

IRVIN D. YALOM, M.D.

GIFT OF THERAPY

مكتبة



هدية العلاج النفسي

د. إرفين يالوم

ترجمة: سعيد منيسي

انضم لـ مكتبة .. اصحح الكود

انقر هنا .. اتبع الرابط



telegram @soramnqraa

هبة
العلاج النفسي

هبة العلاج النفسي

د. إرفين يالوم

ترجمة: سعيد منيسي

الطبعة الأولى: يناير 2024

جميع حقوق الطبع والنشر محفوظة للناشر



للنشر والتوزيع

مكتبة

t.me/soramnqraa

rewaq2011@gmail.com

www.alrewaqpublishing.com

تصميم الغلاف: كريم آدم

الإخراج الفني: ضياء فريد

المراجعة اللغوية: سهيلة رمضان

الترقيم الدولي: 1-217-824-977-978

رقم الإيداع: 2023 / 27117

The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of
Therapists and their Patients. Copyright © Irvin D. Yalom, 2002.

First published by HarperCollins Publishers. Translation rights
arranged by Sandra Dijkstra Literary Agency.

Translation Copyright © 2024 by AlRawaq Publishing

IRVIN D. YALOM, M.D.

GIFT OF THERAPY

مكتبة

t.me/soramnqraa

هدية العلاج النفسي

د. إرفين يالوم

ترجمة: سعيد منيسي

الرواق للنشر والتوزيع

إهداء

إلى مارلين، توأم روحي لما يزيد عن الخمسين عامًا، وما تزال.

المقدمة

المكان مظلم. أتيت إلى مكتبك، ولكن لم أتمكن من العثور عليك. وجدت مكتبك فارغًا. دخلت ونظرت حولي. لم أجد غير قبعة بنما التي ترتديها. وكلها مغطاة بأنسجة العنكبوت.

أحلام مرضاي تغيرت. شبكات العنكبوت تملأ قبعتي. مكتبي مهجور يغمره الظلام. ولا يوجد لي أي أثر. يشعر مرضاي بالقلق حيال صحتي: هل سأظل على قيد الحياة طوال رحلة علاجهم؟ حينما أغادر للإجازة، يخشون أنني لن أعود أبدًا. يتخيلون حضور جنازتي أو زيارة قبري.

مرضاي لا يدعوني أنسى أنني أتقدم في العمر. ولكنهم يقومون فقط بواجبهم: ألم أطلب منهم أن يفصحوا عن كل المشاعر والأفكار والأحلام؟ حتى المرضى الجدد عندما يأتون إلى عيادتي يرحبون بي، وبلا شك، متسائلين: «هل لا تزال تستقبل مرضى؟»

من أسالينا الرئيسة لإنكار الموت الإيمان بالتميز الشخصي، الاقتناع بأننا معفيون من الحتمية البيولوجية وأن الحياة لن تتعامل معنا بالطريقة القاسية نفسها التي تتعامل بها مع أي شخص آخر. أتذكر، منذ سنوات كثيرة، أنني زرت طبيب العيون بسبب ضعف الرؤية. سألني عن سني ثم أجاب: «ثمانية وأربعون، أليس كذلك؟ نعم، أنت على الجدول الزمني الصحيح!»

مكتبة

بالطبع علمتُ، واعيًا، أنه محق تمامًا، لكن صرخة انبثقت من أعماقي: «أي جدول زمني؟ أي شخصٍ على الجدول؟ من الصائب تمامًا أن يكون أنت وآخرون على هذا الجدول الزمني، ولكن بالتأكيد ليس أنا!»

ولذا فمن المرعب أن أدرك أنني أدخل الآن مرحلة محددة في حياتي. تتغير أهدافي واهتماماتي وطموحاتي بطريقة متوقعة. وصف إريك إريكسون، في دراسته لدورة الحياة، هذه المرحلة المتأخرة من الحياة بأنها «الإنتاجية»، فترة بعد النرجسية حيث ينقلب الاهتمام من تضخيم الذات إلى الرعاية والاهتمام بالأجيال القادمة. الآن، وبعد أن بلغت السبعين عامًا، أستطيع أن أقدر وضوح رؤية إريكسون. مفهومه للإنتاجية يبدو صحيحًا لي. أرغب بأن أنقل ما تعلمته، وبأسرع وقت ممكن.

إلا أن تقديم الإرشاد والإلهام للجيل القادم من المعالجين النفسيين يشكل تحديًا كبيرًا في الوقت الحاضر، نظرًا إلى أزمة مجالنا الحالية. يفرض نظام الرعاية الصحية المرتكز حول النظرة الاقتصادية تعديلاً جذريًا في العلاج النفسي، والآن العلاج النفسي ملزم أن يصبح مبسطًا قبل كل شيء، أي أنه يجب أن يكون غير مكلف وعند اللزوم ومختصرًا وسطحيًا وغير واقعي.

أشعر بالقلق بشأن مكان تدريب الجيل القادم من المعالجين النفسيين الفعالين. لن يُدرَّبوا في برنامج تدريب الأطباء المقيمين في تخصص الطب النفسي. فالطب النفسي على وشك التخلي عن مجال العلاج النفسي. يُجبر الأطباء النفسيون الشباب على التخصص

في علم الأدوية النفسية لأن جهات الدفع الخارجية⁽¹⁾ تتولى الآن تعويض تكاليف العلاج النفسي فقط إذا قدمه ممارسون ذوو أجور منخفضة (أي أنهم مدربون على الحد الأدنى). يبدو بشكل مؤكد أن الجيل الحالي من الأطباء النفسيين الخبراء في كل من العلاج النفسي الدينامي والعلاج الدوائي معًا، هو نوع مهدد بالانقراض.

ماذا عن برامج تدريب علم النفس الإكلينيكي؟ هل هي الخيار الواضح لسد الفجوة؟ للأسف، يواجه علماء النفس الإكلينيكيون ضغوط سوق العمل نفسها، وتتجاوب معظم الكليات التي تمنح درجة الدكتوراه في علم النفس عن طريق تدريس علاج يركز على الأعراض ومختصر وغير مكلف.

لذا فإنني أشعر بالقلق تجاه العلاج النفسي، وكيف يمكن تشويبه تحت ضغوط العوامل الاقتصادية وإضعافه ببرامج التدريب المختصرة التقليدية. ومع ذلك، أحمل ثقة راسخة في أنه في المستقبل، ستظل هناك مجموعة من المعالجين القادمين من مختلف التخصصات التعليمية (علم النفس، والإرشاد النفسي، والخدمة الاجتماعية، والمشورة الروحية، والفلسفة الإكلينيكية) سيسعون للحصول على تدريب متخصص بعد التخرج، وحتى في ظل واقع الرعاية الصحية المكتظ، سيجدون مرضى يتوقون للنمو والتغيير الشامل، ومستعدين

(1) كيان آخر غير المريض أو مقدم الرعاية الصحية يتولى تعويض نفقات الرعاية الصحية وإدارتها. تشمل جهات الدفع الخارجية شركات التأمين والجهات الحكومية وشركات القطاع الخاص. (ملحوظة المترجم)

للتفاني في العلاج النفسي من دون تحديد مدة زمنية. وهؤلاء المعالجين وهؤلاء المرضى أكتب هبة العلاج النفسي.

عبر صفحات هذا الكتاب، أنصح الطلاب بالابتعاد عن التحيز للمدارس العلاجية وأقترح نهجًا تكامليًا قائمًا على مجموعة متنوعة من التدخلات العلاجية الفعالة المستمدة من طرق علاجية مختلفة. ومع ذلك، في الغالب، أعمل من إطار مرجعي يخصص العلاج الوجودي والعلاج البين شخصي. وبالتالي، تنبثق معظم النصائح التي تتبع المشكلات من أحد هذين المنظورين.

منذ أن بدأت رحلتي الأولى في عالم الطب النفسي، تولد لدي اهتمامان ثابتان: العلاج الجماعي والعلاج الوجودي. اهتمامان يسيران على مسارين متوازيين ولكنهما مستقلان: فأنا لا أمارس «العلاج الجماعي الوجودي» في الواقع، لست متأكدًا من معناه الحقيقي. الطريقتان مختلفتان ليس فقط في النسق المتبع (حيث تتألف المجموعة من ستة أعضاء إلى تسعة أعضاء في مقابل الجلسة الفردية في العلاج الوجودي) ولكن أيضًا في الإطار المرجعي الأساسي الذي يعتمد عليه كل منهما. عندما أرى المرضى في العلاج الجماعي أعتمد على النهج البين شخصي في العلاج النفسي حيث أفترض أن المشاعر الموجهة من اليأس التي يعانها الأفراد هي نتيجة لعجزهم عن بناء علاقات إنسانية مثمرة ومُرضية والحفاظ عليها.

بينما في العلاج الوجودي، النهج مختلف تمامًا، حيث أفترض أن سبب وقوع المرضى في اليأس ينبع من مواجهة «مسلمات» الوجود، تلك الحقائق القاسية التي تواجه الإنسان. وبما أن هذا الكتاب يقدم

الكثير من المفاهيم والأفكار التي تستند إلى العلاج الوجودي وقد لا يفهمها الكثير من القراء، فإنه من الضروري تقديم مقدمة موجزة تُعرّف بهذا النوع من العلاج.

العلاج النفسي الوجودي هو نهج علاجي دينامي يركز على معالجة الهموم التي تتأصل في أعماق وجود الإنسان.

دعوني أتوسع في هذا التعريف الموجز من خلال توضيح مصطلح «النهج الدينامي». الكلمة «دينامي» تحمل تعريفين: واحدًا عامًا والآخر فنيًا. المعنى العام (الذي يستمد أصوله من الجذر اليوناني ديناستاني ومعناه امتلاك القوة أو الطاقة) يشير إلى القوة والحيوية (على سبيل المثال، الدينامو أو عداء كرة القدم أو الخطيب السياسي) وهو ليس ما نقصده هنا. فلو أنّ هذا هو الاستخدام المقصود في مهنتنا، فمن من المعالجين سيتنكر لكونه ديناميًا، بمعنى، من سيقبل بوصف نفسه بالحمول أو الجمود؟

لا، أنا أستخدم كلمة «دينامي» في سياقها الفني، حيث تحتفظ بفكرة القوة، لكنها مستندة إلى نموذج فرويد للعمليات العقلية، الذي ينطوي على فكرة وجود قوى متصارعة داخل الفرد تولد أفكاره ومشاعره وسلوكياته. وما أهم من ذلك - وهذه نقطة حيوية - أن هذه القوى المتصارعة توجد في مستويات متفاوتة من الوعي، حتى أن بعضها يبقى في عمق اللاوعي.

وبالتالي، يُعتبر العلاج النفسي الوجودي نوعًا من العلاجات الدينامية، التي تفترض، مثلها في العلاجات التحليلية النفسية المتعددة، أن هناك قوى لا واعية تؤثر في الوظائف الواعية للإنسان.

ومع ذلك، فإنه ينفصل عن مختلف أيديولوجيات التحليل النفسي عندما تطرح السؤال التالي: ما طبيعة القوى الداخلية المتصارعة؟

نهج العلاج النفسي الوجودي يفترض أن الصراع الداخلي الذي يعذبنا لا ينبع فقط من صراعنا مع الرغبات الغريزية المكبوتة أو الراشدين المؤثرين المستدمجين⁽¹⁾ بداخلنا أو شظايا الذكريات المؤلمة المنسية، ولكن أيضا من مواجهتنا مع «مسلمات» الوجود.

وما «مسلمات» الوجود هذه؟ إذا سمحنا لأنفسنا بالتوقف و«تجاهل» هموم الحياة اليومية وتأملنا بعمق وضعنا داخل هذا العالم، فإننا نصل بالضرورة إلى الأسس العميقة للوجود (أو «الهموم الجوهرية» كما يطلق عليها اللاهوتي بول تيليش). من وجهة نظري، هناك أربع هموم جوهرية لها أهمية كبيرة في العلاج النفسي: الموت والعزلة ومعنى الحياة والحرية. (سيأتي تعريف كل من هذه الهموم الجوهرية ومناقشتها في قسم مخصص).

تساءل الطلاب كثيرا عن سبب عدم تأييدي لبرامج التدريب على العلاج النفسي الوجودي. والسبب يكمن في أنني لم أعتبر العلاج النفسي الوجودي مدرسة أيديولوجية مستقلة ومنفصلة. بدلا من محاولة تطوير مناهج العلاج النفسي الوجودي، أفضل تعزيز تعليم جميع المعالجين الديناميين المدربين جيدا من خلال زيادة وعيهم بالمشكلات الوجودية.

(1) الاستدماج: هو عملية دمج الأفراد لصفات وتأثيرات الشخصيات المؤثرة في حياتهم، مثل الوالدين أو الأصدقاء أو المعالجين، داخل ذواتهم. هذا يعني أن طريقة تفكير هؤلاء الأشخاص وسلوكهم تصبح جزءا من شخصية الفرد نفسه، مؤثرة في كيفية تعامله مع نفسه وفي علاقاته مع الآخرين. (ملحوظة المترجم)

العملية والمحتوى. كيف يبدو العلاج الوجودي في الممارسة العملية؟ للإجابة عن هذا السؤال، علينا أن نهتم بكل من «المحتوى» و«العملية»، اللذين يشكلان جوهر الحوار العلاجي. «المحتوى» يعني ببساطة ما يقال؛ الكلمات الدقيقة المنطوقة، والمشكلات الجوهرية التي تجري مناقشتها. «العملية» تشير إلى بُعد مختلف تمامًا ومهم للغاية: العلاقة الشخصية بين المريض والمعالج.

عندما نسأل عن عملية التفاعل، نعني: ما الذي نخبرنا به الكلمات (وكذلك السلوك غير اللفظي) عن طبيعة العلاقة بين الأطراف المشاركة في التفاعل؟

إذا شوهدت جلسات العلاجية، فقد يبحث المرء عبثًا عن نقاشات مطولة وصریحة تتعلق بالموت أو الحرية أو المعنى أو العزلة الوجودية. ربما هذا المحتوى الوجودي غير بارز إلا لبعض المرضى (وليس جميعهم) في بعض مراحل العلاج النفسي (وليست كلها). في الواقع، ينبغي للمعالج الفعّال ألا يحاول فرض نقاش حول أي مجال من مجالات المحتوى: ينبغي أن يقوم العلاج النفسي على العلاقة وليس على النظرية.

لكن إذا شاهدت هذه الجلسات نفسها بحثًا عن عملية خاصة تنبع من توجه وجودي، فستصادف قصة مختلفة تمامًا. يؤثر الوعي المرتفع تجاه المشكلات الوجودية بعمق في طبيعة العلاقة بين المعالج والمريض ويترك بصمته على كل جلسة علاجية.

أجد نفسي متعجبًا من الشكل الفريد الذي اتخذته هذا الكتاب. لم يخطر ببالي قط أن أؤلف كتابًا يضم سلسلة من النصائح للمعالجين. ومع ذلك، عند التأمل في الماضي، أتذكر تمامًا اللحظة التي بدأت فيها. منذ عامين، بعد زيارة إلى حدائق هنتنجتون اليابانية في باسادينا، لفت انتباهي معرض للكتب الأكثر مبيعًا من عصر النهضة في بريطانيا الكبرى في مكتبة هنتنجتون وتنقلت بين رفوفها. وقعت عيناى على ثلاثة مجلدات من العشرة، تحتوي كلها على نصائح مرقمة في مواضيع كتربية الحيوان والخياطة والبستنة. أذهلني أنه، حتى في تلك الأزمان الغابرة، ومع بزوغ فجر الطباعة، ظلت قوائم النصائح تجذب انتباه القراء من كل حذب وصبوب.

منذ أعوام، عاجلتُ كاتبة تأخرت في كتابة روايتين متسلسلتين، تعاهدت على ألا تشرع في تأليف كتاب جديد حتى تجذبها فكرة كتاب ما بقوة لا تقاوم. ضحكت من قولها من دون أن أدرك مغزاه حقًا، حتى أدركت ذلك بنفسى فى مكتبة هنتنجتون، حين هاجمتنى فكرة كتاب النصائح بشكل لا يُقاوم. فورًا، قررت أن أترك بقية مشاريع الكتابة وأن أستخلص من ملاحظاتي العلاجية ومذكراتي، لأكتب رسالة عامة إلى المعالجين الشباب.

ظلت روح الشاعر راينر ماريا ريلكه تحوم حول كتابة هذا الكتاب. قبل تجربتى فى مكتبة هنتنجتون بوقت قصير، أعدت قراءة كتابه رسائل إلى شاعر شاب وحاولت عن وعى أن أرتقى إلى معايره فى الصدق والشمولية وكرم الروح.

النصائح المقدمة في هذا الكتاب مُستلهمة من خبرة عملية استمرت خمسة وأربعين عامًا. إنها مزيج فريد من الأفكار والتقنيات التي وجدتها مفيدة في عملي. هذه الأفكار شخصية جدًا وتعكس آرائتي التي أو من بها وأحيانًا ستجد أفكارًا مُبتكرة لدرجة أن القارئ قد لا يجدها في مكان آخر. لذلك، لم يُقصد من هذا الكتاب أن يصبح دليلًا منهجيًا؛ بل أقصد به أن يأتي مكملًا لبرنامج تدريبي شامل. اخترت خمسًا وثمانين فئة في هذا الكتاب عشوائيًا، مُوجهًا بشغفي للمهمة بدلًا من أي ترتيب أو نظام مُحدد. بدأت بقائمة تضم أكثر من مائتي نصيحة، ثم استبعدت تلك التي لم أشعر تجاهها بحماسة كافية. يوجد عامل آخر أثر في اختياري لهذه الخمسة وثمانين بندًا. رواياتي وقصصي الأخيرة تحتوي على الكثير من الوصفات لإجراءات العلاج النفسي التي وجدتها مفيدة في عملي الإكلينيكي، لكن بما أن رواياتي تحمل نبرة هزلية، وغالبًا فكاهية، يظل من غير الواضح للكثير من القراء ما إذا كنت جادًا بشأن إجراءات العلاج النفسي التي أصفها. هبة العلاج النفسي يمنحني الفرصة لوضع الأمور في نصابها الصحيح.

يمكنك اعتبار هذا الكتاب صندوق أدوات المعالج يضم مجموعة مختارة من أفضل التدخلات والتعبيرات العلاجية، حيث يتسم بالغنى بالتقنيات والإيجاز في النظريات. القراء الذين يبحثون عن خلفية نظرية أعمق قد يرغبون في الرجوع إلى الكتب الأساسية لهذا العمل *The Theory and Existential Psychotherapy*

.Practice of Group Psychotherapy

نظرًا إلى تدريبي في الطب العام والطب النفسي، اعتدت استخدام كلمة «مريض» (من الكلمة اللاتينية بيشنس التي تعني من يعاني أو يتحمل) لكنني أستخدمها بمعنى مترادف مع «عميل» وهي التسمية الشائعة في ميادين علم النفس والإرشاد. أمّا بعض الناس، فربما توحي كلمة «مريض» بموقف معالج بارد وغير مهتم وغير مشارك ومتسلط. ولكن استمروا في القراءة؛ فأنا أسعى لتعزيز علاقة علاجية قائمة على المشاركة والانفتاح والمساواة.

تشكل الكثير من الكتب، ومن ضمنها كتابي، من عدة نقاط رئيسة محدودة، يعقبها الكثير من المادة الإضافية للربط بين هذه النقاط بطريقة سلسلة. وبما أنني اخترت مجموعة كبيرة من الاقتراحات المستقلة وتخطيت الكثير من الحشو والعبارات الانتقالية، فسيتم النص بنوع من التقطع والتباعد.

على الرغم من أنني اخترت هذه الاقتراحات عشوائيًا وأتوقع أن يتناول الكثير من القراء هذه الأطروحات بشكل غير منظم، فإنني حاولت، فيما بعد، أن أرتبها بطريقة تتوافق مع راحة القارئ.

القسم الأول (1-40) يتناول طبيعة العلاقة بين المعالج والمريض مع التركيز بشكل خاص على هنا والآن واستخدام ذات المعالج وتقنية الإفصاح عن الذات.

القسم التالي (41-51) ينتقل من العملية إلى المحتوى ويقترح طرقًا لاستكشاف الهموم الوجودية للموت ومعنى الحياة والحرية (التي تشمل المسؤولية واتخاذ القرار).

القسم الثالث (52-76) يتطرق إلى مجموعة متنوعة من المشكلات التي تظهر خلال الممارسة العلاجية اليومية.

القسم الرابع (77-83) تناول استخدام الأحلام في العلاج.

القسم الأخير (84-85) يناقش المخاطر والامتيازات لكونك معالجًا.

يتخلل هذا النص مجموعة من عباراتي وتدخلاتي المفضلة. وفي الوقت نفسه أحث على العفوية والإبداع. لذا، لا تنظر إلى تدخلاتي الخاصة على أنها وصفة عملية محكمة؛ فهي تمثل وجهة نظري الشخصية ومحاولتي للوصول إلى أسلوب و صوتي الخاص. سيجد كثير من الطلاب أن هناك مواقف نظرية وأساليب تقنية أخرى قد تكون أكثر ملاءمة لهم. تستمد النصيحة المقدمة في هذا الكتاب من ممارستي الإكلينيكية مع المرضى ذوي الأداء العالي نسبيًا إلى عالي (بدلًا من أولئك الذين يعانون الذهان أو ذوي الإعاقة الواضحة) حيث يتم اللقاء مرة واحدة في الأسبوع وأحيانًا مرتين في الأسبوع بشكل أقل شيوعًا، لبضعة أشهر إلى سنتين إلى ثلاث سنوات. أهدافي العلاجية مع هؤلاء المرضى أهداف طموح: بالإضافة إلى إزالة الأعراض وتخفيف الألم، أسعى لتيسير النمو الشخصي وتغيير جوهرى في الشخصية. وأدرك أن كثيرًا من قرائى قد يجدون أنفسهم أمام واقع إكلينيكي مختلف: بيئة مغايرة مع مجموعة مختلفة من المرضى ومدة علاجية أقصر. ومع ذلك، أرجو أن يجد القارئ طريقته الفريدة للتكيف وتطبيق ما تعلمته في ممارسته العملية الخاصة.

شكر وعرفان

لقد ساعدني الكثيرون في كتابة هذا الكتاب. أولاً، كما هو الحال دائماً، أنا مدين كثيراً لزوجتي، مارلين، قارثتي الأولى صاحبة النظرة الدقيقة والشمولية والعميقة دائماً. قرأ الكثير من الزملاء المخطوطة بأكملها وانتقدوها بخبرة: موراي بيلمز، وبيتر روزنباوم، وديفيد شبيغل، وروثيلين جوسلسون، وشاول سبيرو. انتقد عدد من الزملاء والطلاب أجزاء من المخطوطة: نيل براست، وريك فان رينين، ومارتل براينت، وإيفان جيندزيل، وراندي وينجارتن، وإينيس رو، وإيفلين بيك، وسوزان جولدبرج، وتريسي لارويالوم، وسكوت هيجلي. منحني أعضاء مجموعة الدعم المهنية الخاصة بي بسخاء وقتاً طويلاً لمناقشة أقسام هذا الكتاب. سمح لي الكثير من مرضاي بإدراج الأحداث والأحلام من علاجهم. إلى الجميع، كامل عرفاني.

الفصل الأول أزل العقبات أمام النمو

حينما شققتُ طريقي بصفتي طالبًا في مجال العلاج النفسي، فإن أكثر كتاب وجدته مفيدًا هو Neurosis and Human Growth لكارين هورني. ومن أعظم المفاهيم التي استقيتها من هذا العمل هي تلك الفكرة التي تُقر بأن طبيعة الإنسان تميل بفطرتها نحو تحقيق الذات. تؤمن هورني أنه إذا أزيلت العقبات، فسيطور الفرد إلى شخص بالغ ناضج ومتحقق، تمامًا كما تتطور حبة البلوط إلى شجرة بلوط. مكتبة سُر من قرأ

«تمامًا كما تتطور حبة البلوط إلى شجرة بلوط...» يا لها من صورة مُحرّرة ومُوضحة بشكل رائع! غير هذا المنظور منهجي في العلاج النفسي إلى الأبد، ومنحني رؤية جديدة لعملي: اقتصرت مهمتي على أن أزيل العقبات التي تعترض مسار مريض. ليس عليّ القيام بكل العمل؛ ليس عليّ أن أُلهم المريض بالرغبة في النمو أو الفضول أو الإرادة أو حب الحياة أو الاهتمام أو الإخلاص أو أيّ من السمات الكثيرة التي تُشكل جوهر الإنسان. كلا، كل ما عليّ فعله هو تحديد العقبات وإزالتها. وسيأتي الباقي تلقائيًا، مدفوعًا بقوى تحقيق الذات الكامنة في المريض.

أتذكر أرملة شابة وصفت قلبها بأنه «قلب معطوب»؛ عاجز عن الحب مرة أخرى. بدت لي فكرة معالجة عجز قلبها عن الحب تحديًا ضخمًا. لم أعرف كيف سأفعل ذلك. لكن التفاني في تحديد الكثير من عوائق الحب لديها واقتلاعها؟ كان ذلك بوسعي.

سرعان ما اكتشفت أن الحب في نظرها خيانة. أن تمنح قلبها لآخر بمثابة خيانة لزوجها الراحل؛ شعرت كما لو أنها تطرق المسامير الأخيرة في نعش زوجها. أن تحب شخصًا آخر بعمق حبها لزوجها (وهي لن تقبل بأقل من ذلك) يعني أن حبها لزوجها كان ناقصًا أو معيَّبًا بطريقة ما. أن تحب مرة أخرى بمثابة تدمير للذات لأن الفقد وألم الخسارة الحارق كانا حتميين. الوقوع في الحب مرة أخرى يبدو لها مسؤولية لا يمكن تحملها: اعتقدت أنها شريرة ومنحوسة، وقبيلتها تشبه قبلة الموت.

بذلنا جهدًا كبيرًا على مدى شهر طويل لتحديد كل هذه العقبات التي تحول دون حبها لرجل آخر. لشهور كثيرة، تصارعنا مع كل عقبة غير منطقية على حدة. ولكن بمجرد إنجاز ذلك، تولت العمليات الداخلية للمريضة المهمة: التقت رجلاً، وقعت في حبه، وتزوجت مرة أخرى. لم يكن عليّ أن أعلمها كيف تبحث، أو تعطي، أو تعتز، أو تحب، لم أعرف كيف أفعل ذلك.

بضع كلمات عن كارين هورني: اسمها غير مألوف لمعظم المعالجين الجدد. ولأن العمر الافتراضي للمنظرين البارزين في مجالنا صار قصيرًا جدًا، فسأجد نفسي، من حين لآخر، أتقل بين ثنايا الماضي، ليس فقط تكريمًا لها وإنما لتعزيز الحقيقة القائلة بأن مجالنا لديه تاريخ

طويل من المسهمين البارعين الذين وضعوا أسسًا راسخة للعمل العلاجي الذي نؤديه اليوم.

إحدى الإضافات الأمريكية الفريدة إلى النظرية النفسية الدينامية تجسدت في حركة «الفرويديين الجدد»، مجموعة من المعالجين والمنظرين الذين تمردوا على التركيز الأصلي لفرويد على نظرية الدافع، أي الاعتقاد بأن تطور الفرد يتحكم فيه بشكل رئيس انكشاف الدوافع الفطرية وتجليها.

بدلاً من ذلك، ركز الفرويديون الجدد على أهمية النظر في التأثير الهائل للبيئة البين شخصية التي تحيط بالفرد وتشكل بنية الشخصية طوال الحياة. وأصبح أبرز المنظرين في هذا المجال، هاري ستاك سوليفان وإريك فروم وكارين هورني، متأصلين وممتزجين بعمق في لغتنا العلاجية وممارستنا لدرجة أننا جميعًا، من دون أن نعلم، أصبحنا فرويديين جددًا. يذكرنا ذلك بشخصية السيد جوردان في مسرحية مولير «البرجوازي النبيل» الذي عندما تعلم مفهوم «النثر» أعرب عن دهشته قائلاً: «تصوروا أنني كنت أتحدث بالنثر طوال حياتي من دون أن أعلم!»

الفصل الثاني تجنب التشخيص

(باستثناء شركات التأمين)

يواجه طلاب العلاج النفسي اليوم ضغطاً متزايداً نحو التركيز على التشخيص. يطالب مسؤولو الرعاية الصحية بأن يصل المعالجون إلى تشخيص دقيق بسرعة ومن ثم البدء في مسار علاج قصير ومركّز يتناسب مع ذلك التشخيص. يبدو هذا جيداً. يبدو منطقيًا وفعالاً. ولكنه بعيد كل البعد عن الواقع. إنه في حقيقة الأمر محاولة خيالية لإقرار دقة علمية لا يمكن تحقيقها ولا يرغب فيها أحد.

وإن كان التشخيص أمراً بالغ الأهمية بلا شك في علاج الحالات الحادة ذات الأساس البيولوجي (على سبيل المثال: الفصام أو اضطرابات ثنائي القطب أو الاضطرابات العاطفية أو صرع الفص الصدغي أو التسمم الدوائي أو الأمراض العضوية أو الدماغية الناجمة عن السموم أو الأمراض التنكسية أو العوامل المعدية) فإن التشخيص غالباً غير مجدٍ في العلاج النفسي للمرضى الذين يعانون اضطرابات أقل في الشدة.

لماذا؟ لسبب واحد: العلاج النفسي يتكون من عملية تكشف تدريجي يحاول فيها المعالج أن يفهم المريض بأكبر قدر ممكن من

الشمولية. التشخيص يحد من الرؤية؛ يقلل من القدرة على التواصل مع الآخر بصفته إنساناً. بمجرد أن نقوم بالتشخيص، نميل إلى تجاهل انتقائي لجوانب المريض التي لا تتلاءم مع هذا التشخيص بعينه، ونميل بالمثل إلى الإفراط في التركيز على السمات الدقيقة التي تبدو أنها تؤكد التشخيص الأولي. علاوة على ذلك، قد يعمل التشخيص كنبوءة ذاتية التحقق. التعامل مع المريض على أنه «حدّي» أو «هستيري» قد يسهم في تحفيز هذه السمات وإدامتها. في الواقع، هناك تاريخ طويل لتأثير العوامل الطبية في شكل الحالات الإكلينيكية. بما في ذلك الجدل الحالي حول اضطراب الهوية التفارقي والذكريات المكبوتة للإساءة الجنسية. ولا تنسَ أيضاً، ضعف موثوقية فئة اضطرابات الشخصية في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) (وهم المرضى الذين يشاركون غالباً في العلاج النفسي طويل الأمد). وأي معالج لم يُدهش من مدى سهولة إجراء تشخيص باستخدام الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) بعد المقابلة الأول مقارنة بما هو عليه الأمر سابقاً، لنقل بعد الجلسة العاشرة، حيث تتسع معرفتنا عن الفرد؟ ألا يُعتبر هذا نوعاً غريباً من العلم؟ أحد زملائي يشرح هذه النقطة لطلابه من الأطباء النفسيين المقيمين بطرحه السؤال التالي: «إذا كنت تخضع للعلاج النفسي أو تفكر في ذلك، فأنت تشخيص وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) تعتقد أن معالجك يمكن أن يستخدمه بشكل مبرر لوصف شخص معقد مثلك؟»

في مسيرة العلاج النفسي، يجب أن نوازن بدقة بين القليل من الموضوعية وليس الكثير منها؛ إذا أخذنا نظام تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية على محمل الجد، إذا أمنا حقاً أننا نعمل المعول للنحت حول مفاصل الطبيعة⁽¹⁾، فقد نهدد الجانب الإنساني والتلقائي والإبداعي والطبيعة المليئة بالشك للعلاج النفسي. تذكروا أن المعالجين الذين شاركوا في صياغة أنظمة التشخيص السابقة، التي تخلوا عنها الآن، كانوا مؤهّلين وفخورين وواثقين تماماً كأعضاء لجان الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الحاليين. لا محالة سيأتي اليوم الذي ستصبح فيه صيغة قائمة الطعام الصينية للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية مثيرة للسخرية في عيون المختصين في مجال الصحة النفسية.

(1) تأثراً بفكرة أفلاطون الذي استعمل هذه الاستعارة في إشارة إلى أننا لن نفهم الطبيعة إلا بتحليل أجزائها والوصول إلى أساسها. (ملحوظة المترجم)

الفصل الثالث المعالج والمريض

"رفيقا الرحلة"

روى أندريه مالرو، الروائي الفرنسي، عن كاهن ريفي استقبل الاعترافات لعدة عقود ولخص ما تعلمه عن الطبيعة البشرية بهذه الطريقة: «أولاً، الناس أشد تعاسة مما نعتقد... ولا وجود لما يسمى بالشخص الناضج.» كل شخص، وهذا يشمل المعالجين والمرضى، مقدر له أن يختبر ليس فقط بهجة الحياة، بل كذلك ظلامها الحتمي: خيبة الأمل والشيخوخة والمرض والعزلة والخسارة واللامعنى والخيارات المؤلمة والموت.

لم يصور أحد الأمور بشكل أكثر وضوحًا وكآبة من الفيلسوف الألماني آرثر شوبنهاور: في مستقبل الشباب، ونحن نتأمل ما ستؤول إليه حياتنا، نكون كأطفال في قاعة المسرح قبيل ارتفاع الستار، جالسين هناك بمعنويات عالية وندرب بشوق بدء المسرحية. إنها نعمة أننا لا ندرك حقًا ما سيحدث. لو لدينا القدرة على الاطلاع المسبق، لربما بدا الصغار أحيانًا مثل السجناء المدانين، المحكوم عليهم، ليس بالموت، بل بمواصلة الحياة، وهم لا يزالون غير مدركين معنى عقوبتهم.
أو بصورة أخرى:

كالحملان نحن في المراعي، نعم بلحظات اللهو، بينما يتأملنا
الجزار بنظراته، مختارًا واحدًا ثم الآخر ليكون ضحيته. وهكذا، في
لحظات سعادتنا الغامرة، نظل جاهلين بالويلات التي قد تخفيها لنا
الأقدار؛ المرض والفقر والعجز وفقدان البصر أو العقل.

على الرغم من أن نظرة شوبنهاور مشبعة بتجاربه الشخصية
المؤلمة، يصعب أن ننكر اليأس المتأصل في حياة كل فرد واع لذاته.
أنا وزوجتي كنا نسلي أنفسنا في بعض الأحيان بالتخطيط لحفلات
عشاء خيالية لمجموعات من الأشخاص لديهم ميول مماثلة، مثلًا،
حفلة للمحتكرين أو للبرجسيين البراقين أو المتلاعبين بالعدوانية
السلبية ممن عرفناهم أو على النقيض، حفلة «سعيدة» ندعو إليها
الأشخاص السعداء الحقيقيين الذين قابلناهم. وعلى الرغم من أننا
لم نجد صعوبة في ملء الطاولات الغربية الأخرى، لم نتمكن قط من
ملء طاولة كاملة لحفلة «الأشخاص السعداء». كل مرة نحدد فيها
بعض الأشخاص المرحين بطبعهم ونضعهم في قائمة الانتظار بينما
نواصل بحثنا لإكمال الطاولة، نجد أن أحد ضيوفنا السعداء يتعرض
في النهاية لمحنة كبرى في الحياة، غالبًا مرض شديد يصيبه هو أو أحد
أطفاله أو شريك حياته.

هذه الرؤية الواقعية والمأساوية للحياة أثرت منذ زمن طويل
في علاقتي بأولئك الذين يطلبون مساعدتي. على الرغم من وجود
الكثير من المصطلحات لوصف العلاقة العلاجية (مريض / معالج
أو عميل / مُرشد أو محلل / مُحلّل أو عميل / مُيسر وأحدثها وأكثرها
إثارة للاشمئزاز؛ المستفيد / المقدم) لا ينقل أيٌّ من هذه المصطلحات

إحساسي الحقيقي عن جوهر العلاقة العلاجية. بدلاً من ذلك، أفضل أن أنظر إلى مرضاي ونفسي كرفاق رحلة، وهو مصطلح يلغي الفوارق بين «هم» (المُتألِّم) و«نحن» (المعالجين). خلال فترة تدريبي، ظلت فكرة المعالج الذي خضع للتحليل النفسي بالكامل تتردد كثيرًا، ولكن كلما تقدمت في الحياة، وكونت علاقات حميمة مع الكثير من زملائي المعالجين، والتقيت الشخصيات البارزة في هذا المجال، وطلب مني أن أقدم المساعدة لمعالجي ومعلمي السابقين، وبلوغي مكانة المعلم والأكبر سنًا، أدركت الطبيعة الأسطورية لهذه الفكرة. نحن جميعًا في هذا معًا ولا يوجد معالج ولا شخص محصن ضد المآسي المتأصلة في الوجود.

في إحدى حكايات التعافي المفضلة لدي، الموجودة في رواية «لعبة الكريات الزجاجية» للكاتب هيرمان هسه، نتعرف قصة يوزف وديون، وهما معالجان مشهوران عاشا في زمن الكتاب المقدس. وعلى الرغم من كفاءتهما العالية، فكل منهما اتبع طريقة مختلفة في عمله. المعالج الأصغر، يوزف، يعالج من خلال استماعه الهادئ الملهم. وثق التائبون بيوزف. الألم والقلق يُسكبان في أذنيه ويختفيان كالماء في رمال الصحراء ويغادر التائبون حضرته وهم مُفرغون من همومهم ومُطمئنون. من ناحية أخرى، ديون، المعالج الأكبر سنًا، يعالج الذين يطلبون مساعدته بالمواجهة. يتكهن بخطاياهم التي لم يعترفوا بها. كان قاضيًا ومعاتبًا ومعاقبًا ومقومًا عظيمًا، يعالج من خلال التدخلات الفعالة. يعامل التائبين كأطفال، يُقدم لهم النصائح ويعاقب بتحديد الكفارة ويأمر بالحج والزواج ويجبر الأعداء على التصالح.

لم يلتق المعالجان قط، وعملا بصفتهما منافسين لسنوات كثيرة حتى أصيب يوزف بمرض روحي، وسقط في اليأس المظلم، واعتزته أفكار التدمير الذاتي. وعندما عجز عن علاج نفسه بمنهجية العلاجية الخاصة، انطلق في رحلة إلى الجنوب بحثًا عن المساعدة من ديون.

خلال رحلته الروحية، استراح يوزف ذات مساء في واحة، حيث خاض في حوار مع مسافر كهل. وعندما شرح يوزف للغريب هدف رحلته ووجهته، عرض المسافر خدماته كدليل لمساعدة يوزف في البحث عن ديون. وفي خضم رحلتها الطويلة المشتركة، كشف الرفيق العجوز عن هويته ليوزف. وكانت المفاجأة: كان هو ديون بنفسه، الرجل الذي سافر يوزف يبحث عنه.

من دون تردد، دعا ديون منافسه الشاب اليائس إلى منزله، حيث عاشا وعملا معًا لسنوات كثيرة. طلب ديون أولاً من يوزف أن يصبح خادماً، ثم رفعه إلى مرتبة الطالب، وأخيراً إلى الزمالة الكاملة. وبعد سنوات، مرض ديون وعلى فراش الموت دعا زميله الشاب إليه لسمع اعترافه. تحدث عن مرض يوزف الرهيب السابق ورحلته إلى ديون العجوز طلباً للمساعدة. تحدث عن كيف شعر يوزف بمعجزة أن رفيقه في السفر ودليله هو ديون نفسه.

الآن وقد أزفت ساعة الرحيل، حان الوقت، كما قال ديون ليوزف، لكسر الصمت عن تلك المعجزة. اعترف ديون أنها بدت معجزة له أيضاً، فقد كان هو الآخر غارقاً في اليأس. شعر بالفراغ والموت الروحي، وعجز عن مساعدة نفسه، فانطلق في رحلة بحثاً

عن العون. في الليلة ذاتها التي التقيا فيها عند الواحة، كان في رحلة روحية إلى معالج مشهور يُدعى يوزف.

قصة هيسه هذه دائمًا ما تلمس أعماقي بطريقة استثنائية. بدت كتعبير روحاني عميق حول تقديم المساعدة وتلقيها، حول الصدق والمكر وحول العلاقة بين المعالج والمريض. نال الرجلان مساعدة قوية لكن بطرق مختلفة جدًا. أُحيط المعالج الشاب بالعناية والرعاية والتعليم والإرشاد والتربية. أما المعالج الأكبر، فنال المساعدة من خلال خدمة الآخر واكتساب تلميذ تلقى منه حب البنوة والاحترام والخلاص لعزلته.

لكن الآن، مع إعادة النظر في القصة، أتساءل عما إذا كان من الممكن أن يقدم هذان المعالجان الجريمان مزيدًا من العون لأحدهما الآخر. ربما فاتهما فرصة تحقيق تجربة أكثر عمقًا وصدقًا وقدرة على التحويل. لعل العلاج النفسي الحقيقي حدث في مشهد فراش الموت، عندما تحولوا إلى الصدق مع الكشف عن أنها رفيقا رحلة، يشبه أحدهما الآخر، كلاهما بشري تمامًا. ربما السنوات العشرين من السرية، على الرغم من فائدتها، أعاقت ومنعت نوعًا أعمق من المساعدة. تُرى ماذا كان يمكن أن يحدث لو أن اعتراف ديون على فراش الموت حدث قبل عشرين عامًا، لو أن المعالج والطالب اتحدا معًا في مواجهة الأسئلة التي ليس لها إجابات؟

كل هذا يردد صدى رسائل ريلكه إلى شاعر شاب حيث ينصح، «تحل بالصبر إزاء كل ما لا يُحل وحاول أن تحب الأسئلة ذاتها.» وأود أن أضيف: «حاول أن تحب السائلين أيضًا.»

الفصل الرابع أشرك المريض

يعاني الكثير من مرضانا صراعات في مجال الحميمية، ويحصلون على المساعدة في العلاج النفسي بمجرد تجربة علاقة حميمة مع المعالج. يخشى بعض الناس من هذا القرب لاعتقادهم بوجود ما هو غير مقبول في أعماقهم، شيء بغيض ولا يُغتفر. وبناءً عليه، ربما الكشف التام عن النفس للآخر واستمرار الآخر في تقبله، هو الوسيلة الرئيسة للمساعدة العلاجية. أما بعض آخر فيتجنب القرب بسبب مخاوف الاستغلال أو السيطرة أو الهجر؛ ففي نظرهم أيضًا، تصبح العلاقة العلاجية الحميمة والرحيمة التي لا تؤدي إلى الكارثة المتوقعة خبرة تصويبية انفعالية.

لذا، لا شيء يعلو فوق العناية والحفاظ على علاقتي بالمريض، أهتم بعناية بكل الفروق الدقيقة في كيفية نظر أحدنا للآخر. هل يبدو المريض متباعدًا اليوم؟ تنافسيًا؟ غير مهتم بتعليقاتي؟ هل يستفيد من كلامي في الخفاء ولكن يرفض الاعتراف بمساعدتي علانية؟ هل هي توقرنى بشكل مبالغ فيه؟ متملقة؟ نادرًا ما تبدي اعتراضًا أو خلافًا؟ بعيدة أو مرتابة؟ هل أدخل في أحلامه أو أحلام اليقظة؟ ما كلمات المحادثات الخيالية معي؟ كل هذه الأشياء أرغب في معرفتها، وأكثر.

لا أمضي جلسة من دون أن أتفقد علاقتنا، ربما بجملته بسيطة مثل: «كيف حالنا اليوم؟» أو «ماذا تشعر تجاه المسافة بيننا اليوم؟» أحياناً أدعو المريض لينظر إلى المستقبل: «تصور بعد نصف ساعة، أنت في طريق العودة إلى المنزل، تفكر في جلستنا. كيف تصف مشاعرك تجاه علاقتنا اليوم؟ ما الكلمات غير المُعلنة أو الأسئلة غير المطروحة حول علاقتنا اليوم؟»

الفصل الخامس

كن داعماً

إحدى القيم العظمى لتلقي العلاج الشخصي المكثف هي تجربة الشخص لأهمية الدعم الإيجابي. السؤال الذي يطرح نفسه: ما الذي يتذكره المرضى عندما ينظرون إلى تجربتهم في العلاج النفسي بعد سنوات؟ الجواب: ليس البصيرة ولا تفسيرات المعالج. في أغلب الأحيان، يتذكرون العبارات الداعمة الإيجابية من معالجيهم.

أحرص بانتظام على التعبير عن أفكاري ومشاعري الإيجابية تجاه مرضاي، مع تنوع الصفات؛ على سبيل المثال، مهاراتهم الاجتماعية وفضولهم الفكري والحميمية ووفائهم لأصدقائهم وقدرتهم على التعبير وشجاعتهم في مواجهة شياطينهم الداخلية وتفانيهم من أجل التغيير واستعدادهم للإفصاح عن ذاتهم ورقتهم في معاملة أطفالهم والتزامهم بكسر دائرة الأذى وقرارهم بعدم تمرير معاناتهم إلى الأجيال القادمة. لا تبخل، لا معنى لذلك؛ فالدواعي كثيرة للتعبير عن هذه الملاحظات والمشاعر الإيجابية. واحذر من المجاملات الفارغة، ليكن دعمك بدقة تعليقاتك أو تفسيراتك. ضع في اعتبارك القوة العظيمة للمعالج؛ قوة تنبع جزئياً من كوننا شهوداً على أعمق تفاصيل حياة مرضانا وأفكارهم وأحلامهم. القبول والدعم من شخص يعرفك بهذا القرب يُعتبر توكيداً هائلاً.

إذا قام المرضى بخطوة علاجية هامة وشجاعة، فامدحهم عليها. إذا انخرطت بعمق خلال الجلسة وشعرتُ بالأسف لانتهائها، أعبر عن ذلك بقولي إنني أكره أن تنتهي هذه الساعة. و(اعتراف: كل معالج لديه مخزون من التجاوزات الصغيرة السرية!) لا أتردد في التعبير عن ذلك بطرق غير لفظية، مثل تمديد الجلسة لبضع دقائق.

غالبًا المعالج هو الجمهور الوحيد الذي يشهد على المسرحيات العظيمة والأعمال الشجاعة. هذا الامتياز يستدعي رد فعل تجاه الممثل. ومع أن المرضى ربما لديهم أشخاص مقربون آخرون، فمن غير المحتمل أن يمتلك أي منهم تقدير المعالج الشامل لبعض الأفعال الجليلة. على سبيل المثال، قبل سنوات، أخبرني أحد المرضى، وهو كاتب روائي يدعى مايكل، أنه قد أغلق تَوًّا صندوق بريده السري. لسنوات، ظل هذا الصندوق وسيلته للتواصل في سلسلة طويلة من العلاقات السرية خارج إطار الزواج. وبالتالي، كان إغلاق الصندوق عملاً عَظِيمًا، ورأيت أن من مسؤوليتي تقدير شجاعة فعله وأحرص على التعبير له عن إعجابي بتصرفه.

بعد بضعة أشهر، ما زال مايكل يعاني الصور المتكررة واللهفة الشديدة لعشيقته السابقة. قدمت له دعمي.

قلت له: «تعلم يا مايكل، نوع الشغف الذي اختبرته لا يتبخر بسرعة. من الطبيعي أن تراودك الأشواق. هذا أمر لا مفر منه؛ إنه جزء من إنسانيتك.»

فأجاب: «أتقصد جزء من ضعفي. أتمنى لو كنت رجلًا من فولاذ، قادرًا على تجاوزها للأبد.»

فأردفت: «للرجال من فولاذ اسم آخر: «إنسان آلي.» والحمد لله أنك لست كذلك. لقد تحدثنا كثيرًا عن حساسيتك وإبداعك، هما أغنى ما تملك، هذا هو سر قوة كتاباتك وما يجذب الآخرين إليك. ولكن هذه الصفات نفسها لها جانب مظلم «القلق»، وهي التي تجعل من المستحيل عليك أن تعيش هذه الظروف بسلام داخلي.»

أتذكر موقفًا لطيفًا عن تعليق أعاد تشكيل منظوري ومنحني الكثير من العزاء عندما عبرت عن إحباطي لصديقي ويليام بلاقي، مؤلف رواية طارد الأرواح، بخصوص مراجعة سلبية لأحد كتبي. فرد عليّ بطريقة داعمة بشكل رائع، ما شفى جرحي على الفور: «إيرف، من الطبيعي أن تتأثر بهذه المراجعة. الحمد لله على ذلك! إن لم تكن بهذه الحساسية، لما أصبحت كاتبًا مميزًا.»

سيكتشف كل معالج طريقته الخاصة في دعم مرضاه. فلدي صورة لا تُمحي من ذاكرتي للمعلم الروحي رام داس وهو يصف وداعه لمعلمه الروحي الذي درس لديه في دير بالهند لأعوام طوال. عندما أعرب رام داس عن حزنه لأنه لم يكن مستعدًا للرحيل بسبب عيوبه ونواقصه الكثيرة، نهض معلمه الروحي ودار حوله ببطء وبجدية تامة في جولة تفقدية، اختتمها بتصريح حاسم: «لا أرى أي عيوب.» لم أدر حول مرضاي للفحص البصري أبدًا، ولا أشعر أن عملية النمو تنتهي في يوم ما، ولكن هذه الصورة دائمًا مرشدة لتعليقاتي. قد يشمل الدعم تعليقات حول المظهر: سواء ذلك قطعة ملابس معينة أو ملامح مرتاحة أو وجه صبغته الشمس أو طريقة تصفيف شعر جديدة. إذا كان المريض مهووسًا بقلعة الجاذبية الجسدية، أعتقد أن

الشيء الإنساني الذي يجب فعله هو التعليق (إذا ما انتابك هذا الشعور) بأنك تجده جذابًا وتتساءل عن أصول الخرافة القائلة بعدم جاذبيته. في قصة عن العلاج النفسي في كتاب أمي ومعنى الحياة، يجد بطلي، الدكتور إرنست لاش، نفسه محاصرًا من مريضة جذابة بشكل استثنائي، وتضغط عليه بأسئلة صريحة: «هل أنا جذابة للرجال؟ لك؟ لو لم تكن معالجي، فهل لاستجبت لي جنسيًا؟» هذه هي الأسئلة الكابوسية المطلقة، الأسئلة التي يخشاها المعالجون أكثر من أي شيء آخر. الخوف من مثل هذه الأسئلة يجعل الكثير من المعالجين لا يقدمون إلا القليل من أنفسهم.

لكنني أعتقد أن هذا الخوف لا مبرر له. إذا كان الأمر في مصلحة المريض، فلم لا تقول ببساطة، كما فعل بطل قصتي الخيالي، «إذا كان كل شيء مختلفًا والتقينا في عالم آخر وكنت أعزب ولست معالجك، فنعم، سأجذبك جذابةً للغاية وبالتأكيد سأبذل جهدًا لمعرفةك بشكل أفضل.» ما الخطر في ذلك؟ من وجهة نظري، هذه الصراحة تزيد فقط من ثقة المريض بك وفي عملية العلاج. بالطبع، هذا لا يمنع أنواعًا أخرى من الاستفسار حول السؤال؛ على سبيل المثال، عن دوافع المريض أو توقيته (السؤال القياسي «لماذا الآن؟») أو الانشغال المفرط بالمظهر الجسدي أو الإغواء، الذي قد يحجب أسئلة أكثر أهمية.

الفصل السادس

المواجدة: النظر من نافذة المريض

من الغريب كيف يمكن لبعض العبارات أو الأحداث أن تستقر في أذهاننا لتصبح مصدر توجيه أو راحة دائم. منذ عقود، رأيت مريضة مصابة بسرطان الثدي، علفت طوال فترة المراهقة في صراع عنيف وطويل مع والدها المتشائم. ومع تطلعها للمصالحة ولبداية جديدة ونقية في علاقتهما، تطلعت إلى أن يقودها والدها بالسيارة إلى الجامعة؛ وقت تكون فيه بمفردها معه لعدة ساعات. لكن الرحلة التي طال انتظارها أتت كارثية: تصرف والدها كالمعتاد، متذمراً طيلة الوقت من الجدول المائي المليء بالقيامات على جانب الطريق. أما هي، فلم تر أي قيامات على الإطلاق في المجري المائي الريفى الجميل غير الملوث. لم تجد طريقة للرد وأخيراً، وبانغماسهما في الصمت، قضيا بقية الرحلة ينظر كل منهما في اتجاه بعيد عن الآخر.

لاحقاً، قامت بالرحلة نفسها بمفردها وأصيبت بالدهشة عندما لاحظت وجود جدولين مائيين، واحد على كل جانب من الطريق. قالت بنبرة ملؤها الأسى: «هذه المرة، كنت أنا السائقة، والجدول الذي رأيته من خلال نافذتي على جانب السائق قبيح وملوث كما وصفه أبي.» لكن عندما تعلمت النظر من خلال نافذة والدها، فات الأوان، توفي والدها ودُفن.

ولكن هذه القصة عاشت معي، وفي كثير من المناسبات ذكّرت نفسي وطلابي، «انظر من نافذة الآخر. حاول أن ترى العالم كما يراه مريضك.» المرأة التي روت لي هذه القصة توفيت بعد وقت قصير إثر معاناتها مع سرطان الثدي، أشعر بالأسف لأنني لا أستطيع إخبارها بمدى فائدة قصتها على مر السنين، لي وطلابي وللكتير من المرضى. قبل خمسين عامًا، حدد كارل روجرز «المواجدة السليمة» كأحد الصفات الثلاث الأساسية للمعالج الفعّال (إلى جانب «التقدير الإيجابي غير المشروط» و«الأصالة») وأطلق عهدًا جديدًا في ميدان بحوث العلاج النفسي، الذي أفضى في نهاية المطاف إلى تجميع أدلة وافرة تؤكد فعالية المواجدة.

يصبح العلاج النفسي أكثر فاعلية عندما ينجح المعالج في الغوص بعمق ودقة في عالم المريض. يستفيد المرضى بشكل هائل من مجرد تجربة أن يُرى ويُفهم بالكامل. لذا، من المهم لنا أن نقدّر كيف يختبر مرضانا الماضي والحاضر والمستقبل. أنا شخصيًا أحرص على فحص فرضياتي باستمرار. على سبيل المثال:

«بوب، عندما أفكر في علاقتك بهاري، هذا ما أفهمه. تقول إنك مقتنع بأنكما غير متوافقين، وترغب بشدة في الانفصال عنها، وتشعر بالملل في صحبتها وتتجنب قضاء أمسيات كاملة معها. ومع ذلك، الآن، عندما أقدمت هي على الخطوة التي أردتها وابتعدت، تجد نفسك تشتاق إليها مجددًا. أعتقد أنك تقول إنك لا ترغب في أن تكون معها، لكنك لا تطيق فكرة أنها غير متاحة عندما تحتاج إليها. هل أنا على صواب فيما فهمته حتى الآن؟»

المواجدة السليمة هي الأهم في حيز اللحظة الحالية، أي هنا والآن في الجلسة العلاجية. ضع في اعتبارك أن المرضى يرون الجلسة العلاجية بشكل مختلف تمامًا عن المعالجين. مرارًا وتكرارًا، يفاجأ المعالجون، حتى أولئك ذوو الخبرة العالية، بإعادة اكتشاف هذه الظاهرة. أحيانًا يبدأ أحد مرضاي الجلسة بوصف رد فعل انفعالي حاد على شيء حدث خلال الجلسة السابقة، وأشعر بالحيرة ولا أستطيع أن أتخيل ما الذي حدث في تلك الجلسة ليثير مثل هذه الاستجابة القوية.

اختلاف الرؤى بين المريض والمعالج لفت انتباهي منذ سنوات، حين كنت أجري بحثًا حول خبرة أعضاء المجموعة في المجموعات العلاجية ومجموعات المواجهة. طلبت من عدد كبير من الأعضاء ملء استبيان حددوا فيه الأحداث الفارقة لكل جلسة. الأحداث المتنوعة والغنية التي وصفوها مختلفة تمامًا عن تقييحات قادة المجموعات للأحداث الفارقة في كل اجتماع، وهناك اختلاف مماثل بين اختيارات الأعضاء والقادة للأحداث الأكثر أهمية لتجربة المجموعة بأكملها.

اختبرت الاختلافات بين وجهات نظر المريض والمعالج مرة أخرى في تجربة غير رسمية، حيث كتبتُ أنا وأحد المرضى ملخصًا لكل جلسة علاجية. لهذه التجربة تاريخ فريد. المريضة، جيني، كاتبة مبدعة، ولكنها عانت ليس فقط سدة هائلة في الكتابة، بل في كل أشكال التعبير. مشاركتها لمدة عام في مجموعتي العلاجية لم تُثمر كثيرًا: لم تكشف الكثير عن نفسها، ولم تشارك الآخرين بالكثير، ومجدتني إلى درجة أن أي مواجهة حقيقية بيننا أصبحت غير ممكنة.

بعد ذلك، وعندما اضطرت جيني لمغادرة المجموعة بسبب ضغوط مالية، اقترحت تجربة غير عادية. عرضت عليها أن أراها في جلسات علاج فردي بشرط أن تكتب، بدلاً من الدفع، ملخصًا سلسًا وغير محرر لكل جلسة علاجية تعبر فيه عن كل المشاعر والأفكار التي لم تعبر عنها خلال جلستنا. ومن جانبي، اقترحت أن أفعل الشيء نفسه واقترحت أن نسلم تقاريرنا الأسبوعية المغلقة إلى سكرتيري، وكل بضعة أشهر سيقراً أحدنا ملاحظات الآخر.

اقتراحي نجحني في طياته أهدافاً متعددة. أملت أن يسهم واجب الكتابة ليس فقط في تحرير قدرة مريضتي على الكتابة، ولكن أيضاً في تشجيعها على التعبير عن نفسها بحرية أكبر خلال العلاج. وربما، كما أملت، أن قراءتها لملاحظاتنا تسهم في تحسين علاقتنا. نويتُ أن أكتب ملاحظات صادقة غير محررة تكشف ما اختبرته خلال الجلسة العلاجية: ما يسرني وما يُحبطني وما يُشتت انتباهي. من الممكن أنه إذا استطاعت جيني أن تراني بشكل أكثر واقعية، فستبدأ بتجريدي من هالة المثالية والتعامل معي على أساس أكثر إنسانية.

(وعلى هامش ذلك، لكنه خارج نطاق المواجهة التي ناقشها، أود الإشارة إلى أن هذه التجربة وقعت في فترة كنت أسعى خلالها لصقل موهبتي الكتابية، وأن عرضي بمواكبة مريضتي في الكتابة له أيضاً دوافع شخصية: منحني ذلك فرصة لتمارين كتابة استثنائي ومناسبة لكسر قيودي المهنية، لأطلق لصوتي العنان بكتابة كل ما يخطر ببالي مباشرة بعد كل جلسة علاجية.)

تبادل الملاحظات كل عدة أشهر قدم لنا تجربة تشبه تأثير «راشومون»⁽¹⁾: على الرغم من أننا شاركنا الساعة ذاتها، فإننا عايشناها وتذكرناها كل على هواه. لسبب واحد، أولينا أهمية لأجزاء مختلفة تمامًا من الجلسة. تلك التفسيرات البلاغية الرائقة التي قدمتها؟ لم تكثر لها حتى. بدلًا من ذلك، قدرت تلك اللفتات الشخصية الصغيرة التي كدتُ ألاحظها: إطرائي لمظهرها أو لباسها أو كتاباتها، اعتذاري الخجول لتأخري بضع دقائق، ضحكي على سخريتها، مضايقتي لها خلال تبادل الأدوار.⁽²⁾

علمتني كل هذه التجارب ألا أفترض أنني والمريض لدينا التجربة نفسها خلال الجلسة. عندما يعبر المرضى عن أحاسيسهم من الجلسة السابقة، أحرص على الاستفسار عن تجاربهم ودائمًا ما أتعلم شيئًا جديدًا وغير متوقع. المواجهة جزء لا يتجزأ من حديثنا اليومي، يتغنى المطربون المشهورون بكلمات تبدو سطحية عن النظر بعيني

(1) تأثير راشومون: يشير إلى إعطاء تفسيرات مختلفة لحدث ما من كل المشاركين به. حيث يعطي كل منها تفاصيل مختلفة جدًا لرواية الحدث على حسب منظورهم لهذا الحدث. (ملحوظة المترجم)

(2) لاحقًا، استخدمتُ ملخصات الجلسات في تعليم العلاج النفسي، وأدهشتني قيمتها التعليمية. ذكر الطلاب أن ملاحظتنا المشتركة اتخذت خصائص الرواية الرسائية، وأخيرًا، في عام 1974، نشرت أنا والمريضة، جيني إلكين (اسم مستعار)، تلك الملاحظات تحت عنوان "Every Day Gets a Little Closer" وبعد عشرين عامًا، أعيد إصدار الكتاب في نسخة ورقية وسلك حياة جديدة. على أية حال، لو أننا نعيد النظر، لصار عنوان "A Twice-Told Therapy" أكثر ملاءمة، لكن جيني كانت تعشق أغنية بادي هولي القديمة وأرادت أن تتزوج على أنغامها لهذا سميننا الكتاب باسم الأغنية. (ملحوظة الكاتب)

الآخر وأن تضع قدمك في موضع الآخر، لدرجة أننا قد نغفل عن تعقيدات هذه العملية. إن معرفة ما يشعر به الآخر بصدق أمر بالغ الصعوبة؛ نحن غالبًا ما نُسقط مشاعرنا الخاصة على الآخر.

عند تعليم المواجهة للطلاب، استشهد إريك فروم كثيرًا بقول تيرينس الذي يرجع تاريخه إلى ألفي عام مضت «أنا إنسان ولا شيء إنساني غريب عني»، ويحثنا على أن نصبح منفتحين على ذلك الجزء من أنفسنا الذي يتجاوب مع أي فعل أو خيال يبوح به المرضى، مهما كان شنيعًا أو عنيفًا أو شهوانيًا أو مازوخيًا أو ساديًا. إذا لم نفعل ذلك، اقترح أن نستقصي لماذا اخترنا أن نغلق ذلك الجزء من أنفسنا.

بالطبع، معرفة ماضي المريض تعزز بشكل كبير قدرتك على النظر من خلال نافذة المريض. إذا عانى المرضى، على سبيل المثال، سلسلة طويلة من الفراق، فسوف ينظرون إلى العالم من خلال نظارات الفقد. قد لا يرغبون، على سبيل المثال، في السماح لك بأن تكون مهمًا أو تقترب أكثر من اللازم خشية التعرض لخسارة جديدة. لذا، ربما دراسة الماضي مهمة ليس من أجل تكوين سلاسل سببية فحسب، بل لأنها تسمح لنا بالمواجهة السليمة مع المريض.

الفصل السابع علم المواجهة

المواجهة السليمة ليست سمة أساسية للمعالجين فحسب، بل للمرضى أيضًا، وعلينا أن نساعد المرضى على تنمية المواجهة تجاه الآخرين. ضع في اعتبارك أن مرضانا يلجؤون إلينا عمومًا لأنهم لم يوفقوا في تطوير علاقات بين شخصية مرضية والحفاظ عليها. الكثير منهم يفتقد للقدرة على المواجهة مع مشاعر الآخرين وخبراتهم.

أعتقد أن الحضور هنا والآن يوفر للمعالجين وسيلة فعالة لمساعدة المرضى على تطوير المواجهة. الإستراتيجية بسيطة وواضحة: ساعد المرضى على تجربة المواجهة معك، وبهذا سيعملون من تلقاء أنفسهم على نقل تلك التجربة وتطبيقها على الشخصيات الهامة الأخرى في حياتهم. من الشائع جدًا أن يطلب المعالجون من المرضى التأمل في كيفية تأثير أقوالهم وأفعالهم في الآخرين. وأنا أقترح أن نشرك أنفسنا نحن المعالجين في هذا التأمل أيضًا.

عندما يحاول المرضى تخمين ما أشعر به، أركز عادةً على تخميناتهم. إذا فسر المريض بعض الإيحاءات أو التعليقات وقال «لا بُد وأنك مللت من رؤيتي» أو «أعلم أنك آسف لأنك تورطت معي» أو «مؤكد أن جلستي أثقل ساعات يومك» فسأسقتصي الحقائق، مستفسرًا: «هل تريد مني الإجابة عن سؤال معين؟»

هذا بالطبع، تدريب بسيط على المهارات الاجتماعية: أحث المريض على مواجهتي أو سؤالي بشكل مباشر، وأسعى للإجابة بطريقة مباشرة ومفيدة. فعلى سبيل المثال، سأجيب: «أنت تفهمني بشكل خطأ تمامًا. لا أشعر بأي من تلك المشاعر التي ذكرتها. بل سررت بعملنا. أنت تُظهر شجاعة كبيرة وتعمل بجد ولم تفوت أي جلسة ولم تتأخر قط، خاطرت بمشاركة الكثير من الأمور الشخصية معي. بكل معنى الكلمة، أنت تقوم بدورك. لكنني لاحظت أنك كلما حاولت تخمين مشاعري تجاهك، غالبًا ما تكون مختلفة عما أشعر به فعليًا، والخطأ دائمًا في الاتجاه نفسه: تفترض أن اهتمامي بك أقل بكثير مما هو عليه في الحقيقة.»

مثال آخر:

«أعلم أنك سمعت هذه القصة من قبل، ولكن...» (ويتابع المريض بسرد قصة طويلة).

«يذهلني كم مرة قلت لي إنني سمعت القصة من قبل ومع ذلك تكمل في سردها.»

«إنها عادة سيئة، أعرف ذلك. لا أفهم سببها.»

«ما تخمينك حول ما أشعر به وأنا أسمع القصة نفسها مرة تلو الأخرى؟»

«لا بُد وأنت تمل. ربما تتمنى لو تنقضي الجلسة ولعلك تترقب الساعة.»

«أتود طرح سؤال مباشر عليّ؟»

«حسنًا، هل تشعر بذلك؟»

«أشعر بالفعل بالضجر من سماع القصة نفسها مرة أخرى. يبدو لي أنها تشكل حاجزًا بيننا، كما لو أنك لا تخاطبني. أنت محق بشأن النظر إلى الساعة. نعم، فعلت ذلك، لكنني فعلتها على أمل أنه بعد انتهائك من القصة، سيتسنى لنا الوقت لتواصل قبل نهاية الجلسة.»

الفصل الثامن

دع المريض يحتل مكانة مهمة داخلك

مرّ أكثر من ثلاثين عامًا منذ أن استمعت إلى أحزن قصة في عالم العلاج النفسي. كنت أقضي زمالة لمدة عام بعيادة تافستوك الشهيرة في لندن، والتقيت محلاً نفسيًا، معالجًا جماعيًا بريطانيًا بارزًا على وشك التقاعد في سن السبعين، عقد في الليلة السابقة الجلسة النهائية لمجموعة علاجية طويلة الأمد. أعضاء تلك المجموعة، الكثير منهم هم جزء منها لأكثر من عقد من الزمان، شهد بعضهم تحولات جمّة في الآخرين وفي أنفسهم، اتفقوا جميعًا على أن شخصًا واحدًا لم يطرأ عليه أدنى تغيير: المعالج نفسه! بل أكدوا أنه ظل على الحال نفسه حتى بعد مرور عشرة أعوام. ثم نظر إليّ، وطرق على مكتبه مؤكّدًا، وقال لي بصوته الذي يملأه وقار المعلم: «ذاك يا ولدي، أسلوب علاجي جيد.»

لطالما شعرت بالحزن كلما تذكرت هذا الموقف. إنه أمر مؤسف أن تجتمع مع الآخرين لوقت طويل من دون أن تسمح بأن يكون لهم أهمية تُحدث تأثيرًا أو تغييرًا فيك. أناشدكم أن تُقدّروا مرضاكم، أن تدعوهم يتركوا بصاتهم على تفكيركم ويُحدثون فارقًا في شخصكم ويغيروكم إلى ما هو أرقى؛ ولا تُخفوا هذا الأثر عنهم.

منذ سنوات، استمعت إلى مريضة وهي تعبر عن استيائها الشديد من بعض صديقاتها بسبب «علاقاتهن الجنسية العابرة». وهذا من طبعها: دائماً ما توجه النقد اللاذع لكل من تصفهم لي. فتساءلت بصوت مسموع عن تأثير هذا النقد الحاد في صديقاتها:

أجابتنني: «ماذا تعني؟ هل حكمي على الآخرين يؤثر فيك؟»
«أظن أنه يجعلني حذرًا من كشف الكثير عن نفسي. لو أننا صديقان، فسأحرص على عدم إظهار جوانبي المظلمة لك.»
«أرى أن الأمر واضح تمامًا كالأبيض والأسود. ما رأيك أنت في مسألة العلاقات الجنسية العابرة؟ هل يمكنك شخصيًا أن تتصور فصل الجنس عن الحب؟»

«بالطبع يمكنني. هذا جزء من طبيعتنا الإنسانية.»

«هذا يثير اشمئزازي.»

انتهت الجلسة على تلك الحال، وظللت لأيام عدة أشعر بالانزعاج إزاء تفاعلنا، وبدأت الجلسة التالية بإخبارها بأنني شعرت بعدم الراحة لاعتقادي بأنها تشعر بالاشمئزاز تجاهي. لكنها أبدت دهشتها تجاه ردة فعلي وأخبرتني أنني فهمتها بشكل خطأ تمامًا: ما كانت تعنيه هو أنها تشعر بالاشمئزاز من الطبيعة الإنسانية ومن رغباتها الجنسية الخاصة، وليس الاشمئزاز مني أو من كلماتي.

في وقت لاحق من الجلسة، أثارت الموضوع ثانية، معبرة عن أسفها لأنها تسببت في شعوري بالانزعاج، ولكنها في الوقت نفسه تأثرت وشعرت بالسرور لأنها مهمة عندي. هذا التفاعل أحدث

تحوّلًا جذريًا في العلاج: ففي الجلسات اللاحقة، وثقت بي أكثر وأقدمت على مخاطر أكبر بكثير.

أرسل إليّ أحد مرضاي مؤخرًا بريدًا إلكترونيًا:

أحبك، ولكنني أيضًا أكرهك لأنك تغادر، ليس فقط إلى الأرجنتين ونيويورك وربما حتى التبت وتبكتو، ولكن لأنك تغادر كل أسبوع، تغلق الباب، ربما فقط لتشغيل مباراة البيسبول أو لتتفقد مؤشرات البورصة وتعد كوبًا من الشاي وأنت تصفر لحناً مبهجًا ولا تفكر بي على الإطلاق، ولماذا عليك أن تفكر بي؟

هذا التصريح يُسمِعنا صدى السؤال العظيم الذي لم يطرحه الكثير من المرضى: «هل تفكر بي بين الجلسات أم أنني أختفي تمامًا من حياتك لبقية الأسبوع؟»

تجربتي تشير إلى أن المرضى غالبًا لا يمتحنون من ذهني طوال الأسبوع، وإذا كان لدي أفكار منذ الجلسة الأخيرة ربما من المفيد أن يسمعوها، أحرص على مشاركتها.

إذا شعرت بأني ارتكبت خطأ ما خلال الجلسة، أو من بأن من الأفضل دائمًا الاعتراف به مباشرة. ذات مرة، وصفت مريضة حلماً:

«أنا في مدرستي الابتدائية القديمة وأتحدث إلى فتاة صغيرة تبكي بعد أن هربت من فصلها. وقلتُ لها: عليك أن تتذكري أن هناك الكثيرين الذين يحبونك ومن الأفضل ألا تهربي من الجميع.»

اقترحت أنها المتحدثة والفتاة الصغيرة على حد سواء، وأن الحلم يُعد صدى لما كنا نناقشه في جلستنا السابقة. فأجابت: «بالطبع.»

أزعجني ذلك: إذ اعتدتِ عدم الاعتراف بتعليقاتي المفيدة، ولذلك أصررت على تحليل تعليقها، «بالطبع». لاحقًا، وفي أثناء تأملي لتلك الجلسة غير المرضية، أدركت أن المشكلة بيننا بسبب إصراري العنيد على فك رموز ردها «بالطبع» لأنال تقديرًا كاملًا لفهمي العميق للحلم.

افتتحت الجلسة التالية بالاعتراف بسلوكي غير الناضج، ومن ثم أجرينا واحدة من أكثر جلساتنا إثارة، حيث كشفت عن عدة أسرار مهمة كتمتها لوقت طويل. إفصاح المعالج يولد إفصاح المريض.

أحيانًا يحتل المرضى مكانة مهمة داخلي لدرجة أنهم يتسللون إلى أحلامي، وإذا شعرت أن مشاركة الحلم قد تسهم في تيسير العلاج، فلا أتردد في ذلك. ذات مرة، حلمت أنني التقيت مريضة في مطار وحاولت أن أحتضنها لكن حقيبة يدها الكبيرة حالت دون ذلك. شاركتها الحلم وربطته بنقاشنا في الجلسة السابقة عن «الأمّعة» التي تحملها في علاقتها بي؛ أي مشاعرها القوية والمتناقضة تجاه والدها. تأثرت بمشاركتي الحلم وأقرت بمنطقية ربطه بتداخل صورة والدها وصورتي في نظرها، لكنها اقترحت تفسيرًا آخر مقنعًا للحلم؛ وهو أن الحلم يعبر عن أسفي لأن عقدنا المهني (الذي يُرمز له بالحقيبة، وعاء النقود، أي رسوم العلاج) يحول دون وجود علاقة كاملة. لم أستطع إنكار أن تفسيرها مقنع ويعكس مشاعر متوارية في أعماقي.

الفصل التاسع اعترف بأخطائك

صاغ المحلل النفسي دونالد وينيكوت ملاحظة مؤثرة للغاية، مفادها أن الفارق بين الأم الجيدة والأم السيئة ليس في ارتكاب الأخطاء، بل في كيفية تعاملهن مع تلك الأخطاء.

زارتني مريضة تركت معالجها السابق لسبب قد يبدو بسيطاً. في لقائهما الثالث، بكت بغزارة ومدت يدها لتأخذ منديلاً ورقياً فوجدت الصندوق فارغاً. بدأ المعالج حينها بالبحث في مكتبه عن منديل أو حتى محرمة من دون جدوى، ليهرع بعدها إلى الحمام ويعود بقبضة من مناديل المرحاض. في الجلسة التالية، لمحت المريضة إلى أن الموقف كان محرّجاً له، فأنكر هو الشعور بأي حرج على الإطلاق. وكلما أصرت هي، ازداد هو في الدفاع عن موقفه وأعاد الأسئلة إليها حول سبب استمرارها في التشكيك بإجابته. وفي النهاية استتجت (وبدالي أنها على حق) أنه لم يتعامل معها بصدق وقررت أنها لا تستطيع الثقة به في رحلتها العلاجية المقبلة.

إليكم مثال عن خطأ مُعترف به: أتتني مريضة تحملت الكثير من الخسائر في الماضي وتواجه فقداناً وشيكاً لزوجها، الذي يحضر بورم في المخ. سألتني ذات مرة عما إذا كنت أفكر بها بين الجلسات. فأجبتها: «كثيراً ما أفكر في حالتك». إجابة خطأ! استفزتها عبارتي واستنكرتها بقولها: «كيف تقول هذا وأنت الذي يُفترض أن تساعدني، أنت الذي

تطلب مني البوح بأعمق مشاعري. هذه الكلمات تؤكد هواجسي بأنني بلا ذات، الكل يفكر في حالتي ولا أحد يلتفت إليّ.» وأضافت بعد ذلك أنها ليست بلا ذات فحسب، بل أنني أيضًا تجنبت إحصار ذاتي إلى لقاءاتنا.

تأملت في كلماتها طوال الأسبوع التالي، وخلصت إلى أنها محقة تمامًا، فبدأت الجلسة التالية بالاعتراف بخطأي وطلبت منها مساعدتي لتحديد أوجه القصور في تعاملي وتوضيحها. (قرأت منذ سنوات مضت مقالاً للمحلل النفسي الموهوب ساندور فيرينزي، ذكر فيه أنه قال لمريض: «ربما يمكنك مساعدتي في توضيح أوجه القصور في تعاملي». هذه واحدة من العبارات التي استقرت في ذهني وأستخدمها كثيرًا في عملي الإكلينيكي.)

نظرنا معًا إلى قلقي المتزايد إزاء عمق معاناتها ورغبتني الشديدة في إيجاد طريقة للمساعدة، أي طريقة من دون اللجوء إلى العناق، لتخفيف معاناتها. ربما، كما ألمحت، ابتعدت عنها في جلساتنا الأخيرة خشية أن أكون أغريتها بالأمل في تحقيق راحة تعدت ما بوسعي تحقيقه فعليًا. وأعتقد أن هذا سياق تصريحى المجرّد عن «حالتها». من الأفضل بكثير، كما أفصحت لها، أن أصبح صادقًا حول توقي لمواساتها وحيرتي بشأن كيفية المساعدة.

إذا ارتكبت خطأ، فاعترف به. كل محاولة للتستر على الخطأ ستقلب ضدك في النهاية. سيشعر المريض بدرجة ما أنك تتصرف بسوء نية، وسيتأثر العلاج النفسي سلبيًا. علاوة على ذلك، فإن الاعتراف الصريح بالخطأ نموذج جيد للمرضى ودليل آخر على أنهم مهمون لديك.

الفصل العاشر

صمم علاج مخصص لكل مريض

توجد إشكالية كبيرة متأصلة في الكثير من أبحاث العلاج النفسي المعاصرة. نظرًا إلى أن الباحثين لديهم حاجة مشروعة لمقارنة أحد أنواع العلاج النفسي مع بعض العلاجات الأخرى (مثل العلاج الدوائي أو نوع آخر من العلاج النفسي)، فعليهم أن يقدموا علاجًا «معياريًا»؛ أي علاج موحد لجميع المشاركين في المشروع البحثي بحيث يمكن في المستقبل أن يكرره الباحثون والمعالجون الآخرون. (بعبارة أخرى، المعايير نفسها المطبقة في اختبار تأثيرات المواد الدوائية تنطبق هنا: أي أن جميع المشاركين يتلقون نقاء الدواء وفعالته ذاتهما، وأن الدواء نفسه سيُتاح للمرضى في المستقبل.) ومع ذلك، فإن هذا الفعل نفسه من التوحيد يجعل العلاج النفسي أقل واقعية وأقل فعالية. وعندما نضيف إلى هذه المشكلة حقيقة أن الكثير من أبحاث العلاج النفسي تعتمد على معالجين عديمي الخبرة أو طلاب في هذا المجال، فليس من الصعب فهم لماذا تصبح هذه الأبحاث، في أحسن الأحوال، صلتها ضعيفة بالواقع.

لنتأمل دور المعالجين أصحاب الباع الطويل في مهنتهم. عليهم أن ينسجوا علاقة مع المريض تتسم بالصدق والتقدير الإيجابي غير المشروط والعفوية. يحثون المرضى على بدء كل جلسة من منطلق «نقطة

الإلحاح» في نفوسهم (كما عبّرت ميلاني كلاين) ويكتشفون أعماق مشكلاتهم المهمة التي تتكشف تدريجيًا في تلك اللحظات الحاسمة من اللقاء. وأية مشكلات هي؟ لعلها مشاعر معينة تجاه المعالج أو قضية ما ربما نشأت نتيجة الجلسة السابقة أو من أحلام الليلة التي سبقت الجلسة. المغزى هنا هو أن العلاج النفسي ينساب بعفوية، والعلاقة بين المعالج والمريض هي علاقة دينامية، تتطور باستمرار، ويتخللها تسلسل متواصل من التجارب ومن ثم تحليل العملية. في جوهر العلاج النفسي، يجب أن يتدفق عفويًا، يتبع دائمًا مجرى أنهار غير متوقعة؛ يُشوه بشكل فظيع من خلال تعبّثه في صيغة تمكن المعالجين عديمي الخبرة وغير المدربين بشكل كافٍ (أو الحواسيب) من تقديم دورة علاجية موحدة. أحد الفئات الحقيقية التي أحدثتها حركة الرعاية المُدارة هو الاعتماد المتزايد على العلاج البروتوكولي الذي يلزم المعالجين بالالتزام بتسلسل محدد، وجدول من المواضيع والتمارين التي يجب اتباعها أسبوعيًا.

في سيرة يونج الذاتية، يصف تقديره لتفرد لغة كل مريض وعالمه الداخلي، وهو التفرد الذي يتطلب من المعالج أن يبتكر لغة علاجية جديدة لكل مريض. ربما أبالغ في تقدير هذه القضية، لكنني أعتقد أن الأزمة الحالية في العلاج النفسي خطيرة للغاية وأن عفوية المعالج معرضة للخطر مما يستدعي تصحيحًا جذريًا. نحن بحاجة إلى الذهاب إلى أبعد من ذلك: على المعالج أن يسعى جاهدًا لتصميم علاج جديد لكل مريض.

على المعالجين أن ينقلوا للمريض أن مهمتهم الأساسية هي بناء علاقة معًا ستصبح بذاتها عامل التغيير. من الصعب جدًا تدريس هذه المهارة في دورة تدريبية مكثفة باستخدام بروتوكول محدد. قبل كل شيء، يجب أن يستعد المعالج للذهاب أينما ذهب المريض، والقيام بكل ما يلزم لمواصلة بناء الثقة والأمان في العلاقة. أحاول تصميم العلاج لكل مريض، لإيجاد أفضل طريقة للعمل، وأنا أعتبر عملية تشكيل العلاج ليست مجرد أساس أو مقدمة بل هي جوهر العمل. هذه الملاحظات لها أهمية حتى لمرضى العلاج قصير المدى ولكنها تنطبق بشكل أساسي على العلاج النفسي مع المرضى الذين يمكنهم تحمل (أو المؤهلين إلى) العلاج النفسي طويل المدى.

أسعى لتفادي استخدام تقنيات مُعدة مُسبقًا، وأجد أن أدائي يتحسن حينما أدع خياراتي تتدفق تلقائيًا من متطلبات الموقف العيادي الراهن. أعتقد بأن «التقنية» تصبح مساعدة عندما تنبع من التجربة الخاصة للمعالج مع المريض. عندما أقترح بعض التدخلات للخاضعين لإشرافي، غالبًا ما يحاولون إدراجه في الجلسة التالية، ولكنه ينتهي دائمًا بالفشل. لذلك، بتّ أسبق تعليقاتي بقول: «لا تجرب هذا في جلستك المقبلة، ولكن في هذا الموقف، ربما لقلتُ شيئًا كهذا...» وجهة نظري هي أن كل تجربة علاجية تتألف من استجابات أو تقنيات صغيرة وكبيرة، تتولد بشكل عفوي ومن المستحيل برمجتها مسبقًا.

بالطبع، يختلف معنى التقنية للمبتدئ عن الخبير. يحتاج المرء إلى التقنية في تعلم العزف على البيانو، ولكن، عليه في النهاية، إذا أراد صنع الموسيقى، أن يتجاوز التقنية المتعلمة ويثق في حركاته التلقائية. على سبيل المثال، مريضة عانت سلسلة خسائر مؤلمة، جاءت إلى جلستها يوماً ما في حالة يأس شديد، بعد أن علمت لتوها بوفاة والدها. غمرها الحزن بالفعل من وفاة زوجها قبل أشهر قليلة، حتى أن فكرة العودة إلى منزل والديها لحضور الجنازة ورؤية قبر والدها إلى جانب قبر أخيها الذي تُوفي وهو صغير، فكرة لا تُطاق. ومن ناحية أخرى، عانت شعوراً بالذنب لعدم قدرتها على حضور جنازة والدها. هي عادةً شخصية فعّالة وقوية، وكثيراً ما تنتقدي والآخرين لمحاولتنا «إصلاح» الأمور لها. ولكن الآن، احتاجت إلى شيء مني؛ شيء محسوس، شيء يُخفف عنها الذنب. استجبت بإرشادها إلى عدم الذهاب للجنازة («أوامر طبية»، كما قلت لها). وبدلاً من ذلك، حددت موعد جلستنا التالية في توقيت الجنازة نفسه، وخصصتها بالكامل للحديث عن والدها. وبعد مرور عامين، عند انتهاء العلاج، وصفت مدى فائدة تلك الجلسة لها.

مريضة أخرى تشعر بثقل الضغوط في حياتها حتى أنها في إحدى الجلسات بصعوبة استطاعت التحدث، مكتفية بعناق نفسها والتمايل بلطف. غمرتني رغبة قوية في تقديم العزاء لها، في احتضانها وطمأننتها بأن كل شيء سيسير على ما يرام. لكنني تخلّيت عن فكرة العناق؛ لأنها تعرضت للإساءة الجنسية من زوج أمها، ولزمتُ الحرص بشكل خاص على الحفاظ على شعورها بالأمان في علاقتنا. بدلاً من ذلك،

عرضت في نهاية الجلسة بشكل غير متوقع تغيير موعد جلستها التالية ليصبح أكثر ملاءمة لها. فعادةً اضطرت إلى أخذ إجازة من عملها لزيارتي، وهذه المرة عرضت أن أراها قبل العمل، في الصباح الباكر. لم يوفر هذا التدخل الراحة التي تمنيتها، لكنه مفيد على أية حال. يجب تذكر المبدأ الأساسي في العلاج النفسي بأن كل ما يحدث يعتبر مادة خصبة للتحليل. في هذه الحالة، شعرت المريضة بالشك والتهديد من جراء عرضي. اقتنعتُ بأنني لم أرغب فعلاً في مقابلتها، وأن جلساتنا العلاجية معاً تمثل أسوأ أوقاتي في الأسبوع، وأني غيرتُ موعد جلستها لراحتي الخاصة، لا لراحتها. وهذا قادنا إلى مجال خصب لاستكشاف احتقارها لذاتها وإسقاط كراهيتها لنفسها عليّ.

الفصل الحادي عشر

العمل العلاجي

وليس الكلمة العلاجية

استغل الفرص للتعلم من المرضى. احرص على السؤال باستمرار عن رأي المريض فيما يجده مفيداً في عملية العلاج. أكدت سابقاً أن المعالجين والمرضى غالباً لا يتفقون في استنتاجاتهم حول الجوانب المفيدة من العلاج. غالباً وجهات نظر المرضى حول الأحداث المفيدة في العلاج النفسي علائقية، وغالباً ما تتضمن بعض أفعال المعالج التي تتجاوز إطار العلاج أو بعض الأمثلة الواضحة على اتساق المعالج وحضوره. على سبيل المثال، أشار أحد المرضى إلى استعدادي للقاءه حتى بعد أن أخبرني هاتفياً أنه مصاب بالإنفلونزا. (مؤخراً، أنهى معالجه الزوجي الجلسة مبكراً خوفاً من العدوى عندما بدأ بالعطس والسعال.) مريضة أخرى، ظلت مقتنعة بأنني سأتحلى عنها في النهاية بسبب غضبها المزمن، أخبرتني في نهاية العلاج النفسي أن أهم تدخل قمت به هو وضعي قاعدة بأن أجدول جلسة إضافية تلقائياً كلما عبرت عن غضبها تجاهي.

في تقييم آخر عند نهاية العلاج، أشارت مريضة إلى موقف في جلسة قبل سفري مباشرة، قدمت لي قصة كتبها وأرسلت إليها ملاحظة

لأخبرها كم أحببت كتابتها. أتت الرسالة دليلاً ملموساً على اهتمامي وكثيراً ما لجأت إليها للدعم خلال غيابي. الاتصال بالهاتف بمريض مكتئب أو معرض للانتحار يستغرق وقتاً قليلاً ويكون ذا معنى كبير للمريض. أخبرتني مريضة، عانت السرقة القهريّة للمتاجر وقضت وقتاً في السجن، أن أهم لفظة في علاج طويل هي مكاملة هاتفية داعمة أجريتها عندما سافرت خارج المدينة خلال موسم التسوق في عيد الميلاد، وهي فترة عاشت فيها غالباً خارجة عن السيطرة. شعرت بأنها لا يمكن أن تصبح جاحدة لدرجة السرقة عندما بذلت قصارى جهدي لأظهر اهتمامي. إذا كان المعالجون يشعرون بالقلق بشأن تعزيز الاعتمادية، يمكنهم أن يطلبوا من المريض المشاركة في وضع إستراتيجية حول كيفية دعمهم بأفضل شكل خلال الفترات الحرجة. في مناسبة أخرى، كانت المريضة نفسها تسرق بشكل قهري، لكنها غيرت سلوكها بحيث أصبحت تسرق أشياء غير مكلفة، مثل قطع الحلوى أو السجائر. تبريرها للسرقة، كما هو الحال دائماً، أنها بحاجة إلى المساعدة في توازن ميزانية العائلة. هذا الاعتقاد غير عقلائي بشكل واضح: فمن ناحية، هي ثرية (لكنها رفضت تعريف نفسها بممتلكات زوجها)؛ علاوة على ذلك، المبلغ الذي توفره بسرقتها ضئيل.

«ماذا يمكنني أن أفعل لمساعدتك الآن؟» سألت. «كيف نساعدك على تجاوز شعورك بالفقر؟» فأجابت بمكر «يمكننا البدء بأن تعطيني بعض المال،» عندها أخرجت محفظتي وأعطيتها خمسين دولاراً في ظرف مع تعليمات بأن تأخذ منه قيمة الشيء الذي أوشكت

على سرقة. بمعنى آخر، عليها أن تسرق مني بدلاً من صاحب المتجر. سمح هذا التدخل لها بقطع النزوة القهرية التي سيطرت عليها، وبعد شهر أعادت لي الخمسين دولارًا. منذ ذلك الحين، أشرنا كثيرًا إلى الحادثة كلما استخدمت تبرير تصرفاتها بالفقر.

أخبرني زميل أنه عالج مرة راقصة أخبرته في نهاية العلاج النفسي أن أكثر فعل أثر بها في العلاج النفسي هو حضوره إحدى حفلاتها الراقصة. مريضة أخرى، في نهاية العلاج، أشادت باستعدادي لأداء العلاج بالهالة. دخلت مكنتي يومًا إحدى المؤمنات بمفاهيم العصر الجديد وهي مقتنعة بأنها تشعر بالمرض بسبب تمزق في هالتها. استلقت على سجادتي وتبعث تعليماتها وحاولت شفاء التمزق بتمرير يدي من الرأس إلى أخمص القدمين على بُعد بضع بوصات فوق جسدها. كنت قد عبرت عن شكوكي في مختلف ممارسات العصر الجديد واعتبرت موافقتي على الاستجابة لطلبها علامة على الاحترام والمحبة.

الفصل الثاني عشر

بادر إلى العلاج الشخصي

أرى أن العلاج النفسي الشخصي هو الركن الأساسي والأهم في تدريب العلاج النفسي. هل تساءلتم يوماً، ما أهم أداة لدى المعالج؟ الإجابة (والجميع يتفق على هذا): ذات المعالج نفسه. سأتناول مبررات وتقنيات استخدام المعالج لذاته من زوايا متعددة طوال هذا النص. دعوني أبدأ ببساطة بالقول إن على المعالجين أن يرشدوا المرضى من خلال النمذجة الشخصية. يجب أن نظهر استعدادنا للدخول في علاقة هيمية عميقة مع المريض، وهي عملية تتطلب منا البراعة في استخراج أفضل مصدر للمعلومات الموثوقة عن مرضانا، مشاعرنا الخاصة. يجب أن يظل المعالجون على دراية بجانبهم المظلم وقادرين على المواجهة مع جميع الرغبات والدوافع الإنسانية. توفر تجربة العلاج النفسي الشخصي للمعالج المدرب فرصة لتجربة جوانب كثيرة من عملية العلاج من مقعد المريض: الميل إلى تمجيد المعالج، الشوق إلى الاعترافية، الامتنان⁽¹⁾ للمستمع العطوف والمنتبه، السلطة الممنوحة للمعالج. على المعالجين الشباب أن يتعاملوا مع مشكلاتهم العصابية الخاصة؛ عليهم تعلم قبول الانتقادات، واكتشاف نقاط ضعفهم

(1) ملحوظة المحررة: الكلمة الأكثر فصاحة وتُعبّر عن هذا المعنى هي العرفان، لكننا أبقينا على كلمة امتنان لشيوع استخدامها في هذا المجال.

الخفية، ورؤية أنفسهم كما يراهم الآخرون؛ عليهم تقدير تأثيرهم في الآخرين وتعلم كيفية تقديم تعليقات دقيقة. وأخيراً، العلاج النفسي هو مشروع يتطلب جهداً نفسياً، وعلى المعالجين تطوير الوعي والقوة الداخلية للتعامل مع الكثير من المخاطر المهنية المتأصلة فيه.

تصر الكثير من برامج التدريب على أن يخوض الطلاب تجربة العلاج النفسي الشخصي: على سبيل المثال، تتطلب بعض مدارس علم النفس للدراسات العليا في كاليفورنيا حالياً من ستة عشر ساعة إلى ثلاثين ساعة من العلاج الفردي. هذا بداية جيدة، لكنها مجرد بداية. الاستكشاف الذاتي هو عملية مستمرة طوال الحياة، وأوصي بأن يكون العلاج عميقاً ومطولاً قدر الإمكان، وأن يخوض المعالج العلاج في مراحل متعددة من حياته.

رحلتي في مجال العلاج الشخصي، على مدى مسيرتي المهنية التي استمرت خمسة وأربعين عاماً، سارت على النحو التالي: 750 ساعة من التحليل النفسي الفرويدي التقليدي خمس مرات أسبوعياً خلال تدريبي الطبي النفسي (مع محلل تدريبي في مدرسة بالتي مور واشنطن المحافظة) وعام من التحليل مع تشارلز رايكروفت (محلل في «المدرسة الوسطى» لمعهد التحليل النفسي البريطاني) وعامين مع بات باومجارتنر (معالج جشطالت) وثلاث سنوات من العلاج النفسي مع رولو ماي (محلل ذو توجه بين شخصي ووجودي في معهد ويليام ألانسون وايت) والكثير من الفترات القصيرة مع معالجين من تخصصات متنوعة، تتضمن العلاج السلوكي والطاقة الحيوية والرولفينج والعلاج الزواجي ومجموعة دعم بلا قائد للمعالجين

الذكور مستمرة لمدة عشر سنوات (حتى وقت كتابة هذا)، وفي الستينيات، مجموعات المواجهة بكل ألوانها، بما في ذلك مجموعة المراثون العارية.

لاحظ جانين من هذه القائمة. أولاً، تنوع الأساليب. من المهم للمعالجين الشباب تجنب التعصب وتقدير نقاط القوة لجميع المناهج العلاجية المختلفة. على الرغم من أن الطلاب قد يضحون باليقين الذي يصاحب التقليدية، فإنهم يكتسبون شيئاً ثميناً؛ تقديرًا أكبر للتعقيد وعدم اليقين الذي يكمن وراء المشروع العلاجي.

أعتقد أنه لا يوجد طريقة أفضل لتعرف نهج العلاج النفسي إلا من خلال الدخول فيه بصفتك مريضاً. ولذلك، اعتبرتُ أوقات الانزعاج في حياتي فرصة تعليمية لاستكشاف ما تقدمه المناهج المختلفة. بالطبع، يجب أن يتناسب النوع المحدد من الانزعاج مع الطريقة المتبعة؛ على سبيل المثال، يُعتبر العلاج السلوكي مناسباً لعلاج أعراض محددة؛ ولذلك لجأت إلى معالج سلوكي للمساعدة في علاج الأرق الذي أصابني عندما سافرتُ لإلقاء محاضرات أو ورش عمل.

ثانياً، خضت العلاج في مراحل مختلفة من حياتي. على الرغم من الخضوع لتجربة علاجية ممتازة وواسعة النطاق في بداية المسيرة المهنية، قد تظهر مجموعة مختلفة تماماً من المشكلات في مراحل مختلفة من دورة الحياة. لم أواجه القلق الواضح تجاه الموت إلا عندما بدأت العمل بشكل مكثف مع المرضى الذين يواجهون الموت (في عقدي الرابع)، لا أحد يستمتع بالقلق - وبالتأكيد ليس أنا - لكنني رحبت

بالفرصة لاستكشاف هذا الجانب الداخلي مع معالج جيد. علاوة على ذلك، في ذلك الوقت شغلت في تأليف كتاب مرجع، العلاج النفسي الوجودي، وعلمت أن الاستكشاف الشخصي العميق سيوسع معرفتي بالمشكلات الوجودية. وهكذا بدأت دورة علاج مثمرة ومُثيرة مع رولو ماي.

تقدم الكثير من برامج التدريب، بصفتها جزءاً من المنهج الدراسي، مجموعة تدريبية تجريبية؛ أي مجموعة تركز على عمليتها الخاصة. تقدم هذه المجموعات الكثير للتعلم، على الرغم من أنها غالباً ما تثير القلق لدى المشاركين (وليس من السهل على القادة أيضاً، عليهم التعامل مع تنافسية أعضاء الطلاب وعلاقاتهم المعقدة خارج المجموعة).

أعتقد أن المعالج النفسي الشاب يُحقق فائدة أكبر عندما يشارك في مجموعة تجريبية «من الغرباء» أو، بشكل أمثل، في مجموعة علاج نفسي دائمة وعالية الأداء. إن الانخراط بصفتك عضواً في مجموعة يتيح للمرء تقدير ظواهر مثل ضغط المجموعة، والإحساس بالراحة التي يوفرها التنفيس العاطفي، والقوة التي تكمن في دور قائد المجموعة، وكذلك تجربة العملية المؤلمة ولكن المفيدة في الحصول على تقييم صادق لطريقة تفاعل الشخص مع الآخرين. وأخيراً، إذا حالفك الحظ بأن تصبح جزءاً من مجموعة متماسكة ومجتهدة، فأنا على ثقة بأن هذه التجربة ستظل محفورة في ذاكرتك، وستسعى بجد لتوفير تجربة علاجية جماعية مماثلة لمرضاك في المستقبل.

الفصل الثالث عشر

المعالج لديه الكثير من المرضى؛

لكن المريض، لديه معالج واحد فقط

في أوقات يندب مرضاي عدم المساواة في وضع العلاج النفسي. يفكرون فيّ أكثر بكثير مما أفكر فيهم. أشغل حينًا كبيرًا في حياتهم، أكبر بكثير مما يشغلونه في حياتي. لو استطاع المرضى أن يطرحوا أي سؤال يرغبون فيه، فأنا على يقين من أن السؤال للكثيرين منهم هو: هل تفكر فيّ أحيانًا؟

تعدد الطرق للتعامل مع هذا الموقف. على سبيل المثال، يجب أن نضع في الاعتبار أنه، على الرغم من أن عدم المساواة قد يسبب إزعاجًا للكثير من المرضى، في الوقت نفسه مهم وضروري. نريد أن نشغل حينًا كبيرًا في ذهن المريض. أشار فرويد ذات مرة إلى أنه من المهم للمعالج أن يحتل مكانة كبيرة في ذهن المريض بحيث تبدأ التفاعلات بين المريض والمعالج في التأثير في مسار أعراض المريض (أي أن العصاب النفسي يتحول تدريجيًا إلى عصاب التحويل⁽¹⁾). نريد أن تكون الجلسة العلاجية من أهم الأحداث في حياة المريض.

(1) التحويل: يشير إلى ظاهرة يحول فيها المريض مشاعره وتوقعاته ورغباته من علاقات مهمة في حياته السابقة، وخصوصًا تلك التي تكونت في مراحل الطفولة

بالرغم من أننا لا نهدف إلى التخلص من جميع المشاعر القوية تجاه المعالج، هناك أوقات تُصبح فيها مشاعر التحويل مزعجة للغاية، أوقاتًا يعاني فيها المريض مشاعر تجاه المعالج بشكل يستدعي التخفيف من حدتها. أميل في هذه الحالات إلى تعزيز اختبار الواقع عبر التعليق على القسوة الكامنة في العملية العلاجية؛ الطبيعة الأساسية لهذا الترتيب تقتضي أن يفكر المريض في المعالج أكثر مما يفكر الأخير فيه: للمريض معالج واحد بينما للمعالج الكثير من المرضى. غالبًا ما أجد مثال المعلمة مفيدًا، حيث أشير إلى أن للمعلمة الكثير من الطلاب بينما للطلاب معلمة واحدة فقط، ومن الطبيعي أن يفكر الطلاب في معلمتهم أكثر مما تفكر هي بهم. وإذا كان المريض لديه خبرة تعليمية، فقد يكون هذا الأمر ذا صلة خاصة. كما يمكن الإشارة إلى مهن أخرى ذات صلة كأمثلة، مثل الطبيب، الممرضة، المشرف.

أحد الأدوات التي استخدمتها كثيرًا هو الرجوع إلى تجربتي الشخصية بصفتي مريضًا في العلاج النفسي، حيث أقول شيئًا مثل: «أعلم أنه يبدو لك غير عادل وغير متكافئ أن تفكر فيّ أكثر مما أفكر أنا فيك، وأن تجري معي حوارات طويلة بين الجلسات، وأنت تعلم أنني لا أفعل مثل ذلك في الخيال معك. لكن هذه هي ببساطة طبيعة هذه العملية. لقد عشت التجربة نفسها خلال فترة علاجي، عندما جلستُ في كرسي المريض وتمنيت أن يفكر معالجي فيّ أكثر.»

المبكرة، على المحلل النفسي أو المعالج. هذه المشاعر يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية، وغالبًا ما تكون لا واعية. (ملحوظة المترجم)

الفصل الرابع عشر

هنا والآن؛

استخدمها، استخدمها، استخدمها

هنا والآن المصدر الرئيس للقوة العلاجية، جوهر العلاج، وأفضل صديق للمعالج (وبالتالي للمريض). تكتسب هنا والآن أهمية حيوية لفاعلية العلاج لدرجة أنني سأناقشها بشكل أوسع من أي موضوع آخر في هذا الكتاب.

تشير هنا والآن إلى الأحداث الحالية للجلسة العلاجية، إلى ما يحدث هنا (في هذا المكتب، في هذه العلاقة، فيما بيننا؛ في المسافة بيني وبينك) والآن، في هذه الساعة الحالية. هو في جوهره نهج غير تاريخي ويقلل من أهمية (ولكنه لا ينفي أهمية) الماضي التاريخي للمريض أو الأحداث في حياته الخارجية.

مكتبة

t.me/soramnqraa

الفصل الخامس عشر

لماذا نستخدم "هنا والآن"؟

تستند حيثيات استخدام «هنا والآن» إلى بضع افتراضات أساسية: (1) أهمية العلاقات بين شخصية، و(2) فكرة العلاج بصفته نموذجًا اجتماعيًا مصغرًا.

في رأي علماء الاجتماع والمعالجين المعاصرين، العلاقات بين شخصية ذات أهمية بالغة وفائدة لدرجة أن التركيز المفرط عليها قد يعرضنا لخطر الوعظ للمقتنعين بالفعل. يكفي القول إنه بغض النظر عن وجهة نظرنا المهنية، سواء كنا ندرس الرئسيات غير البشرية أو الثقافات البدائية أو تاريخ تطور الفرد أو أنماط حياته الحالية، فمن الواضح أننا كائنات اجتماعية بالفطرة. طوال حياتنا، تؤثر بيئتنا الاجتماعية المحيطة، الزملاء والأصدقاء والمعلمين والأسرة، بشكل كبير في الشخص الذي نصبح عليه. تتشكل صورتنا عن الذات بدرجة كبيرة استنادًا إلى التقييمات التي نلمسها في أعين الشخصيات المهمة في حياتنا.

بالإضافة إلى ذلك، يعاني غالبية الأشخاص الذين يطلبون العلاج مشكلات جوهرية في علاقاتهم؛ يغرق الكثيرون في اليأس لعجزهم عن تكوين علاقات إنسانية مستدامة ومُرضية والحفاظ عليها. العلاج النفسي القائم على النموذج بين شخصي يهدف إلى إزالة العقبات التي تحول دون تحقيق علاقات مُرضية.

الافتراض الآخر، أن العلاج يمثل نموذجًا اجتماعيًا مصغرًا، تشير إلى أنه، مع الوقت (إذا لم ننظمه بإفراط)، ستظهر مشكلات العلاقات البين شخصية للمريض هنا والآن في العلاقة العلاجية. إن كان المريض في حياته متطلبًا أو خائفًا أو متعجرفًا أو منطويًا على نفسه أو مغربيًا أو مسيطرًا أو يصدر أحكامًا أو يعاني تحديات في التفاعل مع الآخرين بأي شكل آخر، فإن هذه السمات ستظهر في علاقته مع المعالج. وبهذا، يعتبر هذا النهج غير تاريخي بشكل أساسي: لا حاجة إلى أخذ تاريخ شامل لفهم طبيعة الأنماط غير التكيفية، لأنها ستظهر قريبًا باللون حية هنا والآن في الجلسة العلاجية.

خلاصة القول، تستند حيثيات استخدام «هنا والآن» إلى أن المشكلات الإنسانية في الغالب هي مشكلات علاقاتية، وأن مشكلات الفرد البين شخصية ستظهر في النهاية هنا والآن في المواجهة العلاجية.

الفصل السادس عشر استخدم "هنا والآن"

طور تقنية "أذني الأرنب"⁽¹⁾

إحدى الخطوات الأولى في العلاج هي تحديد ما يعادل مشكلات المريض البين شخصية هنا والآن. جزء أساسي من تعليمك هو تعلم التركيز على اللحظة الراهنة. عليك أن تطور تقنية تشبه «أذني الأرنب». كل ساعة علاجية مليئة بالمعلومات الثمينة: لاحظ كيف يحبك المرضى، كيف يجلسون، كيف يتفحصون أو يتجاهلون محيطهم، كيف يبدوون الجلسة وينهونها، كيف يروون تاريخهم، كيف يتعاملون معك.

يقع مكثبي في كوخ منفصل، على بعد مئة قدم تقريباً من منزلي، عبر مسار حديقة متعرج. بما أن كل مريض يمر بالمسار نفسه، فقد جمعت على مر السنين الكثير من المعلومات للمقارنة. يلاحظ معظم المرضى جمال الحديقة -زهور الخزامى الناعمة الوفيرة؛ رائحة الورد الوستارية

(1) تشبيه هذا النهج بـ"أذني الأرنب" يأتي من قدرة الأرنب على التقاط الأصوات الخفية والحساسية الشديدة للمحفزات البيئية، وفي السياق العلاجي، يستخدم المعالج هذه الإستراتيجية للاستشعار الدقيق للإشارات والمعلومات الدقيقة في أثناء الجلسات العلاجية. (ملحوظة المترجم)

الحلوة والكثيفة؛ تنوع الألوان الأرجوانية والوردية والمرجانية والقرمزية- لكن بعض منهم لا يفعل. لم يفوت أحد الرجال فرصة لتقديم تعليق سلبي: الطين على المسار، الحاجة إلى درابزين عند هطول المطر، أو صوت منفاخ الأوراق من منزل مجاور. أُعطي جميع المرضى الإرشادات نفسها للوصول إلى مكثبي في زيارتهم الأولى: اسلك شارع س لمسافة نصف ميل بعد طريق كذا، انعطف يميناً عند شارع كذا حيث توجد لافتة لمطعم فريسكا (مطعم محلي جذاب) على الزاوية. يعلق بعض المرضى على هذه الإرشادات وبعض آخر لا يعلق. واجهني أحد المرضى (الذي اشتكى من المسار الطيني) في إحدى الجلسات الأولى قائلاً: «لماذا اخترت مطعم فريسكا علامة بارزة بدلاً من مطعم تاكو تيو؟» (تاكو تيو هو مطعم مكسيكي للوجبات السريعة يُشكل مظهرًا غير جذاب على الزاوية المقابلة).

لتطوير تقنية «أذني الأرنب»، من الضروري استيعاب هذا المبدأ: **مثير واحد، استجابات كثيرة.** عندما يتعرض الأفراد لمثير معقد مشترك، من المرجح أن تأتي استجاباتهم متباينة للغاية. تظهر هذه الظاهرة بوضوح في العلاج الجماعي، حيث يختبر أعضاء المجموعة المثير نفسه في الوقت نفسه - مثل بكاء أحد الأعضاء، أو تأخره، أو مواجهته مع المعالج - ومع ذلك، لكل منهم رد فعل مختلف تجاه الحدث. لماذا يحدث هذا؟ يوجد تفسير واحد فقط: لكل فرد عالم داخلي

مختلف وللمثير معنى مختلف لكل منهم في العلاج الفردي، يسري المبدأ نفسه، لكن الأحداث تحدث بتتابع بدلاً من التزامن (أي أن الكثير من مرضى معالج واحد يتعرضون، مع مرور الوقت، للمحفز

نفسه. العلاج يشبه رؤية نسخة حية من اختبار رورشاخ، حيث ينقل المرضى إليه تصوراتهم وتوجهاتهم ومعانيهم من عقولهم اللاواعي).
أطور توقعات أساسية لأن جميع مرضاي يتفاعلون مع الشخص نفسه (بافتراض ثباتي نسبيًا)، ويتبعون الإرشادات نفسها لمكتبي، ويسيروا على المسار نفسه للوصول إليه، ويدخلون الغرفة نفسها بالأثاث نفسه. وهكذا، يعطيك رد الفعل المميز للمريض معلومات قيمة، حيث يصبح بمثابة طريق ملكي يمكنك من فهم العالم الداخلي للمريض.
عندما تعطل قفل باب المنخل في مكتبي، مما أدى إلى عدم إغلاقه بإحكام، أتت استجابات مرضاي متنوعة. أحد المرضى دائمًا تقضي وقتًا طويلًا في محاولة إصلاحه، وتعتذر عنه في كل أسبوع كأنها هي من كسرتة. تجاهله الكثيرون، بينما بعض آخر لا يفوت فرصة للإشارة إلى العطل واقتراح إصلاحه. وتساءل بعض عن سبب تأخري في إصلاحه.

حتى صندوق المناديل الورقية العادي قد يكون مصدرًا غنيًا بالمعلومات. أحد المرضى يعتذر عندما يحرك الصندوق قليلًا لأخذ منديل. وامتنع آخر عن أخذ آخر منديل في الصندوق. توجد مريضة لا تسمح لي بتقديم المنديل لها، مؤكدة أنها تستطيع فعل ذلك بنفسها. في مرة، عندما لم أستبدل صندوقًا فارغًا، كان أحد المرضى يمازحني عن الأمر لأسابيع («إذا تذكرت هذه المرة.» أو «صندوق جديد! يبدو أنك تتوقع جلسة عصبية اليوم.»). وأحضر لي آخر هدية مكونة من صندوقين من المناديل.

قرأ معظم مرضاي بعض كتبي، وتمثل ردود فعلهم على كتاباتي مصدرًا غنيًا للمعلومات. يشعر بعض بالرهبة من كمية ما كتبت. يعبر بعض عن قلقهم من عدم كونهم مثيرين لاهتمامي. أخبرني أحد المرضى أنه قرأ كتابًا لي في المكتبة ولم يرغب في شرائه، مبررًا ذلك بأنه «قدم بالفعل تبرعًا في العيادة». وهناك آخرون، يعتقدون في اقتصاد الندرة، يمتنون الكتب لأن وصفي لعلاقتي الوثيقة مع مرضى آخرين يوحي بأنه لن يتبقى لهم الكثير من الحب.

بالإضافة إلى ردود الفعل على بيئة المكتب، لدى المعالجين مجموعة متنوعة من مصادر المعلومات القياسية الأخرى (مثل بداية الجلسات ونهايتها، ودفع الفواتير) التي تولد معلومات مقارنة. وبالطبع، هناك تلك الآلة الموسيقية الأكثر أناقة وتعقيدًا، ستراديفاريوس ممارسة العلاج النفسي، ذات المعالج نفسها. سيكون لدي الكثير لأقوله عن استخدام هذه الآلة ورعايتها.

الفصل السابع عشر

ابحث عن مكافئات هنا والآن

ماذا ينبغي للمعالج أن يفعل عندما يطرح المريض مشكلة تتعلق بتفاعل مؤلم مع شخص آخر؟ عادة ما يستكشف المعالجون الوضع بعمق كبير ويحاولون مساعدة المريض على فهم دوره/ دورها في هذه التفاعلات، واستكشاف خيارات للسلوكيات البديلة، والتحقيق في الدوافع اللاواعية، وتخمين دوافع الشخص الآخر، والبحث عن الأنماط؛ أي المواقف المماثلة التي صنعها المريض في الماضي. هذه الإستراتيجية المعتمدة منذ زمن طويل لها قيودها: إذ لا يقتصر على أن العملية تميل إلى أن تكون مجرد تحليل عقلي ولكن غالبًا مبنية على معلومات غير دقيقة يقدمها المريض.

تقدم إستراتيجية «هنا والآن» طريقة أكثر فعالية للتعامل مع هذه المواقف. تتلخص الإستراتيجية العامة في العثور على ما يكافئ التفاعل غير الوظيفي «هنا والآن». وبتحقيق ذلك، يصبح العمل أكثر دقة وفورية. وإليكم بعض الأمثلة:

كيث والضغائن الدائمة. كيث، الذي يرتاد العلاج النفسي منذ فترة طويلة وهو بنفسه معالج نفسي، تحدث عن تفاعل حاد ومرير مع ابنه البالغ. للمرة الأولى، قرر الابن تنظيم رحلة الصيد والتخييم السنوية للعائلة. على الرغم من سعادة كيث بنضوج ابنه وتخفيف

العبء عن كاهله، لم يستطع التخلي عن السيطرة، وعندما حاول فرض رأيه بتغيير التاريخ قليلاً واختيار مكان آخر، انفجر الابن، ووصف والده بالتطفل والسيطرة. كان كيث محطماً ومقتنعاً تماماً بأنه فقد حب ابنه واحترامه إلى الأبد.

ما مهمامي في هذا الموقف؟ المهمة طويلة الأمد، التي سنعود إليها لاحقاً، هي استكشاف سبب عجز كيث عن التخلي عن السيطرة. المهمة الأكثر إلحاحاً هي توفير بعض الراحة الفورية لكيث ومساعدته في استعادة توازنه. حاولت مساعدة كيث على توسيع منظوره ليذكر أن هذا الخلاف ليس سوى حادثة عابرة في أفق علاقته المحبة مع ابنه التي استمرت طوال العمر. وجدت أن تحليل هذا الحادث بين كيث وابنه بعمق شديد ومفرط أمر غير فعال، وبخاصة أنني لم أقابل الابن ولم أكن لأتحيل مشاعره الحقيقية. بدلاً من ذلك، رأيت أن الأفضل هو تحديد مكافئ هنا والآن لهذا الحدث المزعج ومعالجته.

لكن ما الحدث هنا والآن؟ هنا تظهر أهمية «أذني الأرنب». كما حدث، كنت قد أحلت إلى كيث مريضاً، وبعد جلستين معه، لم يعد هذا المريض. عانى كيث قلقاً شديداً بسبب فقدان هذا المريض وتعذب كثيراً قبل أن «يعترف» بذلك في الجلسة السابقة. اقتنع كيث بأنني سأنتقده بشدة، وأنني لن أسامحه على فشله، وأنني لن أحيل إليه مريضاً آخر مرة أخرى. لاحظوا التماثل الرمزي بين هذين الحدثين، في كل منهما، افترض كيث أن فعلاً واحداً سيسوّه صورته إلى الأبد في عيني شخص عزيز عليه.

اخترت معالجة الحدث هنا والآن لأنه أقرب وأدق. كنت أنا محور توتر كيث وبإمكاني الاطلاع على مشاعري الخاصة بدلاً من الاعتماد على تخمين ما يشعر به ابنه. أوضحت له أنه يفسر موقفى بشكل خطأ تماماً، وأكدت له أنني لا أشك في حساسيته وتعاطفه وواثق بأن عمله الإكلينيكي ممتاز. من غير المعقول في رأيي تجاهل خبرتي الطويلة معه استناداً إلى هذا الحدث وحده، وأخبرته بأنني سأواصل إحالة مرضى آخرين إليه في المستقبل. في نهاية المطاف، أعتقد بثقة أن معالجة هذا الحدث «هنا والآن» أكثر فعالية بكثير من التحقيق في الأزمة مع ابنه «هناك وحينذاك»، وأنه سيظل يتذكر لقاءنا لوقت طويل بعد أن ينسى أي تحليل عقلي للواقعة مع ابنه.

أليس والفظاظة. أليس، أرملة في الستين من عمرها تسعى يائسة لإيجاد زوج آخر، اشتكت من سلسلة علاقات فاشلة مع رجال كثيرًا ما كانوا يخنفون من حياتها من دون تفسير. في الشهر الثالث من العلاج، قامت برحلة بحرية مع حبيبها الجديد، موريس، الذي أبدى استياءه من تصرفاتها الفظة في المساومة على الأسعار، ودفعها بلا خجل للوصول إلى مقدمة الصفوف، وركضها للحصول على أفضل المقاعد في الحافلات السياحية. بعد رحلتها، اختفى موريس ولم يعد يرد على مكالماتها.

بدلاً من تحليل علاقتها مع موريس، انتقلت إلى تحليل علاقتي مع أليس. أعني أنني أرغب أيضاً في الانسحاب من العلاقة، ولدي خيالات ممتعة حول إعلانها انتهاء العلاج. على الرغم من تفاوضها الجريء (والناجح) على خفض رسوم العلاج بشكل كبير، استمرت

في الشكوى من أنه من غير العدل أن أطلب منها رسومًا مرتفعة. لم تفوت فرصة للتعليق على الرسوم، سواء عن استحقاقي لها في ذلك اليوم أو عن عدم رغبتني في منحها خصمًا إضافيًا لكبار السن. كما أصرت على الحصول على وقت إضافي بطرح مشكلات ملحة في نهاية الجلسة أو إعطائي أشياء لقراءتها («في وقتك الخاص»، كما تقول) يوميات أحلامها أو مقالات عن الأرامل أو العلاج بالتدوين أو وهم معتقدات فرويد. بشكل عام، كانت تفتقر إلى الرقة وحولت، كما فعلت مع موريس، علاقتنا إلى شيء فظ. علمت أن هذه الحقيقة هنا والآن هي المكان الذي نحتاج إلى العمل من خلاله، الاستكشاف الرقيق لكيفية جعلها علاقتها معي فظة هو مفيد للغاية، لدرجة أن بعض الرجال المسنين المتفاجئين تلقوا اتصالاتها للاعتذار بعد شهور. ميلدريد وانعدام التواجد. تعرضت ميلدريد للإساءة الجنسية في طفولتها، وعانت مشكلات كبيرة في علاقتها الجسدية مع زوجها، مما أدى إلى تهديد زواجهما بالفشل. عاشت من جديد ذكريات الأحداث الأليمة من ماضيها كلما حاول زوجها الاقتراب منها جنسيًا. هذا الوضع جعل من الصعب التعامل مع علاقتها بزوجه، حيث يتطلب أولاً تحررها من أسر الماضي، وهي عملية شاقة.

عندما فحصت العلاقة بيننا «هنا والآن»، تبين لي الكثير من التشابهات بين طريقة تعاملها معي ومع زوجها. كثيرًا ما شعرتُ بأنني متجاهل خلال الجلسات. على الرغم من أنها راوية جذابة ولديها القدرة على إمتاع لفترات طويلة، وجدت صعوبة في «التواجد» معها، أي الشعور بالارتباط والتفاعل والقرب منها مع

بعض الإحساس بالفهم المتبادل. تتحدث بلا توقف ولم تسأل عني أبدًا، وبدت وكأنها لا تملك الكثير من الإحساس أو الفضول حول تجربتي خلال الجلسة، ولم تكن «موجودة» حقًا في تفاعلها معي. بشكل تدريجي، ومع استمرارني في التركيز على «ما بين» علاقتنا ومدى غيابها وشعوري بالاستبعاد من قبلها، بدأت ميلدريد تدرك مدى إقصائها لزوجها، وفي يوم ما بدأت جلسة بالقول: «لسبب ما، لست متأكدة لماذا، لقد اكتشفت تَوًّا شيئًا مهمًّا: أنني لا أنظر أبدًا في عيني زوجي عندما نمارس الجنس.»

ألبرت والغضب المكبوت. ألبرت، الذي يقطع أكثر من ساعة للوصول إلى عيادتي، يعاني كثيرًا نوبات الهلع عندما يشعر بأنه مُستغل. أدرك أنه مشحون بالغضب ولكنه لم يجد طريقة للتعبير عنه. خلال إحدى الجلسات، وصف تجربة محبطة مع صديقه التي رأى أنها تستغله بوضوح، لكنه شعر بالشلل خوفًا من مواجهتها. بدت الجلسة متكررة لي؛ قضينا وقتًا طويلًا في الكثير من الجلسات نناقش الموضوع نفسه، ودائمًا أشعر أنني لم أقدم له الكثير من المساعدة. شعرتُ بإحباطه تجاهي: أشار إلى أنه تحدث مع الكثير من الأصدقاء الذين ناقشوا الأمور نفسها التي ناقشتها معه ونصحوه في النهاية بأن يواجهها أو ينهي العلاقة. حاولت أن أتحدث بالنيابة عنه:

«ألبرت، دعني أحاول تخمين ما قد تشعر به في هذه الجلسة. تسافر ساعة لرؤيتي وتدفع مبلغًا كبيرًا من المال. ومع ذلك، يبدو أننا نكرر أنفسنا. تشعر أنني لا أقدم لك الكثير من الفائدة. أقول الأشياء التي يقولها أصدقاؤك، وهم يقدمونها لك مجانًا. يجب أن تشعر بخيبة

أمل مني، حتى تشعر بأنك مُستغل وغازب مني لأنني أقدم لك القليل جدًا».

أجاب بابتسامة خفيفة واعترف بأن تقييمي دقيق إلى حد كبير. كنت قريبًا جدًا. طلبت منه أن يعيد صياغة ذلك بكلماته. فعل ذلك ببعض التردد، ورددت عليه بأنه، على الرغم من أنني لا أستطيع أن أكون سعيدًا بعدم تقديم ما يريده، أحببت كثيرًا أنه صرح بهذه الأمور مباشرة لي: شعرت أنه من الأفضل أن نكون أكثر صراحة معًا، وعبر عن هذه المشاعر بطريقة غير مباشرة على أي حال. أثبتت هذه التبادلات فائدتها لألبرت. مشاعره تجاهي مرآة لمشاعره تجاه صديقتة، وتجربة التعبير عنها من دون نتيجة كارثية تجربة تعليمية قوية.

الفصل الثامن عشر

العمل على المشكلات من خلال هنا والآن

حتى الآن، ناقشنا كيفية تحديد المشكلات الرئيسية للمرضى من خلال «هنا والآن». لكن بمجرد تحقيق ذلك، كيف نستمر؟ كيف نستخدم ما لاحظناه هنا والآن في عملية العلاج.

كمثال، دعونا نعدّ إلى الموقف الذي وصفته سابقاً، باب المنخل بالقفل المعطل، ومريضتي التي عبثت به كل أسبوع وقدمت اعتذارات متكررة لعدم قدرتها على إغلاقه.

قلت لـ «نانسي»، «أشعر بالفضول تجاه اعتذارك لي. يبدو كما لو أن بابي المكسور، وتأخري في إصلاحه، هو بمثابة خطأك.»
«أنت محق. أعرف ذلك. ومع ذلك، أستمر في فعله.»
«هل لديك أي فكرة عن السبب؟»

«أعتقد أن الأمر يتعلق بمدى أهميتك وأهمية العلاج لي ورغبتني في التأكد من أنني لن أسيء إليك بأي شكل من الأشكال.»

«نانسي، هل يمكنك تخمين ما أشعر به كلما قدمتِ اعتذاراً؟»

قالت: «ربما الأمر مزعج لك.»

أومأت برأسي وقلت: «لا يمكنني إنكار ذلك. لكنك سريعة في قول ذلك، كما لو أنها تجربة مألوفة لك. هل هناك تاريخ لهذا الأمر؟»

«لقد سمعت ذلك من قبل، مرات كثيرة. ينزعج زوجي كثيرًا بسبب ذلك. أعرف أنني أثير انزعاج الكثيرين ومع ذلك أستمر في القيام بذلك.»

«إذًا، تبدئين بالاعتذار والتهديب، وينتهي بك الأمر بإزعاج الآخرين. وعلى الرغم من أنك تدركين ذلك، لا تزالين تجدين صعوبة في التوقف. يجب أن يكون هناك نوع من الفائدة لك من هذا السلوك. أتساءل، ماهي؟»

تلك المقابلة والجلسات التالية انطلقت بعدد من الاتجاهات المثمرة، وبخاصة في مجال غضبها تجاه الجميع؛ زوجها والديها وأطفالها وأنا. كانت دقيقة في عاداتها، فكشفت عن مدى انزعاجها من باب المنخل المعطل. وليس الباب فقط، بل أيضًا مكتبي المزدحم، المكسب بكومة من الكتب غير المرتبة. كما صرحت بأنها شعرت بالضيق الشديد مني لعدم تقديمي بشكل أسرع معها.

مثال. بعد عدة أشهر من العلاج، لويز، وهي مريضة كانت تنتقدني بشدة، من تأنيث المكتب وسوء اختيار الألوان وفوضى مكتبي وملابسي والطابع غير الرسمي وعدم اكتمال فواتيري، أخبرتني عن علاقة رومانسية جديدة كونتها. وخلال سردها للقصة، علقت قائلة: «حسنًا، للأسف، عليّ أن أعترف بأنني أشعر بتحسن.»

«لفت انتباهي استخدامك لكلمة للأسف. لماذا «للأسف»؟ يبدو أنه صعب عليك قول أشياء إيجابية عني وعن عملنا معًا. ما رأيك في ذلك؟»

لم تُجب لويز، بل هزت رأسها صامتة.

«فقط فكري بصوت عالٍ، لويز، أي شيء يخطر في بالك.»

«حسنًا، ستصبح مغرورًا. لا يمكنني السماح بذلك.»

«استمري.»

«أنت ستتصر. وأنا سأخسر.»

«انتصار وخسارة؟ هل نحن في معركة؟ وما موضوع هذه

المعركة؟ والحرب الكامنة وراءها؟»

«لا أعلم، إنه جزء مني كان موجودًا دائمًا، يسخر من الناس دائمًا،

يبحث عن جوانبهم السلبية، يراهم كأنهم جالسون على كومة من

قذارتهم.»

«ومعني؟ أفكر في مدى انتقادك لمكتبي. وكذلك للمسار. لم تفوتي

فرصة للإشارة إلى الطين ولكنك لم تذكري الزهور المفتحة أبدًا.»

«يحدث ذلك مع صديقي دائمًا، يحضر لي هدايا ولا أستطيع إلا

التركيز على قلة اهتمامه بتغليفها. دخلنا في شجار الأسبوع الماضي

عندما خبز لي رغيفًا من الخبز وأزعجته بتعليق على زاوية القشرة

المحترقة قليلًا.»

«دائمًا ما تعطين الصوت لهذا الجانب منك وتُسكتين الجانب

الآخر، الجانب الذي يقدر صنعه الخبز لك، الجانب الذي يجبني

ويقدرني. لويز، عودي إلى بداية هذا النقاش - تعليقك عن «للأسف»

أعترف بتحسني. قولي لي، كيف الأمر لو حررت الجزء الإيجابي منك

وتحدثت بصراحة، من دون «للأسف»؟»

«أرى أنني أقرب من مساحة خطر، وكأنني في محيطٍ وتحيطني

أسماك القرش.»

«فكري فقط في التحدث معي . ماذا تتخيلين؟»

«تقبيلك على شفيتك.»

في عدة جلسات لاحقة، استكشفتنا مخاوفها من القرب واحتياجها للأكثر وأشواقها غير المشبعة وحبها لوالدها وخوفها من أن أهرب إذا عرفت حقاً مدى ما تريده مني . لاحظ في هذه الحكاية أنني استعنت بحوادث وقعت في الماضي، خلال فترة سابقة من العلاج . العمل من خلال «هنا والآن» ليس بالضرورة غير تاريخي، حيث يمكن أن يشمل أي أحداث وقعت طوال العلاقة مع المريض . كما قال سارتر: «التأمل الداخلي هو دائماً نظرة للوراء.»

الفصل التاسع عشر

هنا والآن تُنشط العلاج

العمل من خلال «هنا والآن» دائمًا أكثر إثارة مقارنة بالعمل مع تركيز يعتمد على التجريد أو التاريخ. هذا الأمر يتضح بشكل خاص في العلاج الجماعي. فلنأخذ مثالًا، حدث تاريخي في العمل الجماعي. في عام 1946، نظمت ولاية كونيتيكت ورشة عمل لمعالجة التوترات العرقية في بيئات العمل. قاد العالم النفسي المعروف كورت ليفين وفريق من علماء النفس الاجتماعيين مجموعات صغيرة لمناقشة مشكلات «عد إلى وطنك» التي أثارها المشاركون. عقد قادة المجموعات والمراقبون (من دون أعضاء المجموعة) اجتماعات ليلية لمناقشة ليس فقط محتوى الجلسات، ولكن أيضًا «العملية» التي جرت خلالها. (يشير المحتوى إلى الكلمات والمفاهيم المعبر عنها فعليًا. «العملية» تعني طبيعة العلاقة بين الأفراد الذين يعبرون عن هذه الكلمات والمفاهيم).

انتشرت أخبار هذه الاجتماعات المسائية للفريق، وبعد يومين طلب أعضاء المجموعات حضورها. وبعد تردد كبير (لأن هذه الإجراءات جديدة تمامًا حينها) أتت الموافقة، وتمكن أعضاء المجموعة من مشاهدة أنفسهم يناقشهم القادة والباحثون.

نشرت عدة تقارير عن هذه الجلسة الهامة التي اكتُشف فيها أهمية «هنا والآن». يتفق الجميع على أن الاجتماع كان مثيراً للإعجاب؛ فُتن الأعضاء بسماع مناقشات الفريق عنهم وعن سلوكياتهم. وسرعان ما لم يعودوا قادرين على البقاء صامتين وأدلووا بتعليقات مثل «لا، لم أقل ذلك»، أو «كيف قلت هذا»، أو «هذا ليس ما عنيته». أدرك علماء الاجتماع أنهم اكتشفوا مبدأ مهمًا للتعليم (وكذلك للعلاج): أي أننا نتعلم أفضل عن أنفسنا وعن سلوكياتنا من خلال المشاركة الشخصية في التفاعل مع ملاحظة هذا التفاعل وتحليله.

في سياق العلاج الجماعي، تتجلى الفروق الواضحة بين مجموعة يناقش أعضاؤها مشكلات «عد إلى وطنك» وأخرى تركز على هنا والآن؛ أي تناقش عملية العلاج نفسها. تتسم المجموعة التي تركز على هنا والآن بالنشاط، ويشهد أعضاؤها دائمًا (سواء سئلوا عبر المقابلات أو الأدوات البحثية) بأن المجموعة تنبض بالحياة عند التركيز على العملية.

في مختبرات المجموعات التي تقام كل أسبوعين التي استمرت لعقود في بيثيل، في مدينة مين، أصبح واضحًا للجميع أن قوة مجموعات العملية وجاذبيتها - التي عُرفت في البداية بمجموعات التدريب على الحساسية (أي الحساسية بين شخصية) ثم «مجموعات التدريب»، ولاحقًا «مجموعات المواجهة» (مصطلح كارل روجرز) - طغت على غيرها من المجموعات التي قدمها المختبر (مثل المجموعات النظرية والمجموعات التطبيقية ومجموعات حل المشكلات) من حيث اهتمام الأعضاء وحماسهم. في الواقع، قيل إن مجموعات

التدريب «استحوذت على باقي المختبر». يرغب الناس في التفاعل مع الآخرين، وينجذبون لتبادل التغذية الراجعة المباشرة، ويتوقون لاكتشاف كيف ينظر إليهم الآخرون، ويريدون التخلي عن أقنعتهم وتكوين علاقات حميمة.

منذ سنوات كثيرة، عندما حاولت تطوير أسلوب أكثر فاعلية لقيادة مجموعات العلاج القصير في الأقسام الداخلية للمرضى الحادين، زرت الكثير من المجموعات في مستشفيات مختلفة حول البلاد ووجدتها جميعًا غير فعالة، ولهذا السبب بالضبط. اعتمد كل اجتماع نهج «تبادل الأدوار» أو «تسجيل الدخول»، حيث يناقش الأعضاء بالتتابع حدثًا ما من الماضي، على سبيل المثال، تجارب الهلوسة أو الميول الانتحارية السابقة أو أسباب دخولهم المستشفى، بينما يستمع باقي الأعضاء بصمت، وغالبًا بلا اهتمام. وأخيرًا، صيغت في نص حول العلاج الجماعي للمرضى الداخليين طريقة تركز على هنا والآن لمثل هؤلاء المرضى الذين يعانون اضطرابات حادة، الذي أعتقد أنه زاد كثيرًا من مستوى تفاعل الأعضاء.

تنطبق هذه الملاحظة على العلاج الفردي. ينشط العلاج دائمًا عندما يركز على العلاقة بين المعالج والمريض. يصف كتاب «Every Day Gets a Little Closer» تجربة حيث كتبت أنا والمريضة ملخصات للجلسة العلاجية. من اللآفت أنه كلما قرأنا ملاحظات أحدنا الآخر وناقشناها - أي كلما ركزنا على هنا والآن - كانت الجلسات العلاجية التالية تنبض بالحياة.

الفصل العشرون

استخدم مشاعرك كمُعطيات

من المهام الرئيسة في العلاج النفسي الانتباه إلى مشاعرنا الحالية، فهي تمثل مُعطيات ثمينة. إذا شعرت خلال الجلسة بالملل أو الضيق أو الارتباك أو الإثارة الجنسية أو الانعزال بسبب مريضك، فاعتبر ذلك معلومات قيمة. هذا هو السبب في تأكيد العلاج الشخصي للمعالجين. إذا طورت معرفة عميقة بنفسك وتخلصت من أغلب نقاط العمى لديك وامتلكت خبرة علاجية من منظور المريض، فستتمكن من التمييز بين ما هو نابع منك من ملل أو ارتباك، وما يثيره المريض. هذا التفريق هام، لأنه إذا كان المريض هو من يثير مللك في الجلسة العلاجية، يمكننا الافتراض بثقة أنه يثير ملل الآخرين في سياقات أخرى.

لذا بدلاً من الاستياء من الملل، استقبله وبحث عن طريقة لتحويله إلى مزية علاجية. متى بدأ؟ ما الذي يفعله المريض بالضبط ليشعرك بالملل؟ عندما أواجه الملل، قد أقول شيئاً مثل:

«ماري، دعيني أخبرك بشيء. خلال الدقائق الماضية، لاحظت أنني بدأت أشعر بالانفصال عنك، بمسافة ما. لست متأكدًا من السبب، لكنني أعلم أنني أشعر باختلاف الآن عن بداية الجلسة، عندما وصفتِ مشاعرك بعدم الحصول على ما تريدينه مني، أو في

الجلسة السابقة، عندما تحدثت بشكل أكثر صدقًا من القلب. أتساءل، ما مستوى اتصالك بي اليوم؟ هل تشاركونني الشعور نفسه؟ دعينا نحاول فهم ما يحدث.»

قبل بضع سنوات، عاجلت مارتن، تاجر ناجح، اضطر إلى القيام برحلة عمل في يوم الجلسة العلاجية وطلب مني تغيير موعدها ليوم آخر في الأسبوع. لم أستطع ترتيب ذلك من دون إزعاج جدولي وأخبرت مارتن أننا سنفوت الجلسة ونلتقي في موعدنا المعتاد الأسبوع التالي. ولكن فيما بعد، عندما فكرت في الأمر، أدركت أنني لم أتردد في إعادة ترتيب جدولي لأي من مرضاي الآخرين.

لماذا لم أستطع فعل ذلك من أجل مارتن؟ لأنني لم أتطلع لرؤيته. هناك شيء ما حول لؤمه الذي أنهكني. استمر في انتقادي وانتقاد أثاث مكنتي وقلة مواقف السيارات وسكرتيرتي ورسوم جلساتي وعادةً ما يبدأ الجلسات بالإشارة إلى أخطائي في الأسبوع السابق.

شعوري بالإرهاك بسبب مارتن له دلالات واسعة. بدأ العلاج في الأصل بسبب سلسلة من العلاقات الفاشلة مع النساء، لم تعطه أي منهن، حسب اعتقاده، ما يكفي؛ لم تكن أي منهن كريمة بما يكفي في تقاسم فواتير المطاعم أو المتاجر أو هدايا أعياد ميلاد مساوية في القيمة لتلك التي قدمها لهن (علمًا بأن دخله أعلى بعدة مرات من دخلهن). عندما يسافران معًا، يصر على أن يضع كل منهما المبلغ نفسه من المال في «جرة السفر» وتُدفع جميع نفقات السفر، بما في ذلك البنزين ومواقف السيارات وصيانة السيارة والإكراميات، حتى الجرائد، من مال جرة السفر. علاوة على ذلك، تدمر كثيرًا لأن صديقاته لم يقمن بدورهن

الكامل في القيادة أو التخطيط للرحلات أو قراءة الخرائط. في نهاية المطاف، تسبب بخله وهوسه بالعدالة المطلقة ونقده المستمر في إنهاك النساء في حياته. وكان يفعل بالضبط هذا الشيء معي! هو مثال جيد على النبوءة ذاتية التحقق؛ يخشى كثيرًا ألا يُعتنى به لدرجة أن سلوكه جلب تلك الحالة بالفعل. إدراكي لهذه العملية هو ما سمح لي بتجنب الرد بانتقاد (أي أخذ الأمر على محمل شخصي) لإدراك أن هذا نمط كرره مرات كثيرة وأنه، في الأساس، يرغب في التغيير.

الفصل الحادي والعشرون

صغ تعليقات هنا والآن بعناية

يُعد التعليق على ما يحدث هنا والآن جانبًا فريدًا في العلاقة العلاجية. نادرًا ما نجد في العلاقات الإنسانية مواقف يُسمح لنا فيها، ناهيك بتشجيعنا، للتعليق المباشر على سلوك الآخر. تبعث هذه التجربة شعورًا بالتححرر، بل وحتى بالنشوة، وهذا بالضبط سبب أن تجربة مجموعات المواجهة مقنعة للغاية. لكنها أيضًا تبدو مخفوفة بالمخاطر، لأننا لم نعتد تقديم الآراء والتقييمات وتلقيها.

على المعالجين تعلم كيفية صياغة تعليقاتهم بأسلوب يبعث على العناية ويكون مقبولًا للمرضى. خذ في الاعتبار التعليق عن الملل الذي قدمته في النصيحة السابقة: تجنب استخدام كلمة «ممل» مع مريض؛ لأنها كلمة غير مُجدية؛ تبدو وكأنها اتهام، وقد تثير (أو يجب أن تثير) شعورًا معلنًا أو غير معلن مثل، «أنا لا أدفع لك لأسليك.» من الأفضل بكثير استخدام مصطلحات مثل «منفصل» أو «متباعد» أو «غير متصل»؛ إذ تُعبر عن رغبتك في أن تكون أقرب وأكثر اتصالًا وأكثر تفاعلًا، ومن الصعب على عملائنا أن يشعروا بالاستياء من ذلك. بعبارة أخرى، تحدث عن مشاعرك، لا عما يفعله المريض.

الفصل الثاني والعشرون

استخدم كل شيء، لصالح هنا والآن

كل ما يحدث هنا والآن يمكن استخدامه في العملية العلاجية. أحيانًا من الأفضل تقديم تعليق في اللحظة نفسها، وأحيانًا أخرى من الأفضل تخزين الحدث والعودة إليه لاحقًا. على سبيل المثال، إذا بكى مريض من شدة الألم، فمن الأفضل تأجيل استفسار هنا والآن إلى وقت آخر يمكن فيه العودة إلى الحدث والتعليق عليه قائلًا: «توم، أود العودة إلى الأسبوع الماضي. حدث شيء غير عادي: أظهرت لي الكثير من مشاعرك وبكيت بعمق لأول مرة أمامي. أخبرني عن منظورك لهذا الحدث؟ ما شعورك عند إزالة الحواجز هنا والسماح لي برؤية دموعك؟» مكتبة سر من قرأ

تذكر، المرضى لا يكونون أو يظهرون مشاعرهم في فراغ، بل يفعلون ذلك في حضورك، وهو استكشاف هنا والآن الذي يتيح لك فهم المعنى الكامل لتعبيرهم عن مشاعرهم.

أو خذ في الاعتبار مريضًا شعر بالاضطراب الشديد خلال الجلسة وطلب عناقًا في نهايتها بشكل غير معتاد. إذا شعرت أن العناق هو الأمر الصائب، أعانق المريض، ولكن لا بد من العودة في الجلسة التالية إلى الطلب والعناق. ضع في اعتبارك أن العلاج الفعال يتألف من تسلسل متناوب: استحضار ومعايشة للانفعال يليها تحليل ودمج

لهذا الانفعال. الوقت الذي ينتظره المعالج قبل بدء تحليل الحدث الانفعالي يعتمد على خبرته الإكلينيكية. غالبًا، عندما يكون الشعور عميقًا، كالألم والحزن والغضب والحب، من الأفضل الانتظار حتى يهدأ الشعور وتقل الدفاعات. (انظر الفصل 40، «التغذية الراجعة: اضرب على الحديد وهو بارد.»)

جين، امرأة غاضبة ومحبطة بشدة، بعد عدة أشهر كوّنت ثقة كافية بي لتكشف عن عمق يأسها. مرارًا وتكرارًا، تأثرتُ للغاية لدرجة محاولتي تقديم بعض الراحة لها، ولكنني لم أنجح قط. كلما حاولت، عُضضتُ. كانت هشة وحساسة للغاية لأي نقد متصور، لذا انتظرت أسابيع كثيرة قبل أن أشاركها هذه الملاحظة.

كل شيء، وبخاصة الأحداث المؤثرة ذات المشاعر العميقة، نستفيد منها في العملية العلاجية. تحدث الكثير من الأحداث والاستجابات غير المتوقعة في العلاج: قد يتلقى المعالجون رسائل إلكترونية أو مكالمات غاضبة من المرضى، قد لا يتمكنون من تقديم الراحة المطلوبة، قد يُعتبرون علماء بكل شيء، لا يُشكك فيهم أبدًا، أو يُتحدون دومًا، قد يتأخرون، يرتكبون خطأ في الفاتورة، حتى يجدولوا مواعيد لمريضين في الساعة نفسها. على الرغم من شعوري بعدم الارتياح خلال بعض هذه التجارب، أثق بأنه إذا تعاملت معها بشكل صحيح، يمكنني تحويلها إلى شيء مفيد في العمل العلاجي.

الفصل الثالث والعشرون

تحقق من هنا والآن في كل جلسة

أبدل جهدًا للاستفسار عن هنا والآن في كل جلسة، حتى لو أُنْهتْها ثمرة وخالية من المشكلات. أقول دائمًا نحو نهاية الساعة: «دعونا نأخذ دقيقة لمراجعة كيفية تفاعلنا اليوم.» أو «هل لديك أي مشاعر حول طريقة عملنا وتواصلنا؟» أو «قبل أن ننتهي، هل نلقي نظرة على ما يحدث في هذه المسافة بيننا؟» أو إذا لاحظت وجود صعوبات، قد أقول شيئًا مثل: «قبل أن ننتهي، دعونا نتحقق من علاقتنا اليوم. لقد تحدثت عن شعورك بالبعد عني في بعض الأوقات، وفي أوقات أخرى بالقرب الشديد. ماذا عن اليوم؟ ما مدى البعد بيننا اليوم؟» حسب الإجابة، قد أوصل استكشاف أي حواجز في العلاقة أو المشاعر غير المعلنة تجاهي.

أبدأ هذا النهج حتى في الجلسة الأولى، قبل بناء تاريخ طويل في العلاقة. في الواقع، من المهم جدًا البدء في وضع المبادئ في الجلسات المبكرة. في الجلسة الأولى، أحرص على الاستفسار عن كيفية اختيار المرضى للمجيء إليّ. إذا كانوا قد أُحِيلوا على يد شخص ما، زميل أو صديق، أود معرفة ما قيل لهم عني، وما توقعاتهم، ثم كيف تجربتهم معي حتى في هذه الجلسة الأولى مقارنة بتلك التوقعات. أعبر عن ذلك عادة بقول: «الجلسة الأولى هي مقابلة متبادلة. أقابلك، ولكنها

أيضًا فرصة لك لتقييمي وتكوين آرائك عن العمل معي. « هذا يبدو منطقيًا تمامًا، وعادةً ما يوافق المريض على هذا. ثم أتابع دائمًا بقول: «هل يمكننا التحقق مما توصلت إليه حتى الآن؟»

يأتي الكثير من مرضاي إليّ بعد قراءتهم أحد كتبي، وبالتالي، فإنه يصبح جزءًا من الهنا والآن الاستفسار عن ذلك. «ما الذي وجدته في الكتاب جذبك للتوجه إليّ؟ كيف تجربتك الفعلية معي مقارنةً بتلك التوقعات؟ هل لديك أي تحفظات حول معالج يعمل أيضًا كاتبًا؟ ما الأسئلة التي تود طرحها عليّ بهذا الصدد؟»

منذ أن كتبت عن قصص المرضى في كتاب «تعرية الحب» قبل سنوات كثيرة، افترضت أن المرضى الجدد قد يشعرون بالقلق من أن يكتب عنهم. لذلك طمأنتهم بشأن السرية وأكدت أنني لم أكتب قط عن مرضى من دون الحصول على إذن مسبق واستخدام تمويه عميق للهوية. ومع مرور الوقت، لاحظت أن مخاوف المرضى مختلفة؛ بشكل عام، هم أقل قلقًا بشأن كتابة قصصهم من قلقهم من عدم كونهم مثيرين للاهتمام بما يكفي ليقع الاختيار عليهم.

الفصل الرابع والعشرون

ما الأكاذيب التي أخبرتني بها؟

يصف المرضى غالبًا أمثلة على الخداع في حياتهم خلال رحلتنا العلاجية، مواقف عملوا فيها على إخفاء معلومات أو تحريف معلومات عن أنفسهم. باستخدام أذني الأرنب هنا والآن، أجد في مثل هذه الاعترافات فرصة ممتازة للاستفسار عن الأكاذيب التي أخبروني بها خلال مسار العلاج. دائمًا ما يكون هناك نوع من الإخفاء، بعض المعلومات المحجوبة بسبب الخجل، أو بسبب الطريقة الخاصة التي يرغبون في أن أراهم بها. مناقشة مثل هذه الأمور المخفية تؤدي غالبًا إلى نقاش مثمر في العلاج، وعادةً ما يشمل ذلك استعراض تاريخ العلاقة العلاجية وبتيح فرصة لإعادة تنظيم العلاقة وتحسينها بالإضافة إلى طرح مواضيع أخرى هامة ظهرت سابقًا في العلاج.

إستراتيجية أذني الأرنب العامة تتلخص ببساطة في فحص كل عناصر الجلسة بحثًا عن دلالات هنا والآن، وكلها أمكن، اغتنام الفرصة لفحص العلاقة العلاجية.

الفصل الخامس والعشرون

الشاشة الفارغة؟ انس أمرها! كن حقيقيًا

أول نموذج طُرح للعلاقة المثالية بين المعالج والمريض هو نموذج «الشاشة الفارغة»، الذي أصبح الآن قديمًا. في هذا النموذج، يظل المعالج محايدًا ومجهولًا إلى حد ما على أمل أن يُسقط المرضى تشوهات التحويل الكبيرة على هذه الشاشة الفارغة. بمجرد أن يصبح التحويل (التجسيد الحي للعلاقات الوالدية السابقة) متاحًا لدراسته في التحليل، قد يتمكن المعالج من إعادة بناء حياة المريض المبكرة بدقة أكبر. إذا كان المعالج يظهر نفسه كفرد مميز، صَعْب (كما كان يُعتقد) أن يحدث الإسقاط.

لكن انس نموذج الشاشة الفارغة! لم يكن ذلك نموذجًا جيدًا للعلاج الفعال، لا الآن ولا في أي وقت مضى. فكرة استخدام التشوهات الحالية لإعادة خلق الماضي جزء من رؤية قديمة ومهجورة الآن للمعالج كعالم آثار، يكشف غبار العقود لفهم (وبالتالي، بطريقة غامضة، التخلص من) الصدمة الأصلية. من الأفضل بكثير التفكير في فهم الماضي لفهم علاقة المعالج بالمريض الحالية. ولكن لا يستحق أي من هذه الاعتبارات التضحية بلقاء إنساني حقيقي في العلاج النفسي.

هل اتبع فرويد نفسه عادةً نموذج الشاشة الفارغة؟ غالبًا لا. نعلم ذلك من خلال قراءة سجلاته عن العلاج (انظر، على سبيل المثال، وصف العلاج في «دراسات في الهستيريا») أو وصف المحللين لتحليلهم مع فرويد.

فكر في فرويد وهو يقدم لمريضه سيجارًا «احتفاليًا» أو «انتصاريًا» بعد تقديمه لتفسير بارز. فكر فيه وهو يوقف المرضى عن الانتقال إلى مواضيع أخرى ويبطئهم ليشاركوه في الاستمتاع بالوهج الناتج عن البصيرة المستتيرة. وصف لي الطبيب النفسي روي جرينكر موقفًا في تحليله مع فرويد حيث توجه كلب فرويد، الذي ظلّ دائمًا حاضرًا في العلاج، إلى الباب وسط جلسة. قام فرويد وفتح الباب للكلب. وبعد دقائق قليلة، خدش الكلب الباب طالبًا العودة، فقام فرويد وفتح الباب وقال: «انظروا، لم يستطع تحمل الاستماع إلى كل تلك المقاومة السخيفة. الآن هو يعود ليعطيك فرصة ثانية».

في تواريخ الحالة في كتاب «دراسات في الهستيريا»، دخل فرويد شخصيًا وبجراحة إلى حياة مرضاه. قدم لهم توجيهات حاسمة، وتدخل لصالحهم مع أفراد العائلة، وحاول حضور المناسبات الاجتماعية لمراقبة مرضاه في بيئات أخرى، وأمر مريضًا بزيارة المقبرة والتأمل عند شاهد قبر أخيه المتوفى.

تلقى النموذج الأولي للشاشة الفارغة دعمًا من مصدر غير متوقع في الخمسينيات، عندما أوصى نموذج كارل روجرز للعلاج غير التوجيهي بأن يقدم المعالجون توجيهات محدودة، محصورة غالبًا في تكرار جملة المريض الأخيرة. ومع نضوج كارل روجرز بصفته

معالجًا، تخلى قريبًا عن هذا الموقف غير المتفاعل مع تقنية «الجملة الأخيرة» لصالح أسلوب تفاعلي أكثر إنسانية. على الرغم من ذلك، ظلت النكات والتقليد الساخر وسوء الفهم لنهجه غير التوجيهي يلاحقونه حتى نهاية حياته.

في العلاج الجماعي، يظهر بوضوح أن من مهام المعالج الجماعي تقديم سلوك يعمل أعضاء المجموعة على محاكاته تدريجيًا. الأمر نفسه يحدث في العلاج الفردي ولكن بشكل أقل حدة. تؤكد أدبيات نتائج العلاج النفسي بقوة وجهة النظر القائلة بأن إفصاح المعالج يؤدي إلى إفصاح العميل.

لطالما كانت شفافية المعالج موضوعًا مثيرًا للاهتمامي، واستخدمت الإفصاح عن الذات بأشكال متنوعة. ربما يعود اهتمامي إلى تجربتي في العلاج الجماعي، حيث تزداد الحاجة إلى شفافية المعالج. يواجه المعالجون الجماعيون مجموعة معقدة من المهام، فهم يحتاجون ليس فقط إلى الاهتمام باحتياجات كل مريض على حدة داخل المجموعة، بل أيضًا إلى تكوين النظام الاجتماعي المحيط والحفاظ عليه؛ المجموعة الصغيرة. ولذا، عليهم التركيز على تطوير المبادئ، وبخاصة مبادئ الإفصاح عن الذات الضرورية لنجاح تجربة المجموعة الصغيرة. ولا يملك المعالج وسيلة أقوى لبناء المبادئ السلوكية من النمذجة الشخصية. نشأت الكثير من تجاربي الخاصة في الإفصاح عن الذات لدى المعالج كاستجابة لمراقبة الطلاب لمجموعات العلاج. برامج تدريب العلاج النفسي نادرًا ما توفر للطلاب فرصة لمراقبة جلسات العلاج الفردي؛ يصر المعالجون على الخصوصية والحميمية اللتين تعدان

جزءًا لا يتجزأ من عملية العلاج الفردي. ولكن تقريبًا كل برنامج تدريب جماعي يتيح مراقبة المجموعة، إما من خلال مرآة ذات اتجاه واحد وإمّا تسجيل فيديو. على معالجي المجموعة، بالطبع، الحصول على إذن للمراقبة، وعادةً ما يمنح أعضاء المجموعة هذا الإذن ولكن بتردد. تميل أعضاء المجموعة إلى الاستياء من المراقبين وغالبًا ما يبلغون عن شعورهم بأنهم «حيوانات تجارب». يتساءلون إذا كان الولاء الأساسي للمعالج مع أعضاء المجموعة أو المراقبين الطلاب، ولديهم فضول كبير حول تعليقات المراقبين (والقائد) عنهم في مناقشة ما بعد المجموعة.

للتغلب على هذه السلبيات في مراقبة المجموعة، طلبت من أعضاء المجموعة والطلاب تبديل الغرف بعد كل اجتماع للمجموعة: ينتقل أعضاء المجموعة إلى غرفة المراقبة، حيث يراقبونني مع الطلاب ونحن نناقش المجموعة. في الاجتماع التالي، أبدى أعضاء المجموعة ردود فعل قوية تجاه مراقبتهم للاجتماع بعد المجموعة لدرجة أنني سرعان ما عدلت النسق بدعوة الأعضاء إلى غرفة المؤتمرات لمراقبة المناقشة والرد على ملاحظات الطلاب. بعد ذلك، بدأ أعضاء المجموعة بتقديم تعليقات للطلاب، ليس فقط حول محتوى ملاحظاتهم ولكن أيضًا حول عمليتهم، على سبيل المثال، كونهم متواضعين جدًا مع القائد، أو أكثر حذرًا وجمودًا وتوترًا من مجموعة العلاج.

استخدمت النموذج نفسه تمامًا في المجموعات اليومية في قسم العلاج للمرضى الداخليين الحادين، حيث أقسم الاجتماع إلى ثلاثة أجزاء: (1) اجتماع المرضى لمدة ساعة واحدة؛ (2) جلسة «حوض

السمك» التي تستغرق عشر دقائق (القادة والمراقبون يعيدون تحليل المجموعة وهم جالسون في دائرة داخلية محاطة بأعضاء المجموعة الذين يراقبون)؛ و (3) دائرة كبيرة نهائية مدتها عشر دقائق يعبر فيها الأعضاء عن رأيهم في تعليقات المراقبين. تشير الأبحاث إلى أن معظم أعضاء المجموعة يعتبرون العشرين دقيقة الأخيرة هي الجزء الأكثر إفادة في الاجتماع.

في صيغة أخرى للشفافية الشخصية، أعمل على كتابة ملخص مفصل وانطباعي لجلسات العلاج الجماعي في العيادة وأرسله إلى الأعضاء قبل الاجتماع التالي. تعود جذور هذه التقنية إلى السبعينيات عندما بدأت بقيادة مجموعات للمرضى المدمنين على الكحول. في ذلك الوقت، كان للعلاج الجماعي الدينامي للمرضى المدمنين على الكحول سمعة سيئة، وقرر معظم مرشدي علاج إدمان الكحول أن الأفضل ترك العلاج الجماعي لمدمني الكحول بيد زمالة مدمني الكحول المجهولين (AA). قررت المحاولة مرة أخرى ولكن باستخدام نهج مكثف للهنا والآن وتحويل التركيز من إدمان الكحول إلى المشكلات الشخصية الكامنة التي تغذي الرغبة في الشرب. (كان يُطلب من جميع أعضاء المجموعة المشاركة في زمالة مدمني الكحول المجهولين أو برنامج آخر للسيطرة على شربهم.)

التركيز على هنا والآن أحدث تأثيرًا قويًا في المجموعة. كانت الاجتماعات حيوية ومكثفة. للأسف، مكثفة للغاية! أثارت قدرًا كبيرًا من القلق لدى الأعضاء الذين، كما يفعل الكثير من مدمني الكحول، لديهم صعوبة كبيرة في السيطرة على القلق بأي طريقة أخرى

سوى الاندفاع. سرعان ما راود أعضاء المجموعة قريبًا الشعور بلهفة الشرب بعد الاجتماعات وأعلنوا: «إذا كان عليّ الجلوس في اجتماع مثل الأخير، فسأتوقف في الحانة في طريق العودة إلى المنزل.»

بما أن الاجتماعات التي تركز على هنا والآن وُجّهت نحو الهدف وتناولت مشكلات ذات صلة وأهمية لكل عضو في المجموعة، سعت لتطوير بعض الأساليب للمساعدة في تقليل التهديد والقلق الناجم عن الجلسات. استخدمت سلسلة من التقنيات. أولًا، جدول أعمال هنا والآن المكتوب لكل اجتماع على السبورة يحتوي على بنود مثل: تمكين جون وماري من مواصلة فحص اختلافاتها ولكن أن يعامل أحدهما الآخر بطريقة أقل تهديدًا وأذى.

مساعدة بول على طلب بعض الوقت من المجموعة للتحدث عن نفسه.

ثانيًا، استخدمنا إعادة تشغيل مقاطع فيديو لأجزاء مختارة من الاجتماعات.

ثالثًا، بعد كل اجتماع، دونت ملخصًا أسبوعيًا تفصيليًا وأرسلته إلى الأعضاء، وهو لم يكن فقط سردًا لمحتوى كل جلسة، بل يكشف أيضًا عن ذاتي. وصفت تجربتي في المجموعة؛ حيرتي وسروري ببعض إسهاماتي، وشعوري بالندم على الأخطاء التي ارتكبتها أو المشكلات التي تغافلت عنها أو الأعضاء الذين شعرت أنني أهملتهم.

من بين جميع هذه الأساليب، كان الملخص الأسبوعي هو الأكثر فعالية بشكل ملحوظ، ومنذ ذلك الحين جعلت من الممارسة الروتينية في مجموعاتي الأسبوعية إرسال ملخص مفصل إلى أعضاء المجموعة

قبل الاجتماع التالي. (إذا كان لدي شريك في القيادة، نتبادل المسؤولية عن كتابة الملخص.) يتضمن الملخص الكثير من الفوائد المتنوعة - على سبيل المثال، يعزز استمرارية العمل العلاجي بإعادة غمر المجموعة في موضوعات الاجتماع السابق - وأذكره هنا لأنه يوفر وسيلة للإفصاح عن ذات المعالج.

«العلاج المتعدد» هو تنسيق آخر قائم على الإفصاح استخدمته لعدة سنوات، وفيه يُقابل اثنان من المعلمين وخمسة طلاب (مقيمون في الطب النفسي) مريضًا واحد لسلسلة من ست جلسات. ولكن بدلًا من التركيز فقط على المريض، أكدنا فحص عملية مجموعتنا الخاصة، بما في ذلك مشكلات مثل أسلوب الطلاب في طرح الأسئلة، علاقتهم معًا وقيادة هيئة التدريس، درجة التنافس أو التعاطف في المجموعة. بالطبع، نظرًا إلى الضغط الاقتصادي في مجال الرعاية الصحية اليوم، ليس للعلاج المتعدد مستقبل اقتصادي، ولكن بوصفه وسيلة تعليمية، فأظهر عدة تأثيرات للإفصاح الشخصي للمعالجين: إنه نموذج جيد للمرضى ويشجعهم على الإفصاح عن أنفسهم، يسرع العملية العلاجية، ويظهر احترام المعالجين لعملية العلاج من خلال استعدادهم للمشاركة الشخصية فيه.

تذكروا التجربة التي أجريتها مع مريضة تُدعى جيني، حيث تبادلنا ملخصاتنا الانطباعية عن كل جلسة. هذا الأسلوب جاء تحديًا في مجال شفافية المعالج. مجدتني المريضة جدًا، ووضعتني على قاعدة مرتفعة للغاية، مما جعل اللقاء الحقيقي بيننا غير ممكن. لذا، حاولت في ملاحظاتي أن أكشف عن مشاعري وتجاربي الإنسانية: إحباطي وانزعاجي

وأرقي وغروري. هذا التمرين، الذي أجرته في بدايات مسيرتي المهنية، سهل العلاج وحررني إلى حد كبير في أعمالي العلاجية اللاحقة. تجربة جريئة في شفافية المعالج ظلت تثير فضولي لفترة طويلة أجراها ساندور فيرينزي (1873-1933)، المحلل النفسي المجري العضو في دائرة التحليل النفسي الداخلية لفرويد وربما أقرب المقربين لفرويد على المستوى المهني والشخصي. كان فرويد أكثر اهتمامًا للأسئلة التأملية حول تطبيق التحليل النفسي لفهم الثقافة، وهو في الأساس متشائم بشأن العلاج ونادرًا ما تعمق في تطوير تقنيات العلاج، ومن بين جميع المحللين في الدائرة الداخلية، كان ساندور فيرينزي هو الذي بحث بلا كلل وبشكل جريء عن الابتكارات التقنية. أمّا تجربته الراديكالية في الشفافية عام 1932، التي وصفها في يومياته الإكلينيكية، فهي الأكثر جرأة، حيث دفع بشفافية المعالج إلى أقصى الحدود من خلال الانخراط في «التحليل المتبادل»؛ وهو نهج يتناوب هو وأحد مرضاه (معالجة نفسية كان قد حللها لفترة) ساعات تحليل أحدهما للآخر.

في النهاية، شعر فيرينزي بالإحباط وتخلّى عن التجربة بسبب اثنين من المخاوف الرئيسة: (1) السرية: مشكلة لأن الانخراط الحقيقي في تبادل الأفكار بحرية يتطلب منه مشاركة أي أفكار عابرة حول مرضاه الآخرين، و(2) الرسوم: انتاب فيرينزي القلق بشأن الدفع من يجب أن يدفع لمن؟

لم تشارك مريضة فيرينزي شعوره بالإحباط. بل شعرت أن هذه الإجراءات سهلت العلاج وأن فيرينزي غير راغب في الاستمرار لأنه يخشى الاعتراف بأنه واقع في حبها. لفيرينزي وجهة نظر مغايرة تمامًا. قال بثقة: «لا، لا، لا»؛ معتبراً أن السبب الحقيقي لتوقفه هو عدم رغبته في التعبير عن حقيقة كرهه لها.

ردود أفعال فيرينزي السلبية تجاه محاولاته للكشف عن ذاته تبدو تعسفية وقديمة للغاية. تحاول روايتي «Lying on the Couch» إعادة تقديم تجربته في العلاج المعاصر. يقرر بطل الرواية، وهو طبيب نفسي، أن يكون شفافاً تماماً مع مريض، الذي اتضح في هذه القصة الخيالية أنه ملتزم بالخداع. إحدى النيات الرئيسة في الرواية هي تأكيد أن أصالة المعالج مفيدة في النهاية حتى في أسوأ الظروف؛ أي لقاء إكلينيكي مع مريض مخادع زائف.

الفصل السادس والعشرون

ثلاثة أنواع لإفصاح المعالج عن ذاته

بقاء المعالج غامضًا ومخفيًا عن المريض أمر مضر. تتعدد الأسباب التي تدعو المعالج للكشف عن ذاته أمام المريض، ولا توجد أسباب مقنعة للإخفاء. ومع ذلك، ألاحظ عدم ارتياح المعالجين عند مناقشة هذا الموضوع، وهو ما يعود جزئيًا إلى عدم وضوح مفهوم الإفصاح عن الذات. لا يُعد إفصاح المعالج عن ذاته مفهومًا واحدًا، بل مجموعة من السلوكيات، بعضها يسهل العلاج دائمًا، وبعضها مشكل ومحمّل أن يكون ضارًا. يمكن توضيح الأمور من خلال تحديد ثلاثة مجالات لإفصاح المعالج عن ذاته: (1) آلية العلاج؛ (2) المشاعر هنا والآن؛ (3) الحياة الشخصية للمعالج. دعونا نستعرض كل منها بالتفصيل.

الفصل السابع والعشرون

آلية العلاج: كن شفافاً

أعلن المحقق الكبير في رواية «الأخوة كارامازوف» لدوستويفسكي أن البشر دائماً ما يرغبون في «السحر والغموض والسلطة». عبر التاريخ، عرف المعالجون هذا وأخفوا ممارساتهم العلاجية كفن من السرية. لطالما أُحيطت التدريبات والممارسات الشامانية بالغموض، بينما استخدم الأطباء الغربيون، على مدار قرون، الرموز التي تُثير الإعجاب وتُعظم من تأثير العلاج الوهمي: المعاطف البيضاء، والجدران المزينة بالشهادات العريضة، ووصفات الأدوية المكتوبة باللغة اللاتينية.

أقترح في هذا الكتاب وجهة نظر معاكسة تماماً لعملية الشفاء. تتطلب إقامة علاقة حقيقية مع المرضى، بطبيعتها، أن نتخلى عن قوة الثلاثي: السحر والغموض والسلطة. يتمتع العلاج النفسي بقوة جوهرية تجعله يستفيد بشكل كبير من الإفصاح الكامل عن عملية العلاج والأساس المنطقي له. تُظهر مجموعة مقنعة من الأبحاث في مجال العلاج النفسي أنه على المعالج تحضير المرضى الجدد بعناية من خلال تثقيفهم بالعلاج النفسي؛ افتراضاته الأساسية ومنطقه وكيف يمكن لكل مريض أن يحقق أقصى تقدم لنفسه.

يعاني المرضى بالفعل القلق الأولي الذي يدفعهم لطلب العلاج، ولا يُعقل أن نغمرهم في عملية قد تخلق قلقًا ثانويًا؛ القلق الناتج عن التعرض لموقف اجتماعي غامض من دون إرشادات واضحة للسلوك أو المشاركة المناسبة. لذلك، من الحكمة تحضير المرضى بشكل منظم لعملية العلاج النفسي. تحضير المرضى الجدد فعال بشكل خاص في العلاج الجماعي، لأن الموقف التفاعلي الجماعي غريب ومخيف بطبيعته. أعضاء المجموعة الجدد، وبخاصة أولئك الذين ليس لديهم تجربة سابقة في المجموعة، غالبًا ما يشعرون بالقلق بسبب قوة المجموعة الصغيرة؛ ضغط المجموعة ودرجة الحميمية والشدة العامة. توفير بنية تخفف القلق وتوضيح الإرشادات الإجرائية أمران أساسيان في العلاج الجماعي.

التحضير للعلاج النفسي الفردي أمر ضروري أيضًا. مع أن الأفراد غالبًا ما يكون لديهم خبرة مع علاقات مكثفة، فمن النادر أنهم شاركوا في علاقة تتطلب منهم الثقة التامة والانكشاف الكامل وعدم التحفظ وتحليل كل تفاصيل مشاعرهم مع الآخر وتلقي القبول غير النقدي. في المقابلات الأولية، أغطي قواعد أساسية مهمة، بما في ذلك السرية وضرورة الإفصاح الكامل وأهمية الأحلام والحاجة إلى الصبر. ونظرًا إلى أن التركيز على هنا والآن قد يبدو غير مألوف للمرضى، أقدم لهم أساسه المنطقي. إذا وصف مريض جديد صعوبات في العلاقات (وهذا يعني تقريبًا كل مريض)، قد أقول، على سبيل المثال:

«من الواضح أن أحد المجالات التي نحتاج إلى معالجتها هو علاقتك بالآخرين. يصعب عليّ معرفة طبيعة صعوباتك في العلاقات بدقة، لأنني، بالطبع، أتعرف الأشخاص الآخرين في حياتك من خلال نظرتك أنت فقط. لعل وصفك متحيز من دون قصد، ووجدت أنه يمكنني مساعدتك بشكل أفضل عن طريق التركيز على العلاقة الوحيدة التي لدي بها أكثر المعلومات دقة؛ العلاقة بيننا. لذا، سأطلب منك بشكل متكرر أن تحلل ما يحدث بيننا.»

باختصار، أقترح الإفصاح التام عن آلية العلاج.

الفصل الثامن والعشرون

تحلّ بالحكمة في الكشف عن مشاعر الهنا والآن

للدخول في علاقة حقيقية مع المريض، من الضروري الإفصاح عن مشاعرك تجاهه في الوقت الحاضر. ولكن الإفصاح هنا والآن لا يجب أن يأتي عشوائياً؛ الشفافية لا ينبغي أن تُتبع لذاتها. يجب أن تجتاز جميع التعليقات اختباراً واحداً: هل هذا الإفصاح في مصلحة المريض؟ سأؤكد مراراً وتكراراً في هذا الكتاب أن مشاعرك هي أقيم مصادر معلوماتك. إذا شعرت خلال جلسة أن المريض بعيد أو خجول أو مغازل أو متهكم أو خائف أو متحدٍ أو طفولي أو يظهر أي من السلوكيات المتنوعة التي يمكن لشخص أن يظهرها مع آخر، فهذه معلومات، معلومات ثمينة، وعليك البحث عن طريقة لاستخدام هذه المعلومات لمصلحة العلاج، كما هو موضح في أمثلة حيث كشفت عن شعوري بأني مستبعد من مريض أو أكثر قرباً وانخراطاً أو منزعجاً من الاعتذارات المتكررة لتحريك صندوق مناديل. توضيح إكلينيكي: اعتاد أحد المرضى سرد الأحداث المشكّلة في حياته لكنه نادراً ما يقدم لي متابعة لها. كثيراً ما شعرت بالاستبعاد والفضول. تساءلت، على سبيل المثال، ماذا حدث عندما واجه مديره طلباً للحصول على زيادة في الراتب؟ كيف ردة فعل صديقه عندما رفض إقراضه المال الذي طلبه؟ هل نفذ خطته في طلب موعد من

زميلة صديقه السابقة؟ ربما بعض فضولي نابع من رغبتني في معرفة نهايات القصص. ولكنني شعرت أيضًا أن ردود أفعالي تحتوي على معلومات هامة حول المريض. هل لم يضع نفسه في مكاني يومًا ما؟ هل لم يفكر في أنني قد أكون فضوليًا حول حياته؟ ربما شعر أنه لا يهمني. ربما اعتبرني آلة بلا فضول أو رغبات خاصة بي.

في النهاية، ناقشت معه كل هذه المشاعر (والتخمينات)، وأدى إفصاحي عنها إلى دفعه للكشف عن تفضيله أن أكون شخصًا غير حقيقي خشية أن يكتشف عيوبي وبالتالي يفقد الثقة بي.

توضيح إكلينيكي: شعر أحد المرضى بالعار وعدم الشرعية في جميع تعاملاته الشخصية والمهنية. خلال جلسات العلاج، غالبًا ما انتابه شعور بالذنب حيث ينتقد نفسه بشدة لسلوكه الزائف في علاقتنا. كره طريقته في محاولة إثارة إعجابي بذكائه وفطنته. مثلاً، كان يعشق اللغات وعلى الرغم من أن الإنجليزية لغته الثانية، استمتع بإتقانها واعترف أنه كثيرًا ما بحث في القاموس قبل الجلسات عن كلمات غريبة ليستخدمها في نقاشاتنا شعرت بالحيرة من تأنيبه لنفسه. للحظة، استطعت أن أشعر بقوة ذنبه ونقده الذاتي، لأنني كنت مشاركًا كاملًا: دائمًا ما استمتعتُ بلعبه بالكلمات، ولا شك، أنني شجعت سلوكه. شاركته ذلك ثم عاجلتنا بقولي: «لكنني لن أشارك في هذا. بعد كل شيء، أين الجرم؟ نحن نعمل معًا بشكل جيد، وما الضرر في استمتاعنا بلعبتنا الفكرية المشتركة؟» يصف المعالج الموهوب (بيتر لوماس) تفاعلًا مع مريض بدأ الجلسة بطريقته المعتادة متحدثًا بأسلوب منسحب ويأثس عن وحدته.

المعالج: «ألا تعتقد أنني قد أكون وحيدًا أيضًا؟ ها أنا جالس معك في هذه الغرفة وأنت منعزل عني. ألا تدرك أنني لا أريد هذا، وأنني أود معرفتك بشكل أفضل؟»

المريض: «لا، كيف هذا؟ لا أصدق ذلك. أنت تعتمد على نفسك. لا تحتاج إليّ.»

المعالج: «ما الذي يجعلك تظن أنني أعتمد على نفسي؟ لماذا يجب أن أكون مختلفًا عنك؟ أنا بحاجة إلى الناس كما تحتاج إليهم أنت. وأحتاج منك إلى أن تتوقف عن الابتعاد عني.»

المريض: «ما الذي يمكنني تقديمه لك؟ لا أستطيع تخيل ذلك. أشعر بأنني لا شيء. لم أفعل أي شيء في حياتي.»

المعالج: «ولكن في كل الأحوال، لا يتبادل الناس الحب بسبب إنجازاتهم بل لما هم عليه. أليس كذلك؟»

المريض: «نعم، هذا صحيح.»

المعالج: «إذًا لماذا لا تعتقد أن الآخرين قد يحبونك لما أنت عليه؟» ذكر المعالج أن هذا التفاعل قلل بشكل كبير من الفجوة بينه وبين المريض. اختتم المريض الجلسة قائلاً: «العالم قاسٍ»، لكنه لم يقصد بها «أنا التعميس المسكين»، بل قصد «العالم قاسٍ على كل منا، أليس كذلك، عليك وعلى كل من يعيش فيه؟»

الفصل التاسع والعشرون

الكشف عن الحياة الشخصية للمعالج: كن حذرًا

الإفصاح في المجالين الأولين، آلية العلاج وهنا والآن (في إطار مناسب)، يبدو واضحًا وغير مثير للمشكلات. ولكن، يُثار الكثير من الجدل حول النوع الثالث من الإفصاح، وهو الحياة الشخصية للمعالج.

إذا أمكن تصنيف إفصاح المعالج على مقياس تدريجي، فمن المؤكد أنني في الطرف الأعلى منه. ومع ذلك، لم أتعرض قط لتجربة الإفصاح المفرط. بل على العكس، لطالما أسهمت مشاركتي لبعض جوانب حياتي الشخصية في تسهيل العلاج.

قبل سنوات كثيرة، توفيت والدتي وسافرت إلى واشنطن لحضور جنازتها وقضاء بعض الوقت مع أختي. كنت أقود مجموعة علاج خارجي في ذلك الوقت، وشريكي في العلاج، وهو طبيب مقيم في الطب النفسي، غير متأكد مما عليه فعله وأبلغ المجموعة ببساطة بأنني سأغيب بسبب حدث وفاة في عائلتي. سُجلت جلسات المجموعة بالفيديو لأغراض البحث والتعليم، وعند عودتي بعد أسبوع شاهدت تسجيل الجلسة؛ جلسة مثمرة وحيوية للغاية.

ماذا أفعل في الجلسة التالية؟ أنا على يقين أن إخفاء وفاة والدتي سيُضر بعملية المجموعة، قررت أن أكون شفافاً تماماً وأعطي المجموعة كل ما طلبوه. إنه مبدأ مسلم به أنه إذا تجنبت المجموعة بعض المشكلات الكبرى، فلن تُعامل أي قضية أخرى بشكل فعال.

افتتحت الاجتماع بإعلامهم وفاة والدتي وأجبت عن جميع الاستفسارات. أراد بعضُ معرفة تفاصيل الوفاة والجنائز، بينما سأل آخرون عن كيفية تعاملي مع الأمر واستفسر آخرون عن علاقتي بوالدتي وأختي. أجبت الجميع بصراحة كبيرة وحكيت لهم، على سبيل المثال، عن علاقتي المتوترة مع والدتي وكيف اخترت العيش في كاليفورنيا جزئياً لوضع ثلاثة آلاف ميل بيني وبين والدتي. أخبرتهم أنها كانت تنيئاً في كثير من النواحي، لكنها فقدت أنيابها مع تقدمها في السن، وفي السنوات الأخيرة أصبحت علاقتنا أقرب كثيراً وصرْتُ ابناً وفيّاً. في نهاية المطاف، سألت المجموعة عن مدى قدرتهم على فعل شيء من أجلي في الاجتماع. أجبت بأني لا أعتقد ذلك لأنني تعاملتُ مع وفاة والدتي بشكل مستمر من خلال الحديث المكثف مع الأصدقاء والعائلة. وأخيراً، قلت إنني أعتقد أن لدي الآن الطاقة للعمل بفعالية في المجموعة، وبعد ذلك عادت المجموعة إلى شؤون المجموعة وأجرت اجتماعاً مثمراً للغاية.

لسنوات بعد ذلك، استخدمت تسجيل الفيديو لهذا الاجتماع لتعليم عملية العلاج الجماعي. أشعر باليقين أن إفصاحي لم يُزل عائقاً محتملاً أمام المجموعة فحسب، بل إن نموذج إفصاحي عن ذاتي حدث محرر لها.

مثال آخر، وصفته في قصة «سبع دروس متقدمة في علاج الفقد» (أمي ومعنى الحياة)، يتضمن واقعة مشابهة. قبل وقت قصير من موعدي مع مريضة تعاني الفقد، تلقيت مكالمة تُخبرني بوفاة زوج أختي. ونظرًا إلى أن مريضتي جراحة تمر بأزمة (بسبب وفاة زوجها ووالدها)، وأنني لذي وقت قبل الذهاب إلى المطار، قررت الاحتفاظ بموعدي معها، وبدأت الجلسة بإخبارها بما حدث وبأنني قررت على الرغم من ذلك الاحتفاظ بموعدي معها.

انفجرت المريضة بغضب شديد واتهمتي بمحاولة مقارنة حزني بحزنها. قالت: «واسمح لي أن أخبرك، إذا كنت أستطيع الذهاب إلى غرفة العمليات من أجل مرضاي، فإنه عليك بالتأكيد أن تحضر لرؤيتي» الواقعة مفيدة للغاية للعلاج؛ كسفي سمح لها بإظهار غضبها من الحزن، الذي فتح فترة جديدة ومثمرة في عملنا.

منذ فترة طويلة، عمل زميل لي مع مريض فقد طفله بسبب السرطان. فترة العلاج طويلة ومفيدة لكن ليست ناجحة بشكل كامل. قرر زميلي، الذي فقد طفلًا صغيرًا قبل عشرين عامًا، عدم مشاركة تلك المعلومة مع مريضه. بعد سنوات، اتصل المريض به مجددًا واستأنفا العلاج. قرر المعالج، الذي ظل يعاني خسارته الخاصة وقضى سنوات يكتب مقالًا طويلًا عن وفاة طفله، مشاركة كتاباته مع مريضه. أثبت هذا الإفصاح، الذي كان جديدًا عليه، فعاليته الكبيرة في تسريع عملية العلاج. إذا أراد المرضى معرفة ما إذا كنت متزوجًا أو لدي أطفال أو أحببت فيلمًا معينًا أو قرأت كتابًا معينًا أو شعرت بالحرَج في لقائنا في حدث اجتماعي معين، أجب دائمًا بشكل مباشر.

لماذا لا؟ ما المشكلة في ذلك؟ كيف يمكن أن يحدث لقاء حقيقي مع شخص آخر بينما تظل غامضًا جدًا؟

عودًا إلى المريض الذي انتقدني لاستخدامي مطعمًا فاخرًا كمعلم للاتجاهات إلى مكثبي ولم أذكر مطعم التاكو المجاور للطعام السريع. اخترت الرد بصراحة: «حسنًا يا بوب، أنت محق! بدلًا من قول انعطف يمينًا عند فريسكا، كان بإمكانني قول انعطف يمينًا عند وصولك إلى مطعم التاكو. ولماذا اتخذت الخيار الذي اتخذته؟ أنا متأكد من أنه لأنني أفضل ربط نفسي بالمطعم الأكثر رقيًا. سأشعر بعدم الارتياح إذا قلت: «انعطف عند مطعم التاكو.» مرة أخرى، ما المخاطرة؟ أنا فقط أعتز بشيء يعرفه بوضوح. و فقط عندما نتجاوز اعترافي يمكننا الانتقال إلى الأمر المهم المتمثل في استكشاف رغبته في إحراجي. وبذلك، فإن إفصاح المعالج عن ذاته لا يحل محل استكشاف عملية استفسارات المريض الشخصية. قم بكلا الأمرين! يفضل بعض المعالجين الرد على الأسئلة ب: «سأسعد بالإجابة، ولكن أولاً أود معرفة أكبر قدر ممكن عن سبب طرح هذا السؤال.» أحيانًا أستخدم هذا النهج، لكنني نادرًا ما وجدت فائدة خاصة في الإصرار على ترتيب معين («أنت تبدأ أولاً ثم أرد»). إذا كان المريض جديدًا، غالبًا ما أختار ببساطة أن أكون نموذجًا للانكشاف وأحتفظ بالموقف في ذهني للعودة إليه لاحقًا.

إذا كان من غير المعتاد للمريض أن يطرح عليك أسئلة، فعندئذٍ فكر في سؤاله كموضوع للتحليل وتأكد من العودة إليه. يجب أخذ التوقيت في الاعتبار. غالبًا ما يختار المعالج الانتظار حتى انتهاء

التفاعل، ربما حتى الجلسة التالية، ثم يعلق بما يشبه: «يبدو لي أن شيئاً غير عادي حدث الأسبوع الماضي: لقد سألتني بعض الأسئلة الشخصية. هل يمكننا العودة إلى ذلك؟ كيف أثر التبادل فيك؟ ما الذي ممكنك من التعامل معي بطريقة مختلفة؟ ما شعورك حيال ردي؟»

الفصل الثلاثون

الكشف عن حياتك الشخصية: تحذيرات

أحد أعمق مخاوف المعالجين حول الكشف عن حياتهم الشخصية هو أن تلك العملية قد لا تتوقف، أنهم بمجرد فتح الباب، سيطالبهم المريض بالمزيد والمزيد حتى يجدوا أنفسهم يجيبون عن أعمق أسرارهم وأكثرها إحراجًا. هذا خوف لا أساس له. من تجربتي، الغالبية العظمى من المرضى يقبلون ما أقدمه، ولا يضغطون لمعرفة المزيد أو للكشف عن المعلومات المحرجة، ثم يستمرون في عملية العلاج، كما فعلت المجموعة العلاجية بعد معرفتهم بوفاة والدتي.

ومع ذلك، هناك تحذيرات: يجب أن تضع في اعتبارك أنه، على الرغم من أن المرضى لديهم سرية، فإن المعالجين لا يمتلكون ذلك. ولا يمكن طلب ذلك من المرضى، الذين قد يستشيرون معالجًا آخر في المستقبل ويجب أن يشعروا بحرية فيما يمكنهم مناقشته. إذا كانت هناك معلومات معينة لا ترغب بشدة في أن تصبح عامة، فلا تشاركها في العلاج. يصبح الكثير من المعالجين أكثر حذرًا ويحرصون على عدم مشاركة أي مادة شخصية قد تُساء فهمها خارج السياق وتكون محرجة. ولكن لا تدع هذا القلق يقيد عملك ويجعلك حذرًا ومتحفظًا للغاية بحيث تفقد فعاليتك. لا يمكنك حماية نفسك من تقديم المرضى لك بشكل مشوه لمعالجهم التالي. ضع هذا في اعتبارك في المرة

القادمة التي تسمع فيها المرضى يصفون سلوك المعالجين السابقين بطريقة سلبية. لا تقفز تلقائياً إلى استنتاج أن المعالج السابق كان أحق أو مخطئاً. من الأفضل الاستماع والمواجهة والانتظار. غالباً سيقدم المريض في النهاية سياقاً لفعل المعالج، مما يلقي عليه ضوءاً مختلفاً تماماً. أحلتُ ذات مرة زوجة أحد مرضاي إلى زميل لي، صديق مقرب. لكن بعد بضعة أشهر، طلب مني المريض إحالة أخرى لأن زميلي تصرف بطريقة سيئة: فقد أصر على شم زوجة المريض والتعليق على رائحتها. شم المرضى؟ بدا الأمر غريباً جداً لدرجة أنني شعرت بالقلق على صديقي وسألته بأكبر قدر ممكن من الرفق عن الواقعة. أخبرني أنه واجه فعلاً مشكلة تتعلق برائحة مريضته: فقد اعتادت أن تضع عطرًا رغم أنه مقبول ولكنه قوي ومنتشر لدرجة أن بعض مرضاه الآخرين اشتكوا وأصروا على الحضور في يوم آخر أو في مكتب آخر! في أوقات يجب اتخاذ قرارات صعبة من أجل إنقاذ العلاج. ذكر لي زميل عن مريضة طويلة الأمد جاءت إلى الجلسة مضطربة للغاية لأن صديقة لها ادعت أنها على علاقة بالمعالج. كيف يجب أن يرد المعالج؟ اختار زميلي، الذي كان ملتزمًا بالصدق، التصرف بشجاعة وأخبر مريضته أنه أقام «علاقة غرامية» في عطلة نهاية الأسبوع مع تلك المرأة منذ أكثر من عشرين عامًا ولم يكن لديهم أي اتصال منذ ذلك الحين. لإفصاحه تأثير كبير فيها وأحدث نقلة في العلاج لاحقاً. غاصا في مشكلات مهمة لم تُناقش من قبل مثل كراهية المريضة لمرضى المعالج الآخرين الذين كانت تراهم منافسين لاهتمامه، ورؤيتها الدائمة لنفسها على أنها غير مختارة وغير أنثوية وغير جذابة.

مثال آخر: أخبرني أحد المتدربين لدي، الذي كان مثلي الجنس ولكن لم يفصح عن ذلك، عن مشكلة مزعجة حدثت في الشهر الأول من العلاج. واجهه أحد مرضاه المثليين، الذي رآه يتدرب في صالة رياضية يرتادها الكثير من الرجال المثليين، بشكل مباشر حول توجهه الجنسي. شعر المتدرب بعدم الارتياح الشديد وتجنب السؤال بالتركيز على سبب سؤال المريض. وكما هو متوقع، ألغى المريض جلسته التالية ولم يعد إلى العلاج. الأسرار الكبيرة التي لا يمكن إخفاؤها تضر بالعملية العلاجية. المعالجون المثليون الناجحون الذين أعرفهم يكونون صريحين بشأن توجههم الجنسي مع عملائهم المثليين ومستعدين للكشف عن ذلك مع عملائهم المغايرين إذا بدا ذلك مهمًا للعلاج.

الفصل الحادي والثلاثون

شفافية المعالج والشمولية

أحد العوامل العلاجية الرئيسة في العلاج الجماعي هو الشمولية. يبدأ الكثير من المرضى العلاج وهم يشعرون بأنهم فريدون في تعاستهم؛ يعتقدون أنهم وحدهم من يحملون أفكارًا وتخييلات مروعة ومحرمة ومحظورة وسادية وأنانية ومنحرفة جنسيًا. يوفر الإفصاح عن أفكار مماثلة من أعضاء آخرين في المجموعة راحة هائلة ويوفر تجربة «مرحبًا بك في الجنس البشري».

في العلاج الفردي، يفصح مرضانا عن مشاعر كثيرة مررنا بها نحن المعالجين أيضًا، وهناك مكان ووقت في العلاج لمشاركة هذه التجارب. على سبيل المثال، إذا عبّرت مريضة عن شعورها بالذنب لأنها كلما زارت والدها المسن شعرت بالضيق والملل بعد بضع ساعات، قد أشارك أن الحد الأقصى لزيارة والدتي حوالي ثلاث ساعات. أو إذا أفصح مريض عن شعوره بالإحباط لأنه لم يشعر بتحسن بعد عشرين جلسة من العلاج، فلا أتردد في الإشارة إلى أن هذه المدة هي «قطرة في بحر» بالنظر إلى مئات الساعات من العلاج التي خضتها على مدى عدة دورات علاجية. أو إذا كان المرضى مرتبكين من شدة التحويل، أخبرهم عن مشاعري المشابهة عندما كنت في العلاج.

الفصل الثاني والثلاثون

المرض سيقاومون إفصاحك عن ذاتك

تعليقي السابق بأن إفصاح المعالج عن ذاته لا يثير شهية المرضى ولا يجعلهم يزيدون طلباتهم لمزيد من الإفصاح، هو في الحقيقة تقليل من الأمر. غالبًا ما يحدث العكس؛ حيث يوضح المرضى أنهم يعارضون معرفة المزيد عن الحياة الشخصية للمعالج.

أولئك الذين يبحثون عن السحر والغموض والسلطة يميلون إلى تجنب النظر إلى ما وراء الصورة التي يقدمها المعالج. يشعرون بالراحة بفكرة وجود شخصية حكيمة وعليمة تساعدهم. استخدم بعض مرضاي مثال ساحر أوز العجيب لوصف تفضيلهم للاعتقاد السعيد بأن المعالج يعرف الطريق إلى المنزل؛ طريق واضح ومؤكد للخروج من الألم. لا يرغبون بأي حال من الأحوال في رؤية ما وراء الستار ليكتشفوا ساحرًا زائفًا ضائعًا ومرتبكًا. وصف أحد المرضى المتردد في النظر إليّ «كساحر» أو كإنسان، معضلة أوز في قصيدته بعنوان «دوروثي تستسلم»:

انتهت رحلتي اضطراريًا على سهوب كنساس

استيقظتُ على حقائق مُرّة شظايا حقائق بيضاء وسوداء

أحسستُ بنعالٍ مصنوعة من اللباد، ها هي حياةٌ تتبع مسارًا،

لكنها كريستال فارغ. حاولتُ. وفي الليالي المبهرجة بالنيون 0

لطالما بحثتُ عن الزمرد بين الزجاج الأخضر، بحثًا عن أولئك
السحرة خلف رجل القش، تطلعتُ ذلك الفرس متعدد الألوان
يعدو مسرعًا...

مرَّ عمري فكبرتُ، سبقني فلم أدركه.

وتلكم الرِّياح العاتية التي تخللتها طائرًا قد جردتني فُخلت عاريًا.
الآن جاثٍ على ركبتيّ عليّ أن أجنح إلى اختيار أن أدع للساحرة
مكنستها، وأن أستبدل بذلك الرداء، أن أرفض أن أرى الرّجل
صاحب ذلك الصوت مُتبعًا، إلى أبدٍ، ذلك الطريق السّحريّ الذي
يقودني إلى مكان، وطن لا يُشبه أي مكان.

يريد المرضى أن يكون المعالج عليًا بكل شيء، ويمكن الاعتماد
عليه بلا حدود، وخالداً. بعض مريضاتي اللاتي عانين تجارب كثيرة مع
رجال لا يمكن الاعتماد عليهم لديهن قلق من شيخوختي (وشيوخوخة
كل ذكر). ويخشى آخرون أن ينتهي بي الأمر بأن أصبح المريض.
إحدى المريضات، التي وصفت مسار علاجها بتفصيل في كتاب
«أمي ومعنى الحياة»، تجنبت النظر إليّ أو سؤالي عن أي شيء شخصي،
حتى عندما ظهرت في جلسة وأنا أستخدم العكازات بعد عملية
جراحية في الركبة. عندما سألتها عن سبب ذلك، أوضحت قائلة:
«لا أريد أن يكون لديك قصة لحياتك.»

سألتها. «قصة؟ ماذا تقصدين؟»

«أود أن أبقىك خارج الزمن. فلكل قصة بداية ووسط ونهاية؛

وخاصة نهاية.»

فقدت الكثير من الرجال المهمين في حياتها، زوجها وأخاها
ووالدها وابنها بالمعمودية، وارتعبت من احتمالية أي خسارة أخرى.
أجبتها بأنني لا أستطيع مساعدتها من دون أن نكون في لقاء إنساني؛
أحتاج إلى أن تعتبرني شخصاً حقيقياً وشجعتها على سؤالني عن حياتي
وصحتي. بعد مغادرتها لمكتبي في ذلك اليوم، ظلت تراودها فكرة
ملحة مفادها أن: الجنزة التالية التي سأحضرها هي جنازة إيرف.

مكتبة

t.me/soramnqraa

الفصل الثالث والثلاثون

تجنب العلاج الأعوج

ما العلاج الأعوج؟ هو مصطلح استخدم في بدايات التحليل النفسي للإشارة إلى علاج التحويل، وهو تحسن جذري مفاجئ للمريض يعتمد على السحر، نابعاً من تصور وهمي لقوة المعالج.

امرأة تبلغ من العمر خمسة وأربعين عامًا، عزباء ومنعزلة، غالبًا ما تغادر عيادتي بشعور عميق من العافية يستمر لأيام بعد كل جلسة. في البداية لم يكن بوسعي إلا أن أرحب بارتياحها بعد أشهر من اليأس الأسود. وكذلك قدرتُ تعليقاتها الإيجابية عني: الأفكار العميقة التي قدمتها لها، وبصيرتي الاستثنائية. لكن سرعان ما، عندما وصفت كيف لفتني حولها بين جلسات العلاج كمعطف سحري واقٍ، ملأت نفسها بالشجاعة والسلام بمجرد سماع صوتي المسجل على جهاز الرد الآلي، بدأت أشعر بعدم الارتياح تجاه قوى الشامان.

لماذا؟ لأنني علمتُ أنني كنت أهيمُ للانتكاس بتجاهل تحسنها المبني على رمال متحركة، وبمجرد اختفائي من حياتها سيتبخّر تحسنها. وشعرت بعدم الارتياح تجاه طبيعة علاقتنا غير الواقعية والزائفة. كلما انحسرت أعراضها، أصبح الشق بيننا أوسع وأعمق.

وأخيرًا، واجهت هذه المشكلة وأوضحت لها أن الكثير من تجربتها في علاقتنا هي من صنعها الخاص؛ أي أنني لم أشارك فيها.

أخبرتها بكل شيء: بأنني لم أَلْفُ حول كتفها كمعطف سحري، أنني لم أشارك في الكثير من اللحظات التي عاشتها خلال جلسائنا، أنني قدرتُ أهميتي لها ولكنني في الوقت نفسه شعرت بأنني محتال. كل المساعدة السحرية التي حصلت عليها مني؟ حسناً، هي الساحرة، ولست أنا، هي من قدمت هذه المساعدة لنفسها.

أخبرتني لاحقاً أن تعليقاتي قوية وقاسية ومربكة. ومع ذلك، بحلول ذلك الوقت، تغيرت بما يكفي لتدمج الفكرة بأن تحسنها لم يأت من قوتي، وإنما من مصادر داخل نفسها. علاوة على ذلك، وصلت في نهاية المطاف إلى فهم أن تعليقاتي ليست رفضاً بل على العكس، هي دعوة للتواصل معي بشكل أكثر قرباً وأكثر صدقاً.

ربما في أوقات نحتاج إلى تقديم «السحر والغموض والسلطة» أوقات الأزمات الكبرى أو عندما يصبح هدفنا الرئيس تسهيل دخول المريض إلى العلاج. ولكن إذا اضطررنا إلى لعب دور الساحر، أنصح بأن نحافظ على هذه اللعبة لفترة قصيرة وأن نبدأ بمساعدة المريض على الانتقال بسرعة إلى علاقة علاجية أكثر حقيقية.

حلمت مريضة ظلت تُمجديني في بداية العلاج بحلمين في ليلة واحدة: في الأول، اقترب إعصار وقدها وآخرون إلى مخرج طوارئ انتهى في النهاية أمام جدار من الطوب. في الحلم الآخر، كنا نؤدي امتحاناً ولا أحد منا يعرف الإجابات. رحبت بهذه الأحلام لأنها أعلمت المريضة بحدودي وإنسانيتي وكوني أعاني المشكلات الأساسية في الحياة التي تعانيها هي.

الفصل الرابع والثلاثون

ساعد المرضى لتجاوز ما توصلت إليه

غالبًا عندما أواجه مريضًا يكافح مع بعض المشكلات العصبية نفسها التي طاردتني طوال حياتي، أتساءل لو أنني قادرٌ على مساعدة مريضٍ لتجاوز ما توصلت إليه بنفسه.

هناك وجهتا نظر متعارضتان: النظرة التقليدية القديمة في التحليل النفسي، التي لم تعد شائعة اليوم، ترى أن المعالج الذي خضع لتحليل نفسي كامل فقط هو من يمكنه مساعدة المرضى لحل مشكلاتهم العصبية بشكل كامل، بينما تحد نقاط العمى لدى الأطباء الذين لديهم مشكلات عصبية غير محلولة من قدرتهم على تقديم المساعدة. يعبر أحد أقوال نيتشه عن وجهة النظر المعارضة: «بعض لا يستطيعون تحرير أنفسهم من قيودهم ولكن يمكنهم تحرير أصدقائهم.» وتعتبر وجهة نظر كارين هورني حول دافع تحقيق الذات (التي تأتي بلا شك من أعمال نيتشه) ذات صلة: إذا أزال المعالج العقبات، فإن المرضى سينضجون بشكل طبيعي ويحققون إمكاناتهم، وقد يصلون حتى إلى مستوى من التكامل يتجاوز ذلك الذي وصل إليه المعالج المساعد. أجد هذه النظرة أكثر توافقًا مع تجربتي في العمل مع المرضى. لدي بالفعل الكثير من المرضى الذين أدهشني تغيرهم وشجاعتهم.

توجد في عالم الفلسفة معلومات مماثلة. بعض أهم فلاسفة الحياة (الذين يتعاملون مع المشكلات الكامنة في الوجود) هم أفرادٌ معذبين بشكل كبير. فلنأخذ على سبيل المثال نيتشه وشوبنهاور (روحان بائستان ومعزولتان بشكل استثنائي) وسارتر (متعاطي الكحول والمخدرات وغير حساس واستغلالي لعلاقاته الشخصية) وهايدجر (الذي كتب بعمق عن الأصالة ولكنه دعم النازية وخان زملاءه، بمن في ذلك معلمه هو سرل).

يمكن طرح النقطة نفسها للكثير من علماء النفس الأوائل الذين قدموا إسهامات كبيرة ومفيدة للكثيرين: يونج، الذي لم يكن نموذجًا للمهارات البين شخصية، استغل المرضى جنسيًا، كما فعل الكثير من أعضاء الدائرة الداخلية لفرويد، على سبيل المثال، إرنست جونز وأوتو رانك وساندور فيرينزي. وفكروا أيضًا في الكم الهائل من الخلافات التي تميزت بها جميع معاهد التحليل النفسي الرئيسة، حيث أظهر أعضاؤها، على الرغم من خبرتهم في مساعدة الآخرين، الكثير من عدم النضج والعداء المتبادل وعدم الاحترام، مما أدى إلى حدوث انشقاق بعد انشقاق، مع انفصال المعاهد الجديدة، وغالبًا المتخاصمة، بشكل كبير عن المعاهد الأم.

الفصل الخامس والثلاثون

أن تتلقى المساعدة من مريضك

في مقطع من مسرحية Emergency، يروي المحلل النفسي هيلموت كايزر قصة زوجة تزور معالجًا وتتوسل إليه لمساعدة زوجها، وهو طبيب نفسي يعاني اكتئابًا شديدًا ومعرضًا لخطر الانتحار. يرد المعالج بأنه بالطبع سيكون سعيدًا بتقديم المساعدة ويقترح أن يتصل زوجها لتحديد موعد. ترد الزوجة بأن هذا هو بيت القصيد: ينكر زوجها اكتتابه ويرفض جميع الاقتراحات للحصول على المساعدة. يشعر المعالج بالحيرة. يخبر الزوجة بأنه لا يتخيل كيف يمكنه مساعدة شخص غير راغب في استشارته.

ترد الزوجة بأن لديها خطة. تحث المحلل النفسي على استشارة زوجها، متظاهرًا بأنه مريض، وتدرجيًا، خلال لقاءاتها المتواصلة، تجد طريقة لمساعدته.

هذه القصص وغيرها، فضلًا عن خبرتي الإكلينيكية، ألهمت خط الحكبة في روايتي «عندما بكى نيتشه» حيث قام فريدريك نيتشه وجوزيف بروير بدور المعالج والمريض في آن واحد (وبشكل سري) لأحدهما الآخر.

أعتقد أنه من الشائع للمعالجين أن يتلقوا المساعدة من مرضاهم. كثيرًا ما تحدث يونج عن فعالية المعالج المجروح. حتى أنه ادعى أن العلاج يعمل بشكل أفضل عندما يجلب المريض العلاج المثالي لجرح المعالج وأنه إذا لم يتغير المعالج، فإن المريض أيضًا لا يتغير. ربما يكون المعالجون المجروحون فعالين لأنهم أكثر قدرة على المواجهة مع جروح المريض؛ أو ربما لأنهم يشاركون بشكل أعمق وشخصي في عملية العلاج.

أعلم أنني، مرات لا تحصى، بدأت الجلسة العلاجية وأنا في حالة من القلق الشخصي وانتهيت من الجلسة وأنا أشعر بتحسن كبير من دون التعليق صراحةً على حالتي الداخلية. أعتقد أن المساعدة وصلت إليّ بأشكال كثيرة. أحيانًا تأتي نتيجة لمجرد كوني فعالًا في عملي، من شعوري بتحسن تجاه نفسي من خلال استخدام مهاراتي وخبرتي لمساعدة الآخرين. أحيانًا تأتي من كوني مشدودًا خارج نفسي وفي تواصل مع الآخر. التفاعل الحميم دائمًا ما يُفيد.

تجلى هذا الأمر بوضوح في تجربتي مع العلاج الجماعي. غالبًا ما بدأتُ الجلسة العلاجية وأنا مثقل بالهموم الشخصية، لكنني اختتمتها بشعور عميق بالراحة. كأنَّ الإنسان يمكنه تقريبًا أن يشعر بالطاقة الشفائية النابضة بالحميمية التي تسود مجموعات العلاج الفعالة، حيث تحدث تحولات إيجابية عندما ننخرط في هذه الأجواء. يشبه سكوت روتان، المعالج الجماعي المشهور، جلسات العلاج الجماعي بجسر يُشيد وسط المعركة. على الرغم من بعض التحديات التي قد تظهر في أثناء مرحلة البناء (مثل انسحاب بعض المرضى من العلاج) فإن الجسر، بمجرد إتمامه، يصبح قادرًا على نقل الكثيرين إلى مكان أفضل.

هذه الأمور ليست سوى فوائد ثانوية يحصل عليها المعالجون في أثناء قيامهم بعملهم، حيث يجنون بعض الإيجابيات من عملية العلاج بطريقة غير مباشرة. في بعض الأحيان، يكون دور المعالج في العلاج أكثر وضوحًا وشفافية. وعلى الرغم من أن المريض ليس هناك لعلاج المعالج، فتنشأ مواقف يكون فيها المعالج مُثقلًا بأحزان يصعب إخفاؤها. وغالبًا ينتج الحزن عن فقدان شخص عزيز، وقد يسعى الكثير من المرضى إلى تقديم الدعم لمعالجهم المفجوع، كما في المثال الذي ذكرته سابقًا عن استجابة مجموعة العلاج تجاه وفاة والدتي. أذكر أيضًا كيف دعمني كل مريض في العلاج الفردي بطريقة إنسانية في ذلك الوقت، وليس فقط لجعلي أفضل حالًا لكي أستطيع مواصلة علاجهم بفاعلية أكبر.

بعد نشر كتابي «تعرية الحب»، تلقيت مراجعة نقدية في «ملحق مراجعة كتاب نيويورك تايمز» ومراجعة إيجابية في وقت لاحق من الأسبوع نفسه في صحيفة «نيويورك تايمز» اليومية. ترك الكثير من مرضاي رسائل لي أو بدأوا جلستهم التالية بسؤالني إذا كنت قد اطلعتُ على المراجعة الإيجابية وعبروا عن تعاطفهم معي بسبب المراجعة السلبية. في مناسبة أخرى، بعد مقابلة صحفية سيئة وليئة، ذكرني أحد المرضى بأن الجريدة ستُستخدم لتغليف السمك في اليوم التالي. يُروى أن هاري ستاك سوليفان، وهو طبيب نفسي أمريكي مؤثر، وصف العلاج النفسي ذات مرة بأنه مناقشة حول المشكلات الشخصية بين فردين، أحدهما أكثر قلقًا من الآخر. وإذا زاد قلق المعالج عن قلق المريض، فإنه يتحول إلى مريض والمريض يصبح

المعالج. وفي هذه الحالة، يزداد تقدير المريض لذاته بشكل كبير عندما يساعد معالجه. توافرت لدي الكثير من الفرص لتقديم المساعدة لشخصيات مهمة في حياتي. في إحدى الحالات، تمكنت من تقديم العزاء لمُعلم سابق لي كان يعاني اليأس، ثم استدعيْتُ لعلاج ابنه. وفي حالة أخرى، قدمتُ النصائح والتعزية لمعالج كبير سابق في سنواته الأخيرة، ورافقته خلال مرض طويل، وحالفني الحظ بأن أبقى إلى جانبه في لحظة وفاته. على الرغم من أن هذه التجارب كشفت عن هشاشة الأشخاص الأكبر سنًا في حياتي، فإنها أسهمت في إثراء تجربتي وتقويتها.

الفصل السادس والثلاثون

تشجيع الإفصاح عن الذات للمريض

الإفصاح عن الذات هو مكون أساسي وضروري في العلاج النفسي. لا يستفيد أي مريض من العلاج من دون كشفه عن ذاته. إنها واحدة من الأمور التلقائية في العلاج التي نلاحظها فقط عند غيابها. الكثير مما نقوم به في العلاج، توفير بيئة آمنة، بناء الثقة، استكشاف الخيالات والأحلام، يهدف إلى تشجيع الإفصاح عن الذات.

عندما يبادر المريض ويكشف عن شيء جديد، وبخاصة الأمور التي يصعب نقاشها، شيء محرج أو مخزٍ مجرّم، فإنني أحرص على التركيز على عملية الإفصاح بالإضافة إلى محتواه. (تذكر أن العملية تشير إلى طبيعة العلاقة بين الأشخاص في التفاعل). بمعنى آخر، في مرحلة ما، غالبًا بعد مناقشة مستفيضة للمحتوى، أتأكد من توجيه انتباهي إلى عملية الإفصاح التي يقوم بها المريض. أولاً، أحرص على التعامل برفق مع مثل هذا الإفصاح وأعبر عن مدى تقديري لاستعداد المريض لثقتي به. ثم أوجه انتباهي إلى قراره بمشاركة هذه المعلومات معي في هذا الوقت.

يمكن أن يُساعد مفهوم «الإفصاح الرأسي مقابل الإفصاح الأفقي» في توضيح هذه النقطة. يشير الإفصاح الرأسي إلى الكشف العميق عن محتوى الإفصاح. إذا كان الإفصاح يتعلق، على سبيل

المثال، بالإثارة الجنسية من ارتداء ملابس الجنس الآخر، فقد يشجع المعالج الإفصاح العمودي من خلال الاستفسار عن التطور التاريخي لارتداء ملابس الجنس الآخر أو التفاصيل الدقيقة والظروف الخاصة بالممارسة؛ أي ما يرتديه المريض، وأي خيالات يستخدمها، وهل هي منفردة أو مشتركة، وهكذا.

من ناحية أخرى، يشير الإفصاح الأفقي إلى الكشف عن عملية الإفصاح نفسها. لتسهيل الإفصاح الأفقي، نطرح أسئلة مثل «ما الذي جعلك تناقش هذا اليوم؟ مدى صعوبة ذلك لك؟ هل كنت ترغب في مشاركة هذا في جلسات سابقة؟ ما الذي منعك؟ أتخيل أنه بما أنها جلسة فردية، فيجب أن يكون له علاقة بالطريقة التي تتوقع أن أرد بها عليك. [عادة ما يوافق المرضى على هذه الحقيقة الواضحة]. كيف توقعت أن أرد؟ ما رأيك في ردي اليوم؟ هل هناك أي أسئلة تود طرحها حول ردي؟»

في العلاج الجماعي، تصبح عملية الإفصاح عن الذات بؤرة التركيز لأن الاختلافات بين أعضاء المجموعة واضحة للغاية. بتوافق كبير، يمكن لأعضاء المجموعة تصنيف زملائهم وفقاً لمستوى الشفافية. في النهاية، تصبح المجموعات غير صبور مع الأعضاء الممتنعين، ويصبح عدم الرغبة في الإفصاح محوراً رئيساً في المجموعة.

غالباً ما يستجيب الأعضاء بعدم صبر للإفصاح المتأخر. يقولون: «الآن نخبرنا عن العلاقة الغرامية التي عشتها في الثلاث سنوات الماضية، لكن ماذا عن الصورة الزائفة التي صورتها لنا خلال الستة أشهر الماضية؟ انظر إلى الوقت الذي أهدرناه؛ كل تلك الجلسات

التي افترضنا فيها أن زواجك كان يتفكك فقط بسبب برود زوجتك وعدم اهتمامها بك. « هذه العملية تتطلب تدخلاً نشطاً من المعالج لأن المرضى لا ينبغي أن يعاقبوا على الكشف عن أنفسهم، بغض النظر عن تأخره. والأمر نفسه ينطبق على العلاج الفردي. في كل مرة تشعر فيها برغبة في القول «اللعنة، كل تلك الساعات المهذرة، لماذا لم تخبرني بهذا من قبل» هذا هو بالضبط الوقت المناسب لكبح لسانك وتحويل التركيز إلى حقيقة أن المريض في النهاية طور الثقة ليكشف هذه المعلومات.

الفصل السابع والثلاثون

التغذية الراجعة في العلاج النفسي

نافذة جوهاري، نموذج رائع لفهم الشخصية يُستخدم في تعليم قادة المجموعات وأعضائها عن الإفصاح عن الذات والتغذية الراجعة، يمكن أن يفيدنا أيضًا في العلاج الفردي. يعود الاسم الغريب للنموذج (جو + هاري) إلى دمج اسمي الشخصين اللذين وصفاه لأول مرة، جولوفت وهاري إنجرام. لاحظ الأربع مربعات: العامة، العمياء، السرية، اللاواعية.

| مجهول للذات | | معروف للذات | |
|-------------|--------|---------------|--|
| العمياء | العامة | معروف للآخرين | |
| اللاواعية | السرية | مجهول للآخرين | |

- المربع الأول (معروف لي وللآخرين) هي الذات العامة.
- المربع الثاني (مجهول للذات ومعروف للآخرين) هي الذات العمياء.
- المربع الثالث (معروف للذات ومجهول للآخرين) هي الذات السرية.
- المربع الرابع (مجهول للذات وللآخرين) هي الذات اللاواعية.

تختلف أحجام المربعات بين الأفراد: بعض المربعات كبيرة عند بعض الأفراد، وصغيرة عند آخرين. في العلاج، نسعى لتغيير حجم هذه المربعات. نحاول مساعدة المربع العام على النمو ليصبح أكبر على حساب الثلاثة الأخرى وتقليل حجم الذات السرية، حيث يشارك المرضى المزيد عن أنفسهم من خلال عملية الإفصاح عن الذات، في البداية للمعالج ثم بحكمة لأشخاص آخرين مناسبين في حياتهم. وبالطبع، نأمل في تقليل حجم الذات اللاواعية من خلال مساعدة المرضى على استكشاف طبقات أعمق من أنفسهم والتعرف إليها.

لكن المربع الثاني، *الذات العمياء*، هو الذي نستهدفه بشكل خاص؛ سواء في العلاج الفردي أو الجماعي. هدف العلاج هو زيادة اختبار الواقع ومساعدة الأفراد على رؤية أنفسهم كما يراهم الآخرون. من خلال التغذية الراجعة، يصبح مربع *الذات العمياء* أصغر بشكل ملحوظ.

في العلاج الجماعي، تأتي التغذية الراجعة في الغالب من عضو إلى عضو. في جلسات المجموعة، يتفاعل الأعضاء كثيرًا مع الآخرين، وتتولد معلومات كبيرة حول الأنماط بين الأشخاص. إذا نُفذت المجموعة بشكل صحيح، يتلقى الأعضاء تغذية راجعة كثيرة من الأعضاء الآخرين حول كيفية إدراكهم لهم. لكن التغذية الراجعة أداة دقيقة وسرعان ما يتعلم الأعضاء أنها أكثر فائدة إذا:

1. كانت مستمدة من ملاحظات هنا والآن.

2. تتبع الحدث المفجر عن كثب.

3. تركّز على الملاحظات والمشاعر التي تولدت لدى المستمع بدلاً من التخمينات أو التفسيرات حول دوافع المتحدث.

4. يتحقق المتلقي من التغذية الراجعة مع أعضاء آخرين للحصول على تأكيد توافقي.

في نظام العلاج الفردي، تأتي التغذية الراجعة أقل تنوعاً ولكنها تظل جزءاً أساسياً من عملية العلاج. من خلال التغذية الراجعة، يصبح المرضى أكثر إدراكاً لسلوكياتهم ويتعلمون تقدير تأثير سلوكهم في مشاعر الآخرين.

الفصل الثامن والثلاثون

قدم التغذية الراجعة بفعالية ورفق

إذا لديك بعض الانطباعات الواضحة هنا والآن وتبدو ذات صلة بالمشكلات المركزية لمريضك، فعليك تطوير طرق لتقديم هذه الملاحظات بطريقة يمكن للمريض قبولها.

هناك خطوات أجدها مفيدة في بداية مسار العلاج. أولاً، أشرك المريض كحليف وأطلب إذنه لتقديم ملاحظات هنا والآن. ثم أوضح أن هذه الملاحظات ذات صلة كبيرة بأسباب وجود المريض في العلاج. على سبيل المثال، في إحدى الجلسات الأولى قد أقول:

«ربما أستطيع مساعدتك على فهم الأخطاء التي تحدث في علاقاتك من خلال فحص علاقتنا كما تحدث الآن. على الرغم من أن علاقتنا ليست كالصداقة، فإنه يوجد تداخل كبير، وبخاصة في طبيعة مناقشاتنا الحميمية. إذا استطعت تقديم ملاحظات عنك قد تساعد في فهم ما يحدث بينك وبين الآخرين، فأود أن أشير إليها. هل هذا مقبول؟»

من الصعب جداً أن يرفض المريض هذا العرض، وبمجرد أن نتفق على هذا العقد، أشعر أنني أكثر جرأة وأقل تطفلاً عند تقديم التغذية الراجعة. قاعدة عامة: هذا الاتفاق فكرة جيدة، وقد أذكر المريض بهذا العقد إذا نشأ أي حرج بسبب التغذية الراجعة.

خذ في الاعتبار، على سبيل المثال، هؤلاء المرضى الثلاث: تيد يتحدث بصوت خافت ويرفض تبادل النظرات لعدة أشهر. بوب، رئيس تنفيذي فعال ذو سلطة عالية، يأتي كل جلسة بجدول أعمال مكتوب ويدون الملاحظات خلال الجلسة ويطلب مني تكرار الكثير من تصريحاتي حتى لا يفوته شيء.

سام، يتحدث بإطناب ويترسل في سرد قصص طويلة غير مترابطة ولا معنى لها.

كل واحد من هؤلاء المرضى الثلاثة أبلغ عن صعوبات كبيرة في تكوين علاقات حميمة، وفي كل حالة، جاء سلوكهم في الوقت الحالي ذا صلة واضحة بمشكلات علاقاتهم. الهدف، في كل حالة، هو إيجاد طريقة مناسبة لمشاركة انطباعاتي.

«تيد، لاحظت بوضوح أنك لا تتبادل معي النظرات. بالطبع، لست متأكدًا من السبب وراء ذلك، لكنني أشعر بأن ذلك يجعلني أتحدث إليك برفق شديد، كما لو كنت هشا. هذا الإحساس بهشاشتك يدفعني للتفكير بعناية في كل ما أقوله لك. أعتقد أن هذا الحذر يمنعني من أن أكون عفويًا ومن الشعور بالقرب منك. هل تفاجئك تعليقاتي؟ ربما سمعتها من قبل.»

«بوب، أود أن أشاركك بعض مشاعري. تدوينك للملاحظات وإعدادك لأجندات الجلسات يُظهر لي مدى جهدك الكبير للاستفادة من هذا الوقت. أقدر تفانيك واستعدادك، لكن في الوقت نفسه، هذه الأنشطة تخلق جوًا عمليًا بحثًا أكثر من كونه شخصيًا في اجتماعاتنا، وأشعر غالبًا بأنني موضع مراقبة وتقييم مما يعوق عفويتي. أجد نفسي

أكثر حذرًا معك مما أحب. هل من الممكن أنك تؤثر في الآخرين بالطريقة نفسها؟»

«سام، دعني أقاطعك للحظة. أنت الآن تروي قصة طويلة ولكن يبدو أنني تهت؛ ولا أعرف ما علاقة هذا بموضوع عملنا. الكثير من قصصك مثيرة للاهتمام للغاية، فأنت راوٍ جيد وأجد نفسي منجذبًا لسردك، لكن في الوقت نفسه، تشكل هذه القصص حاجزًا بيننا. تبعدي قصصك عنك وتمنع لقاءً أعمق بيننا. هل سبق لك أن سمعت هذا التعليق من الآخرين؟»

لاحظ بعناية صياغة هذه الردود. في كل حالة، أركز على ملاحظاتي حول السلوك الذي أراه وكيف يؤثر هذا السلوك في مشاعري. أحرص على تجنب التكهنات حول نيات المريض؛ أي لا أعلق على أن المريض يحاول تجنبني بعدم النظر إليّ أو التحكم بي من خلال الأجندات المكتوبة أو تسليتي بقصص طويلة. عندما أركز على مشاعري، أقلل من إثارة الدفاعية، فهي مشاعري ولا يمكن التشكيك فيها. في كل حالة، أشير أيضًا إلى رغبتني في التقرب من هؤلاء المرضى ومعرفتهم بشكل أفضل، وأن السلوك المعني يبعدي وقد يبعد الآخرين كذلك.

الفصل التاسع والثلاثون

زيادة تقبل التغذية الراجعة باستخدام "الأجزاء"

هنا بعض الاقتراحات الإضافية حول التغذية الراجعة. يُفضل تجنب التغذية الراجعة العامة، وبدلاً من ذلك، اجعلها محددة وواضحة. تجنب الاكتفاء بالرد بالإيجاب عن الأسئلة العامة من المرضى حول ما إذا كنت تحبهم. بدلاً من ذلك، زد من فائدة ردك بإعادة صياغة السؤال ومناقشة جوانب المريض التي تقربك إليه وتلك التي تبعدك عنه.

استخدام مفهوم «الأجزاء» غالبًا ما يكون وسيلة فعّالة لتقليل الدفاعية. إليك على سبيل المثال مريض يتأخر دائمًا في دفع الفاتورة. كلما ناقشنا ذلك شعر بالحرج الشديد وقدم أعذارًا ضعيفة. وجدت تعبيرات مثل الآتية مفيدة:

«ديف، أفهم أن هناك أسبابًا موضوعية وراء عدم دفع فاتورتي في الوقت المناسب. أدرك أنك تبذل جهدًا في العلاج وتقدرني، وتجد عملنا قيمًا. لكنني أعتقد أيضًا أن هناك جزءًا صغيرًا في داخلك يقاوم ولديه مشاعر قوية تجاه دفع الفاتورة لي. من فضلك، أرغب في التحدث إلى هذا الجزء.»

استخدام «الأجزاء» مفهوم مفيد لتجاوز الإنكار والمقاومة في مراحل متعددة من العلاج وهو أيضًا طريقة رقيقة ولطيفة لاستكشاف التناقضات. بالإضافة إلى ذلك، في حال المرضى الذين لا يتحملون التناقض ويميلون إلى رؤية الحياة بشكل أسود وأبيض، فإنه مدخل فعال لتقديم فكرة تدرجات الرمادي.

على سبيل المثال، ضع في الاعتبار أحد مرضاي المثليين الذي يتصرف بتهور تجاه العلاقات الجنسية غير المحمية ويقدم تبريرات كثيرة. كان نهجي هو: «جون، أفهم أنك تعتقد أن فرصتك في الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في هذا الموقف واحدة من بين ألف وخمسمائة. لكنني أعلم أيضًا أن هناك جزءًا متهورًا أو متساهلاً في داخلك. أريد أن أقابل وأتجاوز مع ذلك الجزء؛ ذلك الجزء الواحد من بين ألف وخمسمائة فيك.»

أو لمرضى يائس أو يفكر في الانتحار: «أفهم أنك تشعر بإحباط عميق، وتشعر برغبة في الاستسلام أحيانًا، وأنت الآن تفكر حتى في الخلاص من الحياة. لكنك هنا اليوم على الرغم من ذلك. هناك جزء منك قاد باقى أجزاءك إلى مكتبي. الآن، من فضلك، أريد التحدث إلى ذلك الجزء منك؛ الجزء الذي يريد العيش.»

الفصل الأربعون

التغذية الراجعة:

اضرب على الحديد وهو بارد

بوني، مريضة جديدة، تدخل إلى مكثبي. سنها أربعون عامًا، جذابة، وجهها ملائكي يلمع كأنها نظفته تَوًّا. على الرغم من شعبيتها وكثرة أصدقائها، أخبرتني أنها تُهمَل دائمًا. الرجال يسعدهم الذهاب إلى الفراش معها، لكنهم دائمًا ما يختارون الابتعاد عن حياتها بعد بضعة أسابيع. «لماذا؟» تسأل. «لماذا لا يأخذني أحد على حمل الجد؟» في عيادتي، تبقى دائمًا متحمسة ومفعمة بالحياة، تذكرني بمرشدة سياحية مرحة أو جرو لطيف يلهو بذيله. تبدو كطفلة صغيرة؛ نظيفة ومحبة للمرح وبسيطة، ولكنها تبدو غير واقعية ولا تجذب الاهتمام. ليس من الصعب فهم لماذا لا يأخذها الآخرون على حمل الجد. أدرك أهمية ملاحظاتي وأنه يجب استخدامها في العلاج. لكن كيف؟ كيف يمكنني تجنب جرحها وجعلها تتحفظ وتصبح دفاعية؟ يوجد مبدأ وجدته مفيدًا لي مرارًا وتكرارًا وهو *اضرب على الحديد وهو بارد*؛ أي تقديم التغذية الراجعة حول هذا السلوك عندما تتصرف بشكل مختلف.

على سبيل المثال، في يوم ما، بكت بكاءً شديدًا في مكنتبي وهي تتحدث عن حضورها لزفاف أختها الصغرى. الحياة تمر بها؛ أصدقاءها يتزوجون جميعًا بينما هي تشيخ. سرعان ما استعادت هدوءها، وابتسمت ابتسامة عريضة واعتذرت عن «تصرفها كطفلة» وعن إظهار إحباطها في عيادتي. استغللت الفرصة لأخبرها أنه لا داعي للاعتذار، بل على العكس، من المهم جدًّا أن تشاركني لحظات أسها. قلت لها «أشعر بأنني أقرب إليك اليوم. تبدين أكثر واقعية. كأنني أعرفك الآن؛ أفضل من أي وقت مضى.»

ساد الصمت.

«أفكارك يا بوني؟»

«هل تعني أن عليّ الانهيار أمامك لتشعر أنك تعرفني؟»

«أعرف كيف ستفكرين في ذلك. دعيني أوضح. في الكثير من المرات التي تزورين فيها عيادتي، أشعر أنك متألقة ولطيفة، لكن في الوقت نفسه أشعر أنني بعيد عن ذاتك الحقيقية. يتولد نوع من الطاقة التي تظهر عليك في هذا الوقت جاذبة للغاية لكنها تعمل أيضًا حاجزًا يبعد أحدنا عن الآخر. اليوم الأمر مختلف. اليوم أشعر بتواصل حقيقي معك؛ وأعتقد أن هذا هو النوع من الاتصال الذي تبحثين عنه في علاقاتك الاجتماعية. هل يبدو رد فعلي غريبًا؟ أم مألوفًا؟ هل قال لك أي شخص آخر هذا من قبل؟ هل من الممكن أن ما أقوله له صلة بما يحدث معك في علاقاتك الأخرى؟»

تقنية أخرى ذات صلة تستخدم حالات العمر. في بعض الأحيان، أشعر أن المريض في حالة عمرية معينة، وأحياناً أخرى في حالة مختلفة، وأحاول إيجاد طريقة مقبولة لمشاركة ذلك مع المريض، عادةً ما أعلق عليه عندما أشعر أن المريض في حالة مناسبة لعمره. بعض المرضى يجدون هذا المفهوم مهمًا جدًا وقد يراقبون أنفسهم بشكل متكرر ويتحدثون عن السنّ التي يشعرون بها خلال جلسة معينة.

الفصل الحادي والأربعون

تحدث عن الموت

تظل مخاوف الموت تتسرب تحت السطح دائمًا. تطاردنا هي طوال الحياة، ونقيم نحن الدفاعات، الكثير منها قائم على الإنكار، لمساعدتنا على التعامل مع الوعي الموت. لكننا لا نستطيع إبقاءه بعيدًا عن أذهاننا. يتسرب إلى خيالاتنا وأحلامنا. ينفجر في كل كابوس. في طفولتنا، شغلنا بالموت، وأحد مهامنا التطورية الرئيسة هو التعامل مع الخوف من الفناء.

الموت زائر في كل دورة علاجية. تجاهل وجوده يعطي الرسالة بأنه فظيع للغاية لدرجة أنه لا يُمكن مناقشته. ومع ذلك، يتجنب معظم المعالجين مناقشة الموت مباشرة. لماذا؟ يتجنب بعض المعالجين الحديث عنه لأنهم لا يعرفون ماذا يفعلون مع الموت. قائلين «ما الفائدة؟ لنعد إلى العملية العصبية، حيث يمكننا فعل شيء حياله.» يتساءل معالجون آخرون عن صلة الموت بالعملية العلاجية ويتبعون نصيحة العظيم أدولف ماير، الذي نصح بعدم الحك حيث لا يوجد حكمة. وهناك آخرون يرفضون طرح موضوع يثير قلقًا كبيرًا لدى مريض قلق بالفعل (وفي المعالج أيضًا).

ومع ذلك، تتعدد أسباب جيدة تدفعنا لمواجهة الموت في سياق العلاج. أولاً، ضع في اعتبارك أن العلاج هو استكشاف عميق وشامل لمسار حياة الشخص ومعناها؛ نظرًا إلى الأهمية المركزية للموت في وجودنا، ولأنَّ الحياة والموت مترابطان، كيف يمكننا تجاهله؟ منذ بداية التاريخ الفكري، أدرك البشر أن كل شيء يتلاشى، وأننا نخاف من التلاشي، وأنه لا بُدَّ من إيجاد طريقة للعيش على الرغم من الخوف والتلاشي. لا يمكن للمعالجين النفسيين تجاهل الكثير من المفكرين العظماء الذين استنتجوا أن تعلم العيش بشكل جيد هو تعلم الموت بشكل جيد.»

الفصل الثاني والأربعون

الموت وتعزيز الحياة

يُنصح معظم العاملين في مجال الصحة النفسية الذين يعتنون بالمحتضرين، خلال تدريبهم، بقراءة رواية تولستوي *موت إيفان إيليتش*. إيفان إيليتش، البيروقراطي القاسي الذي يحتضر في عذاب، يكتشف في نهاية حياته بصيرة مذهلة: يدرك أنه يموت بشكل سيئ، لأنه عاش بشكل سيئ. تؤدي هذه البصيرة إلى تغيير شخصي كبير، وفي أيامه الأخيرة، تُغمر حياة إيفان إيليتش بالسلام والمعنى اللذين لم يحققهما من قبل. تحتوي الكثير من الأعمال الأدبية العظيمة الأخرى على رسالة مماثلة. على سبيل المثال، في رواية *الحرب والسلام*، يتحول بيبير، البطل، بعد نجاته في اللحظة الأخيرة من فرقة الإعدام. لم يصبح سكروج في *ترنيمه عيد الميلاد* رجلاً جديداً بسبب بهجة عيد الميلاد؛ بل حدث تحوله عندما سمح له شبح المستقبل برؤية موته ومشاهدة الغرباء يتنازعون على ممتلكاته. الرسالة في كل هذه الأعمال بسيطة وعميقة: على الرغم من أن الموت الجسدي يدمرنا، فإن فكرة الموت قد تنقذنا. خلال السنوات التي عملت فيها مع المرضى المحتضرين، رأيت الكثير من المرضى الذين واجهوا الموت، وخضعوا لتغيير شخصي كبير وإيجابي. أصبح المرضى أكثر حكمة؛ أعادوا ترتيب أولويات قيمهم وبدأوا في تجاهل التفاصيل التافهة في حياتهم. الأمر كما لو أن

السرطان شفى العصاب، بدا أن الفوبيات والمخاوف البين شخصية المعيقة تتلاشى.

لطالما دعوت الطلاب لمراقبة مجموعاتي من مرضى السرطان. عادةً، في المؤسسات التعليمية، تسمح المجموعات بمراقبة الطلاب ولكن بتردد وغالبًا مع بعض الاستياء الخفي. ولكن لم يكن الأمر كذلك مع مجموعاتي من المرضى المحتضرين بالسرطان! على العكس، رحبوا بفرصة مشاركة ما تعلموه. سمعت الكثير من المرضى يقولون «لكن ما هو مؤسف أننا انتظرنا حتى الآن، حتى تمتلئ أجسادنا بالسرطان، لتتعلم كيف نعيش.»

تحدث هايدجر عن وضعين للوجود: الوضع اليومي والوضع الوجودي. في الوضع اليومي، نُستهلك ويُشتت انتباهنا بالبيئة المادية، ونمتلئ بالدهشة حول كيفية سير الأمور في العالم. في الوضع الوجودي، نركز على الوجود بحد ذاته، أي تملؤنا الدهشة من وجود الأشياء في العالم. عندما نوجد في الوضع الوجودي -العالم الذي يتجاوز الهموم اليومية- ندخل في حالة استعداد خاص للتغيير الشخصي. «لكن كيف نتقل من الوضع اليومي إلى الوضع الوجودي؟ يتحدث الفلاسفة غالبًا عن «التجارب الحدودية»، تجارب طارئة تخرجنا من «الحياة اليومية» وتلفت انتباهنا إلى «الوجود» نفسه. أقوى تجربة حدودية هي المواجهة مع الموت. لكن ماذا عن التجارب الحدودية في الممارسة الإكلينيكية اليومية؟ كيف يحصل المعالج على قوة التغيير المتاحة في الوضع الوجودي للمرضى الذين لا يواجهون الموت الوشيك؟ كل دورة علاجية تحتوي على تجارب يمكنها، على الرغم من أنها أقل درامية، تغيير المنظور بشكل فعال.

الفجیعة، والتعامل مع موت الآخر، تجربة حدودية نادرًا ما تُسخر قوتها في العملية العلاجية. في كثير من الأحيان في عملنا على الفجیعة، نركز بشكل مكثف وحصري على الفقد، وعلى الأمور غير المكتملة في العلاقة، وعلى مهمة فك ارتباطنا بالمتوفى والعودة مرة أخرى إلى تيار الحياة. على الرغم من أهمية كل هذه الخطوات، يجب ألا نهمل حقيقة أن موت الآخر يؤدي أيضًا إلى مواجهة كل منا، بطريقة حادة ومؤثرة، بموتنا. وجدت قبل سنوات في دراسة عن الفجیعة، أن الكثير من الأزواج المفجوعين ذهبوا إلى ما هو أبعد من مجرد الإصلاح والعودة إلى مستوى أدائهم قبل الفجیعة: وصل ما بين ربع وثلث الأفراد إلى مستوى جديد من النضج والحكمة.

بالإضافة إلى الموت والحداد، تتوافر الكثير من الفرص للحديث عن الموت خلال كل دورة علاجية. إذا لم تظهر هذه المشكلات أبدًا، أعتقد أن المريض يتبع ببساطة توجيهات المعالج الخفية. الموت والفناء يشكلان الأفق لجميع المناقشات حول الشيخوخة والتغيرات الجسدية ومراحل الحياة والكثير من المحطات الحياتية الهامة، مثل الذكرى السنوية الكبرى ومغادرة الأطفال للكلية وظاهرة العش الفارغ والتقاعد وولادة الأحفاد. لعل إعادة التواصل مع الزملاء في الجامعة محفزٌ قويٌّ. يناقش كل مريض، في وقت أو آخر، تقارير الصحف عن الحوادث والفضائح والنعي. ومن ثم، هناك أيضًا بصمة الموت الواضحة التي لا تغيب عن كل كابوس.

الفصل الثالث والأربعون

كيف نتحدث عن الموت

أفضل التحدث عن الموت بشكل مباشر وواقعي. في بداية مسار العلاج، أحرص على الحصول على تاريخ خبرات المرضى مع الموت وأطرح أسئلة مثل: متى أصبحت على وعي بالموت لأول مرة؟ مع من ناقشته؟ كيف استجاب البالغون في حياتك لأسئلتك؟ ما الوفيات التي مررت بها؟ ما الجنازات التي حضرتها؟ ما معتقداتك الدينية عن الموت؟ كيف تغيرت مواقفك تجاه الموت خلال حياتك؟ هل لديك تخیلات وأحلام قوية عن الموت؟ مكتبة سر من قرأ أتعامل مع المرضى الذين يعانون قلقًا شديدًا تجاه الموت بالطريقة المباشرة نفسها. غالبًا التحليل الهادئ والواقعي للقلق أمر مطمئن. كثيرًا ما يُفقد تفكيك الخوف والاستفسار بهدوء عما يثير الرعب بالتحديد في الموت. تتضمن الإجابات عن هذا السؤال عادةً مخاوف من عملية الموت، مخاوف بشأن الناجين، مخاوف بشأن الحياة بعد الموت (التي تعتبر مسألة الموت حدثًا غير نهائي)، ومخاوف من الفناء. ما إن يظهر المعالجون اتزانهم الشخصي عند مناقشة الموت، يصبح المرضى أكثر تكرارًا في طرح الموضوع. على سبيل المثال، جانيس، وهي أم لثلاثة أطفال تبلغ من العمر اثنين وثلاثين عامًا، خضعت لاستئصال الرحم قبل عامين. مهووسة بفكرة إنجاب المزيد من

الأطفال، وتشعر بالغيرة من الأمهات الشابات الأخريات، وتغضب عندما تُدعى إلى حفلات استقبال أطفال صديقاتها، وقطعت علاقتها تمامًا بصديقتها المقربة الحامل بسبب الحسد العميق والمرير.

ركزت جلساتنا الأولى على رغبتها المستمرة في إنجاب المزيد من الأطفال وتأثير ذلك في الكثير من جوانب حياتها. في الجلسة الثالثة، سألتها عما كانت ستفكر فيه لو لم تفكر في إنجاب الأطفال. قالت جانيس «دعني أركِّ» فتحت حقيبتها، أخرجت يوزفي، قشرته، عرضت عليّ قطعة (وقبلتها)، وأكلت الباقي.

قالت: «فيتامين ج، أتناول أربع حبات يوزفي يوميًا.»
«ولماذا فيتامين ج مهم جدًا؟»

«يمنعني من الموت. الموت؛ هذا هو الجواب عن سؤالك عما كنت سأفكر فيه. أفكر في الموت طوال الوقت.»

طارد الموت جانيس منذ سن الثالثة عشر، حين فقدت والدتها. ممتلئة بالغضب تجاه والدتها لإصابتها بالمرض، رفضت زيارتها في المستشفى خلال الأسابيع الأخيرة من حياتها. وبعد وقت قصير، أصيبت بالذعر لأنها اعتقدت أن نوبة سعال تشير إلى إصابتها بسرطان الرئة، ولم تستطع الاطمئنان من الأطباء في قسم الطوارئ. وبما أن والدتها توفيت بسبب سرطان الثدي، حاولت جانيس تأخير نمو ثديها عن طريق ربط صدرها والنوم على بطنها. ظلت مشاعر الذنب لتخليها عن والدتها تلاحقها طوال حياتها، واعتقدت أن تكريس حياتها للأطفال تكفير عن عدم رعايتها لوالدتها، وكذلك وسيلة لضمان عدم موتها وحيدة.

ضع في اعتبارك أن المخاوف المتعلقة بالموت غالبًا ما تتخفى في ثوب جنسي. الجنس هو المعادل العظيم للموت، والنقيض الحيوي المطلق للموت. بعض المرضى الذين يتعرضون لتهديد كبير بالموت يصبحون فجأة منشغلين بأفكار جنسية مستمرة. (هناك دراسات TAT [اختبار تفهم الموضوع] توثق زيادة المحتوى الجنسي في مرضى السرطان). المصطلح الفرنسي للنشوة الجنسية، لا بيتيت موغ («الموت الصغير»)، يدل على فقدان الذات في أثناء النشوة الجنسية، مما يزيل ألم الانفصال؛ تتلاشى «الأنا» الوحيدة في «نحن» المتحدة. استشارتني مريضة مصابة بسرطان خبيث في البطن لأنها أصبحت مفتونة بطبيبها الجراح لدرجة أن الخيالات الجنسية عنه حلت محل مخاوفها من الموت. عندما حان موعد إجرائها لفحص هام بالرنين المغناطيسي، حيث سيحضر الجراح، شغلها ما سترتيده من ملابس لدرجة أنها فقدت وعيها بحقيقة أن حياتها على المحك. مريض آخر، «الطفل الأبدي»، عبقرى في الرياضيات ذو إمكانات عظيمة، ظل طفوليًا ومرتبطًا بوالدته حتى في سنوات رشده. موهوب بشكل استثنائي في تصور الأفكار العظيمة، وفي العصف الذهني الارتجالي، وفي الفهم السريع لأساسيات مجالات البحث الجديدة المعقدة، لكنه لم يستطع يومًا تجميع العزم لإكمال مشروع، أو بناء مهنة أو عائلة أو منزل. لم تكن المخاوف المتعلقة بالموت واعية ولكنها دخلت في مناقشاتنا من خلال حلم:

«أنا وأمي في غرفة كبيرة. تشبه غرفة من منزلنا القديم، لكن بها شاطئ كأحد الجدران. مشينا على الشاطئ وحثتني أمي على الدخول إلى الماء. ترددتُ، لكنني أحضرت لها كرسيًا صغيرًا لتجلس عليه وتوغلت في الماء. الماء داكن جدًا، وعندما تعمقت أكثر، حتى كتفي، سرعان ما تحولت الأمواج إلى جرانيت. استيقظت وأنا أهث من أجل الهواء غارقًا في العرق.»

صورة الأمواج الجرانيتية التي تغطيه، صورة قوية من الرعب والموت والدفن، ساعدتنا على فهم تردده في ترك الطفولة والأم والدخول بالكامل في مرحلة البلوغ.

الفصل الرابع والأربعون

تحدث عن معنى الحياة

يبدو أن البشر مخلوقات تسعى إلى المعنى، ولكن من سوء حظها أن أُلقي بها في عالم خالٍ من المعنى الجوهري. إحدى مهامنا الرئيسية هي خلق معنى قوي بما يكفي لدعم الحياة وتنفيذ مناورة دقيقة متمثلة في إنكار تأليفنا الشخصي لهذا المعنى. وهكذا نستنتج بدلاً من ذلك أنه كان «موجودًا هناك» في انتظارنا. بحثنا المستمر عن أنظمة المعنى الجوهري يدفعنا غالبًا إلى أزمت المعنى.

يسعى الكثير من الأشخاص إلى العلاج بسبب مخاوف عن المعنى في الحياة أكثر مما يدركه الكثير من المعالجين. ذكر يونج أن ثلث مرضاه استشاروه لهذا السبب. تتخذ الشكاوى أشكالًا متعددة، مثل: «حياتي ليست مترابطة»، «ليس لدي شغف لأي شيء»، «لماذا أعيش؟ ولأي غرض؟» «مؤكد أن الحياة لها أهمية أعمق»، «أشعر بالفراغ الشديد، مشاهدة التلفاز كل ليلة تجعلني أشعر بالعبث وعدم الجدوى»، «حتى الآن وأنا في الخمسين من عمري لا أزال لا أعرف ما أريد فعله عندما أكبر.»

لدي حلم (وصفته في كتاب «أمي ومعنى الحياة») حيث، وأنا على شفا الموت في غرفة المستشفى، وجدت نفسي فجأة في رحلة في مدينة الملاهي (بيت الرعب). عندما أوشكت عربة القطار على

الدخول إلى فم الموت المظلم، لاحظت والدتي المتوفاة وسط الجمهور وناديت عليها: «ماما، ماما، كيف أديت؟»

ظل الحلم، وبخاصة ندائي، «ماما، ماما، كيف أديت؟»، يطاردني لفترة طويلة، ليس بسبب صورة الموت في الحلم، ولكن بسبب دلالاته العميقة على معنى الحياة. تساءلت، هل من الممكن أنني عشتُ حياتي كلها بهدف الحصول على موافقة والدتي؟ بما أن علاقتي مع والدتي كانت مضطربة ولم أقدر موافقتها وهي على قيد الحياة، جاء الحلم أشد وقعًا.

دفعتني أزمة المعنى المصورة في الحلم إلى استكشاف حياتي بطريقة مختلفة. في قصة كتبها مباشرة بعد الحلم، شاركت في حوار مع شبح والدتي من أجل شفاء الفجوة بيننا وفهم كيف تداخلت معاني حياتنا وتعارضت معًا.

تستخدم ورش العمل التجريبية وسائل متنوعة لتشجيع الحوار حول معنى الحياة. إحدى الطرق الشائعة هي سؤال المشاركين عما يرغبون في أن يكتب على شاهدة قبرهم. معظم هذه الاستفسارات حول معنى الحياة تقود إلى مناقشة أهداف مثل الإيثار واللذة والتفاني لقضية ما والإنتاجية والإبداع وتحقيق الذات. يشعر الكثيرون بأن مشاريع المعنى تكتسب أهمية أعمق وأقوى إذا كانت تتجاوز الذات؛ أي موجهة نحو شيء أو شخص خارج الذات، مثل حب قضية أو شخص أو جوهر إلهي.

النجاح المبكر للشباب الأثرياء في مجال التكنولوجيا الفائقة غالبًا ما يولد أزمة حياتية يمكن أن تفيد في فهم أنظمة المعنى غير

المتجاوزة للذات. يبدأ الكثير من هؤلاء الأفراد حياتهم المهنية برؤية واضحة، تحقيق النجاح، كسب الكثير من المال، العيش برفاهية، اكتساب احترام زملاء، التقاعد المبكر. ونجح الكثير من الشباب في الثلاثينيات من عمرهم في تحقيق ذلك. لكن بعد ذلك ظهر السؤال: «ماذا الآن؟ ماذا عن بقية حياتي؛ الأربعين سنة القادمة؟»

معظم المليونيرات الشباب في مجال التكنولوجيا الفائقة الذين رأيتهم يواصلون فعل الشيء نفسه: ينشئون شركات جديدة، يحاولون تكرار نجاحهم. لماذا؟ يقولون لأنفسهم إنهم يجب أن يثبتوا أنه لم يكن مجرد صدفة، وأنهم يستطيعون النجاح بمفردهم، من دون شريك أو مرشد معين. يرفعون المعايير. للشعور بأنهم وعائلاتهم في أمان، لم يعودوا بحاجة إلى مليون أو اثنين في البنك؛ يحتاجون إلى خمسة، عشرة، حتى خمسين مليون للشعور بالأمان. يدركون العبثية واللاعقلانية في كسب المزيد من المال عندما يمتلكون بالفعل أكثر مما يمكنهم إنفاقه، لكن هذا لا يوقفهم. يدركون أنهم يأخذون وقتًا بعيدًا عن عائلاتهم، عن الأشياء الأقرب إلى القلب، لكنهم لا يستطيعون التوقف عن ممارسة اللعبة. يقولون لي. «المال موجود هناك، كل ما عليّ فعله هو التقاطه». عليهم عقد الصفقات. أخبرني أحد رواد الأعمال العقاريين إنه شعر أنه سيخترني إذا توقف. يخشى الكثيرون الملل، حتى أقل نفحة من الملل تدفعهم مباشرة إلى اللعبة مرة أخرى. قال شوبنهاور إن الإرادة في حد ذاتها لا تتحقق أبدًا، فبمجرد إشباع رغبة تظهر أخرى. على الرغم من أنه قد يكون هناك فترة راحة قصيرة جدًا، فترة عابرة من الشبع، فتتحول على الفور إلى ملل. وقال: «إن حياة كل إنسان، تتأرجح ذهابًا وإيابًا بين الألم والملل».

على عكس نهجي مع الهموم الجوهرية الوجودية الأخرى (الموت، العزلة، الحرية)، أجد أن معنى الحياة يُقارب بشكل أفضل بطريقة غير مباشرة. ما علينا فعله هو الانغماس في واحد من المعاني الكثيرة المُمكنة، وبخاصة تلك التي تتجاوز الذات. المشاركة هي ما يهم، ونحن المعالجين نفيد أكثر من خلال تحديد العقبات التي تحول دون المشاركة والمساعدة في إزالتها. السؤال عن المعنى في الحياة، كما علم البوذا، ليس مفيداً. على المرء أن ينغمس في نهر الحياة ويترك السؤال ينجر ف بعيداً.

الفصل الخامس والأربعون

الحرية

سبق وأشارت إلى أربعة هموم جوهرية، وهي أربع حقائق أساسية للوجود، الموت والعزلة واللامعنى والحرية، التي تثير، عند مواجهتها، قلقًا عميقًا. قد لا يبدو الارتباط بين «الحرية» والقلق واضحًا بشكل بديهي، لأنه للوهلة الأولى تبدو «الحرية» وكأنها لا تحمل إلا دلالات إيجابية واضحة. ألم نناضل من أجل الحرية السياسية عبر تاريخ الحضارة الغربية؟ لكن الحرية لها جانب مظلم. إذا نظرنا إليها من منظور خلق الذات والاختيار والإرادة والعمل، تصبح الحرية معقدة نفسيًا ومشعبة بالقلق.

نحن، بالمعنى العميق، مسؤولون عن أنفسنا. كما قال سارتر، نحن مؤلفو أنفسنا. من خلال تراكم اختياراتنا وأفعالنا وإخفاقاتنا في التصرف، فإننا في نهاية المطاف نصمم أنفسنا. لا يمكننا تجنب هذه المسؤولية، هذه الحرية. بتعبيرات سارتر، «نحن محكومون بالحرية». حريتنا أعمق من تصميم حياتنا الفردية. منذ أكثر من قرنين، علمنا كانط أننا مسؤولون عن توفير الشكل والمعنى ليس فقط للعالم الداخلي ولكن للعالم الخارجي أيضًا. نواجه العالم الخارجي فقط كما تعالجه أنظمتنا العصبية والنفسية. الواقع ليس كما تخيلناه في الطفولة على الإطلاق، فنحن لا ندخل (ونغادر في النهاية) عالمًا منظمًا جيدًا.

بدلاً من ذلك، نلعب الدور المركزي في تكوين ذلك العالم، ونكونه كأن له وجودًا مستقلاً.

ما أهمية الجانب المظلم للحرية في القلق والعمل الإكلينيكي؟ يمكن العثور على إجابة واحدة من خلال النظر إلى الأسفل. إذا كنا منشئي العالم الأساسيين، فأين هي الأرض الصلبة تحتنا؟ ما الذي تحتنا؟ العدم، داس نيشتر، كما يقول الفلاسفة الوجوديون الألمان. الهاوية، هوة الحرية. ومع إدراك العدم في قلب الوجود يأتي القلق العميق.

ومن ثم، وعلى الرغم من غياب مصطلح الحرية في الجلسات العلاجية وأدلة العلاج النفسي، فإن مشتقاتها، المسؤولية والإرادة والرغبة والقرار؛ مقيمون بارزون جدًا في جميع مساعي العلاج النفسي.

الفصل السادس والأربعون

مساعدة المرضى على تحمل المسؤولية

طالما أن المرضى يصرون على الاعتقاد بأن مشكلاتهم الرئيسة نتيجة لشيء خارج عن سيطرتهم؛ تصرفات الآخرين، أعصاب سيئة، الظلم الطبقي، الجينات، فإننا المعالجين محدودون فيما يمكننا تقديمه. يمكننا التعاطف، واقتراح طرق أكثر تكيّفًا للرد على الاعتداءات والظلم في الحياة؛ يمكننا مساعدة المرضى على تحقيق الاستقرار، أو تعليمهم كيفية التأثير بشكل أكثر فعالية في بيئتهم.

لكن إذا كنا نأمل في تغيير علاجي أكثر أهمية، فيجب أن نشجع مرضانا على تحمل المسؤولية؛ أي إدراك كيفية إسهاماتهم بأنفسهم في معاناتهم. على سبيل المثال، قد تصف المريضة سلسلة من التجارب الفظيعة في عالم العزوبية: الرجال يسيئون معاملتها، الأصدقاء يخونونها، أصحاب العمل يستغلونها، العشاق يخدعونها. حتى لو اقتنع المعالج بصحة الأحداث الموصوفة، يأتي وقت يجب فيه الاهتمام بدور المريض نفسه في سلسلة الأحداث. ربما يتعين على المعالج أن يقول، في الواقع، «حتى لو تسعة وتسعون بالمائة من الأشياء السيئة التي تحدث لك هي خطأ شخص آخر، أريد أن أنظر إلى الواحد بالمائة الآخر؛ الجزء الذي يقع على عاتقك. علينا أن ننظر إلى دورك، حتى لو كان محدودًا جدًا، لأن هذا هو المكان الذي يمكنني أن أقدم فيه أكبر قدر من المساعدة.»

تختلف استعدادات تقبل المسؤولية بشكل كبير بين المرضى. يصل بعض المرضى بسرعة إلى فهم دورهم في معاناتهم؛ يجد بعض آخر تحمل المسؤولية صعبًا للغاية لدرجة أنه يشكل الجزء الأكبر من العلاج، وبمجرد اتخاذ هذه الخطوة، قد يحدث التغيير العلاجي تلقائيًا وبسهولة.

يطور كل معالج طرقًا لتسهيل تحمل المسؤولية. أحيانًا أشدد على مريض يتعرض للاستغلال بأنه لكل مُستغل، يجب أن يكون هناك مُستغل، أي إذا وجدوا أنفسهم في دور المُستغل مرارًا وتكرارًا، فلا بد أن الدور جاذب لهم بطريقة ما. ماذا يمكن أن يكون؟ يشير بعض المعالجين إلى النقطة نفسها من خلال مواجهة المرضى بالسؤال، «ما العائد عليك في هذا الموقف؟»

يوفر العلاج الجماعي تأثيرًا قويًا بشكل خاص في مساعدة المرضى على فهم مسؤوليتهم الشخصية. يبدأ جميع المرضى المجموعة معًا على قدم المساواة وخلال الأسابيع أو الأشهر الأولى، يقوم كل عضو بدور معين بين الأفراد في المجموعة؛ دور يشبه الدور الذي يشغله كل منهم في حياته الخارجية. علاوة على ذلك، المجموعة على دراية بكيفية تشكيل كل عضو لذلك الدور بين شخصي. هذه الخطوات أكثر وضوحًا عند تتبعها هنا والآن عن المحاولات التي يقوم بها المعالج لإعادة بنائها من رواية مريض غير موثوق بها.

يؤدي تركيز مجموعة العلاج على التغذية الراجعة إلى بدء تسلسل تحمل المسؤولية:

1. يتعلم الأعضاء كيف ينظر الآخرون إلى سلوكهم؛
 2. ثم يتعلمون كيف يؤثر سلوكهم في الآخرين؛
 3. يلاحظون كيف يشكل سلوكهم آراء الآخرين عنهم؛
 4. وأخيرًا، يتعلمون أن هذه الخطوات الثلاث الأولى تشكل الطريقة التي يشعرون بها تجاه أنفسهم.
- وهكذا تبدأ العملية بسلوك المريض وتنتهي بالطريقة التي يُقدر بها كل مريض من الآخرين ومن نفسه.

يمكن أن يشكل هذا التسلسل أساسًا لتدخلات المعالج الجماعي القوية. على سبيل المثال: «جو، دعنا نلقِ نظرة على ما يحدث لك في المجموعة. ها أنت، بعد شهرين، لا تشعر بالرضا عن نفسك في هذه المجموعة ومع عدة أعضاء غير صبورين معك (أو خائفين أو متجنبين أو غاضبين أو منزعجين أو يشعرون بالإغراء أو الخيانة). ماذا حدث؟ هل هذا الموقف مألوف لك؟ هل أنت على استعداد للنظر في دورك في وقوع هذه الأمور؟»

يستفيد المعالجون الفرديون أيضًا من معلومات هنا والآن لتسليط الضوء على مسؤولية المريض في العملية العلاجية؛ على سبيل المثال، تأخر المريض، إخفاء المعلومات والمشاعر، نسيان تسجيل الأحلام. تحمل المسؤولية هو الخطوة الأساسية الأولى في العملية العلاجية. بمجرد أن يدرك الأفراد دورهم في خلق محتهم الحياتية، يدركون أيضًا أنهم وحدهم لديهم القدرة على تغيير هذا الوضع.

النظر إلى الوراء في حياة المرء وقبول المسؤولية عن ما فعله بنفسه قد يؤدي إلى الندم الشديد. على المعالج توقع هذا الندم ومحاولة إعادة صياغته. غالبًا ما أحث المرضى على تصور أنفسهم في المستقبل والتفكير في كيفية عيشهم الآن بحيث يتمكنون بعد خمس سنوات من النظر إلى الوراء على حياتهم من دون أن يغمروهم الندم من جديد.

الفصل السابع والأربعون

لا تتخذ أبدًا (تقريبًا أبدًا) قرارات للمريض

منذ سنوات، استشارني مايك، وهو طبيب يبلغ من العمر ثلاثة وثلاثين عامًا، في معضلة ملحة: لديه شقة مشتركة في الكاربيبي وخطط للذهاب في عطلة بعد شهر. لكن هناك مشكلة كبيرة. دعا امرأتين لمرافقته وقد وافقت كلتاهما؛ دارلين، صديقته منذ فترة طويلة، وباتريشيا، امرأة جديدة متألفة التقاها قبل بضعة أشهر. ماذا يفعل؟ كان مشلولًا بالقلق.

وصف علاقته بالمرأتين. دارلين، صحفية، كانت ملكة حفل التخرج في المدرسة الثانوية والتقاها مجددًا في لم شمل المدرسة قبل بضع سنوات. وجدها جميلة وجذابة، ووقع في حبها على الفور. على الرغم من أن مايك ودارلين عاشا في مدن مختلفة، أقاما علاقة رومانسية مكثفة على مدى الثلاث سنوات الماضية، تحدثا يوميًا عبر الهاتف، وقضيا معظم عطلات نهاية الأسبوع والإجازات معًا.

لكن في الأشهر القليلة الماضية، هدأت حماسة العلاقة. قلَّ شعوره بالانجذاب تجاه دارلين، تراجع حياتها الجنسية، وبدت محادثاتها الهاتفية فاترة. علاوة على ذلك، تطلبت واجبات دارلين الصحفية الكثير من السفر، مما جعل من الصعب عليها الابتعاد في عطلات نهاية الأسبوع واستحالة الانتقال للعيش أقرب إليه. لكن باتريشيا،

صديقته الجديدة، بدت كحلم يتحقق: طيبة أطفال، أنيقة، ثرية، وتعيش على بُعد نصف ميل، وأكثر حرصًا على أن تكون معه.

بدا الأمر وكأنه لا يحتاج إلى تفكير. عكست له وصفه للمرأتين، وتساءلت طوال الوقت، «ما المشكلة؟» كان القرار واضحًا جدًا، باتريشيا مناسبة تمامًا ودارلين مشكلة؛ الموعد النهائي وشيك لدرجة أنني شعرت برغبة قوية للتدخل وإخباره بأن يمضي قدمًا ويعلن قراره، القرار الوحيد المعقول، الذي يمكن اتخاذه. ما الفائدة من التأخير؟ لماذا تزيد الأمور سوءًا للمسكينة دارلين بتقييدها بقسوة وبلا داع؟

على الرغم من أنني تجنبت فح إخباره صراحةً بما عليه فعله، تمكنت من إيصال وجهات نظري إليه. لدينا نحن المعالجين طرقنا الصغيرة الماكرة؛ تصريحات مثل: «أتساءل ما الذي يمنعك من التصرف بناءً على القرار الذي يبدو أنك اتخذته بالفعل.» (وأتساءل، ماذا كان سيفعل المعالجون من دون وسيلة «أتساءل»؟). وهكذا بطريقة أو بأخرى قدمت له خدمة كبيرة (في ثلاث جلسات سريعة فقط!) بتحفيزه على كتابة «رسالة وداع» حتمية إلى دارلين والإبحار نحو غروب كاربيبي متوهج مع باتريشيا.

لم يدم الوهج طويلًا. خلال الأشهر التالية حدثت أمور غريبة. بالرغم من أن باتريشيا ظلت تمثل امرأة الأحلام لمايك، أصبح مايك أكثر انزعاجًا من إصرارها على القرب والالتزام. لم يعجبه أن تعطيه مفاتيح شقتها وتطلب منه القيام بالمثل. وعندما اقترحت باتريشيا أن يعيشا معًا، تراجع مايك. بدأ يتحدث في جلساتنا عن كيفية تقديره

لمساحته الخاصة وخلوته. باتريشيا امرأة استثنائية بلا عيوب. لكنه شعر بالاجتياح. لم يرغب في العيش معها، أو مع أي شخص، وسرعان ما تفرقا.

حان الوقت لكي يبحث مايك عن علاقة أخرى، وذات يوم أطلعني على إعلان نشره في إحدى خدمات المواعدة عبر الحاسوب. حدد مواصفات معينة للمرأة التي يريدتها (الجمال، الولاء، عمره التقريبي وخلفيته) ووصف نوع العلاقة التي يبحث عنها (علاقة حصرية لكن منفصلة حيث يحتفظ هو وهي بمساحتهما الخاصة، يتحدثان كثيرًا على الهاتف، ويقضيان عطلات نهاية الأسبوع والإجازات معًا). «تعلم ماذا، دكتور؟» قال مايك بحنين، «أعتقد أنني أبحث عن امرأة تشبه دارلين كثيرًا.»

العبرة من هذه القصة الإرشادية هي الحذر من الاندفاع في اتخاذ القرارات نيابةً عن المريض. إنها دائمًا فكرة سيئة. كما يُظهر هذا المثال، لا نملك القدرة على التنبؤ بالغيب، ونعمل مع معلومات غير موثوقة. المعلومات التي يقدمها المريض ليست مشوهة فحسب، بل من المحتمل أن تتغير مع مرور الوقت أو مع تغير العلاقة مع المعالج. حتمًا، تظهر عوامل جديدة وغير متوقعة. إذا كانت المعلومات التي يقدمها المريض تدعم بشدة مسار عمل معين، كما في هذه الحالة، فإن المريض، لأسباب كثيرة، يسعى للحصول على الدعم لقرار معين قد يكون الأنسب أو لا.

مكتبة

t.me/soramnqraa

أصبحت متشككًا بشكل خاص في روايات المرضى حول أزواجهم. مررت مرارًا وتكرارًا بتجربة مقابلة الزوج وأذهلني عدم التقارب بين الشخص الذي أمامي والشخص الذي سمعتُ عنه لشهور. ما يُغفل عمومًا في حالات الخلاف الزوجي هو دور المريض في هذه العملية.

من الأفضل لنا أن نعتمد على معلومات أكثر موثوقية، معلومات لم تُصَفَّ من خلال تحيز المريض. هناك مصدران مفيدان بشكل خاص للملاحظات الأكثر موضوعية: جلسات العلاج الزوجي، حيث يمكن للمعالج رؤية التفاعل بين الأزواج، والتركيز على العلاقة العلاجية هنا والآن، حيث يمكن للمعالجين رؤية كيف يسهم المرضى في علاقاتهم اليبين شخصية.

تحذير واحد: في أوقات يكون الدليل على تعرض المريض للإساءة على يد شخص آخر قويًا جدًّا، والحاجة إلى اتخاذ إجراء حاسم واضحة جدًّا، بحيث يتعين على المعالج بذل كل الجهد الممكن للتأثير في قرارات معينة. أفعل كل ما في وسعي لإثناء المرأة التي لديها أدلة على تعرضها للإساءة الجسدية عن العودة إلى بيئة من المحتمل أن تتعرض فيها للضرب مرة أخرى. ومن هنا جاءت عبارة «تقريبًا أبدًا» في عنوان هذا الفصل.

الفصل الثامن والأربعون

قرارات: طريق ملكي نحو أساس الوجود

التسرع في اتخاذ القرارات نيابة عن المرضى هو وسيلة جيدة لفقدانهم. المرضى الذين يُكلفون بمهمة لا يستطيعون أو لا يرغبون في أدائها يصبحون مرضى غير راضين. سواء كانوا يتدمرون من التحكم، أو يشعرون بالعجز، أو يرتجفون خوفًا من إحباط معالجهم، النتيجة غالبًا واحدة؛ ينسحبون من العلاج.

لكن بعيدًا عن احتمال حدوث خطأ فني، هناك سبب أكثر إلحاحًا لعدم اتخاذ القرارات نيابة عن المرضى: شيء أفضل بكثير يمكن القيام به مع معضلات القرار. القرارات هي طريق ملكي طريق مباشر، إلى مجال وجودي غني؛ عالم الحرية والمسؤولية والاختيار والندم والرغبة والإرادة. الاكتفاء بنصائح استباقية سطحية يعني تفويت فرصة استكشاف هذا المجال مع مريضك.

نظرًا إلى أن معضلات القرار تشعل قلق الحرية، يبذل الكثيرون جهودًا كبيرة لتجنب اتخاذ القرارات الفعالة. لذا يسعى بعض المرضى إلى التحرر من القرارات، ومن خلال وسائل ماهرة، يستدرجون المعالجين غير الحذرين لتحمل عبء القرار عنهم.

أو يجبرون الآخرين في حياتهم على اتخاذ القرار نيابة عنهم: كل معالج رأى مرضى ينهون العلاقات عن طريق إساءة معاملة شركائهم حتى يقرروا هم الانفصال. يأمل آخرون فقط في حدوث تجاوز صريح من الطرف الآخر: على سبيل المثال، مريضة وقعت في علاقة مدمرة للغاية قالت: «لا أستطيع أن أنهي هذه العلاقة بنفسى، ولكننى أدعو الله أن أتمكن من الإمساك به في الفراش مع امرأة أخرى حتى أتمكن من تركه.»

إحدى خطواتى الأولى في العلاج هي مساعدة المرضى على تحمل مسؤولية أفعالهم. أحاول مساعدتهم على فهم أنهم يتخذون قرارًا حتى عندما يتجنبون اتخاذ قرار أو من خلال مناورة شخص آخر لاتخاذ القرار نيابة عنهم. بمجرد أن يقبل المرضى هذه الفرضية ويتحكمون في سلوكهم، أقدم لهم سؤالاً جوهرياً في العلاج: «هل أنت راضٍ عن ذلك؟» (راضٍ عن طبيعة القرار وعن طريقة اتخاذ القرار).

إليك، على سبيل المثال، رجل متزوج لديه علاقة غرامية وينأى بنفسه عن زوجته وسيء معاملتها لدرجة أنها، وليس هو، هي التي تتخذ قرار إنهاء الزواج. سأبدأ بالكشف عن نمطه في التنصل من قراراته، وهو النمط الذي يؤدي إلى شعوره بأنه خاضع لسيطرة الأحداث الخارجية. وطالما أنه ينكر دوره الفعال، فمن غير المرجح أن يحدث تغيير حقيقي لأن اهتمامه سيوجه نحو تغيير بيئته بدلاً من تغيير نفسه.

وعندما يدرك هذا المريض مسؤوليته في إنهاء الزواج، ويدرك أيضًا أنه هو الذي اختار إنهاءه، أوجه انتباهه إلى مدى رضاه عن كيفية اتخاذه القرار. هل تصرف بنزاهة مع رفيقة دربه وأم أطفاله؟ ما الندم الذي سيشعر به في المستقبل؟ إلى أي درجة سيحترم نفسه؟

الفصل التاسع والأربعون

ركز على مقاومة اتخاذ القرار

لماذا القرارات صعبة؟ يعبر عن ذلك المؤلف جون جاردنر في روايته «Grendel»، من خلال شخصية البطل الذي يسعى لفهم ألغاز الحياة ويستشير كاهناً حكيمًا يقدم له عبارتين بسيطتين، وبضع كلمات مرعبة: كل شيء يتلاشى والخيارات تستبعد.

«الخيارات تستبعد؛» هذا المفهوم يقع في صميم الكثير من صعوبات اتخاذ القرارات. مقابل كل «نعم» كلمة «لا». القرارات مكلفة لأنها تتطلب التخلي. هذه الظاهرة لفتت انتباه العقول العظيمة عبر العصور. تخيل أرسطو كلبًا جائعًا لا يستطيع الاختيار بين حصتين متساويتين في الجاذبية من الطعام، وكتب فلاسفة العصور الوسطى عن حمار بوريدان الذي مات جوعًا بين كومتين متساويتين في الرائحة الجذابة من القش.

في الفصل 42، وصفت الموت كتجربة حدودية قادرة على نقل الفرد من حالة عقلية يومية إلى حالة وجودية (حالة الوجود التي نكون فيها واعين بالوجود) حيث يصبح التغيير أكثر إمكانية. القرار هو تجربة حدودية أخرى. فهو لا يواجهنا فقط بدرجة تشكيلنا لأنفسنا، بل أيضًا بحدود الاحتمالات. اتخاذ قرار يعني التخلي عن احتمالات أخرى. اختيار امرأة واحدة، أو مهنة واحدة، أو مدرسة واحدة، يعني

التخلي عن احتمالات أخرى. كلما واجهنا حدودنا، اضطررنا للتخلي عن أوهام التميز الشخصي، الإمكانيات غير المحدودة والخلود والمناعة ضد قوانين المصير البيولوجي. لهذه الأسباب، أشار هايدجر إلى الموت باعتباره استحالة وجود احتمال آخر. قد يكون الطريق إلى القرار صعباً لأنه يؤدي إلى منطقة الزيف والمحدودية؛ مجالات مشبعة بالقلق. كل شيء يتلاشى والخيارات تستبعد.

الفصل الخمسون

تعزير الوعي من خلال تقديم النصيحة

على الرغم من أننا نساعد المرضى على التعامل مع معضلات القرار في المقام الأول من خلال مساعدتهم على تحمل المسؤولية ومن خلال كشف المقاومة العميقة للاختيار، فإن كل معالج يستخدم عددًا من تقنيات التيسير الأخرى.

أحيانًا أقدم نصائح أو أوصي بسلوكيات معينة، ليس بهدف السيطرة على قرارات مريضتي، بل لتغيير نمط تفكير أو سلوك راسخ. على سبيل المثال، مايك، عالم يبلغ من العمر أربعة وثلاثين عامًا، يعاني حيرة حول ما إذا كان يجب أن يزور والديه خلال رحلة عمل قادمة. في كل مرة زارهما في السنوات القليلة الماضية، انتهى الأمر بمشاجرة مع والده الصعب الطباع الذي يستاء من مقابله في المطار، ويوبخه لأنه لم يستأجر سيارة.

آخر زيارة له أثارت مشهدًا مشحونًا في المطار لدرجة أنه قطع زيارته وغادر من دون أن يتحدث مجددًا مع والده. لكنه أراد رؤية والدته التي كانت قريبة منه والتي اتفقت معه في تقييمه لوالده كشخص فظ وغير حساس.

حثت مايك على زيارة والديه ولكن يخبر والده أنه أصر على استئجار سيارة. بدا مايك مندهشًا من اقتراحه. استقبله والده دائمًا في المطار، كان هذا دوره. ربما يشعر والده بالإهانة لعدم الحاجة إليه. بجانب ذلك، لماذا يضيع الأموال؟ لم يكن بحاجة إلى سيارة بمجرد وصوله إلى منزل والديه. لماذا يدفع ثمنها لتبقى هناك من دون استخدام ليوم أو يومين؟

ذكرته بأن راتبه بصفته عالم أبحاث يزيد عن ضعفي راتب والده. وإذا كان قلقًا بشأن إهانة والده، فلماذا لا يجري مكالمة هاتفية هادئة معه، يشرح فيها أسباب قرار استئجار السيارة.

قال مايك. «مكالمة هاتفية مع والدي؟ هذا مستحيل. نحن لا نتحدث مطلقًا عبر الهاتف. أتحدث فقط مع والدي عندما أتصل.» قلت بتعجب: «الكثير من القواعد. الكثير من القواعد الأسرية الثابتة، تقول إنك تريد تغيير الأمور مع والدك؟ لكي يحدث ذلك، قد تحتاج بعض القواعد الأسرية إلى التغيير. ما المخاطرة في فتح كل شيء للنقاش، عبر الهاتف، شخصيًا، حتى عبر خطاب؟»

أخيرًا استجاب المريض لحثي، وبأسلوبه وصوته الخاص، شرع في تغيير علاقته بوالده. تغيير جزء من نظام الأسرة يؤثر دائمًا في الأجزاء الأخرى، وفي هذه الحالة حلت والدته محل والده كأكثر مشكلة في الأسرة لعدة أسابيع. في نهاية المطاف حُلَّ ذلك أيضًا؛ وتدرجيًا اجتمعت الأسرة معًا، وتولَّد لدى مايك إحساس قوي بالدور الذي لعبه في المسافة الموجودة بينه وبين والده.

مريضى الآخر، جاريد، لم يقدر على اتخاذ الخطوات اللازمة لتجديد بطاقة إقامته. على الرغم من معرفتي بوجود مشكلات نفسية دينامية عميقة وراء مماطلته، كانت ستنتظر للبحث فيما بعد، لأنه إذا لم يتحرك على الفور، فسيجبر على مغادرة البلاد، متخليًا ليس فقط عن مشروع بحث واعد وعلاقة رومانسية في طور النمو، ولكن العلاج النفسي أيضًا. سألته إذا كان يريد مساعدتي في تقديم طلب الحصول على بطاقة الإقامة.

أجاب بأنه يريد ذلك، فوضعنا مسارًا وجدولًا للعمل. وعد بأنه، خلال أربع وعشرين ساعة، سيرسل إليّ نسخًا من طلباته للحصول على خطابات توصية من أساتذته وأصحاب العمل السابقين، وفي زيارتنا التالية بعد سبعة أيام، سيحضر طلبه الكامل إلى مكنتي.

هذا التدخل كافٍ لحل أزمة بطاقة الإقامة وسمح لنا بعد ذلك بتحويل انتباهنا إلى معنى مماطلته، مشاعره حول تدخلى، رغبته في تسليمى زمام الأمور، وحاجته إلى المراقبة والعناية.

مثال آخر يتعلق بجاي، الذي رغب فى إنهاء علاقته مع ميج، وهى امرأة كان قريبًا منها لعدة سنوات. هى صديقة مقربة لزوجته وساعدتها خلال مرضها المميت ثم دعمته خلال فترة حداد شديدة استمرت ثلاث سنوات. تمسك جاي بميج وعاش معها خلال هذه الفترة، لكن مع تعافيه من حزنه، أدرك أنها غير متوافقين، وبعد عام آخر مؤلم من التردد، طلب أخيرًا منها الانتقال للعيش فى مكان آخر.

على الرغم من أنه لم يرغب فيها كزوجة، كان ممتناً لها بشدة وعرض عليها شقة من دون إيجار في مبنى يملكه. بعد ذلك، أقام سلسلة من العلاقات قصيرة الأمد مع نساء أخريات. كلما انتهت إحدى هذه العلاقات، تألم بشدة من العزلة لدرجة أنه يلجأ مرة أخرى إلى ميج حتى يظهر شخص آخر مناسب. طوال الوقت استمر في إعطاء ميج تلميحات طفيفة بأنه ربما يصبح هو وهي في النهاية شريكين مرة أخرى. استجابت ميج بتعليق حياتها والبقاء في حالة استعداد دائم له. أخبرته بأن تصرفاته غير الصادقة مع ميج ليست مسؤولة عن بقائها عالقة في الحياة فحسب، ولكن أيضًا عن الكثير من شعوره الدائم بعدم الراحة والذنب. نفى أنه تصرف بسوء نية وأشار دليلاً على كرمه تجاه ميج بتقديمه شقة من دون إيجار لها. أشرت إليه، إذا كان يشعر حقًا بالكرم تجاهها، فلماذا لا يقدم لها دعمًا بطريقة لا تجعلها مرتبطة به، مثل إعطائها هدية نقدية أو سند ملكية لشقة. أدت بضع جلسات مواجهة إلى اعترافه لنفسه ولي بأنه رفض بأنانية السماح لها بالرحيل، أراد الاحتفاظ بها، كخيار بديل، كتأمين ضد الوحدة.

في كل من هذه الحالات، لم يكن المقصود من النصيحة التي قدمتها أن تصبح غاية في حد ذاتها، بل وسيلة لتشجيع الاستكشاف: في قواعد النظم الأسرية، في المعنى والعائد وراء الملاحظة والرغبة في الاعتمادية، في طبيعة التصرف بسوء نية وعواقبه.

غالبًا عملية تقديم النصائح هي التي تساعد وليس المحتوى الخاص للنصيحة. على سبيل المثال، استشارني طبيب في حالة من التردد المشل. وقع في ورطة كبيرة مع المستشفى بسبب عدم قدرته

على إكمال المخططات الطبية، مما نتج عنه تراكم مئات المخططات في مكتبه.

حاولت كل شيء لتحريكه. زرت مكتبه لتقييم حجم المهمة. طلبت منه إحضار المخططات وآلة تسجيل إلى مكنتي حتى أتمكن من تقديم اقتراحات حول تقنية التسجيل لديه. وضعنا جدولاً أسبوعياً للتسجيل، واتصلت به للتأكد من التزامه به.

لم يكن محتوى أي من هذه التدخلات مفيداً، ولكنه تأثر بالعملية؛ أي اهتمامي بما يكفي لتوسيع نطاق تدخلي إلى ما هو أبعد من مساحة المكتب. أدى التحسن اللاحق في علاقتنا في النهاية إلى عمل علاجي جيد، مما أدى إلى اكتشاف أساليبه الخاصة للتعامل مع أعماله المتركمة.

الفصل الحادي والخمسون

تعزير القرار: وسائل أخرى

مثل جميع المعالجين، لدي تقنيات تحفيزية مفضلة، طورتها على مدى سنوات كثيرة من الممارسة. أحياناً أجد أنه من المفيد تأكيد عبثية المقاومة المبنية على أحداث ماضية لا رجعة فيها. ذات مرة أتاني مريض مقاوم، عالق في حياته، يصر على لوم والدته على أحداث وقعت منذ عقود. ساعدته على إدراك عبث موقفه من خلال طلب تكراره لهذا البيان عدة مرات: «لن أتغير، يا أمي، حتى تعامليني بشكل مختلف عما كنت عليه في سن الثامنة من عمري.» ومن وقت لآخر، على مر السنين، استخدمت هذه الوسيلة بفعالية (بتغييرات في الصياغة، بالطبع، لتناسب مع وضع كل مريض بشكل خاص). في بعض الأحيان، أذكر المرضى ببساطة بأنهم عاجلاً أم آجلاً سيضطرون إلى التخلي عن هدف الحصول على ماضٍ أفضل.

يقول مرضى آخرون إنهم لا يستطيعون التصرف لأنهم لا يعرفون ما يريدون. في هذه الحالات، أحاول مساعدتهم على تحديد رغباتهم وتجربتها. قد يكون هذا شاقاً، وفي نهاية المطاف يشعر الكثير من المعالجين بالإرهاق ويرغبون في الصراخ قائلين: «ألا تريد شيئاً أبداً؟» قالت كارين هورني، ربما في لحظة انزعاج، «هل فكرت يوماً أن تسأل نفسك ماذا تريد؟» بعض المرضى لا يشعرون أن لديهم الحق في رغبة

أي شيء، وبعض آخر يحاول تجنب ألم الخسارة من خلال التخلي عن الرغبة. («إذا لم أتمنَ أبدًا، فلن أشعر بخيبة الأمل مرة أخرى.») ولا يزال آخرون لا يعبرون عن رغباتهم أو يختبرونها على أمل أن يكتشف البالغون من حولهم ما يريدون.

في بعض الأحيان، يمكن للأفراد أن يعرفوا ما يرغبون فيه فقط عندما يُسلب منهم. وجدت أحيانًا أنه من المفيد في العمل مع الأفراد المرتبكين بشأن مشاعرهم تجاه شخص آخر أن يتخيلوا (أو من خلال لعب الأدوار) مكالمة هاتفية ينهي فيها الطرف الآخر العلاقة. ماذا يشعرون بعد ذلك؟ حزن؟ جرح؟ ارتياح؟ سعادة؟ هل يمكننا بعد ذلك إيجاد طريقة للسماح لهذه المشاعر بأن تؤثر في سلوكهم وقراراتهم الاستباقية؟

في بعض الأحيان حفزتُ المرضى الذين وقعوا في معضلة اتخاذ القرار من خلال الاستشهاد بسطر من رواية «السقوط» لألبير كامو الذي أثر فيّ دائمًا بعمق: «صدقني، أصعب شيء يمكن للرجل التخلي عنه هو ما لا يريده حقًا، في نهاية المطاف»

أحيانًا أستخدم تقنيات مختلفة لمساعدة المرضى على رؤية أنفسهم بشكل موضوعي. في بعض الأحيان، يُفيد استخدام تقنية تغيير المنظور التي تعلمتها من مشرفي، لويس هيل. أجد المريض كاستشاري لنفسه بهذه الطريقة:

«ماري، أشعر ببعض الصعوبة مع أحد مرضاي وأريد استشارتك؛ ربما لديك بعض الاقتراحات المفيدة. أعالج امرأة ذكية وحساسة وجذابة تبلغ من العمر خمسة وأربعين عامًا تخبرني أنها في

زواج مروع للغاية. خططت لسنوات لترك زوجها عندما تذهب ابنتها إلى الكلية. هذا الوقت قد مضى منذ زمن وعلى الرغم من أنها تشعر بتعاسة كبيرة، لا تزال في الوضع نفسه. تقول إن زوجها غير محب ويسيء لها لفظيًا لكنها لا ترغب في أن تطلب منه تجربة العلاج الزوجي، لأنها قررت المغادرة وإذا تغير هو في العلاج الزوجي فسيصعب عليها الرحيل. لكن مضى خمس سنوات منذ أن غادرت ابنتها المنزل وهي لا تزال هناك والأمور لا تزال كما هي. لا تدخل في علاج زوجي ولا تغادر. أتساءل إذا كانت تضيع الحياة الوحيدة التي لديها من أجل معاقبة زوجها. تقول إنها تريده أن يتخذ الخطوة. تصلي لكي تضبطه في الفراش مع امرأة أخرى (أو مع رجل؛ لديها شكوك حول ذلك)، وأنها ستقدر على الرحيل حينها».

بالطبع، تدرك ماري سريعًا أن المريضة هي نفسها. قد يسمح لها سماع نفسها وهي توصف من بعيد بصوت ضمير الغائب بأن تكتسب مزيدًا من الموضوعية تجاه وضعها.

الفصل الثاني والخمسون

تابع العلاج كجلسة متصلة

منذ عدة سنوات مضت رأيت رولو ماي في العلاج على مدى عامين. يعيش ويعمل في تيبورون، وأنا في بالو ألتو، الرحلة بيننا تستغرق خمسًا وسبعين دقيقة بالسيارة. فكرت في استغلال وقت الرحلة بشكل جيد من خلال الاستماع إلى تسجيل للجلسة العلاجية في الأسبوع السابق. وافق رولو على التسجيل، وسرعان ما اكتشفت أن الاستماع إلى التسجيل يعزز العلاج بشكل رائع، حيث أنغمس بسرعة أكبر في العمل العميق على الموضوعات الهامة التي طُرحت في الجلسة السابقة. هذه الطريقة مفيدة لدرجة أنني منذ ذلك الحين بدأت بتسجيل الجلسات بشكل روتيني للمرضى الذين يقطعون مسافة طويلة للوصول إلى عيادتي. وأحيانًا أفعل الشيء نفسه للمرضى الذين يعيشون بالقرب ولكن لديهم صعوبة في تذكر الجلسة السابقة؛ ربما بسبب تقلبات انفعالية شديدة أو نوبات انفصال قصيرة.

توضح هذه التقنية وجهًا مهمًا للعلاج، ألا وهو أن العلاج يعمل بشكل أفضل إذا بدا كأنه جلسة متصلة. الجلسات العلاجية التي لا تتصل معًا هي أقل فعالية بكثير. استخدام كل جلسة علاجية لحل الأزمات التي تطورت خلال الأسبوع طريقة عمل غير فعالة. عندما بدأت في المجال، سمعت ديفيد هامبورج، رئيس قسم الطب النفسي

في ستانفورد، يشير مازحًا إلى العلاج النفسي بأنه «العلاج الدوري» وبالفعل هناك شيء يمكن قوله عن هذا الرأي وهو أننا منخرطون باستمرار في «العمل المتواصل». نفتح موضوعات جديدة، نعمل عليها لفترة، ثم نتقل إلى مشكلات أخرى، لكننا نعود بانتظام إلى الموضوعات نفسها ونكررها، مع تعميق الاستقصاء في كل مرة. قورن هذا الجانب الدوري من عملية العلاج النفسي بتغيير إطار السيارة. نضع الصواميل على البرغي، ونحكم كل منها بالتساوي على حدة حتى نعود إلى الأول، ثم نكرر العملية حتى يُثبَّت الإطار في مكانه بشكل مثالي.

نادرًا ما أكون الشخص الذي يبدأ الجلسة. مثل معظم المعالجين، أفضل بدلاً من ذلك الانتظار المريض. أريد معرفة «نقطة الإلحاح» لديهم (كما أشارت إليها ميلاني كلاين). ومع ذلك، إذا افتتحت الجلسة، فهذا يعود دائمًا إلى الإشارة إلى الجلسة الأخيرة. وبالتالي، إذا كانت هناك جلسة بالغة الأهمية أو عاطفية أو مختصرة، فقد أبدأ بقول: «ناقشنا الكثير من الأمور المهمة الأسبوع الماضي. أتساءل عن نوع المشاعر التي أخذتها معك إلى البيت.»

بالطبع، هدفي هو ربط الجلسة الحالية بالجلسة السابقة. كتابة ملخصات الجلسة العلاجية الجماعية وإرسالها إلى أعضاء المجموعة قبل الاجتماع التالي يخدم هذا الغرض تمامًا. في بعض الأحيان تبدأ المجموعات بأعضاء يعترضون على الملخص. يشيرون إلى أنهم رأوا الأمور بشكل مختلف أو أن لديهم الآن فهمًا مختلفًا عن فهم المعالج. أرحب بالاختلاف لأنه يعزز اتصال الجلسات.

الفصل الثالث والخمسون دَوْن ملاحظات كل جلسة

إذا كان على المعالجين أن يصبحوا المؤرخين لعملية العلاج النفسي وأن يراعوا استمرارية الجلسات، فمن الضروري أن يحتفظوا بسجل للأحداث. الرعاية الصحية المدارة والتهديد بالتقاضي، الوباءان التوأمان اللذان يهددان اليوم نسيج العلاج النفسي، منحانا هدية إيجابية واحدة: شجعا المعالجين على تدوين ملاحظات منتظمة.

في الأزمنة القديمة للسكرتيرات ملئت إلى تسجيل ملخصات مفصلة لكل جلسة ونسخها. (استقيت الكثير من المواد لهذا الكتاب وغيره من هذه الملاحظات.) اليوم، مباشرة بعد الجلسة، أخصص بضع دقائق لإدخال الموضوعات الرئيسة التي نُوقشت في كل جلسة في الحاسوب، بالإضافة إلى مشاعري والأعمال غير المكتملة لكل جلسة. أعمل دائماً على تنظيم جدولي بحيث أقضي الدقائق اللازمة لقراءة الملاحظات قبل الجلسة التالية. إذا وجدت أنه لا يوجد شيء ذو أهمية للكتابة، فهذا في حد ذاته معلومة مهمة وربما يدل على أن العلاج في حالة ركود وأني والمريض لا نفتح آفاقاً جديدة. الكثير من المعالجين الذين يراجعون المرضى عدة مرات في الأسبوع لا يحتاجون إلى ملاحظات تفصيلية لأن الجلسات تظل في ذهنهم بشكل أكثر وضوحاً

الفصل الرابع والخمسون

شجع المريض على مراقبة نفسه

مغامرة العلاج النفسي هي تمرين في استكشاف النفس، أحث المرضى على اغتنام أي فرصة لتعميق استكشافنا. إذا أبلغني مريض كان دائماً غير مرتاح في التجمعات الاجتماعية أنه تلقى دعوة إلى حفلة كبيرة، عادة ما أرد بقولي: «رائع! ما أروعها من فرصة لاكتشاف نفسك! ولكن هذه المرة راقب نفسك، وتأكد من تدوين بعض الملاحظات بعدها لنتناقشها في الجلسة التالية.»

الزيارات المنزلية للوالدين مصادر غنية جداً للمعلومات. بناءً على اقتراحي، بدأ الكثير من مرضاي في إجراء محادثات أطول وأعمق مع أشقائهم أكثر من أي وقت مضى. وعادة ما يكون أي نوع من لم الشمل الدراسي منجم ذهب للمعلومات، وكذلك أي فرصة لإعادة زيارة العلاقات القديمة. أحث المرضى أيضاً على محاولة الحصول على تعقيبات من الآخرين حول رأيهم عنهم سواء قديماً أو الآن. أعرف رجلاً مسناً التقى زميلته من الصف الخامس وأخبرته أنها تتذكره بأنه «صبي جميل ذو شعر أسود قاتم وابتسامة لطيفة.» بكى عندما سمع ذلك. كان يعتبر نفسه دائماً قبيح وأخرق. لو أخبره شخص ما، أي شخص، حينها أنه كان جميلاً، لغير ذلك، كما يعتقد، حياته بأكملها.

الفصل الخامس والخمسون

عندما يبكي مريضك

ماذا تفعل عندما يبكي صديق في حضورك؟ عادةً ما تحاول تقديم المواساة. قد تقول بعض عبارات التخفيف أو تحتضن صديقك، أو تسرع لإحضار المناديل، أو تبحث عن طريقة لمساعدة صديقك على استعادة السيطرة والتوقف عن البكاء. لكن، يتطلب الموقف العلاجي شيئاً أكثر من مجرد المواساة.

نظرًا إلى أن البكاء غالبًا ما يعبر عن الدخول في غرف أعمق من العواطف، فإن مهمة المعالج ليست أن يتصرف بتهذيب ويساعد المريض على التوقف عن البكاء. بل على العكس، قد تحتاج إلى تشجيع مرضاك على التعمق أكثر، وحثهم على مشاركة أفكارهم: « لا تحاول إيقاف هذه العملية. استمر فيها. رجاءً استمر في الحديث معي؛ حاول وضع مشاعرك في كلمات. » أو قد تطرح سؤالاً استخدمه كثيرًا: « لو أن لدموعك صوتًا، فماذا ستقول؟ »

يمكن اعتبار العلاج النفسي بمثابة تسلسل متناوب من التعبير عن الوجدان وتحليله. في هذا السياق، يُشجع المعالج على البوح بالمشاعر ولكن يتبع ذلك بتأمل هذه المشاعر المُعبر عنها. يتضح هذا التسلسل بشكل لافت في العلاج الجماعي، حيث تُثار مشاعر قوية في جو التفاعل الجماعي، لكنه يظهر أيضًا في التفاعل الفردي، وبخاصة

عند البكاء. لذلك، عندما يحدث البكاء، أغمر المريض أولاً في محتوى البكاء ومعناه ثم أتأكد لاحقاً من تحليل فعل البكاء، وبخاصة فيما يتعلق بالهنا والآن. لذلك، فإنني لا أتساءل فقط عن المشاعر المتعلقة بالبكاء بشكل عام، ولكن بشكل خاص، بماذا يشعرك البكاء في حضورى.

الفصل السادس والخمسون

امنح نفسك وقتاً بين المرضى

أتوقع أن يتجاهل هذه النصيحة غير الشعبية بسرعة الكثير من المعالجين الذين تتسارع ممارساتهم مع التيار السريع للضرورة الاقتصادية، ولكن ها هي على أي حال. لا تبخس نفسك والمريض بعدم ترك وقت كافٍ بين الجلسات. لطالما احتفظت بملاحظات تفصيلية لكل جلسة ولم أبدأ أبداً جلسة من دون الرجوع إليها. غالباً ما تشير ملاحظاتي إلى الأعمال غير المكتملة، الموضوعات التي ينبغي متابعتها أو مشاعر بيني وبين المريض لم نخض فيها بعمق. إذا أخذت كل جلسة على محمل الجد، فإن المريض سيفعل ذلك أيضاً.

يعمل بعض المعالجين على جدولة مواعيدهم بشكل محكم لدرجة أنهم لا يحصلون على استراحة مطلقاً بين المرضى. حتى عشر دقائق، في رأيي، غير كافية إذا قُضيَ جزء جيد من هذا الوقت في الرد على المكالمات. لا أستغرق أبداً أقل من عشر دقائق كاملة وأفضل خمس عشرة دقيقة لأخذ الملاحظات وقراءتها والتفكير بين المرضى. تشكل فترات الخمس عشرة دقيقة تعقيدات: يجب تحديد مواعيد المرضى في أوقات غريبة، على سبيل المثال، عشر دقائق قبل الساعة أو بعدها، لكن جميع مرضاي تقبلوا ذلك. كما أنه يطيل يومك وقد يقلل الدخل. ولكن الأمر يستحق. يُشاع أن أبراهام لينكولن قال

إنه لو لديه ثماني ساعات لقطع شجرة، فإنه سيقضي الكثير من هذه
الساعات في شحذ فأسه. لا تكن الخطاب الذي يستعجل لدرجة أنه
لا يملك وقتاً لشحذ الفأس.»

الفصل السابع والخمسون عبّر عن معضلاتك بصراحة

عمومًا، عندما أجد نفسي عالقًا وأواجه صعوبة في التجاوب مع مريض، فذلك يعود لأنني أجد نفسي محاصرًا بين اعتبارات متعارضة. أعتقد أنه يمكنك دائمًا التعبير عن معضلتك بصراحة. إليك بعض الأمثلة.

«تيد، دعني أقطعك. أشعر اليوم بالحيرة بين شعورين متعارضين: من ناحية، أعلم أن تاريخ النزاع بينك وبين مديرك مهم، وأعلم أيضًا أنك غالبًا ما تشعر بالأذى عندما أقطعك؛ لكن من ناحية أخرى، لدي شعور قوي بأنك تتجنب شيئًا مهمًا اليوم.»

«ماري، تقولين إنك لا تصدقين أنني صادق تمامًا معك، وأنني أتعامل معك بلطف وحذر شديدتين. أعتقد أنكِ على حق: أنا أحجم عن البوح. غالبًا ما أجد نفسي محاصرًا في معضلة: من ناحية، أتمنى أن أتصرف على طبيعتي أكثر معك، ولكن من ناحية أخرى، لأنني أشعر بأنك تجرحين بسهولة وأنكِ تعطين تعليقاتي قوة مفرطة، أشعر أنه يجب التفكير بعناية شديدة في كلماتي.»

«بيت، لدي معضلة. أعلم أن إيلي هي الموضوع الذي تريد مناقشته معي: أشعر بضغطك الشديد للقيام بذلك ولا أريد إحباطك. لكن من ناحية أخرى، تقول إنك تعلم أن علاقتك بها لا معنى لها، وأنها

غير مناسبة لك تمامًا، وأنها لن تنجح أبدًا. يبدو لي أنه علينا النظر إلى ما هو أعمق أو أبعد من إيلي ومحاولة اكتشاف المزيد مما يغذي افتتانك القوي بها. لقد استحوذت تفاصيل تفاعلاتك مع إيلي على الكثير من جلساتنا الأخيرة بحيث لم يعد لدينا سوى وقت قليل للاستكشاف بشكل أعمق. أقترح أن نحدد الوقت الذي نناقش فيه إيلي؛ ربما عشر دقائق في كل جلسة.»

«مايك، لا أريد تجاهل سؤالك. أعلم أنك تشعر أنني أتجنب استفساراتك الشخصية. لا أريد فعل ذلك وأعدك بالعودة إلى أسئلتك. لكنني أشعر أنه سيكون أكثر فائدة لعملنا إذا نظرنا أولاً إلى جميع الأسباب الكامنة وراء أسئلتك.»

مثال أخير. سوزان مريضة جاءت لرؤيتي عندما كادت تترك زوجها. بعد عدة أشهر من العلاج المثمر، شعرت بتحسن وتحسنت علاقتها مع زوجها. في إحدى الجلسات، وصفت محادثة جرت مؤخرًا مع زوجها في أثناء الجماع، حيث قلدت تصريحًا لي (وحرّفته أيضًا)، مما أدى إلى ضحكها الشديد. سخريتهما المشتركة مني ساعدت على التقريب بينهما.

كيف أرد؟ لدي عدة احتمالات. أولاً، عكس هذا الحدث مدى قربها من زوجها، وهو أقرب ما كانا عليه منذ وقت طويل جدًا، ربما سنوات. عملنا بجد نحو هذه الغاية، واستطعتُ التعبير عن بعض سعادتي بتقدمها. أو ربما لرددتُ على تحريفها لتعليقي لزوجها. أو ربما لعلقتُ على كيفية تعاملها مع المثلثات بشكل عام، لديها نمط راسخ من القلق الشديد في العلاقات الثلاثية، بما في ذلك المثلث

الأوذيبي؛ هي وزوجها وابنها؛ هي وصديقتان؛ والآن هي وزوجها وأنا. لكن شعوري الغالب أنها تعاملت معي بسوء نية، ولم يعجبني ذلك. علمتُ أن لديها الكثير من الامتنان والمشاعر الإيجابية تجاهي ولكنها، على الرغم من ذلك، اختارت التقليل من شأن علاقتها بي لتعزيز علاقتها بزوجها. لكن هل كان هذا الشعور مبررًا؟ ألم أضع كبريائي الشخصي في طريق ما هو أفضل مهنيًا للمريض؟

في النهاية، قررت الإفصاح عن كل هذه المشاعر ومعضلتي حول الكشف عنها. أدى إفصاحي إلى مناقشة مثمرة لعدة مشكلات مهمة. فهمت على الفور أن مثلثنا نموذج مصغر وأن أصدقاءها الآخرين لا بد أن لديهم مشاعر مشابهة لمشاعري. نعم، صحيح أن زوجها شعر بالتهديد مني وأنها أرادت تهدئته بسخريتها مني. ولكن ربما كان أيضًا صحيحًا أنها أثارت بشكل غير واعي مشاعره التنافسية؟ ولم يكن لديها طريقة لتقديم بعض الطمأنينة الحقيقية له وفي الوقت نفسه الحفاظ على نزاهة علاقتها معي؟ فتح صوتي المعبر عن مشاعري تحقيقًا في نمطها الراسخ وغير التكييفي من اللعب بشخص ضد الآخر.

الفصل الثامن والخمسون

قم بزيارات منزلية

قمت ببعض الزيارات المنزلية لمرضاي. عدد قليل جداً، ولكنها من دون استثناء، حققت كل واحدة منها فائدة. أتاحت لي كل زيارة معرفة جوانب عن مرضاي لم أكن لأعرفها أبداً، هواياتهم، تأثير عملهم في حياتهم، حسهم الجمالي (الذي يتضح من خلال الأثاث والديكورات والأعمال التقنية)، عاداتهم الترفيهية، مؤشرات على وجود كتب ومجلات في المنزل. أحد المرضى الذي اشتكى من قلة أصدقائه لديه منزل غير مرتب، مما يظهر قليلاً من الحساسية تجاه مشاعر زائريه. امرأة شابة جذابة وأنيقة طلبت المساعدة بسبب عدم قدرتها على تكوين علاقة جيدة مع الرجال، أظهرت اهتماماً ضئيلاً بمنزلها؛ سجاد ملطخ بشدة، عشرات الصناديق الكرتونية المليئة بالبريد القديم، أثاث مهترئ؛ لم يكن مفاجئاً لي أن زوارها الذكور ينفرون. في زيارة منزلية لمريضة أخرى، علمت لأول مرة أنها تحتفظ بأكثر من اثني عشر قطعاً وأن منزلها يفوح برائحة بول القطط بحيث لا يمكنها استضافة أحد في منزلها. في زيارة إلى منزل رجل فظ وغير حساس، وجدت، بشكل أدهشني، جدراناً مغطاة بأمثلة بديعة لأعماله من المناظر الطبيعية والخطوط الصينية.

ربما المناقشة التي تسبق الزيارة المنزلية مثمرة. يمكن أن يشعر المرضى بالتوتر من هذا التعرض؛ يترددون فيما إذا كان عليهم تنظيف منازلهم أو السماح لي برؤيتها كما هي. أصبحت إحدى المريضات قلقة جدًا وقاومت زيارتي لبعض الوقت. عندما رأيت شقتها، بدت محرجة للغاية وهي تريني جدارًا مغطى بتذكارات من عشاق سابقين: دمي كرنفال، قصاصات تذاكر أوبرا، صورة فوريّة من تاهيتي وأكابولكو. سبب إحراجها؟ لديها رغبة قوية في كسب احترامي لقدرتها الفكرية وشعرت بالخجل من أن أراها أسيرة الماضي. علمت أنه من الحماقة أن تظل تحن إلى حبها السابق إلى الأبد وشعرت أنني سأشعر بخيبة أمل عندما أرى كيف أثقلت نفسها بذلك.

مريض آخر يواجه حزنًا غامرًا، كثيرًا ما تحدث عن وجود متعلقات وصور زوجته، مما دفعني لاقتراح زيارة منزلية، فوجدت منزله مليئًا بالتذكارات المادية لزوجته، بما في ذلك الأريكة القديمة والبالية في منتصف غرفة المعيشة، التي توفيت عليها. الجدران مغطاة بصورها، سواء صورها هي أو الصور التي التقطتها، وبخزانات الكتب المليئة بكتبها. والأهم من ذلك كله: يكاد لا يوجد أي أثر له في المنزل؛ ذوقه، اهتماماته، وسائل راحته! أثبتت الزيارة أهميتها للمريض من حيث العملية، أنني اهتمت بما يكفي لبذل جهدي لإجراء الزيارة، وأدت إلى مرحلة من التغيير الجذري حيث أعلن أنه يريد مساعدتي في تغيير منزله. عملنا معًا على وضع جدول زمني ونهج لسلسلة من التعديلات المنزلية التي سهلت وعكست التقدم في علاج الفقد.

بينما أظهر آخرون اهتمامًا ضئيلًا بأنفسهم، كأنهم لا يستحقون الجمال أو الراحة في حياتهم. فاجأني أحد المرضى أنه يكتنز مئات المجلات ودفاتر الهاتف القديمة مكدسة في أنحاء المنزل، وهي حقيقة ربما لم أكن لأعلمها أبدًا. وافقت مريضة لأحد طلابي، التي كانت أيضًا مكتنزة، بعد عامين من العلاج على زيارة المعالج بهذه بكلمات: «عليك أن تعدني بعدم البكاء.» تشير تعليقاتها إلى أن إذنها بالزيارة مؤشر على أنها بدأت فعلاً عملية التغيير.

تعتبر الزيارات المنزلية أحداثًا مهمة، وليس قصدي أن أوحى بأن المعالجين المبتدئين يجب أن يتخذوا هذه الخطوة بتهور. يجب أولاً وضع الحدود واحترامها، لكن عندما تتطلب الحالة ذلك، يجب أن نستعد لأن نصبح مرنين ومبدعين ومُتفردين في العلاج الذي نقدمه. من ناحية أخرى، يتساءل المرء لماذا يبدو الآن تقليد الزيارات المنزلية، الذي كان شائعًا ذات يوم في مجال الرعاية الصحية، جريئًا ومحفوفًا بالمخاطر. يسعدني مشاهدة التغييرات الحالية. بدءًا من المعالجين الأسريين الذين يعملون في الغالب على جدولة الجلسات في منازل مرضاهم.

الفصل التاسع والخمسون

لا تأخذ التفسيرات على محمل الجد

في تجربة وصفتها مسبقاً، حيث سجلنا أنا والمريضة وجهات نظرنا حول كل جلسة علاجية، تعلمت أننا تذكرنا وقدرنا جوانب مختلفة تماماً من العملية. قدرت أنا وأويلاتي الفكرية بينما كان لها تأثير ضئيل في المريضة، التي قدرت بدلاً من ذلك الأفعال الشخصية الصغيرة ذات الصلة بعلاقتنا. تشير معظم التقارير المباشرة المنشورة حول العلاج النفسي إلى ذلك الاختلاف: يعطي المعالجون للتأويل والبصيرة قيمة أعلى بكثير من المرضى نحن المعالجين نبالغ في تقدير محتوى التنقيب عن الكنز الفكري؛ صار الأمر على هذا النحو منذ البداية، عندما وضع فرويد الأساس السيئ من خلال استعارتين جذابتين لكن مضللتين.

الأولى صورة المعالج الذي يعمل كأثري ينفذ الغبار بعناية عن الذكريات المدفونة لكشف الحقيقة، ما حدث بالفعل في سنوات المريض الأولى: الصدمة الأصلية، المشهد البدائي، الأحداث الأولية. أما الاستعارة الأخرى فأحجية الصور المقطوعة. اقترح فرويد أنه بمجرد العثور على القطعة الأخيرة المفقودة، سيحل اللغز بأكمله. تُقرأ الكثير من حالاته كقصص غامضة، يتابعها القراء بحماسة، متوقعين نهاية مثيرة تُحل فيها جميع الألغاز.

بطبيعة الحال، نقل حماسنا للتنقيب الفكري إلى مرضانا، ونلاحظ أو نتخيل ردود فعلهم المتحمسة بعد «لحظة الإدراك» على تأويلاتنا. قال نيتشه: «نحن حتى نخترع التعبير على وجه الآخر الذي نتحاور معه ليتوافق مع الفكرة الرائعة التي نظن أننا نطقناها.» لم يتوان فرويد عن إخفاء حماسه للحلول الفكرية. وصف أكثر من واحد من مرضاه السابقين عاداته في الوصول إلى صندوق «سيجار النصر» للاحتفال بتأويل بارع. وقدمت وسائل الإعلام الشعبية منذ فترة طويلة هذه النظرة الخاطئة للعلاج النفسي للجمهور. تصور هوليوود عادةً الأطباء النفسيين وهم يتخبطون في الكثير من العقبات، يتبعون الكثير من المسارات الخاطئة، يتغلبون على الشهوة والمخاطر للوصول في نهاية المطاف إلى البصيرة العظيمة الموضحة والمُخلصة.

لا أعني أن المغامرة الفكرية ليست مهمة. بالفعل هي كذلك، ولكن ليس للأسباب التي نعتقدنا عادةً. نحن نتوق إلى راحة الحقيقة المطلقة لأننا لا نستطيع تحمل وحشة الوجود المتقلب تمامًا. كما قال نيتشه، «الحقيقة هي وهم لا يمكن لنوع معين البقاء من دونه.» نحن، الذين خُلِقنا بفطرة ساعية لإيجاد الحلول وحاجة إلى ملء الفجوات، نشبت بقوة بالإيمان بأن التفسير، أي تفسير، ممكن. لأنه يجعل الأمور أكثر احتمالاً، ويمنحنا شعورًا بالسيطرة والتمكن.

لكن ليس اكتشاف محتوى الكنز الفكري هو ما يهم، بل التنقيب، الذي يعد مهمة العلاج النموذجية، حيث يقدم شيئًا لكل مشارك: يستمتع المرضى بالاهتمام الذي يُولى لأدق تفاصيل حياتهم، ويُسحر المعالج بعملية حل لغز حياة. الجميل في الأمر أنه يحافظ على اتصال وثيق بين المريض والمعالج بينما ينمو عامل التغيير الحقيقي؛ العلاقة العلاجية.

ومن الناحية العملية، يُوجد تعقيد كبير في الرابط بين المشروع الفكري والعلاقة بين المعالج والمريض. كلما عرف المعالجون أكثر عن حياة المريض، الماضية والحاضرة، دخلوا فيها وأصبحوا شهودًا أقرب وأكثر تعاطفًا. علاوة على ذلك، فإن الكثير من التأويلات موجهة صراحةً نحو تحسين العلاقة بين المعالج والمريض؛ يركز المعالجون مرارًا وتكرارًا على تحديد وتوضيح العقبات التي تعوق المواجهة بينهم وبين مريضهم.

على المستوى الأساسي تظل العلاقة بين البصيرة والتغيير لغزًا. على الرغم من أننا نسلم بأن البصيرة تؤدي إلى التغيير، هذا التسلسل لم يثبت تجريبيًا. في الواقع، هناك محللون مفكرون ذوو خبرة طرحوا احتمالية التسلسل المعكوس؛ أي أن البصيرة تتبع التغيير بدلاً من أن تسبقه. وأخيرًا، ضع في اعتبارك مقولة نيتشه: «لا توجد حقيقة، يوجد فقط تأويل». وبالتالي، حتى لو قدمنا بعض البصيرة الاستثنائية المغلفة بأناقة، يجب أن ندرك أنها بنية، أحد التفسيرات، وليست التفسير الأوحده.

خذ في الاعتبار أرملة يائسة لم تتحمل العيش وحيدة وبلا شريك، ولكنها رغم ذلك تخرب أي علاقة جديدة محتملة مع رجل. لماذا؟ خلال عدة أشهر من التحقيق، وصلنا إلى عدة تفسيرات:

- تخشى أنها ملعونة. كل رجل أحبته لقي نهاية غير متوقعة. تتجنب العلاقات العاطفية لحماية الرجل من الكارما السيئة.
- تخشى أن يقترب الرجل أكثر مما ينبغي لأنه سيتمكن من تفحصها واكتشاف السوء الجوهرى الذي تحمله بداخلها، وبذاتها، وغضبها القاتل.

- إذا سمحت لنفسها بالحب الحقيقي لرجل آخر، فذلك بمثابة اعتراف نهائي بأن زوجها قد مات بالفعل.
 - أن حبها لرجل آخر سيسكل خيانة: فهو يعني أن حبها لزوجها لم يكن بالعمق الذي اعتقدته.
 - تعرضت لخسائر كثيرة ولم تستطع تحمل خسارة أخرى. كان الرجال ضعفاء جدًّا؛ كلما نظرت إلى رجل جديد في حياتها، رأت جمجمته تلمع تحت جلده وتحاصرها أفكار حول أنه سرعان ما سيصبح كيسًا من العظام الجافة.
 - تكره مواجهة عجزها. في أوقات غضب زوجها منها وغضبه هذا دمرها. صممت على عدم السماح بحدوث ذلك مرة أخرى، وعدم إعطاء أي شخص هذا القدر من السيطرة عليها.
 - الاستقرار مع رجل واحد يعني التخلي عن احتمالية وجود أي رجل آخر، وهي تكره التخلي عن احتمالاتها.
- أي من هذه التفسيرات حقيقي، أو الأصح؟ واحد؟ بعضهم؟ كلهم؟ يمثل كل منهم بنية مختلفة: هناك الكثير من التفسيرات بقدر توافر الأنظمة التفسيرية. لم يثبت أي منها في ذلك الوقت أنه يحدث الفارق الحاسم. لكن البحث عن تفسير أبقانا متفاعلين وتفاعلنا في نهاية المطاف هو ما صنع الفارق. أخذت المغامرة واختارت أن ترتبط معي بعمق، ولم أبتعد عنها. لم يدمرني غضبها، بقيت قريبًا منها، أمسكت بيدها عندما كانت في أشد حالات اليأس، بقيت على قيد الحياة ولم أصبح ضحية للكارما الملعونة.

الفصل الستون

وسائل تسريع العلاج النفسي

لعمد من الزمن، استخدمت مجموعات العلاج أو النمو الشخصي تقنيات التسريع أو «إذابة الجمود». بعض التقنيات التي وجدتها مفيدة تشمل «سقوط الثقة»، حيث تشكل المجموعة دائرة حول عضو يسقط للخلف، وعيناه مغلقتان، ليلتقطه أعضاء المجموعة. في تمرين «السر الأعظم» يكتب كل عضو، على قصاصات ورق موحدة من دون تفاصيل تعريفية، سرًا يشعرون أن الكشف عنه يشكل تحدّيًا صعبًا. ثم يُعاد توزيع الأوراق ويقرأ كل عضو سر شخص آخر ويناقش كيف سيشعر لو لديه مثل هذا السر. تقنية أخرى هي إعادة تشغيل مقاطع مختارة من شريط فيديو لاجتماع سابق. أو، في مجموعات الطلاب، يتناوب الأعضاء في دور قائد المجموعة وينتقدون أداء أحدهم الآخر. أو، لكسر الصمت الأولي الطويل، قد يقترح القائد جولة «مشاركة» سريعة حيث يكشف الأعضاء عن تداعيهم الحر⁽¹⁾ في أثناء الصمت.

(1) التداعي الحر هو تقنية يُطلب فيها من الشخص أن يعبر عن سلسلة أفكاره ومشاعره بحرية ومن دون ترتيب مسبق أو تحرير ذاتي. حيث يُشجع المريض على مشاركة كل ما يخطر بباليه، بغض النظر عن مدى تفاهته أو عدم ترابطه. يستخدم الكاتب كلمة تداعيات أو تداعي للتعبير عن هذا المفهوم. (ملحوظة المترجم)

كل هذه التقنيات لإذابة الجمود أو التسريع ليست سوى المرحلة الأولى من التمرين. في كل حالة، على قائد المجموعة تقديم التوجيهات، ومساعدة أعضاء المجموعة على استخلاص المعلومات التي ولدها التمرين: على سبيل المثال، موافقهم تجاه الثقة والمواجهة والإفصاح عن الذات.

أحد أقوى التدخلات التي استخدمتها (في مجموعات من مرضى السرطان وكذلك في بيئة تعليمية لجمهير كبيرة) هو تمرين «من أنا؟» يُعطى كل عضو ثماني قصاصات من الورق ويُطلب منه كتابة إجابة لسؤال «من أنا؟» على كل قصاصة. (بعض الإجابات المحتملة: زوجة، أنثى، مسيحية، محبة للكتب، أم، طبيبة، رياضي، كائن جنسي، محاسب، فنان، ابنة، إلخ). ثم يرتب كل عضو القصاصات من الأكثر هامشية إلى الأكثر مركزية (أي الأقرب إلى جوهر الشخص).

بعد ذلك، يُطلب من الأعضاء التأمل في القصاصة، بدءاً من الأكثر هامشية، وتخيل كيف سيشعرون إذا تخلوا عن هذا الجزء من هويتهم. تُعطى إشارة (جرس ناعم أو صوت رنين) كل بضع دقائق للانتقال إلى القصاصة التالية، وبعد أن يرن الجرس ثماني مرات وتُقرأ جميع القصاصات، يُعكس الإجراء ويعيد الأعضاء استحضار كل جوانب هويتهم. في مناقشة ما بعد التمرين (وهي أساسية في هذا التمرين كما في غيره)، يناقش الأعضاء المشكلات التي أثارها التمرين لهم: على سبيل المثال، مشكلات الهوية والذات الجوهرية، تجربة التخلي، التخيلات حول الموت.

بشكل عام، أجد أن وسائل التسريع أقل ضرورة أو فائدة في العلاج الفردي. بعض الأساليب في العلاج -على سبيل المثال، العلاج الجشطالتي- تستخدم الكثير من التمارين التي، إذا استُخدمت بحكمة، تسهل العلاج. لكن من الشائع أيضًا تهور بعض المعالجين الشباب بتطويرهم حقبة من التمارين ويستخدمونها لتنشيط العلاج كلما بدا أنه تباطأ. على المعالجين المبتدئين أن يتعلموا أنه يوجد أوقات للجلوس في صمت، أحيانًا في تواصل صامت، وأحيانًا في أثناء انتظار ظهور أفكار المرضى بشكل يمكن التعبير عنه.

ومع ذلك، وفقًا للمبدأ القائل بأنه يجب تصميم علاج مختلف لكل مريض، هناك أوقات مناسبة للمعالج لتطوير بعض التمارين التي تناسب احتياجات مريض معين.

في مواضع أخرى في هذا الكتاب، ناقش عددًا من هذه الوسائل: زيارة منزلية، لعب الأدوار، أو مطالبة المرضى بتأليف ما يكتب على شاهد ضريحهم. كما أطلب من المرضى إحضار صور عائلية قديمة. ليس فقط لإحساسي بأنني أكثر ارتباطًا بالمريض عندما يشاركني بعضًا من صورهِ للأشخاص المهمين في الماضي، بل أيضًا لأن ذكريات المريض للأحداث والمشاعر الماضية الهامة تُحفظ بشكل كبير من خلال الصور القديمة. أحيانًا من المفيد مطالبة المرضى بكتابة رسالة (لمشاركتها معي وليس بالضرورة لإرسالها) إلى شخص ربما لديهم معه أعمال غير مكتملة؛ على سبيل المثال، والد غير متاح أو متوفى، زوجة سابقة، طفل.

التقنية الأكثر شيوعًا التي أستخدمها هي لعب الأدوار غير الرسمي. على سبيل المثال، إذا ناقشت مريضة عدم قدرتها على مواجهة صديقة بشأن مسألة ما؛ دعونا نقل إنها قلقة بشأن قضاء إجازة على شاطئ البحر لمدة أسبوع مع صديقة لأنها تحتاج إلى وقت بمفردها كل يوم للتأمل أو القراءة أو التفكير. قد أقترح تمرينًا قصيرًا للعب الأدوار حيث تلعب دور صديقها وأتولى أنا دورها لأظهر كيف يمكنها طلب ذلك. في مواقف أخرى قد أفعل العكس: ألعب دور الشخص الآخر وأتركها تتدرب على ما قد تقوله.

تقنية الكرسي الفارغ التي أستخدمها فريتز بيرلز مفيدة أحيانًا. أوجه بعض المرضى الذين لديهم صوت داخلي قوي مُحقر للذات إلى وضع الجزء الحاكم والناقد الذاتي على كرسي فارغ والتحدث إليه، ثم تبديل الكراسي وتقمص دور الحاكم الذي يعبر عن التعليقات الناقدة للذات الظاهرة. مرة أخرى، وأكد، هذه التقنيات مفيدة ليس كأهداف في حد ذاتها، ولكن لتوليد معلومات للاستكشاف اللاحق.

الفصل الحادي والستون

العلاج بصفته تدريبًا عامًا لممارسة الحياة

يشعر الكثير من المعالجين بالخرج عندما يسمعون النقاد يصفون عملهم بأنه مجرد «صدقة للبيع.» على الرغم من وجود بعض الحقيقة في هذا البيان، فإنه لا يستحق الخرج. الصداقة بين المعالج والمريض هي شرط ضروري في العملية العلاجية، ضرورية، ولكنها ليست كافية. العلاج النفسي ليس بديلاً عن الحياة ولكنه تدريب عام لممارسة الحياة. بمعنى آخر، على الرغم من أن العلاج النفسي يتطلب علاقة وثيقة، فإن العلاقة ليست غاية؛ لكنها وسيلة لتحقيق غاية.

تؤدي الحميمية في العلاقة العلاجية الكثير من الأغراض. توفر مكانًا آمنًا للمرضى ليكشفوا عن أنفسهم بأكثر قدر ممكن. بالإضافة إلى تجربة القبول والفهم بعد الإفصاح العميق. تعلم مهارات اجتماعية: يتعلم المريض ما تتطلبه العلاقة الحميمة. ويتعلم المريض أن الألفة ممكنة، بل ويمكن تحقيقها. أخيرًا، وربما الأهم من كل ذلك، هو ملاحظة كارل روجرز بأن العلاقة العلاجية تعمل كنقطة مرجعية داخلية يمكن للمرضى العودة إليها في خيالهم. بمجرد تحقيق هذا المستوى من الألفة، يمكنهم أن يحتفظوا بالأمل وحتى توقع علاقات مماثلة.

غالبًا ما نسمع عن المرضى (في العلاج الجماعي أو العلاج الفردي) الذين يكونون مرضى أو أعضاء في المجموعة ممتازين، ومع ذلك يظلون من دون تغيير جوهري في حياتهم الخارجية. قد يرتبطون جيدًا بالعلاج الفردي أو قد يكونوا أعضاء رئيسيين في المجموعات، يفصحون عن ذاتهم، يعملون بجد، يحفزون التفاعل، ومع ذلك لا يطبقون ما تعلموه في مواقفهم الخارجية. بمعنى آخر، يستخدمون العلاج النفسي كبديل بدلًا من كونه تدريبًا للحياة.

قد تفيد هذه الملاحظات في قرارات إنهاء العلاج. تغيير السلوك في الموقف العلاجي وحده بالطبع ليس كافيًا: على المرضى نقل تغييراتهم إلى بيئتهم الحياتية. في المراحل الأخيرة من العلاج، أكون نشطًا في ضمان نقل التعلم. إذا رأيت ذلك ضروريًا، أبدأ في التوجيه الفعال، وأحث المريض على تجربة سلوكيات جديدة في البيئات المهنية والاجتماعية والعائلية.

الفصل الثاني والستون

استخدم الشكوى الأولية كوسيلة للتأثير

لا تفقد الاتصال بشكاوى المرضى الأولية. كما يوضح المشهد التالي، قد تفيدك أسباب طلب العلاج المعطاة في الجلسة الأولى خلال المراحل الصعبة من العلاج.

استشارتني معالجة نفسية تبلغ من العمر خمسة وخمسين عامًا بسبب مآزق في عملها مع رون، طالب علم النفس الإكلينيكي البالغ من العمر أربعين عامًا، الذي رآته منذ بضعة أشهر. قبل فترة قصيرة، رفضت رون امرأة واعدة عدة مرات، وبعد ذلك أصبح أكثر إلحاحًا خلال الجلسات العلاجية وأصر على أن تمسك معالجته بيده وتعاينه لتوفير الراحة له. لدعم موقفه، أحضر نسخة من كتابي «أمي ومعنى الحياة» حيث وصفت فيه التأثيرات الإيجابية للإمساك بيد أرملة حزينة. تجهم رون، رفض المصافحة في نهاية الجلسات، ووضع قوائم بعيوب معالجته.

شعرت المعالجة بعدم الارتياح والارتباك والتلاعب والانزعاج المتزايد من سلوك رون الطفولي. باءت كل الأساليب التي اتبعتها لتحسين المآزق بالفشل، ومع تزايد خوفها من شدة غضب مريضها، فكرت في إنهاء العلاج.

خلال الإشراف، راجعنا السبب الأولي الذي دفع رون إلى طلب العلاج، العمل على علاقاته مع النساء. رون، رجل جذاب يكون علاقات مع النساء بسهولة، يقضي معظم الأمسيات مع أصدقائه في الحانة يتعرف النساء لقضاء ليلة واحدة مع إحداهن ثم ينتقل سريعاً إلى أخريات. في المناسبات القليلة التي وجد فيها امرأة جذابة على وجه خاص، وأراد مواصلة العلاقة، هُجِرَ بسرعة. لم يكن متأكدًا من السبب، لكنه خمن أنها سئمت من إصراره على الحصول بالضبط على ما يريد في جميع الأوقات. وبسبب هذه المشكلات تحديدًا اختار أن تكون المعالجة امرأة.»

ألقت هذه المعلومات الكثير من الضوء على مآزق العلاج النفسي ووفرت وسيلة تأثير مهمة. لم يكن الخلاف بين المريض والمعالج مجرد مضاعفة شائعة في العلاج، بل تطورًا حتميًا وأساسيًا. بالطبع سيطلب رون الكثير من معالجته. بالطبع سيحط من قدرها، وبالطبع سترغب في تركه. لكن كيف يمكن تحويل ذلك إلى الاستخدام العلاجي؟

تذكر الفصل الأربعين: «التغذية الراجعة: اضرب على الحديد وهو بارد.» التوقيت مهم للغاية: التأويلات أكثر فعالية عندما يقل تأثير المريض بما يكفي ليتمكن من تبني وجهة نظر أكثر موضوعية حول سلوكه. عندما يمين ذلك الوقت، استخدم الوسيلة التي توفرها المشكلة المقدمة. اعتمد على التحالف العلاجي واقترح أن يحاول المعالج والمريض معًا فهم مسار الأحداث. على سبيل المثال:

«رون، أعتقد أن ما حدث بيننا خلال الأسابيع القليلة الماضية مهم للغاية. دعني أخبرك بالسبب. فكر في الأسباب التي جعلتك تأتي لرؤيتي لأول مرة. كان ذلك بسبب المشكلات التي تنشأ باستمرار بينك وبين النساء. بناءً على ذلك، ظهور مشكلات مزعجة بيننا شيء حتمي. وهذا ما حدث. لذا، على الرغم من أن هذا ليس مريحًا لك، ولا لي، يجب أن نعتبره فرصة تعلم غير عادية. حدثت أشياء هنا تعكس ما يحدث في حياتك الاجتماعية، لكن هناك اختلاف جوهري، وهذا هو الفريد في الموقف العلاجي: لن أقطع الاتصال وسأكون متاحًا لك لاكتشاف شيء لم تكن لديك الفرصة لمعرفة في العلاقات السابقة، المشاعر التي تثيرها أفعالك في الشخص الآخر.»

بعد ذلك، يمكن للمعالجة المضي قدمًا في مشاركة مشاعرها حول سلوك رون، مع الحرص على تقديمها بلطف ودعم.

الفصل الثالث والستون

لا تخش التلامس مع مريضك

في بداية تدريبي في الطب النفسي في مستشفى جونز هوبكنز، حضرت مؤتمر حالة تحليلية حيث انتقد أحد المناقشين بشدة المعالج الشاب الذي قدم الحالة لأنه ساعد مريضته (امرأة مسنة) على ارتداء معطفها الخارجي في نهاية جلسة. تبع ذلك نقاش حاد وطويل. اتفق بعض أعضاء المؤتمر الأقل حكماً على أنه، على الرغم من وضوح الخطأ العلاجي، فإن عمر المريضة المتقدم وعاصفة الثلج الهائجة في الخارج قللت من خطورة المخالفة.

لم أنسَ أبداً ذلك المؤتمر وحتى الآن، بعد عقود، ما زلت أنا وزميل مقيم حافظت على صداقتي معه نمزح حول مغامرة المعطف والنظرة اللاإنسانية للعلاج النفسي الذي يمثله. استغرق الأمر سنوات من الممارسة والتجارب التصحيحية للتخلص من أضرار هذا التدريب الصارم.

حدثت إحدى هذه التجارب التصحيحية بينما أطور طرق قيادة مجموعات الدعم لمرضى السرطان. بعد اجتماع مجموعتي الأولى بعدة أشهر، اقترحت إحدى العضوات طريقة مختلفة لإنهاء الاجتماع. أشعلت شمعة، طلبت منا أن نشبك الأيدي، ثم قادت المجموعة في تأمل موجه. لم يسبق لي أن أمسكت بيد مريض من قبل ولكن في

هذا الموقف لم يكن لدي خيار. شاركت وشعرت فورًا، مثل جميع الأعضاء، أنها طريقة ملهمة لإنهاء اجتماعاتنا، ولعدة سنوات أنهينا كل جلسة بهذه الطريقة. كان التأمل مهدئًا ومنعشًا، لكن لمس الأيدي هو ما أثر فيّ بشكل خاص. تبخرت الحدود المصطنعة؛ المريض والمعالج، المعتل والسليم، الحي والميت؛ بينما شعرنا جميعًا بالاتصال بالآخرين من خلال الإنسانية المشتركة.

أحرص على التلامس مع المريض في كل جلسة؛ مصافحة، ربت على الأكتاف، عندما أرافق المريض عادةً في نهاية الجلسة إلى الباب. إذا أراد المريض أن يمسك بيدي لفترة أطول أو أراد عناقًا، أرفض فقط إذا كان هناك سبب مقنع، على سبيل المثال، المخاوف بشأن المشاعر الجنسية. ولكن، مهما كان نوع الاتصال، أحرص على مناقشته في الجلسة التالية، ربما شيء بسيط مثل: «ماري، انتهت جلستنا الأخيرة بشكل مختلف؛ أمسكت يدي بكلتا يديك لفترة طويلة [أو «طلبت عناقًا»]. بدا لي أنك تشعرين بشيء قوي. ما الذي يمكنك تذكره من ذلك؟» أعتقد أن معظم المعالجين لديهم قواعدهم السرية حول التلامس. على سبيل المثال، أخبرتني معالجة مسنة وماهرة منذ عقود مضت أن مرضاها كانوا يهونون الجلسة عادة بتقبلها على الخد. تلامس. لكن تأكد من أن التلامس يصبح موضوعًا للمناقشة بين شخصيتي. إذا كان المريض في حالة يأس شديد بسبب تكرار الإصابة بالسرطان على سبيل المثال أو أي حدث مروع آخر في الحياة وطلب خلال الجلسة أن يمسك بيدي أو يعانقني، فإن رفضي ذلك لا يختلف عن رفضي مساعدة امرأة مسنة تواجه عاصفة ثلجية في ارتداء

معطفها. إذا لم أجد طريقة لتخفيف الألم، فقد أسأل ماذا يريد مني في ذلك اليوم، الجلوس في صمت، طرح الأسئلة وتوجيه الجلسات بنشاط أكبر؟ تحريك مقعدي بشكل أقرب؟ مسك الأيدي؟ بأفضل ما لدي من قدرة، أحاول الاستجابة بطريقة محبة وإنسانية، لكن فيما بعد، كما هو الحال دائمًا، أقوم بالمراجعة: أتحدث عن المشاعر التي أثارها أفعالي، وأشارك مشاعري أيضًا. إذا كان لدي مخاوف من أن تُؤول أفعالي على أنها جنسية، فإنني أشارك هذه المخاوف بصراحة وأوضح أنه، على الرغم من أن المشاعر الجنسية قد تُختبر في العلاقة العلاجية ويجب التعبير عنها ومناقشتها، فلن يجري التصرف بناءً عليها أبدًا. كما أؤكد دائمًا، لا شيء يعلو على أهمية شعور المريض بالأمان في غرفة العلاج وخلال الجلسة العلاجية.

بالطبع، لا أصر على الاتصال الجسدي. على سبيل المثال، إذا خرج المريض غاضبًا، رافضًا المصافحة، أحترم على الفور هذه الرغبة في التباعد. قد يعاني المرضى الأكثر اضطرابًا في بعض الأحيان مشاعر قوية وفريدة تجاه اللمس، وإذا لم أتأكد من هذه المشاعر، فإنني أتساءل بشكل صريح. «هل نتصافح كالمعتاد اليوم؟ أم من الأفضل اليوم ألا نفعل؟» في كل هذه الحالات، أعمل دائمًا على فحص الموقف في الجلسة التالية. مكتبة سُر من قرأ

هذه النقاط العامة منارة في العلاج النفسي. العضلات المتعلقة بالتلامس في العلاج النفسي ليست شائعة، ولكن عندما تحدث، من المهم ألا يُقيّد المعالجون بالمخاوف القانونية ويقدرُوا، كما يظهر المثال التالي، على الاستجابة والمسؤولية والإبداع في عملهم.

امرأة في منتصف العمر كنت أراها لمدة عام فقدت معظم شعرها بسبب العلاج الإشعاعي لورم في الدماغ. شُغلت بمظهرها وكثيرًا ما تعلق على مدى قبحتها في نظر الآخرين من دون شعرها المستعار. سألتها ماذا تعتقد أنني سأتفاعل. شعرت أنني أيضًا سأغير نظرتي إليها وسأجدها منفرة جدًا لدرجة أنني سأبتعد عنها. أعربت عن رأيي بأنني لا أستطيع تخيل الابتعاد عنها.

وفي الأسابيع التالية، بدأت تفكر في إزالة شعرها المستعار في مكنتي، وفي إحدى الجلسات أعلنت أن الوقت قد حان. تنهدت وبعد أن طلبت مني النظر بعيدًا، خلعت شعرها المستعار وبمساعدة مرآتها الصغيرة صفت خصلات شعرها المتبقية. عندما عدت بنظري إليها، شعرت بالصدمة للحظة، للحظة واحدة فقط، بسبب تقدمها في السن فجأة، لكنني سرعان ما تواصلت مجددًا مع جوهر الانسنة الجميلة التي أعرفها وأطلقت العنان لخيالي بتمرير أصابعي بين خصلات شعرها الناعمة. عندما سألت عن مشاعري، شاركتها بالتخيلات. امتلأت عيناها بالدموع ومدت يدها لأخذ المناديل. قررت أن أتقدم أكثر. سألتها «هل نجرب ذلك؟» فأجابت: «سيكون ذلك أمرًا رائعًا.» وهكذا اقتربت منها ومررت يدي على شعرها وفروة رأسها. على الرغم من أن التجربة استمرت لبضع لحظات فقط، بقيت راسخة في ذهن كل منا. نجت من سرطانها وبعد سنوات، عندما عادت بسبب مشكلة أخرى، ذكرت أن لمسي لفروة رأسها ظل بمثابة لحظة مقدسة، فعل تأكيدي هائل غير صورته السلبية عن نفسها جذريًا.

جاءت شهادة مماثلة من أرملة في حالة يأس شديد لدرجة أنها كثيراً أتت إلى مكتبي وهي متألّمة جداً ولا تقوى على التحدث، لكنها وجدت عزاءً كبيراً من مجرد مسك يدي لها. وفي وقت لاحق، ذكرت أن ذلك بمثابة نقطة تحول في العلاج: سمح لها بالشعور بالتواصل معي وثبتها. قالت إن يدي هي الثقل الذي منعهما من الانجراف بعيداً نحو اليأس.

الفصل الرابع والستون

احذر التورط في أي نشاط جنسي مع المرضى

أصبح ارتفاع معدل التجاوزات الجنسية مشكلة خطيرة على مدى السنوات القليلة الماضية، ليس فقط في مجال العلاج النفسي، بالطبع، ولكن في جميع المواقف التي يوجد فيها فارق في السلطة: الكهنوت، الجيش، القطاعات التجارية والسياسية، الطب، المؤسسات التعليمية، ضع ما شئت. على الرغم من أن مثل هذه التجاوزات تشكل مشكلة هائلة في كل من هذه الأماكن، فهي لها معنى خاص في مجال العلاج النفسي، حيث تلعب العلاقات القوية والحميمية دورًا محوريًا في نجاح هذا العمل، وحيث تدمر العلاقات الجنسية جميع الأطراف، المعالجين والمرضى.

يصبح العلاج النفسي ملعونًا مرتين بسبب مثل هذه التجاوزات. لا يقتصر الأمر على خيانة المرضى وإلحاق الضرر بهم فحسب، بل إن التأثير السلبي الناجم عن ذلك مدمر للغاية للمجال بأكمله. أُجبر المعالجون على ممارسة العلاج بطريقة دفاعية. توجه المنظمات المهنية العاملين في هذا المجال لتوخي الحذر الشديد. يُحذرون ليس فقط من أي حميمية غير عادية ولكن من أي مظهر من مظاهر الحميمية، لأن المهن القانونية تفترض أنه حيث يوجد دخان، فلا بد أن النار قد اشتعلت. بعبارة أخرى، يُنصح بتبني عقلية «اللقطة الفورية»؛

أي تجنب أي لحظة يمكن أن تبدو مشبوهة، حتى لو أخذت خارج السياق. يُقال للمعالجين: تجنب الطابع غير الرسمي، تجنب استخدام الأسماء الأولى، لا تقدم الشاي والقهوة، لا تتجاوز الخمسين دقيقة للجلسة، ولا ترى فردًا من الجنس الآخر في الجلسة الأخيرة من اليوم (جميعها مخالفات أقر بارتكابها). فكرت بعض العيادات في تسجيل جميع الجلسات بالفيديو لضمان سلامة المرضى. أعرف معالجًا، رُفعت ضده دعوى قضائية ظلمًا، يرفض الآن أي اتصال جسدي، حتى المصافحة، مع المرضى.

هذه تطورات خطيرة. إذا لم نستعد التوازن في هذا المجال، فسندبحي بجوهر العلاج النفسي. ولهذا السبب كتبت النصيحة السابقة عن التلامس. ولضمان عدم وقوع الطالب في خطأ المساواة بين الحميمة العلاجية والحميمة الجنسية أبادر الآن بتقديم الملاحظات الآتية حول التجاوزات الجنسية.

تطارد المشاعر الجنسية القوية الموقف العلاجي. وكيف لا، بالنظر إلى الحميمة الاستثنائية بين المريض والمعالج؟ يطور المرضى بانتظام مشاعر الحب و/أو المشاعر الجنسية تجاه معالجيهم. غالبًا ديناميات هذا التحويل الإيجابي مبالغ فيها. لسبب واحد، يتعرض المرضى لموقف نادر جدًا ومُرضٍ وممتع. يُفحص كل كلامهم باهتمام، يُستكشف كل حدث في حياتهم الماضية والحاضرة، ويتلقون رعاية وعناية وقبول ودعم بلا شروط.

بعض الأفراد لا يعرفون كيف يردون على هذا السخاء. ما الذي يمكنهم تقديمه في المقابل؟ تعتقد الكثير من النساء، وبخاصة اللاتي يعانين تدني احترام الذات، أن الهدية الحقيقية الوحيدة التي يمكنهن تقديمها هي الهدية الجنسية. من دون الجنس، وهو سلعة ربما اعتمدن عليها في العلاقات السابقة، لا يمكنهن سوى توقع فقدان الاهتمام والتخلي النهائي من المعالج. أما الآخرون، الذين يضعون المعالج في منصب غير واقعي ورفيع وأعلى من الحقيقة، فقد تتولد أيضًا رغبة في الاندماج مع شيء أعظم من أنفسهم. وقد يتنافس بعض آخر على الحب مع المرضى المجهولين في عيادة المعالج.

يجب أن تصبح كل هذه الديناميات جزءًا من الحوار العلاجي: لقد خلقت بطريقة أو بأخرى صعوبات للمريض في حياته/حياتها، ومن الجيد، وليس المؤسف، أن تظهر هنا والآن في الجلسة العلاجية. نظرًا إلى أن الانجذاب إلى المعالج أمر متوقع، يجب التعامل مع هذه الظاهرة، مثل جميع المواقف في الجلسة العلاجية، بوضوح وتفهم. إذا وجد المعالجون أنفسهم مشارين بسبب المريض، فإن هذا الإثارة نفسها تشكل معلومات حول طريقة تواجد المريض (بافتراض أن المعالج واضح بشأن ردود أفعاله/أفعالها).

لا يُرضي المعالجون المرضى المازوخيين بضرهم. وبالطريقة نفسها، لا ينبغي أن تتورط جنسيًا مع المرضى الذين يتوقون إلى الجنس. على الرغم من أن غالبية التجاوزات الجنسية تحدث بين المعالج الذكر والمريضة الأنثى (لهذا السبب أستخدم «هو» للمعالج في هذا النقاش)، فإن هناك مشكلات وإغراءات مشابهة تنطبق على المعالجين الإناث والمعالجين المثليين.

المعالجون الذين لديهم تاريخ من الشعور بعدم جاذبيتهم للنساء قد يشعرون بالإثارة والارتباك عندما تسعى إليهم المريضات بشغف. ضع في اعتبارك أن المشاعر الناشئة في الموقف العلاجي غالبًا ترتبط بالدور أكثر من الشخص: لا تخطئ في تفسير العشق التحويلي كعلامة على جاذبيتك الشخصية أو سحرك الذي لا يقاوم.

يواجه بعض المعالجين صعوبات لأن حياتهم الجنسية غير مكتملة أو يعيشون في عزلة شديدة لدرجة أنهم لا يستطيعون إقامة الاتصالات الجنسية المناسبة والضرورية. من الواضح أن البحث عن هذه الاتصالات في العمل العلاجي هو خطأ فادح. من المهم للمعالجين أن يفعلوا كل ما هو ضروري لتصحيح وضعهم؛ سواء كان ذلك عبر العلاج الفردي، أو العلاج الزوجي، أو خدمات المواعدة، أو التوافق عبر الحاسوب، أو ما شابه ذلك. عندما ألتقي مثل هؤلاء المعالجين في جلسات العلاج أو الإشراف، أود أن أخبرهم، وغالبًا ما أفعل، أن أي خيار، بما في ذلك زيارة عاهرة، أفضل من الخيار الكارثي المتمثل في ممارسة الجنس مع المرضى؛ أود أن أخبرهم، وغالبًا ما أفعل، بأن يجدوا طريقة لتلبية احتياجاتهم الجنسية مع واحد من مليارات الشركاء المحتملين في العالم: أي شخص باستثناء مرضاهم. فهذا ليس خيارًا مهنيًا أو أخلاقيًا.

وفي النهاية، إذا لم يتمكن المعالج من إيجاد حل للحفزات⁽¹⁾ الجنسية الجامحة ولم يقدر أو غير راغب في الحصول على المساعدة من العلاج الشخصي، فأعتقد أنه لا ينبغي أن يمارس العلاج النفسي.

(1) الحفزات: هي استجابة اندفاعية فورية تلقائية من جانب الفرد تجاه موقف مثير أو حاجة ملحة، وبحيث لا تسمح للفرد بممارسة عوامل الضبط الذاتي ضدها من دون

التجاوز الجنسي مدمر أيضًا للمعالجين. المعالجون الذين تسببوا في الأذى، بمجرد أن يراجعوا أنفسهم بصدق، يفهمون أنهم يتصرفون لإرضاء رغباتهم الشخصية بدلاً من خدمة مريضهم. المعالجون الملتزمون بحياة الخدمة يلحقون بأنفسهم وبمبادئهم الأخلاقية الجوهرية ضررًا كبيرًا. وفي النهاية، يدفعون ثمنًا باهظًا مدمرًا ليس فقط من العالم الخارجي على شكل ازدراء مدني وعقوبات واستهجان جائح، ولكن داخليًا أيضًا، على شكل خزي وذنوب مستمرين ومتفشين.

الفصل الخامس والستون

انتبه لمشكلات الذكريات السنوية

ومراحل الحياة

قد تحظى تواريخ معينة بأهمية كبيرة لدى الكثير من المرضى. نتيجة لسنوات كثيرة من العمل مع الأشخاص الشكالي، أصبحت أحترم استمرارية ردود الفعل وقوتها في الذكريات السنوية. يشعر الكثير من الأزواج الشكالي بأنهم يتعرضون لموجات مفاجئة من اليأس تتزامن مع المراحل الهامة المتعلقة بوفاة شركائهم؛ على سبيل المثال، تاريخ التشخيص النهائي أو الوفاة أو الجنازة. ليس من النادر أن يصبح المريض غير مدرك بشكل واعي للتواريخ بالضبط؛ وهي ظاهرة بدت لي دائمًا دليلاً مقنعاً على وجود تأثير اللاوعي في الأفكار والمشاعر الواعية. قد تتكرر ردود الفعل هذه في الذكرى السنوية بالقوة نفسها بلا هوادة لسنوات، بل وربما لعقود. تحتوي الأدبيات المهنية على الكثير من الدراسات المثيرة للدهشة التي توثق ردود الفعل في الذكرى السنوية، مثل زيادة نسبة إيداع المرضى في مستشفيات الأمراض النفسية في الذكرى السنوية لوفاة الوالدين، حتى بعد عقود من حدوثها.

توفر بعض التواريخ البارزة فرصًا للاستفسار العلاجي بطرق كثيرة. قد توفر أعياد الميلاد، وبخاصة أعياد الميلاد الهامة، نافذة مفتوحة للهموم الوجودية وتؤدي إلى زيادة التأمل في دورة الحياة. في مرحلة الرشد، تبدو لي احتفالات أعياد الميلاد مريرة وحلوة دائمًا، مع جانب خفي من الرثاء. يتأثر بعض الأشخاص بعيد الميلاد الدال على أنهم عاشوا عمرًا أطول من عمر والديهم. إن تواريخ التقاعد والذكرى السنوية للزواج أو الطلاق والكثير من الأحداث المميزة الأخرى تُذكر الشخص بمسيرة الزمن التي لا مناص منها وسرعة زوال الحياة.

الفصل السادس والستون

لا تتجاهل أبدًا "القلق في أثناء العلاج"

على الرغم من أنني أؤكد أن العلاج النفسي هو عملية إبداعية وتلقائية تتشكل من خلال الأسلوب الفريد لكل ممارس ومخصصة لكل مريض، توجد بعض القواعد العالمية. إحدى هذه القواعد هي استكشاف القلق المتعلق بالجلسة دائمًا. إذا شعر المريض بالقلق في أثناء الجلسة أو بعدها (في طريقه إلى المنزل أو لاحقًا في أثناء التفكير في الجلسة) أو عند الاستعداد للحضور إلى الجلسة التالية، فإنني أحرص دائمًا على التركيز بعمق على هذا القلق.

على الرغم من أن القلق قد ينشأ أحيانًا من محتوى المناقشة العلاجية، فإنه في أغلب الأحيان ينشأ من العملية نفسها؛ من المشاعر حول العلاقة بين المريض والمعالج. على سبيل المثال، وصف أحد المرضى شعوره بالقلق عند دخول مكنتبي:

سألته: «لماذا؟ ما الذي يجعلك قلقًا بشأن المجيء إلى هنا؟»

«أنا خائف. أشعر أنني أتزلج على جليد رقيق هنا.»

«ما الذي يعادل السقوط في الجليد في علاجنا؟»

«أنك ستعمل من شكواي وأنيبي ولن ترغب في رؤيتي مرة

أخرى.»

« لا بد أن ذلك يؤدي إلى تعقيد الأمور كثيرًا لك. أنا أطلب منك أن تعبر عن كل أفكارك المقلقة. وهذا صعب بما يكفي، ولكنك تضيف إليها شيئًا آخر؛ أنه عليك أن تحرص أيضًا على ألا تحملني عبثًا أو تحبطني. »

مريض آخر:

« لم أرغب في الحضور اليوم. كنت منزعجًا طوال الأسبوع بسبب ما قلته لي عندما أخذت المناديل. »
« ماذا سمعتني أقول؟ »

« أنك سئمت من شكواي وعدم قبولي لمساعدتك. »

« ما أتذكره شيء مختلف تمامًا. كنت تبكين وأردت أن أواسيك، فمددت يدي لأقدم لك منديلًا. لفت نظري السرعة التي تحركت بها لأخذ المنديل بنفسك؛ كأنك تتجنبين أخذ شيء مني، وحاولت تشجيعك على استكشاف مشاعرك بشأن تلقي المساعدة مني. لكن هذا لا يعني بأي حال من الأحوال الانتقاد أو أنني «سئمت». »

« لدي بعض المشاعر بشأن تلقي المساعدة منك. أنا أفكر فيك على أنك لديك قدر محدود من الاهتمام، مئة نقطة فقط، ولا أريد أن أستهلك جميع نقاطي. »

إذا انتاب المريض قلقًا في أثناء الجلسة، فإنني أصبح محققًا وأستعين بمساعدة المريض في فحص الجلسة بدقة متناهية لتحديد متى نشأ التوتر بالضبط. إن عملية الفحص هذه توحى بأن القلق لا يسقط على المرء بشكل غير متوقع كالطرر ولكنه شيء يمكن تفسيره: له أسباب يمكن اكتشافها (وبالتالي منعها والسيطرة عليها).

في بعض الأحيان، إذا كان لدي حدس قوي بأنه قد يكون هناك رد فعل متأخر لأحداث الجلسة، أقترح، قرب نهاية الجلسة، تجربة فكرية تتضمن الإسقاط في المستقبل: «لا يزال لدينا بضع دقائق، لكنني أتساءل عما إذا كان بإمكانك أن تجلس مسترخياً للوراء وتغمض عينيك، وتخيل أن الجلسة قد انتهت وأنت في طريقك إلى المنزل. بماذا ستفكر أو ستشعر؟ كيف ستنظر إلى جلستنا اليوم؟ ما المشاعر التي ستولد لديك تجاهي أو تجاه الطريقة التي نتواصل بها؟»

مكتبة

t.me/soramnqraa

الفصل السابع والستون

أيها الطبيب، خلصني من القلق

إذا كان المريض مثقلًا بالقلق ويطلب أو يتوسل كي يخفف من قلقه، أجد أنه من المفيد أن أسأله: «أخبرني، ما الشيء المثالي الذي يمكنني أن أقوله؟ ما الذي يمكنني قوله بالضبط من شأنه أن يؤدي إلى شعورك بالتحسن؟ أنا، بالطبع، لا أتحدث إلى العقل المنطقي للمريض، بل أحاطب الجزء الطفولي من المريض وأطلب منه التداعي الحر من دون رقابة.

ردًا على مثل هذا الاستفسار، قالت لي مريضة: «أريدك أن تخبرني أنني أجمل طفلة وأفضل طفلة في العالم.» فقلت لها ما طلبته بالضبط وفحصنا معًا التأثيرات المهدئة لكلماتي بالإضافة إلى المشاعر الأخرى التي ظهرت: حرجها من رغباتها الطفولية واستيائها الشديد لأنها اضطرت إلى إخباري بما عليّ أن أقوله. إن تقنية التهدئة الذاتية تلك تخلق نوعًا من التناقض: دخلت المريضة في حالة ذهنية طفولية واعتمادية من خلال مطالبة المعالج بنطق كلمات سحرية تُشعرها بالراحة، ولكنها في الوقت نفسه مجبرة على اتخاذ موقف مستقل من خلال ابتكار الكلمات نفسها التي ستهدئها.

الفصل الثامن والستون

تعرية الحب

لا أحبذ العمل مع المرضى الواقعين في الحب. قد يعود ذلك إلى الحسد؛ فأنا أيضًا أتوق إلى الافتتان بامرأة. ربما لأن الحب والعلاج النفسي يتعارضان جذريًا. ففي الوقت الذي يحارب فيه المعالج الجيد الظلام ويسعى إلى النور، يُغذى الحب الرومانسي بالغموض وينهار عند التنقيب عنه. أكره أن أكون جلاّد الحب.

مفارقة: على الرغم من أن هذه السطور الافتتاحية من كتاب «تعرية الحب» تعبر عن عدم ارتياحي للعمل مع المرضى الواقعين في الحب، فإنها دفعت الكثير من المرضى الواقعين في الحب إلى استشارتي. بالطبع، يأتي الحب بأشكال متعددة وتشير هذه السطور فقط إلى نوع واحد محدد من خبرات الحب: الحالة الذهنية المفتونة والمهووسة والساحرة للغاية التي تمتلك الفرد بالكامل.

عادة ما تكون مثل هذه التجربة رائعة، لكن هناك أوقات يسبب فيها الافتتان المعاناة أكثر من المتعة.

أحيانًا يبقى تحقيق الحب بعيد المنال إلى الأبد؛ على سبيل المثال، لو أن أحد الطرفين أو كليهما متزوج وغير راغب في ترك زواجه. أحيانًا الحب غير متبادل؛ عندما يأتي الحب من طرف واحد والآخر يتجنب الاتصال أو يرغب فقط في علاقة جنسية. أحيانًا يبقى المحبوب

صعب المنال تمامًا؛ معلم، معالج سابق، زوج صديقة. غالبًا ما يصبح المرء منغمسًا جدًا في الحب لدرجة أنه/ أنها يقضي الكثير من الوقت في انتظار بعض اللحظات القصيرة مع المحبوب على حساب كل شيء آخر؛ العمل، الأصدقاء، العائلة. ربما ينسحب الحبيب الواقع في علاقة خارج نطاق الزواج من شريكته، ربما يتجنب الحميمة لإخفاء السر، ربما يرفض العلاج الزوجي، ربما يحافظ عمدًا على علاقة زوجية غير مرضية لتقليل الشعور بالذنب وتبرير العلاقة الغرامية. بغض النظر عن تنوع الظروف، تظل التجربة واحدة؛ الحبيب يمجّد محبوبته، ويهوس بها، وغالبًا لا يتمنى شيئًا أكثر من أن يقضي بقية حياته مستمتعًا بوجودها.

لتطوير علاقة مبنية على المواجهة مع المرضى الواقعيين في الحب، يجب ألا تغفل حقيقة أن تجربتهم رائعة للغاية: الاندماج السعيد والنشوة؛ ذوبان «الأنا» الوحيدة في «نحن» المسحورة ربما هي إحدى التجارب العظيمة في حياة المريض. يُنصح عمومًا بالتعبير عن تقديرك لحالتهم الذهنية والامتناع عن انتقاد الشعور الذهني المحيط بالمحبوب.

لم يعبر أحد عن هذه المعضلة بشكل أفضل من نيتشه، الذي بعد فترة وجيزة من «استفاقة» من علاقة حب شغوف (ولكن عفيفة) مع لو سالومي، كتب:

«ذات يوم طار عصفور بجانبني؛ و... ظننت أنني رأيت نسرًا. الآن ينشغل العالم كله بإثبات خطئي، وتُثار نائمة أوروبية ملائمة حول ذلك. حسنًا، من أفضل حالًا؟ أنا «المخدوع»، كما يقولون،

الذي عاش بسبب نداء هذا الطائر في جنة من الأمل طوال الصيف،
أم أولئك، الذين لا يمكن خداعهم؟»

لذا يجب التعامل برقة مع الشعور الذي يسمح للمرء بالعيش
في «جنة من الأمل». قدّر نشوة المريض ولكن ساعده أيضًا على
الاستعداد لنهايتها. وهي دائمًا ما تنتهي. هناك صفة حقيقية واحدة
للحب الرومانسي: أنه لا يدوم؛ الزوال جزء من طبيعة حالة الحب
المفتون. ولكن احذر من محاولة التسريع بزواله. لا تحاول المبارزة
مع الحب أكثر مما تفعل مع المعتقدات الدينية القوية، هذه مبارزات
لا يمكنك الفوز بها (وهناك تشابهات بين الوقوع في الحب وتجربة
النشوة الدينية: أشار أحد المرضى إلى حالته أنها مثل العيش في «كنيسة
سيستين»، ووصف آخر حبه بأنه حالة مساوية خالدة). تحلّ بالصبر؛
اترك المريض ليكتشف ويعبر عن مشاعره حول عدم عقلانية مشاعره
أو خيبة أمله في المحبوب. عندما تحدث مثل هذه التعبيرات، أتذكر
كلمات المريض بعناية. وإذا عاد إلى تلك الحالة مرة أخرى وأعاد
تمجيد المحبوب، فربما أذكره بتعليقاته.

في الوقت نفسه، أستكشف التجربة مثلما أفعل مع أي حالة عاطفية
قوية. أقول أشياء مثل «يا له من شعور رائع... إنه كالعودة إلى الحياة
مرة أخرى، أليس كذلك؟ من السهل فهم لماذا لا تريد التخلي عن
هذا. دعنا ننظر إلى الذي سمح لك بتجربة هذا الآن؟... أخبرني عن
حياتك في الأسابيع التي سبقت هذا. متى آخر مرة شعرت فيها بحب
مثل هذا؟ ماذا حدث لهذا الحب؟»

تكمّن فائدة في التركيز على حالة الوقوع في الحب بدلاً من التركيز على الشخص المحبّوب. إنها التجربة، الحالة العاطفية للحب، وليس الشخص الآخر، هي التي تكون أسيرة للغاية. أثبتت عبارة نيتشه: «يجب المرء رغبته، وليس المرغوب فيه» أنها ذات قيمة كبيرة لي في عملي مع المرضى المعذبين بالحب.

بما أن معظم الأفراد يدركون (على الرغم من محاولتهم تجاهل ذلك) أن التجربة لن تستمر إلى الأبد، أحاول بلطف تقديم منظور بعيد المدى وتثبيط المريض من اتخاذ أي قرار لا رجعة فيه على أساس مشاعر من المحتمل أن تزول.

حدد أهداف العلاج مبكرًا في جلساتك. ما نوع المساعدة المطلوبة؟ من الواضح أن هناك شيئًا مُعطلاً حول تجربة المريض وإلا لما استشارك. هل يطلب المريض المساعدة في إخراج نفسه من العلاقة؟ غالبًا ما أستحضر صورة الميزان وأتساءل عن التوازن بين المتعة والاستياء (أو السعادة والتعاسة) التي توفرها العلاقة. أحيانًا يساعد كشف المكاسب والخسائر في توضيح التوازن، وأطلب من المرضى الاحتفاظ بسجل، يتضمن عدة نقاط ملاحظة يومية، لعدد المرات التي يفكرون فيها بالمحبّوب، أو حتى عدد الدقائق أو الساعات في اليوم التي يخصصونها لحبيبهم. يُدهش المرضى أحيانًا بالأرقام، ومن مقدار ما تستهلكه حياتهم من أفكار دائرية متكررة، وعلى العكس، كم هو قليل مشاركتهم في الحياة الواقعية.

أحيانًا أحاول تقديم منظور آخر للمريض من خلال مناقشة طبيعة الحب المختلفة وأشكاله. يعتبر كتاب إريك فروم الخالد، «فن الحب»، مصدرًا قيمًا للمريض والمعالج على حدٍ سواء. غالبًا ما أفكر في الحب الناضج كحب للكينونة ونمو الآخر، وسيكون معظم العملاء متعاطفين مع هذا الرأي. فما إذن طبيعة حبهم؟ هل هم مفتونون بشخص لا يحترمونه في الواقع أو يعاملهم بشكل سيئ؟ للأسف، بالطبع، هناك أولئك الذين يتعزز حبهم بعدم معاملتهم جيدًا. إذا أرادوا مساعدتك للخروج من العلاقة، فمن الأفضل أن تذكرهم (وتذكر نفسك) بأن التحرر عملية شاقة وبطيئة. في بعض الأحيان، يتحرر الفرد تقريبًا بشكل فوري من الافتتان، مثلما تتحرر شخصيات مسرحية «حلم ليلة منتصف الصيف» من سحرهم، ولكن في الغالب، يعاني الأفراد الشوق إلى المحبوب لعدة أشهر. أحيانًا تمر سنوات، بل عقود، قبل أن يتمكنوا من مقابلة الآخر أو حتى التفكير فيه من دون وخز الرغبة أو القلق.

كما أن التحرر ليس عملية ثابتة. تحدث الانتكاسات، وليس هناك ما هو أكثر احتمالًا لإحداث انتكاسة من لقاء آخر مع الحبيب. يقدم المرضى الكثير من المبررات لمثل هذا الاتصال الجديد: يصرون على أنهم تجاوزوه الآن وأن محادثة ودية، أو قهوة، أو غداء مع الحبيب السابق سيساعد على توضيح الأمور، ويساعدهم على فهم الخطأ الذي حدث، ويساعدهم على إقامة صداقة ناضجة دائمة، أو حتى السماح لهم بتوديعهم مثل الأشخاص الناضجين. لكن يحدث أي من هذه الأشياء على الأرجح. عمومًا، يتراجع تعافي الفرد، مثلما تؤخر الزلة تعافي مدمن الكحول.

لا تشعر بالإحباط من الانتكاسات؛ بعض حالات الافتتان مقدر لها أن تستمر لسنوات. ليس مسألة ضعف الإرادة؛ هناك شيء في التجربة يمس المريض على مستويات عميقة جدًا. حاول أن تفهم الدور الحاسم الذي يلعبه الهوس في حياة الفرد الداخلية. أعتقد أن هوس الحب غالبًا ما يكون مصدر تشتيت، يُبقي نظرة الفرد بعيدًا عن أفكار أكثر إيلاّمًا. عاجلاً أم آجلاً، أمل في الوصول إلى السؤال: ما الذي ستفكر فيه لو لم تكن مهووسًا ب...؟»

الفصل التاسع والستون

أخذ التاريخ الطبي

يتعلم المعالجون النفسيون في بداية تدريبهم بعض الخطط المنهجية لأخذ التاريخ الطبي للمريض. دائمًا ما تتضمن هذه الخطط بنودًا مثل شكوى المريض الحالية والمرض الحالي والتاريخ الطبي (بما في ذلك العائلة والتعليم والصحة الجسدية والعلاج السابق والصدقات، وما إلى ذلك). توجد مزايا واضحة لطريقة جمع المعلومات خطوة بخطوة. على سبيل المثال، يُدرب الأطباء على تجنب إغفال بعض البنود في التاريخ الطبي من خلال أخذ التاريخ المرضي وإجراء الفحص الجسدي بطريقة روتينية للغاية لتكون من مراجعة منظمة لأجهزة الأعضاء (الجهاز العصبي، الجهاز الهضمي، الجهاز التناسلي البولي، الجهاز الدوري، الجهاز العضلي الهيكلي).

تتطلب بعض المواقف في ممارسة العلاج النفسي طريقة منهجية كهذه لجمع معلومات التاريخ الطبي؛ على سبيل المثال، في الجلسات الأولى، عندما يحاول المرء الحصول على فهم سريع لسياق حياة المريض أو خلال استشارة محدودة الوقت أو عندما يحتاج المرء إلى جمع المعلومات بسرعة لتقديم عرض موجز للزملاء. ومع ذلك، بمجرد أن يكتسب المعالجون الخبرة، نادرًا ما يتبعون قائمة منهجية من الأسئلة في معظم عملهم في العلاج. يصبح جمع المعلومات أمرًا حدسيًا وتلقائيًا. إنه لا يسبق العملية العلاجية، ولكنه يصير جزءًا منها. كما قال إريك إريكسون: «أخذ التاريخ هو صنع التاريخ.»

الفصل السبعون

تاريخ الجدول اليومي للمريض

على الرغم من اعتمادي على طريقة بديهية لجمع المعلومات، يُوجد استفسار بالغ الأهمية أسأل عنه دائمًا في الجلسة الأولى أو الثانية: «من فضلك، أعطني وصفًا تفصيليًا ليومك المعتاد.»

أتأكد من مناقشة كل شيء، بما في ذلك عادات الأكل والنوم والأحلام والترفيه وفترات الفرح والضيق والمهام الدقيقة في العمل وتعاطي الكحول والمخدرات وحتى تفضيلات القراءة والأفلام والتلفاز. لو أن هذا الاستفسار مفصل بما يكفي، يمكن للمعالجين أن يعرفوا الكثير ويكتشفوا معلومات غالبًا ما تغفل عنها أنظمة أخذ التاريخ الأخرى.

أصغي إلى الكثير من الأمور: عادات الأكل والتفضيلات الجمالية وأنشطة وقت الفراغ. أركز، بشكل خاص، على معرفة من الأشخاص المهمين في حياة مرضاي. مع من يتواصلون بانتظام؟ من الأشخاص الذين يرونهم بانتظام؟ مع من يجرون محادثات هاتفية أو محادثات شخصية خلال الأسبوع؟ مع من يتناولون وجبات الطعام؟ على سبيل المثال، مؤخرًا في المقابلات الأولية، سمح لي هذا الاستفسار بمعرفة أنشطة قد لا أعرفها في عدة أشهر: قضاء ساعتين يوميًا من لعب السوليتير على الحاسوب؛ قضاء ثلاث ساعات ليلاً

في غرف دردشة الجنس على الإنترنت والتخفي وراء هوية مختلفة؛ تسويق شديد في العمل والشعور بالخزي الناجم عن ذلك؛ جدول يومي منهك للغاية لدرجة أنني شعرت بالإرهاق وأنا أستمع إليه؛ مكالمات هاتفية يومية طويلة (أحياناً كل ساعة) لامرأة في منتصف العمر مع والدها؛ محادثات هاتفية يومية طويلة لامرأة مثلية مع حبيبها السابقة التي لا تحبها ولكنها تشعر بعدم القدرة على الانفصال عنها. لا يؤدي الاستفسار عن التفاصيل الدقيقة لحياة المريض إلى معلومات ثرية غالباً ما يغفل عنها فحسب، بل ويعطي أيضاً دفعة قوية لعملية الارتباط. هذه المناقشة المكثفة لأنشطة الحياة اليومية الدقيقة تعزز سريعاً الشعور بالحميمية بين المعالج والمريض وهذا الشعور شيء ضروري في عملية التغيير.

الفصل الحادي والسبعون

الأشخاص المهمون في حياة المريض

في دراسة قيمة حول العلاقات بين شخصية، تستخدم عالمة النفس روثيلين جوسيلسون أداة «النظام الشمسي» باستخدام الورقة والقلم الرصاص، حيث توجه المشاركين لتمثيل أنفسهم كنقطة في وسط صفحة والأشخاص الذين في حياتهم كنقاط تدور حولهم على مسافات مختلفة. كلما اقتربت النقطة من المركز، صارت العلاقة أكثر مركزية. وتابعت دراستها التغيرات التي تطرأ على مواقع تلك النقاط التي تدور حول النقطة المركزية على مدار عدة سنوات. على الرغم من أن هذه الأداة قد تكون بطيئة للغاية للاستخدام الإكلينيكي اليومي، فإنها تظل نموذجًا ممتازًا لتصوير أنماط العلاقات بين شخصية.

إحدى مهامها الأساسية التي أفعالها في لقاءاتي الأولى مع المريض هو معرفة العلاقات التي في حياته. يمكن الحصول على الكثير من هذه المعلومات في أثناء فحص الجدول اليومي للمريض، لكنني أتأكد من إجراء استفسار مفصل حول جميع الأشخاص المهمين في حياة المريض، بالإضافة إلى أي علاقات بين شخصية في الأيام الأخيرة. كما أجد أنه من المفيد الاستفسار عن جميع الأصدقاء المقربين، السابقين والحاليين، في حياة المريض.

الفصل الثاني والسبعون

إجراء مقابلة مع الشخص المهم

لم أندم قط على إجراء مقابلة مع شخص مهم في حياة مرضاي؛ عادةً الزوج أو شريك الحياة. في الواقع، في نهاية مثل هذه المقابلات، أتساءل دائمًا: «لماذا انتظرت كل هذا الوقت حتى أفعلمها؟» أو «لماذا لا أفعال هذا كثيرًا؟» عندما أسمع المرضى يصفون أشخاصًا مهمين لهم، أكون صورة ذهنية عن هذا الشخص، وغالبًا ما أنسى أن معلوماتي عن ذلك الشخص محرّفة للغاية لأنها نُقلت لي من خلال عيني المريض القاصرتين والمتحيزتين. ولكن بمجرد أن أقابل هؤلاء الأشخاص المهمين، يتجسدون لي وأدخل بشكل كامل في حياة مريض. نظرًا إلى أنني أقابل شريك المريض في موقف غير معتاد، فأنا أدرك أنني لا أرى الشخص «على حقيقته» ولكن هذا ليس المغزى؛ المغزى هو أن الصورة التي ستصبح في ذهني لوجه هذا الشخص وشخصيته تمكنني من إجراء مقابلة أكثر ثراءً مع مريض. علاوة على ذلك، قد يقدم هذا الشريك منظورًا جديدًا ومعلومات لا تقدر بثمن عن المريض. بالطبع قد يشعر الشريك بالتهديد من دعوة مقابلة المعالج النفسي لشريكه. لأنه يدرك، بطبيعة الحال، أن المعالج الذي سيقابله ويكون رأيًا عنه لديه ولاء أساسي لمريضه. ولكن هناك إستراتيجية نادرًا ما تفشل في تقليل هذا الشعور بالتهديد وعادة هي فعالة في إقناع الشريك بالحضور إلى الجلسة. وجه مريضك بالطريقة التالية:

«جون، من فضلك أخبر شريكك أنها يمكن أن تساعدني في تقديم المزيد من المساعدة لك. أود الحصول على بعض ملاحظاتها عنك؛ وبخاصة في بعض الأمور التي قد ترغب في رؤيتك تتغير فيها. هذا ليس فحصًا لها، بل مناقشة لملاحظاتها عنك.»

علاوة على ذلك، أوصي بأن تُجرى الجلسة بالطريقة نفسها. نظرًا إلى أنني أفضل ألا يكون لدي أي معلومات سرية أو خارجية عن مرضاي، فإنني دائمًا ما أجري المقابلة مع الشخص المهم في حياة المريض في حضور المريض نفسه. احصل على ملاحظات الشريك واقترحاته لأفكار حول التغييرات التي قد يجريها المريض بدلاً من إجراء مقابلة شخصية مع الشريك. ستحصل على صورة معقدة بما يكفي عن هذا الشريك فقط من خلال الطريقة التي يقدم بها ملاحظاته.

أوصي أيضًا بعدم تحويل الجلسة إلى جلسة علاج زواجي. عندما يكون ولاؤك الأساسي لأحد الزوجين الذي لديك التزام علاجي معه، فأنت لست الشخص المناسب لعلاج الزوجين. إذا حاولت إجراء جلسات علاج زواجي وأنت تحمل معلومات سرية حصلت عليها من أحد الزوجين، سرعان ما ستجد نفسك تتصرف بتكتم وازدواجية. من الأفضل أن يُجرى العلاج الزواجي معالج آخر يكون ولاؤه متساويًا لكلا الشريكين.

الفصل الثالث والسبعون استكشاف العلاج السابق

إذا خضع مرضاي لعلاج سابق، أجري استفسارًا تفصيليًا حول تجربتهم. إذا كان العلاج غير مرض، فغالبًا ما يشير المرضى إلى عدم انخراط المعالج السابق معهم. يقولون إن المعالج كان بعيدًا جدًا أو غير مشارك على الإطلاق أو غير داعم أو موضوعي للغاية. لم أسمع حتى الآن أي مريض يشتكي من كون المعالج منكشفًا للغاية أو داعمًا جدًا أو حميمًا للغاية (باستثناء الحالات التي يكون فيها المريض والمعالج متورطين جنسيًا معًا).

بمجرد أن تصبح على دراية بأخطاء المعالج السابق، يمكنك محاولة تجنب تكرارها. اجعل هذه الأمور واضحة من خلال الاستفسار عنها من حين لآخر بأسئلة مباشرة بسيطة. على سبيل المثال: «مايك، نحن التقينا في أربع جلسات حتى الآن وربما علينا التحقق من سير علاقتنا العلاجية. أنت تحدثت عن مشاعرك تجاه الطبيب س؛ معالجك السابق. أتساءل كيف تسير الأمور معي. هل يمكنك التفكير في أوقات شعرت فيها بمشاعر مماثلة تجاهي أو أوقات بدا الأمر وكأننا نتجه نحو أنماط مشابهة وغير منتجة؟»

إذا خاض المريض دورة ناجحة من العلاج النفسي في الماضي (ولعدة أسباب، أصبح غير قادر على الاستمرار مع المعالج نفسه)، أعتقد أنه من المهم بالقدر نفسه استكشاف الأمور التي سارت بشكل صحيح في العلاج السابق من أجل دمج تلك الجوانب في نهجك العلاجي الحالي. لا تتوقع أن تظل هذه القصص عن العلاج الناجح أو غير الناجح ثابتة: فهي تتغير تمامًا كما تتغير وجهات نظر المرضى حول أحداث الماضي. بمرور الوقت، قد يتذكر المرضى التأثيرات الإيجابية للمعالجين الذين انتقدوهم في البداية.

الفصل الرابع والسبعون

مشاركة جانب من الظلام

ماذا أذكر من السبعمئة ساعة التي قضيتها على الأريكة في أثناء تحليبي النفسي الأول؟ أبرز ذكرياتي عن محللتي، أوليف سميث، تلك المستمعة الصامتة الصبور، هي عن اليوم الذي قضيته في محاكمة نفسي لأنني توقعت بجشع الأموال التي قد أرثها بعد وفاة والدي. انتقدت نفسي بشدة وحينها تدخلت محللتي، على نحو غير معهود، وأسقطت اتهاماتي بعبارة واحدة: «نحن خلقنا هكذا.»

لم يكن الأمر مجرد أنها تواصلت معي لتهدثني، رغم أنني رحبت بذلك. ولا أنها طبعت حفزاتي الأساسية. لا، كان الأمر شيئاً آخر: شيئاً يكمن وراء كلمة نحن استنتاج أننا متشابهان، وأنها أيضاً لديها جانب مظلم.

اعتزرتُ بهديتها تلك. وتناقلتها مرات كثيرة. أحاول تطبيع حفزات مرضاي الأكثر ظلمة بأي طريقة ممكنة. أطمئنهم، أقلد أوليف سميث في استخدام كلمة نحن، أشير إلى شيوع مشاعر أو حفزات معينة، أحيل المرضى إلى قراءة مواد مناسبة (على سبيل المثال، للمشاعر الجنسية أقترح تقارير كينزي أو ماسترز وجونسون أو هايت).

أسعى إلى تطبيع الجانب المظلم بأي طريقة ممكنة. علينا، نحن المعالجين، أن نبقى منفتحين على جميع جوانبنا المظلمة اللا أخلاقية، في أوقات يمكن أن تؤدي مشاركة تلك الجوانب مع المرضى إلى مساعدتهم على التوقف عن جلد أنفسهم بسبب تجاوزاتهم الحقيقية أو المتخيلة.

ذات مرة، بعد أن أثبتت على مريضة على نوع الأمومة التي كانت توفرها لطفليها، بدت مرتبكة بشكل واضح وأعلنت بجدية أنها ستخبرني بشيء لم تشاركه مع أحد من قبل، وهو أنها بعد ولادة طفلها الأول تولدت لديها رغبة قوية في مغادرة المستشفى والتخلي عن مولودها الجديد. على الرغم من رغبتها في أن تكون أمًا، لم تتحمل فكرة التخلي عن سنوات كثيرة من الحرية. قلت لها: «أرني أمًا لم تشعر بمثل هذه المشاعر.» وأكملت: «أو أبًا، على الرغم من حبي لأطفالي، في أوقات لا حصر لها شعرت فيها بالاستياء الشديد من تعديهم على مهامى واهتماماتي الأخرى في الحياة.»

كان المحلل البريطاني البارز دي. دبليو. وينيكوت شجاعًا بشكل خاص في مشاركة حفزاته المظلمة، وكثيرًا ما يستشهد أحد زملائي، عند علاج المرضى الذين يشعرون بالقلق بشأن شعورهم بالغضب تجاه أطفالهم، بمقالة وينيكوت التي أدرج فيها ثمانية عشر سببًا وراء كراهية الأمهات لأطفالهن. يستشهد وينيكوت أيضًا بالتهويدات العدائية التي تغنيها الأمهات لأطفالهن، الذين لحسن الحظ لا يفهمون الكلمات. على سبيل المثال:

روكاباي، رضيعي، على قمة الشجرة،
عندما يهب الريح سيهتز المهد،
عندما ينكسر الغصن سيسقط المهد،
سيسقط الطفل والمهد وكل شيء.

الفصل الخامس والسبعون

فرويد لم يكن مخطئاً دائماً

أصبح انتقاد فرويد توجهاً شائعاً. لا يمكن للقارئ المعاصر تجاهل الانتقادات اللاذعة الأخيرة التي تدين نظرية التحليل النفسي باعتبارها توجهاً قديماً بقدر الثقافة التي انبثقت منها. يُهاجم التحليل النفسي باعتباره علماً زائفاً يقوم على نموذج علمي عفا عليه الزمن وتجاوزه التطورات الحديثة في علم الأحياء العصبي للأحلام وعلم الوراثة للفصام واضطرابات المزاج. علاوة على ذلك، يزعم المنتقدون أنها تخيلات تهيمن عليها الذكورية حول تطور الإنسان، مليئة بالتمييز الجنسي، ومبنية على قصص حالات مشوهة وملاحظات غير دقيقة وخيالية في بعض الأحيان.

كان هذا النقد منتشرًا وخبيثًا لدرجة أنه تسرب حتى إلى برامج التدريب على العلاج النفسي، تعلم جيل كامل من ممارسي الصحة النفسية بنظرة نقدية وغير مطلعة تمامًا عن الرجل الذي تشكل أفكاره أساس العلاج النفسي.

دعني أقترح تجربة فكرية. تخيل أنك يائس بسبب علاقة فاشلة. ومحاصر بأفكار بغيضة ومهينة عن امرأة كنت تمجدها لعدة أشهر. ولا يمكنك التوقف عن التفكير فيها، وتشعر بجرح عميق، وربما مميت، وتفكر في الانتحار، ليس فقط لإنهاء ألمك ولكن لمعاقة المرأة

التي تسببت فيه. تبقى غارقًا في اليأس على الرغم من أفضل جهود أصدقائك لمواساتك. ماذا خطوتك التالية؟

من المحتمل أن تفكر في استشارة معالج نفسي. أعراضك، الاكتئاب، الغضب، الأفكار الوسواسية، كلها تشير ليس فقط إلى أنك في حاجة إلى العلاج النفسي ولكن أيضًا إلى أنك ستستفيد منه كثيرًا

جرب الآن إضافة تغيير بسيط إلى تلك التجربة. تخيل أن لديك تلك الأعراض. لكن منذ أكثر من مئة عام، على سبيل المثال في عام 1882، وأنت تعيش في أوروبا الوسطى. ماذا كنت ستفعل؟ هذا هو بالضبط التحدي الذي واجهته قبل بضع سنوات في أثناء كتابة روايتي «عندما بكى نيتشه». دعت حكمتي نيتشه إلى رؤية معالج نفسي في عام 1882 (العام الذي مر فيه بحالة من اليأس العميق بسبب انتهاء علاقته مع لو سالومي).

لكن من معالج نيتشه؟ بعد الكثير من البحث التاريخي، أصبح واضحًا أنه لم يكن هناك مثل هذا المخلوق في عام 1882، أي منذ 120 عامًا فقط. إذا لجأ نيتشه إلى طبيب للحصول على المساعدة، لأخبر أن لوعة الحب ليست مشكلة طبية، ونُصح بالسفر إلى مارينباد أو أحد المنتجعات الأوروبية الأخرى للعلاج بالمياه والراحة. أو ربما لأحيل إلى قسّ متعاطف للحصول على مشورة دينية. المعالجون النفسيون العلمانيون؟ لم يكن هناك أيّ منهم! على الرغم من أن ليولت وبرنهايم لديهما مدرسة للعلاج بالتنويم المغناطيسي في نانسي، فرنسا، لم يقدموا العلاج النفسي بحد ذاته، بل فقط إزالة الأعراض

بالتنويم المغناطيسي. ما زال حينها مجال العلاج النفسي العلماني في طور الاختراع؛ في انتظار قدوم فرويد، الذي ما زال طبيباً متدرّباً في عام 1882 ولم يدخل بعد مجال الطب النفسي.

لم يخترع فرويد مجال العلاج النفسي بمفرده فحسب، بل فعل ذلك دفعة واحدة. في عام 1895 (في كتابه «دراسات في الهستيريا» المشارك في تأليفها مع جوزيف بروير)، كتب فرويد فصلاً ذا بصيرة مذهلة عن العلاج النفسي يتنبأ بالكثير من التطورات الرئيسة التي ستحدث خلال المئة عام التالية. هناك وضع فرويد أساسيات مجالنا: قيمة البصيرة والاستكشاف العميق للذات والتعبير؛ وجود المقاومة، والتحويل، الصدمة المكبوتة؛ استخدام الأحلام والتخيلات، ولعب الأدوار، والتداعي الحر؛ الحاجة إلى معالجة المشكلات الشخصية وكذلك الأعراض؛ والضرورة المطلقة لعلاقة علاجية قائمة على الثقة. أعتبر هذه الأمور ضرورية جداً لتعليم المعالج النفسي لدرجة أنني قدمت لعقود في جامعة ستانفورد دورة تقدير لفرويد حيث ركزت على نقطتين: قراءة نصوص فرويد (بدلاً من المصادر الثانوية) وتقدير سياقه التاريخي.

غالبًا ما يكون الكتاب المُبسّطون مفيدین للطلاب الذين يقرؤون أعمال المفكرين الذين لا يستطيعون الكتابة بوضوح (أو يختارون التعقيم)، على سبيل المثال، الفلاسفة مثل هيغل، أو فيشته، أو حتى كانط، أو في مجال العلاج النفسي، سوليفان، فينشل، أو فيربيرن. لكن الأمر مختلف مع فرويد. على الرغم من أنه لم يفز بجائزة نوبل للإسهامات العلمية، حصل على جائزة جوته للإنجازات الأدبية. في

جميع نصوص فرويد، يتألق نثره، حتى من خلال حجاب الترجمة. في الواقع، تشبه الكثير من القصص الإكلينيكية تلك التي يرويها أحد رواة القصص المحترفين.

في أثناء تدريسي، أركز بشكل خاص على النصوص الأولى لفرويد، «دراسات في الهستيريا» وأقسام مختارة من «تفسير الأحلام» و«ثلاث مقالات في النظرية الجنسية»، وأوضح سياقه التاريخي؛ أي روح العصر النفسية في أواخر القرن التاسع عشر، مما يمكن الطالب من إدراك مدى ثورية أفكاره.

نقطة أخرى: يجب ألا نقيم إسهامات فرويد على أساس المواقف التي تبنتها مختلف معاهد التحليل النفسي الفرويدية. لدى فرويد الكثير من الأتباع المتعطشين لبعض التقاليد الطقسية، واعتمدت الكثير من المعاهد التحليلية وجهة نظر محافظة وثابتة حول عمله، لا تتماشى تمامًا مع طبيعته الإبداعية والمبتكرة المتغيرة باستمرار.

في تطوري المهني ترددتُ للغاية تجاه معاهد التدريب على التحليل النفسي التقليدية. بدالي أن الموقف التحليلي المحافظ في عصري بالغ في تقدير أهمية البصيرة، وبخاصة فيما يتعلق بمشكلات النمو النفسي الجنسي، وعلاوة على ذلك أهمل أهمية اللقاء البشري في العملية العلاجية. (كتب تيودور ريك: «لا يمكن للشيطان نفسه أن يرعب الكثير من المحللين أكثر من استخدام كلمة «أنا»») وبناءً عليه، اخترت عدم الالتحاق بمعهد تحليلي، وعندما أراجع مسيرتي المهنية، أعتبر ذلك واحدًا من أفضل قرارات حياتي. على الرغم من مواجهتي لشعور كبير بالعزلة المهنية والشك، تمتعت بالحرية لمتابعة اهتماماتي الخاصة والتفكير من دون قيود التصورات المسبقة.

تغيرت مشاعري اليوم تجاه نهج التحليل النفسي بشكل كبير. على الرغم من عدم إعجابي بالكثير من الزخارف المؤسسية والمواقف الأيديولوجية للتحليل النفسي، هذه المؤسسات غالبًا هي الخيار الوحيد المتاح، المكان الوحيد حيث ناقش مشكلات تقنية نفسية دينامية خطيرة أفضل العقول وأمع العقول الإكلينيكية في مجالنا. علاوة على ذلك، في رأيي، هناك تطور مفيد مؤخرًا في الفكر والممارسة التحليلية: أي الاهتمام والدراسات التحليلية المتنامية بسرعة حول البين ذاتية وسيكولوجية ثنائية الأفراد التي تعكس وعيًا جديدًا بالدور الحاسم للقاء الإنساني الأساسي في عملية التغيير. إلى حد كبير، يسعى المحللون الشباب لتحقيق مزيد من الأصالة والإفصاح في علاقتهم مع المرضى.

بينما تشجع الرعاية المدارة على التدريب قصير المدى (وبالتالي تقليل التكاليف من خلال أجور أقل للمعالجين)، يحتاج المعالجون إلى تدريب إكلينيكي تكميلي للخريجين أكثر من أي وقت مضى. تقدم معاهد التحليل النفسي (بمعناها الواسع؛ الفرويدي، واليونج، والبين شخصي، والوجودي)، أعمق تدريبات ما بعد التخرج وأشملها على العلاج النفسي الدينامي. علاوة على ذلك، تعوض ثقافة المعهد العزلة الكامنة في الممارسة العلاجية من خلال توفير مجتمع من العقول المتشابهة، مجموعة من الزملاء الذين يواجهون تحديات فكرية ومهنية مماثلة.

ربما أكون متشائمًا من دون مبرر ولكن يبدو لي أنه في هذه الأيام من الهجوم المستمر على مجال العلاج النفسي، قد تصبح المعاهد التحليلية الحصن الأخير، مستودع الحكمة المجمعَة للعلاج النفسي، بالطريقة نفسها التي ظلت بها الكنيسة لقرون مستودعًا للحكمة الفلسفية والعالم الوحيد الذي نوقشت فيه الأسئلة الوجودية الجادة؛ غرض الحياة، والقيم، والأخلاق، والمسؤولية، والحرية، والموت، والمجتمع، والترابط. هناك تشابهات بين معاهد التحليل النفسي والمؤسسات الدينية في الماضي، ومن المهم ألا نكرر توجهات بعض المؤسسات الدينية لقمع مننديات الخطاب الفكري الأخرى وتشريع ما يُسمح للمفكرين بالتفكير فيه.

الفصل السادس والسبعون

العلاج المعرفي السلوكي ليس كما يُروّج له...

أو لا تخش شبح العلاج المُثبت تجريبياً

لمفهوم العلاج المُثبت تجريبياً تأثير هائل مؤخرًا؛ وكله سلبي حتى الآن، في مجال العلاج النفسي. إن العلاجات المُثبتة تجريبياً، أي العلاج المعرفي السلوكي قصير المدى، هي فقط العلاجات التي صرح بها الكثير من مقدمي الرعاية الصحية المُدارة. أمّا معاهد علم النفس التي تمنح درجات الماجستير والدكتوراه فتعيد تشكيل مناهجها للتركيز على تدريس العلاجات المُثبتة تجريبياً؛ وتتأكد اختبارات الرخصة من أن الاختصاصيين النفسيين مُلمّين بشكل صحيح بمعرفة تفوق العلاجات المُثبتة تجريبياً؛ وتُبدي الوكالات الفيدرالية الكبرى لتمويل أبحاث العلاج النفسي تفضيلاً خاصاً لأبحاث العلاج المُثبت تجريبياً. تخلق كل هذه التطورات تناقضاً لدى الكثير من كبار الإكلينيكين الخبراء الذين يتعرضون يومياً لإصرار مديري الرعاية الصحية المُدارة على استخدام العلاجات المُثبتة تجريبياً. يرى كبار الإكلينيكين سيلاً واضحاً من الأدلة العلمية التي «تُثبت» أن النهج الذي يتبعونه أقل فعالية من العلاج الذي يقدمه المعالجون الأقل خبرة (والأقل تكلفة) الذين يقدمون العلاج المعرفي السلوكي الموجه بدليل عملي في فترات زمنية قصيرة إلى حد مدهل. في أعماقهم هم يعلمون أن هذا

خطأ ويشتهون في وجود خدع وتضليل، لكن ليس لديهم أي رد مبني على الأدلة، لذلك تراجعوا وحاولوا الاستمرار في عملهم على أمل أن يمر هذا الكابوس.

تعمل منشورات التحليل التلوي الحديثة على استعادة بعض التوازن. (أنا أستند بشكل كبير إلى المراجعة والتحليل الممتازين لويستون وموريسون). أولاً، أحث الإكلينيكين على تذكر أن العلاجات غير المثبتة تجريبياً ليست علاجات غير فعالة.

يجب أن يكون للأبحاث، التي ستمول، تصميمًا نقيًا يمكن مقارنته بالأبحاث التي تختبر فعالية الأدوية. تتضمن متطلبات التصميم «مرضى نقيين» (أي مرضى يعانون اضطرابًا واحدًا فقط من دون أعراض أي مجموعات تشخيصية أخرى؛ وأولئك نوع من المرضى نادرًا ما نراهم في الممارسة الإكلينيكية) وتدخل علاجي قصير المدى وأسلوب علاج قابل للتكرار ويفضل أن يُوجه بدليل عملي (أي، يمكن اختزاله إلى دليل عملي مكتوب خطوة بخطوة). يفضل هذا التصميم بشكل كبير العلاج المعرفي السلوكي ويستبعد معظم العلاجات التقليدية التي تعتمد على علاقة حميمة (عفوية) بين المعالج والمريض وتشكل بالأصالة وتركز على هنا والآن وتتطور بشكل عفوي.

توجد الكثير من الافتراضات الخاطئة في أبحاث العلاج المثبت تجريبياً مثل: إمكانية استجابة المشكلات طويلة المدى للعلاج قصير المدى وأن المرضى لديهم عرض واحد فقط يمكن تحديده ويمكنهم الإفصاح عنه بدقة في بداية العلاج وأن عناصر العلاج الفعال يمكن

فصلها وأن الدليل الإجرائي المنهجي المكتوب يمكن أن يسمح للأشخاص الذين حصلوا على الحد الأدنى من التدريب بتقديم العلاج النفسي بفعالية.

يشير تحليل نتائج العلاج المثبت تجريبياً (وفقاً لويستون وموريسون) إلى نتائج أقل إبهاماً بكثير مما كان يُعتقد بشكل عام. يوجد القليل من متابعة تحسن المرضى بعد عام واحد وتقريباً لا توجد أي متابعة بعد عامين. أدت الاستجابة الإيجابية المبكرة للعلاجات المثبتة تجريبياً (التي توجد في أي تدخل علاجي) إلى صورة مشوهة عن الفعالية. لا يُحافظ على المكاسب ونسبة المرضى الذين ظلوا في تحسن منخفضة بشكل مفاجئ. لا توجد أدلة على أن التزام المعالج بالدليل العملي يرتبط إيجابياً بالتحسن؛ في الواقع، تتوافر أدلة على عكس ذلك. بشكل عام، امتدت الآثار المترتبة على أبحاث العلاج المثبت تجريبياً إلى ما هو أبعد بكثير من الأدلة العلمية.

يكشف البحث الطبيعي على الممارسة الإكلينيكية للعلاجات المثبتة تجريبياً أن العلاج قصير المدى ليس قصيراً للغاية: فالأطباء الذين يستخدمون العلاجات المثبتة تجريبياً يقابلون المرضى لساعات أطول بكثير مما هو مذكور في تلك الأبحاث. تشير الأبحاث (ولم يكن ذلك مفاجئاً لأحد) إلى أن الكرب الحاد يمكن علاجه سريعاً ولكن الكرب المزمن يتطلب علاجاً لمدة أطول بكثير ومشكلات الشخصية تتطلب أطول مسار علاجي على الإطلاق.

لا أستطيع مقاومة إثارة نقطة أخرى مزعجة. لدي حدس قوي (مثبت فقط بالروايات الشفهية المتناقلة) أن ممارسي العلاجات المثبتة تجريبياً الذين يحتاجون إلى مساعدة علاجية شخصية لا يلجؤون إلى العلاج المعرفي السلوكي قصير المدى، بل يتوجهون إلى معالجين ذوي خبرة عالية ومدربين جيداً وديناميين ولا يستخدمون أي دليل إرشادي.

الفصل السابع والسبعون

الأحلام؛

استخدمها، استخدمها، استخدمها

لماذا يتجنب الكثير من المعالجين الشباب العمل مع الأحلام؟ يقدم لي المدربون إجابات متنوعة. يشعر الكثيرون بالرهبة من طبيعة أدبيات الأحلام؛ فهي ضخمة ومعقدة وغامضة وتكهنية ومثيرة للجدل. غالبًا ما يشعر الطلاب بالحيرة بسبب كتب رموز الأحلام وبسبب المناقشات اللاذعة بين أتباع فرويد وأتباع يونج والجشطات والمستنيرون. كما توجد أيضًا الأدبيات التي تتطور بوتيرة سريعة حول البيولوجيا الجديدة للأحلام، التي تؤيد العمل مع الأحلام أحيانًا وترفضها أحيان أخرى من خلال التصريح بأن الأحلام مجرد إبداعات عشوائية لا معنى لها.

يشعر بعض بالإحباط واليأس بسبب تكوين الأحلام ذاتها، بسبب طبيعتها العابرة والغامضة والمبالغ فيها والمقنعة بشكل كبير. وبعض آخر، الذين يعملون في إطار العلاج قصير المدى الذي تفرضه الرعاية الصحية المُدارة، يفتقرون إلى الوقت الكافي للعمل مع الأحلام. أخيرًا، وربما الأهم، لم يخضع الكثير من المعالجين الشباب

لخبرة العلاج الشخصي الاستقصائي الذي يستخدم الأحلام في العلاج النفسي.

أرى أن هذا التجاهل للأحلام أمر مؤسف وخسارة كبيرة لمرضى المستقبل. يمكن أن تصبح الأحلام عونًا لا يُقدر بثمن في العلاج الفعال. إنها تمثل تكرارًا دقيقًا للمشكلات الأعمق لدى المريض، ولكن بلغة مختلفة؛ لغة الصور البصرية. لطالما اعتمد المعالجون ذوو الخبرة العالية على الأحلام. اعتبر فرويد الأحلام «الطريق الملكي إلى اللاوعي». على الرغم من اتفاقي مع ذلك، فهذا ليس، كما سأناقش، السبب الرئيس الذي يجعلني أرى أن الأحلام مفيدة للغاية.

الفصل الثامن والسبعون

تأويل كامل للحلم؟

انس ذلك!

من بين جميع المفاهيم الخاطئة لدى المعالجين الشباب حول العمل مع الأحلام، فإن المفهوم الأكثر إزعاجًا هو فكرة أنه لا بد من تأويل الحلم بشكل كامل ودقيق. هذه الفكرة ليس لها أي فائدة في ممارسة العلاج النفسي، وأنا أحث طلابي على التخلي عنها.

حاول فرويد محاولة واحدة شجاعة ومشهورة للتأويل الكامل في كتابه الرائد «تفسير الأحلام» (1900)، حيث حلل أحد أحلامه المتعلقة بامرأة تدعى إيرما أحالها إلى صديق زميل له لإجراء عملية جراحية. منذ نشر حلم إيرما، قدم الكثير من المستنيرين والأطباء تأويلات جديدة، وحتى الآن، بعد مئة عام، لا تزال وجهات النظر الجديدة حول هذا الحلم تظهر في أدبيات التحليل النفسي.

حتى لو من الممكن تأويل الحلم بشكل كامل، فلن يكون ذلك بالضرورة استغلالًا جيدًا للجلسة العلاجية. في ممارستي العلاجية، أتبع نهجًا عمليًا في العمل مع الأحلام وأستخدمها بأي طريقة ممكنة لتسهيل العلاج.

الفصل التاسع والسبعون

استخدم الأحلام بشكل عملي: نهب وسلب

المبدأ الأساسي الذي يقوم عليه عملي مع الأحلام هو أن أستخرج منها كل ما يسرع العملية العلاجية ويعززها، انهب واسلب الحلم، وأخرج منه كل ما يبدو ذا قيمة، ودعك من التفاصيل غير المهمة. ضع في اعتبارك هذا الحلم المخيف الذي تبع الجلسة الأولى للمريضة. «ما زلتُ في كلية الحقوق، لكنني حاکمتُ قضية في قاعة محكمة مفتوحة وكبيرة ومزدحمة. ما زلتُ امرأة، لكن شعري قصير وارتديتُ بدلة رجالية مع حذاء عالي. والدي، الذي ارتدى ثوبًا أبيض طويلًا، هو المتهم وأنا المدعي العام في قضية اغتصاب. علمتُ في ذلك الوقت أنني أقدم على الانتحار لأنه سيتعقبنني في النهاية ويقتلني بسبب ما فعلته به.»

أيقظها الحلم في الساعة الثالثة صباحًا وكان مخيفًا وواقعيًا لدرجة أنها ركضت حول منزلها للتحقق من أقفال جميع النوافذ والأبواب خوفًا من احتمالية وجود متسلل. حتى عندما حكّت الحلم لي بعد ثلاثة أيام، ما زالت تشعر بالقلق.

كيف نسلب هذا الحلم في خدمة العملية العلاجية؟ أولاً، ضع في الاعتبار التوقيت. بما أننا بدأنا جلساتنا العلاجية تواء، فإن مهمتي الرئيسية هي تشكيل تحالف علاجي قوي. لذلك، ركزت أسئلتي

وتعليقاتي في المقام الأول على جوانب الحلم التي تتعلق بالترابط والأمان في الموقف العلاجي. طرحت أسئلة مثل «ما رأيك في محاكمة والدك؟ أتساءل، هل يمكن أن ذلك متعلق بإخباري عنه في جلستنا العلاجية الأولى؟ هل تشعرين أن التعبير عن نفسك بحرية في هذا المكتب خطير؟ وأفكارك حول كون قاعة المحكمة مفتوحة ومزدحمة؟ أتساءل، هل لديك مخاوف أو شكوك حول الخصوصية والسرية في اجتماعاتنا؟»

لاحظ أنني لم أحاول تأويل الحلم. لم أستفسر عن الكثير من الجوانب الغريبة للحلم: تشوش بين الجنسين، وملابسها، وثوب والدها الأبيض، واتهامه بالاغتصاب. سجلتها، وخزنتها بعيداً. ربما أعود إلى صور الأحلام هذه في جلسات مستقبلية، ولكن في المراحل الأولى من العلاج النفسي، لدي أولوية أخرى: يجب أن أولي اهتماماً بإطار العملية العلاجية؛ الثقة والأمان والسرية.

كان لمريض آخر هذا الحلم في الليلة التالية لجلستنا الأولى:

«ذهبت إلى متجر شامل لشراء جميع مستلزماتي لرحلة لكن هناك أشياء مفقودة. هي في الطابق السفلي فنزلت على الدرج، الذي كان مظلمًا ومتهالكًا. بدا مخيفًا. رأيت سحلية. ذلك جيد: أحب السحالي؛ فهي قوية ولم تتغير على مدى المئة مليون عام الماضية. لاحقًا سعدت الدرج وبحثت عن سيارتي، التي تلونت بألوان قوس قزح، لكنها اختفت، ربما سُرقت. ثم رأيت زوجتي في موقف السيارات، لكن ذراعيّ كانتا مليئتين بالحزم وكنت مستعجلًا جدًا للذهاب إليها أو

لفعل أي شيء سوى الإشارة إليها. والداي أيضًا هناك لكنهما تحولوا إلى قزمين ويحاولان إشعال نار في موقف السيارات.»

المريض، رجل يبلغ من العمر أربعين عامًا، صارم وغير متفحص لذاته، قاوم العلاج لفترة طويلة ووافق على استشارتي فقط عندما هدده زوجته بتركه ما لم يتغير. تأثر حلمه بوضوح ببدء جلساتنا العلاجية، الذي غالبًا ما يُصور في الأحلام كرحلة أو سفر. يشعر بعدم الاستعداد للعملية العلاجية لأن المستلزمات التي يحتاج إليها في الطابق السفلي (أي أعماقه، لا وعيه)، لكن الأمر صعب ومخيف (السلام مظلمة ومخيفة ومتهاككة). علاوة على ذلك، فهو مقاوم للعملية العلاجية، فهو يعجب بالسحالي التي لم تتغير منذ 100 مليون سنة. أو ربما تردد بشأن التغيير؛ سيارته ملونة بألوان قوس قزح الجريئة ولكنه لا يستطيع العثور عليها.

مهمتي في الجلسات الأولى؟ مساعدته على الانخراط في العلاج ومساعدته على التغلب على مقاومته له. لذلك، ركزت فقط على مكونات الحلم التي تتعامل مع بداية العلاج: رمز الرحلة، وشعوره بعدم الاستعداد والكفاية، والسلام المظلمة والمتهاككة، والنزول، والسحلية. لم أستفسر عمدًا عن جوانب أخرى من الحلم: زوجته وصعوباته في التواصل معها ومع والديه، اللذين تحولوا إلى قزمين وأشعلا النار في موقف السيارات. لا يعني ذلك أن هذه الجوانب ليست مهمة؛ في الجلسات اللاحقة، قضينا وقتًا طويلًا في استكشاف علاقاته مع زوجته ووالديه، ولكن في الجلسة الثانية من العلاج، هناك مشكلات أخرى لها الأولوية.

هذا الحلم، بالمناسبة، يوضح جانبًا مهمًا في فهم الظاهرة التي وصفها فرويد في كتابه «تفسير الأحلام». لاحظ أن الحلم يتعامل مع عدة أفكار مجردة؛ دخول العلاج النفسي، والخوف من استكشاف اللاوعي الشخصي، ومشاعر عدم الكفاية، وشكوكه بشأن ما إذا كان عليه التغيير أم لا. ومع ذلك، الأحلام (بصرف النظر عن التجارب السمعية نادرة الحدوث) هي ظواهر بصرية، وعلى أنظمة العقل التي تصنع الأحلام أن تجد طريقة لتحويل الأفكار المجردة إلى شكل بصري (رحلة، سلام متهالكة تنزل إلى القبو، سحلية، سيارة قوس قزح).
مثالًا إكلينيكي آخر. رجل يبلغ من العمر خمسة وأربعين عامًا، يعاني أسوأ عميقًا منذ وفاة زوجته قبل أربع سنوات، يحلم كثيرًا ويروي أحلامًا طويلة ومعقدة ومثيرة في كل جلسة. احتجنا إلى ترتيب الأولويات: لم يتوافر وقت يسمح بالتحقيق في جميع الأحلام، وتحتم عليّ اختيار تلك التي قد تسهل عملنا على حزنه المرضي المزمّن. تأمل هذين الحلمين:

«كنت في منزلي الصيفي وزوجتي هناك، باهتة؛ مجرد ظل في الأفق. للمنزل سقف مختلف، سقف عشبي، ينمو منه شجرة سرو طويلة؛ شجرة جميلة ولكنها تعرض المنزل للخطر وعليّ أن أقطعها.»
«كنت في المنزل وأعمل على إصلاح سقف المنزل عن طريق زحرفته عندما شعرت بزلزال كبير ورأيت ملامح المدينة تهتز في الأفق ورأيت ناطحتي سحاب توأم تسقطان.»

هذه الأحلام واضحة الصلة بحزنه؛ تداعيه بكلمة «عشب» وكذلك «زخرفة» السقف هي قبر زوجته وشاهد قبرها. ليس من غير المعتاد أن يُصوّر الحياة كمنزل في الأحلام. تجسدت وفاة زوجته وحزنه المستمر في شجرة السرو، التي عرضت منزله للخطر ولذلك اضطر إلى قطعها. في الحلم الآخر، تمثل وفاة زوجته بالزلزال، الذي أدى إلى انهيار ناطحتي السحاب التوأم؛ الزوجين. (هذا الحلم، بالمناسبة، حدث قبل سنوات من الهجوم الإرهابي على مركز التجارة العالمي.) عملنا في جلساتنا العلاجية على مشكلات التصالح مع حقيقة أن الحالة الزوجية التي عاشها بها حياته لم تعد موجودة، وأن زوجته ماتت بالفعل، وعليه أن يتركها، ويفصل نفسه تدريجياً عنها، ويستأنف الحياة. أتى التعزيز الذي قدمته أحلامه بالفائدة للعملية العلاجية؛ مثلت له رسالة من ينبوع الحكمة بداخله مفادها أن الوقت قد حان لقطع الشجرة وتحويل انتباهه إلى الحياة.

أحياناً يحتوي حلم المريض على صورة قوية جداً، ومحددة للغاية، تحتوي على الكثير من طبقات المعنى، بحيث تستقر في ذهني وأشير إلى الحلم مرارًا وتكرارًا خلال العملية العلاجية.

على سبيل المثال:

«كنت في شرفة منزلي أنظر من خلال النافذة إلى والدي الجالس على مكتبه. دخلت وطلبت منه بعض المال لوقود سيارتي. مديده في جيبي، وبينما يسلمني الكثير من الفواتير، أشار إلى محفظتي. فتحتها ووجدتها مليئة فعلاً بالمال. ثم قلت إن خزان الوقود فارغ فخرج إلى سيارتي وأشار إلى مؤشر الوقود الذي أظهر أنه ممتلئ.»

الموضوع الرئيس في هذا الحلم هو الفراغ مقابل الامتلاء. أرادت المريضة شيئاً من والدها (ومني، حيث إن غرفة الحلم تشبه إلى حد كبير تصميم مكتبي)، ولكنها لم تستطع تحديد ما تريده. طلبت المال والبنزين، لكن محفظتها مليئة بالفعل بالمال وخزان الوقود ممتلئ. صور الحلم إحساسها المتفشي بالفراغ، وكذلك اعتقادها بأن لدي القدرة على ملء فراغها إذا استطاعت فقط اكتشاف السؤال الصحيح لطرحه. وبالتالي، لم تكف عن الرغبة في الحصول على شيء مني، المجاملات، العطف، المعاملة الخاصة، هدايا عيد الميلاد، كل ذلك مع معرفتها أنها تبتعد عن الهدف الصحيح. مهمتي في العلاج توجيه انتباهها، بعيداً عن الحصول على موارد من الآخرين نحو غنى مواردها الداخلية.

حلمت مريضة أخرى بنفسها كأنها حذاء، وفي أثناء دراستها لصورتها في المرآة، حاولت فصل الحذبة العنيدة، التي تحولت في النهاية إلى طفلة صارخة بأظفار طويلة تشبث وتحفر في ظهرها. فكرة طفلتها الداخلية الصارخة والملحة عامل مهم في علاجها المستقبلي. مريضة أخرى تشعر بأنها محاصرة لأنها اضطرت إلى رعاية أمها المسنة والمطالبة، فحلمت بأن جسدها قد تحول إلى شكل كرسي متحرك.

مريض ثالث، بدأ العلاج وهو فاقد الذاكرة لأحداث العشر سنوات الأولى من حياته ومن دون فضول ملحوظ حول ماضيه، حلم بأنه يسير على طول ساحل المحيط الهادئ واكتشف نهراً يتدفق إلى الوراء، بعيداً عن المحيط. تبع النهر وسرعان ما وجد والده

المتوفى، وهو رجل بائس بلا مأوى واقف أمام مدخل كهف. وبعد مسافة قصيرة اكتشف جده في ظروف مماثلة. هذا المريض يعاني قلق الموت، وصورة النهر المتدفق للوراء توحى بمحاولة كسر الاندفاع الحتمي للزمن؛ السير إلى الوراء عبر الزمن ليكتشف أن والده وجده المتوفين ما زالوا على قيد الحياة. شعر بالخجل الشديد من ضعف عائلته وإخفاقاتها، وفتح الحلم جزءاً مهماً من العمل على كل من خجله من ماضيه ورعبه من تكراره.

حلمت مريضة أخرى بكابوس فظيع:

«كنت أنتزه مع ابنتي وفجأة تعرضت للغرق. سقطت في الرمال المتحركة. هرعت لفتح حقيبة ظهري لأخرج كاميرتي ولكن واجهت صعوبة في فتح السحاب ثم اختفت وغرقت بعيداً عن الأنظار. كان الوقت قد فات. لم أستطع إنقاذها.»

حلم ثانٍ في الليلة نفسها:

«حوصرنا أنا وعائلتي في منزل على يد رجل مسن قتل أشخاصاً. أغلقنا بعض البوابات الثقيلة ثم خرجت لأتحدث إلى القاتل، الذي له وجه مألوف بشكل غريب ويرتدي ملابس تشبه ملابس الملوك، وقلت: لا أريد الإساءة إليك، ولكن في ظل هذه الظروف يجب أن تقدر إحجامنا عن السماح لك بالدخول.»

هذا المريض في مجموعة علاجية وقبل الحلم بفترة قصيرة واجهه عدة أعضاء في المجموعة الذين أخبروه بأنه يعمل ككاميرا المجموعة، مراقب لا يشارك شخصياً ولا يعبر عن مشاعره في المجموعة. على سبيل الملاحظة، من الشائع أن يعبر حلم آخر في الليلة نفسها عن

المشكلة نفسها ولكن بلغة صور مختلفة. (أشار فرويد إلى مثل هذه الأحلام على أنها أحلام مرافقة.) في عملنا العلاجي، تابعنا، كما في جميع الأمثلة الأخرى، التركيز على جوانب الحلم التي تتعلق بالمرحلة الحالية من العلاج، في هذه الحالة، عدم المشاركة والوجدان المقيد، ولم نحاول فهم الحلم بأكمله.

الفصل الثمانون

أتقن فن استكشاف الأحلام

توجد عدة وسائل مساعدة مُجربة للعمل مع الأحلام. أولاً، تأكد من إظهار اهتمامك بها. احرص على الاستفسار عن الأحلام في الجلسة الأولى (غالبًا في سياق استكشاف أنماط النوم). اسأل بشكل خاص عن الأحلام المتكررة أو الكوابيس أو الأحلام القوية الأخرى. الأحلام التي تحدث في الليالي السابقة أو الليالي القليلة الماضية عادةً ما تسفر عن تداعيات مثمرة أكثر من الأحلام الأقدم.

في نهاية جلستي الأولى، وفي أثناء تحضير المريض للعلاج النفسي (انظر الفصل 27)، أضيف تعليقات إلى أهمية الأحلام. إذا ادعى المريض أنه لا يحلم أو لا يتذكر أحلامه أعطيه التعليقات المعتادة: «احتفظ بدفتر ملاحظات بجانب سريرك. دوّن أي جزء من الحلم تتذكره في الصباح أو خلال الليل. في الصباح، راجع الحلم في ذهنك، حتى قبل أن تفتح عينيك. تجاهل الصوت الداخلي الخادع الذي يخبرك ألا تهتم بكتابته لأنه واضح جدًا لدرجة أنك لن تنساه.» مع الإلحاح المستمر، حتى أكثر المرضى عنادًا سيتذكرون الأحلام في نهاية المطاف (أحيانًا بعد شهر).

على الرغم من أنني لا أدون الملاحظات عادةً في أثناء الجلسة (باستثناء الجلسة الأولى أو الثانية)، فأني دائمًا ما أدون وصف الأحلام؛ غالبًا هي معقدة وتحتوي على الكثير من التفاصيل الصغيرة ولكنها مهمة. علاوة على ذلك، قد تطرح الأحلام المهمة للمناقشة مرارًا وتكرارًا في أثناء فترة العلاج، ومن المفيد أن تحتفظ بسجل لها. (يحرص بعض المعالجين على الطلب من المريض وصف الحلم مرة ثانية لأن الاختلافات بين الوصفين قد توفر دلائل حول نقاط حساسة في الحلم.) أجد أن الطلب من المريض تكرار الحلم بصيغة المضارع غالبًا ما يجعل الحلم حيًا ويغمر المريض مجددًا في الحلم.

عادةً سؤالي الأول حول وجدان الحلم. «ما المشاعر التي تختبرها في أجزاء الحلم المختلفة؟ ما المركز العاطفي للحلم؟ بعد ذلك، أحث المرضى على اختيار أجزاء من الحلم والتداعي الحر عن محتوى هذا الجزء. أو قد أختار أنا أجزاء واعدة من الحلم ليتأملوا فيها. أطلب من المريض: «فقط استغرق بضع دقائق، وفكر في [جزء معين من الحلم] ودع عقلك يتجول بحرية. فكر بصوت عالٍ. قل أي شيء يتبادر إلى ذهنك. لا تفرض رقابة على نفسك، ولا تتجاهل أي أفكار لأنها تبدو سخيفة أو غير ذات صلة.»

وبالطبع، أستفسر عن الأحداث ذات الصلة في اليوم الذي يسبق للحلم («بقايا نهائية»). لطالما وجدت صياغة فرويد مفيدة للغاية بأن الحلم يستعير وحدات البناء الأساسية من البقايا النهارية، ولكن لكي تصبح الصور مهمة بما يكفي لدمجها في الحلم، يجب تعزيزها بمخاوف أقدم وذات معنى ومحملة بالوجدان.

في بعض الأحيان من المفيد اعتبار جميع الرموز الموجودة في الحلم جوانب من الحالم. المعالج الجشطالتي فريتز بيرلز، الذي ابتكر عددًا من التقنيات القوية للعمل مع الحلم، اعتبر أن كل شيء في الحلم يمثل جانبًا ما من جوانب الحالم، وطلب من الحالم التحدث عن كل عنصر في الحلم. أتذكر مشاهدته وهو يعمل بفعالية مع رجل حلم بأن سيارته لا تستطيع الانطلاق بسبب تلف في شمعة الاحتراق. وطلب من الحالم أن يلعب أدوارًا مختلفة؛ السيارة وشمعة الاحتراق والركاب، وأن يتحدث نيابة عن كل واحد منهم. سلطت هذه التدخلات الضوء على تسويفه وتردده المعيق. حيث لم يكن يريد المضي قدمًا في حياته كما حددها لنفسه، بدلاً من ذلك ساعده بيرلز على استكشاف مسارات أخرى لم يسلكها ونداء حياة آخر لم يلتفت إليه.

مكتبة

t.me/soramnqraa

الفصل الحادي والثمانون

اكتشف حياة المريض من الأحلام

يوجد استخدام آخر قيّم للأحلام لا يتعلق كثيرًا باللاوعي أو كشف تشويه الحلم أو اكتشاف معناه. الحلم يمثل نسيجًا غنيًا للغاية مُشبعًا بذكريات مؤثرة وهامة من الماضي. مجرد استخراج تلك الذكريات قد يكون مسعى قيمًا بحد ذاته. تأمل هذا الحلم:

«أنا في غرفة في المستشفى. تدخل المريضة بنقالة مغطاة بالصحف القديمة وعليها طفل ذو وجه قرمزي لامع. أسأله: «طفل من هذا؟» تجيب «لا أحد يريده.» أحمله وتسرب حفاضاته عليّ. أصرخ: «لا أريده، لا أريده.»»

كانت تداعيات المريضة بالنقطتين المشحونتين بالعواطف في هذا الحلم، الطفل القرمزي وصرختها «لا أريده»، غنية ومليئة بالمعلومات. تأملت في الأطفال القرمزيين ثم فكرت في الأطفال ذوي اللونين الأزرق والأصفر. جعلها الطفل القرمزي تفكر في عملية الإجهاض التي أجرتها في سن المراهقة وغضب والديها ورفضها وامتناعها عن التحدث إليها، بخلاف إصرارهما على أن تحصل على وظيفة بعد المدرسة لتجنب المزيد من المشكلات. ثم فكرت في فتاة عرفت في الصف الرابع، طفلة زرقاء اللون، خضعت لعملية جراحية في القلب واختفت ولم تعد إلى المدرسة أبدًا. ربما ماتت، لكن

بما أن المعلمين لم يذكروها مجددًا، ارتعدت لسنوات من فكرة الموت كاختفاء مفاجئ من دون أثر. و«الأزرق» أيضًا يعني الاكتئاب، مما يذكرها بإخوتها الأصغر سنًا المصابين بالاكتئاب المزمن. لم ترغب أبدًا في إخوة واستاءت من اضطرارها لمشاركة غرفتها معهم. وبعد ذلك فكرت في «الطفل الأصفر» وإصابتها بالتهاب الكبد الحاد في سن الثانية عشرة من عمرها وكيف شعرت بتخلي أصدقائها عنها خلال أسابيع إقامتها في المستشفى. ذكرها الطفل الأصفر أيضًا بولادة ابنها ومدى رعبها عندما أصيب باليرقان عند ولادته.

الجزء العاطفي الآخر من الحلم، صرختها «لا أريده»، له الكثير من الدلالات لها: عدم رغبة زوجها في أن تحظى بطفل، شعورها بأنها غير مرغوب فيها من والدتها، جلوس والدها على سريرها عشرات المرات مؤكدًا لها بإفراط أنها طفلة مرغوب فيها، ورفضها لأخويها الأصغر. تذكرت كيف دخلت، وهي فتاة بيضاء تبلغ من العمر عشر سنوات، إلى مدرسة مدجة حديثًا معظمها من السود تقع في حي البرونكس، حيث كانت «غير مرغوب فيها» وتتعرض للهجوم من الطلاب الآخرين. على الرغم من خطورة المدرسة، فإن والدها، محامي الحقوق المدنية، أيد بقوة الاندماج في المدرسة ورفض نقلها إلى مدرسة خاصة؛ في هذه اللحظة، أدركت مرة أخرى كيف كانت هي ومصالحها الحقيقية لا تلقى أي اعتبار أو قيمة لوالديها. والأهم من ذلك كله لعملنا العلاجي، شعرت أنها غير مرغوبة مني؛ اعتبرت حاجتها عميقة لدرجة أنها اضطرت لإخفائها خشية أن أضجر وأقرر التخلي عن علاجها.

لولا حلمها، ربما لما ظهرت الكثير من هذه الذكريات المحملة بالعواطف في علاجنا. وفر الحلم مادة لأسابيع من المناقشات الغنية. غالبًا الشخصيات التي تظهر في الأحلام أشكال مركبة؛ فهي لا تشبه شخصًا واحدًا تمامًا ولكنها تحتوي على أجزاء من الكثير من الأشخاص. كثيرًا ما أطلب من المرضى، إذا ما زالوا يرون الحلم والشخص في مخيلتهم، التركيز على الوجه والتداعي بحرية. أو قد أقترح أن يغمضوا أعينهم ويسمحوا للوجه بالتحول إلى وجوه أخرى ويصفوا لي ما يرونه. بهذه الطريقة، تعرفت في كثير من الأحيان جميع أنواع الأشخاص المختلفين، الأعمام، العمات، الأصدقاء المقربين، العشاق السابقين، المعلمين، الذين لعبوا بعض الأدوار المهمة ولكن المنسية في حياة المريض.

في بعض الأحيان من المفيد الرد بشكل عفوي، والتعبير عن بعض تداعياتك الحرة عن الحلم. بالطبع، قد يؤثر ذلك في تحيز العملية، حيث إن تداعيات المريض، وليس تداعياتك، هي التي تؤدي إلى رؤية أصدق للحلم، ولكن بما أنني مهتم بما يؤدي إلى تقدم العمل العلاجي، وليس بتأويل حقيقي متوهم للحلم، فإن ذلك لا يزعجني. تأمل على سبيل المثال الحلم التالي:

«أنا في مكتبك لكنه أكبر بكثير وكراسينا تبدو كبيرة ومتباعدة للغاية. أحاول الاقتراب ولكن بدلاً من المشي أتدحرج على الأرض نحوك. ثم تجلس على الأرض أيضًا، ثم نستمر في التحدث، وبينما تمسك بقدمي. أخبرك أنني لا أحب أن تشم قدمي. فتضع قدمي بجانب خدك. يعجبني ذلك.»

لا يمكن للمريضة فعل الكثير مع هذا الحلم. استفسرت عن شم قدميها ووصفت مخاوفها من أنني سأرى جانبها المظلم والمزعج وأرفضها. لكن بقية الحلم بدا غامضًا ومبهمةً لها. ثم عبرت عن انطباعي: «مارجريت، يبدو هذا كحلم طفلة، الغرفة الكبيرة والأثاث، تدحرجك نحوي، الجلوس على الأرض، شم قدميك، وضعها بجانب خدي، أجواء الحلم بأكملها تجعلني أشعر أنه من وجهة نظر طفلة صغيرة جدًا.»

لمست تعليقاتي وترًا مهمًا، ففي طريقها للمنزل بعد الجلسة، غمرتني ذكريات منسية عن الطريقة التي دلكت بها هي ووالدتها قدمي إحداهما الأخرى في أثناء إجراء محادثات طويلة وحميمة. علاقتها بوالدتها كانت مضطربة للغاية وعلى مدى أشهر كثيرة من الجلسات العلاجية اعتقدت أن والدتها بعيدة وغير متجاوبة وأنها لم تتشارك سوى القليل من اللحظات الحميمة الجسدية. لكن الحلم أظهر لنا عكس ذلك وقادنا إلى المرحلة التالية من العلاج، حيث أعادت صياغة ماضيها ورأت والديها بمنظور أكثر ليّنًا وإنسانية.

حلم آخر أعلن أو دشن مرحلة جديدة من العلاج رواه مريض كان يعاني فقدان الذاكرة لجزء كبير من طفولته وغير مهتم بماضيه بشكل غريب.

«ما زال والدي على قيد الحياة. كنت في منزله وأبحث في مجموعة من الظروف والدفاتر القديمة التي لم من المفترض ألا أفتحها إلا بعد وفاته. لكنني لاحظت وجود ضوء أخضر يومض، استطعت رؤيته من خلال أحد الظروف المغلقة. يشبه وميض هاتفني الخليوي.»

استيقاظ فضول المريض ونداء ذاته الداخلية (الضوء الأخضر الوامض) الذي يحثه على توجيه نظره إلى علاقته بوالده واضح بشكل جلي في هذا الحلم.

مثال آخر لحلم فتح آفاقاً جديدة للعلاج:

«كنت أستعد لحفل زفاف ولكن لم أتمكن من العثور على فستاني. أعطيت كومة من الخشب لبناء مذبح الزفاف ولكن لم يكن لدي أي فكرة عن كيفية القيام بذلك. ثم عملت والدتي على تصفيف شعري في جدائل الذرة. بعد ذلك جلسنا على أريكة وكان رأسها قريباً جداً من وجهي وشعرت بشعيرات وجهها ثم اختفت وأصبحت وحدي.»

لم تكن لدى المريضة أي تداعيات ملحوظة لهذا الحلم، وبخاصة صورة جديلة الذرة (التي لم يكن لديها أي خبرة شخصية بها)، حتى المساء التالي، عندما استلقت في سريرها قرب النوم، تذكرت فجأة مارثا، صديقتها المنسية منذ فترة طويلة وأفضل صديقة لها من الصف الأول حتى الثالث، كانت تجدل شعرها على هذا النمط! روت حادثة في الصف الثالث عندما كافأتها معلمتها على عملها الجيد في الفصل بمنحها امتياز تزيين الفصل لعيد الهالوين والسماح لها باختيار طالبة أخرى لمساعدتها. فكرت أنه سيكون من الجيد توسيع دائرة صداقاتها، فاخترت فتاة أخرى بدلاً من مارثا.

قالت بحزن: «لم تتحدث مارثا معي مرة أخرى بعد ذلك، وهذه آخر صديقة مقربة لي على الإطلاق.» ثم بدأت في سرد تاريخها الطويل من الوحدة وجميع العلاقات الحميمة المحتملة التي أفسدتها بطريقة

ما. تداعٍ آخر (لصورة الرأس القريبة منها في الحلم) كان معلمتها في الصف الرابع وضعت رأسها قريباً جداً منها، كما لو ستهمس بشيء رقيق، لكنها بدلاً من ذلك همست بصوت خافت: «لماذا فعلتِ ذلك؟» شعيرات الوجه في الحلم ذكّرها بلحيتي وخوفها من السماح لي بالاقتراب منها. إعادة تواصل المريضة بالحلم وهي تقترب من النوم في الليلة التالية هو مثال على الذكريات المرتبطة بالحالة، وهي ظاهرة شائعة إلى حد ما.

الفصل الثاني والثمانون

انتبه إلى الحلم الأول

منذ ورقة فرويد في عام 1911 حول الحلم الأول في التحليل النفسي، أولى المعالجون اهتمامًا خاصًا بأول حلم يراود المريض في أثناء العلاج. يعتقد فرويد أن هذا الحلم الأول غالبًا وثيقة لا تقدر بثمن، تقدم رؤية كاشفة بشكل استثنائي للمشكلات الجوهرية، لأن ناسج الأحلام داخل لا وعي المريض لا يزال ساذجًا وغير حذر. (لأسباب بلاغية فقط، تحدث فرويد أحيانًا عن الوظيفة العقلية التي تُفصل الأحلام وكأنها كائن مستقل.) في وقت لاحق من العلاج، عندما تصبح قدرات المعالج على تأويل الأحلام واضحة، تصبح أحلامنا أكثر تعقيدًا وإبهامًا.

تذكر بصيرة الحلمين الأولين في الفصل التاسع والسبعين. في الحلم الأول، حاكمت محامية والدها بتهمة الاغتصاب. وفي الحلم الآخر، ذهب رجل إلى متجر شامل لشراء جميع مستلزماته قبل الانطلاق في رحلة طويلة وعليه أن ينزل سلمًا مظلمًا. إليك بعض الأمثلة الأخرى.

لدى مريضة، زوجها يحتضر بسبب ورم في المخ، هذا هو الحلم الذي حلمت به في الليلة التي سبقت أول جلسة علاج لها:

«ما زلت جراحة، ولكنني أيضًا طالبة دراسات عليا في اللغة الإنجليزية. يتضمن تحضيرني للدورة الدراسية نصين مختلفين، نصًا قديمًا وآخر حديثًا، لكل منهما الاسم نفسه. أنا غير مستعدة للمناقشة لأنني لم أقرأ أيًا من النصين. وبخاصة لم أقرأ النص الأول القديم، الذي من شأنه أن يحضرنى للنص الثاني.»

وعندما سألتها عما إذا كانت تعرف اسم النصين، أجابت: «نعم، أتذكره جيدًا. كل كتاب، القديم والجديد، كان بعنوان موت البراءة.» إن هذا الحلم المتبصر للغاية تنبأ بالكثير من عملنا المستقبلي. النص القديم والنص الحديث؟ كانت متأكدة من أنها تعرف ما يمثله هذان النصان. النص القديم هو وفاة شقيقها في حادث مروري قبل عشرين عامًا. ووفاة زوجها المستقبلية هي النص الحديث. أخبرنا الحلم أنها لن تقدر على التعامل مع وفاة زوجها حتى تتصالح مع فقد شقيقها، الفقد الذي أثر فيها طوال حياتها، وحطم كل أساطيرها الصغيرة البريئة عن العناية الإلهية وأمان المنزل ووجود العدالة في الكون والإحساس بالترتيب الذي يملئ أن يموت الكبار قبل الصغار.

غالبًا ما تعبر الأحلام الأولى عن توقعات المرضى أو مخاوفهم بشأن العلاج الوشيك. حلمي الأول في التحليل لا يزال حاضرًا في ذهني بعد أربعين عامًا:

«أنا مستلقٍ على طاولة فحص الطبيب. الشرشف صغير جدًا بحيث لا يغطيني بشكل صحيح. أستطيع أن أرى ممرضة تُدخل إبرة في ساقي. فجأة، هناك صوت هسيس وغرغرة عالٍ للغاية؛ صوت مدوّ.»

أصبح معنى مركز الحلم، الصوت العالي، واضحًا لي على الفور. في طفولتي، عانيتُ التهاب الجيوب الأنفية المزمن، وكل شتاء اعتادت والدتي أن تأخذني إلى الدكتور ديفيس لتصريف الجيوب الأنفية وغسلها. كرهت أسنانه الصفراء وعينيه المريبتين اللتين تحدقان إليّ من خلال مركز المرآة الدائرية المثبتة على عصابة الرأس التي يرتديها أطباء الأنف والأذن والحنجرة. أتذكر تلك الزيارات: إدخاله قنية في فتحة الجيوب الأنفية وشعوري بألم حاد ثم سماعي صوتًا يصم الآذان، صوت مدوي، عندما يحقن المحلول الملحي لغسل جيوب الأنفية. تذكرت ملاحظتي للمحتويات المرتعشة والمثيرة للاشمئزاز في وعاء الصرف نصف الدائري المصنوع من الكروم، واعتقادي أن بعضًا من دماغي قد غُسل مع القيح والمخاط.

كل مخاوفي من تحليبي المرتقب عُبر عنها في الحلم: أنني سأكون مكشوفًا (الشرشف الصغير جدًا) وأنتي سأخترق بشكل مؤلم (إدخال الإبرة) وأنتي سأفقد عقلي، وسأتعرض لغسل دماغ وسأعاني إصابة خطيرة في جزء طويل وصلب من جسدي (صوّر على أنه عظم الساق).

حلمت مريضة لدي في الليلة التي سبقت جلستها الأولى بأنني سأكسر جميع نوافذ منزلها وسأعطيها حقنة مخدرة في القلب. كشفت مناقشتنا حول الحقن المخدرة في القلب أنها، على الرغم من كونها عالمة ناجحة للغاية، شعرت برغبة شديدة في تغيير حياتها المهنية وأن تصبح رسامة. خشيت أن يؤدي علاجي إلى نوم قلبها الفنان وإجبارها على مواصلة مسار حياتها الأكثر عقلانية ولكنه مُخدر.

تذكرنا هذه الأحلام بأن المفاهيم الخاطئة حول العلاج النفسي عميقة وعنيدة. لا تنخدع بالمظاهر. افترض أن المرضى الجدد لديهم مخاوف وارتباك بشأن العلاج وتأكد من إعداد كل مريض لمسار العلاج النفسي.

الفصل الثالث والثمانون

انتبه جيدًا للأحلام المتعلقة بالمعالج

من بين جميع الأحلام التي يطرحها المرضى، أعتقد أنه لا يوجد شيء أكثر قيمة لعملية العلاج من الأحلام التي تتضمن المعالج (أو بديلاً رمزياً للمعالج). تمثل هذه الأحلام إمكانات كبيرة لتحقيق نتائج علاجية، كما تظهر الأمثلة التالية التي تستحق الاستفادة منها بعناية.

حلم أحد المرضى بهذا الحلم:

«أنا في مكتبك وأنت تقول لي: أنت طائر غريب. لم أر شيئاً مثلك

من قبل.»

كالعادة، استفسرت عن طابع الشعور في الحلم. فأتت إجابته: «دافئ ومريح.» هذا المريض، الذي لديه عدد من الممارسات الشعائرية الوسواسية القهرية، قلل بشكل مميز من قيمة الكثير من موارده؛ ذكائه ومعرفته واهتماماته الواسعة وتفانيه في حياة الخدمة. أقنع نفسه بأنني سأهتم فقط بغرابته. بقدر ما قد أهتم بمهرج في السيرك. قادنا الحلم إلى مساحة مهمة من حياته وهي ممارسته المستمرة لتعزيز الغرابة كوسيلة للتفاعل مع الآخرين. وسرعان ما أدى المسار إلى احتقاره لذاته ومخاوفه من أن يتجاهله الآخرون بسبب فراغه وسطحيته وتخيالاته السادية.

حلم من مريضة أخرى:

«أنا وأنت نمارس الجنس في فصلي بالصف السادس. خلعت ثيابي ولكنك ما زلت بكامل ثيابك. وأسألك ما إذا كان ذلك مرضيًا لك بدرجة كافية.»

تعرضت هذه المريضة للاعتداء الجنسي على يد أحد المعلمين في المدرسة الثانوية وشعرت بالانزعاج الشديد عندما ناقشت الأمر في جلساتنا الأخيرة. فتح عملنا على الحلم عددًا من المشكلات الملحة. شعرت بإثارة جنسية من نقاشنا الحميمي حول الجنس. وقالت: «الحديث عن الجنس معك يشبه ممارسة الجنس معك،» وشككت في أنني أيضًا أثرت جنسيًا وأني حصلت على متعة التلصص من إفصاحها. ناقشت عدم ارتياحها إزاء عدم المساواة بيننا في الإفصاح، ففي جلساتنا هي منكشفة بينما بقيت أنا مستتر. السؤال الذي أثير في الحلم حول ما إذا شعرت بالرضا الجنسي يعكس خوفها من أن الشيء الوحيد الذي عليها أن تعطيه هو الجنس وأني سأنخلى عنها إذا فشلت في توفيره لي.

حلم آخر:

«كنت في منزل من طابقين. هناك فتاة في العاشرة من عمرها تحاول تفكيكه، وأنا أقاومها. ثم رأيت شاحنة لمنظمة خيرية صفراء تتقدم وتصطدم مرارًا وتكرارًا بأساسات غرفتي. أسمع الكلمات: «يد المساعدة تضرب مجددًا.»

إن دوري في هذا الحلم مما لا شك فيه هو شاحنة المنظمة الخيرية التي تهدد أساسات منزلها. ولكن في حال فاتتنا هذه النقطة، يضيف الحلم بشكل متكرر: «يد المساعدة تضرب مجددًا.» المريضة، وهي امرأة كتوم ومكبوتة، تنحدر من عائلة تعاني الإدمان على الكحول وتحرص جدًا على إخفاء الأسرار عن المجتمع. عبر الحلم عن مخاوفها من الإفصاح، كما أنه بمثابة تحذير لي بأن أغدو لطيفًا وحادرًا.

مثال إكلينيكي آخر. قرب نهاية العلاج، حلمت إحدى المريضات بهذا الحلم:

«كنا نحضر مؤتمرًا معًا في أحد الفنادق. في مرحلة ما، اقترحت أن أحصل على غرفة مجاورة لغرفتك حتى تتمكن من النوم معًا. لذا ذهبت إلى مكتب التسجيل في الفندق ورتبت لنقل غرفتي. ثم بعد فترة وجيزة، غيرت رأيك وأخبرتني أنها ليست فكرة جيدة على كل حال. لذا عدت إلى المكتب لإلغاء النقل. لكن بعد فوات الأوان: نُقلت جميع أغراضي إلى الغرفة الجديدة. لكن اتضح بعد ذلك أن الغرفة الجديدة أفضل بكثير؛ فهي أكبر وأعلى وتتمتع بإطلالة أفضل. ومن ناحية علم الأعداد، فإن رقم الغرفة 929 وهو رقم مُبشر للغاية.»

ظهر هذا الحلم عندما بدأنا أنا والمريضة في مناقشة إنهاء العلاج. وعبر عن وجهة نظرها بأنني كنت مغويًا في البداية (يتمثل ذلك في صورة الحلم التي اقترحت عليها أن نأخذها أنا وهي في غرف متجاورة وننام معًا) وأنها استجابت لذلك من خلال الاقتراب مني (عن طريق نقل الغرف) ولكن بعد ذلك، عندما غيرت رأبي حول ممارسة الجنس معها، لم تتمكن من استعادة غرفتها القديمة؛

أي أنها خضعت بالفعل لتغيير لا رجعة فيه. علاوة على ذلك، جاء التغيير للأفضل، فالغرفة الجديدة غرفة ممتازة مع دلالات عددية مفيدة. هذه المريضة امرأة جميلة بشكل استثنائي وتنبض بالأنوثة والجاذبية وتتعامل في الماضي مع جميع الرجال من خلال شكل من أشكال الجنس الصريح أو التسامي الجنسي. يشير الحلم إلى أن الطاقة الجنسية بيننا ربما هي ضرورية لتشكيل الرابطة العلاجية، التي بمجرد تشكيلها، سهلت تغييرات لا يمكن الرجوع عنها.

مثال آخر:

«أنا في عيادتك. أرى امرأة جميلة ذات عينين داكنتين وفي شعرها وردة حمراء، مستلقية على أريكة. عندما اقتربت، أدركت أن المرأة ليست كما بدت: أريكتها هي في الواقع نعش، وعيناها داكتان ليس من الجمال بل من الموت، ووردتها القرمزية ليست زهرة بل جرحًا دمويًا مميّتا.»

هذه المريضة (التي وصفت بالتفصيل في كتاب *أمي ومعنى الحياة*) عبرت مرارًا وتكرارًا عن ترددها في النظر إليّ كشخص حقيقي. في أثناء مناقشتنا للحلم قالت: «أعرف أنني هذه المرأة وأي شخص يقترب مني سيتعرض للموت بحكم الأمر الواقع، وهذا سبب آخر لإبعادك وسبب آخر لعدم السماح لك الاقتراب أكثر من اللازم.»

قادنا الحلم إلى استكشاف موضوع كونها ملعونة: مات الكثير من الرجال الذين أحببتهم لدرجة أنها اعتقدت أنها تحمل الموت معها. هذا هو سبب رفضها السماح لي بالتجسد بصفتي شخصًا؛ أرادتني خارج الزمن، من دون سرد قصة حياة تتألف من مسار له بداية ونهاية بالطبع.

دفاتري مكتظة بالكثير من الأمثلة الأخرى عن ظهوري في أحلام مرضاي. حلم أحد المرضى بأنه يتبول على ساعتني وآخر بأنه يتجول في منزلي ويقابل زوجتي ويصبح جزءاً من عائلتي. مع تقدمي في العمر، يحلم المرضى بغيابي أو موتي. في المقدمة، ذكرت حلم مريض دخل مكتبي المهجور ولم يجد سوى رف للقبعات يحمل قبعتي المغطاة بأنسجة العنكبوت. مريضة أخرى دخلت إلى مكتبي لتجد أمين مكتبة يجلس على مكتبي وأخبرها أن مكتبي تحول إلى مكتبة تذكارية. يمكن لكل معالج تقديم أمثلة أخرى.

الفصل الرابع والثمانون احذر المخاطر المهنية

الأجواء المريحة لممارسة العلاج النفسي، الكراسي المريحة، والديكورات الأنيقة، والكلمات اللطيفة، والمشاركة، والدفع، والارتباط الحميمي، غالبًا ما تخفي المخاطر المهنية. العلاج النفسي مهنة شاقة، وعلى المعالج الناجح أن يتحمل بعض الأمور التي لا مفر منها في هذا العمل، مثل العزلة، والقلق، والإحباط.

ما أعجب هذا التناقض! المعالجون النفسيون، الذين يقدرون كثيرًا مساعي مرضاهم لتحقيق الحميمية، لا بد أن يختبروا العزلة كأحدى المخاطر الرئيسة لمهنتهم. غالبًا المعالجون مخلوقات منعزلة، يقضون يوم عملهم كاملًا في جلسات فردية ولا يرون زملاءهم إلا إذا بذلوا جهودًا مضية لبناء أنشطة جماعية في حياتهم. نعم، بالطبع، جلسات العمل الفردية للمعالج تتخللها الحميمية، ولكنها نوع من الحميمية غير كافٍ لدعم حياة المعالج، ولا توفر التغذية والتجديد اللذين ينبثقان من العلاقات العميقة والمحبة مع الأصدقاء والعائلة. أن تبقى من أجل الآخر شيء، ولكن أن تكون في علاقات متساوية لنفسك والآخرين شيئًا آخر تمامًا.

غالبًا ما نهمل نحن المعالجين علاقاتنا الشخصية. يصبح عملنا حياتنا. في نهاية يوم العمل، بعد أن نكون قدمنا الكثير من أنفسنا، نشعر بالاستنزاف من الرغبة في المزيد من العلاقات. إلى جانب ذلك، يصبح المرضى ممتنين جدًا ومعجبين بنا، ويرونا بصورة مثالية، مما يجعلنا نخاطر بأن نصبح أقل تقديرًا لأفراد العائلة والأصدقاء، الذين يفشلون في إدراك علمنا الغزير وتميزنا في كل الأمور.

منظور العالم عن المعالج هو في حد ذاته يعزله. ينظر المعالجون المخضرمون إلى العلاقات بطريقة مختلفة، وأحيانًا يفقدون الصبر مع الطقوس الاجتماعية والبيروقراطية، ولا يطيقون اللقاءات السطحية العابرة والمحادثات الصغيرة في الكثير من التجمعات الاجتماعية. في أثناء السفر، يتجنب بعض المعالجين الاتصال بالآخرين أو يخفون مهنتهم لأنهم ينزعجون من ردود فعل العامة المشوهة تجاههم. يشعرون بالضجر ليس فقط من كونهم يُحاف منهم أو يُقلل من شأنهم بشكل غير منطقي، بل من المبالغة في تقديرهم أيضًا واعتبارهم قادرين على قراءة العقول أو تقديم حلول سريعة لمشكلات متنوعة.

على الرغم من أن المعالجين يجب أن يعتادوا التمجيد أو التحقير الذي يواجهونه في عملهم اليومي، فإنهم نادرًا ما يفعلون ذلك. بدلاً من ذلك، غالبًا ما يواجهون موجات مزعجة من الشك الذاتي أو العظمة. يجب أن يفحص المعالجون بعناية هذه التحولات في الثقة بالنفس وجميع التغيرات في الحالة الداخلية أيضًا، لتجنب تأثيرها في العمل العلاجي. كما أن التجارب الحياتية المزعجة التي يواجهها المعالج، مثل مشكلات العلاقات، ولادة الأطفال، ضغوط تربية

الأطفال، الفجيرة، الخلافات الزوجية والطلاق، الانتكاسات غير المتوقعة، الكوارث الحياتية، الأمراض، كلها قد تزيد بشكل كبير من ضغوط ممارسة العلاج النفسي وصعوبته.

تتأثر كل هذه المخاطر المهنية بشكل كبير بجدول عملنا. المعالجون الذين يواجهون ضغوطات مالية شخصية ويخططون للعمل ما بين أربعين ساعة إلى خمسين ساعة أسبوعيًا هم الأكثر عرضة للخطر. اعتبرت دائمًا العلاج النفسي أقرب إلى الدعوة منه إلى المهنة. إذا كان تراكم الثروة، بدلاً من الخدمة، هو الدافع الأساسي للفرد، فإن حياة المعالج النفسي ليست خيارًا مهنيًا جيدًا.

ترتبط إحياتات المعالج أيضًا بنطاق ممارسته المهنية. المبالغة في التخصص، وبخاصة في المجالات الإكلينيكية التي تحمل الكثير من الألم واليأس، على سبيل المثال، العمل مع المحتضرين، أو الذين يعانون إعاقات مزمنة شديدة أو الذهانين، يعرض المعالج لخطر كبير؛ أعتقد أن التوازن والتنوع في الممارسة يسهمان بشكل كبير في الشعور بالتجديد.

سابقًا، عندما ناقشت التجاوز الناتج عن التورط الجنسي مع المرضى، أشرت إلى تشابه العلاقة بين المعالج والمريض مع أي علاقة قابلة للاستغلال تحتوي على تفاوت في السلطة. ولكن هناك اختلاف كبير ينشأ من شدة الجهد العلاجي. يمكن أن تصبح الرابطة العلاجية قوية جدًا، يُكشف عن الكثير، ويُطلب الكثير، ويُعطى الكثير، ويُفهم الكثير، بحيث ينشأ الحب، ليس فقط من المريض ولكن أيضًا من المعالج، الذي يجب أن يحافظ على الحب في مجال المحبة الإنسانية ويمنع انزلاقه إلى المحبة العاطفية.

من بين جميع الضغوط في حياة المعالج النفسي، هناك اثنان يعتبران كارثيين بشكل خاص: انتحار مريض والدعوى القضائية المتعلقة بسوء الممارسة المهنية.

إذا عملنا مع مرضى مضطربين بشدة، فسيتعين علينا دائمًا أن نتعايش مع احتمالية الانتحار. تقريبًا 50 بالمائة من المعالجين الأكثر خبرة واجهوا انتحار مريض، أو محاولة انتحار خطيرة، لمريض حالي أو سابق. حتى أكثر المعالجين نضجًا وخبرة سيعانون الصدمة والحزن والشعور بالذنب والشعور بعدم الكفاءة والغضب تجاه المريض.

تلك المشاعر المؤلمة يشعر بها المعالج الذي يواجه دعوى قضائية بسبب سوء الممارسة. في عالمنا اليوم المليء بالتقاضي، لا تشكل الكفاءة والنزاهة حماية للمعالج: تعرض كل معالج كفاء أعرفه تقريبًا، على الأقل مرة واحدة، لدعوى قضائية أو تهديد بدعوى قضائية. يشعر المعالجون بخيانة عميقة جراء تجربة التقاضي. بعد تفانيهم في حياة الخدمة، وسعيهم دائمًا لتعزيز نمو مرضاهم، يتأثر المعالجون بشكل عميق وأحيانًا يتغيرون بشكل دائم جراء هذه التجربة. يخطر ببالهم فكرة جديدة وغير سارة عند إجراء التقييم الأولي: «هل سيقاضيني هذا الشخص؟» أعرف شخصيًا معالجين تأثروا بشدة من دعوى سوء الممارسة المهنية لدرجة أنهم قرروا التقاعد المبكر.

قبل خمسة وستين عامًا، نصح فرويد المعالجين بالعودة إلى التحليل الشخصي كل خمس سنوات بسبب التعرض المتكرر للمواد البدائية المكبوتة، التي شبهها بالتعرض للخطر للأشعة السينية. وسواء كان المرء يشاركه قلقه من إمكانية إثارة المطالب النزوية المكبوتة للمعالج

أم لا، فمن الصعب أن نختلف مع اعتقاده بأن العمل الداخلي للمعالجين يجب أن يستمر إلى الأبد.

شخصياً، وجدت أن مجموعة الدعم للمعالجين النفسيين تشكل حصناً قوياً ضد الكثير من هذه المخاطر. خلال السنوات العشر الماضية، شاركت في مجموعة غير قيادية تتكون من أحد عشر معالجاً من الذكور من العمر والخبرة نفسها تقريباً وتجتمع لمدة تسعين دقيقة كل أسبوعين. لكن لا شيء من هذه الخصائص الخاصة بالمجموعة ضروري: على سبيل المثال، لسنوات كثيرة قادت مجموعة علاجية أسبوعية ناجحة لمعالجين نفسيين من الجنسين ومن أعمار مختلفة. المهم هو أن توفر المجموعة مكاناً آمناً وموثوقاً لمشاركة ضغوط الحياة الشخصية والمهنية. ولا يهم أيضاً مسمى المجموعة، أي ما إذا كانت «مجموعة علاجية» أو «مجموعة دعم» (وهي مجموعة علاجية لأعضائها).

إذا لم يكن هناك عدم توافق بين شخصي مربيك بين الأعضاء، فلن تحتاج مجموعة من المعالجين ذوي الخبرة إلى قائد محترف. في الواقع، قد يتيح غياب قائد معين للأعضاء ممارسة مهاراتهم المصقولة بشكل أكمل. من ناحية أخرى، قد تستفيد مجموعة من المعالجين الأقل خبرة من وجود قائد متمرس يعمل ميسراً وموجهاً. تشكيل مجموعة دعم أسهل مما قد يعتقد المرء. كل ما يتطلبه الأمر هو عزيمة فرد أو فردين متفانين على إنشاء قائمة بالزملاء المتوافقين، والاتصال بهم، والترتيب لوقت ومكان جلسة التخطيط.

في رأيي، المجموعات وسيلة قوية لتوليد الدعم والتغيير الشخصي. وعند دمج ذلك مع المهارات والموارد المتأصلة في تجمع المعالجين ذوي الخبرة، يصبح واضحًا لماذا أحث المعالجين بشغف على الاستفادة من هذه الفرصة.

الفصل الخامس والثمانون اعتز بالامتيازات المهنية

نادرًا ما أسمع زملائي المعالجين يشكون من عدم وجود معنى في حياتهم. الحياة كمعالج هي حياة الخدمة التي نتجاوز فيها رغباتنا الشخصية يوميًا ونوجه نظرنا نحو احتياجات الآخر ونموه. نحن لا نستمتع فقط بنمو مرضانا ولكن بتأثيرهم المضاعف أيضًا؛ التأثير النافع لمرضانا في أولئك الذين يتواصلون معهم في الحياة. هناك امتياز استثنائي في هذا. ورضا استثنائي أيضًا.

في المناقشة السابقة حول المخاطر المهنية، وصفت الفحص الذاتي المستمر والعمل الداخلي الذي تتطلبه مهنتنا. ولكن هذا المطلب في حد ذاته يشكل امتيازًا أكثر من كونه عبئًا، لأنه يحمل في ثناياه ضمانًا ضد الركود. المعالج النشط دائمًا في تطور مستمر، ينمو باستمرار في معرفته بذاته ووعيه. كيف يمكن للمرء أن يرشد الآخرين في فحص البنى العميقة للعقل والوجود من دون أن يفحص ذاته في الوقت نفسه؟ كما أنه ليس من الممكن أن نطلب من المريض التركيز على العلاقات بين شخصية من دون فحص أنماط علاقتنا. أتلقي الكثير من التعليقات من المرضى (بأنني على سبيل المثال، متحفظ، رافض، حاكم، بارد ومنعزل)، يجب أن أخذها على محمل الجد. أسأل نفسي ما إذا كان هذا يتناسب مع تجربتي الداخلية وما إذا كان هناك آخرون

قد أعطوني تعليقات مماثلة. إذا استنتجت أن هذه التعليقات دقيقة وتسلط الضوء على نقاطي العمياء، أشعر بالامتنان وأشكر مرضاي. إن عدم فعل ذلك أو إنكار صحة الملاحظة الدقيقة، يعني تقويض رؤية المريض للواقع وعدم الانخراط في العلاج بل في مناهضة العلاج. نحن مهد للأسرار. كل يوم، يمنحنا المرضى أسرارهم التي غالبًا ما لم يشاركوها من قبل. إن تلقي مثل هذه الأسرار هو امتياز يُمنح للقليلين جدًا. توفر الأسرار نظرة خلف الكواليس على الحالة الإنسانية من دون زخرفة اجتماعية أو لعب الأدوار أو التظاهر بالشجاعة أو التباهي على المسرح. في بعض الأحيان تحرقني هذه الأسرار وأعود إلى المنزل أحتضن زوجتي وأحمد الله على نعمه. أسرار أخرى تنبض داخلي وتثير ذكرياتي وحفزاتي الهاربة المنسية منذ زمن طويل. وهناك أسرار أخرى تحزنني عندما أرى كيف يمكن أن تُستنزف حياة بأكملها بلا داع بسبب الخزي وعدم القدرة على مسامحة الذات. أولئك الذين هم مهد الأسرار يُمنحون عدسة توضيحية يمكنهم من خلالها رؤية العالم، رؤية أقل تشويهاً وإنكاراً ووهماً، رؤية الأشياء كما هي عليه حقًا. (في هذا الصدد، تأمل عناوين الكتب التي كتبها ألين ويليس، المحلل النفسي البارز: (The Way Things Are، The Scheme of Things، The Illusionless Man).

أتقرب من الآخرين أكثر عندما أنقل إليهم أننا جميعًا (المعالج والمريض على حد سواء) مثقلون بأسرار مؤلمة؛ كالشعور بالذنب على أفعال ارتكبت، والخزي على أفعال لم نفعلها، والرغبة في أن نكون محبوبين ومقدرين، ومواطن الانكشاف العاطفي العميقة والمخاوف.

كوني مهذا للأسرار جعلني، مع مرور السنين، أكثر لطفًا وتقبلاً. عندما ألتقي أشخاصًا متضخمين بالغرور أو الأهمية الذاتية أو مشتتين بعدد لا بحصى من الرغبات المستنزفة، فإنني أستشعر ألم الأسرار الكامنة وراء ذلك ولا أصدر أحكامًا بل أشعر بالتراحم وقبل كل شيء، بالترابط. عندما تعرضت لأول مرة إلى التأمل الرسمي للطف المحب في معتكف بوذي، شعرت وكأنني في موطني. أعتقد أن الكثير من المعالجين، أكثر مما يُعتقد عمومًا، يألفون عالم المحبة واللطف.

إن عملنا لا يوفر لنا فقط الفرصة لتجاوز أنفسنا والتطور والنمو وأن نعم بوضوح الرؤية للمعرفة الحقيقية والمساوية للحالة الإنسانية، بل يقدم لنا أكثر من ذلك.

نحن نواجه تحديًا فكريًا. نصبح مستكشفين منغمسين في أعظم المساعي وأكثرها تعقيدًا، وهو تطوير العقل البشري وصيانتته. جنبًا إلى جنب مع مرضانا، نذوق متعة الاكتشافات العظيمة؛ تجربة «لحظة الإدراك»؛ عندما تندمج الأجزاء المتفرقة من الأفكار بشكل سلس لتشكل وحدة متناسقة. في أحيان أخرى، نصبح كالقابلة التي تستقبل ميلاد شيء جديد ومحرر وسام. نشاهد مرضانا وهم يتخلصون من الأنماط القديمة المدمرة للذات، ينفصلون عن المآسي القديمة، يتعلمون متعة العيش، يتعلمون حبنا، ومن خلال هذا، يتوجهون بمحبة نحو الآخرين. إنها متعة أن نرى الآخرين يفتحون صناديق حيلهم. أحيانًا أشعر وكأنني مرشد يصطحب المرضى إلى غرف منازلهم. يا لها من فرحة أن نشاهدهم يفتحون أبوابًا لغرف لم يدخلوها من قبل، ويكتشفون أجنحة جديدة لمنازلهم تحتوي على

أجزاء كانت منفية؛ أجزاء متطورة وجميلة وإبداعية من الهوية. في بعض الأحيان الخطوة الأولى في هذه العملية في العمل مع الأحلام، حيث نندهش أنا والمريض على حد سواء من ظهور بناءات مبتكرة وصور مضيئة من الظلام. أعتقد أن معلمي الكتابة الإبداعية لا بد أن لديهم تجارب مماثلة.

أخيرًا، لطالما بدا لي من الامتيازات الاستثنائية أن أكون عضوًا في رابطة المعالجين الموقرة والمشرقة. نحن المعالجين جزء من تقليد لا يعود فقط إلى أسلافنا المباشرين في العلاج النفسي، بدءًا من فرويد ويونج وجميع أسلافهم؛ نيتشه وشوبنهاور وكيركجارد، ولكن أيضًا إلى يسوع وبوذا وأفلاطون وسقراط وجالينوس وأبقراط، وجميع القادة الدينيين العظماء والفلاسفة والأطباء الذين خدموا اليأس الإنساني منذ بداية الزمن.

إحالات

- Erikson, Erik, *Identity: Youth and Crisis* (New York: W.W. Norton, 1968), pp.138–39.
- Karen Horney, *Neurosis and Human Growth* (New York: W.W. Norton, 1950).
- C.P. Rosenbaum, personal communication, 2001.
- André Malraux, *Antimemoirs* (New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1968), p.1.
- Arthur Schopenhauer, *parerga and paralipomena*, Volume 2, translated by E. Payne (Clarendon Press. Oxford. 1974) p. 292
- Arthur Schopenhauer, *The Complete Essays of Schopenhauer*, trans T. Bailey Saunders (New York: Wiley, 1942), p.2
- *ibid*–p.298
- Hermann Hesse, *The Glass Bead Game: Magister Ludi*, Richard Winston.
- Ram Dass, oral communication, 1988.
- Carl Rogers, «The Necessary and Sufficient Conditions of Psychotherapeutic Personality Change,» *Journal of Consulting Psychology* 21 (1957): 95–103.
- Irvin Yalom, *Every Day Gets a Little Closer* (New York: Basic Books, 1974).
- Terence, *Lady of Andros, Self-Tormentor & Eunuch*, vol. 1, trans. John Sargeant (Cambridge: Harvard University Press, 1992).

- This dream is discussed in *Momma and the Meaning of Life*
- (New York: Basic Books, 1999.)
- This incident discussed in *Momma and the Meaning of Life*
- (New York: Basic Books, 1999.)
- K. Benne, «History of the T-group in the laboratory setting,» in *T-Group Theory and Laboratory Method*, ed. L. Bradford, J. Gibb, K. Benne (New York: John Wiley, 1964), pp. 80–135.
- Irvin Yalom, *Inpatient Group Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1983).
- Irvin Yalom, *Every Day Gets a Little Closer* (New York: Basic Books, 1974).
- Irvin Yalom, *Love's Executioner* (New York: Basic Books, 1989).
- Sigmund Freud, *Studies in Hysteria* (New York: Basic books, 2001).
- Irvin Yalom, «Group Therapy and Alcoholism,» *Annals of the New York Academy of Sciences* 233 (1974): 85–103.
- Yalom, S. Bloch, S. Brown, «The Written Summary as a Group Psychotherapy Technique,» *Archives of General Psychiatry* 32 (1975): 605–13.
- Sándor Ferenczi, *The Clinical Diaries of Sándor Ferenczi*, ed. Judith Dupont (Cambridge: Harvard University Press, 1995).
- Irvin Yalom, *Lying on the Couch* (New York: Basic Books, 1996).
- Peter Lomas, *True and False Experience* (New York: Taplinger,

- 1993), pp.15–16.
- Friedrich Nietzsche, *Thus Spake Zarathustra* (New York: Penguin Books, 1961), p.85.
- Louis Fierman, ed., *Effective Psychotherapy: The Contributions of Helmut Kaiser* (New York: The Free Press, 1965), pp.172–202.
- Irvin Yalom, *When Nietzsche Wept* (New York: Basic Books, 1972).
- Harry Stack Sullivan, *The Psychiatric Interview* (New York: Norton, 1988).
- J. Luft, *Group Processes: An Introduction to Group Dynamics* (Palo Alto, Calif.: National Press, 1966).
- I. Yalom, M. Liebermann, «Bereavement and Heightened Existential Awareness,» *Psychiatry*, 1992.
- Irvin Yalom, *Existential Psychotherapy* (New York: Basic Books, 1980), p.146.
- J. Gardner, *Grendel* (New York: Random House, 1989).
- Martin Heidegger, *Being and Time* (New York: Harper and Row, 1962), p.294.
- Friedrich Nietzsche, *The Gay Science* (New York: Vintage Books, 1974).
- Friedrich Nietzsche, *The Will to Power* (New York: Vintage Books, 1967), p.272.
- Friedrich Nietzsche, *The Will to Power* (New York: Vintage Books, 1967), p.267.
- Irvin Yalom, *Love's Executioner* (New York: Basic Books, 1989),
- p.15.

- Friedrich Nietzsche, Letter to P. Gast 4 August 1882, cited by P. Fuss and H. Shapiro, in Nietzsche: A Self-portrait from His Letters (Cambridge: Harvard University Press, 1971), p.63.
- Friedrich Nietzsche, Beyond Good and Evil (New York: Vintage Books, 1989), p.95.
- Erich Fromm, The Art of Loving (New York: Perennial Classics, 2000).
- Erik Erikson, personal communication, 1970.
- Ruthellen Josselson, The Space Between Us (New York: Sage, 1995), p.201.
- D.W. Winnicott, «Hate in the Countertransference,» International Journal of Psychoanalysis 30 (1949): 69.
- Sigmund Freud, Studies in Hysteria (New York: Basic Books Classics, 2000).
- Drew Weston and Kate Morrison, «A Multidimensional Meta Analysis of Treatments for Depression, Panic, and Generalized Anxiety Disorder: An Empirical Examination of the Status of Empirically Supported Therapies,» Journal of Consulting and Clinical Psychology, December 2001, Volume 69, Number 6.
- Sigmund Freud, The Handling of Dream Interpretations, standard edition, vol. 12 (London: the Hogarth Press, 1958), p. 91.
- These two dreams are described in Momma and the Meaning of Life (New York: Basic Books, 1999).
- Irvin Yalom, Momma and the Meaning of Life (New York: Basic Books, 1999), pp.83–154.
- Sigmund Freud, Analysis Terminable and Interminable, Standard Edition, vol. 23, p.249

الفهرس

| | |
|----|--|
| 6 | إهداء |
| 8 | المقدمة |
| 18 | شكر وعرفان |
| 19 | الفصل الأول: أزل العقبات أمام النمو |
| 22 | الفصل الثاني: تجنب التشخيص (باستثناء شركات التأمين) |
| 25 | الفصل الثالث: المعالج والمريض "رفيقا الرحلة" |
| 30 | الفصل الرابع: أشرك المريض |
| 32 | الفصل الخامس: كن داعماً |
| 36 | الفصل السادس: المواجهة: النظر من نافذة المريض |
| 42 | الفصل السابع: علم المواجهة |
| 45 | الفصل الثامن: دع المريض يحتل مكانة مهمة داخلك |
| 49 | الفصل التاسع: اعترف بأخطائك |
| 51 | الفصل العاشر: صمم علاج مخصص لكل مريض |
| 56 | الفصل الحادي عشر: العمل العلاجي وليس الكلمة العلاجية |
| 59 | الفصل الثاني عشر: بادر إلى العلاج الشخصي |

- 63 الفصل الثالث عشر: المعالج لديه الكثير من المرضى؛ لكن المريض، لديه معالج واحد فقط
- 65 الفصل الرابع عشر: هنا والآن؛ استخدمها، استخدمها، استخدمها
- 66 الفصل الخامس عشر: لماذا نستخدم "هنا والآن"؟
- 68 الفصل السادس عشر: استخدم "هنا والآن"
- 72 الفصل السابع عشر: ابحث عن مكافئات هنا والآن
- 78 الفصل الثامن عشر: العمل على المشكلات من خلال هنا والآن
- 82 الفصل التاسع عشر: هنا والآن تُنشط العلاج
- 85 الفصل العشرون: استخدم مشاعرك كمُعطيات
- 88 الفصل الحادي والعشرون: صغ تعليقات هنا والآن بعناية
- 89 الفصل الثاني والعشرون: استخدم كل شيء لصالح هنا والآن
- 91 الفصل الثالث والعشرون: تحقق من هنا والآن في كل جلسة
- 93 الفصل الرابع والعشرون: ما الأكاذيب التي أخبرتني بها؟
- 94 الفصل الخامس والعشرون: الشاشة الفارغة؟ انس أمرها! كن حقيقياً
- 103 الفصل السادس والعشرون: ثلاثة أنواع لإفصاح المعالج عن ذاته
- 104 الفصل السابع والعشرون: آلية العلاج: كن شفافاً
- 107 الفصل الثامن والعشرون: تحلّ بالحكمة في الكشف عن مشاعر الهنا والآن

110 الفصل التاسع والعشرون: الكشف عن الحياة الشخصية للمعالج: كن حذرًا

115 الفصل الثلاثون: الكشف عن حياتك الشخصية: تحذيرات

118 الفصل الحادي والثلاثون: شفافية المعالج والشمولية

119 الفصل الثاني والثلاثون: المرضى سيقاومون إفصاحك عن ذاتك

122 الفصل الثالث والثلاثون: تجنب العلاج الأعوج

124 الفصل الرابع والثلاثون: ساعد المرضى لتجاوز ما توصلت إليه

126 الفصل الخامس والثلاثون: أن تتلقى المساعدة من مريضك

130 الفصل السادس والثلاثون: تشجيع الإفصاح عن الذات للمريض

133 الفصل السابع والثلاثون: التغذية الراجعة في العلاج النفسي

136 الفصل الثامن والثلاثون: قدم التغذية الراجعة بفعالية ورفق

139 الفصل التاسع والثلاثون: زيادة تقبل التغذية الراجعة باستخدام "الأجزاء"

141 الفصل الأربعون: التغذية الراجعة: اضرب على الحديد وهو بارد

144 الفصل الحادي والأربعون: تحدث عن الموت

146 الفصل الثاني والأربعون: الموت وتعزيز الحياة

149 الفصل الثالث والأربعون: كيف تتحدث عن الموت

153 الفصل الرابع والأربعون: تحدث عن معنى الحياة

157 الفصل الخامس والأربعون: الحرية

- 159 الفصل السادس والأربعون: مساعدة المرضى على تحمل المسؤولية
- 163 الفصل السابع والأربعون: لا تتخذ أبدًا (تقريبًا أبدًا) قرارات للمريض
- 167 الفصل الثامن والأربعون: قرارات: طريق ملكي نحو أساس الوجود
- 170 الفصل التاسع والأربعون: ركز على مقاومة اتخاذ القرار
- 172 الفصل الخمسون: تعزيز الوعي من خلال تقديم النصيحة
- 177 الفصل الحادي والخمسون: تعزيز القرار: وسائل أخرى
- 180 الفصل الثاني والخمسون: تابع العلاج كجلسة متصلة
- 182 الفصل الثالث والخمسون: دَوِّن ملاحظات كل جلسة
- 183 الفصل الرابع والخمسون: شجع المريض على مراقبة نفسه
- 184 الفصل الخامس والخمسون: عندما يبكي مريضك
- 186 الفصل السادس والخمسون: امنح نفسك وقتًا بين المرضى
- 188 الفصل السابع والخمسون: عبّر عن معضلاتك بصراحة
- 191 الفصل الثامن والخمسون: قم بزيارات منزلية
- 194 الفصل التاسع والخمسون: لا تأخذ التفسيرات على محمل الجد
- 198 الفصل الستون: وسائل تسريع العلاج النفسي
- 202 الفصل الحادي والستون: العلاج بصفته تدريبًا عامًا لممارسة الحياة

- 204 الفصل الثاني والستون: استخدم الشكوى الأولية كوسيلة للتأثير
- 207 الفصل الثالث والستون: لا تخشَ التلامس مع مريضك
- 212 الفصل الرابع والستون: احذر التورط في أي نشاط جنسي مع المرضى
- 217 الفصل الخامس والستون: انتبه لمشكلات الذكريات السنوية ومراحل الحياة
- 219 الفصل السادس والستون: لا تتجاهل أبدًا "القلق في أثناء العلاج"
- 222 الفصل السابع والستون: أيها الطبيب، خلصني من القلق
- 223 الفصل الثامن والستون: تعرية الحب
- 229 الفصل التاسع والستون: أخذ التاريخ الطبي
- 230 الفصل السبعون: تاريخ الجدول اليومي للمريض
- 232 الفصل الحادي والسبعون: الأشخاص المهمون في حياة المريض
- 233 الفصل الثاني والسبعون: إجراء مقابلة مع الشخص المهم
- 235 الفصل الثالث والسبعون: استكشف العلاج السابق
- 237 الفصل الرابع والسبعون: مشاركة جانب من الظلام
- 240 الفصل الخامس والسبعون: فرويد لم يكن مخطئًا دائمًا
- 246 الفصل السادس والسبعون: العلاج المعرفي السلوكي ليس كما يُرَوَّج له...
- 250 الفصل السابع والسبعون: الأحلام؛ استخدمها، استخدمها، استخدمها

| | |
|-----|---|
| 252 | الفصل الثامن والسبعون: تأويل كامل للحلم؟ انس ذلك! |
| 253 | الفصل التاسع والسبعون: استخدم الأحلام بشكل عملي: نهب وسلب |
| 261 | الفصل الثمانون: أتقن فن استكشاف الأحلام |
| 264 | الفصل الحادي والثمانون: اكتشف حياة المريض من الأحلام |
| 270 | الفصل الثاني والثمانون: انتبه إلى الحلم الأول |
| 274 | الفصل الثالث والثمانون: انتبه جيدًا للأحلام المتعلقة بالمعالج |
| 279 | الفصل الرابع والثمانون: احذر المخاطر المهنية |
| 285 | الفصل الخامس والثمانون: اعتر بالامتيازات المهنية |
| 289 | إحالات |

مكتبة

t.me/soramnqraa

telegram @soramnqraa

هبة العلاج النفسي

المهتم بالعلاج النفسي أو تنمية الذات سيجد رحلة ممتعة في قراءة هذا العمل الذي أنجزه واحدٌ من أهم المفكرين النفسيين في يومنا هذا. عمل يالوم طبيبًا نفسيًا لأكثر من خمسة وثلاثين عامًا ويستخلص في هذا الكتاب حكمته الفريدة حول جلسات الدعم والإرشاد والعلاج النفسي وهو دليل للعلاج الناجح ليخرج مزيج خاص من الأفكار والتقنيات التي استخدمها في رحلته العملية.

إرفين د. يالوم

حاصل على دكتوراه في الطب، له الكثير من المؤلفات في مجال العلاج النفسي والعلاج النفسي الوجودي ونظرية العلاج النفسي الجماعي، يشغل حاليًا منصب أستاذ فخري للطب النفسي في جامعة ستانفورد.



للنشر والتوزيع