالإضافة إلى تقديمه لجلسات العلاج شخصياً، لكنه يشير إلى قلة الأطباء الذين يقدمون خدمات مشابهة في مدينته، كربلاء، حيث يوجد ٥ أطباء فقط، وهو الوحيد في المدينة الذي يحمل شهادة في العلاج السلوكي المعرفي.

أحد أسباب محدودية خدمات الصحة النفسية هو عدم قدرة المعالجين في بعض البلدان على تقديم خدماتهم. في مصر وعمان، يمكن للمعالج أن يقدم العلاج إذا استوفى قائمة من الشروط. في الأردن، الوضع مشابه، حيث يمكن للمعالج العمل وفق ضوابط معينة. لاحظنا في تونس والجزائر والمغرب وجود العديد من المعالجين النفسيين الذين يمكن الاطلاع على خدماتهم ومنهج دراستهم عبر الإنترنت.

ومع ذلك، فإن السماح للمعالجين بالعمل دون قيود تشريعية واضحة ودون تثبيت المناهج العلمية المعتمدة لا يعد إيجابياً، كما يوضح د. سامي البدري. يصل الأمر في بعض الحالات إلى تدخل أشخاص من خارج المهن الطبية لمحاولة تقديم العلاج النفسي. ورغم عدم وجود دراسة مخصصة للعلاج النفسي في الجزائر، فإن خريجي علم النفس يمكنهم العمل وفق المناهج التي يختارونها دون رقابة كافية.

تقدم د. إيمان أحمد وزملاؤها في بغداد خدمات العلاج النفسي بالكلام للأفراد وللمجموعات أيضاً. وتوضح أن العلاج النفسي لا يشترط أن يُقدم فقط لمن يعانون من اضطرابات نفسية، بل يمكن أن يستفيد منه الأشخاص لتحسين جودة حياتهم، مثل الذين يعانون من ضغط العمل أو الدراسة أو من بيئات أسرية غير داعمة، وهم يحققون فوائد كبيرة من خضوعهم للعلاج.

أولوية العلاج النفسي والصحة النفسية

الإيجابي في الأمر هو أن الطلب على خدمات الصحة النفسية قد ارتفع خلال العقد الأخير، وفقاً لملاحظة د. تامر الزعفراني، وهو مستمر في الزيادة كل عام. لكن، في المقابل، يجد الزعفراني القليل من الوقت لتقديم العلاج النفسي بالكلام نظراً للضغط الكبير عليه كطبيب، مما يترك وقتاً قصيراً لكل مريض.

عند مقارنة مصر وعمان، إثر سؤالنا عن مدى إمكانية توفير الجلسات بالمقارنة مع دوره كطبيب نفسي يصف الأدوية، يقول تامر:

"للأسف، توجد مشكلات في كلا البلدين. في مصر، هناك عدد محدود من المستشفيات التي تقدم الخدمات النفسية بشكل صحيح، وتضم فريقاً علاجياً متكاملًا. أما في عمان، فلا يوجد سوى مستشفيان فقط يوفران هذه الخدمات. في كلا البلدين، توجد مشكلات كبيرة في قانون المسؤولية تجاه المريض النفسي. يؤدي هذا الوضع في كثير من الأحيان إلى عرقلة اتخاذ القرارات العلاجية، مثل حجز المريض في المستشفى أو إلزامه بعلاج معين. السبب يعود إلى أن واضعي القوانين غالباً ما يكونون مشرعين قانونيين وليسوا أطباء نفسيين، مما يؤدي إلى عدم فهم عميق لاحتياجات المرضى النفسية".

عدم إعطاء أهمية كافية للعلاج النفسي بالكلام أو للطب النفسي بشكل عام يؤدي إلى قلة عدد المراكز في العراق، حيث تتوفر مراكز قليلة جداً يمكن أن تقدم العلاج النفسي. تذكر د. إيمان أحمد، الطبيبة من بغداد، بعضاً منها: "مركز القناة للتأهيل والعلاج من الإدمان، ومركز متخصص بالعلاج السلوكي المعرفي في مستشفى بغداد التعليمي".

يصل عدد المعالجين النفسيين ضمن المستشفيات، وفق إحدى الدراسات عام ٢٠١٠، إلى ٤٧ فقط، مع ٢٠٦ أطباء نفسيين.^{٨٣} بالمقابل، يعاني ٢٠٪ من العراقيين من اضطرابات نفسية، وفق بحث نشر في مجلة "لانسييت" عام ٢٠٢٣.^{٨٤} تصل معدلات الإصابة بالصدمة النفسية لدى النساء، على سبيل المثال، في بغداد، وفق الدراسة، إلى أكثر من ٩٠٪. توجد ستة مستشفيات مختصة بالصحة النفسية في البلاد، منها أربع في إقليم كردستان. تمتلك مصر حوالي ٢٣ مستشفى تقدم خدمات للصحة النفسية.^{٨٥} لكن ذلك الرقم لا يعني الكثير لو قارننا تعداد العراق بمصر.

يعاني المغاربة بنسبة تصل إلى ٤٨ من اضطرابات نفسية بدرجات مختلفة من الحدة. ورغم أن معدل الأسرة المتوفرة للصحة النفسية يفوق ما للعراق (٠,٣٤ لكل ١٠٠ ألف^{٨٦}) لكنها لا تُشكل سوى ١٠٪ من متوسط الأسرة في البلاد الأوروبية حيث تصل الأسرة في المغرب إلى ٦,٢ لكل ١٠٠ ألف (يبلغ المعدل لمصر ٩,٢ عام ٢٠٠٦^{٨٧}).

تنظيم عمل العلاج النفسي هو مشكلة أخرى تأتي من عدم وضع العلاج النفسي ضمن سلم الأولويات. أعلنت رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية عام ٢٠٠٧ عن ذلك الإطار وهو "الميثاق الأخلاقي للمشتغلين بعلم النفس في مصر". فيما لا تمتلك المغرب إطاراً تنظيمياً

⁸³ Al-Uzri, Mohammed, Riadh Abed, and Mohammed Abbas. "Rebuilding mental health services in Iraq." *International Psychiatry* 9.3 (2012): 58-60.

⁸⁴ Saied, AbdulRahman A., et al. "Iraq's mental health crisis: a way forward?." *The Lancet* 402.10409 (2023): 1235-1236.

^{٨٥} مريم الخطري، "كيف دعمت الدولة ملف الصحة النفسية للمواطنين؟.. مبادرات وتطوير مستشفيات"، ١٠ أكتوبر ٢٠٢٤، الوطن

⁸⁶ Sadik, Aws. "A snapshot of Iraqi psychiatry." *BJPsych International* 18.1 (2021): 9-11.

⁸⁷ World Health Organization. "WHO-AIMS report on mental health system in Egypt." Cairo: WHO and Ministry of Health Retrieved November. (٢٠٠٦)

كهذا على حد اطلاقنا ويمكن لبعض خريجي علم النفس مزاولة العلاج النفسي رغم عدم دراستهم العلاج النفسي ضمن مقررات الجامعة^{٨٨}. تفتقر دول عربية كثيرة للأطر الأخلاقية لمزاولة مهنة العلاج النفسي.

في تونس توفر وزارة التربية ٥٢ اخصائياً نفسياً فقط لكل الطلبة في البلاد. أمر قد لا يتوفر في الكثير من البلدان العربية على الإطلاق أو قد يتوفر بتلك الأعداد القليلة فقط وحيث أن هناك مستشفى أمراض نفسية واحد في تونس العاصمة في بلد يُعد الثاني في أفريقيا^{٨٩} من حيث نسبة المصابين بالاكئاب^{٩٠}.

^{٨٨} وصال المغاري، الحاجة إلى إطار قانوني تنظيمي : وضعية علم النفس في المغرب، أكتوبر ٢٠١٧، الاتحاد الاشتراكي

^{٨٩} هدى الطرابلسي، " أعداد المكتئبين في تونس ترتفع... والسبب السياسة والاقتصاد"، يناير ٢٠٢٠، اندبندنت عربية

^{٩٠} هدى الطرابلسي، "العلاج النفسي في تونس حلم أقرب إلى الجنون"، يونيو ٢٠٢٣، اندبندنت عربية

الوصمة والانطباعات الخاطئة أمام الخرافة

يحدد د. سامي البدرى أولوياته في التعامل مع المرضى من حيث إقناعهم ومواجهة الوصمة لديهم قائلاً: " نعم، ما يهمني في هذا الأمر ليس مكانتي أو نجاح عيادتي. لأن هذا ما يضايقني في تناول الأمر كأني غير راض عن قلة عدد المراجعين. ما يهمني حين أتناول هذا الأمر هو أن أدافع عن المريض، أن أكون معه ضد الوصمة، دفاعاً عنه. وما يهمني هو من يراجع وليس من لا يراجع، وهذه نقطة مهمة جداً. لا أريد أن أحاطب من لا يراجع لأنه أصلاً خارج الموضوع، وليس من أولوياتي إقناعه. الأولوية هي المريض الذي راجع وعانى من الوصمة، كيف أدافع عنه، وفي دفاعي عنه ربما يقتنع آخر بالمراجعة بطريقة غير مباشرة."

ويضيف د. البدرى في صراع الأطباء مع الوصمة في من يقوم بمراجعتهم: "أعتقد، أننا لو أردنا أن نناقش موضوع الوصمة فعلياً علينا التركيز على من يراجع المراكز الحكومية، فهناك لن تجد المعالج يتوسل بك لكي تراجع، بل ستجد العكس، أي إنك ستجد عائلة مريض ضائعة في الطوارئ العامة لا تعرف إلى أين تتجه بمريضها، حيث لا تتوفر خدمة طب نفسي طارئة. لذلك سيتضح حجم وأثر الوصمة النفسية بلا مبالغة في المراكز الحكومية. يقتنع المريض ومن يرافقه عادة بتفسيرات الطبيب النفسي أثناء المراجعة، وبضرورة أخذ الأدوية، ولا نجد أثراً مهماً أثناء ذلك. لكن الخجل يتواجد خارج عملية المراجعة." يوضح د. البدرى كيف أن الوصمة تؤثر حتى على معدل زيارة الأهل للمريض الذي يعاني من مرض نفسي بالمقارنة مع من يعانون من أمراض أخرى.

يذكر الدكتور تامر الزعفراني أنه قد يصادف من يمتلك انطباعات بأن الطبيب النفسي هو شخص لطيف قد يملك حكايا مسلية، لكنه أيضاً يصادف أشخاصاً لديهم انطباعات بأن الطبيب النفسي قد فقد عقله لكثرة مجالسته المرضى. كما ذكر أن هناك من يمتلك انطباعات بأن الأطباء النفسيين ملحدون لأنهم ينكرون السحر والحسد والجن. الانطباعات بأن الطبيب

النفسي أو المعالج النفسي قد يجعلك أسوأ وقد يجعلك تقف ضد عائلتك هي نطاق آخر يرى الزعفراني أنه شائع جداً في العالم العربي وأيضاً في كل مكان آخر.

يبدو أن العلاج النفسي والطب النفسي يقفان ضد الفكر التقليدي الذي يشهر سيفه بوسائل عدة، الوصمة بالإلحاد هي واحدة منها فقط. وينافس العلاج النفسي والطب النفسي، تجارياً، صناعة ضخمة تمتلك فضائيات وإعلاميين ومشايخ لبيع خدمات الرقية الشرعية أو خدمات طرد الجن. وبطبيعة الحال تسوّق تلك الصناعة تحت شعار الدين وتضفي على الاعتلالات النفسية صبغة روحانية من خلال ربط الأمر مع السحر ومس الجن. ويتساءل المريض: "هل أنا محسود أم مريض؟ هل هناك شيء ما في ذهني أم إنه الجن؟". ذلك الأمر عن الجن والسحر والطلاسم تحدثت عنه إحدى الدراسات أيضاً فيما يتعلق بالعراق.⁹¹

يقول د. سامي البدري: "عملت في مناطق مختلفة من ضمنها عواصم عربية وكذلك مناطق ريفية، وحال الوصمة متشابه في كل الأماكن. ففي النهاية حتى من يبالي في تفسير المرض النفسي على أنه ناتج عن السحر أو الجن أو الحسد، فإنه في النهاية يضطر للمراجعة حين تشتد حدة المرض." وهذا الرقم قد لا يعد كبيراً مع أخذ تعداد سكان مصر بعين الاعتبار.

تصعب الوصمة حول الأدوية النفسية عمل الأطباء النفسيين في العالم العربي. يذكر د. ثامر الزعفراني مثلاً أن تلك الوصمة تجعل من مهمة شرح الأدوية وآثارها الجانبية وأثرها وبدء مفعولها مهمة صعبة جداً. ويفكر بعض المرضى أيضاً بأن الأدوية ستتسبب لهم بالإدمان.

⁹¹ Hashim, Hashim Talib, et al. "Psychiatry in Iraq: challenges and consequences." *The Primary Care Companion for CNS Disorders* 23.3 (2021): 32946.

الخوف من معرفة الناس ووصمهم للشخص بالجنون لو عرفوا بأنه يراجع طبيباً نفسياً هو جانب آخر من مخاوف المرضى وقد أكده لنا د. ثامر الزعفراني من خبرته في مصر وعمان.

د. علي طارق ينال من تخصصه في الجلدية مساحة أكبر لرؤية المرضى دون الوصمة، حتى لو لم يكن تخصصه الرئيسي هو الطب النفسي: "مشكلة المرضى هي مع الأطباء النفسيين، لأنه كما تعلم هناك وصمة اجتماعية من زيارة الطبيب النفسي. ويشعر أغلب المرضى بالفرح عندما يعلمون أن هناك خدمات نفسية يمكنهم أن يحصلوا عليها في العيادة. وطبعاً بعض المرضى يرسلون أصدقاءهم وأقرباءهم ممن يعانون من مشاكل نفسية بدون وجود مرض جلدي." ويضيف د. علي طارق: "هناك حاجة ماسة للعلاج النفسي الكلامي وليس الدوائي" موضحاً أن نصف الحالات التي يرونها تقريباً تحتاج إلى علاج نفسي.

تقول إسرائ الهلسة عن الانطباعات الخاطئة التي يمتلكها المرضى: " من أبرز الأفكار الخاطئة أن العلاج النفسي هو مجرد حديث بين المعالج والشخص المريض، وأن المريض يجب أن يتحسن من أول جلسة، وتكون توقعاتهم أن العلاج النفسي سوف يحسنهم دون بذل أي جهد منهم. أما بالنسبة للعلاج بالأدوية، فهم يتهاونون في الالتزام بجرعات الدواء أو يقومون بالتعديل على الجرعات أو إيقافه دون مراجعة الطبيب." وتضيف: "ومن الأخطاء الشائعة التي يرتكبها المرضى هي عدم الالتزام بطبيب واحد، وعدم الإفصاح عن جميع الأعراض التي يعانون منها".

نختم مع ما قاله د. سامي البدري حول الثقافة والحاجز الثقافي بشكل عام والتحديات التي تشكل عائقاً أكبر من الوصمة: " ولو أن سياق كلامنا عن الوصمة هو العلاج النفسي الكلامي، فهناك موضوع أهم منها، لكن يشابهها، وهو موضوع أهمية الإصغاء، وأهمية السكوت، وأهمية الكلمة. ففي ثقافتنا نرى أحياناً أننا نعطي السبق لمن يتكلم أكثر وأسرع وأعلى صوتاً ولا يسكت، فما زلنا نعيش في فترة الخطابة والمبارزة في الكلام، وقد يكون ذلك أحد أهم أسباب عدم رواج العلاج النفسي الكلامي، أو عدم الاستشعار بأهميته." وتضيف

صحيفة الشروق الجزائرية: "الرقاة والطب التقليدي والشعوذة ملجأ الباحثين عن "العافية". الجزائريون لا يثقون في العلاج النفسي ويعتبرونه خاصاً بالمجانين والمختلين".^{٩٢}

في المغرب لا يختلف الأمر كثيراً، حيث تنافس الأضرحة مؤسسات الصحة النفسية مثل ضريح "بويّا عمر" الذي كان يتم فيه تعذيب المرضى بحجة إخراج الجن منهم حتى تم إغلاقه عام ٢٠١٥. كان ذلك الضريح ظاهرة متطرفة تحولت فيها الخرافة إلى مؤسسة كاملة بدلاً من دكاكين الدجالين أو أرقام هواتفهم أو صفحات الفيسبوك. لا يزال ضريح "سيدي سليمان مول الكيفان" قرب الرباط يمثل مركزاً يستقبل مرضى الصحة النفسية في الوقت الذي تواجه الوصمة من يرغب بالمراجعة في المراكز الرسمية^{٩٣}.

^{٩٢} الجزائريون لا يثقون في العلاج النفسي ويعتبرونه خاصاً بالمجانين والمختلين، الشروق، أكتوبر ٢٠١٠

^{٩٣} محمد النجاري، "العلاج النفسي بالمغرب.. المرضى فريسة الابتزاز والمشعوذين"، حزيران ٢٠٢٤، أوريان ٢١

مغالطات وشائعات حول الطب النفسي والعلاج النفسي

المغالطات حول الأدوية النفسية: أريد طبيباً لا يصف الدواء

للأدوية بشكل عام سمعة سيئة في كثير من الثقافات، وبالأخص الأدوية النفسية. هذه السمعة ليست غير مبررة تماماً، لأن جميع الأدوية لها أعراض جانبية يتجاهل الناس فوائدها ويركزون فقط على آثارها السلبية. وبينما يختص هذا الكتاب بالحديث عن العلاج النفسي بالكلام، فمن المهم توضيح أهمية الأدوية النفسية، لا سيما وأن كثيراً ممن يقدمون العلاج النفسي الكلامي في العالم العربي هم أطباء نفسيون، وأن لهذه الأدوية فوائد كبيرة. لكن، كما هو الحال مع أي مادة مثل الطعام أو الدواء، هناك آثار جانبية، ولدى الشخص والطبيب الخيار بين العلاج الدوائي أو البدائل غير الدوائية (إذا كان ذلك ممكناً).

الكلام العام دون تقديم أمثلة عملية عن الأدوية يعد تضليلاً. كيف يمكن تصديق شخص ينكر أهمية الأدوية النفسية كلياً، مثل مضادات الاكتئاب أو مضادات الذهان؟ يشبه الأمر مقارنة مسكن خفيف بالأدوية المخصصة للعلاج الكيميائي للسرطان. حتى الكافيين في القهوة يُعدّ دواءً نفسياً، وقد استُهلك منذ قرون لفوائده وأضراره. في المقابل، دواء مثل ميثيل فندات (Methylphenidate)، الذي يُستخدم لعلاج اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط، يُصنّف كدواء خاضع للرقابة في دول عدة بسبب جدية آثاره الجانبية. بينما تُعتبر بعض الأدوية مثل مضادات الذهان نعمة حقيقية، على الرغم من آثارها الجانبية.

لن يشعر أحد بقيمة الأدوية النفسية مثل من يعاني من حالات الذهان. الذهان هو مصطلح واسع يصف حالات يحدث فيها خلل في الإدراك الحسي أو التفكير المنطقي. يعرفه العامة باسم "الجنون". يشمل الذهان أعراضاً مثل الهلوسة، الوهم، اضطراب النطق، مشاكل النوم، القلق الشديد، أو الابتعاد التام عن الواقع. يمكن أن ينتج الذهان عن اضطرابات عضوية مثل الاضطراب ثنائي القطب، أو عن صدمات نفسية، أو بسبب خليط من العوامل. قبل اختراع

مضادات الذهان مثل كويتيايين (Quetiapine)، كانت الخيارات العلاجية محدودة، حيث اعتمد الطب النفسي قديماً على أساليب مثل العلاج بالأنسولين، الذي كان يسبب أضراراً خطيرة قد تصل إلى الموت.

قد تدوم نوبة الذهان لأشهر دون الأدوية المضادة للذهان، فهل تفضل علاجاً نفسياً دون أدوية قادرة على إنهاء الأزمة في غضون أسابيع قليلة، أم تفضل رؤية شخص يعاني من الذهان لشهور دون أي حل؟ لا نقاش لنا معك في هذا الكتاب بالتأكيد إذا كنت تفضل الأساليب المتعلقة بطرد الجن. تصل بعض التقديرات إلى أن ١٪ من البشر قد يعانون من نوبة ذهان في حياتهم. فكر ملياً قبل أن تدع أحدهم يقحم الجهل الشديد في الحكم على مجال بأكمله وعلى طيف واسع من الأدوية، إذ تعني هذه الأدوية الكثير لهؤلاء المرضى ولعوائلهم ومحبيهم.

من جهة أخرى، يتسبب الانتحار، الناتج عن الدرجات الحادة من الاكتئاب، في وفاة مئات الآلاف سنوياً حول العالم. هنا نحن نتحدث أيضاً عن حالة لم يكن لدى البشرية الكثير من الحلول لمواجهتها قبل تطور العلوم النفسية في القرن الأخير وإنتاج مضادات الاكتئاب. قد تسمع كثيراً مما يقال عن مضادات الاكتئاب، بعضه صحيح وبعضه خاطئ. مثلاً، يقال إن دراسات مضادات الاكتئاب تتم بواسطة شركات الأدوية، ونتائجها قد تكون غير دقيقة لهذا السبب. وبينما يصح ذلك على بعض الدراسات، فإن هناك الكثير من الدراسات المحايدة والأكاديمية التي خلصت إلى وجود فاعلية لهذه الأدوية. وبالرغم من أن الفاعلية تبدو منخفضة لدى العدد الإجمالي ممن تتم دراستهم، فإن النتائج تكون أفضل للمرضى الذين يعانون من أفكار انتحارية نتيجة سوء حالتهم. ينبغي لمن يحاول نشر ثقافة مضادة لصنف كامل من الأدوية أن يدرك وجود أشخاص يستفيدون فعلياً منها، وأن وجود إشكاليات في آلية العمل أو في مستوى الفعالية أو ديمومة النتائج لا يعني أنها غير مجدية.

نكتفي بمناقشة هذين المثالين، مشددين على أن محاربة الأدوية النفسية هي محاربة لفئات من المرضى قد لا تملك ما يساعدها سوى تلك الأدوية. لكنها تواجه في نفس الوقت الكثير من المخاوف والوصمة، فلا داعي لزيادة هذه المخاوف والوصمة. من بين المخاوف الشائعة حول الأدوية النفسية القول بأنها تسبب الإدمان، وهذا الادعاء غير صحيح بالنسبة لغالبية الأدوية النفسية. وبينما تتطلب بعض الأدوية النفسية استراتيجية جيدة لتركها بسبب آثار الانسحاب، فإن هذا لا يعني الإدمان.

هناك أيضاً مخاوف من أن الأدوية النفسية قد تتسبب في تفاقم الوضع وظهور الأفكار الانتحارية نتيجة للأعراض الجانبية لتلك الأدوية. نظراً لطبيعة صناعة الأدوية والرقابة المفروضة عليها، فإننا محظوظون اليوم بوجود تفاصيل دقيقة عن كافة الأعراض الجانبية الشائعة والنادرة لكل دواء. على سبيل المثال، يمكن أن تقرأ عن الأعراض الجانبية للباراسيتامول، أحد أكثر مهدئات الألم شيوعاً، وتجد أنه قد يسبب حكة لبعض الأشخاص، أو يؤدي إلى انخفاض كريات الدم البيضاء والحمراء عن المعدل الطبيعي. أما في المحاذير المتعلقة بزيادة الجرعة، فقد تظهر أعراض مثل التعب، زرقة الأصابع، فقر الدم، تلف الكلى والكبد، وأمراض القلب أو الجلطات⁹⁴! لكن ما مدى حدوث ذلك؟ بإمكانك مراقبة آثار الأدوية النفسية ومراجعة الطبيب لاختيار الأنسب، حيث تتوفر اليوم خيارات عديدة لمضادات الاكتئاب، بعضها مطور لتسبب أعراضاً جانبية أقل بكثير مقارنة بالإصدارات القديمة.

يتجرأ البعض على وصف الأدوية النفسية بأنها "مخدرات"، فقط لتعزيز الوصمة والخوف والعار المرتبط بها، وهذا يؤدي المرضى الذين يعتمدون على تلك الأدوية بشكل كبير. يقول البعض إن الأمراض النفسية تزداد انتشاراً حيثما يكثر وصف الأدوية النفسية، ولعل هذا الانطباع غير الصحيح ناجم عن بعض الحالات المتطرفة التي تعكس واقع الولايات المتحدة فيما يتعلق

⁹⁴ HealthDirect, [Paracetamol](#)

بصناعة وصرف الأدوية. ينبغي أن ننتبه عند الحديث عن الصحة النفسية عالمياً وعند الحديث عن الولايات المتحدة تحديداً. هناك إشكاليات عديدة في مجالي الصحة والأدوية داخل الولايات المتحدة، مما يجعلها استثناءً وليست قاعدة، لا سيما في ظل استحواذ الإعلام الأمريكي على أغلب الصوت الإعلامي، مما يصدر انطباعاتها ومشكلاتها على أنها واقع شامل.

الأطباء النفسيون والمعالجون سيجعلونك أسوء

"المعالجون النفسيون والأطباء سيجعلونك مجنوناً، أو سيجعلونك أسوأ مما أنت عليه اليوم." سمعتُ هذه المقولة من قبل، وفي مبدئها، لا تختلف عن القول بأن الطب سيء. في فصل "عناصر العلاج النفسي" في هذا الكتاب، اتبعنا أسلوباً قمنا فيه بتقسيم العلاج النفسي إلى العديد من التقنيات من مختلف المناهج. كما أوضحنا في الفصل الأول كيف أن العلاج النفسي يتكون من مناهج مختلفة تتفاوت في اتباعها للدليل العلمي.

تناولت دراسات السلوكيات السلبية التي تؤدي إلى نتائج عكسية في العلاج النفسي^{٩٥ ٩٦} نذكر منها:

١. انعدام التعاطف من قبل المعالج النفسي: يركز منهج كارل روجرز، والعلاج النفسي بشكل عام، على إظهار التعاطف من قبل المعالج النفسي (أو الطبيب النفسي إذا كان الطبيب هو من يقدم العلاج النفسي الكلامي). لكن ماذا لو فقد التعاطف؟ يذكر لي صديق أنه أخبر طبيباً نفسياً عن مشكلته فابتسم الطبيب النفسي ساخراً. لم تكن تلك

Mohr, David C. "Negative outcome in psychotherapy: A critical review." *Clinical psychology: Science and practice* 2.1 (1995): 1-27.

Vybíral, Zbyněk, et al. "Negative experiences in psychotherapy from clients' perspective: A qualitative meta-analysis." *Psychotherapy Research* 34.3 (2024): 279-292.

التجربة سلبية لصديقي تجاه ذلك الطبيب فحسب بل تجاه مجال الصحة النفسية ككل طيلة حياته، وكان لذلك بالطبع أثر سلبي عليه في حينها. لكن شتآن المقارنة بين تصرف سلبي كهذا وبين القول بأن العلاج النفسي سيجعلك أسوأ.

٢. **التقليل من شأن مشكلات المريض:** هي مشكلة أخرى ذكرتها الدراسات والتي نراها مرتبطة بانعدام التعاطف. إذا وجدت معالجا/طبيباً يميل إلى التقليل من شأن ما تصفه من مشكلات فهذا مؤشر سلبي.

٣. **إصدار الأحكام:** كما أشرنا في الفصل المعني بالعلاج المتمركز حول الشخص، فإن جعل العلاقة منفتحة ومليئة بالتقدير وعدم إصدار الأحكام هو شرط أساسي ليس في العلاقة العلاجية فحسب بل في العلاقات الصحية مع الآخرين.

٤. **سوء السلوك:** من ذلك نذكر الانتقال العكسي حيث ينقل المعالج مواقفه الشخصية السلبية السابقة أو مشاعر سلبية من علاقات سابقة نحو الشخص. أعتقد أنه لا حاجة لشرح أن أمراً كهذا لا يجب أن ينعكس في علاقاتنا الشخصية فكيف سيكون الحال في العلاقة العلاجية.

٥. **عدم الاستماع أو عدم الفهم:** هو سلوك سلبي آخر قد يقود إلى نتائج عكسية، ويمكن أن يلاحظ أي شخص عدم استماع شخص له، سواء كان طبيباً أو معالجاً أو صديقاً.

٦. **استغلال الشخص من قبل المعالج/الطبيب:** مرة أخرى، فإن سلوكاً كهذا ينطبق على أي مهنة وهو مؤشر على عدم المهنية وسوء السلوك وليس مأخذاً على مهنة العلاج النفسي أو الطب النفسي بالتحديد. من أشكال الاستغلال هو التحرش الجنسي.

٧. **انعدام الثقة والأمن:** عبر كثيرون في الدراسة عن أن هذا السبب كان وراء تجربتهم السلبية في العلاج النفسي. يحدث ذلك في حالات حين يدفع المعالج المريض إلى

السوح بتفاصيل معينة في الوقت غير المناسب، لا حين يرغب المريض بذلك، وخصوصاً في المواضيع الحساسة والخطرة بالنسبة للمريض.

٨. من بين السلبيات الواردة في العلاقات العلاجية ما أبلغ عنه الأشخاص في الدراسات بعدم وجود تطابق شخصي بينهم وبين المعالج أو الوقوع في نمط من التفاعلات السلبية لأسباب معينة أو لوجود حالة من سوء التواصل والفهم وعدم اليقين مثل ما ذكره أحدهم أنه يغادر الجلسات غالباً مع أسئلة تدور في ذهنه دون أجوبة.

من النقاط السابقة أن هناك أسباباً عديدة يمكن أن تحول دون تحقيق النجاح المرجو في العلاج النفسي، لكن من الواضح من تلك النقاط التي تناولتها الدراسات كيف أن تلك الأسباب يمكن أن تُحبط أي علاقة وأن تحدث في أي مهنة وليس في الصحة النفسية فحسب. العلاج النفسي والطب النفسي يساعدان ويعملان، فإذا سمعتَ إشاعات بأنها ضارة يمكنك الرد عليها الآن، وإذا كنت تعتقد اعتقاداً كهذا فقد رأيت بالدليل كيف يمكن للعلاج النفسي والطب النفسي أن يساعدوا المرضى.

وتتراوح نسبة من يشكون من إحدى النقاط السلبية بين ٥٪ ممن ذكروا في بعض الدراسات أنهم عانوا من أثر سلبي طويل الأمد، في حين أن ذكر وجود إحدى الحالات السلبية أثناء العلاج النفسي، بغض النظر عن التقييم النهائي للشخص على عملية العلاج، يصل إلى ٧٠٪ في بعض الدراسات. يشبه ذلك القول أنك تملك علاقة وطيدة مع صديق أو فرد من أفراد العائلة، لكنك عانيت من موقف سيء واحد أو من إشكالية وحيدة في العلاقة مع الشخص. لا أظن أن هناك أي علاقة تخلو من وصف كهذا.

مجنون أو عاقل

إن الانطباع السائد بأننا إما ان نكون طبيعيين أو أن نكون "مجانين" يجعل الصورة متطرفة جداً لأي شخص تجاه التشخيص، تسميات الحالات، أو العاملين فيها. ينعكس ذلك الجهل على انطباعين رئيسيين سلبيين حول العلاج النفسي:

إنكار وجود المرض النفسي

إذا كان المرض النفسي يُعتبر حالة من الجنون بنظر الناس، فإن ذلك يعني أن الانحياز نحو إنكار وجود المرض النفسي سيشكل فكرة بديلة يتبناها الكثيرون. وبالفعل، فإن كثيرًا من الناس لا يميزون الحالات النفسية سوى باعتبارها مشاكل حياة، ويُظهرون مقاومة شديدة لأي مفهوم آخر. العالم في تلك الحالة يبدو أبيض وأسود، وهذا لا علاقة له بالواقع. تُظهر العديد من الدراسات أن هناك نسبة عالية من الناس يعانون من اضطرابات نفسية، وهي ربما لا تقل عن نسبة حدوث الأمراض التي تصيب أعضاء الجسم. راجع مقدمة الكتاب للحصول على فكرة عن تلك الحالات.

إن مشاكل الحياة يمكن أن تتداخل مع أنماط تفكيرنا ومشاعرنا، بالإضافة إلى آثار التنشئة، التربية، والتعليم. وكل ذلك خاضع من الأساس للجينات والعوامل البيولوجية، لكن مشاكل الحياة ليست سوى جزء من صورة المرض النفسي.

الأدوية النفسية التي تستهدف الجانب الكيميائي في الدماغ وتثبت فعاليتها دليل على ذلك، كما رأينا في الفصل حول إثبات فاعلية العلاج النفسي بالكلام عبر تصوير الدماغ. في النهاية، كل ما يحدث في أفكارنا ينعكس بشكل ما على شبكاتنا العصبية وعلى المواد الكيميائية المختلفة في أجسادنا، كالهormونات، والعكس صحيح. تغيّر نسب الهرمونات في فترة المراهقة، الكهولة، أو المرض تصاحبه تغيّرات ذهنية وسلوكية، والعكس صحيح.

يمكن القول إننا، بنفس الكيفية التي لا يوجد فيها شخص لا يعاني من مشكلة جسدية صغيرة أو كبيرة، فإن كل شخص لابد أن يعاني من مشاكل نفسية أيضًا. ومثلما لا توجد تسمية للكثير من الإشكاليات الصغيرة في الجسد بصفتها أمراضًا، فليس بالضرورة أن يكون هناك اسم للمشاكل النفسية الصغيرة، لكن في الحالتين لابد من حل. الممانعة والمقاومة لفكرة المرض النفسي حول شخص ما هي في الغالب إنكار تام لفكرة المرض النفسي.

فهم العلاقة بين الجسد والدماغ، وفهم الطبيعة البيولوجية للدماغ كعضو حيوي يحتاج للغذاء، الماء، والأكسجين ويتصل بالدورة الدموية، يوضح كيف أن النظرة البيولوجية للمرض النفسي هي جزء مهم من الصورة. تبني الجانب البيولوجي كجزء من الصورة يعني أن الطبيب النفسي يفهم الحالة ويفهم عمله، ولا يعني أن الطبيب يحول الإنسان إلى آلة. الكثير من الاعتلالات النفسية لها مسببات وراثية على سبيل المثال.^{97 98}

معظم الحجج من هذا النوع التي تُثار ضد العلاج النفسي أو الطب النفسي تأتي من توجه يُدعى "حركة معارضة الطب النفسي"، التي سيتم تناولها لاحقاً. أما الذين لا يميزون الفرق بين الطب النفسي، العلاج النفسي، وعلم النفس، ويستخدمون حجج حركة معارضة الطب النفسي، فهم في الغالب لا يعلمون عما يتكلمون، ولا يمتلكون صورة عما يجب أن يكون عليه الحال، وربما يهدفون للترويج لبدائل زائفة.

حركة معارضة الطب النفسي Anti-psychiatry

نشأت حركة معارضة الطب النفسي في بداية القرن العشرين على أسس وحجج أخلاقية في الأساس، حيث اعترضت على انعدام الإنسانية في الطب النفسي آنذاك، وادّعت أن غياب العلاج النفسي قد يكون أفضل من وجوده. بعض أفراد هذه الحركة كانوا يعترضون على ضعف الأدلة العلمية في بعض الأساليب المستخدمة حينها. لكن مع تطور الأدلة العلمية في الطب النفسي، تغيرت طبيعة الحركة، وأصبحت في كثير من الأحيان محاولة لاقتراح شكل جديد من الطب النفسي أو لإضفاء المزيد من الإنسانية على الممارسات الحالية للطب النفسي، بدلاً من اقتراح إلغاء المجال بأكمله.

⁹⁷ Craddock, Nick, and Pamela Sklar. "Genetics of bipolar disorder." *The Lancet* 381.9878 (2013): 1654-1662.

⁹⁸ Tsuang, Ming. "Schizophrenia: genes and environment." *Biological psychiatry* 47.3 (2000): 210-220.

المغالطة الشائعة التي يقع فيها من لا يعرف الكثير عن الطب النفسي هي سماعه بوجود اعتراضات على الطب النفسي اليوم، وافترضه أنها تعارض جوانب يعتقد أنها سيئة، مثل استخدام الأدوية النفسية. في الحقيقة، تتركز الاعتراضات على اللاإنسانية في طرق حجز المرضى في مستشفيات الأمراض العقلية، وبعض الانتقادات العلمية المتعلقة بطرق التشخيص. لكن هذه الاعتراضات لا تعني إلغاء مستشفيات الأمراض العقلية، أو إلغاء الأدوية النفسية، أو إلغاء الطب النفسي تمامًا، إلا في حالات نادرة ومن أشخاص يدعون لذلك دون دوافع علمية.

تجدر الإشارة أيضًا إلى وجود جانب آخر من الاعتراضات في الغرب، يتناول كيفية تعامل الطب النفسي مع حالات تغيير الجنس، وما إذا كان تمويل الحكومات لهذه الحالات مقبولاً أم لا.

الريبة والخوف من المعالج النفسي أو الطبيب النفسي

"مجنون لكثرة مصاحبة المجانين"، "ملحد"، "شخص يمتلك نفاذية ليرى كيف أفكر"، "سيحلل شخصيتي" هذا للأسف جانب من الانطباعات عن الطبيب النفسي والمعالج النفسي. شخصياً سمعتُ عبارة "يحلل شخصيتي" مع الكثير من الريبة في مرات عديدة في العالم العربي. الانطباعات النابعة من الريبة والخوف حول مهنة الصحة النفسية كثيرة.

نقول ردًا على الاعتقاد بأن الطبيب النفسي أو المعالج النفسي يمتلك قدرة خارقة على رؤية ما بداخلك أن هذا التصور قد يكون بسبب واحد أو أكثر من الأسباب التالية:

أولاً – يكون هذا التصور نابغًا من رهاب أو ارتياب من كشف بعض الأمور التي هي ليست ذات أهمية كبيرة في الحقيقة. يُعظم الأشخاص تحت حالات مزاجية معينة مثل الاكتئاب العالم المحيط، فيكبر حجم المخاوف ومصادر القلق، ويزداد الرهاب والقلق. يمكن أن تتحول التفاصيل الصغيرة إلى أسباب للرهاب والقلق الشديد.

ثانيًا - يعود إلى الحرص المنطقي على الخصوصية. في هذه الحالة نؤكد أن الأطر الأخلاقية لمهنة الصحة النفسية، وخصوصًا العلاج النفسي، تتضمن قواعد صارمة لعدم مشاركة التفاصيل. ومع ذلك، فإن الخوف مبرر في الحالات التي يكون فيها المعالج أو الطبيب النفسي قريبًا من الأسرة أو من دائرة الأصدقاء.

ثالثًا - الخوف من سلطة الطبيب النفسي. هذا القلق يعتبر مبررًا أمام كل شخص يمكن أن يمتلك السلطة لتقرير شيء ما مثل تقرير صلاحية الشخص عقليًا. للأسف، ما زال هذا جزءًا من الدور القانوني للطبيب النفسي وفق قوانين الكثير من الدول، حيث لا توجد حيلة أخرى لتقرير إن كان الشخص آمنًا أو غير آمن ويستدعي ذلك حجه في مستشفيات الصحة العقلية مؤقتًا. يخاف البعض من سلطة الطبيب ويظنون أنه قادر على تعذيب المريض بطرق مثل الأنسولين أو الصدمات الكهربائية أو على تقييد حريته عبر الحجر في مستشفى الأمراض العقلية. لكن في الحقيقة، فإن كثيرًا من هذا مستمد من الإعلام فقط.

رابعًا - الاعتقاد غير المنطقي أن هناك الكثير من التفاصيل الظاهرة التي تكون سهلة القراءة للمعالج النفسي أو الطبيب النفسي أو أنه يمتلك قدرة خارقة للقراءة. عند قراءة الفصل حول اللاوعي المتكيف، يمكن أن نرى أن هناك إشارات في ملامح وجهنا أو كلامنا قد تجعل الغرباء أقدر على قراءة حالنا في بعض الأحيان، لكن ليس هناك الكثير مما يستطيع المعالج أو الطبيب النفسي معرفته. في الواقع، لا يستطيع أحد أن "يحلل شخصيتك" بهذه السرعة وبهذا الشكل الخطير. إن المعالج النفسي قد يحتاج إلى العديد من الجلسات ليبدأ بفهم الشخص على الأقل ومن الوارد أن يقوم بالأخطاء أيضًا. إن عبارة "تحليل الشخصية" التي ترد على كل لسان حين مقابلة أي شخص عامل في الصحة النفسية هي عبارة خاطئة.

خامسًا - الطب النفسي يعاملنا كآلات. ربما توجد نظرة معينة لدى بعض الأطباء بأن الأمر لا يحتاج سوى لتدخل ميكانيكي بإضافة دواء معين لحياة شخص ليصبح الأمر وكأن كل شيء على ما يرام. لكن في النهاية، لن يتمكن الطبيب النفسي من فعل الكثير مما يشير الشك أو

الارتياح أو الخوف. الشخص نفسه ما زال هو محور التغيير ومحور المعادلة. إذا لم تقتنع بالدواء، فلا أحد يجبرك على أخذه. وإذا لم تقتنع بالطبيب أو المعالج، فلست مجبراً على رؤيتهم. لا يستطيع أحد تحريكك كآلة حتى لو اعتقدت أنهم يرونك كآلة أو يعتقدون أنهم يستطيعون التحكم بسلوكك أو معرفة الكثير عنك.

تحذير واجب:

نوه إلى ضرورة قراءة فصل عناصر العلاج النفسي لمعرفة ما يبدو مهنيًا وما هو غير مهني ففي النهاية حين نتحدث عن العلاج النفسي فنحن نتحدث عن أشخاص وعن علاقة ولا يمكن لهذا الكتاب أو غيره تنزيه مهنة بأكملها وتنزيه أفرادها.

علم النفس والطب النفسي مجال غير علمي

عدم التمييز بين الطب النفسي، علم النفس، والعلاج النفسي وفروعها يعني على الأرجح عدم فهم الكثير من مجال علم النفس بشكل عام وتاريخه بشكل خاص. الجهل بعلم النفس والطب النفسي يمكن أن يقود بسهولة إلى الرأي القديم بأن علم النفس ليس علمًا أو بأن الطب النفسي لا يجب أن يكون موجودًا (كما تروج له حركة معارضة الطب النفسي). ترتبط الآراء القائلة بأن علم النفس ليس علمًا بإشكاليات تخص التحليل النفسي، الذي هو بالفعل ليس علمًا دقيقًا، كما أنه ليس حاضرًا في الجامعات كالسابق. يرى البعض أن علم النفس يواجه انتقادات بسبب أن الكثير من الحقائق فيه قائمة على نتائج إحصائية دون دعم بيولوجي. لكن كما رأينا في فصل "عناصر العلاج النفسي"، فإن هناك الكثير من الفحوصات القائمة على تصوير الدماغ وعلى المؤشرات البيولوجية. تقول فريدا مكمانوس في كتابها "العلاج السلوكي المعرفي"^{٩٩}:

^{٩٩} فريدا مكمانوس، ترجمة: سارة طه علام، [العلاج السلوكي المعرفي](#)، هنداوي

"كان العلاج النفسي الديناميكي لسيجموند فرويد هو النموذج السائد للعلاج النفسي. ولكن التحليل النفسي الفرويدي ركز على العمليات غير القابلة للرصد التي تحدث داخل العقل، مما يعني أنه كان غير قابل للقياس؛ ومن ثم غير قابل للاختبار إلى حد كبير، أي إنه لم تكن هناك طريقة لتقييم الأدلة على أساسه النظري أو فعاليته. ومن ثم، كانت فائدته موضع تساؤل لدى علم النفس العلمي، الذي اعترض على غياب العمليات والنتائج التي يمكن ملاحظتها وقياسها. ونتيجة لذلك، نشأ العلاج السلوكي من علم النفس العلمي."

جانبا آخر من الإشكاليات يأتي من دليل التشخيص النفسي والذي يصعب على غير المختصين بعلم النفس فهم سبب وجود الكثير من الإشكاليات في دليل معتمد عالمياً على الرغم من تقدم علم النفس. هناك الكثير من الإشكاليات في دليل التشخيص النفسي عبر إصداراته الخمس والتي تم الكتابة عنها في موقع العلوم الحقيقية. في الحقيقة، إن وجود مشكلة في تصنيف بعض الحالات على أنها أمراض ثم حذفها أو وجود مشكلات في وصف بعض الحالات أو في تحديد الأسباب لا يعني على الإطلاق أن تلك الحالات يجب أن تُنسى ويجب ألا يكون هناك دراسات لمناقشتها. كثير من تلك الإشكاليات هي فلسفية ووصفية وتصنيفية، لكنها لا تغير من حقيقة أن بعض الاعتلالات موجودة، وفي الغالب فإن إشكاليات دليل التشخيص لا تؤثر على الطريقة التي يتعامل بها مجال الصحة النفسية مع الحالات.

من الأمثلة التي يُستشهد بها لكشف إشكاليات التشخيص هي تجربة دخول المصححات العقلية كنوع من التجربة، والتي قام بها ديفيد روزينهان (David Rosenhan). قام مجموعة من الأشخاص في تجربة روزينهان بالتظاهر بأنهم مصابون بنوبة هوس جنوني للاضطراب ثنائي القطب أو بأن لديهم أعراض للفصام. كنتيجة، تم حجرهم في مستشفيات الأمراض العقلية رغم أنهم جميعاً لا يعانون فعلياً من أزمة نفسية. لاحقاً، لاحظ البعض وجود إشكاليات

في تجربة روزينهان حيث قام باستبعاد أشخاص تم كشف أنهم مدّعون من قبل كادر المستشفى^{١٠٠}. لكن ليس ذلك هو الحجة الرئيسية ضد من يستشهد بتجربة روزينهان. ففي الحقيقة، وطالما لا نمتلك وسائل لقراءة ما في الدماغ من بيانات، لا يمكن للطب النفسي أو علم النفس أو أي تخصص أن يعلم الكثير عن أفكار المريض باستثناء ما يقوله. هذه إشكالية بالفعل، لكن هل هي إشكالية الطب النفسي وعلم النفس والعلاج النفسي؟ حتماً لا.

تسود الطب النفسي قديماً، وحديثاً أيضاً، الكثير من الإشكاليات في التشخيص والكثير من الأساليب الخاطئة وغير الاحترافية من قبل الأطباء والمعالجين. لكن الكثير من إشكاليات المجال نابعة من طبيعة الدماغ والعلم في سعي مستمر لاختبار كل ما يمكن اختباره كما نرى في تجارب كثيرة وردت في الكتاب.

إذا سمعت بأن "الغرب لا يحترم علم النفس والعلاج النفسي" فأعلم أن الحديث عن سكان قارة أو قارتين هو كلام غير موضوعي. لا ينال الناس المزيد من الاحترام علمياً لأنهم ينتمون لجنس معين من البشر مثل كونهم من الأوروبيين. في الغرب هناك المحتالون والجهلة والدجالون وهناك العلماء. إذا رأيت اعتراضاً في مكان ضد الطب النفسي فالاعتراض ليس تجربة علمية والسلوكيات غير العلمية أو غير الإنسانية تستحق أن تكون عرضة للنقد. لكن اعرف عم يعترض الناس وعم يتظاهرون؟ وأعلم أنه لا يوجد صوت علمي في العالم اليوم يدعو لإلغاء الطب النفسي أو العلاج النفسي.

الكثير من إشكاليات علم النفس والعلاج النفسي قابلة للتشبيه باستعارة محلية من الشرق الأوسط حول المذاهب الإسلامية. تختلف المذاهب الإسلامية في الطريقة التي يجب أن تتم بها الصلاة أو الصيام وهي عبادات يقوم بها المسلمون في أوقات معينة. لكن اختلاف المذاهب حول شكل الصلاة لا يعني أن الصلاة غير موجودة في الإسلام. من يختلفون مع

^{١٠٠} "Review: 'The Great Pretender,' by Susannah Cahalan". *Star Tribune*. [Archived](#) from the original on 2019-11-03

دليل التشخيص ومع طرائق علم النفس والطب النفسي فهم في الغالب يمتلكون مشاريع موازية أو دعوات لإصلاح المجال وليس لحذفه.

٥- معرفة اللاوعي - معرفة الذات

اللاوعي وفق العلم التجريبي الحديث

ترصد حواسنا أكثر من ١١ مليون وحدة من المعلومات في كل ثانية، تلتقط العين وحدها ١٠ ملايين صورة في الثانية لو نظرنا إلى ذلك كمشاهد مقطعة لمقطع فيديو مستمر. كم من تلك المعلومات تتذكر؟ كم منها ستتم معالجته من الأساس؟ على أفضل التقديرات، فإننا نعالج ٤٠ وحدة من المعلومات في الدقيقة. يتساءل تيموثي ويلسون (Timothy Wilson) في كتابه "غرباء عن أنفسنا: استكشاف اللاوعي المتكيف" (Strangers to ourselves: discovering the adaptive unconscious): ما الذي يحدث لتلك الـ ١٠,٩٩٩,٩٦٠ وحدة من المعلومات؟ أليس هناك خلل هائل في التصميم حين تستطيع الحواس جمع كل تلك المعلومات فيما لا نعالج منها سوى قدر محدود جدًا؟ لكن لحسن الحظ، فإننا نستفيد من قدر كبير من تلك المعلومات خارج إدراكنا. هذا المقال سيكون قراءة مختصرة لكتاب تيموثي ويلسون الذي يلخص عقودًا من البحث العلمي حول موضوع اللاوعي.

يبدو اللاوعي المتكيف وكأنه نظام آخر من التفكير يمثل طبقة أخرى تسبق تفكيرنا الواعي ويمكن بواسطة تجارب معينة فهم كيفية عمل ذلك النظام. على سبيل المثال، أجرى باحثون تجربة عرضت فيها عبارة "خسائر العدو" على مجموعة من الأشخاص لتقييم كونها إيجابية أو سلبية. بطبيعة الحال، فإن الخسائر هي خسائر العدو وبالتالي فالعبارة يفترض أن تكون إيجابية، وهكذا أجاب الناس حينما قرأوها. لكن حينما عرضت العبارة بشكل سريع جدًا بحيث أن الدماغ يعالجها في اللاوعي، فقد تم تصنيف الكلمة على أنها سلبية من قبل المشاركين في التجربة. استنتج الباحثون من ذلك أن اللاوعي المتكيف قد لا يمتلك قدرات إدراكية عالية بحيث يستطيع تمييز المعاني من الكلمات المكتوبة.

الشخصية بين الوعي واللاوعي

أحدث والتر ميشيل (Walter Mischel) هزة في علم النفس، وتحديدًا في البحوث حول الشخصية، عام ١٩٦٨. أثبت ميشيل ببساطة أن الأشخاص الانطوائيين والانبساطيين يتصرفون بشكل مختلف في سياقات اجتماعية مختلفة. يعني ذلك أن الشخص الانطوائي يمكن أن يصبح انبساطيًا والعكس بحسب تغيرات معينة في البيئة الاجتماعية وظروف لقاء اجتماعي معين. وهكذا الحال مع خصائص اجتماعية أخرى. يشبه الكتاب أثر ذلك البحث بقصة "ملايس الإمبراطور الجديدة"، حيث تم خداع الإمبراطور بأنه سيرتدي أبهظ حلة ثمنًا لأنها شفافة ولا يرى منها شيء، وفي الحقيقة فقد كان الإمبراطور عاريًا. لكن لماذا تختلف شخصياتنا إلى هذا الحد بحسب السياق ولماذا تعجز الاستبيانات التقليدية حول الشخصية في الكشف عن تلك الفروقات؟

إن السبب في التباين في الخلل بتقييمنا لشخصياتنا، أو في تقييم الدراسات لنا، هو إهمال ذلك الجانب الهام، اللاوعي المتكيف. يتحدث الكاتب عن كتاب ضخيم يصل إلى أكثر من ٩٠٠ صفحة حول أبحاث الشخصية كان منها صفحتان فقط تحدثنا عن الوعي، وستة ذكرت اللاوعي في سياق غير علمي من التحليل النفسي. لم يكن هناك شيء في ذلك الكتاب عن اللاوعي المتكيف. بدلاً من الحديث عن شخصية واحدة، ربما يجب أن نتحدث عن شخصيتين. ربما طريقة البحث في خصائص الشخصية بتعيين الصفات واختبارها، كما هو الوضع الآن في البحث العلمي، خاطئة كليًا. ربما يجب تعيين خصائص معينة وتحديد كيفية تغيرها في السياقات المختلفة وبناءً على نوعين من التفكير قادمين من الوعي واللاوعي المتكيف.

تطور نظرية العقل في اللاوعي

تتطور نظرية العقل بشكل مبكر لدى الأطفال حول سن الرابعة. في إحدى التجارب، يتعاون رجل وامرأة على إخفاء قطعة حلوى في صندوق أمام مرأى طفل. يخفي الرجل الحلوى ثم يترك الغرفة، فتدخل المرأة وتضعها في سلة. يعود الرجل فلا يجد الحلوى، فيما يشهد الطفل تلك العملية. ثم يُسأل الطفل: أين سيبحث الرجل، في الصندوق أم في السلة؟ أغلب الأطفال في سن الثالثة يجيبون بأن الرجل سينظر في السلة، لكن في سن الرابعة يدرك الأطفال أن الرجل لا يعلم بما فعلته المرأة، وسينظر في الصندوق حيث يظن أنه ترك قطعة الحلوى. تعرف طريقة التفكير بالآخرين هذه بنظرية العقل (Theory of Mind)، حيث يُشكل الشخص نظرية عما يفكر به الآخرون.

حتى الآن يبدو أن التجربة لا تحمل الكثير من التفاصيل حول اللاوعي، لكن الجزء الثاني من التجربة يتضمن مراقبة نظر الأطفال في السن الحرج بعمر ثلاث سنوات حيث تبدأ نظرية العقل بالتطور. لوحظ أن لدى بعض الأطفال في ذلك السن، رغم إبلاغهم عن السلة، فقد كانوا ينظرون إلى الصندوق. يشير ذلك إلى أن الأطفال، رغم تصريحهم بشيء ما، فإنهم في اللاوعي المتكيف كانوا يفكرون بأمر آخر. عدم تطابق التصريحات مع مؤشرات أخرى هو مؤشر مهم في تجارب اللاوعي. يُشير ما يقوله الأشخاص إلى المعرفة، إلى الجانب الواعي لديهم، فيما تُشير الأعين إلى المعرفة الضمنية، اللاوعي المتكيف.

الدفاعات النفسية في ظل اللاوعي المتكيف

يرتكز جانب كبير من التحليل النفسي على مبدأ الدفاعات النفسية والكبت. شرحنا الدفاعات النفسية في هذا الكتاب وهي بشكل رئيسي مستمدة من الثقافة ومن مفهومنا البسيط حول المشاعر والوعي. أسس فرويد للدفاعات النفسية في مفهوم اللاوعي وصارت تُعد أساساً في

علم النفس من بعده لكن هل خضعت لما يكفي من الاختبارات؟ يقول تيموثي ويلسون^{١١}: " كانت وجهة نظر فرويد القائلة بأن الوعي هو قمة جبل الجليد العقلي غير دقيقة ... فحجمه لا يتعدى حجم كرة ثلج على قمة هذا الجبل."

يشرح الكتاب أن الدفاعات النفسية، وتحديداً مفهوم الكبت، لا تحتاج لإثبات وجود مشاعر معينة خفية بل لإثبات حدوث عملية كبت لها. على سبيل المثال، الرغبة الجنسية تجاه الوالدين. أحد الدفاعات النفسية هو التكوين العكسي (reaction formation)، والذي ينص على أننا قد نمتلك رغبات معينة مكبوتة، لكن دفاعنا النفسي ضدها يكون بشكل رد فعل قاسي وحاد لرفضها. من الأمثلة الشائعة ثقافياً حول الدفاعات النفسية هو أن يكون شخصٌ ما حاملاً لموقف متطرف ضد صفة يحملها، مثل المثلية الجنسية. هذا المثال كان من بين الحالات القليلة التي كان من الممكن اختبارها، أو هكذا يبدو!

أخضع باحثون مجموعة من الرجال لاستبيان لهاب المثلية عينوا فيه درجات مختلفة من رهاب المثلية لدى هؤلاء الرجال. ثم عرض على الرجال مقاطع إباحية لرجال ونساء، نساء ونساء (محتوى مثلي)، ورجال مع رجال (محتوى مثلي)، فيما تم تركيب أجهزة خاصة تعرف بمخطط التحجم (plethysmograph). يقيس مخطط التحجم زيادة قطر العضو الذكري ويقارن في بعض الدراسات باستثارة الرجال لمؤثر جنسي معين بالتزامن مع ظروف معينة للتجربة، مثل مشاهدة فيلم إباحي للمثلية في حالة هذه التجربة. كانت المفاجأة أن الرجال الأعلى تقيماً في رهاب المثلية كانوا الأكثر استثارة تجاه المحتوى المثلي، بالمقارنة مع الرجال الأقل رهبة للمثلية، رغم تصريحهم بأنهم لا يجدون المحتوى مثيراً على الإطلاق. لكن هل هذه نهاية القصة وأن اللاوعي المتكيف طابق اللاوعي الفرويدي؟ وهل كانت تلك أول تجربة ناجحة لإثبات وجود الدفاعات النفسية؟

^{١١} هيث، and روبرت. "إغواء العقل الباطن سيكولوجية التأثير العاطفي في الدعاية والاعلان." (٢٠١٦).

في الحقيقة، إن التجربة لا تعزز شيئاً من ذلك بالضرورة. أوضح الباحثون في الدراسة أنه في نفس الوقت الذي قد يعد ذلك دليلاً على توليد ردود الأفعال كدفاع نفسي، والذي لا يسنده دليل علمي آخر، فإن الدليل العلمي يسند حقيقة أن الاستثارة الجنسية تزداد مع ازدياد القلق. بطبيعة الحال، فإن الرجال الأعلى في رهابهم للمثلية كان لديهم مستوى قلق أكبر حين مشاهدة محتوى إباحي مثلي.

اللاوعي في الدماغ

تنص نظرية جوزيف لودو (Joseph LeDoux)، المستندة إلى تجاربه وعمله في علم الأعصاب، على أن هناك مسارين في الدماغ يعرفهما لودو بالطريق العالي والطريق المنخفض. تمتلك الثدييات مسارين من الأعصاب يتدئان من مستقبلات الحواس التي تنقل ما نتلقاه من البيئة، ليمر المساران أيضاً بالمهاد الحسي (sensory thalamus)، ثم ينتهيان باللوزة الدماغية (amygdala) التي يُعتقد في علم الأعصاب أنها مسؤولة عن تنظيم ردود الفعل العاطفية. تتصل اللوزة الدماغية بمسارات تتحكم بالنبض، ضغط الدم، وردود فعل عصبية مستقلة أخرى مرتبطة بالمشاعر. غير أن الطريقين لا يمران بنفس المسار.

يأتي الطريق المنخفض بشكل مباشر من المهاد الحسي إلى اللوزة الدماغية، أما الطريق العالي فيمر أولاً بالقشرة، المسؤولة عن معالجة المعلومات والتفكير، ثم يأتي إلى اللوزة. الطريق العالي بطيء لكنه يتضمن معالجة دقيقة للمعلومات. بهذه الحالة، فإنك حين تمشي لوحده في الطبيعة وتصادف جسماً طويلاً داكناً يبدو كأفعى، فإن الطريق المنخفض سيوصل تلك المعلومة، لكن دون تمحيص، إلى اللوزة متسبباً برد فعل خوف، ويمكن أن يحدث ذلك في اللاوعي، أي حتى قبل أن تصبح واعياً بما ترى بالضبط. لكنك ترى لاحقاً وتبدأ بتمحيص ما رأيت، ثم تدركه أنه ليس أفعى. تمثل هذه الآلية جهاز إنذار فعال وسريع في الحيوانات.

لكن هل يمكن أن يحدث ذلك مع كافة المشاعر وفي حالات أخرى؟ وهل هو حساس بشكل استثنائي للمشاعر السلبية؟

أجرى أنطوان بشاره وزملاؤه تجربة تضمنت قياس كهربائية الجلد لمجموعة من الأشخاص وهم يمارسون لعبة تتضمن سحب بطاقات من أربعة مجاميع. كانت المجموعتان أ و ب تؤديان إلى خسائر أو أرباح أكبر، أما المجموعتان ج و د فكانتا تتسببان بأرباح أو خسائر قليلة. لم يُخبر الباحثون المشاركون عن ذلك، لكنهم وجدوا أنه مع استمرار اللاعبين باللعب، فقد صاروا يتجنبون المجموعتين أ و ب وكانوا يظهرن توتراً أعلى حين يسحبون من تلك المجموعتين. تظهر هذه التجربة ما وصل إليه العلم من استنتاج بأن معالجة المعلومات السلبية تحدث بطريقة مختلفة وبأماكن مختلفة في الدماغ عن الإيجابية. لكن هل يختص اللاوعي بمعالجة الأحداث السلبية بشكل رئيسي؟ هناك اعتقاد ساري في العلم بأنه على الأقل يمثل نقطة مراقبة أو حراسة فيما يتعلق بالمعلومات السلبية.

اللاوعي المتكيف والمشاعر

اللامفرداتية (alexithemia) أو العمى العاطفي هي ظاهرة عصبية - نفسية تُصنف كاعتلال نفسي أو صفة نفسية يعاني منها نسبة من البشر قد تصل إلى ١٠٪ وتعد أكثر حدوثاً في الرجال منها في النساء. في هذه الحالة، يواجه الأفراد صعوبة كبيرة في تمييز مشاعرهم أو التعبير عنها أو إيجاد مصادرها. ترتبط اللامفرداتية مع مشكلات أخرى في نمط التعلق والمشاكل في العلاقات بين الأشخاص. يُعتقد أن من أسبابها وجود اختلال في الجانب الأيمن من الدماغ، والذي قد يرجع إلى أسباب متعددة منها الاضطهاد والصدمات في الطفولة، كما أنها أكثر شيوعاً لدى مرضى التوحد. من وجهة نظر اللاوعي المتكيف، فإن تأثير اللاوعي بهذه الحالة قد لا يكون كبيراً. في إحدى الحالات التي يشير إليها الكتاب، بكت امرأة تعاني من العمى العاطفي إثر وفاة امرأة في فيلم. سألتها المعالج النفسي إن كانت تعتقد

أن ذلك مرتبط بوفاة والدتها حديثاً، فنفت ذلك. تُعد حالة العمى العاطفي حالة متطرفة من اللاوعي العاطفي، لكن كما يرى الكاتب، فكلنا نعاني من عمى عاطفي إلى حدٍ ما.

بقاء مشاعرنا في اللاوعي المتكيف ليس الظاهرة الوحيدة الهامة في العلاقة بين المشاعر واللاوعي، يتحدث الكتاب عن الحالات التي نقوم فيها بتطبيع المشاعر السلبية أو الإيجابية تدريجياً. الكثير من الدراسات حول الأشخاص الذين عانوا من فواجع مثل وفاة أو فقد شخص، ظنوا في البداية أن ذلك سيستمر لأمد بعيد، لكن لوحظ لاحقاً أثناء فترة الدراسة أن المشاعر تتحول ضمن عملية للتطبيع إلى هيئة أخف من السابق حتى يكاد ينسى الشخص تماماً. المشاعر الإيجابية كذلك، يأخذ الكتاب حالة متطرفة لشخص فاز باليانصيب لكنه قبل من الإعلام مرات متعددة بعد ذلك، حتى وصل الأمر حين لقائه بعد ٣٠ سنة إلى تمنيه ألا يحصل على الجائزة. يشبه الكاتب هذه الآليات بالعمليات الفسيولوجية المرافقة للفرحة العارمة، والتي قد يترتب عليها تغيير في مستوى النبض أو ضغط الدم، والتي قد لا تكون مفيدة للجسم إن طالت لفترة.

غرباء عن أنفسنا

لا ينتهي نطاق اللاوعي وأثره على ما نميزه نحن بأنفسنا أو ما يمكن أن نخبره التجارب. في بعض الأحيان نتصور أننا قادرون على إحكام معرفتنا بأنفسنا من خلال قوائم موضوعية نحصي فيها كل شيء قد نرغبه أو لا نرغبه، لكن قد نتفاجأ بجهلنا عن أنفسنا. رغم ذلك، كيف لعلامات لا ندركها تظهر على الوجوه أو في لغة الجسد أن تدل شخصاً لا نعرفه على ما نريد؟ يسرد الكتاب قصة عن عالمي نفس أعدا قائمة مما يرغبان به من خصائص في البيت الذي يريدان شراءه. وهكذا فقد كانا يحدثان تلك القائمة وهما ينتقلان مع العاملين في العقارات. كانت القائمة تشبه دراسة نفسية حيث هناك مؤشر من ٧ درجات حول كل صفة مثل المطبخ والحديقة وغيرها. يفترض أن يقوموا بعدها باحتساب المعدل لكل بيت ليقرر ما سيحبانه. لكنهما فوجئا بمحدودية تلك الطريقة مقابل أسلوب وكالة تسويق العقارات.

كانت وكالة تسويق العقارات غير مهتمة كثيراً بقائمتهم، وكانت تفاجئهم بأماكن قد لا تطابق المواصفات الأولية التي أراها. تأخذهم لبيت في الريف تارة، ثم بيت في المدينة، ثم بيت كبير وآخر صغير. تقرأ وكالة العقارات ردود الفعل العاطفية تجاه الخصائص المختلفة في البيوت التي يراها الأشخاص، محاولة استنتاج ما يريدونه بالفعل. قال زوجان لوكيل عقارات إنهما يريدان بيتاً قديماً وأنهما لا يرغبان ببيت جديد، لكنها لاحظت ردود فعل سعيدة حين كانت تأخذهما إلى بيوت جديدة. بهذه الطريقة، فوجئ عالما النفس بشراء بيت لم يتوقعا أنهما سيحبانه على الإطلاق. هل يمكن أن يعرفنا الآخرون أكثر من أن نعرف أنفسنا؟

في الواقع، يأتي الكتاب إلى أمثلة أخرى يقيم فيها أشخاص غرباء مزاج الشخص أو صفاته من خلال أدلة قليلة مقدمة لهم. في كثير من الأحيان كان تقييم الغرباء للأشخاص أصدق من تقييمهم لأنفسهم وأكثر قرباً من حالتهم العاطفية في اللاوعي. وربما من هذه الأمثلة جاء عنوان الكتاب "غرباء عن أنفسنا".

الانقال Transference واللاوعي

يعد الانقلاب من أدبيات التحليل النفسي التي لها إصدار آخر في بعض المجالات العلمية في علم النفس مع تباين في التعريف. ينص مفهوم الانقلاب في التحليل النفسي على أننا نقوم بنقل مشاعرنا من أحد الوالدين إلى شخص آخر، المعالج بشكل رئيسي. يناقش التحليل النفسي تفاصيل ذلك ويعتبر الانقلاب أمراً محورياً في ممارسة العلاج النفسي لاسيما حين يتخذ المعالج ذلك الدور في ذهن الشخص. لكن هل يصادق العلم الحديث على هذا الإصدار من الانقلاب؟

درست سوزان أندرسون (Susan Anderson) عالمة النفس المختصة بعلم النفس الاجتماعي والشخصية الانقلاب. أجرت أندرسون دراسة طلبت فيها من الأشخاص تعريف عدد من المقربين منهم مع ذكر خصائصهم، ثم يتلقى الأشخاص في جزء آخر من الدراسة قائمة من

أشخاص يحملون خصائص معينة. تضع أندرسون بعض الخصائص المتشابهة مع أحد الأشخاص المقربين في الشخصيات التي تقدمها. يمكن أن تقدم معلومات عن زوجتك مثلاً وصفاتها ثم تأتي أندرسون لتستخدم تلك المعلومات في المرحلة التالية من الدراسة لتكوين خصائص لامرأة قد تشترك بـ ٣ من أصل ١٠ مع زوجتك. لاحظت أندرسون أن الأشخاص سيتذكرون هؤلاء الذين يشبهون المقربين منهم ويركزون عليهم أكثر، وسيقومون بتقييمهم بشكل مشابه لتقييم المقربين منهم. مثلاً قد لا تحب شخصاً ما لو كان يشترك بخصائص مع أبيك ولو كنت لا تحب أباك.

ترى أندرسون أن الأشخاص لم يكونوا واعين بذلك وتقترح أن ما يجري ليس بالضبط عملية مرتبطة بالوالدين كما كان يرى فرويد، بل هي عملية شائعة في الدماغ لتعريف تراكيب معينة لخصائص الأشخاص المهمين في حياتنا ثم إعادة استخدام تلك التراكيب والأنماط لنرى من يشبههم ولنعاملهم بنفس الطريقة. ما نقوم به هو عملية مطابقة أنماط ولا يحتاج ذلك إلى إقحام المزيد من المفاهيم من العلاج النفسي كالكبت أو المقاومة أو إدارة القلق. إن العلم الحديث يفسر تلك الظاهرة بشكل أكثر شمولاً وعمومية كوظيفة أساسية للاوعي المتكيف دون حاجة لشرح التحليل النفسي المعقد لها.

هل يمكن دس الرسائل الخفية لإقناع اللاوعي لدينا؟

بعد كل هذا قد تتساءل: هل يمكن إذن دس رسائل خفية لنا لنقتنع بشيء دون أن نعلم؟ كان هذا نص إحدى نظريات المؤامرة في منتصف القرن العشرين بأن الحكومات تمتلك وسائل لإدخال رسائل في أذهاننا. ويشاع الأمر ذاته على وكالات التسويق. لكن في الحقيقة، إن التجارب التي حاولت القيام بذلك وجدت أن القدرة على دس الرسائل بهذه الطريقة محدودة جداً.

أولاً، بالرجوع إلى الدراسة التي أجريت على اللاوعي والتي ذكرناها أعلاه حين قرأ الأشخاص عبارة "خسائر العدو"، يمكن ملاحظة أن اللاوعي المتكيف محدود إدراكياً بحيث أنه لم يتمكن من قراءة العبارة كعبارة واتخذ منها انطباعاً سلبياً. لا يعني ذلك عدم إمكانية دس الرسائل الخفية على الإطلاق. في إحدى التجارب، وضعت كلمات سلبية مع صور أشخاص بشكل سريع جداً، وانعكس ذلك على تقييمهم للأشخاص. لكن هذا من شبه المستحيل تنفيذه في الظروف الحقيقية كالتلفاز أو مقاطع الفيديو في الحاسوب، حيث لوحظ أن هناك الكثير من العوامل التي كانت تؤثر بشدة على وصول الرسائل الخفية للأشخاص، منها مستوى الإضاءة، وبعد الشخص عن الشاشة، وعدم وجود أي شيء يأخذ من انتباه الأشخاص.

لهذه الأسباب، فإن استخدام الرسائل الخفية في حملات التسويق أثبت فشله. على الطرف الآخر، فإن الإعلانات التقليدية أثبتت أثرها الكبير على سلوك المستهلكين في اقتناع الأشخاص أو على سلوك الناخبين في الانتخابات. تؤثر الإعلانات التقليدية أكبر بكثير وبشكل واضح من الرسائل الخفية، وكلنا نراها ونتبعها ونعلم بوجودها.

الاستبيانات النفسية الشائعة

تساعد الكثير من الاستبيانات النفسية المختصين وغير المختصين في تعيين حدة الحالة التي يعاني منها الشخص، مثل الضيق النفسي والاكتئاب أو القلق أو الوصمة. بعض تلك الاختبارات لا يقيم حالة الشخص، بل يقيم خصائص الأشخاص مثل نمط التعلق. يمكن استخدام المترجم الآلي للصفحة لو لم تتوفر بالعربية. سندرج بعضاً من الاستبيانات تلك، لكن مع تحذير هام: إن الاستبيانات النفسية هي وسيلة لمعرفة الذات في الوقت الآني ولمتابعة تطور الحالة، لكنها ليست وسيلة للحكم النهائي.

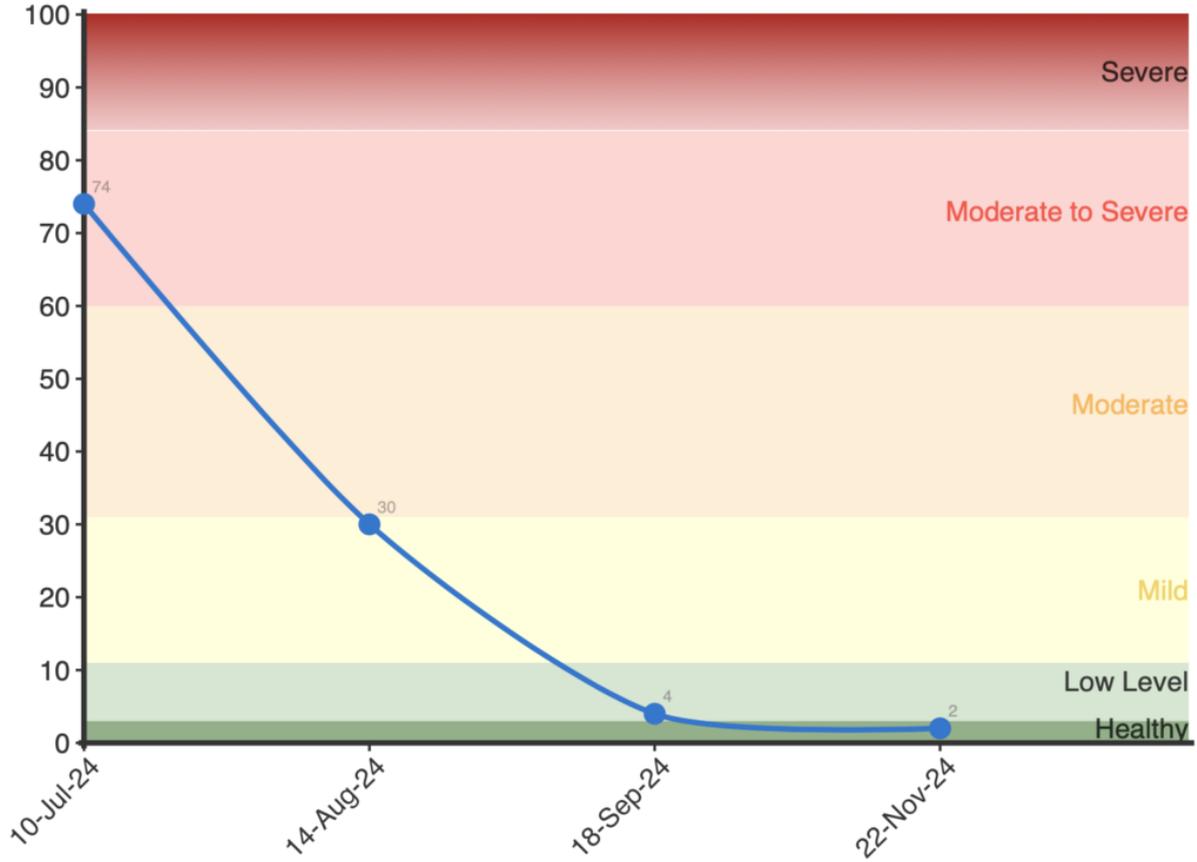
ينبغي ألا تستخدم هذه الاستبيانات كوسيلة لوصم الشخص وإصدار الحكم النهائي على حالته، الأمر الذي قد يقوم به بعض الذين يعانون من العلل النفسية متخذين من نتيجة الاختبار حكماً نهائياً على مزاجهم أو حالتهم المرضية أو خصائصهم الشخصية. يستخدم المعالجون النفسيون والأطباء تلك الاختبارات كمؤشر لتغير الحالة، كما يفهمون كيفية قراءتها وإن كان هناك خطأ ما في ملء الاستبيان، لذا فهي في الأساس وجدت لاستخدام المختصين.

استبيان CORE-OM

استبيان CORE-OM أو ن.س.ت.ر. - ق.ن. (نتائج سريرية في التقييم الروتيني - قياس النتائج) وهو مقياس عام شائع للأزمة النفسية أو الضيق النفسي. يستغرق ملأ الاستبيان أقل من ١٠ دقائق ويعطي نتيجة تتراوح بين ٠ الى ما يزيد عن ١٤٠ مع نتائج فرعية تقسم الى إشكاليات الصحة، المشاكل والأعراض، المصاعب في مهام الحياة اليومية، الخطر والإيذاء. فيما يلي رابط للقيام بالاختبار:

[رابط استبيان CORE-OM](#)

وفيما يلي مثال على النتائج لأحد الأشخاص وتطور النتائج بالنسبة له/لها من ٧٤ الى ٢ خلال بضعة أشهر:



اختبار الوصمة

تحدثنا عن الوصمة في الفصل السابق، وفيما يفكر بعض من يقرأ هذا الكتاب بمراجعة المختصين من أجل تلقي العون في الازمة النفسية التي يعانون منها، فقد تقف الوصمة حاجزاً أمام ذلك. يمكنك تقييم الوصمة من خلال الإجابة على الأسئلة في الاستبيان التالي^{١٠٢} أدناه. لاحتساب النتيجة يجب إضافة رقم من ١ الى ٤ بحسب الإجابات (من غير موافق بشدة الى موافق بشدة):

¹⁰² Boyd, Jennifer E., et al. "Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) scale: a multinational review." Comprehensive psychiatry 55.1 (2014): 221-231..

استبيان الوصمة الذاتية للأمراض العقلية

سوف نستخدم في هذا الاستبيان لفظ 'المرض العقلي' من فضلك استخدم أي لفظ تظن انه أفضل للتعبير عن هذا المفهوم.
يرجى الإجابة على هذه العبارات بوضع علامة في العمود المناسب حسب درجة موافقتك أو عدمها في نهاية كل عبارة:-

م	العبارة	غير موافق بشدة	غير موافق	موافق	موافق بشدة
١	أحس بأنني في غير محلي في هذا العالم لأنني مصاب بمرض عقلي				
٢	الناس المصابون بالأمراض النفسية يميلون للعنف				
٣	الناس يتبعون التمييز ضدي كوني مصاب بمرض عقلي				
٤	أتجنب التقرب بالناس غير المصابين بالمرض العقلي حتى لا ارفض من قبلهم.				
٥	أحس بالعار والخجل كوني مصاب بمرض نفسي				
٦	الناس المصابون بالأمراض العقلية يجب أن لا يتزوجون				
٧	الناس المصابون بالأمراض العقلية يقومون بمساهمات مهمة للمجتمع				
٨	أحس أنني أقل درجة من الآخرين غير المصابين بالأمراض العقلية				
٩	لا أجالس الناس كثيرا كما اعتدت لان مرضي العقلي يجعل الناس ينظرون لي كأني غريب				
١٠	المصابون بالأمراض النفسية لا يستطيعون أن يعيشوا حياة جيدة مثمرة				
١١	لا اشكو كثيرا لأنني لا أريد أن احمل الآخرين عب مرضي				
١٢	التمميم السلبي تجاه الأمراض النفسية يجعلني معزولا عن العالم				
١٣	وجودي مع الناس غير المصابين بمرض عقلي يجعلني أحس بأنني في غير محلي ، أو غير كفو .				
١٤	أشهر بالارتياح عندما يشاهدني الناس في أماكن عامة مع شخص واضح انه مصاب بمرض عقلي				
١٥	الناس يقدمون لي الرعاية وكأني طفل غالبا لمجرد أنني مصاب بمرض عقلي				
١٦	لقد خاب الرجاء في نفسي لإصابتي بمرض نفسي				

نمط التعلق

يتخذ الكثيرون، من المختصين وغير المختصين، نمط التعلق كوسيلة لتقييم مجموعة من صفات الشخصية التي لها أهمية في العلاقات العاطفية والعلاقات مع الناس بشكل عام. لم نقترح رابطاً معيناً في هذا النص نظراً لوجود الكثير من الاختبارات بالانجليزية والعربية.

استبيانات ذات أساس علمي ضعيف

هناك استبيانات أخرى مثل اختبار الخصائص الخمس الكبرى للشخصية (big five)، اختبار رورشاخ، اختبار مايرز بريغس (Myers-Briggs Type Indicator) والتي ليس لها أساس علمي قوي. لا مانع من اجراء اختبارات كهذه لكن مثل أي استبيان آخر، هل ستقع فريسة لنتيجة الاستبيان وترى شخصيتك من خلال الاستبيان؟ ربما عليك النظر لما هو أعمق من ذلك والرجوع لقراءة هذا الفصل لترى ذاتك بشكل أكثر موضوعية مع التفكير باللاوعي المتكيف.

وفي الختام نذكر، من اعظم الوسائل لمعرفة الذات هي مراجعة معالج نفسي جيد.

٦- الجسر بين العلم والإنسانية: كارل روجرز مثلاً

العلاج النفسي المتمركز حول الشخص: العلم والإنسانية لدى كارل روجرز

في عام ١٩٥٧، وبعد عقود من انطلاق مبدأ العلاج النفسي، نشر كارل روجرز ورقة أكاديمية كانت البداية لتغيير مسار العلاج النفسي ليس في منهج روجرز الإنساني فحسب، بل في جميع المناهج، بالإضافة إلى أثر أفكاره الأخرى. كان عنوان الورقة "العوامل الضرورية والكافية للتغير العلاجي للشخصية". بمقياس اليوم، من حيث عدد المرات التي تم الاستشهاد بهذه الورقة، يمكن اعتبارها إحدى أهم الأعمال في علم النفس بشكل عام. من بين الأجيال الأحدث ذات الطابع العلمي من مناهج علم النفس، مثل آرون بيك وكارل روجرز، يمكن اعتبار أبحاث وكتب كارل روجرز من الأكثر تأثيراً في مجال العلاج النفسي ومما له أهمية كبيرة في الجانب الأكاديمي. فما الذي قدمه كارل روجرز لمجتمع العلاج النفسي ولعلم النفس بشكل عام عبر ورقته هذه وما تلاها؟

تكمُن أهمية أعمال كارل روجرز في أنها مثلت من جانب ما لحظة توقف لتقييم مسار العلاج النفسي من ناحية علمية بحتة، بعد أن كان يسلك مساراً شبيهاً بالاجتهادات، وبعد أن سلك جانب كبير منه منذ سيغموند فرويد مساراً غير علمي على الإطلاق. كان منهج التحليل النفسي قائماً على افتراضات فرويد، والتي سواء صح بعضها أم لم يصح، فهي لم تكن مبنية على أسس تجريبية. على الطرف الآخر، كان المنهج السلوكي، النابع من أعمال سكينر، يمثل توجهاً يعطي للمعالج دوراً شبيهاً بالموجه ولعملية العلاج تمارين وإجراءات ثابتة يقوم بها الشخص للنهوض بحالته، لكن دون التركيز على الجوانب الإيجابية في العلاقة بين المعالج والشخص، أو التعاطف الذي يمنحه المعالج. رغم النزعة العلمية لكل من المنهجين، غير أن كارل روجرز انتبه لأول مرة لضرورة ذلك العامل الإنساني في عملية العلاج. لكن هل وجد لها دعماً في البحث العلمي؟

في ورقته عن العوامل الضرورية عام ١٩٥٧، قدم روجرز فرضيته للمرة الأولى دون إسهاب في محاولة إثباتها من البحث العلمي. غير أنه عاد ليعمق تلك النظرة بأبحاثه وأبحاث آخرين من منهجه. ناقش روجرز الأدلة حول الشروط الستة في كتابه "أن تصير إنساناً - نظرة معالج للعلاج النفسي" عام ١٩٦١ (ترجم عنوان الكتاب خطأً للعربية ليعزوه للتحليل النفسي، فأحدى الترجمات الشائعة للعربية عنونته خطأً بـ "أن تصير إنساناً - العلاج بالتحليل النفسي"). وتتضمن الشروط الستة ما يلي:

- ١- أن يكون الشخصان، المعالج والشخص، في تواصل نفسي: يعد هذا الشرط بسيطاً جداً كما يشرحه روجرز حيث يجب أن يكون كلا الشخصين في وعي بأنه على علاقة مع الآخر لأغراض العلاج.
- ٢- الشخص الأول، العميل، يجب أن يكون في حالة عدم تطابق، كونه عرضة للقلق أو في وضع هش: يعد التكامل أو التطابق (congruence) عاملاً مهماً في منهج كارل روجرز، ومفهومه بسيط أيضاً حيث يتمثل بالمقارنة بين صورة الشخص لنفسه وبين ما يقوم باختباره. قدم روجرز آثار عدم التطابق في العديد من أبحاثه وشرح هذا المبدأ علمياً، وكيف لعدم التطابق أن يؤدي إلى الكثير من المشكلات النفسية. وقد شرحنا ذلك في الفصل الثاني.
- ٣- الشخص الثاني، المعالج، متطابق أو متكامل في العلاقة وقد شرحنا ذلك في الفصل الثاني.
- ٤- يشعر المعالج بتقدير إيجابي غير مشروط تجاه الشخص.
- ٥- يتمتع المعالج بفهم تعاطفي لإطار العميل الداخلي ويحاول إيصال هذا الفهم للشخص.
- ٦- يتم إيصال فهم المعالج التعاطفي وتقديره غير المشروط للشخص إلى حد أدنى مقبول.

الأبحاث المبكرة حول العلاقة العلاجية

ناقش كتاب "أن تصير إنساناً" تفاصيل هذه الشروط الست وما يدعمها من الدليل العلمي من أعمال روجرز وغيره. يلخص كارل روجرز دور المعالج في سؤال الكتاب الرئيسي: "كيف يمكن أن أوفر علاقة يمكن أن يستفيد منها الشخص لنموه الشخصي؟". ما جعل المنهج الإنساني مؤثراً على جميع مدارس العلاج النفسي الأخرى هو تلك الفكرة في أن الفائدة من العملية بأكملها ترتبط بالعلاقة قبل أي شيء آخر. حول ذلك الأمر من تخصص علمي صلب قائم على الممارسات، مثل العلاج السلوكي المعرفي، أو تخصص غير علمي قائم على مزيج من تقاليد التخصص والمعرفة الأدبية بالنفس مثل العلاج النفسي التحليلي، إلى علاقة إنسانية بين شخصين يمكن أن تقتبس الكثير من إطار العلاقات الأسرية أو علاقات الصداقة، ويمكن أن تكون مألوفة ودافئة أكثر للمرضى، الذين لم يعد روجرز يسميهم مرضى حيث سن سنة استخدام مصطلحات كالعميل (أو الشخص لاحقاً) بدلاً من المريض. يقول كارل روجرز: "لقد وجدت أنني كلما كنت صريحاً وحقيقياً كان ذلك أكثر نفعاً للشخص".

في الفصل الثالث من الكتاب، ناقش روجرز أبعاد وتفاصيل العلاقة المؤثرة بين المعالج والشخص وقد استشهد بالبحث العلمي المتوفر مما يدعم فرضيته. حول المواقف (attitudes)، ذكر روجرز دراسات حول مواقف الوالدين إن كانوا ذوي طبيعة "متقبلة وديموقراطية" بالضد من أولئك الذين تبدو مواقفهم "رافضة بشكل مستمر" وكيف أن الأطفال في حالة العلاقة الأولى أقدر على تحقيق نمو دماغي وكانوا قد حققوا معدل ذكاء أعلى حتى. لينتقل روجرز بعد ذلك إلى مرضى الفصام وكيف أن الأطباء النفسيين، في إحدى الدراسات، ممن حرصوا على تحقيق علاقة شخصية بالمرضى كانوا قد حققوا نجاحاً أكبر من أولئك الذين حرصوا على تقليل الأعراض.

في ذات الفصل، ينتقل روجرز إلى بُعد آخر وهو ما يسميه "العلاقة المصنعة" (manufactured relationship) ويتكلم فيه عن كيف للمعالج أن يستخدم العلاقة لتحقيق المزيد مع الشخص

مستشهداً في البداية بنظرية سكينير عن التحفيز الإيجابي ودوره في أمور بسيطة مثل الكلمات التي يستخدمها شخص ما تجاه أقوال وأفعال شخص آخر لتشجيعها. يمكن للتحفيز أن يتم عبر الإيثار فقط كما يشرح روجرز عن إحدى التجارب التي حفزت مجموعة من مرضى الفصام في التجربة عبر إطعام قطة جائعة أو عبر الإيثار تجاه مريض آخر. أثبتت التجربة تلك تحسناً في حالة المرضى إثر ذلك، لكن حين تم تغيير ظروف التجربة نحو تحفيز أقل للإيثار فقد تم تسجيل تراجع في حالة المرضى. كانت تلك البداية فقط للمنهج الإنساني الذي استمر بالتفاعل مع مدارس العلاج النفسي الأخرى وبتقديم عناصر غيرت العلاج النفسي ككل. لكن ماذا عن العلاقة مع العلم والبحث العلمي؟

العلاج النفسي والعلم من وجهة نظر كارل روجرز

قدم كارل روجرز بعض الأدلة من الأبحاث لدعم فرضياته في العلاج النفسي، وفي نفس الوقت ساهم في تحويل عملية العلاج النفسي إلى عملية قابلة للدراسة أكثر من خلال تسجيل جلسات العلاج وإشاعة ذلك الأمر والبدء بدراستها. روجرز وتحديداً في الفصل العاشر من كتابه أن تكون إنساناً يناقش العلاقة بين دوره كعالم ودوره كعلاج بطريقة تُظهر وجود مفارقة.

في ذات الكتاب الذي يتناول فيه روجرز بعض الدليل العلمي الداعم لفرضياته، يقول إنه يجد وظيفة العالم تتعارض مع وظيفة المعالج وفق وجهة نظره عن عمله كعالم وكعلاج. يجد روجرز أنه حينما يكون في ذهنية البحث العلمي فإنه يكون بعيداً جداً عن كونه معالماً. أما حين يجد نفسه بأفضل أداء له كعلاج فإنه يكون بعيداً جداً عن كونه عالماً. روجرز يجد أن عملية العلاج النفسي تتمركز حول علاقة شخصية بالشخص. لا يعني ذلك أن عملية العلاج النفسي غير قابلة للدراسة، لكنها كما يصفها روجرز "ظاهرة معقدة".

إن كون العلاج النفسي، وتحديداً ما يركز عليه روجرز في كونه علاقة، هو ظاهرة معقدة، فإن ذلك لا يعني أنه غير قابل للدراسة. لم يتمكن روجرز من إرساء نظرية كما يذكر في كتابه، لكنه وضع فرضيات واضحة قابلة للدراسة والإثبات علمياً منها: "إن تقبل العميل من قبل

المعالج يؤدي إلى زيادة تقبل الذات لدى العميل " على سبيل المثال. ويقترح روجرز هنا أن يكون هناك استبيانات لتقييم هذا الأمر ومقارنة درجة تقبل المعالج للشخص (أو العميل بحسب التسمية المرادفة في هذه الطريقة) والشخص لنفسه كل على حدة، قبل وبعد العلاج النفسي. غير أن جوهر تلك العملية، بحسب روجرز، وبالأخص وفق وجهة نظر العلاج المتمركز حول الشخص، يجعل الدراسة الموضوعية وإيجاد تفسير دقيق لما يجري أمراً صعباً جداً، لكنها ليست مستحيلة. وقد أجرى روجرز وزملاؤه تجارب عديدة في ذلك الاتجاه.

العلاج المتمركز حول الشخص والبحث العلمي

قدم روجرز إطاراً كاملاً لتقويم عملية العلاج النفسي، ووضع المعايير لاختيار المجموعة الخاضعة للدراسة ومراقبتها قبل العلاج النفسي وبعده، وقبل ذلك بفترة مناسبة وبعده أيضاً. كما شرح روجرز ضرورة حصر المتغيرات الخاضعة للدراسة بين المجموعة الخاضعة للدراسة ومجموعة التحكم. وقد شرح الأبحاث التي قام بها بهذه الطريقة في جامعة شيكاغو في الأربعينات والخمسينات من القرن العشرين. وقد يكون روجرز بذلك أول من اقترح وسائل تقويم العلاج النفسي بهذه الطريقة.

إحدى الدراسات التي قام بها زملاء لروجرز (سيمان ورسكن¹⁰³) تضمنت استماع مجموعة من الحكام المحايدون لجلسات علاج نفسي وفق منهج العلاج الإنساني، قاموا أثناءها بتقييم التغير في شخصية الشخص من خلال مجموعة من المعايير التي تم تحديدها مسبقاً. كانت المعايير تتضمن أن قيم الشخص تتغير وفق تجربته الخاصة. كان الحكام يقررون التغير في تلك الخصائص بتدرجات تتراوح من ١ إلى ٤.

كان على الحكام أن يقيموا من بين تصريحات الأشخاص كون تلك التصريحات تعود لمصدر قيمهم (قيم الآخرين مثل التقاليد، الدين، التربية، أو تجربة الشخص نفسه). صنف

¹⁰³ Seeman, Julius, and Nathaniel J. Raskin. "Research perspectives in client-centered therapy." (1953).

الحكام تصريحات الأشخاص الخاضعين للعلاج من حيث مصدر القيم الذي يتبعونه، ومن حيث أن الأشخاص كانوا يميلون إلى تجربتهم أو إلى القلق بشأن قيم الآخرين. تصريح أحد الأشخاص في إحدى جلسات العلاج كان: "لقد كنت أتساءل دوماً، هل يجب علي اتباع ما يفكر به الآخرون؟ ألا يجدر بي أن أكون ما أنا عليه بدلاً من ذلك؟".

جاءت التجربة أولاً بنسبة مرتفعة للتوافق بين الحكام حول طبيعة التصريحات، مما يشير إلى موضوعية التحكيم على الجمل التي قالها الأشخاص في العلاج. ارتفعت معدلات انزياح الأشخاص من التفكير بما يقوله الآخرون وبقيم الآخرين نحو ما يعتقدونه وفقاً لتجاربهم الشخصية، وهذا هو جوهر العلاج المتمركز حول الشخص. تغيرت القيم لمجموعة من ١٠ أشخاص بين ١٩٩٠ كمعدل إلى ٢٧٢، أي من الميل أكثر نحو ما يقوله الناس إلى الميل نحو تجاربهم الشخصية، ولمجموعة أخرى من ٢١١ إلى ٣٣٣ في آخر الجلسات.

أجرى باحثون آخرون¹⁰⁴ تجربة على مجموعة من الطلبة قبل وبعد العلاج النفسي الإنساني (المتمركز حول الشخص) ومجموعة أخرى لم تخضع للعلاج النفسي. كانت التجربة تتضمن إجراء اختبارات تؤدي إلى إحباط الطلبة في الوقت الذي يكونون فيه مرتبطين بمؤشرات عدة لقياس نبض القلب والتنفس والنشاط الكهربائي الجلدي. خضعت المجموعتان للفحص ولم يكونوا يعلمون أن ذلك مرتبط بخضوع إحدى المجموعتين للعلاج، حيث ظنوا أن الأمر مستقل عن العلاج النفسي. كانت الاختبارات تتضمن عرض أرقام يُطلب من الطلاب تذكرها ثم تظهر إشارة تدل على فشلهم في الاختبار مما يؤدي إلى إحباطهم، ثم يعاد الأمر مرتين بعد فترة استراحة. ولأن العينة المشاركة هم من الطلبة فقد كان الإحباط المتعلق بمعدل الذكاء أعلى لديهم. ما الذي نتوقعه عن النتائج؟

Thetford, William N. "An objective measurement of frustration tolerance in evaluating psychotherapy."¹⁰⁴

(1952).

كان الطلبة الذين خضعوا للعلاج قد حققوا معدلاً أعلى للتعافي في فترة الاستراحة وذلك مما يتم قياسه من المؤشرات البيولوجية، في حين أن أولئك الذين كان التعافي لديهم أبطأ في الجولة الثانية من الإحباطات. تقرب هذه التجربة أيضاً مفهوم "الشخص" وعملية النمو التي يمر بها أثناء العلاج النفسي المتمركز حول الشخص، بحيث يكون أقل عرضة للظروف المؤدية إلى الإحباط وأكثر قدرة على التعافي منها. ينفصل كارل روجرز، المؤسس لمنهج العلاج النفسي هذا، عن دوره كمعالج حين يقدم هذه التجارب وتجارب أخرى عديدة، وحين يقترح المنهج التجريبي لاختبار طريقته أو أي طريقة للعلاج النفسي. لكنه يعود ليخلع ثوب العالم حين يؤدي دوره كمعالج ويتخلى عن تلك الموضوعية ويحاول أن يكون في تفكيره "مع الشخص" بدلاً من أن يكون تفكيره "عن الشخص" ليحقق بذلك مزيجاً نادراً في تاريخ العلم بين النزعة الإنسانية وبين السعي لإثباتها علمياً بصراحة.

العلاج المتمركز حول الشخص في خلاصة

بالرجوع إلى النقاط الأساسية الست التي وضعها كارل روجرز في خصائص منهجه العلاجي، يمكن تلخيص العلاج المتمركز حول الشخص أو العلاج المتمركز حول الشخص بأنه علاج نفسي يتمحور في طريقة تحقيقه لأهداف العلاج من خلال العلاقة بين المعالج النفسي (المستشار "counsellor" كما أسماه كارل روجرز) والعميل أو الشخص. يوفر المعالج الأصالة في العلاقة، التقبل التام، والتعاطف والتفهم. ويؤدي كل ذلك إلى الهدف الذي يلخصه كارل روجرز بتحقيق الذات بالنسبة للشخص.

ربما تبدو هذه العبارات بالنسبة لنا بسيطة ومألوفة، وربما يعد بعضها مثل "تحقيق الذات" جزءاً من الثقافة الشعبية اليوم، لكن لماذا؟ جانب من السبب في شيوع هذه المفاهيم والمصطلحات هو المنهج الإنساني ذاته، ممتداً من ابراهام ماسلو وكارل روجرز وآخرين. أما الأبعاد الفلسفية والإثباتات العلمية لأثر تلك العوامل في العلاقة بين شخصين فقد كانت نتيجة لجهود روجرز وآخرين أيضاً.

شروط القيمة (conditions of worth) هي مبحث مهم طرحه وناقشه كارل روجرز، ويتضمن المبدأ السائد بأن الشخص سيكون ذا قيمة في مجموعته، كالصف أو الجامعة أو محل العمل، إذا ما حقق كذا وكذا. ما يهدف إليه العلاج الإنساني ومن جملة ما يدركه الشخص حين يحقق ذاته هو أن لا تكون لديه شروط لكي ينال قيمة وأن يختبر احتراماً غير مشروط للذات، مثل ذلك الذي يناله من قبل المعالج.¹⁰⁵

بالضد من العلاج النفسي الفرويدي، يقول كارل روجرز عن العلاج المتمركز حول الشخص أن العلاقة العلاجية تكون مختلفة عن "الاقتران السلطوي الفرويدي"، حيث لا يحاول المعالج أن يكون سلطة أو أن يعيد تمثيل دور سلطوي في حياة الشخص. وفي نفس الوقت، فإن عملية العلاج والتقدم الذي يتم إحرازه خلالها يُعزى بشكل رئيسي للشخص وفقاً لمنهج كارل روجرز.

لا يمتنع المنهج الإنساني عن ممارسات بعينها مثل تحليل ماضي وطفولة الشخص، لكنه لا يأبه بها كأساس للعلاج. على سبيل المثال، ذكر كارل روجرز عملية النقل (transference) في كتبه وأبحاثه كوسيلة لرؤية بعض العلاقات بين الشخص والمعالج، لكنها ليست أمراً محورياً. وقد علق روجرز في المرة الوحيدة التي تطرق فيها إلى النقل في كتابه الأهم "أن تصير إنساناً"، حين وصف الظاهرة في العلاقة العلاجية: "الظاهرة هذه بالتأكيد ليست علاقة نقل ونقل مضاد (countertransference) [كيفية شعور المعالج تجاه الشخص بإسقاطات العلاقات السابقة للمعالج]. بعض النفسانيين من ذوي الخبرة، ممن كان لهم الفرصة في ملاحظة تطور العلاقة بالحالات التي ذكرتها، كانوا أول من عارض استخدام مصطلح النقل

¹⁰⁵ Rogers C (1959) 'A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, As Developed in the Client-

Centered Framework', in Koch S (ed) (1959)

لوصف هذه الظاهرة. كان تعليقهم بأن ما يجري كان مشتركاً ولائقاً في حين أن النقل أو النقل المضاد هي تسميات لظاهرة أحادية الاتجاه وغير لائقة لواقع المشكلة".

وبينما لا يتضمن العلاج المتمركز حول الشخص بالضرورة إجراءات وتمارين ذهنية كالتالي يقدمها العلاج السلوكي المعرفي، فإنه أيضاً لا يمانع تضمن مسار العلاج لتمارين كهذه.

يمكن النظر إلى العلاج النفسي الإنساني، أو العلاج المتمركز حول الشخص، من وجهة نظر اختلافاته مع مناهج العلاج النفسي الأخرى. لكن في النهاية، يمكن النظر إليه على أنه محاولة لتشبيت نمط طبيعي دافئ من العلاقات دون أي تعقيدات أدبية أو أكاديمية. وقد نجح في ذلك بالفعل.

كارل روجرز: حياته، إرثه، والمنهج الإنساني من بعده

وُلد كارل روجرز عام ١٩٠٢ في ولاية إلينوي بالولايات المتحدة، نشأ في عائلة متدينة وكان الابن الرابع من بين ستة أطفال. لم تكن لكارل روجرز حياة اجتماعية خارج حدود البيت، وقد وصفته زوجته التي عاشت معه مرحلة الطفولة بأنه كان في طفولته خجولاً وحساساً وغير اجتماعي، يفضل أن يعيش مع الكتب ومع عالم أحلامه^{١٠٦}.

في سن الثانية عشرة، بدأ روجرز استكشاف الحياة الريفية والزراعية من خلال تربية الحيوانات والدواجن، مما عزز لديه مهارات التجريب والتعلم العملي منذ صغره. عند التحاقه بجامعة ويسكونسن، اختار في البداية دراسة الزراعة، لكنه سرعان ما تحول لدراسة اللاهوت، متأثراً بالقيم التي نشأ عليها. شكلت زيارته إلى الصين لحضور مؤتمر ديني نقطة تحول في حياته؛ إذ تعرّف هناك على عقائد مختلفة وعاش التناقضات بين أتباع الدين الواحد، مما دفعه للتخلي عن دراسة اللاهوت، واتخذ حينها قراراً بالاعتماد على تجربته الذاتية كأساس لفهم العالم من حوله. كما أخبر والديه حينها بانفصاله الفكري عنهما وسلوكه طريقاً آخر.

انتقل روجرز لدراسة علم النفس السريري في كلية المعلمين بجامعة كولومبيا، حيث حصل على درجة الدكتوراه عام ١٩٣١. خلال هذه الفترة، عمل في مراكز إرشاد الأطفال واكتسب خبرة في أساليب علاجية متنوعة، منها الأسلوب الفرويدي والإحصائي، وهو ما ساهم في بلورة آرائه حول العلاج النفسي. بعد ذلك، شغل منصب أستاذ لعلم النفس في عدة جامعات ونشر أول كتبه عام ١٩٤٢، حيث عرض أفكاره الجديدة في مجالي الإرشاد والعلاج النفسي. واصل أبحاثه الأكاديمية، خاصة في مجال الفصام، وأسهم في العديد من المؤلفات التي عززت مكانته كأحد أبرز علماء النفس في العالم.

^{١٠٦} الجامعة المستنصرية، كارل روجرز، ديسمبر ٢٠١٢

قدم كارل روجرز أسساً عديدة لأول مرة في العلاج النفسي جعل فيها العلاقة أكثر تلقائية وأصالة. يرى كثيرون أن بصمة كارل روجرز على العلاج النفسي لا تقتصر على مدرسته، وقد تركت أثرها في العلاج النفسي والثقافة بشكل عام. اليوم نستخدم جميعاً مصطلح "تحقيق الذات"، وفي الحقيقة كان ذلك من إرث المدرسة الإنسانية في العلاج النفسي ويقع في جوهر ما يهدف إليه. يعتبر كارل روجرز وفق بعض الأبحاث الشخص الأكثر أهمية في تاريخ العلاج النفسي¹⁰⁷.

يمكن أن تعد قراءة أعمال كارل روجرز الأكاديمية صدمة لأكاديميي اليوم أن يقرؤوا فصلاً كاملاً دون مصادر يتحدث فيه الكاتب عن تجربته ويتحدث بصيغة المتكلم. لكنه في الوقت نفسه يعود في جوانب أخرى ليتكلم في المنهج العلمي والفلسفة حول العلاج النفسي. ثم يصف تجاربه وتجارب زملائه في محاولات إثبات طرائقهم. يمكن لكارل روجرز أن يمزح أو أن يكون شخصياً أو أن يكون علمياً بشكل بحث في ذات العمل. هل يمكن لكارل روجرز أن يغير نظرتنا للكتابة الأكاديمية أيضاً؟

¹⁰⁷ Cook, Joan M., Tatyana Biyanova, and James C. Coyne. "Influential psychotherapy figures, authors, and books: An Internet survey of over 2,000 psychotherapists." *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 46.1 (2009): 42.

كيف يصبح تجريد الذات من الإنسانية سلوكًا لا أخلاقيًا

ترجمة^{١٠٨}: وسن ناصر

حتى عهدٍ متأخر، ركزت معظم الدراسات حول التجريد من الإنسانية على كيف أن اعتبار أشخاص أو جماعات من الناس على أنهم "أقل من بشر" يؤدي إلى أفعال لا أخلاقية. ومع ذلك، فقد اقترح بحثًا في علم النفس بإمكانيتنا أيضًا تجريد أنفسنا من الإنسانية، محركين عملية دورية نمارس من خلالها سلوكًا معاديًا للمجتمع مسببين بذلك اعتبارنا لأنفسنا أقل إنسانية مما يؤدي بدوره إلى تصرف أكثر معاداة للمجتمع.

يقول الباحث كايل دوبسون، طالب الدكتوراه بكلية كيلوج للإدارة في جامعة نورث وسترن "أن إعفاء أنفسنا من القدرة على امتلاك النوايا أو وضع الخطط أو تطبيق السيطرة على النفس قد يؤثر على المسؤولية التي نشعر وكأننا نتحملها تجاه سلوكنا غير الأخلاقي نحو الآخرين".

وذكر دوبسون وجود نوعان من التجريد من الإنسانية. التجريد من الإنسانية الحيواني والذي ينطوي على اعتبار أنفسنا والآخرين غير قادرين على القيام بعمليات ذات مستوى أعلى كالسيطرة على النفس، بينما يُعد التجريد من الإنسانية الآلي أقرب إلى الطريقة التي نفكر بها حول الروبوتات والأشياء الأخرى التي لا تمتلك مشاعرًا.

أجرى دوبسون، بالتعاون مع أستاذه علم النفس مريم كوشاكي وآدم وايتز من جامعة نورث وسترن، دراسة حول العلاقة بين تجريد الذات من الإنسانية والسلوك اللاأخلاقي، وذلك من خلال سلسلة من ثمانية دراسات.

في الدراسة الأولى، طلب من ١٥٦ مشاركًا كتابة تفاصيل عن وقت قاموا فيه بفعل شيء أخلاقي، أو غير أخلاقي، أو في حالة محايدة، وكيف قضا أمسياتهم في كل حالة. بعد ذلك، أجاب المشاركون على مجموعة من عشرة أسئلة تتعلق بمقاصد أفعالهم ومدى قدرتهم على إدراك مشاعرهم وتفاعلهم مع المواقف. ووجدت الدراسة أن المشاركين الذين وصفوا أفعالهم غير الأخلاقية شعروا بأن لديهم "قدرات إنسانية" أقل مقارنة بالأفعال التي كانت أخلاقية أو محايدة.

في دراستين تابعتين، أظهر ٤٤١ مشاركًا نمط استجابة مشابهًا، سواء عندما اقتصر الفعل على الكذب (مقابل قول الحقيقة) أو عندما قرأوا ببساطة قصة من منظور الشخص الأول عن الغش (مقابل عدم الغش) أثناء الامتحان.

بالإضافة إلى ذلك، عندما قرأ ١٥٣ مشاركًا قصة عن الغش أو عدم الغش أو مجرد الرسوب في الامتحان، وجد الباحثون أن أولئك الذين كانوا في مجموعة التجربة السلبية رأوا أنفسهم بشراً بعد الرسوب في امتحان افتراضي، تمامًا مثل أولئك في مجموعة السلوك الأخلاقي. وهذا يشير إلى أن زيادة التجريد من الإنسانية الذاتية التي وُجدت في الدراسات السابقة كانت رد فعل على السلوك اللاأخلاقي، بدلاً من كونها استجابة عاطفية أكثر عمومية لتجربة سيئة.

وبعد التأسيس لإمكانية أن يزيد السلوك اللاأخلاقي من تجريد الذات من الإنسانية، أجرى الباحثون مجموعة أخرى من الدراسات المصممة لاختبار فيما إذا كان العكس صحيحاً أيضاً (أي أن نزع الصفة الإنسانية من الذات يؤدي إلى سلوك لا أخلاقي).

وفي كل الدراسات على السواء، أكمل المشاركون مهمة الكتابة الموضحة أعلاه قبل إجراء المداولات حول اختيار أخلاقي. ووجد أن الأشخاص الذين هم في حالة تجريد الذات من الإنسانية أكثر كذباً عندما طُلب منهم أن يبلغوا ذاتياً عن نتائج رمي العملة في الهواء مقابل المال، وأكثر ميلاً لتعيين شركاء لأداء المهمة الأصعب من بين مهمتين متاحيتين.

واخيراً، اختبر الباحثون نموذجهم الكامل لتجريد الذات من الإنسانية على مجموعة من ٤٣٩ طالباً. في هذا الاختبار، تنبأ المشاركون فيما يبدو لهم رمياً عشوائياً للعملة. ودون علمهم، عدلت النتائج لمجموعة الحالة الحيادية لتكون تنبؤات المشاركين دائماً مطابقة لرميات العملة النقدية. بينما في مجموعة حالة احتمالية الغش، عدلت النتائج لتكون دائماً غير متناسقة مع رميات العملة متبوعة برسالة مغلوطة تفيد بصحة توقع أفراد المجموعة هذه.

وضع خياران أمام مجموعة حالة الغش: إما أن ينقروا صندوقاً على الشاشة للتبليغ عن "خلل تقني" أو بإمكانهم أن يجمعوا جائزة قدرها \$٢ بصورة غير شرعية لكل تنبؤ دقيق. ١٣٤ مشاركاً من أصل ٢٩٣ ينتمون لهذه الحالة اختاروا أن يأخذوا الأموال.

بعد الإبلاغ عن مستوياتهم في تجريد أنفسهم من الإنسانية وإكمالهم لمهمة الملء، أكمل المشاركون اختبار جناس (إعادة ترتيب كلمة أو عبارة ما لإنتاج كلمة أو عبارة أخرى تختلف في المعنى)، إذ أتاح هذا الاختبار لمجموعة حالة احتمالية الغش أن يقدموا تقريراً خاطئاً حول النتائج. وكما توقع الباحثون، فقد أبلغ الأشخاص الذين اختاروا أخذ أموال لا يستحقونها في الاختبار الأول عن مستوى أعلى من تجريدهم لأنفسهم من الإنسانية، وايضاً كانوا أكثر عرضة للغش في المهمة الأخيرة.

بين الكتاب أنه وفي حين وجود تباين في قوة التأثيرات، إلا أن نمطاً متسقاً قد ظهر في الدراسات الثمان كلها.

"يوضح بحثنا كل من عواقب السلوك الأخلاقي - تجريد الذات من الإنسانية - ويشرح بأن هذا التجريد من الإنسانية يمكن أن يُسهل السلوك اللاأخلاقي مستقبلاً".

كذلك تناقض نتائج هذا البحث ما توصلت إليه البحوث السابقة التي تقترح أن تجريد الذات من الإنسانية الناشئ عن نبد الآخرين اجتماعياً قد ينبئ عن سلوك أخلاقي تعويضي. ويقدم المؤلفون تفسيراً واحداً لهذا الاختلاف، وهو أنه في حين الاستسلام لإغراء الكذب أو الغش

لأجل المال يمثل فشلاً في التنظيم الذاتي في المجال الأخلاقي، قد لا يوجد اغراء مماثل
لنبتد الآخرين.

حرب الاستعارات في علم النفس والعلاج النفسي

"إن شرحي للوعي بعيد جداً عن الكمال. يمكن القول أنها البداية فقط. لأنها تكسر لعنة تلك الحلقة من الأفكار التي جعلت من عملية شرح الوعي أمراً مستحيلًا. لم استبدل الاستعارات النظرية للمسرح الكارتيبي ببدائل ذات طبيعة أخرى أدبية أو علمية. كل ما فعلته في الحقيقة هو استبدال عائلة من الاستعارات والصور بأخرى. استبدلت المسرح، الشاهد، القاصد المركزي، الخيال بالبرنامج، الحواسيب الافتراضية، المسودات المتعددة، الفوضى. إنها حرب للاستعارات فحسب، كما قد يقول قائل، غير أن الاستعارات ليست مجرد استعارات بل هي أدوات للفكر. لا يستطيع أحد أن يفكر بالوعي دونها، لذا فمن المهم أن نتجهز بأفضل عدة متوفرة منها. أنظر لما لدينا الآن. هل كنت ستستطيع تخيل ذلك دونها؟"

دانييل دينيت

إن ما ذكره دانييل دينيت أعلاه يشكل موقفاً هاماً في علم النفس ويغطي ذلك العلاج النفسي أيضاً. إحدى أبرز إشكاليات علم النفس حالياً أنه من بين العديد من العلوم التي كان لها جناح غير علمي، أو علمي زائف، فإن هذا الجناح لا يزال حياً فيه مثل التحليل النفسي، أو ما هو حديث مثل قانون الجذب، والطاقات، والادعاءات بإزالة السمية، والادعاءات بالربط مع ميكانيكا الكم وغير ذلك. قد يقول قائل من القراء والهواة أو من الأكاديميين ألا ضير من القراءة ورؤية وجهات النظر الأخرى لكن هناك مخاطر لذلك. هناك مخاطر من الغرق في عالم من الاستعارات التي لن تأخذك بعيداً فحسب بل ستضعك في طريق مسدود للتفكير.

في كتابه، قدم دانييل دينيت نطاقاً من الاستعارات الملائمة لما وصل إليه العلم والقابلة لأخذ التفكير لمفاهيم جديدة. ومثل ذلك قدم آخرون من العلماء. بالمقابل، فإن هناك نطاقاً من المصطلحات والأفكار والاستعارات التي جاء بها التحليل النفسي والتي قد تبدو مغرية جداً لرؤية النفس البشرية من خلالها وهي تنطبق أيضاً على ما نرى فيه العالم من حولنا. شرح فرويد

الأنا، والأنا العليا، والهو كأقسام مختلفة للنفس كما قدم الدفاعات النفسية والكبت ومفاهيم معينة حول العقد وغير ذلك. سحرت تلك المصطلحات العالم لكنها لم تأخذ علم النفس لأي مكان لأن فرويد لم يكن عالماً ولم يتعب نفسه بإجراء تجربة علمية واحدة. وسرعان ما ظهرت تيارات جديدة كانت قابلة للازدهار والنمو لا للبقاء في حيز استعاراتها الأدبية الجامدة منذ فجر تأسيسها.

بنفس الطريقة يجب الحذر حين نقرأ في أي مجال غير علمي في العلاج النفسي أو علم النفس. بعض المصطلحات توهي بأن هناك علم نفس متطابق مع صورة الحقيقة التي يراها دين معين. البوذية مثلاً لديها اطار كامل لفهم الواقع، وقد يشكل استخدام التأمل واعتماده من قبل المعالجين النفسيين كوسيلة لتبني صورة تلك الحقيقة. الأديان الأخرى أيضاً لديها رؤى معينة للحقيقة. لكن كم من الممكن أن تصيب تلك الرؤى واستعاراتها؟

نحن اليوم على حافة فجر جديد للاكتشافات في علم النفس عبر قنوات عديدة منها الجينات التي تطورت المعرفة بها أكثر من أي وقت مضى. وأيضاً هناك مجال البيانات الضخمة والتي تحمل الكثير من الحقائق التي يمكن استكشافها ودمجها بالمعرفة المتوفرة لو أتيح للعلم دراسة البيانات التي تمتلكها الشبكات الاجتماعية ومحركات البحث والوسائل الالكترونية الأخرى. المعرفة بالدماغ البشري أيضاً وصلت الى مراحل متقدمة. كما أن البحث العلمي في العلاج النفسي قد جمع قدراً معتبراً للبيانات منذ بدء كارل روجرز وآخرين بتحويل الجلسات الى بيانات. أين ستقودنا كل هذه؟ وما هي عدة الأدوات التي نعملها لكي نستوعب العالم الجديد لعلم النفس؟

حتى الآن يحتاج أي شخص ينخرط بعلم النفس الى حقيبة تتضمن مزيجاً من الأدوات التحليلية الإحصائية فضلاً عن المعرفة بالتخصص ذاته. اليوم قد يحتاج عالم النفس الجديد الى حقيبة أكبر من الأدوات الإحصائية التي قد تصل حتى الى أدوات التعلم الآلي. كما يحتاج عالم النفس الى المعرفة بالبيولوجيا أكثر من أي وقت مضى فهي تحمل اليوم معلومات

أكبر بكثير عما يجري بداخلنا من الوقت الذي كان البشر يعتقدون أن الدماغ منفصلٌ عن العقل. المعالج النفسي قد يحتاج أن يبقى على صلة بكل ذلك أيضاً، ليس بالضرورة أن يمتلك أدوات تنفيذ البحث لكن أن يفهم ما يجري. وربما يجب أن ينعكس ذلك على مناهج التعليم.

دحض الخرافة والعلم الزائف ليست مهمة للترف الفكري فحسب حين يأتي الأمر للعلاج النفسي ولعلم النفس. على كل نفساني ومعالج نفسي أن يعرف جيداً المنهج العلمي وأن ينفذ عن تخصصه ومعلوماته ليس المعلومات الخاطئة فحسب بل أن يقاطع الاستعارات القادمة من المجالات غير العلمية في علم النفس. ما يقع على عاتق النفساني وبالمعالج النفسي بالمقارنة مع غيره من مختصي العلوم الأخرى يعد أكبر بكثير مما هو على عاتق أي مختص آخر. فمن جهة قد يتوسع دور المعالج النفسي أو الطبيب النفسي قريباً ليكون ما يشبه مجال موازي للطب وبالتالي يكون المختص مسؤولاً عن جانب من صحة الناس، بكل ما يحمله ذلك من جسامه للدور. ومن جهة أخرى فكما ذكرنا، هناك الكثير من الأدران على جسد هذا العلم والتي يجب تنقيتها.

مثلاً يمتلك معظم البشر اليوم بعض الأساسيات عن الطب مثل معرفتهم بارتفاع درجة الحرارة، اخذ مسكنات الألم، أو المعرفة ببعض الأمراض والحالات القاتلة، فيجب أن يكون هناك نظير لذلك من المعرفة النفسية. ماذا لو عرف الجميع أن الكتابة عن مشاعرهم مفيدة؟ ماذا لو تحرر الجميع من الوصمة حول الطبيب النفسي والمعالج النفسي؟ ماذا لو عرف الجميع أن في الكلام شفاء مثلاً أن في الكلام ألم وشفاء؟

بقراءة هذا الدليل الصغير نأمل أنك أصبحت تفهم كل مما يلي:

- ما هو العلاج النفسي؟
- ما هي مناهج العلاج النفسي وكيف تختلف عن بعضها؟

- أبرز تقنيات العلاج النفسي وكيف يمكن أن تنفع تلك التقنيات.
- الوظائف المختلفة في مجال الصحة النفسية من أطباء ومعالجين ونفسانيين.
- كيف نقيم ما هو علمي وما هو غير علمي من مفاهيم علم النفس والعلاج النفسي؟
- تقييم المعالج النفسي الجيد من السيء.
- الحصول على مدخل الى ماهية المهارات العلاجية وربما القدرة على تطبيق بعضها في الحوارات الاعتيادية مع الأصدقاء والأهل لجعل الحوارات مثمرة أكثر.

العلاج النفسي للجميع

في هذا الكتاب عرفنا العلاج النفسي وشرحنا مدارسه وقدمنا بعض الأساسيات عن تاريخه والفروقات بين المهن المختلفة في الصحة النفسية كما تحدثنا عن واقع ممارسة ودراسة الطب النفسي في البلاد العربية. شرحنا أيضاً دلائل عمل العلاج النفسي بطرق مختلفة عبر العناصر المختلفة التي يستخدمها المعالجون وآثارها وتاريخها وتطورها أو عبر الدراسات التي درست مفعول العلاج النفسي من خلال المسح الدماغي أو الاستبيانات. وهنا تأتي الضرورة لماذا قدمنا لكارل روجرز مع هذا الكتاب وهو رغم دوره البارز في ادخال المنهج العلمي لدراسة العلاج النفسي لكن مدرسته ليست الأكثر مساهمة في الجانب العلمي، ليس بقدر المنهج السلوكي المعرفي على سبيل المثال. إن المنهج الإنساني هو الأكثر تلقائية وقرباً لما نحن عليه كبشر.

في الفصل الأول من كتابه، العلاج المرتكز على الشخص، يذكر روجرز عبارة عن منهجه في العلاج النفسي "أن يكون هذا منهجاً للعلاقات وليس منهجاً للعلاج النفسي فحسب". لماذا أرى ذلك مهماً لنا في العالم العربي؟

في مطلع هذا الكتاب شرحنا ان الضرر الذي يُحدثه الكلام قد يتمثل في خداعنا بمنتجات واهية، او تجنيدنا لقضايا فكرية خطيرة، او احداث الالم البالغ فينا. وهو لا يفعل ذلك الا عن طريق اشخاص حولنا في المجتمع. وازاء ذلك الا يجدر ان يتسلح كل فرد بمهارات علاجية اذن؟ فكم عجزنا عن ادارة حوار سلس مع شخص يمر بمعاناة نفسية ويحتاج اسلوب سليم لادارة الحوار معه بدلاً من اسلوب يجعله اكثر عزلة عن البشر واكثر قرباً من الخطر؟

قد يقول قائل أننا ندعو للاستكانة وإهمال العجز في المؤسسة الصحية في العالم العربي. لكن مرارة الواقع الصحي في البلاد العربية لا تبشر بالخير ونحن على أعتاب زمن تكاد تتوقف فيه عجلة التنمية في كل مكان في العالم أمام إنتاج المزيد من الهواتف والحواسيب والمحتوى الإعلامي. ربما الحل أن نبدأ بفعل ما نستطيع فعله لأنفسنا ولبعضنا. العلاج النفسي للجميع.

بإمكان كل قارئ أن يبدأ من هنا، أن يبدأ مع كارل روجرز. مما أوضحناه أو كتبناه عن منهج كارل روجرز. تتوفر بعض كتب كارل روجرز بترجمات للعربية. إنها سهلة وتلقائية بل يمكن اختصارها بأنها نزعة إيجابية للقبول التام للآخر وعدم الحكم عليه. يمكن أن نقرأ عن اللاوعي وأن نفهمه على الأقل من هذا الكتاب. أن نفهم الكثير من الأساليب السلوكية مثل الكتابة والتمارين التي يقدمها العلاج السلوكي المعرفي لكل من التفكير والسلوك.

يمكن لأي شخص أن يتعلم عن اللاوعي وأن يفهم من الأمثلة التي قدمناها في شرحنا لكتاب "غرباء عن أنفسنا" لتيموثي ولسن أين يدرك اللاوعي في سلوكه. ربما يمكن أن نبدأ بالتوقف عن التصرف بغضب أو عن الشعور بالحزن أن نعلم لماذا، ربما يمكننا ذلك لو فهمنا التأمل التعاطفي الذي قدمه بول جلبرت والذي شرحنا جانباً منه في هذا الكتاب. يمكن أن نفهم مفهوم التعاطف الذاتي وأن نلتفت لذواتنا بنظرة للتفهم والشفقة والمحبة، أن ننظر لأنفسنا في الماضي والمستقبل، هل نمقت ذلك الشخص؟ هل نخجل منه؟ ألا يجدر أن نتعاطف معه بعض الشيء؟

لا تتطلب بعض الممارسات سوى ورقة وقلم مثل إجراءات الكتابة التي اكتشف آثارها الإيجابية جيمس بينايكر. يمكن أن نستمع للآخرين أيضاً وهم يتحدثون عن صدماتهم النفسية وعذاباتهم وأصواتهم الداخلية دون أن نحكم عليهم ودون أن نقترح أي نصائح. يمكن أن نتوقف عن إعطاء النصائح سواء الدينية منها أو السلوكية أو أي شيء. ربما تتغير سردياتنا أو سرديات الآخرين حول ما أحدثت الآلام والفواجع في حياتنا في الماضي القريب لو كتبنا وتكلمنا وأفصحنا عما في داخلنا.

يمكن أن نقرأ عن العلاج السلوكي المعرفي وعن تقنياته المختلفة وأن نبدأ بتطبيقها في حياتنا اليومية. سيقوم المعالج السلوكي المعرفي بشيء من هذا. يمكن أن نضع الدين والخلافات الأيديولوجية في الحوارات مع بعض الأشخاص حين ندرك أنها لا تقدم المساعدة.

ويمكن أيضاً أن نطلب المساعدة. في عالمنا المثقل بالدماء والفقر والجو الحار والتلوث ما زال هناك أطباء ومعالجون انسانيون في العالم العربي خاطبناهم في هذا الكتاب ورأينا كيف يقدمون المساعدة وفق الطرق العلمية. كثير من قراءنا قد يكونون من سكنة المدن والبعض منهم قد يستطيعون تحمل كلفة العلاج النفسي. الوقت ليس متأخراً يمكنك الذهاب إلى معالج نفسي أو طبيب نفسي اليوم.

رأيتم كيف أن البلاد العربية مليئة بالمشخصين بالاعتلالات النفسية يشكلون نسبة تصل إلى الأغلبية في بعض البلدان. لا تخف من الوصمة، كل من حولك يعاني، لكنك فقط غير قادراً على رؤية الجميع.

احذر ممن يبيع لك المساعدة في الأضرحة ودكاكين الخرافة والدجل. رأيت كيف أن هذا العلم متقدم وقطع اشواطاً طويلة من التجارب ليفهم المعالجون ما يمكن أن يقوله لك وما يمكن أن يساعدوك فيه، شيخ المسجد لم يتعلم ذلك رغم احتمالية كونه يحمل نوايا طيبة. العلاج النفسي هو علم وفن حاول أن تحصل عليه من مكانه الصحيح وممن بذلوا سنوات من

عمرهم ليتقنوه. قد يبدو طريق الطب النفسي والعلاج النفسي مكلفاً، لكن طريق الخرافة مكلف أكثر دون أي جدوى ومع احتمالية عالية للضرر.

في النهاية ندعوكم للبقاء على صلة بموقعنا حيث سننشر المزيد حول العلاج النفسي وحيث يمكنك مراسلتنا او الاشتراك بقائمتنا البريدية على:

<https://real-sciences.com/category/علم-النفس/علاج-نفسى/>

العلوم الحقيقية

