2020

العلاجات النفسية ذات المنحى التحليلي:

محاضرات سنة ثالثة علم النفس العيادي

إعداد:
د بوعلاقة فاطمة الزهراء
جامعة محمد بوضياف المسيلة

محاضرات العلاج النفسي ذو المنحى التحليلي

مقياس سداسي موجه لطلبة علم النفس العيادي سنة ثالثة

دفعة 2020/2019

محاضرات مبرمجة بالقاعة s21 كل يوم ثلاثاء

استاذة المقياس: د. بوعلاقة فاطمة الزهراء

أهداف المقياس:

- **تحديد مفاهيم علم النفس العيادي و العلاج النفسي؛**
- **تحديد مبادئ العلاج النفسي عموما؛**
- **التعرف على مبادئ العلاج النفسي التحليلي بين المدرسة الكلاسيكية و الاستحداثات الراهنة؛**
- **التعرف عن أهم التقنيات العلاجية ذات المنحى التحليلي (العلاج الكلاسيكي و العلاج المستوحى من التحليلية)؛**
- **التوصل إلى إمكانية التفكير الإنتقادي حول الممارسة العلاجية ذات المنحى التحليلي؛**
- **مناقشة حالات بالعلاج المستوحى من التحليلية:**
- **الاجابة على الاسئلة التحصيلية.**

المحور الأول: علم النفس العيادي و العلاج النفسي .

محاضرة رقم: 01.

العنوان : ما يخص علم النفس العيادي

العناصر الأساسية:

1- قصة علم النفس العيادي .
2- علم النفس العيادي : مفاده.
3- العلاج النفسي و المعالج النفسي.
3-1- العلاج النفسي عبر التعاريف.
3-2- جوهر العملية العلاجية: " الإصغاء".
3-3- المعالج النفسي: مواصفاته (الشكلية، الأخلاقية، المعرفية).

المراجع المعتمدة:

بالعربية :
1- العيساوي عبد الرحمان محمد.1999. فن الارشاد و العلاج النفسي. ط1.مصر: دار الراتب الجامعية.
بالفرنسية :
2-Huber W. (S.D. Chiva M.). (2005). Les psychothérapies – Quelle thérapie pour quel patient .Paris : Armand .colin.

3- Prévost. c. m. (1973). Janet et Freud et la psychologie clinique. 1ere éd. Paris : Payot.

4-Perron R. &t al. (1997) La pratique de la psychologie clinique. Paris : Dunod.

5-Si moussi A. (2005). L'amour et la haine –névrose du trop névrose du vide - .Algérie : OPU. p.231

كـــــمـــقدمـــــة:

يقال أنه " يبرق مثل الذهب " ؛ مقولة تنقل لنا وجود اشياء أو معادن لها نفس بريق الذهب لكنها ليست بالذهب ، انه زيف يشعرنا بدءا باللذة – لذة امتلاك شيء الثمين – سرعان ما تتحول مشاعرنا اتجاهه بالإحباط بحكم توقعتنا غير الصائبة – حقيقة الشيء.. هذه المشاعر يمكن أن نسقطها على طلبة علم النفس العيادي في توقعاتهم لمقياس العلاجات النفسية ؛ أثناء عرضنا لمدخل مقياس العلاجات النفسية و تحديدا العلاج المستوحى من التحليلية فان الاسئلة تتمحور حول فائدة العلاج النفسي التحليلي من حيث امكانية تطبيقه على العملاء الجزائريين و قيمته الجدلية ضمن التغيرات السريعة في المجتمعات ككل و الممارسات العلاجية المستحدثة :

" ما عساي أفعال ؟!" (!? Comment faire) .

عبر عنه الطلبة كالاتي :

- كيف أوظف معلوماتي النظرية في الميدان؟
- ما عساي افعل امام مشكلات العميل؟
- ما هي المدارس العلاجية التي يجب ان اتبناها ؟

كل الاسئلة منطقية ، لكن الاجابة عليها ، أو الجواب لا يمتلكه هذا المقياس لوحده ، إن لم يكن الطالب يقف على قواعد تكوينية صحيحة في مقاييس اخرى كعلم النفس المرضي أساسا في ضوء كل المداخل النظرية، علم النفس النمو ، علم النفس الاجتماعي والتحليل النفسي كثقافة عيادية أي القراءات في تجارب ميدانية.

وقبل ان نعرض العناصر الرئيسية لمحاضرات العلاجات النفسية ذات المنحى التحليلي من التأصيل التاريخي للعلاج الى المستحدثات في حقل العلاج التحليلي، و عرض مبادئه، و تقنياته، و قواعده العلاجية فإنه من الضروري أن نقف على هوية العيادي التي نسعى كأساتذة علم النفس أن نخطها في السنوات التكوينية للطلبة موضحين مهام العيادي الممارس في ضوء قصة علم النفس العيادي و ماهية العلاج النفسي و مبادئه بصفة عامة.

هذه القواعد التكوينية ولنقل " أكاديمية" لا تكفي لتكوين طالب في علم النفس العيادي " مشروع ممارس عيادي " ، إنه مشروع في تطبيقه يضع الممارس في علاقة مباشرة مع الآخر: لا اوراق خاصة بالعرض يمكنك الرجوع اليها ان زلقت منك معلومة ان لم نقل كل المعلومات ، ولا وجود لزميل يحاول ان يعيد صياغة ما قلت ان بدى غير مفهوم أو بدوت غير مستوعبا لما نقلته من قراءاتك ، ولا وجود لأستاذك الذي قد يتبعك فيما قدمت أو يختلف معك ، يشجعك أو يوبخك...الخ، إنها تجربة مختلفة.

توفر القواعد الأكاديمية زادا معرفيا يمكن الطالب نظريا ما يخص مجال علم النفس العيادي ، لكن هل توفر له القدرة على أن يتمكن من " أن يكون مع الآخر" *(être avec l'autre)* .

عمل العيادي، عمل خاص ، لا تكفيه القواعد التكوينية الأكاديمية فقط ، لأنه في عمله مع " ذوات الآخرين " فانه ينطلق من" ذاته هو"، أي من قواعد غير أكاديمية ،"غير جامعية " بل قواعد من بنية "الشخصية" ، وقدرته احتواء الأخر ، هذا الأخر (الفرد) المعاني (le sujet en souffrance) دون أن يمثل هذا الفرد موضوع فضولية الممارس :" أنا فضولي حتى أعرف قصته " أو أن يجعل من عميله تلميذا يلقنه ما درسه في مساره الجامعي، أو أن ينصب نفسه سفيرا لحل مشاكل الآخرين وأنه قادر على إيجاد كل الحلول : كما يقول المثل الجزائري " عبـــز يسيل " ... كل هذه المواقف و أخري سنتناولها في محاضرات آتية تبعد العيادي عن مركز اهتمامه ألا وهو " الفرد (le sujet) " ، هذا الشخص الذي ينتظر منه المساعدة : وعبر ممارستي العيادية المتواضعة يمكن أن أؤكد أنه في كثير من اللحظات لعملائنا الفضل في أن نتخطى بعض همومنا ونحن نعمل معهم على همومهم، أو نتخلى عن المشاعر العظامية فينا ونلامس الأرض ونحن نشهد معاناة الآخر وما يشعر حيالها ويفكر حولها في هذا الصدد يكتب **بيرون ن**(Perron R.) في مقاله :

"Qu'est- ce que la psychologie Clinique?" «إن الأخصائي العيادي ، هو غالبا ذلك (أو تلك) الذي في اطار معين ، يظهر وكأنه قادر أن يقدم من خلال تكوينه (ومن دون شك من خلال شخصيته) ، إجابة لبعض الحاجيات . هذا ما نهنئ عليه المختص العيادي من حيث ما يملك من مرونة وقدرة على التكيف : مما يجعل منه مطلوبا من طرف الوظائف الأخرى ، ومن طرف الناس ..." . **(PERRON R., & AL. , 1997,P.)**

و نعود في إيجاز إلى قصة علم النفس العيادي أي كيف ظهر المصطلح في مجال علم النفس ؟ :

1- قصة علم النفس العيادي :

مصطلح علم النفس العيادي ظهر في سنوات 1890 في فرنسا ، وكذا ألمانيا وأمريكا، في سنة 1896 عمل **ويتمر** (Witmer)، في المانيا مع **فونت** (Wundt) أين نشا في جامعة Pennsylvanie ، عيادة نفسية كانت تعرض نوعا من التوجيه (Guidance) أي اعطاء النصح، المساندة و المساعدة، قريبة بهذا من مهام المساعد الاجتماعي .

في سنة 1897، أسس كلا من (Hardenberg) و(**Valentin**) اطباء أمراض عقلية في مستشفى سانت-آن (Sainte -Anne)، في باريس مجلة **"علم النفس العيادي و العلاجي"** (psychologie clinique et thérapeutique) جاءت الدراسات فيها متأثرة بأعمال(Bernheim) ومدرسة Nancy ، لكنها كانت قريبة جدا من افكار الطب العقلي قد يكون هذا السبب وراء جهودها (4) سنوات فقط .

حدد مصطلح علم النفس العيادي بوضوح من خلال الكتابات المتكررة لـ : Pierre Janet ، أين يظهر المصطلح سنة 1898 في كتابه : عصاب و أفكار ثابتة ***(Névrose et idées fixes)*** ، إذ يعود الفضل له كملهم أول لإنشاء هذا العلم. سنة 1947 بعد وفاة Pierre Janet تتوج جامعة فرنسا بليسانس في علم النفس العيادي ، منذ أن أسس علم النفس التجريبي كعلم أساسي ، أين يعد علم النفس العيادي من أحد ممارساته ، فالنقاش كان قائما حول التجريب : عزل ، يفكك ، يجزئ : من خلال وضع المتغيرات؛ هذا ما يفشله في أن يستوعب الشخصية في كليته.

إلاّ أن التكامل بينهما (علم النفس التجريبي ، علم النفس العيادي) ، أصبح موضوع دراسة بداية القرن العشرين ، يعود الفضل في ذلك لـ Alfred binet مدير مخبر علم النفس الفيزيولوجي للمدرسة التطبيقية للدراسات العليا *(laboratoire de psychologie physiologique de l'école pratique des hautes études)* حيث تابع دراسة الذكاء من خلال ثلاثة أطراف مختلفة لكن كان يراها متكاملة : التحليل التجريبي، الاختبارات أين توصل إلى وضع " سلم القياس الشهير و ثالثا العيادة ، فدراسته التجريبية حول الذكاء (1903) رغم عنوانها إلاّ أنها ترتكز على" **تحليل عيادي** " دقيق لعمليات الذكاء لإبنتيه حيث اهتم بتوضيح الفرق في الأسلوب .

(PREVOST C.-M., 1988, PP.34-35)

أما في أمريكا فقد وصل علم النفس العيادي تطوره دون مشاكل . في فرنسا كان يجب أن تنتهي الحرب العالمية الثانية حتي تقبل الجامعة بإدراج ليسانس في علم النفس منفصل عن الفلسفة ، وكان وراء هذه النقلة *Henri Pieron* ,*Henri wallon* و *Daniel lagache* .

من جهته Henri Pieron لم يكن " عياديا " بالمصطلح المنوط له حاليا ، لكن اهتماماته بعلم النفس الفارقي، علم النفس العمل و الاختبارات إلى آخره ، جعلته يقتنع مليا بمدى ضرورة تكوين ممارسين في علم النفس .

أما Henri wallon فكان طالب سابقا للمدرسة العادية العليا ومتحصل على ديبلوم فلسفة، كان طبيبا وإثرها تعلم العيادة ،عمل عيادي موجه للمرض العقلي ولكن أيضا لعمليات النمو العيادية *(les origines de la pensée chez L'Enfant, 1945)* .

فيما يخص Daniel lagache، يعتبر -عبر منشوراته ونشاطه الجامعي- المؤسس الأول لعلم النفس العيادي في فرنسا، كان بروفيسور في Strasbourg ثم la Sorbonne ، كان طبيبا ومحللا نفسانيا: طور في كتاباته رؤيته التركيبية لعلم النفس العيادي، اذ هو اجتماع أو محاولة جمع للخطوات الإجرائية لعلم النفس التجريبي، علم النفس الفارقي، علم النفس النمو و التحليل النفسي ؟ هذه التركيبة وضعت القواعد النظرية للممارس العيادي ، الذي يندرج عمله في : ***التشخيص ومساعدة الفرد الذي يعاني.***

إلى جانب Lagache عملت *Juliette favez-Boutonier* على فصل علم النفس العيادي عن الطب و بالتالي منح النفساني العيادي حقوقه والحفاظ على شرف عمله.

2- علم النفس العيادي ، مفاده :

إنه علم مفاده محاولة فهم، الخصوصية الفر دية ، و التوظيف النفسي للشخص، آخذين بعين الاعتبار نموذجه الخاصة لعلاقاته مع الآخرين ، خياله ، عواطفه ، وكذا توظيفه المعرفي . طبعا دون ان ننسي قصته الفردية التي يسجل فيها كل ما تقدم ، أين يتوضح سيره الحالي، أي توظيفه النفسي الحالي، وكذا اختلال التوظيف *(Dys fonctionnement)* . **(PERRON R., 1997, P)**

يعرف **لاقاش د.** في مقاله الشهير: وحدة علم النفس *(l'unité de la psychologie)* علم النفس العيادي كالاتي " تحديد السلوك في بعده الخاص ، الرصد بصدق وذلك بالقدر الممكن للطرق التي يكون بها الفرد (او اساليبه في كيف يكون)، ردود أفعاله بصفة ملموسة وكاملة أثناء تواجده في موقف معين البحث لوضع روابط ذات معنى، البنية و النشأة ، كشف الصراعات المحركة و العمليات اللازمة لحل هذه الصراعات ، هذا بإيجاز برنامج علم النفس العيادي " *(Lagache, D, 1969,p.)* .

3- العلاج النفسي و المعالج النفسي :

3-1- العلاج النفسي عبر التعاريف :

ينقل لنا عبد الرحمان العيسوي في كتابه "فن الارشاد و العلاج النفسي " مفهوم العلاج النفسي وأهدافه كالآتي " نقصد به تلك العمليات و الإجراءات التي يقوم بها الأخصائي النفساني بقصد إعادة تكيف الفرد مع نفسه ومع المجتمع المحيط به فالعلاج النفسي يستهدف المعالجة القائمة عل إستخدام المناهج العلمية وعلى أساس من التشخيص الموضوعي " *(عبد الرحمان العيساوي ، 1999)*.

هذا التقنين والموضوعية التي يؤكد عليهما هذا التعريف يجعلنا نفكر في مدى إمكانية تحقيقهما على المستوى الممارسة؛ لمناقشة ما جاء فلنقرأ معا ما كتبه *Winfrid Huber* في كتابه: "العلاجات النفسية- أي علاج من أجل أي عميل" *"les psychotherapies – Quelle thérapie pour quell patient"* ما يلي : في نهاية الستينات تقريبا ،ظهر أكثر الفرق بين علم النفس العيادي كبحث علمي وكممارسة؟ رغم التطورات الهائلة فيما يخص الصحة العقلية إلاّ اننا لم نجد دليلا علاجيا حتى في أمريكا" **(2005, P. 5)**.

أي أن للعلاج خصوصيته قد لا تتماشي أو تتناسب و القوانين الموضوعية التي يفترضها علم النفس العيادي كمجال للدراسة وليس كميدان للممارسة ، هذا ما يحاول

توضيحه بعمق **سي موسى عبد الرحمان** في أحد مقالاته الجميلة المعنونة كالآتي: "نظرة على نشأة الفكر العيادي" *"Aperçu sur la construction d'une pensée Clinique "*، إذ يرى أنه رغم تعدد النظريات العلاجية وتطورها، واختلاف الاختبارات المنطقية يبقى الانسان و الانسانية فينا تنبعث في شخصنا كمحترف وعالم .

فالموضوعية و الدقة العلمية تفرض على الإنسان أن يصمت تاركا مجال التعبير للمحترف، العالم. لكن حس و غضب الإنسان حاضران، ويهددان مستوى الموضوعية. هذا الوصف منطبق على كل البناءات العلمية ، ويزداد في دراسة النفس باعتباره الدارس " نحن" موضوع المعرفة، نحن ندرس مشابهينا، هذا ما يجعلنا وباستمرار نتقمصهم بذاتية، الصعوبة تتجلى أكثر في البحوث العلمية العيادية أما بالنسبة لعلاقة المساعدة فنحن باستمرار نشترك فيها كأشخاص بقصصنا الذاتية و بميولاتنا الشخصية ، لقد لاحظنا طويلا أنه من الصعب التحكم في علاقة المساعدة ، هذا ما يسميها التحليل النفسي التحويل (النقلة) والتحويل المضاد، وهذا ما يجعل عمل الأخصائي النفساني خطيرا على شخصيته ، متسائلين هل يملك القدرة أو أنه مجند كفاية ليبقى حيا وفي صحة نفسية جيدة ؟ ما الذي يجب تفاديه حتي لا يكون في وضع خطر على نفسه ولا على الآخرين ، هذا ما يدفعنا الى الإستنتاج التالي :

- إن العلاج أو مساعدة الآخر تعني أن ندفع بشريكنا إلى السير قدما معا إلى أن نصل إلى مستوى من الاستقلالية دون أن يشكل هذا خطرا على الطرفين ..ولهذا علينا أن نتخلى عن الوضعية العظامية والمثالية في العلاج فهما أعداء العلم " *(Simoussi.A, 2005, pp. 203-206)*

يؤكد هذا المقال على أن العلاج قائم على علاقة ثنائية تجمع بين طرفين المعالج والمتعالج ، تجمعهما علاقة شراكة لكي يعمل العميل على نفسه بمعية المعالج : العلاقة العلاجية ليست علاقة أحادية الطرف، خطية ولكنها ثنائية، وتفاعلية ، يسعي فيها المعالج النفسي كطرف شريك وليس أبدا مستبعدا، بعيدا وحتى حياديا ، إلى أن يحفظ بقدر المستطاع على الصحة النفسية لشريكه وكذا صحته النفسية (هو كشخص ولنقل بكل بساطة كإنسان).

3-2- جوهر العملية العلاجية : "الإصغاء"

يكتب **سي موسي عبد الرحمان** في نفس المقال السابق ما يلي:" إن التكرار في اللّقاءات مع العميل، إمتداد الحصص لسنوات ، تحكم أحسن في التحويل (النقلة) يجعل من التكفل النفسي علاجا نفسيا يتميز بالإنصات". *(P, 213)*

جوهر العمليات العلاجية هو " الإصغاء "، و هذا ما يعتمد عليه أساسا العلاج النفسي : يدعونا الكاتب إلى أن نرتكز في العلاج على "الإصغاء" وليس على "الفهم" أي المرور من وضعية معقلنة أساسها الفهم إلى وضعية " الإصغاء " قريبة

من المفهوم الفرويدي المسمى " الانتباه العائم (l'attention flottante) وقد توصل من خلال عمله" العيادي " إلى " أن العمل النفسي مع العملاء لا يرتكز فقط على العين (الملاحظة) و العقل" التحليل" لكنه يرتكز على الأذن (الإصغاء) و التي تعاش كأم حاوية ، التي تحمل، بكل المعاني، وليديها حتى يصل إلى الاستقلالية نسبيا " . (P.213)

يرجع هذا الوصف و التحليل للعمل النفسي إلى ما كان يرمي إليه Fleiss في تحليله النفسي لمرضاه إذا كان يشبه العيادة بالرعاية الامومية و هذا ما منح حاليا العلاجات النفسية لا سيما المستوحاة من التحليلية وظيفة الاحتواء..

ويضيف **سي موسي عبد الرحمان** في نفس المقال السابق أنه بعد 10 سنوات تقريبا من العمل النفسي أو العيادي توصل في أحد حصصه للقول لعميله : أنا استمع لك (JE VOUS ECOUTE)؛ حتى أن العملاء يأخذون شطرا من الزمن ليتفهموا فائدة الكلمة أو الإصغاء (Parole et écoute) ، حيث أنهم في بداية العمل النفسي يفكرون مثلنا ، أن المعالج النفسي يحللهم و أننا سنفهمهم ونفسر لهم ما يحدث لهم، ولكن فقط اكتشفنا تدريجيا أنه برغم عدم فهمنا لما يحصل لهم ، فقط بمشاركتهم الكلام، الأفكار، لحظات من حياتهم، يتغيرون ويعيشون بأقل ألم من الماضي : إذ أننا شهدنا عند البعض تغيرات عميقة وسحرية، وأحيانا أخرى أو لدى حالات أخرى نتائج عملنا منخفضة وحتى منعدمة. الإصغاء إذن قدرة تميز العمل النفسي وكذا مدى حرية الأخصائي النفساني في أن يلجه الآخرون بقصصهم وأفكارهم ومعتقداتهم، ومدى قدرته على وضع **عمل ارتباط** (travail d 'association) .(P.214)

عبر هذه الرحلة العيادية فأننا نخلص إلى نتيجة أكيدة تكمن في أن داخل عملية الإصغاء ، أنت تصغي للآخر وتصغي لنفسك .

3-2- المعالج النفسي : مواصفاته (الشكلية ، الأخلاقية ، المعرفية)

من خلال ما تقدم سابقا تبدو الصفة الأكثر طلبا في شخص المعالج النفسي هي أن يتمتع بأذن صاغية هذه الصفة كل المعاني و الدلالات التي يحملها الإصغاء تجعل العمل العيادي أكثر إثمارا لكن هناك مواصفات أخرى قد تضفي الجودة على العمل العلاجي :

3-2-1- المواصفات الشكلية:

تعد هذه الصفة الشكلية الخارجية أي المظهر العام للمعالج واجهة لشخصيته، أن يكون مرتبا في لباسه ، نظيفا ، متناسقا يوحي بشخصية منظمة وحتى مستقرة كذلك أن يتمتع في لباسه أو يميل الى الوسطية ، لا قليل الثياب ولا كثير الثياب

(*Ni peu vêtu- Ni trop vêtu*) ونقصد بها أن يميل بالأولى إلى الإغواء (ألبسة مثيرة ، مساحيق زائدة بالنسبة للإناث ، عطور ملفتة ...الخ) ونقصد بالثانية أي يميل إلى التستر بإفراط (كالبرقع ، السدل ، نقاب ، العجار) .

يتوقع العميل من المعالج أن ينعشه، فلا إفراط و لا تفريط، لا إثارة و لا إطفاء، إذ أنه قد يجد في شكله رمز لحياة معتدلة.

3-2-2- المواصفات الأخلاقية:

ينقل المعالج للعميل وهو يقبل عرضه للعلاج أن ما يتكلم عنه العميل يبقى سريا محتفظة بها آذان المعالج لا يتكلم عنها المعالج إلا في الإطار العلمي أي مناقشة الحالة داخل تكوينات لكن دون إعطاء تفاصيل قد تشير بوضوح إلى هوية العميل .

كما أنهما في عقدهما العلاجي يؤكد المعالج على أن العميل حر في التعبير عن افكاره ومشاعره ، هذا يعكس لدى العميل توقعات ايجابية من طرف المعالج ، توقعات تتمثل في الاحترام ، عدم طلق احكام ، لا سخرية او تحاذق ، كل هذه التوقعات تقرب لدى العميل المبدأ الاساسي الذي تنطلق منه العملية العلاجية وتتماشي به وهو التقبل كل اختراق لهذه التوقعات يعد اخترقا اخلاقيا للعقد العلاجي.

3-2-3- المواصفات المعرفية:

المعرفة ضوء ينير الطريق العلاجي ، الثقافة النفسية ، الثقافة العيادية ، القراءات المتنوعة ، التكوينات و الانتماء لمجموعة من الزملاء و المختصين و المشرفين بهدف تبادل الخبرات ومناقشة طريقة العمل و المشكلات المرفقة ومحاولة تجاوزها .. الخ كل هذا يكون زاد معرفيا يتحول بالوقت و الجدية و المثابرة الى صفة مهمة في المعالج ، صفة أنه **يحب أن يعرف** (*Aimer savoir*) .

المحور الثاني: العلاج النفسي في ضوء مدرسة التحليل النفسي الكلاسيكي و الحديث

محاضرة رقم : 02.

العنوان : مسار تاريخي للمدرسة التحليلية

العناصر الاساسية :

1- مشوار فرويد في تأسيس التحليل النفسي المسمى الان كلاسيكي (la cure type)
1-1: سنوات مهمة من تأسيس الحركة التحليلية
1-2: جمعية الاربعاء النفسية
2- المبادئ الابستمولوجية للتحليل النفسي الكلاسيكي
3- الركائز العلاجية في التحليل النفسي الكلاسيكي
3-1 التخلي عن التنويم الايحائي
3-2 التداعي الحر
3-3 الكبت
3-4 المقاومة
3-5 الدينامية التحويلية
4- التقنيات العلاجية في التحليل النفسي الكلاسيكي:
4-1 التداعي الحر
4-2 تأويل الاحلام
5- على هامش المحاضرة: المؤلفات الرئيسية لفرويد سيجموند.

المراجع :

1.أسون،ب.ل.التحليل النفسي.(ترجمة: سبيلا.م.2014). المغرب. الدار البيضاء: مطبعة النجاح الجديدة.

2.عباس فيصل.(1996). التحليل النفسي و الاتجاهات الفرويدية – المقاربة العيادية – بيروت. لبنان: دار الفكر العربي للطباعة و النشر.

3.كلاين.م.التحليل النفسي.(ترجمة: سبيلا. م. و أحجيج.ج.،2014). المغرب. الدار البيضاء: مطبعة النجاح الجديدة.

4.لابلانش ج. ولابونتاليس _ب . معجم التحليل النفسي. (ترجمة حجاز م .1985). الجزائر: ديوان المطبوعات الجزائرية.

5.شرادى نادية .(2008). الحلم – تجربة نفسية خاصة. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

6- فرويد س. تفسير الاحلام.(ترجمة الحنفي ع. م.، 1996).مصر. القاهرة: مكتبة مدبولي.

7. مارتي ب.، و فان م.، و دوميزان م.، و دافيد س. و النابلسي م. بسيكوسوماتيك الهستيريا و الوساوس المرضية.(ترجمة نابلسي غ.1990). لبنان. بيروت: دار النهضة العربية.

8- سي موسي ع. ر. و بن خليفة م. (2010). النفس المرضي التحليلي و الإسقاطي. ج1الأنظمة النفسية و مظاهرها في الاختبارات الإسقاطية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجزائرية.

9- Freud. s. (1967). Interprétation des rêves. 2eme éd. Paris : PUF

1- مشوار فرويد في تأسيس التحليل النفسي المسمى العلاج الكلاسيكي (la cure type):

1-1 سنوات مهمة في تأسيس الحركة التحليلية:

يعتبرسيجمون فرويد **(1856- 1939)** المؤسس الاول للتحليل النفسي و احدث ما سمي حبنها" الثورة الفرويدية"؛ ولد العالم في **6** ماي **1856** بمورافيا**(Moravie)** نمساوي الاصل تحديدا هنغاري من صلب أسرة يهودية و فقيرة ، و كان هذين العاملين بالأخص من تحدياته الحياتية؛ درس الطب ، وتخصص في الطب العقلي la psychiatrie)) و كانت اصوله من العراقيل الاجتماعية التي دفعت به للوقوف ضد الايديولوجيا البرجوازية و العرقية في طرح احدى اهم ادوات النقد و العلاج: اكتشاف الجهاز النفسي**(1875-1885).**

سنة **1885** صار فرويد أستاذا خاصا في طب الخلايا العصبية، وواصل تعليمه في هذا المضمار في باريس قرب **جان مارتان شاركو**، اين تعرف على **هيبوليت برنهايم** في نانسي و الى **جوزيف برويـر**، و تعرف منهم على واقع الهستيريا، لغة الجسد، و طريقة العلاج للاضطرابات الهستيرية عن طريق "التنفيس " و " الحث" بان يحكي المريض عن حيا ته وذكرياته وظروف مرضه [شاركو و طريقة التنويم في ازالة الاعراض الجسدية، برنهايم و طريقة الايحاء ، و برويـر في طريقة الكلام لعلاج المريضة **Anna O**]؛ و هنا وجد فرويد ضالته في تفسير الاضطرابات الهستيرية التي ارجعها الى أصول جنسية من جهة و من جهة أخرى فهي لاشعورية "أي منسية". **(كليمان ك.2014.ص.95-96).**

عاد فرويد من باريس ومارس العلاج بطريقة التنفيس ، وكان قد اشترك مع برويـر في تأليف كتاب " دراسات في الهستيريا "، بعدها عدل فرويد عن استخدام التنويم المغناطيسي في العلاج او الايحاء بالشفاء . وانصرف ليضع طريقة هو التي اعلن عنها باسم التحليلي النفسي . **(عباس ف. ، 1996، ص 31)**

استخدم فرويد بادئ ذي بدء مصطلحات التحليل ، وتحليل النفس ، و التحليل النفساني ، و التحليل النوعي ، وذلك في مقالته الاولى بعنوان : "حالات نفس الدفاع عام 1894" *(les cas de psychonévrose de défense)*

ولم يدخل مصطلح التحليل النفسي الا لاحقا ، في مقالته حول أسباب الاعصبة ، منشورة بالفرنسية ، واما في المانية ، فان كلمة التحليل النفسي ظهرت لأول مرة عام **1896** في مقالته بعنوان :**"ملاحظات جديدة حول حالات نفاس الدفاع"**؛ سنة **1900** وضع مؤلفه عن **"علم الاحلام"** و الذي يعتبر مؤسس التحليل النفسي بحيث مهدت اعماله الممتدة من **1897-1900** الى الاعداد المفاهيمي للممارسة التحليلية؛ كما كان للأعمال التالية الفضل في تأريخ هذا التأسيس: **علم النفس المرضي للحياة اليومية(1901)**، **النكتة و علاقتها باللاشعور(1905)** و **ثلاث محاولات في نظرية الجنس** الى جانب دراسة حالة دورا ضمن **"خمس حالات في التحليل النفسي"**. (كليمان ك.2014.ص. 97).

1-2 جمعية الاربعاء النفسية:

تأسست جمعية فيينا للتحليل النفسي سنة **1908**؛ لكن المؤسسة التحليلية كانت قد تأسست حول فرويد تدريجيا قبل ذلك التاريخ، فمنذ **1902**، أدت "جمعية الاربعاء النفسية" الى أن يحيط فرويد أولئك التلامذة الذين سيكونون مدرسته: اذ أن **رانك** و **ستيكل** و أطباء آخرون سيكونون الجماعة التحليلية الاولى.

في سنة **1907** اسس يونغ جمعية فرويد في زوريخ: و كان هذا العمل بمثابة نصر لفرويد، لان يونغ طبيب الامراض العقلية السويسري و ابن القس سيعمل حسب تعاليم فرويد نفسه على اخراج التحليل النفسي من حدود فيينا و من حدوده اليهودية.

و في سنة **1910**، تأسست الجمعية الدولية للتحليل النفسي. ". (كليمان ك.2014.ص. 100).

2- المبادئ الابستمولوجية للتحليل النفسي:

ينشئ التحليل النفسي مبدئين عامين يعدان عماد لبنائه:

أ- **مبدأ واحدي:** يرفض فرويد ان التحليل النفسي في انفصال عن العلوم الطبيعة، بل انه يضعه جهارا على خط نموذج مستلهم من الفيزياء و الكيمياء، بمعنى ان المثال سيكون هو القدرة على معالجة العمليات النفسية-اللاشعورية حسب مثال الفهم المستمد من العلوم الفيزيائية-الكيميائية.

ب-مبدأ لا أدري: يضع فرويد نفسه ضمن التيار الذي يشير اليه **لانج[lange]** اشارة دالة ك"علم نفس بدون نفس" و هذا يعني ان التحليل النفسي لا يسعى

الى معرفة "شيء في ذاته"-ليكن النفس و اللاشعور- هناك فئة من الظواهر، يتعين ان تشكل موضوع" العلم التحليلي النفسي" ،اي ان تتجه المعرفة التحليلية نحو العمليات اللاشعورية. (أسون ب.ل.2014،ص.103)

1- 2 – الركائز العلاجية في التحليل النفسي الكلاسيكي :

- **تجنب التنويم الايحائي:** لقد كرس فرويد استخدام مصطلح التحليل النفسي ترك التفريغ بتأثير من التنويم المغناطيسي او الايحاء ، واللجوء الى قاعد ة التداعي الحر وحدها للحصول على المادة التحليلية [...] وافضل ما يمكن عمله بصدد اختيار مصطلح " التحليل النفسي " هو ترك الكلام لمن نحت هذا المصطلح في نفس الفترة التي ابرز فيها اكتشافه " لقد اطلقنا التحليل النفسي على العمل الذي نجلب من خلاله الى وعي (الشعور) المريض (المعالج) ذلك المحتوي النفسي المكبوت لديه فلما : استخدمنا " تحليل التي تعني **التفتيت** و **التفكيك** وتوحي بالتشابه مع العمل الذي يقوم به عالم الكيمياء على المواد التي يجدها في الطبيعة و التي يحملها الى المختبر ؟ لقد تم ذلك لان هناك ما يبرر ويدعم فعليا هذا التشابه، في نقطة هامة . ذلك ان أعراض المريض وتجلياته المرضية هي ذات طبيعة تبلغ درجة عالية في تركيبها ، شانها في ذلك شان كل النشاطات النفسية ، ولا تعدو عناصر هذا التركيب في نهاية المطاف كونها دوافع ، وحركات نزوية ، الا ان المريض لا يعلم التعليل ، او هو لا يعلم شيئا من هذه الدوافع الاولية أننا نعلمه اذ ان يفهم تركيب هذه التكوينات النفسية البالغة التعقيد، ونرد الاعراض الى حركات النزوية والتي تحركها ، وتدل المريض على الدوافع النزوية التي كان يجهلها الى ذلك الحين في اعراضه، شأنها في ذلك الكيميائي الذي يفصل المادة الاساسية او العنصر الكيميائي عن الملح الذي ضاعت معالم فيه من خلال تركيبه مع عناصر اخرى، كما نبين للمريض بنفس الاسلوب ان لم يكن يعني الا جزئيا دوافع نزوية اخرى ظلت خافية عليه قد اسهمت في انتاجها كما اننا فسرنا النزعة الجنسية عند الكائن الانساني من خلال تفتيتها الى مكوناتها ، ونحن حين

نؤول حلما ما ، فإننا نتصرف بشكل تتجاهل معه الحلم باعتباره وحدة كلية ، اذا نجعل التداعيات تنطلق من عناصره المعزولة (عن السياق الكلي) (لا بلا نش. ج . و لا بونتاليس ج.، ص. 66) .

- **التداعي الحر**: في هذه الطريقة ، فرويد لا يسعي إلى التأثير على مرضاه بأي شكل ، بل يطلب من المريض ان يتمدد على اريكة ويجلس هو وراءه ، فهو لا يطلب ان يغمض المريض عيناه ، كما يتجنب ان يلامسه ، ذلك ان استعمال هذه الطريقة من شأنها ان تذكر بالتنويم المغناطسي.

هذه الجلسة اعتبرها فرويد بمثابة مقابلة بين شخصية لا يبذل احدهما أي جهد عضلي ولا يخضع الا للحد الادنى من المثيرات الحسية مركز انتباهه على النشاط النفسي.

وقد وجد فرويد في الافكار اللاإرادية التي تعتبر عموما مشوشة والتي يطردها الفرد عادة ،قد وجدها البديل المناسب، انها التداعيات الحرة (*les association libres*) (فيصل ع.، 1996، ص 51) ؛ و هذا ما أسماه فرويد **القاعدة الأساسية:** يتعين على المتعالج ان يقول كل شيء و ألا يخفي أي شيء من تداعياته (كليمان ك.2014.ص. 101).

- **الكبت:** استكشف فرويد عبر التداعيات الحرة[اين يطلب فرويد من المريض ان يعبر عن كل ما يرد في مجال ذهنه من افكار وخواطر ومشاعر وتخيلات، حتى ان اعتبرت الفكرة او الخاطرة غير ملائمة او سخيفة أو تافهة او معيبة] بعض الثغرات في سرد العملاء، ثمة وقائع حقيقة نسيت تماما وثمة احداث او خبرات قد شوهت – ذكريات محببة – وكأن شيئا قام به الحالة منذ زمن، فالتسلسل الزمني مشوش، العلاقات السببية مقلوبة، وبناء على ذلك توصل فرويد الى استنتاج **فقدان الذاكرة** و الناتج عن عملية نفسية اطلق عليها اسم **الكبت؛** ويكتب فرويد حول الكبت في كتابه « *cinq leçons sur la psychanalyse* » ما يلي : " ان على فكرة " المقاومة " أسست مفهوم العمليات النفسية في الهستيريا سميت الكبت هذه العملية التي افترضتها انا ، والتي اجدها تبرهن وجودها من خلال المقاومة[.....] في كل الحالات لاحظنا ان وجود رغبة عدوانية شعر بها، وجدت

نفسها في معارضة تامة مع الرغبات الأخرى للفرد ، لا تتناسب و معتقداته الأخلاقية و الجمالية، هذه الرغبة غير المقبولة تصبح الكبت، الذي يطرد خارج الشعور وينسي : الكبت هنا يوفر الشعور بعدم الراحة ، يظهر هنا كوسيلة تحمي الشخص نفسيا" (FREUD S., 1998, P.26).

كما يكتب سنة **1918** موضحا تعريفا للتحليل النفسي :" نطلق اسم التحليل النفسي على ذلك العمل الذي ننقل بواسطته النفسية المكبوتة في أعماق المريض الى شعوره الواعي" (كليمان ك.2014.ص. 101).

فالكبت يعد من أحد اهم منطلقات فرويد في ميدان الهستيريا و حتى في طريقة وضعه للتشخيص الفارقي لحالات الهستيريا و في الاهداف العلاجية ، اذ تترك عمليات الكبت، المؤدية للهستيريا، بصماتها واضحة على الذاكرة، و بالتالي يعجز المريض على عرض تاريخ حياته بطريقة متماسكة و محترمة للتسلسل المنطقي، و هنا يؤكد التلازم بين الهستيريا و الاضطرابات التذكارية؛ و لقد عمم فرويد مسألة محو فقدان الذاكرة الطفولية على كافة مناحي العلاج التحليلي منها الاضطراب السيكوسوماتي على خلاف البسيكوسوماتين الذين يرفضون مبدأ الغاء احتمال وجود اضطراب بسيكوسوماتي لمجرد وجود ذاكرة سليمة لدى المريض (مارتي ب. و آخرون،1990، ص.15-16).

- **المقاومة :** تشكل المقاومة حجر الزاوية في نظرية فرويد الذي يعتبر الافكار المطرودة او المبعدة بمثابة مشتقات من البني النفسية المكبوتة وتشويهات لهذه البنى بفعل المقاومة تعترضها (عباس ف. ، ص. 52) .

اذ يرى **فيد لوشي** بان الكبت و المقاومات هما اللذان دفعا فرويد الى ما أسماه "هستيريا الدفاع" بـــ "هستيريا النوام"(HYPNOÏDE) و"هستيريا التحكم" من جهة، و الى ان يربط كل من الرهابات و الوساوس و الهستيريا كاضطرابات نفسية مرتبطة بصراع نفسي لاشعوري (سي موسي ع. ر. و بن خليفة م.،2012،ص.51).

يذكر **دروسار** في القاموس العالمي للتحليل النفسي ان المحللين يعتبرون العصابات "كاضطرابات نفسية ليس لها مادة تشريحية مكشوفة(مرئية)، ترتبط فيها الأعراض بالصراعات النفسية الداخلية الدائرة بين مشاهد

هوامية‌لا شعورية ذات علاقة بعقدة أوديب و ما تثيره من دفاعات." (سي موسي ع. ر. و بن خليفة م.،2012،ص.57).

و تتجلى المقاومة من خلال تغيير الموضوع في الجلسة او ملأها بموضوعات غير أساسية، او يأتون متأخرين عن مواعيدهم او حتى ينسون مواعيدهم؛ قد تتجلى أيضا من خلال الكف في الحديث و تشوش الأفكار و شعور بتوتر قد يقود الى الغياب عن جلسات لاحقة مثلا. أتذكر جيدا في هذا الصدد ما كان ينقله لنا المعالج النفسي و أستاذي "سي موسي عبد الرحمان" في جلسات التكوين الخاصة في التكفل النفسي المستوحى من التحليلية بجمعية علم النفس الجزائر(1997-2007) كيف ان المقاومة تسبق حتى جلسات العلاج في سياق تحويل مسبق اذ يتأخر بعض الافراد على الاندراج في العلاج لديه بعيادته رغم انهم وجهوا اليه خمس سنوات من قبل مثلا و ان هذه الملاحظة لم تكن تخص عميلا واحدا بل هي استجابة لاحظها عند الكثير من عملاءه، و الان في تجربتي المهنية كمعالجة نفسية وقفت عندها لدى بعض العملاء، و أجد حتى في العملاء الذين يقدمون مبكرا لمواعيدهم نوعا من المقاومة في شكل دفاع عكسي رغم انه قد يكون مؤشر تحويل ايجابي أو سندي لكنه لدى البعض في سياق الجلسات تبينت المقاومة في العديد من اشكالها، كما ان المقاومة تتخلل كل أوقات الجلسات في بداية العلاج، في وسطه و بالأخص في الجلسات الختامية أين يحرك قلق الانفصال الكثير من المقاومة .

و يفترض المحللون النفسانيون أن المقاومة في العلاج "ضرب على عصب" و قد تكون عاملا مهما في الحياة اليومية للعميل و قد تصبح موضوعا مثمرا لاحقا في العلاج (بوميرانتز أم.، 2018، ص.359).

- **زلات اللسان و زلات السلوك:** طبقا للمحللين النفسانيين، كل سلوكنا له سبب، ليس هناك خطأ عشوائي، او حادث، او هفوة، اذا كان سلوك ما لا يمكن تفسيره بدوافع مدركة بالنسبة لنا ، فان الدوافع اللاشعورية هي السبب. و رغم أن معظم الزلات لفظية، فإنها أيضا يمكن ان تكون سلوكية. (بوميرانتز أم.، 2018، ص.357).

1-2-2- دينامية التحويل :

ينطلق فرويد من مسألتين هما :

أولا: لماذا تبرز خلال العلاج التحليلي نقلة قوية لا يلاحظها لدى هذا النمط من العلاج؟.

وثانيا : لماذا تمثل النقلة في العلاج التحليلي الحد الأعلى من المقاومة . في حين تعتبر في انماط العلاجات الاخرى عاملا اساسيا من عوامل الشفاء ؟

بالنسبة للمسالة الأولي: يؤكد فرويد ان النقلة(او التحويل كما يعربه البعض) لا تظهر فقط في العلاج التحليلي النفسي بل تظهر أيضا في كل أنماط العلاجات الأخرى غير التحليلية الى حالات القصوى من التبعية والخضوع لمشيئة المعالج ، اذن فالنقلة لا تشكل سمة خاصة من سمات العلاج التحليلي بل هي سمة خصوصية من سمات العصاب .

أما بالنسبة للمسالة الثانية : يعتبر فرويد ان لا بد من التمييز بين نوعين من النقلة : نقلة الايجابية ونقلة السلبية[.....] اذ تعمل النقلة السلبية كمانعة او مقاومة العلاج (بمضمونها العدائي و الحاقد او مضمونها الجنسي أو الغلمي érotique) .

أما النقلة الايجابية تتضمن مشاعر ودية يمكن أن تصح واعية . ومشاعر أخرى تمد جذورها في اللاوعي (اللاشعور) [.....] يستخدمها المحلل كوسيلة للتأثير الهادف وهنا يستفيد المحلل من التأثير الذي يمارسه على المريض ليتبنى القواعد الأساسية لتقنية التحليل النفسي (عباس ف.، ص. 52-53) .

ملاحظة هامـــة: ان هذا التقسيم الثنائي للتحويل حديثا (+،ــ) لا يأخذ نفس المنحى حاليا ، فالتحويل يغدو بعدد واشكال المشاعر والرغبات التي كانت تربطنا و المواضيع الاولية : لنقرا معا مقالة عنوانها " *les modalités du transfert et le travail de deuil* " لـ **كورني جون** (Cournut J.) اذ يعرف التحويل (النقلة) كالاتي : " التحويل ظاهر نفسية عامة : فحين نتكلم لشخص ما فنحن لا ننوه فقط ، ولكن ايضا ، لا شعوريا ، بالأشخاص وصور ناتجة من التاريخ الشخصي لذات ، من يتكلم .

الوضعية التحليلية تركز على هذا التكرار و " تحويل" المشاعر القديمة ، الموجهة سابقا نحو شخصيات والديه ، والان تتكرر نحو من يصغي ويستعد لتحليل وتفسير (تأويل) هذا التحويل .

التحويل يعرف العديد من الأشكال : تحويل ايجابي، سلبي، شبقي(غلمي)، غرامي، الخ. فالتحويل يعني انه شكل علائقي مصبوغ بالإبهام (عدم الوضوح) وكذا بواقع مزدوج نشهده في تكثيف الزمن [.....] هذا يعني ان نحلل مع العميل *(Le patient)* ما يسقط على المعالج من علاقات سابقة، وبالتالي التعرف عليها، تحليلها وتفكيكها (تفكيك) ما ينشط منها، و حتى الصادمة منها في الحاضر .

سنحدد نوعا ما أنواع التحويلات ، ولو انها ليست بهذا القدر من الانفصال ، بل متداخلة، وقد يخفي تحويلا تعرفنا عليه تحويلا آخر غير معرف :

- ✓ **التحويل الايجابي :** لما العميل يعبر عن مشاعر ثقة نحو المعالج و العلاج يسير في ظروف ودية وحتى سارة .
- ✓ التحويل العنيف *(transfert hostile)* : لما يسير العلاج ، بمشاعر فيها ، العدائية و الحقد و المطالب (هي موجهة نحو من؟) (مثال بسيط : " انا اكرهك" : " مثلما كنت تكره اباك لما كنت تظن انه هجرك " .
- ✓ التحويل الشبقي *(transfert érotique)* : اذا لم يفكك في وقته ، العلاقة العلاجية قد تنحرف نحو الشبقية تفكيكها يعني ، ان نوضح للعميل انه مخطئ في الشخص الذي يتوجه " هذا الكلام لا يتعلق بي" .
- ✓ التحويل الغرامي (العاطفي) *"transfert passionnel"* اي غرام التحويل ويمثل كل خصائصه، وكأن التحويل هنا يصبح بالغ الايجابية *(trop positif)* ، مغامر حصري ، ملئ بالغيرة ...الخ ، العميل في هذا النوع من التحويل لا يدرك أبدا بعد الماضي ويعيش العلاقة العلاجية حصريا في الحاضر هذا يعني مقاومة شديدة للسير العلاجي ، في الكثير من الحالات هو صعب التحليل و التجاوز، يمكن أيضا حتى التكلم هنا عن" جنون التحويل " جنون

الغرام ، الرغبة وحتي الكراهية ، الشغف هنا يمازج بين مشاعر متناقضة (المقاومة من خلال التحويل) .

- ✓ التحويل الجانبي *(le transfert latéral)* : العميل يبدأ في استثمار شخص آخر غير المعالج ، فهي طريقة لتحوير التحويل *(détourner le transfert)* نضرب مثال عن حالة تمركز جلساتها النفسية في ان تحكي عن أحداث تربطها بطبيبها العام او طبيبها العقلي و هذا دون ادراج صورة المعالج و السير العلاجي النفسي؛ مثال آخر متعالجة لدى أحد المحللين تستثمر وقتها العلاجي في سرد عن كلبها يتعين بعدها في محاولة لتفسير هذا التحويل الجانبي انها فقدته في حادث سيارة و لا شعوريا كانت تتمنى موته لتكرر معاشها الهجري مع والدها .
- ✓ **التحويل السلبي :** يختلف التحويل السلبي تماما عن ما كان يصاغ عليه في الكتابات التحليلية الاولى لأننا نخطئ لما لا نميز بين تحويل عنيف وتحويل سلبي ، فتحويل المشاعر العدوانية و الحاقدة لا تعني أبدا توقيف العلاج اذا استطاع المعالج تحملها والتعرف الى من تتوجه هذه المشاعر فعليا ، تدرجيا العميل سيصلح البعد الزماني في حديثه ويحدد بين الماضي و الحاضر . اما التحويل السلبي فهو نوع من عدم الاستثمار *(désinvestissement)* . لا يحدث شيء ، أي ان العلاقة غير مستثمرة تصبح طقسا *(un rituel)* (عادة) ، حوار مبتذل وبالتالي لا تحليل . من المحتمل أن هذا النوع من التحويل يعد ستار اسمنتي اتجاه موجة عدوانية داخلية ، أقوى أو أشد من أنه يمكن التعبير عليها . (CORNUT J., 2001, P P. 22-28)

يذكر **Michel le doux** في مقاله : *" la succession des entretiens ,du diagnostic à la thérapie"* ان : " كل علاقة عيادية تؤسس ارتباطا جديدا (*filiation nouvelle)* وفي هذا الارتباط قد لا يتميز بالإبداعية ، بل تسوده المرضية بسبب انفجار المكبوت الحاصل تحت تأثير التحويل و التحويل المضاد قد لا يعاش المعالج على حقيقة ، ولكن على واقع الصورة التي يمثلها وعلى المعالج هنا ان يتدخل في هذا

المرشح المشوه لوضعية علائقية ماضية ، هنا بالتحديد يتدخل المعالج للتفسير (هذا مـا يسـمى بالإصـغاء التفسـيري *(l'écoute interpretative)* فبـدون علاقـة تحويليـة لا توجد دينامية ، لا تغيير (.....).

ويواصـل مقالـه مؤكدا علـى اهميـة **تكرار المقـابلات** ، لأنـه من خلالها يحـدث اعـادة التصحيح (réajuster) لهذه العملية التي تتطلب وقت للمتعالج وكذا للمعالج، و نقصد هنا أنه على المعالج أن يراقب ويحلل من جانبه أيضا أثر تحويل المتعالج عليه وأثر حياته النفسية (تاريخه هو) وهذا ما يسمي بالتحويل المضـاد *le contre transfer*

[ارجع الى المحاضرة 1 في المحور 1].

- ✓ **التحويل المضاد:** يشير هذا المصطلح كما ذكرنا سابقا الى ما يثيره العميل عبر تحويلاته من استجابات و أفكار و مشاعر لدى المعالج، بالأخص ان كانت قصة العميل مشابهة لقصة المعالج، قد تؤثر في نوعية التفسيرات التي يناولها لمتعالجه، و هذا يتطلب عملا تحليليا على ذات المعالج تبدأ من المقابلات المراجعة *(les entretiens de restitutions)* أين على المعالج بعد خروج العميل تفحص ردود أفعاله و تفسيراته و القيام بعمل ربط بين تدخلاته و صداها الداخلي (انظر محاضرة المقابلة لـ د. بوعلاقة فاطمة الزهراء، موضوعة في موقع جامعة المسيلة 2019)؛ فعلى المعالج ان يلعب دور "الشاشة الصماء" لا يكشف الا على القليل عن نفسه الى عملائه عبر التواصل اللفظي و غير اللفظي (في الواقع كان هذا سببا رئيسيا لكون عملاء فرويد يرقدون على أريكة بينما هو يجلس خلفهم على الكرسي خارج نطاق نظرهم)(...) كما على المعالجين التحللين المتدربين الخضوع للتحليل النفسي ليصبحوا أكثر وعيا بقضاياهم اللاشعورية (بوميرونتز أم.،2018،ص. 366-368).

التقنيات العلاجية التحليلية الكلاسيكية:

يعتمد العلاج التحليلي النفسي الكلاسيكي على تقنيتان لا ثالث لهما و هي التداعي الحر و التفسير لكل من : الاحلام، زلات اللسان و الأفعال الناقصة، المقاومة و التحويل:

- **التداعي الحر:** كما جاء في عنصر الركائز العلاجية في المحاضرة 2 فان العلاج التحليل يعتمد على التداعيات الحرة أي أن لا ينتظم المتعالج لترتيب معين في سرد الاحداث و لاواقعيتها، لان الوقائع اللاشعورية لا تمتثل لمبدا المنطقية بل هي لا منطقية و مشوهة، مناشدا العلاج في ذلك "التلقائية" التامة كما يكتب في ذلك *Pomerantz Armand m.(2018)* و أن العميل يستطيع الشعور بالاسترخاء كاف لينغمس في التداعي الحر، فان عملياته اللاشعورية يمكن ان تصبح أكثر وضوحا أمام المحلل النفسي، و في النهاية امام نفسه. (....) و يجب التمييز بين التداعي الحر و تداعي الكلمة لدى كارل يونغ اين يقدم المعالج قائمة من الكلمات، و بعد قراءة كل كلمة، يرد العميل بأول كلمة تخطر بباله، و عادة يقوم المعالجون في طريقة يونغ بوضع فروض حول العملاء بناء على محتوى تداعياتهم أو مقدار الوقت الذي يستغرقونه للرد على كلمات معينة، و بالعكس في هذه الحالة فان التداعي الحر لا يتضمن أي مثيرات أبدا من جانب المعالج (ص.375).
- **تأويل الأحلام :** يعتبر فرويد أن الحلم احد الطرق الملكية التي تؤيدي الي اللاشعور يقول فرويد في هذا الصدد ان " الحلم ليس مجرد نشاط عقلي مجزء (....) والنشاط العقلي الذي يساهم في تشكيله هو نشاط عالي و معقد " (FREUD S., 1967, P.113). و يكتب في تمهيده لكتابه *"تفسير الأحلام "Traumdeuteng* : " لقد أثبتت البحوث السيكولوجية أن الأحلام حلقة من التكوينات النفسية الشاذة، و هي التكوينات التي تشكل سلسلة كان يجب ان تستأثر باهتمام الطبيب، بدءا من المخاوف الهستيرية و انتهاء بالوساوس و الهذاءات، و لا يمكن ان تكون للأحلام نفس الاهمية العملية التي لهذه

الامراض، غير أنه لهذا السبب عينه تزيد قيمتها النظرية من حيث هي تكوين نموذجي من التكوينات النفسية الشاذة. و لو عجز الطبيب عن أن يفهم الاحلام و يحيط علما بمصادرها و نشأتها، فان أي محاولة لفهم المخاوف المرضية و الوساوس و الهذاءات ستكون بلا جدوى، و سيعجز بالتبعية أن يصل فيها الى علاج (فرويد س.، 1996،ص.18).

ولهذا فان للحلم وظيفة علاجية ، حسب **فرويد** دائما، في مادة احلامنا اجزاء ومتبقيات انطباعات الايام السابقة او المراحل القديمة جدا و التي نجد متنفسا لها " ؟

(1967 , P.77)

ويعتمد المحلل تفسير الأحلام دون أن يضطر الى تفسير كامل لكل الاحلام التي يرويها العميل خلال الجلسة [.....] فالمكبوت يتجلى في أكثر من حلم كما أن العميل قد يستعمل الحلم في خدمة المقاومة .(عباس ف. ، ص 53) . (طالع كتاب لـ المعالجة النفسية و الاستاذة الدكتورة **شرادي نادية** : الحلم ـ تجربة نفسية خاصة ، بديوان المطبوعات الجامعية ، ستتعرف على أنواع الحلم ، وظائفه ، عمل الحلم ، مصادره .

ملخص هذه العناصر كالآتي:

- محتوى الاحلام: محتوى ظاهري؛ محتوى كامن
- وظائفه: تفريغيه؛ علاجية؛ تعويضية
- عمل الحلم: العملية التي يتم وفقها تحويل(تشويه الافكار الكامنة) الى محتوى ظاهري؛ و يلجا الى عدة آليات دفاعية في تحقيق العمل الحلمي و هي[التكثيف، النقل أو الازاحة، قابلية التصوير، المراجعة الثانوية].
- مصادره: الذاكرة من البقايا النهارية؛ الذاكرة الطفولية؛ المصادر الجسمية.

المحور الثانى: العلاجات النفسية فى التحليل النفسى الكلاسيكى و الحديث

المحاضرة رقم:03

العنوان: العلاجات التحليلية ما بعد فرويدية

العناصر الأساسية:

1--الفرويدية الجديدة و مآل التحليل النفسي الكلاسيكي

2-السيكولوجيا الفردية لـ أدلر ألفرد [Alfred Adler]

3-السيكولوجية التحليلية لـــ يونغ Yung:

4-الفرويديون المحدثون: أتو رانك، كارين هورني، تيودور رايك، اريخ فروم، هاري سوليفان، مالينوفسكي، جاك لاكان، جماعة لندن، جماعة شيكاغو.

5- على هامش المحاضرة: أهم مؤلفات فرويد سيجموند

المراجـــع:

1- أسعد م.(2010). دليل العلاج النفسي: موسوعة علم النفس التحليلي. ط1. لبنان: كتابنا للنشر.

2- الدباغ ف.(1983).أصول الطب النفساني. ط 3. لبنان. بيروت: دار الطليعة للطباعة و النشر.

3- فرحاتي أ. ب.(2016). تجربة علوم الانسان في فهم الانسان: قراءة في علوم الانسان الحديثة و مقدمات البديل. الجزء الاول. الطبعة 1.الجزائر.بن عكنون: كنوز الحكمة.

4- فرحاتي أ. ب.(2016). تجربة علوم الانسان في فهم الانسان: قراءة في علوم الانسان الحديثة و مقدمات البديل. الجزء الثاني. الطبعة 1.الجزائر.بن عكنون: كنوز الحكمة.

5- كمال ي.(2016).نحو نموذج لغوي لتفسير الذهان تطبيق لاكان. في مجلة علم النفس. العدد 108. السنة 29. مصر. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

6- Arezki D.(2010).La psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent au service des parents, des enseignants. Algérie. Tizi -ouzo : L'odyssée.

7- Pedinielli j. l. (2006). Introduction à la psychologie clinique.2e édition. Paris : Arman colin.

1-الفرويدية الجديدة و مآل التحليل النفسي الكلاسيكي:

يميل مفهوم الفرويدية الجديدة في التحليل للانصهار في العلاج النفسي الذي نجم عن الاسلوب الفرويدي التقليدي، الا ان النهج الفرويدية الجديدة أكثر انتقائية و أقل صرامة نظرية من نظيره للفرو يدية التقليدية التي تشجع التحول العصابي و تكتشف العقل الباطن. تستطيع الفرويدية الجديدة التي يعوزها الهدف المذكور ان تعمل بسرعة و مرونة على توسيع طريقتها لتشمل العلاج الفئوي شمولها للعلاج الفردي؛ فالفر ويدية الجديدة مدرسة هامة لها تأثيرها الكبير في عوالم العلاج النفسي و العمل الاجتماعي و التربية أي التركيز على العوامل بين الفردية(او بين شخصية) ضمن مسار نفسي اجتماعي (أسعد م.2010.ص.115-117).

وامتد تطبيق التحليل النفسي الى مجالات أخرى كثيرة منها الانثروبولوجيا . واهم التطورات (الافاق) التي حدثت في التحليل النفسي ما بعد فرويد هي كالاتي :

1-2- السيكولوجيا الفردية لـ أدلر ألفرد [ALFRED ADLER] :

اطلق على هذا المذهب اسم " علم النفس الفردي " اين كانت اهتمامات أدلر اجتماعية ويسمى برائد النظرة الاجتماعية النفسية ، أبرز مؤلفاته " **دراسة في النقص العضوي و التعويض عنه نفسيا** " و " **علم النفس الفردي بين النظرية والتطبيق** " و "**القوام العصابي** " وبسبب اهتماماته الاجتماعية ، ورأيه في الطفولة واهتماماته بالأطفال ، فقد افتتح عيادات التوجه للأطفال ، ومدرسة تجريبية تطبق افكاره التربوية ، وظلت تعمل الى ان اغلقها النازيون.

من اهم اراءه أنه يرى أن للإنسان ذاتا (*le soi*) و الانسان لذلك شعوري يعني احواله واماله وطموحاته ، فالشعور لديه لا يشتق من الهو كما جاء عن فرويد، أي أن اللاشعور ليس له الأثر المهم في تكوين سلوكنا، و ان الطاقة الدافعة ليس الجنس بل حب السيطرة و القوة، فالإنسان عدواني و العدوان سمة بارزة فيه وهذا يرتبط وفكرة الكفاح من اجل التفوق [.....] و الشعور بالنقص يدفعه الى التعويض عنها عبر الآليات الدفاعية التي ان فشلت يتحول بعدها "**الشعور بالنقص**" الى "**عقدة النقص**"(الدباغ ف.،1983، ص.30)؛ ، والمعالج النفسي لدى أدلر يستخدم طريقة استرجاع

الماضي يعيد تركيبه ، وليعرف منه اسلوب الحياة عند العميل يحاول ان يغير منه ما امكن ، ويفرق بين نمط عصابي ونمط المجرم .

ويصف أدلر الاعراض العصابية بانها طريقة العميل في التعامل مع الواقع بأسلوب يجنبه المسؤولية ، وهو يعترف بالمسؤولية الا انه لا يتحملها ويهرب منها بالأعراض العصابية[.....]. ولهذا فهو يفضل في العلاج الوضعية وجها لوجه وان يتناقش مع العميل (المريض) بكل حرية [.....] وبرهن ان التهيئة المرضية تعود الى الطفولة الاولى وأنها لا تتحسن بالتجربة ولا بالانفعالات ، بل تتحسن بالفهم(عباس ف.، ص 58) .أي أن العلاج النفسي يعتمد على تعزيز الشعور بالثقة و القوة.

و كان أدلر بإسهاماته النقدية و الممارسة قد أسس للعلاج المستوحى من التحليلية التي تعتمد في اللقاء بين المعالج و المتعالج على وجها لوجه.

2-2- السيكولوجية التحليلية لــ يونغ Yung:

تسمي نظرية " علم النفس التحليلي " من اهم مؤلفاته : نظرية التحليل النفسي:و السيكولوجية اللاشعوري" والعلاقة بين الانا واللاشعور" و" علم النفس والدين " ، اسهمت نظرية في النظرية الكبرى للتحليل النفسي وذلك بتأكيد على اللاشعور ، واذا كان فرويد ذهب الى ابراز دور الماضي في الطفولة على سلوك الحاضر ، فان يونغ يجعل من مفهوم الماضي يشمل طفولة الفرد وطفولة الجماعة التي ينتمي اليها ، والانسانية كلها . فهناك ماضي خصوصي ويلحق به لاشعور فردي هو مخزن هذا الماضي في الطفولة . و الثاني ماض جماعي هو التاريخ البشري كله، ويلحق به لا شعور جماعي فيه ميراث كل السلف. [.....] ويسميه ايضا يونغ باللاشعور اللاشخصي (عباس ف. ص. 58). و من أهم ما جاء به هو تقسيمه لطباع الناس وفق الانطوائية و الانبساطية و صمم قائمتين عريضتين من السمات في كليهما اين لا يفصل بالجزام بينهما فقد يجمع الفرد بين النمطين في شخصية واحدة(فرحاتي أ.ب.،2016،ص. 257)؛ و تنشأ الامراض النفسية من الاندفاع و الالحاح في تلك الطباع او من محاولة مقاومتها و تبني الطباع الأخرى غير الملائمة لطبيعته(الدباغ ف.، 1983، ص. 30).

لا يأخذ يونغ بالقواعد الصارمة في العلاج التحليلي الفرويدي : أي مسالة تمديد المحلل على الاريكة والجلوس خلفه ، انها (بالنسبة اليه) وضعية تشكل انقطاع الصلة بين الطرفين : وبالتالي تشكل زيادة مقاومة العميل كما ان التمديد على الاريكة ايضا يدعم علاقة السلطة .

وبالتالي يجلس المعالج وجها لوجه مع العميل ويواجه الاشكال او السلوك العصابي كأمر واقعي على المستوي الشعور كما ان المعالج يتخذ موقفا نشطا ، ويؤكد المعالج ان العصاب الفرد جزء ضئيل من الكل الواسع (عباس ف.، ص 59)

تغيير الوضعية لا يعني عدم وجود صعوبة اثناء العمل العلاجي بالمواجهة للسلوك العصابي بهذا التخطيط المبسط ، العلاقة اكثر تعقيدا، قد يحقق درجة الصعوبة لكن لا يعني زوالها. و بهذا فان يونغ من المسهمين أيضا في تغيير الاطار العلاجي الفرويدي و تعزيز المقابلات وجها لوجه لصالح تخفيض المقاومة الى حد ما.

2-3- -الفرويديون المحدثون:

ان اسهامات التيار ما بعد الفرويدي هو الذي وسع نطاق التحليل النفسي ككل و ابقى عليه كتيار تفكيري و عيادي بالأخص، و عملت مجموعة من العلماء على التنقيب أكثر في مفاد العصاب و المراض العقلية محتفظين على المنطلقات الفرويدية و متجهين أكثر نحو العوامل الثقافية المحلية و المحيط و المجتمع و اهم الأسماء ما يلي:

أتو ر انك (Rank o) و صدمة الميلاد:

اسهام رانك في التحليل النفسي هو نظرية في " صدمة الميلاد" كان مؤلف الاول كتاب :" الفنان " سلسلة من كتاب التحليل النفسي في الاسطورة ميلاد البطل " والنكاح نكرة زنا في الشعر و الاسطورة " وكان رانك فيها بمثابة المجدد للفكر التحليلي النفسي [.....] اذ يرى ان القلق جميعه ، ومن ثم العصاب و الاستعداد للإصابة به ، انما يتسبب فيها الفزع الفطري الذي لا مهرب منه هو الذي نخبره لحظة الميلاد [.....] وهذه التجربة العالمية بكل المقاييس تجربة صادمة بطريقة أو بأخرى[.....] وهو أصل كل القلق لاحقا [.....]يقول ان الشفاء من العصاب ليس بمحاولة اعادة بناء ماضيه او اعادة اسباب المرض واعادة طرحها على العميل

يستبصرها ، وقال ان العكس يجب ان نركز على الصدمة الميلاد للعميل ، ويعيشها انفعاليا ، بان يسقط على المحلل دور الام ، ويعيش اثناء العلاج ، فان تم العلاج بعد فترة وكان عليه ان يغادره ، كانت مغادرة له بمثابة الميلاد النفسي ، وكان لها واقع الصدمة الميلاد الاولى التي تسبق ان عاناها واستقرا ت اثارها في وجدانه ، وانما هذه الصدمة اخف (عباس ف. ص. 97) .

يرى في ألعاب الأطفال الى ألعاب الراشدين كعمل علاجي فيه قيمة " تنفسية " تصلح لتعبير عن الميول اللاشعورية فهذه المظاهر تعتبر محاولات شفاء تقدم تواجها نكوص شأنه شأن تدخل التحليل النفسي (الكلاسيكي) .(عباس ف. ، ص. 100) .

رايك تيودور (REIK T.)

قدم رايك تفاسير أخرى للشخصية و اعتبر اللاشعور جهاز استلام لتلك الحوافز النادرة الفوق حسية التي نعرفها بالتخاطر" *التليباتي / Telepathy* " و قال أن العصاب يأتي من فقدان الثقة بالنفس(بوميرانتز أم.،2018،ص.372) .

اريخ فروم (ERICH FROMM):

اتجه **فروم** إلى علم الاجتماع و علم النفس الاجتماعي و اعتبر أن الإنسان يتأثر بالظروف الاجتماعية منذ ولادته، و ان علم النفس المرضي لا يمكن فهمه جيدا الا على ضوء الفلسفة و الأنثروبولوجيا. و قال أن الميول البشر ليست نزوية فقط بل انها ميول حياتية نحو الحب و القوة و الشهرة و المبادئ الانسانية و الدينية؛ و اعتبر الشخصية الانسانية نوعان:

- ✓ الشخصية المنتجة ؛
- ✓ و الشخصية غير الناضجة "غير المنتجة": و هي على عدة أشكال و صفات
  - الشخصية المحسوبية و التي تحاول استلام الاشياء و الارباح جاهزة من الغير.
  - الشخصية الاستغلالية و التي تحاول الحصول على كل شيء مهما كانت الوسيلة.
  - الشخصية المدخرة و هي شخصية بخيلة و الصرف يثير فيها القلق.

- الشخصية المسواقة و هي التي تسوق لنفسها حسب الظروف.(الدباغ ف.،1998، ص.30-31).

هاري سوليفان (SULLIVAN H.S.)

هو الذي أبرز اهمية العلاقات الانسانية بين المريض(العميل) و المعالج حتى انه عرف الطب النفساني" العلم الذي يدرس العلاقات الانسانية المتبادلة"؛ كما أكد على اهمية التعاطف و التقمص مع العميل، و على أن الانسان نتاج لعملية تفاعله مع الغير، و أن الشخصية تستند على حاجتين رئيسيتين: الحاجات البدنية، و حاجات الامن و الاطمئنان، و ينتج القلق من عدم اشباع واحدة او أكثر منها.(الدباغ ف.،1998، ص.30-31).

هارني كارن (HORNEY K.)

نشرت العديد من المقالات و الكتب في منتصف القرن العشرين تعارض فيها العديد من أفكار فرويد فيما يخص سيكولوجية الاناث و شعورهن بالدونية داخلية و حسد نحو الذكور و كانت نظرياتها النمائية الخاصة بالنوع مثلت" **محاولة جسورة لإصلاح الأفكار التحليلية المقبولة حول المرأة**" و التي طرت بها نظريات حول نمو الأنثى دونما تكون انعكاسا لنمو الذكور؛ و لقد أثرت في كثير من المنظرين مثل **نانسي تشودرو** *(Chodorow,1978)* و **كارول جيليجان** *(Gilligan,1982)* . (بومرانتز أم.،2018،ص.372)

مالينوفسكي Malinowski

اختلف مع ما أكده فرويد حول التوريث النفسي و البيولوجي للحياة الاجتماعية و تأصيلها كجزء من الجوهر البيولوجي الثابت للإنسان و ان مشكلات اليوم هي امتداد لسوء التكيف و المشاعر السيئة و الاحباط و الشعور بالذنب التي عاشتها المجموعات البشرية البدائية الاولى، و رأي **مالينوفسكي** في هذا هو اختلاف الثقافات في تنميط السلوك البيولوجي و النفسي الاجتماعي؛ اذ وجد في المجتمعات البدائية من منها لا تمر على الكبت الجنسي المرتبطة بعقدة اوديب، كما وجد اليوم جماعات تعيش بدون ميول عدوانية، و هو ما يرشح أثر الثقافات في تنميط السلوك، و جعل بالتالي الكثير من الباحثين الأنثروبولوجيين يتوجهون صوب البعد الثقافي و بحثه كما لو أنه أصل في

الحيـاة الاجتماعيـة نـافيين أو يقللـون علـى الاقل مـن اصـله البيولـوجي.(فرحـاتي أ. ب.2، 2016، ص.34)

جاك لاكـــــان (LACAN J.)

لقد عمل لاكان على توسيع حقل تطبيق التحليل النفسي و تعميقه و هذا باهتماماته بالأنثروبولوجيا و اللغة؛ و عمل على التمييز بين السجلات الثلاث التالية: الواقعي، الرمزي، و المتخيل كما عمق من مصطلح "الرغبة" من حيث انها "رغبة نحو الآخر"(AREZKI D., 2010, P.38) .

فالرمزي هو مرحلة تمثل الاعراف الاجتماعية، و اللغة، و الذي يمثل و يحدد بنية المرحلتين الآخرتين. أما الواقعي فهو حقيقة الذات فيما قبل اللفظ و التي تتسم بسلسلة من الموضوعات المرغوبة و الغير واضحة للذات و الغير مفهومة كليا عن غيرها من الموضوعات كصدر الام-مثلا- أو نظراتها، او صوتها، او براز الطفل. اما المتخيل فهو مرحلة الخبرة التي تتسم بالهوية و الازدواجية من خلال ادراك الهوية بين الذات و الآخر، و ادراك الذات كآخر في المرحلة الاستهلالية لمرحلة المرآة حيث يرى الطفل انعكاس ذاته لأول مرة في المرآة. الى أن مرحلة المرآة قد أصبحت بوابة الدخول الى المرحلة الرمزية حيث يتعلم الفرد كيفية ادراك نفسه بصيغة المخاطب بـ "أنت" من قبل الآخر الكبير بدلا من صيغة المتكلم "أنا" من جانبه.(كامل ي.،2016، ص.132).

و من وجهة نظر لاكان حول العصاب والذهان فإنها نتيجة تصورات أمراض الذكورة و الأنوثة نتيجة فشل في اقرار عقدة أوديب و التي تحدث من خلال اكتساب اللغة و الدخول الى عالم الرمزي؛ و يؤكد لاكان عن دور الآخر، أو المحلل النفسي أو المعالج في البنية الذهانية. فوجود المحلل "كـآخر" أو "موجود خارجي" انما يوفر مادة متاحة لفهم المزيد من العملية الذهانية.(...) فإسهامات لاكان وفرت لنا السبل للتصور الظواهر النفسية و البينشخصية جامعا بذلك بين المنحنين اللغوي و النفسي.(كامل ي.،2016، ص. 133-137).

جمـــاعـــة لنـــــدن

و اشـهرهم ارنسـت جـونز *(Jones E.)* و ميلانـي كلايـن *(Klein m.)* و اعتبـرت كلايـن أن دراسة نفسية الاطفال تكون عبر العلاج باللعب و يماثل التحليل النفسي للكبار، كما اعتبرت العداء و الكره ميول أساسية في الانسان (الدباغ ف.،1998، ص.32).

جمـــاعـــة شيكـــاغو

و هم كثيرون منهم فرانز ألكسندر *(Alexander F.)* و كارل منجنر *(Menninger K.)* و هلين دوتش*(Deutcsh H.)* و قد عملوا جميعا في معهد شيكاغو للتحليل النفسي و من اهم اضـافاتهم توسيعهم النظرة الـى ماهيـة الصـراع اذ يرون بأنـه لا يستند علـى جذور جنسية طفولية بل ان معضلات احترام الذات و تأكيدها و التطلع نحو الحب و العطف ذات أهمية كبيرة أيضا (الدباغ ف.،1998، ص.32).

4- على هامش المحاضرة: أهم مؤلفات فرويد سيجموند

عنوان المؤلف	السنة
مولد التحليل النفسي، رسائل الى فيلهيلم فليس، ملاحظات و مخططات.	1887
(مع جوزيف بروير)، دراسات حول الهستيريا.	1895
"مخطط اجمالي لسيكولوجيا علمية". في كتابه: ولادة التحليل النفسي.	
علم الاحلام او تأويل الاحلام	1900
علم النفس المرضي للحياة اليومية	1901
"جزء من تحليل الهستيريا: حالة دورا"، في كتابه:	1905
خمس حالات في التحليل النفسي.	
ثلاث محاولات في نظرية الجنس.	
النكتة و علاقتها باللاشعور.	
الهذيان و الاحلام في "جراديفا" لجانسن	1907
"تحليل خواف عند صبي صغير في الخامسة من العمر: هانز الصغير"، في كتابه: خمس حالات في التحليل النفسي.	1909
خمس دروس في التحليل النفسي.	
ذكرى طفولة عند ليونارد دي فنتشي	1910
"ملاحظات تحليلنفسية حول السيرة الذاتية لحالة عظامية"، في كتابه: خمس حالات في التحليل النفسي.	1911

الطوطم و المقدس	1912
"الدوافع و مصيرها"، في كتابه: ما وراء علم النفس.	1915
تأملات راهنة حول الحرب و السلم	1915
مقدمة للتحليل النفسي	1917-1916
"الحداد و السوداوية" في كتابه: ما وراء علم النفس	1917
"مقتفطات من نظرية عصاب طفولي: رجل الذئاب" في كتابه: خمس حالات في التحليل النفسي.	1918
"ما فوق مبدأ اللذة"، في كتابه:محاولات في التحليل النفسي.	1920
عام النفس الجماعي و تحليل الأنا.	1921
"الانا و الهو"، في كتابه محاولات في التحليل النفسي.	1923
المشكل الاقتصادي للمازوشية.	1924
حياتي و التحليل النفسي.	1925
الكف، العرض والقلق.	1926
مستقبل وهم.	1927
قلق في الحضارة.	1930
الموجز في التحليل النفسي	1938
موسى و التوحيد.	1939

المحور الثاني: العلاجات النفسية في ضوء مدرسة التحليل النفسي الكلاسيكي و الحديث

محاضرة رقم : 04.

العنوان : الاطار العلاجي التحليلي و بعض المطبات في العلاقة العلاجية : قراءة لمقال خاص بالباحث النفساني و المعالج بيرون روجيه (Perron R)

عناصر أساسية:

1-الاطار العلاجي: ماهيته و شروطه

1-1 المقابلات التمهيدية في العلاج التحليلي الكلاسيكي

1-2 المقابلات وجها- لوجه في العلاج المستوحى من التحليلية

1-3 شروط الاندراج في العلاج التحليلي الكلاسيكي

1-4 متى يصبح العلاج المستوحى من التحليلية ضروريا

2-مطبات في العلاقة العلاجية

المراجع :

1- بوعلاقة ف. ز.(2018). الصورة الأمومية للطفل المتبنى من طرف قريبة عقيم في ضوء الاختبارات الإسقاطية: الرورشاخ، القدم السوداء، رسم العائلة. أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر2.

2- Perron R. (2002).les problèmes du cadre, in Névrose et transfert. Acte de colloque organisé par l'APA 8-9 avril 2001, Algérie : Unicef.

3- Perron R. (2002).sur les quelques pièges de la relation thérapeutique, in Névrose et transferts. Acte de colloque organisé par l'APA8-9 avril 2001, Algérie : Unicef.

4- Roussillon R. (Sous la direction de Gilbert Diatkine et Jacqueline Schaeffer). (1999). Quelques remarques épistémologiques à propos du travail psychanalytique en face- à –face. Dans Psychothérapies psychanalytiques .France : puf. PP 67 – 76.

5- Si moussi A.(sous la direction de Perron R.).(2008). Travail du psychothérapeute. Travail du psychanalyste. Acte de colloque de Constantine 21&22 juin. Algérie : OPU.

6- Widlöcher d. (sous la .direction. de Cyssau Catherine).(1998).les modèles de communication psychanalytique. In l'entretien clinique. France : Press éditions.

1-الاطار العلاجي: ماهيته و شروطه

في التحليل النفسي يعرف "الاطار" على أنه مجموع الاتفاقات، التي يتضمنها "العقد العلاجي" بين المعالج التحليلي و العميل أثناء تقريرهما للدخول في علاقة علاجية. و هذا يجب أن يحدد منذ المقابلات الاولى، و أن يصرح بضمنيات هذا العقد بكل وضوح(....) و أن تتمثل قواعد هذا العقد الى نظام المؤسسة التي ينتمي اليها المعالج و أن تناقش بكل مرونة و دون غموض مع العميل. و هذه القواعد العلاجية يمكن ان تعمم على باقي العلاجات كالمستوحاة من و ذلك كما يمكن ان أن توظف في العلاجات غير التحليلية و المسماة تحت اسم" التكفلات النفسية" و ذلك لتجنب مخاطر مآل العلاج.**(PERRON R.,2001, P.54)**

ونلخص أهم عناصر الاطار العلاجي التحليلي وفقا لكتابة بيرون كالتالي:

- ***الاتفاق على الوقت و التكلفة:*** يعمل المعالج منذ المقابلات التمهيدية على تحديد وقت الجلسة و ثمنها وأوقات الدفع . فرويد كانت جلساته تراوح ساعة كاملة، حاليا العلاجات التقليدية " السريرية"« le Divan » لا سيما في فرنسا هي تتراوح 45 دقيقة، الجلسات مع الأطفال بالأخص المضطربين منهم اختزلت الجلسات الى نصف ساعة للجلسة، المبدأ أن يحترم كلا من المعالج و المتعالج الحجم الساعي للعلاج المتفق عليه.

  التكلفة يجب أيضا ان تكون وفق اتفاق مشترك و عليها أن لا تتجاوز مصادر العميل و لا تكون في ذات الحين بخسة في حالة الحالات المعوزة أو العلاجات في مؤسسات حكومية أن تحدد المؤسسة تكلفة رمزية للمتعالج او تكون ضمن مصادر المساعدة الاجتماعية و لكن على المعالج ان يوضح للمتعالج أنه يتقاضى مصاريف العلاج من الحكومة حتى لا يعزز مشاعر الذنب لدى المتعالج ؛ و أيضا أن يدفع المتعالج تكلفة الحصة التي غاب عنها دون أن يخبر في ذلك معالجه الذي ينتظر قدومه و لا يقبل أي عمل في موعد عميله.

- ***قاعدة " تقول كل شيء، لا تفعل شيء":*** أي احترام قاعدة التداعي الحر و ذلك بدعوة العميل أن يعبر عن ما يجول بخاطره مهما كان تافها او سيئا....الخ؛ و في ذات الحين أي في محاولة تعزيز التلقائية التعبيرية لدى العميل يجب الحرص على ان يكون هناك تحفظ في الأفعال مثلا و على أقل تقدير: التحية عبر المصافحة او التقبيل و هذا حفاظا على أن ل تنحدر الحدود المهنية مشجعة مألات في العلاقة العلاجية نحو تجنيسها أساسا.

- ***احترام السرية:*** على المعالج ان يصرح لمتعالجه ان كل ما يقال في الجلسة هو سر مهني لا يحق له ان يتقاسمه حتى مع أقرب الاشخاص للعميل الا بعد موافقته أو في الحالات الثلاث التالية:

أولا - المناقشات مع فريق العمل في اطار الحالات الصعبة، او في مؤسسات عمل أين يجتمع زميلين في علاج طرفين من الحالة(الام مثلا عند زميل و الطفل عند زميل)

ثانيا - في الحصص الاستشرافية لما على المعالج ان يعرض تفاصيل الحالة لدى معالج خبير.

ثالثا - في اطار النشر العلمي لأهداف اثراء المجال المعرفي المهني و تطوير الممارسة العيادية و التنظير.

في كل هذه الحالات يجب التحفظ على ذكر اسم الحالة أو اسم عائلتها او حتى ذكر تفاصيل من الممكن أن تجعلها قابلة للتعرف عليها.

- **التحفظ على المعطيات الشخصية للمعالج:** وهو التحفظ على أن يشارك متعالجه في حياته الشخصية، أو معتقداته الشخصية السياسية او الدينية.(PERRON R., 2002, P55-61)

و من الثوابت التي أخرجها التحليل النفسي هو اسهام الاطار العلاجي في وضع علاقة علاجية متينة و يرى فيها الباحثون المحدثون احد المرشحات الاولى في تقييم نواتج العلاج النفسي ككل و أخذت عدة مسميات : العلاقة العلاجية؛ التحالف العلاجي؛ تحالف العمل؛ و كلمة "تحالف" ***(Alliance)*** هي الأكثر تصويرا لطبيعة هذه العلاقة (ائتلاف و شراكة بين حليفين يعملان في علاقة ثقة للوصول الى هدف مشترك) ***(horvarth,2015 ;Fluckiger et al,2012 ;Norcross & Wampold,2011a,2011b)***

1-1 المقابلات التمهيدية في العلاج التحليلي الكلاسيكي

تتنظم المقابلة التحليلية لنفس مبادئ أي مقابلة و حتى لشكل المحادثات اليومية، هذا ما يشير اليه **فرويد س.** في مقال له الموسوم بعنوان:" بداية العلاج، 1913" ***« Le début du traitement »*** منوها الى أن ما يميز التحليل النفسي عن الحديث اليومي هو القاعدة التي تحث على التداعي الحر. لكنها قاعدة تنطبق على العلاج التحليلي و لكنها لا تطبق مباشرة في المقابلة، لا سيما في المقابلات التمهيدية التي تهدف مثلا لتوضيح طبيعة الطلب و مناقشة أثر علاج تحليلي سابق، و هذا لتوطيد التواصل حتى يمهد للتداعيات الحرة لاحقا، و هذا ما يسمى حاليا بـــ" **عملية التواصل** " ***« la pragmatique de la communication »(moeschler & reboul, 1994).***

وفق نموذجين اقترضهما **ويدلوكير د.** عن المدرسة اللسانية: التواصل الإعلامي*(informative)* و التواصل التفاعلي *(interactive)*. (WIDLÖCHER D., 1998, P.38-39)

و لكن هذه المقابلات التمهيدية لاقت نقاشا من طرف فرويد الذي بدأ في بداية العلاج التحليلي بالقيام بعدة مقابلات وجها لوجه و مطولة لتحضير المتعالج للتحليل النفسي لكنه تخلى عنها لما يمكن أن تحدثه من انحراف في طبيعة التحويل و مسار العلاج التحليلي ككل و أصبحت المقابلات التمهيدية تدعى بـــ **"عمل المحاولة"** أين يرشح فيها العميل للتحليل *« un travail d'essai »* و ينطبق عليه نفس قواعد الجلسات التحليلية: من تحفظ على التعليق على حديث المتعالج و بالتأكيد عدم محاولة استكمال حديثه أيضا. أي بعيدا عن الاستجوابات التي ألفها فرويد س. في مقابلات الطب النفسي.*(Cyssau c. & Fédida p., 2013, P.143-145)*

2-1 المقابلات وجها-لوجه في العلاج المستوحى من التحليلية

من ميزات العلاج النفسي المستوحى من التحليلية أنه يعتمد على المقابلات وجها لوجها كعمل أساسي في تسيير دينامية الجلسات العلاجية و على خلاف التقليدية و الاطار الأصلي للعلاج التحليلي فانه لا يمثل عملا للترشيح و لا للتحضير للعلاج السريري و لكنه يستند عليه، و اليكم في عجالة أهم النقاط التي تجمع و تفرق بين العلاجات الكلاسيكية التحليلية و المستوحاة منها كالتالي ممثلة في الجدول الآتي:

نقاط الاشتراك	نقاط الاختلاف
كلاهما يشترك في نفس المرجعية النظرية ، المنطلق واحد فقط بعض المفاهيم تختلف؛ ***- لهم نفس الطريقة** : واحد مع واحد seul a seul ، المكتب مقفل ، السرية مضمونة ، الجسد يتكلم ولكن لا يتلامسان ، الدعوة للتداعي الحر للأفكار ، الذكريات ، التصورات .....الخ .* ***لهما نفس الاطار** : إستثمار العلاقة العلاجية ، مع احترام موعد الجلسة المبرمجة قبلا .*	الإختلاف يكمن في الموقف التحليلي (**le dispostif**)، أي ان العلاج الكلاسيكي وضعية الاجساد تختلف عن العلاج التحليلي الحديث فالأولى العميل مستلقي على أريكة و المحلل وراءه، أمام رأسه ، بينما في الحديث فالوضعية هي وجها- لوجه ، كما أن عدد الجلسات يزداد في العلاج الكلاسيكي ، وتقل الجلسات في التحليل الحديث
المصدر: cournut J. ,1996,p.15-66	

يكتب René Roussillon مقالا بعنوان « *Quelques remarques Epistémologiques à propos du travail psychanalytique en face à face* »

مفكرا حول هذ ا الاختلاف بين المدخلين من حيث اختلافات تموقع الجسدين : إذ يرى أن الوضعية وجه لوجه كما يسميه عمل تحليلي "تحت نظرة الآخر" ، الحضور الإدراكي للآخر (نظرة المحلل) تغير توظيف – ما قبل الشعور ومدي نفاذيته للبواعث اللاشعورية، التواصل في هذه الوضعية يستدعي تواصل **ما قبل شعور – ما قبل شعور**، هذا الأخير الذي يعد جهاز تحول *(Système de transformation)*، جهاز وسيط *(un intermédiaire)* و معدل *(un régulateur)* بين اللاشعور و الشعور وهو مفصول عنهم برقابة مزدوجة نوعا ما نفاذة .

إذن الإصغاء " تحت نظر الآخر " لا يحرك نفس التوظيفات النفسية ، فهو لا يستدعي " القدرة على البقاء وحيدا ، التي تكلم عنها **وينيكوت د.** ،ولكنه يحرك إمكانية " البقاء وحيدا في حضور الآخر " (ROUSSILLON R., 1999, P.71. 72)؛ كما أن تخفيض عدد الجلسات في الأسبوع في العلاج الحديث (حصة واحدة في الاسبوع كما ينصح بها المعالج النفسي و الباحث سي موسي عبد الرحمان) يخفض من النزعة النكوصية التي هي طبيعية أي علاج نفسي، لكن تكاثف الجلسات تحليلية في العلاج الكلاسيكي يشجع النكوص إلى حد إقامة العصاب التحويلي ، أما العلاج الحديث فاعتماد جلسة إلى اثنان في الاسبوع على الأكثر يجعل مستوى النكوص أقل وشدة التحويل أقل (مستويات التحويل) ، العلاجات الفرويدية تستعمل التحويل (فهمه ، ووضعه في محتواه الحقيقي) لكن في العلاجات المستوحاة من التحليلية يقوم التحويل دون السعي لإقامته وتشجيعه من أجل تحليل ما ينقله العميل من معاش نفسي داخلي ينتمي إلى سجل الماضي من شخصيات بدائية على شخص المحلل.

هذا الاختلاف من حيث أن العمل التحليلي يكون في مستوي نكوص أعمق في العلاج التحليلي الكلاسيكي (اللعب وحيدا ، البقاء وحيدا ، مرحلة التوحدات الطبيعية ، هلوسة .

الموضوع الغائب) : مستوى نكوص تنبعث اليه الوضعية المتصفة بالاستلقاء و الرمزيات التي تبعثها من جسد مستلقي كجسد يشبه الميت و المحلل وراء راسه لشخص ينتظر احتضاره ليرفع الشهادة ، وهذا طبعا بالعودة الى لغة ثقافة الاسلامية ، كذلك جسد مستلقي كوضعية النوم وما ترمي هذه الوضعية من ايحاءات جنسية خاصة اذا اختلف الجنس رغم ان هذا الايحاء لا يستبعد في إطار هوية جنسية مماثلة ...).

3-1 شروط الاندراج في العلاج التحليلي الكلاسيكي

ينقل لنا سي موسي عبد الرحمان في مقاله *« la thérapie par la parole et la pensée. La psychothérapie d'inspiration psychanalytique: une nécessite clinique »*

أن هذه المقاربة تبدو ضرورية كممارسة علاجية للعصاب في الجزائر إذ يكتب :

العلاج التحليلي الكلاسيكي يتطلب شرطان أساسيان، وهما:

1- الأنا لا يجب أن يكون هشا .

2- الرغبة، الصراع لا يجب أن يكونا شديدان.

لأن هاتان الحالتان ، تصعد من مستوى الإحباط و المعاناة لدي العميل إذ لا يمكنه أن يتحملها (....) فالحالات التي جاءت لطلب المساعدة تتصف بالهشاشة ، إذ يبدو طلبهم للمساعدة قريبا من طلب رعاية أمومية، كما أن نتائجهم في اختبار تفهم الموضوع **(T.A.T)** يؤكد هذا الإستنتاج. **(SI MOUSSI A ,2008,P. 140)** .

و العمل المستوحى من التحليلية يستند فيه العميل على نظرة المحلل، فوجود المحلل في وضعية يرى فيها ومن خلال تدخلاته النشطة طبعا دون أن تخل بإطار العمل المتفق عليه تجعل من هذا التوجه أكثر قابلية للممارسة في الإطار المرضي و المساعدة النفسية للعملاء الجزائريين.

4-1 متى يصبح العلاج المستوحى من التحليلية ضروريا

لقد جاء العلاج المستوحى من التحليلية اثر انتقادات موضوعية نابعة من العمل الامبريقي لمعالجين متشبعين بالفكر التحليلي الفرويدي، و سنذكر أهم الحالات التي تجعل من التحليل المستوحى من الفرويدية ضرورة علاجية و ليس اختيارا:

- **حالات الحرمان العاطفي و الهجر:** و كانت **جيرمان قيكس** *(Guex G.) (1904-1984)* سباقة في وضع متلازمة الهجر، و ألهمت كلا من **بيرجوري ج.** و **أوتو كيرنبرغ** في تنظيرهم للحالات الحدية، و اقترحت علاجا تحليليا متمركزا على المعاش الماضي و الحاضر و هذا لأن هذه الحالات لا يمكن ان تتحسن ضمن العلاجات الكلاسيكية لما يسودها من مشاعر خوف من الهجر و فقدان الامان العاطفي **(بوعلاقة ف. ز.2018.ص.44)**
- **الحالات التي لم تمر الى الرمزية عبر اللغة:** كونهم و هم أطفال صغار، كانوا يعانون من اضطرابات نقص أو اضطرابات نقص حادة في الشخصية. **(بوعلاقة ف. ز.2018.ص.25)**
- **حالات يسودها التواصل البدائي :** أين يسود الفعل السيء في عيادة المراهقين و المرور الى الفعل الخطير، المضادين الاجتماعيين، الحالات الانتحارية، الحالات

الذهانية، الحالات السوماتية *(Roussillon R., 2006; Magistretti p, & Ansermet F.,2006)*. (بوعلاقة ف. ز.2018.ص.23).

2- مطبات في العلاقة العلاجية: ترجمة لمقال لـــ بيرون ر.(2001)

2-1- أهداف العلاقة العلاجية :

1-1 – المساعدة : (aider) ، الرعاية (soigner) ، تخفيض المعاناة (alléger la souffrance) .

باختلاف أدوارنا المهنية ، ان كنا أطباء عقليين ، أخصائيين نفسانيين او محللين نفسانيين ، فهدفنا المهني العام هو التكفل بالعميل الذي يطلب مساعدتنا أي مساعدته على حل المشكلات التي يتخبط فيها ، وغلبا ان نخفف عنه معاناته.

قد تتعلق هذه المشكلات بالنمط العلائقي الذي يجمع الاولياء - الطفل في اطار علائقي سيء مشكل علائقي بين الازواج مشاكل جنبية ، مشاحنات وصراعات في العمل اختصار في المشكلات تكيف مثلا تصرفات غير ملائمة لشاب راشد دخل حديثا في الحياة النشطة فقد يعاني توترا في علاقاته الاجتماعية الشائعة ، كف شديد في العمل ، سلوكيات عدوانية ...الخ .

في الحالات الأخرى، يمكن ان نذكر الصعوبات التي يعانيها الفرد و التي تعود في اصلها الى اضطرابات في الشخصية كأن يعاني من الخواف *(phobie)* ، أو سلوكيات وسواسية معينة *(des conduites obsessionnelles invalidates)* ، ازمات قلق " دون سبب " (أو ما يسمي ايضا بالقلق المجهول أي لا يرتبط وسبب موضوعي) ، حالة اكتاب شديدة وطويلة ...الخ ، كما قد نواجه حالات اصل اضطرابها هي ردت فعل عكسية لموقف او حدث خطير *(Trouble réactionnel)* مثلما يحدث الان في الجزائر الصدمات النفسية الناجمة عن الاحداث الدموية . *(كتب هذا المقال ونشر سنة 2001 ، لهذا نصيغ الفعل في الحاضر)* .

لكن تبقى كل الحالات المذكورة تناشد في التكفل النفسي ، اجابة على طلبها ، على مساعدتها ، التخفيف من معاناتها ، تحسين علاقتها الاجتماعية وبصفة جوهرية الدافع نحو الافضل الشروط المثيرة للتوظيف النفسي . فالتحدي في عالمنا لا يكمن بالضرورة في ان تنجح مع هذه الحلات ولكن التحدي الحقيقي في ان نستطيع ان نفعل شيئا ما .

يتطلب عملنا التحدي من حيث جمع المعلومة الجيدة عن قصة وظروف حياة العميل، وأساسا تقييم جيد لتوظفيه النفسي ولا يتوقف التحدي هنا بل يفترض كذلك تقييم المعالج لمهاراته العلاجية أمام كل طلب. اذا شعر انه لا يستطع التحكم في السير العلاجي (بسبب صعوبة الحالة ، صعوبة

الحالة تتشابه والصعوبات التي يعايشها ، اذا هيمن عليه قلق الحالة ، اذا خدش الى حد الصدمة في قيمة...الخ من المواقف) . اذن في هذه المواقف على المعالج أن يتخلى أو يتنحى عن المواقف العلاجي طبعا دون ان يترك طالب المساعدة " في فراغ " ولكن عليه أن يوجهه الى اخصائي نفساني اخر، أو مختص في الأمراض النفسية و العصبية ، أو اقتراح علاج من نوع طبي .

2-2- تحليـــــل الطـــلب:

علينا ان ننطلق من سؤال رئيسي مفاده : من يطلب ماذا ممن ؟ ***(Qui demande ,Qui a Qui ?) .***

الجواب : ليس سهلا لأنه وراء كل طلب صريح يوجد طلب كامن أو مستتر ، غالبا غير معروف في البداية من طرف العميل : كيف يتموضع في المقابلة الأولي أي جزء من شخصية يتكلم ؟ والى من سيتحدث ،هذا يعني كيف يدرك من يتحدث اليه ؟

المهم ، يجب التمييز بن طلب مباشر ، يرد شخص بطلب المساعدة لفائدة شخص آخر هذا يخص حالة الأطفال، أين يصاغ الطلب من طرف الأب، الأم ،معلم، طبيب، الخ ،من الأشخاص الذين يتكلمون عنه ، يكمن أن نشهد أولياء يقودون للعيادة " الطفل العرض " هذا الأخير يلعب الدور المركزي في خضم علاقة عائلية يسودها الصراع : أن يكون السبب والشاهد لتعاسة وشفاء العائلة لما نحلل هذا النوع من الحالات ، يتجلى لنا الدور الذي اسند اليه كقناع لعدم تفاهم الزوج الوالدي ، مشاعر ذنب ، لدي الاب او الام ، منافسة اخوية ، الى غيره من المضامين العائلية المشوشة والكامنة . في هذه الحالة يتجسد مثال الطلب المتناقض : غير من هذا ، لكن احراص على ان لا تغير شيئا ! اذا لم ننتبه الى هذا التناقض في الطلب قد تواجه صعوبات في العلاج لا خل لها؟

ممن تلقينا الطلب أو جهة الطلب ؟ من المهم ان نعرف الاستشارات النفسية السابقة التي لجأ اليها العميل، أي نوع من المساعدة قدمت له ، من أشار أو وجهه للعلاج ، معالج ، مؤسسة أو آخرون .

ماهي الدوافع التي ساقت لطلب المساعدة ومن ذكرها ؟ هل هناك تناقض فيما يقوله مختلف الأطراف ؟ فهذه لحظات مهمة للاقتراب من الحالة مما يتطلب اصغاء عياديا يقظا : لأنه مهم ان يصغى لما لم يقال ***(ce qui n' est pas dit)*** ، ما لا يمكن قوله ***(ne peut pas être dit)*** ، في هذه المقابلة الأولى أو المقابلات الأولى، صراعات علائقية او صراعات داخلية يجب مواجهتها اذا قررنا متابعة العلاج ، كما يسمح لنا بان نتحكم احسن في استجاباتنا ضد التحويلية .

3-2- مطبات ممكنة :

بعد تحليل الطلب فالمطبات العلاجية عديدة قد يسقط فيها المعالج : فللمعالج ديناميته النفسية الخاصة ، قصته الشخصية ، صراعاته النفسية ، اذا لم يتحكم كفاية في هذه العناصر ، يشوب عمله ، وقد يكون نتاج او اسقاط لصراعاته الشخصية مبتعدا بذلك عن مبتغى العميل انها **مطبات ضد تحويلية** .

يجب ان نحذر عندما نبرز موقفنا اتجاه العميل بقولنا : " هذا لصالحه !" نحن لسنا أباه ، ولا أمه ، لسنا أخا أو أختا ، لسنا أستاذه ، ولا فقيهه الديني ...الخ : النصائح، التوبيخات (***les objurgations***)، الأوامر ، الشفقة ، مواقف عاشها من قبل ، فوضعيتنا مختلفة : مساعدته على فهم الاحساس ، بما يحدث بداخله : مساعدته على التحكم بزمام قدر نفسه ، هو أن يكون عميله بمعيته ، الباحث ووكيل قدره الشخصي ، وليس موضوع " علاجه ".

أولا- محاولة الشعور بالفوقية : موقف قد نشهده أكثر عند المختص المبتدئ ، الفخور بكونه يمتهن مجالا صعبا . فاذا تغلب عليك الشعور بأنك محترف في فهم التوظيف النفسي، وأنك تعرف وستعرف الكثير عن عميلك في حين أنه لا يعرف عنك شيئا، وحتى أنك اكثر ذكاء (...) فأنت حينها مخطئ لان هذا الموقف بما يرافقه من عجرفة المعالج وحتى نوع من الاحتقار للآخر يقود الى التلاعب بالحالة تحت شعار (" هذا لصالحه" ، بالطبع !) .

عمل المعالج النفساني يهدف الى تمكين العميل من أن يغير من وجهة نظره ، أن يشعر ، أن يفكر، حتى فوق ما كان يتصور أنه قد يفكر فيه أو ما كان يخاف التفكير فيه في بداية العلاج . أي أننا نقود ه الى أن يصبح اكثر حرية ، فالحرية الشخصية هي الهدف الاساسي للتكفل النفسي ، حرية موجهة الصراعات النفسية الداخلية الثقيلة او بالأحرى المثقلة (***conflits internes obérant***) والحرية في العلاقات الاجتماعية .

ثانيا – لذة التحكم :

اتفقنا ان مهمة المعالج فيأ يكون العميل اكثر حرية اذن من التناقض أن نبني علاقة علاجية يسودها التسلط و التي تحيله الى وضعية لطفل ، وحتي كمعلم صارم القاعدة العامة في العلاج النفسي ، تتمثل في ان على المعالج انه يمتنع عن اعطاء النصيحة ، والتوجيهات ، وكذا أن يظهر في وضعية المسيطر، كشخص يعرف أحسن منه ، يعرف الممنوعات، الجيد ، الصحيح ، الشخص الذي يفكر أحسن ...الخ.

تأكد ان هذا التحكم لن يدوم طويلا و الحيلة الاكبر هي التأثير، علاقة التأثير

(Relation d'emprise) تربط بين شخصين يصبح أحدهما وكأنه ملحق الثاني ، هذا الأخير يتخذ من الأول كنموذج إعجاب (مبهور)، يخشاه، لدرجة يسلم له كل حياته ، من حيث الأفكار وحتى الأفعال .

هذا ما لا يتوافق بل ويتناقض و الحرية التي يهدف اليها العلاج النفسي، من أهم الانتقادات التي قدمت لـ : **جاك لاكان** *(Lacan J.)* هو أنه كوَّن علاقات مشابهة مع عملائه وكوَّن تابعين في نفس الوجهة ، المتمثلة في التبعية.

ثالثا ـ المحاولة البيداغوجية:

وهو محاولة ان نكون لعملائنا " المعلم الجيد "، " الأب الجيد".. الخ . إنها محاولة ينزلق فيها بعض المعالجين حتى وإن كانوا في حياتهم الشخصية لا هم بالمعلمين الجيدين ولا بالآباء الجيدين، فاذا وضعت نفسي كنموذج يقتدى به من الأفضل والعاجل أن أطرح على نفسي السؤال التالي : هل أنا راضي على نفسي لهذه الدرجة ؟؛ كما أن العميل قد تعامل كثيرا مع "معلمين جيدين " أو "آباء جيدين" أساؤوا معاملته " لصالحه " أو هو الآن يحتاج الى شيء آخر الى شخص يمتنع على أن يحدد له ما يفعل ، أن يمتنع على اصدار أحكام ، نصائح ، على تهنئته ، و تحقيره ، شخص في النهاية ، ما عليه الاَّ أن يصمت ويصغي له .

رابعا- التبشيـــــر :

هو محاولة المعالج ان يفرض نظامه القيمي الخاص (الاخلاقي ، السياسي ، الديني ، الخ) محاولة ربح العميل، الذي نشعر أننا يمكن أن نؤثر عليه ، يجب أن نحذر و نميز بين القيم العامة والقيم الذاتية بالخيارات الشخصية للعميل .

القيم العامة هي تلك التي توجد ويجب أن تقبل داخل مجتمع ما ، لا سيما تلك المتعلقة باحترام الآخر، التسامح ، الحق لكل فرد أن يكون ما عليه ، دونما المساس بفرد آخر ، وفي نظري القيمة المركزية للمعالج النفساني تكمن أنه في خدمة الحياة أكثر منها في خدمة الحرية ، هذا يعني أن نموذجه المثالي الديموقراطي (وليس من الصدفة أن يضطهد النظام الديكتاتوري المحللين النفسانيين المعالجين النفسانيين ، الأخصائيين النفسانيين ، وبالأخص المختصين في العلوم الإنسانية). من هذه القيم العامة يمكن ان نحدد القيم الخاصة ، أي تلك المتعلقة بخيار الفرد، من حيث توجهاته السياسية الدينية ، العائلية ... الخ، هذه الأخير التي تشكل الحياة الخاصة للعميل لا يحق للعميل التدخل فيها أثناء عمله.

خامسا- النصائح :

ما نخلص اليه هو أنه علينا الامتناع بقدر الامكان على اعطاء النصائح ، الحياة اليومية توضح جلية أن النصيحة تتبع قدران اما أن نطبقها ويكون مآلها سيء (يوجد العديد من السبل لكي تبدد النصيحة الجيدة سيئة !) ونحقد على من نصحنا بها، أو أننا لا نتبعها، ويكون المآل أيضا سيئا. ونحقد على الناصح لأنه لم يكن صارما معنا .... في هذه الحالات متابعة العلاج تكون صعبة ، اذا لم يتوقف بغتة.

اذن بدل الادلاء بالنصيحة / من الافضل البقاء في دورنا ونتدخل كالآتي : قبل ان نفعل هذا ، هيا نفكر معا حول ما يدفعك لفعل هذا، هيا نحلل الموقف ودوافعه احينها نحن نحافظ على دورنا ، الدوافع تتضح ، الفعل المسقط بدء ا (تحت تأثير الغضب ، الشفق، الاهانة ، الخ) يظهر بعدها بأقل شرعية ، لاسيما وأن الزمن المسخر للتفكير سيؤجل المنتوج.

سادسا- الاغـــراء:

انه المطلب الأكثر مكرا، من الجميل ان تكون مصدره اعجاب! وضعية أو موقف المعالج أحيانا يكون صعبا للحفاظ عليه، اذا كان السير العلاجي يمشي على أحسن حال . العميل سيستثمر معالجه في التحويل . اذا كان تكويننا جيدا ولدينا التجربة العملية الكافية ، فمن السهل تخطي هذا المطلب، المتعلق **بالإغراء الجنسي** هذا ما يستلزم علينا أن نبقي على وضعيتنا المهنية ،: هذا لا يعني أبدا أن يكون موقفنا باردا ومبتعدا، ولكن موقف جدي تحفه حدود " الاطار " ....بالإضافة الى أنه مهما بلغت من الجمال و الجاذبية ، فان هذه الاغراءات لا تتوجه اليك كطرف مباشر في اطار التحويل: هو ما ينقله العميل على شخص المعالج الذي يتجه اليه ، ولكنه يوجهه الى شخص آخر .

إذا وجه العميل المدح لمعالجه مفندا فيه مهاراته (أنت ذكي ، مرح ، مثقف، متفهم ، دافئ أو حنون ، الخ) ، فلا تغتر : من المحتمل جدا أنه وجه نفس المدح لمعالج آخر في نفس الظروف أو مشابهة (.....)من الضروري توخي الحذر خصوصا في اللقاءات الأولى، وبالتحديد في العيادة الخاصة : حيث نحن بحاجة الى عملاء ، ونبذل جهد ، في اغراءهم لكي نبقيهم عندنا ...تذكر فقط ان من يعاني ويطلب المساعدة ليس سمكة نجتذبها بطعم لكي نصطادها ..... **الطالب: هو ، وليس انت.**

سابعا- الوضعية الاصلاحية :

إنها تنجم عن كل الوضعيات السابقة ، نحن نحب أن نشعر أننا طيبون ..أمام شخص يعاني وتعرض للأذى من طرف الآخرين ، فمن الطبيعي أن نشعر أننا أحسن منهم ، الفكرة الكامنة وراء هذه الوضعية " هؤلاء الناس آذوك ، اما أنا فسأصلح هذا الاذى ، لأنني أحسن منهم " نجد

هذه الوضعية تتكرر في حالة الاطفال ، في حالة الاولياء المسيئين لأولادهم (عنف جسمي أو عنف اخطر المتمثل في العنف النفسي) حينما يتعرض الطفل للاعتداءات الجنسية ، او اذية معلم سيء ، انها حالات تعرضت لها شخصيا لكنني لم أعبر عنها مباشر للطفل ، انه من الخطأ كمعالجين نفسانيين (الامر مختلف اذا كنا مساعدين اجتماعيين) أن نظهر في صورة راشد يتضامن مع الطفل ضد راشدين اخرين ، نحن راشد يحمله محمل جد، يصغي له ، يفهمه ، يعترف بمعاناته ، ويتضامن معه ليصبح ما يأمل ان يكون عليه (في اطار القيم العامة المذكورة اعلاه) .

---

* **ترجمة المقال : د. بوعلاقة فاطمة الزهراء.(2013), جامعة محمد بوضياف المسيلة.**

المحور الثالث: مجالات العلاجات المستوحاة من التحليلية

المحاضرة:5

العنوان: العلاج المستوحى من التحليلية

العناصر الاساسية:

1-الاطار العلاجي للعلاج المستوحى من التحليلية

2-انواع العلاجات في العلاج المستوحى من التحليلية:

2--1العلاج القصير المدى

2-2-العلاج الجماعي و العائلي التحليلي

2-3-العلاج الموجه للأطفال و المراهقين: الاستشارة التحليلية

2-4-العلاج الموجه للشيوخ

2-5- العلاج بالبسيكودراما التحليلية

3 3-4-العلاج بالاسترخاء التحليلي

3-5-العلاج بوساطة التقنيات الاسقاطية: الرورشاخ الترابطي، الجينوغرام العائلي، الروائية عبر الصور الموضوعية.

4- علاقة العلاج النفسي التحليلي بالتيارات العلاجية الأخرى

المراجع:

1- بوميرانتز أم. علم النفس الاكلينيكي: العلوم و الممارسة و الثقافة.(ترجمة د. شواش ت. أ. و هاشم أ. ا 2018).ط1.الاردن.عمان:دار الفكر.

2- دولاروش ب. المراهقة: الرهانات السريرية و العلاجية. (ترجمة بركة ب.،2013).لبنان. بيروت:دار الكتاب العربي

3- BECERRIL-MAILLEFERT C.(2013).LE PSYCHODRAME. FRANCE : JOUVE.

4- BOUALAGUA F. Z, les symptômes d'être seul en présence de l'autre et la transitionnalité : l'apport de l'épreuve projective « patte noire » dans l'interprétation de la solitude à la préadolescence. in revue de recherches psychologiques et éducatives. N° 10, JUIN 2017, VOL C2, PP.143-153.

5- COHENMONIQUE.2015-.HTTP://WWW.PSYCHOLOGUEPSYCHOTHERAPEUTEPARIS.FR/RELAXATION-INSPIRATION-ANALYTIQUE.HTML

6- HTTPS://WWW.BLAKEPSYCHOLOGY.COM/FR/APPROCHES/PSYCHOTHERAPIE-ANALYTIQUE-FONCTIONNELLE(2020)

7- JUDITH E., & AL.(2015). PSYCHOTHERAPIES DU SUJET AGE. DANS L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2015/9 (VOLUME 91), PP. 747 - 754.

8- PRIVAT P., QUELLIN D. ET ROUCHY J-C. (2001). PSYCHOTHERAPIE PSYCHANALYTIQUE DE GROUPE. DANS REVUE DE PSYCHOTHERAPIE PSYCHANALYTIQUE DE GROUPE 2001/2. N° 37. PP.11 – 30.

9- RODRIGUEZ R..(2004). LE JEU, PARADIGME DU TRAVAIL PSYCHANALYTIQUE. DANS REVUE FRANÇAISE DE PSYCHANALYSE. 2004/5 (VOL. 68), PP. 1847 – 1853.

10- SOUFFIR V. & AUDE C. (2019).DANS COLLECTIONS DE BROCHURES INFORMATION. PSYCOM 12/2019, 6EME ED. PARIS: JOUVE.

1- الاطار العلاجي للعلاج المستوحى من التحليلية:

العلاجات المستوحاة من التحليلية كما شهدناها في عناصر سابقة تستشف قواعدها من نفس التأطير التحليلي الكلاسيكي مصبوغ بنوع من المرونة . و عليه فهي علاجات تمتثل الى مبدأ التداعي الحر لكن في نظام وجه لوجه يسمح بذلك للمتعالج أن يواجه صراعاته الطفولية اللاشعورية التي تسمم حياته الحاضرة لا سيما علاقاته الوجدانية و صعوباته التكيفية في سياق حواري يرتكز على الماضي و الحاضر و تستثمر فيه العلاقة العلاجية كعلاقة سندية و حاوية و حتى حامية.

2- أنواع العلاجات في العلاج المستوحى من التحليلية:

2-1-العلاجات قصيرة المدى: ان الاطار العلاجي للعلاج التحليلي الكلاسيكي يفرض وقتا طويلا من العلاج مما يزيد من تكلفته، و هذا ما لا يتطابق و مجتمعاتنا الراهنة التي تتسم بالرغبة في النتائج السريعة؛ نتيجة لذلك توجهت العلاجات التحليلية الحديثة الى "العلاج النفسي الديناميكي المختصر" و اصبح اكثر شيوعا من الاصدار الاصلي الكلاسيكي النفسي الفرويدي الذي اشتق منه ***(steenbarer,2008 ;Levenson et al., 1997; Levenson, 2010)***؛ و اليك الجدول التالي الذي يلخص أهم الاختلافات بين المدخلين المختصر المدى و الطويل المدى من العلاج النفسي التحليلي :

المختصـــــر	طويـــل المـــــدى
تكوين التحالف العلاجي بسرعة	تكوين التحالف العلاجي تدريجيا
يركز على مشكلة محددة ضيقة التعريف	يركز على مدى واسع من المشكلات
مستوى نشاط المعالج مرتفع نسبيا	مستوى نشاط المعالج منخفض نسبيا
الحالة المرضية للعميل أقل حدة	الحالة المرضية للعميل أكثر حدة
يركز أساسا على هنا الآن	يركز على الماضي و الحاضر
قدرة المريض على الانفصال عالية	قدرة العميل على تحمل الانفصال متباينة
العميل لديه علاقات موضوعية جيدة	العميل لديه علاقات موضوعية سيئة الى جيدة

المصدر:adapted from dewan et al .(2009)

و يدوم العلاج المختصر على أقل تقدير 24 جلسة تستغرق نحو 6 أشهرمن الجلسات الأسبوعية (بوميرانتز أ م.،2018،ص.373).

و يضيف **بوميرانتز أندرو م.**(*Pomerantz Andrew m.*) في المرجع السابق ان بعض الاشكال المحددة من العلاج التحليلي المختصر نالت اهتماما كبيرا في السنوات الاخيرة نذكر اثنين منهما:

- العلاج البين شخصي (IPT)(INTERPERSONAL THERAPY): نشا في الاصل كعلاج للاكتئاب اذ ان تحسين العلاقات العملاء مع الآخرين سوف ييسر التحسن في الاعراض الاكتآبية، و هو مصمم ليدوم 14 الى 20 جلسة على ثلاث مراحل[جلستان في المرحلة الاولى؛ من 10 الى12 جلسة في المرحلة الثانية كجلسات وسطى؛ من 2الى 4 جلسات في المرحلة الاخيرة]؛ و لقد تم تطوير هذا الشكل العلاجي ليفيد خصيصا المصابين بالاضطراب ثنائي القطب و يحمل اسم "علاج الايقاع الاجتماعي" *« Interpersonal and Social Rhythm)(IPSRT) »*
- العلاج الديناميكي محدود الوقت*(Time-Limited Dynamic Psychotherapy)(TLDP)* و هو تطبيق حديث لما كان يسمى **"الخبرة الانفعالية التصحيحية"**؛ و العملاء يجلبون قضايا التحويل نفسها في علاقات اخرى و مهمة المعالج هو تحديد " السيناريوهات" اللاشعورية للعميل في علاقاته مع الآخرين، و التأكيد على ان نهاية التفاعل تكون مختلفة اين على المعالج ان يجعل العميل أكثر وعيا عنها، وعليه يتم تصميم مخطوطة **"تصحيحية"** للخبرة الانفعالية. و يتم عادة استخدام رسم هندسي بصري يسمى **"نمط سوء التكيف الدوري"**، و هو نموذج عمل لمشكلات العميل الأساسية منظمة الى اربع فئات: أفعال الذات؛ التوقعات حول ردود فعل الآخرين؛ أفعال الآخرين اتجاه الذات؛ و أفعال الذات اتجاه الذات. كما تستمر جلساته من 20-25 جلسة على الأكثر. **(ص.374-376)**

2-2-العلاج الجماعي و الأسري التحليلي

أ- ***العلاج التحليلي الجماعي:*** سبق لهذا النوع العلاجي *T. Burrow*، في الولايات المتحدة الأمريكية و ذلك بعد حضوره لمحاضرة فرويد س. حول" خمس دروس حول التحليل النفسي" (1909)، و في العشرينات يقترح مصطلح group analyse » . سنة 1934 *S.R. Slavson* يقترح عملا جماعيا لفائدة أطفال في عمر الكمون ، و يعممه على المراهقين و الراشدين. في نفس الفترة قاما كلا من *P. Schilder* et *L.K. Wender* بعلاج تحليلي لفائدة مجموعة من الحالات الحدية؛

وبالنسبة لمجموعة الباحثين المذكورين فان التفسير التحليلي يمنح لكل فرد و هنا كانت بدايات العلاجات التحليلية الجماعية.

و نضيف الاسهامات الفرنسية لكل من **آنزيو د.** و **بونتاليس ج.ب** ***(J.B. Pontalis et D. Anzieu)*** و اللذان يعتبران المجموعة مثل "الحلم" أين تتحقق الرغبات الطفولية اللاشعورية؛ في 1976 ***(R. Kaës)*** يقترح مصطلح " الجهاز النفسي الجماعي" مشيرا لبناء نفسي مشترك بين أعضاء الجماعة يشكل بذلك الجماعة.**(PRIVAT P., QUELLIN D., ROUCHY J.-C. ,2001,P.2-4).**

مبادئ العلاج الجماعي التحليلي تكمن في :

- **مبدأ الصدى الداخلي:** ان حضور المجموعة، طريقة حديثها، طريقة اصغاؤها و ردود الأفعال، كيف تكون، تمنح لدى الفرد صدى داخلي او ارتدادا داخليا تمنحه تفكيرا منفتحا على امكانية التحكم بمشكلاته التي يرى أنها خارجية، و يكتسب نوع من الفهم المتبادل.
- **الشعور بالوحدة:** هيمنة الشعور بالوحدة و قلة الحيلة أمام المعاناة تنخفض أمام مواجهة معاناة الآخرين، و هنا بداية العلاج الجماعي.
- **الشعور بالوجود:** الاصغاء لمشكلات الآخرين بدل ان يخفض الشعور بالوجود الذاتي بالعكس فهو سيعزز للشعور بالوجود و يكتسب الفرد القدرة على الدفاع أمام المواقف التي طالما اعتقد أنها تهدده.

و تقنياته :

- التقنيات اللفظية
- التقنيات غير اللفظية الفنية : كالرسم، الكتابة، المسرح العلاجي

و قواعـــده:

ينتظم العلاج الجماعي التحليلي الى القواعد التالية:

- **المجموعة مكونة** من 5 الى 8 أعضاء، تتكون من مجموعات تعاني من نفس الاعراض أو مجموعات تشمل أشخاصا يعانون من اضطرابات نفسية و/أو سوماتية مختلفة، في هذه الحالة من التنوع داخل المجموعة فان التجارب الاعضاء تكون غنية، مما يمنح نوعا من الانفتاح على الذات و اختلاف الافكار.

- **مدة العلاج:** تكون عادة الجلسات مرة أسبوعيا من ساعة الى ساعتين و ذلك لمدة سنة. المجموعة هنا متجانسة، و المدة قد تكون غير محدودة، ما يسمى المجموعة المفتوحة ببطء. في هذه الحالة، يختلف تكوين المجموعة وفق رحيل الأعضاء و الأماكن الموجودة.
- **التداعيات الحرة:** كل ما يقال مرحب به وفق مبدأ تعزيز حرية التعبير و التلقائية
- **السرية:** الاتفاق و التحالف العلاجي على ضرورة السرية
- **التحفظ:** في إقامة علاقات مع المجموعة خارج الاطار العلاجي.
- **تكافؤ المشاركة**: ضرورة المشاركة داخل المجموعة ***(L'assiduité العدل)***

يمكن أن يندرج في العلاج الجماعي التحليلي كلا من الاشخاص الذين يعانون من: الاضطرابات النفسية كالاكتئاب، اضطرابات القطبية، الاضطرابات السيكوسوماتية، ، التثبيطات المعرفية، صعوبات التصرف أمام المواقف الحياتية، الاضطرابات السلوكية(العدوانية، العدوان...)، الاضطرابات الانفعالية، الخواف، الإدمانات .

- يستثنى من العلاجات الجماعية ذوي اضطرابات عقلية حادة الا في حالة برمجة علاجات سيكاترية موازية للعلاج الجماعي .
- كما يمكن للعلاجات الجماعية أن تكون بموازاة مع العلاجات الفردية.

(SOUFFIR V. ET AUDE CARIA .2019, PP.1-7)

ب - العلاج التحليلي الأسري:

نعرض في هذا المقام أهم التوجهات الحديثة في العلاج الاسري التحليلي و المدعو "العلاج التحليلي الاسري الوظيفي(PAF) و الذي يهدف إلى مساعدة أفراد الأسرة ليبلغوا الأصالة في علاقاتهم، و أن يكونوا كأفراد أكثر حقيقية.

و أهم مبادئه:

- ✓ مبدأ التركيز على هنا و الآن ؛
- ✓ استثمار العلاقة العلاجية لفائدة اكتساب نماذج جديدة، فالأفكار و المشاعر المزعجة التي نستشعرها إتجاه المعالج هي ذاتها الصعوبات في العلاقات أعضاء الاسرة،

الانفتاح في التعبير عليها أمام المعالج في مناخ آمن و مطمئن يسمح للأسرة أن تكتسب سلوكيات جديدة و تفاعلا آخر.

- ✓ مبدأ الشجاعة، الوعي، و الحب: و التي تكتسب من خلال التغذية الراجعة أين يتكلم المعالج بقلب منفتح و ودود عن نفسه بطريقة متيقظة كمثال يشجع به عميله ليحذو حذوه.

https://www.blakepsychology.com/fr/approches/psychotherapie-analytique-fonctionnelle(2020)

2-3-العلاج الموجه للأطفال و المراهقين: الاستشارة التحليلية

التحليل النفسي للطفل عبر اللعب : الصغير هانس(حالة تابعها فرويد)، حلة دومينيك(جاك لاكان)، حالة ديك (تابعتها ميلاني كلاين) هي من أشهر الحالات في عيادة الأطفال التي غذت الحقل التحليلي العلاجي الموجه للطفل : اشتهرت كلا من **آنا فرويد** و **كلاين ميلاني**، ضمن حركة التحليل النفسي، و أكدت ميلاني والى جانبها آنا فرويد عن الارتباط بالألم والانفصال و التفرد في المرحلة الفمية، تخصصت انا فرويد في تحليل الاطفال الكبار ، بينما مارست ميلاني التحليل مع الاطفال الصغار.

في نفس الفترة نظر **وينيكوت د. و.**(D. W. Winnicott) (1971) لمحورية اللعب في العمل التحليلي للطفل، و إثر هذه الإسهامات طور **روسيون** ر. (R. Roussillon (1999)) مفاهيم تخص شراكة العمل التحليلي الموجه نحو الاطفال مثله مثل الموجه نحو الراشد و الذي يرتكز على ثلاثة أقطاب قاعدية: الموضوع، اللعب و الحلم.

(RODRIGUEZ R.. 2004.P.1849)

- **التحليل النفسي للمراهقين:** يرى المعالجون التحليليون أنه من الممكن أن يبدأ في فترة المراهقة و رغم تشابهه مع باقي التحاليل النفسية الا انه يحتفظ بخصوصيته من حيث:

أولا امكانية الامتثال للاطار العلاجي أهمها تسديد ثمن الجلسات النفسية و الاستقلالية بها.

ثانيا دينامية الصور الوالدية كصور هوامية نشطة قابلة للإسقاط على صورة المعالج الذي يفّعل اتجاه التحويل المضاد لديه بالخصوص و أن العلاقة التحليلية تقوم بدور الحقيقة في مخيلة المراهق؛

ثالثا المسار العلاجي التحليلي للمراهقة يرغم المعالج على القيام بتحليل ذاتي غالبا ما يكون مؤلما(...) فبعض التحليلات تحل محل مسار المراهقة الذي لم يستطع أن يحصل في فترة المراهقة (دولاروش ب.، 2013،ص.116) .

و يعتبر الاستشارة التحليلية من الادوار المهمة و الممكنة التي يقوم بها المعالج لفائدة المراهق و هذا ما ينقله لنا المعالج **دولاروش ب.** فقد يحصل بعض المراهقين على استشارات نفسية مرة أو مرتان دون أن يتطلب ذلك متابعة علاج تحليلي، لأنهم على علم بمهام المحلل او أهلهم محللين نفسيين أصلا. و يرى المعالج أن العلاقة العلاجية تكون بمثابة وساطة بين المراهق و العالم الذي يعيشه؛ كما يعزز العلاج لدى المراهقين علاجا قصيرا ليس لتقصير العلاج كهدف أساسي بل لأنه قد يسند مرحلة المراهقة كمرحلة أزمة و كمسار يتطلب المرافقة.(2013،ص.118-119)

2-4- العلاج بالبسيكودراما التحليلية:

تحقق الداما النفسية الفردية ما يدعوه فرويد بـــ" **البنـاء في التحليل**" *(فرويد،1985)* لوضع تشخيص لكن على خلاف التحليل الكلاسيكي فلا يبقى هذا البناء صامتا بل بناء واقعي في وظيفته المزدوجة الخيالية و الحقيقية و يظهر في خطاب العميل بواسطة زلّة اللسان او "الفعل الناقص" مثل الخروج من اللعبة: خطأ في الشخصية، أو نظرة تلقى على مدير اللعبة، و حتى المرور الى الفعل. تهدف الدراما النفسية الى احداث هذه التأثيرات. و لذلك لا حاجة في أن تكون المشاهد طويلة جدا فهي ترتبط فيما بينها بعد كل توقف بواسطة المدير و بمناقشة قصيرة صغيرة تسمح بتقدير نوعية إدراك الأمور. و يكون هذا الإدراك متغيرا جدا، و يقع بين الذهول(هذا بالضبط ما حدث [في الواقع]، و هذه طريقة لإنكار التفسير على يد التحليل النفسي) و بين الإنكار التام(قلت ذلك في اللعبة و في الدور الذي اخترته، لكن ذلك ليس ما أعتقده). في نهاية الجلسة الأولى، من الممكن أن تتوقف الدراما النفسية لتؤدي إلى علاج نفساني فردي أو الى دراما نفسية تحليلية منتظمة (دولار وش ب.،2013، ص.102-103).

و من أهمية البسيكودراما أنها لا تخص بنية نفسية عن غيرها كالبنية الذهانية او العصابية أو الشاذة، بل في كل بنية لما تقوم به من وضع للحدود عبر قوة" الدفاعات" في العبارة الكلامية. فتوسيع الاطار العلاجي بفضل بعد اللعبة و المنظور فيها يسمح بإدراج الاسقاط بفضل تمثيل الشخص الذي يركز فيه و البسيكودراما لا تدرج الإسقاط فقط بل و تستخدمه، و نفس الامر يسري على باقي الدفاعات النفسية : الكبت، الإنشطار، الإنعدام، و لنذكر مع **آنزيو**

ديدي *(Anzieu Didier)* في كتابه *" البسيكودراما التحليلية الفردية "* (ص.153) أنـه إذا كـان الدفاع قـوة مضـادة للعـلاج، فإنـه فـي الأصـل أنشـأه الأنـا مـن أجـل المقاومـة ضـد موقـف صـعب، خارجي(الصدمة)، أو داخلي(النزوات). و هو لا ستخدم الكبت(أ استحالة تذك التجربـة المؤلمـة) إلا في مرحلة ثانية. و الكبت هو الذي يولد حالات "المقاومة" في التحليل النفسي إلا ان الدفاعات التي تنفلت من الكبت، مثل الانشطار او الإنعدام، لا يمكن أن تحلل إلا إذا اكتشفت لها أو وجدت لها عبارة كلامية: هذا ما يمكن ان تحصل عليه الدراما النفسية، و لهذا فهي تتيح المرور الى العلاج النفسي و بالأخص في الحالات التالية:

- العصاب الهستيري؛
- العصاب الهجاسي؛
- العصاب الرهابي؛
- أمراض الشخصية (و حالات الشذوذ)؛
- خارج مشاكل البنية: مثل التبني، القهر الفعلي، و الصدمة الجنسية؛

(...) يحصل كل شيء كما لو كان ما قبل الوعي(ما قبل اللاشعور) مسرحا ، أي المكان ، لتمثيل الحياة النفسية الدائم، لكن قد يحدث أن يجتاح الانفعال هذا المسرح(في حال الكبت المكثف)، أو أن لا يكون هناك مسرحية تمثل(هذا القصور في العثور على الكلمات نصادفه في مرض الشخصية)، أو حتى ان تلغى نص المسرحية الرقابة التي تعمل عندها كانعدام(كما في الذهان) **(دولار وش ب.، 2013، ص.104-106).**

و تعتمد البسيكودراما التحليلية التي تأثرت جزئيا بأعمال **مورينو جاكوب** *(MORENO J.)* مؤسس العلاج بالبسيكودراما، على العناصر التالية في مسار العلاج:

- **مكان المدير العلاجي:** المعالج يحافظ على نوع من المسافة و موقفه حيادي. عند وصول المتعالج يطلب منه الدور الذي يرغب في لعبه. العميل هنا يقترح و يحكي مشهدا و الذي يحاول المعالج عبر اسئلته التوضيحية فهم الموقف حتى يضعه في فضاء و زمن مناسبين؛ ثم يوزع الأدوار على الانا المساعدين(3 أو 4)؛ تلعب المشهد تحت ملاحظة المعالج الذي يوقف اللعب ليفسر دينامية اللعب اللاشعورية أو يوضح موقفا معينا. و من جديد يطلب من العميل أن يلعب مشهدا آخر ، و تتكرر اللعبة إذ قد تصل الى 3 أو 4 مشاهد بنفس الدينامية، في 30 دقيقة.
- **التأويل:** التفسير هو نواة العلاج بالبسيكودراما التحليلية و ذلك من خلال تفسير المشاهد المختارة للعب و قد يتجاوز التفسير عدد المشاهد الممثلة في جلسة واحدة.

- **الشخصيات/ العميل:** يتموضع العميل أمام 3 الى 4 من الأنا المساعدين و المعالج و يعتبر العميل المسؤول الاول على اللعب الدرامي حتى أنه سيلاحظ كيف تلعب الشخصيات المساعدة مشهده و كيف تترجمه.
- **الأنا المساعد/ المساعد العلاج:** من المحظور على المعالج المساعد أن يلمسوا العميل أو العكس فهو اختراق للاطار التحليلي. (BECERRIL-MAILLEFERT C.,2013,P.147-156)

2-5-العلاج الموجه للشيوخ

تواجه الدراسات الطولية لفائدة العيادة النفسية التحليلية للمسنين صعوبة في تقييم نتائجها بصفة موضوعية، و صادقة و حساسة، لكنها رغم ذلك تبقى كمجال عيادي يحترم خصوصية الحياة النفسية للّأفراد المسنين.

الشيخوخة تصيب الفرد في العديد من أنماط الفقدان التي تمس بصفة أساسية وحدته الجسمية و النفسية؛ و من الملاحظ أن المسنين لا يتبعون علاجا تحليليا بمعنى الكلمة، لكن التوجه المستوحى من التحليل النفسي سمح بتقدير راهنية التوظيف النفسي للأفراد المسنين و التعرف على نوعية بناء الهوية لديهم الموسومة بالهشاشة في هذا الخط العمري و تصلب الدفاعات النفسية .

و عليه فإن العلاج التحليلي للمسنين يرتكز أساسا على **المرافقة** لتهوين الثقل الوجداني الذي تفرضه متطلبات التكيف أما هذه التغيرات النمائية: الاحتياجات الجسدية و إشكالية الوحدة الفيزيولوجية للجسد و الحدود، قلق التجزئة و الهلع فقدان التحكم في جسده؛ اشكالية التدهور لبناء ه الجسمي و العقلي؛ قلق الهجر الذي يعززه رحيل أقرباء و أصدقاء من نفس الجيل، و أيضا تصورات الفناء *(Anéantissement)* .

و أهم منافع العلاج التحليلي في عمر الشيخوخة أن المعالج يلعب دور الحاوي الطيب و الحاضر ، أين يمتص بوجوده الملموس و الإسنادي قلق الموت و العدائية المنحدرة منه كممثل للعالم الخارجي غير المفقود و الذي يسمح بخلق ديمومة الحضور كرمزية للحياة و الامتداد و الابتعاد المؤقت عن الانحصار في الأعراض. (JUDITH E., 2015.PP.747-754)

6-2-العلاج بالاسترخاء التحليلي

متنوعة هي التقنيات الاسترخاء العلاجي و تشترك في هدفها الذي يناشد بلوغ حالة من الارتخاء الجسدي و النفسي عبر النشاط العضلي أين يسمح بالدخول في وضعية استبصار.

الاهتمام بالجسد كأحد المعابر العلاجية لم يجد صداه الا في السنوات الستين تبعا لأعمال ***Freud*** ***– Groddek, Reich, Rank*** و آخرون، رغم أنه حبكة من الزمن هيمن عليها العلاج اللفظي.

تقنيات الاسترخاء تعتمد أساسا على العالم الحسي للجسد و ترتكز على التركيز، الايحاء، الفتور، و الارتخاء,

.ألهم عمل ***Esalen***، من الناحية الامريكية على الطرق النفسية – الجسدية في تخفيض الاضطرابات النفسية عبر مباعث الجسد، ***Johannes Heinrich Schultz*** في بدايات القرن العشرين، في تطوير جلسات من العلاج بالاسترخاء الذي يرتكز على : الشعور بالثقل، الشعور بالحرارة، تمارين الريتم نبضات القلب، الجهاز التنفسي، و الحيز البطني و الوجه.

و مثلت أعمال شولتز ج.ح. بوادر بدايات أعمال كلا من J. Ajurriaguerra, G. Alexander, Jacobson, Jarreau et Klotz et R.Vittoz تنحى كلها إلى الاسترخاء العضلي عبر العالم الحسي لاستبصار الذات.

تقنية الاسترخاء أدرجها **ميشال سابير** Sapir (في مستشفى Rothschild بباريس) ضمن العلاجات المستوحاة من التحليلية و حملت اسم" الاسترخاء التحليلي"، طورها حينها **شولتز**، و جاء بها من سويسرا في سنوات 1954t Félix Labhard .

يسمح العلاج بالاسترخاء التحليلي حسب مبادئ **سابير م.** بتوظيف التعبير الكلامي و اللمسي في سبيل الإصغاء للأحاسيس و إضفاء الكلمة عليها في رابط مع القصة الشخصية، كأحد منافذ اللاشعور. و تلعب العلاقة العلاجية دورا مهما في تسهيل ربط التعبير اللفظي عبر الجسد . و يعتبر سابير و فريقه الاسترخاء التحليلي جملة مختصرة للوحد النفسية الجسدية.

و يدرج هذا العلاج في حالات الامراض البسيكوسوماتية و التحضير للعمليات الجراحية؛ أين من الممكن ان يستثمر الجسد في اطار علاقي مختلف عن الشكاوي.

كما تتجسد فاعليته بقدر ما استطاع العميل التعبير على قلق فعلي.

Cohen Monique .2015-.http://www.psychologuepsychotherapeuteparis.fr/relaxation-inspiration-analytique.html

2-7-العلاج بوساطة التقنيات الاسقاطية:

تتجاوز التقنيات الاسقاطية وظيفة التشخيص، و تعد من اهم وسائل التواصل في العيادة النفسية، هذا تماما ما يؤكده كلا من-*Juan Manzano et Francisco Palacio Espaça* (1989) مبينين ضرورة الوساطة الاسقاطية في تعزيز العلاقة طفل-عيادي و تقدير امكانياته في البقاء وحيدا في حضور المختص. فالفضاء المعبري الذي تسمح به التقنيات الاسقاطية كوسيط في العيادة النفسية للأطفال المصنفة بالحديثة، تعتبر في قلب الفضاء العلاجي لدى الأطفال العصابين.

كما تعتبر أيضا فضاء علاجيا للأطفال الذهانين، أعمال Hélène Suarez Labat (2015)المكرسة للمقاربة التحليلية و الاسقاطية للأطفال المصابين بطيف التوحد تؤكد هذا المفاد و تشير أيضا الى أن قواعد العلاج الكلاسيكي المرتكز على(التحفظ، التداعي الحر، انتظار الطلب) لا يمكن أن تكون فعالة في هذه الحالة من الاضطراب اين يتسم الأطفال هنا بالحاجة الى مشاركة أكثر نشاطا من طرف المعالج.

مونيكا بوكولت من جهتها أدرجت التقنيات الاسقاطية الموضوعية ضمن اطار يسمح للطفل بالحرية و استشعار لذة اللعب بالتقنيات؛ و تنوه إلى ضرورة خلق وضعية مسندة باللعب الملموس في مضمون علائقي طفل-عيادي صعب البناء

(BOUALAGUA F.Z, PP. 145-146)

3- علاقة العلاج النفسي التحليلي بالتيارات العلاجية الأخرى

سنعرض في هذا العنصر فقط مكانة التحليل النفسي مقارنة بباقي المداخل العلاجية و هذا وفق دراسة تتبعية (سبع مرات بعد عام 1960) لباحثين من قسم علم النفس الاكلينيكي(القسم 12) من الجمعية النفسية الأمريكية لتقييم –بين أشياء أخرى- نوع توجه العلاج النفسي الذي يمارسه أعضاؤها. الاحدث بين هذه المسوحات ردودا من(549) اختصاصي و يتضمن مراجعة مقارنة للمسوحات الست السابقة أيضا (*Norcross & Karpiak,2012) و الملخصة في الجدول التالي:*

الممثل للنسبة المئوية من الاختصاصيين الإكلينيكيين الذين يعتنقون التوجهات النظرية الرئيسية منذ 1960.

التوجه	1960	1979	1981	1986	1995	2003	2010
الإنتقائي/ التكاملي	36	55	29	29	27	29	22
المعرفي	-	2	6	13	24	28	31
التحليلي	35	16	30	21	18	15	18
السلوكي	8	10	14	16	13	10	15
الانساني/ الوجودي/ الجشطلت	6	7	7	12	4	2	

المصدر: *Adapted from Norcross, Karpiak, et Santoro(2005)*

رغم انحدار اعتناق المدخل التحليلي في السنوات الأخيرة الا انه يبقى و يظل العلاج التحليلي ثاني أوسع التوجهات اعتناقا من بين مداخل المدرسة الواحدة(بوميرانتز أم.،2018، ص344).

كخاتمـــــة:

ذكر فرويد س. مؤسس التحليل النفسي أنه مكتشف أكثر منه طبيب و عالم و أن مشواره الطويل في خط أهم المفاهيم التحليلية يتطلب اكثر التحدي بحكم أنها مفاهيم رغم مظاهرها العيادية الا أنها لا تستند على الموقعة الفيزيولوجية و منطقية التشريح في تفسيراته للمعطيات اللاشعورية التي تشكل الاعراض و الاضطرابات العصابية, و استند أولا على التداعي الحر و تفسير المقاومة و الأخطاء الكلامية و السلوكية و تفسير الاحلام و ديناميكية التحويل. و سعيا منه للموضوعية في ادراج طريقة التحليل النفسي ضمن العلاج النفسي فقد أسهم بصرامة و جدية في وضع اطار يسير العلاقة العلاجية المحفوفة بالمخاطر بسبب تشويهات اللاشعور و مرضية الاسقاطات التحويلية.

و عرفت الحركة التحليلية في حياة فرويد و بع وفاته جدلا كبيرا و انتقادات وظفها المؤمنون بالتيار الفرويدي او مكتشفات التحليل النفسي باختلافهم مع فرويد منافذ تحليلية جديدة تشهد يوما بعد يوم تطويرا للجهاز التفكيري الذي يحكم الممارسة العلاجية و جاءت العلاجات المستوحاة من التحليلية في ضوء اطار أكثر مرونة من أصيلتها الكلاسيكية و تنوعت التقنيات لإسناد الحالات التي تحتاج الى المساعدة للتكيف أحسن مع ذاتها و مع محيطها.