

فَنُّ العِلاجِ النَّفسيِّ

أنطوني ستور

ترجمة
د. لطفي فطيم

عنوان الكتاب: فنُّ العلاج النَّفسيّ
The Art of Psychotherapy

المؤلف: أنطوني ستور Anthony Storr

ترجمة: د. لطفي فطيم

مراجعة لغوية: محمود شرف

إخراج داخلي: رشا عبدالله

المحررة

قطعة رقم 7399 ش 28 من ش 9 - المتطم - القاهرة

ت، ف-: 002 02 28432157



mahrousaeg



almahrosacenter



almahrosacenter



www.mahrousaeg.com



info@mahrousaeg.com



mahrosacenter@gmail.com

رئيس مجلس الإدارة: فريد زهران

مدير النشر: عبدالله صقر

رقم الإيداع: ٢٠٢٢ / ٢٣٠٨٥

الترقيم الدولي: 978-977-313-934-6

جميع حقوق الطبع والنشر باللغة العربية

محفوظة لمركز المحروسة

2022

CRC Press

Taylor & Francis Group

6000 Broken Sound Parkway NW, Suite 300 Boca Raton, FL 334872742-

© 2012 by Taylor & Francis Group, LLC

CRC Press is an Imprint of Taylor & Francis Group, an Informa business

All Rights Reserved

Authorised translation from the English language edition published by CRC Press, a member of the Taylor & Francis Group

https://t.me/mkibarak

فَنُّ العِلاجِ النَّفْسِيِّ

أنطوني ستور

ترجمة
د. لطفي فطيم

الطبعة الأولى 2022

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

ندوة عالم التوثيق في النشر عالم القنات الأخرى مجرماً
وجميع الحصرات سنكون على

هذه القناة في الوتت الحالي
تلقرام
<https://t.me/MktbtArab>



الذات الأثرية والأثرية

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر إعداد إدارة الشؤون الفنية

ستور، أنطوني، 2001-1920

فنّ العلاج النفسي / أنطوني ستور؛ ترجمة: لطفي فطيم، ط1
القاهرة: مركز المحروسة للنشر والخدمات الصحفية والمعلومات، 2022

207 ص؛ 24×17 سم

تدمك 6-934-313-977-978

1 - العلاج النفسي

أ- فطيم- لطفي (مترجم)

ب- العنوان

157.94

رقم الإيداع 2022/23085

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/MKTBTARAB)

المحتويات

7	مقدمة
11	الفصل الأول: المكان
17	الفصل الثاني: المقابلة الأولى
27	الفصل الثالث: إقامة العلاقة بالمريض
35	الفصل الرابع: إحراز التقدم
43	الفصل الخامس: التفسير
57	الفصل السادس: الأحلام وأحلام اليقظة الرسوم والكتابات
71	الفصل السابع: الموضوعية والمعرفة الحميمة
85	الفصل الثامن: الطرح
97	الفصل التاسع: الشخصية الهستيرية
109	الفصل العاشر: الشخصية الاكتئابية
129	الفصل الحادي عشر: الشخصية الحوازية أو الوسواسية
141	الفصل الثاني عشر: الشخصية شبه الفصامية
159	الفصل الثالث عشر: الشفاء وإنهاء العلاج والنتائج
181	الفصل الرابع عشر: شخصية المعالج النفسي
205	نبذة عن المؤلف
207	نبذة عن المترجم

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

مَقْدِمَةٌ

يهدف هذا الكتاب إلى تقديم دراسة تمهيدية لممارسة العلاج النفسي، ويتوجّه في المقام الأول إلى الأطباء، وغيرهم، ممّن يستعدّون لدورة تدريبية للتخصّص في الطب النفسي، إلا أنه ليس دليلًا إرشاديًا لاجتياز الامتحانات، قد يجد فيه القراء بعض الفائدة للإجابة على أسئلة العلاج النفسي في امتحانات شهادة زمالة الكلية الملكية للأطباء النفسيين، والغرض منه على أي حال أن يكون ذا فائدة تطبيقية. فالطبيب قليل الخبرة الذي يحسُّ غالبًا بالارتباك أمام المريض النفسي المحوّل إليه للعلاج النفسي لأول مرة قد يتساءل: تُرى، ماذا أفعل؟... هذا الكتاب يهدف إلى إجابة على هذا السؤال.

والعلاج النفسي كما أفهمه هو فنُّ تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية، ونوع العلاج النفسي الذي سأتناوله هو بالتالي تحليلي وفردّي، أي يشارك فيه فردان فقط: المريض والمعالج النفسي، أمّا هؤلاء الذين يريدون معلومات عن العلاج النفسي الجمعي، أو العلاج الأسري أو العلاج الزوجي، أو السيكو دراما، أو العلاج الجشطلتي، أو أي شكل آخر من أساليب العلاج النفسي التي لا تُعدُّ ولا تُحصَى - فعليهم أن يبحثوا في مكان آخر.

ويستند العلاج النفسي التحليلي والفردي إلى منهج فرويد الذي يمكن أن نسمّيه أبا العلاج النفسي الحديث. ومنذ بدأ فرويد عمله تطوّر العلاج النفسي في اتجاهات مختلفة؛ ممّا ترتّب عليه وجود عدد من المدارس ينتمي إليها الاختصاصيون في العلاج النفسي، وأنا نفسي كان تدريبي الأصلي في مدرسة يونج، الذي لازلْتُ أدين لأفكاره بفضل كبير، ممّا سيُتّضح فيما يلي من هذا الكتاب، وكذلك في كتابي المختصر عن "يونغ"، وكذلك تعلّمتُ الكثير في فترة تحليلي الشخصي على يد أحد المُحلّلين الفرويديّين، وتأثّرتُ بكتابات فيريرين و"وينيكوت"، وماريون هيلز وتشارلز ويكروفت ولاينج وتوماس زاز، كما أدين بفضلٍ عظيمٍ لتدريبي العام في مجال الطب النفسي، وكذلك إلى قراءاتي في المجالات الأخرى.

وفي اعتقادي أننا سنشهد قريبًا تلاشي مدارس التحليل بوصفها كياناتٍ مُستقلّةً، ولكن التحليل الفردي سيستمرُّ كجزء هام من تدريب هؤلاء الذين يرغبون في التخصص في العلاج النفسي، وسوف تختفي لافتات "يونغ"، و"كلاين"، و"فرويد" تدريجيًا كلّما كشفت البحوث عن العوامل العامة التي تقود إلى نتيجة ناجحة في العلاج النفسي، والتي ستكون في رأيي مُستقلّةً إلى حدٍ كبير عن المدرسة التي ينتمي إليها المعالج.

فالعلاج النفسي هو مسألة شخصية فردية لكلّ من المريض والمعالج النفسي، وأي كتاب يحاول أن ينقل شيئًا ممّا يحدث بالفعل أثناء العلاج النفسي غير التسجيل ومناقشة مختلف المناهج فسيخضع لمزاج المؤلّف، وربما بدأ كتابًا تعليميًا متحذلقًا.

وأنا على وعي تام بأن طريقتي الخاصة في ممارسة العلاج النفسي ليست هي الطريقة الوحيدة، فلا يوجد معالجٌ أو نظام أو نظرية بيدها مفتاح فهم البشرية، ولكنني أعتقد أنه من الممكن إبراز بعض المبادئ العامة في ممارسة العلاج النفسي، والتي تتفق عليها الغالبية العظمى من المعالجين النفسيين مهما اختلفوا حول النظرية، وهذا ما حاولتُ أن أفعله في هذا الكتاب. وقد يثير التعريف الذي سبق أن أوردته للعلاج النفسي دهشة أولئك الذين يعتقدون أن العلاج النفسي هو وسيلة لشفاء الأعراض العصبية أساسًا، وقد كان هذا هو الهدف الأول لفرويد بالتأكيد عندما بدأ في أواخر القرن التاسع عشر مُعالجة العُصابيّين

في قيينا. لقد كان هدفه الأول بالتأكيد هو إزالة الأعراض العصابية، وبالرغم من أن مرضاه كانوا يعانون من أمراض عضوية إلا أنهم كانوا يشبهون مرضى الجسم بدرجة تسمح بأن نطلق عليهم لقب "مرضى"، أما اليوم فإن المعالج النفسي يستتيره أشخاص يشكون من أعراض غير مُحَدَّدة وليسوا مرضى بالمفهوم الطبي، حيث أنهم يعانون مما يُسميه زاز "مشاكل الحياة"، وما يبحثون عنه هو معرفة أنفسهم، وتقبُّل ذواتهم، وطرق أفضل لتنظيم حياتهم؛ ولذلك فإن العلاج النفسي اليوم أكثر اهتمامًا بفهم الأشخاص بشكل عام وتغيير اتجاهاتهم بدلًا من إزالة الأعراض مباشرة. وسنشير إلى هذا التحوُّل في الفصل الأخير الموسوم "الشفاء وإنهاء العلاج والنتائج".

وحتى عهد قريب كان العلاج النفسي في أيدي أصحاب العيادات الخاصة بشكل كبير، كما كان في متناول أولئك القادرين على الدفع للبحث المطوَّل في مشاكلهم الشخصية، أما الأطباء النفسيون العاملون في خدمة الدولة فكانوا مُتَّهَمين أساسًا بعلاج مرضى العقل الذُهانيِّين والعناية بهم؛ ولهذا مالوا للطُّرُق الفيزيقيَّة للعلاج أكثر من ميلهم إلى العلاج النفسي، ومنذ تزايد انتقال الطب النفسي من إطار مستشفى الأمراض العقلية إلى العيادات الخارجية والمستشفى العام؛ أصبح الأطباء النفسيون الذين يعملون ضمن الخدمة الصحية أكثر اهتمامًا بعلاج العُصاب، كما أن الكلية الملكية للأطباء النفسيين قد أقرَّت بأن يُطلَب من الأطباء النفسيين تحت التدريب اكتساب خبرة ودراسة في العلاج النفسي حتى ولم يُقرُّوا أن يصبحوا متخصصين في هذا الحقل من الطب النفسي.

والحق أن الكثيرين من أولئك الذين أصبحوا أطباء نفسيين لديهم المزاج الملائم لممارسة العلاج النفسي كمهنة دائمة، ولكنني لا أعتقد -ولأسباب سأوضحها فيما بعد- أن أحدًا منَّا سيتمكَّن من ممارسة العلاج النفسي طيلة اليوم -وفي كل يوم- بدون أن يلجأ إلى التدريس أو البحث والكتابة أو بعض البدائل الأخرى، لينفق فيها بعض ساعات يومه، وحتى أولئك الأطباء النَّفسيِّين الذين لا يميلون إلى ممارسة العلاج النفسي يجب أن يحصلوا على بعض الخبرة فيه، وقد يكتشفون -ولدهشتهم- أنهم أكثر نجاحًا كمعالجين نفسيين مما كانوا يتخيَّلون. في هذا الكتاب، لن أشير إلى التحليل الذي يتطلب خمس جلسات في الأسبوع، فحتى الفرويديين الأرثوذكس نادرًا ما يقبضون مرضاهم بهذه الكثرة، وفي ظل ظروف

العمل في المستشفيات الحكومية، يكون مثل هذا العلاج المرکز مستحيلًا عمليًا، ولكن كثيرًا من العلاج الذي له قيمة عملية يمكن أن يُمارَس على أساس مرّة أو مرتين في الأسبوع، وهذا هو النوع من العلاج النفسي الذي سأتناوله في الجزء الأكبر من هذا الكتاب. ورغم أن هناك بعض المرضى الذين يحتاجون أحيانًا لجلسات أكثر، فإن كثيرًا من العُصابيين يمكن أن يستفيدوا بشكل ملحوظ من متابعة حالتهم مرّة أو مرتين أسبوعيًا فقط، وبالأخص إذا ما شُجِّعوا - كما سأشير لاحقًا - على استكشاف عِلَلِهِم النفسية في الفترات ما بين الجلسات، عن طريق الكتابة أو الرسم، أو بتسجيل أحاديث، أو بالتعبير بأي وسيلة تبدو مناسبة. وفي الحقيقة ليس هناك ما يدلُّ - في حدود معرفتي - على أن النتائج التي نجندها من التحليل خلال خمس جلسات في الأسبوع أفضل ممَّا نجنده من علاج أقلَّ كثافةً، كما أن هناك ما يمكن أن يُقال ضدَّ الجلسات الكثيرة باعتبار أنها تشجِّع الاعتماد الزائد على المعالج، وعلى الموقف العلاجي.

الفصل الأول

المكان

في ممارسة العلاج النفسي توجد الكثير من التفضيلات التي قد تبدو لا لزوم لها، ولكنها في حقيقة الأمر هامة.

فالغرفة التي يقابل فيها المعالجُ مرضاه، وطريقة ترتيبها هي عوامل يجب وضعها في الاعتبار؛ ففي العيادة الخاصة تكون للمعالج الحرية في ترتيب وتأثيث غرفة العلاج بالطريقة التي يُفضّلها، أمّا صغار الأطباء في المستشفيات الحكومية فسيكونون من المحظوظين إن كان لديهم أي خيار سواء في اختيار موقع الغرفة التي يقابلون فيها المرضى، أو في تأثيثها ومظهرها.

ورغم ذلك فسأصف كيف يجب أن تكون الغرفة التي يزاول فيها المرءُ العلاج النفسي، من وجهة نظري، كما سأحُثُّ كلَّ الذين يشتغلون بالعلاج النفسي، سواء في المستشفيات أو في العيادات الخارجية، على أن يُلحُوا على المسؤولين بضرورة توفير هذه المتطلّبات الأساسية، وأن يُبدوا عَدَمَ رضاهم إن لم تتوفّر. في هذه الأيام من الأسر أن تحصل على التمويل للمُعَدَّات الكهربائية الباهظة الثمن، وأجهزة الفيديو تيب والكمبيوتر وما شابه، على حين ستجد من الصعب توفير العَدَد الملائم من عُرف المستشفيات النفسية وتأثيثها بطريقة مناسبة ومريحة للقيام

العلاج النفسي، وفي اعتقادي أن الغرفة النموذجية لممارسة العلاج النفسي يجب أن تُؤثت كالآتي:

أولاً: يجب توفير كرسي مريح يستلقي عليه المريض، ومع أن كثيراً من المرضى يكونون في البداية متوترين غير قادرين على استخدامه بطريقة مناسبة، إلا أنه مع التّقدّم في العلاج يأمل المرء أن يصبحوا أكثر فُدرَةً على ذلك. إن جلوس المريض على حافة كرسيّ صلبٍ من النوع الذي تُزوّد به العيادات الخارجية لا يساعده على أن ييوح بمكنون نفسه، بل يمكن أن يضعه في مقارنة لا مُبرّر لها مع المعالج الذي يجلس بالتأكيد في مقعد أكثر راحة.

ثانياً: يجب أن يكون هناك سرير أو تخت يستطيع المريض الاستلقاء عليه، ويجب ألا يكون هذا السرير من نوع أسيّرة الكشف التي يستخدمها الأطباء، بل يجب أن يكون أكثر راحة من ذلك بكثير، فعندما كنتُ أزاوّل العمل في عيادتي الخاصة استخدمتُ سريرًا على هيئة ديوان، وأدّى الغرض بصورة مُرضية، فقد كان إذا ما طُوي بشكلٍ مناسب لا يشبه السرير الذي قد يعترض عليه بعض المرضى، وقد يُرحّب به البعض الآخر بحماسة في غير موضعها. ويجب أن يُزوّد السرير في نهايته -أي في موضع الأقدام- بقطعة إضافية من نفس القماش الذي يُغطّى به، والتي يمكن نزعها بسهولة للتنظيف، وهذا يمكّن المريض من الاسترخاء دون أن يخلع حذاءه.

وفي الطرف الثاني من السرير (موضع الرأس) يجب توفير عددٍ من الوسائد بأغطية مناسبة يمكن للمريض أن يرتبها بالطريقة المريحة له، كما يجب أن يوضع السرير بحيث يستطيع المعالج الجلوس قريبًا من موضع رأس المريض، وخارج مجال رؤيته؛ حتى لا يلجأ إلى إعادة ترتيب الأثاث في كل مرة يستخدم فيها السرير. وجديرٌ بالذكر أن كثيراً من المعالجين النفسيين لا يلتزمون باستخدام الأريكة المعروفة في ممارسة التحليل النفسي؛ لأسبابٍ سأشرحها فيما بعد، ولكنني وجدتها مفيدةً لبعض المرضى، غير أنني أفضل أن توجد كبديل جاهز يستطيع المريض أن يستخدمه إذا وجد أنه من الأسر له أن يسترخي عندما يستلقي، أو قد يُسر له الحديث إذا لم يَكن مُواجهًا للمعالج.

وفي معظم غرف الكشف الطبي، سيُزوّد الطبيب بمكتب وكرسي مُريح بدرجة أو بأخرى، يجلس عليه خلف ذلك المكتب، وعيب هذا الترتيب أنه يضع الطبيب مباشرة في وضع مُميّز بالنسبة للمريض، لكنه يمكّن الطبيب من تدوين الملاحظات يُسر إذا ما رغب في ذلك، ولكن عندما تتاح الفرصة للمعالج أن يعرف المريض معرفةً جيّدة خلال فترة زمنية طويلة، فإن كتابة الملاحظات تصبح أمرًا غير ضروري، ويميل غالبية الأطباء إلى القيام بذلك في البداية، إلا أنهم يجب أن يُحجموا عنه إذا ما اعترض المريض عليه.

ويجب ألا تكون كتابة الملاحظات عَقَبَةً تعترض سَبِيلَ حديث المريض. ومن الأمور المهمة في حالة جلوس الطبيب خلف مكتبه أن يكون ترتيب الأثاث بحيث لا يجلس المريض في مواجهته مباشرةً، وحتى لا يكون المكتب بمثابة حاجز يصعب اجتيازه، وهو ما يفعله ملوك الصناعة الذين يستخدمون مكاتبهم الفخمة الضخمة لإدخال الرعب في قلوب مَنْ هم أقلُّ منهم؛ وهذا ما يفسّر إصرارهم على التوسّع غير الضروري في المكاتب الفاخرة لتتسع الهوة بينهم وبين "مَنْ هم أدنى". وبشكل عام، يمكن ترتيب الأثاث بحيث إذا استُخدم المكتب فإن كرسي المريض يوضع إلى أحد الجانبين؛ حتى يُقلل من الشعور بوجود عازل، أمّا اختيار الجانب فيعتمد على إذا ما كان المعالج يكتب بيده اليمنى أو اليسرى. وبالنسبة لي فأنا أكتب بيدي اليمنى، وأجلس المريض على يساري، هذا الوضع يمكنني من تدوين الملاحظات إذا ما أردتُ أن أفعل ذلك، بينما أكون في مواجهة المريض، وقادرًا على التحدّث إليه مباشرة، دون الحاجة إلى الالتفات أو النظر إلى أسفل. والمعالج الذي يكتب بيده اليسرى قد يجد العكس مُناسِبًا له. ومن المفيد أن يكون لديك مقعدٌ أو مقعدان إضافيّان إذا ما رأيت أنه من الضروري مقابلة المريض وأقربائه معًا.

وفي العلاج النفسي الفردي -وهو نوع العلاج الذي أوليه اهتمامي- ستكون مثل هذه المقابلة قاصِرةً على اللقاء الأول مع المريض، ولكن هناك استثناءات، ومن الحكمة أن تُعدَّ مقعدًا أو مقعدين لشخصٍ أو لشخصين عند الحاجة.

وفي المستشفى من المحتمل ألا تكون للمعالج -خاصةً إذا كان مبتدئًا- حرية اختيار الكيفية التي تُؤنث بها الغرفة أو يُرتب بها الأثاث، وغالبًا ما تكون

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

غرف المستشفيات كثيفة تعكس التصوّر الرسمي لـ "دولة الرفاهية"، ولا أعتقد أن التكاليف ستزيد إذا ما زُيّنَت الغرفة بطريقة تعطي انطباعاً بالدفع والود. أمّا حينما يكون المعالج في وضع يُمكنه من ممارسة الاختيار الشخصي فقد يُحبذ تعليق بعض اللوحات على الحائط، أو مملأ الرفوف - إن وُجِدَت - بكتبه، وهذا أمرٌ منطقيٌّ تمامًا، لكنني أعتقد أنه من المهم - لأسبابٍ ستُبينُ آجلاً - ألا تحتوي الغرفة على ما يُعبّرُ بقوة عن ذوق المعالج، أو يكشف بوضوح عن حياته الشخصية. فإذا افترضنا - على سبيل المثال - أن المعالج كاثوليكيٌّ ورع، فتكون رفوف كتبه مملوءةً بالمولفات الدينية، وعلى الحائط صليبٌ، ولكنه بذلك قد يُنقِرُ المريض الذي لا يعتقد في شيء أو يعتنق المذهب البروتستانتي، وقد يؤدي ذلك ببعض المرضى إلى أن يتحفّظوا في حديثهم؛ خوفاً من الإساءة إلى المعتقدات الدينية للمعالج. ويلاحظ أن كثيراً من الموظفين يميلون إلى إحضار أشياء تذكارية من المنزل إلى مكاتبهم، كأن يُعلّقوا صور زوجاتهم وأطفالهم، وأعتقد أن هذا الأمر لا يُناسب المعالج النفسي؛ إذ إنه عندما يندمج المرضى في عملية العلاج النفسي فإنهم سيجدون في أنفسهم أحاسيس قوية بالحب وبالكراهية والحسد والغيرة وما أشبه، تجاه المعالج، ووجود المتعلقات التذكارية لحياة المعالج الخاصة الخارجية من نوع تلك الصور العائلية يكفُ التعبير عن تلك الانفعالات، فضلاً عن ذلك فإن المريض ستكون لديه بالتأكيد خيالات (فانتازيا) عن حياة المعالج الشخصية، وقد يكون محتوى هذه الخيالات هاماً لفهم المريض. فعلى سبيل المثال، قد يُعبّرُ المريض عن خيالاتٍ تفيد أن المعالج مُستجنس⁽¹⁾، ولا شك أن استقصاء مثل هذه الخيالات قد يؤدي إلى الكشف عن الاهتمامات الجنسية المثلية للمريض، ولكن وجود صورة زوجة المعالج وأطفاله من المُتوقّع أن تعمل كإعلانٍ واضح عن الجنسية الغريبة للمعالج؛ وبالتالي تمنع ظهور مثل تلك الخيالات، أو تثير الحسد. أمّا المرضى من الإناث فقد يقارنن أنفسهنّ بشكل أو بآخر بالمرأة في الصورة، وبينما قد يكون هذا جزءاً ذا قيمة في الكشف عن نفسيّة المريضة، إلا أنه قد يثير الامتناع لدى المعالج، الأمر الذي قد لا يحدث إذا كانت فكرة المريضة عن زوجته أو أطفاله قائمة على الافتراض...

(1) أي بفضل العلاقة الجنسية مع (نفس جنسه) (الترجم)

ومن المهم أيضًا - ما أمكن - أن تكون الغرفة هادئة؛ فالضوضاء الخارجية ليست مزعجة في حد ذاتها فحسب، بل تؤدي أيضًا إلى نشوء قلق لدى المريض؛ لأنه إذا كانت الضوضاء في الخارج يمكن أن تُسمع في الداخل فالمُتَوَقَّع أن تُسمع الأصوات التي في الداخل بالخارج، ولا يوجد شيء أكثر إعاقة للانطلاق في الحديث الصريح من الاعتقاد بأن الآخرين قد يسمعون. وتحتوي معظم غرف المستشفيات تليفونات، ومن المهم خلال جلسات العلاج ألا يلتقى المعالجُ محادثات تليفونية أو يقوم بها. وهذه في العادة أمور لا يمكن ترتيبها، إلا عندما يُستدعى الطبيب لحالة طارئة داخل المستشفى.

ومن وجهة نظري لا يجب أن يقوم الطبيب بممارسة العلاج النفسي في الأيام التي يكون فيها مُنَاوِبًا للطوارئ، أو عليه أن يتأكد من أن زميلًا له يقوم بعمله في أوقات مُزَاوِلَتِهِ للعلاج النفسي، أمّا إذا كان قد زُوِّد بجهاز استدعاء للطوارئ فيمكنه أن يُعِده أو يغلقه أثناء جلسات العلاج، ويوضّح للعاملين على "التحويلة" أنه سيكون مشغولًا أثناء هذه الفترة المعينة، وغالبًا لا يكون من الصعب إقناع العاملين على تحويلة الهاتف أو السكرتيرات بأن المرء لا يجب أن يُزعج أثناء جلسات العلاج النفسي، ومن النادر أن تكون المكالمات مستعجلة بحيث لا تحتمل التأجيل لمدة خمسين دقيقة أو لا يمكن تحويلها لشخص آخر. عندما كنتُ أمارس العمل في لندن كنتُ أصرُّ على ألا يزعجني أحدٌ أثناء ممارسة العلاج النفسي، وحدث أن تلقّيتُ سكرتيري مكالمة من طبيب في استراليا فطلّبت منه أن يعيد الاتصال في وقت آخر، ولقد هنأته على حزمها. ومن المهم ترتيب أوقات جلسات العلاج النفسي بحيث تكون هناك فترة فراغ حوالي عشرة دقائق أو أكثر بين كل مريضين؛ وبهذا يمكن القيام بالمكالمات الهاتفية أو الأمور الأخرى التي قد تنشأ أثناء الجلسة النفسية مع المريض الأخير، كل هذه الأمور يمكن ترتيبها بكثيرٍ من اليسر في العمل الخاص بشكل أفضل من المستشفى. وفي رأبي أنه سواء دفع المريض أتعاب العلاج مباشرةً أو عن طريق ما يدفَع من ضرائب للخدمات الصحية فيجب أن يشعر أن الوقت الذي يقضيه مع المعالج من حقّه، ولا يجب أن يُنتَقَص جزء منه في مثل تلك الأمور.

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

الفصل الثاني

المقابلة الأولى

كيف يبدأ المرء ممارسة العلاج النفسي...؟ قبل أن يصبح المعالجُ النفسيُّ مُتمرسًا فرمًا يتوجَّس خيفةً من الالتقاء بمريضٍ جديدٍ حوَّل إليه للعلاج. فهل سيكون بمقدوره أن يساعد في شيء...؟ وهل سيكون بمقدوره أن يفهم ما يتحدث المريض عنه...؟ وهل سيفطن المريض إلى عدم خبرته! وما الفكرة التي سيكونها المريض عنه...؟ هذه المخاوف وأشباهاها لها في الحقيقة ما يُبرِّرها إلى حدٍّ ما، من المتوقع أن يواجه المعالجُ نوعياتٍ مختلفة من الناس، ابتداءً من جرسونات المطاعم إلى أساتذة الجامعة، ولكُلِّ منهم أسلوب في الحياة وطريقة في التعبير، ليس من الضروري أن يكون على دراية بها. وكثير من المرضى الذين سيقابلهم سيكبرونه سنًا، والبعض سيكونون أكثرَ ذكاءً، وكل هذه الأمور في الغالب أقلُّ أهميَّةً ممَّا يفترضه المعالجُ عديم الخبرة. إن الاهتمام الأصيل بالمريض كإنسان سيُمكنُ المعالج من الثَّغْلُب على تلك الصعوبات المبدئية الناشئة عن عدم الألفة بخلفيَّة المريض الاجتماعية، ويحدث أحيانًا أن ينتمي المريض إلى ثقافةٍ مختلفة تمامًا عن ثقافة المعالج بحيث تكون المُسلِّمات الاجتماعية الأساسية لهما متباينةً لدرجة يصبح التواصل فيها مستحيلًا، إلَّا أن هذا يندُرُ حدوثه. وستتناول هذه المسائل في موضع

آخر. ودعونا نفترض مؤقتًا أن مريضًا حوّل إلى المعالج النفسي، وأنه لا توجد أي صعوبة واضحة في التواصل بينهما، فكيف يبدأ المقابلة الأولى مع هذا المريض؟ في الولايات المتحدة الأمريكية، وبعض الدول الأخرى، حيث يسعى الناس لطلب العون لحلّ مشاكلهم الشخصية- غالبًا ما يعرضون أنفسهم مباشرة على المعالج النفسي، وفي المملكة المتحدة، وبالأخص في نطاق الخدمات الصحية القومية، فإنه من المتوقّع أن يعرض المريض نفسه على طبيب الأسرة، الذي يحيله بدوره إلى المعالج النفسي إذا رآه في حاجة إلى ذلك. هذا يعني أن المعالج سيجد أمامه رسالةً خاصّةً بالمريض، والملاحظات التي قد يُدوّنّها الاستشاري، كما ستكون أمامه أيضًا رسالة الإحالة من الطبيب الممارس العمومي للمريض، وقد تكون هناك فضلًا عن ذلك ملاحظات من مقابلة الأخصائي الاجتماعي، وتقارير عن الاختبارات التي طبّقها الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

وعلى المُعالِج أن يحيط بهذه المادة قبل موعد المقابلة الأولى مع المريض، فإن لم يفعل فسيجد أن عليه إمّا أن يقرأ تلك الملاحظات أثناء المقابلة الأولى، بدلًا من استخدام هذه الفترة الحيوية في التّعرّف إلى المريض، أو يجعل المريض ينتظر دون مُبرّرٍ، وكلاهما أمرٌ غير مرغوب فيه؛ ففي الحياة الاجتماعية العادية لا يليق أن ينصرف المرء عن شخصٍ تعرّف عليه للتوّ إلى قراءة كتاب أو جريدة، وعندما يَصِلُ ضيفٌ ما فإن المعتاد أن نحيّيه ونحتفي به في الحال، فلماذا نعامل المريض بطريقة مختلفة؟. والحق أنه يجب على المعالج أن يكون حريصًا على المجاملة عند التعامل مع المريض أكثر ممّا يفعل عادة مع أصدقائه في الحياة الاجتماعية؛ فكثير من المرضى يخافون الأطباء، وبالأخص: النفسيين؛ فالثقة بالأغرب أمرٌ ليس سهلاً، والمريض الذي جلس في حالة توجُّس وقلق في غرفة الانتظار لفترة أطول ممّا ينبغي من غير المحتمل أن يكون على سجيّته عندما يقابله الطبيب أخيرًا. ومن المهم أن نتذكّر أن معظم المرضى قد قابلوا طبيبَيْن على الأقل قبل أن يُحوّلوا إلى المعالج النفسي، وربما قابلوا أيضًا الأخصائي الاجتماعي، والأخصائي النفسي، وقد يشعرون بالامتعاض عند تحويلهم إلى مُمارِسٍ آخر.

وهذا أمر مفهوم تمامًا، إلّا أنه لما كان زماننا هو زمن التخصّص فلا مناص من ذلك. لكن كثيرًا من المرضى ليسوا على دراية بالكيفية التي يسير بها

<https://t.me/mktbtarab>

هذا النظام، ويحسّون أنهم يُدفعون دفعًا من مكان لآخر بطريقة تعسّفية. وعندما يُدعى المريض إلى دخول غرفة المعالج أو يُحضّره هو بنفسه من غرفة الانتظار فمن اللطف أن تُحييه باسمه: "أهلاً يا مستر روبنسون... أنا الدكتور فلان..."، وهذه الطريقة توحى له بأن المعالج يعرف اسمه بالفعل، وتدلُّ أيضًا أنه يعامله كإنسان، وليس مجرد حالة، وفي كثير من الحالات، وبالأخص إذا كان المريض قَلِقًا ومتوجّسًا، فمن الأفضل أن تضيف: "لقد طلب مني دكتور 'س' (وهو اسم الاستشاري الذي قابَلته المريض من قبل) أن أراك بانتظام لفترة؛ لكي نرى إذا كان بمقدورنا سويًا أن نُجلب بعض مشاكلك". والقصد من هذه الملاحظة -أولًا- توضيح أن المعالج أدرك أن المريض لم يعرف السبب في إحالته إلى طبيب آخر، ثانيًا: لينقل إلى المريض -ومنذ البداية- أن العلاج النفسي عملية مشاركة، وليس سلسلة من المقالات يتلقّى فيها المريض التوجيهات أو النصيحة كما يحدث في الاستشارات الطبية المعتادة. بعد أن يُدعى المريض إلى الجلوس في مقعدٍ وُضع في مكان مناسب كما سبق لنا القول، ما الذي سيفعله المعالج بعدئذٍ؟ إنه سيواجه أول ما زق: فهل يبدأ بتدوين تاريخ المريض؟.

لا شك أن المريض قد سرد تاريخه المرضي بالتفصيل لشخصين آخرين على الأقل، وربما لأكثر إذا ما كان مُحوّلًا من قسم آخر في المستشفى، ومن المتوقع أن يفترض المريض أن طبيعة شكواه وتفاصيل تاريخه الشخصي والعائلي معروفة لهذا الطبيب الأخير الذي يمثّل أمامه، وله الحق في هذا الافتراض، فكما سبق أن قلّنا: يجب أن يكون المعالج قد قرأ الملاحظات قبل أن يرى المريض. ويكره الكثير من المرضى سردَ تاريخهم المرضي مرةً ثانية، وغالبًا ما يُفصّحون عن ذلك، إلا أنه كما يعرف -أو يجب أن يعرف- كلُّ طبيبٍ أن ملاحظات غيره من الأطباء أقلُّ فائدة من الملاحظات التي يُدونها بنفسه، فضلًا عن ذلك فليس من السهولة تذّكرها. إن تدوين المرء التاريخ المرضي بطريقته يعطيه فرصة لا مثيل لها في تقييم ما الذي يعنيه عَرَضٌ مُعيّن للمريض؛ الأمر الذي يصعب التعبير عنه في ملاحظات أو في رسائل، فعندما يتحدّث الشخص عن عائلته وعن تجربته الماضية، فإن نبرة صوته والجُمَل التي يستخدمها، وهل ينظر إلى المعالج أم يطاقئ رأسه - يمكن أن تكشف له ما لا تكشفه الملاحظات الطبية. إن الروائيين العظام فقط هم الذين

[HTTPS://T.ME/MKBTARAB](https://t.me/mkbtarab)

يمكنهم أن يُبرزوا لنا الناس أحياءً من خلال الكتابة، ومن الإصراف في التفاؤل الاعتقاد بأن الاستشاريين النفسيين يمكنهم ذلك.

من التقاليد المعتادة للمُحلِّلين النفسيين ألا يكتبوا التاريخ المرضي، وبدلاً من ذلك فإنهم - وحتى منذ اللقاء الأول - يطلبون من المريض أن يستلقي على الأريكة وينطلق في الحديث كيفما طاب له، وهذا الأسلوب يمكن ممارسته إذا كان المريض على معرفةٍ بطريقة التحليل النفسي؛ وبالتالي يعرفون ما يُتوقَّع منهم، إلا أنه غير مناسب لمن هم أقلُّ ثقافةً وفضلاً عن ذلك، فالمحلِّل النفسي الذي يتبع هذه الطريقة يخاطر بفقدان معلوماتٍ مهمَّة. ذات مرَّة عالجتُ مريضةً كانت تعاني من الاكتئاب، وقد مرَّت بالعديد من الأطباء قبل أن تأتي إليّ، حتى إنني لم أعنُ بكتابة تاريخها المرضي، وأشعر بالخجل إذ أذكُر كيف مضت مدة طويلة قبل أن أكتشف أنها ليست عذراء كما افترضتُ، وأنها أقامت علاقات مُتعدِّدة بالرجال كتمَّتها عني؛ لذلك فإنني أفضل أن يدوّن المعالجُ التاريخَ المرضيَّ بطريقة، بغضِّ النظر عن عدد المرات السابقة. وعادةً ما أقول للمريض: "لقد قرأتُ مَلَفَكَ، ولديّ فكرة عنك وعن المشكلة الحالية، ولكنني سأكون مُمتناً إذا ما سرّدت لي بعضاً منها مرَّةً أخرى. إنني أعلم أنك قد قلَّت كلَّ شيء من قبلُ لعدد من الأشخاص، ومن المؤكَّد أنه من المملِّ أن تعيد ذكْرها، لكنني وجدتُ مَشَقَّةً في معرفة التفاصيل من مُذكِّراتِ كتبها الآخرون، أعرف أن مشكلتك الحالية هي الاكتئاب (أو أي شكوى رئيسية أخرى)... هل يمكن أن نبدأ من هذه النقطة؟ وأي نوع من أنواع الاكتئاب يصيبك؟".

هذه الطريقة تُبَدِّد عادةً أيَّ شعور بالامتعاض ينتاب المريض عندما يُسأل أن يعيد سيرته. وعلى أي حال، فيجب أن تكون للمعالج النفسي الحرية في استطلاع التاريخ المرضي بطريقة مغايرة لما قام به الاستشاري النفسي، أو لما يتمُّ عادةً في المقابلات الشخصية في الفروع الأخرى من الطب؛ ففي المقابلات الشخصية عندما يكون الوقت محدوداً واتخاذ القرارات يجب أن يتمَّ فوراً، يُدرَّب الأطباء على الحصول على الأساسيات، وأن يسألوا أسئلة كثيرة، وأن يتبعوا جداول مُعدَّة مسبقاً للاستفسار لضمان عدم نسيان أي شيء يمكن أن يكون حيويًّا: (الشكوى الحالية، الأمراض السابقة، التاريخ العائلي، التاريخ الشخصي، تعاطي المخدرات، والدخان والكحول، وهكذا)، مثل هذه الجداول للاستفسار يمكن أن تكون مُفضَّلة

(كتلك التي وضعتها مستشفى مودسلي)، لدرجة أنه إذا ما أرادت أن تحصل على أجوبة لجميع الأسئلة المدونة فسيستغرق ذلك عدّة ساعات، وغالبًا ما يحسّ طُلاب الطب، والأطباء عديمو الخبرة بالتوتّر لعدم قدرتهم على استخلاص الأجوبة لجميع الأسئلة التي ذُربوا عليها؛ وبالتالي فإنهم يقاطعون المريض، ويحاولون باستمرارٍ أن يثنوه إذا ما أراد التحدّث عن شيءٍ مختلف. ومع أن المعالج النفسي يجب أن يحصل على التاريخ المرضي من مقابلته الأولى للمريض فإن لديه ميزة أنه على دراية مُستبقة بالتفاصيل الرسمية لماضي المريض وحاضره؛ وبهذا سيكون على علمٍ بما إذا كان أبواه على قيد الحياة، وكم لديه من الأشقاء، وما إذا كان لديه أطفال، وستكون لديه فكرة عامّة عن مُوّه في مرحلة الطفولة، والأمراض السابقة؛ ولذلك فستكون لديه الحرية في أن يدعّ المريض يحكي ما يشاء، وأن يُشجّعه على أن يتوسّع في الموضوعات التي لم يستوفها في المقابلات السابقة لضيق الوقت. نفترض -على سبيل المثال- أن المريض وصفَ أباه بأنه صارمٌ، وأن ذلك التعبير المجرّد كُتِب بطريقة روتينية في الملاحظات، فعندما يصل المعالج النفسي إلى هذه النقطة من التاريخ المرضي حيث تُناقش علاقة المريض بوالديه قد يسأل: "أرى أنك وصفت والدك بأنه صارم... هل يمكنك التوسّع في هذه النقطة، وبأي شكلٍ كان صارمًا؟ أعطني بعض الأمثلة".

عندما يريد الروائي أن يجعل شخصياته تظهر أمامنا حيّةً فإنه دائماً ما يُصوّرهما في حالة الحركة والنشاط، فأن تخبر القارئ أن فلاناً من الناس كان دينياً أو شجاعاً أو قاسياً- لن يعطي للشخصية الحياةً مثلما تظهر من خلال الحوادث والفعل (فنحن نتذكّر بوضوح "العلاقة" التي أعطاها مستر مردستون لدافيد كوبر فيلد⁽¹⁾ أكثر ممّا نتذكّر مظهره أو كلامه)، وبنفس الطريقة، فإن أحداثاً من ماضي المريض توضح لنا علاقته مع الآخرين بأوضح ممّا يُعبّر عنها الوصفُ بالألفاظ. افرض -على سبيل المثال- أن ذلك المريض ذا الأب الصارم أخبرنا أن أباه كان شديد التدقيق في موعد رجوعه للمنزل مساءً. "ذات مرّة عُدتُ متأخراً خمس دقائق عن الموعد المُتوقّع أن أكون فيه في المنزل، وهناك كان والدي ينتظري وقد أمسك سلسلته بيده، لن أنسى أبداً كم كنتُ خائفاً حينها، لقد توقّعتُ أن يضربني، ولكن ما فعله هو أنه خصم من مصروفي مبلغاً عن كل دقيقة تأخّرتُها"، مثل

(1) مشهد من رواية دافيد كوبر فيلد، للروائي الإنجليزي الشهير تشارلز ديكنز. (المترجم)

هذه الحكاية أكثر توضيحاً لشخصية أب المريض، ولعلاقة المريض به من كلمة "صارم". لكن في المقابلة التشخيصية نادراً ما يكون ذلك الاستشاري المشغول قادراً على إعطاء المريض وقتاً لاستعادة مثل تلك الأحداث.

يجب أن تكون مدة المقابلة الأولى للمعالج النفسي مع المريض الجديد هي نفس المدة التي تستغرقها اللقاءات التالية، ويُفضّل بعض المعالجين أن تكون المقابلات الأولى أكثر طولاً، ربّما بمقدار المثل بالمقارنة مع المقابلات التالية، وقد تعطي هذه الطريقة المعالج فرصة أفضل للتعرف على مريضه الجديد، لكن لها عيباً، هو: إعطاء المريض توقّعات زائفة؛ فقد يعتقد أن جميع اللقاءات التالية ستطول كاللقاء الأول، أو يحسّ أنه إذا ما احتاج لوقت أطول في لقاء تالي فإن المعالج سيمنحه إيّاه بسهولة، ولمّا كان التوقّعات خاطئتين فمن المستحسن تجنبهما؛ فالمقابلة الأولى -شأنها شأن المقابلات التالية- يجب أن تستغرق ما بين خمسين دقيقة إلى ساعة واحدة. هذه الفترة من الوقت قد تبدو تحكّميّة، ولكن ذلك ليس صحيحاً؛ فالمقابلات القصيرة قد تكون مُحبطة للمريض والمعالج كليهما؛ إذ إنها لا توفّر وقتاً كافياً لمتابعة الموضوعات بعمق، وبرغم أن المريض والمعالج قد يُحبّذان المقابلات الطويلة في بعض الأحيان إلا أنها مُجهدة لكليهما. والقيام بالعلاج النفسي بإتقان يتطلّب تركيزاً ويقظة، وأكثرنا يعرف من خلال التجربة في المحاضرات أن التيقّظ من الصعوبة أن يستمرّ دون توقّف أكثر من 45 إلى 50 دقيقة، واليوم أصبحت ساعة العلاج خمسين دقيقة أمراً مُقدّساً بحكم العادة؛ إذ تسمح للمعالج أن يُحدّد المواعيد على مدار الساعة، وتعطيه مدة عشر دقائق بين كل مريض وآخر ليستجمع أفكاره، ويقوم بمكالماته الهاتفية، أو يتناول كوباً من القهوة، وهي كلها أمورٌ يمكن أن تكون ضروريّة في يوم يقابل فيه العديد من المرضى.

يجب أن يحاول المعالج النفسي إنهاء لقائه الأول مع المريض بعد مرور 40 دقيقة؛ لكي يسمح لنفسه بوقتٍ يرتّب فيه المواعيد المقبلة، وسيكون من الأنسب عندئذ للمعالج النفسي وللمريض كليهما تحديد عدد الجلسات؛ فقد يتساءل المريض: "كم من الوقت أحتاج للاستمرار في المجيء...؟"، سؤالٌ منطقيٌّ، ولكنه من النوع الذي لا يمكن الإجابة عليه مباشرةً، وما أفعله عادةً هو أن أقول إنه في مثل هذه المرحلة المبكرة لا أستطيع أن أتنبأ، لكنني أقترح أن نتقابل سنّاً

مرّات، وبعثد نراجع الموقف، ومع أنه قد لا يمكن التنبؤ بدقّة حتى في الجلسة السادسة بعدد الجلسات المطلوبة، إلا أن هذه الفترة المؤقّته قد تكون كافيةً للمعالج وللمريض ليقرّرا ما إذا كان بإمكانهما أن يعملتا معًا بطريقة مثمرة... ومن الملائم أن تخبر المريض في هذا اللقاء الأول بمدة كلّ مقابلة، ولقد اقترحت مدّة خمسين دقيقة للأسباب التي ذكرتها.

كيف ستتعاقب اللقاءات...؟ سؤال تُقرّر إجابته الطُروف، لسوء الحظ، وأعتقد أن المريض الجديد يجب أن يُشاهد ثلاث مرّات في الأسبوع، وهذا هو الشكل النموذجي. إلا أنه يمكن الحصول على نتائج مشجّعة إذا ما شوهد المريض مرّة أو مرّتين في الأسبوع. فإذا كانت المقابلات أقلّ تكرارًا من هذا يصبح من الصعب جدًّا أن نتعرّف على المريض تعرّفًا حميمًا، وأن نتذكر ما يقوله المريض من مقابلة لأخرى، أو أن نُبقي على الإحساس باستمرار العملية العلاجية.

والشكل المثالي هو أن نطلب من المريض أن يأتي إلى نفس الغرفة، وفي نفس الوقت من اليوم لكلّ موعد؛ ممّا يسهّل عليه تدكّر الوقت والمكان، ويبعث فيه أيضًا إحساسًا بالأمان. أمّا إذا ما شوهد المريض في غرف مُتعدّدة ومتنوّعة، فإن الوقت سيمضي بينما هو يتفحص المحيط الغريب، ويُعوّد نفسه عليه، وبمجرّد أن يتعوّد المريض على غرفة مُعيّنة فسيكون من السهل عليه أن يُوجّه انتباهه كليًا لما يدور في ذهنه. وإذا كانت مواعيد المريض أكثر من مرّة في الأسبوع فسيصبح من الصعب أن نقبله في نفس الوقت المعين من اليوم في كلّ موعد. ومن الأفضل أن يكون لديك بطاقة تُدوّن عليها المواعيد؛ لكي لا ينشأ خلافٌ حول ما اتّفق عليه؛ فإذا ما أهمل المريض موعدًا فسيكون هذا بسبب مقاومته لمواجهة بعض مشاكله، أو لأسباب نفسية أخرى، وقد يحدث ذلك بسبب عدم وضوح ما تمّ الاتفاق عليه؛ ولذلك فإن كتابة تلك الترتيبات يتفادي الاختلاف، وعندما يرغب المرضى تغيير مواعيدهم لأسباب تبدو معقولةً فيجب على المعالج النفسي أن يقبلها إذا كان بالإمكان عمل ذلك دون كثير من الإرباك، من ناحية أخرى، يمكن أن تكون الرغبة في تغيير المواعيد اختبارًا من المريض لمدى لين المُعالج. في أغلب الأحيان من السهولة مكان اكتشاف الدافع الخفي وراء ذلك، ولا يحتاج المعالج لأن يعاقب نفسه بأن يصبح أكثر مرونةً ولينًا، ولا أن يعاقب المريض بأن يصبح أشدّ تصلبًا.

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

ويتساءل بعض المرضى -وخاصةً من ليس لديهم معرفة بالطب النفسي- عن ترتيب تلك المواعيد المستقبلية عن الغاية من تلك المواعيد، وغالبًا ما يتوقعون علاجًا بالعقاقير أو الكهرباء، أو بعض التداخلات الدرامية، وعندما يقال لهم ليس هناك شيء من ذلك يقولون: "ولكن ما الذي سيحدث يا دكتور؟ هل سيكون مجرد حديث فقط...؟"، وعادة ما أجيب على هذا السؤال الطبيعي بالقول: "أعتقد أنك عانيت من تلك المشاكل بعض الوقت، فإذا ما كنا سنفهمها سويًا فمن الضروري أن نلّم بما فيها من تفاصيل، ومن أجل هذا يجب أن نلتقي عدة مرات". مثل هذه العبارة تكون ملائمة في العادة لتشجيع المريض المرتبك في تلك اللحظة، فإذا سارت المقابلات التالية سيرًا حسنًا فمن المحتمل ألا يسأل ذلك السؤال مرةً ثانية؛ إذ ستكتسب عبارة "مجرد حديث فقط" معنىً جديدًا لديه. السؤال الآخر الذي غالبًا ما يُثار في المقابلة الأولى هو مسألة الثقة، فالمرضى الذين يتلقون علاجًا نفسيًا مُطالَبون بالكشف عن تفاصيل حميمة عن أنفسهم، ربما لم يقولوها لأحد قط، ومن الطبيعي أن يصبحوا قلقين بشأن ما يمكن أن يُطلع على هذه المعلومات الحميمة. وبالنسبة للمعالج عديم الخبرة تُثار مسألتان منفصلتان، أولًا: من الممكن، بل ومن المرغوب فيه، أن يتم إشراف على طريقتك في علاج المرضى، فهل سيكشف للمريض أن ما يقوله سيناقش مع طبيبٍ آخر، أو مع مجموعة، إذا كان المعالج مُشترِكًا في جماعة من الأطباء والمعالجين تناقش الحالات. في اعتقادي أنه يجب أن يصارح المريض بذلك. نحن نطلب من المرضى أن يكونوا صادقين معنا، ألا يكون من الواجب أن نكون نحن صرحاء معهم أيضًا؟

ويقبل غالبية المرضى فكرة أن حالاتهم ستناقش أحيانًا مع طبيبٍ أقدم وأكثر خبرة، أو مع زملاء آخرين، ولكن ما العمل إذا ما اعترضوا...؟ لم يسبق لي أن قابلت مثل هذه المشكلة في الواقع، لكن أقترح إذا ما حدث ذلك أن يطرح المعالج على المريض فكرةً مُقابلة الطبيب المشرف أو قائد المجموعة التي ستناقش حالته؛ فسيخفف هذا من قلق المريض.

والأمر الأكثر مَشَقَّةً هو مسألة ملف الحالة، ففي المستشفيات يمكن لمختلف الأشخاص الوصول لملف المريض، بما في ذلك: السكرتيرات، والكتبة القائمون بأعمال التدوين، والممرضات، والأخصائي الاجتماعي، والباحثون النفسيون، وغيرهم من الأطباء... ومن الأهمية بمكان أن يكون ملف المريض في مُتناول عددٍ من

الأشخاص غير المعالج النفسي؛ إذ ربما يحتاج المريض إلى دخول المستشفى، أو ربما يحتاج الملفّ شخصّ ما يقوم ببحثٍ علميٍّ في المشكلة التي يكون المريضُ أحدَ أمثلتها، إلا أن للمريض الحق، بل كل الحق، في ألا يرغب أن تكون تفاصيل حياته الجنسية أو بعض المعلومات الحميمة الأخرى في مُتناوَل مختلف الأشخاص، مهما كان اقتناعه مبدأ الثقة، خاصّةً إذا كان المجتمع صغيراً، والمريض معروفاً لموظّفي المستشفى وأطبائه.

أعتقد أنه إذا ما أراد المعالج أن يُدوّن ملاحظات عن كل جلسة (ولا مفرّ من ذلك، خاصّةً إذا كان هناك إشراف عليه، وحتى لو أُجِّل كتابة أي شيء إلى ما بعد مغادرة المريض)- أعتقد أنه يجب عليه أن يحتفظ بملفّ منفصل لا يصل إليه أحدٌ غيره، كما يجب أن يكون لديه خزّانة لحفظ الملفّات، يحمل هو فقط مفتاحها؛ لكي يطمئن المريض أنه ليس بإمكان أي شخص آخر الاطلاع على أي ملاحظات دوّنها خلال الجلسة. أمّا في الملفّ العادي فيجب أن يُسجّل الوقائع المعروفة بشأن قدوم المريض للعلاج، كما يجب أيضاً، وباختصار، أن يصف حالته العقلية، وبالأخص إذا ما بدا هناك أي تغيّر ملحوظ فيها، أو إذا ما بدا المريض شديد الكآبة، وهذه المعلومات لازمةً طبعاً إذا ما احتاج المريض لدخول المستشفى، ولا حاجة بالمعالج النفسي أن يُدوّن التفاصيل الحميمة لحياة المريض الشخصية في الملفّ العادي للحالة.

وأنا على وعي تامّ بأن اقتراحي هذا يضيف عبئاً على المعالج، كما يخرق أيضاً تقاليد المستشفى، ولكني مقتنع بضرورة أن يكون الشخص أميناً مع مرضاه، وأنا متعاطفٌ تماماً مع القلق الذي يعانونه من مسألة الثقة هذه.

عندما توقّفتُ عن العمل في عيادتي الخاصة كانت لديّ سجّلات لحالات مرضاي عبر مُدّة تزيد على أربعة وعشرين عاماً، وتردّدتُ فترةً طويلة فيما أفعله بها، وفي النهاية قرّرتُ أن أحرقها جميعاً، ومنذ ذلك الحين راجعتني أحياناً بعضُ الأطباء بشأن عدد من المرضى القدامى، ولم تكن لديّ أية صعوبة في الإجابة على الاستفسارات بالنسبة للمرضى الذين تردّدوا عليّ لمُدّة طويلة للعلاج النفسي، بشرط موافقة المريض. فإذا ما عرف المرءُ الناسَ جيّداً فلن يجد صعوبة في

[HTTPS://T.ME/MKBTARAB](https://t.me/mkbtarab)

تذكُرهم. أمَّا في حالة الأشخاص الذين قابلتُهم بغرض التشخيص، أو للقاءاتٍ قليلة جدًا فقد وُجِدَتْ صعوبةٌ في تذكُرهم.

ومن المناسب هنا أن نبحث مسألة ثقة المريض في الطبيب الممارس العام وغيره من الأطباء؛ إذ يُبدي كثيرٌ من المرضى قلقهم أثناء العلاج النفسي عمَّا سنكتبه لطبيب الأسرة؛ إمَّا لأنهم وجدوه غير مُتفهمٍ في بعض الأحيان، أو غير مُتعاطفٍ مع مشكلاتهم الانفعالية، وإمَّا لخوفهم أن يرى أحدٌ غيره مثل هذه التقارير. وأحيانًا بسبب معرفتهم الاجتماعية به وما يُسبِّبه ذلك من إحراج إذا ما شعروا أنه عرف أهمُّ أسرارهم الحميمة، وفي حالة أو حالتين ظهر أن للمريض علاقات انفعالية مع الطبيب.

وعلى وجه العموم، أنا من أنصار أن يعرف الأطباء العموميون معلومات كاملة عن مرضاهم، وأن تتسَّع خبرتهم في المسائل الانفعالية لمرضاهم، وبما أنهم يتلقَّون الآن تدريبًا في الطب النفسي فإنه يمكنهم في الحقيقة أن يتعاملوا مع مدى أوسع من المشاكل عمَّا كان عليه الحال حين كنتُ طالبًا. ومهما كان الحال، فإنه إذا أصرَّ المريض على عدم إخبار الممارس العام بتفاصيل معيَّنة فإن هذه الرغبة يجب أن تُحترم، وفي بعض الأحيان أُطِيع المريض على الرسالة التي أرسلها للمُمارس العام، فإذا ما لاقى اعتراضًا قويًّا فإنني أعدُّ لها، أو أخبر المريض بأنني سأحادثُ طبيبه تليفونيًّا إذا رفض ذلك بدلًا من تدوين أي شيء، وفي بعض الأحيان أخبر الممارس العام أن هناك أمورًا معيَّنة تتعلَّق بالثقة طلب المريض مني ألا أكشفها له، وبالأخص في الحالات التي يكون فيها المريض والطبيب على علاقة اجتماعية. ومن المهم أن يجعل المعالج النفسي طبيبَ المريض على عِلْمٍ بالتقدُّم في العلاج، وأن يرسل له مُلخصًا لما تمَّ إنجازه عندما يصل العلاج إلى نهايته. وإذا ما أراد المريض أن يرى مثل هذا التلخيص فلا مدعاةً هناك لإخفائه عنه. وفي جميع الحالات أحاول أن أُخلِصَ لمبدأ الأمانة التامة مع المريض.

الفصل الثالث

إقامة العلاقة بالمريض

لقد فرغ المعالج النفسي من رؤية مريضه الجديد الذي يلقيه لأول مرة، وقام بكتابة تاريخه المرضي، ورتَّب مواعيد اللقاءات التالية، فما الذي سيفعله بعد ذلك؟ إن مهمته التالية هي أن يجعل المريض يتكلم بحرية ما أمكن، بينما يُبقي هو نفسه في الظل. وهذه المهمة ليست سهلة كما تبدو؛ فالمرضى الذين سبق لهم زيارة الأطباء يعرفون أنهم بحُكم العادة يأخذون زمام المبادرة، فيُصدرون التعليمات ويقدمون النصائح، ويسألون الكثير من الأسئلة؛ ولذلك فإن الأطباء الذين لم يعتادوا على ممارسة العلاج النفسي يجدون مشقَّةً في أن يتخلَّوا عن طريقتهم التسلُّطية التقليدية. على أية حال، فإن قيام المريض وليس الطبيب بدور المبادرة في مقابلات العلاج النفسي، ليس السمة الوحيدة لمثل هذه اللقاءات والتي تُميِّزها بوضوح عن غيرها من الاستشارات الطبية المعتادة، ولكن لها عدَّة نتائج نفسية هامة أخرى، وإذا ما سُئِلت عن أبرز إسهام لفرويد ضمن إسهاماته العديدة لفن العلاج النفسي، لأجبت: استبداله عمليَّة التَّداعي الحُرِّ بالتنويم.

وقد استغرق ذلك منه وقتاً طويلاً. ويذكر لنا إرنست جونز⁽¹⁾ أن فرويد لم يهجر التنويم كلياً حتى عام 1896.

وقد كان التنويم "موضة" القرن التاسع عشر، وفضلاً عن ذلك فإن فرويد قد تأثر بـ "شاركوه" Charcot، الذي وازب على حضور دروسه في باريس، كما تأثر أيضاً ببرنهايم Bernheim. وعندما وصل فرويد وبروير إلى اكتشافهما الأساسي وهو أن الأعراض الهستيرية يمكن شفاؤها في الغالب، إذا استُحِثَّ المريض على أن يستعيد معيشة الخبرات الانفعالية المؤلمة والمتصلة ببدء ظهور الأعراض المرضية، كثيراً ما استخدم التنويم لتسهيل عملية الاستعادة هذه. وما استخدام أريكة التحليل النفسي إلا الأثر الباقي من الأيام التي كان التنويم يُستخدَم فيها، ولو أن هناك أسباباً أخرى للاستمرار في استخدامها، فمن ناحية لم يكن فرويد يحب أن يُخَمَلِق المريض فيه، ومن ناحية أخرى كان المرضى غالباً ما يجدون أن الاستلقاء يُيسر لهم الاسترخاء والتحدُّث بحرية.

إن التنويم (المغناطيسي) من دون أنواع العلاج جميعاً هو الذي يعتمد اعتماداً كبيراً على سلطان الطبيب؛ فلكي يكون التنويم فعّالاً لا بُدَّ للمريض أن يتقبَّل إحياءات الطبيب دون جدال. ويضع التنويم المريض في وضع الطفل المطيع المُذْعَن لما يُؤمَر به لأنه صادر عن سلطة، وليس له أن يستفسر لماذا. ورغم أنه قد لا تزال توجد هناك حاجة لاستخدام التنويم في العصاب الصُدْمِي، حيث يحتاج المريض أن يتذكَّر ويستعيد معيشة الخبرات المؤلمة، إلا أن أسلوب التنويم يتعارض من حيث المبدأ مع العلاج النفسي الذي يركز على طريقة التحليل. فهدف العلاج النفسي التحليلي معاونة المريض على مساعدته نفسه، وأن يُسهَّل عليه تحمُّل قدر أكبر من المسؤولية تجاه أفعاله، ويدعّم استقلاليته لا أن يلغيها.

لذلك يجب على المعالج النفسي أن يتخلَّى في المقابلة الثانية عن الموقف الطبي التقليدي، والذي يجعل اللقاءات إلى حدٍّ ما استقصاءً لتاريخ الحالة، وأن يتَّجه إلى إقامة جلسة علاجية نفسية من نوع مختلف يقوم فيها المريض بدور المبادرة. وأحياناً يكون لدى بعض المرضى الكثير ممَّا يودُّون قوله، بحيث لا تكون هناك حاجة لأن يُطلَب منهم ذلك. فهم يندفعون في مونولوج (أي حديث فردي)، بحيث

(1) Jones, Ernest (1953) Sigmund Freud: Life and Work, Vol. I, p 268. London, Hogarth press.

يجد المعالج صعوبةً في أن يقطع هذه المناجاة ليُبدى بعض الملاحظات. بينما يجد البعض الآخر صعوبةً شديدة في إبداء أي نوع من التلقائية. وربما يرجع هذا إلى أنهم اعتادوا أن يعاملوا الأطباء بنوع من الهيبة والاحترام، ومنتظرون دائماً من الرجل العظيم أن يبدأ بالكلام، وربما يرجع أيضاً إلى أنهم يرفضون أو ينفرون من الموقف عن وعي أو عن غير وعي. وربما يخافون أيضاً أن يكشف المعالج عن أشياء يخجلون من إفشائها، أو أن تكون لديه تقنية سحرية تمكنه من السيطرة على عقولهم، وإذا لم يبدأ المريض الحديث بتلقائية في المقابلة الثانية فإني عادةً أقول له: "لقد وجهت لك في المرة السابقة عدداً من الأسئلة عن مشاكلك وتجاربيك، ومن الآن فصاعداً أريدك أن تأخذ أنت دور المبادرة بدلاً من أن أوجه الأسئلة لك، وعلى كل، فأنت الشخص الوحيد الذي يعرف ما يدور في ذهنك، فما هو الأمر الذي تحسُّ أنك بحاجة للتحدث عنه؟"، فإن لم يستجب لقولي هذا قد أقول: "ماذا كنت تفكر على سبيل المثال وأنت في طريقك إلى هذا اللقاء؟". أحياناً يردُّ المرضى الخائفون والنافرون وذوو السذاجة النفسية بأنهم لم يفكروا في شيء، فأردُّ: "أرى أنه من الصعب جداً ألا يفكر الإنسان في شيء، وفي الواقع أعتقد أن ذلك أمرٌ مستحيل؛ فهناك دائماً أفكار متناثرة تدور في ذهن المرء. ربما دار في ذهنك بعض التوقعات عما ستؤول إليه هذه المقابلة الثانية؟".

"أعتقد بأنك ستوجه إليّ المزيد من الأسئلة".

"وأي نوع من الأسئلة تخيلتها".

فإذا ما أنكر المريض تخيل أي شيء أكثر من ذلك؛ فإني عند هذه النقطة، وخاصةً إذا ما كانت هيئته ونبرة صوته تدلُّ على الامتناع، أقول: "ربما لا تشعر بالرغبة في الحديث معي اليوم، وبهذه المناسبة: هل تشعر أنك أجبرت على المجيء. هل نصحتك شخصٌ ما بضرورة المجيء إليّ؟".

إن المرضى النافرين الراغبين عن الحديث -كالشخص الذي وصفته- هم في الغالب من الذين حثهم آخرون بشدة على طلب العلاج النفسي، وقد لا يتضح نفورهم إلا عندما يُطلب منهم أن يفعلوا شيئاً آخر غير الإجابة على الأسئلة المباشرة؛ فغالبية المرضى ذوي الذكاء العادي حتى ولو لم تكن لهم معرفة بالعلاج النفسي يفطنون بسرعة إلى الفكرة التي يريدونها المعالج، وهي: أولاً: معرفة ماذا

[HTTPS://T.ME/MK1BTARAB](https://t.me/mk1btarab)

كان يشغل بالهم منذ الزيارة الأخيرة، وثانيًا: ما يدور في أذهانهم هنا والآن في الحاضر المباشر، فإن أخفقوا في استيعاب ذلك؛ فمن المنطقي أن نفترض أنهم إما أن يكونوا خائفين أو نافرين، أو الاثنين معًا. وأحد الأسباب الشائعة للنفور والعداوة أن يشعر المريض أنه أرغم على المجيء، وهذا هو الوضع -خاصةً بالنسبة للشباب- رغم أنه لا يقتصر عليهم، فغالبًا ما يدفع الآباء المراهقين من أبنائهم إلى طلب العلاج النفسي، وبما أن المراهقين المضطربين هم في الغالب في ثورةٍ ضد آبائهم على أي حال؛ فإنهم يعتبرون فكرة "علاج" مشاكلهم مظهرًا آخر من مظاهر نقص فهم الآباء لمشاكلهم، وبالتالي يرفضون الإدلاء بأي حديث، وغالبًا ما يواجه الأطباء الذين يعملون في الخدمات الصحية المدرسية مشكلةً أن الطالب الذي يعاني من صعوبات في الدراسة، أو من أي مظاهر أخرى للاضطراب قد أجبر على المجيء عن طريق الأستاذ، ومهما كانت علاقة الطالب بمُدْرسه جيدةً فسيظل يشعر أن إحالته تُعتبر مظهرًا آخر من مظاهر التسلُّط والتدخل في شؤونه.

وغالبًا ما يستجيب مثل هذا المريض عندما يُفصح المعالج النفسي عن إدراكه لاحتمال أن يكون قد أرغم على المجيء بواسطة شخصٍ ما. وفي معظم الأحيان يُصرِّح أن هذا هو ما تم بالفعل، وعندئذٍ أوضح أن العلاج النفسي عمومًا يتطلب التعاون الإداري لمريضٍ ويعتمد بشكلٍ كليٍّ عليه، فإن لم يرغب في مناقشة مشاكله، فمن المؤكَّد أنني لن أضغط عليه، ويؤدِّي هذا الأسلوب في بعض الأحيان إلى إزالة نفور المريض، بحيث يصبح متعاونًا على الفور. وفي أحيانٍ أخرى يُصرِّح المريض بأنه لا يرغب في أن يخوض في مشاكله معي، ولكنه سيحلُّها وحده بدون مساعدة، واعتدتُ في مثل هذه الحالة أن أترك الباب مفتوحًا في حالة إذا ما غير رأيه. فقد يحتاج المرضى لفترة من الوقت ليفكِّروا فيما إذا كانوا يرغبون فعلاً في طلب المساعدة من تلقاء أنفسهم، ويخطئ بعض الأطباء قليلي الخبرة إذا ما اعتبروا المريض غير المتعاون كما لو كان قد أساء إليهم شخصيًا، بدلاً من أن يحاولوا فهم حقيقة ما يشعر به. أذكر أنني عندما كنتُ طالبَ طبٍّ كنتُ ضمن مجموعة من الأطباء والممرضات والطلاب الذين يصبحون أحدَ الاستشاريين في الأمراض الباطنة وهو يقوم بجولته التعليمية، فتوقَّف بجانب سرير أحد المرضى الذي بدا عليه بوضوح عدم الرغبة في أن يصبح موضوعًا للتعليم، وسأل الطبيب عن

مُرادَه بطريقتَه واضحه الاستياء، وبدلاً من أن يحاول الاستشاري اكتشاف سبب استياء الرجل اتَّخذ موقفاً مُعادياً، وقال: "حسناً، إذا كان هذا هو اتجاهك فلن أُضَيِّع وقتي الثمين في فحص حالتك"، وسقط المستشار من نظري، وعلى أي حال فإنه لم يكن يحظى بتقديرِي. لقد كان الاحتمال الأكبر أن المريض -ببساطة- قد عانى من ذلك الإفراط في تعرُّضه للفحص على يد عددٍ لا يُحصى من الأطباء، أو في استخدامه كحالة تعليمية، وهو أمرٌ يؤلم الكثير من المرضى في المستشفيات التعليمية.

أمَّا المرضى الخائفون فإنهم يصبحون في بعض الأحيان شديدي التوتُّر والقلق، لدرجة أنهم لا يستطيعون التحدُّث بسهولة. وفي مثل هذه الحالات أشير إلى أن جلستهم غير مريحة، وأطلب منهم الاسترخاء على الكرسي؛ إذ ربَّما ساعدتهم ذلك على الحديث، وأحاول أيضاً -بالطَّبْع- اكتشافَ السبب في خوفهم. ويظهر لدى المرضى السُّدج العديد من أشكال القلق، والتي كثيراً ما تكون غير منطقية، لدرجة تبعث على الاعتقاد بأنهم ربما يكونون ذُهانيِّين، فقد يعتقدون مثلاً أن المعالج لديه قدرات سحرية تُمكنه من قراءة أفكارهم، أو أنه سيسلبهم السيطرة على عقولهم بالتنويم أو ببعض التقنيات الأخرى. وتزول مخاوف مثل هؤلاء المرضى بدرجة كبيرة عندما يُطمئنهم المعالج ويخبرهم أنه يعتمد اعتماداً كلياً على تعاونهم، وأنهم غير مُجبرين أن يخبروه بما لا يودُّون إفشاءه، وأنه يُدرك تماماً أن الحديث مع شخص غريب عن مشاكل المرء الخاصة يمكن أن يكون صعباً ومزعجاً.

ويَنفَر بعضُ المرضى من الحديث لعدم ألفتهم باستخدام اللغة في تعريف وتوضيح المشاكل، أو لافتقارهم للتعليم، وهي صعوبة يمكن في العادة التغلُّب عليها إذا ما كان المعالج النفسي مرناً بدرجة كافية، فيستخدم اللغة التي تتمشى مع مستوى المريض. ويحدث أحياناً أن يكون بعض المرضى نشؤوا على اللجوء إلى الفعل أو النشاط كلِّما أخرجهم أمرٌ، ولا يدخل ضمن هذا النشاط التعبيرُ عن مشاكلهم بالكلام، فإذا كان المرء قد اعتاد طيلة حياته أن يُبدد غضبه بعزق الحديقة، أو أن يُزيل قلقه بتناول الكحول، وأن يتجنَّب مُجابَّه رؤسائه بتغيير وظيفته، المهم أن يقوم بعمل ما مهما كان غير ملائم أو عديم النفع، إذا كان ذلك السلوك هو طبيعته فإن الأمر سيستغرق وقتاً ليتعلَّم أن توضح مشاكله

بواسطة التعبير عنها سيفيد. ويعتقد بعض هؤلاء الناس أيضًا أن أي شكل من أشكال تأمل الإنسان في نفسه أمرٌ مُستهجن، وأن الاستبطان ظاهرة غير صحيّة، والحديث عن المشاكل الذاتية نوعٌ من التذليل (الدّلع). ومن الغريب أن تُصاَدِف هذا الاتجاه البيوريتاني المتطهّر بين المتديّنين، رغم أن الديانات الكبرى للبشر أكّدت عمومًا أن محاسبة النفس واجبة. ولقد وجدتُ بشكل عام، أن لفتَ النظر إلى الصّلة الوثيقة بين العلاج النفسي وممارسة الشعائر الدينية يقضي على فكرة التذليل، وهي فكرة تزول على أي حال عندما يكتشف المريض أن عليه أن يواجه أشياء عن نفسه ليس من السهل عليه تقبّلها.

قد يحوّل إلى المعالج النفسي بين حين وآخر مريضٌ يثبّت في النهاية أنه ذُهانيٌّ، وعادة ما يبدو على مثل هؤلاء المرضى قلقٌ واضح، والاحتمال الأكبر أنهم سيكونون مُنطّوين، ومن الصعب إقامة صلة بهم، وربما كان مرضى الفصام البارانويدي هم أقرب الذُهانيين إلى أن يُحوّلوا بطريقة الخطأ إلى المعالج النفسي، وغالبًا ما تكون لديهم المخاوف التي سبق ذكرها لدى المرضى السُدّج ولكن بشكل أكثر تطرّفًا. ومن المرجّح أيضًا أنهم يعتقدون أن المعالج النفسي يستطيع أن يغرس في عقولهم بعض الأفكار تمهيدًا لفرض سلطانه عليهم. ومن غير المتوقّع أن تظهر مثل هذه المخاوف في اللقاءات الأولى، وإذا ما ظهرت فأغلب الظنّ أنها ستكون في شكل اتهامات يوجّهها المريضُ بدلًا من التسليم بأنه خائف، وما زلتُ أذكر ذلك الشاب الذكي الذي حوّل إليّ للعلاج من مخاوف متنوّعة (فوبيا)، مرّت اللقاءات القليلة الأولى بشكل طبيعي، وفجأة توقّف خلال الحديث وسألني: "إنك تحاول تنويمي مغناطيسيًا، أليس كذلك؟"، وأتّضح من خلال الاستقصاء أن هناك أساسًا بارانويديًا لمخاوفه، وأدخِل المستشفى فيما بعد، وانتهى به الأمر إلى الانتحار بعد عدّة سنوات من الانهيارات الذّهانيّة المتكرّرة.

ويفضل حتى أفضل خُبراء التشخيص في اكتشاف الدليل على وجود الذُهان من جلسة واحدة، وبالأخصّ في حالة المرضى المتمتّعين بذكاءٍ مُرتفع، والذين لديهم خبرة في إخفاء حالتهم، وعندما يواجه المعالج النفسي قليلُ الخبرة مثل هذه المعضلة سيفعل خيرًا إن ناقش الموضوع مع الاستشاري الذي شاهد المريض لأول مرة. وعلى الرغم من أن بعض المرضى الذُهانيين قد يحتاجون للعلاج النفسي

ويستجيبون له إلى حد ما، إلا أن المعالج النفسي المبتدئ لن يُفلح معهم، وسنناقش حالات هذا النوع من المرضى فيما بعد.

قُلْتُ في بداية هذا الفصل إن مهمة المعالج النفسي أن يجعل المريض يتحدث بحرية ما أمكن، بينما يبقى هو نفسه مُصغياً، ولقد ذُكرت بعض المصاعب التي تعترض هذا الهدف، لكنني أحب أن أوكد حقيقة أن الغالبية العظمى من المرضى المحالين للعلاج النفسي يتوقون للحديث عن مشاكلهم، ولا يقيمون مثل هذه الصعوبات في وجه المعالج.

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

الفصل الرابع

إحراز التقدم

سأفترض في هذا الفصل أن الصعوبات الأولية تمَّ التغلُّب عليها، وأن المريض واطَّلبَ على عدة زيارات منتظمة للمعالج النفسي، وأنه قادر على الحديث عن نفسه ومشاكله بحرية كاملة، دون أن يُكرِّهه أو يُحسِّتَّ على فعل ذلك. وبالرغم من أن عملية العلاج تنطوي على بعض الألم، حيث إن معظم الناس يسوؤهم إظهار الجوانب الأقل نضوجًا في حياتهم، إلا أنه يبدو أن الغالبية العظمى منهم يتشوقون لزياراتهم التالية للمعالج النفسي، ويكتشفون أن التعبير عن مشاكلهم في ألفاظ، عملية مفيدة بحدِّ ذاتها، حتى ولو لم يُقلِّ المعالج شيئًا من الناحية العملية.

فما هو السبب في ذلك؟ ما الذي يتضمَّنه ترجمة المشكلة إلى ألفاظ؟ وإذا كان هذا التعبير اللفظي مُفيدًا بحدِّ ذاته، فهل هناك حاجة حقيقية لوجود المعالج النفسي المتمرس، ألا تقوم أذن صاغية لصديق حميم بنفس المهمة تمامًا؟ أو لا يستطيع المريض أن يبوح بمصاعبه للمذكَّرات اليومية، أو لجهاز التسجيل ويجني نفس الفائدة؟.

أحب أن أوكد حقيقة هامة، هي أنه لا يوجد في الحياة الاجتماعية العادية ما يضاوي الموقف العلاجي النفسي، وعندما يناقش العلاج النفسي أناس ليسوا على دراية به فإنهم غالبًا ما يتصورون العملية على أنها مُضجِرة للمعالج، حيث إن خبرتهم تدلهم على أن الناس الذين يتحدثون عن أنفسهم مُملين، ويرجع هذا جزئيًا إلى أن معظم الناس في الحياة الاجتماعية يطلبون المعاملة بالمثل والشخص الذي لا يعطي فرصةً لغيره أن يتحدث لا يقوم بالدور المتوقَّع منه، وقد يصبح شخصًا مُزعجًا، كما أن كثيرًا من الناس الذين يتحدثون عن أنفسهم بإسهاب في الجلسات الاجتماعية يكونون مُملين؛ لِمَا في حديثهم من سطحية، فقد يتحدثون عن تفاصيل أنشطتهم أو يروون حكايات عن خبراتهم، ولكن دون أن يكشفوا أي شيء على الإطلاق عن حياتهم الداخلية. والحقيقة أن المتحدثين الذين لا يملُّون الكلام (الرَّغَائِين) ويخبرون المرء بكل شيء وبتفصيل مُمل، إمَّا يتخذون من الحديث ستارًا لإخفاء مكنوناتهم؛ فهم لا يتيحون للأخر فرصة الحديث كنوعٍ من الستار الدُّخاني: يمنع المتحدث من الكشف عن نفسه. يحضر مثل هؤلاء الناس أحيانًا إلى المعالج النفسي، وتصبح مهمَّة المعالج أن يوقِّف "سَيْل" الحديث، ويكشف الأسلوب الذي يستخدم به المريض الألفاظ ليخفي المشاعر ويتجنَّب التعبير عنها بدلًا من الإفصاح، ولُحسن الحظ، فإن مثل هؤلاء الأشخاص نادرين، وعندما يتحدث الناس بصدق وإخلاص فمن النادر أن يكونوا مُضجِرين، لكن الحياة الاجتماعية لا تتيح الفرصة لمن يحتاجون إلى الحديث عن أنفسهم بإسهاب أن يفعلوا ذلك، وعادة ما يكون الأصدقاء المخلصون متحمسين للمقاطعة وإسداء النُصح (وأن يفعلوا شيئًا ما)، بحيث لا يتركوا الفرصة للمريض أن يعرف نفسه. هل وجود المعالج أمر ضروري؟ من المحتمل أن يستطيع المرء تحليل نفسه، ولو أن هذا أمرٌ شديد الصعوبة. ويمكن بالتأكيد استخدام أجهزة التسجيل الحديثة للمساعدة في هذه العملية، وكما عَلِمْنَا فإن فرويد بدأ تحليله لنفسه منذ 1890 م، واستمرَّ في تخصيص نصف الساعة الأخيرة من يومه لهذا الغرض طيلة حياته. لكن القليل منَّا لهم ما لفرويد من صِدقٍ وتصميم، ويفتقر معظم الناس إلى القدرة على مُغالبة النفس المطلوبة للفحص المنتظم للذات، ويحتاج البعض للمُعَالِج لأنهم يقعون بسهولة فريسةً لليأس، والبعض الآخر لأنهم لا يستطيعون فهم أنفسهم ولا فهم أقرانهم، وحتى في تلك الحالات التي لا تتطلَّب

من المعالج إلا الحد الأدنى من التفسير فإن مجرد وجوده يعمل كحافز للصدق، ويعطي أملاً ضمنيًا في التحسّن، ويضمن أن تكون عملية استكشاف الذات لها قيمة. والكثير من المرضى الذين يُثمر معهم العلاج النفسي كانوا ممن يظنون أن لا شأن لهم ولا قيمة، ولكن وجود المعالج المستمر واهتمامه يصبحان دليلًا حيًا على أن هناك على الأقل شخصًا واحدًا في هذا العالم لا يراهم كذلك، وفضلاً عن ذلك فإن نفاذ البصيرة، أي إمكان فهم المرء لنفسه فهمًا جيّدًا، ويمكن أن تُحقّقه إلى حدّ ما الشخصيات ذات العزم والمستعدّة لتسجيل أفكارها ومشاعرها بأمانة ودقّة- إلا أن التحليل الذاتي لا يتيح أي فرصة لحدوث عملية هامة تُعتبَر -كما سنرى- ذات فاعلية حاسمة في تحقيق العلاج النفسي، ألا وهي ذلك التغيّر المتنامي في علاقة المريض بالمعالج، والذي يحدث في كل علاج نفسي ناجح تطول مدة هذه العلاقة فيه. وسنتناوله بالتفصيل في فصل تالي.

إن ترجمة شؤون المرء إلى ألفاظ عملٌ ليس يسيرًا كما يبدو، والحقيقة أن الفهم الكامل لما يتضمّنه ذلك يجب -كما أعتقد- أن يشتمل على معرفة باللغويات والفلسفة، وهو شيء ينقصني، فلا ريب أن العبارة تحمل مكُونات ذهنية وأفكارًا، ومشاعر ورغبات، ومشاكل، إلخ... ممّا يوجد في الذهن، ولكن لم يسبق لها أن صيغت بوضوح قطّ؛ ولذلك فإن مقدارًا كبيرًا من الحديث الذي يُدلي به المريض أثناء سير العلاج النفسي يتناول أشياء هو يعرفها، لكن لم يسبق له أبدًا أن عبّر عنها بوضوح، أشياء يمكن أن نصفها بأنها غائبة عن البال، أو كما يقال على طرف اللسان، حيث يدرك المرء أنه يعرف الكلمة المعيّنة، ولكنه غير قادر على استرجاعها تمامًا، وفي الحقيقة أظهرت الأبحاث أن ظاهرة "على طرف اللسان" تحدث لأنه ليس من الضروري أن يختزن المخُ التتابع الكامل لحروف كل كلمة يتمكّن الفرد من التّعرف عليها. والألفاظ التي نعرفها ولا نستطيع تذكّرها أو استعادتها هي ألفاظ اختُرّنت بطريقة ناقصة؛ ولهذا فإنه لا يتم التعرف عليها بشكل كامل.

إن كثيرًا من الأمور التي يكتشفها المريض عن نفسه في العلاج النفسي هي أمورٌ قد يقول عنها إنها معلومةٌ لديه منذ البداية، لكنه لم يميّزها بوضوح أبدًا، مثل هذه الاستبصارات، خاصّةً عندما لا تكون في صالح الشخص، ربما تكون قد خُطرت بباله من قبل، ولكن بطريقة خاطئة، لدرجة أنه لم يتمكّن من تسجيلها

بشكل كامل. إن وضع المسائل في ألفاظ يشبه الإجابة على أسئلة الامتحان حين يتّضح للمرء ما يعرفه وما لا يعرفه.

والتعبير باللفظ له أيضًا تأثير إعطاء صبغة واقعية لمحتويات العقل بحيث تتخذ شكلًا محددًا، فالأفكار، والمشاعر، والخيالات (الفتنازيا) وأحلام اليقظة التي لم يتمّ التعبير عنها لغويًا تظل هائمة غير مُحدّدة، وعندما يتمّ التعبير عنها لشخص آخر فإنها تحصل على نوع من الوجود في العالم أكثر تماسكًا من ذلك الذي تكون عليه إن ظلّت حبيسة في ذهن المرء. إن وضع الأمور في ألفاظ يجعل اللا محسوس محسوسًا؛ فلكلّ منّا أفكار وأحلام يقظة، ومشاعر هائمة، وهي كالفرشات: تختفي إن لم يتمّ اصطيادها فورًا، ويصدق هذا حتى على الأفكار الجديدة التي يبحث عنها المرء؛ ولذلك فإنه من غير المستغرب أن يكون الأمر كذلك، وبالأخص مع الأفكار غير المستحبة، عندما يكشف الفرد أنه أقلُّ "لطفًا" مما كان يعتقد.

ويميل الكثير من الناس عندما لا يشغلهم العالم الخارجي إلى الاستغراق في حوارٍ داخليٍّ (مونولوج) لا يختلف عن مونولوج "مولي بلوم" في نهاية رواية يوليسس⁽¹⁾. ويكشف مثل هذا المونولوج عن مشاغلهم الانفعالية، ولكن من الصعوبة همكأن وضّعه في عبارات، وهو أمر سيكتشفه أيُّ شخصٍ يحاول تقليد ذلك الكتاب غير العادي لجيمس جويس⁽²⁾، ومع ذلك فإن المريض الذي يعالج نفسيًا إذا تركّ نفسه على سجيّتها والتزم الأمانة والصدق فسيجد أنه قادر على أن يعي الكثير من الأفكار والمشاعر التي تؤثر في سلوكه وميوله تجاه الآخرين، والتي لم يسبق له أن عبّر عنها قطّ، فعلى سبيل المثال: نصادف أحيانًا أناسًا تكون أول فكرة تشغلهم عند مقابلة شخص آخر هي "ما قيمة رصيده في البنك يا ترى؟"، مثل هذا المريض سيعارضنا أشدّ المعارضة إذا قلنا له إن المال أو المنافسة تلعب دورًا كبيرًا في حياته، ولكنه سيعدّل عن ذلك عندما يصوغ في ألفاظ تلك الفكرة الهائمة والتي قمعها بسرعة. وتنشأ لدى كثيرٍ من الأشخاص الأسوياء جنسيًا خيالاتٌ جنسيّة (فتنازيا) حول كل امرأة يقابلونها، لكنهم قد لا

(1) يوليسس أو غوليس - اسم الرواية الشهيرة لجيمس جويس، والتي تقوم كلها على المونولوج. (المترجم).

(2) جيمس جويس، روائي إيرلندي يُعتبر أحد أبرز ممثلي الرواية النفسانية (1882-1941)، (المترجم).

يعون هذا أبدًا إلا عندما يُشجّعهم الموقف العلاجي النفسي على التعبير عن خيالاتهم بالأفاز. إن المرأة التي روى عنها القول (كيف يتسنى لي أن أعرف بماذا أفكر ما لم أسمع ما أقول). كانت تطرح سؤالاً يهمّ معظمنا، اللهمّ إلا إذا كنّا مؤلّفين غارقين في الكشف عمّا نفكر به أثناء الكتابة.

ولوضع الأمور في ألفاظٍ وظيفيّةٍ أخرى، فهو الوسيلة التي عن طريقها ننقل عن العالم المحيط بنا وعن العالم الداخلي لانفعالاتنا وأفكارنا، فبواسطة الكلمات نحدّد وضعنا، ونتمكّن من التراجع إلى الخلف والنظر إلى خبرتنا وتأمّلها، فالكلام عن الذات يجعل من الممكن إيجاد بُعدٍ نفسيٍّ عنها، وبدون هذه المسافة أو هذا البعد لا يصبح الفهم، والتحكّم، والتغيّر الإرادي المقصود ممكّنًا.

"صحيحٌ أنه إذا ما انهمك المرء في مراقبة الذات فسيدخل في حلقة مُفرّغة: يمكنني أن أراقب نفسي، لكن لا أستطيع أن أراقب (الأنَا) المراقِبة، وحتى إذا ما نجّحتُ في القيام بذلك فسوف لا أتمكّن من مراقبة (الأنَا) التي تراقب (الأنَا) المراقِبة، وهكذا إلى ما لا نهاية، ولكن حقيقة استحالة قدرتنا على الإلمام التام بذواتنا يجب ألاّ تمنعنا من الفحص الدقيق لما يمكننا الحصول عليه. قد لا أستطيع رؤية ظهري، ولكن يُمكنني الحصول على فكرة جيدة عنه بمساعدة المرأة أو بمقارنة نفسي بشخصٍ يشبهني". إن التعبير اللفظي يُمكننا من التقويم الناقد، فإذا ما تمكّن المرء من الحديث عن انفعاليّ ما، فإنه لم يتعدّ -على الأقلّ في تلك اللحظة- واقعًا تحت سيطرته؛ فأن تقول "ذلك ما أشعر به" معناه أنّك تنفصل -ولو بدرجة طفيفة- عن ذلك الإحساس، وبدلاً من أن يبقى المرء تحت رحمة الانفعال فإنه يكتسب بعض السُلطان عليه، ولا يعني هذا أنه يتحوّل الانفعال إلى ألفاظٍ يُخلّص المرء نفسه منه، بل قد لا يكون من الضروري أن يرغب في ذلك، ولكن الحديث الفعليّ عمّا يشعر به المرء بدلاً من الإحساس به فقط يُعتبر الخطوة الأولى في عملية التحكّم.

وهذا هو السبب في أنه من المفيد أن نضع في الألفاظِ حتّى تلك الجوانبِ من الذات التي لا يمكننا تغييرها؛ فمعرفة ما أنا عليه حقيقةً تخلق تربيّاً جديداً في الذهن يحلّ فيه الواقع مكان الوهم. فلنفترض على سبيل المثال أن شخصاً يعتقد في نفسه أنه رجلٌ طيّبٌ ومُحبٌّ للسلام، واكتشف أن به جانباً عدوانيّاً

[HTTPS://T.ME/MK1BTARAB](https://t.me/mk1btarab)

لم يسبق له مُطلقاً أن اعترف به، إن هذا الكشف لن يلغي عدوانيته، ولكنه سيعدل من أسلوب التعبير عنها؛ لأن عملية الوعي بالنزعة يُدخلها بدرجة أكبر في نطاق التحكّم. أمّا الأشخاص الذين ليسوا على وعي بمدى عدوانيتهم فسندجدهم في الغالب مُبالغين في انتقاد الآخرين "دون قصد"، وأكثر قسوةً مع أطفالهم، أو يطلقون النكات الجارحة أو التعليقات المؤلمة، وعندما يصبح مثل هؤلاء الناس على وعي كامل بالجانب العدواني من طبيعتهم، فإن مثل تلك المظاهر غير المقصودة تميل إلى النقصان.

لذلك فإن الأشخاص الذين يتمتّعون بالذكاء والصدق يجنون فائدة كبيرة من التحدّث بإسهابٍ عن أنفسهم ومشاكلهم، حتى ولو لم يتدخّل المعالج النفسي إلا قليلاً. وقد يُتّلع هذا صدرَ المعالج النفسي غير المتمرّس الذي قد يشعر أن معرفته غير كافية للإدلاء بتفسيراتٍ يوثّق بها. ولكنني أقول له أن يطمئن؛ فطالما وصل المريض إلى المرحلة التي تُمكنه من الحديث عن نفسه بصدق، فإنه -أي المعالج- يقوم بعملٍ له قيمته بمجرد تواجده وخلقه للمناخ الذي يجعل مثل ذلك الحديث مُمكنًا، وكما ذكرتُ سابقًا، فلا يوجد في الحياة الاجتماعية ما يوازي موقف العلاج النفسي. وذكرتُ أيضًا ضرورة تشجيع المريض على اتخاذ المبادرة في كل جلسة، ومن المهم أيضًا أن يمتنع المعالج عن إعطاء نصائح، بالرغم من أنه لن يتمكّن من تحاشي ذلك كليّةً، وقد قال يونج ذات مرّة: "النصيحة الجيدة هي في الغالب علاجٌ غير مُجدٍ، لكنها ليست خَطرةً على وجه العموم؛ لما لها من تأثير طفيف". وهناك سببان رئيسيّان لوجوب أن يتحاشى المعالج النفسي إعطاء النصيحة المباشرة ما أمكن ذلك. السبب الأول: أنه خلال التعامل مع مرضاه فإنه يحاول في الغالب مساعدتهم على حلّ مشاكلٍ لا توجد لها إجابات قاطعة. إذا ذهبَ إلى طبيب تشكو من ألم وقال: "إن زائدتك الدودية مُلتهية، وهاك ما يجب أن نفعله"، فإن ذلك أمرٌ منطقيٌّ تمامًا، ولكن إذا ذهبَ إلى المعالج النفسي وكنّت في شكٍ فيما إذا كان من الواجب أن تتزوَّج أم لا، أو إذا أردتَ أن تعرف كيف تربّي طفلك، أو هل تقبل وظيفة مُعيّنة، أو كيف تُعامل والدتَكَ المُسنّة -فإنك تسأل أسئلةً لا توجد لها إجابة قاطعة وسريعة، كما أنها قد تتضمّن اعتباراتٍ أخلاقيةً يوجد بشأنها اختلافٌ كبير، وما يجب أن يفعله المعالج النفسي هو أن يساعد المريض على الوصول إلى قرار، بأن يُيسّر له اكتشاف

حقيقة أفكاره ومشاعره. السبب الثاني لتجنب إعطاء النصيحة هو أنه بالرغم من أن المرضى الذين يطلبونها يكونون في شك من أنفسهم، فلن نساعد مُؤَهَّم في طريق الاعتماد على النفس بإعطائهم إيَّاهَا. ونحن جميعًا نحتاج إلى النصيحة في المجالات التي لسنا على دراية بها، نحن بحاجة إلى المحامين، والمحاسبين، والكهربائيين والسُّبَّاكين وحشودٍ من الخبراء الذين نحتاجهم عندما تدعو الحاجة إلى ذلك، ونحن على وجه العموم راغبون في تقبُّل نصائحهم الخبيرة في الأمور التقنية التي قد لا نعرفها، أو نعرف القليل عنها، ولكن إعطاء النصيحة في أمور غير فنيَّة تبدو وكأننا نفرض وصايةً على المريض، وهذا بالطبع يسيء إليه. إن المشاكل التي يطرحها المريض على المعالج النفسي هي مشاكل حياتية، علينا جميعًا أن نواجهها، ولا يمكن دراستها والتَّمكُّن منها بنفس الطريقة التي نتبعها في دراسة الدوائر الكهربائية أو المحاسبة أو القانون؛ فالحياة ليست موضوعًا قاصِرًا على الصِّفوة المختارة، ولا يحتكر الخبرة فيها أحدٌ. والمعالج النفسي لا يفوق أيَّ شخصٍ آخر خبرةً في الحياة، أمَّا خبرته فتكمن في قدرته على إقامة علاقات مع الناس، وفي فهمه لهم، وفي تيسير مُؤَهَّم في الموقف العلاجي النفسي بطريقة تجعلهم أكثر ثقةً في التعامل مع مشاكلهم في الحياة، كما أن نفوره من إعطاء النصيحة هو في حدِّ ذاته علاج؛ باعتبار أنه يوحي إلى المريض بأن مجردَ فهم مشاكله بوضوح سيُجعله قادرًا على اتِّخاذ قراراته بنفسه، شأنه شأن أيِّ شخصٍ آخر.

[HTTPS://T.ME/MKBTARAB](https://t.me/mkbtarab)

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

الفصل الخامس

التفسير

اعتاد أحد أساتذتي -إمانويل ميللر- عندما كنتُ أتدرَّب كطبيب نفسي أن يحكي قصة مريضٍ اعتاد أن يراه لمدة عام تقريبًا. كان الرجل يحضر ثلاث مرَّات في الأسبوع، ويستلقي على أريكة التحليل، ويندفع مباشرةً في عملية التداعي الطليق، وفي نهاية العام قال المريض إنه قد شُفي تمامًا، وقدم شكره العميق للدكتور ميللر، وقد أكَّد الدكتور ميللر أنه لم ينبس ببنت شفةٍ خلال تلك الفترة كلها. وبالرغم من أنه من المحتمل أن يكون الدكتور ميللر قد قلل من تقديره لدوره، إلا أن هذه القصة ليست بعيدةً عن التصديق كما قد تبدو لغير المُطَّلِع أو الخبير في هذا المجال؛ فالمعالِجُ النفسي عديم الخبرة لا ينتابه القلقُ بشأن ما يجب أن يقوله فحسب، بل إنه عادة ما يتحدث أكثر ممَّا يجب، ونحن نادرًا ما نستطيع تحمُّل الصمت لفترةٍ طويلة في جلساتنا الاجتماعية المعتادة، فإن لم نستطع ذكرَ شيءٍ مثير للاهتمام نلجأ إلى الحديث التافه عن الطقس. يجب على المعالجين النفسيين أن يتعودوا على تحمُّل فترات الصمت؛ إذ ربما تشير تلك الفترات إلى أن هناك شيئًا ما يُنْفِر المريض من الحديث عنه، أو أنه يجد صعوبة في أن يصيخ في ألفاظ أفكارًا ومشاعر لم يسبق له مُطلقًا أن ارتادها.

وعندها يحدث أحياناً أن نجد المريض الذي سبق له التحدُّث بحرية وقد أصابته الحبسة، فلا غبار على المعالج أن يلتقط حبل الحديث ويُكرِّر العبارة الأخيرة من حديث المريض في نبرةٍ من الاستفهام توحى بأنه يدرك أن هناك المزيد ممَّا يجب قوله، وأنه مُهتَمُّ كي يسمع هذا المزيد.

المريض: وعندئذ انتقلتُ من مدرستي إلى مدرسةٍ أخرى... (توقَّف).

المعالج: غيَّرتَ مدرستَكَ؟

المريض: نعم... غيَّرتُ مدرستي... (توقَّف طويل).

المعالج: (بعد انتظار طويل ملائم) يبدو كما لو أنَّكَ قد تذكَّرتَ شيئاً هاماً عن ذلك التغيير، أو أنَّكَ تجد صعوبةً في التحدُّث عنه.

المريض: هذا صحيح... لكني لا أدري لماذا وجدتُ نفسي أتذكَّر بشكل خاص أحدَ الأولاد الذي اعتاد أن يصنع تماثيلَ من الصلصال، وذات يوم صنع تماثلاً صغيراً لرجلٍ وقد برز قضييُّه إلى الأمام... لقد أضحك الأطفال الآخرين، بينما كنتُ أنا شديدَ الارتباك.

المعالج: أعتقد أنك لا تزال مُرتبكاً، وربما يفسر هذا لماذا توقفتَ طويلاً عن الاستمرار في الحديث.

هذه الجملة الأخيرة من حديث المعالج النفسي يمكن أن تُسمَّى تفسيراً، ولو أن ذلك قد يكون إطلاقاً لصفةٍ كبيرة على وإقعةٍ بسيطة لا تعدو استخلاصَ معنَى ممَّا وجده المريض من صعوبة في الحديث.

إن القيام بعملية التأويل جزءٌ من مهمَّة المعالج، وقد يعتبره البعض أكثر مهامته ورنًا. إلا أن هذه المهمة قد اكتسبت طابعاً ذا مهابة، بحيث توحى أنه لا يستطيعها إلا أولئك الذين سُمح لهم بالدخول إلى عالم اللا شعور السري الغريب؛ فالتأويلات القائمة على أساس التحليل النفسي قد تستند أحياناً إلى مُسلِّمات مُعيَّنة أو معرفة بعلم النفس المرَضِيّ مألوفةٍ للمعالج النفسي ذي الخبرة، والتي قد تَشقُّ على غير المُطلِّع. وعلى سبيل المثال: ستكون تفسيرات مدرسة

ميلاني كلاين "للموضوعات الداخلية"⁽¹⁾، أو تفسيرات أتباع يونج للأنيما Anima والأنيموس Animus⁽²⁾ أمورًا مُبهمةً بالنسبة للمعالج تحت التدريب الذي يباشر العلاج النفسي لأول مرة ولم يجد الوقت بعد - أو ليس لديها الميل - لقراءة ما يكفي من مؤلفات التحليل النفسي. ولكن ليطمئن بالأ، فإن مثل هذه التفسيرات لن يفهمها المرضى الذين سيраهم كمتبدي، وحتى لو كانت صحيحة، فإن عليه أن يعيد صياغتها إذا كان يريد للمريض أن يفهمها، ويميل المعالجون الذين يعرفون بعضهم البعض، وخاصةً إذا ما كانوا ينتمون للمدرسة نفسها، إلى استخدام لغة اصطلاحية كنوع من الحديث المختصر فيما بينهم، تمامًا كما يفعل الاختصاصيون في أي مجال، ابتداءً من التأمين وحتى الفيزياء النووية. إلا أن هذا الأسلوب يثير أعصاب المعالج المبتدئ في بعض الأحيان، وله تأثير (قد يكون مقصودًا أحيانًا) في خلق إحساسٍ لديه بأنه دخيلٌ أو أقل مكانةً. فإذا ما بدأ أساتذة العلاج النفسي في استخدام لغة اصطلاحية مُبهمة مع تلاميذهم فإني أنصح هؤلاء أن يتحدوهم ويطلبوا منهم توضيح ما يقصدونه بالضبط بلغة واضحة ومباشرة. وما لم يكن المريض الذي يتعامل معه الأستاذ قد سبق له العلاج لمدةٍ وعلى درجة عالية من الدراية بالتحليل النفسي، وبالتالي على معرفةٍ بهذه الرطانة؛ فسيتحتم عليه أن يبسط تفسيراته ويضعها في لغةٍ مألوفة. ربما تكون لغة المصطلحات وسيلةً ملائمةً لاختصار الحديث، لكن غالبًا ما يساء استخدامها للظهور بمظهرٍ مُتعمق زائف يعطي الكلمات احترامًا لا تستحقه.

إن أنواع التفسيرات التي يمكن أن يقدمها أي مُعالجٍ نفسيٍّ قضي مُدَّةً وجيزة في التدريب يمكن تقسيمها في تصوُّري إلى ثلاث مجموعات رئيسية:

أولًا: غالبًا ما تكون مهمة المعالج هي أن يجعل ما هو مفهومٌ مفهومًا، فمعظم المرضى الذين يقصدون العلاج النفسي يعانون من أعراض لا يجدون

(1) الموضوعات الداخلية Internal Objects تعني بها كلاين إدماج شيءٍ أو فكرة ضمن العقل أو التفكير أو الشخصية، كأن يتبنى المرء ويعتقد آراء وقيمٍ غيره أو المجتمع. فعندما يتحوّل الطفل عن القول "ماما ترى كذا" إلى قول نفس الفكرة، ولكن بعبارة "أنا أرى كذا"، فإنه يكون قد استدمج الفكرة، أو أنها قد أصبحت موضوعًا داخليًا. (المترجم).

(2) الأنيما والأنيموس: الأنيما هي الروح، أو كما يقول يونج: "ذلك الجانب من النفس المتّصل بالأشياء شعور، على عكس البرسونا أو الشخصية"، وهي تُعتَبَر عنده المكوّن الأثووي في صورة الروح عند الذكر، مثلما تكون الأنيموس المكوّن الذكري عند الأنثى. (المترجم).

لها تفسيراً؛ ولهذا فإنها تبدو أكثر خطورةً ممّا هي عليه فعلاً، فالابتلاء بمخافة الأماكن الواسعة (أجورافوبيا) أو بوساوس وأفكارٍ مُتسلّطة تدعو إلى العنف، أو الانشغال الذهني بانحرافٍ جنسيٍّ غير مقبول، تجعل المريض يشعر أن قدرته على السيطرة على ذهنه أقلّ في اعتقاده ممّا هو الحال عليه عند الأسوياء؛ ولذلك فإنه قد يكون مجنوناً أو في طريقه إلى ذلك، وإن لم يكن مجنوناً بالفعل فلا ريب أن به شيئاً غريباً، فإذا وجد أن تلك الأعراض مألوفة للمعالج ولم تُثر لديه أيّ انزعاج فإن ذلك يبعث على الاطمئنان، وإذا استطاع المعالج أن يقدم تفسيراً يبدو معقولاً لأصل تلك الأعراض فإن ذلك يؤدي إلى مزيد من الشعور بالاطمئنان، وهكذا فإنه على مدى عدّة لقاءات قد يتمكّن المعالج من إعطاء تفسيرات لمخافة المريض من الأماكن الواسعة.

"ممّا تقول يبدو الأمر كما لو أن والدتك كانت تتقلّق قلّقاً شديداً من خروجك وحيداً عندما كنت طفلاً صغيراً، بحيث إنها صوّرت لك العالم الخارجي كما لو كان مكاناً مخيفاً، إن مثل هذا الخوف إذا حدث لطفل في سنّ الثالثة لا يثير انتباهنا عادةً لأن غالبية الأطفال يكتسبون مزيداً من الثقة كلّما تقدّموا في السنّ، ويستطيعون شيئاً فشيئاً الخروج بمفردهم، ولكنّ الشيء غير الطبيعي في تخوّفك هو أنه استمرّ".

وهناك بالطبع عوامل أخرى تُسهّم في حدوث مخافة الأماكن المتّسعة وهناك تفسيرات أخرى لمنشئها، ولكن حتى مثل هذا التفسير البسيط الواضح الذي ذكرناه سيُخفّف من خوف المريض من الإبهام والغموض، بل إنه قد يكون صحيحاً أيضاً، إذا ما بدا من كلام المريض أن أمه كانت تُبالغ في رعايته وهو صغير.

الأمر بالمثل في تفسيرات أفكار المريض الوسواسيّة الداعية إلى العنف؛ فقد تكون بنفس البساطة والصدق على الأقل في البداية. ذات مرّة قدّمت امرأة لرؤيتي وهي تشكو من أنها تعاني من خوفٍ مُتسلّطٍ عليها بأنّها ربما تُلقى بطفلها حديث الولادة في "الغلاية"، أي تلك الأوعية النحاسية الكبيرة التي تُستخدّم لغلي الغسيل المتّسخ. ويُنّ تاريخها المرضي أنها كانت تقيم في بيت حماتها التي كانت مُستبدّة بها إلى حدّ كبير، وأنها قد سمّحت لحماتها -رغمًا عنها- بتولي شؤون

العناية بمولودها الجديد، وكان زوجها يخشى أمه ولا يستطيع الدفاع عن حقوق زوجته. وفي ظل تلك الظروف ظهرت الفكرة القهرية لوضع الطفل في الماء المغلي. وكان التفسير الذي قدّمته يدور حول فكرة أنه إذا تمّ التخلّص من الطفل فإن مشاكلها مع زوجها وأمه ستختفي؛ ولذلك فلا يبدو غريباً أن تخطّر ببالها فكرة التخلّص من الطفل. وقد وُفّر لها هذا التفسيرُ قدرًا كبيرًا من الارتياح. كما كان عليها أن تتقبّل فكرة أنها ليست "لطيفة" كما كانت تعتقد، وأن خضوعها المُفْرِط في التعامل مع الأقارب ليس هو الطريق المثمر. وبدا هذا التفسير معقولاً لها، وقد ساهم علمُ المعالج بأن الأفكار القهرية الداعية إلى العنف الشديد لا تخطّر إلا مثل هؤلاء الأشخاص الخانعين، في إدخال الطمأنينة إلى نفس المريضة وذلك عندما رأت المعالج يأخذ مثل هذه الأمور مأخذًا طبيعيًا. أمّا المعالج عديم الخبرة، الذي لم يصادف مثل هذه الحالة فلن تكون لديه مثل هذه الثقة، ولكنه سيكتسبها بسرعة إذا ما شاهد عددًا كافيًا من المرضى.

وهكذا نرى أن إحدى وظائف التأويل هي جعل الغامض واضحًا، إلا أن هذا نادرًا ما يزيل أيّ عَرَضٍ عَصَبيٍّ على الفور، ولكنه يفيد في تخفيف أي قلق يتناوب المريض بخصوص قواه العقلية، كما أنه يُحوّل العَرَضَ من شَبَحٍ خفيٍّ إلى مشكلة مُحدّدة وأكثر وضوحًا، يمكن معالجتها؛ فيبدأ المريض الذي يعاني من مخافة الأماكن المُتَسِّعة في تناول مسألة الاعتمادية بكاملها، بينما ترى المرأة التي تعاني من الوسواس القهري أنها إذا ما استطاعت أن تمسك بيدها زمام المبادرة في مختلف المواقف، فلن تتناوبها تلك الأفكار القهرية الداعية إلى العنف.

ثانيًا: ويهتمُّ التأويل بتتبُّع الصّلات بين الأحداث والأعراض وسمات الشخصية، والتي لا تكون واضحة لأول وهلة. وتختلف المدارس المتنوّعة للعلاج النفسي في الأهمية التي توليها لخبرات الطفولة، بوصفها عوامل تُشكّل الشخصية ومشاكلها بعد ذلك، ولكن الغالبية تتفق على أن الطفل هو أبو الراشد، سواء شكّلته أساسًا الوراثة أو الاتجاهات الوالديّة. فاستنباط معنى الأعراض العصابيّة قد يتضمّن الرجوع إلى طفولة المريض، أو عدم الرجوع إليها، فقد دعت الحاجة إلى ذلك في حالة مخافة الأماكن المُتَسِّعة، بينما لم تدعُ إليها في حالة الأفكار المتسلّطة الداعية إلى العنف، لكن كلاً التأويلين بالطبع غير كامل، بل ربما كان من المستحيل الوصول إلى تفسير كامل لأيّ عَرَضٍ أو سِمَةٍ شخصية، فعندما يبدأ المرء في فهم عَرَضٍ

مُعَيَّن فإنه لا يدري إلى أين سينتهي به المطاف، فلماذا كانت المريضة الوسواسية خاضعةً لهذا الحد؟ هل كانت تخاف أباؤها؟ أم أنها نشأت في بيتٍ مسيحيٍّ مَنْ يَضْرَبُ فيه على الخدِّ الأيمن يدير الخدَّ الأيسر؟ إن العَرَضَ المُفْرَدَ مثله مثل الحجر؛ يُلْقَى به في بحيرة الشخصية فيثير أمواجًا فيها، وبينما يغرق "السبب" في أعماقها يترك آثارًا على السطح تستمرُّ إلى ما لا نهاية.

ربما كان الكثير من أنماط السلوك التي اكتسبت في مرحلة الطفولة ملائمًا في حينه، لكن بعضها يستمرُّ دون داعٍ حتى مرحلة الرشد، إمَّا بقوة القصور الذاتي أو لأسباب أخرى. ويستطيع التفسير أن يكشف عن هذا الاستمرار؛ وبالتالي يساعد المريض على أن يشرع في تجريب طُرُقٍ أخرى للسلوك، فعلى سبيل المثال: قد يستمر بعض المرضى الذين نُشِّئُوا نشأةً "صارمة" وأفرط أهلهم في فرض السيطرة عليه- قد يستمرُّون -بحكم العادة- تابعين مُذعنين في المواقف التي تتطلب منهم دور القيادة. وفضلًا عن ذلك قد يبررون افتقارهم للمبادرة مُتذرعين بمراعاة آراء الآخرين، في حين أنهم في الحقيقة لا يزالون يتصرفون كأطفالٍ مذعورين. وفهمُ المرء لسلوكه بهذه الطريقة يُسمَّى أحيانًا "استبصارًا"، وهو مصطلح سوف نرجع إليه في الفصول المقبلة.

ثالثًا: والوظيفة الثالثة للتأويل هي توضيح التناقض بين ما يقول المريض إنه يشعر به، وبين ما يحسُّ به بالفعل من خلال وصفه لسلوكه. فإذا قال المريض إنه مُغرَمٌ جدًّا بزوجه، في حين نجده يهمل مَطالِبَها، وينسى إحضار ما تطلبه منه، أو يتجاهلها أمام الآخرين؛ فإنه يصبح من الواضح أن هناك تناقضًا بين ما يقوله عن إحساسه تجاه زوجته وبين الإحساس الذي يوضِّحه مَسَلِّكُه. على أنه ليست كل التفسيرات ذات طبيعة سلبية، بمعنى أنها تكشف للمريض حقائق قاسية عن نفسه يحاول التهرب منها، فكثير من المرضى الذين يعالجون نفسيًا يقللون من قيمة أنفسهم، في حين أنهم أطفُفٌ أو أذكي مِمَّا يعتقدون. وهكذا، فالمريض الجبان قد يكون أكثر جرأةً ممَّا يعتقد، والمريض المنشغل بمشاعر العدوان يمكن أن يكون أكثر حنانًا ممَّا يتصوَّر. وإذا ما قرأ المرء كتابات فرويد فسيميل إلى الاعتقاد بأن جميع التفسيرات لا بُدَّ أن تكون من النوع الذي يكشف عن الجوانب البغيضة من الشخصية، والتي فشل المريض في اكتشافها

في نفسه، وهذا ليس صحيحًا؛ فرغم أننا جميعًا نميل إلى أن نخدع أنفسنا فإننا نفعل ذلك في كلا الاتجاهين: نُغالي في ردائلنا مثلما نُغالي في فضائلنا.

ولا يجب مطلقًا صياغة التفسيرات في عبارات قاطعة أو تقديمها بصوت مُتسلطٍ أمرٍ، فلا مُبررَ هنالك لتقديم تفسيرات لا تنال موافقة المريض أو لا تعني شيئًا بالنسبة له. وفضلًا عن ذلك فقد يكون المُعالِجُ مُخطئًا فيما ذهب إليه. وأنا عادة ما أبدأ أي تفسير بعبارة متشككة، مثل: "يبدو لي كذا..."، فإذا ما وجد المريض أن تفسيري المقترح ذو معنى فلن يُقلل من تأثيره التعبيري عنه بشكلٍ مُتردد، وإذا لم يتفق معي فإن تعبيري المتشكك سيُجعل من السهل عليه إعلان رأيه.

والتأويل مصطلحٌ يحمل في طياته وجود خبرة خاصة في النفاذ إلى ما وراء الخداع الذاتي للمريض. ويُعتبر المُحللون النفسيون أشخاصًا وظيفتهم اختراق المظاهر الخادعة، ولا يأخذون شيئًا أبدًا على محمله الظاهر، ويلتمحون المعاني الخفية وراء أشفه العبارات. وهناك بالطبع جانب صحيح من جوانب هذا الاعتقاد يتلخص في أن التمرس الطويل بمراقبة سلوك الآخرين يؤدي بالمعالج النفسي فعلاً إلى إدراك العلاقات بين التعبير الظاهري والمضامين الكامنة وراءه، والتي لا تُتضح لمن لم يعتادوا على مثل هذا اللون من التفكير، ولكن الروائيين العظام لديهم أيضًا -على الأقل- مثل تلك القدرة على الملاحظة، ولا يعني هذا أن التفسير هو نوعٌ من الترجمة، أو يجب أن يكون كذلك؛ فهذه الفكرة مُستمددة ولا شك من نظرة فرويد إلى الأحلام باعتبارها دائمًا إخفاءً لشيء، "المحتوى الظاهر" هو ما يتدكره المريض، أي ما يبدو على السطح، و"المحتوى الكامن" هو المعنى الحقيقي، الذي لا تكشف عنه سوى تفسيرات المُحلل.

إن افتراض أن التعبيرات الظاهرة هي دائمًا قناعٌ يُخفي شيئًا مستورًا وغير مقبول قد أدى بالمحللين النفسيين إلى تفسيراتٍ سخيفة، وعلى سبيل المثال: يورد د. لانج في كتابه عن أطفاله "مُحادثات مع آدم وناتاشا"⁽¹⁾ أن ناتاشا سألت ذات مرة: "هل يستطيع الله أن يُقلد نفسه؟"، وطرح لانج هذا السؤال على "مونتي"، وهو أحد أصدقائه، ويُفترض أنه مُحلل نفسي هو الآخر، فكان تعليقه كالتالي:

(1) Laing, R. D. (1977). "Conversations With Adam and Natasha". New York: Pantheon Books.

"هناك علاقة وثيقة لا تُصدّق بين الجنس والموت. وسأخبرك عن مغزى السؤال، إنها تسأل: هل يمارس الربُّ العادة السرية؟"، ويجيب لانج: "وهذا يعني هل يمارس أبي العادة السرية؟". ويتابع مونتي: "تماماً، إنها ترغب في معرفة ما إذا كان بمقدورها أن تفعل ذلك معك بدلاً من ماما".

فهل تريد ناتاشا فعلاً معرفة أي شيء من هذا القبيل؟ لا يوجد -كما يبدو لي- أي دليل يدعّم هذا التفسير. ويُقرّر لانج أن أطفاله تربّوا على الإيمان بالله وأداء الصلاة. ويكون افتراض مونتي أن سؤال ناتاشا عن الله يشير إلى أبيها، مُقلِّلاً من قدر ذكائها وظروف تنشئتها، وبينما تبدو هناك صلة نفسية بين "الأورجازم" -قِمة اللذة الجنسيّة- (الموتة الصغرى)، وفكرة الموت، فلا يوجد هناك مُبرّر لافتراض أن ناتاشا كانت تخلط بين الفكرتين عندما سألت هذا السؤال، الذي يثير مشكلة هامّة، وهي إن كانت تؤمن بالله بالفعل.

ومتلئى كتابات التحليل النفسي بتفسيراتٍ لا تقبلُ سخفًا. فعلى سبيل المثال يؤكّد إيسلر⁽¹⁾ في كتابه الرصين عن ليوناردو دافنشي أن اهتمام ليوناردو بالرسم والأنماط المتغيرة في لوحاته المرسومة بألوان الماء يرجع أصلها إلى معاناته من التبوُّل الليلي اللا إرادي في طفولته، ولا يوجد لدينا دليلٌ أن ليوناردو كان يعاني من ذلك، كما أننا لا نعرف اتجاهات المجتمع في إيطاليا في القرن الخامس عشر نحو بَلِّ الفراش.

وتستند مثل تلك التفسيرات إلى مُسلّمَتين في التحليل النفسي. الأولى: أن أي شيء يشدُّ اهتمام الإنسان بعمقٍ لا بُدَّ وأن يكون مُستمدًّا من مصادر جِسميّة أوّلِيّة. والثانية: أن الإشباعات الجسدية الأوّلِيّة تكون غير مقبولة، لدرجة أنها تتخفّى دائماً تحت مُناوِرات ذهنية مختلفة، كالتسامي. ولتأخذ على سبيل المثال ما يقوله إرنست چونز عن الفنون⁽²⁾ في فصل خصّصه لذلك الموضوع في كتابه عن حياة فرويد: "عندما ينظر المرء إلى المواد المُستخدّمة في الفنون الخمسة -ألوان الزيت، الصلصال، الحجر، الكلمات، والأصوات- فإنَّ أيَّ سيكولوجي يجب

(1) Eissler. K. R. (1962) "Leonardo da Vinci: Psychoanalytic Notes on the Enigma". London: Hogarth Press and Institute Of Psycho. Analysis.

(2) Jones, Ernest (1957) "Sigmund Freud: Life and Work". Vol. III, P. 445, London: Hogarth Press.

أن يستنتج أن الاهتمام الشديد بِبِتِّ النظام فيما تسوده القوضى يعنى تسامياً غيرَ عاديٍّ بأشدُّ مُتَع الطفولة بدائيَّة، وأشدُّ أشكال الإنكار لها في الوقت نفسه". صحيح أن كثيراً من الأعراض العصابيَّة تُخفي دوافع غير مقبولة، ولكن لا يستتبع ذلك أن كل لفظ وكل اهتمام أو كل سلوك ليس كما يبدو، أو أنه نوع من الإخفاء، بل إن ذلك لا يَصْدُق حتى على الأحلام كما اعتقد فرويد. صحيح أن الأحلام قد تتطلَّب بالتأكيد نوعاً من التفسير إذا أردنا فهمها، ولكن ذلك يرجع إلى أنها تُصاغ بطريقةٍ رمزيَّة، وبِلُغَة "تصويرية" غير لفظية. وتدور بعض الأحلام بالتأكيد حول أمور يجد الحالم صعوبة في تَقْلُبها أو معالجتها، ولكن الصعوبة في فهمها لا ترجع إلى التخفي؛ فالكثير من الأحلام تحتوي صوراً عدوانيَّة أو جنسية واضحة، دون أي محاولة للتخفي.

إلا أنه يجب التنويه أنه في الفترة التي كان فرويد يكتب فيها كان التخفي أكثر شيوعاً في الحياة الاجتماعية ممَّا هو عليه الآن، ويعود جانب كبير من الفضل في أننا اليوم أكثر تقبُّلاً -من مجتمع فيينا في نهاية القرن التاسع عشر- لفكرة وجود دفعات جنسية وعدوانية أوئيَّة لدينا جميعاً- إلى كتابات فرويد. كما يجب أن نذكر أنه اتَّضح أن أغلب المرضى الأوائل لفرويد كُنَّ من النساء الهستيريات، اللاتي يعانين من أشكال جسيمة من فقدان الذاكرة والهستيريا التحوُّلية، من النوع الذي يَنْدُر مُصادفته اليوم. وهذا النوع من المرضى هو الذي يميل أكثر من غيره إلى إخفاء طبيعته عن نفسه. إن الهستيريين خُبراء في خداع النفس بطريقةٍ لا يجاريهم فيها أيُّ نوع آخر من الشخصيات، وهذا هو السبب في أنهم يبدون أحياناً مظهرٍ هستيريٍّ مزعج، ويتعاملون بزيْف شديد مع الآخرين. وأعتقد أن اكتشاف فرويد المدهش أن اختراق ستار التخفي غالباً ما يُزيل الأعراض الهستيرية، قد أدَّى به إلى التركيز بشكل كبير على دور التخفي في الأنواع الأخرى من الاضطرابات العصابية، وإلى افتراض أن مهمَّة التفسير يجب أن تهدف دائماً إلى كشف الستار عن مثل هذا التخفي. أمَّا في الممارسة الكلينيكيَّة فإن التفسير يهدف غالباً إلى لُفَّت الانتباه إلى المتناقضات، والكشف عن الصَّلَات الغامضة، واستخلاص المعنى ممَّا يبدو غير مفهوم أكثر ممَّا يهدف إلى إزالة الأفتعة، صحيح أن إزالة الأفتعة قد تكون جزءاً من العمليَّة، ولكنها ليست الهدف الرئيسي.

[HTTPS://T.ME/MKBTARAB](https://t.me/mkbtarab)

إن استخلاص المعنى من أعراض المريض وحديثه لا بُد أن يعتمد بالطبع على تصورات مُعَيَّنة للحياة وللطبيعة الإنسانية يؤمن بها المعالج، فلا يستطيع أحد الهروب من تأثير المعتقدات السائدة في زمنه وثقافته، ولا شك أن الأجيال المقبلة التي سيكون لديها معرفة أفضل بالسيكولوجيا والبيولوجيا ستسخر من بعض التأويلات التي نقدّمها لمرضانا اليوم. فضلاً عن ذلك، فإن الاختلافات النظرية بين المدارس المختلفة للتحليل النفسي تؤثر بلا شك على نوع التفسير التوضيحي الذي يُقدّم؛ فأصحاب مدرسة ميلاني كلاين الذين يعتمد فهمهم للإنسان على التقاليد المفترضة لعلاقة الطفل بالثدي، سيحاولون تتبّع منشأ الأعراض إلى تلك المرحلة من نموّ الطفل.

أما المُحلِّل المُعتقِد مذهب يونج فسيكون مُتنبِّهاً لاكتشاف الأنماط التعويضية، ووجود الأنماط الأولية، بينما سينزع المُعتقِد مذهب آدلر إلى إيجاد دليل على وجود "السعي من أجل التفوّق" وما شابه. وربما يندهش الطبيب المبتدئ في ممارسة العلاج النفسي عندما يكتشف أنه لا توجد -على ما يبدو- حقيقة واحدة يُقرُّ بها كلُّ المعالجين. على أن هذا لا يُغيّر من الأمر كثيراً، كما قد يعتقد المبتدئ، ولذلك عدّة أسباب، الأول: أن هناك اتفاقاً عاماً بين المُعالِجين النفسيين حول جوانب عديدة من السيكوباتولوجي، تُفوق ما يبدو عادةً من اختلاف. فقد كان تدريبي الأصلي على مذهب يونج، ونبئت فيما بعدُ بعض الخبرة على يد مُحلِّلٍ نفسيّ فرويديّ، إلا أنني لم أجد صعوبةً في التواصل مع أصحاب المعتقدات الأخرى من المحلّلين، أو في الوصول إلى اتّفاقٍ فيما يتعلّق بطبيعة مشاكل مريض مُعيّن. والكثير من الصعوبات التي تنشأ في عملية التواصل هي صعوباتٌ في تحديد المعنى. وهكذا نجد تشابهاً بين فكرة يونج عن الأنماط الأولية، وبين فكرة ميلاني كلاين عن "الموضوعات المستدمجة". ويقدم يونج نفسه⁽¹⁾ نماذج من حالات يمكن تفسيرها بنفس الدرجة من الصحّة، سواء من وجهة النظر الفرويدية أو الأدلريّة. يُرَكِّز آدلر على الفرد (الذات) الذي يبحث عن تفوّقه وأمنه هو نفسه بصرف النّظر عن (الموضوع)، أمّا فرويد فإنه يُرَكِّز كُليّةً على الموضوعات التي تعوق الفرد عن إشباع رغباته في المتعة أو تُيسّر له ذلك". ومهما كان الأمر، فإننا

(1) Yung, C, G (1942) "Two Essays on Analytical Psychology", Collected Works, Volume 7, P. 41. London: Routledge and Kegan Paul (1953).

إذا أُلزِمنا أنفسنا بتفسير بعض الأعراض المَعَيَّنة وفقاً لمعانيها بدلاً من مَنْشئها فسنجد أن هناك قدرًا كبيرًا من الاتفاق. وأعتقد أن جميع المعالجين النفسيين سيوافقون -مَثَلًا- على أن أعظم مأزق يواجهه المريض شبه الفصامي هو أنه إذا سمح لنفسه بأن يقترب من الناس فسيكون ذلك خطرًا عليه بطريقة ما، بينما إذا ظلَّ بعيدًا فإنه سيعاني من عُزَلَةٍ لا تُحْتَمَل. ومنشأ هذا المأزق قد يكون مَثَارَ خلاف، وقد يزعم البعض أن خوف المريض من الأذى الذي قد يُلْحِقُه بالآخرين أشدُّ من خوفه من الضَّرر الذي قد يناله منهم. ولكن الجميع سيَتَّفِقون على أن كلا النوعين من الخوف يدخلان ضمن سعي المريض للبحث عمَّا يُؤمِّنُ خوفه من التَّقَارُبِ من الآخرين. وهناك الكثير من أوجه التشابه بين التحليل النفسي ونظرية التَّعَلُّم، بل إن مفهومًا سَرِيًّا غامضًا كتكوين الموضوعات الداخلية عن طريق الاستدماج يمكن وضعه في أساليب أخرى تربط بينه وبين ما هو مُتَّفَق عليه، فغالبًا ما يُقال إن الأطفال "يتمثَّلون" قِيَمَ آبائهم، وأن تلك القيم تسكن مكانًا ما في أنفسهم، ولكنهم قد يتخلَّصون منها ويلقونها جانبًا فيما بعد إذا ما اختلفوا معها، ولكن أصحاب مدرسة ميلاني كلاين يُفَضِّلون استخدام لُغَةٍ مُسْتَمَدَّة من العمليات الجسمية كالابتلاع والإخراج؛ ممَّا يعكس اقتناع بعض المُحلِّلين بأنهم حين يستخدمون لغة الجسم فإنهم يقفون على أرض صلبة، بينما الحقيقة أن اللغات كَأَفَّة -بما في ذلك لغة الجسم- هي رمزية، والكثير منها مجازي.

والواقع أن الخلافات كَأَفَّة في تفسير نفس الظواهر التي يطرحها مرضى العُصاب يمكن حَلِّها، أمَّا تلك التي لا تقبل الحَلَّ فأعتقد أنها تتناول مستوى مختلفًا من "المعالجة"، حيث يظهر الجوانب "العقائدية" للخلافات بين المدارس. فالاعتقادات المختلفة -مَثَلًا- بشأن ما هي أسوأ أنواع الصدمات قد أُثِّرت على المُحلِّلين من مختلف الاتجاهات النظرية، دون أن تمسَّ -فيما أعتقد- النتائج التي يصلون إليها، أو حتى ما يقولونه للمريض، ويقدم رايكروفت⁽¹⁾ قائمةً من تلك الصَّدَمَات رُكِّز عليها مختلف المحلِّلين بدرجات متفاوتة كأسبابٍ مُحْتَمَلَة للعُصاب: الإغواء الجنسي بواسطة الكبار، صدمة الميلاد، اكتشاف الفروق بين الجنسين، الانفصال عن الأم في الطفولة، وخوف المرء من أن تطفئ عليه نوازعه.

(1) Rycroft, Charles (1968) "Anxiety and Neurosis", P. 29, London, Allen Lane, The penguin Press.

وَيَدْعِي بَعْضُ "الشُّكَّاك" أَنْ أَيْ تَفْسِيرٍ خَيْرٍ مِنْ عَدَمِهِ، وَأَنَّهُ ظَالِمًا كَانَ الْمَرِيضُ يَثِقُ بِمَحَلِّهِ النَّفْسِيِّ فَإِنَّهُ سَيَبْتَغِي أَي تَفْسِيرٍ يُقَدِّمُ لَهُ، سِوَاءَ كَانَ نَابِعًا مِنْ تَقَلُّبَاتِ الْعِلَاقَةِ بِالثَّدْيِ، أَوْ مِنْ نَشَاطِ الْأَقْرَامِ الْأَشْرَارِ الْقَادِمِينَ مِنَ الْفَضَاءِ الْخَارِجِيِّ. وَهَنَّاكَ بَعْضَ الْحَقِيقَةِ فِي هَذَا الْقَوْلِ، وَلَكِنَّهَا لَيْسَتْ بِالْقَدْرِ الْمَفْتَرَضِ عَمُومًا. وَمِنَ النَّاحِيَةِ الْعَمَلِيَّةِ فَقَدْ اتَّضَحَ أَنَّ مَسْأَلَةَ الْمُنْشَأِ أَوْ الْأَصْلِ أَقْلُ أَهْمِيَّةٍ بِكَثِيرٍ مِنَ الْمَسْأَلَةِ الْوُجُودِيَّةِ، أَي مَا يَقُومُ بِهِ الْمَرِيضُ بِالْفِعْلِ هُنَا وَالآنَ. فَسِوَاءَ اعْتَقَدَ الْمَرْءُ أَنَّ الْحَوَازِ (الْوَسُوسَةَ) يَنْشَأُ مِنْ صِرَامَةِ التَّدْرِيبِ عَلَى النِّظَافَةِ أَوْ لَا يَنْشَأُ عَنْهُ، فَإِنَّهَا تَظَلُّ مَسْأَلَةً نَظَرِيَّةً ذَاتَ وَزْنٍ ضَعِيفٍ -وَالْحَقُّ أَنَّ هَذِهِ وَاحِدَةٌ مِنْ نَظَرِيَّاتِ فَرْوِيدِ التَّبَيُّ تَفْتَقِرُ فِيمَا يَبْدُو إِلَى الدَّلِيلِ الَّذِي يُدْعِمُهَا- وَلَكِنْ الشَّيْءُ الْمُهْمُ هُوَ أَنَّ يَفْهَمُ الْمَعَالِجَ كَيْفَ يَتَصَرَّفُ الْحَوَازِيُّونَ، وَكَيْفَ يَحْسُونُ، وَمَا الَّذِي تَعْنِيهِ طَقُوسُهُمْ بِالنِّسْبَةِ لَهُمْ، وَمَاذَا تَطَرُّوا لَهُمْ أَفْكَارًا قَهْرِيَّةً، وَمَاذَا تَعْتَمِدُ حَيَاتُهُمْ عَلَى اتِّخَاذِ الْحَيْطَةِ وَالْحَذَرِ، وَمِنَ الْوَاضِحِ أَنَّ جَانِبًا كَبِيرًا مِنْ سُلُوكِ الْحَوَازِيِّينَ يُمْكِنُ رِبْطُهُ بِالتَّأَثُّرَاتِ الْوَالِدِيَّةِ، وَإِذَا دَوَّنَ الْمَعَالِجُ تَارِيخَ طِفُولَةِ مَرِيضِهِ بِدَقَّةٍ فَسَيَتَوَقَّرُ لَدَيْهِ أَمْثَلَةٌ كَثِيرَةٌ عَنِ إِفْرَاطِ الْوَالِدِينَ فِي الْقَلْقِ، وَتَدْقِيقُهُمَا الشَّدِيدِ، وَخَوْفُهُمَا مِنَ الْأَتْسَاخِ وَالتَّلَوُّثِ، وَهَكَذَا... إِلَّا أَنَّ خَيْرَ اسْتِخْدَامٍ لِهَذِهِ الْمَادَّةِ هُوَ أَنْ نَصِيغَ مِنْهَا قِصَّةً مُتَمَاسِكَةً عَنِ كَيْفِيَّةِ ارْتِبَاطِ شَخْصِيَّةِ الْمَرِيضِ الْبَالِغَةِ بِشَخْصِيَّتِهِ وَتَدْرِيبِهِ فِي الطِّفُولَةِ، وَمِثْلُ هَذِهِ الْقِصَّةِ الْمَتَمَاسِكَةِ هِيَ مَا نَحْتَاجُهُ لِفَهْمِ أَعْرَاضِ الْمَرِيضِ وَتَكْيُفِهِ الْحَالِي مَعَ الْحَيَاةِ. وَلَنْ تَكْتَمِلَ أَبَدًا مِثْلُ هَذِهِ الْقِصَّةِ، وَلَنْ يَسْتَطِيعَ الْمَعَالِجُ أَبَدًا أَنْ يُحَدِّدَ مِقْدَارَ مَا أُسْهَمَتْ بِهِ الْأَضْرَارُ الْمُبْكَرَةُ فِي شَخْصِيَّتِهِ الْبَالِغَةِ، وَلَا مِقْدَارَ مَا يَرْجِعُ مِنْهَا إِلَى أَسْبَابٍ وَرَائِيَّةٍ لَا يُمْكِنُ تَحْدِيدُهَا.

وسواء كانت حَوَازِيَّةُ الْمَرِيضِ ذَاتَ مَنْشَأٍ وَرَائِيٍّ (جِنِينِي) أَوْ تَرْجِعُ إِلَى التَّدْرِيبِ الصَّارِمِ عَلَى النِّظَافَةِ، فَلَا أَهْمِيَّةَ لِهَذَا مِنَ النَّاحِيَةِ الْعِلَاقِيَّةِ؛ فَالْأَطْفَالُ الَّذِينَ تَنْضَجُ عَقُولُهُمْ فِي مَرِحَلَةٍ مُبْكَرَةٍ يَكُونُونَ غَالِبًا ذَوِي حَسَاسِيَّةٍ مَفْرُطَةٍ لِتَلْمِيحَاتِ الْآبَاءِ؛ وَبِالتَّالِيِ يَسْتَجِيبُونَ لَهُمْ كَمَا لَوْ كَانُوا أَكْثَرَ تَسَلُّطِيَّةً مِمَّا هُمْ عَلَيْهِ فِي الْوَاقِعِ. وَهَنَّاكَ حَالَاتٌ لَا يَسْتَطِيعُ الْمَرْءُ إِزَاءَهَا -مَهْمَا بَلَغَ تَشَكُّكُهُ- إِلَّا أَنْ يَقْتَنِعَ بِحُدُوثِ خَطَأٍ مَا فِي عِلَاقَةِ الطِّفْلِ بِأُمِّهِ فِي مَرِحَلَةٍ مُبْكَرَةٍ جَدًّا. وَمِنَ الْمُدْهَشِ حَقًّا أَنَّ نَتَاجِ الْبَحُوثِ الْحَدِيثَةِ تَمِيلُ إِلَى تَأْيِيدِ افْتِرَاضَاتِ التَّحْلِيلِ النَّفْسِيِّ مِنْ حَيْثُ اكْتِشَافِ أَنَّ الْأَطْفَالَ أَكْثَرَ حَسَاسِيَّةً لِسَبْتِهِمْ سَمْعِيًّا وَبَصَرِيًّا وَخِلَالَ اللَّمَسِ مِمَّا كَانَ يُفْتَرَضُ قَبْلَ

ذلك، وأنهم بحاجة للاستشارة والتنبيه، أي الحديث إليهم واللعب معهم وما إلى ذلك، أكثر مما كان مُعتقداً. وليس الشيء المهم على أي حال أن يُقنِعَ المُعالِجُ المريضَ أن هذا أو ذاك من صدمات التنشئة هو سبب أعراضه، فهناك -كما أسلفْتُ- اختلافات نظرية متعدّدة في هذا الموضوع، ولكن المهم أن يفهم وضع المريض، وما عاناه خلال نمُوهِ ونشأته.

إن المحللين النفسيين ذوي العقائد الجامدة والذين يُخفِقون في خلق تجاؤِبٍ ملائمٍ مع مرضاهم، والذين لا يفهمون الطبيعة الإنسانية إلا في حدود عقائدهم الجامدة بدلاً من استخدام حدسهم في فهم أنفسهم والآخرين، هؤلاء المُحلِّلون يُنقِّرون مرضاهم أحياناً بما يقدمونه من تفسيرات مُصاغَةٍ في لغة الاصطلاحات هذه. وخير مثال على الفشل الكامل في التواصل بين المريض والمحلِّل ما جاء في كتاب أستاذ علم النفس البروفسور سودرلاند "الانهيار" (1)) عن مشاكلكه العُصابيَّة الخاصة. ولن ندهش لاعتقاد سودرلاند بفشل التحليل النفسي، إذا ما سلّمنا بأن ما جاء في كتابه كان وصفاً أقرب ما يكون إلى الدقة لما حدث. إن مثل هؤلاء المُحلِّلين قد استبدلوا الاعتقاد بالفهم، وحوّلوا العلاج إلى عملية تغيير للمُعتقَدات بدلاً من أن يكون وسيلةً للفهم الصادق والحميم لإنسان آخر. ويفترض بعض الكُتّاب مثل ويليام سارجنت الذي تسيطر عليه فكرة "غسيل المخ"، أن أنواع العلاج النفسي الدينامي كافة تعتمد فيما تنجزه من شفاء على عملية تغيير المُعتقَدات هذه. ولا شكٌ عندي في أن مثل هذا الحُكم غير دقيق؛ فما يساعد الناس في الحقيقة هو خليطٌ من العوامل التي سنتناولها خلال هذا الكتاب، ولكنه خليط لا يكون تغيير المُعتقَدات هو مُكوِّنه الأساسي. ولا أظنُّ أن أحداً من مرضاي قد عرف ما إذا كنتُ أنتمي إلى يونج أو فرويد أو إلى أي "مدرسة" أخرى. وأنا على يقينٍ أنني لم أُغيِّرْ معتقَدات أي شخص لكي أُحوِّله إلى تابعٍ ليونج أو فرويد، ومع ذلك فأنا أعتقد أن النتائج التي أحرزتها -على تواضعها- لا تُقلُّ عمّا أنجزه الآخرون.

هناك فئات مُعيَّنة من الخبرة العُصابيَّة والسلوك العُصابي يمكن للطالب أن يتعلَّمها من الكتب والمحاضرات وحلقات البحث، ومن الخبرة الكلينيكية في

تسجيل تاريخ حالات مرضى العيادات الخارجية. ولكنه سيتعلم المزيد إذا تابع العلاج النفسي لعددٍ من المرضى الذين يدرُسهم ويعرفهم عن قُرب، وكذلك من استكشاف مشكلاته ودفاعاته هو نفسه. إن الشرط الأساسي لكي يكون المرء مُعالِجًا نفسيًا جيّدًا ليس خُطّةً نظريةً مُحكّمة (لا يأتيها الباطل من أمامها ولا من خلفها) وإنما هو المقدرة الواسعة على التعاطف والتّواؤم مع أنماط مُتعدّدة من الشخصيات.

الفصل السادس

الأحلام وأحلام اليقظة

الرسوم والكتابات

يجب أن يستعدَّ المعالج النفسي خلال عمله مع المريض للاستماع إلى الأحلام والتعليق عليها. وحيث إن تأويل الأحلام لا يزال يعتبر مهارة غامضة، يمتلكها فقط أولئك الذين حصلوا على خبرة طويلة وتدريب كامل في التحليل، فإن المبتدئين يتهرَّبون في الغالب من تفسير الأحلام، باعتبار أنهم ليسوا أكفاء لها، وهذا أمر مُؤسِّف. صحيح أن جميع الأحلام ليست من النوع الذي ينير الطريق أو يساعد على العلاج، إلا أن بعضها له هذه الميزة. وإذا لم يكن المعالج مُستعدًّا للتعامل معها فإنه يحرم نفسه والمريض من شيء ثمين.

فهل من الواجب أن نسأل المريض عن أحلامه؟، يتمسك بعض المعالجين بشدَّة بقاعدة أن المبادرة يجب أن تأتي من جانب المريض، ودون حَسِّ، بمعنى أن المرء لا يجب أن يتدخَّل على الإطلاق في تلقائية المريض في الحديث بمثل ذلك السؤال. والبعض الآخر -وأنا واحد منهم- يعتقد أنه من المشروع أن تسأل المريض إذا كانت لديه أحلامٌ يودُّ مناقشتها، شريطة ألا يقطع السؤال مجرى حديث المريض

<https://t.me/mk1btarab>

أو يحرقه عن بعض المسائل الانفعالية المُلحّة التي يحاول أن يبوح بها. افترضت في الفصل الثاني أن يقوم المعالج النفسي الذي يُحوّل إليه مريضٌ جديد بكتابة التاريخ الشخصي للمريض بنفسه، وهذه مناسبة صالحة ليتحقّق ممّا إذا كان المريض شخصًا من النوع الذي يتذكّر أحلامه أو يوليها أي أهمية؛ فالقلق الذي يصاحب الذهاب لرؤية طبيبٍ جديدٍ لأول مرة، يحدث في الغالب على ظهور الأحلام التي يمكن تذكّرها، ومن المفيد دائمًا أن تسأل المريض الذي تراه لأول مرة هل يحلم أحلامًا كثيرة ويتذكّرها، وهل حلم في الليلة السابقة قبل قدومه لرؤية المعالج لأول مرة؟، فإذا افترضنا على سبيل المثال أن المريض قد حلم أنه بدأ رحلة ما، وأنه قلقٌ أشدّ القلق؛ لأنه خشي أن يفوته القطار، وأنه قد وصل أخيرًا إلى وجهته ولكنه وجد ناظر المحطة أوّل رجلٍ شرطبة ينتظره نافذ الصبر، وبوجهه عابِس؛ فإن هذا الحلم يكشف بوضوح عن موقفه من السُلطة، ممثّلة في المعالج، وسيقدّم فورًا موضوعًا قيّمًا ومفيدًا للمناقشة.

ومن المفيد أيضًا أثناء كتابة تاريخ الحالة لأول مرة أن نسأل ما إذا كان قد سبق للمريض أن عانى وهو طفل من الفزع الليلي (الكابوس) وبالأخص إذا ما تكرّرت أحلامٌ معيّنة أثناء طفولته. ويبدو في الغالب أن الأحلام المتكرّرة دليلٌ على وجود مشاكل لم تحلّ. وربما تلخّص سلسلة كاملة من المشاكل يمكن تجميعها تحت عنوان أو موضوع واحد. فعلى سبيل المثال، تذكّر أحد الأشخاص أنه وهو طفل صغير تكرّرت رؤيته لحلمٍ مُفْرِطٍ في الإزعاج، كان يكافح فيه عبثًا ليُفكّ شبكة مُعقّدة من الخيوط التي تداخلت بطريقة غير عادية لا سبيل لحلّها، وبعث الحلم شعورًا بالعجز الكامل، وقبلة الحيلة لديه، بحيث أحسّ أن أي مجهود من جانبه مهما كان لن يُفكّ تلك العُقَد- يمكن "تأويل" مثل هذا الحلم على عدّة مستويات، ولا شك أنه سيُتخذ معاني مختلفة وفقًا للمدرسة التي ينتمي إليها المُحلّل، وفي اعتقادي أنه لا يحتاج إلى التأييل على الإطلاق، لكن يمكن اتّخاذهُ نُقطةً بدءٍ قيّمة للاستفسار عن طفولة المريض. فهل كان غالبًا يحسّ بقلّة الحيلة مثلما ظهر في الحلم؟ وإن كان الأمر كذلك، فما هو السبب؟ وهل كان هذا الشعور بالعجز ينطبق على حياته بشكل عام أو على جوانب معيّنة من جهوده أثناء الطفولة؟، وهل شعر قطُّ بمثل هذا الشعور الآن؟. وعادة تترك مثل هذه الأحلام المتكرّرة وراءها ذكرى وجدانيّةً حيّةً، كما أن نغمتها الانفعالية التي

يسترجمها المريض أثناء السرد تفتح على الفور نافذة تُطلُّ على العالم الداخلي لمشاعر المريض.

ومن المفيد أيضًا أن تسأل عن الأحلام في المناسبات التي يحضر فيها المريض المنتظم في العلاج للجلسة ويعلن أنه ليس لديه ما يقوله، فغالبًا ما يحتوي الحلم الذي يتمُّ تذكُّره في مثل هذه الظروف على إشارات للمشكلة التي اعترضت تدفُّق أفكار المريض وحديثه، وربما كانت بعض المسائل الحميمية عن حياته والتي يُخجله جدًا أن يكشف عنها، وربما كانت مشاعر أحسُّ بها تجاه المعالج، ولكنه لم يتحقَّق منها أو لا يستطيع أن يعترف بها. وغالبًا ما تكون الأحلام وسيلةً مفيدةً للتحليل على هذا الطريق المسدود، ولا توجد نظرية عامة مقبولة حاليًا (في لحظة كتابتي هذه) فيما يتعلَّق بمعنى الأحلام، لكن لا يجب أن يعوقنا هذا عن الاستفادة العملية منها. ولقد كان فرويد هو المسؤول في العصور الحديثة عن إحياء فكرة أن الأحلام جديرة بأن تؤخذ بشكل جديٍّ، وبالرغم من أن آراءه الأساسية في الأحلام لم يتمِّ التأكد منها، إلا أننا ندين له بفضل إعادة تأكيد أهميتها. وقد اعتقد فرويد أن الأحلام تمثِّل في الغالب رغبات غير مقبولة لم يتمِّ إشباعها، وأغلبها نوازعٌ غريزيَّة تستمدُّ نشأتها من طفولة العالم المبكِّرة. "إن لدينا ما يُبرِّر القول بأن كل إنسان متمدين تقريبًا يحتفظ في الغالب بالأشكال الطفليَّة للحياة الجنسيَّة بشكلٍ أو بآخر، هكذا يمكن أن ندرك كيف تكون تلك الرغبات الطفليَّة المكبوتة أكثر القوى الدافعة شيوعًا، وأشدَّها قوَّةً في بناء الأحلام"⁽¹⁾. كما اعتقد فرويد أن تلك الرغبات لا تظهر بشكل مباشر في الأحلام، ولكنها تتخفَّى بطرُقٍ مختلفة كي تصبح مقبولةً للحام، ومن هنا فإن الحلم يتطلَّب "تأويلًا"؛ فما يتذكُّره الحالم هو "المحتوى الظاهر" للحلم فقط، أمَّا "المحتوى الكامن" وهو المعنى الحقيقي للحلم فلا يمكن الكشف عنه إلا بعد عمليَّةٍ طويلةٍ تتعرَّض فيها تداعيات الحام لجميع صور الحلم إلى فحصٍ تحليليٍّ خبير.

وعلى الرغم من أن الأحلام لا تُصاغ بلغة الحديث اليومي، فلا يوجد في الواقع ما يدلُّ على أن جميع الأحلام تُخفي شيئًا غير مقبول، كما لا يوجد سببٌ كافٍ للاعتقاد بأن جميع الأحلام تمثِّل رغباتٍ لم يتمِّ إشباعها، وقد أدرك فرويد نفسه

(1) Freud, Sigmund (1901) On Dreams, P.682 Standard Edition Collected Works, Vol. 5. London: Hogarth Press. (1953)

هذا عندما تعرّض لأحلام أولئك الذين سبق لهم أن تعرّضوا لبعض "الأحداث الصدمية"، والذين يحلمون أحلامًا مُتكرّرة تبدو فيها الصدمة بجلاء ودون تحفّف، وافترض أن هذه الظاهرة تشير إلى أن الحلم عبارة عن محاولة للسيطرة على المثير المزعج، وهي نظرة إلى الأحلام أعتقد أنها أكثر نفعًا من نظريته الأصلية، وقد كانت رؤية يونج للأحلام مختلفة تمامًا عن رؤية فرويد لها، فأولًا: لم يعتبر الأحلام "إخفاءً" ومُداراة، بل هي تعبيرٌ بلُغةٍ رمزيّةٍ قد يصعب أو يسهل فهمها، ولكنها في جوهرها شكّلٌ طبيعي للتعبير الإنساني، فالشعر على سبيل المثال نوعٌ آخر من التعبير الإنساني، يلعب فيه المَجازُ والرّمزُ دورًا رئيسيًّا، لكننا لا نعتبر معظم الشّعْر محاولة مُعمّدة للغموض. وثانيًا: رأى يونج أن الأحلام يمكن أن تحتوي على كافة الأشياء.

"إن الاعتقاد بأن الأحلام ليست إلا تحقيقًا خياليًا لرغبات مكبوتة أمرٌ عَفَى عليه الزمن. صحيح أن هناك أحلامًا تمثّل رغباتٍ أو مخاوفٍ بشكل واضح، ولكن ما هو الحل مع بقية الأشياء الأخرى؟، فرما تحتوي الأحلام على حقائق لا يمكن إنكارها، وعلى آراء فلسفية وأوهام وخيالات مُغرقة في الإغراب، وذكريات وخُططٍ وتوقّعات وخبرات غير منطقية، وحتى التخاطر 'التبائي'، وأشياء أخرى لا يعلمها إلا الله"⁽¹⁾. وثالثًا: افترض يونج أن النفس هي جهازٌ يُنظّم نفسه كالجسم تمامًا، وقد سبق لي شرح هذا في كتابي عن يونج⁽²⁾، فالأجزاء الشعورية واللا شعورية من العقل في علاقة عكسيّة مع بعضها البعض، ويستتبع ذلك أن الأحلام باعتبارها تنبثق من اللا شعور يمكن اعتبارها في بعض الحالات تعويضًا عن بعض الاتجاهات العقلية الشعورية المتحيّزة أو المتطرّفة. وقد استشهدت في كتابي عن يونج بحلمٍ لفتاةٍ رأت أمّها في الحلم كشخصٍ عدوانيٍّ ومُدْمِرٍ، مع أنها في حياتها الشعورية لا تستطيع أن تقول عنها إلا كل خير. ويورد يونج أمثلةً عن أشخاص يغالون في قدراتهم الذاتية شعوريًّا فيحلمون أحلامًا تشير إلى أنهم قد تجاوزوا حدودهم.

(1) Yung, C. G (1931) the Practice Of Dream Analysis P. 147 in "The Practice of Psychotherapy... Collected Work", Vol. 16 London: Routledge and Kegan paul (1954).

(2) Stor, Anthony (1973) Yung, London: Fontana Modern Mater

عندما يروى المرضى أحلامهم، قد يكون من المفيد أن نضع في اعتبارنا أن هناك أربع طرقٍ محتملة في النظر إليها: الأولى أن بعض الأحلام تمثل بالتأكيد رغبات يغلب عليها طابع الجنس أو الطموح تماماً كأحلام اليقظة. الثانية: كثيراً ما تعمل الأحلام كمنفذٍ لتصريف الدوافع التي يستحيل على الحالم التعبير عنها، أو التي لا يستطيع الإقرار بها ولو جزئياً؛ والدوافع العدوانية تجاه المعالج أو تجاه أصحاب العمل أو الوالدين أو غيرهم من أصحاب السلطة هي مكونات دائمة للأحلام. والأمر بالمثل مع الدوافع الجنسية للحالم تجاه الناس الذين يرغب فيهم ولكن لا يستطيع الوصول إليهم لأسباب اجتماعية أو لأسباب أخرى. وتحدث أحلام الجنسية المثلية لأولئك الذين هم في الغالب أسوياء جنسياً، كما تحدث الأحلام الجنسية السوية لأصحاب الجنسية المثلية. الثالثة: كثيراً ما يكون للأحلام جانبٌ أو دور تعويضي كما في الحالات التي وصفها يونج؛ فالشعور يسعى إلى جعل آرائنا بسيطة ومحددة، ولكن عادة ما يوجد وجهٌ آخر لأي اتجاه شعوري قد نمرح به؛ لهذا فإن الأحلام كثيراً ما تظهر بعض مشاعر الودّ تجاه أشخاص سبق أن اعتقدنا بالكراهية التامة لهم، والعكس بالعكس. فربما يكتشف الملحد جانباً دينياً في نفسه أو يكتشف العالم بأنه لا يطيع قواعد العقل والمنطق كما كان يعتقد في نفسه. الرابعة: كثيراً ما ترتبط الأحلام فعلاً بالمشاكل التي يجدها الحالم والتي لم يجد لها حلاً بعد، فنحن إذا ما كُنّا على وشك مواجهة موقف اجتماعي يثير قلقنا، فإننا في العادة نقوم بالتدرب على ما سنفعله، فنتخيّل ما ستكون عليه المناسبة، ونفكر فيما سنقوله أو كيف سنبدو، وبشكل عام نحاول أن نُقلّل من قلقنا بأن نعدّ أنفسنا لكل احتمال نستطيع أن نتنبأ به. وتعمل الأحلام عادة على إبراز المشاكل التي لا يعيها المريض كلياً، والتي يحاول أن يطبّق عليها عملية التوفيق من النوع الذي أسلفناه. إن هذا الجانب من الحلم والمتعلّق بحل المشاكل يتّضح بجلاء في تلك الأحلام التي يعثر فيها العلماء والمبدعون من الناس على الحلول. على أنه من الإنصاف أن نعتزف أيضاً بأن حلول المشاكل غالباً ما تأتي بكثرة في حالات التأمل والاستغراق في الخيال، ما بين النوم واليقظة، أي تأتي في أحلام اليقظة أكثر منها في أحلام الليل.

عندما يروى المرضى أحلامهم فإن معنى الحلم يمكن أن يكون واضحاً في الحال للمعالج، أو للمريض، أو لكليهما، من ناحية أخرى يمكن أن يكون الحلم غامضاً

تمامًا، وفي هذه الحالة أطلب من المريض أن يخبرني عما يَردُّ إلى ذهنه عن الصور المختلفة التي ظهَرت في الحلم، وبهذه الطريقة يمكن أن نحصل على فكرة عامَّة عما يعنيه الحلم، ورغم أن بعض الأحلام تعيد الماضي وتشتقُّ بالتأكيد من طفولة المريض المبكِّرة، إلا أن بعضها الآخر يتعلَّق بشكل مباشر بأحداث اليوم السابق، وخاصَّة -كما يبدو لي- بالأحداث التي لم يدرك الحالم دلائلها بشكلٍ كامل، أو التي طرَحَت عليه مشاكل لم يستطع معالجتها تمامًا. ويميل المعالج النفسي تحت التدريب إلى الانزعاج إذا ما عرَّض عليه مريضه حلماً؛ ذلك لأنه يعتقد أن المريض يتوقَّع منه تأويلًا كاملاً وصحيحًا له، إلا أن هذا لا يحدث في التطبيق -إن حدث- إلا نادرًا؛ إذ سرعان ما يدرك المريض أن الأحلام ليست مادَّةً يمكن تفسيرها بشكل أوتوماتيكي عقائدي جامد، ولكنها في الغالب دلائل ذات قيمة، تشير إلى الهموم الانفعالية والتي ربما لم يُقدِّرها المريض حقَّ قدرها. وفضلاً عن ذلك فإنه يطلب من المريض أن يساهم في فهم الحلم مثله مثل المعالج، أو يجب أن يطلب منه ذلك، أي أنه مُطالب بالإدلاء بمسندعياته لمختلف الصور والأحداث في الحلم؛ وبذلك يساهم في مسؤولية محاولة الوصول إلى تفسير مقبول ومُقنع. وتُفهم بعض الأحلام بسهولة، فإما أن تكشف عن ماضي الحالم، أو تلقي الضوء على مشاكله الحالية. والبعض الآخر لا يمكن فهمه في الحال، لكن يمكن أن تُفهم في مرحلة متأخرة من العلاج على ضوء اكتشافاتٍ لاحقة. وبين الحين والآخر تُدُّ الأحلام المريض والمعالج كليهما بخبرات ذات عمقٍ لا يُنسى. هذه هي الأحلام (الجمعية) التي يعشقها يونج وأتباعه، والتي يبدو أنها تتبع من مصدرٍ موهلٍ في القَدَم، أبعدهمًا يستطيع الحالمُ تصوُّره شعوريًّا، وكثيرًا ما يكون في الإمكان اكتشاف موضوعات أسطورية في مثل تلك الأحلام من النوع الذي نصادفه في قصص الجان والفلكلور. ويعتقد يونج -وأنا معه- بأن هناك أساسًا أسطوريًّا للخبرة الإنسانية لانه في العادة، ولكنه يُعبَّر عن نفسه بطرق مختلفة لا تجعلنا ندركه. فالرَّواج الواسع الذي نالته رواية تولكين "سيد الخواتم" Lord of the Rings، يحمل الدليل على تعطُّش الإنسان إلى الأسطورة والرمز⁽¹⁾، وهي الحاجة التي تُشبعها جزئيًّا قصصُ الخيال العلمي، فعندما ننغمس في عالم المغامرات البطولية التي تنشب فيه المعارك بين قوى الخير والشر وتُنجز المآثر العظيمة،

(1) لعل في رواج "الف ليلة وليلة" خير مثال على ذلك. (المترجم)

وتُضَيِّعُ العروش وتُقَلِّدُ التيجان، وتُبَدِّلُ التضحيات وتبرز الشجاعة الفائقة - عندئذٍ تتخذ حياتنا معنى لا يوجد في الحياة اليومية المعتادة، ويبدو لي أمرًا معقولاً أن بعضاً من ذلك الإحساس بالمشاركة في الأحداث العظيمة ربما يكون ضرورياً للصحة النفسية، وهي فكرة يؤيدها ما نلاحظه من انخفاض الإصابة بالأمراض العصبية في زمن الحرب، ولكن متابعة هذه الفكرة يخرج بنا عن مجرى الحديث، بل ويتطلب كتاباً آخر، ويكفي أن نؤكد هنا أن الأحلام يمكن في بعض الأحيان أن تقودنا إلى عالمٍ داخليٍّ من نوع خرافي، وأن كلاً من المعالج والمريض قد يجدان نفسيهما مشدوهين مأسورين بمثل تلك الأحلام. ويوجد العديد من الأمثلة مثل هذه الأحلام في أعمال يونج وتابعيه.

منذ عدة سنوات أخبرني مريضٌ بالحلم التالي: (ولا أورده هنا كمثالٍ لحلم أسطوري على الرغم من صلته الواضحة بعالم الأساطير؛ ولكن لأنه يوضح حقيقة أن دراسة حلمٍ واحد يمكن أن تثير العديد من التساؤلات عن جوانب تستحقُّ البحث من حياة الحالم).

حَلِمَ الرجل أنه ينظر إلى نافذة عرض أحد المحلات، وكان بداخلها تمثالٌ لامرأة جميلة يقف على قاعدة مُربَّعة، وكان التمثال وقاعدته قد صُنعا كلاهما من مادة شفافة؛ ممَّا مَكَّنَ الحالمَ من أن يرى أن هناك حروفًا نُقِشت على الجانب السفلي للقاعدة. وأدرك أن ما كُتِبَ هناك هو سرُّ حياة، لكن لأن الحروف كُتِبَت بطريقة مقلوبة ومعكوسة فإنه لم يستطع قراءتها.

يثير هذا الحلم الكثير من التساؤلات؛ فما علاقة الحالم بالمرأة؟ وما علاقته بالقرن؟؛ ربما كانت النساء بالنسبة له أعمالاً فنيَّة أكثر من كونها كائناتٍ بشريَّةً دافئة، أو ربما يضعهن ويضع مشاعره تجاههنَّ في مكانة عالية سامية؟؛ وأي نوع من الناس ذلك الذي يسعى لمعرفة سر الحياة؟؛ هل هو من أولئك الناس الذين لا نعدم وجودهم، سواء بين المُحلِّلين أو المرضى، والذين يعتقدون فكرة أن هناك نظاماً واحداً للفكر يُقدَّم تفسيراً كاملاً للحياة، ويوجب على كل أسئلتها؟... وإذا كان الأمر كذلك، فهل يكشف الحلم عن جانبٍ آخر أكثر تشكُّكاً في شخصية الحالم يؤمن بأن سرَّ الحياة لا يمكن فهمه أو إدراكه بشكل كامل؟؛ أو هل قضى

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

الحالم حياته كلها في كفاحٍ لا جدوى منه يحاول الوصول إلى المستحيل وبالتالي يعكس الحلم يأسه؟.

وربما كان الحديث سيتطرق خلال علاج المريض إلى تناوُل هذه المسائل، حتى ولو لم يحدث هذا الحلم. ولكن الحلم أثار كل تلك المسائل مباشرة؛ لأنه نتاجٌ عفويٌّ لعقلية المريض لم يخضع لإرادته، ويؤدّي مباشرة إلى قضايا لم تكن لتظهر لأسابيع مُقيلة. وهذا يبدو مثلاً للأحلام التي تلخّص اتجاهات ومصاعب الحالم في حَيِّزٍ ضيق. ورغم أنه تمّ القيام بقدر كبير من البحوث وخاصة منذ اكتشاف النوم المصحوب بحركة العين السريعة REM إلا أننا لا نزال بعيدين عن معرفة كل ما يجب معرفته عن الأحلام؛ لذلك فإن التأويل العقائدي الجامد ليس مُلائماً؛ فالأحلام -مثلها مثل الأعمال الفنية- يجب أن تُتاح لها الفرصة لتحدث عن نفسها. وكتب طبيبُ القرن السابع عشر المشهور السير توماس براون يقول: "ومهما بدت الأحلام زائفةً فيما يتعلّق بالأحداث الخارجية إلا أن لها مغزىً حقيقياً في موطنها، وبواسطتها يمكن أن نفهم أنفسنا بشكل أفضل؛ فالناس أثناء نومهم يتصرفون بدرجة من الاتفاق مع ما يحسونه أثناء اليقظة، كما يستمدّون من الأحلام العزاء أو هبوط الهمّة. إن الأحلام تُخبرنا عن أدقّ خبايا أنفسنا"⁽¹⁾، لقد قيل هذا الكلام منذ ثلاثمائة سنة، وأشكُّ أننا نستطيع أن نضيف شيئاً.

ويجب على المعالجين النفسيين أن يهتموا أيضاً بأحلام اليقظة؛ فهي أيسرُ في الفهم من الأحلام؛ ذلك أنها رغم خضوعها بشكل كبير للانفعالات، يفرض عليها الوعي نوعاً من التماسك تفتقر إليه الأحلام، وتحدث أحلام اليقظة لكل الناس، رغم أنه يكون من الصعب أحياناً دفعهم إلى الكشف عنها، والحقيقة أنه يوجد لدينا جميعاً نوعٌ من الشريط السينمائي يعمل طيلة الوقت في مستوى ما تحت الوعي الخاضع لإرادتنا مباشرة، شريط سينمائي نقوم فيه بدور أو أدوار قيادية. ولقد قلت في الفصل الرابع إن كثيراً من الناس ينشغلون بحوارٍ داخلي (مونولوج) كذلك الذي وضعه جيمس جويس على لسان ليلي بلوم في نهاية رواية يوليسيس. ويبدو أن لدى كل شخص تقريباً أحلاماً يقظةً يحقق فيها النجاح، والإشباع الجنسي أيضاً، وما سيفعله عندما يصبح غنياً جداً، أو رئيساً للوزراء، أو

(1) Browne, Sir Thomas (1977) On Dreams in Sir Thomas Browne: The Major Work. Harmondsworth: penguin, p. 477.

كاتبًا أو رسامًا كبيرًا، أو كم هو مُمتِعٌ أن "ينام" مع الفتاة الجميلة التي تجلس أمامه في "الباص". وكتب تولستوي في كتابه "الطفولة والصبا والشباب" يقول: "لا يلومني أحد إن كانت أحلام يقظتي في مرحلة مراهقتي صبيانيَّةً كتلك التي كانت في مرحلتي الطفولة والصبا، وأنا على يقين أنه إذا ما قُدِّر لي العيش حتى أرذل العمر، واستمرَّت حكايتي على مَرِّ السنين، سأحلم وأنا عجوز في السبعين أحلامًا مستحيلَّةً وطَقِييَّةً تمامًا كما يحدث الآن. فسوف أحلم بما رأيتُ الحسنة التي تقع في غرامي، وأنا رجلٌ عجوز قد فقد أسنانه، مثلما وقَّعت في غرام مازيبا. وكيف أن ابني الأبله يصبح وزيرًا، أو كيف أنني فجأة وبدون مقدِّمات أجد نفسي أمتلك الملايين. إنني على يقين أنه لا يوجد هنالك إنسان ولا مرحلة عمر تخلو من هذه المواساة العذبة للحلم"⁽¹⁾.

إن وجود أحلام اليقظة في كل زمان ومكان لا يعني أنها عديمة الفائدة، أو أنها لا تستطيع إلقاء الضوء على الشخصية؛ فأحلام اليقظة -شأنها شأن كثير من منتجات العقل- "متعدِّدة الأوجه"، فقد تكون تهويمات (فانتازيا) هروبيَّةً، أي وسيلة لتفادي مهام ومصاعب الحياة الفعلية. ومن ناحية أخرى قد تكون "بروفات" لأفعال مستقبلية، أو محاولات نافعة لإيجاد حلول للمشاكل.

وكثيرًا ما نجد لدى المرضى ذوي الشخصيات شبه الفصامية أحلام يقظة بعيدة تمامًا عن الواقع، وتعكس انزواءهم وغربتهم. وتشترك أحلام اليقظة تلك في كثير من السمات مع ضلالات الذهانيِّين، ولو أن الفرد ذا الشخصية شبه الفصامية لا يخلط بين أحلام اليقظة والحقيقة كما يفعل الفصاميُّ. ويبدأ ذلك النسق من الضلالات والأوهام لدى المريض الفصامي بأن يتخيَّل نفسه شخصًا ذا مكانة عظيمة، كنوع من أحلام اليقظة الهروبيَّة، والتي تواسي المريض عن فشله في الحياة، ولكنها لا تحمل أي تلميح إلى أي جهد يحتمل أنه بذله للحصول على تلك المكانة. وتصبح تلك الضلالات بعدئذٍ دعامةً أساسيةً في احترامه لنفسه وتقديره لها، لدرجة تُرغمه على الاعتقاد بصدقها، بحيث لا يستطيع اعتبارها بعد ذلك نوعًا من أوهام تحقيق الرغبات.

(1) Tolstoy, Leo (1964) *Childhood, Boyhood, Youth*, p. 184, Harmondsworth: penguin.

وكثيراً ما يصبح المرضى ذوو الشخصيات شبه الفصامية غارقين في أحلام اليقظة، لدرجةٍ تُدمر ارتباطهم بالعالم الخارجي، وعندما يفشل مثل هذا النوع من المرضى في دراستهم أو يفقدوا وظائفهم فإن السبب يكون أحياناً أن عالم أحلام اليقظة الداخلي قد أصبح مُغرياً لدرجة لا يستطيعون معها انتشال أنفسهم منه ليلتفتوا إلى الأمور الدنيوية التافهة. وينتاب بعض هؤلاء المرضى أحياناً يقظة من النوع المُفزع الذي يجعلهم يشعرون بأنهم غير قادرين على السيطرة على عقولهم، وأنهم مُهددون بالجنون، وهو فزع قد يكون له ما يُبرره.

ويكتسب استكشاف أحلام اليقظة أهمية خاصة في حالات الأشخاص الذين يعانون من مشاكل جنسية، فالأشخاص الذين انعزلوا خلال طفولتهم ومراهقتهم ولم يشاطروا أقرانهم خبرةً مُؤمّ مشاعرهم الجنسية يميلون إلى إيجاد حياة جنسية تدور حول أحلام يقظة ذات طبيعة استمنائية، ومن نوع مُسرف في لا واقعية غالباً، ومما كانت ممارسة الاستمناء تعود على صاحبها بإشباع جزئيٍّ؛ فإنها تُدعم حلم اليقظة بطريقة تجعله مُطاً ثابتاً، يعوق قدرة المريض على إقامة علاقة جنسية مع شخص حقيقي.

وهناك نوعان متضادان تماماً من أحلام اليقظة لهما ذلك التأثير: الأول، ويشيع وجوده بين النساء الهستيريات، هو ذلك النوع الذي نصادفه في المجلات النسائية وفي الروايات الرومانسية، حيث تنتهي مثل هذه الحكايات بأن تفوز البطلة بحبِّ بطلٍ بارِعٍ قويٍّ الرُّجولة، لا يطلب منها سوى الاحتفاظ بجمّالها. أمّا النوع الثاني من أحلام اليقظة فيشيع لدى الرجال في الغالب، ويكون بشكلٍ أو بآخر نوعاً من تلك الخيالات التعيسة المتكررة التي توجد في البورنوجرافيا، أي الأعمال الإباحية.

إن الإفصاح عن كلا النوعين من أحلام اليقظة غالباً ما يكون أمراً مؤملاً للمرضى، ولكنه بداية ضرورية للتغيُّر. وسنجد على وجه العموم أن الأشخاص الذين ثبتوا على المرحلة الاستمنائية من مُؤمهم الجنسي يعانون أيضاً من صعوبات أخرى في تكوين علاقات حميمة بالناس، وبالأخص من ناحية التلامس والتعامل الجسدي؛ إذ تسيطر أحلام اليقظة على العلاقة الحقيقية مع شخصٍ آخر، لا بسبب أنها

تجلب بعض المتعة فحسب، ولكن لأن البديل -وهو إقامة علاقة جسدية حميمة وحقيقية مع شخص آخر- يكون إمّا أمرًا كريهًا، أو مُخيفًا، أو كليهما.

هذه بعض الجوانب السلبية لأحلام اليقظة. وبالمقابل فإن الكثير من أحلام اليقظة ليست هروبًا، ولكن كما سبق لنا القول، "بروفات" لأفعال مستقبلية أو محاولات لإيجاد حلول للمشاكل. فبعض إنجازات العقل البشري العُظمى إمّا استمدت نشأتها من أحلام اليقظة، فاعتمدت نظرية النسبية الخاصة لأينشتاين على قُدْرته على أن يحلم خلال يقظته بكيف سيبدو الكون للمُراقب الذي يسافر بسرعة الضوء، ولم ينسب أينشتاين نجاحه إلى تفوقه كعالمٍ في الرياضيات أو الفيزياء، وإنما إلى قدرته على التخيل. وتوجد أمثله أخرى للوظائف الإيجابية لأحلام اليقظة في كتابي عن الإبداع⁽¹⁾، أو في دراسة جيروم سنجر الممتازة للموضوع⁽²⁾.

سيصادف المعالج النفسي مرارًا مرضى في منتصف العمر يعانون من الاكتئاب، وبالأخص من النساء اللاتي كبر أبناؤهن وأصبحن يشعرن بأنه لا حاجة بأحد إليهن، أو من الرجال الذين وصلوا إلى نهاية المطاف في وظائفهم ولا يجدون هدفًا يسعون إليه. ولقد وجدت من المفيد أن أطلب من مثل هؤلاء الناس أن يستعيدوا أحلام اليقظة التي كانت تنتابهم أثناء المراهقة. وغالبًا ما وجدت أن الطموحات والاهتمامات التي كانت ذات قيمة كبرى حينذاك قد أهملت أثناء سنوات تكوين الأسرة وبناء المستقبل، وأن إحياء أحلام يقظة المراهقة ربما يفتح الطريق مرةً أخرى إلى انطلاقة جديدة قد تجعل الحياة مثيرةً، بدلاً من الروتين الممل. إن المخرج من أزمات منتصف العمر قد يعتمد على تنمية تلك الجوانب من طبيعة المرء التي لم تسنح لها الفرصة أن تنمو أثناء سنوات الكفاح التقليدي.

عندما يجد مرضاي صعوبة في التعبير اللفظي عما يشعرون به، فإنني أقترح عليهم في بعض الأحيان أن يرسموا خيالاتهم، وقد يعترض بعضهم بأنه لا يستطيع الرسم، ولكن لما كان المطلوب هو رسمٌ عاديٌّ وليس عملاً فنيًا فإن الأمر سهل عليهم. وتُعبّر الصور الزيتية من خلال استخدام اللون، عن مزاج المريض بشكل حيٍّ، وتكشف خاصة عن الاكتئاب المتخفي، والذي ربما لا يظهر من خلال حديث

(1) Storr, Anthony (1972) "the dynamics of creation". London: scker and Warburg.

(2) singer, Jerome L. (1974) daydreaming and fantasy. London: allen and unwin.

المريض أو هيئته. ولا تفيد الصور الزيتية في الكشف عن الأحوال الجارية فقط، ولكن لها في حد ذاتها وظائف علاجية أيضًا. وسبق أن أشرنا في الفصل الرابع إلى التأثير التباعدي لوضع الأمور في ألفاظ. وللصور أيضًا نفس التأثير، ولكنها أكثر فائدة؛ إذ من الممكن الاحتفاظ بها والعودة إلى النظر فيها مرّةً أخرى، بينما الألفاظ قد تُنسى إن لم تُسجّل. ويرسم بعض المرضى أحيانًا صورًا متسلسلة تُسجّل تقدّمهم الانفعالي بشكل مذهش. وكما هو الأمر مع الأحلام، لا يجب على المعالج المبتدئ أن يشعر بأنه مضطّر أن يفسر كل جوانب الرسم، فرمها يرى أشياء لا يراها المريض، لكن المريض هو الذي سيقدم التأويل في أغلب الحالات. وتعتبر الرسومات الزيتية الملونة أيضًا نوعًا من "الواجب المنزلي في فترات ما بين الجلسات العلاجية، ويكون لها أهميتها، خاصّة بالنسبة لأولئك المرضى الذين تتباعد فترات مجيئهم. وقد يسأل المريض الذي يعاني من نوبات الغضب واليأس معالجه النفسي: "وما الذي سأفعله حتى ميعاد اللقاء المقبل؟ وماذا أفعل إن انتابتني تلك المشاعر؟"، وكثيرًا ما أقترح على مثل هذا المريض أن يرسم ما يعتريه، ولقد وجد العديد من المرضى أن هذا الأسلوب يمكنهم من التحكم في انفعالاتهم بدلًا من الشعور الدائم بأنهم تحت رحمتها.

ويدوّن بعض المرضى وبنفس الطريقة مذكراتٍ يوميةً عن تقدّمهم في العلاج النفسي (أو عدم تقدّمهم)، أي -ببساطة- تسجيلًا مفصّلًا لأفكارهم وأمزجتهم ومشاعرهم، ولهذا فائدته المساوية تمامًا للرسم. وبينما يغمر عدد قليل جدًا من المرضى المعالج بعدد كبير من الرسومات، فإن عددًا كبيرًا من المرضى سيحاول إغراقه بما كتبوه، لدرجة أنه إذا ما أراد قراءتها جميعًا فإن الوقت المخصّص للمريض يتضاعف مرّةً أو مرّتين. وإحدى طرق التملّص هو أن تُلقَى المسؤولية على المريض بأن تقول: "حسنًا، يبدو من الواضح أنه لن يوجد لدي وقت لقراءة كل ما كتبت؛ فهل تتكرّم وتخبرني بما اكتشفته من خلال الكتابة، وما الذي تظنّه أكثر أهمية؟"، أو: "أخبرني... أي جزء منها تشعر أنه يحتاج إلى المزيد من التوضيح؟".

عالجتُ ذات مرّة مريضةً تتابها نوبات متكررة من الانهيارات الذهانية من نوع دراميّ جدًا، فعندما كانت تتابها حالة الذهان تصبح بعيدةً عن تناول المعالج النفسي، ولكنها تصبح متعاونةً وراغبةً في تلقي المساعدة فيما بين النوبات،

ولقد شجّعها معظم الأطباء الذين سبق أن رأتهم على أن تتجاهل محتويات هذا الدُّهان، وأن تنسى كل ما يتعلّق بفترات جنونها، بمجرد أن تنتهي. ولقد خاطرتُ بتشجيعها على أن تكتب قصّة مرضها على أساس أنها بهذه الوسيلة سيقلُّ شعورها بأنها واقعة تحت رحمة المرض عند تكراره، وقد قامت بذلك فعلاً ونشرت الكتاب باسمٍ مستعار⁽¹⁾. وبعد أربعة عشر عاماً لم تُعانِ خلالها من نوبات المرض كتبت إليّ تستفسر عن موضوع آخر، ولقد سألتها عندئذ ما إذا كانت الكتابة أدّت إلى تحسُّن صِحَّتِها، ولقد سمّحت لي بنشر نصِّ ردّها، فقالت: "نعم، لقد كان تأليف ذلك الكتاب في غاية الفائدة، خاصة عندما كانت الأحداث حيّةً في ذهني، وكانت كتابته تبدو كما لو كنت أضع مشاكلي في صندوق وأغلقه؛ وبذلك تمكّنتُ من نسيان كل شيء عنه لعدّة سنوات، وقد أفادني ذلك أيضاً من ناحية أخرى، فلو لم أكن قد كتبتُ ذلك الكتاب فغالباً ما كنت سأخشى الزواج. ولكن بعد أن قرأه 'زوج المستقبل' لم يُغيّر رأيه في الزواج مني".

إنني على يقين أن زواجها بعد سلسلة النوبات التي أصابتها كان أكثر أهمية من "الكتابة" في مساعدتها على الاحتفاظ بتوازنها، ولكنني على يقين أيضاً بأن أحداً لا يستطيع "نسيان كل شيء" عن الأمور المزعجة داخل نفسه ما لم يواجهها. والكتابة عن هذه المسائل هي إحدى الوسائل لتحقيق ذلك.

(1) Coats, Morag (1964) Beyond all reason. London: Constable.

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

الفصل السابع

الموضوعية والمعرفة الحميمة

يتمكّن المعالجُ النفسي خلال عمله اليومي من معرفة عدد كبير من الناس معرفةً حميمةً، وهذا بالتأكيد واحد من أكثر جوانب عمله فائدةً ومُتعةً، أمّا أولئك الذين يمارسون العلاج النفسي كمهنةٍ تستغرق كل وقتهم فإنهم يتعرفون على أكبر عدد من الناس بطريقة حميمة أكثر من غيرهم في أي مهنة أخرى، وفضلاً عن ذلك يعرف المعالجون النفسيون مرضاهم أكثر من معرفتهم بأصدقائهم وزملائهم في العمل، بل وفي أغلب الأحيان أكثر من معرفتهم بأزواجهم وأطفالهم. وبالرغم من أنه يبدو لكثير من الناس أن المودة التي تنشأ عن العلاقة الجنسية هي أوثق الصّلات الإنسانية الحميمة، إلا أنني لا أعتقد هذا الرأي. صحيحٌ أن العلاقة الجنسية الحميمة تُشجّع في الغالب الأنواع الأخرى من الصّلات الحميمة -ومن هنا جاءت تقاليد الجاسوسية أثناء الحرب في استخدام "الجاسوسة الحسنة" لانتزاع الأسرار من ضباط العدو- إلا أنها في الحقيقة تجعل التواصل اللفظي أقل أهميةً، بل إنها تخلق وهم التفاهم المتبادل الذي يتبدّد بوصول العلاقة الجنسية إلى نهايتها. إن ممارسة العلاج النفسي قد جعلتني أدرك أن كثيراً من الأزواج والزوجات لا يعرفون إلا القليل عن بعضهم البعض، حتى

عندما تكون العلاقة الجنسية مُشَبَّعة. وقد يفتقر المعالج النفسي إلى المعلومات عن جوانب مُعيَّنة من حياة مريضه لأنه لا يعيش ولا ينام معه، ولكنه -إذا كان متمكِّناً من مهنته- سيعرف مريضه معرفةً حميمةً لا -ولن- يصل إليها أي شخصٍ آخر. ويرجع ذلك إلى كمية الوقت الكبير التي يخصُّها المعالج لكل فرد يعالجه، وهي مدة لا يوجد لها مثيل في أي علاقةٍ أخرى. كما يرجع أيضًا إلى أن هذه العلاقة الحميمة هي من جانبٍ واحد بالضرورة، فأثناء العلاج يضع المعالج نفسه في خدمة مريضه. إن هذه السِّمة المميِّزة للعلاج النفسي لا نظير لها إلا في حالة الاعتراف الكنسي، فهدف المعالج هو أن يزيد المريض معرفةً بنفسه بالعمل كمرآةٍ عاكِسةٍ يرى فيها المريض نفسه، وكذلك بالقيام تدريجيًّا ببناء صورةٍ مُتسِّقةٍ مفهومةٍ لشخصية المريض، قائمة على روابط تفسيرية كما سبق القول في الفصل الخامس. ولا يمكن رسم مثل هذه الصورة إلا بعد استفسار طويلٍ ومُسهَّب. ونتعرَّض في هذا الفصل لاكتشاف بعض العوامل التي قد تعوق معرفة المعالج النفسي بمريضه معرفةً حميمةً كما ينبغي. كما نتعرَّض لتوضيح نوعيَّة الاتجاهات التي يجب على المعالج النفسي -في اعتقادي- أن يسعى إلى اتخاذها نحو المرضى وجدانيًّا وعقليًّا، وسأفترض أن المعالج النفسي لديه الذكاء الكافي ليرى العلاقات والروابط ويقدم التفسيرات المعقولة، أي أنه شخص يمكن الاعتماد عليه، مُتسِّقٍ ومنطقي، يلتزم بمعايير المهنة، ولديه اهتمام حقيقي أصيل بمشاكل الناس، وبالتالي بعض القدرة على التعاطف الوجداني مع مرضاه.

إن أول صعوبة تواجه المعالج النفسي هي كيف يتخلَّص من تحيُّزاته وأحكامه المسبقة. ومهما ظننا في أنفسنا من موضوعية ومهما حاولنا ذلك، فإننا لا نتعامل مع أي شخص نقابله لأول مرَّة كما لو كان شيئًا مجهولًا تمامًا، وبالأخص إذا ما كنَّا مهتمِّين به، كما يجب على المعالج أن يكون؛ ولذلك فإننا نحاول أن نصنِّفه. افترض -على سبيل المثال- أنَّك مسافر في قطار، وأن رجلاً غريبًا يجلس أمامك، ووجدت نفسك مُنجذبًا إليه (أو نافرًا منه) ستقول لنفسك إنه يشبه "رجل أعمال"، وقد تستمرُّ في استنتاجاتك، حسب قدرتك على التخيُّل ودرجة اهتمامك به، فتتخيَّل عمره، وسكنه، ونوع عمله... إلخ. إن الطبيعة الإنسانية تمقت الفراغ، وسنجد أنفسنا نرسم صورة الأعراب الذين يصادفوننا من خلال تجاربنا، ومن خلال مخزون الذكريات المستمَّدة من خيراتنا الماضية والتي لا مفرَّ من أن تمتلئ

بها عقولنا. وهذا "التصنيف" هو تكييفٌ بيولوجيٌّ في الأصل، ونوع من الاحتياط الأمني؛ فالإنسان البدائي الذي يواجه غريباً عنه في حاجة لأن يتبين الصديق من العدو، وأن يحصل على كل الدلائل التي تُمكنه من التعامل مع ذلك الغريب.

إلا أن خبرتنا بالناس في الماضي ذات حدّين، فبدونها لن تستطيع التعامل مع الأعراب مُطلقاً، وبها أيضاً نكون مُعرضين للوقوع في تصوّرات خاطئة يجب تصحيحها أو التخلّي عنها، إذا ما أردنا معرفة الآخر كما هو بالفعل. وهكذا إذا ما نشأنا على الاعتقاد بأن الرجال حُمَرَ الشّعْر سريعو الغضب؛ فإننا سنحكم حكماً لا يستند إلى مبرر بأن المريض ذا الشّعْر الأحمر الذي دخل إلى مكثبي في الثوّ واللحظة هو حادّ المزاج أيضاً، وإذا ما كان للمريض لكنةً انجليزيةً تُميّز الطبقة العليا فإننا قد نفترض خطأً أنه متعجرف أو مُدّعٍ للأرستقراطية. فالمعالج الشاب أو عديم الخبرة غالباً ما يُصدر أحكاماً مستمدّةً من "خبرته السابقة"، وخاصّةً أساليب التنشئة أثناء الطفولة والعلاقات بالوالديّن. إن إحدى النتائج الباهرة لممارسة العلاج النفسي هي أنها تتيح للمعالج قدرًا كبيراً من المعرفة حول الثبائُن بين الناس الذين ينحدرون من بيئات اجتماعية مختلفة، فسوف يتعلّم أن تنشئة الأطفال في "إلفورد" تختلف عن تنشئتهم في "تشيلسي"، وأنه يوجد في بعض الضواحي (في لندن) تناقُسٌ اجتماعي شديد بين العائلات، بشأن الممتلكات المادية، بينما يُحتَقَر مثل هذا التنافس في بعض المناطق الأخرى.

ولا تزال مسألة الانتماء إلى طبقة اجتماعية تحكم الحياة الاجتماعية في إنجلترا بطريقة لم نتمكّن بعدُ من التغلّب عليها؛ ولذلك فإنه مهما كانت الفئة الاجتماعية التي ننتمي إليها فلا توجد لدينا أدنى فكرة عن كيف تعيش الفئات الأخرى. وقد يجد المبتدئ في ممارسة العلاج النفسي نفسه يتهيّب المرضى الذين ينحدرون من وسط اجتماعيٍّ "راقي"، أو جاهلاً بأولئك الذين ينحدرون من بيئة اجتماعية تختلف عن بيئته، إلا أنه إذا ما التزم المعالِج الصُمّت والاستماع كما بيّنا في الفصل الثالث فسيجد أن المريض يقدّم له المعلومات الكافية التي تُمكنه من تجنّب الأخطاء المحرّجة. وكمثال لهذا الخطأ أتذكّر حالة رجل كان يُعالج بطريقة التحليل النفسي على يد مُحلّلة أوروبية ذات خبرة واسعة، وكان الرجل ينتمي لأسرة عريقة ونشأ في ضيعة واسعة بالريف، وبينما كانت تستمع لحديثه عن مراهقته لم تستطع أن تصدق افتقاره لأي تجربة مكثّرة في الجنس، وقالت:

"لكن من المؤكّد أنك قد نلّت من البنات الريفيات في ضيعة والدك". إن مثل هذا القول يدلّ دلالةً قاطعة على الافتقار التام لمعرفة كيفية تنشئة طفل انجليزي في سن المدرسة، بالإضافة إلى عدم الإدراك الكامل للعلاقة بين مُلاك الأراضي الانجليزي ومستأجري أراضيهم، ومع ذلك فإنه يمكن التغلّب على أكبر الفوارق الثقافية، شريطة أن يكون المعالج مُستعدّاً للاستماع والتعلّم بدلاً من التعجّل بإعطاء ملاحظات فجّة. ولقد أقتنعتني معاليج غيني يتدرّب في هذا البلد (انجلترا) بأنه حتى تلك الفروق الهائلة بين طريقة حياته العائلية وبين الحياة العائلية لأي مريض يقابله ليست صعبةً التجاوز، ومع ذلك فقد أنفق هو نفسه عدّة أشهر لكي يجعل المشرف على تدريبه في التحليل النفسي يفهم خلفيته الثقافية.

وقد يشعر المبتدئون في ممارسة العلاج النفسي بالخرج عندما يقابلون مرضى أكبر منهم سنّاً، وأكثر ذكاء وموهبةً؛ ولذا فإنه من المفيد أن نتذكّر أنه حتى أولئك الأشخاص ذوي النفوذ والتأثير بدووا حياتهم كأطفال لا حول لهم ولا قوة، وأن الذكاء العالي قد تلازمه البلادة الانفعالية، وأن الموقف في العلاج النفسي يقدّم فرصةً فريدة للكشف عن الذات لن يجد لها المريض مثلاً مهما كان رفيع الثقافة، اللهمّ إلا إذا كان قد تعرّض للعلاج النفسي من قبل. فإذا ما كان الأسلوب الذي يبادر به المعالج مريضه ملائمًا ويسهل له الانطلاق في الحديث سيجد المبتدئ أن الغالبية العظمى من المرضى لا تأبه لعدم خبرته، هذا إذا أدركوها على الإطلاق. أشرفّت ذات مرّة على طبيبة كانت قد بدأت علاج أول حالة لها، ولما كان الرجل على درجة عالية من الثقافة وأكبر منها سنّاً وأكثر منها خبرةً واطلاً -ومن المحتمل أكثر ذكاء-؛ فإنها كانت وجّلة، إلا أنه عندما أتى لزيارتي لأرى مدى تحسّنه، علّق قائلاً إن مُعالجته على درجة عالية من الكفاءة والميران. وعلى أي حال، سوف يجد المعالج أنه كلّما زادت معرفته بمريضه قلّ إحساسه بالرهبة؛ إذ إن الرهبة واحدة من تلك الإسقاطات النابعة من طفولة المعالج نفسه عندما كان "الوصول" إلى الكبار أمرًا يبدو فوق طاقته.

ولا يعني اختفاء الرّهبة الإقلال من احترام المريض أو التغاضي عن تفوّقه ذهنيًا واجتماعيًا ومعنويًا عن المعالج. والحقيقة أنه كلما اقترب المرء من الناس اقتربًا حميمًا زاد احترامه للسُّبُل التي يسلكونها للاحتفاظ بشجاعتهم وكرامتهم في مواجهة ما قد يعانونه من اضطرابات انفعالية خطيرة.

وقد يجد المعالج نفسه - إذا ما استبعدنا المصاعب التي أوردناها للتوّ - مواجهًا بتحيّزاتٍ أخرى من صنعه هو نفسه، فبعض المعالجين (مثل يونج ورايش) كانوا متحيّزين ضد الأشخاص الشاذّين جنسيًا. والمعالجات من النساء لا يفتقرن الثواكل والسلبية في مرضاهم من الذكور. وينفر المعالجون من الذكور من سمات السيطرة وتأكيد الذات عند النساء. وفي مثل تلك الحالات يُحسّن المعالجُ صنعا إذا تمعّن ذاته، فكثيرٌ من الصّفات التي نستهنها في الآخرين تُعشش في خبايا أنفسنا، وربما كانت هذه الحقيقة هي السبب في أنه يجب على الطبيب إذا رغب في ممارسة العلاج النفسي كمهنة أساسية أن يمرّ هو نفسه بتجربة التحليل النفسي. وأكثر الصعوبات شيوعًا لدى المعالجين تحت التدريب هي أنهم يظنون في حالة سلبية أثناء الجلسات. ولقد ذكّرتُ في الفصل الثالث أن الأطباء الذين لم يعتادوا على ممارسة العلاج النفسي يجدون صعوبة في أن يتخلّصوا من دورهم التقليدي المسيطر.

فلاستشارات الطبيّة المعتادة غالبًا ما تنتهي بإعطاء المريض بعض التعليمات، حتى ولو كانت متعلّقةً بإجراء بعض التحليلات الإضافية المطلوبة. ويشعر الأطباء بالهرج إن لم يقدّموا شيئًا ما للمريض، كنظام للطعام أو وصفة طبية أو نصيحة، وكلّما كانت خبرتهم قليلة زادت حاجتهم لفعل شيء ما بدلًا من مجرد الإصغاء. وسوف أناقش في فصلٍ لاحقٍ عددًا من الجوانب المتعلقة بشخصية الأفراد الذين يميلون لممارسة العلاج النفسي. فمثل هؤلاء الأفراد لا يصلحون للإدارة بطبيعتهم. فلا يحبّون إصدار الأوامر أو تنظيم حياة الآخرين أو اتخاذ القرارات ورسم الخطط. إن المعالجين النفسيين لا يصلحون للإدارة، وهم على العموم يحاولون التخلّي عنها لغيرهم، وهذه النزعة إلى السلبية ذات فائدة في ممارسة العلاج النفسي، لكنها ليست صفةً لازمةً للأطباء الذين يتعلّمون العلاج النفسي كجزءٍ من تدريبهم، وليس كمهنة. ويميل الأطباء في الغالب إلى أن يكونوا فاعلين وليسوا متأمّلين: أشخاصًا عمليّين يستمتعون باستخدام الأجهزة، وتغيير العالم الخارجي. إنهم - وفق تصنيف ليام هيدسون - تجميعيون لا تفريقيّون، علماء وفنانون رغما عن وجود استثناءات كثيرة. ويجد مثل هؤلاء الناس مَشَقَّةً في تحمّل صفة السلبية المطلوبة في المعالج النفسي، والذي تشبه مهمّته عملَ القابِلة، لا الجراح. ويستطيع بعض أولئك الذين يميلون إلى التوجّه بطبيعتهم أن يتعلّموا كيف يكبحون حماح ميلهم

لإصدار الأوامر، بينما يفشل البعض الآخر. وهذا البعض الآخر من غير المحتمل أن يصبح مُعالِجًا نفسيًا جيّدًا.

وكثيراً ما يتساءل الأطباء تحت التدريب هل من الضروري أن يشعروا بالودّ تجاه مرضاهم إذا ما أرادوا مساعدتهم؟، وتنشأ هذه المسألة خلال المقابلات التمهيديّة، وبالأخصّ إذا ما كان لدى الطبيب تحيّزات من النوع الذي سبق ذكره في هذا الفصل، فإذا استمرّ المعالجُ بعد عدّة اختباراتٍ جادّة لتصوّراته السلبية المُسبّقة ومصدرها ينفر من المريض المُحال إليه؛ فمن الأفضل أن يتوقّف عن مواصلة علاجه. إلا أن هذا الموضوع نادراً ما يحدث على المستوى العلمي، فقد قابلتُ عدداً من المرضى لم أمل إليهم بغريزتي في البداية، لكن عندما استطعنا الاستمرار سوياً في العمل شعرت غالباً بالودّ نحوهم؛ إذ لا يتفق أن نتعرّف على شخص بشكل حميم جدّاً ونكرهه بشدة في الوقت نفسه. والمرضى الذين لم أشعر بالودّ تجاههم هم أولئك المرضى الذين لم تسنح لي الفرصة للتعرف عليهم جيّدًا. ولعلّ أحد النواحي المُعجزة الأخرى لممارسة العلاج النفسي هي توسيع قدرة المرء على حب مَنْ لا نشعر بالودّ تجاههم في البداية.

والاحتمال الأكبر هو أن يواجه المعالجون النفسيون مشاكل كبيرة لأنهم يحبون مرضاهم بدرجة شديدة، وليس العكس. وأحد هذه المخاطر هو التوجّد الشديد بالمريض، أي أن المعالج النفسي قد يتعاطف مع مشاكل المريض بشدّة للدرجة التي يضع فيها نفسه في مكانه، بحيث يفقد الموضوعية المطلوبة ليتبيّن كيف أخفق المريض في معالجة مشاكله. منذ عدّة سنوات قُمتُ بمعالجة امرأة ذكية كانت تُعالج عند طبيبة نفسية ذات شهرة لفترة من الوقت، ولم أستطع أن أكتشف ما كان يحدث أثناء جلسات علاجها معها، واضطرتُّ أخيراً إلى أن أسألها أن تخبرني بما كان يدور بينهما، فقالت: "أه... لقد كنّا نجلس ونتحدّث عن مدى بشاعة الرجال". لقد كان من الواضح أن المُعالِجة قد وجدّت الكثير من الموضوعات المشتركة بينهما وبين المريضة؛ فاندَمَت الموضوعية انعدامًا كاملاً، وتحوّلت اللقاءات إلى نوعٍ من التعاطف الوجداني، بحيث أصبح أيُّ احتمال للتقدّم الديناميكي في العلاج معدومًا. ولما كان الطبيب والمريض كلاهما يستمتعان بهذا التبادل للمشاعر؛ فإن اللقاءات قد تستمرُّ لبعض الوقت دون أن يشكو أحد الطرفين أو يدرك أن "الشيء يحدث على الإطلاق"

إن الرغبة الحماسية في مساعَدة الأشخاص الذين تشدُّ مشاكلهم وجدانُ المُعالِج لها عواقب وخيمة أحياناً، وقد وجد أحد الأطباء النفسيين نفسه غير قادرٍ على تحمُّل دموع مرضاه من النساء؛ فكان يُسرِع إلى التخفيف عنهن بأن يحيطهن بذراعيه، ولقد قاده هذا العمل إلى التورُّط الجنسي معهنَّ في بعض الأحيان، ولم يكن هذا لأنه يريد استغلال الموقف عن عَمْدٍ، ولكن رغبته في التخفيف عن تعاسيتهنَّ أدَّت به لتقديم الحب كوسيلةٍ مباشرةٍ للتخفيف من معاناتهن. واليوم عندما يشجِّع المشاركون في "جماعات المواجهة" على الاتِّصال البدني لتكسير الحواجز فيما بينهم، يتساءل المُعالِجون تحت التدريب أحياناً فيما إذا كان من الضروري الالتزام الصارم بقاعدة التحليل النفسي في عدم التواصُل الجسدي بالمرضى. والمثال الذي أوردناه يبيِّن كم هو يسير أن يخدع المرء نفسه؛ فدخل ذلك الطبيب النفسي في علاقاتٍ جسديَّة مع مريضاته أعاق تقدُّمهنَّ نحو إيجاد سُبُل مُستقلَّة لإشباع حاجتهنَّ، كما أنه كان بذلك يَعِدُهِنَّ ضمناً بأكثر ممَّا يستطيع الوفاء به؛ إذ إنه نتيجة لأفعاله تلك ستراد مريضاته خيالاتُ الزَّواج منه، أو على الأقل الفوز بعلاقة متميِّزة مقصورة عليهنَّ، وسينتابهنَّ الغضب والإحباط إن لم تتحقَّق آمالهنَّ. وفضلاً عن ذلك فإن الطبيب النفسي -بغضِّ النظر عن الخطر الذي يتعرَّض له من جرَّاء انتهاك أخلاقيات المهنة- يحصل على إشباعٍ جنسيٍّ دون المخاطرة بالرفض أو الصَّدِّ، أو مواجهة أي أخطار ومسؤوليات أخرى تنجم في العادة عن نشوء علاقة جنسية بين النُّظراء في الحياة اليومية.

لقد كان ذلك الطبيب إنساناً خجولاً لا يثق بنفسه في مواجهة الجنس الآخر، وأتاح له الموقف العلاجي فرصةً آمنةً للحصول على حُبِّ النساء، وهي حقيقة لم يكن يعيها بشكلٍ كافٍ.

وهناك طريقة أخرى أقلُّ صراحةً يستغلُّ بها المُعالِجُ النفسي مرضاه، وهي التشجيع غير المقصود للاعتماد عليه، فحتى أشدَّ المُعالِجين النفسيين بخساً لذاته، لا بُدَّ وأن يُقرَّ بأنه يحصل على متعة من أن يرى عددًا من المرضى يتردَّدون عليه، ويتطلَّعون إليه، ويغالون في تقديره باعتباره الشخص الوحيد الذي يشعرون بالثقة الكاملة فيه. كلنا نرغب في أن يُقدِّرنا الآخرون حقَّ قدرنا، ولا يشدُّ المُعالِجُ النفسي على ذلك. ويتجمَّع لدى المُعالِجين النفسيين الذين يمارسون العلاج كلَّ الوقت عددٌ من المرضى "الطبيين" الذين يداومون على الانتظام في حضور، ويشعرون

بالامتنان لما يقدمه لهم المعالج، ويحملون أحلامًا مثيرة للاهتمام، أو يقدمون موادَّ نفسية مثيرة ويدفعون الأتعاب بانتظام وعن طيب خاطر، وبسبب هذه العلاقة الجيدة بين المعالج والمريض فإن هذا الأخير يميل إلى التغاضي عن حقيقة أن العلاج لا يمكن أن يكون بديلاً لحياته بشكل مستقل، بينما قد لا يدرك المعالج أن اعتماد المريض عليه يمدُّه بمصدرٍ يرفع من تقديره هو لذاته. والخطر في مثل هذا الموقف هو أن يتعزَّر تقدُّم المريض نحو الاستقلالية ويتوقَّف، بينما يستمر العلاج إلى ما لا نهاية. إن الوعي بهذا الخطر هو وحده الذي يُمكن المعالج أن يكون متيقِّظًا باستمرار لمنع اعتماد المريض عليه ولقَّت نظره إلى الطريقة التي يستخدمها في الاعتماد عليه بدلاً من الاعتماد على نفسه، وأن يُشجَّعه على المُضيِّ في التخلُّص من العلاج بدلاً من الاستمرار فيه. ويندُر، في نطاق الخدمات الصحية العامة، أن يستمر العلاج النفسي إلى هذا الحد الذي ذكرته، إلا أنه ممكن الحدوث بين الحين والآخر. ويجب على المعالج النفسي -حتى ولو كان ذا خبرة كبيرة- أن يناقش مع زميل له تلك الحالات التي يحرز فيها المريض تحسُّناً، ولكن دون أن تبدو في الأفق أي نهاية واضحة للعلاج. ويتعرَّض المعالجون النفسيون للانتقاد في أغلب الأحيان من جانب أولئك الذين ليست لديهم دراية كافية بالعلاج النفسي بسبب امتداد العلاج لفترة طويلة، وأحياناً يكون لهذه الانتقادات ما يُبرِّرها، وعلى أي حال، فإن عددًا ضئيلاً من الحالات يحتاج العلاج فيها أن يمتدَّ لفترة طويلة، بل إن تلك الحالات التي تستغرق عشر سنوات أو أكثر ليست بالضرورة فادح لسوء التقدير أو الاستغلال، فلا يمكن لمن يقرأ وصف ماريون ميلنر⁽¹⁾ لعلاج نفسيٍّ امتدَّ أكثر من عشرين عاماً في روايتها "أيادي الإله الحي" أن يتصوَّر أن المريضة قد استُعِلَّت، رغم ما قد يُظنُّ من أن المُحلَّلة وضَّعت لنفسها مستوياتٍ مستحيلاً من الإتقان الفني.

سبق أن قلنا إن المعالج قد يتعرَّض للمشاكل لأنه يحبُّ مرضاه كثيراً، وليس العكس، والمرضى الذين قد يشعر المعالج بتعاطفٍ وجداني شديد نحوهم، هم على وجه العموم أولئك الذين يشبه تكوينهم المرضيُّ (السيكوباتولوجي) -بدرجة أو بأخرى- تكوينه هو؛ لذا فالمعالج النفسي الذي أحسَّ بالوحدة سيُشعر

(1) milner, marion (1969) "the hands of the living god". London don: Hogarth press and institute of psycho-analysis.

بالشفقة تجاه الذين يعانون من العزلة، والذي شعر بالخرج من أي تغيير بسيط في جسمه، سيتفهم بسهولة الطريقة التي يغترب بها المريض شبه الفصامي عن جسده. ومن المحتمل أن يؤدي هذا النوع من التعاطف بالمعالج عديم الخبرة إلى أن يخبر المريض عن مصاعبه الشخصية الحالية أو الماضية، تمامًا كما لو كان يُحدث صديقًا يائسًا، فيقول: "إنني أفهم مشاعرك، لقد جربْتُ ذلك بنفسِي".

ومع أن المعالج النفسي يتعرّف على مريضه بشكل حميم إلا أنه ليس من الواجب أن يتعرّف المريض عليه بنفس الدرجة. ويعتقد الأطباء المبتدئون في ممارسة العلاج النفسي -مثلما يعتقد مرضاهم- أن هذا ليس عدلًا، ويشعرون أنهم يساعدون المريض أكثر إذا ما كشفوا عن مشاكلهم الخاصة، فيقنعونه بفعلهم هذا أنهم يُدركون ما يشعر به من اكتئاب أو قلق داخلي، أو أنهم يشعرون أنه من الأدعاء والتظاهر ألا يكشف المرء عن نفسه، فيضع نفسه في موقع الاستعلاء، ويدّعي حالة من النُضج والأتزان يفتقر إليهما في الواقع. إلا أن هناك عددًا من الأسباب القوية تؤيد أهمية ألا يرضخ المعالج لإغراء الكشف عن ذاته للمريض.

السبب الأول أنه إذا ما فعل ذلك فسيُحرّم من مصدر ثمين للمعلومات عن المريض، فكما قلنا إنه لا بُدّ أن تنشأ لدى المعالج تصوّرات عن المريض، فلا بُدّ أيضًا أن تنشأ بالمثل لدى المريض تصوّرات عن المُعالِج. وفي أي علاج نفسي عميق ومُطوّل، يكون الكشف عن تصوّرات المريض تجاه المعالج جزءًا مهمًا في العلاج، فإذا كان المريض يعرف الكثير عن المعالج فلن تتكوّن لديه تصوّرات كثيرة عنه، والمعالج لا يستطيع بالطبع أن يجعل نفسه "شاشة بيضاء" تمامًا؛ إذ سيكشف عن مقدار كبير من ذاته، من خلال طريقتة في الحديث وملبسه ومظهره، وغير ذلك من الدلائل، إلا أنه سيكشف الكثير عن المريض إذا ما رفض الإجابة على الأسئلة المتعلقة بحياته الشخصية. فعلى سبيل المثال: يرغب كثير من المرضى في معرفة ما إذا كان المعالج متزوِّجًا، وبدلًا من الإجابة المباشرة على مثل هذا السؤال من المهم أن تجيب عليه بسؤال آخر، فتستفسر عن الفرق الذي يشعر به المريض إذا ما كان المُعالِج متزوِّجًا أم لا. افترض أن المريض ذكّر، ذا جنسيةٍ مثليّة، وأن المعالج ذكّر أيضًا، ففي هذه الحالة قد يأمل المريض ألا يكون المُعالِج متزوِّجًا؛ لأنه يشعر أن الشخص الوحيد الذي يستطيع أن يُدرك ما يحس به هو مَنْ كان مثله: جنسيًا مثليًا، فإذا ما علم المريض أن المُعالِج متزوِّج فقد يفترض افتراضًا

خاطبًا وضارًا أن المعالج لن يدرك جوانبَ مُعيَّنة من معاناته، بل وقد يمتنع أيضًا عن طرح المصاعب التي يلقاها في علاقاته مع الأسوياء جنسيًا.

وإذا افترضنا أن المريض امرأة والمعالج رَجُل، فإن قلقها بشأن كونه مُتزوِّجًا قد يَرِجِع إلى أن لديها تخيُّلات بشأن الزواج منه، وهي تخيُّلات لن تفصح عنها أبدًا إذا عَلِمَت أن المُعالِج مُتزوِّج. واستكشاف مثل هذه الخيالات قد يؤدي إلى كافة أنواع الاكتشافات حول رغبات المريضة ومخاوفها بشأن الرجال؛ ممَّا سيساعد مساعدهً فَعَّالة في فهمها لنفسها ولمشاكلها في إقامة العلاقات. كما أنه لا يصحُّ إخبار المريض بمصاعب المعالج النفسية ومشاكله بنفس الطريقة التي يُطَلِّع بها المرءُ صديقًا له يَمُرُّ بأزمةٍ على خبراته؛ ذلك لأنَّ المعالج في علاقته بالمريض ليس صديقًا، ولكنه مُعالِج. وبالطبع يعتمد المرء على تجربته في الحياة عندما يحاول أن يدرك ما يحسُّ به الشخص الآخر، لكن ليس من العلاج في شيء أن تقول: "نعم، إنني أعلم ما هو الاكتئاب؛ فقد سبق أن عانيتُ منه بفضاعة"، حتى ولو كان ذلك صحيحًا. ويدرك المرضى بالطبع أن المعالجين لديهم مشاكلهم أيضًا، وقد يدرك ذوو الذكاء منهم أنه ليس من قبيل الصدفة امتهان المُعالِج لمهنة العلاج النفسي، ولكن ما يحتاجونه خلال العلاج هو مُعالِجٌ يثقون به ويعتمدون عليه، وليس شخصًا ما يجاهد مشاكله التي لا يجد لها حلًّا. ويصدِّق هذا بالأخص على المراحل الأولى للعلاج، فعندما يبدأ المرضى في العلاج غالبًا ما يكونون قلقين وليسوا على ثقة بأنفسهم أو بالمعالج، وعندما تصبح ثقفتهم بأنفسهم أكبر، عندئذٍ فقط يمكن أن يكون بوسعهم رؤية المعالج كإنسان غير معصوم من الخطأ كبقية البشر.

عندما كنتُ شابًا عديمَ الخبرة حضر إليَّ رجلٌ كانت مشكلته الرئيسية الشعور بالذنب الشديد لممارسة العادة السرية، وكانت الجلسات تتقدَّم على نحوٍ مُرضٍ، عندما سألتني ذات مرَّة فجأة بينما كان يغادر الغرفة عمًّا إذا كان قد سبق لي أن مارستُ العادة السريَّة، ويدون تفكيرٍ تخليُّتٍ عن حذري وأجبتُ: "نعم"، ولم أر هذا المريض بعد ذلك قطُّ. وكان الواجب عليَّ أن أقول شيئًا من قبيل: "ما هو الرَّدُّ الذي تأملُّه؟؛ هل تريد أن أقول 'لا' لأن الشخص الذي لا يمارس العادة السرية هو مَمْلُكُ الأعلى؟"، ثم أحاول بعد ذلك استكشاف خيالاته.

وكان المحتمل أن يتضح أنه لم يستطع قط تصور والدَيْه كبشر يمارسون الجنس، وأن لديه أفكارًا غير واقعية تمامًا عن الجنسية الذكورية، ولكن اعترافي المتسرع جعله يراني بمنظارٍ آخر، بحيث شعر أنني لن أكون ذا نفع له. ورغم أنه من المفهوم تمامًا أن المعالجين لا يرغبون في إظهار أنفسهم كأشياء آلهة لا يعانون من مشاكل، إلا أن هذا المثال يوضح أن الكشف عن أشياء في ذات المرء قد يعتبرها فاهيةً يمكن أن ينظر إليها المريض بشكل مختلف تمامًا. إن المعالج النفسي يرتدي مؤقتًا مَسوحَ الكاهن الديوي، وعندما يذهب المرء إلى الكاهن للاعتراف بخطاياها فإنه يدرك جيدًا أن الكاهن له خطاياها أيضًا، لكنه لا يريد منه أن يخبره عن خطاياها في الوقت الذي يلجأ إليه فيه طالبًا للمغفرة.

وفي الحقيقة، إن كشف المعالج لأشياء عن نفسه يكون دائمًا نوعًا من تدليل الذات، بغض النظر عن اعتقاده بمدى فائدة ذلك للمريض؛ فالمعالج يحتاج إلى تقبل الناس وتفهمهم له، تمامًا مثلما يحتاجه المريض، ولكن لا يحق له أن يستخدم جلسة العلاج النفسي لهذا الغرض؛ فعندما يكشف المعالجون أنفسهم لمرضاها فإن الموقف يتحول من علاج إلى مشاركة مُتبادلة، أي علاقة عادية من النوع الذي يحدث بين الأصدقاء؛ لهذا يحصل المعالج فيها على نوع من الإشباع كالذي يحصل عليه من المشاركة الوجدانية بين الأصدقاء. إن وظيفة المعالج أن يفهم مريضه، لا أن يحصل على تفهم المريض له، فما دام يقوم بعمله كمعالج فإنه في الوقت ذاته وكيلٌ للمريض، وأنه هناك ببساطة كي يخدمه. ومن حق المعالج أن يستمتع بشكلٍ شرعيٍّ بالإشباع والرُضى الناتجين عن ممارسة مهارته المتميزة في كسب الرزق وشعوره بأنه يقوم بعمل جيد؛ ولذلك فإنه لا يجب أن يبحث عن أي عائدٍ آخر.

ومن المُحتم أن يكون العلاج النفسي علاقة من طرف واحد للأسباب التي ذكرتها، ولكن غالبية المرضى يشكون من هذا، وبالأخص في المراحل المتأخرة من العلاج وقد يتهمون المعالج بأنه يحاول إبقاءهم في مستوى أدنى منه برفضه الكشف عن أي تفاصيل لحياته، ويمكن أن يشير المرء إلى تعاطفه مع هذه الرغبة، ولكن دون أن يرضخ لها. إن تحليل رغبة المريض في أن يكشف المعالج الكثير عن نفسه، غالبًا ما يلقي الضوء على إحساس المريض الدائم بالدونية بالمقارنة مع الآخرين، مُضادًا إلى رغبته في النيل منهم وإسقاطهم عن مراتبهم،

خاصة هؤلاء الذين يشعر أنهم متفوقون عليه. إن المعالج يريد أن يستكشف تلك المشاعر، ولن يمكنه ذلك إذا بدأ الحديث عن نفسه. صحيح أن المعالجين النفسيين في حاجة للاعتماد على كل الفهم الذي يمتلكونه لشخصياتهم، وكذلك على خبرتهم بالآخرين، ولكن مهمتهم ليست الكشف عن شخصياتهم أو تأكيدها في جلسة العلاج، وإنما أن يعملوا كمرآة يستطيع فيها المريض إدراك نفسه بوضوح أكبر فأكبر، وهذا الموقف المنكسر للذات له تأثير على المعالج نفسه، وقد يشعر بالحاجة لتعويض النقص في التعبير عن نفسه أثناء عمله باكتشاف وسائل أخرى يؤكد بها ذاته خارج نطاق العمل.

ويلجأ بعض المعالجين إلى مخاطبة مرضاهم بعد عدة لقاءات قليلة بأسمائهم الأولى. وأنا أتجنب دائماً مثل هذا الفعل، فإذا ما دعوت المريض باسمه الأول واستمر هو يدعوني (دكتور) فإن هذا يضع المريض في موقع الطفل، وهذا أمر فيه انتقاص من قدره، وإذا ما استخدم كلانا أسماءنا الأولى فإن العلاقة تفقد صفتها المهنية، وتصبح علاقة عادية بين صديقين، وقد يدعو قولي هذا بعض الناس إلى الاعتقاد بأنني أناصر الاتجاه إلى اتخاذ موقف متجرد لا شخصي مع المريض، وهو التقليد الذي يرتبط بالمثلثين النفسيين، ولكن هذا ليس صحيحاً. لقد أظهرت البحوث أن المرضى يتقدمون في العلاج إذا ما وجدوا المعالج دافئاً وحنوناً، وأنهم سيجدونه في الغالب كذلك إذا ما كان حنانه ودفهوه حقيقيين، ولا يخاف من إظهار مشاعره في نبرات صوته. وإذا ما حاول المعالج أن يحمي نفسه من التوغل في مشاعر مريضه بأن يتباعد فسيقطع على نفسه طريقاً مهماً لإدراك ما يحس به المريض، وسيقل تأثيره العلاجي. والعلاج النفسي - من وجهة نظري - يتطلب استخدام المعالج لانفعالاته، فإذا لم يشعر المعالج بأنه قد استهلك واستنزف بعد نهاية عملة اليومي فإني أشك في أنه حقق شيئاً في مجال العلاج. ومهما كان الأمر، فيجب على المعالج أن يحتفظ بدرجة كافية من الموضوعية تمكنه من إدراك الطريقة التي خلق بها المريض المشاكل لنفسه، والطريقة التي أخفق بواسطتها في التعامل معها؛ فالتعاطف الوجداني بدون موضوعية مثله مثل الموضوعية بدون التعاطف الوجداني؛ فعلى المعالج أن يسير على حبل مشدود بين طرفي المبالغة في التشبه بالمريض، والإقلال من التوحد به؛ فإذا ما بالغ في الأولى سيفقد القدرة على الانتقاد، ولن يكون قادرًا على رؤية الكيفية التي يجب

أن يتغيّر بها المريض. وإذا ظلّ متباعداً كما لو كان يقوم بتجربة علمية فإنه لن يقدر على معرفة مريضه كإنسان، أو يدرك المشاكل التي يواجهها؛ ولذلك فإن العلاج النفسي سيبقى فناً أكثر منه علماً.

كتب يونج ذات مرة: "إذا ما أراد الطبيب أن يرشد شخصاً آخر أو حتى يرافقه خطوةً على الطريق؛ فلا بُدَّ أن يحسَّ بمشاعر ذلك المريض، ولن يحسَّ بها أبداً في حالة اتخاذ موقف من يُصدر حكماً، وسواء صاغ أحكامه في ألفاظ أو احتفظ بها لنفسه فلن يُغيّر هذا من الأمر شيئاً. أمّا إذا اتخذ الموقف المضادّ ووافق المريض مُسبقاً فلن يكون لذلك فائدة أيضاً؛ إذ سيقصيه عنه، شأنه شأن إصدار حكمٍ عليه. إن الإحساس يأتي فقط من خلال الموضوعية غير المتحيّزة. وتبدو هذه العبارة في الغالب كتصورٍ علميٍّ قد يختلط بالاتجاه الذهني المجرد. ولكن ما أعنيه هو شيء مختلف تماماً؛ إنها صفة إنسانية، نوعٌ من الاحترام العميق للحقائق والإنسان الذي يعاني منها، وللغز المتمثل في حياة ذلك الإنسان"⁽¹⁾.

الموضوعية غير المتحيّزة عند يونج مُدعّمة إذن باحترام الإنسان، احترام لا هو بالمتحيّز ولا هو بالموضوعي الصّرف، إنه يقف في صفِّ المريض، بغضّ النظر عن استيائه ممّا يقوم به المريض، وبغضّ النظر عن اختلافه مع آرائه. ويقول كارل روجرز: إن "الاحترام الإيجابي غير المشروط" هو أفضل اتجاهات المعالج فائدةً للمريض. فلكي نتعرّف على إنسان آخر بشكل حميم جداً لا بُدَّ وأن نُحبَّ ذلك الإنسان؛ ولذلك فهناك مُبرّر لما يقوم به المعالجون النفسيون من محاباة مرضاهم. فمثلما يلتمس المرء العُذرَ لسلوكٍ صدرَ عن أحد أفراد أسرته بينما يُدينه لدى الآخرين- يميل المعالجون إلى التساهل مع أخطاء مرضاهم؛ فالمعالج النفسي يرى في مرضاه جوانب الحسن فقط، وأعتقد أن هذا أمر لا يمكن تجنُّبه. وهو من وجهة نظر المريض أمرٌ مرغوب فيه. فأحد العوامل التي تسهم -من غير شك- في العلاج النفسي: الاقتناع بأن هناك على أقلِّ تقديرٍ شخصٌ واحدٌ يقف بشكل كامل إلى جانب المرء، وأن ذلك الشخص -على الأقلّ خلال الوقت الذي يقضيه معه- يُكرِّس نفسه تكريساً كاملاً لخدمته.

(1) Yung. C. G. (1932) Psychotherapists or the Clergy in Psychology and Religion. Collected Works, Vol. 11, P.P. 338-9 London: Routledge and Kegan Paul (1958).

لقد خصّصتُ قدرًا كبيرًا من هذا الفصل لمناقشة ما يطلق عليه غالبًا "الطرح المضاد"، أي الاتجاه الانفعالي للمعالج تجاه مرضاه بأوسع معنى لهذا التعبير. ويرجع جزءٌ من الطرح المضاد - كما يبدو لي - إلى تحيُّز غير منطقي لأولئك الذين يعرفهم المرء - كمعالج - معرفةً حميمة. ويؤدّي أحيانًا إلى ما يتعجّب له بعضُ النقاد من أن المعالجين النفسيين يقضون وقتًا طويلًا في معالجة أشخاص يعتبرهم من حثالة القوم. ولمّا كان العلاج النفسي وسيلةً غير متاحة للجميع فقد يكون النقاد على حقٍّ أحيانًا، ومع ذلك تظلُّ الحقيقة قائمةً بأن التحيُّز غير المنطقي للمتضررين والمحتقّرين والمجروحين والمُهانين أفضل من التحيُّز اللا منطقي ضدّهم، وهو من وجهة نظري عامِلٌ علاجيٌّ على قدر كبير من الأهمية.

الفصل الثامن

الطرح

قلْتُ في الفصل السابق إنه لكي تعرف شخصًا آخر، فإن ذلك يتضمَّن جزئيًّا تصحيحَ التصوُّرات الخاطئة عنه؛ إذ إننا جميعًا "نُسْقِطُ" على الشخص غير المعروف لنا صُورًا مستمدَّةً من خبراتنا بالآخرين في الماضي، وقلت أيضًا إن الخيالات "الفانتازيا" التي توجد لدى المريض تجاه المعالج هي مصدرٌ مهمٌّ للمعلومات، فإذا ما تعامل المريض -على سبيل المثال- مع كل شخص جديد يقابله وهو يتوقَّع أن ذلك الشخص سيحتقره أو ينتقده؛ فإن قُدْرته على خلق الأصدقاء ستختلُّ اختلالًا كبيرًا. وهناك طريق آخر للنظر لهذه الظاهرة، وهو أن نعتبرها تطويُّعًا⁽¹⁾ Conditioning، فإذا ما تعرَّض المرء في طفولته المبكرة إلى سوء المعاملة والنبد، فأغلب الظن أن سلوكه سيُطوِّع بحيث يتوقَّع مثل تلك المعاملة من أي شخص جديد يقابله، فنحن لا نتعامل مع الأغرب كما لو كانوا "صفحات بيضاء"، ولكننا ننقل أو نطرح أو نُسْقِطُ ما سبق أن خبرناه في الماضي على الحاضر.

(1) Conditioning: "التطويُّع" هي الترجمة الصحيحة، بدلاً من كلمة "إشراط" الشائعة في كتب علم النفس العربية، وتعني تطويُّع أو إخضاع سلوك قديم لمبدأ جديد. (المترجم).

إن هذه العملية التي تُشكّل جزءاً لا مفرّ منه في حياتنا العادية تكتسب طابعاً خاصاً في الموقف العلاجي النفسي لسببين: الأول: هو أن المعالج يحاول أن يظل شخصاً مجهولاً نسبياً للمريض، فهو يرفض أن يُصحّح تصوّرات المريض الخاطئة عنه بأن يكشف تفاصيل حياته الشخصية؛ وبذلك يسمح باكتشاف ومناقشة تلك التصوّرات الخاطئة بطريقة لا تُتّاح إذا ما صُحّحت بشكلٍ فوري ومباشر. والسبب الثاني: هو أنه لما كان المريض يطلب المساعدة فإنه يعتبر المعالج -ولا محالة- مصدرًا للسلطة، ونحن إذا ما عاملنا شخصاً باعتباره سلطةً فسوف نُسيغ عليه بشكل خاصّ بعض مميّزات السُلطات التي صادفناها قبل ذلك، ولا شك أنه بالنسبة لمعظم الناس تكون أعظم السُلطات شأنًا في حياتهم هي آبائهم. ويتدعّم الميل لإسقاط صفاتٍ تخصّ والدَي المريض على المُعالج من واقع أن أي علاج نفسي إذا طال أمده سيؤدّي لا محالة إلى بعث الانفعالات المتعلّقة بطفولة المريض، وإلى أن يحيّاها مرّةً أخرى، وعلى الرغم من أن المعالّجين النفسيين لا يولون اليوم اهتمامًا كبيرًا لاسترجاع الذكريات المدفونة أو استعادة الصدمات المنسيّة مثلما كان يفعل فرويد، إلّا أن الغالبية يوافقون على أن السنوات المبكّرة في حياة المريض مهمّة في تشكيل شخصيته البالغة، وأن المناخ الانفعالي في تلك السنوات المبكّرة يُحدّد بشكلٍ هائل اتجاهاته نحو الناس، ومواجهته لمختلف التحديات التي تجابه بها الحياة جميع البشر.

والأمر بالمثل عندما نعتني بشخصٍ آخر، فإننا نقوم إلى حدّ ما بدور الوالد الحاني الودود، وعلى الرغم من أحد الأهداف الرئيسية للعلاج النفسي هو تمكين المريض من الاعتناء بنفسه بكفاءة أكبر؛ وبالتالي تفادي الحاجة إلى بديل الأب بأن ملك زمام أمره بيده (أي بأن يصبح المريض أبًا لنفسه)- فإن الموقف الانفعالي الذي يسود في المراحل المبكرة من العلاج عندما يواجه المعالج شخصاً مكروبًا تَعَسًا يشبه بالفعل علاقة الطفل بالده. أو لم تُمرّ جميعًا -ما لم تُحرّم بشكلٍ خاص- بخبرة مواساة الأب وحنانه عندما ينالنا أذى أو نُصاب بالفشل؟. أو ليس الأمر بالمثل في حالة المعالّج النفسي؟، فعلى الرغم من أنه لا يُقدّم مواساةً مباشرة ولكن واقع أنه مستعدّ للاستماع والتفهُّم تجعله أوتوماتيكيًا في موقع الأب.

عندما واجه فرويد لأول مرة ظاهرة "الطرح"، ووصفها، اعتبرها عائقاً في سبيل العلاج، ويبدو من المحتمل أيضاً أن فرويد لم يكن يرغب في أن يصبح ذا قيمة انفعالية كبيرة لمرضاه، وفضل أن يكون دوره كدور الجراح، أي كخبير فني، مجاله العقل وليس البدن، ولكن عندما زاره يونج لأول مرة في فيينا، كانت آراؤه قد تغيرت⁽¹⁾، فقد سأل يونج عن رأيه في الطرح، فأجابه يونج بأنه: "ألفا وأوميغا العلاج" (أي ألف باء العلاج النفسي)، وردّ فرويد: "لقد أصبت".

وفي اعتقادي أن يونج وفرويد كانا صائبين؛ فالطرح (وأنا أستخدم المصطلح الآن بمعناه الواسع، أي باعتباره يتضمن كافة التغيرات في العلاقة بين المريض والمعالج) هو أكثر العناصر المنفردة أهميّة في العلاج، وهنا تنضج مرة أخرى كون الموقف العلاجي النفسي نسيج وحده؛ لأن ما يحاول المعالج أن يفعله هو أن يفهم ويفسر اتجاهات المريض نحوه، بهذه الوسيلة يساعد المريض على تفهّم مصاعبه في علاقاته مع الآخرين. مثال: طُلبت ذات مرة لرؤية فتاة تبلغ من العمر اثنين وعشرين عاماً - كانت قد حاولت الانتحار-؛ لأقوم حالتها، وما إذا كانت تسمح بالعلاج النفسي، وكان حديثها متدفقاً، وحدّثني عن بعض المصاعب التي تلقاها في علاقتها بالآخرين، وفجأة توقفت وسألت: "ألا تستطيع أن تقول شيئاً؟... إنني أقوم بالحديث كله وأنت قابع هناك تُصغي! أنا لا أستطيع تحمّل صمتك"، وقلتُ ما معناه: "طالما تتحدّثين بتدفّق فلا حاجة تدعوني لمقاطعتكِ"، وسألتها: "تُرى، ما الذي فهِمته من صمتي؟".

- إن لم تتحدث، فلن أعرف رأيك بي.
- وماذا تظنين رأيي بك.
- أعتقد بأنك قد تجديني مُضجرةً، أو أنّك تنتقديني.
- يبدو لي أنك تتعاملين مع الناس مُفترضةً أنهم سيُتخذون موقفاً سلبياً منك، وأنّك لا تتوقعين البتّة أن يجِدكِ الناس مشوقة أو محبوبّة...

وقد وافقت على أن هذا هو الحال بالفعل. لقد فقدت هذه الفتاة أمها في سنّ مبكّرة جدّاً، ولم تنجح في الانسجام مع أبيها، ولم تتلقّ الحبّ الكافي في

(1) Bennett, E. A. (1961) "C. G. Jung", P.34. London: Barrie and Rockcliffe.

طفولتها المبكرة لتكتسب أي إحساس بأنها جذيرة بالحُبِّ أو حتى بالميل، ودخلنا في مناقشة كيف أن المرء إن لم يشعر بالودِّ تجاه نفسه، فإنه سيميل إلى افتراض أن الآخرين لن يشعروا بالودِّ تجاهه؛ وبالتالي فإنه يتعامل معهم بنوعٍ من الريبة والعداء.

في مثل تلك الحالة سيكون تغيُّر علاقة المعالج بالمريض هو العامل الحاسم في مساعدته، وما يأمل المرء في حدوثه هو أن تتمكَّن المريضة (أو المريض) تدريجيًّا -وعبر فترة طويلة- من أن تُدرِك أن هناك شخصًا واحدًا على الأقل في هذا العالم يهتمُّ بها، ويحاول أن يفهمها كما هي. ويؤدِّي هذا في ظل الظروف الملائمة إلى أن تدرك المريضة أن هناك أيضًا أناسًا غير المعالج يهتمُّون بها ويودُّونها، وكما تنبعث في البداية الاتجاهات السلبية من الماضي وتلَوَّن نظرة المريض إلى المعالج، فإن الاتجاهات الإيجابية التي تُكتسب أثناء عملية العلاج ستنقل إلى الناس خارج غرفة العلاج في أغلب الأحوال، ومن الواضح أن الاتجاهات نحو الوالدين وغيرهما من الأشخاص المهتمين في المرحلة المبكرة لنمو الطفل ستتحوَّل أو تنتقل إلى الأشخاص الآخرين كلما كَبُرَ الطفل. فإذا لم يَألفِ الطُفْلُ إلا الحُبَّ والمعاملة الطيبة في البيت؛ فسيتوقَّع من الأعراب أن يعاملوه بنفس الطريقة، وإذا ما حُرِمَ من الحب أو عومِلَ بطريقة سيئة، فسوف يتعامل مع المعارف الجُدِّد وهو يتوقَّع الرِفْضَ والتبذ. ويتعامل المعالجون النفسيُّون غالبًا وبنجاح كبير مع الناس ذوي التوقُّعات السلبية، والذين يعتقدون أن أحدًا لا يريدهم، أو أن أحدًا لن يستطيع أن يفهمهم، أو الذين ينزلون لأنهم يعتقدون أن العلاقة الحميمة مع شخصٍ آخر مصدرٌ للخطر. وإذا ما سار العلاج سيرًا حسنًا، فإن المريض سيشعر أن هناك على الأقل شخصًا واحدًا في هذا العالم ليس كذلك ومثلما يُعمَّم الأطفال تجربتهم مع آبائهم متوقِّعين أن الآخرين سيعاملونهم كما عاملهم آباؤهم، فنحن نأمل أن المرضى الذين يعتبرون المعالج شخصًا مُتفهمًا ومصدرَ عَوْنٍ سيعمَّمون تجربتهم تلك فيعتبرون الناس الذين يقابلونهم أشخاصًا ودودين على أقلِّ احتمال. ويصبح العلاج النفسي بهذا الشكل ما يمكن أن نسمِّيه "تصحيح الخبرة الانفعالية"، حيث تُعدَّل التصوُّرات السلبية تجاه الآخرين تدريجيًّا عن طريق التحليل المتكرَّر لعلاقة المريض المتغيِّرة بالمعالج؛ لذلك فإنه من الطبيعي أثناء سير العلاج أن يصبح المعالج النفسي لفترة من الزمن ذا مكانة انفعالية هامة لدى المريض. إن

المرة إذا شعر بأنه في أغلب حياته قد أسيء فهمه وخط من قدره ثم حدث أن قابل شخصاً ما يتفهّمه ويتقبّله، فلن يكون من الغريب أن يحدث ذلك.

إن هذا التقدير الانفعالي الذي يوليه المريض للمعالج يُعرّف -عمومًا- باسم "الطرح الإيجابي"، في مقابل "الطرح السلبي" الذي يتكوّن من تصوّرات النّبذ والكرهية، والتي سبق ذكرها باختصار، فإذا ما أريد للعلاج أن يكون ذا أيّ تأثير فيجب "حلّ" الطرح السلبي، أي أن يُزال ويتبدّد، باقتفاء المعالج المستمرّ لأثر اتجاهات المريض السلبية، ولفت النظر إليها، ومحاولة تتبّع منشئها في معاناة المريض في الماضي للنّبذ والكرهية. ولقد أوردت فيما سبق مثالاً مختصرًا نوعيّة الأسلوب الذي يمكن أن يتبعه المعالج مع المريضة التي كانت متخوّفة من أن تكون مُضجّرة أو مُعرّضة للانتقاد. وفي الحالات التي لا يمكن فيها إزالة "الطرح السلبي" فإن العلاج سيتوقّف؛ لأن المريض سيقطعه (والأمر بالمثل في الحالة المضادة والأقل شيوعًا والتي يتكوّن لدى المعالج فيها طرحٌ سلبيٌّ مُضادٌّ تجاه المريض لا يمكن إزالته). وبينما يكون تحليل الطرح السلبي أمرًا ضروريًا إذا ما أريد للعلاج أن يتقدّم فقد يُقال إن تحليل الطرح الإيجابي هو أمرٌ غير ضروري، بل قد يكون ضارًا، أليس من المفيد للمريض أن يعتبر المعالج والدًا مُحبًا عطوفًا مُتفهّمًا قادرًا على شفاء جراح الماضي، والتعويض عن كل وقائع النّبذ وسوء الفهم والألم والخسارة التي دفعت المريض في النهاية إلى طلب المساعدة؟، والجواب هو: "نعم" و"لا" في الوقت نفسه؛ فمِمّا لا شكّ فيه أنه من الأمور الأساسية كي يتقدّم المريض في العلاج أن ينظر للمعالج نظرةً إيجابية، ولكن بما أن إسقاطات الطرح تستمدّ نشأتها من تجربة الطفولة المبكّرة، فإنها تميل -كما أدرك فرويد- إلى أن تكون غير واقعيّة ومبالغا فيها، وكلّما كان اضطراب المريض أشدّ عمقًا وكان أكثر جرمانيًا من العلاقات الانفعالية مع الآخرين؛ زاد الاحتمال في أن يرقى المعالج إلى الوضع الذي يكون فيه "الشخص الوحيد الذي يفهم". ومن الحكمة في مثل هذه المراحل المبكّرة من الطرح الحاد ألا نتعجّل بتقديم تفسيرات تهدف إلى الإسراع بعملية رؤية المريض للمعالج بمنظار أكثر واقعية، وليس هذا على أي حال أمرًا ممكنًا على الدوام، وعلى الرغم من أن المعالج لا يمكن أبدًا أن يحلّ محلّ والد المريض، ولا أن يعوّض تمامًا ما سبق افتقاده -أو يُعتقد أنه فقد- في طفولة المريض المبكّرة، إلا أن اعتبار المريض المعالج أمًا مثاليًا له تأثيرٌ شافٍ قد تُبدّده

<https://t.me/mk1btarab>

التفسيرات التي تأتي قبل أوانها. والمعالج الحساس المنتقص لقدر نفسه قد يستهجن أن يعتبره المريض -ولو مؤقتًا- قادرًا على كل شيء، وصانعًا للمعجزات، وأبًا خاليًا من العيوب، بينما يعرف هو نفسه أنه ليس أكثر من إنسان له أخطاؤه ومشاكله الذاتية. مثل هذا المعالج يجب أن يدرك أنه خلال العلاج لا يكون هو نفسه إلا بشكل جزئي؛ إذ تكون وظيفته أيضًا أن يعمل كمِشجِبٍ (كشماعة) يستطيع أن يُعلِّق المريض عليها الصور المشتتة من تجربته في الماضي واحتياجاته في الحاضر، ويجب أن يكون مستعدًا لقبول هذا الدور بنفس الطريقة التي يتقبل بها الكاهن دوره كـممثل للرب أثناء قيامه بعمله، بالرغم من أنه يعلم تمامًا أنه قد لا يقلل إثمًا عن الشخص الذي يطلب منه الغفران.

وربما يحسُّ المعالج أيضًا إذا ما بدأ المريض يتحسن بسبب رؤيته للمعالج في ضوء مثالي وغير واقعي أن هذا التحسن زائف، ولا يمكن الركون إليه، إلا أن هذا ليس صحيحًا؛ فالشفاء من المصاعب النفسية هو جزئيًا -إن لم نقل كليًا- عملية رمزية تلعب فيها الألفاظ والصور الدَّور الأكبر. إن جزءًا كبيرًا من عملية الشفاء مجازي أو استعاري، أي أنها عملية "كأن" (As if)، يبدو فيها المعالج كما لو كان سلسلة من الأشخاص مُستمدَّة من ماضي المريض، وكذلك سلسلة من الاحتمالات للمستقبل، فالتحسن الفعلي يحدث من خلال التفاعل الرمزي.

وبتقدُّم العلاج يحدث عددٌ من التغيُّرات في تصوُّر المريض للمعالج، وبالتالي فإن نظرة "التأليه" للمعالج تقلُّ ويزداد اعتباره إنسانًا عاديًّا، فكيف يحدث ذلك؟ إن مرور المريض بمرحلة من الافتتان أو الإعجاب غير الواقعي بالمعالج تجعله يكتسب نوعًا من المناعة، وبالتالي لا يعود في حاجةٍ إلى إسقاط تلك الصورة بالذات بعد ذلك. ونستطيع أن نُشبه ذلك بالتقدم في النمو الانفعالي للطفل، أي ذلك التحوُّل من اعتبار "الأب على كل شيء قدير وبكل شيء عليم"، إلى اعتبار الآباء أناسًا عاديين بدرجةٍ أو بأخرى، وإن تكُن لهم مكانة خاصة في حياة المريض الانفعالية، ويتزامن مع تلك العملية في الحالات المواتية عمليةٌ أخرى يُحوَّل فيها المريضُ المعالجَ -أو بالأحرى صورته عن المعالج- إلى جزء متكامل من نفسه، ويطلق المحللون النفسيُّون من أتباع ميلاني كلاين على هذه العملية "استدماج المعالج بوصفه موضوعًا حسنًا"، وهذه هي أيضًا العملية التي لدينا من المبررات ما يجعلنا نفترض أنها تحدث لدى الأطفال الصغار، فالمخلوق البشري يأتي إلى هذا

العالم في حالة فريدة من الضعف وعدم القدرة على الدفاع عن نفسه، فالعالم واسعٌ، ومحفوف بالمخاطر، بينما هو نفسه ضئيلٌ وعديم الحيلة. واكتساب الثقة يعتمد في المرتبة الأولى على ما يتلقَى من ثقة. ومهما كانت الطبيعة الوراثية للطفل حسنةً، فإنه يحتاج إلى عناية ووجود البالغين موضع الثقة إذا كان له في نهاية المطاف أن يتعلّم الاعتماد "على نفسه"، وقد وضعتُ "على نفسه" بين قوسين لأنه يبدو من المحتمل أن ما يتعلّم الطفل الثقة به هو شيء أخذه داخل "نفسه" من خلال خبرته بأباء طبيّين، شيء يعتبره جزءًا من ذاته، ولكن لا يزال يعتبره غير مُتطابق مع الذات أو الأنا.

وبالطريقة نفسها يبدأ المريض أثناء العلاج من خلال خبرته بالمعالج كشخص يُعتمد عليه ويوثق به أن يكون داخل نفسه شخصًا مؤتمنًا، يمكن أن يُعتمد عليه في الشدائد. هذا الشخص الداخلي يمكن أن يأخذ في البداية صورة المعالج، فقد أخبرني أكثر من مريضٍ بأنه عندما تواجهه مشكلة يسأل نفسه: "ترى ما الذي يقوله دكتور ستور في هذه الحالة؟"، وبالرغم من أنهم يعرفون تمامًا أن ما سيقوله دكتور ستور هو: "لا أدري بالضبط ما يجب أن تفعله، لكن دعنا نُجلي الغموض عن المشكلة"، وأعتقد أن صورتي كشخصية مُحدّدة تختفي عادةً بعد مُدّة، تمامًا مثلما تختفي صورة الآباء باعتبارهم ملاذًا يلجأ إليه الطفل كلما تقدّم في السن.

والمرضى الذين يمرّون بمرحلة من الاعتماد الشديد على المعالج، غالبًا ما يتوجّسون خيفةً ممّا سيحدث إذا ما قارب العلاج على نهايته، فيتساءلون: "ما الذي سنفعله بدونك؟"، ولقد وجدتُ غالبًا أنه من الأصوب أن أوضح لهم السبب في اعتقادي أنهم سيدبرّون شؤونهم بنجاح، فأقدّم لهم التفسير الذي سبق أن ذكرته.

ولا تتمّ عملية الاستدماج لدى بعض المرضى بشكلٍ ملائم، ويكون لذلك نتيجتان: الأولى: ميلهم إلى الاعتماد على الحضور الفعلي للمعالج بدلاً من تمكّنهم من حمله بداخلهم. والثانية: هي عجزهم عن نقل ثقتهم من المعالج إلى الآخرين؛ ولذلك يبقى المعالج الشخص الوحيد الذي يبدو أنه يفهمهم ويعتني بأمرهم. ويبدو أن هاتين الظاهرتين هما في الواقع شيء واحد؛ إذ إن عدم قدرة

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

المريض على جعل صورة المعالج جزءاً من تركيبه النفسي، يمنعه من إسقاط تلك الصورة على الآخرين. وجميعنا يعرف أن الأطفال الصغار الذين تغيب عنهم أمهاتهم مؤقتاً يصبحون في الغالب مكتئبين لعدم استطاعتهم تصوُّر عودتها. إنهم يعتمدون على حضورها الفعلي ليطمئنوا إلى وجودها المستمر. وإذا ما سارت الأمور سيراً طبيعياً فإن قدرة الطفل على تحمُّل الغياب تزداد تدريجياً ولكن في الحالات التي لا تنشأ فيها رابطة وثيقة مع الأم، يبقى الشخص حساساً بشكلٍ خاصٍّ لذلك الغياب، وغير قادر بصفة خاصة على أن يندمج داخل ذاته ما قد يقدمه الآخرون له. ومهما كان التفسير، فإن كل معالجٍ نفسيٍّ سيقابل قلةً من المرضى الذين يظلُّ بالنسبة لهم الشخص الوحيد الذي يشعرون بالثقة المطلقة فيه، والشخص الوحيد الذي يطمئنون إلى اهتمامه المستمر بهم.

فكيف نتعامل مع المشاكل التي يثيرها هؤلاء المرضى، ذلك أمرٌ سنوضحه في فصل لاحق.

إن النظرة المثالية المؤقتة للمعالج تحتوي في الغالب على عنصرٍ شَبَقِيٍّ، خاصَّةً إذا ما كان المريض سويًّا من الناحية الجنسية والمعالج من الجنس المقابل. وأدى اكتشاف تلك الظاهرة إلى شيوع خُرافةٍ مُؤدَّها أن عملية العلاج النفسي هي في الأساس "وقوع المريض في حبِّ المعالج"، ومن المتوقَّع بالطبع أن تشتمل مشاعر المريض تجاه المعالج في بعض الحالات على مشاعر جنسية، وأن يظهر لدى العديد من المرضى أحلامٌ وخيالاتٌ يلعب فيها المعالج دورَ العاشق. ويشعر المعالجون قليلو الخبرة بالقلق والخوف عند التعامل مع هذه الظاهرة. فكيف يتعاملون معها؟ أولاً: من المهم أن ندرك أن الحاجات الجنسية والحاجات الاعتمادية شريكان غير متجانسين. وعلى الرغم من أن البشر - ما لم يكونوا من الفصاميِّين - يظلُّون اعتماديين، بمعنى أنهم مهما تقدَّموا في السن فإنهم بحاجة مستمرة للعلاقات الإنسانية. "هذا الاعتماد الناضج" كما سمَّاه فيربيرن يختلف تمامًا عن اعتمادية سنِّ الطفولة. فالوضع الأمثل لاختيار الشريك في العلاقة الجنسية هو أن يتمَّ من موقع الثقة المتبادلة، والاحتمال الأكبر أن بلوغ النضج الجنسي هو الذي يضطرُّ الكائن الإنساني الشابَّ إلى ترك المنزل، وما لم يكن قد كوَّن ثقةً كافيةً في نفسه للقيام بهذا العمل؛ فإنه إمَّا أن يفشل في إيجاد الشريك الجنسي، وإمَّا أن يختار شريكاً يمكن أن يسقط عليه الصورة الوالدية. إن التحرُّر من الوالدين مُتطلَّب

أساسي لإيجاد علاقة حسب مُشَبَّعة وقائمة على أساس من التكافؤ. وتفشل الكثير من الزيجات لأن أحد الأطراف يُعامل الطرف الثاني كأبٍ بدلاً من أن يُعامله كِندٌ.

وحيث إن المريض يُضفي على المعالج صفات يطغى عليها الطابع الأبوي للأسباب التي سبق ذكرها؛ فالذي يحدث عندما تلتقي العناصر الشبقية مع هذه الصفات أن يحاول المريض جعل المعالج مزيجاً من الأب والعشيق. ولقد استند فرويد في تفسيره لهذه الظاهرة إلى أن المريض لا يزال مُوثِّقاً وثاقاً شبقياً بالأب من الجنس المخالف، لأنه افترض أن ما يعوق الناس عن النُّضج هو الرابطة الشبقية لا رابطة الاعتماد على الوالدين، فهناك رغبة من الطفل في الاتحاد بالوالد من الجنس المخالف، والتَّخْلُص من الوالد المماثل، وهذه هي عُقْدَةُ أوديب الشهيرة. وبينما لا يمكن إنكار أن للأطفال رغبات شهوانية وتظهر عليهم بوادر الجنسية البالغة في السلوك والخيال معاً، فقد بدا لي منذ زمن أنه من المؤسف أن فرويد لم يُلحَّ إلحاحاً أكبر على المُكوّن الاعتمادي في تلك الصِّلة الوثيقة بالأبوين، والتي يعاني منها - بلا شك - الغالبية العظمى من العُصابيين. فإذا ما احتلت رابطة الاعتماد - وليس الرابطة الشبقية - المكانَ الأوَّل في تفسير الحاجة إلى الحب والتَّفهُم الأبوي، والذي يبدو واضحاً تماماً لدى المرضى؛ فإن عُقْدَةُ أوديب وسِفاح المحارم سيكتسبان - في اعتقادي - معنًى أكبر. إن انتهاك علاقة التحريم بين الوالد والطفل، معناها أن الطفل لن يتعرَّض فحسب لكافة المخاطر التي تنشأ عند حدوث علاقة جنسية بين طرفين لا تكافؤ بينهما إطلاقاً من حيث السُّلطان والنفوذ، وهي مخاطر التخويف والخديعة والإرغام، بل سيُحرَم كذلك من النُّمُو والنُّضج وترك المنزل ليستقلَّ ويتعامل مع العالم الخارجي بطريقته. فإذا توفَّر في المنزل كُلُّ من الجنس والعناية الأبوية؛ فلن يكون لدى الطفل دافع للنمو والاستقلال.

فالرغبة في أن يصبح الوالد - أو بديله - عاشقاً ومُحبباً كذلك، يمكن النظر إليها كوسيلة للتحايل على مطالب الحيلة ومصاعبها والفوز بأفضل ما في العالمين: عالم الطفل وعالم البالغ. وبينما تصوّر فرويد أن توقُّف مرضاه عند وضعهم الحالي يرجع إلى عدم قدرتهم على التحرُّر من تثبيات الماضي، فإن يونج اعتقد أن التكوّن إلى تثبيات fixations الماضي هو في الغالب نتيجة لمصاعب الحاضر. وهناك الكثير ممَّا يمكن قوله تدعيماً لوجهة نظر يونج، حُذ على سبيل المثال تأثير فقدان عزيز كأبٍ أو أمٍّ أو صديق، فالمرضى الذين يتعرَّضون لهذا النوع

من الشدة الانفعالية يصبحون في الغالب كالأطفال الاعتماديين لفترة من الزمن. والأمر بالمثل مع الأمهات اللاتي يُرزقن حديثًا مولودًا جديدًا، فالأزمة في الحاضر تُزعزع الثقة، وتجعل الناس ينكصون إلى أنماط من السلوك يبدو في الظروف العادية أنهم قد تجاوزوها. وعادة ما أعالج مسألة المظاهر الشبقيّة في عملية الطرح بهذه التّصوّرات مائلًا في ذهني. وبالطبع فإنه أمر غير وارد أن يستجيب المعالج لرغبات مريضه الشبقيّة؛ فهذا لا ينتهك فقط أخلاقيات المهنة، والتي تحكم العلاقة بين المريض والمعالج، ولكنه يعوق المريض أيضًا عن الوصول إلى الغاية التي يهدف إليها العلاج بمجمله، وهي إحراز الاستقلال الحقيقي.

ولا بُدّ للمعالج عند ممارسته لفتنه أن يتعامل مع أولئك المرضى الذين يُكاشفونه بحُبهم بنوع من اللطف والثّفهم. ومن المهم أن يدرك أن الحُبّ الذي يديه المريض للمعالج "صادق" تمامًا، كالحُبّ الذي يحدث خارج نطاق الموقف العلاجي، وإن لم يكن في واقعيته. وعلى الرغم من أن المعالج يتناول جوانب مُعيّنة لمريضه، يَغلب عليها "الطابع الطفلي"، فإنه يتعامل في الوقت نفسه مع إنسان بالغ، يخضع -شأنه شأن غيره- للحاجة المُلحّة إلى إشباع رغباته الجنسية، تلك الرغبات التي تفرضها الطبيعة الشبقيّة للإنسان.

وأحد مظاهر تعبير المريض عن مشاعره تجاه المعالج -والتي ربما تُسبّب حرجًا- هي تقديم الهدايا؛ فالهدايا التي يقدمها المرضى قد تعني عددًا من الأمور المختلفة، فهي أحيانًا رشاوى تُقدّم للتأكد من أن المعالج مدينٌ مِمّة ما للمريض؛ وبالتالي يتوقّع منه أن يُدعّن لرغباته، وهو أمر قد لا يفعله إن لم تُقدّم مثل تلك الهدية. وقد تكون الهدية في أحيان أخرى تعبيرًا عن رغبة المريض في إقامة علاقة حميمة "خاصّة" بالمعالج، لا يشاركه فيها بقية المرضى، وقد تعني الرغبة في إظهار أن المريض يدرك بشكل خاص دَوَقِ المعالج أو حاجاته من خلال طبيعة الهدية المختارة. وفي العادة لا يكون من الصعب اكتشاف مثل هذه الدوافع؛ وبالتالي يصبح من اليسير رفض مثل تلك الهدايا، ولكن الهدايا تكون في بعض الأحيان تعبيرًا صادقًا عن الامتنان والتقدير، ويكون من الصعب رفضها دون إيذاء مشاعر المريض. وبوجه عام، من الأفضل أن تُرَقّص الهدايا، عدا في نهاية العلاج، عندما تعني الهدية لا مُجرّد الامتنان من جانب المريض، ولكنها تُسهّل أيضًا عملية الفراق، فتقديم الهدايا في نهاية العلاج يمكن أن يكون تعبيرًا

عن حقيقة أن المريض يحسُّ أنه على قَدَم المساواة مع المعالج، وأنه (أو أنها) لديه/ لديها "شيء يعطيه/ تعطيه". يمكن قبول الهدية في مناسبات نادرة أثناء العلاج إذا ما كانت شيئاً من صُنْع المريض؛ فسيكون من الغلظة أن نرفض كتاباً ألّفه المريض، أو صورة رسمها؛ لأنها تكون في هذه الحالة ذات منزلة حميمة في نفس المريض، وسيكون من الصعب أن نرفض دون إيلاء مشاعره.

وإذا ما كان لدى المعالج اللطافة والكمياسة بحيث يتقبَّل الحب الذي بيديه له مرضاه دون أن يستجيب له، وكذلك دون أن يجعل المريض يشعر في الوقت نفسه أنه قد نبذه؛ فسيجد عادةً أن المشكلة قد حَلَّت نفسها بنفسها خلال سير العلاج. ومن الممكن أن تفسَّر تلك المظاهر الشبقية للحب مثلما فسَّرها فرويد، بالرجوع ببساطة إلى الماضي، أي باعتبارها إحياءً لمشاعر متعلّقة أساساً بوالدي المريض. ولكن لن تكون هذه هي كل الحكاية قَطْعاً؛ إذ إن المشاعر الشبقية التي يحسُّ بها المريض كبالغ تختلف عن بشائرها الأولى عندما كان طفلاً، وأعتقد أنه يكون استخفافاً بحُبِّ المريض إذا اعتبرناه ليس أكثر من استمرارٍ لسلوكٍ طفليٍّ، فإذا ما حسم المعالج الأمرَ وأوضح بشكل صارم بأنه لا سبيل هنالك ولا يمكن أن يكون هناك استجابة بأي حال لاتجاهات المريض الجنسية؛ فسيكون لذلك تأثير مشابه للنهي عن الاتصال بالمحارم، بل هو مُشْتَقٌّ منه في الحقيقة، أي أنه سيجعل المريض يدرك أنه ليس بالإمكان تحقيق جميع مطالبه بواسطة العلاج. إن ما يفعله العلاج هو أن يقيم قاعدة جديدة للثقة ينطلق منها المريض وهو أفضل تأهيلاً لتحقيق ما يريد. ويمكن القول إننا نبدأ جميعاً الحياة المستقلة انطلاقاً من خيبة الأمل في الحب؛ إذ إن الوالد من الجنس المقابل لا يمكن أن يكون لنا على الإطلاق، وهذا أمرٌ يَصْدُقُ في الغالب على البداية الجديدة التي يقدّمها العلاج النفسي.

وهناك موضوع يتكرر كثيراً في الأساطير وفي حكايات الجن، هو قصة الطفل الأصغر الذي يُجبر تحت وطأة الظروف أن يترك منزل أبويه "ليبحث عن حظه"، فيواجه العديد من المخاطر العظيمة التي تُهدِّد حياته، وغالباً ما يُطلَب منه -مثل تامينو في "الناي السحري"⁽¹⁾ - أن يَمَرَّ بعددٍ من المواقف التي تُختَبَر فيها

(1) كالشاطر حسن في قصص الف ليلة وليلة (المترجم).

شجاعته، وفي بعض الأحيان - كما في "الجمال النائم" وفي "سيجفريد"⁽¹⁾ - تكون أمرته مُحاطَةً بحواجز من اللهب والأشواك، ممَّا يمنعُه من الوصول إليها، وأخيراً يتغلب البطل على جميع العوائق ويفوز بالأميرة. بعبارة أخرى، تكون السعادة الجنسية هي المكافأة على الشجاعة التي مكنته من ترك كَنَفِ والديه ومواجهة أي أخطار تفرضها الحياة المستقلة.

وتتنوع شدَّة الانفعالات التي يبديها المريض تجاه المعالج بدرجة كبيرة. ومع أن الطرح - كما سبق أن ذكرتُ - ظاهرة شاملة وعمامة، إلا أن الكثيرين من المرضى قد لا تظهر عليهم خلال فترة العلاج أي دلائل للانشغال الانفعالي العميق بالمعالج، ومع ذلك فإنه حتى في تلك الحالات يجب على المعالج أن يحاول التعرف على اتجاهات المريض نحوه، وأن يستعدَّ لبحثها وتمحيصها في الوقت الملائم؛ فغالبية المرضى - إن لم يكن كلهم - الذين يلجؤون إلى العلاج النفسي يعانون من اضطرابات في العلاقة بالآخرين، وسوف يعكسون ذلك الاضطراب - حتمًا - في اتجاههم نحو المعالج، وعندما يعي المريض بمثل تلك الاتجاهات، هنا والآن، في الموقف العلاجي، عندئذ فقط يبدوون في التغيُّر.

وعلى سبيل المثال، فالناس الذين تعودوا على الشك في تعاملهم مع الآخرين أو الخانعين دائماً، أو المتباهين بذكائهم، ربما لا يعون (لا شعورياً) أن مثل تلك الاتجاهات تعوق علاقاتهم بالآخرين. والموقف العلاجي وحده هو الذي يمكن من خلاله أن يعوا بمثل هذه الأشياء؛ إذ إنه من غير المحتمل أن يشير الناس الذين يقابلونهم في الحياة العادية إلى هذه الاتجاهات دون أن يكون في ذلك إهانة، كما أن المقابلات العادية لن توفر لهم فرصة التغيُّر، وأحد الأسباب التي تجعل العلاج النفسي بطيئاً هو أن تغيير الاتجاهات يحتاج إلى الوقت والتصحيح المتكرَّر، ويطلق المحللون النفسيون على هذه العملية "شق الطريق" Working Through، وهي عبارة تشير إلى أنه على الرغم من أن بعض الاستبصارات تأتي كلمح البصر، إلا أن استخدامها يحتاج إلى تطبيق صبور.

(1) هذه أسماء قصص فولكلورية تحولت إلى أعمال موسيقية أوبرالية على يد موزار ونشايكوفسكي وفاجنر. (المترجم).

الفصل التاسع

الشخصية الهستيرية

قبل أن أقدم على شرح بعض الصُّعاب التي قد يواجهها المعالج النفسي عند علاجه أنماطًا مختلفة من الأشخاص، أودُّ أن أُلخِّص ما سبق أن تحدّثتُ عنه في الفصول السابقة عن طبيعة المهمة التي يقوم بها المعالج.

إن مهمته الأولى هي أن يُرسِي قاعدة صادقة وأمنة من الاهتمام الشخصي يستطيع المريض أن يركّز عليها في تقدّمه. تمامًا كالطفل الذي يفترض أنه سيسير في طريق النُّضج كأحسن ما يكون إذا ما أسعده الحظُّ أن ينشأ في بيتٍ مُستقرٍّ، تكون الرعاية المستمرة فيه أمرًا مفروغًا منه. وبالمثل، يُفترض أن المرضى العصبيين ستزداد فرصتهم في أن يتفحصوا أنفسهم، وأن يتعاملوا بشكلٍ أفضل مع مشاكلهم الشخصية إذا ما توفّرت لهم قاعدة آمنة في صورة المعالج الذي يستطيعون أن يركنوا إلى رعايته واهتمامه بهم.

ومهمته الثانية هي أن يصل إلى معرفة حميمة بمريضه تُمكنه من استشفاف معنى لأعراض المريض ولشخصيته ككل. ويتضمّن هذا تكوين صورة واضحة لكيفية نمو المريض من مرحلة الطفولة المبكرة فصاعدًا. ومع أن الحصول على هذا الفهم لا يقضي بالضرورة إلى إزالة كافة أعراضه كما لا يؤدي إلى تغيّرات

جذرية أو فجائية في بناء الشخصية، إلا أنه يمكن المريض من أن يخرج من دائرة ذاته، وينظر إلى نفسه بنفس الطريقة التي ينظر بها المعالج إليها، أي بعين ناقدة وعطوفة. إن القدرة على أن ينظر المريض إلى ذاته كما هي بالفعل، هي في رأي المتطلب الأساسي للتغيير. إن المرضى العصبيين الذين يبحثون عن العلاج النفسي لا يفعلون ذلك لأن تكوينهم النفسي المرضي يسحقهم ويوقع الفوضى في أرجاء بالأسوياء، ولكن لأن تكوينهم النفسي المرضي يسحقهم ويوقع الفوضى في أرجاء نفوسهم فإذا استطاعوا أن يخرجوا من أسر شخصياتهم ومشاكلهم وأن ينظروا إليها بعين فاهمة ناقدة فإنهم بذلك يخطون أول خطوة في طريق تحقيق درجة من السيطرة عليها.

والمهمة الثالثة للمعالج هي أن يوفر للمريض فرصة تحسين علاقاته الشخصية بأن يكون هو الشخص الذي يستطيع المريض أن يتفاعل معه. وهو يفعل ذلك أولاً عن طريق كونه غامضاً بدرجة أو بأخرى؛ مما يتيح للمريض أن يسقط عليه صور أولئك الأشخاص الذين قاموا بدور انفعالي هام في حياته الماضية، وثانياً: بأن يجعل المريض يدرك -هنا، والآن- كيف أن تلك الصور والافتراضات المصاحبة لها تعترض قدرته على إقامة علاقات إيجابية قائمة على الندية مع الآخرين الذين يواجههم في حياته العادية، فكلما زادت قدرة المريض على الارتباط بالمعالج دون افتراضات سلبية مُستمدة من الماضي؛ فإن قدرته على الارتباط بالآخرين خارج جلسة العلاج النفسي تزداد في معظم الحالات.

وأتناول الآن بعض المضاعفات التي قد يقابلها المعالج النفسي عند تطبيقه لهذه المبادئ في معالجة الأنماط المختلفة للشخصية.

وتدور الفصول الأربعة التالية حول الأنماط المختلفة للشخصية بدلاً من التركيز على عرض عصبي بعينه، لأنني أعتقد أن العلاج النفسي اليوم يهتم بفهم المرضى بشكل كلي أكثر مما يهتم بالتخلص من عرض معين بشكل مباشر، وسوف نتعرض لهذا الموضوع بشكل أكثر تفصيلاً في فصل لاحق. ولقد اخترت في تناولي الأنماط المختلفة للشخصية التصنيف المتعارف عليه لدى الأطباء النفسيين، وهو الشخصية الهستيرية والاكثابية والحوازية وشبه الفصامية. ومع أن هذه الفئات بعيدة عن أن تفي بالغرض وعن إعطاء التُّنوع غير العادي والشديد التعقيد

[HTTPS://T.ME/MKBTARAB](https://t.me/mkbtarab)

للشخصية الإنسانية حقّه، إلا أنها تعطينا على الأقل تصنيفًا مبدئيًا هو أفضل من أن نبدأ من لا شيء.

إن تعبير "هستيريا"، و"شخصية هستيرية" من التعبيرات التي أسّـء استخدامها، بحيث أصبحت نوعًا من الشتائم. ويُصاب قلبُ المُعالج النفسي بالانقباض عندما يسمع أن حالةً من هذا النوع قد حُوِّلت إليه، وذلك بالإضافة إلى أنه قد يتصوّر أنه لن يستطيع أن يفهم مثل هذا المريض بسبب عدم قدرته على أن يتوحّد مع مثل تلك الشخصية، فمعظم الأطباء النفسيين على استعداد للاعتراف بأنهم مُعرّضون للاكتئاب ومعاناة الأنواع المختلفة من القلق، وأن يظهر لديهم بعض العلامات أو الأعراض الوسواسية، وقادرون على الانعزال شبه الفصامي، ولكنهم ينفرون أشد النفور من الاعتراف بوجود أي مُكوّنات هستيرية لديهم. فالشخصية الهستيرية تبدو غريبة عن أنواع الشخصيات الأخرى التي يصادفها المُعالج خلال عمله. ومع ذلك فإن مرضى الهستيريا هم الذين أقام فرويد -على أساس من تكوينهم النفسي المرّضي- البناء الأوّل للتحليل النفسي، كما أنهم أيضًا هم الذين يبدو أنهم يستجيبون بدرجة أفضل للعلاج.

ويندر اليوم أن يرى المُعالج النفسي الحالات الدرامية للهستيريا كما وصفها وصفًا حيًا أطباءُ القرن التاسع عشر، فالشلل الهستيري العام والعمى والصّم وفقدان الإحساس بالفضّرات والجوارب ونوبات الإغماء التشنجي والعرشة- أصبحت أعراضًا عُصائبيّة نادرة. وعلى الرغم من أننا جميعًا نُصاب بنسيانٍ جُزئيّ للأحداث المؤلمة التي نُفضّل ألا نتذكرها، فإن الذهول ("التوهة" Fugue) الذي يعاني فيه الفرد من نسيان شديد لمساحات واسعة من الماضي ويجد نفسه في مكان غريب لا يدري كيف وصل إليه- أصبح ظاهرةً لا يقابلها المُعالج النَّفسيّ الذي يمارس عمله في العيادة الخارجية أو عيادته الخاصة. ولكن "الشخصيات الهستيرية" المهيأة لإظهار أعراض هستيرية أقلّ دراميّة شائعة بدرجة كافية. وأفضل تعريف للشخصية الهستيرية صادّقته هو التعريف الذي قال به سلافني وماك هاي⁽¹⁾: "تُسيطر على الشخصية الهستيرية رغبةٌ مُلحّة في نيل رضَى الآخرين لكي تتغلب على الخوف من عدم قدرتها على القيام بذلك؛ ممّا يُؤدّي إلى نشاطٍ

(1) Nicholi, Armand M (ed) (1978) "The Harvard Guide to Modern Psychiatry", p. 287 Cambridge, Mnsachusetts: The Belknap Press, Harvard University Press.

لا يستقرُّ على حال، وسلوك درامي مُبالغ فيه، وأنواع من الإغراء الاجتماعي أو الجنسي الواضح (غالبًا ما يؤدي إلى خيبة أمل لدى الطرف الآخر) والاعتماد اللا واقعي وغير الناضج على الآخرين".

والصفة المُميّزة للعرض الهستيرى أنه يخدم غرضًا لا يشعر به المريض، أو ربما يشعر به شعورًا جزئيًا؛ ولذلك فإن المريض ينكر هذا العَرَض في البداية، وتميل الأعراض الهستيرية إلى أن تخدم ثلاثة أغراض رئيسية، فهي -أولًا- تُمكن المريض من تجنُّب المواقف المنفردة والمخفية أو التي تحمل في طياتها تحقيرًا وتصغيرًا لشأنه، ولعلَّ حالات "الصداع" التي تظهر في الوقت المناسب هي أعراض هستيرية نموذجية. وعلى المعالجين النفسيين الذين يعتقدون بعدم وجود ميول هستيرية لديهم أن يبحثوا في ذكرياتهم خلال الطفولة؛ فغالبًا ما سيجدون من خلال تجربتهم نموذجًا واحدًا على الأقل لعَرَضٍ جُسَمانيٍّ ظهر في الوقت الملائم لينقذهم من موقف مزعج أو خطر، ويختفي في الوقت المناسب عندما يمرُّ ذلك الموقف بسلام.

وثانيًا: قد يخدم العَرَضُ غَرَضَ الانتقام أو عقاب الأشخاص الذين يشعر المريض تجاههم بالامتناع، بغَضِّ النظر عمدًا إذا كان هذا الامتناع له ما يُبرِّره موضوعيًا، والبرود الجنسي على سبيل المثال غالبًا ما يكون العصا التي تُعاقِبُ بها المريضة زوجها، كتعبيرٍ عن النفور من ممارسة الجنس.

وثالثًا: قد يهدف العَرَضُ إلى اجتلاب العطف -أو الاهتمام على أقل تقدير- ويتخوَّف هؤلاء المرضى من أن يطلبوا شيئًا من الآخرين، فيشدُّون الانتباه إلى تعاساتهم وحاجاتهم إلى المساعدة بإيجاد أعراض تدفع الآخرين إلى الاهتمام بهم. ولذلك فإن المرضى الذين تظهر لديهم الهستيرية هم ذواتٌ انقسمت على نفسها، ويتَّضح ذلك للمراقب فيما يبدو من تناقضٍ بين ما يقوله المريض عمدًا يريده ويشعر به، وبين ما تفصح عنه أعراضه بوضوح: "أودُّ أن أقوم بجولة، ولكن قدماي لا تطاوعانني"، "أحبُّ زوجي، ولكني لا أحتمل أن يلمسني"، "أردتُ أن أموت عندما ابتلعتُ تلك الأقراص"، ولكنها أخذت الاحتياطات اللازمة حتى يُكتشَف الأمر قبل أن يكون هناك أي احتمال للموت.

ويخلق هذا النوع من التناقض شكًا في ذهن المعالج بأن المريض يفتعل هذه الأعراض. وهو شكٌ يجد تديعًا فيما يبيده المريض من انفعالات ميلودرامية بشكل مُبالغ فيه، سواء كانت تُعبر عن التعاسة أو الامتنان أو الحب أو الغضب. وفي الواقع تبدو صفتا "هستيري" Hysterical و"تمثيلي" أو "مُفتعل" Histrionic مترادفتين للشخص العادي. وعلى الرغم من وصف فرويد لعملية الكبت، إلا أن الشك يظل قائمًا في أن المريضة تقوم بدور كاذب وتتصور انفعالات لا تحس بها، بينما تُنكر ما تشعر به. وعلى وجه العموم، تصنع من نفسها شخصًا آخر مُختلَفًا عما هي عليه بالفعل.

إن هذه الصفة المميّزة لمرضى الهستيريا هي التي تثير الضجر عند الأطباء، فمن اليسير أن تشعر بالتعاطف مع قنوط المكتئب، وانطواء شبه الفصامي، أو حوازية الوسواسي؛ إذ إن هؤلاء المرضى "حقيقيون"، بغض النظر عن عدم وعيهم بتلك الجوانب المؤلمة في شخصياتهم. أمّا مع أصحاب الهستيريا فلا سبيل إلى إزالة الشك؛ فالتناقض واضح، لا يترك مجالًا للإقناع. فإذا ما حاولت المريضة الهستيرية أن "تكون لطيفة" فإنها تغالي في ذلك، بحيث يشعر الطبيب أنها تهدف إلى التلاعب به، وهو وصفٌ شائعٌ وسيئٌ، يُطلق على سلوك هؤلاء المرضى. ويحاول كثير من المرضى الهستيريين أن يتودّدوا ويتلطّفوا، ولكنه تلتطف ذلك البائع الذي تحسّ دائمًا أن بضاعته مغشوشة، مهما حاول تزيينها لك.

يعتمد الأطباء على صدق مرضاهم، ولكن مواجهة مريض مشكوك في أمانته يقودهم إلى الارتباك، ثم الغضب؛ إذ يعتقدون أنهم خُدعوا بدلًا من أن يُعاملوا بالاحترام الواجب. واستياؤهم أمر مفهوم، ولكن لا يمكن تبريره تمامًا؛ إذ يستحيل من الناحية العملية أن تحكم إلى أيّ درجة يكون المريض واعيًا أو غير واعٍ عندما تكون الصراعات الانفعالية قريبةً من السطح، كما هو الأمر مع الحالات التي سبق وصفها.

وغالبًا يأتي مرضى الهستيريا لرؤية الطبيب النفسي مستخدمين حيلة "المبالغة في الأعراض"، وهي طريقة مُزعجة وخطيرة في جذب الاهتمام لمتاعب المرء الانفعالية، ولكنها طريقة فعّالة، فكلّ من حاول تقدير درجة تعاسة مريضة مُعيّنة حتى يعرف هل تمّت الموت فعلاً للحظة، أو أنها قامت بالاعتداء على أقرب وأعزُّ

[HTTPS://T.ME/MKBTARAB](https://t.me/mkbtarab)

الناس لديها لإهماله لها، أو أنها تستغيث لكي تُنقذ ممَّا تعانيه - سيدرك أن الموازنة الدقيقة للدوافع المتنوعة والمرُكبة أمرٌ مستحيل في الغالب.

ومن المنطقي طبعًا في مثل تلك الحالات أن يتشكَّك الطبيب ويميل إلى الاستياء، إلا أنه لن يستطيع مساعدة مريضه إذا ما استمرَّ في الشعور بمثل تلك الانفعالات. وما يجب أن يفعله هو أن يتحكَّم في استجاباته المباشرة بشكلٍ كافٍ يُمكنه من اختراق الواجهة التي يقدِّمها المريض، فإذا استطاع ذلك فسيجد إنسانًا بالغَ التعاسة، يستطيع التعاطف معه، وربما مساعدته.

إن مرضى الهستيريا أشخاصٌ مهزومون من الداخل، لا يظنُّون بأنفسهم أيَّ قدرة على التناؤس مع الآخرين بنديَّة، ويشعرون على وجه الخصوص بأنه يُستخفُّ بهم، وأنهم عوملوا في طفولتهم غالبًا بإهمال، فماذا يعمل الطفل إذا ما وجدَ الكبار لا يُقدِّرون احتياجاته حقَّ قدرها، ولا يهتمُّون بإشباعها حين يُعلنها...؟ إنه يصبح لحوحًا، دائمَ الطلب، باحثًا عن الاهتمام ولقَّفت الانتباه، مُغاليًا في احتياجاته بشكلٍ درامي، يصطنع الجيَل والألعيب كي يصل إلى ما يريد بشكلٍ غير مباشر. وفي محاولتي فهمَ الهستيريين وجدتُ من المفيد أن أشبَّههم بطفل حاول كثيرًا أن يجعل والدَيْه يعاملانه كشخصٍ له حقوقه، ولكنه فشل مرارًا وتكرارًا في هذه المحاولة، فكثيرٌ من الآباء لا يعيرون حاجات أطفالهم إلا اهتمامًا قليلًا، أو يعاملونهم وكأنهم امتدادٌ لشخصياتهم وليسوا أفرادًا ذوي شخصيات ومطالبٍ مُستقلة، وكلُّما أعار الوالدان أدنًا غير صاغية زاد صراخ الطفل للحصول على اهتمامهم؛ فالطفل الذي يصيبه الرُعب من الذهاب إلى المدرسة ولا يستطيع أن يعبرَ عن ذلك الرُعب صراحةً لأنه يعلم أن والديه سيستخفُّان بهذا الخوف ويعتبرانه سخافةً، قد يصيح أو يصرخ أو يُهدِّد بالهروب أو الانتحار حتى تُؤخِّد مشاعره مأخذ الجدِّ. وإذا اتضح له أن الاستغاثة المباشرة غير فعَّالة فقد يجد الأساليب غير المباشرة أكثر فعالية. وغالبًا ما يقبل المرضُ العضويُّ كسببٍ مُقنع في عدم الذهاب إلى المدرسة، كما أن له فائدة أخرى، هي الحصول على اهتمام إضافيٍّ من الكبار. ولا غرابة إذن أن يلجأ الأطفال في حالات اليأس والقنوط إلى أن يُظهِروا من الأمراض ما يخدم الغرض المزدوج.

ويُتَّبَعُ الأطفال هذه الأنماط السلوكية في الصَّغَرِ لأنها الأشكال الفعَّالة الوحيدة والطريقة المثلى التي يستطيعون بها أن يحتثوا الكبار على الاهتمام بحاجاتهم. وعندما تستمرُّ تلك الأشكال من السلوك غير الملائمة في حياة البالغ، نطلق عليها "سلوكًا هستيريًا"، وممَّا كان الهستيريُّون عموماً يشعرون أنهم غير محبوبين ولا تأثير لهم في مُجَرِّيات الأمور فإنهم غالباً ما يحاولون "رسم" أنفسهم في شكل أصحاب جاذبيَّة جنسيَّة لا تُقاوَم. وممَّا كان لدى النساء في ثقافتنا حرية أكبر في عرض مَفَاتِينَهُنَّ من الرجال؛ فإن هذه المحاولات تكون أكثر وضوحاً في حالتهم، واعتاد المعالجون النفسيون على ظاهرة الفتاة التي تلبس وتزيِّن كعارضة أزياء، بينما تشكو من البرود الجنسي في الوقت نفسه. ويتعلَّم مثل هؤلاء الفتيات غالباً كلَّ حَيْلِ الإغراء، ولكنَّهُنَّ عادةً يفشلن مع الذكور الذين يستدرجونهنَّ إلى الفراش. ويبقى البعض منهنَّ مُجرَّد فانتازات مثيرات لا يفين مطلقاً بالمواعيد. ومن السهولة انتقاد الاهتمام الزائد الذي توليه مثل هؤلاء الفتيات لمظهرهنَّ باعتباره "نرجسية" (وهو مصطلح نفسي آخر يُساء استخدامه)، وننسى أن مثل هذا الاهتمام هو ردُّ فعلٍ للإهمال. إن أولئك الذين لم يتلقَّوا مطلقاً اهتماماً كافياً هم الذين يُسْرِفون في الاهتمام بأنفسهم.

وللمسرح -كمهنة- إغراء لا يُقاوَم بالنسبة للهستيريين، وأغلب الممثلين والممثلات الناجحين ينتمون لهذا النوع من الشخصية. هناك عدَّة أسباب لذلك. أولاً: يوفِّر المسرح الفرصة للعرض الدرامي للانفعال الأمر الذي تهرَّست به تلك الشخصيات الهستيرية؛ فهم على معرفة بهذا الأسلوب منذ الطفولة.

ثانياً: أن الممثلين والممثلات إذا صادفوا نجاحاً فسيلقون القبول والاستحسان من الجمهور، وفي هذا الإعجاب الجمعيّ إشباعٌ لشخصٍ لم يُلاقِ الفهم والتقدير من أسرته؛ وبالتالي ليس لديه اقتناعٌ داخليٌّ بأنه مقبول ومرغوب لشخصه. فأن يكون المرء شخصيَّة عامَّة أمرٌ يبعث على الرضى، حتى وإن كان العائد منه سطحياً، فإخلاص الجمهور أقلُّ صدقاً من إخلاص الزوجة أو الوالدين.

ثالثاً: يقوم الممثلون بحُكم المهنة بأدوار يتقمَّصون فيها أشخاصاً غير ذواتهم، وكما لاحظنا، فإن الهستيريين لأنهم يفشلون في الحصول على ما يرغبون عندما

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

يُعبَرونَ عن أنفُسِهِم بِصِدْقٍ؛ فَإِنَّهُم يَلجُؤُونَ إلى اتِّخَاذِ كلِّ أنواعِ الأَفْعَةِ والأَدْوَارِ التي يَأْمَلُونَ أن تَنَالِ رِضَى مَنْ حَوْلَهُم.

وبفعلهم هذا يفقدون الصلّة بأيّ إحساس بالاستمرار في شخصياتهم، كما يفقدون الإحساس بالجواهر الداخلي، والذي يكون "الأنا الحقيقية". ويشعر الناس من هذا النوع بانعدام وجودهم كأفراد ويشعرون بالفزع من الوحدة لأنهم سيواجهون عندئذ بالفراغ الداخلي، ويشعر مثل هؤلاء الأفراد -ويا للتناقض- بأنهم أكثر صدقًا عندما يُمتثلون، إنهم يشعرون بالحياة فقط عندما يقومون بتمثيل دور ما.

إن العلاج النفسي الناجح مع هذه الفئة من المرضى يعتمد بشكل كامل غالبًا على نشوء وإرساء الطرح الإيجابي. وعلى الرغم من أن هؤلاء المرضى يكونون أحيانًا على درجة عالية من الذكاء إلا أنهم نادرًا ما يلجؤون إلى تحكيم العقل؛ وبالتالي فإن الاستبصار أو نفاذ البصيرة يقوم بدور في تحسّنهم أكثر ممّا يقوم به اقتناعهم الوجداني بأنهم وجدوا في المعالج الإنسان الوحيد الذي يتفهّمهم ويُقدّرهم حقّ قدرهم.

إن قيام علاقة ثابتة من هذا النوع لا يتمّ بالطبع بين يومٍ وليلة، ويمتلئ مسارها بالعديد من التقلّبات وامتحان صبر المعالج. ولأن هؤلاء المرضى يعانون قلقًا بالغًا من أجل الحصول على شخص ما يتفهّمهم ويعتني بهم، وفي الوقت نفسه قد فقدوا أي أمل في أن يجدوا مثل هذا الشخص؛ فإنهم يميلون إلى أن يسلكوا سلوكًا "سيئًا" ليكتشفوا إذا ما كان في مقدور المعالج أن يتحمّلهم؛ فيتخلّفون عن حضور الجلسات بدون عُذرٍ مقبول، وإذا كان المعالج في عيادته الخاصة فإنهم يهملون الدّفْع، أو يتأخّرون في دفع ما عليهم. وأثناء جلسات العلاج غالبًا ما يتهم المريض المُعالِج بعدم الإخلاص. "إنك لا تعتني بي في الواقع، إن الأمر مجرد مهنة... أكل عيش". وإذا كان المُعالِج شابًا وعديم الخبرة نسبيًا ربما يفتن المريض إلى ذلك، ويستخدمه كسلاح ضده، فأى مُعالِجٍ نفسي إذا كان طيبًا سيكون اسمه مُدوّنًا في الدليل الطبي، حيث يمكن للمريض -وبسهولة- معرفة تاريخ تخرّجه، والدرجات التي حصل عليها، والوظائف الطبية التي مارَسها. فإذا كان المُعالِج شابًا سريع التآثر بالنقد فسيكون من الصعب عليه ألا يتأثر بذلك الاتهام، فإمّا أن يرفض

[HTTPS://T.ME/MK1BTARAB](https://t.me/mk1btarab)

بغضب الاستمرار في معالجته، أو أن يصيبه القهر لضعف كفاءته كمعالج. إلا أنه إذا ما استطاع المرء أن يدرك أن اتهامات المريض تنبع من إحساس عميق بالتعاسة وأنه ما لم يكن لدى المريض أمل في أن المعالج ليس بالصورة القائمة التي رسمه بها فإنه لن يأتي لطلب العون منه، فسيكون في الإمكان تخطي هذه المرحلة السلبية.

ويتأرجح بعض المرضى بين تقديس المعالج وبين الهجوم الشديد عليه. ولقد عالجتُ مرضى كانوا خلال جلسة واحدة مُجَدِّونني باعتباري نسيجٍ وحدي في العطف والفهم والفتنة، وفي اللحظة التالية يُحَقِّرون من شأني، فأصبح كريهاً، عديمَ الشأن، قاسياً، ومتبلِّد الإحساس. وكانت إحدى هؤلاء المريضات التي تخاف أن أرفض الاستمرار في علاجها تكتبي لي بعد كل جلسة علاج "سلبية" رسائل تُعبِّر فيها عن أسفها العميق.

مثل هؤلاء المرضى أناسٌ جرمانهم عميقٌ، وتعاستهم أعمق، ويعانون عموماً من آثار إهمال الأم خلال المراحل المبكرة من طفولتهم، وعندما يقيمون علاقات بالآخرين فإنهم يكرِّرون المرة تلو المرة خيبة آمالهم أثناء الطفولة، ويحملونهم فوق ما يطيقون، وينقلبون ناغمين عليهم عندما لا تجاب مطالبهم. وقد أقامت إحدى هؤلاء النسوة علاقات متعدِّدة بنساءٍ كُنَّ يَظُننَّ مقام الأم لديها، وكانت تعبدنهم عبادةً خلال مرحلة "شهر العسل"، ولكنها لما كانت تُطالب باحتكارٍ مُطلَق للاهتمام فإنها تصير شديدة الغيرة إذا ما اعتقدت أن محبوبتها تولي أيَّ اهتمام - مهما كان - لأيِّ شخصٍ آخر؛ لذلك كانت علاقاتها تنتهي دائماً نهايةً سيئة، وكان غضبها لا يقتصر أحياناً على الألفاظ النابية؛ لذلك تلقَّت على الأقل حُكماً واحداً بالسجن بسبب ما ألحقته من أضرار جسمانية خطيرة بامرأة كانت توليها عطفها. ومن المستبعد أن يُحال إلى المعالج النفسي الناشئ مرضى هستيريون تصل تفاعلاتهم⁽¹⁾ Acting Out إلى هذا الحد. ويطلقُ الطُّبُّ النفسي على مثل هؤلاء المرضى تسميةً ذات رنينٍ سيئٍ، فيوصِّموا "بالسيكوباتية"؛ ومن ثمَّ يصبح العلاج النفسي غير ملائم لهم. وعلى أي حال، فحتى وإن تحكَّم المرضى في أنفسهم بدرجة كافية بحيث يعبِّرون عن انفعالاتهم بشكلٍ لفظيٍّ فقط، بدلاً

(1) التفعيل لفظٌ يطلقه المحللون النفسيون على سلوك المريض الذي يبدو أنه بديلٌ عن تذكُّر أحداث سابقة، وجوهره هو إحلال الفعل محلَّ الفكر (المترجم).

من ترجمتها إلى أفعال؛ فإن الانفعالات ستكون من نفس النوع، بتعبير آخر: إن التعامل مع الهستيريين ذوي الاضطرابات الأشد عمقاً قد يضع المعالج النفسي في مواجهة انفعالات أشد عنفاً وبدائيةً مما قد يثير انزعاجه هو نفسه. فإذا ما بقي المعالج صامداً ورزينا في مواجهة الإساءة التي يتعرض لها فسيجد عادةً أنه من الممكن أن يتفهّم مشاعر المريض ويتعاطف معها، ويُفسرها من خلال تجربة المريض الفعلية أثناء الطفولة. وهكذا، إن اتهم المريض المعالج بالإهمال أو الصّد فإن عليه أن يقول: "إنني على يقين أنه سبق لك أن شعرت بمثل هذا النّبذ من أناس آخرين قبلي، وفي الحقيقة يبدو أن هذا يحدث دائماً، أليس كذلك...؟ هل بإمكانك أن تتذكّر أوّل مرّة شعرت فيها بمثل ما تشعر به الآن؟"، بهذه الطريقة يمكن في الغالب أن تكشف عن تاريخ طويل من الأشكال المتكررة للرجاء وخيبة الأمل وأن تُبين للمريض أو للمريضة أن العلة تكمن في أن آمالها مبالغ فيها؛ وبالتالي فإنه محكومٌ عليها دائماً بالفشل.

وبإمكان المعالج أيضاً أن يحاول (هنا والآن) تبيان ما هي الجوانب من سلوكه هو التي أدت إلى اعتقاد المريض الخاطي بأنه ينبذه، وبالأخص عندما يحدث تغيير فجائي في اتجاه المريض بالطريقة سابقة الذكر. فغالباً ما يؤدي أي تغيير طفيف في سلوك المعالج إلى انطلاق مشاعر الإحساس "بالنّبذ". فعلى سبيل المثال قد يقول المريض: "إنك لم تبتسم عندما فتحت الباب لي"، أو "نبرة صوتك مختلفة". إنني على يقين أنك قد مللتني"، أو "لقد كنت تتشاءب عندما كنت أتحدّث".

وبالرغم من أنه يجب على المعالجين النفسيين أن يحاولوا البقاء على نفس الحال من الهدوء والثبات إلا أن تصرفاتهم ستختلف حتماً بدرجة بسيطة من يوم لآخر. فربما يكون المعالج متعباً، أو قلقاً، أو يعاني من صداع، ولكن المرضى المفرطين في الحساسية بالنسبة للنّبذ سرعان ما يلتقطون تلك التغييرات في سلوك المعالج، والتي مهما كانت طفيفة فهي موجودة؛ ولذلك فإنه ليس من الحكمة اعتبار شكوى المريض لا أساس لها من الصحة. وبالرغم من أنه سبق لي أن وضحّت أن هنالك أسباباً وجيهة توجب ألا يتحدّث المعالج عن مشاعره، فإنه لا يوجد مبرر يمنعه من التعبير عن إنسانيته دون الدخول في التفاصيل. وهكذا، فإنه يستطيع الرّد على اتّهام المريض بأنه قد تغيّر بقوله: "نعم، أتوقّع أن أتغيّر من حين لآخر، تماماً مثلما تفعل أنت، على المرء أن يسمح بذلك للآخرين. وإني

أعجب لماذا تجد تحمّل مثل هذا الأمر شاقاً عليك". وإذا ما كان المعالج قد وقع فعلاً في خطأ، أي إذا كان قد تشاءب بالفعل أو أغفل بعض ما قاله المريض أو نسي شيئاً أخبره به سابقاً، فإن الواجب عليه أن يعترف بذلك. إن العلاج النفسي لا يمكن قيامه إلا على أساس من الصدق بين كلا الطرفين، أما التظاهر بأن المرء أفضل ممّا هو عليه بالفعل ففيه تزييف لهذه العلاقة.

فإذا أوتي المعالج الجلّد والبراعة ليصمد خلال الفترة التي يتهمه فيها المريض بالقصور فإن صورته "الحسنة" لدى المريض ستسوّد. ولسوف تميل تلك الصورة - حسب درجة اضطراب المريض - إلى أن تحتل مكانةً مثاليّةً كما أشرنا فيما سبق. أي أن المعالج سيُعتبر مثلاً للطّيبة والمحبة ومُستقراً لكافة الفضائل، وأباً مثاليّاً سيحلّ كافة المشاكل ويأسو كلّ الجراح، ويعوّض ما فات من تعاسة. إن ما يسعى المريض إلى الحصول عليه من المعالج هو نوع من الإخلاص والتفاني ممّا لا يطمع فيه إلا الأطفال حديثي الولادة. وإنه لمن لصعوبة بمكان أن نحصل على أدلّة موضوعيّة عمّا نقص بالفعل في نمو المريض المبكر ليُفسّر لنا هذا المطلب الطّفليّ، ولكن، أتيح لي في حالات قليلة أن أستدلّ بنفسني على أن المريضة كانت بالفعل غير قادّرة على محبة أطفالها. وقد بدا لي في أغلب الأحيان أنه إذا لم تُشبع احتياجات الكائن الإنساني في المرحلة الملائمة من مُؤه فسيظلّ لديه جوع أو جرمَان قهريّ يدفعه دائماً إلى محاولة الحصول على ما حُرّم منه. وسواء كان هذا الفهم صادقاً أم لا، فإن ذلك التفسير يساعدني على فهم نوع المريض الذي حاولتُ وصفه فيما سبق. إن المريض (أو المريضة) يجد نفسه مدفوعاً ليطلب من المعالج التقبّل التام والحماية والرعاية والحب، تلك الأشياء التي تعطيها الأمّهات لأطفالهن حديثي الولادة في مرحلة لا يمكن أن نتوقّع منها شيئاً من الطفل في المقابل.

ولا يستطيع المعالج - بالطبع - أن يحقق شيئاً من تلك التوقّعات غير الواقعية. فحتى لو هجر كلّ عملٍ آخر وعاش مع المريض، وتواجدَ رهن الإشارة في أي وقت من اليوم، ولبّى أبسط احتياجاته، فإنه لن يستطيع أبداً أن يعوّضه عمّا فات، ولا أن يملأ الفراغ المؤلم الذي يحمله المريض بداخله. إن مثل هؤلاء المرضى عليهم أن يتقبّلوا حقيقة أنه رغم أن المعالج قد يستطيع مساعدتهم على إقامة علاقات جديدة بطريقة أفضل مع الناس الذين يصادقونهم، فإنه لا يستطيع كئيّة

أن يعوّض ما ضاع في سِنِي الطُّفُولَةِ الأُولَى. إن تقبُّل هذا الأمر يشبه تمامًا تقبُّل العيش بعاهةٍ جَسْمِيَّة. فإذا فقد الإنسان ساقًا فإن عليه أن يعيش بساق صناعية بديلة. وإذا استطاع المريضُ تقبُّل ذلك فإن المطالب القهرية المَلْحَة ستتوقَّف، وسيستطيع النظر إلى غيره من الناس في ضوء جديد أكثر واقعيَّة. ولعل المسألة أشبه بأن يستطيع المرء أن يسمح لنفسه بالحزن والاكتئاب، ويكي الأم المثالية التي لم توجد قطُّ بدلًا من أن يستمرَّ في الأمل أن يجدها في شخصٍ آخر.

في اعتقادي أن أفضل تفسير للهستيريا هو اعتبارها دفاعًا ضد الاكتئاب؛ ففي محاولة المريض تجنُّب الألم يزيد الطين بلة. وعندما يستطيع المعالجُ أن يدرك ما يوجد خلف الواجهة الهستيرية، عندئذ فقط، يستطيع أن يساعد مثل هؤلاء المرضى.

الفصل العاشر

الشخصية الاكتئابية

يكاد الاكتئاب يكون العَرَض الأكثر شيوعًا الذي يدفع المرضى إلى زيارة الطبيب النفسي، وقد يتراوح في شدته ما بين الانخفاض المؤقت في الروح المعنوية، وهي حالة يتعرض لها الجميع في مواجهة ما يصادفونه من عقبات معتادة، إلى حالة عذاب من الاستسلام واليأس السوداوي، والتي قد تؤدي إلى الانتحار. وفي الماضي كان الأطباء النفسيون ميّالين إلى تقسيم الاكتئاب إلى نوعين: "العصبي" و"الذهاني"، وغالبًا ما كان يطلق على النوع الأول: "الاستجابي"، وهو تعبيرٌ يشير إلى أن حالة المريض هي استجابة واضحة، ولو أنها مُبالغٌ فيها، إلى أحداثٍ محدّدة، مثل فقدان عزيز، أو فشل في الحب، أو الرسوب في امتحان، أو فصل من العمل أو خسارة مالية. وكانت مثل هذه الحالات "الاستجابية" تُعالج أحيانًا بالعقاقير أو بالصدمات الكهربائية، وأحيانًا تُحال إلى المعالج النفسي، خاصّةً إذا صاحب الاكتئاب أعراضٌ عصبيةٌ أخرى. أمّا الأنواع "الذهانية" من الاكتئاب فكانت يُشار إليها بأنها "داخلية" Endogenous، أي يرجع منشؤها إلى شخصية المريض، دون ارتباط بأي أحداث خارجية. والاحتمال الأكبر أن يصاحب حالات الاكتئاب هذه أرقٌ وفقدان للشهية، وما يتبعه من نقص في الوزن، وغير ذلك من مظاهر

فسيولوجية تنمُّ عن الاضطراب. وكان الأطباء النفسيون -ولا يزالون- إذا واجهتهم مثل تلك الحالة يكتفون بوصف عقار مُضاد للاكتئاب أو التشنُّجات الناتجة عن الصدمات الكهربائية، دون أن يحسُّوا بأن من واجبه بحث تفصيل سيكولوجية المريض الشخصية أو ظروفه الاجتماعية.

ورغم أنه لا يزال صحيحًا أن الأنواع الأكثر عمقًا من الاكتئاب تُعالج بشكل أفضل بواسطة العقاقير أو الصدمات الكهربائية، ولكن ذلك يرجع إلى أن مَنْ يعانون من الاكتئاب الحاد لا يستطيعون إقامة ذلك الحد الأدنى من التجاؤب والتعاون الذي بدونه يعجز المعالج النفسي عن عمل أي شئ. ومن المؤكَّد أنه لا يرجع إلى أن ذلك الاضطراب هو من نوع مختلف عن ذلك الذي نسمِّيه "عصبيًا" أو "استجابيًا". ولا يبدو أن هناك فاصلاً واضحاً بين الاثنين؛ فالإصابة -شأنه شأن الألم- يبدو أنه يمتدُّ عبر مدى طويلٍ من الشدَّة، ويكون الفارق بين أنواع الاكتئاب فارقاً في الدرجة وليس في النوع.

وفضلاً عن ذلك فقد بيَّن البحث أن العوامل الاجتماعية تقوم بدور أكبر في تحديد ما إذا كان حدثٌ عاديٌّ سيُعتبر "صادمًا" أم لا، ويؤدي إلى اكتئاب مُحدَّد كلينيكيًا. وقد بيَّنت البحوث التي أجراها البروفسور جورج براون وزملاؤه⁽¹⁾ أن الاكتئاب نادراً ما يحدث بدون مُقدِّمات أو عوامل مُرسِّبة، وأن النساء اللاتي يستجبن للأحداث الصادمة بالاكتئاب يَكُنَّ عادةً فريسةً لعدَّة مشاكل تجعل تلك الاستجابة أكثر احتمالاً. وهكذا، فإن النساء اللاتي يعانين من سَكْنٍ غير مريح، أو زواج فاشل سيَكُنَّ أكثر عُرضةً من غيرهن للإصابة بالاكتئاب. والأمر بالمثل في حالة النساء اللاتي فقَدن أمهاتهنَّ قبل سن الحادية عشرة. ومن العوامل الأخرى التي تجعل النساء أكثر عُرضةً للاكتئاب وجود ثلاثة أطفال أو أكثر تحت سنِّ الرابعة عشرة في المنزل، وعدم وجود شخص بالغٍ حولهنَّ يمكن أن يثقن فيه، وعدم وجود عمل آخر خارج المنزل، وتزداد الاحتمالات في الإصابة بالاكتئاب استجابةً للعوامل المُرسِّبة إلى أربعة أمثالها في حالة نساء الطبقة العاملة، بالمقارنة مع مثيلتهن من الطبقة الوسطى. كذلك فإن مَنْ يعانين من تدهور الصحة المُزمن أكثر عُرضةً للإصابة بالاكتئاب. وفي دول العالم النامي يشيع الاكتئاب نتيجةً لسوء التغذية

(1) Brown, George W. and Harris, Tyril (1978) Social Origins of Depression, London, (1) Tavistock.

والأمراض وانتشار الطفيليات. وفي الثقافة الغربية تشتهر بعض الأمراض بإحداثها للاكتئاب، مثل: الانفلونزا، وحمى الغُدَد، والأمر بالمثل مع التغيّرات البيولوجية التي تتلو نهاية الحمل أو التي تحدث عند الطمث. كما يرتبط التوتر الذي يسبق الطمث أحيانًا بالاكتئاب.

لذلك فإنه من الأهمية بمكان أن يضع الطبيب النفسي في اعتباره كافة ظروف حياة المريض الماضية والحاضرة إذا أراد أن يفهم الحالة. وبالإضافة إلى ذلك أعتقد أن عليه أن يتعلّم كيف يفهم شخصية هؤلاء الذين يكونون عُرضَةً للاكتئاب بالذات، حتى ولو كان يعتقد أن ذلك يرجع إلى أسباب تكوينية داخلية أكثر ممّا يرجع إلى ظروف مُعاكسة أو سيئة.

ويُقال عن الناس الذين يكونون بالذات أكثر عُرضة من غيرهم للإصابة بالاكتئاب إنهم ذوو شخصيات اكتئابية، أو لديهم تكوين نفسي مَرَضِيّ اكتئابي. ويكون المرضى من هذا النوع الجانب الأكبر من "زبائن" العلاج النفسي، ويزداد تعقّد الصورة نتيجة لأن الشخصيات الاكتئابية متعدّدة الأنواع. وهناك من الأسباب ما يجعلنا نعتقد أن مَنْ نطلق عليهم مرضى الهوس-الاكتئاب "ثنائي الأقطاب" -والذي يتأرجح مزاجهم من طرفٍ إلى طرف، لديهم من السمات العصائية أقل ممّا لدى المصابين بالاكتئاب وحده. وبعض هؤلاء الذين يميل مزاجهم إلى الاكتئاب فقط تكون شخصياتهم قويّة عدوانية، ويتعاملون معظم الوقت -فيما عدا الأوقات التي تسيطر فيها الحالة عليهم- بنجاح مع ميولهم الكامنة بأن يبالغوا في النشاط. وكان القصاص الفرنسي بلزاك والسياسي الانجليزي ونستون تشرشل من هذا النوع. إلّا أن غالبية الاكتئابيين الذين يطرقون باب المعالج النفسي ينتمون إلى النوع الأكثر سلبية من الأتكالين، وهذا النوع بالذات هو الذي سنتناوله بقدر أكبر من التفصيل.

ففي مواجهة الظروف المضادة أو المعاكسة يميل مثل هذا النوع من الأشخاص إلى أن يحسّ بالعجز واليأس معًا، وبدلًا من أن يتصوّروا أنه يمكنهم ببذل الجهد أن يحسّنوا حالتهم، فإنهم يعتقدون أنهم ريشة في مهبّ الرياح، واقعون تحت رحمة الأحداث؛ ومن الناحية المظهرية لا تبدو عليهم التعاسة والبؤس فحسب، وإنما الاستسلام اليائس أيضًا، ويؤكّدون أن الظروف المضادة التي سبّبت اكتئابهم

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

لم تكن متوقعة فحسب، بل هي أيضًا -وبطريقة ما- من صنع أيديهم. ويبدو استسلامهم ظاهريًا أكثر من كونه حقيقيًا؛ لأنهم -شأن بقية البشر- لا يعانون ويتأملون فقط، وإنما يرفضون كذلك سبب الآهم. وبدلاً من استخدام هذا السخط والرفض في حشد طاقتهم للقيام باستجابة "عدوانية" فإنه يُكَبَّت، ويتحوَّل إلى الداخل، ولا يظهر إلا في شكل الإنحاء باللائمة على النفس والتحقير من شأنها. الاكتئابيون -إذن- يقدِّمون أنفسهم على أنهم أقلُّ فعائيَّة وكفاءة ممَّا هم عليه في حقيقة الأمر، ولا تقتصر مهمَّة المعالج النفسي على أن يدعِّم بارقة الأمل التي أدَّت بهم إلى طلب مساعدته، بل وأن يبرز ويكشف الجانب العدواني النَّشِط في شخصية المريض، والذي لا يكون عادةً معروفًا له بسبب الكبت الشديد.

وعادة ما يستفيد مثل هذا النوع من المرضى فائدةً كبيرة من العلاج النفسي. ومع أن مضادات الاكتئاب الحديثة قد أدَّت إلى تخفيف آلام الكثيرين ممَّن يعانون من نوبات الاكتئاب الحادة، إلَّا أنه لا يوجد شكُّ أيضًا في أن هذه العقاقير قد بولغ في استعمالها، بل ويحتمل أن لها ضلْعًا في تعطيل بعض ممَّن كانوا سيستفيدون من العلاج النفسي عن اللجوء إليه؛ فتعلُّم مواجهة أعباء الحياة، وكذلك تقلُّبات المزاج بشكل أكثر كفاءة لن يتمَّ بواسطة العقاقير، ورغم أنها قد تؤدِّي إلى التخفُّف المؤقَّت من الاكتئاب إلَّا أن استعمالها على مدى طويل لا نفع منه، وقد يكون ضارًّا، حيث إنها تميل إلى إخماد حساسية المريض وتمنعه من التفاهم مع الواقع.

ولا أزعج -كما يفعل بعض المحلِّلين النفسيين- أن الميل للاكتئاب استجابة للظروف المعاكسة يمكن في كل الأحوال إزالته تمامًا، ولكنني أميل إلى التأكيد بأن مراحل مُعيَّنة من الاكتئاب يمكن إزالتها، وأنه يمكن مساعدة المريض على التعامل بطريقة أفضل مع الاكتئاب في حالة تكراره.

وفي اعتقادي أبرز سمات الاكتئابيين سِمةٌ سلبية، ألا وهي: غياب تقدير أو اعتبار الذات المبني داخليًّا، أو الناشئ من داخل البناء النفسي للشخص. فعندما يعاني الشخص بالفعل من نوبة اكتئاب فمن المعتاد أن نسمع منه أنه يحسُّ بأنه تافه عديم القيمة، لا نفع منه، ولا يستحقَّ عناية الالتفات إليه، وأنه فاشل... إلخ. ومثل هذه التعبيرات محكومة لا شكَّ بعوامل داخلية لا خارجية. ومع

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

أن اكتئاب المريض قد ينشأ عن أحد الأحداث الخارجية التي سبقت الإشارة إليها (كالحداد أو الفشل في الحب)؛ فإن شعوره باليأس وخطئه من قدر نفسه تبدو للملاحظ غير متناسبة مع الحدث الذي أدى إليها. فالقصة الهوائية لدى مريض الربو تكون حساسة بلا مُبرّر لبعض المواد (Allergents) التي تؤدّي إلى انقباضات في الشعب الهوائية وتدقّق المخاط ممّا يشبه ما يحدث لدى الشخص العادي إذا استنشق غازاً ساماً. كذلك فإن التكوين النفسي للاكتئابي حسّاس بلا مُبرّر للأحداث التي تحطّ من قدر الذات، ويستجيب لها استجابةً عميقة، في حين يراها الشخص العادي أحداثاً تافهة لا تلفت الانتباه. وهكذا، فإن شجاراً مع شخص تربطنا به علاقة انفعالية يبدو للشخص العادي أمراً بسيطاً يمرّ دون أثر، لكنه يبدو بالنسبة للاكتئابي نهاية العالم. فالرُسوب في امتحان ما، لا يكون بالنسبة لعامة الطلّاب إلا عقبة عابرة تثير الضيق بما تتطلبه من إعادة للمادة وتكرار للجهد والوقت، ولكنها عند الاكتئابي قد تُطلق عنده استجابةً مليئة بمشاعر التفاهة وانحطاط القيمة. وكثيراً ما يعتقد الاكتئابيون أنهم -خلال فترات اكتئابهم- يزدادون استبصاراً ونفاذاً إلى جوهر الأمور عمّا يكونون عليه في حالة المرح والابتهاج. بل أحياناً ما يظنّون أن فترات التخلّص من الاكتئاب ليست إلا غمماً يغطّي الحقيقة. ولكن معظم الأطباء النفسيين يرون العكس، فنوبات الاكتئاب تُشوّه رؤية المريض للواقع، ومع ذلك فوجهة نظر المرضى صحيحة بمعنى ما، فكما سئري، ينفق الاكتئابي الجانب الأعظم من حياته في جهود لتجنّب الاكتئاب، وإقامة الدفاعات ضد هذه الحالة المفزعة، بأن يباليغ في النشاط، ويحصل على التقدير والاعتبار من مصادر خارجية، أو بالقيام بمناورات وحيل أخرى تمنعه من السقوط في هاوية الاكتئاب. ويبدو أن حالة الاكتئاب هي الأساس الثابت الكامن وراء كافة الواجهات التي يعرضها للعالم الخارجي، كمن يُزيّن ويصبغ واجهة المنزل الخارجية، في حين أن داخله في حاله يرثي لها من التآكل والأنهيار. ورغم أن ما يدعيه الاكتئابي من أنه لا قيمة له ولا شأن قد يكون مبالغاً فيه، إلا أنه يكون على حق عندما يؤكّد أن حالة الاكتئاب عنده أكثر واقعية وأكثر صدقاً في التعبير عن ذاته الحقيقية، من حالته العقلية في أوقات أخرى، فالأمر عنده هو ما يعتقدده مهما اختلف تقدير الآخرين.

[HTTPS://T.ME/MKBTARAB](https://t.me/mkbtarab)

من أي مصدر يُستمدّ تقدير الذات واعتبارها؟، ولماذا لا يملك الاكتتابي إلا هذا القدر الضئيل منها...؟ الحق أنه لا أحد يملك الإجابة الكاملة على أي من هذين السؤالين، إلا أنه من الممكن تقديم تفسير جزئي هو أقرب ما يكون للصدق في حالات كثيرة.

يخرج الطفل الإنساني إلى هذا العالم وهو في حالة عجزٍ واتكالٍ بَيْنٍ، ويظل على هذه الحال -جزئيًا على الأقل- لفترةٍ إذا قورِنت بفترة حياته كلها تكون أطول من مثيلاتها لدى أي حيوانٍ آخر. ومن المنطقي أن نفترض أن الطفل الإنساني يجهل في البداية وجود أو انعدام قدراته. وفي طريقه إلى النُضج يزداد وعيه باعتماديته وعجزه بالنسبة للراشدين. فإذا نشأ في بيتٍ يرحّب به ويدلّله ويلعبه ويجعله موضعَ الاهتمام والرعاية⁽¹⁾؛ فإن الاحتمال الأكبر أنه سيحسّ بنفسه شيئًا ذا قيمة، ويواجه بذلك الإحساس إدراكه بعجزه بالمقارنة بالكبار. وإذا استخدمنا لغة أصحاب علم النفس السلوكي فنستطيع التعبير عن ذلك بالقول إن التعزيز الإيجابي المتكرّر قد نمّى لديه تقديرًا مواتيًا لذاته، أو بتعبير مدرسة ميلاني كلاين أنّه قد استدمج والديه باعتبارهما موضوعاتٍ جيّدة. والأطفال المحبوبون عادةً ما يُتدحون لكل إنجاز يقومون به، ولكل كلمة جديدة يتعلّمونها، ولكل مهارة يدوية يكتسبونها، ولكل أنواع الانجازات التي ستصبح بعد عامٍ أو عامين أمرًا مُسلّمًا به، وكلما كان إعجاب الوالدين بطفلهما "غير معقول"؛ فما الطفل وقد حَسُنَ ظَنُّه بنفسه، حتى ولو كانت إنجازاته شديدة التواضع. وقد وَصَعْتُ عبارة "غير معقول" بين قوسين عن عمدٍ لألفت الانتباه إلى أن الوالدين المُحَبِّين عادةً ما يباليغان -وهما على حقٍ- في تقدير ما يقوم به طفلهما، وبسبب ذلك ينشأ لدى الطفل رأيٌ جيّد في نفسه؛ ولذلك فرغم أن أصل تقديره لذاته ينبع أساسًا من التأكيد المتكرّر لقيّمته من مصادر خارجية، فإنه في النهاية يعتمد على شيء بداخله، شيء شَيّد بداخله كجزء من شخصيته. وهذه العملية تشبه عملية تكوين الضمير، حيث تصبح المحظورات والنّواهي التي فرضها الآباء في الأصل، تصبح ضمير الشخص نفسه أو أناة الأعلى.

(1) أي يجعل منه "فرخة بكفك" كما يقول المصريون. (المترجم)

وقد ينقطع الاتصال بالأم نتيجة لمرضها أو موتها. وقد أُكِّدَت البحوث التي أُجريت على الحيوانات الثديية العليا الشبيهة بالإنسان، أُكِّدَت الفرض القائل بأن بعض أشكال الاكتئاب قد ترجع إلى فصم علاقة الأم بالطفل في الطفولة. فكانت أطفال القردة التي رُبِّيت بمعزل لفترة ستة شهور خائفةً قَلَّةً عندما اختلَّت بأقرانها، وكانت غيرَ قادرة على اللعب، ولم تستطع ممارسة الجنس فيما بعد. كذلك فإن صغار القردة التي عُزِلت عن أمهاتها لفترات قصيرة، حتى ولو كانت قد وصلت إلى درجة من الاستقلال، لم تصبح مكتنبةً عند حدوث ذلك فحسب، وإنما ظهرت لديها آثار لاحقة استمرت لسنواتٍ، مثل قَلَّة اللعب الاجتماعي، واشتدَّ الخوف من الأجسام الغريبة. وهكذا، فإنه إذا حدث خللٌ ما في علاقة الأبوين بالطفل، فلم يقدم الوالدان إعجابًا زائدًا عن الحدِّ بطفلهما، أو مألًا إلى أن يجعلاه مُبالِغًا في الاعتماد عليهما؛ فإنهما سيحرمانه من أي إحساس بإنجازاته. كذلك قد يولد الطفل بإعاقة ما، أو يعاني من ضعفٍ عام في صحته، بحيث يستمر في الإحساس بعدم كفاءته بالمقارنة مع أقرانه. وقد يضع الأبوان معايير مرتفعةً لإنجاز الطفل بحيث يحسُّ أنه سيفشل حتمًا في الوصول إليها. والحقيقة أن الاكتئابيين لا يحسُّون بالإهمال، مثلما يحسُّ الهستيريون الذين تناولناهم في الفصل السابق، وإنما هم على العكس قد روقبوا بعناية وحرص، وكانوا دائمًا في الميزان، دائمًا ينقصهم شيء ما.

ويتربَّب على غياب هذا الإحساس الداخلي بقيمة الفرد عددٌ من النتائج. أولًا: سيكون لدى مثل هذا الشخص ميلٌ قويٌّ للاعتماد -أكثر من المعتاد- على حُسن ظنِّ زملائه به. فمن المستحيل على الاكتئابيُّ ألا يبالي برأي الآخرين فيه، حيث إن التأكيد المستمرَّ لحُسن رأيهم فيه أمرٌ ضروري لصحته النفسية مثلما يكون لوجبات الحليب المتكررة أثرٌ على صحَّة المولود الجسدية. ومهما اتَّفقت المرء أو اختلفت مع نظرية فرويد التي تعتبر الشخصيات الاكتئابية "مُثبِّتة" على المرحلة الفمية (وهناك بعض الدلائل التي تؤيِّد هذا الرأي)⁽¹⁾ فإنه لا شك هنالك أن مثل هذه الشخصيات "جائعة" للرضى والموافقة، وتحتاج إلى براهين متكررة على تقبلها في شكل تأكيدات من الآخرين، أو تكرار النجاح، أو غير ذلك مما يُدعمهم

(1) Fisher, Seymour and Greenberg, Roger P. (1977) "The Scientific Credibility of Freud's Theories and therapy", Chapter 3. New York: Basic books.

ويسانددهم حتى لا ينتكسوا إلى الإحساس الكامن باليأس، والذي يكافحون لحماية أنفسهم منه. وغالبًا ما يؤدي هذا الاعتماد الشديد على حسن رأي الآخرين، والحساسية الشديدة للنقد، إلى أن يصبح الاكتئابي أقل من المعتاد في تأكيد نفسه أمام الآخرين، ومُبالِغًا في القلق بشأن إرضائهم، وبينما يميل الهستيري -وهو أيضًا مُبالِغٌ في القلق بشأن كسب ودّ الآخرين- إلى تحقيق ذلك بأساليب ترمي إلى لفت الانتباه، وأحيانًا ما تكون مثيرةً للضيق أو شديدة المبالغة، فإن الاكتئابي يميل إلى أن تكون أقل احتمالًا وإحاحًا، ويصبح بعض الاكتئابين اختصاصيين في التوحد بالآخرين وحساسين أكثر من اللازم لمشاعرهم. ولأنهم شديدو الحرص على تجنب اللوم وكسب الرضى تنشأ لديهم قرون استشعار تُخبرهم بما يغضب أو يعجب هؤلاء الذين يرتبطون بهم، وهذا النوع من الحساسية شبيهة بما يتطلبه المديرين المحملون بالأعباء من سكرتيراتهم، حيث يتوقعون منهم أن يعرفن تلقائيًا مزاج المدير ويُعاملنه على هذا الأساس.

ومثل هذا النوع من التوافق مع الآخرين له مساوئه الواضحة؛ فالشخص الذي يخشى تأكيد رأيه خوفًا من الإساءة لن يكون مديرًا أو قائدًا فعالًا؛ فعادة الإذعان لرغبات الآخرين يصاحبها نوعٌ من السلبية، وهي قد تُسبغ على صاحبها صفة "الرجل الطيب"، ولكنها لن تنتزع الاحترام، ويمكن اعتبارها نوعًا من الامتداد لأحد جوانب الطفولة؛ فالأطفال يذعنون لأبائهم لأنهم يحتاجون لرضاهم، ويدركون خلال سنوات مُوهم الطويلة أن الآباء يعلمون في الحقيقة "ما هو أفضل لهم" بسبب خبرتهم الطويلة، إلا أن الاكتئابين غالبًا ما يُذعنون لأشخاص هم في الواقع أدنى منهم، ويعزّز هذا الأسلوب المعتاد من السلوك إحساسهم بتفاهة شأنهم.

وفضلاً عن ذلك فإن اعتياد هذا التوجّه بالنسبة لمشاعر الآخرين يؤثّر على الاكتئابي، بحيث يجعله غير متأكد من مشاعره هو نفسه، ويُبعده عن "ذاته الداخلية"، فنظرًا لأنه دائم الانقياد لآراء الآخرين فسينتهي به الأمر إلى أن تكون له آراء خاصة به. ونظرًا لأنه دائم التكيف لحالات الآخرين الانفعالية فسينتهي به الأمر تدريجيًا إلى أن يفقد الوعي بمشاعره هو، ويحسُّ الاكتئابيون -بسبب قمعهم أو كبتهم للجانب المستقل والتنفيذي من شخصياتهم- أنهم أكثر عجزًا من الشخص العادي -وأحيانًا يكونون كذلك بالفعل- ويتوجهون للآخرين ليخبروهم

ما يفعلون في مواقف الحياة التي تتطلب اتخاذ قرار. ويكون اعتقادهم العميق أنه مهما كانت اختياراتهم فغالبًا ما ستكون خاطئة، ويدعم ذلك الاعتقاد رغبة في تجنب اللوم إذا أتت الرياح بما لا تشتهي السفن، وتكون النتيجة ألا يحسّ الاكتئاب بالعجز فحسب، بل غالبًا ما يكون كذلك في الواقع.

وقد أكدت البحوث الحديثة دور العجز والاستسلام في الاكتئاب؛ فقد بيّنت التجارب على الكلاب أنها إذا ما واجهت موقفًا متكررًا لا يمكن التنبؤ بمساره (صدمة كهربية لا يمكن تجنبها) تتخلّى عن محاولة الهرب أو فعل أي شيء آخر، وتستلقي أرضًا وهي تعوي⁽¹⁾. فالعجز واليأس متلازمان، ويحسّ الاكتئابيون أنهم لا حول لهم ولا قوة؛ وبالتالي يستسلمون ويتخذون مسلكًا سلبيًا. ويبين تاريخ المرضى من الاكتئابيين أحيانًا أن الواحد منهم يحصل على تقديرات في المدرسة أو الجامعة أقل بكثير مما يتناسب مع قدراتهم ومواهبهم العقلية، ويرجع ذلك عامّةً لأن الاكتئاب عند نقطة معينة في تطوره، يصبح مقتنعًا بأن جهوده عبث لا طائل وراءه. وغالبًا ما يحسّن الأشخاص الاكتئابيون الموهوبون عملهم عندما يكون المطلوب منهم مجرد استجابة ماهرة لا جهد فيها، ولكن ينخفض مستوى عملهم عندما يتطلّب الأمر جهدًا للتمكّن من موضوع ما، حيث لا ثقة لهم في أن أي شيء يقومون به سينجح.

وفيما بعد، عندما تُعلمهم الخبرة والتجربة أن بعضًا من النجاح قد يترتب على مجهوداتهم قد يستبدلون بالسلبية السعي الدؤوب الدائم، وهذا هو السبب في أن إنجاز أي عمل أو تحقيق أي هدف غالبًا ما يتلوه اكتئاب، فالمؤلف الذي ينتهي من وضع كتاب، ورجل الأعمال الذي يعقد صفقة ناجحة، والموظف الذي ينال ترقية - قد يجدون جميعًا أن الاكتئاب لا السرور هو الذي يتبع النجاح الذي أحرزوه، فمن الطبيعي أن ما يتلو النجاح هو الراحة والاسترخاء، وبالنسبة للشخص العادي تكون فرصة "إعادة شحن بطاريات"، أمّا بالنسبة للاكتئابي، فإن ذلك الاسترخاء وتلك السلبية تعودان به إلى الاعتقاد بعدم فعاليته وكفاءته. فالمرء إذا اجتهد ليحقق هدفًا معينًا؛ يكون الوصول إلى الهدف وإنهاء المهمة معناه أن يفقد الإنسان شيئًا؛ فهو يفقد الجهد الذي بُدلت فيه طاقة معينة، ويساهم هذا

(1) Seligman, Martin E.P. (1975) "Helplessness" San Francisco: W.H. Freeman.

الجهد في تقدير واعتبار الذات بأن يجعل الفرد يحسُّ بكفائته وأهميته. ويحسُّ الإنسان العادي بالحاجة إلى عطلة بعد الانتهاء من مهمة مُلِحَّة، بينما غالبًا ما يحسُّ الاكتئابي أن العطلة تؤدِّي إلى الاكتئاب.

وقد لاحظنا أن الاكتئابيين يميلون في علاقاتهم الشخصية إلى كَبْت آرائهم الخاصة، والإذعان للآخرين، والتوحد معهم، بحيث يتواءمون مع اتجاهاتهم، وهذا النقص في توكيد الذات يتضمَّن قدرًا عظيمًا من الكبت لما يمكن أن نسّميه الجانب العدواني في شخصية اكتئابي.

وقد سبق لي أن بيّنتُ في كتابي: "العدوان الإنساني"⁽¹⁾ و"زرعة الإنسان إلى التدمير"⁽²⁾ أنه من المستحيل تمامًا أن نفصل الجانب العنيف والمدمر والاعتدائي في العدوان عن الجانب الإنشائي الفعّال التوكيدي منه، ذلك الجانب الذي بدونه لن يتخذ أي قرار، ولن تُمارَس أي قيادة، ولن نشرع في أي عمل يغيّر مجرى الأحداث. فبدون قدر معيّن من توكيد الشخصية يتوقّف المرء عن الوجود باعتباره كيانًا متميزًا والواقع أننا عندما نصف إنسانًا، بأن "لديه شخصية" فإننا نعني عادةً أنه يؤكّد ذاته. ويحسُّ صاحب الشخصية الاكتئابية عادةً في علاقاته بالآخرين أنه مهزوم. ولكن الذي لا يعيه أبدًا هو أن هناك جانبًا آخر لخضوع الذات واستسلامها المازوخي؛ هناك ذلك الجانب العنيف العدواني المدمر الذي يخشاه أشدَّ الخشية، بحيث إنه أقيم الدفاعات المُحصّنة ليتأكّد أنه لن يرى الضوء. فلا يوجد كائن إنساني يستطيع تقبّل الهزائم المتكررة على أيدي الآخرين دون أن يرفض ذلك ويجابيه. أمّا ما يفعله الاكتئابي -مهما كان أتوماتيكيًا، ودون وعي وقصد- فهو أن يُلقِي الطفل مع ماء حمامه (أي لا يفرق بين الغثِّ والسمين)، فهو بكبّيته عدّاؤته المدمرة قد حرم نفسه من الجوانب الإيجابية للعدوان، والتي تُمكنه من تأكيد ذاته عند الضرورة ومواجهة الآخرين والمبادرة باتخاذ أفعال مؤثّرة و"مهاجمة" المشاكل الصعبة، أي أن يترك بصماته على العالم. وقد سبق لنا القول إن اليأس والعجز متلازمان، ونضيف إليهما الآن متلازمًا ثالثًا، وهو العدوان.

(1) Storr, Anthony (1968) "Human Aggression", London, Allen Lane, The Penguin Press.

(2) Storr, Anthony (1972) "Human Destructiveness", Sussex University Press.

وهذه السمة من سمات الشخصية الاكتئابي لا تتضح لعين الملاحظ غير العالم ببواطن الأمور؛ فالإكتئابي يبدو لمثل هذا الشخص "لطيفاً" بنوع خاص، ويرجع ذلك لأنه -كما رأينا- خبيرٌ في تعزيز وتدعيم شخصية الآخر على حساب نفسه. فبعد مقابلة مع الشخص الإكتئابي لن يحسَّ الطرف الآخر أنه عليم شيئاً عنه، أو ربما اعتبره لغزاً غامضاً أو شخصاً لطيفاً لا قيمة له. ولكن معظم الناس يُسترون طبعاً إذا وجدوا مَنْ يستمع إلى آرائهم ويعطيها حقها من الاحترام، ويتوقع رغباتهم، وهكذا ينشأ لديهم وُدٌّ تجاه الإكتئابي يغطي أيَّ شكٍّ قد كان لديهم حول "ماهيته" الحقيقية. وهذا هو بالضبط ما يرمي إليه الإكتئابي لا شعورياً، فبعد أن يفقد الأمل في أن يكون فعّالاً ومؤثراً، أو حتى أن يُظنَّ به ذلك، يتحوّل إلى العمل على أن يظنَّه الناس "لطيفاً"، باعتبار أن ذلك هو الطريق الوحيد أمامه الذي يمكنه بواسطته أن يُبقي على تقديره لذاته، وهذه "اللطافة" تُخفي وراءها قَدراً كبيراً من العدوان.

كنتُ أعمل ذات مرة في عيادة بشارع هارلي، وكنت أستخدم "ساعياً" من النوع الكلاسيكي الذي يندُر أن تصادفه هذه الأيام، كان يقوم بفتح الباب للزبائن وتسجيل المواعيد، وكان شديد التأدّب والتهديب، حاضراً ومنتبهاً، ويكون أحياناً مُطيعاً لدرجة الإحراج، وغالباً ما كان المرضى يذكرون لي لُطفه وأدبَه، إلا أنني اكتشفتُ جانباً مختلفاً من شخصيته، فقد كانت غرفتي تقع فوق مسكنه، وبعد انصرافه من العيادة، كانت تترامى إلى سمعي مشاجراته الغاضبة مع زوجته، ولا شكَّ أنه كان ينفث فيها مشاعر السخط تجاه الناس الذين كان عليه خلال ساعات العمل أن يخضع لهم ويخدمهم. لقد كان "لُطفه" يخفي رغبةً شديدة في الانتقام.

ولقد أطلتُ في الكتابة عن النمط السلبي الاتكالي للشخصية الاكتئابية؛ لأنه النمط الذي يصادفه المعالجُ النفسيُّ كثيراً، فإذا كانت وجهة النظر التي عرضتها بشأن التكوين النفسي للاكتئابي كافيةً فمن الممكن الآن أن تنتقل إلى الخطوط العريضة لما يهدف إليه المعالج النفسي مع مثل هذا الشخص، وكذلك اقتراح كيفية الحصول على نتائج إيجابية.

[HTTPS://T.ME/MKBTARAB](https://t.me/mkbtarab)

فأولاً: يُقوِّي قبولُ المعالج الاستمرار في رؤية المريض الاكتئابي الأمل في نفسه، ومواجهة اليأس. ثانيًا: يعمل تقبُّل المعالج وفهمه للمريض على مواجهة الرأي السلبي للمريض في ذاته، وقد يؤدي -إذا طالت فترة العلاج- إلى أن يصبح جزءًا من البناء الداخلي للفرد، كما سبق أن بيَّنا في الحديث عن الطرح؛ فالمريض قد يُغيَّر من اتجاهه نحو الآخرين بسبب ما يحسُّه من أن شخصًا واحدًا على الأقل في هذا العالم يهتمُّ به، ويُقدِّره تقديرًا أصيلًا، فيفترض، مثلًا، أنهم -أي الناس- أميل إلى الودِّ والصدقة منهم إلى النقد والتجريح. ثالثًا: أن المعالج قد يستطيع مجابهة وجهة نظر المريض السلبية إلى إنجازاته وفعالته بأن يلفت نظره إلى المناسبات الكثيرة التي تصرَّف فيها بكفاءة وذكاء. رابعًا: سيحاول المعالجُ الكشفَ عن الجوانب العدوانية في شخصية المريض، ويحشدُها ويُحرِّكها حتى يُمكنه من "مواجهة" الحياة بصورة أنجح.

ودعونا نلفت نظر المعالج الذي سيضطلع بعلاج الأشخاص ذوي التكوين النفسي المرضي الاكتئابي التحتاني إلى الاعتبارات التالية، والتي قد يجد فيها عونًا لمهْمته، فكأفَّة مراحل الاكتئاب تذهب أو تزول "تلقائيًا"، وقد وضعتُ هذه الكلمة "تلقائيًا" بين فاصلتين لأن الفحص المُدقِّق لمثل هذه "الشفاءات" عادةً ما يُسفر عن وجود عوامل نفسية من نوعٍ خفيٍّ (subtle) بدرجة أو بأخرى، تُسهِّل وتدفق إلى الشفاء، تمامًا مثلما يُسفر الفحص المدقِّق عن وجود عوامل مُرسِّبة للمرض أو النوبة، ويبدو أن هذه العوامل على أنواع ثلاثة:

(1) أن المريض، خاصَّة إذا كان يفكِّر في البقاء في عمله، قد يجد أن تقديره لذاته يعود إليه جزئيًّا باكتشاف أنه يقوم بعمله بكفاءة، فمعظم الأعمال تتطلَّب أفعالًا متكرِّرة من نوعٍ ما ولا تستدعي اتخاذ قرارات خطيرة أو مبادرات جديدة، وأن يكتشف الشخص المكتئب -لدهشته- أنه يستطيع أن يعمل بكفاءةٍ على هذا المستوى، قد يقنعه أنه لم يُفقد منه الرِّجاء بعد؛ ولهذا نادرًا ما أوَّيد رغبة المريض الاكتئابي في الاستسلام والرقاد في السرير أو المستشفى ما لم تظهر عليه أعراض ذهانية قاطعة أو أن يكون ميله للانتحار قويًّا، أو أن يكون مكتئبًا لدرجة يستعصي فيها التعاون.

(2) أن الشخص المكتئب قد يُشفى لأنه استطاع استعادة علاقة حُبٍّ مع شخص ذي أهمية وجدانية بالنسبة له، فالأشخاص المُعرَّضون للنوبات الاكتئابية - كما سبق أن أشرتُ - قد يقعون في حالة قنوط شديد بسبب مشاجرة عابرة قد تحدث لأي فردٍ منَّا مع مَنْ يحبُّهم ويحبُّونه. أمَّا الاكتئابي فلا يقينَ لديه، فلا هو متأكدٌ أنه جدير بالحب، أو أن الحب سيدوم، وتوقَّف هذا الحب أو اختفاؤه للحظةٍ يعني بالنسبة له تأكيدًا لأكثر أفكاره تشاؤمًا، ولكن إذا كانت الزوجة أو الصديق على جانب من الحصافة بحيث يقنعه أنه ما زال محبوبًا، أو - وهذا أهمُّ - إذا دُفِع إلى الاعتراف بأنه كان غاضبًا هو الآخر فإن اكتئابه سيزول، ومثل هذا النوع من الشفاء غالبًا ما يكون قصير الأمد، ويُسيء المعالجُ تفسيره، على اعتبار أنه من صنعه، في حين أنه يكون في الحقيقة لا علاقة له به. كما قد يؤدي أيضًا إلى أن يقطع المريضُ علاجه قبل الأوان، قبل أن يستطيع المعالج تقديم كل ما يمكنه تقديمه له؛ لذلك كله لا أنصح بفرض العلاج على مَنْ لا يريدونه، على أنني أحيانًا ما ألفت النظر إلى أن الشفاء من الاكتئاب أمرٌ عاديٌّ، وأن ما أريد الوصول إليه هو تقليل تكرار النوبات أو التخفيف من حدتها، وأن ندرك أن التعامل مع تلك النوبات بشكلٍ أكثر كفاءةً يستغرق وقتًا وجهدًا...

وفي علاج الاكتئابيين من المهم ألا نخدعنا أقوال المريض عن نقص فعاليته؛ فالكثير من هؤلاء المرضى يُخفون أو يستبعدون أي إشارة لمناسبات كانوا فيها فعَّالين، ومن الأهمية بمكان أن "نلتقط" مثل هذه المناسبات، وأن نلفت النظر إليها. كما يكون اكتشاف متى استسلم المريض - قبل الأوان - لتلك المشاعر على نفس الدرجة من الأهمية، أي عندما اعتقد أن جهوده لن تكون لها فائدة. وتوجد لدى بعض الاكتئابيين صورة غير واقعية بالمرّة للناس الذين حقّقوا النجاح؛ فهم يعتقدون أن هؤلاء قد اكتسبوا مهاراتهم أو شهرتهم دون جهد بذلوه، وترجع هذه الصورة إلى اعتقادات الاكتئابي الطفليّة عندما كان لا يستطيع "مقارنة نفسه" بأبيه أو غيرهما من الكبار. عرفتُ ذات مرّةٍ اكتئابيًّا اعتاد أن يقول عن نفسه: "طبعًا... أنا غبي"، وكان من الناحية العقلية أبعَد ما يكون عن ذلك، وكان بالفعل يقوم بعمل يتطلّب مستوى عاليًا من الأداء، ولكن ترديده لمسألة "الغباء" هذه كانت تمدُّه بعذرٍ لما قد يحدث من إنجازٍ أقلِّ ممَّا هو متوقَّع من شخص في مثل مواهبه: "ألم أقل لكم!".

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

وعادة ما يكون الاكتسابي الذي يُحال إلى العلاج النفسي من النوع الأتكامي المعتمد السلبي والحريص على أن يسرَّ الجميع؛ لذلك فإنه سرعان ما يكون طرحًا إيجابيًا مع المعالج، أو بالأحرى "سيبدو" أنه يفعل ذلك لأن هؤلاء المرضى يكونون أكثر انصياعًا وتشكرًا أكثر مما هم عليه بالفعل. ويسهل انخداع المعالج النفسي فيظنُّ أن هذا المريض قد قَبِلَ تفسيره، في حين أنه لم يقبله، أو له عليه تحفُّظات لم يجرؤ على البوح بها، ومن الأهمية بمكان أن يكون المعالج يَقِظًا لمثل هذا الاحتمال، وأن يُفسِّر المبالغة في الأدب والتهديب والاحترام والمبادرة الزائدة للانصياع لملاحظات المعالج، والدرس الحيوي الهام الذي يجب تعليمه للمريض أنه من الممكن أن تكون مختلفًا عن الآخرين، ومع ذلك تحتفظ بعلاقات ودية معهم. وكما سبق لنا القول، فإن هناك مقدارًا مطلوبًا من العدوان ليحتفظ المرء بتمايُزه ككُلِّ مُنْفِصِل.

وأصعب مَهْمَةٌ تواجه المعالج مع مثل هذا المريض هي أن يجعله يعي بمشاعر العدوان عنده، ومع ذلك فإنه باستخراج هذا العدوان والتعبير عنه يأتي الشفاء. ولمَّا كان تكيُّف الاكتسابي قد بدأ في الطفولة غالبًا؛ فسيكون من الصعوبة مكان الكشف عن العدوان ومساعدة المريض على تقبُّل مشاعر العدوان تجاه والديه اللذين غالبًا ما يكون قد جعل لهما مكانةً ساميةً في نفسه؛ فالطفل قليل الاختلاط، والذي لا يستطيع تحمُّل مسؤولية نفسه - غالبًا ما يكون مَيَّالًا إلى جعل أبويه مَثَلًا أعلى، حيث إنه يشعر أنهما الوحيدان اللذان يهتمان بأمره في هذا العالم، وأن وجوده وكيانه ذاته يعتمد على الاحتفاظ بصورة "هي الكمال بعينه" لهما. واستمرار مثل هذا الاعتقاد حتى الرُّشد يُفسِّر عدم قُدرة المريض على تحقيق الاستقلال وإقامة علاقات جديدة.

وتسنع الفرصة لاستخراج العدوان والكشف عنه عندما يقوم المعالج بإجازة، أو يضطر إلى إلغاء موعد لظروف القاهرة، فكلُّما كان المريض أكثر اعتماديةً واتكاليةً سيزداد رفضه ونفوره من التُّرك والهجران. والاحتمال الأكبر أن يزداد اكتنابه خلال فترة غياب المعالج، وغالبًا ما سيشكو من ذلك للمعالج، مع الحرص على ألا تبدو منه أي بادرة لنقد المعالج لتركه إيَّاه، ولكن ستُصاغ شكاواه بطريقة يكون انتقاد المعالج فيها مُضمرًا، كأن يستخدم نغمةً صوتيةً مشاغبة، أو قد يلجأ إلى الصمت، قائلًا إن لا شيء لديه ليقوله، أو أن العلاج غير مُجدٍ. وهذا نوع من أنواع

الغضب، وإذا استطاع المعالجُ جعلَ المريض يرى ذلك فستكون تلك خطوةً على طريق اكتشاف أن العداوة يمكن التعبير عنها دون أن يؤدي ذلك إلى إنهاء العلاقة بالمعالج.

(3) عالجتُ مريضةً ذات مرّة، وكانت قد أتقت أساليب من الاحترام والانصياع، وقُدرةً غير عادية على التوحّد مع الآخرين، في مرحلة مبكرة من طفولتها حتى تتجنّب إثارة أبيها، وكان رجلاً صعب المراس سيئ المزاج بحيث أحسّت أنه كان عليها أن تتجنّب غضبه بأي ثمن. وأحبها كل من عرفها، وكانت تقوم بدور كاتم الأسرار والصدر الحنون لكل صديقاتها تقريباً. وكانت النتيجة أن أصيبت بالاكئاب؛ لأنها أحسّت أن صديقاتها يفرضن أنفسهن ويطنغن عليها ويحرمنها من أي فرصة لتأكيد وإثبات ذاتها. وكانت طريقتها في معالجة ذلك الموقف هي الانسحاب كليّةً من كافة العلاقات الشخصية، وترك عملها، الذي كانت بارعةً فيه، ومحاولة التعبير عن نفسها من خلال الكتابة والتأليف. ولكن الكتابة مهنة تستدعي الوحدة والانفراد، وسرعان ما أرغمتها حاجاتها الأتكالية على الدخول مرّةً أخرى في علاقات؛ ممّا أدّى بها إلى الإحساس بالانعدام والاكئاب. وكان اكتئابها يرجع في الحقيقة إلى مشاعر الرفض والنفور من هؤلاء الذين يفرضون أنفسهم عليها ويستغلونها، وكانت مشكلتها هي الاعتراف بذلك النفور والتعبير عنه، وأن تفهم في الوقت نفسه أنها هي نفسها تشجّع ذلك الاستغلال وتفتح صدرها له. وقد يُقال إن تلك المريضة ليست اكتئابيّةً في المقام الأول، وإنما شبه فصامية؛ ذلك أنها كانت تعاني من أزمة شبه فصامية نموذجية، حيث يُمثل الاقتراب من الآخرين خطراً داهماً، بينما يؤدي الابتعاد عنهم إلى الانعزالية. ومع ذلك - كما سزى فيما بعد - فإن شبه الفصامين تنقصهم القدرة على التوحّد بالآخرين، والتي يمتلكها الاكتئابيون، ورغم أن تلك المريضة حاولت أن تعزل نفسها جزءاً من اليوم، إلا أنها لم تكن قطّ وحيدةً أو خائفةً من الآخرين مثلما هو الحال مع معظم من نسّمهم شبه الفصامين.

وتلقتُ محاولاتٍ للكتابة النظر إلى حقيقة أن المبدعين أحياناً يكون تركيبيهم النفسي المرضي اكتئابياً، وقد أشرتُ إلى ذلك في كتابي "ديناميات الإبداع"⁽¹⁾. فالكتابة

(1) Storr, Anthony (1972) "The Dynamics of Creation", London: Secker and Warburg.

وغيرها من الأنشطة الإبداعية قد تساعد الاكتئابيين من ناحيتين: الأولى: أن الاكتئاب قد يكتسب مزيداً من الإحساس بكفاءته واستطاعته أن يُنتج شيئاً على الإطلاق، والثانية: أن ما أبدعه إذا نَشَرَ أو عرض وتقبله الناس فإن ذلك سيدعم تقديره لنفسه تدعيماً كبيراً، يتكرَّر كلما أنتج شيئاً جديداً، ولو أن الاكتئاب -كما سبق أن أشرتُ- يحدث أحياناً كاستجابة مباشرة لتعقب إتمام عملٍ ما. والشخصيات الاكتئابية تكون حساسةً جداً -كما هو متوقَّع- للنقد؛ فكل المبدعين يتوحَّدون بدرجة ما بما ينتجونه، حتى ولو كان مسائل حسابية أو ملاحظات عملية تتطلَّب أكبر قدر من الموضوعية. والكُتَّاب المبدعون يكونون عادة أكثر توحُّداً بأعمالهم من العلماء؛ وبالتالي يكونون أكثر حساسية بشأنه. وأحد الأسباب الشائعة لتوقُّف الإبداع أو "حبسه" أو عدم القدرة على إتمام العمل الذي بدأ فيه المبدع هو الخوف من النقد العدائي عندما يُعرض على الناس في النهاية. وكانت الروائية الشهيرة فيرجينيا وولف مثلاً للكاتب الناجح الذي ظلَّ طوال عمره شديد الحساسية للنقد، وكانت تتنابها نوباتٌ من الاكتئاب ذات شدةٍ ذهانية، في النهاية عندما لم تستطع مواجهة نوبة وشيكة الوقوع أقدمت على الانتحار.

إن خطر إمكان إقدام المريض الاكتئابي على الانتحار يظل على الدوام شبحاً يقضُّ مضجع المعالج النفسي، خاصة إذا كان عديم الخبرة. ولقد فعلها بعض مرضاي، وانتابني الاكتئاب والإحساس بالذنب من جرَّاء ذلك. وكما هي العادة بعد فقد أي عزيز، يبحث المرء في ذاكرته عن المناسبات التي قال فيها شيئاً أو فعل شيئاً أساء إلى الفقيد، ومع ذلك لا أذكر أن أي مريض من مرضاي قتل نفسه أثناء العلاج المنتظم، وأعتقد أن هذا أمر نادر الحدوث، ويتفق معي في هذا الرأي كثيرٌ من الزملاء. فعندما تتم إقامة علاقة إيجابية مع المريض وتتنظم جلسات العلاج النفسي، فإنه يكون من غير العادي بالنسبة للمريض مهما بلغت درجة اكتئابه في نهاية جلسة من الجلسات، أن يحسَّ باليأس بحيث يفقد الأمل تماماً في أن تأتي له الجلسة التالية بشيء من الراحة. ويختلف الموقف إذا كان على المريض أن يتوقَّف عن العلاج بسبب انتقاله إلى مكان آخر، أو حينما يكون المعالج قد رأى المريض مرَّةً واحدة أو مرتين؛ وبالتالي لم يتوفَّر الوقت لإقامة علاقة. وإذا كان للعلاج النفسي أن يحقق واحداً من أهدافه الرئيسية، ألا وهو أن يصبح المريض أكثر اعتماداً على نفسه واستقلالاً، فإنه يجب أحياناً المخاطرة بارتكاب

الانتحار. فإذا أحسَّ المعالج في المقابلة الاستشارية الأولى أن الانتحار إمكانٌ وشيك الحدوث؛ فقد يقرَّر ألا يقبل الحالة، ويتَّخذ من الإجراءات ما يضمن دخول المريض إلى المستشفى، أو علاجه بوسيلة أخرى غير العلاج النفسي. ولكن إذا كان المريض يتردّد على المعالج بانتظام، وقامت علاقة علاجية نفسية بينهما؛ فسيكون من غير الملائم -بل ومن المُضِرّ للمريض- أن يتحوّل المعالجُ فجأةً من شخص يشجّع الأمراض العقلية ضد إرادتهم.

كما أنني لا أنصح أن يصف المعالج النفسي لمرضاه العقاقير المضادّة للاكتئاب، أو يعالجهم بالصّدّمات الكهربائية هو نفسه، حيث إن قيامه بذلك معناه اتخاذ دور مخالف تمامًا إزاء المريض، وإذا ما قرَّر المريض فيما بعد اللجوء إلى العلاج النفسي عندما تنتهي الحالة الحادّة التي انتابته؛ فإن هذا سيُعقّد علاقته بالمعالج. وإذا ما عقّد المريض العزم على الانتحار؛ فإن إيداعه المستشفى لن يمنعه بالضرورة من فعل ذلك. ويجب أن تؤخّذ تهديدات المرضى بالانتحار مأخذ الجد؛ فلقد ثبت أن الفكرة الشائعة "من يتحدثون عن الانتحار لا يقومون به"، هي فكرة خاطئة. ولكن من المنطقي أن نحاول اكتشاف ما يكمن وراء هذا التهديد في حالة مرضى العلاج النفسي. فقد يحاول البعض ابتزاز المعالج ليعطيهم وقتًا أكبر، أو إقناعه بأن يجب عليه النظر إلى مشاكلهم بجدية أكبر. وغالبًا ما ينتمي مثل هؤلاء المرضى إلى نوع الشخصيات الهستيرية التي عرضناها في الفصل السابق أكثر من انتمائهم إلى مجموعة مرضى الاكتئاب الشديد. ويحاول البعض عن طريق الانتحار الانتقام من هؤلاء الذين يظنّون أنهم لم يحبّوهم. ومن المهم أن نكشف تلك الأسباب، ونجعل المريض يعي بالدوافع العدوانية في الانتحار، والتي تكاد توجد دائمًا في كل حالة. ويحاول البعض التماس السّلوى، ومثّل محاولة الانتحار رغبةً أخيرة في الاتحاد التام بالأُم المثالية "حيث يجد النهر مهما بلغ تعبته وإرهاقه طريقه الآمن إلى البحر". وكثيرًا ما نجد أنه من الملائم أن نشير بلباقة إلى أنه إذا كان المريض يريد فعلاً التخلّص من حياته، فلن يستطيع أحدًا إيقافه، وأن يظهر عجبًا من أن المريض إذا كان عازمًا ومُصمّمًا على الموت، فلماذا يهتمُّ بإخبار المعالج بذلك، أو لماذا يسعى للعلاج أصلًا.

وبالطبع يجب تناول ذلك الموضوع بلباقة وبراعة شديدة؛ لأن خطرًا من أن المريض سيَتَّخذ من ذلك الاستفسار دليلًا على أن المعالج لا يدرك خطورة حالته،

وأن محاولة الانتحار هي الشيء الوحيد الذي سينبئه إلى ذلك. عندما كنت تحت التمريض، ابتلعت إحدى المريضات -التي كنت مسؤولاً عنها بشكل جزئي- جرعة مضاعفة من أميتال الصوديوم، وهي الجرعة التي كانت قد أعطيت لها بمناسبة خروجها من المستشفى وتحويلها إلى العيادة الخارجية، وذلك بعد أن تحادّثت تليفونياً مع الطبيبة الاستشارية المسؤولة عنها طالبةً ميعاداً طارئاً عاجلاً، وكانت تلك الطبيبة شخصية عدوانية صعبة المراس؛ فرفضت طلبها؛ ممّا أدّى بها إلى تناول تلك الأقراص، وكانت المحاولة أقرب إلى أن تكون رمزاً أو إحياءً من أن تكون محاولة جديّة للانتحار، على أن المريضة أصيبت بعد ذلك بالتهاب رئوي وماتت على أي حال.

ومثل هذه الحالات -لحسن الحظ- نادرة، وأعود فأكرّر أن الانتحار نادراً ما يحدث خلال انتظام المريض في العلاج النفسي، على أن تكون قد مرّت فسحة من الوقت لإقامة تجاوب مع المريض، وقد يحسّ المعالج النفسي غير المتمرس بالحاجة إلى أن يحسّ المريض على أن يلجأ إلى معالج أكثر منه خبرة، وذلك في الحالات التي يشتد فيها قلقه من أن يحاول المريض الإقدام على الانتحار، وفي هذه الحالة سيكون من الحكمة أن يشرح المعالج للمريض ما ينصح به بالدقّة، ويترك له أن يأخذ بالنصيحة أو يدعها حسب رغبته، وفي معظم الحالات لن يرغب المريض في الانتقال إلى معالج آخر. ولما كان رفضه هذا تأكيداً لاستقلالته فيجب علينا أن نقبله، وسيكشف المريض للمعالج -في الجلسة التالية- الكثير من المادة المفيدة، والتي ستدور في الغالب حول مدى صدق رغبة المريض في الموت، ومدى اعتقاده بكفاءة المعالج. ويلجأ بعض الناس ذوي التكوين النفسي المرضى الاكتئابي الكامن -حتى يتجنّبوا ظهور أعراض الاكتئاب الكلينيكية- إلى إغراق أنفسهم بمزيد من العمل، أو بإيجاد أعداء شرعيين يستطيع أن يصبّ عليهم جام غضبه، وعندما تُستنفد مثل تلك المناورات إلى الحدّ الذي تصبح فيه واضحة لكل ذي عينين، يشير الأطباء النفسيون إلى تلك الحالة بأن المريض يستخدم "دفاعاً هوسياً". وأحد الأمثلة على ذلك هو ونستون تشرشل⁽¹⁾، فقد كان الاكتئاب ينتابه خلال فترات السكون وعدم الحركة، مثلما حدث له أثناء اعتقاله لفترة قصيرة

(1) Taylor, A. I. P; James Robert Rhodes; Plumb, J. H; Liddell Hart, Basil; Storr, Anthony (1969) Churchill: Four Faces and the man. London: Allen Lane, The Penguin press.

من حرب البوير، أو عندما يصادفه فشل ما، مثلما حدث للحملة التي دبرها في الدردنيل خلال الحرب العالمية الأولى (1914 - 1918). ويُبين تاريخه الكثير من الأسباب التي تجعله شديد الحساسية لما سمّاه "الكلب الأسود"⁽¹⁾. ولكنه خلال معظم حياته كان بارعاً في تجنّب الاكتئاب؛ فحين يكون يَقِظاً كان من النادر أن يَرُكَن إلى السكون أو الكسل، وعندما يتوقّف عن العمل يذهب فوراً إلى الفراش (حتى ولو كانت الساعة الثالثة صباحاً) بدلاً من أن يسترخي ويتمدّد، وخلال جانب كبير من حياته كان يجد دعماً وتعزيراً من المناصب الوزارية الكبرى التي شغلها، وعندما كان يترك المنصب الوزاري، كان يتحوّل إلى الرسم، وهو نشاطٌ إبداعي وصفه هو نفسه بعبارات عدوانية غاضبة مشهورة، وكان في أحسن حالاته خلال الحرب العالمية الثانية (1939 - 1945) حين كان هتلر عدواً شرعياً لا يشكُّ أحدٌ في ضرورة هزيمته. ولقد تعامل تشرشل بشكل يدعو إلى الإعجاب مع تكوينه النفسي المرضي الكامن، حتى استطاعت الشيوخوخة وتصلّب الشرايين القضاء على إدارته، وغرق فيما يبدو أنه نوع من الغيبوبة الاكتئابية خلال سنواته الأخيرة. لقد كان تشرشل أقرب ما يكون إلى النوع الاكتئابي الأتكاملي السلبي، ومع ذلك فقد كان أبعد ما يكون عن المريض النفسي. وستصادف المعالج النفسي حالات من الناس تشمل السياسيين وغيرهم تكون دفاعاتهم ضد الاكتئاب مشابهة لما اتّخذها تشرشل، ولكنهم أبعد ما يكونون عن الأتكالية والسلبية.

ويُعتبرّ چون ستيوارت ميل Mill مثلاً جيداً للشخص الذي عانى من نوبة حادة من الاكتئاب خلال حياته الراشدة، أهلته لها بوضوح تنشئته الأولى، فكما يعرف الجميع، تميّز چون ستيوارت ميل بنُضجه العقلي القُدُّ المبكّر، وتولّى أبوه -جيمس ميل- بنفسه أمرَ تربيته وتعليمه؛ ممّا أدّى بالطفل الصغير إلى أن يبدأ دراسة اليونانية وهو في سنّ الثالثة، وما إن بلغ الثامنة حتى كان قد قرأ كلّ مؤلّفات هيرودوت، ومحاورات أفلاطون الستة الأولى، وغير ذلك كثير. ويقول: "كان من المستحيل تماماً أن أكون قد فهمتُ محاوراة أفلاطون 'ثيتيوس'، ولكن أبي -خلال تربيته لي- كان يطلب مني لا الحدّ الأقصى الذي كان يمكن أن أذهب إليه، ولكن الكثير ممّا كان يستحيل عليّ أن أفعله". ورغم أن ميل -باعترافه هو نفسه- قد بدا سابقاً على أقرانه بربع قرن؛ بسبب صرامة أساليب أبيه التربوية، إلا أنه

(1) يقصد شيخ المرض الذي يظاوه -المترجم

مُنِعَ من الاختلاط بهم، حتى إنه لم تتكوّن لديه أي فكرة أن إنجازاته فِذّة بأي مقياس إلا بعد أن بلغ الرابعة عشرة. وكان يقارن نفسه بأبيه، فيجد نفسه دائماً ناقصاً. وفضلاً عن ذلك، فإنه لما كان قد عُزِلَ عن أقرانه بحرصٍ، ولم يشارك في أي ألعاب أو أنشطة ممّا يمارسه الأولاد في سنّه؛ فقد كانت مهاراته الجسمانية في أدنى مستوى، وظل "عديمّ الدراية في كل ما يتعلّق بالمهارات اليدوية"، مُتقدِّماً شوطاً بعيداً في المسائل الذهنية. "وكانت أوجه النقص في تربيّتي هي المتعلّقة أساساً بالأشياء التي يتعلّمها الأولاد من خلال تدبيرهم أمورهم بأنفسهم، ومن نشأتهم معاً في جماعات كبيرة". كما أن والد ميل كان شخصاً ذا طاقة وعزم غير عاديّين، ويقول ميل: "وغالباً ما ينشأ أولاد الأبوين النشطين أقلّ نشاطاً؛ لأنهم يعتمدون على أبويهم، ويقوم نشاط الآباء مقام الاثنين".

ولا يسمح المقام هنا بوصف الاكتئاب العميق الذي أصاب ميل وهو في العشرين من عمره، ولو أنه يجب على كل طبيب نفسي أن يقرأ ما كتبه ميل نفسه عن ذلك، ويكفي أن أذكر أن أول شعاع أضاء كآبته وحزنه دخل إلى نفسه عندما كان يقرأ مذكّرات أحد الكُتّاب يصف فيها موت أبيه: "كان وضع الأسرة تَعَسّاً، وهبط عليّ إلهامٌ مفاجئ جعلني -وأنا الطفل الصغير- أحسّ -وأجعلهم يحسّون- بأنني سأكون كل شيء بالنسبة لهم: ساحلٌ محلّ كل ما فقدوه". ويقول ميل إنه بكى لهذا الوصف المؤثّر، ويعتقد أنه بسبب ما جعله هذا الكتاب يحسّ به من وجدان؛ فإن حالته النفسية وروحه المعنوية بدأتا في التحسّن، إلا أن هناك تفسيراً آخر وهو أن تلك الفقرة جعلته يعي بأن الأبناء يستطيعون أحياناً أن يحلّوا محلّ آبائهم، بل أن يتفوّقوا عليهم، وأن هذا الإدراك هو الذي جعله يحسّ بكفاءته⁽¹⁾.

ومهما كان الأمر، فإن تنشئة ميل تُبيّن بوضوح أن الطفل قد يتلقّى أعظم رعاية من والديه، ولكنه يفشل في الحصول على إحساسٍ ملائم بقيمته هو نفسه، وتُبيّن حياة كُّل من تشرشل وميل، أن الانجازات العظيمة، مهما اختلفت نوعيّتها، قد ترجع في جانبٍ منها إلى أن الفرد في حياته المبكرة اعتقد أنه غير كفء؛ ممّا دعاه إلى بذل جهود خاصة لإثبات العكس.

(1) Mill, John Stuart (1873) Autobiography PP. 5, 6, 35, 141. London: Longmans, Green, Reuder and Dyer.

الفصل الحادي عشر

الشخصية الحوازية أو الوسواسية

أصحاب الشخصية الحوازية هم أولئك الذين تظهر عليهم أعراض وسواسية قهرية، تأخذ شكل أفكار غير مرغوب فيها تقتحم وعي المريض، أو طقوس حركية يشعر المريض أنه مُجبر على القيام بها ضد إرادته. ولا بُدَّ أن كل طبيب نفسي شاهد خلال تدريبه نماذج عدَّة للمرضى المصابين بعُصاب الوسواس القهري، والذي تتراوح شدَّته ما بين أنواع السلوك القهري البسيطة، كالاضطرار إلى التحقُّق من الأشياء وإعادة التحقُّق منها، إلى حالات العجز الشديد التي تسود فيها الطقوس حياة المريض لدرجة تجعل حياته الطبيعية مستحيلة، والحق أن هذا الصنف الأخير لا يناسبه العلاج النفسي، ويمكن اعتبار هذه الطقوس نشاطاً إزاحياً، استبدالياً، أو أنها نوع من وضع الوجدان موضع التنفيذ (التفعيل Acting Out)، ويجب السيطرة على العديد من هذه الطقوس بوسائل أخرى قبل أن يبدأ العلاج النفسي محاولته.

ومنذ ظهور العلاج السلوكي استُخدِمت تقنيات مختلفة لتساعد على السيطرة على هذا السلوك الطقسي أو التخلص منه، مثل حواز غسيل اليدين، أو تخليص العقل من الأفكار المتطفلة (المُقتحمة). ويمكن لهذه التقنيات أن تصبح في بعض

[HTTPS://T.ME/MKBTARAB](https://t.me/mkbtarab)

الأحيان بدائل مفيدة للعلاج النفسي، وذلك في حالة الأعراض القهرية الواضحة بشكل قاطع. وكما درجنا في الفصول السابقة فلن يكون اهتمامنا الأساسي معالجة الأعراض، وإنما فهم الشخص الوسواسي، حيث إن الخطّ الفاصل بين الصحة والمرض غالبًا ما يصعب تحديده؛ فنحن نسّمى المرء الذي يراجع نفسه عشر مرّات قبل أن يُقدّم على شيء "عصابيًا"، بينما لا نحاسب الكاتب أو المؤلف الذي يدقّق في اختيار لفظ واحد ويغيّره عدّة مرّات. إن هؤلاء الذين "لا يستطيعون أن يكتبوا خمس كلمات قبل أن يغيّروا سبعا"⁽¹⁾ - كما تقول دوروثي باركر - بهم خطأ ما. وعلى أي حال، فإن ما يقوم به غالبية المرضى الحوازيين الذين يصادفهم المعالج النفسي من سلوك وسمات ليست سوى أشكال مبالغ فيها بدرجة طفيفة من بعض أنواع السمات والسلوك التي تحظى بالتقدير والاحترام، مثل: التدقّق، والأمانة، وضبط النفس. وهم يلجؤون إلى العلاج النفسي بسبب توتّر وقلق، أو بسبب مصاعب في العلاقات الشخصية مع الآخرين، وليس بسبب تلك الطقوس القهرية، ولو أنها قد تحتلّ أحيانًا مكانًا بسيطًا في شكاواهم.

وعندما وصف فرويد شخصيات أولئك المهيّئين لظهور الأعراض الحوازية قال إن أكثر ما يميّزهم هو تلازم ثلاث خصائص هي: الشُّح، النظام، والعناد⁽²⁾. واجتماع هذه السمات يكون ما أطلق عليه فرويد "الشخصية الشَّرْجِيَّة"؛ إذ إنه اعتقد أن هذه السمات يرجع منشؤها إلى الفترة التي كان الطفل يُدرّب فيها على التحكم في عضلاته العاصرة (المتحكّمة في عمليات الإخراج)، والتي تكون المنطقة الشرجية فيها مركز الاهتمام الانفعالي. وفي رأي فرويد "أن السعي المُلِحّ إلى النظافة والنظام وأن يكون الإنسان موضع الثقة، تعطي انطباعًا بأنها ردُّ فعل عكسي (Reaction Formation) ضد الرغبة فيما هو غير نظيف ومثير للتقرُّز ويجب ألا يكون جزءًا من الجسم". (فالبراز أو الأوساخ مادة في غير موضعها). وقد يظهر العناد أولًا في رفض الطفل للتبرُّز في المكان والوقت اللذين يُخصّصهما القائمون على أمره (السُّلطة). أمّا الشُّح فينشأ بسبب صلة غريبة بين المال والبراز، و"النقود القدرة"

(1) Parker, Dorothy (1985) Writers at work, The Paris Review Interviews. Vol.I.P:72.London Secker and Warburg.

(2) Freud, Sigmund (1908) Character and Anal Erotism, PP. 169,172.3. Standard Edition, Collected works, Vol.9 London: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis. (1959).

إحدى العبارات التي تُبَيِّنُ هذه الصِّلة. واليوم نحن أميلُ إلى اعتبار الشُّحِّ بشكلٍ عامٍ نفورًا أو رفضًا للتخلُّي عن محتويات الجسم أو أي شيء آخر نحسُّ أنه ينتمي انتماءً حميمًا للذات.

ولم تنجح الجهود لإثبات أن الشخصية الشرجية ترتبط ارتباطًا سببيًا بشدَّة التدريب على النظافة أو بالصراعات التي تنشأ خلال فترة اكتساب التحكُّم في العضلات العاصرة. ولكن بيَّنت الكثير من البحوث أنه رغم أن افتراض فرويد للعلاقة السببية قد يكون غير صحيح، فإن وصفه للشخصية الشرجية وإدراكه لتلازم بعض السمات فيها دقيقٌ تمامًا (انظر جرينبرج وفيشر)⁽¹⁾.

ومهما كان السبب في منشأ الشخصية الحوازية (الشرجية) فلا شك في التركيز والتوكيد الذي يوليه مثل هؤلاء الأشخاص للانضباط والنظام. وهذه السمات شأنها شأن كافة السمات الحوازية متعدِّدة الأوجه، بمعنى أن وجودها بقدر مُعتدِل مفيد ومطلوب، بل إنه أساس لاستمرار أشكال الحياة الحضارية المعقَّدة. ولكن عندما تزيد عن حدِّها تصبح مدمِّرةً للتلقائية، وتؤدي في النهاية إلى شلُّ الحركة والنشاط. وقد رأينا في الفصول السابقة كيف أن أصحاب الشخصية الهستيرية غالبًا ما يشعرون بتفاهة شأنهم، بينما الاكتئابيون بالعجز واليأس. ولكنَّ الحوازيين يحمون أنفسهم بفعالية من هذه المشاعر، ويحاولون السيطرة على أنفسهم وعلى العالم الخارجي. وفي الوقت نفسه فإنهم يتصرفون كما لو أن مصيبةً مجهولةً ستحلُّ بهم. إن التحكم في النفس، والتحكم في البيئة بدرجة ما، شيء نُعلِّمه لأولادنا باعتباره أمرًا مطلوبًا نأمل في أن يزداد نصيبهم منه كلِّما تقدَّموا في السن. ولكن علينا أيضًا أن نقبل أن سيطرتنا لن تصل أبدًا إلى التحكُّم الكامل؛ فالطوارئ تحدث في العالم الخارجي، سواء كانت في مستوى الأعاصير والزلازل أو مجرد حوادث يومية مؤسفة. كما أننا لن نتحكَّم تحكُّمًا كاملًا في نفوسنا مهما أخذنا بالعنف تلك الأجسام والنفوس الجامحة. ونحن بحاجة للإخراج وتناول الطعام مهما كرهنا ذلك، بل إن الجنس يشكُّل لدى الغالبية دافعًا مُلِحًا لا يمكن إخضاعه كليًا. والجانب الأكبر من حياتنا العقلية -ابتداءً من الأحلام حتى الإلهام- لا يقع تحت طائلة الإدارة. علينا أن نتواءم مع طبيعتنا.

(1) Fisher, Seymour and Greenberg, Roger P. (1977) The Scientific Credibility of Freud's Theories and Therapy. Chapter 3, New York: Basic Books.

تمامًا مثلما نقبل الآخرين على ما هم عليه. إن فكرة السيطرة المطلقة على أنفسنا هي فكرة وهمية تمامًا.

والكثير ممن تحمل شخصياتهم سمات حوازية ليسوا "مرضى" بأي حال من الأحوال، والواقع أن مثل هؤلاء الأشخاص لا غنى عنهم للحضارة الغربية، وبالتالي فهم يلقون الإعجاب والاحترام، وعادة ما يكون المفكرون والمبدعون في العلوم أو الإنسانيات من الشخصيات الحوازية؛ فالبحث والدراسة يتطلبان شدة التدقيق والصرامة، والمثل الأعلى للحوازي هو أن يصبح العالم مكانًا منظمًا، كل شيء فيه خاضع للتنبؤ بلا استثناء. والأمر بالمثل مع العلماء، فتقدم العلم يعتمد على ابتكار الفروض التي تعمل على ربط أكبر عدد من الحقائق بروابط عليه؛ وبالتالي تخلق النظام من الفوضى، وتسمح بظهور تنبؤات أدق فأدق. إن الإفطان للشذوذ - أي الوقائع التي لا تندرج تحت النظريات القائمة - هو الذي يؤدي إلى المكتشفات الجديدة والنظريات الجديدة، فالشذوذ هو نوع من "عدم النظام"، يدفع العالم إلى خلق نظام أشمل، تمامًا مثلما تدفع "الأوساخ" أو غيرها من الاختلالات في النظام العصبي الحوازي إلى أن يرتب غرفته ويعيد ترتيبها.

إن الإحساس بالقلق أو الانزعاج والذي يستحث العالم إلى اختراع نظرية جديدة لا يمكن أن نسميه "عرصًا عصابيًا"، بل إن بعض الطقوس الحوازية لا تستحق أن نطلق عليها هذه التسمية، فهل الطفل الذي يطلب من والديه أن يقصا عليه القصة نفسها كل ليلة، وأن يرتبا سريريه بالطريقة نفسها، وأن يقبلاه قبله المساء، كل ذلك بنفس النمط المعتاد كل ليلة - هل هذا الطفل يتصرف مرضيًا؟ إن مراعاة هذه الطقوس هي حماية رمزية ضد مخاطر الظلام الذي يحس الطفل فيه بالخطر من الداخل ومن الخارج، ومن السهولة بمكان تجاهل هذه الطقوس واعتبارها نوعًا من الخرافات، إلا أن ذلك لن يفيتها حقها ويقلل من دلالتها وتأثيرها. وكما سبق أن أشرت في كتابي "ديناميات الإبداع"⁽¹⁾ فإن تلك الطقوس غالبًا ما تكون ذات قيمة كبيرة لدى المبدعين، باعتبارها وسيلة يصلون بها إلى الإلهام تمامًا مثلما تعمل الطقوس الدينية على خلق حالة إيمانية لدى العابد. فالإنسان هو الإنسان لأنه يستخدم الرموز والطقوس لتحويل المادة الخام للغرائز

(1) Storr, Anthony (1972) Dynamics of Creation, Chapter 8, London: Secker and Warburg

إلى إبداعات عقلية وفنية. ولا يجب أن يعمينا واقعُ أن الترميز وأتباع الطقوس يمكن أن يُغاليَ فيهما إلى درجة أن يتحكَّما في العصائِي الحوازي كأعراضٍ مَرَضِيَّة، لا يجب أن يعمينا ذلك، عن دورهما الحيوي في الحياة المتمدنية.

تنشأ لدى الشخصيات الحوازية -لأسباب متنوِّعة ومُمكنة- نزعة قوية بشكل خاص إلى التحكُّم في كلِّ من أنفسهم وبينتهم، فعالمهم الخارجي وعالمهم العقلي الداخلي مَوْطِنٌ حَظِرٌ وتهديد، مثلهم مثل الطفل الذي يخاف الظلام. واليقظة الدائمة والنظام الصارم هما فقط اللذان يضمنان عدم إفلات زمام الأمور. ويقول أفلاطون في الفصل التاسع من كتاب "الجمهورية": "يوجد لدينا جميعًا -حتى لدى الطيبين منَّا- طبيعة وحشيَّة لا تابه للقانون، تكشف عن نفسها أثناء النوم". ويتصرف الحوازيون كما لو أن ذلك الوحش يحاول الإفلات من قيده. وفضلاً عن ذلك فَهْمٌ أَمِيَلٌ إلى التصرُّف باعتبار أن الآخرين هم أيضًا كذلك، ويكون العالم بالتالي غابئةً تجوس خلالها قطعان غير منظورة من الوحوش.

إن الوحش المفترس الذي يخشاه الحوازيون هو حيوان عدواني في الأساس، ومع أن الدفعات الجنسية غالبًا ما تشكِّل جانبًا من القوى التي يحاول الحوازي التحكُّم فيها، فإن العدوان يلعب دورًا أكبر من الحب في نفوسهم. فبدلاً من إدراك الآخرين كأشخاص يمكنهم التعامل معهم على قدم المساواة، حيث يتبادل الطرفان المنافع، فإن الحوازيين يتعاملون من خلال السيطرة في مقابل الخضوع، أو الاستعلاء في مقابل الدونية. ويمكن تفسير هذه الطريقة في التعامل مع الناس باعتبارها استمرارًا لاتجاهات طفليَّة، أثرًا من بقايا زمن كان الأبوان فيه بالنسبة للطفل -مهما بلغت درجة حبُّهما له- سُلْطَةً مُقَيِّدة مانعة يمكن أن تغضب وتثور ما لم تُسترض. وما إن يبدأ الطفل الناشئ في الصراع مع والديه (وقد يبدو هذا الصراع بوضوح أكبر إذا كان الوالدان ذوي مزاج حوازي) حتى يتَّخذ هذا الصراع صفةً ثنائية الوجدان بالضرورة، أي خليطًا من الحب والكرهية. وكلما شعر الطفل بنفسه ضعيفًا إزاء السُلْطة، أو كلما زادت السُلْطة من سيطرتها في الواقع تساوت الكراهية مع الحب الذي يشعر به، أو فاقته. وقد لاحظ فرويد ملاحظة هامة في مقالته المعنونة "الاستعداد المزاجي لعُصاب الحواز القهري"، وهي أن النمو الانفعالي والعقلي لدى هؤلاء الناس لا يتواكب، فقال: "أتصوَّر أن سبق العمر الزمني للنمو اللبدي خلال تطوُّر الأنا يدخل ضمن العوامل المهیئة

للإصابة بعُصاب الحوازي القهري، فهذا النضج المبكر يتطلّب اختياراً للموضوع تحت تأثير غرائز الأنا، في وقتٍ لا تكون فيه الغرائز الجنسية قد اتَّخَذَتْ بعدُ شكلها النهائي، وهكذا يقع تثبيّتٌ على مرحلة التنظيم الجنسي قبل التناسلي⁽¹⁾، ولا يتّضح معنى هذه العبارة لمن لم يتعمّقوا اللغة الفنية للتحليل النفسي؛ لذلك سأحاول وضعها في لغة أخرى. يظهر لدى الكثير-وليس الجميع- من الناس ذوي المزاج الحوازي نضجٌ عقليٌّ مبكّرٌ في الطفولة. ويصدّق هذا بالذات على نوع المفكرين الذين سبقت الإشارة إليهم، وعندما يدرك مثل هذا الطفل والديه باعتبارهما سُلطةً تفرض القيود عليه، فإنه يتعلّم أن يتعامل معهم بواسطة ذكائه وعقله لا بعواطفه. أي أنه يصبح- في مرحلة مبكرة- شديد الانتباه لمشاعرهم حتى يسترضيهم ويتجنّب سخطهم. فبدلاً من أن يدخل في معارك معهم، يتعلّم من خلالها توكيد ذاته تدريجيّاً وإثبات جدارته، لا يلجأ مثل هذا الطفل أبداً إلى الدخول في منافسة، وهذا يعني أنه سيظل دائماً يعتبر سلطان أبويه-والكبار عموماً- يفوق سلطانه؛ وبالتالي سيدخل حياته البالغة وقد حُمِّلَ بقدرٍ أكبر من المعتاد من كراهية الآخرين؛ فالتكيّف مع الآخرين، والذين يتضمّن معاملتهم كما لو كانوا أصحاب سُلطةٍ يمكن أن ينقلبوا فجأةً غاضبين، يجب أن يتضمّن بالضرورة استمرارَ مشاعر العدوان تجاههم وممارسة قدر كبير من التحكم في تلك المشاعر. وفي الحياة العادية يميل الحوازيون إمّا إلى أن يكونوا متسلّطين هم أنفسهم أو خانعين بشكل غير عادي. وكلا الاتجاهين يرمي إلى تجريد الطرف الآخر من سلاحه، فلا يوجد سبيل لمواجهة العدوان المحتمل إلا الانتصار أو الخضوع، وفي كلتا الحالتين لا يمكن للحوازي أن يصل إلى النديّة والاحترام المتبادل.

وغالباً ما يبدو الحوازيون الذين يحضرون للعلاج النفسي دَمِثِي الأخلاق بشكل خاص: شخصيات مُطيعَة، مُتَحَفِّزَة لإدخال الرضى والسرور إلى قلب المعالج، ويوافقون بسهولة مُفرطة على كل ما يقوله؛ فالخوف من عدوان الآخرين عليهم يسيطر على توافقهم مع مَنْ يحيطون بهم. وهم عادةً متأنقون، حريصون على الظهور بمظهر حَسَن؛ حتى يتجنّبوا أيّ نقدٍ مُحتمَلٍ لمظهرهم، وهم يحافظون على مواعيدهم بدقّة، بل وغالباً ما يصلون قبل الميعاد، ويحرصون حرصاً زائداً

(1) Freud, Sigmund (1913) The Disposition to Obsessional Neurosis. Standard Edition, Collected works, Vol. 12, p. 325. London: Hograth Press and Institute of Psycho. Analysis (1958).

ألا يسببوا له أي ضيق أو إحراج. والحوازيون من هذا النوع يصلحون بشكل عظيم لأعمال السكرتارية والبنوك، وأتذكر أنني عندما تسلّمت أول عمل لي كطبيب أمراض عقلية، دقّ أحد السكرتيرين -وكنْتُ قد أمليته خطابًا ليكتبه- جرس التليفون ليسألني قبل أن ينهي الخطاب على الآلة الكاتبة هل يضع في ختام الخطاب عبارة مع خالص موّدتي، أو مع خالص احترامي، ولم أتذكر ما قلته بالضبط، ولكنه كان حريصًا على أن يكون دقيقًا غاية الدقّة. ورأيتُ من فترة قصيرة شخصًا كان لديه الكثير من تلك السّمات المزاجية، وأخبرني أنه يدفع كل فواتيره نقدًا عندما يشتري شيئًا من محلّ ما، وإلا سيضطرُّ إلى إبقاء طابور الزبائن منتظرًا لحين انتهائه من كتابة شيك بالمبلغ المطلوب؛ ممّا قد يؤدّي إلى إثارة غيظهم، وكانت وظيفة هذا الرجل نفسه في المصنع الذي يعمل فيه أن يُراجع قوائم مُعيّنة يُعدها غيره من الموظفين، وكان بارعًا في اكتشاف الأخطاء، ولكن أكثر ما كان يعذّبه هو لفَتْ نظر مَنْ عملوا تلك الأخطاء إليها؛ فقد يضايقهم ذلك أو يغضبهم. إن ذلك النوع من الأشخاص هو الذي إذا دُست على قدمه يعتذر لك عن الخطأ الذي وقع فيه وما سببه لك من حرج.

ويشترك الحوازيون من هذا النوع في كثير من الخصائص مع الاكثابيين، بل غالبًا ما ينتابهم الاكتئاب هم أنفسهم عندما يحتاج دفاعاتهم الحوازية عاملاً لم يكن في الحساب يزيد من قلقهم. وبينما يكون هذا النوع مهتمًا في المقام الأول بتفادي عدوان الآخرين، فإن هناك نوعًا آخر يكون اهتمامه بالتحكّم في عدوانه هو نفسه. ومثل هذا الشخص إذا فشلت دفاعاته فإنه يتحوّل إلى شخص ناقد مُتذمّر إلى درجة يصعب فيها العيش معه؛ فالآباء المتوتّرون سريعو التشنُّج، الحوازيون الذين يودّون وضع كل شيء تحت السيطرة الصارمة- يفرضون تلك الرغبة على مَنْ حولهم، فيصرّون على النظافة والنظام وقفل الأبواب، والتزام حدود الأدب وحفظ المظاهر وعدم الإساءة إلى الجيران. وتكون الحياة الأسريّة مثل هؤلاء الأشخاص صعبة جدًّا. وهم قد يستطيعون بهذا الشكل أن ينظّموا سلوكهم بحيث لا يتسرّب إلى نفوسهم أي احساس بأن الأمور ستثقلت من أيديهم، ولكنهم لا يستطيعون السيطرة تمامًا على سلوك الآخرين، ويؤدّي بهم القلق إلى الغضب، ولا عجب أن يثور ضدّهم أبنائهم وزوجاتهم احتجاجًا على ما يحسّون أنه استبدادٌ لا منطق له، ومن السهل أن نرى -وفقًا لذلك- أن فشل الحوازي

<https://t.me/mk1btarab>

في احتواء دفاعاته العدوانية أو السيطرة عليها قد يؤدي به إلى أحد أمرين: إما الخضوع وإما الاستبداد. والمبالغة في الخضوع تؤدي تقريباً إلى إلغاء الفرد كشخصية مستقلة، بينما يقود الاستبداد الشديد إلى إلغاء الطرف الآخر؛ ومن ثمّ إلى الانعزال. وهذا يفسّر السبب في إمكان تفسير الدفاعات الحوازية على أنها تقام في مواجهة حالتَي الاكتئاب والفصام، وإذا ما ظلّ المريض على علاقة بالناس فإنه إمّا أن يصبح غاضباً منهم بشكل ظاهر لأنه لا يستطيع السيطرة عليهم تماماً، وإمّا أن يوجّه غضبه إلى ذاته؛ وبالتالي يصبح مكتئباً.

وبالمقابل، قد يعزل نفسه عن الناس، فمن الممكن أن يعيش مع أسرته، ومع ذلك لا يندمج معها انفعاليّاً، وهذا النوع من الدفاع، هو دفاع فصاميّ، انسحاب إلى العزلة فلا يتأثر بما يفعله الناس. فإذا انعزل عن تأثير الناس فلن ينتابه الغضب أو يعاني من غضب الآخرين.

والشخصيات ذات الأعراض الواضحة كثيراً ما تبدو في أعراضها دلائل العدوان جلية؛ إذ تقتحم بالها أفكاراً قهرية من النوع الذي وصفناه في فصل التأويل، حين سيطرت على المرأة أفكاراً تدعوها لوضع طفلها في الماء المغلي. ولا يستطيع بعض الحوازيين الصعود إلى الأمكنة المرتفعة، أو حتى الجلوس في الطابق الثاني من الأتوبيس؛ إذ يعتقدون أنهم قد يلقون شيئاً على المارّة. أمّا الكهنة الذين يتطلّب عملهم أن يكونوا أكثر عطفاً وتفهماً من المعتاد فيخشون أحياناً أن تفلت من شفاهم ألفاظ قبيحة في اللحظات غير المناسبة -أثناء إلقاء الموعظة مثلاً-، وتخطر ببال بعض ربّات البيوت فكرةٌ مليحة هي أن "ينخلوا" الطعام الذي يقدمونه للأسرة في الغربال حتى يستبعدوا منه الأجسام الدقيقة، مثل شظايا الزجاج التي قد تجرح الأكلين. وتمثّل هذه الأعراض فشل الدفاع؛ حيث إن ما كتبه من مشاعر عدوانية يجد طريقه إلى الخارج.

ويكون عمل المعالج النفسي في هذه الحالة مزدوجاً، فيجب عليه أولاً: أن يُسهّل ظهور الدفاعات الغريزية التي يحمي المريض نفسه منها، وثانياً: أن يقدم نفسه كشخص يستطيع المريض أن يجرب إقامة علاقة جديدة معه على أساس من المساواة، علاقة لا تحتلّ فيها مسألة من السيد ومن المسود موضعاً ذا أهمية.

ويوصف المرضى من الحوازيين عامةً بأنهم من أصعب حالات العلاج النفسي بسبب قدرتهم على تقديم التبريرات المنطقية؛ إذ لما كان النظام الدفاعي كله عندهم يقوم على عدم السماح بحرية التعبير عن الوجدانات؛ فإنهم يجدون صعوبةً في إطلاق العنان لأنفسهم أثناء العلاج مثلما يجدونها في الحياة العادية. فإذا كانوا في طفولتهم من المبكرين في النضج العقلي - كما سبق لنا القول - فإنهم يحملون هذه الطريقة في التكيف إلى الموقف العلاجي.

أي أنهم سيكونون حريصين على أن يفهموا بدقة معاني العبارات التي يقولها المعالج، وغالبًا ما سيقبلون تفسيراته وتوضيحاته لنفسياتهم على أساس منطقي، دون أن يُبدوا أية دلائل على أنها أصابت الصميم، بحيث يمكن أن تؤدي إلى تعديل؛ فالحوازيون يميلون إلى أن يفهموا بعقولهم لا بقلوبهم.

ولما كان المرضى الأذكى من هذا النوع غالبًا ما يكونون بارعين في استخدام الألفاظ؛ فإنهم يستخدمون ألفاظًا لا تُعبر عن حقيقة مشاعرهم بقدر ما تعمل على إبعاد أنفسهم عنها. وهكذا، فإنه عندما يقول المعالج شيئًا يتوقع منه أن يثير الغضب: "لا بُدَّ أنكَ رغبتَ في قتل والدتك!"، يردُّ المريض برقيق: "رَبِّمَا كُنْتُ على صواب، أظن أن شيئًا من هذا القبيل مُتضمَّن في الموقف".

ويسهل التواصل مع مثل هؤلاء المرضى عندما يكتبون، وغالبًا ما يكون من المفيد أن نلتقط أيَّ بادرة استجابة تلقائية إلى المعالج، هنا والآن، حيث إنها قد تفتح لنا الطريق إلى المشاعر التلقائية التي يحاول المريض جاهدًا أن يتحكَّم فيها، ومن المفيد أيضًا أن نستكشف الأحلام؛ حيث إنها قد تكون أسرع وسيلة نبين بها للمريض أن هناك جانبًا آخر في نفسه يحاول إبعاده وقمعه. ويجد بعض المرضى الحوازيين أنه من الأسهل عليهم أن يطلقوا لأنفسهم العنان من خلال الرسم والتلوين بدلًا من الكلام فقط. ومن بين كافة المرضى يكون الحوازيون أقربهم إلى الاستمرار والمثابرة على العلاج النفسي، حتى ولو لم تكن هناك بوادر تحسُّن كافية؛ فهم طيعون، شاكرون، أمليون - على الأقل في الظاهر - ويعتبرهم المعالج مرضى "جيدين" يستمتع بالعمل معهم. ويرجع جزءٌ من مشكلة الحوازي إلى أنه أميل للعيش في المستقبل عنه في الحاضر، وتؤدي به عاداته في توقع المصائب إلى أن يتخذ كافة الاحتياطات بشأن المستقبل، وأن ينشغل بها، لدرجة إهمال

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

الحاضر. وكما سبق أن قلت: عندما يحضر الحوازي مسرحيةً، قد ينشغل بتصوُّر كيف سيعود إلى المنزل آخر الليل، بحيث إنه قد لا يحسُّ بالعرض المسرحي. وهذا الميل نفسه يجعلهم قادرين على التطلُّع إلى نتائج العلاج في المستقبل دون أن يشاركوا بشكلٍ كافٍ في العلاقة العلاجية القائمة، وأعتقد أنه من المحتمل أن بعض حالات التحليل التي أشرنا لها، والتي استمرَّت لسنواتٍ وسنواتٍ، تمثِّل الحوازية من جانب الطرفين: المريض والمعالج.

وقد أشرتُ فيما سبق إلى أن الحوازيين يحمون أنفسهم براعة من الوقوع في الاكتئاب أو غيره من الحالات النفسية التَّعسَّة. ولعلَّ شخصية صامويل جونسون⁽¹⁾ تُعتبر من الأمثلة الجيدة في هذا المجال؛ إذ يمتلئ كتاب بوزويل "حياة صامويل جونسون" بالإشارات إلى طقوسه الحوازية وحركاته القهرية، وقد جمع عالمُ الأعصاب راسل براين تلك الإشارات وغيرها من وصفٍ لسلوك صامويل جونسون بأقلام معاصريه في مقالة بعنوان "المتشجِّع العظيم" ضمن كتابه "بعض التأمُّلات في العبقرية"⁽²⁾.

كتب بوزويل يقول: "وكانت له خاصيةٌ أخرى لم يحاول أحدٌ من أصدقائه أن يجد لها تفسيراً. وتبدو لي نوعاً من الإيمان بالخرافات، بدأت مبكراً معه، ولم يُعطِ لعقله فرصة ليحرِّره منها. تلك الخاصية هي حرصه على أن يعدَّ عدداً مُعيَّناً من الخطوات حين يخرج أو يدخل من باب أو ممرٍّ بدءاً من نقطةٍ معيَّنة. أو يحرص على الأقل أن يدخل بقدمه اليمنى أو اليسرى (لا أتذكر أيَّهما) من ذلك الباب أو الممر، فقد لاحظته في مناسبات عدَّة يتوقَّف فجأة ثم يعدُّ خطواته بجديَّة شديدة، وعندما كان يهمل أو يخطئ في تلك الحركة السحرية، رأته يعود القهقري ويضع نفسه في المكان الملائم لبدأ الطقوس. بعد أن يمرَّ بها يفيق من ذهوله، ليستمرَّ في سيره بنشاطٍ ويلحق برفيقه"⁽³⁾.

(1) صمويل جونسون: كاتب وناقد ومعجمي انجليزي، اشتهر باسم الدكتور جونسون (-1709 1874). (المترجم).

(2) Brain, Russell (1960) The Great Convulsionary in Some Reflections on Genius London: Pitman Medical Publishing co.

(3) Boswell, James (1799) The Life of Samuel Johnson, LL.D. ed. Birkbeck Hill. Vol. 1, PP. 484-5. Oxford: The Clarendon Press (1887).

وكانت إيماءات چونسون وحرركاته عندما لا يكون مشغولاً بالبال غير عادية، بحيث تثير الشك في أنه يعاني من الكوريا⁽¹⁾ أو غيره من أعراض الجهاز العصبي العضوية. وكان أحياناً يتحدث إلى نفسه بصوت مسموع، مُردداً بعض الصلوات. ويقول لورد براين إن چونسون كان يستطيع أن يتحكم في حرركاته وكلامه عندما يريد ممّا يشير إلى أن هذه الأعراض الغريبة ناشئة عن صراع نفسي وليس عن مرض عضوي. وكتب السير جوشوا رينولدز، الرّسام الذي جلس أمامه چونسون ليرسمه: "إن حرركات أو حيل الدكتور چونسون تُسمّى خطأ بالتشنجات؛ فقد كان يستطيع أن يجلس ساكناً عندما يُطلب منه ذلك، مثله مثل أي شخص آخر، واعتقادي أنها ناشئة من عادة انغمس فيها، وهي مُصاحبة أفكاره بأفعال أو تصرفات خارجية، وبَدَت لي تلك التصرفات كما لو كان يقصد بها استنكار بعض سلوكه القديم. فعندما لا يكون مشغولاً بالحديث، كانت تلك الأفكار تقتحم على عقله؛ ولذلك كان يفضل دائماً أي صحبة وأي انشغال على أن يظل وحيداً. وكان همّ حياته الأكبر (كما قال) هو الهروب من نفسه، وكان يعتبر هذا المزاج آفة عقله، ولم يكن يشفيه منه سوى الصُحبة"⁽²⁾. وهناك ملاحظ آخر فسّر حديث چونسون إلى نفسه بطريقة مشابهة: "لقد كان يبدو في صراع لا ينتهي تقريباً مع داءٍ عقليٍّ شرير، وغالبًا ما كانت تعبيرات وجهه وحرركات شففيه كما لو كانت دُعاءً إلى السماء أن ترفع عنه هذه النقمة"⁽³⁾.

ونحن نعلم ما الذي كان يحاول أن يطرده من عقله، لقد كان فريسةً لاكتئاب متكررٍ، قال عنه هو نفسه: "ميلانكوليا كريهة"، وكانت تجتاحه نوباتٌ من الشعور بالذنب. وكان طيلة حياته يعاني من الخوف من الجنون. وكان يكره الذهاب إلى النوم؛ لأنه ما إن ينفرد بنفسه حتى تظغى عليه الأفكار المريضة. لقد كان مشغولاً انشغالاً كبيراً بالموت، وقال إنه لم تُمرَّ به لحظة فارقة فيها شبح الموت الرهيب. وكان يلوم نفسه لتراخيه وكسله، ووجود أفكار شهوانية حسية لديه، واستمتاعه بالطعام والشراب. وقال في إحدى الفقرات: "لقد عشتُ حياتي كلها

(1) كوريا Cherea أو الرقاص: اضطرابٌ يتميز باختلاجاتٍ وتشنجاتٍ في الوجه والأطراف، وله عدّة أنواع. (المترجم).

(2) Ibid. pp. 144-5

(3) Russell (1960), Quoted in Brain, p. 74

عديم النفع⁽¹⁾. لقد كان جونسون مثلاً أحياناً - ومُحزناً في الوقت نفسه - لإنسان جاهد الاكتئاب بدفاعات حوازيّة خلال معظم حياته، وكانت دفاعاته تفسل في بعض الأحيان بحيث تهوي به إلى مستنقع اليأس، ومن الأشياء المثيرة حقاً أن جونسون نفسه وصف النشاط الذهني كعلاج لأحد زملائه المُبتلين بالإحساس بالذنب، وتحوّل هو نفسه إلى الاهتمام بالعمليات الحسابية حتى يتلّهى، وهو مثال مُبكر لما قد يسمّيه المعالجون السلوكيون اليوم "سد الطريق أمام الأفكار".

وسيجد المعالجون النفسيون أن الحوازيين الذين يُحوّلون إليهم للعلاج على درجة كبيرة من التشويق، ولكن همّتهم قد تفتت بسبب انعدام الاستجابة المباشرة. ولكن قد يجد المعالج إذا قابل أقرباء المريض، أنه حقق من النتائج أكثر ممّا يعلم؛ فالشخصيات الحوازية تتغير وتتحسن، ولكنها لا تُظهر الكثير من الدلائل المباشرة على ذلك بسبب تحكّمهم في أنفسهم، فهدف المعالج النفسي هو أن يستطيع المريض التخلّي عن دفاعاته على الأقل ليصبح تلقائياً، ولو بشكل متقطع؛ ولهذا فإن التفسيرات المباشرة (هنا والآن) لها أهمية كبرى، وكل مخاطرة يستطيع المريض القيام بها في الموقف العلاجي النفسي هي خطوة إلى الأمام. وعندما يكون العُصاب واضحاً وصريحاً وتكون الطقوس القهرية جزءاً كبيراً من المشكلة؛ فإن اللجوء إلى أساليب العلاج السلوكي أمرٌ وارد. وكما سألنا لاحقاً، فإن العلاج السلوكي قد يكون أكثر مُلاءمةً في الحالات التي يجب فيها وضع جزء من سلوك المريض تحت السيطرة.

(1) Boswell, James (1799), Vol. 1, p. 463, (1887)

الفصل الثاني عشر

الشخصية شبه الفصامية

إن الأشخاص الذين سبق تصنيفهم إلى شخصيات هستيرية، وشخصيات اكتئابية، هم أناسٌ يغلب عليهم الانبساط، ويولون لعلاقاتهم بالآخرين أهميةً واضحة، فيهتمُّ الهستيريون أساسًا بلُفت نظر الآخرين، بينما يزداد انشغال المكتئبين بالحصول على رضاهم، ويجد كلاً النوعين صعوبةً في ترويض الاندفاعات العدوانية تجاه الآخرين، فينتقد الهستيريون موضوعات حُبهم لأنها لا ترقى إلى مستوى المثال الذي يقيمونه في خيالهم، بينما يتجه الاكتئابيون بانتقاداتهم نحو أنفسهم، وكلا النوعين اعتمادادي، ويخشون هجر أولئك الذين يبدو أن سعادتهم تتوقف عليهم؛ ولهذا فإنهم ينفقون معظم وقت علاجهم في مناقشة علاقاتهم بالآخرين. والشخصيات الحوازية، أكثر استقلالاً على وجه العموم. وكما رأينا، فإن موقفهم هو إقامة دفاعات في مواجهة ظهور النزعة العدوانية في علاقاتهم بالآخرين؛ وبالتالي فهم ينزعون إمَّا إلى استرضاء الآخرين، أو الاستبداد بهم بنفس الطريقة التي يسيطرون بها على أنفسهم. وتعمل هذه الاتجاهات على خلق مسافة بينهم وبين الآخرين؛ ولذا فإن ما يُميّزهم هو إنفاق وقت أطول في مناقشة أعمالهم، وغير ذلك من الموضوعات غير الشخصية أكثر ممَّا يفعله

أصحاب الهستيريا والاكتئاب. ويولي بعض الحوازيين اهتمامًا أكبر بالسيطرة على عدوانيتهم؛ ولهذا يمكن القول إنهم أكثر اقتربًا من الطرف الاكتئابي للمقياس، بينما يبقى الجزء الآخر أكثر انشغالًا بالعدوانية المفترضة لدى الآخرين، ويكون بالتالي أقرب إلى البارانويدية (PARANOID).

وعلى أية حال يسلك الحوازيون كما لو أن العدوان لدى الجانبين "مقدور عليه" عمومًا؛ لذا يستطيعون الاحتفاظ بعلاقاتهم مع الآخرين، وإن كانت في معظم الأحيان يغلب عليها طابع التصلب والنظام.

وهناك أيضًا النمط الذي يعاني من اضطرابٍ أكثر عمقًا إذ يصبح خوفه وقلقه من الاختلاط بالآخرين شديدًا لدرجة الانطواء على ذاته، والاستغناء عن الآخرين ما أمكنه ذلك. وهم من نُسُميهم الشخصيات شبه الفصامية SCHIZOID. ويُحال هؤلاء الأشخاص شبه الفصاميين إلى المعالج النفسي بطرقٍ عدّة، فلأن ثقتهم قليلة في قدرة الآخرين على فهمهم ومساعدتهم؛ غالبًا ما يدفعهم المحيطون بهم إلى طلب العون؛ إذ إنهم هم الذين يدركون أكثر من غيرهم أن هناك خللًا ما. ومن الحالات النموذجية حالة الطالب الجامعي الذي يخفق في دراسته وفي قدرته على خلق صداقات في حياته الجامعية، والذي يدفعه أستاذه إلى طلب العلاج النفسي. إن دفع المريض لطلب العلاج النفسي سيشكّل صعوبة إضافية للعملية العلاجية، ولو أن تخطيها ليس مستحيلًا، أمّا إذا أتى مثل هذا المريض بنفسه فسنجدّه يشكو من عدم قدرته على خلق علاقات، وبالأخص مع الجنس الآخر، أو من عجزه تمامًا عن التركيز في العمل أو عدم القدرة على إنجازه، أو مما قد يُطلق عليه الاكتئاب. والحقيقة أنه بالرغم من أن المرضى ذوي الشخصيات الفصامية، يمكن أن يصبحوا مكتئبين، إلا أن مزاجهم غالبًا ما يكون أكثر ميلًا إلى الأناية وعدم الاكتراث منه إلى الميلانكوليا أو الاكتئاب السوداوي؛ فالصفة المُميّزة لوجدان الحالة الفصامية كما سبق أن لاحظ فيربيرن⁽¹⁾ باقتدارٍ هي من غير شكٍّ إحساس بأنه لا فائدة من أي شيء (FUTILITY)، ومع أن شبه الفصاميين يُدون للوهلة الأولى متشابهين مع الاكتئابيين، إلا أن المرء يُدرك سريعًا أن اكتئابهم يخلو من أي معنى، الأمر الذي لا يوجد في حالة الاكتئاب العادي. ويشعر المرء أن الاكتئابيين

(1) Fairbairn, W. Ronald D. (1976) Psychoanalytic Studies of Personality. P. Sl. London: Roulledge and kegan Paul.

يعانون من اختلالٍ أو من المرور بمرحلةٍ عسيرةٍ في حياتهم، وأن امتعاضهم قريب من السطح. بينما يشعر المرء مع شبه الفصامين أن إحساسهم بأنه "لا فائدة" أكثر اتساقاً مع تكيّفهم العادي أي أنه ليس لحياتهم أي معنى. وغالبًا ما يصعب إجراء المقابلة مع المريض شبه الفصامي؛ إذ يشعر المعالج أنه غير قادر على التواصل معه "فهمًا ليسا على نفس الموجة". ويتّضح ذلك عند محاولته أخذ التاريخ المرضي، فرغم أن المريض قد يبدو متعاونًا في إجابته على الأسئلة الموجهة إليه، لكنه في الحقيقة لا يفصح عن أي شيء، ويخلف المريض لدى المعالج شعورًا بأنه في إجابته على كل استفسار يرغب في واقع الأمر أن يقول: ما معنى هذه الأسئلة؟

ويلجأ بعض المرضى شبه الفصامين إلى تصنّع جوٍّ من التعالي، خاصة إذا كانوا بالفعل من المتفوقين ذهنيًا -وهو أمر ليس قليل الحدوث- وحقّقوا تكيّفهم الأساسي مع العالم من خلال عقولهم، لا من خلال مشاعرهم أو عواطفهم. ومن المهم ألا ينفر المرء بسبب هذا السلوك؛ فالمعالجون يحبّون رؤية جهودهم وقد حظيت بالتقدير، ولا شك أنه أمر يدعو للإحباط أن تقابل شخصًا يرفض كل محاولة للتعرف عليه وفهمه.

من المهم أن ندرك أن هذا النوع من المرضى يعاني من خوف عميق من أي نوع من المودة، أو العلاقة الحميمة؛ ولذا فإن دفاعهم يتركز في الانسحاب من التورط الانفعالي إلى أبعد ما يمكن. ولكن بما أن التورط أو الانشغال الانفعالي هو الذي يعطي للحياة معنى؛ فإنهم مُهدّدون على الدوام بانعدام أي معنى لحياتهم. وإذا ما كان المعالج على درجة كافية من النضج بحيث يتحمّل رفض المرضى له وإشعارهم إيّاه بعدم جدواه، فسيجدهم مشوقين للغاية، وإذا ما استطاع اختراق دفاعاتهم فسيجد نفسه قد كوفئ بسخاءٍ بأن اكتسب ثقة شخص، وجد لسنوات طويلة صعوبة في أن يثق بأي شخص آخر.

لماذا ينفر هذا النوع من الأشخاص من السماح لأي شخص أن يصبح قريبًا منهم؟ هنالك على ما يبدو لي ثلاثة أنواع من الخوف من العلاقة الحميمة، وقد توجد الأنواع الثلاثة مع بعضها البعض، لكن سيوجد في الغالب نوع واحد أكثر ظهورًا من غيره. أولًا: قد يعزف الشخص عن الدخول في علاقة حميمة بسبب

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

خوفه من انقطاعها؛ إذ ستصبح حالته عندئذ أكثر سوءاً ممّا لو لم يخاطر بالارتباط الانفعالي. ويرتكز هذا في الغالب على تجربة فعلية من فقدان عزيز تعرّض لها في مرحلة الطفولة المبكرة. فعلى سبيل المثال: أظهر إسحاق نيوتن العديد من السمات ذات الطبيعة الفصامية، فقد كان يميل للعزلة بشكل ملحوظ، ولم ينشئ أي علاقة حميمة مع الجنسين، كما كان شديد الشك، يرفض أن ينشر أعماله، وميلاً إلى اتهام الآخرين بسرقة اكتشافاته. وعندما جاوَزَ الخمسين من عمره أصيب بانهيارٍ ذهانيٍّ غلبت عليه الأفكار البارانونيدية (أوهام العظمة والاضطهاد). ويمكن أن تُرجع نشأة بعض من متاعبه الانفعالية على أقل تقدير إلى المعاناة التي تعرّض لها في طفولته المبكرة. كان نيوتن طفلاً مُبتسراً (أي وُلد قبل أن يقضي مُدّة الحمل كاملة في بطن أمه)، توفي أبوه قبل ولادته وتلقّى العناية الكاملة من أمه في السنوات الثلاث الأولى من عمره، إلّا أنه بمجرد انقضاء عيد ميلاده الثالث تزوّجت أمه مرةً أخرى، ولم تكثف بتقديم زوج أم غير مرغوب فيه، بل زادت الطين بلّة، بأن تركته لتقوم جدّته بتربيته، بينما انتقلت هي مع زوجها الجديد إلى منزل آخر. ونحن نعلم من كتابات إسحاق نيوتن كيف أنه أحسّ بتلك الفعلة وكأنها خيانة عظمى، ومنذ تلك اللحظة لم يولِ ثقته أيّ إنسان آخر⁽¹⁾.

والسبب الثاني في تجنّب إقامة علاقة حميمة مع الآخرين هو: الخوف من سيطرة وتحكّم الآخر إلى الدرجة التي يفقد فيها المرء هويّته كشخص مستقل. ونحن جميعاً نبدأ الحياة تحت رحمة الكبار الذين يفوقونا قوة، وكلنا يسعى بطرق مختلفة للوصول إلى درجة من الاستقلال، وبالرغم من أن بعض الناس يفضّل الاستمرار في الخضوع لسلطان الآخرين، ويترك لهم اتخاذ القرارات الخاصة بحياته، إلّا أنه حتى أشد الأشخاص مازوخيةً يفضّلون الاحتفاظ ببعض الاستقلالية، ويمكن اكتشاف هذا عند الأطفال الصغار جدّاً؛ فالكثير من ألعابهم تدور حول إظهار أن بإمكانهم أن يهزموا الكبار ويصبح كلٌّ منهم "مَلِك القلعة"، وكلما تقدّم الأطفال في العمر استطاع معظمهم أن يتعلم كيف يجعلون أصواتهم مسموعة، وكيف يمارسون بعض السيطرة على الأحداث، حتى وإن كانوا مع أشخاص يفوقونهم قوّةً، كما يكتشفون أنه على الرغم من عدم قدرتهم على

(1) Storr, Anthony (1972) The Dynamics Of Creation, Chapetr 6/ London: secker and Warburg.

فرض آرائهم بشكل كامل فإنه يمكنهم التأثير وجعل الآخرين يهتمون بمطالبهم وآرائهم. وعلى العكس، فإن مَنْ نطلق عليهم شبه الفصامين يرون أن بإمكانهم الاحتفاظ باستقلاليتهم فقط إذا انسحبوا واعتزلوا، ويصعب عليهم تصوّر أن في مقدورهم أن يؤثروا على أفكار أو سلوك الآخرين الذين يعتقدون أنهم يفوقونهم قسوةً وقوّةً. وهم يعتقدون أن الآخرين يتجاهلون تمامًا مطالبهم ورغباتهم كما لو أنهم غير موجودين؛ وبالتالي يشعرون أن وجودهم ذاته أصبح مُهددًا.

يورد س. لاينج في كتابه "الذات المنقسمة"⁽¹⁾ مثالاً واضحاً لذلك، فيقول: "دخل أحد المرضى في نقاش مع مريضٍ آخر أثناء جلسة العلاج التحليلي الجمعي، وفجأة توقّف أحدهما ليقول: 'أنا لا أستطيع أن أستمّر في النقاش. أنت تناقشني كي تستمتع بانتصارك عليّ. الأمر بالنسبة لك لا يزيد على كسب نقاش أو خسرانه في أسوأ الأحوال، أمّا أنا فأناقش للحفاظ على وجودي'. وقد يبدو من النظرة الأولى مثل هذه العبارات أنها من الأوهام والضلالات، إلا أنه ربما يوجد فيها حرفياً أكثر ممّا تلحظه العين، وقد ذكر المُحلّل النفسي برونو بتلهاييم⁽²⁾ الذي كان رهناً الاعتقال في معسكر أوشفيتز النازي، أن المسجونين الذين تنازلوا عن إرادتهم تنازلاً كاملاً، وأذعنوا وتركوا للحُرّاس تحديد وجودهم كله، أصبحوا أشبه بالكائنات الآلية (وكان يطلق عليهم المستسلمون)، وسرعان ما ماتوا بالفعل. ويبدو أن البقاء كان يعتمد على الاحتفاظ بمنطقة صغيرة يكون القرار فيها ملكاً للسجين ذاته. إن الخوف من الهيمنة والاحتواء - كما يقول لاينج - يبدو في بعض الأحيان نتيجة لما سبق أن تعرّض له الطفل من مُعاملةٍ تفتقر إلى أي نوع من الاعتبار، وبالأخص إذا ما عومل كدميةٍ أو كآلة أو كتابعٍ لوالديه بدلاً من أن يعامل كشخص ذي كيان مستقل. ويتشابه هذا الخوف إلى حدّ كبير مع "عقدة الخِصاء" عند فرويد، بمعنى الافتقار إلى القوة والفاعلية.

ولقد وصف فرانز كافكا العجز الذي يتجلى في انعدام النفوذ والتأثير بشكلٍ حيّ في روايته الكلاسيكيتين "المحاكمة"⁽³⁾ و"القلعة"⁽⁴⁾، ويحكي لنا كاتب السيرة

(1) Laing, R. D. (1960) The Divided Self, P. 45, London: Tavistock.

(2) Baulheim, Bruno (1961) The Informed Heart. London: Thales and Hudson.

(3) Kafka, Franz (1925) The Trial, Trans. Willa and Edwin Muir. London: secker and Warburg.

(4) Kafka, Franz (1930) The Castle, Trans. Willa and Edwin Muir. London: secker and Warburg.

الذاتية لكافكا، ماكس برود، أن كافكا استمر طيلة حياته ينسب لوالده قدرات تكاد تكون سحرية⁽¹⁾، وعندما كان في السادسة والثلاثين من عمره كتب رسالة مطوّلة - "رسالة إلى أبي" - كشف فيها عن إحساسه المستمرّ بالعجز، وإحساسه الدائم بأنه مخطئ، ذلك الإحساس الذي عاشه من خلال علاقته بأبيه، ويتّضح نفس الإحساس بقلّة الحيلة من خلال اتجاهات كافكا الدينية: فهناك "المطلق"، ولكنه بعيد عن حياة الإنسان، لدرجة أن سوء الفهم ونقص الإدراك لا مفرّ منهما. وقد اعتبر كافكا الآباء طغاةً مُستبدّين، أشبه بالثّغاسين، واتّفق مع سويفت في أن "الآباء هم آخر مَنْ يمكن الاعتماد عليهم في تربية أطفالهم". وتركّزت رواياته حول السُّلطة المتعسّفة، والتي لا يمكن التنبؤ بسلوكها بحيث يكون من المستحيل فهمها أو وضع أساليب للتعامل معها.

لقد ذكرتُ سابقاً أن الأعراض العصابية هي نوع من القلق المبالغ فيه والذي نحسّه جميعاً؛ فأولئك الذين حالّهم الحَظُّ بشكلٍ كافٍ لكي يكتسبوا ثقة أساسية في الآخرين ربما يجدون صعوبة في أن يتعاطفوا مع الأشخاص شبه الفصامين لأنهم لا يستطيعون اكتشاف أي سماتٍ مشتركة معهم، إلا أنه حتى أكثر الناس سوءاً يخشون البوح بأسرارهم الحميمة للآخرين؛ لإدراكهم أن القيام بمثل هذا العمل معناه أن يضع المرء نفسه تحت رحمة شخصٍ آخر. إن قيام علاقة حميمة لا تنشأ في يسرٍ حتى مع أولئك الذين ليسوا شكّاكين بطبيعتهم. والخوف الشائع من الإقدام على الزواج يستمدُّ أصوله في الغالب من فكرة أن ذلك قد يُهدّد الاستقلال إلى حدٍّ خطير. بل إن الكثيرين الذين يُعتبرون أسوياء لا يستطيعون تصوّر علاقة إنسانية يتعامل فيها الشركاء على قدم المساواة، ويكون الأخذ والعطاء فيها متبادلاً؛ لأنهم لم يعيشوا قطُّ مثل هذه العلاقة، وربما يشعرون هم أنفسهم بأنه ليس لديهم ما يعطونه.

والسبب الثالث لتجنّب إقامة علاقة حميمة هو: خوف المرء من إلحاق الأذى بالشخص الذي سيرتبط به، أو تدميره، وقد يبدو هذا النوع من الخوف للوهلة الأولى متناقضاً مع الأنواع الأخرى؛ إذ إنه يعني أن الشخص أكثر قوة - وليس أقلّ -

(1) Brod, Max (1948) Franz Kafka A Biography. London: secker and Warburg.

من الشخص الآخر. وعلى أية حال، فإن القوة المقصودة هي من النوع الذي يمتلكه كل طفل، قوة إنهاك واستهلاك طاقة الأبوين.

ويعزو أتباع ميلاني كلاين من المحللين النفسيين مثل هذا الخوف إلى خيالات "فانتازيا" تنشأ في الأشهر الأولى من العمر، عندما يفترض الرضيع المحيط أو الشره أن حاجته الملحة قد أفرغت وحطمت الثدي الذي ترتكز عليه حياته. ومهما كان الأمر، فلا شك هناك في أن الأطفال الأكبر سنًا قد يشعرون أن قدرتهم على إنهاك الوالدين تفوق البهجة التي يحصل عليها الوالدان بوجودهم، خاصة إذا كنا مُسنين أو مريضين. ويجد الراشدون من شبه الفصامين أن العلاقات بالآخرين مُنهكة لهم؛ ولذا يفترضون أن يكونوا هم أنفسهم قادرين على إنهاك الغير. ويؤدي هذا إلى نوع من الاهتمام الحريص، يجعل التلقائية في العلاقات الإنسانية مستحيلة. وهذا الميل يمكن تتبعه إلى سلوك الوالدين شبه الفصامي. ويعتبر الأطفال الصغار في مجتمعنا مُنهكين لآبائهم إلى حد بعيد لأن رعايتهم تتطلب اليقظة المستمرة، ولأنه لا يمكن للأطفال أن يعاملوا الكبار بالمثل، بحيث يجد فيها الكبار الرضى أو العرفان الجميل. وعلى كل حال، هناك العديد من الآباء الذين يستنفذ أطفالهم صبرهم بسهولة لأنهم لا يستطيعون اللعب أو الدخول إلى عالم الطفل من خلال عملية التخيل؛ ولهذا يجد الطفل نفسه مُواجهًا بأب لا يمنحه الحب والتفهم اللذين يحتاجهما بشدة، بل ينقل له أن مطالبه مدمرة للشخص الذي يُعول عليه في إشباعها، وقد يؤدي إلى هذا الاقتناع بأن الإشباع من خلال الحب يستحيل تحقيقه إلا في عالم الخيال (الفانتازيا). وتعتبر العلاقات الحميمة بهذا الشكل مُجهدة للطرفين بدلاً من أن تعود بالنفع عليهما؛ ولذلك فمن الأسلم تحاشيها بقدر المستطاع.

وكما سبق أن رأينا، فإن مرضى الهستيريا والاكْتئاب يتلهفون عمومًا على إرضاء المُعالج؛ ولهذا ينجحون في خلق انطباع مبدئي سارٍ عنده. وقد يكون المرضى من الحوازيين أكثر تحفظًا، إلا أن خوفهم من العدوان يجعلهم دائمًا مُؤدبين ومُراعين للتقاليد، ولكن بعض المرضى شبه الفصامين لا يبذلون أي جهد لكسب الرضى، وقد يعبرون عن ازدرائهم للعُرف من خلال الشذوذ، أو الغرابة في الملبس، أو الاستخفاف بالسلوك المهذب، أو ما قد يبدو في الغالب عدم اكتراث متعمد لما يقوله المُعالج النفسي.

[HTTPS://T.ME/MKTBARAB](https://t.me/mktbarab)

وهناك نوع آخر من المرضى شبه الفصامين يشبه الحوازئين، فيُظهر تأدّبًا زائدًا وتقيّدًا بالشكليات، والشخصيات شبه الفصامية هذه التي تُظهر تكيّفًا حسنًا مع الواقع تكون في بعض الأحيان مثلاً لسلاّب والانضباط، بحيث يشعر الأصدقاء والمعارف والمعالجون إلى جانبها بأنه ينقصهم الكثير من التهذيب، إلا أن هذا النوع من الناس حين يواجه مطالب وجدانية، كمرض طفل أو اكتساب زوجة، يكون مسلكهم الوحيد هو الانسحاب من الانخراط في هذا الأمر. إن مشاعر الآخرين مُخيفة، مثلها مثل مشاعرهم المرفوضة؛ لذا فبدلاً من محاولة التفهّم أو التعاطف مع الشخص الواقع في ضائقة ينفرون مُرتدين إلى "الوصفة" الوحيدة التي يعرفونها: مضاعفة ضبط النفس. وإذا أدرك المعالج ما وراء قناع الالمبالاة أو الترفّع الذي يرتديه شبه الفصامي، وإذا ما كان مُستعداً للتحكّم في نفوره هو نفسه إزاء الإهمال والعجرفة؛ عندئذ فقط سيتمكّن من اختراق المظهر الكاذب (الواجهة) للمريض.

ويحتفظ معظمنا بروحه المعنوية واحترامه لذاته نتيجة لما يربطنا من علاقات مثيرة، مَرضية بالآخرين، والتي تُشعرنا بقيمتنا. ورغم أن الاكتئابيين - كما سبق أن رأينا- يعتمدون عادةً على التشجيع والدعم من الآخرين للإبقاء على احترام الذات؛ إلا أننا جميعاً نحتاج لهذا التّدعيم بدرجة أو بأخرى، ونصبح مكتئبين إذا ما عرّضنا لفترة من الزمن. وقد أدرك الروس هذا منذ زمن طويل، فكان من الممارسات الشائعة لديهم أن يعزلوا المسجون السياسيّ وحيداً دون إعطائه أي معلومات عمّا يدبّر له، أو أي أخبار عن أسرته وأصدقائه. وبعد ستة أسابيع من العزل الانفعالي لا يتعامل فيه السجناء إلا مع سجّانهم الذين يُحظر عليهم التحدّث إليه إلا في الضروريات- يصبح معظم السجناء في حالة يأسٍ واكتئاب عميقين، ويتخلّون عن أي محاولة للاعتناء بأنفسهم. ولكن الأشخاص شبه الفصامين أكثر قُدرةً على تحمّل الوحدة من غيرهم؛ ذلك لأن علاقاتهم بالآخرين ضعيفة لدرجة أن غيابها لا يشكّل أي خسارة لهم. إن ما يفعله شبه الفصامين هو خلق عالم من الخيال (الفانتازيا) يعوّضهم عن الفشل في خلق علاقات مع عالم الواقع. وبما أن الأشخاص شبه الفصامين قد فشلوا في الحصول على الحب أو خلق علاقات على قدم المساواة مع أي شخص آخر؛ فإن خيالهم هو العالم الذين يلعبون فيه دور التفوّق على الآخرين. فإن لم يستطع المرء أن يكون محبوباً فيمكنه -على

الأقل- أن يثير الإعجاب أو الحسد أو الرهبة. ويزيد هذا التصنع للتفوق من تعقيد المشاكل التي يعاني منها شبه الفصامين في خلق علاقات مع الآخرين؛ لأن الآخرين سيكشفونها، ومن الطبيعي أن يتضرروا منها؛ ولذلك فإن ما بدأ كتخييل من الإحساس أنه مكروه أو مُحْتَقَر يصبح أمرًا واقعًا.

وتنتج بعض الشخصيات شبه الفصامية في خلق ما يبدو أنه علاقات حسنة مع الآخرين من خلال اتخاذهم للموقف المضاد، فيزدرون السلوك الذي سبق وصفه، ويصبح مثل هذا الشخص متشدّدًا في تأدّبه، ومُغاليًا في احترامه للآخرين. إلا أن مَنْ يتلقّون هذه المعاملة يشعرون أن هذا التقدير نابع من العقل وليس من القلب، وهم مُحِقُّون في هذا؛ فبعض الشخصيات شبه الفصامية تتخذ أحيانًا قرارات صائبة خُلقيًا عن وعي، بحيث تبدو على درجة عالية من اللباقة أو التُّبَل أو الفاعلية، ويحرصون على التمسك بهذا السلوك وفقًا لما تَبَنُّوه من مبادئ، ومع ذلك فإنهم ينقلون إلى الآخرين قصدهم اللا شعوري في إبقائهم بعيدًا، ويُخفقون في الالتقاء بالآخرين على أيّة أرضية مشتركة من المشاركة الإنسانية، ولعلّ ما جاء في إنجيل بولس عن الحب - في رسالته الأولى لأهل كورينثة - ينطبق على الشخصيات شبه الفصامية: "قد أتكلّم بلغة البشر أو لغة الملائكة، ولكن دون الحب فإنني طبلٌ أجوف، قد تكون لديّ بركة التنبؤ ومعرفة كل حقيقة مخفية، وقد يكون لديّ إيمانٌ قويٌّ يحرك الجبال، ولكن إن لم يكن لديّ الحب فلا أساوي شيئًا. ربما أنفق كلّ ما أملك، أو يحترق جسدي، ولكن أن أفتقر إلى الحب، فالفناء خيرٌ لي"⁽¹⁾.

وقد تتبدّل الشخصيات شبه الفصامية -وبالأخصّ إذا كانوا موهوبين عقليًا- بالقوّة والسُلطة والحب في الواقع أو في الخيال، لكن يظلّ الرضا الذي يحصلون عليه محدودًا ومشكوكًا فيه معًا؛ إذ يبدو أن الشعور بأن يكون الإنسان مُحببًا ومحبوبًا هو وحده صاحب الكلمة الأخيرة في تبديد الإحساس باللا جدوى والعبث.

وقد ذكرتُ عن الشخصيات الحوازية أنهم يرتبطون بالآخرين من خلال بُعد السيطرة في مقابل الخضوع، أو من خلال التفوق في مقابل الدونية. وينطبق هذا

(1) New English Bible (1970) p. 221, Oxford and Cambridge University Presses

القول بدرجة أكبر على الشخصية شبه الفصامية، فبسبب إجماعهم الشديد عن الانخراط في علاقة مع الآخرين؛ يلعب التخيل دوراً مهماً في تلك العلاقة؛ لذلك كثيراً ما يكتشف المرء أن الشخص شبه انفصامي يتمسك بفكرة أنه موهوب بشكل غير عادي، وأنه نافذ البصيرة، وقد يكون ذلك صحيحاً، بينما يملؤه الرعب في الوقت نفسه من وضع نفسه في متناول الآخرين، كما لو كان عاجزاً عن السيطرة عليهم أو التأثير فيهم.

ويشيع بين المرضى شبه الفصامين فوبيا (مخاوف) العمليات الجراحية، وطبيب الأسنان، وحتى الحلاق؛ إذ يعتقدون أنهم إن تركوا لأي شخص الحرية في أن يفعل بهم ما يشاء فإنه سيقضي عليهم قضاءً مبرماً، وتُشكّل مثل هذه الأفكار بدايات الاعتقادات الخاطئة والضلالات. ولكي تفهم المريض شبه الفصامي من المفيد ألا تغيب عن الذهن منظومة المعتقدات الخاطئة عن الفصاميين البارانويديين؛ فلا شك أنه قد مرّ على كل طبيب نفسي المريض الذي يعتقد أنه شخصية هامة جداً، كأن يكون أميراً، أو مخترعاً عظيماً، أو عبقرياً لم يُقدّرهُ أحدٌ حقَّ قدره، وأن مكانته قد اغتصبت بفعل دسائس الكاثوليك أو الماسونيين أو بعض الجماعات الشريرة التي تريد إيقاع الأذى به. ولكن الشخصيات شبه الفصامية -على نقيض المرضى الفصاميين- يظلّون على درجة كافية من التمسك بالواقع، فيُميّزون على الأقل جزءاً من الواقع عن حياتهم التخيلية؛ ولهذا فإنهم يعتقدون بسلامة عقولهم، فبدلاً من الضلالات الواضحة يصبحون حسّاسين سريع الغضب، أو شكّاكين، ويرفضون غالباً أن يضعوا أوهامهم في التفوق موضع الاختبار؛ فالبعض من ذوي الشخصيات شبه الفصامية الذين كانوا في شبابهم من المتفوقين في الامتحانات يخفقون في تحقيق الآمال التي عُقدت عليهم؛ لأنهم لا يجرؤون على كشف ما لديهم وتعريضه للاختبار، كما لو كانوا يدركون أن جزءاً كبيراً من تخيلاتهم يدخل في تقويمهم لأنفسهم.

ولما كان تصوّر شبه الفصامين للعلاقات قائماً على أساس التفوق في مقابل الدونية؛ فإن خيالاتهم الجنسية غالباً ما تكون ساديةً -مازوخية؛ فهم لا يستطيعون تصوّر حبّ الآخرين لهم، ولكنهم يستطيعون تخيل إعجاب الآخرين بهم لقوتهم، أو يتصوّرون أنفسهم مسيطرين على الطرف الآخر، الذي قد يتجاهلهم لولا تلك السيطرة. ولا تقتصر الخيالات السادية المازوخية -كما تشيع في الكتابات والصور

الإباحية- بالتأكيد على الشخصيات شبه الفصامية، بل الأقرب إلى الحقيقة أن نقول إن مثل هذا الأدب يصادف هوى من الجانب شبه الفصامي في الطبيعة الإنسانية، والذي يشيع وجوده في الجميع؛ فالشخصيات شبه الفصامية لا تستطيع أن تتصور أي نوع آخر من العلاقات الجنسية؛ لأن تصورهم لا يتجاوز الموقف الطفولي الذي يكون فيه التمايز في القوة بين الطفل والبالغ سمة لا يمكن تجاهلها.

أما الشخصيات شبه الفصامية من النساء -واللاقي ينذر مقابلتهن- إذا صورن بالذكور فيتصورن أنفسهن بطريقة مازوخية، كموضوعات يمارس الرجال قوتهم عليهن، وحيث إن الشخصيات شبه الفصامية تعيش مغرقة في الخيال، وتجد صعوبة في إقامة علاقات فعليّة مع أشخاص حقيقيين؛ فعالبًا ما يلجؤون إلى الخيال أثناء علاقاتهم الجنسية.

ويصف لاينج حالة رَجُلٍ لا يستطيع ممارسة الجنس مع زوجته إلا إذا تخيل أولاً أنه يُجامعها. ويستخدم آخرون تخيلاتٍ تعود إلى مرحلة الطفولة، قبل أن يدرك الطفل ما تكون عليه عملية الاتصال الجنسي بالفعل، كما تنتمي الخيالات المنحرفة الأخرى إلى هذه الفئة. وهنا يجب أن نسترجع فكرة فرويد عن التي يعتبرها انقسامًا في الأنا، حيث ينكر جزء منها الواقع، بينما يستمر الجزء الآخر في تقبل الواقع جزئيًا على الأقل. كما يمكن وصف الصعوبة التي تواجهها الشخصيات شبه الفصامية في إقامة علاقات جنسية سوية من خلال مفهوم الاغتراب عن الجسد: أجسادهم وأجساد الآخرين.

أشرتُ في الفصل السابق إلى ميل المرضى الحوازيين نحو "العقلانية" INTELLECTUALISM، إلا أن الشخصيات شبه الفصامية تُبدي هذا الميل بدرجة أكبر، فيمجّدون العقل على حساب الجسد، إلى الدرجة التي تتوحد فيها ذواتهم بعقولهم، بل ويعتبرون أجسادهم مجردة توابع أو ملحقَات ذات مطالب ورغبات غالبًا ما تكون مُزعجة؛ فهي مطالب غريبة تقف في طريق الواقع الحقيقي، ألا وهو حياة العقل. وأشار بروس⁽¹⁾ الذي وُجد لديه عددٌ من السمات الشخصية شبه الفصامية إلى "أن الجسد هو الخطر العظيم الذي يهدد العقل والإنسانية

(1) مارسيل بروس (1871-1922) رواني فرنسي، يعتبر أحد أبرز مهتلي الرواية النفسية، (المترجم).

والحياة العقلية"⁽¹⁾. أمّا فرويد⁽²⁾ فقد عرّف الأنا من خلال الجسد فيقول: "إن الأنا هي أوّلاً وقبل كل شيء أنا جسديّة، أي أنها تُستخلّص في النهاية من الإحساسات الجسدية، خاصّة تلك التي تنبثق من سطح الجسم الخارجي". ويصبح شبه الفصامين، وربما بسبب بعض الفشل المبكّر جدّاً في العلاقة بالأم، يصبحون أقلّ اتصالاً بالجسد. وكما سبق أن رأينا، فإنهم يعتبرون الاتصال الوثيق بشخص آخر مصدرَ خطرٍ وشيك. إن "اللمس" هو الذي يمنح معظمنا الإحساس بالواقع، كما ينقل لنا درجة الاقتراب من شخص آخر، وبالرغم من نظرتنا للانفصال عن الجسد كعَرَضٍ مَرَضِيٍّ عندما نراه في مرضانا، فيجب ألاّ يَغْرِبَ عن البال أن الإنجازات العظيمة للعقل الإنساني تعتمد على إمكانية خلع الذات -ولو مؤقتاً- عن عالم الجسد.

وسبق لي أن بيّنتُ في كتابي "ديناميَّات الإبداع"⁽³⁾ أن الشخصية "شبه الفصامية" أمرٌ لا غنى عنه لتحقيق أنواع معيَّنة من الإبداع، وأن أولئك الذين حقّقوا الكثير في ميادين الفكر المجرّد، هم في الغالب أناسٌ مُتوحّدون، عازفون أو عاجزون عن خلق علاقات وثيقة مع غيرهم من البشر، فكان ديكارت -على سبيل المثال- يرى الجسد خُدعةً أو وهماً، ولا يثق بشهادة الحواس، وممّا له عظيم الدلالة أن المبدأ الأول في فلسفته "أنا أفكر، إذن أن موجود" يجعل العقل أكثر يقيناً من المادة، أو كما يقول برتراند راسل: "إن يقيني في عقلي، أكثر من يقيني في عقول الآخرين"⁽⁴⁾. وعلى الرغم من أن الشخصيات شبه الفصامية تعاني من العزلة التي قد تبدو لعين الطبيب النفسي مَرَضِيَّة؛ فإننا يجب ألاّ ننسى أن الابتعاد عن الذاتية هو مطلب إلزاميٌّ لممارسة العلم، وهو قدرة إنسانية ذات أهمية حيوية لتكيّفنا بأكملها. ويقرّ العلماء موضوعيَّتهم على المختبر، ولكنهم في شؤون العلاقات الشخصية ذاتيَّون كأبيّ إنسان آخر، ومع أن قدرتهم على الانعزال

(1) Proust, Marcel (1970) 'Time Regained, P. 456. Vol. XII of Remembrance of Things Past, Trans. Andreas Mayor. London: Chatto and Windus.

(2) Freud, Sigmund (1923) 'The Ego and the Id. Standard Edition, Collected Works, Vol. 19. P. 26 and Footnote. London: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis (1968).

(3) Storr, Anthony (1972) The Dynamics of Creation, Chapters 5. 6. London: Secker and Warburg.

(4) Russell, Bertrand (1955) History of western Philosophy, p. 586. London: Allen and Unwin.

يمكن وصفها دون تحرُّج بأنها "شبه فصامية"، إلا أن شخصياتهم ليست بالضرورة من هذا النوع. أمَّا العلماء الذين يتصرفون مع زوجاتهم بشكل موضوعي كما لو كُنَّ موضوعًا للتجارب ولَسَنَ بَشَرًا، فهم يتبعون سلوكًا شبه فصامي. ووفقًا لبعض المصادر فإن النظر إلى المطالب الجسدية كشيء غريب عن الذات ينتمي إلى مرحلة مبكرة من النُّمُو الطفلي. فكتب وينيكوت -على سبيل المثال- يقول: "وتكون الغرائز في تلك المرحلة غير واضحة المعالم بعد، باعتبارها مُكوِّنًا داخليًا للوليد؛ فهي يمكن أن تكون خارجيَّة، شأنها شأن دويِّ الرُّعد وصوت الارتطام. إنَّ أنا الطُّفل تبني قوَّتْها شيئًا فشيئًا؛ وبالتالي ستصل إلى المرحلة التي تستشعر فيها مطالب إلهي كجزء من الذات، وليست جزءًا من البيئة المحيطة بها"⁽¹⁾.

وأنا لا أهتمُّ اهتمامًا كبيرًا بالأسباب المحتملة لنشوء الأنواع المعينة من التكوينات الشخصية المنحرفة؛ لأنه -كما سبق أن أشرت- يستحيل في ظلِّ مَعَارِفنا الرَّاهنة أن نُثبِت أو ننفي مختلف النظريات التي قدَّمت تفسيرًا لذلك؛ وهكذا تظل تلك التفسيرات مسألة اعتقادات؛ ممَّا يجعلها مصدرًا للخلاف بين المدارس النفسية المختلفة. وعلى أي حال، فإنني أعتقد أن معظم المعالجين النفسيين الذين باسروا علاج مرضى شبه فصامين يتفقون على أنه يبدو أن شيئًا ما قد اختلَّ في علاقة الأم بطفلها في مرحلة مبكرة من نمو المريض شبه الفصامي.

ومن الممكن التنبؤ الآن أيَّ الآباء ستنجح في مهْمَتها الوالديَّة وأيّها ستفشل، وذلك من خلال الملاحظة المتأنية لسلوك واتجاه الأمهات في فترة ما قبل الولادة وبعد عدَّة أسابيع من الولادة⁽²⁾. وما من شك أن هناك عوامل عديدة أخرى تدخل في تشكيل الشخصيات شبه الفصامية، بما في ذلك: الوراثة، ومستوى الذكاء، والخبرة، وخبرات الطفولة المتأخِّرة. لكنني أظنُّ أن التجربة المبكرة مع الأم هي صاحبة الأثر الحاسم؛ إذ إن تاريخ الكثير من المرضى الفصامين يذكر أنهم لاقوا صعوبات في التفاعل منذ اللحظة الأولى التي احتكُّوا فيها بالأطفال الآخرين.

(1) Winnicott, D.W. (1963), Ego Distortion in Terms of True and False Self. In The Maturational Process and the Facilitating Environment. London: Hogarth Press.

(2) Kempe, Ruth S. and Henry, C. (1978) child Abuse, p. 83, London: Fontana, Open Books.

فقد أجرى كيمبي وزوجته بحثًا لمعرفة ما إذا كان القيام بملاحظة مُدقَّقة لسلوك الأم في فترة ما قبل ولادة الطفل وما بعدها يتيح التنبؤ بأي الأطفال يتعرّض لمخاطر الإصابة الجسدية، وقد كان نجاحهما ملحوظًا في التنبؤ بأي الأسر ستظهر فيها أنماط من السلوك الشاذ. وأتصوّر أن تقنياتهم يمكن أن تمددنا بوسيلة لإثبات ما إذا كان ظهور السّمات شبه الفصامية في الشخصية يرجع في واقع الأمر لشذوذ في التفاعل بين الأم والطفل. ومهما كان السبب الذي سيُتّضح في نهاية المطاف في نشأة هذه السّمات، فإن الشخصيات شبه الفصامية تتخذ قناعًا أو ما أطلق عليه يونج "البرسونا" Persona، يُخفون به مشاعرهم عن أنفسهم وعن الآخرين، وتبدو المسألة كما لو أن معظم حاجاتهم الأساسية والفطرية والبدنية قد واجهت بشكلٍ ما صدمة ورفضًا في وقتٍ حرجٍ من مُوهم؛ ممّا أدى بهم إلى أن يتخذوا وضعًا وطريقةً للتعامل مع الآخرين تُظهر أن تلك الحاجات الأساسية غير ذات أهمية. وهذه الرؤية للأشخاص الفصامين وثيقة الصّلة بمفهوم وبينيكوت عن الذات الزائفة في مقابل الذات الحقيقية.

إن الحياة المتحضّرة تتطلّب منّا جميعًا ارتداء مثل هذا القناع، والواقع أن الحياة الاجتماعية تصبح مستحيلّة ما لم نكن قادرين على السلوك المهذب، وأن نقيم اعتبارًا للآخرين، حتى ولو كنّا مُتعبين أو منفعلين، وقد نوافق في بعض الأحيان على آراء الآخرين بدرجةٍ أكثر ممّا نعتقد بالفعل؛ خوفًا من إثارة الغضب والشقاق العنيف. لكن مع أقرب الناس إلينا -وبالأخص مع مَنْ نُشارك الحُب- يجب أن يكون في استطاعتنا أن نخلع القناع، ونخاطر بكشف نواحي ضعفنا وانفعالاتنا دون قيود، وهذا ما لا يستطيعه الشخص شبه الفصامي؛ إنه يخشى أن تُرفض ذاته الحقيقية وتُنبذ، بل تُلغى من الوجود، لقد بنى خلال سنوات عدّة "ذاتًا زائفةً" قائمةً على الانصياع للآخرين والتوحد بهم، حتى إنه يصبح من العسير عليه هو نفسه أن يدرك حقيقة مشاعره العميقة. وقد يمكنه هذا من تدبير أمره لفترة طويلة، وبحيث لا يستطيع أحد أن يعرف أن هناك خللًا ما، على الرغم من أن الناس قد يشكّون من أنه شخصٌ يصعب فهمه، أو أنه لا يكشف الكثير عن نفسه. لقد لاحظ الأطباء النفسانيون منذ زمن أن المرضى الفصامين غالبًا ما كانوا يوصفون في طفولتهم بالطيبة الشديدة والتهذيب، وهذا الانصياع لمطالب الوالدین بشر في بعض الأحيان إلى أن فردية الطفل "ذاته الحقيقية"

قد دُفِنت، ويكون تَفْجُر الذُّهان -كما أشار د. لاينج- هو محاولة من الذات الحقيقية للظهور (هناك كثير من الاعتراضات على تفسير جميع حالات الفصام وفق هذا المنظور، مثل ما حاول لاينج. ولكن رؤية بعض مراحل الفصام في المراهقة من هذا المنظور له فوائده).

ويصف وينيكوت حالة أحد المرضى الذي أتى إليه بعد أن تلقى كمية لا بأس بها من التحليل النفسي عن مُحلِّلين آخرين: "بدأ عملي الفعلي معه عندما واجهته بأنني لم أجد له وجودًا، فقال إن المجهود الطيب الذي بذله المعالجون معه طيلة السنين الماضية كان غير ذي جدوى لأنه قام علي أساس أن له وجودًا، بينما كان وجوده زائفًا، وأنه أحسَّ عندما قُلْتُ إنني أدركتُ أن لا وجود له - أحسَّ لأول مرةٍ أنه قد تمَّ الاتصال به، يعني أن ذاته الحقيقية التي طُمِرَت منذ الطفولة أصبَحَت الآن -ولأول مرةٍ- على اتصالٍ مُعالِجِه بطريقةٍ لا خطرَ فيها"⁽¹⁾.

ويشعر الأشخاص شبه الفصامين غالبًا بحقيقة أنفسهم عندما ينفردون بها؛ فعندئذ يُسَمَّح لذواتهم الحقيقية أن تظهر دون أن تتعرَّض لخطر الأذى من الآخرين، فإذا ما صادف وكانوا موهوبين في أحد الفنون أو العلوم؛ فقد يجدون في نشاطهم الخلاق تعويضًا فعَّالًا عن افتقارهم للعلاقات الوثيقة أو الأصلية مع الآخرين؛ وبذلك يتجنَّبون ألم الإحساس بأن الحياة غير ذات جدوى وخالية من أي معنى. وكما يقول وينيكوت: "إن الإدراك الإبداعي -أكثر من أي شيء آخر- هو الذي يجعل المرء يحسُّ بأن الحياة ذات قيمة. وذلك في مقابل العلاقة بالعالم الخارجي القائمة على الانصياع، حيث يدرك العالم وما يحتويه كما لو كان شيئًا يتطلب منا أن 'ننحسر' فيه ونتواءم معه؛ فالانصياع أو الإذعان يحمل معه الإحساس بالعبثية واللا جدوى، وترتبط به فكرة أن لا شيء يهمُّ، وأن الحياة لا تستحق العيش"⁽²⁾.

ويعني وينيكوت "بالإدراك الإبداعي": الموقف الشامل من الحياة، ذلك الموقف الذي يجعل المرء يشعر أنه قادر على وصل شخصيته بكاملها بالعالم

(1) Winnicott, D.W. (1963) ibid. P. 151

(2) Winnicott, D.W. (1971) *Playing and Reality*, P. 65, New York, Basic Books.

وبالناس. وكما سبق أن بينتُ في كتابي "ديناميات الإبداع"⁽¹⁾، يختلف المبدعون فيما بينهم اختلافاً شديداً من ناحية الشخصية، ولكن الإنتاج الإبداعي إذا ما توفرت المهوبة اللازمة سيكون شديد الإغراء لذوي المزاج شبه الفصامي؛ لأن ممارسته الفردية المنعزلة تعني أنهم يستطيعون التعبير عن أفكارهم وخيالاتهم دون أن يتعرضوا لتأثير الفحص والتَّمعُّن الناقد المُتَّبَط والمدمر. فإذا نشروا كتاباً أو عرضوا صورةً سيكونون بالطبع شديدي الحساسية لكيفية استقبالها؛ إذ إنها ستكشف بالقطع عن جوانب مختارة، ولن يكشف أبداً عن الشخصية الكاملة. وفضلاً عن ذلك فسيكون قد تمَّ إعداده و"تهذيبه" بطريقة تجعله مقبولاً بقدر الإمكان. ويتخذ معظم المبدعين موقفاً شديد الحساسية من أعمالهم "في طور الإنجاز"، فلا يناقشونها أو يعرضونها على أحدٍ حتى ينتهوا منها تماماً. أمَّا ما يُنتج تلقائياً فلا يُمكن عرضه قبل أن يتناولوه هم بالفحص والتمحيص، وهذا التجنُّب للتلقائية هو سمة مميزة لمُجَمَّل تكيّف الشخص شبه الفصامي. وبعض المبدعين -كـنيوتن- يحتفظون باكتشافاتهم لأنفسهم، أو قد يُقنعون أنفسهم بعدم قدرتهم على إتقانها، فكان نيوتن يخاف أن يسرق الآخرون كشوفاته، أمَّا أولئك الذين لا يستطيعون إتقان كتاب بدؤوا في تأليفه، فهم على وجه العموم يقنون أنفسهم سُرَّ النُّقد، ويوجد آخرون -كما أشار فيريرين- يزعمون أنه مجرد أن ينتهوا من إبداعاتهم فإنها لا تعود تحظى منهم بأي اهتمام، ويورد فيريرين حالة رسام "يفقد كل اهتمام بلوحاته بمجرد الانتهاء منها، والصور التي أمَّها إمَّا أن تُلقَى في ركن الاستوديو، أو تُعتبر سِلْعاً للبيع"⁽²⁾.

وعلى أي حال، فإن غالبية من يتردّدون على المعالج النفسي من المرضى شبه الفصاميين ليسوا مُبدعين إلا في خيالهم. وتكون مهمّة المُعالج الأولى هي الاعتراف بانعزالية المريض وتوحّده؛ وبالتالي كسب ثقته، بحيث لا تعود هناك حاجة للاستمرار في تلك الدفاعات التي تُدعّم انعزاله. وغالباً ما سيجد المُعالج أنه من الضروري إقامة علاقة من النوع الذهني مع المريض -إن صحَّ التعبير-؛ فالمرضى شبه الفصاميين سريعو الخوف من التناول المباشر لحياتهم الانفعالية، والمرضى المثقّفون من هذا النوع غالباً ما يكشفون عن اهتمام بالأدب أو غيره من الفنون،

(1) Storr, Anthony (1972) ibid.

(2) Fairbairn, W. Ronald D. (1976) ibid. p. 19.

حيث إن ذلك يتيح فرصة للتعبير الانفعالي الذي لا يتضمّن الآخرين. وقد وجدت أنه من المفيد فعلاً أن أناقش مع مثل هؤلاء المرضى أنواع الكتب أو الصور أو الموسيقى التي يفضلونها، وهذه المناقشة يمكن أن تؤدي إلى إحساس بالمشاركة في الخبرات الوجدانية يصلح أن يكون أساساً يستند المريض إليه للاطمئنان إلى السير قدماً في العلاج، ومن المهم ألا يفقد المعالج حماسه سريعاً لأن المرضى لا يُظهرون أي استجابة سريعة؛ فالتقدم لدى هؤلاء شديدي الاضطراب لا بُدَّ أن يكون بطيئاً، ولكن يحدث الكثير خلال العلاج النفسي ممّا لا يعترف به المريض لأول وهلة، أو حتى يدرك وجوده؛ فمن غير المحتمل إذا استمرّ تكيف المرء لسنوات طويلة في اتجاه الاستغناء عن الناس أن يعترف بحاجته إليهم بسهولة، فأصعب الأشياء على نفس المريض شبه الفصامي أن يتخلّى عن تفوّقه أو تعاليه المتخيّل، والحق أنه قد لا يستطيع أبداً أن يتخلّى عنه؛ حيث إن كل احترامه وتقديره لنفسه اعتمد عليه لسنوات طويلة. ونرى ذلك بوضوح أكبر في حالة الذهان الواضح؛ فضلالات الفصامي لا يمكن مناقشتها؛ لأن بقاءها أصبح دعامةً أساسيةً لمفهوم المريض عن شخصه، فإذا كان المصدر الوحيد لتقدير الذات واعتبارها عند المريض هو الاعتقاد -مثلاً- أن هناك بعض الأشرار يضطهدونه وقد حرموه ممّا هو حقّه بالميلاد؛ فإن ذلك الاعتقاد لن يكون قابلاً للمناقشة. وعندما يتسنى للشخص شبه الفصامي أن يعتقد أن الآخرين يهتمون به اهتماماً حقيقياً؛ عندئذ فقط يستطيع أن يتخلّى عن خيالات (فانتازيا) التفوّق هذه، أي عندما يستطيع أن يكشف أن الحب هو مصدر أفضل لتقدير الذات من القوة والسلطان.

وبينما تكون ضلالات الفصامي خاصةً به، أي لا يشاركه فيها غيره من الناس، وهذا هو أحد الأسباب التي تجعلنا نسميه مجنوناً؛ فإن هناك ضلالات أخرى لا تقل عنها غرابةً قد يشارك فيها عددٌ صغير من الناس، يبدو أن تكوينهم النفسي المرضي (سيكوباتولوجي) غالباً ما يكون شبه فصامي؛ والسبب في ذلك أن المعتقدات السرية الخفية والقاصرة على فئة محدودة من الناس تصاحب وتلازم خيالات التفوّق والاستعلاء، فالسبب في أن المغتربين والمنعزلين يجذبون إلى الجماعات الغريبة يرجع من جانبٍ إلى أن معتقدات هذه الجماعات تحمل في طياتها الوعد بأن يفهموا مشاكلهم في الحياة، ومن جانبٍ آخر إلى أن عضوية مثل هذه الجماعة تتضمّن امتلاك فهم أفضل للحياة ممّا يمتلكه الفرد العادي، وقد

<https://t.me/mktbarab>

يكون من غير اللائق أن أذكر فئةً أو جماعةً بعينها، ولكن لا أستطيع أن أمتنع نفسي من القول إن بعض جماعات المُحلِّلين النفسيين - في رأيي - يندرجون في مثل هذه الفئة. فلا يزال يوجد مُحلِّلون نفسيون يعتقدون أن نوع التحليل الذي يقومون به هو المفتاح الوحيد لفهم الإنسان، وأن هناك شيئاً اسمه التحليل الكامل أو الوافي، وأن كل من لا يتبع مسارهم لا بُدَّ وأن يَضلَّ الطريق. إن المحلِّلين من هذا النوع هم الذين عنيتهُم عندما أشرت في الفصل الخاص بالتفسير إلى المحلِّلين ذوي العقائد الجامدة الذين لا يقيمون تجاوُّباً سليماً مع مرضاهم، والذين لا يفهمون الطبيعة البشرية إلَّا من خلال معتقداتهم الجامدة.

إن المرضى شبه الفصامين هم أعظمُ تحدُّ للمُعَالِج النفسي، ما لم يكن واحداً من أولئك الشُّجعان الذين يعملون مع أصحاب الدُّهان الواضح الصريح إن هؤلاء المرضى - في اعتقادي - أكثرُ النَّاسِ المضطربين إثارةً وتشويقاً للمُعَالِج، كما أنهم أكثرُ مَنْ يزدوننا معرفةً بدهاليز الطبيعة الإنسانية.

الفصل الثالث عشر

الشفاء وإنهاء العلاج والنتائج

في الممارسة الطبية يصل العلاج إلى نهايته إمَّا عند شفاء المريض أو عندما يقرّر الطبيب أنه قد استنفد كل ما يمكن عمله بالنسبة لعجز أو إصابة مُعيَّنة. وفي حالة أمراض كالسُّكَّر والربو أو اضطرابات القلب المختلفة -حيث يكون تخفيف الألم والتحكُّم لا الشُّفاء هو هدف الطبيب- قد يستمرُّ العلاج إلى ما لا نهاية.

أمَّا في ممارسة العلاج النفسي، فهناك حالات يمكن شفاؤها تمامًا، وبسرعة، مثل بعض أنواع العجز الجنسي لدى الرجال، وبعض الحالات التي تدور حول خبرة مُخزِية أو مؤلمة يطارد شبحها المريض، ولكنه لا يستطيع مواجهتها. وتذكُّر حالة من هذا القبيل، حيث شُفي رجلٌ من أعراض قلقه في جلسة علاج نفسي واحدة، كشف فيها النقاب عن أنه ترك والدَيْه في أوروبا تحت رحمة النازي، بينما لاذ هو بالفرار. وقد أدخل اعترافه هذا ارتياحًا وطمأنينة إلى نفسه، وعاوَدَ الزيارة بعد عدَّة أسابيع وقد شُفي تمامًا من أعراض القلق.

وفي الأيام الأولى لظهور التحليل النفسي، كان الأمل أن تُشفي كافة الأعراض العصبية بطريقة بسيطة ومعقولة، طالما أمكن تقصي أصولها وتذكُّر الانفعالات التي ارتبطت بها وتمَّ شقُّ الطريق إليها (أو تقليدها، بالعامية Worked Through

(. وجاء في كتاب "دراسات في الهستيريا" -وهو الكتاب الذي ألفه فرويد بالاشتراك مع بروير- ما يلي: "لقد وجدنا -ويا للدهشة التي انتابتنا في البداية- أن كل عَرَضٍ هستيريٍّ مفردٍ يختفي في الحال وإلى الأبد عندما نجحنا في إظهار ذِكْرِي الحدث الذي أثاره، واستثرنا الوجدان الذي صاحبه، وبعدما يصفه المريض بأدقِّ تفاصيله الممكنة ويعبّر باللفظ عن الوجدان الذي صاحبه"⁽¹⁾، وفيما بعدُ طُبِّق نفس التفسير على الأعراض الحوازية. فنقرأ في الطبعة الثانية "للأعمال الكاملة لفرويد" عن فتاة أصبحت معزولةً تمامًا؛ تقريبًا بسبب خوفٍ حوازيٍّ من عدم التحكم في البول، "فلم تعد قادرةً على مغادرة غرفتها أو استقبال الزوّار قبل أن تبول عدّة مرّات، وعندما تكون في منزلها أو وحيدة تمامًا لم يكن مثل هذا الخوف يزعجها، أي أنه كان حوازيًا قائمًا على الإغواء أو عدم الثقة، فلم تكن عديمةً الثقة بالمثانة، وإنما كانت لا تثق في مقاومتها للدفعات الشّهويّة.

واتّضح هذا عند استقصاء مصدر الحواز، فعندما كانت في المسرح ذات ليلة رأت رجلًا أعجبها؛ فأحسّت برغبة صاحبتها رغبةً في التبول، واضطّرت إلى مغادرة المسرح، ومنذ تلك اللحظة أصبحت فريسةً للخوف من أن يُعاودها ذلك الإحساس، وهكذا حلّت الرغبة في التبول محل الرغبة الشّهويّة. لقد شُفيت تمامًا

(2)

ولكن لو كانت كافة الأعراض العصابية واضحة بهذا الشكل ولو كانت مصادرها سهلة التحديد كذلك لكان العلاج النفسي أبسط كثيرًا ممّا هو عليه، وكان الشفاء أمرًا أوضح بكثير. ورغم أن هناك الكثير ممّا كنا نودّ معرفته عن تلك الشابة ولم يذكّر لنا، فإن أعراضها يمكن النظر إليها منطقيًا باعتبارها غريبًا متطفلاً جرى طرده بواسطة العلاج النفسي، بنفس الطريقة التي يطرد بها المضاد الحيوي البكتيريا المسببة للمرض. وفي مثل تلك الحالات يكون من المشروع التحدّث عن الشفاء. وفي ذلك المثال غالبًا لم يكن هناك شكٌ فيما يتعلق بإنهاء العلاج، ولم تكن هناك أي صعوبة في الوصول به إلى نهاية.

(1) Breuer, Josef and Freud, Sigmund (1893) Studies Hysteria. Standard Edition Collected Work, Vol. 2. p. 6. London: Hogarth Press (1955).

(2) Freud, Sigmund (895) Obsessions and Phobias. Standard Edition Collected Works, Vol 3, p. 77. London: Hogarth Press (1962).

ورغم أن المعالجين السلوكيين يعتبرون الأعراض العصابية عادات لا توافقية متعلّمة أكثر من كونها نتيجة لانفعالات مكبوتة؛ فإن موقفهم الأصلي منها لم يكن مختلفاً عن أصحاب التحليل النفسي، أي أنهم أملوا أن تُعتبر كافة الأعراض العصابية شيئاً خارجياً عن شخصية المريض، وأنه قد يمكن إزالتها بأساليب سلوكية دون أن يكون هناك ضرورة لفهم المريض ككل، أو إقامة علاقة معه.

ولم يتحقّق أمل فرويد الأصلي ولا أمل المعالجين السلوكيين، وكان من المشوق حقاً مراقبة السلوكيين وهم يقطعون نفس الطريق الذي سلكه الفرويديون، ولو من نقطة انطلاق مختلفة.

وسرعان ما اكتشف فرويد أنه ليس من السهولة دائماً إرجاع الأعراض العصابية إلى انفعالات مكبوتة لها أصل أو جذور مُعيّنة في وقت مُعيّن؛ فغالبية الأعراض العصابية تتشابه تشابكاً حميماً مع شخصية المريض واتجاهه نحو الحياة، وغالباً ما تتشابه كذلك مع علاقاته بالأشخاص اللصيقين به، حتى إن شخصياتهم والأثر الذي يتركونه فيه يجب أن يوضع أيضاً في الاعتبار. وهناك عامل آخر ربما يكون قد ساهم في تخفيف الإلحاح على الأعراض بذاتها والتركيز على الشخصية ككل، وهو تغرُّر أسلوب فرويد من التنويم إلى التداوي الطليق. فإذا ما شجّع المريض على البدء في الحديث وقول كل ما يعنُّ له دون موازبة أو اختيار فسوف يكون من المحتّم أنه لن يتكلم فقط عن أعراضه مهما كانت أهميتها ومضايقتها له، بل سيتكلم أيضاً عن طموحاته وأهدافه وعلاقاته بالآخرين، واهتماماته وآماله ومخاوفه وإنجازاته وخيبة أمله... باختصار: عن كل شيء يكوّنه كفردي، ومُميّزه كشخص لا شبيه له.

وفضلاً عن ذلك فإنه ما إن بدأ المحلّلون النفسيون يقبلون للعلاج تشكيلة أوسع من الأشخاص غير أصحاب الهستيريا الذين ابتكر لهم فرويد وبروبر "الشفاء بالكلام"، حتى أدركوا أن الكثير من المرضى الذين أتوا للعلاج بالتحليل النفسي إنما فعلوا ذلك بسبب خصائص في الشخصية، لا بسبب أعراض عصابية مُحدّدة. ولقد كان علاج هذا النوع من الناس هو السبب -جزئياً- في أن العلاج بالتحليل النفسي أصبح يستغرق وقتاً طويلاً. وغالباً ما ننسى أنه في الأيام الأولى للتحليل النفسي كان العلاج قصيراً، بل أقصر أحياناً من كثير من برامج العلاج السلوكي

[HTTPS://T.ME/MKBTARAB](https://t.me/mkbtarab)

الحالية. وكتب فرويد في "محاضرات تمهيدية جديدة في التحليل النفسي"، يقول: "إن تحليل اضطرابات الشخصية يحتاج أيضًا لفترات طويلة من العلاج، ولكنه كثيرًا ما ينجح، وإلا فدلونا على أي علاج آخر يمكن أن يتولى هذه المهمة؟"⁽¹⁾.

واليوم فإن الكثير من المرضى الذين يسعون إلى العلاج النفسي لا يعانون من أي عُصابٍ مُحدّد، ولكن من تعاسةٍ عامّة، ومشاكل في العلاقات بالآخرين، ومشاكل في العمل، والحق أنهم يعانون من "مشاكل مع الحياة" كما يقول توماس زاز. وما يرمي إليه المعالج النفسي مع مثل هؤلاء الناس ليس إزالته أعراض مُعيّنة، بل تغيير اتجاهاتهم نحو الآخرين والحياة بشكل عام. وأعتقد أن هذه التغيّرات غالبًا ما يمكن إحداثها من خلال العلاقة الخاصة المهينة والشخصية الحميمة مثل تلك التي يقيمها المعالج الحاذق مع مريضه. وهذا هو السبب في أنني خلال هذا الكتاب ركّزتُ على أُمّاط الأشخاص لا على أُمّاط العُصاب. إن التغيّر الذي طرأ على العلاج النفسي من اهتمام بالأعراض أساسًا إلى الاهتمام بالشخص ككل، كانت له عدّة آثار ما زال بعض المعالجين النفسيين أنفسهم لا يُقدّرونها حقّ قدرها. وإحدى هذه النتائج -والتي سأعود إليها فيما بعد- هي أن العلاج النفسي لا يمكن أن يكون مشروعًا علميًا، رغم الآمال التي عقدها فرويد على ذلك، فرغم أن المعالج النفسي يحتاج إلى الاحتفاظ بقدر من الموضوعية في علاقته بمريضه نوعًا من العلاقة المتبادلة ذات الطابع الخاص، إلا أنه لا يستطيع أن يتخذ موقف التحفّظ أو الابتعاد الذي يميّز العالم الذي يقوم بتجربة في الكيمياء مثلًا. فلا مناص من أن يكون فهم الآخرين مشروعًا مختلفًا عن فهم الأشياء، وإن هؤلاء الذين يحاولون اتّخاذ موقف تجاه الناس مماثل لموقفهم المتحفّظ تجاه الأشياء إنما يعوقون أنفسهم عن أي فهم للآخرين.

ونتيجة أخرى للتغيّر في العلاج النفسي هي أن تقييم "الشفاء" أو حتى "التحسّن" أصبح أكثر صعوبة. لقد تخلّصت مريضة فرويد من الفوبيا، ولم يتردّد لحظة في القول بأنها "شُفيت تمامًا". ولكن التغيّرات في الاتجاه والتي تؤدّي إلى زيادة الثقة والكفاءة والمتعة هي أشياء غير قابلة للقياس أو الوزن، ورغم محاولة تقييمها بواسطة الاستبيانات، معشوقة أصحاب علم النفس، فإنها تصعب

(1) Freud, Sigmund (1933) New Introductory Lectures on Psycho-Analysis. Standard Edition (1) Collected Works, Vol. 22, p. 156, London: Hogarth Press (1964)

كثيراً على القياس والتقويم؛ ذلك أنه في معظم الحالات لا يمكن اعتبار الأعراض التي أدت بالمريض إلى طلب العلاج النفسي خارجةً عنه، وإنما هي متصلةٌ اتصالاً وثيقاً بكل شخصية المريض، وعادة ما تفقد أهميتها وتنزوي متى ما دارت عجلة عملية العلاج النفسي.

لقد بدأ العلاج النفسي شيئاً، ولكنه تحوّل إلى شيء آخر مختلف دون الإدراك الكافي لهذا التغيّر من جانب أصحابه وممارسيه. ورغم أنه خلال العلاج النفسي يتخلّص المرضى من أعراضهم، مثل: التوتّر الناشئ عن القلق الزائد، الاكتئاب، الإحساس باليأس، عدم القدرة على التركيز أو إنهاء مهمّة ما، وتشكيكة متنوّعة من المشكلات في العلاقة بالآخرين- رغم ذلك، يبدو لي أن التخلّص من تلك الأعراض أو التخفيض من شدّتها، وهو النتيجة المترتبة عادةً على جهودنا، أمرٌ ثانويٌّ بالنسبة لشيء آخر أكثر أهمية يعتبر سمة رئيسية لأشكال العلاج الكثيرة والمختلفة، ولكنه أمرٌ لا يسهل تعريفه. بعبارة أخرى، فإن التحسّن أو التقدّم قد لا يكون له صِلَةٌ باختفاء الأعراض أو قد يكون مستقلاً عنها بدرجة أو بأخرى. ولكي أوضح ذلك سأضرب لكم مثلاً من عيادتي الخاصة. منذ مُدَّة وصلني خطاب من شخص كنتُ قد عالجتُه منذ ما يزيد على خمسة وعشرين عامًا يطلب مني أن أعالج ابنته، أو على الأقل أنصحها بشأنها، وافترض -خطأً- أنني لن أتذكّره، وخلال خطابه كتب التالي: "أستطيع القول بصدق أنه خلال الشهور الستة التي استمعتَ فيها بصيرٍ إلى آلامي وشكاواي فإنك أدخلتَ تغيّراً فعّالاً في أسلوب حياتي، فرغم أن مَحَبَّتِي لارتداء ملابس الجنس الآخر⁽¹⁾ Transvestism لم تُشَفَّ فإن طريقة تعاملِي مع الحياة ومع الناس اتَّخَذت وجهةً جديدة، وهو الأمر الذي لا أستطيع أن أفيك حقك من الشكر بشأنه، لقد كانت جزءاً من حياتي لم أنسه قط".

إذا نظرنا إلى علاجي لهذا الرجل من وجهة نظر مُعيّنة، نستطيع القول إنه كان فاشلاً؛ إذ إن الشكوى التي دفعته لطلب المساعدة مني والعرض الأساسي الذي يعاينيه لم يتمّ التخلّص منه، ومع ذلك فإنني أعتقد أنه من الواضح أنه قد حصل على شيء ذي قيمة كبيرة من فترة علاجه النفسي القصيرة؛ فلا يكتب

(1) Transvestism: هو أحد الانحرافات الجنسية التي يلبّدُ فيها الرجل من ارتداء ملابس النساء، ولا توجد كلمة

عربية واحدة مقابلة لهذا الاصطلاح. (المترجم).

المرء إلى معالجه النفسي يطلب منه رؤية ابنته، بعد خمسة وعشرين عامًا من انتهاء علاجه، ومُستخدماً تلك العبارات- ما لم يكن مُعتقداً أن ما حدث له خلال العلاج كان شيئاً ذا قيمة.

وفي أيامنا هذه فإن مثل هذا السلوك قد يُحال إلى معالج سلووي، إلا أن محاولة التخلص من السلوك الجنسي المنحرف بالرَّبط بينه وبين مُنبهاتٍ بغيضة -العلاج بالتنفير- لم يثبت أنه بالفاعلية التي كان يُؤمل فيها أصلاً. ولكن ربما إذا صُمم برنامج لتشجيع زيادة السلوك الجنسي السويّ على حساب المنحرف لعاد ببعض النفع، فإذا تحسّنت علاقة المريض الجنسية بزوجه فسيعود ذلك عليه بمنافع أخرى، مثلاً: قد يساعده على أن يشعر بأنه أكثر شبيهاً بغيره من الرجال وأكثر تساوياً بهم، ولكن لو كنّا اتّبعنا معه العلاج السلووي الذي يُركّز على الأعراض، هل كان ذلك الرجل سيفقد أي شيء كسبه من العلاج النفسي؟.

هذا سؤال ليس من السهل الإجابة عليه، ولكن أعتقد أنه من المهم أن ندرك أن الرُّغبة في ارتداء ملابس الجنس الآخر هو أكثر من مجرد عادة لا توافقيّة مُتعلّمة، إنها سلوك قهري بالغ التعقيد، أحد العناصر فيه: القرف من الفعل الجنسي، أو الخوف منه، عنصر آخر هو انعدام الثقة في الذكورة وال فشل في التّوحد بالذكور، عنصرٌ ثالث هو المازوخية (التلذذ بتلقّي الأم)، وكان والد هذا المريض بالذات شخصاً ضعيفاً، بينما كانت أمه "رَجُل البيت"، وعندما توحد بأمه بارتداء ملابس البنات كان يحسُّ -ويا للتناقض- أنه رَجُل، إلا أنه عندما فهم بعض الميكانيزمات التي تغذي سلوكه القهري لم يُؤد ذلك إلى التخلص من العَرَض، ولكنه على الأقل أدرك الموقف؛ ممّا أدى إلى أنه لم يَعد يشعر بالسُخف، وقَلَّ إحساسه بالخزي، وأدّى ذلك إلى زيادة ثقته بنفسه؛ وبالتالي إلى تحسُّن في علاقته بالآخرين.

وعلى أي حال، فلا ريب أن فهم الأساس المرضي النفسي لأعراضه لم يكن النتيجة الوحيدة للعلاج، ففي الخطاب الذي أشرتُ إليه هناك جملة أساسية وهي: "إن طريقة تعاملنا مع الحياة والناس اتّخذت وجهةً جديدةً"، ويصعب عليّ الاعتقاد أن هذه النتيجة كان يمكن الوصول إليها بدون ذلك النوع من العلاقة الشخصية الذي نشأ خلال فترة علاجه النفسي.

ولما كانت الشكاوى المختلفة تلاقي علاجاتٍ مختلفة في الممارسة الطبية؛ فإن أحد الانتقادات الشائعة للمعالجين النفسيين أنهم يقدّمون لمرضى العصاب نفس العلاج مهما كانت شكاواهم. ولكن الآن، ومع بداية استخدامنا لأساليب العلاج السلوكي وغيرها لمعالجة بعض أنواع الأعراض العصبية، فقد بقي لهذا النقد بعض المبررات، ولكنها أضعف ممّا يبدو للوهلة الأولى؛ ذلك أن المرضى الذين يسعون إلى العلاج النفسي ويستجيبون له لديهم أشياء مشتركة كثيرة مهما اختلفوا في تكوينهم المرضي (السيكوباتولوجي).

فَهُمْ أَوْلًا: لا يفهمون أنفسهم، وثانيًا: لا يقبلون أجزاء بعينها من ذواتهم، وهاتان السّماتان قد تكونان وجهين لنفس العملة، فالشخص المبالغ في مطاوعة الآخرين والخضوع لهم والذي يعاني دائمًا من استبداد الآخرين به، لا يفهم أنه في مرحلة مبكرة من نموه كُتبت الجانب التوكيدي العدواني من شخصيته، ويجد أنه من الصعب أن يقبل وجود مثل هذا الجانب فيها، ورغم أن المرء لا يستطيع أن يقبل الأشياء التي لا يفهمها -وأحد الأشياء التي تُسهّل بالتأكيد قبول الذات هي قبول شخصٍ آخر لها- فمن الصعب أن يتغيّر المرء ما لم يقبل ويفهم نفسه؛ إذ كيف يمكن أن يُغيّر المرء أي شيء إذا كان رافضًا الاعتراف بوجودها؟ وفضلاً عن ذلك عليه أن يتعلّم كيف يتعامل مع ذلك الطفل الخائف بداخله، كما لو كان يتعامل مع طفلٍ خائف قابله في العالم الخارجي. والكثير من المرضى أكثر قسوة مع الطفل الذي بداخلهم من قسوتهم مع أطفالهم هم، رغم أن البعض قساة مع الاثنين. صحيح أنه يمكن تحقيق شيء من خلال التهديد والتخويف، ولكنه لن يكون بالشيء الكثير؛ فالطفل الذي يُضرب لكي يذهب إلى المدرسة قد يستمر في الذهاب إليها لبعض الوقت، لكنّه غالبًا ما سيصبح من التلاميذ الذين يهربون من المدرسة، أو يخترع مرضًا أو علةً، تُتخذ ذريعة للغياب، ما لم يفهم أحد سرّ مخاوفه.

إن فهم شخصٍ آخر بالتفصيل والعُمق اللازمين للعلاج النفسي يتطلب أن يكون المعالج النفسي على دراية بما يُسمّى -لسوء الحظ- بالسيكوباتولوجي، أي التكوين النفسي المرضي. وأنا أعتقد أنه يجب التخلّي عن هذا التعبير؛ فهو يرجع إلى العهد الذي كان من يلجأ فيه إلى المعالج النفسي هم الناس الذين يعانون من أعراض عصبية واضحة، لا من "مشاكل في الحياة" بل إنني لست متأكدًا إن

كان ذلك التعبير صالحًا عندئذ؛ لأنه من ممّا لم يُعانِ قطّ من أعراض عصابية؟ والشخصية نفسها هي مسألة "دفاعات"، وهذا تعبير آخر غير ملائم؛ لأنه لا يوجد كائن إنساني يستطيع تدبير شؤون حياته دون دفاعات من مختلف الأنواع. إن نوع "السيكوباتولوجي" الذي حاولتُ تقدّمه في هذا الكتاب هو وصفيّ في المقام الأول، ولا يهتمُّ بالأسباب، ولو أنني أعتقد أن الجو الذي ينشأ فيه الطفل له تأثير عميق على نمو شخصيته، ورغم أنني جازفتُ بتقديم تفسيرات جزئية للشخصية البالغة من خلال تأثيرات طفليّة مُحتمّلة، إلا أن مثل هذه التفسيرات ليست أساسيةً للفهم، فمثلاً: افترضتُ أن السّمة الأولى أو الأكثر أهمية لدى الناس الذين نطلق عليهم "الكتتابيين" هي غياب تقدير أو اعتبار الذات المبني داخلياً، واقترحت أنه إذا كان لدى الشخص إحساس ملائم بتقدير الذات فإن ذلك قد يعتمد على ما أحسَّ به من اعتبار والديه له في الطفولة. وافترضنا أن هذا التفسير خاطئ، لن يُغيّر من واقع أن الاكتنابي يمتلك قدرًا صغيراً جدًّا من تقدير الذات، وأن هذا هو ما يُفسّر ضعفه وقابليته للانكسار في مواجهة تقلبات الحياة، مهما كان هذا النقص أو الضعف، وعندما بدأ فرويد ممارسته للعلاج بالتحليل النفسي كان مهتمًّا - كما قلتُ من قبل - بتتبُّع مصدر الأعراض المعينة ليكتشف سببها في بعض الأحداث الصادمة التي حدثت في زمن بعينه، ومهما كانت مدى ملائمة هذه الإجراءات في حالة العُصاب الصُدّمي أو لأنواع مُعيّنة من الأعراض الهستيرية فإنها - في رأبي - غير ذات أهمية في فهم غالبية المشاكل التي يُواجهها بها اليوم مرضى العلاج النفسي، فكما قلت عند تناولي مرضى الحواز: لا يهم معرفة من أين نبع اهتمام المريض المُبالغ فيه بالنظام والنظافة وهل هو يرجع إلى صرامة تدريبه على النظافة أم لا، ولكن ما يهم بالفعل هو أن يفهم المُعالِج أنواع القلق التي تكون هذه الدقّة في النظافة والنظام دفاعًا ضدّها.

يجب على المُعالِج النفسي في محاولة فهمه للمريض أن يفهم البيئة التي جاء منها، وكيف نما وتطوّر خلال طفولته، فإذا فكّر الإنسان في أصدقائه الحميمين فسيجد أنه يعرف عادةً قدرًا كبيرًا من خلفيّتهم: أين نشؤوا، ونوع الأسرة التي جاؤوا منها، ونوع الطفولة التي عاشوها. والحق أنه يكون من الصعب على المرء أن يدّعي المعرفة الحميمة بشخص ما لم تكن لديه فكرة عن هذه الأشياء. ولكن فهم مسار طفولة شخص ما لا يساوي افتراض أن كل شخصيته البالغة

قد تكوّنت بفعل أحداث طفولته. وكما بيّن رايكروفت في دراسته المُعنونة "ما بعد مبدأ الواقع"⁽¹⁾ أن فرويد كان شديد الميل لاعتبار الطفل الصغير سلبياً تماماً؛ وبالتالي واقِعاً كئيِّة تحت رحمة قُوى الصياغة والتشكيل الخارجية. ولكن -وكما نعرف كلُّ أم- أنه حتى أطفال المهدي يختلفون بوضوح، وأن تكْيُف الوليد لواقع الأم هو عملية نَشِطة يساهم فيها الاثنان.

وهناك بعض المرضى ممّن كانت طفولتهم شيئاً مُفزعاً، ولا أقول إن مشاكلهم في البلوغ ليست مرتبطةً بخبرات طفولتهم، ولكن أحاول لفت النظر إلى أن ما قد يجده طفل شيئاً صارماً لا يجده طفل آخر كذلك. كما أريد تنفيذ فكرة أن العلاج النفسي هو في الأساس نوع من "البحث عن الكنز"، أي التنقيب عن الأحداث الصادمة في الطفولة. ومع أن قِلّة من الأعراض العصائية يمكن التخلُّص منها مباشرة وإلى الأبد عندما ينجح المعالج -حسب قول فرويد- "في أن يعيد إلى دائرة الضوء ذكرى الحدث الذي استفزّها، وإثارة الوجدان الذي صاحبها"، لكن الأعراض الأكثر شيوعاً من التّعاسة ومشكلات العلاقات مع الناس التي يعاني منها معظم مرضانا لا تتحسّن بهذه الطريقة.

كيف يتحسّنون إذن؟

أولاً: كما ذكرتُ عند تناولي لمسألة الطرح، بواسطة العلاقة المتغيّرة مع المعالج، الذي يجب عليه منذ أول لحظة في مقابلته للمريض أن يتنبّه إلى اتجاه المريض نحوه: هل هو خائف، مرتعب، غيور، خانع، مُداهن، مُزوّر، تواقليّ أو دفاعي؟- ومع وعي المريض، هنا والآن، بأهمية اتجاهاته نحو المعالج، وكيف أن تلك الاتجاهات متعلّقة باتجاهاته نحو مَنْ في حياته من الأشخاص الذين يعاني من مشكلات في العلاقة بهم، وكيف أن اتجاهاته المعتادة نحو الآخرين ربما كانت ملائمةً أو ربما كانت الوحيدة الممكنة في الطفولة عندما ظهرت لأول مرة، ولكنها استمرّت بما لا يلائم بعد ذلك. مع بدء وعي المريض بكل هذا فإنه يبدأ أيضاً في أن يتمكّن من تغيير اتجاهاته أولاً نحو المعالج، ثم نحو الآخرين.

ثانياً: وهكذا يعي المريض بتكوينه النفسي المرضي (السيكوباتولوجي) أو كما أفضل أن أسميه تكوينه النفسي أو سيكولوجيته. فهل يكون لاستبصاره أو

(1) Rycroft, Chartes (1962) "Beyond the Reality Principle". Int. J. Psycho-Anal. 43.

فهو لنفسه فهمًا أفضل أي تأثير فعلي على سعادته أو مشكلاته في العلاقة بالآخرين؟ الإجابة هي: نعم، على الأقل بمعنى مُعَيَّن، فقد سبق لي أن قلت إنه كلما تعلّم المريض أن يتقبّلوا أنفسهم فإن الكثير من الأعراض ذات الصبغة العامّة تميل إلى الاختفاء، أو على الأقل إلى الانحسار. وتقبّل المعالج للمريض يُسهّل له تقبّل ذاته؛ ممّا يُخفّف من تعاسة الإحساس بالرفض. ولكن دعونا نواجه حقيقة أن العلاج النفسي قد لا يتمكّن من تفسير التكوين الأساسي للشخصية، فأنا لا أعتقد أنه توجد أي أدلة مُقنعة أنه حتى السنوات الطويلة من العلاج بالتحليل النفسي على يد خبيرٍ مُتمرسٍ تُغيّر تغييرًا جذريًا من السيكوباتولوجية الأساسية للشخص. وأظن أن المحللين النفسيين أمّلوا في ذلك أصلًا، وأن بعض المحلّلين لا يزالون يخدعون أنفسهم باعتقادهم أنهم يستطيعون ذلك. على أي حال، سيُعترف الكثيرون بالتأكيد أن ميل شخص ما إلى الاكتئاب أو استخدامة لأساليب الدفاع الحوازية أو الذهانية لن يُمخى مهما تعلّم أن يفهم ويتحكّم وأن يستفيد من الجوانب الأساسية في شخصيته. ولكن أوّمن أنه من الأهمية بمكان للمريض أن يفهم حتى تلك الملامح من شخصيته التي تخضع للتغيير. ومن رأيي أن العصاب ليس مسألة امتلاك نمطٍ مُعَيَّن من السيكوباتولوجي بقدر ما هو اكتساح ذلك التكوين المرضي للشخصية، أو عدم مقدرة المريض على استخدامها استخدامًا فعّالًا. إن لدينا جميعًا نفس الأنواع من السيكوباتولوجي مثلما يوجد لدى مرضانا بدرجات متفاوتة. وإذا لم يكن الأمر كذلك فلن نستطيع فهمهم. ولكننا لا ندع لهذه السيكوباتولوجية سبيلًا إلى اكتساحنا أو إضعاف معنوياتنا معظم الوقت، على أي حال. ونحن ننسى أحيانًا ما كتبه فرويد "العصاب - كما نعلم - هو اضطراب الأنا"⁽¹⁾، ويقرّر "فينغل" في كتابه -الذي يُعتبر إنجيل التحليل النفسي- "نظرية التحليل النفسي للعصاب": "أن كافة الأعراض العصابية قائمة على عدم كفاية جهاز التحكم العادي"⁽²⁾. وأنا أعتقد أن الجانب الأكبر من أثر العلاج النفسي الناجح يعتمد على إحساس المريض أنه لم يُعد تحت رحمة ما أزال أسمّيه بالسيكوباتولوجي، وأنه يستطيع أن يجرب نفسه وطبيعته ويستخدمها

(1) Ferud, Sigmund (1940) An Outline of Psycho. Analysis. Standard Editon Collected Works, Vol 23, p.184. London: Hogarth Press (1964).

(2) Fenichel, Otto (1945) The Psychoanalytic Theory of Neurosis, p. 9. New York: W. W. Norton.

استخدامًا خلّاقًا. وعندما يفهم المعالج مريضه فإنه يعمل كمرآة له، يعكس فيها جوانب من نفسه لم يرّها أو يتقبّلها، وهناك معنى آخر لعلاقة المعالج بالمريض، فهو يقرضه أناه، أو كما يقول أصحاب العلاج السلوكي: "يقدم له نموذجًا يقبدي به"، فالمرء إذا واجه مهمّة غير مألوفة من الطبيعي أن يخشاها، ولكن إذا وجد شخصًا آخر يعتبر نفس المهمّة "مقدور عليها"؛ فإن ذلك سيساعده على التعامل معها. إن المرضى يأتون إلى العلاج النفسي وقد أنهكت قواهم النفسية من جراء المشاكل التي تخلقها لهم نفسياتهم. ونتيجة لأن المعالج على دراية وألفة بمثل هذه المشاكل ويفهمها ويعتبرها أشياء يمكن مواجهتها والتصرّف فيها؛ فإن المريض تواتيه الشجاعة لتناول هذه المشاكل بنفس الطريقة. إن تأثير الاستهواء أو الإيحاء لا يمكن استبعاده من أي نوع من أنواع العلاج النفسي، بل ولا يجب، ولكن مثل هذا النوع من الاستهواء غير المباشر والذي ينتقل فقط عن طريق مظاهر الثقة بالنفس لدى المعالج، هو أمر مختلف تمامًا عن الاستخدام المتعمّد له في شكل التنويم وما شابه، والتي بوضعها للمريض في موضع الطفل تزيد من إحساسه بعدم الكفاءة.

إن هذه النظرة إلى طبيعة العلاج النفسي تضع مفهوم الشفاء كله كما قدّمه رُود التحليل النفسي موضع التساؤل، فقد اعتقدوا أنه بفك الدفاعات وما يتلوها من انبثاق المادة المكبوتة في الوعي فإن كافة الأعراض العصائبيّة ستُمحى، ويمكن إعادة المريض إلى حالةٍ تُسمّىها "بالسواء". وقد اعتاد أحد أساتذتي، إمانويل ميللر، أن يشير إلى الشخص السويّ "بالحصان الأسود"، وإنني أذهب إلى أبعد ممّا ذهب إليه فأقول: إن الشخص السويّ ليس حصانًا أسود، بل هو حصان أسطوري. وهناك حالات أسطورية أخرى، وهي حالات الكمال التي نسمّيها "بالنضج الانفعالي" و"التكامل" و"تحقيق الذات" و"النضج الجنسي الكامل"، أو تحقيق "علاقة ناضجة بالموضوع" - فكل هذه الاصطلاحات تشير إلى أهدافٍ من حقّنا المشروع أن نسعى إليها، ولكننا لا نصل إليها أبدًا.

فإذا ما تغاضينا عن مسألة الأسطورة هذه، وحاولنا تعريف ما نعنيه حقًا بالتحرّس خلال العلاج النفسي أو نتيجة له فسنجد أنه يوجد اتفاق في الرأي بين المعالجين النفسيين من مختلف الاتجاهات.

[HTTPS://T.ME/MK1BTARAB](https://t.me/mk1btarab)

فكان يونج -مثلاً- يقول إن التحليل هو من أجل الناس الذين "سُدَّت" في أوجههم السبل، وكان هدفه هو جعلهم يتحركون مرةً أخرى: "ففي معظم الحالات التي عالجتُها كانت قوى العقل الواعي قد استنفِدت (وبعبارةٍ أخرى: أوصِدت الأبواب في وجوههم، أو 'نُصِبَ مَعِينُهُمْ') وكان هدفي هو إيجاد حالة نفسية يستطيع مرضاي فيها أن يبدووا في تجريب طبيعتهم، حالة من السيولة والتغيُّر والنمو حيث لا يوجد شيء ثابت إلى الأبد أو تجمُّد بلا أمل"⁽¹⁾.

وهو قول شديد الشبه بما يقوله كارل روجرز، حيث يبدو العملاء يتحركون نحو حالة واضحة من السيولة والتغيُّر، وينقل عن كيركجورد قوله: "إن الفرد الموجود هو في عملية دائمة من الصيرورة. ويترحم كل ما يفكر فيه إلى عمليات"⁽²⁾. وقد لاحظ كيركجورد نفسه أن هذا الوصف يميِّز الكُتَّاب وغيرهم من الأشخاص المبدعين، الذين تُبَيَّن أعمالهم أنهم في حالة دائمة من النُمو والتغيُّر، ولا يصلون إلى هدفهم أبداً ولكنهم يتطلَّعون دوماً إلى شيء جديد. ويختلف المبدعون عن غيرهم من الناس في امتلاكهم لمهارات خاصَّة، بحيث تُتَّضح عملية الصيرورة هذه في أعمالهم، ولكني أميل إلى الاعتقاد أن عملية التطوُّر والتغيُّر هذه تحدث لكل الناس الذين لا يشلُّ حركتهم طبعاً أيُّ عُصاب أو دُهان؛ فإن يسير المرء في مرحلة الحياة الواعدة نحو المستقبل معناه أنه بدلاً من أن "يلتصق" Stuck بالاتجاهات النمطيَّة الجامدة للطفولة وللماضي- يستطيع أن يُعدِّل ويستفيد من تكوينه النفسي المرَضِي (السيكوباتولوجي) لا أن يتخلَّص منه. وأحد التغيُّرات التي تحدث نتيجة للعلاج النفسي الناجح هو أن يزداد شعور المريض بالثقة في أحكامه.

ويُحدِّد توماس زاز -المحلِّل النفسي الأمريكي الذي تضاربت الأقوال بشأنه- هدفَ العلاج بالتحليل النفسي بأنه "زيادة قدرة المريض على معرفة نفسه والآخرين؛ وبالتالي زيادة حريته في اختيار سُبُل حياته"⁽³⁾. ويُصرُّ زاز على أن يمتنع المعالج عن تقديم النصائح أو فعل أي شيء قد يتدخَّل في استقلال المريض، بل إنه يطلق على نوع العلاج بالتحليل النفسي الذي يُنسب إليه "العلاج النفسي ذاتي

(1) Yung, C.G. (1931) The Aims of Psychotherapy in the Pracuce of Psychotherapy, Collected Works, Vol. 16, pp.41,42,47. London: Routledge and kegan paul (1954).

(2) Rogers, Carl (1967) On becoming a Person, pp. 171- 2. London: Constable.

(3) Szasz, Thomas (1965) The Ethics of Psychoanalysis, pp viii- ix, New York: Basic Books.

الاستقلال "Autonomous". ويلاحظ روجرز أيضًا أن العميل الذي يتحسن "يُقدَّر" العملية التي هي ذاته، وتزداد ثقته فيها"⁽¹⁾. ومن الصفات المميزة للاكتائبيين والاعتماديين أنهم يعززون لأحكام الآخرين قيمةً أكبر مما يُعزونها لأحكامهم؛ وهذا هو السبب أنه خلال علاجهم يجب أن يعمل المعالج دائمًا على مساعدتهم للوصول إلى إجابات نابغة من أنفسهم، لا أن يوجِّههم أو يُسدي إليهم النصائح المباشرة؛ فأحد مكونات النمو أو النضج هو إدراك المرء أن أفكاره ومشاعره أهل للاعتماد عليها في تسيير شؤونه، حتى ولو لم يجدها الآخرون كذلك.

عند تناولي للأشخاص شبه الفصامين أُشِرْتُ إلى مفهوم وينيكوت عن الذات الزائفة، وهي فكرة تَوَسَّع فيها لاينج. ومن الواضح أن القدرة على التخلي عن هذا الشكل من الدفاع هي طريقة أخرى للتغير في سبيل الأفضل، ومن المشوق حقًا أن نلاحظ أن روجرز يُعبّر عن نفس الفكرة عندما يشير إلى أن المريض الذي يتحسن "يبتعد عن الواجهات"⁽²⁾.

ويشير المحلّل النفسي فيربيرن Fairbairn في مقالة ممتعة له إلى أن "محافظة المريض على إبقاء عالمه الداخلي كَنَسَقٍ مُغَلَقٍ"⁽³⁾ هو المصدر الأعظم لكافة المقومات، أي أنه يؤكد حقيقة أن المرضى غالبًا ما يبدو أنهم قد فقدوا الأمل في أن يجدوا العلاقات مع الناس الواقعيين في العالم الخارجي مُشْبَعَةً؛ وبالتالي يتمسكون بعلاقات مُتَخَيَّلَةٍ مُسْتَمَدَّةٍ من طفولتهم، يحاولون أن "يحشروا" الناس الواقعيين فيها. ويورد فيربيرن حالةً مشابهة لحالة لاينج التي كان فيها رَجُلٌ لا يستطيع مُوَاقَعَةَ زوجته إلا إذا تخيّل أنه يواقعها. أمّا حالة فيربيرن فكانت لامرأةٍ لا تستطيع الذهاب للفراش مع زوجها إلا إذا أغرقت نفسها في خيالاتٍ تُثْمَلُ -كما يقول- علاقةً طِفْلِيَّةً جنسية مع أبيها، أي أنها لم تكن تستطيع الدخول في علاقةٍ أُخِذَ وعطاءٍ حُرَّةً، كما هو الأمر في العلاقات الواقعية مع الناس الواقعيين، كانت تمارس تلك العلاقة من خلال مفهومات أو تصوّرات مسبقة ومُستَخْلَصَة من طفولتها المبكرة. ويرى فيربيرن أن مَهْمَةُ المحلّل النفسي هي اختراق العالم

(1) Rogers, Carl (1967) On becoming a person, p. 175. London: Constable Rogers.

(2) Rogers, Carl (1967) op. cit. p. 167.

(3) Fairbairn, W. R. D. (1958) On the Nature and Aims of Psychoanalytic Treatment, Int. J. Psychoanal., 39, part 5.

الداخلي للمريض، وفتح أبوابه للواقع. ولا شك أن روجرز يُعبّر عن نفس الفكرة عندما يقول إن التغيير يظهر في زيادة المقدرة على أن يخبر المرء العالم كأقرب ما يكون إلى حقيقته، بدلاً من أن يخبره من خلال تصوّراتٍ مُسبّقة، أي أن التغيير يظهر في زيادة الانفتاح على الخبرة.

واعتقد أن كافّة هذه الصياغات تشترك في فكرة أن التطوّر والتغيير هو جزء من الوجود الإنساني، وأن الناس عندما يشعرون أنهم يتغيرون ويتطوّرون فإنهم يَحْيَوْنَ حياة راضية. أمّا العصبيون فإنهم -بسبب المخاوف والقلق- يميلون إلى التشبُّث بالماضي ولا يتطوّرون أو يتغيرون كما ينبغي. وهذا مفهومٌ مختلفٌ تمامًا عن معالجة العُصاب كنوعٍ من المرض له أسبابٌ مُعيّنة، والتي ما إن يُكشَفَ الغطاء عنها حتى يمكن مَحْوِها. وأجد هنا أن التشبيه بالمبدعين مفيدٌ حقًا، فكما سبق لي القول، عالجتُ عددًا من المرضى المبدعين، ولم يكونوا يحتاجون إليّ إلا إذا "توقّفوا"، أو سُدَّتْ في وجوههم السُّبل، أمّا عندما يكونون قادرين على العمل فإن كل شيء يسير على ما يُرام.

إن التغييرات التي تحدث نتيجة للعلاج النفسي الناجح هي أمورٌ لا يمكن وصفها وصفًا دقيقًا، أو قياسها؛ وبالتالي من الصعب اقتراح محكّات مضبوطة لإنهاء العلاج، ومعظم المحاولات في هذا السبيل هي مثاليّةٌ لا واقعية، ومع ذلك فهناك عبارة تعجبني عن هدف المحلّل النفسي؛ باعتبارها أقرب ما تكون إلى حقيقة ما يحدث في العلاج بالتحليل النفسي عن غيرها، وهي العبارة المقتبسة من آني رايش، والقاتلة بأن "على المعالج أن يطيب نفسًا إذا استطاع أن يُخلِّص مريضه من الأعراض، ويُمكِّنه من العمل والتوافق مع الواقع، والدخول في علاقات راشدة بالموضوع، وقبل أوجه نقصه أو قصوره"⁽¹⁾، وأضيف من عندي أن المعالج عليه أن يرضى أيضًا إذا فشل في التخلُّص تمامًا من الأعراض، كما في حالة "ارتداء ملابس النساء" التي أوردتها ساليًا؛ فقد وجدتُ أنه من الناحية العملية توجد نقطة يستطيع حتى المعالج غير المتمرس أن يدرك عندها -مثلما يدرك المريض كذلك- أن كل ما يمكن حدوثه قد حدث، على الأقل عند تلك اللحظة من حياة المريض. ومن الناحية المثالية فإن العلاج النفسي يجب أن يستمرّ طالما

(1) Reich, Annie. (1950) Int. J. Psycho-Anal., 31: 78-80, 179-205. Quoted in Wolberg, Lewis R.

هو ضروري للمريض؛ لكي يشعر أنه فهم أي نوع من البشر هو، وما هي القوى التي ساعدت على تشكيله، وأنه يستطيع مواجهة التحديات المعتادة للحياة بكفاءة مساوية لكفاءة الآخرين، وأنه قادر على إقامة علاقات مع غيره من بني الإنسان على قَدَم المساواة. أمّا من الناحية الواقعية فإن العلاج النفسي غالبًا ما يكون محدود الوقت؛ لأن الطلب يفوق العرض، ولأن الأطباء يغيرون مواقعهم؛ مما يجعل من المستحيل عليهم رؤية مريض بعينه لفترة طويلة.

على أنه من الممكن فعليًا مساعدة عدد كبير من المرضى الذين يمكن رؤيتهم مرة أو مرتين في الأسبوع على مدى عام أو أقل، بل إن هناك من الدلائل ما يشير إلى أن وضع نوع من القيد الزمني قد يكون مفيدًا من الناحية العملية. وفضلًا عن ذلك فإن المرضى الذين يُظهرون تحسُّنًا يبدو عليهم ذلك خلال الشهور الأولى من العلاج، على الأقل فيما يتعلّق بالتخلُّص من الأعراض. وقد وجد جيروم فرانك أن معظم المرضى أفادوا أن التحسُّن في إحساسهم العام بالارتياح حدث سريعًا، وأن التخلُّص من الأعراض الذي يحدث خلال الشهور الستة الأولى من العلاج يدوم عادةً. ووجد أيضًا أن نوع التحسُّن في العلاقات بالآخرين والذي يؤدي بالمرضى إلى أن يصبح أكثر فعالية من الناحية الاجتماعية مرتبطٌ بكمية اتصال المريض بالمعالج؛ وبالتالي يستغرق وقتًا أطول⁽¹⁾. ومن الواضح أن هذه المكتشفات تتفق مع ما سبق أن قررته من أن العلاج النفسي قد غيّر من أولويات اهتمامه؛ فأصبح يهتمُّ بالشخص ككلّ قبل الاهتمام بالأعراض. وبعبارة أخرى، فإن أي علاج نفسي من النوع التحليلي أصبح يهتمُّ الآن أساسًا بتحسين علاقات المريض بغيره من الأشخاص بالاستفادة من الطرح، وهذا هو السبب في أن العلاج بالتحليل يمتدُّ لفترة أطول.

ويستتبع ذلك أن المرضى الذين يحتاجون غالبًا للعلاج النفسي لفترة طويلة ربما لعدّة سنوات- هم هؤلاء الذين يعانون أكبر الصعوبات في علاقاتهم الشخصية. هؤلاء من وصفتهم بأنهم "شبه الفصامين"، وقد أضيف إليهم عددًا صغيرًا من الهستيريين الذين يعانون من اضطرابات خطيرة، والذين يتضح أن لاضطراباتهم أصلًا ذهانيًا كما قال فيربيون. إن أي شخص يُعدُّ نفسه لكي يجعل

(1) Frank, Jerome (1969) Persuasion and Healing, Chapter 1. New York: Schocken Books.

العلاج النفسي جزءاً أساسياً من حياته المهنية، يجب أن يمارس علاج المرضى شبه الفصامين؛ حيث إنه سيتعلم منهم أكثر مما يتعلمه من أي نوع آخر من أنواع المرضى. ولا حاجة بنا إلى إغفال حقيقة أن هؤلاء المرضى قد يتطلّبون فترات طويلة من الاتصال بالمعالج، إذا كان له أن يتغلّب على مخاوفهم وشكوكهم، وأن يقيم معهم علاقة ثقة واطمئنان. وليست لديّ إجابة سهلة على الاعتراض القائل بأن هيئة الصحة القومية لا تستطيع توفير العلاج المناسب لمثل هؤلاء المرضى، كل ما أستطيع قوله إن الأطباء المتحمّسين بما فيه الكفاية لن ييخّلوا -بين الحين والآخر- بالتضحيات الشخصية؛ حتى يمكن لهؤلاء المرضى تلقّي المساعدة التي يحتاجونها. ويجب ألاّ يُحوّل المرضى شبه الفصامين إلى المبتدئين.

إن اقتراح أن كل ما يجب عمله قد حدث قد يصدر من المريض أو من المعالج، فقد يقول الأول: "أعتقد أنني وصلتُ إلى نهاية قدرتي"، فإذا وافقه المعالجُ فيمكن وضع ترتيبات انتهاء العلاج. وفي حالات أخرى قد يكون المعالج هو الذي يشير إلى أن نهاية العلاج تلوح في الأفق، كأن يقول: "ما رأيك في إنهاء العلاج قريباً؟"، فإذا وافق المريض فمن المهم ألاّ ينتهي العلاج فجأةً، ويجب أن نتذكّر دائماً أنه سواء نجح العلاج أو حقّق نتائج بسيطة - فإن الفترة التي كان المريض فيها يتردّد على المعالج كانت ذات أهمية كبرى بالنسبة له. وكما ذكرت مراراً خلال هذا الكتاب، فإن الموقف العلاجي النفسي فريدٌ في نوعه، والمرضى قد يسترجعون باعتبارهم الزمن الوحيد في حياتهم الذي أحسّوا فيه أن إنساناً آخر يفهمهم ويقبلهم تمام القبول. وحتى لو كان المريض هو الذي طلب إنهاء العلاج، فمن العدل ألاّ نسرع في إنهاء هذه الفترة الهامّة. وفي معظم الحالات، ننصح بتخفيض عدد مرّات الزيارة تدريجيّاً: مرّة كلّ أسبوع، ثم مرّة كلّ أسبوعين، ثم مرّة كل شهر، وهكذا... وفي الحالات التي يكون العلاج فيها قد استمرّ لسنتين أو أكثر فلا يجب أن تقلّ المدة بين الاتفاق على إنهاء العلاج ونهايته الفعلية عن ستة أشهر، وتقلّ المدة في الحالات الأقل. وعادة ما أتّفق مع مرضاي على فترة متابعة لمدة ستة أشهر بعد انتهاء العلاج؛ وذلك لسببين: أولهما: إشباع رغبتني في معرفة تقدّمهم وما آل إليه حالهم، والثاني: لكي أطمئنّهم على أن العلاقة التي نشأت بيننا هي علاقة حقيقية، رغم القيود التي فُرِضت عليها بحكم المهنة؛

فالمرء يكون عديمَ الإنسانية إذا لم يرغب في معرفة حال الناس الذين عاشرهم لفترة بهذا الشكل الحميم.

وهناك بعض المرضى الذين يتلهفون لإنهاء العلاج بأسرع ما يستطيعون، ولا يشكّل هؤلاء أي مشكلة فيما يتعلق بالإنهاء، اللهم إلا في تعطيّلهم حتى لا ينهوا العلاج قبل أوانه. وليس من المحتمل أن يستمر مثل هؤلاء المرضى في مواعيد المتابعة؛ ولعل ذلك يرجع إلى أنهم اكتشفوا أن موقف المرض فيه الكثير من المهانة، ولا يريدون تذكير أنفسهم به، كما أن نفورهم من إطلاع المعالج على تقدّمهم قد يرجع إلى الظاهرة المعروفة باسم "تحسّن ما بعد التحليل"، وهي ظاهرة تحدث بالذات لدى الأشخاص الذين يجدون أنفسهم بعد العلاج -ويا للدهشة- قد أصبحوا أكثر استقلالاً ممّا كانوا يظنون. وعودة العلاقات مع المعالج عند هؤلاء الناس -حتى ولو في أضيّق الحدود- تُمثّل خطراً على حريتهم التي اكتشفوها من جديد. وقد أتلّقى أحياناً رسائل من مثل هذا النوع من المرضى بعد إنهاء العلاج بسنين، يعتذرون فيها عن عدم استجابتهم لطلبي معرفة أحوالهم.

وهناك مرضى آخرون يودّون لو استمر العلاج إلى ما لا نهاية. وإحدى المهارات التي يكتسبها المعالجون المتمرسون هي القدرة على اكتشاف لماذا يُصرّ المريض على الاستمرار في العلاج: هل بسبب اعتماديّته؟ أم لأسبابٍ أخرى؟. ويزداد اكتساب تلك المهارة عندما لا يكون المعالج مستفيداً مادّيّاً من زيارة المريض له، ويمكن تقليل هذه الاعتمادية أثناء العلاج برفض المعالج تقديم نصائح مباشرة، وبتشجيعه للمريض على أن يبحث بنفسه عن حلول لمشاكله. إن الفطام الحريص كفيلاً بمواجهة مشكلة المريض الاعتمادي، وكما قلتُ قبل ذلك، فإن الكثيرين من المرضى يشعرون بالرضى عند اكتشافهم أنهم بدون المعالج أكثر كفاءةً ممّا كانوا يعتقدون. ومع ذلك فسيظل هناك عدد صغير من المرضى الذين يشعرون شعوراً كبيراً بانعدام الطمأنينة، والذين لم ينجحوا في استدماج المعالج داخل نفوسهم، والذين يستمرّون في الاحتياج إلى المعالج أو بديل له، كشخص فعليّ في العالم الخارجي يمكنهم اللجوء إليه عند الحاجة. ومثل هذا المريض "المزمن" شائعٌ أيضاً في الممارسة الطبية المعتادة، وطريقة تعاملي مع مثل هؤلاء المرضى هي أن أراهم على فترات يزداد تباعدُها مرّةً كل ثلاثة شهور أو حتى كل ستة

شهور، وكان هذا هو الملاذ الأخير الذي مَكَّن قَلَّةً من هؤلاء المرضى من تسيير دَفَّةَ حياتهم دون اللجوء إلى دعمٍ آخر، وكانت معرفتهم أنني ما زلتُ تحت تصرفهم، وحقيقة أنهم كانوا يستطيعون رؤيتي بين الحين والآخر- قد طمأنتهم على وجودي واستمرار اهتمامي.

ويميل بعض المرضى -خاصة ذوي الشخصية الحوازبية- إلى الاستمرار في العلاج إلى ما لا نهاية لأنهم يحشون أنه ما زالت هناك اكتشافات أُخَاذة تنتظرهم، وأنه "لو توفَّرت الفرصة والوقت" سنحصل على مفاجآت ساحرة واستبصاراتٍ أكثر عمقًا، ويحدث للمرضى أن "يلتصقوا" بالعلاج النفسي بنفس الطريقة التي لاحظ بها يونج "التصاقهم" بالعُصاب، فمن الممكن أن نجعل الموقف العلاجي بديلاً عن الحياة، ولا يقع في تلك المصيدة المرضى فقط، فهناك معالجون ليست لهم فعلاً حياةٌ خارج ساعات العمل.

سبق أن أشرتُ إلى أن نتائج العلاج النفسي من الصعب تقييمها بسبب انتقال مركز الاهتمام من علاج الأعراض إلى فهم الشخصية ككل، من جانب، وبسبب أنه يصعب فعلياً قياس التغيُّر في الاتجاهات من جانب آخر. وفي أوائل الخمسينات بدأ هانز أيزنك هجومه الضاري على التحليل النفسي وأشكال العلاج النفسي المستمدَّة منه، وقال إنه لا توجد أي براهين يوثق بها على أن مثل تلك الأشكال من العلاج لها أي قيمة. وفيما تلا ذلك من أعوام زاد من حدة هجومه وقدم إحصاءاتٍ ليدلُّل بها على أن التحسُّن في حالات العُصاب يحدث تلقائياً خلال عامين بنسبةٍ تساوي -بل تزيد- على نسبة التحسُّن التالي على العلاج النفسي. إلا أن ظلالاً كثيفةً من الشك ألقيت بعد ذلك على معالجة أيزنك وتفسيره للأرقام التي حصل عليها⁽¹⁾.

وتبيِّن الأدلة المتوفرة بوضوح أنه كان مُخطئاً، فإذا سقط المرء فريسةً لعُصاب فإن الاحتمال الأكبر أن يُشفى إذا حصل على مساعدة مهنية من معالجٍ نفسيٍّ بدلاً من الانتظار حتى تزول متاعبه، فضلاً عن ذلك فإنه مع ارتقاء أساليب التقييم وجد أن العلاج النفسي أكثر وليس أقلَّ فعاليةً، ففي الطبعة الأخيرة من كتاب "المرجع في العلاج النفسي وتغيير السلوك" يقول المؤلفون: "وعلى عكس ما ذكرناه

(1) Brown, Roger and Fernslein, Richard J. (1975) Psychology, PE 5967, London: Methuen.

عن هذا الموضوع في الطبعة السابقة، حيث خَلَصْنَا إلى أن للعلاج النفسي أثرًا متوسطًا متواضع الإيجابية- تُبَيِّنُ المعلومات الحديثة نتائج أكثر تحسُّنًا وإيجابية، فهناك عددٌ متزايد من البحوث المحكَّمة التي حلَّلت عددًا مُتنوعًا من أنواع العلاج، وتُبيِّنُ نتائجها عائداً إيجابياً في صفِّ العلاج النفسي إذا ما قورن بعد العلاج، أو قوائم الانتظار، أو استخدام الأثر الإيحائي للأدوية الكاذبة Placebo Effect، أو أشباه العلاج. وأدَّت مراجعتنا للتقويم التجريبي لمدى واسعٍ من أنواع العلاج بالكلام إلى استخلاص أن هذه الأساليب لها قيمتها إذا ما قام بها معالجون مُترنِّون وحكَّماء⁽¹⁾...

وهناك كتاب آخر حديث له نفس المكانة - "طريقة العلاج النفسي" - يذهب إلى أبعد من ذلك، فيقول: "تُجمِعُ غالبيةُ الممارسين والمرضى الذين تلقَّوا العلاج والمراقبون غير المتحيزين أن العلاج النفسي إذا ما أحيط بالضمانات الكافية هو الإجراء الأكثر فعالية المتاح لنا اليوم لعلاج المشاكل الانفعالية وتحرير القوى التوافقية والخلاقية لدى الفرد"⁽²⁾.

واعتقد أن الاحتمال الأكبر أنه كلما زادت مهارتنا في اختيار المرضى للعلاج النفسي، ومع تطوُّر وموِّ أساليب العلاج الأخرى لهؤلاء الذين لا ينفع معهم العلاج النفسي؛ سيزيد تحسُّن النتائج. لقد عانى العلاج النفسي من الحماس الزائد لدى بعض أصحابه، ومن حقيقة أنه يقف مكتوف اليدين أمام فئات كثيرة من المرضى العقليين الذين يلجؤون إليه كملاذٍ أخير. ورغم أن الأطباء المبتدئين في العلاج النفسي لا يكون لهم رأيٌ في اختيار المرضى الذين يُحوَّلون إليهم، لكن لا بُدَّ لهم من الحذر من الاستشاريين الذين يتخلَّصون من الحالات الصعبة بتحويلها إليهم دون أي محاولة لتقدير ملاءمتهم للعلاج النفسي. وينكشف هذا الأمر بالرجوع إلى الملاحظات المدوَّنة على كراسة المريض، والتي تُبيِّنُ أنه قد استُعْمِلت معه كافة أنواع العلاج. إن المستشارين الذين يتصرَّفون بهذا الشكل يكونون عادةً ممَّن لا خبرة لديهم بالعلاج النفسي، ولا يعتقدون في جدواه.

(1) Garfield, Sol L. and Bergin, Allen E. (1978) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. PP.179. 80. New York: John Wiley.

(2) Wolbrg, Lewis R (1977) "The Technique of Psychotherapy", Pare One. P. 67, New York: Grune and Simon.

وقد قام فرويد في إحدى أوراقه المبكرة بمحاولة لشرح الظروف التي ينصح فيها باتباع التحليل النفسي، والتي لا ينصح فيها بذلك. فكتب يقول: "يجب على المرء أن يتمعن فيما وراء المرض الذي يعاني منه المريض، ويكوّن فكرةً أو تقديرًا لشخصيته ككل، ويجب أن يرفض المرضى الذين لا يمتلكون درجة معقولة من التعليم وشخصية يمكن الركون إليها بدرجةٍ ما. ويجب ألا ننسى أن هناك أناسًا أصحاء وغير أصحاء لا قيمة لهم في هذه الحياة، فإذا ما أصيب هؤلاء بالعُصاب سنميل لأن ننسب إلى مرضهم كل ما يعوقهم". ويتطرق فرويد إلى مسألة رفض المرضى الذين يضغط عليهم أقاربهم لدفعهم إلى طلب العلاج، وهو ما أشرتُ إليه في الفصل الثالث. ويشير أيضًا إلى أنه إذا كان المريض يعاني من أعراض خطيرة مثل الامتناع عن الطعام فإن العلاج بالتحليل النفسي يكون غير ملائم. ويقول فرويد: "ولكي يبقى في برّ الأمان يجب على المرء أن يقصر اختياره للمرضى على هؤلاء الذين يمتلكون حالةً عقليةً سويةً؛ حيث إن ذلك في طريقة التحليل النفسي يتخذ مُنطلقًا نصل منه إلى التحكّم في المظاهر المرضية؛ ولذلك فإن الذهان وحالات الخلط وحالات الاكتئاب العميقة الجذور ليست صالحةً للتحليل النفسي، على الأقل بالطريقة التي تمّت ممارستها بها حتى الآن. ولا أظن أنه من المستحيل بأي حال من الأحوال إدخال تعديلات مناسبة في الطريقة مُكّننا من النجاح في التغلب على الظروف المضادة؛ وبذلك نستطيع البدء في علاج للذهان". ويرفض أيضًا -في تلك الورقة المبكرة- المرضى الذين يزيد عمرهم على الخمسين، ولكنه كان شديد التشاؤم في هذا الرأي؛ حيث إن الكثير من العجائز يستجيبون بشكل مُرضٍ للعلاج النفسي(1).

ولو تم اتباع تعليمات فرويد الأصلية لكانت المناقشات الكثيرة حول كفاءة أشكال العلاج بالتحليل النفسي قد قلت، ولكن المتحمسين حاولوا علاج كافة الأشخاص غير الملائمين، بما في ذلك الذهانين -لا يصلح منهم إلا النادر- والسيكوباتيين والمجرمين، الذين نادرًا ما يستجيبون لأي نوع من أنواع العلاج. بل إن المنحرفين جنسيًا، الذين غالبًا ما يُحالون إلى العلاج النفسي، قد لا يكونون دائمًا صالحين لهذا النوع من العلاج. ويلوم فيربيرن في ورقة منسية ولكنها هامة عن "علاج

(1) Freud, Sigmund (1904) On Psychotherapy. Standard Edition, Collected Works, Vol. 7, pp.263- 4.

وتأهيل مُرتكبي جرائم الجنس"، يلوم ذلك الاتجاه المنتشر بين أطباء الأمراض العقلية، والذي يعتبر الميول الجنسية المنحرفة أعراضًا بنفس المعنى الذي نتناول به أعراض العُصاب، ويستعيد إلى الذاكرة ملاحظة فرويد أن العُصاب هو الصورة السلبية للانحراف الجنسي، وكذلك قوله إن الأعراض العصابية هي ذات طبيعة دفاعية في الأساس. ويستطرد فيربيرن: "وعندما تكون الميول الجنسية المنحرفة موجودة لدى مريض عُصابي فإنها تخضع لإجراءات قاسية من التحكم وال ضبط على يد الجزء الأقوى من الشخصية". ويوضح فيربيرن بما لا يدع مجالاً للشك أنه لا يعتبر العلاج النفسي الفردي هو العلاج الأمثل لهؤلاء الأشخاص، في نظر فيربيرن: هو تأهيل لا علاج، ويعني التأهيل إدماجهم في المجتمع بحيث يتقبلون معايير السلوك؛ وبالتالي لا "يُنْفذون" (1) Act Out دفعاتهم. وفي رأيه أن فيربيرن كان سيرحّب بالطريقة السلوكية في تناول مشاكل مرتكبي الانحرافات الجنسية (2).

ويبدو لي أن المعالجين النفسيين هم أقدَرُ ما يكونون في معالجة الذين يعانون من الكسْف والخوف والخجل وعدم الثقة بالنفس، والذين ذهبَت نفوسهم شعاعًا، والأتكاليين بشكل مُبالغ فيه، والمتحكّمين في أنفسهم بشكل أزيد من اللازم. ولكنهم أقل نجاحًا بكثير مع هؤلاء الذين ينقصهم التحكم في دفعاتهم، والذين "يُنْفذون" صراعاتهم النفسية. أمّا المرضى الذين يعانون من اضطرابات مثل الإفراط في الطعام أو التقليل منه، والإسراف في الشراب، أو التدخين القهري، والذين يسرقون أو يقودون سياراتهم بتهوُّرٍ أو يرتكبون جرائم جنسية أو غيرها من الجرائم- كل هؤلاء لا يصلحون للعلاج النفسي الفردي. وبالنسبة لبعضهم فإن العلاج السلوكي قد يوفر فرصة أفضل للتحكّم في السلوك الشاذ. وبالنسبة للبعض الآخر فلا بديل لعملية طويلة من التطبيع الاجتماعي داخل جماعة مُغلقة، ونحن نخطئ في حق العلاج النفسي إذا ادّعينا أنه يصلح لمُدَى من الاضطرابات أوسع ممّا نعرف أنه يصلح له بالفعل. والعلاج النفسي إذا كان صالحًا فإنه في رأيه لا يفوقه شيء، ولا يحلّ محلّه شيء.

(1) أشرنا فيما سبق إلى ترجمة هذا المصطلح "بالنفعيل"، ونعني به أن ينفذ المريض في الواقع ما يدور بذهنه من فانتازيا وصراع. (المترجم).

(2) Fairbairn, W. Ronald D. (1964) The Treatment and Rehabilitation of Sexual Offenders' in Psychoanalytic studies of the personality. London: Tavistock (1952).

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

الفصل الرابع عشر

شخصية المعالج النفسي

يعتمد العلاج النفسي الفردي على التفاعل بين شخصيتين؛ لذا يجب علينا محاولة فهم شخصية المعالج النفسي. وسأتناول في هذا الفصل نوعيّة الشخص الذي يجذب إلى ممارسة العلاج النفسي، ولماذا يجذب إليه؟. كما سأشير أيضًا إلى تأثير ممارسة العلاج النفسي على المعالج، وهل يُعتبر هؤلاء الذين يجذبون للمهنة أفضل الناس لممارستها؟، وهل هناك البعض ممن يجب تبيّهم عن ممارسة هذه المهنة أو منعهم عنها؟.

أعتقد أن سمات الشخصية التي تدفع بعض الناس إلى أن يكونوا مُعالِجين نفسيّين لها جذورها العميقة، تمامًا مثل تلك التي تُحدّد اختيار غيرهم من الناس للمِهَن الأخرى والتي تتطلّب مواصفات خاصة أيضًا. ومن غير المحتمل أن تكون سمات الشخصية من العوامل الهامة في اختيار الشخص لمهنة عامِل في مزرعة، أو مُوزّع حليب أو بقالة- ولكن الصُدفة لن تُحدّد أن يصبح المرء فنانًا أو فيلسوفًا أو كاهنًا، بل سيحتاج الأمر إلى امتلاك مزيج مُعيّن من المواهب والسمات الشخصية المطلوبة للمُعالِج النفسي ذات وجهين، فما يجعل المعالج النفسي جيّدًا قد يكون على الصّد في مجالات أخرى. والاتجاهات المعتادة الملائمة

<https://t.me/mktbtarab>

لغرفة الاستشارة أو العلاج قد لا تكون كذلك في أماكن أخرى. وكل نمط مزاجي مُعيّن لا بُدَّ أن تكون له مزاياه ومساوئه، والأمر بالمثل فيما يُميّز الكثيرين من المعالجين النفسيين.

ينظر الشخص العادي عمومًا إلى العلاج النفسي كمهنة غريبة أو شاذة؛ فقدرته الكثيرين من الناس على التعاطف مع مشاكل الآخرين محدودة؛ ولذلك فهم يجدون من غير المعقول أن يُنْفِق شخصٌ كُلَّ أيامه في الاستماع إلى مآسي الناس وأحزانهم. ويتخيّل البعض أنهم إذا كانوا في مكان المعالج النفسي فسيفقد صبرهم أو يستسلمون لليأس، وفي رأيهم أن المعالج إمّا أن يكون مُختلّ العقل، أو قديسًا يعيش على الأرض، قادرًا على السموّ فوق طاقة الإنسان العادي. وكلا الرأيين خاطئ؛ فبعض المعالجين النفسيين شاذّ، والبعض الآخر ليس شاذًا بدرجة تَلْفِتُ النظر، ولا يوجد بينهم -فيما أرى- قديسٌ واحد.

فهل المعالجون النفسيون على وجه الخصوص عُصائبيّين؟ يرى الكثيرون أن اهتمامهم بالموضوع أصلًا يرجع إلى أنهم يعانون من اضطرابات انفعالية، إلا أن هذا تعميمٌ ضحل، لا يفيد في توضيح المسألة وشرحها؛ فبعض المراهقين يلجؤون إلى قراءة شيء عن علم النفس على أمل أن يفهموا أنفسهم فهمًا أفضل، ويفعل المعالجون النفسيون نفس الشيء، ولكن ذلك لا يضيف إلى معلوماتنا عنهم شيئًا، وقد قال لي أحد رؤساء الأديرة مرّةً: "إن كُلَّ مَنْ يلجأ إلينا إمّا يأتي لأسباب خاطئة"، واعتقادي أن ذلك يصدّق أيضًا على مَنْ سيصبحون معالجين نفسيين. قد يكون من الممكن أحيانًا إقناع البعض ليصبحوا معالجين نفسيين، خاصّةً أولئك الذين ليست لديهم أسباب شخصية، ولكن علينا في معظم الأحوال أن نقبل ما لدينا، أي أنفسنا. وعلى كل حال، لا يمكن ببساطة اعتبار أن الناس يتخذون من العلاج النفسي مهنةً لأنهم يريدون فهم أنفسهم، وإمّا يتمّ ذلك لأن بعض سمات شخصياتهم تجعل ممارسة العلاج النفسي مُجزيّة. وسأحاول أولًا تصوير ما أظنّه سمات شخصية واضحة لدى مَنْ اعتقد أنهم معالجون نفسيون ناجحون، ثم أتناول التكوين النفسي المرضيّ (السيكوباتولوجي) وراء تلك السمات ومصدرها المحتمل وحسناتها وسيئاتها.

من الجلي أنه يجب على المعالجين النفسيين أن يكونوا "ذوي اهتمام بالبشر" من النواحي الشخصية أكثر من اهتمامهم بالنواحي اللا شخصية. وبناء على خبرتي فإن المعالجين النفسيين - سواء كانوا مؤهلين طبيًا أم لا - ليسوا علماء في المقام الأول؛ إذ يشير عدد كبير من الدراسات إلى حقيقة أن الأشخاص الذين ينجذبون إلى العلوم المضبوطة يختلف مزاجهم عن هؤلاء الذين ينجذبون إلى الفنون والإنسانيات، وأن هذا الاختلاف يظهر جليًا منذ بداية الحياة، واتضح من بحث ليام هدسون أن من سيصبحون علماء لا يظهر عليهم الميل إلى الاستبطان والتأمل الذاتي أو الاستجابة الانفعالية للآخرين، وأنهم يضعون حواجز فاصلة بين حياتهم الخاصة ونشاطاتهم المهنية، وعادة ما يكون سلوكهم الاجتماعي تقليديًا. أما من ينجذبون للفن فتظهر لديهم قدرة هائلة على الاستبطان ويستجيبون بانفعالية أكبر للآخرين، ولا يفرقون كثيرًا بين عملهم وحياتهم الخاصة، ويستغرقون فترة أطول ليستقرؤا وتثبت حياتهم. ولاحظ ليام هدسون أن الخيال الشعبي يربط اللذة بالفنانين والقيمة بالعلماء؛ "فظهر الروائيون والشعراء والفنانون في بحثه أناسًا مشوقين، ودودين، ولكن لا قيمة لهم. أما أصحاب الهندسة والرياضيات والفيزياء فظهروا ذوي قيمة كبيرة، ولكنهم في الوقت نفسه مُملون وباردون"⁽¹⁾. وهناك من الأسباب ما يدعو إلى الاعتقاد بأن من سيصبحون علماء تحكّم مزاجهم فكرة ضبط النفس، بينما تحكّم مزاج من يتخذون طريق الفنون والآداب فكرة التعبير عن النفس.

ويمكننا أن نُعبّر عن الفكرة السابقة بالقول إن العلماء مُزوّدون بميكانيزم داخلي للكبت يستطيعون بواسطته إقصاء كل ما هو وجداني ولا عقلائي في خبرتهم؛ ممّا يُحدّد جزئيًا اختيارهم لمهنة تتطلّب أقصى قدرٍ مُمكن من الموضوعية واستبعاد العوامل الشخصية.

وأعتقد أنه يصبح واضحًا أن المعالج النفسي الجيد غالبًا ما سيقع ضمن جانب الفن، وهذا أمر منطقي؛ فالبحث في شخصيات المعالجين يبيّن أن المعالجين الناجحين مع العصائيين يُحبّون الأدب والفن⁽²⁾. وكما سبق أن رأينا،

(1) Hudson, Lia. 'Te Cull of the Fat, p. 83. London: C. p.

(2) Don James K. (97 E Plorig the Social therapies through enalities pEffective Therapists, p. 73. U.S. Dept of Heaal Education and Welfare, Nat. Inst. Of Health.)

فإنه من الصعب التعبير عن نتائج العلاج النفسي كمياً، غير أن الخصائص المزاجية للمعالجين لها دورٌ أيضاً في تفسير عدم الاهتمام بالتعبير الكمي، وهي سمةٌ جعلت لهم سمعة سيئة لدى أصحاب علم النفس التجريبي. ومع أنه يجب على المعالجين النفسيين أن يتمتعوا بقدرٍ من الموضوعية والنظر إلى الموضوع عن بُعد، إلا أنهم مثل أصحاب الفنون والإنسانيات يلجؤون إلى الخبرة والإحاطة بالوجدان واللامعقول. فافتتاح الشخص على وجدانه يلازمه الانفتاح على وجدان الآخرين، وهكذا ينجذب المعالج النفسي إلى العمل الذي لا يكون فيه التعبير عن الانفعالات محظوراً، بل يحظى بالتشجيع، وتكون الفرصة متاحةً فيه للوصول إلى فهم أفضل لانفعالاته، وكذلك لانفعالات مرضاه.

وقد أشرت في الفصل الثالث عشر إلى أنه عندما يدور العلاج النفسي حول فهم الأشخاص لإزالة الأعراض فلا يمكن أن يكون مشروعاً علمياً. ولعلّ المعالجين النفسيين الذين يشعرون بالأسى لأنهم ليسوا "علميين" مثل زملائهم في تخصصات الطب الأخرى يجدون شيئاً من العزاء في فكرة أنهم لو كانوا كذلك فلن يكونوا معالجين مهرة. كتب كارل روجرز في أحد كتبه: "هناك أيضاً كثير من الناس يتصورون الإنسان بوصفه موضوعاً للتشريح أو التشخيص أو الاستغلال، مثل هؤلاء المهنيين يصعب عليهم جداً أن يمارسوا أي شكل من أشكال العلاج النفسي المتركز حول العميل"⁽¹⁾.

ويتخذ السلوكيون الراديكاليون -والذين يعتبر ب. ف. سكينر أشهر نموذج لهم- هذا الموقف بالذات من الكائن البشري، ومع أن طريقتهم في التفكير لم تعد موضع اهتمام جاد من جانب أصحاب السيكولوجيا الأكاديمية، إلا أن ادعاءهم بأن السلوكية هي الطريقة العلمية الوحيدة لفهم الكائنات البشرية كان لها أثرها. وقد قدم سكينر فهمه للمدينة الفاضلة وفيها ستخضع البيئة للتحكم التام بحيث تؤدي أساليب التعزيز أتوماتيكياً إلى إيجاد السلوك المرغوب اجتماعياً، وإلى سعادة الجميع. ويكتب سكينر قائلاً: "إن ما سيُزال ويُغى هو الإنسان المستقل، الإنسان الداخلي. الإنسان الذي تُدافع عنه كتابات الحرية والكرامة. لقد تأخر إلغاء هذا الإنسان عن مواعده طويلاً. إن التحليل العلمي للسلوك يجرد الإنسان

(1) Roge Carl (95 Client - entered Thera p.2 - New York / Holtan mijflin

المستقل من السيطرة التي زعم أنه يمارسها، وينقل هذه السيطرة إلى البيئة. إن ما نحتاجه ليس القليل من التحكم، وإنما المزيد منه. والمشكلة هي أن نُصمّم عالمًا يحبُّه الذين سيعيشون فيه، لا الناس كما هم الآن. فإمّا العلم وإمّا لا شيء⁽¹⁾.

غير أن الموقف الذي يعتبر الكائن البشري موضوعًا يمكن معالجته علميًا والتحكّم فيه بنفس الطريقة التي نتعامل بها مع الجماد ونتحكّم فيه- يسلب الكائن الإنساني استقلاليتته، ومن المحال أن تتحمّله الحياة الاجتماعية؛ فهو يحرم البشر من مصدر هام لفهم إخوانهم في الإنسانية. ورغم أن مَنْ تَرَبُّوا في ظل تقاليد العلوم المضبوطة يتمنّون أن يزول هذا الفرق، إلا أن هناك بالفعل معنى في كون فهم الإنسان يختلف عن فهم مرض أو حيوان أو نبات. ويعرض إيسيا برلين هذه المسألة بوضوحه المعهود في كتابه "فيكو وهردر"، فيقول: "إن فهم أفعال ودوافع الآخرين، مهما كان ناقصًا أو قابلاً للتصحيح، هو حالة عقلية أو حالة من النشاط تختلف من حيث المبدأ عن أن نعرف أو نتعلّم شيئًا عن العالم الخارجي؛ فكما نستطيع القول بثقة إننا لسنا مجرد أجسام تتحرك في الفضاء وتؤثّر عليها قوى طبيعية بمقدار، وإنما نحن نفكر ونختار ونتبع قواعد ونتخذ قرارات، بعبارة أخرى: نمتلك حياة داخلية، نعي بها ونستطيع وصفها؛ فإننا نسلم بالمثّل، بل ونؤكّد إن استلزم الأمر، أن الآخرين يمتلكون حياة داخلية مماثلة، بدونها لا يمكن فهم التواصل أو اللغة أو المجتمع الإنساني، اللهم إلا إذا أصبح المجتمع مجردًا لجميع لأجسام بشرية"⁽²⁾.

يتطلّب فهم الكائنات البشرية الأخرى إذن من الملاحظ، ألا يلاحظ سلوكهم كما لو كانت آلات أو مختلفين عنه تمامًا، بل المطلوب منه أن يستخدم فهمه لنفسه ولمشاعره وأفكاره ومقاصده ودوافعه في محاولته فهم الآخرين.

وهذا النوع من الفهم، كما يُلّمح إيسيا برلين، هو شكل مُعمّق ومُصقّى من التفاهم الذي نستخدمه كل يوم في حياتنا الاجتماعية، والذي بدونه تصبح تلك الحياة الاجتماعية مستحيلة. إن اتخاذ موقف عملي لا شخصي من البشر

(1) Skinner, B. F. (1971) Beyond Freedom and Dignity, PP200, 205, 177, 164. New York: Knopf.

(2) Berlin, Isaiah (1976) Two and Herder, PP. 23,28. London: Hogarth Press.

لا يخبرنا إلا عن سلوكهم فقط، فيعاملهم كما لو كانوا لا يملكون حياة داخلية، وبتعبيرٍ أكثرَ تحديداً: كما لو كانوا لا يملكون قصدًا ولا إرادة. ويشير د. س. دينيت في مقالته "الآلية والمسؤولية" إلى التفسيرات التي تعتمد على القصد والمعنى، وتستند إلى "الأفكار والرغبات والمعتقدات والأهداف، لا التفاعلات الكيميائية والانفجارات والنبضات الكهربائية، في تحليل الحركة الإنسانية"⁽¹⁾. فالموقف العلمي اللا شخصي (والذي يسميه دينيت بالموقف الميكانيكي) لا يستطيع أن يخبرنا إلا بسلوك الشخص الآخر. وقد نستطيع باتخاذنا هذا الموقف، أن نستشف أسباب هذا السلوك، ومع ذلك فإن تفسيرنا لا يمكن أن يكون بلغة المقاصد، بل ولا نستطيع تحديد ماذا يعني هذا السلوك لصاحبه.

وخلال مواجهتنا اليومية مع الآخرين، لا بُد لنا من اتخاذ الموقف القسدي؛ فلا مفر من افتراض أن لديّ مشاعرَ ورغباتٍ وأفكارًا ومعتقدات ومقاصد، ولا مفر من افتراض أن الآخرين هم أيضًا على نفس الشاكلة. يشير أناتول راباورت في كتابه "المشاجرات والألعاب والمساجلات"⁽²⁾ إلى أننا عندما نمارس لعبة ما فإننا مُلزمون باتباع ما يسميه "فرض التشابه" بالنسبة لخصمنا، أي أنه يماثلنا في أنه يهدف إلى الفوز إذا استطاع، وأنه خلال محاولته سيتأثر بنفس الظروف، وسيتبع نفس الأساليب والخُطَط التي سنتبناها. وبدون فرض التشابه هذا يستحيل وجود الألعاب، بل والحياة الاجتماعية ذاتها.

لذلك فإن المهارات التي يجب على المعالج النفسي تنميتها تعتمد على الفهم المتبادل، فكلما زاد علمه بنفسه زادت قدرته على فهم مرضاه، وكلما زاد علمه بمرضاه زادت قدرته على فهم نفسه. ولا يهتم المعالج النفسي الجيد بالناس فحسب، وإنما يمتلك أيضًا القدرة والاستعداد للتعاطف مع مدى واسع من الشخصيات المختلفة؛ فكلُّ مِنَّا أوجه قصوره، ولا يستطيع كل واحد أن يتعاطف مع كل شخص، أمَّا المعالج النفسي فعليه أن يهتم بأشخاص لا يبدو عليهم للوهلة الأولى أنهم يشبهونه أو يشاركونه اهتماماته. وفي اعتقادي أن هذه القدرة مُتصلة

(1) Dennett, D. C. (1973) "Mechanism and Responsibility, in Essays on Freedom of Action", ed Hondrich. London: Routledge.

(2) Rapoport, Anatol (1960) Fights, Gimmcs and Debates. p. 306. Ann Arbor: University of Michigan Press.

أيضاً بالغياب النسبي للكبت؛ لأن المرء لن يتمكن من التعاطف مع ما يشعر به المريض إلا حين يلمح وجه الشبه البعيد بين تلك المشاكل الانفعالية التي يغالبها المريض وبين ما يوجد في نفسه هو. وهذه القدرة -فيما أعتقد- تدلُّ على أن المرء لم يستبعد من وعيه وممَّا يظنُّ أنه شخصيته أو طبعه احتمال أنه كان من الممكن أن يشبَّ شخصاً مختلفاً عمَّا هو عليه الآن. ويشمل هذا مثلاً احتمال أنه كان سينشأ عالماً طبيعياً، مع ما يتطلبه ذلك من قدرة على الكبت. بل ربما لا يستطيع المرء أن يفهم فهمًا كاملاً إلا تلك الجوانب من شخصية الآخرين التي يستطيع أن يجد لها آثاراً في نفسه. إلا أن هذه الحقيقة -حقيقة أن العلاج النفسي يتطلب نوعاً من المرونة تجاه الذات وكذلك تجاه المريض- لها مساوئها أيضاً كما سنبين فيما بعد.

إن الانفتاح على الانفعالات يفرض على المعالج النفسي نوعاً من التسامح أو التساهل غير المعتاد بالنسبة للتعبير الانفعالي عند الآخرين. فإذا بدأ أحد الناس في البكاء فإن كثيراً ممَّن حوله سيحسُّون بالحرج أو الغضب، أو يسقط في أيديهم؛ فلا يعرفون كيف يتصرفون ويهربون من الموقف بكامله. أمَّا المعالجون النفسيون فهم على النقيض: يحتاجون إلى أن يكونوا قادرين على تسهيل التعبير عن الضيق لدى مرضاهم دون أن يصبحوا هم في ضيق يدفعهم إلى الهروب. من المهم أن يُسمَح للمرضى بالبكاء دون أن يحاول المعالج منعهم في التوجُّ؛ فجزء كبير من المواساة التقليدية المتعارف عليها ترمي إلى التخفيف من معاناة وضيق المُواسي نفسه، مثلما ترمي إلى التخفيف عن المتألم أو صاحب المصيبة. كما يجب أن يستطيع المعالجون تسهيل التعبير عن الغضب، حتى ولو كان موجَّهاً إليهم هم أنفسهم، وهي إحدى سمات العلاج النفسي التي قد يجدها الشخص العادي عصيةً على الفهم، فلا بُدَّ من وعيٍ فاهمٍ ومتسامحٍ إزاء قدرة المرء على الغضب إذا كان له أن يقوم بذلك الدور.

ومع أن المعالج النفسي يحتاج إلى أن يكون على وعيٍ بمشاعره هو نفسه، إذا كان له أن يفهم مشاعر مريضه، إلا أنه لا يجب أن يستغلَّ جلسة العلاج النفسي ليستعرض تلك المشاعر. وسبق لي في الفصل السابع لفتُ الانتباه إلى أنه من غير المستحسن أن يتبادل المعالج مع المريض الأحاديث الحميمة عن نفسه، ولا يعني هذا أن يكون المعالج بارداً ومتحفظاً؛ فالمعالجون النفسيون يحتاجون إلى التأثر

بانفعالات مرضاهم إذا أرادوا أن يفهموهم، وسيظهر ذلك الفهم في سلوكهم ونغمات صوتهم دون أن يدعوهم ذلك إلى الدخول في مباراة لعرض انفعالاتهم مع المرضى، ويتطلب ذلك من المعالج قدرًا كبيرًا من ضبط النفس وإلغاء وجودها. ومن السهل على المثقفين المترفعين أن يتسامحوا أو يتساهلوا مع انفعالات الآخرين؛ لأنهم ببساطة يتجنبونهم وينعزلون عنهم. ومن السهل على الكائنات الإنسانية الودودة المتعاطفة مشاركة الآخرين ضيقهم ومعاناتهم؛ إذ يقدمون لهم الحب والعطف ويعرضون لهم تجاربهم المماثلة، إلا أن مهمة المعالج أكثر صعوبة؛ فعليه أن يتأثر دون أن يعمل وفق مشاعره، وأن يحس ويشعر، ولكن يضع هذه المشاعر في خدمة المريض، كدليل أو مرشد للفهم وليس كطريقة لعرض مدى ما لديه من مشاعر العطف والحب؛ وبهذه الطريقة فقط سيستطيع أن يساعد المريض مساعدة أفضل على فهم نفسه والسيطرة على مشاكله الانفعالية.

إن هذه القدرة على إلغاء الذات ونفي وجودها، وعلى عدم استغلال تلك المواقف لتحقيق مغانم شخصية هي أمرٌ أساسي، وأعتقد أيضًا أنه غير عادي. وهي قدرة توجد لدى النساء - كما أظن - بدرجة أعلى من الرجال. وقد وضعت وهي أخصائية نفسية في الولايات المتحدة -- Margaret Rioch مرجريت ريوك⁽¹⁾ برنامجًا لتدريب النساء المتزوجات على العلاج النفسي، وهُنَّ الأمهات اللاتي كبر أولادهنَّ ويستعدون لمغادرة المنزل؛ مما يتيح لهنَّ فرصة العمل، وقد لاقى هذا البرنامج نجاحًا كبيرًا، وهو يفتح الطريق أمام إيجاد نوع جديد من المعالجين، وهم الذين يبحثون عن التدريب على العلاج النفسي لعلاج أنفسهم أولًا.

ومن المؤكد أن إحدى الخصائص الغريبة لممارسة العلاج النفسي أن المعالج ينفق الجانب الأكبر من حياته المهنية في مواقف يُحظر عليه فيها أن يُعبر عن نفسه، أو على الأقل تفرض عليه قيودًا صارمة، فإذا قارن المرء حياة المعالج النفسي بحياة السياسي أو الصحفي أو المعلم أو وكيل النيابة - يتضح على الفور مدى القيود المفروضة عليه، وهي أقل وضوحًا بالطبع إذا قارناه بالطبيب أو المحامي، ولو أن القيود هنا تفرضها مصلحة الزبون لا الرغبة في التعبير عن الذات. وعلى أي الأحوال، فإن المعالج النفسي - خلافاً لأي صاحب مهنة أخرى -

(1) Wolberg, Lewis R. (1978) "The Technique of Psychotherapy". Part I, pp. 331- 2. New York: Grune and Stratton.

يحتاج أثناء قيامه بعمله أن يُبرز نفسه أقل من المعتاد، هذا إذا لم يصبح عُزلاً، أو على الأقل غامضاً في بعض جوانبه. ولا يستطيع التعبير تعبيراً تاماً عن شخصيته، وإنما هو مُوجّه دائماً نحو حاجات الآخرين.

وترتبط القدرة على إلغاء أو نفي الذات بِسِمَةِ هَامَّةٍ أُخْرَى، وهي النفور من القيادة، والامتناع عن تولّيها وإصدار الأوامر، أو السعي لإيجاد حلول عملية مباشرة للمشاكل. وهناك بعض نتائج البحوث التي تؤيد ذلك؛ "فالعصابيّون لا يحصلون على أوفى خدمة من المعالجين الذين يحبّون حلّ المشاكل"، كما يقول جيمس دنت⁽¹⁾ James Dent، الذي سبق أن اقتبس منه. ووجد باركر Parker⁽²⁾ أن "المعالجين الذين يميلون إلى السيطرة على زبائنهم والتعامل معهم بطريقة توجيهية أقل نجاحاً ممّن لا يفعلون ذلك، في جعل المرضى يُدلّون بعبارات تدلّ على الفهم والاستبصار".

ومن الصعب على مَنْ يكونون قادة بطبيعتهم، والذين يستمتعون بتوجيه الآخرين إلى ما يجب عليهم فعله، أن يكونوا معالجين نفسيين ناجحين. والعكس صحيح. فيكتب چون باري⁽³⁾ John parry في كتابه "سيكولوجية الاتصال الإنساني" ما يلي: "لقد قيل عن اثنين من رؤساء الوزارات البريطانيين إن أحدهما ليس لديه قرون استشعار البتّة، بينما الآخر كله قرون استشعار. فإذا فهمنا من قرون الاستشعار أنها اليقظة والتنبّه لما بين السطور والتيارات التحتية غير الظاهرة؛ فمن السهل أن نتبيّن كيف أن كلا الاتجاهين يمكن أن يؤدّيا إلى الفشل في إدارة الأعمال والحكومة؛ فالرجل الواعي شديد الإدراك غالباً ما سيعكس الآراء والاتجاهات السائدة دون إضافة توجيه من عنده، أمّا القائد الذي يصمّ أذنيه عن مشاعر وآراء الآخرين فسيقدّم حُطّاً واضحة ومُحدّدة، ولكنه لن يستطيع معرفة مدى قبول الناس بها". والأمر بالمثّل في العلاج النفسي؛ فكلا الاتجاهين يؤدّيان إلى فشل المعالج، فإذا كان شديد اليقظة والحساسية فسيتوحّد مع خبرة المريض، لدرجة أنه لن يستطيع -شأنه شأن المريض- أن يلقي عليها نظرة ناقدة

(1) Dent, James K. op. cil, p. 94

(2) Parker, G. V. (1967) Some concomitants of therapist dominance in the Psychotherapy interview.

(3) J of Consulting Psychology. 31: 313. 318. Quoted in Reisman, John M. Toward the Integraton of Psychotherapy (1971) New York, Wiley.

من بُعد؛ إلا أن هذا العيب أقل شيوعاً من العيب الآخر، وهو قصور إدراك المعالج.

قبل أيام فرويد كان المعالجون النفسيون غالباً أقرب إلى الأطباء العاديين، أي من النوع التسلطي الذي يُلقي التوجيهات والأوامر، وبدأ فرويد نفسه بمعالجة العصبيين بالتنويم، وهو علاج يعتمد أكثر من غيره على مكانة وسلطان المعالج، بالإضافة إلى خضوع وسلبية المريض، ولم يهجر فرويد التنويم نهائياً إلا في عام 1896، ولكنه بدأ منذ عام 1892 في تعديل طريقته تدريجياً، فترك استخدام الأعراض كنقطة لبدء الحديث في الجلسات، وتوقف عن حث أو إغراء المرضى على استرجاع الذكريات المنسية، وأدخل بدلاً من ذلك أسلوب التداعي الطليق، وأعتقد أنه يحق لنا القول إن تسليم القيادة إلى المريض وما ترتب عليه من تغيير دور الطبيب هو أعظم كشف فرويد. ويجب في تدريب المعالجين النفسيين أن ندعم مياهم إلى أن يصبحوا غير تسلطيين، حيث يكون دورهم هو معاونة المريض على مساعدة نفسه، لا أن نعلي عليه ما يجب أن يقوم به، أو نقدّم عوناً مباشراً. ولكي يستطيع المرء أن يتخذ من ذلك السلوك عادةً فإنه يتطلب درجة من السلبية من جانب المعالج، وربما كان ذلك هو السبب في أننا نادراً ما نرى معالجين نفسيين رؤساء لأقسام؛ فنقص العدوان الظاهر -والذي قد يكون بالطبع قناعاً يخفي قدرًا كبيراً من العدوان الداخلي- أي غيابة كأسلوب سهل الاستعمال في تناول الأنا هو أمر ملحوظ لدى من يتخذون العلاج النفسي مهنة؛ فهؤلاء يفضلون ممارسة سلطانهم بأساليب لا تتطلب القرارات السريعة وإصدار الأوامر، أو أي شكل آخر من التصرف المباشر، أو الذي يتضمن الإجبار وفرض الإرادة على العالم والناس من حولهم.

لقد أصبح من المستقر الآن أن المعالجين النفسيين يجب أن يكونوا قادرين على الاهتمام الأصيل والداخلي مرضاهم، وقد بيّنت البحوث -على عكس الفهم الشائع- أن التقبّل الودّيّ يُسهّل تغيير الشخصية، تمامًا مثل ما يعمل النقد على إثارة العداوة؛ وبالتالي يجعل عملية التغيير أصعب. ويجب على المعالجين النفسيين بالطبع أن ينتقدوا بين الحين والآخر، ولكن الشيء المدهش هو أنه إذا أحس المريض أن المعالج يقف في صفه دون أي تحفظ فسوف يتقبّل تقبلاً حسناً أي تقويم انتقادي لاتجاهاته وعلاقاته، ويمكن اعتبار عبارة "دون أي تحفظ" التي

ذُكرتْها للتَّوْ مُساويةً لعبارة روجرز الشهيرة "التَّقبُّل الإيجابي دون قيِّد أو شرط"، والتي ربما تكون أقوى العوامل العلاجية قاطبةً في العلاج النفسي. يجب على المعالجين النفسيين أن يكونوا قادرين على وجه الخصوص على مَدِّ يد الاعتبار والتقدير الإيجابي إلى مَنْ رفضهم العالم. والمعالجون النَّاجِحون يمتلكون في اعتقادي قُدرةً خاصَّةً على التَّوْحُد مع المهانين والمجروحين، وهذه القدرة نادرًا ما تمتلكها غالبيةُ الجنس البشري الذين، وإن كانوا لا يحسُّون بنفاد الصَّبْر والاحتقار لهؤلاء العصابين الذين لا يُرحَّب العالم بهم، فإنهم لا يجدون من السهل إظهار الودِّ والتعاطف معهم.

وغالبًا ما يكون لدى المعالجين النفسيين دراية شخصية بما يعنيه أن يكون الإنسان مُهانًا أو مجروحًا، وهي دراية ربما كان من الأفضل ألا يحصلوا عليها، ولكنها في الواقع تُوسِّع من دائرة تعاطفهم. ولقد عانى فرويد نفسه من المهانة والتحقير خلال فترة حياته المبكرة، وعندما تقدَّم به العمر اضطرَّ للهروب من قُبيبا حتى يتجنَّب الاضطهاد النازي. كذلك أصبح الكثير من زملائه لاجئين. إن خبرة تعرُّض الإنسان للنبد من زملائه -سواء بسبب العرق، أو بسبب صعوبات في خلق علاقات مع الأقران أثناء الطفولة- قد تُخلِّف في نفس المرء مزيجًا غريبًا من العداوة والشكِّ تجاه الناس العاديين، ممتزجًا بنوع خاص من التعاطف مع هؤلاء الذين يحسُّ أنهم منبوذون مثله، وهو إحساسٌ غالبًا ما لاحظت وجوده في شخصيات المعالجين النفسيين.

والشكل النموذجي للمعالج النفسي، وهو الشكل الغالب، هو شخصٌ واسع العطف والتعاطف، مفتوح الصدر لانفعالاته وانفعالات الآخرين، قادر على التَّوْحُد مع نطاق واسع من البشر، يتقبَّل بسماحةٍ التَّعبير عن كلِّ من الحزن والغضب، دافئ، متعاطف، وودود، دون أن يكون عاطفيًا، لا يفرض ولا يؤكِّد ذاته، ولكنه قادر على الثبات في موقفه بهدوء، قادر على أن يضع نفسه في خدمة مريضه، ومُدرك أن مكافأته على القيام بذلك قد تكون طويلة الأجل وغير مباشرة. وقد تبدو هذه الصورة جميلةً لدرجة تبعث على عدم التصديق، ولكن إذا درسنا التكوين النفسي المرضي الذي يصاحبها فلن تبدو الصورة مبالغًا فيها كما قد يُعتقَد.

[HTTPS://T.ME/MKBTARAB](https://t.me/mkbtarab)

أَسْرُّ إِلَيَّ أَحَدَ الْمُحَلِّينَ الَّذِي كَانَ يَشْرَفُ عَلَى عَدَدٍ كَبِيرٍ مِنَ الْمَعَالِجِينَ النَّفْسِيِّينَ كَمْتَدْرِبِينَ أَوْ كَمَرْضَى، أَسْرُّ إِلَيَّ ذَاتَ مَرَّةٍ أَنَّهُ وَجَدَ أَنَّ أُمَّهَاتَ عَدَدٍ كَبِيرٍ مِنْ هَؤُلَاءِ كُنَّ مَصَابِيحًا بِالْاِكْتِثَابِ، وَليست لَدَيَّ أَيُّ إِحْصَاءَاتٍ تُؤَكِّدُ أَوْ تَنْفِي صِحَّةَ هَذَا الِادِّعَاءِ، وَلَكِنَّهُ إِذَا صَحَّ، فَلَنْ يَدْهَشُنِي؛ فَالْحَسَّاسِيَّةُ تَجَاهَ مِشَاعِرِ الْآخِرِينَ جِزءٌ هَامٌ مِنْ عِتَادِ الْمَعَالِجِ النَّفْسِيِّ، وَيُمْكِنُ إِرجَاعُ مِثْلِ هَذِهِ الْحَسَّاسِيَّةِ عَادَةً إِلَى ظُرُوفِ طِفُولَةِ الْمَعَالِجِ: لِمَاذَا يَتَحَثَّمُ عَلَى الطِّفْلِ أَنْ يَكُونَ وَعِيًّا وَحَسَّاسِيَّةً خَاصَّةً لِمِشَاعِرِ الْآخِرِينَ؟ غَالِبًا -فِيمَا أَظُنُّ- لِأَنَّ هَذِهِ الْحَسَّاسِيَّةَ تَنْبَعُثُ مِنْ قَلْقٍ بِشَأْنِ إِزْعَاجٍ أَوْ إِغْضَابٍ أَوْ مِضَاقَةٍ أَحَدِ الْوَالِدَيْنِ، أَوْ كِلَيْهِمَا. فَلنَفْتَرِضُ أَنَّ الْأَبَّ سَرِيعَ الِاسْتِثَارَةِ، صَعْبَ الْجِرَاسِ؛ فَلا شَكَّ أَنَّ الطِّفْلَ سَيَتَعَلَّمُ اسْتِشْعَارَ عِلَامَاتِ الْخَطَرِ، وَأَنْ يَكُونَ شَدِيدَ الْيَقِظَةِ لِمَا يَثِيرُ الْأَبَّ، وَيَدْرُسُ رَغْبَاتِهِ وَيَتَعَلَّمُ الْاِنْتِصَاعَ لَهَا حَتَّى يَتَجَنَّبَ غَضَبَهُ.

أَوْ لِنَفْتَرِضُ أَنَّ الْأُمَّ ضَعِيفَةَ الْبَنِيَّةِ، ذَاتَ رُوحٍ مَعْنُويَّةٍ مَنْخَفِضَةٍ، فَسَيَتَعَلَّمُ الْأَبُّ يَرْهَقَهَا بِمَطَالِبِهِ، وَسَيَصْبِحُ حَسَّاسًا لِلْعَوَامِلِ الَّتِي تُثَقِّلُ عَلَيْهَا وَتَجْعَلُهَا مَرِيضَةً أَوْ مَكْتَنِبَةً. وَهَذَا الْوَعْيُ وَالْقَلْقُ لِمَا يَزْعِجُ الْوَالِدِينَ قَدْ يَكْفِي السَّلُوكَ التَّلْقَائِيَّ الطَّبِيعِيَّ لَدَى الطِّفْلِ، وَقَدْ يَنْتُجُ عَنْهُ أحيانًا أَنْ يَحْسُرَ الطِّفْلُ أَنَّ طَلِبَاتِهِ أَنْأَيْتُهُ وَغَيْرَ شَرِيعَةٍ، بَلْ وَمُؤَذِيَّةٍ، فبدلاً مِنَ التَّعْبِيرِ الْحَرِّ عَنْ رَغْبَاتِهِ وَالتِّي قَدْ يَقْبَلُهَا الْأَبُّ أَوْ يَرْفُضُهَا فَإِنَّ هَذَا الطِّفْلَ يَنْمُو لَدَيْهِ شَعُورٌ أَنَّ حَاجَتَهُ لِلْحُبِّ هِيَ أَمْرٌ مُدْمِرٌ وَمُؤَذٍ. وَفَضلاً عَنْ ذَلِكَ، فَإِنَّهُ إِذَا شَعَرَ أَنَّ حَاجَاتِهِ وَمَطَالِبَهُ هُوَ نَفْسَهُ ضَارَّةٌ فَسَيَنْشَأُ لَدَيْهِ قَلْقٌ بِشَأْنِ هَلْ هُوَ مَحْبُوبٌ وَمَقْبُولٌ؛ وَبِالتَّالِي حَاجَةٌ مُلِحَّةٌ لِإثْبَاتِ ذَلِكَ؛ مِمَّا يُوَدِّي إِلَى تَدْعِيمِ مَثَلِهِ إِلَى الْقَلْقِ الزَّائِدِ بِشَأْنِ كَسْبِ رِضَى الْآخِرِينَ وَغَمْرِهِمْ بِأَفْضَالِهِ. إِلَّا أَنَّ الْحَرِصَ عَلَى كَسْبِ رِضَى الْآخِرِينَ وَسُرُورِهِمْ، وَالْحَسَّاسِيَّةَ لِمَا يَسَبِّبُ إِزْعَاجَهُمْ هِيَ صِفَاتٌ نَافِعَةٌ تَسَاعِدُ الْمَعَالِجِ النَّفْسِيِّ عَلَى بَدْءِ الْعِلَاقَاتِ مَعَ الْمَرْضَى الْبَادِئِينَ بِالشُّكِّ أَوْ الْعُدْوَانِ.

وَإِذَا سِرْنَا بِنَتَائِجِ هَذَا التَّكْوِينِ النَّفْسِيِّ الْمَرْضِيِّ الْمَفْتَرَضِ إِلَى أَعْبَدِ مِنْ ذَلِكَ، فَسَوْفَ نَرَى أَنَّهُ يَنْتَصِلُ بِغَيْرِهِ مِنْ سِمَاتِ شَخْصِيَّةِ الْمَعَالِجِ النَّفْسِيِّ؛ لِأَنَّهُ إِذَا كَانَ سَلُوكُ الطِّفْلِ مَحْكُومًا بِالْقَلْقِ النَّاشِئِ مِنَ الْآثَارِ الَّتِي قَدْ نُحَدِّثُهَا مَطَالِبُهُ عَلَى وَالِدِيهِ؛ فَمَنْ الْوَاضِحُ أَنَّهُ يَضَعُ نَفْسَهُ فِي الْمَرْتَبَةِ الثَّانِيَّةِ، وَيَعْطِي الْأُولَوِيَّةَ لِحَاجَاتِ وَالِدِيهِ. مِثْلَ هَذَا الطِّفْلِ قَدْ يَنْمُو لِيَكُونَ بِالْعَمَّا شَدِيدَ الْحَسَّاسِيَّةِ لِمِشَاعِرِ الْآخِرِينَ، وَيَمِيلُ أَيْضًا إِلَى الْإِغْيَاءِ ذَاتَهُ وَتَقْدِيمِ الْآخِرِينَ عَلَيْهَا.

ومثل هذا الاتجاه يُشجّع كَبَتَ مشاعر الطفل العدوانية، حيث إن توكيد الذات ممنوعٌ، ولا يمكن فصله عن العدوان. ولا أعتقد أن أحدًا يمكن أن يتوجّه أساسًا إلى مراعاة مشاعر الآخرين دون أن يكبت قدرًا كبيرًا من مشاعر العدوان لديه؛ لذلك فإن المعالِجين النفسيين ليسوا "لُطَافًا" كما يبدو أحيانًا، وهي ملاحظة لم تُفت عيَنَ فرويد الفاحصة، الذي اعتقد أن الحماس للعلاج النفسي هو دفاعٌ ضدَّ السادية. وأعتقد أن الكثيرين من أصحاب مِهَنَ "تقديم العون" عليهم خلال تدريبهم أن يواجهوا ويقبلوا -على مَمَّضٍ- ذلك الجانِبَ العدواني من شخصياتهم، والذي ربما لم يدركوا وجوده من قبل، فإذا نجحوا في ذلك فسيصبح من السهل عليهم تحمُّل أي عدوان قد يوجَّهه المرضى إليهم، وكذلك فرض أو توكيد آرائهم وحاجاتهم الاجتماعية حيثما كان ذلك ملائمًا.

ويبدو أن توكيد الذات يلازمه شيء من عدم اليقين بالنسبة للهوية، فهناك مَيَلٌ من جانب المعالِجين النفسيين لأن يصبحوا كل شيء في حياة كل الناس، وبالتالي فلا شك أنه سينقصهم الحزم والاتساق ووضوح الشخصية، وهي الصفات التي تجذبنا عادةً فيمن نعجب بهم من الناس. فإذا كان المعالج يعمل دائمًا على فهم الآخرين بدلًا من أن يُعبّر عن آرائه هو؛ فإن تلك الآراء لن يُتاح لها أبدًا فرصة أن تُصاغ أو تظهر بوضوح. ومن المرغوب فيه أن يكون المعالج خاليًا قدر الإمكان من التعصُّب، رغم أن هذا شيء بعيد المنال. ولكن الخلو من التعصُّب قد يعكس أيضًا نقصًا في وجود أي اقتناع حقيقي أصيل وأي اتجاهات إيجابية تجاه العالم.

ومع ذلك، فإن هناك جانبًا إيجابيًا لهذه الميوعة في الإحساس بالهوية، فمن المستحسن ألا يتوخَّد المعالج النفسي توخُّدًا وثيقًا بالأنماط الجنسية الشائعة في أي مجتمع يعيش فيه، فيجب أن يكون قادرًا على استقبال كل من الإسقاطات الذكورية والأنثوية لمرضاه، وأن يكون كلاً من "الأب" و"الأم". فإذا كان المعالج ظاهرًا الأنثوية أو واضح الرجولة فسيكون من الصعب على المريض أن يُسقط أيًا من الصورتين؛ فالإسقاط يحتاج إلى "شَمَاعَات" ليتعلق بها، ومن المفيد حقًا للمعالج أن يستطيع التوخذ بكلا الجنسين، وأن يتخيَّل وضعه في الجنس المخالف، ويتضمَّن هذا أن يكون على وعي بصفات الجنس المضاد التي يحملها. ومن الأمور اللافتة للنظر أنه في دراسات نفسية المتكبرين والمبدعين من الرجال وجد الباحثون

بانتظام أن درجات هؤلاء المبدعين عالية في الاختبارات التي تقيس الأنوثة. وقد وُجد أن أعظم الروائيين -ومثّلهم الأعلى تولستوي- يستطيعون التوحّد بالجنس الآخر وتصويره بصورة مُقنعة تمامًا، ومن الأمور المثيرة أن تولستوي الذي كان يجد صعوبة في التحكّم في دفعاته الجنسية لم يصل قط إلى هوية ثابتة، فكان طوال حياته يتقلّب ما بين المتّع الحسيّة والرّهّد، بين الكبرياء والتواضع، بين المثالية والشك. وربما كان نقص الاتّساق هذا عاملاً من عوامل نجاحه كروائي، ولكنه جعل منه شخصاً لا يمكن معاشرته. والأمر بالمثّل مع بعض المعالجين النفسيين.

و غالباً ما يرتبط أو يتعلّق الأشخاص الذين ينجذبون إلى ممارسة العلاج النفسي إلى الآخرين بواسطة التوحّد بالآخر، لا بواسطة تبادل توكيد الذات على قدم المساواة. وبينما قد يكون من الضروري وجود قدر كبير من التوحّد بالمريض في إطار العلاج إلا أنه أمرٌ غير مُستحبّ في العلاقات بالأصدقاء، ولو أنه طريقة سهلة لكسب ودهم في بداية العلاقة. ولعله أمرٌ شديد الإغراء -ولكنه خاطئ- للمعالج النفسي أن ينقل إلى حياته الاجتماعية طريقةً للتعامل والارتباط مع الناس لا تصلح إلا لغرفة الاستشارة، فالكثير من الناس يرغبون في الحديث عن أنفسهم بتطويل، ولما كان المعالجون خبراء -أو يجب أن يكونوا خبراء- في جرّ الناس إلى الكلام، فإن بعض جلساتهم ومقابلاتهم الاجتماعية قد تتحوّل إلى مونولوج من جانب الشخص الذي يُحدّثهم، بينما لا يساهم المعالج في الحديث بأكثر من القدر الذي يساهم به حين يصغي إلى التداييع الطليقة لمريض. وربما ترك مثل هذه المحادثة أثراً طيباً في المتحدّث، ويعتقد أنه كان يتحدّث إلى شخص "لطيف" حقاً، ولكنه عند مراجعة نفسه سيتذكّر أن المعالج لم يقل شيئاً على الإطلاق عن نفسه، وأنه بالتالي لم تكن لديه فرصة حقيقية للحكّم عليه بأنه لطيف أم لا. صحيح أن هناك عدداً من الأشخاص النرجسيين إلى أقصى حدّ، والذين يحلّ المونولوج عندهم محلّ المحادثة، ولكن غالبية الناس الأقل استغراقاً في ذواتهم يعتبرون اللقاءات الاجتماعية فرصةً لتبادل الحديث على أساس من النديّة بدرجة أو بأخرى. ولكن بعد أن يقع مثل هذا الشخص في مصيدة المونولوج مع المعالج النفسي فإنه سيعتبر أن تواضعه المظهري ما هو إلا غطاء يستر به تعاليه على الناس.

إن حقيقة أن الأشخاص الذين يجذبون إلى ممارسة العلاج النفسي يميلون إلى إقامة علاقاتهم بالآخرين على أساس التوحد لا على أساس التوكيد المتبادل للذات على قَدَم المساواة، ينتج عنها أن تخمد عندهم بعض الشيء الرغبة في السلطة والنفوذ، وهي رغبة يشترك فيها جميع الناس، ولا يتضح هذا لهم أو لمرضاهم. ومع أن المعالجين النفسيين يضعون أنفسهم ومهاراتهم في خدمة مرضاهم فإنهم في الحقيقة يحتلون موقعًا ذا نفوذ عظيم؛ فهم أولًا: في موقع يُمكنهم من "النَّزُل" والتفضل بقبول المريض للعلاج أو رفضه. ولما كان هناك عجز في عدد المعالجين النفسيين فإنهم يُعتبرون سلعةً نادرةً وغالية، ومع أن بعض المُحلِّين يتقاضى أجرًا عالية جدًا فإنهم لا يتورعون عن إشعار المريض بأنه محظوظ إذ تمكَّن من الفوز بالرُّقاد على أريكته. ولما كان أحد أهداف العلاج النفسي هو مساعدة هؤلاء الذين لم ينضجوا بعد ولم تتوفَّر لهم الثقة الكافية لأن يصلوا إلى اقتناع بأنهم متساوون مع غيرهم، فإن مثل هذا الاتجاه من جانب المعالج لا يؤدي إلى تلك النتيجة. ومن الأمور الباعثة على الارتياح والرضا -ولو أنها مقلقة أيضًا- أن يكون لدى المعالج مرضى شديدي الاعتماد عليه، وهي ملاحظة لفتنا الانتباه إليها في الفصل السابع. ويشجِّع بعض المعالجين الذين لا يعون شوقهم إلى السلطان والنفوذ، يشجِّعون الاعتماد عليهم بأن يتوانوا في إظهار تواكُّية المريض أو في تشجيعه على التغلُّب عليها (لا شعوريًا في معظم الأحيان). ويحدث هذا غالبًا في العيادات الخاصة، لا سيما إذا كان المريض ميسورًا ويدفع "الأتعاب" بانتظام. وقد لا يمارس المعالجون النفسيون النفوذ والسلطان بطريقة ظاهرة ومباشرة، ولكنهم يمارسونها من وراء ستار، حيث يكون لهم من السيطرة أكثر ممَّا يبدو. ولا بُدَّ لهؤلاء المعالجين من مُغالبة الرغبة في إساءة استعمال تلك السلطة، وأن يكونوا دائمًا على وعي بذلك، ويسري هذا الكلام على كل من يعملون في مهنة "تقديم العون" بدرجة أقل.

ذُكرت فيما سبق أن المعالجين النفسيين كانوا -ولا يزالون- سلعةً نادرة، ويثير هذا القول مسألة هل يلجأ البعض إلى اتخاذ العلاج النفسي مهنةً لإدراكهم هذا الموقف، من ناحية، ولأنهم يخشون الفشل إذا تخصصوا في مجالات تكثر فيها المنافسة، من ناحية أخرى. ربما وجدنا حالات من هذا القبيل، أولئك الذين يحسبون أمورهم بهذه العقلية، ولكنني أعتقد أن مثل هؤلاء الناس من النادر

<https://t.me/mk1btarab>

أَنْ يُصَادِفَهُم المرء، وأمل أن أكون قد وُضِعْتُ فيما سبق أن سمات الشخصية التي تجذب الأشخاص إلى ممارسة العلاج النفسي تبرز في الطفولة قبل أن تصبح اعتبارات كسب العيش أمرًا له خطورته.

إلا أن الحساسية تجاه مشاعر الآخرين إذا امتزجت بـكبت ميول توكيد الذات فقد لا تكون -خلال الطفولة- خير مزيج من السمات يؤدي إلى سهولة الاختلاط بالأقران؛ فالأطفال من كلا الجنسين يحتاجون إلى قدر من العدوان المكشوف حتى يقوموا بشؤونهم. قد تكون لدي انطباع أن عددًا ممن أصبحوا معالجين نفسيين، لم يصبحوا كذلك لمجرد أن الحساسية تجاه مشاعر الآخرين وغياب الرغبة في توكيد الذات هي سماتٌ تُفيدهم في عملهم، بل أيضًا لأن المشاكل التي صادفوها في الاختلاط بالأقران في الطفولة المبكرة أدت بهم إلى اختيار المواقف المحددة البناء، حيث تحكم القواعد والتقاليد تبادل العلاقات، والتي يكون فيها التقرب الوثيق من جانب واحد بالضرورة. فإذا توفّر للمعالج الوعي بكيفية أدّى تكوينه السيكوباتوجي إلى اختياره لمهنته، فإنه يستطيع الاستفادة منه بالطريقة البناءة التي تساعد مرضانا على تحقيق ما نريد لهم، والتي أشرتُ إليها في الفصل الثالث عشر. والحقيقة أنه دون بعض السمات التي بينتُ خطوطها العريضة فإن المعالج النفسي الموعود لن ينجذب إلى المهنة ولن يتقنها إذا ما قُدِّر له أن يمتثلها.

وعلى أي حال، فإن هناك نوعين من الأشخاص الذين يصبحون أحيانًا مُعالجين نفسيين لأسباب أكثر "خطأ" من تلك التي سبق ذكرها. وكتب شارلز ريكروفت Charles Rycroft في كتابه القلق والعُصاب⁽¹⁾ يقول: "غالبًا ما ينجذب أصحاب الشخصيات الحوازية إلى علم النفس؛ إذ إنه يحمل إمكان معرفة تلك الجوانب الأكثر تملُّصًا ورتبقيَّةً، والتي لا يمكن التنبؤ بها في شخصياتهم أو شخصيات الآخرين؛ وبالتالي لا يمكن التحكم فيها. وهم يجدون النظريات النفسية التي تتجاهل الحدس وتعتمد على التحليل الإحصائي وتتضمّن فكرة أو نموذج السواء - يجدونها ذات جاذبية خاصة؛ حيث إنها تدعّم الاعتقاد بأن الانفعالات يمكن السيطرة عليها عقليًا، وأن هناك نمطًا معروفًا ومرغوبًا من السلوك يمكن للمرء أن يتوافق معه، وهكذا يتمكنون من الإحساس بأنهم لا يسرون في أرض زلقة، وإغا يطؤون أرضًا

(1) Rycroft, Charles (1968) Anxiety and Neurosis 278, London: Allen Lane, The Penguin Press

معروفة لهم. وهم ينجذبون أيضاً للأنساق الفلسفية، حيث إنها تخلق لديهم وهماً مؤداه إمكان اكتشاف مفتاح الكون بما يمكنهم من فهم كل شيء بوجه عام، وبالتالي يتحصنون ضد المواجهات المثيرة للقلق مع المجهول".

والجزء الأول ممّا يقوله ريكروفت قد ينطبق عادة على هؤلاء الذين يجذبهم علم النفس التجريبي، وهم جماعة من الناس هنا في إنجلترا يرفضون المعالجين النفسيين عامّةً وكلّ ما يتعلّق بأعمالهم، إلا أنه توجد -لسوء الحظ- جماعة من المعالجين النفسيين أنفسهم تنطبق عليهم هذه المقولة. وهم نفرٌ قليل، يبدو أنهم لا يستشعرون شيئاً، فلا تبدو لديهم أي بادرة تنمُّ عن فهم لأنفسهم أو للآخرين. ويوجد كذلك الذين دخلوا ميدان العلاج النفسي لأنهم يعتقدون -خاطئين- أن ممارسته ستزيح عن أعينهم غشاوة عدم الإدراك.

أمّا الجزء الثاني من عبارة ريكروفت والمتعلّقة بالأنساق الفلسفية فإنها تنطبق أكثر ما تنطبق على هؤلاء المحلّلين النفسيين الذين يُعلون من شأن "مدرستهم"، بحيث يجعلونها عقيدةً جامدةً، والذين يعتقدون أنهم فقط، وبعض حوارِيّهم ممّن قاموا هم بتحليلهم، يمتلكون الفهم العميق للطبيعة الإنسانية. وهؤلاء هم المحلّلون الذين يؤمنون بوجود مَثَلٍ أعلى أسطوريٍّ للتحليل الكامل للإنسان، والذين يقدرحون فيمن لا يقبل آراءهم بأنه لم يتدرب بما فيه الكفاية (يقصدون طبعاً لم يتنازل عن آرائه)، وهم الذين يخلقون دائماً الجماعات المنشقة في هيئات التحليل النفسي، ويفشلون تماماً في إدراك أنه في علمٍ جديد نسبياً تساهم فيه عقولٌ عديدة ومتنوعة تصبّح الدوجماتيكية أمراً لا محلّ له، ودلالة على انعدام شعورهم بالأمان. والمحلّلون من هذا النوع لم يعبروا بعد -حسب مصطلحات كلاين- الموقف البارانونيدي شبه الفصامي، ليصلوا إلى القدرة على الاكتئاب. فمن صفات الشخص البارانونيدي أنه يعرف أنه على صواب وأن الآخرين مخطئون، بينما يستطيع الشخص الذي وصل إلى الموقف الاكتئابي أن يشكّ فيما إذا كان لديه أو لدى أي شخص آخر المفتاح الوحيد لفهم الكائن الإنساني. ويميل المعالجون النفسيون عديمو الخبرة إلى أن يُرهبوا أمثال هؤلاء من ذوي المعتقدات القوية، وإني أنصحهم أن يقرؤوا كتاب نورمان كون⁽¹⁾ Norman Cohn "البحث عن الجنة

(1) Cohn Norman (1957) *The Pursuit of the Millennium*, London: Secker and Warburg

الموعودة" The Pursuit of The Millennium، وهو عَرَضٌ عميق الفهم للطبيعة البارانونيدية للحركات الانشقاقية أو "الرافضة". ودائمًا ما يكون لمثل هذه الحركات ثلاث صفات مميّزة: زعيم متأكد أنه لا يأتيه الباطل من أمامه ولا من خلفه ويَعِدُّ أتباعه بالجنة الموعودة. وعدوٌّ مُناهضٌ، سواء كان "النظام" أو المؤسسة أو أعداء المسيح أو من لا ينضون تحت لواء العقيدة التي ينادي بها. وجماعة من الأتباع الذين يحسُّون بانعدام الأمن والاطمئنان، أو بحرج موقفهم، بحيث يحتاجون -لأسباب خارجية، أو لأسباب تتعلَّق ببنائهم النفسي- أن يتعلَّقوا بمثل هذا القائد.

لقد حاولتُ فيما سبق أن أرسم صورة عامة للخصائص النفسية التي تميّز -على الأقل- عددًا مَمَّنْ يجذبون إلى ممارسة العلاج النفسي. وتستند هذه الخطوط العريضة -من جانب- إلى التأمل والتَّمَعُّن، ومن جانبٍ آخر إلى معرفتي بغيري من المعالجين النفسيين، سواء كمرضى أو زملاء. وأرجو أن يكون فيما كتبتُه شيئًا من الرد على السؤال الساذج: هل المعالجون النفسيون عصائبيون؟ أو من الضروري أن يكونوا عصائبيين مثل هؤلاء الذين يعالجونهم؟ وإني أعتقد أن العصاب هو طغيان التكوين النفسي المرضي (السيكوباتولوجي) أو وقوع المرء تحت رحمته أكثر من كونه امتلاكًا أيّ مَهِطٍ مُعَيَّنٍ من السيكوباتولوجي. ومن الواضح أن هؤلاء الذين يَمُرُّون بأزمات أو مَن تَطغى عليهم بدرجة أو بأخرى مشاكلهم الشخصية لا يكونون في وضع يمكنهم من العناية بمشاكل الآخرين، وهي العناية المطلوبة من المعالج النفسي. ومن جانبٍ آخر فإن هؤلاء الذين يظنُّون ألا مشاكل لديهم على الإطلاق لا يصلحون أيضًا؛ فالصحة النفسية لا تُعرَفُ بأنها غياب المشاكل. والوحيدون الذين لا مشاكل لديهم هم الموتى أو الذين بلغ جمودهم وتصلَّبهم وعدم وعيهم بأنفسهم حدًّا لم يَعُدْ يسمح لهم بالنمو والتطوُّر. وقد سبق أن أشرت إلى أن المعالجين النفسيين هم أقرب إلى الفنانين منهم إلى العلماء. وأحد مميّزات المبدعين الذين يعملون بالفن أنهم في تحيُّرٍ وتطوُّرٍ مُستمرِّين، وأنهم يتناولون على الدوام مشاكل جديدة، ومَن لا يفعل ذلك لا يُنتِج شيئًا ذا أهمية؛ ففي اللحظة التي يكتسب المرء فيها وجهة نظر جامدة، ويقينًا مُطلقًا في الحياة، ويعيش في وهمٍ أَنَّهُ تَخَلَّصَ من كل مشكلة - فإنه يفقد فورًا القدرة على النمو الشخصي، وكذلك القدرة على التوحُّد بالآخرين وفهم مشاكلهم. ولما كُنَّا جميعًا

يزداد ميلنا إلى الجمود مع التقدم في السن فلا شك أنه سيكون من الأفضل أن يمارس العلاج النفسي مَنْ هُمْ أصغر سنًا، وهي مسألة فيها خلافٌ على أي حال. ومن المعروف أن كُلاً من فرويد ويونج مالا -مع تقدُّم السن- إلى فقدان الاهتمام بالعلاج، وازدياد الميل إلى المسائل النظرية. ومع ذلك فلنا أن نتشجّع ويزداد عزمنا باتخاذ بعض المبدعين العظماء قدوةً لنا، هؤلاء الذين استمروا في التغيُّر والتطور بعد أن بلغ بهم العُمُرُ أزدله، فكتب فردي Verdi -مثلاً- أوبرا فولستاف Falstaff وهو في الثمانين، وهي أوبرا تُعتَبَر في كثير من النواحي نقطة انطلاق جديدة. أمّا مايكل أنجلو Michel angelo الذي توفي في التاسعة والثمانين تقريباً فقد ظلَّ إلى ما قبل وفاته بسنة أيام يرسم لوحة روندانيني بينا Rondanini Pieta، وكانت هي أيضاً انطلاقة جديدة، ومحاولة للوصول إلى الجذور. لقد كان لهؤلاء الرجال العظام مشاكلهم: مشاكل تكامل شخصياتهم، والسعي إلى طريقة في التعبير أكثر كمالاً ممَّا وصلوا إليه، مشاكل لم تكن مجرد مسائل في الأسلوب أو التكنيك، وإمَّا ترتبط ارتباطاً وثيقاً بحقيقة أنهم هم أنفسهم كانوا يتغيرون ويتطورون حتى آخر لحظة في الحياة. لم يعرفوا كل الإجابات، ولم يصلوا قَطُّ، ولكنهم استمروا في المسيرة آملين. هذا هو -فيما أعتقد- الاتجاه الذي يجب أن يتخذه المعالج النفسي من مشاكله ومن مشاكل الآخرين.

غالبًا ما يسألني تلاميذي: هل أرى من الضروري للمعالج النفسي أن يُحلَّل؟ وجوابي أن معظم الذين يتخذون من العلاج النفسي جزءاً أساسياً من حياتهم المهنية يحسُّون فعلاً بالحاجة إلى استكشاف مشاكلهم الشخصية بهذه الوسيلة في فترة ما خلال حياتهم المهنية. وفضلاً عن ذلك فإذا كان الأطباء يصبحون أفضل إذا ما أصبحوا هم أنفسهم مرضى مرَّةً أو أكثر، فإني أعتقد أنه سيكون شيئاً ذا قيمة بالنسبة للمعالج النفسي أن يتعرَّض هو نفسه للعلاج النفسي؛ حتى يصبح من السهل عليه تصوُّر الخبرة التي يمرُّ بها المريض. وتعليم العلاج النفسي أمرٌ صعب؛ لذلك التعرُّض لخبرته بشكل شخصي طريقة جيدة لمعرفة شيء عن ممارسته. ومع ذلك فلا توجد دراسة معروفة لي تُبَيِّن أن المعالجين النفسيين الذين مرُّوا شخصياً بخبرة العلاج أكثر كفاءةً من الذين لم يمرُّوا بها. وهناك أشخاص يبدو أنهم وُلِدوا لكي يكونوا معالجين نفسيين، وهم الذين مُنِحوا الحُدْس، والتعاطف، والحنان ممزوجاً بالدرجة اللازمة من التجرُّد Detachment. أنا أبعد الناس عن القول إن

<https://t.me/mk1btarab>

العلاج النفسي الماهر والحاذق لا يستطيع ممارسته إلا هؤلاء الذين مرّوا بخبرة التدريب الكاملة على التحليل النفسي.

وأتحوّل الآن إلى تناول آثار ممارسة العلاج النفسي على المعالج النفسي. وأودُّ أولاً أن أوّكّد أنها مهنة مشوقة للغاية، تعود على صاحبها بالنفع العظيم؛ فأى مهنة أخرى تسمح لصاحبها أن يعرف -وبدرجة حميمة للغاية- مثل هذه المجموعة الكبيرة والمتنوّعة من البشر؟، ثانيًا: من الواضح أنه شيء ممتع أن يحسّ المرء أن مرضاه يُقدّرونه حقّ قدره، وأنه يستطيع مساعدتهم ولو قليلًا. إلا أنني لن أستطرد في الإشادة بمزايا المهنة؛ فما يهمني في المقام الأول هو استعراض آثارها التي لا تتّضح دائمًا.

لما كانت ممارسة العلاج النفسي تتطلّب بعضًا من السمات الشخصية التي أشرتُ إليها فمن الطبيعي أنه يجب تدعيم وتعزيز تلك السمات. وقد يصل الأمر إلى درجة أن نوعًا معيّنًا من المعالجين قد يتلاشى بوصفه فردًا محددًا، مثلما يحدث أحيانًا لبعض السيدات المسيحيات اللاتي يضحّين بأنفسهن لخدمة الآخرين، بحيث يتحوّلن إلى لا شيء، أي إلى أشخاص وُجدوا لخدمة الآخرين، لا للوجود كذوات مُستقلّة. وعندما يُمارَس العلاج النفسي طوال اليوم، وكل يوم، ينشأ خطر تحوّل المعالج إلى "لا شخص"، فيشبه أبا أطفاله جميعًا ليسوا وهميّن فحسب، بل وغير شرعيّين أيضًا. ويميل المعالجون النفسيون إلى نسيان ذلك، رغم أنهم غالبًا ما يعرفون مرضاهم أفضل من أي شخص آخر، وهم يرونهم في ظروف خاصة، ولفترة قصيرة، وهم لا يرون هؤلاء المرضى أثناء سعيهم في الحياة، وإنما يسمعون عن قلقهم وفشلهم وتردّدهم أكثر ممّا يسمعون عن نجاحاتهم، وهذا أمر طبيعي؛ ولذلك فإنهم قد يرسمون لهم في خيالهم صورًا مُحرفّة أو مُشوّهة بعض الشيء؛ باعتبارهم أقلّ كفاءة وقُدرة ممّا هم عليه في الواقع. إلا أن بعض المعالجين وهم يعيشون هذه الخبرات من خلال مرضاهم يتعرّضون ل نفس الخطر الذي يتهدّد بعض الآباء. ومن الضروري بالنسبة للمعالج أن يجد له مُتنفّسًا، مكانًا في الحياة يعيش فيه من أجل نفسه فقط، حيث يكون التعبير عن الذات لا فيها هو المطلوب. وأتّفق مع توماس زاز Thomas Szaz حين يكتب قائلاً: "إذا قابلت ما بين ثمانية إلى عشرة مرضى كل يومين فلاحتمال الأكبر أن مستوى عملك لن يكون عاليًا دائمًا، وأحد الحلول الجيدة لتلك الأزمة هي أن

تجمع بين عملك التحليلي وبين نشاط آخر مؤتلف معه، كالتدريس، أو البحث، أو الكتابة⁽¹⁾.

كما يجب أن ألقت الانتباه إلى أن أسر المعالجين النفسيين تعاني هي الأخرى؛ وذلك لسببين: الأول: أن كتمان أسرار المهنة يعني أن المعالج لا يستطيع فعلاً أن يناقش عمله مع أسرته، والتي عادةً ما لا يكون لديها إلا أدنى فكرة عن طبيعة عمله. وإذا كان أحد الوالدين يعمل مُعالِجاً كل الوقت -أو حتى نصف الوقت- فإن هذا يعني أن تبادل الحديث مع الأسرة يَقلُّ كثيراً؛ ممَّا يؤدي كافة الأطراف. فإذا كان أهم حدث في حياة الفرد اليومية هو التحسُّن المفاجئ الذي طرأ على أحد المرضى، أو أن مريضاً آخر قد توقَّف عن العلاج؛ فإن استحالة الحديث عن ذلك "أمام الأولاد" قد يزيد من عزلة الأب، ويجعل الأطفال يحسُّون بالنُّبذ أو الإهمال. وطالما سألت نفسي هل تعاني أسر الجواسيس أو حتى السياسيين الذين يحتفظون بأسرار الدولة والذين عليهم أن يراقبوا ما يقولون، هل تعاني من نفس المشكلة؟ والغالب أن المعالجين النفسيين يميلون إلى مناقشة بعض جوانب حالاتهم مع زوجاتهم، ويطلبون منهنَّ أيضاً كتمان السر، ولكنني كنتُ عادةً أتحاشى الدخول في أي تفاصيل؛ لإحساسي بأن في هذا خيانة للثقة التي وُضِعَتْ فيّ، مع أن معظم المرضى يتوقَّعون أن يحكي المرء عن عمله لزوجته، ودائماً ما أُجيب بصراحة تامَّة عمَّا أفعله إذا أثير الموضوع.

السبب الثاني في أن ممارسة العلاج قد تؤذي أو تضرُّ الحياة الأسرية، هو أنه لمَّا كان العلاج النفسي مهنةً تتطلَّب استخدام العواطف والانفعالات؛ فإن المعالج النفسي قد لا يتبقَّى له إلا قدر ضئيل من الطاقة الانفعالية لزوجته وعائلته؛ لأن المرء إذا قضى يومه في الاستماع إلى مشاكل الآخرين فإنه غالباً ما سيكون أقلَّ صبراً في الاستماع إلى مشاكل زوجته، أو حكايات أولاده في المدرسة ممَّا لو كان يعمل في شركة تأمينٍ مثلاً. ويلجأ بعض المعالجين النفسيين إلى الهرب في أشياء ومسائل بعيدة عن الحياة الشخصية. وقد وجدتُ أنا أن هوايتي في قراءة الروايات قد تأثَّرت كثيراً عندما كنتُ أعمل كل الوقت، رغم أنني تعلَّمتُ الكثير عن الطبيعة الإنسانية من مؤلَّفي تلك الروايات.

(1) Szasz, Thom (1965). "The Ethics of Psycho-Analysis" pp. 219- 20 New York: Basic Books.

وهناك خطر آخر يتمثل فيما يسميه يونج "العدوى اللا شعورية"؛ فمهما كان المعالج مُتَرَنَّا فأغلب الظَّنُّ أنه سيصادف عددًا من المرضى تكون مادَّتهم مُقلِّقة ومثيرة للاهتمام في الوقت نفسه، بحيث تؤثر على توازنه. ولا أشير هنا إلى خطر وقوع المعالج في حُبِّ مريضته، حيث إن هذه مخاطرة لا تنطبق على المعالجين النفسيين فقط، وإنما تنطبق أيضًا على الأطباء العاديين ورجال الدين، وغيرهم ممَّن يقدمون المشورة أو النصح للناس في مختلف المجالات، ولكن ما أعنيه شيء آخر يتعلَّق بالجوانب اللا شعورية في نفس المعالج ذاته، والتي لم تكن لتثار أو ترى النور قط في الحياة العادية أو حتى خلال تحليله الشخصي. ولقد استقرَّ رأيي منذ سنين عديدة أنني لن أكون من أولئك المُحلِّلين الشُّجعان الذين يُقدِّمون على علاج الدُهانيِّين؛ ذلك لأنني أعتقد أن غالبية هؤلاء المرضى لا ينفع معهم العلاج النفسي من النوع الذي يكشف المستور. ومع اعترافي أن قِلَّةَ منهم قد يستفيدون، رغم أن علاجهم عادةً ما يكون صعبًا ويستغرق وقتًا طويلًا - إلا أنني وجدتُ أن العلاقة الوثيقة مع الفصاميِّين محفوفة بالمخاطر والمنغصَّات. وقد قال برتراند رسل عن صديقه الروائي جوزيف كونراد⁽¹⁾: "لقد كان يرى في الحياة الإنسانية المتمدِّنة والمقبولة أخلاقياً رحلة خَطِرة على قشرة رقيقة من الجِصَم التي ما كادت تَبْرُد، والتي كانت تُهدِّد في أي لحظة بالانهيار وإلقاء غير المحترِّس في أعماق الجحيم"... وقد كنتُ أحسُّ بنفس هذا الإحساس في لقاءاتي الحميمة مع الدُهانيِّين.

فإذا وجد المعالج نفسه مُهدِّدًا بهذه الطريقة فيجب عليه أن يناقش الأمر مع زميلٍ له، وقد يجد أنه من اللازم أن يخضع لمزيدٍ من التحليل النفسي لنفسه، أو يجد من الواجب عليه أن يلزم حدوده.

وهناك خطرٌ آخر يتهدَّد المعالج، وهو الانعزال عن الناس العاديِّين، فبعض المُحلِّلين يجدون أنفسهم غير قادرين على التواصُل مع أي إنسان آخر سوى المرضى والزملاء من المعالجين. فهناك من المُحلِّلين النفسيين ممَّن يقضون ثماني ساعات أو أكثر مع المرضى في اليوم الواحد، وفي المساء يحضرون بانتظام حلقةً دراسيةً أو نقاشًا. ومثل هذه الحياة تُقلِّل من وجود المرء ككائن إنساني، بالإضافة

(1) Russell Bertrand (1956) Portraits From Memory, P/ 32 London: Allen and Unwin.

إلى أنها تدعم الجوانب الدوجماتيكية والعقائدية لبعض جماعات التحليل النفسي، والتي أشرتُ إليها سابقًا، وأعتقد أنه من الأهمية بمكان أن يحيا المعالجون حياة اجتماعية عادية قدر المستطاع، حيث يقابلون الأصدقاء من مختلف مشارب الحياة والذين يعملون في مهَنٍ مختلفة تمامًا. ويحدث أحيانًا أن يحمل بعض المعالجين النفسيين اتجاهاتهم المهنية إلى حياتهم العادية، لدرجة أنهم يضحون عاجزين عن التمييز بين مَنْ يحبُّونهم ويميلون إليهم حقًا عن غيرهم.

ومهما يكن من أمرٍ، فلا أريد أن أنهي كتابي بترك انطباع أن العلاج النفسي مليء بالمخاطر؛ ممَّا قد يعوق أي شخصٍ يحتمل أن يبرع فيه عن ممارسته، ولكن العلاج النفسي -شأنه شأن أي مهنةٍ له- مساوئه، ولكن مزاياه تفوقها بكثير؛ فالبشر كائناتٌ لا نهاية للعجب منها، وهي مُركَّباتٌ مُعقَّدة من كافة الصفات الخيِّرة والشريرة، فلا توجد سمة من سمات الشخصية، ولا طبع من الطباع الإنسانية لا يحمل جانبين. وإذا كان لي أن أذكر الانطباع الأقوى الذي وقرَّ في نفسي من خلال عملي كمعالج نفسي فهو ذلك الجانب المُحمَّل بالثائية الوجدانية. لقد أثرت مهنتي حياتي ثراءً عظيمًا، وأشكر حظي الذي أتاح لي فرصة الولوج بعمقٍ في حياة الكثيرين من البشر الممتعين، والذين كانوا غالبًا مُحَبِّين إلى النَّفس.

[HTTPS://T.ME/MKBTARAB](https://t.me/mkbtarab)

[HTTPS://T.ME/MKTBTARAB](https://t.me/mktbtarab)

نبذة عن المؤلف

أنطوني ستور (-1920 2001)

وُلِدَ عام 1920، حصل على بكالوريوس الطب عام 1944، وتخصّص في الطب النفسي، أصبح محاضراً في الطب النفسي بكلية الطب بجامعة أكسفورد عام 1974، وأستاذاً بكلية الطب بجامعة لندن.

له مؤلفات معروفة عن: "العنوان"، "الشخصية"، "الإبداع"، "تحليل شخصية تشرشل"، "فن العلاج النفسي".

نتذكر عام التوقف عن النشر عام القنوات الاخرى مؤقتاً

الاشخاص المتفاعلين وأصحاب القروبات

سيحصلوا على نسخة

عالية الجودة وبدون طباعة اى دعايا عليها

تلقرا

<https://t.me/MktbtArab>

<https://t.me/MktbtArab>

نبذة عن المترجم

د. لطفى فطيم (1930-1997)

أستاذ علم النفس بأداب سوهاج، وزميل الجمعية النفسية البريطانية. ترجم إلى العربية من الانجليزية والفرنسية عدداً من أمهات الكتب في علم النفس، مثل: "أزمة علم النفس المعاصر" لـ جورج بوليتزير، و"نظريات الشخصية" لهول وليندزي، و"فن العلاج النفسي" لأنطوني ستور. وله عدد من المؤلفات بالعربية، مثل: "العلاج النفسي الجمعي"، و"نظريات التعلم"، و"الإرشاد النفسي". نشر له مركز المحروسة ترجمته لرواية "شرلوك هولمز يقابل سيجموند فرويد" لنيكولاس ماير، "اليسار الفرويدي" لبول روبنسون.