وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف- المسيلة-

المنشورات العلمية لجامعة المسيلة

كتاب بيداغوجي

المداخل العلاجية التحليلية الحديثة

مبادئ وتطبيقات

إعداد الدكتورة:

بوعلاقة فاطمة الزهراء

منشورات جامعة المسيلة

ردمك: ISBN: 978-9931-251-86-6

المداخل العلاجية التحليلية الحديثة

مبادئ وتطبيقات

مؤلف علمي

منشورات جامعة المسيلة

د. بوعلاقة فاطمة الزهراء

منشورات جامعة المسيلة

الجزائر – (المسيلة)

اسم الكتاب: المداخل العلاجية التحليلية الحديثة مبادئ وتطبيقات

من إعداد: د. بوعلاقة فاطمة الزهراء

الطبعة الأولى: ه – م

عدد الصفحات: 75

الإيداع القانوني:

ردمك: 9789931251866

الناشر: جامعة محمد بوضياف

تصميم الغلاف:

الآراء الواردة في الكتاب تعبر عن أراء صاحبها

المداخل العلاجية التحليلية الحديثة مبادئ وتطبيقات

فهرس الكتاب

مقدمة

الفصل الأول: علم النفس العيادي والعلاج النفسي

1. ما يخص علم النفس العيادي 04

1. قصة علم النفس العيادي:..... 04

2. علم النفس العيادي، مفاده:..... 06

3. العلاج النفسي والمعالج النفسي..... 06

1.3 العلاج النفسي عبر التعاريف..... 06

2.3. جوهر العملية العلاجية: "الإصغاء "..... 08

1.2.3. المواصفات الشكلية..... 09

2.2.3. المواصفات الأخلاقية:..... 10

3.2.3. المواصفات المعرفية:..... 10

الفصل الثاني: العلاج النفسي في ضوء مدرسة التحليل النفسي الكلاسيكي والحديث

2. المسار التاريخي للمدرسة التحليلية 13

المداخل العلاجية التحليلية الحديثة مبادئ وتطبيقات

2. مشوار فرويد في تأسيس التحليل النفسي المسمى العلاج الكلاسيكي..... 13

1.2. سنوات مهمة في تأسيس الحركة التحليلية:..... 13

2.2. جمعية الأربعاء النفسية: 14

2. المبادئ الأبستمولوجيا للتحليل النفسي:..... 14

1.2. الركائز العلاجية في التحليل النفسي الكلاسيكي:..... 15

1.1.2 دينامية التحويل:..... 19

3. العلاجات التحليلية ما بعد فرويدية العناصر الأساسية..... 26

3. الفرويدية الجديدة ومال التحليل النفسي الكلاسيكي..... 26

1.3. السيكولوجيا الفردية ل أدلر ألفرد ALFRED ADLER..... 26

2.3. السيكولوجية التحليلية ل يونغ Yung..... 27

3.3. الفرويديون المحدثون..... 28

4. الإطار العلاجي التحليلي وبعض المطبات في العلاقة العلاجية: قراءة المقال خاص والمعالج بيرون روجيه..... 35

1.4. الإطار العلاجي: ماهيته وشروطه..... 35

2.4. المقابلات التمهيدية في العلاج التحليلي الكلاسيكي:..... 37

3.4. المقابلات وجها لوجه في العلاج المستوحى من التحليلية 37

4.4. شروط الاندراج في العلاج التحليلي الكلاسيكي..... 39

5.4. متى يصبح العلاج المستوحى من التحليلية ضروريا..... 40

2.4. مطبات في العلاقة العلاجية: ترجمة لمقال ل بيرون ر. (2001) 41

1.2.4. أهداف العلاية العلاجية:..... 41

2.2.4. المساعدة:(aider)، الرعاية (soigner)، تخفيض المعانا.(alléger la souffrance)

..... 41

3.2.4. تحليل الطلب..... 42

4.2.4. مطبات ممكنة:..... 43

الفصل الثالث: مجالات العلاجات المستوحاة من التحليلية

5.العلاج المستوحى من التحليلية 48

1.5 الإطار العلاجي للعلاج المستوحى من التحليلية:..... 50

2.5 أنواع العلاجات في العلاج المستوحى من التحليلية:..... 50

1.2.5 العلاجات قصيرة المدى:..... 50

2.2.5 العلاج الجماعي والأسري التحليلي..... 52

3.2.5. مبادئ العلاج الجماعي التحليلي تكمن في: 52

4.2.5 العلاج الموجه للأطفال والمراهقين: الاستشارة التحليلية..... 54

5.2.5. العلاج بالبسيكودراما التحليلية:..... 56

6.2.5. العلاج الموجه للشيوخ: 58

7.2.5 العلاج بالاسترخاء التحليلي:..... 59

8.2.5. العلاج بوساطة التقنيات الاسقاطية:..... 60

6. علاقة العلاج النفسي التحليلي بالتيارات العلاجية الأخرى..... 61

خاتمة

البيلوغرافية 63

مقدمة:

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

عبر عنه الطلبة كالاتي:

– كيف أوظف معلوماتي النظرية في الميدان؟

– ما عساي افعل أمام مشكلات العميل؟

– ما هي المدارس العلاجية التي يجب ان اتبناها؟

كل الأسئلة منطقية، لكن الإجابة عليها، أو الجواب لا يمتلكه هذا المقياس لوحده، إن لم يكن الطالب يقف على قواعد تكوينية صحيحة في مقاييس أخرى كعلم النفس المرضي أساسا في ضوء كل المداخل النظرية، علم النفس النمو، علم النفس الاجتماعي والتحليل النفسي كثقافة عيادية أي القراءات في تجارب ميدانية وقبل أن نعرض العناصر الرئيسية لمحاضرات العلاجات النفسية ذات المنحى التحليلي من التأصيل التاريخي للعلاج إلى المستحدثات في حقل العلاج التحليلي، وعرض مبادئه، وتقنياته، وقواعده العلاجية فإنه من الضروري أن نقف على هوية العيادي التي نسعى كأساتذة علم النفس أن نخطها في السنوات التكوينية للطلبة موضحين مهام العيادي الممارس في ضوء قصة علم النفس العيادي وماهية العلاج النفسي ومبادئه بصفة عامة.

هذه القواعد التكوينية ولنقل "أكاديمية" لا تكفي لتكوين طالب في علم النفس العيادي" مشروع ممارس عيادي"، إنه مشروع في تطبيقه يضع الممارس في علاقة مباشرة مع الآخر: لا أوراق خاصة بالعرض يمكنك الرجوع إليها أن زلقت منك معلومة أن لم نقل كل المعلومات، ولا وجود لزميل يحاول أن يعيد صياغة ما قلت إن بدي غير مفهوم أو بدوت غير مستوعبا

لما نقلته من قراءاتك، ولا وجود الأستاذ الذي قد يتبعك فيما قدمت أو يختلف معك، يشجعك أو يوبخك...الخ، إنها تجربة مختلفة.

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

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

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

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

الفصل الأول:

علم النفس العيادي والعلاج النفسي

1. ما يخص علم النفس العيادي

1. قصة علم النفس العيادي:

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

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

حدد مصطلح علم النفس العيادي بوضوح من خلال الكتابات المتكررة لى: Pierre Janet، أين يظهر المصطلح سنة 1898 في كتابه: عصاب وأفكار ثابتة (Nevrose et idées fixes)، إذ يعود الفضل له كملهم أول لإنشاء هذا العلم. سنة 1947 بعد وفاة Pierre Janet تتوج جامعة فرنسا بليسانس في علم النفس العيادي، منذ أن أسس علم النفس التجريبي كعلم أساسي، أين يعد علم النفس العيادي من أحد ممارساته، فالنقاش كان قائما حول التجريب: عزل، يفكك ، يجزئ: من خلال وضع المتغيرات؛ هذا ما يفشله في أن يستوعب الشخصية في كليته إلا أن التكامل بينهما (علم النفس التجريبي، علم النفس العيادي)، أصبح موضوع دراسة بداية القرن العشرين، يعود الفضل في ذلك ل Alfred binet مدير مخبر علم النفس الفيزيولوجي للمدرسة التطبيقية للدراسات العليا laboratoire de psychologie physiologique de l ' école pratique des hautes études حيث تابع دراسة الذكاء من خلال ثلاثة أطراف مختلفة لكن كان يراها متكاملة: التحليل التجريبي، الاختبارات أين توصل إلى

وضع " سلم القياس الشهير و ثالثا العيادة ، فدراسته التجريبية حول الذكاء (1903) رغم عنوانها إلا أنها ترتكز على تحليل عيادي " دقيق لعمليات الذكاء لإبنتيه حيث اهتم بتوضيح الفرق في الأسلوب .(**Prevost C.-M.،1988، PP.34-35**)

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

من جهته Henri Pieron لم يكن " عياديا " بالمصطلح المنوط له حاليا، لكن اهتماماته بعلم النفس الفارقي، علم النفس العمل والاختبارات إلى آخره، جعلته يقتنع مليا بمدى ضرورة تكوين ممارسين في علم النفس. أما Henri wallon فكان طالب سابقا للمدرسة العادية العليا ومتحصل على ديبلوم فلسفة، كان طبيبا وإثرها تعلم العيادة، عمل عيادي موجه للمرض العقلي ولكن أيضا العمليات النمو العيادية (les origines de la pensée chez L'Enfant،1945).

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

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

2. علم النفس العيادي، مفاده:

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

(PERRON R.، 1997، P)

يعرف لاقاش د. في مقاله الشهير: وحدة علم النفس (unité de la psychologie) علم النفس العيادي كالاتي" تحديد السلوك في بعده الخاص، الرصد بصدق وذلك بالقدر الممكن للطرق التي يكون بها الفرد (أو أساليبه في كيف يكون)، ردود أفعاله بصفة ملموسة وكاملة أثناء تواجده في موقف معين البحث الوضع روابط ذات معنى، البنية والنشأة، كشف الصراعات المحركة والعمليات اللازمة لحل هذه الصراعات، هذا بإيجاز برنامج علم النفس العيادي.

(Lagache, D .p,1969)

3. العلاج النفسي والمعالج النفسي:

1.3. العلاج النفسي عبر التعاريف:

ينقل لنا عبد الرحمان العيسوي في كتابه "فن الارشاد والعلاج النفسي " مفهوم العلاج النفسي وأهدافه كالآتي " نقصد به تلك العمليات والإجراءات التي يقوم بها الأخصائي النفساني بقصد إعادة تكيف الفرد مع نفسه ومع المجتمع المحيط به فالعلاج النفسي يستهدف المعالجة القائمة على استخدام المناهج العلمية وعلى أساس من التشخيص الموضوعي "

(عب الرحمان العيساوي، 1999).

هذا التقنين والموضوعية التي يؤكد عليهما هذا التعريف يجعلنا نفكر في مدى إمكانية تحقيقهما على المستوى الممارسة؛ لمناقشة ما جاء فلنقرأ معا ما كتبه Winfrid Huber في كتابه: "العلاجات النفسية. أي علاج من أجل أي عميل"

les Psychotherapies – Quelle thérapie pour quell patient" ما يلي : في نهاية الستينات تقريبا ،ظهر أكثر الفرق بين علم النفس العيادي كبحث علمي وكممارسة؟ رغم التطورات الهائلة فيما يخص الصحة العقلية إلا أننا لم نجد دليلا علاجيا حتى في أمريكا".

(2005 p5،).

أي أن للعلاج خصوصيته قد لا تتماشي أو تتناسب والقوانين الموضوعية التي يفترضها علم النفس العيادي كمجال للدراسة وليس كميدان للممارسة، هذا ما يحاول توضيحه بعمق سي موسى عبد الرحمان في أحد مقالاته الجميلة المعنونة كالآتي: "نظرة على نشأة الفكر العيادي Apercu sur la construction d'une pensée Clinique، إذ يرى أنه رغم تعدد النظريات العلاجية وتطورها، واختلاف الاختبارات المنطقية يبقى الإنسان والإنسانية فينا تنبعث في شخصنا كمحترف وعالم.

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

- إن العلاج أو مساعدة الآخر تعني أن ندفع بشريكنا إلى السير قدما معا إلى أن نصل إلى مستوى من الاستقلالية دون أن يشكل هذا خطرا على الطرفين.. ولهذا علينا أن نتخلى عن الوضعية العظامية والمثالية في العلاج فهما أعداء العلم "

***(Simoussi.A, 2005, pp. 203-206*)**

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

2.3. جوهر العملية العلاجية: "الإصغاء ":

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

جوهر العمليات العلاجية هو" الإصغاء"، وهذا ما يعتمد عليه أساسا العلاج النفسي: يدعونا الكاتب إلى أن نرتكز في العلاج على "الإصغاء" وليس على "الفهم" أي المرور من وضعية معقلنة أساسها الفهم إلى وضعية " الإصغاء " قريبة من المفهوم الفرويدي المسمى " الانتباه العائم (L'attention flottante) وقد توصل من خلال عمله" العيادي "إلى" أن العمل النفسي مع العملاء لا يرتكز فقط على العين (الملاحظة) والعقل" التحليل" لكنه يرتكز على الأذن (الإصغاء) والتي تعاش كأم حاوية ، التي تحمل، بكل المعاني، وليديها حتى يصل إلى الاستقلالية نسبيا". **(P.213)**

يرجع هذا الوصف والتحليل للعمل النفسي إلى ما كان يرمي إليه Fleiss في تحليل النفسي لمرضاه إذا كان يشبه العيادة بالرعاية الأمومية وهذا ما منح حاليا العلاجات النفسية لاسيما المستوحاة من التحليلية وظيفة الاحتواء..

ويضيف سي موسي عبد الرحمان في نفس المقال السابق أنه بعد 10 سنوات تقريبا من العمل النفسي أو العيادي توصل في أحد حصصه للقول لعميله: أنا استمع لك

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

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

2.3. المعالج النفسي: مواصفاته (الشكلية، الأخلاقية، المعرفية)

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

1.2.3. المواصفات الشكلية:

تعد هذه الصفة الشكلية الخارجية أي المظهر العام للمعالج واجهة لشخصيته، أن يكون مرتبا في لباسه، نظيفا، متناسقا يوحي بشخصية منظمة وحتى مستقرة كذلك أن يتمتع في لباسه أو يميل إلى الوسطية لا قليل الثياب ولا كثير الثياب (Ni peu vêtu - Ni trop vêtu) ونقصد بها أن يميل بالأولى إلى الإغواء (ألبسة مثيرة، مساحيق زائدة بالنسبة للإناث، عطور ملفتة ...الخ) ونقصد بالثانية أي يميل إلى التستر بإفراط (كالبرقع، السدل، نقاب، العجار).

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

2.2.3. المواصفات الأخلاقية:

ينقل المعالج للعميل وهو يقبل عرضه للعلاج أن ما يتكلم عنه العميل يبقى سريا محتفظة بها آذان المعالج لا يتكلم عنها المعالج إلا في الإطار العلمي أي مناقشة الحالة داخل تكوينات لكن دون إعطاء تفاصيل قد تشير بوضوح إلى هوية العميل. كما أنهما في عقدهما العلاجي يؤكد المعالج على أن العميل حر في التعبير عن أفكاره ومشاعره، هذا يعكس لدى العميل توقعات ايجابية من طرف المعالج، توقعات تتمثل في الاحترام، عدم طلق أحكام، لا سخرية أو تحاذق، كل هذه التوقعات تقرب لدى العميل المبدأ الأساسي الذي تنطلق منه العملية العلاجية وتتماشي به وهو التقبل كل اختراق لهذه التوقعات يعد اخترقا أخلاقيا للعقد العلاجي.

3-2-3- المواصفات المعرفية:

المعرفة ضوء ينير الطريق العلاجي، الثقافة النفسية، الثقافة العيادية، القراءات المتنوعة، التكوينات والانتماء لمجموعة من الزملاء والمختصين والمشرفين بهدف تبادل الخبرات ومناقشة طريقة العمل والمشكلات المرفقة ومحاولة تجاوزها.. الخ كل هذا يكون زاد
معرفيا يتحول بالوقت والجدية والمثابرة إلى صفة مهمة في المعالج، صفة أنه يحب أن يعرف (Aimer savoir).

الفصل الثاني:

العلاج النفسي في ضوء مدرسة التحليل النفسي الكلاسيكي والحديث

2. مسار تاريخي للمدرسة التحليلية

2. مشوار فرويد في تأسيس التحليل النفسي المسمى العلاج الكلاسيكي (la cure type):

1.2. سنوات مهمة في تأسيس الحركة التحليلية:

يعتبر سيجمون فرويد (1856– 1939) المؤسس الأول التحليل النفسي وأحدث ما سمي حبنها" الثورة الفرويدية"؛ ولد العالم في 6 ماي 1856 بمورافيا (Moravie) نمساوي الاصل تحديدا هنغاري من صلب أسرة يهودية وفقيرة، وكان هذين العاملين بالأخص من تحدياته الحياتية، درس الطب، وتخصص في الطب العقلي (la psychiatrie) وكانت اصوله من العراقيل الاجتماعية التي دفعت به للوقوف ضد الايديولوجيا البرجوازية والعرقية في طرح إحدى أهم أدوات النقد والعلاج: اكتشاف الجهاز النفسي (1885–1875).

سنة 1885 صار فرويد أستاذا خاصا في طب الخلايا العصبية، وواصل تعليمه في هذا المضمار في باريس قرب جان مارتان شاركو، أين تعرف على هيبوليت برنهايم في نانسي والى جوزيف بروير، وتعرف منهم على واقع الهستيريا، لغة الجسد، وطريقة العلاج للاضطرابات الهستيرية عن طريق "التنفيس"و"الحث" بان يحكي المريض عن حياته وذكرياته وظروف مرضه [شاركو وطريقة التنويم في إزالة الأعراض الجسدية، برنهايم وطريقة الإيحاء، وبروير في طريقة الكلام لعلاج المريضة0 Anna]؛ وهنا وجد فرويد ضالته في تفسير الاضطرابات الهستيرية التي أرجعها الى أصول جنسية من جهة ومن جهة أخرى فهي لاشعورية "أي منسية". **(كليمان ك.2014.ص.95–96).**

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

استخدم فرويد بادئ ذي بدء مصطلحات التحليل، وتحليل النفس، والتحليل النفساني، والتحليل النوعي، وذلك في مقالته الأولى بعنوان: "حالات نفس الدفاع عام 1894" (les cas de psychondrose de défense) ولم يدخل مصطلح التحليل النفسي إلا لاحقا، في مقالته حول أسباب العصبة، منشورة بالفرنسية ، وأما في ألمانية، فان كلمة التحليل النفسي ظهرت لأول مرة عام 1896 في مقالته بعنوان :"ملاحظات جديدة حول حالات نفاس الدفاع؛ سنة 1900 وضع مؤلفه عن "علم الأحلام" و الذي يعتبر مؤسس التحليل النفسي بحيث مهدت أعماله الممتدة من 1897–1900 إلى الإعداد المفاهيمي للممارسة التحليلية؛ كما كان للأعمال التالية الفضل في تأريخ هذا التأسيس: علم النفس المرضي للحياة اليومية (1901)، النكتة وعلاقتها باللاشعور (1905) وثلاث محاولات في نظرية الجنس الى جانب دراسة حالة دورا ضمن "خمس حالات في التحليل النفسي". **(كليمان ك.2014.ص. 97).**

2.2. جمعية الأربعاء النفسية:

تأسست جمعية فيينا للتحليل النفسي سنة 1908، لكن المؤسسة التحليلية كانت قد تأسست حول فرويد تدريجيا قبل ذلك التاريخ، فمنذ 1902، أدت "جمعية الأربعاء النفسية" إلى أن يحيط فرويد أولئك التلامذة الذين سيكونون مدرسته: اذ أن رانك وستيكل وأطباء آخرون سيكونون الجماعة التحليلية الأولى. في سنة 1907 أسس يونغ جمعية فرويد في زوريخ: وكان هذا العمل بمثابة نصر الفرويد، لان يونغ طبيب الأمراض العقلية السويسري وابن القس سيعمل حسب تعاليم فرويد نفسه على اخراج التحليل النفسي من حدود فيينا ومن حدوده اليهودية. وفي سنة 1910، تأسست الجمعية الدولية للتحليل النفسي. ".

(كليمان ك.2014. ص. 100).

3. المبادئ الابستمولوجية للتحليل النفسي:

ينشئ التحليل النفسي مبدئيين عامين يعدان عماد لبنائه:

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

ب- **مبدأ لا أدري:** يضع فرويد نفسه ضمن التيار الذي يشير إليه لانج [langel] إشارة دالة كـ" علم نفس بدون نفس" وهذا يعني أن التحليل النفسي لا يسعى إلى معرفة "شيء في ذاته"ليكن النفس واللاشعور- هناك فئة من الظواهر، يتعين أن تشكل موضوع" العلم التحليلي النفسي"، أي أن تتجه المعرفة التحليلية نحو العمليات اللاشعورية. **(آسون بل.2014، ص.103)**

1.3. الركائز العلاجية في التحليل النفسي الكلاسيكي:

تجنب التنويم الإيحائي: لقد كرس فرويد استخدام مصطلح التحليل النفسي ترك التفريغ بتأثير من التنويم المغناطيسي أو الإيحاء، واللجوء إلى قاعدة التداعي الحر وحدها للحصول على المادة التحليلية [...] وأفضل ما يمكن عمله بصدد اختيار مصطلح " التحليل النفسي " هو ترك الكلام لمن نحت هذا المصطلح في نفس الفترة التي ابرز فيها اكتشافه" لقد أطلقنا التحليل النفسي على العمل الذي نجلب من خلاله إلى وعي (الشعور) المريض (المعالج) ذلك المحتوي النفسي المكبوت لديه فلما: استخدمنا " تحليل التي تعني التفتيت والتفكيك وتوحي بالتشابه مع العمل الذي يقوم به عالم الكيمياء على المواد التي يجدها في الطبيعة والتي يحملها إلى المختبر؟ لقد تم ذلك الآن هناك ما يبرر ويدعم فعليا هذا التشابه، في نقطة هامة. ذلك أن أعراض المريض وتجلياته المرضية هي ذات طبيعة تبلغ درجة عالية في تركيبها، شانها في ذلك شان كل النشاطات النفسية، ولا تعدو عناصر هذا التركيب في نهاية المطاف كونها دوافع ، وحركات نزوية، إلا أن المريض لا يعلم التعليل، أو هو لا يعلم شيئا من هذه الدوافع الأولية أننا نعلمه إذ أن يفهم تركيب هذه التكوينات النفسية البالغة التعقيد، ونرد الأعراض إلى حركات

النزوية والتي تحركها، وتدل المريض على الدوافع النزوية التي كان يجهلها إلى ذلك الحين في أعراضه، شأنها في ذلك الكيميائي الذي يفصل المادة الأساسية أو العنصر الكيميائي عن الملح الذي ضاعت معالم فيه من خلال تركيبه مع عناصر أخرى، كما نبين للمريض بنفس الأسلوب أن لم يكن يعني إلا جزئيا دوافع نزوية أخرى ظلت خافية عليه قد أسهمت في إنتاجها كما أننا فسرنا النزعة الجنسية عند الكائن الإنساني من خلال تفتيتها إلى مكوناتها، ونحن حين نؤول حلما ما، فإننا نتصرف بشكل تتجاهل معه الحلم باعتباره وحدة كلية، إذا نجعل التداعيات تنطلق من عناصره المعزولة (عن السياق الكلي). **(لا بلا نش. ج. ولا بونتاليس ج.، ص. 66)**

والتداعي الحر: في هذه الطريقة، فرويد لا يسعي إلى التأثير على مرضاه بأي شكل، بل يطلب من المريض أن يتمدد على أريكة ويجلس هو وراءه، فهو لا يطلب أن يغمض المريض عيناه، كما يتجنب أن يلامسه، ذلك أن استعمال هذه الطريقة من شأنها أن تذكر بالتنويم المغناطيسي.

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

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

الكبت: استكشف فرويد عبر التداعيات الحرة [اين يطلب فرويد من المريض أن يعبر عن كل ما يرد في مجال ذهنه من أفكار وخواطر ومشاعر وتخيلات، حتى أن اعتبرت الفكرة أو الخاطرة غير ملائمة أو سخيفة أو تافهة أو معيبة بعض الثغرات في سرد العملاء، ثمة وقائع حقيقة نسيت تماما وثمة أحداث أو خبرات قد شوهت – ذكريات محببة – وكأن شيئا قام به

الحالة منذ زمن، فالتسلسل الزمني مشوش، العلاقات السببية مقلوبة، وبناء على ذلك توصل فرويد إلى استنتاج فقدان الذاكرة و الناتج عن عملية نفسية أطلق عليها اسم الكبت، ويكتب فرويد حول الكبت في كتابه « cinq legons sur la psychanalyse » ما يلي : " أن على فكرة " المقاومة "أسست مفهوم العمليات النفسية في الهستيريا سميت الكبت هذه العملية التي افترضتها أنا، والتي أجدها تبرهن وجودها من خلال المقاومة[.....] في كل الحالات لاحظنا أن وجود رغبة عدوانية شعر بها، وجدت نفسها في معارضة تامة مع الرغبات الأخرى للفرد، لا تتناسب ومعتقداته الأخلاقية والجمالية، هذه الرغبة غير المقبولة تصبح الكبت، الذي يطرد خارج الشعور وينسي: الكبت هنا يوفر الشعور بعدم الراحة، يظهر هنا كوسيلة تحمي الشخص نفسيا". **(FREUD S., 1998, P.26)**

كما يكتب سنة 1918 موضحا تعريفا للتحليل النفسي:" نطلق اسم التحليل النفسي على ذلك العمل الذي ننقل بواسطته النفسية المكبوتة في أعماق المريض إلى شعوره الواعي" **(كليمان ك.2014.ص. 101)**. فالكبت يعد من أحد أهم منطلقات فرويد في ميدان الهستيريا و حتى في طريقة وضعه التشخيص الفارقي لحالات الهستيريا وفي الأهداف العلاجية، إذ تترك عمليات الكبت، المؤدية للهستيريا، بصماتها واضحة على الذاكرة، و بالتالي يعجز المريض على عرض تاريخ حياته بطريقة متماسكة و محترمة للتسلسل المنطقي، وهنا يؤكد التلازم بين الهستيريا و الاضطرابات التذكارية؛ و لقد عمم فرويد مسألة محو فقدان الذاكرة الطفولية على كافة مناحي العلاج التحليلي منها الاضطراب السيكوسوماتي على خلاف البسيكوسوماتين الذين يرفضون مبدأ إلغاء احتمال وجود اضطراب بسيكوسوماتي لمجرد وجود ذاكرة سليمة لدى المريض. **(مارتي ب. وآخرون، 1990، ص.15-16).**

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

إذ يرى فيد لوشي بان الكبت والمقاومات هما اللذان دفعا فرويد إلى ما أسماه "هستيريا الدفاع" بـ "هستيريا النوام"(HYPNOiDE) و"هستيريا التحكم" من جهة، وإلى أن يربط كل من الرهابات والوساوس والهستيريا كاضطرابات نفسية مرتبطة بصراع نفسي لاشعوري.

(سي موسي ع. ر. وبن خليفة م.،2012، ص.51).

يذكر دروسار في القاموس العالمي للتحليل النفسي ان المحللين يعتبرون العصابات (كاضطرابات نفسية ليس لها مادة تشريحية مكشوفة مرئية)، ترتبط فيها الأعراض بالصراعات النفسية الداخلية الدائرة بين مشاهد هوامية لا شعورية ذات علاقة بعقدة أوديب وما تثيره من دفاعات." **(سي موسي ع. ر. وبن خليفة م.،2012، ص.57).**

وتتجلى المقاومة من خلال تغيير الموضوع في الجلسة أو ملأها بموضوعات غير أساسية، أو يأتون متأخرين عن مواعيدهم أو حتى ينسون مواعيدهم؛ قد تتجلى أيضا من خلال الكف في الحديث وتشوش الأفكار وشعور بتوتر قد يقود إلى الغياب عن جلسات لاحقة مثلا. أتذكر جيدا في هذا الصدد ما كان ينقله لنا المعالج النفسي وأستاذي "سي موسي عبد الرحمان" في جلسات التكوين الخاصة في التكفل النفسي المستوحى من التحليلية بجمعية علم النفس الجزائر (1997-2007) كيف أن المقاومة تسبق حتى جلسات العلاج في سياق تحويل مسبق إذ يتأخر بعض الأفراد على الاندراج في العلاج لديه بعيادته رغم أنهم وجهوا إليه خمس سنوات من قبل مثلا و أن هذه الملاحظة لم تكن تخص عميلا واحدا بل هي استجابة لاحظها عند الكثير من عملاءه، والآن في تجربتي المهنية كمعالجة نفسية وقفت عندها لدى بعض العملاء، وأجد حتى في العملاء الذين يقدمون مبكرا لمواعيدهم نوعا من المقاومة في شكل دفاع عكسي رغم انه قد يكون مؤشر تحويل ايجابي أو سندي لكنه لدى البعض في سياق الجلسات تبينت

المقاومة في العديد من إشكالها، كما أن المقاومة تتخلل كل أوقات الجلسات في بداية العلاج، في وسطه وبالأخص في الجلسات الختامية أين يحرك قلق الانفصال الكثير من المقاومة.

ويفترض المحللون النفسانيون أن المقاومة في العلاج "ضرب على عصب" وقد تكون عاملا مهما في الحياة اليومية للعميل وقد تصبح موضوعا مثمرا لاحقا في العلاج.

(بوميرانتز أم.،2018، ص.359).

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

2.3. ديناميةالتحويل:

ينطلق فرويد من مسألتين هما:

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

وثانيا: لماذا تمثل النقلة في العلاج التحليلي الحد الأعلى من المقاومة. في حين تعتبر في أنماط العلاجات الأخرى عاملا أساسيا من عوامل الشفاء؟ بالنسبة للمسالة الأولى: يؤكد فرويد أن النقلة (أو التحويل كما يعربه البعض) لا تظهر فقط في العلاج التحليلي النفسي بل تظهر أيضا في كل أنماط العلاجات الأخرى غير التحليلية إلى حالات القصوى من التبعية والخضوع لمشيئة المعالج، إذن فالنقلة لا تشكل سمة خاصة من سمات العلاج التحليلي بل هي سمة خصوصية من سمات العصاب.

أما بالنسبة للمسالة الثانية: يعتبر فرويد أن لا بد من التمييز بين نوعين من النقلة: نقلة الايجابية ونقلة السلبية ..... إذ تعمل النقلة السلبية كمانعة او مقاومة العلاج (بمضمونها العدائي والحاقد أو مضمونها الجنسي أو الغلمي erotique). أما النقلة الايجابية تتضمن مشاعر ودية يمكن أن تصح واعية. ومشاعر أخرى تمد جذورها في اللاوعي (اللاشعور)

[.....] يستخدمها المحلل كوسيلة للتأثير الهادف وهنا يستفيد المحلل من التأثير الذي يمارسه على المريض ليتبنى القواعد الأساسية التقنية التحليل النفسي.

(عباس ف.، ص. 52-53).

ملاحظة هامة: أن هذا التقسيم الثنائي للتحويل حديثا (+، -) لا يأخذ نفس المنحى حاليا، فالتحويل يغدو بعدد وأشكال المشاعر والرغبات التي كانت تربطنا والمواضيع الأولية: لنقرا معا مقالة عنوانها "les modalites du transfert et le travail de deuil " لـ كورني جون (. Cournut J) اذ يعرف التحويل (النقلة) كالاتي : " التحويل ظاهر نفسية عامة : فحين نتكلم لشخص ما فنحن لا ننوه فقط، ولكن أيضا، لا شعوريا، بالأشخاص وصور ناتجة من التاريخ الشخصي لذات، من يتكلم.

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

التحويل يعرف العديد من الأشكال: تحويل ايجابي، سلبي، شبقي (غلمي)، غرامي، الخ. فالتحويل يعني انه شكل علائقي مصبوغ بالإبهام (عدم الوضوح) وكذا بواقع مزدوج نشهده في تكثيف الزمن [...] هذا يعني أن نحلل مع العميل (Le patient) ما يسقط على المعالج من علاقات سابقة، وبالتالي التعرف عليها، تحليلها وتفكيكها ((تفكيك ما ينشط منها، وحتى الصادمة منها في الحاضر. سنحدد نوعا ما أنواع التحويلات، ولو أنها ليست بهذا القدر من الانفصال، بل متداخلة، وقد يخفي تحويلا تعرفنا عليه تحويلا آخر غير معرف:

التحويل الايجابي: لما العميل يعبر عن مشاعر ثقة نحو المعالج والعلاج يسير في ظروف ودية وحتى سارة.

التحويل العنيف (transfert hostile): لما يسير العلاج، بمشاعر فيها، العدائية والحقد والمطالب (هي موجهة نحو من؟) (مثال بسيط: " أنا أكرهك": " مثلما كنت تكره أباك لما كنت تظن انه هجرك ".

التحويل الشبقي (transfert erotique): إذا لم يفكك في وقته، العلاقة العلاجية قد تنحرف نحو الشبقية تفكيكها يعني، أن نوضح للعميل انه مخطئ في الشخص الذي يتوجه " هذا الكلام لا يتعلق بي".

التحويل الغرامي (العاطفي)"transfert passionnel" أي غرام التحويل ويمثل كل خصائصه، وكأن التحويل هنا يصبح بالغ الايجابية (trap positir)، مغامر حصري، ملئ بالغيرة ... الخ، العميل في هذا النوع من التحويل لا يدرك أبدا بعد الماضي ويعيش العلاقة العلاجية حصريا في الحاضر هذا يعني مقاومة شديدة للسير العلاجي، في الكثير من الحالات هو صعب التحليل والتجاوز، يمكن أيضا حتى التكلم هنا عن" جنون التحويل " جنون الغرام، الرغبة وحتى الكراهية، الشغف هنا يمازج بين مشاعر متناقضة المقاومة من خلال التحويل).

التحويل الجانبي (le transfert lateral): العميل يبدأ في استثمار شخص آخر غير المعالج، فهي طريقة لتحوير التحويل (détourier le transfert) نضرب مثال عن حالة تمركز جلساتها النفسية في أن تحكي عن أحداث تربطها بطبيبها العام أو طبيبها العقلي وهذا دون إدراج صورة المعالج والسير العلاجي النفسي؛ مثال آخر متعالجة لدى أحد المحللين تستثمر وقتها العلاجي في سرد عن كلبها يتعين بعدها في محاولة لتفسير هذا التحويل الجانبي أنها فقدته في حادث سيارة ولا شعوريا كانت تتمنى موته لتكرر معاشها الهجري مع والدها.

التحويل السلبي: يختلف التحويل السلبي تماما عما كان يصاغ عليه في الكتابات التحليلية الأولى لأننا نخطئ لما لا نميز بين تحويل عنيف وتحويل سلبي، فتحويل المشاعر العدوانية والحاقدة لا تعني أبدا توقيف العلاج إذا استطاع المعالج تحملها والتعرف إلى من تتوجه هذه المشاعر فعليا، تدرجيا العميل سيصلح البعد الزماني في حديثه ويحدد بين الماضي والحاضر.

أما التحويل السلبي فهو نوع من عدم الاستثمار (desinvestissement). لا يحدث شيء، أي أن العلاقة غير مستثمرة تصبح طقسا (un rituel) (عادة)، حوار مبتذل وبالتالي لا تحليل. من المحتمل أن هذا النوع من التحويل بعد ستار اسمنتي اتجاه موجة عدوانية داخلية، أقوى أو أشد من أنه يمكن التعبير عليها. (CORNUT J., 2001, P P. 22-28)

يذكر Michelle doux في مقاله: la succession des entretiens ، du la diagnostic la thérapie آن : " كل علاقة عيادية تؤسس ارتباطا جديدا (filiation nouvelle) وفي هذا الارتباط قد لا يتميز بالإبداعية، بل تسوده المرضية بسبب انفجار المكبوت الحاصل تحت تأثير التحويل و التحويل المضاد قد لا يعاش المعالج على حقيقة ، ولكن على واقع الصورة التي يمثلها وعلى المعالج هنا أن يتدخل في هذا المرشح المشوه لوضعية علائقية ماضية ، هنا بالتحديد يتدخل المعالج التفسير هذا ما يسمى بالإصغاء التفسيري (L' écoute interpretative) فبدون علاقة تحويلية لا توجد دينامية، لا تغيير (.....) ويواصل مقاله مؤكدا على أهمية تكرار المقابلات، لأنه من خلالها يحدث إعادة التصحيح (reajuster) لهذه العملية التي تتطلب وقت للمتعالج وكذا للمعالج، و نقصد هنا أنه على المعالج أن يراقب ويحلل من جانبه أيضا أثر تحويل المتعالج عليه وأثر حياته النفسية في تاريخه هو) وهذا ما يسمي بالتحويل المضاد le contre transfer .

ارجع إلى المحاضرة 1 في المحور 1.

التحويل المضاد: يشير هذا المصطلح كما ذكرنا سابقا إلى ما يثيره العميل عبر تحويلاته من استجابات وأفكار ومشاعر لدى المعالج، بالأخص أن كانت قصة العميل مشابهة لقصة المعالج، قد تؤثر في نوعية التفسيرات التي يناولها لمتعالجه، وهذا يتطلب عملا تحليليا على ذات المعالج تبدأ من المقابلات المراجعة(es entretiens de restitutions) أين على المعالج بعد خروج العميل تفحص ردود أفعاله وتفسيراته و القيام بعمل ربط بين تدخلاته وصداها

الداخلي **(انظر محاضرة المقابلة ل د. بوعلاقة فاطمة الزهراء، موضوعة في موقع جامعة المسيلة 2019)**؛ فعلى المعالج أن يلعب دور " الشاشة الصماء" لا يكشف إلا على القليل عن نفسه إلى عملائه عبر التواصل اللفظي وغير اللفظي (في الواقع كان هذا سببا رئيسيا لكون عملاء فرويد يرقدون على أريكة بينما هو يجلس خلفهم على الكرسي خارج نطاق نظرهم) (...) كما على المعالجين التحللين المتدربين الخضوع للتحليل النفسي ليصبحوا أكثر وعيا بقضاياهم اللاشعورية **(بوميرونتز أم.،2018، ص. 366-368)**.

التقنيات العلاجية التحليلية الكلاسيكية: يعتمد العلاج التحليلي النفسي الكلاسيكي على تقنيتان لا ثالث لهما وهي التداعي الحر والتفسير لكل من: الأحلام، زلات اللسان والأفعال الناقصة، المقاومة والتحويل:

التداعي الحر: كما جاء في عنصر الركائز العلاجية في المحاضرة 2 فان العلاج التحليل يعتمد على التداعيات الحرة أي ألا ينتظم المتعالج لترتيب معين في سرد الأحداث ولا واقعيتها، لأن الوقائع اللاشعورية لا تمتثل لمبدأ المنطقية بل هي لا منطقية ومشوهة، مناشدا العلاج في ذلك "التلقائية" التامة كما يكتب في ذلك (2018).Armand m ; Pomerant وأن العميل يستطيع الشعور بالاسترخاء كاف لينغمس في التداعي الحر، فان عملياته اللاشعورية يمكن أن تصبح أكثر وضوحا أمام المحلل النفسي، وفي النهاية امام نفسه. (....) و يجب التمييز بين التداعي الحر وتداعي الكلمة لدى كارل يونغ أين يقدم المعالج قائمة من الكلمات، و بعد قراءة كل كلمة، يرد العميل بأول كلمة تخطر بباله، وعادة يقوم المعالجون في طريقة يونغ بوضع فروض حول العملاء بناء على محتوى تداعياتهم أو مقدار الوقت الذي يستغرقونه للرد على كلمات معينة، و بالعكس في هذه الحالة فان التداعي الحر لا يتضمن أي مثيرات أبدا من جانب المعالج (ص.375) در تأويل الأحلام : يعتبر فرويد أن الحلم احد الطرق الملكية التي تؤيدي إلى اللاشعور يقول فرويد في هذا الصدد أن " الحلم ليس مجرد نشاط عقلي مجزء

(....) والنشاط العقلي الذي يساهم في تشكيله هو نشاط عالي ومعقد" (Freud s,1967, p 113) ويكتب في تمهيده لكتابه "تفسير الأحلام Traumdeuteng": لقد أثبتت البحوث السيكولوجية أن الأحلام حلقة من التكوينات النفسية الشاذة، وهي التكوينات التي تشكل سلسلة كان يجب أن تستأثر باهتمام الطبيب، بدءا من المخاوف الهستيرية وانتهاء بالوساوس والهذاءات، ولا يمكن أن تكون للأحلام نفس الأهمية العملية التي لهذه الأمراض، غير أنه لهذا السبب عينه تزيد قيمتها النظرية من حيث هي تكوين نموذجي من التكوينات النفسية الشاذة. ولو عجز الطبيب عن أن يفهم الأحلام و يحيط علما بمصادرها ونشأتها، فان أي محاولة لفهم المخاوف المرضية والوساوس و الهذاءات ستكون بلا جدوى، وسيعجز بالتبعية أن يصل فيها إلى علاج **(فرويد س.، 1996،ص18)**.

ولهذا فان للحلم وظيفة علاجية، حسب فرويد دائما، في مادة أحلامنا أجزاء ومتبقيات انطباعات الأيام السابقة أو المراحل القديمة جدا والتي نجد متنفسا لها "؟ (1967، P.77)

ويعتمد المحلل تفسير الأحلام دون أن يضطر إلى تفسير كامل لكل الأحلام التي يرويها العميل خلال الجلسة [...] فالمكبوت يتجلى في أكثر من حلم كما أن العميل قد يستعمل الحلم في خدمة المقاومة. **(عباس ف، ص 53)**.

طالع كتاب المعالجة النفسية والأستاذة الدكتورة شرادي نادية: الحلم – تجربة نفسية خاصة، بديوان المطبوعات الجامعية، ستتعرف على أنواع الحلم، وظائفه، عمل الحلم، مصادره.

ملخص هذه العناصر كالآتي:

- **محتوى الأحلام:** محتوى ظاهري؛ محتوى كامن؛
- **وظائفه:** تفريغيه؛ علاجية؛ تعويضية؛

- **عمل الحلم:** العملية التي يتم وفقها تحويل (تشويه الأفكار الكامنة) إلى محتوى ظاهري؛ ويلجا إلى عدة آليات دفاعية في تحقيق العمل الحلمي وهي [التكثيف، النقل أو الإزاحة، قابلية التصوير، المراجعة الثانوية].
- **مصادره:** الذاكرة من البقايا النهارية؛ الذاكرة الطفولية، المصادر الجسمية.

3. العلاجات التحليلية ما بعد فرويدية العناصر الأساسية

3. الفرويدية الجديدة ومال التحليل النفسي الكلاسيكي:

يميل مفهوم الفرويدية الجديدة في التحليل للانصهار في العلاج النفسي الذي نجم عن الأسلوب الفرويدي التقليدي، إلا أن النهج الفرويدية الجديدة أكثر انتقائية وأقل صرامة نظرية من نظيره للفرويدية التقليدية التي تشجع التحول العصابي وتكتشف العقل الباطن. تستطيع الفرويدية الجديدة التي يعوزها الهدف المذكور أن تعمل بسرعة ومرونة على توسيع طريقتها لتشمل العلاج الفئوي شمولها للعلاج الفردي؛ فالفر ويديه الجديدة مدرسة هامة لها تأثيرها الكبير في عوالم العلاج النفسي والعمل الاجتماعي والتربية أي التركيز على العوامل بين الفردية (او بين شخصية) ضمن مسار نفسي اجتماعي (**أسعد م.2010.ص.115-117**).

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

1.3. السيكولوجيا الفردية ل أدلر ألفرد ALFRED ADLER:

أطلق على هذا المذهب اسم "علم النفس الفردي" أين كانت اهتمامات أدلر اجتماعية ويسمى برائد النظرة الاجتماعية النفسية، أبرز مؤلفاته" دراسة في النقص العضوي والتعويض عنه نفسيا" و" علم النفس الفردي بين النظرية والتطبيق " و" القوام العصابي" وبسبب اهتماماته الاجتماعية، ورأيه في الطفولة واهتماماته بالأطفال، فقد افتتح عيادات التوجه للأطفال، ومدرسة تجريبية تطبق أفكاره التربوية، وظلت تعمل إلى أن أغلقها النازيون. من أهم آراءه أنه يرى أن للإنسان ذاتا (le soi) والإنسان لذلك شعوري يعني أحواله وأماله وطموحاته، فالشعور لديه لا يشتق من الهو كما جاء عن فرويد، أي أن اللاشعور ليس له الأثر المهم في تكوين سلوكنا، وأن الطاقة الدافعة ليس الجنس بل حب السيطرة والقوة، فالإنسان عدواني والعدوان سمة بارزة فيه وهذا يرتبط وفكرة الكفاح من أجل التفوق [...]. والشعور بالنقص يدفعه إلى التعويض

عنها عبر الآليات الدفاعية التي أن فشلت يتحول بعدها "الشعور بالنقص " إلى "عقدة النقص" **(الدباغ ف.، 1983، ص.30)**، والمعالج النفسي لدى أدلر يستخدم طريقة استرجاع

الماضي يعيد تركيبه، وليعرف منه اسلوب الحياة عند العميل يحاول أن يغير منه ما أمكن، ويفرق بين نمط عصابي ونمط المجرم. ويصف أدلر الأعراض العصابية بأنها طريقة العميل في التعامل مع الواقع بأسلوب يجنبه المسؤولية، وهو يعترف بالمسؤولية إلا انه لا يتحملها ويهرب منها بالأعراض العصابية ... ولهذا فهو يفضل في العلاج الوضعية وجها لوجه وان يتناقش مع العميل (المريض) بكل حرية [...] وبرهن أن التهيئة المرضية تعود إلى الطفولة الأولى وأنها لا تتحسن بالتجربة ولا بالانفعالات، بل تتحسن بالفهم. **(عباس ف.، ص 58)** أي أن العلاج النفسي يعتمد على تعزيز الشعور بالثقة والقوة. وكان أدلر بإسهاماته النقدية والممارسة قد أسس للعلاج المستوحى من التحليلية التي تعتمد في اللقاء بين المعالج والمتعالج على وجها لوجه.

2.3. السيكولوجية التحليلية ل يونغ Yung:

تسمي نظرية "علم النفس التحليلي" من أهم مؤلفاته: نظرية التحليل النفسي والسيكولوجية اللاشعوري" والعلاقة بين الأنا واللاشعور" و" علم النفس والدين"، أسهمت نظرية في النظرية الكبرى للتحليل النفسي وذلك بتأكيد على اللاشعور، وإذا كان فرويد ذهب إلى إبراز دور الماضي في الطفولة على سلوك الحاضر، فان يونغ يجعل من مفهوم الماضي يشمل طفولة الفرد وطفولة الجماعة التي ينتمي إليها، والإنسانية كلها. فهناك ماضي خصوصي ويلحق به لاشعور فردي هو مخزن هذا الماضي في الطفولة. والثاني ماض جماعي هو التاريخ البشري كله، ويلحق به لا شعور جماعي فيه ميراث كل السلف. [....] ويسميه أيضا يونغ باللاشعور الشخصي **(عباس ف. ص. 58)**. ومن أهم ما جاء به هو تقسيمه الطباع الناس وفق الانطوائية والانبساطية وصمم قائمتين عريضتين من السمات في كليهما أين لا يفصل بالجزام بينهما فقد

يجمع الفرد بين النمطين في شخصية واحدة **(فرحاتي أ.ب.، 2016، ص. 257)**؛ وتنشأ الأمراض النفسية من الاندفاع والإلحاح في تلك الطباع أو من محاولة مقاومتها وتبني الطباع الأخرى غير الملائمة لطبيعته **(الدباغ ف، 1983، ص30)**.

لا يأخذ يونغ بالقواعد الصارمة في العلاج التحليلي الفرويدي: أي مسالة تمديد المحلل على الأريكة والجلوس خلفه، أنها (بالنسبة إليه) وضعية تشكل انقطاع الصلة بين الطرفين: وبالتالي تشكل زيادة مقاومة العميل كما أن التمديد على الأريكة أيضا يدعم علاقة السلطة.

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

تغيير الوضعية لا يعني عدم وجود صعوبة أثناء العمل العلاجي بالمواجهة للسلوك العصابي بهذا التخطيط المبسط، العلاقة أكثر تعقيدا، قد يحقق درجة الصعوبة لكن لا يعني زوالها. وبهذا فان يونغ من المسهمين أيضا في تغيير الإطار العلاجي الفرويدي وتعزيز المقابلات وجها لوجه لصالح تخفيض المقاومة إلى حد ما.

3.3. الفرويديون المحدثون:

آن إسهامات التيار ما بعد الفرويدي هو الذي وسع نطاق التحليل النفسي ككل وابقي عليه كتيار تفكيري وعيادي بالأخص، وعملت مجموعة من العلماء على التنقيب أكثر في مفاد العصاب والمراض العقلية محتفظين على المنطلقات الفرويدية ومتجهين أكثر نحو العوامل الثقافية المحلية والمحيط والمجتمع وأهم الأسماء ما يلي:

أتو رانك (Rank0) وصدمة الميلاد: إسهام رانك في التحليل النفسي هو نظرية في "صدمة الميلاد" كان مؤلف الأول كتاب:" الفنان " سلسلة من كتاب التحليل النفسي في الأسطورة ميلاد البطل" والنكاح نكرة زنا في الشعر والأسطورة" وكان رانك فيها بمثابة المجدد للفكر التحليلي

النفسي [.....] إذ يرى أن القلق جميعه، ومن ثم العصاب والاستعداد للإصابة به، انما يتسبب فيها الفزع الفطري الذي لا مهرب منه هو الذي نخبره لحظة الميلاد [.....] وهذه التجربة العالمية بكل المقاييس تجربة صادمة بطريقة أو بأخرى [....] وهو أصل كل القلق لاحقا [.....] يقول إن الشفاء من العصاب ليس بمحاولة إعادة بناء ماضيه أو إعادة أسباب المرض وإعادة طرحها على العميل يستبصرها، وقال إن العكس يجب أن نركز على الصدمة الميلاد للعميل، ويعيشها انفعاليا، بان يسقط على المحلل دور الأم، ويعيش أثناء العلاج، فان تم العلاج بعد فترة وكان عليه أن يغادره، كانت مغادرة له بمثابة الميلاد النفسي، وكان لها واقع الصدمة الميلاد الأولى التي تسبق أن عاناها واستقرت أثارها في وجدانه، وإنما هذه الصدمة أخف **(عباس ف. ص. 97)**.

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

رأيك تيودور (.REIK T) : قدم رايك تفاسير أخرى للشخصية واعتبر اللاشعور جهاز استلام لتلك الحوافز النادرة الفوق حسية التي نعرفها بالتخاطر" النيباتي / Telepathy " وقال أن العصاب يأتي من فقدان الثقة بالنفس **(بوميرانتز أم.،2018، ص.372)**.

اريخ فروم (ERICH FROMM):

اتجه فروم إلى علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي واعتبر أن الإنسان يتأثر بالظروف الاجتماعية منذ ولادته، وان علم النفس المرضي لا يمكن فهمه جيدا إلا على ضوء الفلسفة والأنثروبولوجيا. وقال إن الميول البشر ليست نزوية فقط بل أنها ميول حياتية نحو الحب والقوة والشهرة والمبادئ الإنسانية والدينية؛ واعتبر الشخصية الإنسانية نوعان:

الشخصية المنتجة؛

والشخصية غير الناضجة "غير المنتجة": وهي على عدة أشكال وصفات:

- الشخصية المحسوبية والتي تحاول استلام الأشياء والأرباح جاهزة من الغير.
- الشخصية الاستغلالية والتي تحاول الحصول على كل شيء مهما كانت الوسيلة.
- الشخصية المدخرة وهي شخصية بخيلة والصرف يثير فيها القلق.
- الشخصية المسواقة وهي التي تسوق لنفسها حسب الظروف. **(الدباغ ف.،1998، ص.3031).**

هاري سوليفان (S . SULLIVAN H.)

هو الذي أبرز أهمية العلاقات الإنسانية بين المريض (العميل والمعالج حتى انه عرف الطب النفساني" العلم الذي يدرس العلاقات الإنسانية المتبادلة"، كما أكد على أهمية التعاطف والتقمص مع العميل، وعلى أن الإنسان نتاج لعملية تفاعله مع الغير، وأن الشخصية تستند على حاجتين رئيسيتين: الحاجات البدنية، وحاجات الأمن والاطمئنان، وينتج القلق من عدم إشباع واحدة أو أكثر منها. (الدباغ ف. ،1998، ص.30-31).

هارني كارن (HORNEY K.)

نشرت العديد من المقالات والكتب في منتصف القرن العشرين تعارض فيها العديد من أفكار فرويد فيما يخص سيكولوجية الإناث وشعورهن بالدونية داخلية وحسد نحو الذكور وكانت نظرياتها النمائية الخاصة بالنوع مثلت محاولة جسورة لإصلاح الأفكار التحليلية المقبولة حول المرأة والتي طرت بها نظريات حول نمو الأنثى دونما تكون انعكاس النمو الذكور؛ ولقد أثرت في كثير من المنظرين مثل نانسي تشودرو (Chodorow،1978) وك ارول جيليجان (Gilligan،1982). **(بوميرانتز أم.،2018، ص372)**

مالينوفسكي Malinowski:

اختلف مع ما أكده فرويد حول التوريث النفسي والبيولوجي للحياة الاجتماعية و تأصيلها كجزء من الجوهر البيولوجي الثابت للإنسان وأن مشكلات اليوم هي امتداد السوء التكيف

والمشاعر السيئة والإحباط والشعور بالذنب التي عاشتها المجموعات البشرية البدائية الأولى، ورأي مالينوفسكي في هذا هو اختلاف الثقافات في تنميط السلوك البيولوجي والنفسي الاجتماعي؛ اذ وجد في المجتمعات البدائية من منها لا تمر على الكبت الجنسي المرتبطة بعقدة اوديب، كما وجد اليوم جماعات تعيش بدون ميول عدوانية، وهو ما يرشح أثر الثقافات في تنميط السلوك، وجعل بالتالي الكثير من الباحثين الأنثروبولوجيين يتوجهون صوب البعد الثقافي و بحثه كما لو أنه أصل في الحياة الاجتماعية نافيين أو يقللون على الأقل من أصله البيولوجي. **(قرحاتي أ. ب.2 2016، ص.34).**

جاك لاكان (.LACAN J)

لقد عمل لا كان على توسيع حقل تطبيق التحليل النفسي وتعميقه وهذا باهتماماته بالأنثروبولوجيا واللغة؛ وعمل على التمييز بين السجلات الثلاث التالية: الواقعي، الرمزي، والمتخيل كما عمق من مصطلح "الرغبة" من حيث أنها "رغبة نحو الآخر"

AREZKI D., 2010, P.38))

فالرمزي هو مرحلة تمثل الأعراف الاجتماعية، واللغة، والذي يمثل ويحدد بنية المرحلتين الآخرتين. أما الواقعي فهو حقيقة الذات فيما قبل اللفظ والتي تتسم بسلسلة من الموضوعات المرغوبة والغير واضحة للذات والغير مفهومة كليا عن غيرها من الموضوعات كصدر الام– مثلا– أو نظراتها، أو صوتها، أو براز الطفل. أما المتخيل فهو مرحلة الخبرة التي تتسم بالهوية والازدواجية من خلال إدراك الهوية بين الذات والآخر، وإدراك الذات كآخر في المرحلة الاستهلالية لمرحلة المرأة حيث يرى الطفل انعكاس ذاته لأول مرة في المرأة إلى أن مرحلة المرأة قد أصبحت بوابة الدخول إلى المرحلة الرمزية حيث يتعلم الفرد كيفية إدراك نفسه بصيغة المخاطب ب "أنت" من قبل الآخر الكبير بدلا من صيغة المتكلم "أنا" من جانبه. **(كامل ي،2016، ص.132).**

ومن وجهة نظر لا كان حول العصاب والذهان فإنها نتيجة تصورات أمراض الذكورة والأنوثة نتيجة فشل في إقرار عقدة أوديب والتي تحدث من خلال اكتساب اللغة والدخول إلى عالم الرمزي؛ ويؤكد لا كان عن دور الآخر، أو المحلل النفسي أو المعالج في البنية الذهانية. فوجود المحلل "كآخر" أو "موجود خارجي" إنما يوفر مادة متاحة لفهم المزيد من العملية الذهانية. (..) فإسهامات لا كان وفرت لنا السبل التصور الظواهر النفسية والبين شخصية جامعا بذلك بين المنحنين اللغوي والنفسي. **(كامل ي،2016، ص. 133-137).**

جماعة لندن:

واشهرهم ارنست جونز (.Jones E) وميلاني كلاين (. Klein m) واعتبرت كلاين أن دراسة نفسية الاطفال تكون عبر العلاج باللعب و يماثل التحليل النفسي للكبار، كما اعتبرت العداء و الكره ميول أساسية في الإنسان **(الدباغ ف.،1998، ص.32)**

جماعة شيكاغو وهم كثيرون منهم فرانز ألكسندر (.Alexander F) وكارل مننجر (. Menninger K) وهلين دوتش (.Deutcsh H) وقد عملوا جميعا في معهد شيكاغو للتحليل النفسي و من أهم إضافاتهم توسيعهم النظرة الى ماهية الصراع إذ يرون بأنه لا يستند على جذور جنسية طفولية بل أن معضلات احترام الذات و تأكيدها و التطلع نحو الحب و العطف ذات أهمية كبيرة أيضا **(الدباغ ف.،1998، ص.32).**

4- على هامش المحاضرة: أهم مؤلفات فرويد سيجموند

عنوان المؤلف	السنة
ولد التحليل النفسي، رسائل إلى فيلهيلم فليس، ملاحظات ومخططات	1889
مع جو يف بروير)، دراسات حول الهستيريا. مخطط إجمالي لسايكولوجيا علمية". في كتاباه: ولادة التحليل النفسي	1895
علم الأحلام أو تأويل الأحلام	1900

علم النفس المرضي للحياة اليومية 1901	1901
جزء من تحليل الهستيريا: حالة دورا في كتابه: خمس حالات في التحليل النفسي. ثلاث محاولات في نظرية الجنس. النكتة وعلاقتها باللاشعور.	105
الهذيان والأحلام في "جراديفا" لجانسن 1907	107
تحليل حواف عند صبي صغير في الخمسة من العمر: هانز الصغير"، في كتاباه: خمس حالات في التحليل النفسي خمس دروس في التحليل النفسي	1909
ذكرى طفولة عند ليونارد دي فنتشي	1910
ملاحظات تحليل نفسية حول السيرة الذاتية لحالة عظامية"، في كتابه: خمس حالات في التحليل النفسي	1911
الطوطم والمقدس	1912
"الدوافع ومصيرها" في كتابه: ما وراء علم النفس	1915
تأملات راهنة حول الحرب والسلم	1915
مقدمة للتحليل النفسي	1917-1916
"الحداد والسوداوية" في كتابه: ما رواء علم النفس	1917
"مقتطفات من نظرية عصاب طفاولي: رجال الذئاب" في كتابه: خمس حالات في التحليل النفسي	1918
"ما فوق مبدأ اللذة" في كتابه: محاولات في التحليل النفسي	1920
عام النفس الجماعي وتحليل الأنا	1921
"الانا والهو"، في كتابه محاولات في التحليل النفسي	1923

المشكل الاقتصادي للمازوشية	1924
حياتي والتحليل النفسي	1925
الكف، العرض والقلق	1926
مستقبل وهم	1927
قلق في الحضارة	1930
الموجز في التحليل النفسي	1938
موسى والتوحيد	1939

4. الإطار العلاجي التحليلي وبعض المطبات في العلاقة العلاجية: قراءة المقال خاص والمعالج بيرون روجيه (Perron R)

1.4. الإطار العلاجي: ماهيته وشروطه:

في التحليل النفسي يعرف "الإطار" على أنه مجموع الاتفاقات، التي يتضمنها "العقد العلاجي" بين المعالج التحليلي والعميل أثناء تقريرهما للدخول في علاقة علاجية. وهذا يجب أن يحدد منذ المقابلات الأولى، وأن يصرح بضمنيات هذا العقد بكل وضوح (....) وأن تتمثل قواعد هذا العقد إلى نظام المؤسسة التي ينتمي اليها المعالج وأن تناقش بكل مرونة ودون غموض مع العميل. وهذه القواعد العلاجية يمكن أن تعمم على باقي العلاجات المستوحاة من وذلك كما يمكن أن توظف في العلاجات غير التحليلية والمسماة تحت اسم" التكفلات النفسية وذلك لتجنب مخاطر مال العلاج. **(PERRON R.,2001, P.54).**

ونلخص أهم عناصر الإطار العلاجي التحليلي وفقا لكتابة بيرون كالتالي:

والاتفاق على الوقت والتكلفة: يعمل المعالج منذ المقالات التمهيدية على تحديد وقت الجلسة وثمنها وأوقات الدفع. فرويد كانت جلساته تراوح ساعة كاملة، حاليا العلاجات التقليدية" السريرية «le Divan»"لاسيما في فرنسا هي تتراوح 45 دقيقة، الجلسات مع الأطفال بالأخص المضطربين منهم اختزلت الجلسات إلى نصف ساعة للجلسة، المبدأ أن يحترم كلا من المعالج والمتعالج الحجم الساعي للعلاج المتفق عليه.

التكلفة يجب أيضا أن تكون وفق اتفاق مشترك وعليها ألا تتجاوز مصادر العميل ولا تكون في ذات الحين بخسة في حالة الحالات المعوزة أو العلاجات في مؤسسات حكومية أن تحدد المؤسسة تكلفة رمزية للمتعالج أو تكون ضمن مصادر المساعدة الاجتماعية ولكن على المعالج أن يوضح للمتعالج أنه يتقاضى مصاريف العلاج من الحكومة حتى لا يعزز مشاعر

الذنب لدى المتعالج؛ وأيضا أن يدفع المتعالج تكلفة الحصة التي غاب عنها دون أن يخبر في ذلك معالجه الذي ينتظر قدومه ولا يقبل أي عمل في موعد عميله.

قاعدة " تقول كل شيء، لا تفعل شيء": أي احترام قاعدة التداعي الحر وذلك بدعوة العميل أن يعبر عما يجول بخاطره مهما كان تافها أو سيئا... الخ؛ وفي ذات الحين أي في محاولة تعزيز التلقائية التعبيرية لدى العميل يجب الحرص على أن يكون هناك تحفظ في الأفعال مثلا وعلى أقل تقدير: التحية عبر المصافحة أو التقبيل وهذا حفاظا على أن لتتحدر الحدود المهنية مشجعة مألات في العلاقة العلاجية نحو تجنيسها أساسا.

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

أولا – المناقشات مع فريق العمل في إطار الحالات الصعبة، أو في مؤسسات عمل أين يجتمع زميلين في علاج طرفين من الحالة (الأم مثلا عند زميل والطفل عند زميل).

ثانيا– في الحصص الاستشرافية لما على المعالج أن يعرض تفاصيل الحالة لدى معالج خبير.

ثالثا– في إطار النشر العلمي لأهداف إثراء المجال المعرفي المهني وتطوير الممارسة العيادية والتنظير.

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

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

ومن الثوابت التي أخرجها التحليل النفسي هو إسهام الإطار العلاجي في وضع علاقة علاجية متينة ويرى فيها الباحثون المحدثون أحد المرشحات الأولى في تقييم نواتج العلاج النفسي ككل وأخذت عدة مسميات: العلاقة العلاجية؛ التحالف العلاجي؛ تحالف العمل؛ وكلمة

"تحالف"(Alliance) هي الأكثر تصويرا لطبيعة هذه العلاقة (ائتلاف وشراكة بين حليفين يعملان في علاقة ثقة للوصول إلى هدف مشترك)

horvarth,2015; Fluckiger et al,2012; Norcross & Wampold,2011a,2011b

2.4. المقابلات التمهيدية في العلاج التحليلي الكلاسيكي:

تنظم المقابلة التحليلية لنفس مبادئ أي مقابلة وحتى لشكل المحادثات اليومية، هذا ما يشير إليه فرويد س. في مقال له الموسوم بعنوان:" بداية العلاج، 1913" « Le début du traitement» منوها إلى أن ما يميز التحليل النفسي عن الحديث اليومي هو القاعدة التي تحث على التداعي الخ. لكنها قاعدة تنطبق على العلاج التحليلي ولكنها لا تطبق مباشرة في المقابلة، لاسيما في المقابلات التمهيدية التي تهدف مثلا لتوضيح طبيعة الطلب ومناقشة أثر علاج تحليلي سابق، وهذا لتوطيد التواصل حتى يمهد للتداعيات الحرة لاحقا، وهذا ما يسمى حاليا ب " عملية التواصل " «la pragmatique de la communication»

(Moeschler & reboul 1994)

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

ولكن هذه المقابلات التمهيدية لاقت نقاشا من طرف فرويد الذي بدأ في بداية العلاج التحليلي بالقيام بعدة مقابلات وجها لوجه ومطولة لتحضير المتعالج التحليل النفسي لكنه تخلى عنها لما يمكن أن تحدثه من انحراف في طبيعة التحويل ومسار العلاج التحليلي ككل وأصبحت المقابلات التمهيدية تدعى ب "عمل المحاولة" أين يرشح فيها العميل للتحليل «un dessai travail»وينطبق عليه نفس قواعد الجلسات التحليلية: من تحفظ على التعليق على حديث المتعالج وبالتأكيد عدم محاولة استكمال حديثه أيضا. أي بعيدا عن الاستجوابات التي ألفها فرويد س. في مقابلات الطب النفسي.

(Cyssau c. & Fédida p., 2013, P.143-145)

3.4. المقابلات وجها لوجه في العلاج المستوحى من التحليلية

من ميزات العلاج النفسي المستوحى من التحليلية أنه يعتمد على المقابلات وجها لوجها كعمل أساسي في تسيير دينامية الجلسات العلاجية وعلى خلاف التقليدية والإطار الأصلي للعلاج التحليلي فانه لا يمثل عملا للترشيح ولا للتحضير للعلاج السريري ولكنه يستند عليه، وإليكم في عجالة أهم النقاط التي تجمع وتفرق بين العلاجات الكلاسيكية التحليلية والمستوحاة منها كالتالي ممثلة في الجدول الآتي:

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

يكتب René Roussillon مقالا بعنوان:

"Quelques Epistémologiques à propos du travail psychanalytique en face à face Remarques"

مفكرا حول هذا الاختلاف بين المدخلين من حيث اختلافات تموقع الجسدين: إذ يرى أن الوضعية وجه لوجه كما يسميه عمل تحليلي "تحت نظرة الآخر"، الحضور الإدراكي للأخر

(نظرة المحلل) تغير توظيف – ما قبل الشعور ومدي نفاذيته للبواعث اللاشعورية، التواصل في هذه الوضعية يستدعي تواصل ما قبل شعور – ما قبل شعور، هذا الأخير الذي يعد جهاز تحول (Systeme de transformation)، جهاز وسيط (un intermediaire) ومعدل (un regulateur) بين اللاشعور والشعور وهو مفصول عنهم برقابة مزدوجة نوعا ما نفاذة.

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

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

الموضوع الغائب: مستوى نكوص تنبعث إليه الوضعية المتصفة بالاستلقاء والرمزيات التي تبعثها من جسد مستلقي كجسد يشبه الميت والمحلل وراء رأسه لشخص ينتظر احتضاره ليرفع الشهادة، وهذا طبعا بالعودة إلى لغة ثقافة الإسلامية، كذلك جسد مستلقي كوضعية النوم وما

ترمي هذه الوضعية من إيحاءات جنسية خاصة إذا اختلف الجنس رغم أن هذا الإيحاء لا يستبعد في إطار هوية جنسية مماثلة...).

4.4. شروط الاندراج في العلاج التحليلي الكلاسيكي

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

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

العلاج التحليلي الكلاسيكي يتطلب شرطان أساسيان، وهما:

1- الأنا لا يجب أن يكون هشا.

2- الرغبة، الصراع لا يجب أن يكونا شديدان.

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

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

5.4. متى يصبح العلاج المستوحى من التحليلية ضروريا

لقد جاء العلاج المستوحى من التحليلية اثر انتقادات موضوعية نابعة من العمل الامبريقي المعالجين متشبعين بالفكر التحليلي الفرويدي، وسنذكر أهم الحالات التي تجعل من التحليل المستوحى من الفرويدية ضرورة علاجية وليس اختياران ،حالات الحرمان العاطفي والهجر: وكانت جيرمان قيكس (Guex G) (1904- 1904) سباقة في وضع متلازمة الهجر،

وألهمت كلا من بيرجوري ج. وأوتو كيرنبرغ في تنظيرهم للحالات الحدية، واقترحت علاجا تحليليا متمركزا على المعاش الماضي والحاضر وهذا لأن هذه الحالات لا يمكن أن تتحسن ضمن العلاجات الكلاسيكية لما يسودها من مشاعر خوف من الهجر وفقدان الأمان العاطفي **(بوعلاقة ف. ز.2018.ص.44)**

الحالات التي لم تمر إلى الرمزية عبر اللغة: كونهم وهم أطفال صغار، كانوا يعانون من اضطرابات نقص أو اضطرابات نقص حادة في الشخصية. **(بوعلاقة ف. ز.2018.ص.25)**

حالات يسودها التواصل البدائي: أين يسود الفعل السيء في عيادة المراهقين والمرور إلى الفعل الخطير، المضادين الاجتماعيين، الحالات الانتحارية، الحالات الذهانية، الحالات السوماتية**(Roussillon R., 2006; Magistretti p, & Ansermet F.,2006)**

(بوعلاقة ف. ز.2018.ص.23)

2.4. مطبات في العلاقة العلاجية: ترجمة لمقال ل بيرون ر. (2001)

1.2.4. أهداف العلاية العلاجية:

2.2.4. المساعدة:(aider)، الرعاية (soigner)، تخفيض المعاناة (alléger la souffrance).

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

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

في الحالات الأخرى، يمكن أن نذكر الصعوبات التي يعانيها الفرد والتي تعود في أصلها إلى اضطرابات في الشخصية كأن يعاني من الخواف (phobie)، أو سلوكيات وسواسية معينة (des conduites obsessionnelles invalidates)، أزمات قلق " دون سبب" (أو ما يسمي أيضا بالقلق المجهول أي لا يرتبط وسبب موضوعي)، حالة اكتأب شديدة وطويلة ...الخ، كما قد تواجه حالات أصل اضطرابها هي ردت فعل عكسية لموقف أو حدث خطير (Trouble reactionnel) مثلما يحدث الآن في الجزائر الصدمات النفسية الناجمة عن الأحداث الدموية. **(كتب هذا المقال ونشر سنة 2001، لها نصيغ الفعل في الحاضر).**

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

يتطلب عملنا التحدي من حيث جمع المعلومة الجيدة عن قصة وظروف حياة العميل، وأساسا تقييم جيد لتوظفيه النفسي ولا يتوقف التحدي هنا بل يفترض كذلك تقييم المعالج لمهاراته العلاجية أمام كل طلب. إذا شعر انه لا يستطع التحكم في السير العلاجي (بسبب صعوبة الحالة، صعوبة الحالة تتشابه والصعوبات التي يعايشها، إذا هيمن عليه قلق الحالة، إذا خدش إلى حد الصدمة في قيمة.. الخ من المواقف). إذن في هذه المواقف على المعالج أن يتخلى أو يتنحى عن المواقف العلاجي طبعا دون أن يترك طالب المساعدة " في فراغ " ولكن عليه أن يوجهه إلى أخصائي نفساني أخر، أو مختص في الأمراض النفسية والعصبية، أو اقتراح علاج من نوع طبي.

3.2.4. تحليل الطلب

علينا أن ننطلق من سؤال رئيسي مفاده: من يطلب ماذا ممن؟ (Qui a، Qui demande. Qui ?)

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

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

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

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

2-3-1- مطبات ممكنة:

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

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

أولا- محاولة الشعور بالفوقية:

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

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

ثانيا – لذة التحكم:

اتفقنا أن مهمة المعالج فيا يكون العميل أكثر حرية إذن من التناقض أن نبني علاقة علاجية يسودها التسلط والتي تحيله إلى وضعية لطفل، وحتى كمعلم صارم القاعدة العامة في العلاج النفسي، تتمثل في أن على المعالج انه يمتنع عن إعطاء النصيحة، والتوجيهات، وكذا أن يظهر في وضعية المسيطر، كشخص يعرف أحسن منه، يعرف الممنوعات، الجيد، الصحيح، الشخص الذي يفكر أحسن.. الخ. تأكد أن هذا التحكم لن يدوم طويلا والحيلة الأكبر هي التأثير، علاقة التأثير (Relation d' emprise) تربط بين شخصين يصبح أحدهما وكأنه ملحق الثاني، هذا الأخير يتخذ من الأول كنموذج إعجاب(مبهور)، يخشاه، لدرجة يسلم له كل حياته، من حيث الأفكار وحتى الأفعال.

هذا ما لا يتوافق بل ويتناقض والحرية التي يهدف إليها العلاج النفسي، من أهم الانتقادات التي قدمت له: جاك لاكان (Lacan J.) هو أنه كون علاقات مشابهة مع عملائه وكون تابعين في نفس الوجهة، المتمثلة في التبعية.

ثالثا – المحاولة البيداغوجية:

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

رابعا– التبشير:

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

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

خامسا- النصائح:

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

إذن بدل الإدلاء بالنصيحة/ من الأفضل البقاء في دورنا ونتدخل كالآتي: قبل أن نفعل هذا، هيا نفكر معا حول ما يدفعك لفعل هذا، هيا نحلل الموقف ودوافعه أحينها نحن نحافظ على دورنا، الدوافع تتضح، الفعل المسقط بدءا (تحت تأثير الغضب، الشفق، الإهان، الخ) يظهر بعدها بأقل شرعية، لاسيما وأن الزمن المسخر للتفكير سيؤجل المنتوج.

سادسا- الإغراء:

انه المطلب الأكثر مكرا، من الجميل أن تكون مصدره إعجاب! وضعية أو موقف المعالج أحيانا يكون صعبا للحفاظ عليه، إذا كان السير العلاجي يمشي على أحسن حال. العميل سيستثمر معالجه في التحويل. إذا كان تكويننا جيدا ولدينا التجربة العملية الكافية، فمن السهل تخطي هذا المطلب، المتعلق بالإغراء الجنسي هذا ما يستلزم علينا أن نبقي على وضعيتنا المهنية، هذا لا يعني أبدا أن يكون موقفنا باردا ومبتعدا، ولكن موقف جدي تحفه حدود "الإطار" .... بالإضافة إلى أنه مهما بلغت من الجمال والجاذبية، فان هذه الإغراءات لا تتوجه إليك كطرف مباشر في إطار التحويل: هو ما ينقله العميل على شخص المعالج الذي يتجه إليه، ولكنه يوجهه إلى شخص آخر.

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

سابعا. الوضعية الإصلاحية:

إنها تنجم عن كل الوضعيات السابقة، نحن نحب أن نشعر أننا طيبون ..أمام شخص يعاني وتعرض للأذى من طرف الآخرين، فمن الطبيعي أن نشعر أننا أحسن منهم، الفكرة الكامنة وراء هذه الوضعية "هؤلاء الناس آذوك، أما أنا فسأصلح هذا الأذى، لأنني أحسن منهم " نجد هذه الوضعية تتكرر في حالة الأطفال، في حالة الأولياء المسيئين لأولادهم (عنف جسمي أو عنف اخطر المتمثل في العنف النفسي) حينما يتعرض الطفل للاعتداءات الجنسية

، أو أذية معلم سيء، أنها حالات تعرضت لها شخصيا لكنني لم أعبر عنها مباشر للطفل، انه من الخطأ كمعالجين نفسانيين (الأمر مختلف إذا كنا مساعدين اجتماعيين) أن نظهر في صورة راشد يتضامن مع الطفل ضد راشدين آخرين، نحن راشد يحمله محمل جد، يصغي له، يفهمه، يعترف بمعاناته، ويتضامن معه ليصبح ما يأمل أن يكون عليه (في إطار القيم العامة المذكورة أعلاه).

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

الفصل الثالث:

مجالات العلاجات المستوحاة من التحليلية

5. العلاج المستوحى من التحليلية

1.5. الإطار العلاجي للعلاج المستوحى من التحليلية:

العلاجات المستوحاة من التحليلية كما شهدناها في عناصر سابقة تستشف قواعدها من نفس التأطير التحليلي الكلاسيكي مصبوغ بنوع من المرونة. وعليه فهي علاجات تمتثل إلى مبدأ التداعي الحر لكن في نظام وجه لوجه يسمح بذلك للمتعالج أن يواجه صراعاته الطفولية اللاشعورية التي تسمم حياته الحاضرة لاسيما علاقاته الوجدانية وصعوباته التكيفية في سياق حواري يرتكز على الماضي والحاضر وتستثمر فيه العلاقة العلاجية كعلاقة سندية وحاوية وحتى حامية.

2.5. أنواع العلاجات في العلاج المستوحى من التحليلية:

1.2.5. العلاجات قصيرة المدى:

إن الإطار العلاجي للعلاج التحليلي الكلاسيكي يفرض وقتا طويلا من العلاج مما يزيد من تكلفته، وهذا ما لا يتطابق ومجتمعاتنا الراهنة التي تتسم بالرغبة في النتائج السريعة؛ نتيجة لذلك توجهت العلاجات التحليلية الحديثة إلى "العلاج النفسي الديناميكي المختصر" وأصبح أكثر شيوعا من الإصدار الأصلي الكلاسيكي النفسي الفرويدي الذي اشتق منه (***steenbarer,2008 ;Levenson et al, 1997 levenson, 2010***)

وإليك الجدول التالي الذي يلخص أهم الاختلافات بين المدخلين المختصر المدى والطويل المدى من العلاج النفسي التحليلي:

المختصر	طويل المدى
تكوين التحالف العلاجي بسرعة	تكوين التحالف العلاجي تدريجيا
يركز على مشكلة محددة ضيقة التعريف	يركز على مدى واسع من المشكلات
مستوى نشاط المعالج مرتفع نسبيا	مستوى نشاط المعالج منخفض نسبيا
الحالة المرضية للعميل أقل حدة	الحالة المرضية للعميل أكثر حدة

يركز أساسا على هذا الآن	يركز على الماضي والحاضر
قدرة المريض على الانفصال عالية	قدرة العميل على تحمل الانفصال متباينة
العميل لديه علاقات موضوعية جيدة	العميل لديه علاقات موضوعية سيئة إلى جيد

ويدوم العلاج المختصر على أقل تقدير جلسة تستغرق نحو 6 أشهر من الجلسات الأسبوعية **(بوميرانتزا أ م، 2018، ص 373)**

ويضيف بوميرانتز أندرو م. (Pomerantz Andrew m.) في المرجع السابق أن بعض الاشكال المحددة من العلاج التحليلي المختصر نالت اهتماما كبيرا في السنوات الأخيرة نذكر اثنين منهما :

العلاج البين شخصي (IPT) (Interpersonal Therapy)

نشأ في الأصل كعلاج اللاكتئاب اذان تحسين العلاقات العملاء مع الآخرين سوف ييسر التحسن في الأعراض الاكتأبية، وهو مصمم ليدوم 14 إلى 20 جلسة على ثلاث مراحل [جلستان في المرحلة الأولى؛ من 10 إلى 12 جلسة في المرحلة الثانية كجلسات وسطى؛ من 2 إلى 4 جلسات في المرحلة الأخيرة]؛ ولقد تم تطوير هذا الشكل العلاجي ليفيد خصيصا المصابين بالاضطراب ثنائي القطب ويحمل اسم "علاج الإيقاع الاجتماعي" (IPSRT) (Interpersonal and Social Rhythm) .

العلاج الديناميكي محدود الوقت (Time - Limited Dynamic Psychotherapy) TLDF)

وهو تطبيق حديث لما كان يسمى "الخبرة الانفعالية التصحيحية"؛ والعملاء يجلبون قضايا التحويل نفسها في علاقات أخرى ومهمة المعالج هو تحديد " السيناريوهات" اللاشعورية للعميل في علاقاته مع الآخرين، والتأكيد على أن نهاية التفاعل تكون مختلفة أين على المعالج أن يجعل العميل أكثر وعيا عنها، وعليه يتم تصميم مخطوطة "تصحيحية" للخبرة الانفعالية. ويتم عادة استخدام رسم هندسي بصري يسمى "نمط سوء التكيف الدوري"، وهو نموذج عمل لمشكلات العميل الأساسية منظمة إلى أربع فئات: أفعال الذات؛ التوقعات حول ردود فعل

الآخرين؛ أفعال الآخرين اتجاه الذات؛ وأفعال الذات اتجاه الذات. كما تستمر جلساته من 20-25 جلسة على الأكثر. **(ص.374 376)**

2.2.5. العلاج الجماعي والأسري التحليلي

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

وبالنسبة لمجموعة الباحثين المذكورين فان التفسير التحليلي يمنح لكل فرد وهنا كانت بدايات العلاجات التحليلية الجماعية. ونضيف الاسهامات الفرنسية لكل من آنزيو د. وبونتاليس ج.ب. (j. B. Pontalis et D Angieu) واللذان يعتبران المجموعة مثل "الحلم" أين تتحقق الرغبات الطفولية اللاشعورية؛ في 1976(R. Kaes) يقترح مصطلح "الجهاز النفسي الجماعي" مشيرا لبناء نفسي مشترك بين أعضاء الجماعة يشكل بذلك الجماعة.

(Privat p., Quellin d., Rouchy j.-C. ,2001, p.2-4)

3.2.5. مبادئ العلاج الجماعي التحليلي تكمن في:

مبدأ الصدى الداخلي: آن حضور المجموعة، طريقة حديثها، طريقة إصغاؤها وردود الأفعال، كيف تكون، تمنح لدى الفرد صدي داخلي أو ارتدادا داخليا تمنحه تفكيرا منفتحا على إمكانية التحكم بمشكلاته التي يرى أنها خارجية، ويكتسب نوع من الفهم المتبادل.

الشعور بالوحدة: هيمنة الشعور بالوحدة وقلة الحيلة أمام المعاناة تنخفض أمام مواجهة معاناة الآخرين، وهنا بداية العلاج الجماعي.

الشعور بالوجود: الإصغاء لمشكلات الآخرين بدل أن يخفض الشعور بالوجود الذاتي بالعكس فهو سيعزز للشعور بالوجود ويكتسب الفرد القدرة على الدفاع أمام المواقف التي طالما اعتقد أنها تهدده.

وتقنياته:

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

وقواعده

ينتظم العلاج الجماعي التحليلي إلى القواعد التالية:

المجموعة مكونة من 5 إلى 8 أعضاء، تتكون من مجموعات تعاني من نفس الأعراض أو مجموعات تشمل أشخاصا يعانون من اضطرابات نفسية و/أو سوماتية مختلفة، في هذه الحالة من التنوع داخل المجموعة فان التجارب الأعضاء تكون غنية، مما يمنح نوعا من الانفتاح على الذات واختلاف الأفكار.

مدة العلاج: تكون عادة الجلسات مرة أسبوعيا من ساعة إلى ساعتين وذلك لمدة سنة. المجموعة هنا متجانسة، والمدة قد تكون غير محدودة، ما يسمى المجموعة المفتوحة ببطء. في هذه الحالة، يختلف تكوين المجموعة وفق رحيل الأعضاء والأماكن الموجودة التداعيات الحرة: كل ما يقال مرحب به وفق مبدأ تعزيز حرية التعبير والتلقائية.

السرية: الاتفاق والتحالف العلاجي على ضرورة السرية.

التحفظ: في إقامة علاقات مع المجموعة خارج الإطار العلاجي.

تكافؤ المشاركة: ضرورة المشاركة داخل المجموعة (ssiduite'a العدل) يمكن أن يندرج في العلاج الجماعي التحليلي كلا من الأشخاص الذين يعانون من: الاضطرابات النفسية كالاكتئاب، اضطرابات القطبية، الاضطرابات السيكوسوماتية، التثبيطات المعرفية، صعوبات التصرف أمام المواقف الحياتية، الاضطرابات السلوكية (العدوانية، العدوان...)، الاضطرابات الانفعالية، الخواف، الإدمانات.

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

(Souffir V. Et Aude Caria .2019, PP.1-7)

ب – العلاج التحليلي الأسري:

نعرض في هذا المقام أهم التوجهات الحديثة في العلاج الأسري التحليلي والمدعو "العلاج التحليلي الأسري الوظيفي (PAF) والذي يهدف إلى مساعدة أفراد الأسرة ليبلغوا الأصالة في علاقاتهم، وأن يكونوا كأفراد أكثر حقيقية.

وأهم مبادئه:

- ✓ مبدأ التركيز على هنا والآن.
- ✓ استثمار العلاقة العلاجية لفائدة اكتساب نماذج جديدة، فالأفكار والمشاعر المزعجة التي نستشعرها إتجاه المعالج هي ذاتها الصعوبات في العلاقات أعضاء الأسرة، الانفتاح في التعبير عليها أمام المعالج في مناخ أمن ومطمئن يسمح للأسرة أن تكتسب سلوكيات جديدة وتفاعلا آخر.
- ✓ مبدأ الشجاعة، الوعي، والحب: والتي تكتسب من خلال التغذية الراجعة أين يتكلم المعالج بقلب منفتح وودود عن نفسه بطريقة متيقظة كمثال يشجع به عميله ليحذو حذوه.

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

4.2.5. العلاج الموجه للأطفال والمراهقين: الاستشارة التحليلية

التحليل النفسي للطفل عبر اللعب: الصغير هانس (حالة تابعها فرويد)، حلة دومينيك (جاك لا كان)، حالة ديك (تابعتها ميلاني كلاين) هي من أشهر الحالات في عيادة الأطفال التي غذت الحقل التحليلي العلاجي الموجه للطفل: اشتهرت كلا من آنا فرويد وكلاين ميلاني، ضمن حركة التحليل النفسي، وأكدت ميلاني والى جانبها آنا فرويد عن الارتباط بالألم

والانفصال والتفرد في المرحلة الفمية، تخصصت انا فرويد في تحليل الاطفال الكبار، بينما مارست ميلاني التحليل مع الأطفال الصغار.

في نفس الفترة نظر وينيكوت د. و. (1971) (D. W. Winnicott)المحورية اللعب في العمل التحليلي للطفل، وإثر هذه الإسهامات طور روسيون ر. (1999) (R. Roussillon) مفاهيم تخص شراكة العمل التحليلي الموجه نحو الأطفال مثله مثل الموجه نحو الراشد والذي يرتكز على ثلاثة أقطاب قاعدية: الموضوع، اللعب والحل.

(RODRIGUEZ R. 2004.P.1849)

التحليل النفسي للمراهقين: يرى المعالجون التحليليون أنه من الممكن أن يبدأ في فترة المراهقة ورغم تشابهة مع باقي التحاليل النفسية إلا انه يحتفظ بخصوصيته من حيث:

أولا: إمكانية الامتثال للإطار العلاجي أهمها تسديد ثمن الجلسات النفسية والاستقلالية بها.

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

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

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

5.2.5. العلاج بالبسيكودراما التحليلية:

تحقق الداما النفسية الفردية ما يدعوه فرويد ب " البناء في التحليل" (فرويد،1985) لوضع تشخيص لكن على خلاف التحليل الكلاسيكي فلا يبقى هذا البناء صامتا بل بناء واقعي في وظيفته المزدوجة الخيالية والحقيقية ويظهر في خطاب العميل بواسطة زلة اللسان أو "الفعل الناقص" مثل الخروج من اللعبة: خطأ في الشخصية، أو نظرة تلقي على مدير اللعبة، وحتى المرور إلى الفعل. تهدف الدراما النفسية إلى إحداث هذه التأثيرات. ولذلك لا حاجة في أن تكون المشاهد طويلة جدا فهي ترتبط فيما بينها بعد كل توقف بواسطة المدير وبمناقشة قصيرة صغيرة تسمح بتقدير نوعية إدراك الأمور. ويكون هذا الإدراك متغيرا جدا، ويقع بين الذهول (هذا بالضبط ما حدث في الواقع، وهذه طريقة لإنكار التفسير على يد التحليل النفسي وبين الإنكار التام (قلت ذلك في اللعبة وفي الدور الذي اخترته، لكن ذلك ليس ما أعتقده). في نهاية الجلسة الأولى، من الممكن أن تتوقف الدراما النفسية لتؤدي إلى علاج نفساني فردي أو إلى دراما نفسية تحليلية منتظمة.

(دولار وش ب.،2013، ص.102103).

ومن أهمية البسيكودراما أنها لا تخص بنية نفسية عن غيرها كالبنية الذهانية أو العصابية أو الشاذة، بل في كل بنية لما تقوم به من وضع للحدود عبر قوة" الدفاعات" في العبارة الكلامية. فتوسيع الإطار العلاجي بفضل بعد اللعبة والمنظور فيها يسمح بإدراج الإسقاط بفضل تمثيل الشخص الذي يركز فيه والبسيكودراما لا تدرج الإسقاط فقط بل وتستخدمه، ونفس الأمر يسري على باقي الدفاعات النفسية: الكبت، الإنشطار، الإنعدام، ولنذكر مع آنزيو ديدي (Anzieu Didier) في كتابه "البسيكودراما النصية الفردية" (ص.153) أنه إذا كان الدفاع قوة مضادة للعلاج، فإنه في الأصل أنشأه الأنا من أجل المقاومة ضد موقف صعب، خارجي (الصدمة)، أو داخلي (النزوات). وهو لا ستخدم الكبت (استحالة تذك التجربة المؤلمة) إلا في مرحلة ثانية. والكبت هو الذي يولد حالات "المقاومة في التحليل النفسي إلا أن الدفاعات التي تنفلت من الكبت، مثل الانشطار أو الانعدام، لا يمكن أن تحلل إلا إذا اكتشفت لها أو وجدت

لها عبارة كلامية: هذا ما يمكن أن تحصل عليه الدراما النفسية، ولهذا فهي تتيح المرور إلى العلاج النفسي وبالأخص في الحالات التالية:

- العصاب الهستيري؛
- العصاب الهجاسي؛
- العصاب الرهابي؛
- أمراض الشخصية (وحالات الشذوذ)؛
- وخارج مشاكل البنية: مثل التبني، القهر الفعلي، والصدمة الجنسية؛

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

وتعتمد البسيكودراما التحليلية التي تأثرت جزئيا بأعمال مورينو جاكوب (.Moreno J) مؤسس العلاج بالبسيكودراما، على العناصر التالية في مسار العلاج :

مكان المدير العلاجي: المعالج يحافظ على نوع من المسافة وموقفه حيادي. عند وصول المتعالج يطلب منه الدور الذي يرغب في لعبة العميل هنا يقترح ويحكي مشهدا والذي يحاول المعالج عبر أسئلته التوضيحية فهم الموقف حتى يضعه في فضاء وزمن مناسبين؛ ثم يوزع الأدوار على الأنا المساعدين (3 أو 4)؛ تلعب المشهد تحت ملاحظة المعالج الذي يوقف اللعب ليفسر دينامية اللعب اللاشعورية أو يوضح موقفا معينا. ومن جديد يطلب من العميل أن يلعب مشهدا آخر، وتتكرر اللعبة إذ قد تصل إلى 3 أو 4 مشاهد بنفس الدينامية، في 30 دقيقة.

التأويل: التفسير هو نواة العلاج بالبسيكودراما التحليلية وذلك من خلال تفسير المشاهد المختارة للعب وقد يتجاوز التفسير عدد المشاهد الممثلة في جلسة واحدة.

الشخصيات العميل: يتموضع العميل أمام 3 إلى 4 من الأنا المساعدين والمعالج ويعتبر العميل المسؤول الأول على اللعب الدرامي حتى أنه سيلاحظ كيف تلعب الشخصيات المساعدة مشهده وكيف تترجمه.

الأنا المساعد/ المساعد العلاج: من المحظور على المعالج المساعد أن يلمسوا العميل أو العكس فهو اختراق للإطار التحليلي. (Becerril - Maillefert C.,2013, P.147-156)

6.2.5. العلاج الموجه للشيوخ:

تواجه الدراسات الطولية لفائدة العيادة النفسية التحليلية للمسنين صعوبة في تقييم نتائجها بصفة موضوعية، وصادقة وحساسة، لكنها رغم ذلك تبقى كمجال عيادي يحترم خصوصية الحياة النفسية للأفراد المسنين.

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

وعليه فإن العلاج التحليلي للمسنين يرتكز أساسا على المرافقة لتهوين الثقل الوجداني الذي تفرضه متطلبات التكيف أما هذه التغيرات النمائية: الاحتياجات الجسدية وإشكالية الوحدة الفيزيولوجية للجسد والحدود، قلق التجزئة والهلع فقدان التحكم في جسده؛ اشكالية التدهور لبناء ه الجسمي والعقلي؛ قلق الهجر الذي يعززه رحيل أقرباء وأصدقاء من نفس الجيل، وأيضا تصورات الفناء (Andantissement).

وأهم منافع العلاج التحليلي في عمر الشيخوخة أن المعالج يلعب دور الحاوي الطيب والحاضر، أين يمتص بوجوده الملموس والإسنادي قلق الموت والعدائية المنحدرة منه كممثل للعالم الخارجي غير المفقود والذي يسمح بخلق ديمومة الحضور كرمزية للحياة والامتداد والابتعاد المؤقت عن الانحصار في الأعراض. **(Judith E., 2015. PP.747-754)**

7.2.5. العلاج بالاسترخاء التحليلي:

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

الاهتمام بالجسد كأحد المعابر العلاجية لم يجد صداه إلا في السنوات الستين تبعا لأعمال،Rank ، Reich،Freud Groddek– وآخرون، رغم أنه حبكة من الزمن هيمن عليها العلاج اللفظي. تقنيات الاسترخاء تعتمد أساسا على العالم الحسي للجسد وترتكز على التركيز، الإيحاء، الفتور، والارتخاء.

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

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

تقنية الاسترخاء أدرجها ميشال سابير Sapir (في مستشفى Rothschild بباريس) ضمن العلاجات المستوحاة من التحليلية وحملت اسم" الاسترخاء التحليلي"، طورها حينها شولتز، وجاء بها من سويسرا في سنوات Felix Labhardt1954.

يسمح العلاج بالاسترخاء التحليلي حسب مبادئ سابير م. بتوظيف التعبير الكلامي واللمسي في سبيل الإصغاء للأحاسيس وإضفاء الكلمة عليها في رابط مع القصة الشخصية، كأحد منافذ اللاشعور. وتلعب العلاقة العلاجية دورا مهما في تسهيل ربط التعبير اللفظي عبر الجسد. ويعتبر سابير وفريقه الاسترخاء التحليلي جملة مختصرة للواحد النفسية الجسدية.

ويدرج هذا العلاج في حالات الأمراض البسيكوسوماتية والتحضير للعمليات الجراحية؛ أين من الممكن أن يستثمر الجسد في إطار علاقي مختلف عن الشكاوى. كما تتجسد فاعليته بقدر ما استطاع العميل التعبير على قلق فعلي.

psychologuepsychotherapeuteparis.fr.http://www2015. Cohen Monique -analytique.html inspiration /relaxation

8.2.5. العلاج بوساطة التقنيات الاسقاطية:

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

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

مونيكا بوكولت من جهتها أدرجت التقنيات الاسقاطية الموضوعية ضمن إطار يسمح للطفل بالحرية واستشعار لذة اللعب بالتقنيات؛ وتنوه إلى ضرورة خلق وضعية مسندة باللعب الملموس في مضمون علائقي طفل – عيادي صعب البناء

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

3. علاقة العلاج النفسي التحليلي بالتيارات العلاجية الأخرى

سنعرض في هذا العنصر فقط مكانة التحليل النفسي مقارنة بباقي المداخل العلاجية وهذا وفق دراسة تتبعية (سبع مرات بعد عام 1960) لباحثين من قسم علم النفس الاكلينيكي (القسم 12) من الجمعية النفسية الأمريكية لتقييم بين أشياء أخرى نوع توجه العلاج النفسي الذي يمارسه أعضاؤها. الأحدث بين هذه المسوحات ردودا من (549) اختصاصي ويتضمن مراجعة مقارنة للمسوحات الست السابقة أيضا **(Norcross & Kapiah ،2012)** والملخصة في الجدول التالي الممثل النسبة المئوية من الاختصاصيين الإكلينيكيين الذين يعتنقون التوجهات النظرية الرئيسية منذ 1960.

التوجه	1960	1979	1981	1986	1995	2003	2010
الانتقائي/ التكاملي	36	55	29	29	27	29	22
المعرفي	–	2	6	13	24	28	31
التحليلي	35	16	30	21	15	15	15
السلوكي	8	10	14	16	13	10	15
الإنساني الوجودي/ الجشطلت	6	7	7	12	4	2	
المصدر: Adapted from Norcross, Karpiak, et Santoro (2005)							

رغم انحدار اعتناق المدخل التحليلي في السنوات الأخيرة إلا انه يبقى ويظل العلاج التحليلي ثاني أوسع التوجهات اعتناقا من بين مداخل المدرسة الواحدة.

(بوميرانتز أم.،2018، ص344).

خاتمة:

ذكر فرويد س. مؤسس التحليل النفسي أنه مكتشف أكثر منه طبيب وعالم وأن مشواره الطويل في خط أهم المفاهيم التحليلية يتطلب أكثر التحدي بحكم أنها مفاهيم رغم مظاهرها العيادية إلا أنها لا تستند على الموقعة الفيزيولوجية ومنطقية التشريح في تفسيراته للمعطيات اللاشعورية التي تشكل الأعراض والاضطرابات العصابية، واستند أولا على التداعي الحر وتفسير المقاومة والأخطاء الكلامية والسلوكية وتفسير الأحلام وديناميكية التحويل. وسعيا منه للموضوعية في إدراج طريقة التحليل النفسي ضمن العلاج النفسي فقد أسهم بصرامة وجدية في وضع إطار يسير العلاقة العلاجية المحفوفة بالمخاطر بسبب تشويهات اللاشعور ومرضية الاسقاطات التحويلية.

وعرفت الحركة التحليلية في حياة فرويد وبع وفاته جدلا كبيرا وانتقادات وظفها المؤمنون بالتيار الفرويدي أو مكتشفات التحليل النفسي باختلافهم مع فرويد منافذ تحليلية جديدة تشهد يوما بعد يوم تطويرا للجهاز التفكيري الذي يحكم الممارسة العلاجية وجاءت العلاجات المستوحاة من التحليلية في ضوء إطار أكثر مرونة من أصيلتها الكلاسيكية وتنوعت التقنيات الإسناد الحالات التي تحتاج إلى المساعدة للتكيف أحسن مع ذاتها ومع محيطها.

الببلوغرافية:

المصادر والمراجع باللغة العربية:

- أسعد، م .(2010) .دليل العلاج النفسي: موسوعة علم النفس التحليلي (ط1). لبنان: كتابنا للنشر.
- أسون، ب .(2014) .التحليل النفسي (سبيلا، م.، مترجم). المغرب، الدار البيضاء: مطبعة النجاح الجديدة.
- العيساوي، ع. ر. م .(1999) .فن الإرشاد والعلاج النفسي (ط1). مصر: دار الراتب الجامعية.
- الدباغ، ف .(1983) .أصول الطب النفساني (ط3). لبنان، بيروت: دار الطليعة للطباعة والنشر.
- بوعلاقة، ف. ز .(2018) .الصورة الأمومية للطفل المتبني من طرف قرية عقيم في ضوء الاختبارات الإسقاطية: الزورشاخ، القدم السوداء، رسم العائلة]أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر2.[
- وميرانتز، أ. م .(2018) .علم النفس الإكلينيكي: العلوم والممارسة والثقافة (شواش، ت. أ.، وهاشم، أ. ا، مترجمان) (ط1). الأردن، عمان: دار الفكر.
- شرادي، ن .(2008) .الحلم: تجربة نفسية خاصة .الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- عباس، ف .(1996) .التحليل النفسي والاتجاهات الفرويدية – المقاربة العيادية .بيروت، لبنان: دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- فرويد، س .(1996) .تفسير الأحلام (الحنفي، ع. م.، مترجم). مصر، القاهرة: مكتبة مدبولي.
- فرحاتي، أ. ب .(2016) .تجربة علوم الإنسان في فهم الإنسان: قراءة في علوم الإنسان الحديثة ومقدمات البديل (الجزء الأول، ط1). الجزائر، بن عكنون: كنوز الحكمة.
- فرحاتي، أ. ب .(2016) .تجربة علوم الإنسان في فهم الإنسان: قراءة في علوم الإنسان الحديثة ومقدمات البديل (الجزء الثاني، ط1). الجزائر، بن عكنون: كنوز الحكمة.
- كمال، ي. (2016). نحو نموذج لغوي لتفسير الذهان تطبيق لاكان .مجلة علم النفس، العدد 108، السنة 2 .مصر، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- كلاين، م .(2014) .التحليل النفسي (سبيلا، م.، وأحجيج، ج.، مترجمان). المغرب، الدار البيضاء: مطبعة النجاح الجديدة.
- لابلانش، ج.، ولابونتاليس، ب .(1985) .معجم التحليل النفسي (حجاز، م.، مترجم). الجزائر: ديوان المطبوعات الجزائرية.
- مارتي، ب.، فان، م.، دوميزان، م.، دافيد، س.، والنابلسي، م .(1990) .بسيكوسوماتيك الهستيريا والوساوس المرضية (نابلسي، غ.، مترجم). لبنان، بيروت: دار النهضة العربية.
- سي موسي، ع. ر.، وبن خليفة، م .(2010) .النفس المرضي التحليلي والإسقاطي، ج1: الأنظمة النفسية ومظاهرها في الاختبارات الإسقاطية .الجزائر: ديوان المطبوعات الجزائرية.

المصادر والمراجع باللغة الأجنبية:

- Arezki, D. (2010). *La psychologie du développement de l'enfant et de l'adolescent au service des parents, des enseignants*. Tizi-Ouzou, Algérie: L'Odyssée.
- Becerril-Maillefert, C. (2013). *Le Psychodrame*. France: Jouve.
- Blake Psychology. (2020). *Psychothérapie analytique fonctionnelle*. https://www.blakepsychology.com/fr/approches/psychotherapie-analytique-fonctionnelle
- Boualagua, F. Z. (2017). Les symptômes d'être seul en présence de l'autre et la transitionnalité : l'apport de l'épreuve projective « Patte Noire » dans l'interprétation de la solitude à la préadolescence. *Revue de recherches psychologiques et éducatives*, (10), vol. C2, 143–153.
- Cohen, M. (2015). *Relaxation-inspiration-analytique*. http://www.psychologue-psychotherapeute-paris.fr/
- Freud, S. (1967). *Interprétation des rêves* (2e éd.). Paris: PUF.
- Huber, W., & Chiva, M. (2005). *Les psychothérapies: Quelle thérapie pour quel patient*. Paris: Armand Colin.
- Judith, E., et al. (2015). Psychothérapies du sujet âgé. *L'information psychiatrique*, 91(9), 747–754.
- Pedinielli, J.-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique* (2e éd.). Paris: Armand Colin.

- Perron, R. (2002). Les problèmes du cadre. In *Névrose et transfert*, Actes du colloque APA, 8–9 avril 2001. Algérie: Unicef.
- Perron, R. (2002). Sur les quelques pièges de la relation thérapeutique. In *Névrose et transfert*, Actes du colloque APA, 8–9 avril 2001. Algérie: Unicef.
- Perron, R., et al. (1997). *La pratique de la psychologie clinique*. Paris: Dunod.
- Privat, P., Quellin, D., & Rouchy, J.-C. (2001). Psychothérapie psychanalytique de groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (2), 11–30.
- Prévost, C. M. (1973). *Janet et Freud et la psychologie clinique* (1re éd.). Paris: Payot.
- Rodriguez, R. (2004). Le jeu, paradigme du travail psychanalytique. *Revue française de psychanalyse*, 68(5), 1847–1853.
- Roussillon, R. (1999). Quelques remarques épistémologiques à propos du travail psychanalytique en face-à-face. In G. Diatkine & J. Schaeffer (Dirs.), *Psychothérapies psychanalytiques*.
- Souffir, V., & Aude, C. (2019). *Collections de brochures information. Psycom* (6e éd.). Paris: Jouve.

منشورات جامعة المسيلة

ISBN: 978-9931-251-86-6 :ردمك