

الفصل السادس

عوامل العلاقات وتوافق المعالج - المريض

ليعلم القارئ أن المعالجين عندما يحاولون تشريع قواعد ثابتة للسلوك فإنهم بهذا الإجراء يدمرون المبادهة لصالح السلامة والأمن . فالسلوكيات الانضباطية مثل : لا تجب على أسئلة المتعالج بل عليك البحث وإعمال الذهن من أجل معرفة المعنى الذي هو وراء هذه الأسئلة . وعليك أيها المعالج ألا تكشف أي شيء عن نفسك للمتعالج ، ولا تنخرط في تقديم الخدمات الخاصة للمتعالج كأن تساعد على ارتداء معطفه مثلاً ، أو أن تضع يدك على كتف المريض معبراً عن المحبة ، ولا تقدم له الهدايا ولا تقبل منه الهدايا . هذه السلوكيات التي يلتزم بها المعالج لا تفرز إلا عدم التوافق مع المتعالج وتخلق مسافة بين الاثنين .

وعلى نقيض ذلك ، فإن المعالجين الذين يأخذون بالعلاج المتعدد الأوجه يتقربون ويتعاملون مع كل متعالج تعاملًا منفرداً ، ويحاولون تحديد بُعد وأنموذج العلاقة التي تلبي وتلائم حاجاته وتوقعاته . ولعل ما يجب أن يتبعه عنه المعالج هو :

أ - ألا يكون جامداً متقلباً .

ب - ألا يحقر أو يذني أو يمس كرامة المريض .

ويطالعنا الدكتور أرنولد لازاروس عن إقامته لعلاقات رسمية مع بعض زبائنه المرضى . فهم ينادونه باسمه ، ويناديهم بالكنية . وهو يقبل دعوات بعض المرضى لتناول الغذاء أو العشاء ، وهو بدوره يدعوهم لمناسبات خاصة ، ويلعب التنس مع بعضهم ويذهب إلى أبعد من ذلك فيقبل الهدايا ويهديهم بدوره بعضها .

وهذا يعني أن خلق علاقات خارج إطار العلاج هو أمر مستحب حسب رغبة المريض . وفي رأيه أن كلا من المعالج والمتعالج يستطيعان الاستفادة من الأخطاء ، وبالتالي تعديل العلاقة وفقاً لذلك .

وهذا المعالج العالمي المعروف لا ينفي محاسن القواعد الثابتة والأساليب المقننة التي من شأنها زيادة مستويات الثقة بالمعالجين، ولكن يتساءل عن مدى محاسنها بالنسبة للزبائن المرضى، وبماذا تعود عليهم من فوائد؟. وفي مقولة لأحد المعالجين بالعلاج النفسي التحليلي في هذا الصدد: (إن الشيء الرائع بالنسبة للتحليل النفسي أن المريض حتى لو لم يصبه التحسن المطلوب، فهو يعرف أنك تقوم بأعمال صحيحة).

١ - العلاج المتركز على ذات المريض مقابل العلاج المتعدد الأوجه (نظرة نقدية)

الدكتور كارل روجز . المعالج المعروف الشهير في نظريته وطرقه العلاجية، يتناقض في طريقه العلاجية القائمة على العلاج المتمحور حول ذات المريض مع العلاج المتعدد الأوجه .

وهذا التباين اتضح جلياً في مقابلاته العلاجية التي صورت مع المريضة غلوريا المطلقة التي عمرها ٣٠ سنة والتي أسماها (ثلاث طرق للعلاج النفسي) والتي اعتبرها مثلاً نموذجياً للطريقة المتمحورة حول الشخص في العمل . وبالمقابل عرض الدكتور أرنولد لازاروس طريقة علاجه (العلاج المتعدد الأوجه) بمقابلة علاجية مع المريضة كاثيري .

إن طريقة أرنولد لازاروس مختلفة عن طرق الدكتور كارل روجز في العلاج . فالعلاج المتعدد الأوجه يركز على كون البشر لهم حاجات متباينة وتوقعات تستدعي وفقاً لذلك مناورات استراتيجية، وتكتيكية، ونموذجية من جانب المعالج . فالعلاج القائم على طريقة واحدة يطبق على جميع المرضى، ويجعل الحياة أكثر سهولة بالنسبة للمعالج، ويعد صفقة مربحة لشعبية وشهرة كارل روجز في علاجه .

وواقع الأمر أن التقرب الروجزي (الروجز) القائم على التمحور على ذات الشخص ينطلق من أساس الفروق الشخصية بالنسبة للفرد وليس على أساس ثلاثي Tripartite . أي بتعبير آخر أن الشروط الكافية والضرورية للنمو العلاجي والتبدل هي :

أ-أصالة المعالج أو التطابق والانسجام .

ب-كياسة المعالج وتفهمه .

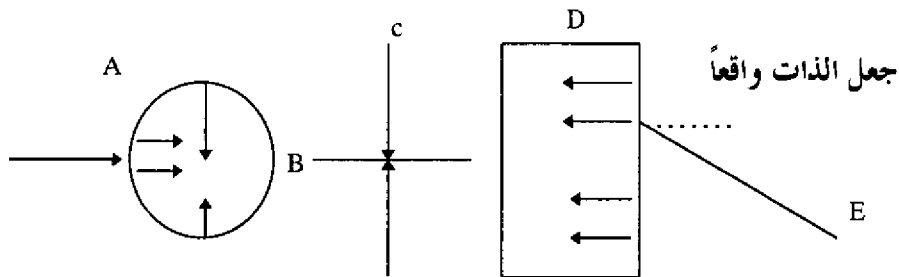
د- العناية اللاتملكية للمعالج .

إن هذه الصفات والشروط المسهلة الميسرة تعد مفيدة ونافعة (لكنها ليست ضرورية) وكافية لتغطية الصيغة BASIC ID وتطبيقها بيسر مناسب .

إن نظرية العلاج المتعدد الأوجه تؤكد على أن الحاجة إلى معالج يكون أكثر من كائن إنساني مؤدب . فبالإضافة إلى الدفء العاطفي ، والعناية ، والحنو ، والملاطفة من جانب المعالج ، فإنه يحتاج إلى أن يسيطر على طيف واسع من التقنيات والمهارات النوعية والملائمة التي غالباً ما تحدد الفرق بين الفشل العلاجي والنجاح (غولد فريك ودافيسون ١٩٧٦) .

ومن خلال استخدام الصيغ المختلفة ، فإن كثيراً من المعالجين يبدو أنهم ينتسبون إلى المدرسة الوجودية (نسبة إلى روجرز) التي تقول: إن (الميل نحو الواقعية) يصبح مقتضياً من خلال الخبرات الضارة غير النافعة ، وأن العلاقة العاطفية التي تنمو بين المعالج والمتعالج قد تحرر هذه الحواجز أو السدود القائمة . إن هذا ما قاله روجرز في تعريفه للعلاج النفسي (كتحرير للقدرة الموجودة السابقة في فرد على درجة كبيرة من التحدي) .

هناك معالجون آخرون يرون العلاج من زاوية إزالة (أو رفع الكظم) وإلى ما هنالك ... فالرسم التالي يصف النظرة (افتراض) الوجودية بما يسمى (الشخص المتركز على الاضطراب الانفعالي) .



A : الفرد بأصله هو نتاج الهبة الإرثية (الجينية) والتأثير داخل الرحم ،
والتأثيرات البيئية الأخرى .

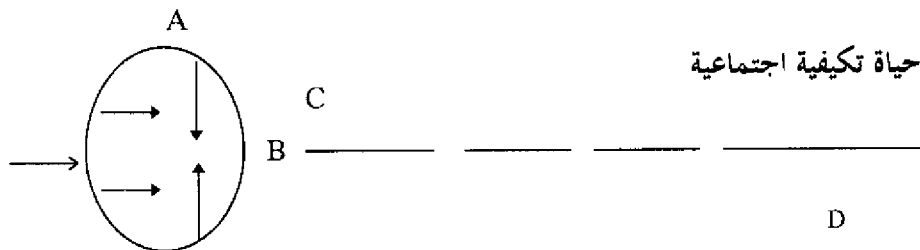
B : منحى الحياة يسير على طريق تحقيق الذات (جعل الذات واقعاً) .

C : الحوادث المختلفة الحياتية تخلق صراعات بين الحاجات العضوية
وحاجات اعتبار الذات .

D : الحاجز الذي يقف في وجه تحقيق الذات .

E : الفرد يسير مبتعداً عن طريق تحقيق الذات ، وهنا يصبح متسماً بالتشويه ،
وضعف الوعي ، وبالسلوك المهزوم للذات ، وبالتناقض والتنافر . هذا وطبقاً
لأصحاب المدرسة الروجرية ، أن العلاقة العلاجية الصحيحة تحرر القدرات الذاتية
الملازمة للفرد ، وتمكنه من العودة من جديد إلى الطريق الأول الذي سار عليه
والمؤدي إلى تحقيق الذات .

بالطبع ، إن الرسم السالف لا نرى فيه تلك المشكلات التي لا تبتثق عن
الصراع ، والحوادث المرضية والقهر الصادر عن الآخرين ، والحاجات العضوية .
هناك الكثير من الناس يعانون من متاعب انفعالية مصدرها أن قصة حياتهم
التعليمية فشلت في تزويدهم بالاستجابات التفاعلية الإيجابية الجوهرية . فهم لا
يملكون الحواجز بحيث إذا ما تحرروا وأطلقوا لا يتمكنون من استخدام معرفتهم
السابقة . فهم لا يملكون إطلاقاً المعرفة المسبقة أو المهارة . لذا فإن النظرة السببية
المبينة في الشكل التالي للاضطراب الانفعالي يمكن رسمها وتوضيحها .



A: نفس التفسير السابق الذي ذكرناه في الرسم الأول .

B: منحى الحياة يسير على طريق تحقيق الحياة التكيفية الاجتماعية .

C: فجوات أو تصورات في الخبرة والتعلم الاجتماعي (بسبب نماذج أدوار ضعيفة أو سيئة أو حدوث فرص ضائعة لاكتساب المعلومات والمهارات الضرورية) تخلق الفجوة والثغرة Lacunae .

D: بفعل هذه القصورات في الاستجابة ينحرف الفرد عن خطه المؤدي إلى التكيف الاجتماعي حيث يصيبه التناقض ، والتشويه ، وضعف وعي الذات ، والسلوك المهزم للذات .

إن التعلم ، والتدريب ، ومحاكاة نماذج سلوكية Modelings ، والتوجيه هي أمور مهمة . فلا اللطافة ، ولا الأصالة ، أو العناية غير التملكية تملأ الفجوات . فوجهة نظر العلاج المتعدد الأوجه ترى أن نمو الشخصية وحل المشكلة هما من النماذج الثابتة . فمعظم المرضى يعانون من الصراعات ، والآثار المدمرة للخبرات السيئة ، والقصورات المختلفة في أدوارهم الاجتماعية والشخصية . لذا فإن المعالجات الوحيدة الوسيلة (أو النموذج) مرتبطة بترك ميادين باثولوجية غير مسبرة ولا ممسوسة.

إن قوى التأثير والشفاء التي يسند لها بعض المعالجين إلى أنفسهم وعلاقاتهم العلاجية من شأنها ذلك إبعاد الانتباه عن الحقيقة وهي أن تعميم المهارات المكتسبة من غرفة المعالجة إلى العالم الخارجي لا يكون آلياً أوتوماتيكياً . فتحويل هذه المهارات وتعميمها يستدعيان مداخلات نوعية ومنهجية مسبقاً.

ويطالعنا الدكتور أرنولد لازاروس في هذا السياق ببعض خبراته فيقول :
«في سني حياتي المبكرة في العلاج النفسي افترضت أن المريض المنسحب ، المشاكس ، العدواني يتحول إلى صديق ، أنيس ، ومنفتح في الكلام ومؤكد لذاته خلال العلاج ، فهو سيكون على هذه الحال خلال تعامله مع الناس الآخرين في سلوكياته التكيفية . إلا أنني سرعان ما استكشفت أن السلوكيات الجديدة والتكيفية

في العلاقة كانت محصورة في العلاقة معي، ما لم يتعلم المريض هذه السلوكيات المتجسدة في التدريبات البيئية، والوظائف العلاجية التدريبية التي يتعين عليه تنفيذها لحفزه على تطبيقها وتعميمها في علاقاته مع الناس» (شيلتون وأكرمان ١٩٧٤). تلك هي حقيقة غافلة عن أكثر المعالجين .

٢ - استمرارية المشاعر والتوظيفات

ذكر لنا العلامة فرانز ألكسندر (١٩٣٢) أن جوهر العلاج بكونه (الخبرة الانفعالية التي تم تصحيحها) هو المتضمن الفرق بين موقف المعالج المسعف والموضوعي، ومواقف الوالدية الأصلية (المفترضة المولدة للمرض). وكتب لنا ألكسندر فيما بعد (١٩٥٠) التالي :

« كما يتم كسب الخبرة لمثل هذه العلاقة الإنسانية الجديدة في ذاتها فإن فيها أهمية علاجية كبيرة بحيث لا يمكن تجاهلها أو تجاوزها » .

وحديثاً أفادنا آرلو ARLOW (١٩٨٠) مردداً مثل هذه الأصداء والآراء عندما قال : « على المستوى الانفعالي، إن شخص المعالج يلعب دوراً رئيسياً في حياة المريض » . فالمعالجون الذين يأخذون بأسس العلاج المتعدد الأوجه يعتنقون نظرات مختلفة كل الاختلاف .

وبكل تأكيد، من الضروري، ومن الأمر اللازم به أن يكون المعالج محترماً من قبل زبائنه المرضى، وأن يخلق الثقة الكافية عندهم بأمورهم الشخصية التي تبقى أمانة سرية عنده، وأن يخلق جواً يكون فيه المريض متحرراً من كل قيد للإفصاح عن متاعبه، وكربه، والمشكلات والحوادث التي تحرض قلقه واضطرابه، فهذه الألفة الجوهرية ليست بالضرورة مبنية على نمو العاطفة القوية، والتحويل العاطفي Transference، والارتباط بالمعالج وما أشبه ذلك .

في عرف العلاج المتعدد الأوجه تكون العلاقة بين المعالج والزبون المريض قائمة على استمرارية الامتداد من توظيف رسمي يماثل العمل من جهة إلى

ارتباط متين من جهة ثانية . ويمكن القول إن أكثر علاقات العلاج تقع في الوسط
ما بين الحدين المذكورين .

إلا أننا نجد أن بعض المرضى يتذبذبون بين الميل إلى المعالج ومحبه ، بينما
آخرون يبقون في حالة تضارب عاطفي فيظهرون الحب والكراهية في آن واحد .
ومن طرف آخر نجد أن كثيراً من المعالجين يدفعون بالمرضى عن قصد
وتصميم إلى الارتباط بهم عاطفياً رومانسياً وبعمق . وحيث أن المعالجين المنتمين
إلى مدرسة العلاج المتعدد الأوجه مدربون على العمل الموجه في علاجهم ، لذا
فإن ما يسمى بالتحويل العاطفي من جانب المرضى نحوهم نادراً ما يحدث أو
يبرز خلال العلاج .

إن أحسن وصف يمكن أن يصفه المرضى لمعالجيهم هو أنهم معالجون
مهرة متمرسون، يكرسون عملهم لمساعدتهم . فهم يعتمدون عليهم ولكن لا
يرتبطون بهم .

وبالطبع ، هناك استثناءات ، فبعض الناس بحكم حاجاتهم الخاصة وإدراكاتهم
فهم عرضة لسوء التفسير ، والتشويه . فهم يدعون تخيلات وأوهام ، ويظهرون
مشاهد تصدر عن رغبات شعورية ولا شعورية . إذ إن مشاعر الطفولة يتم إسقاطها
وإضفاؤها ، كما يحدث تحويل للموقف مع أن المريض الزبون يوجه إلى المعالج
بعض المشاعر يمكن أن تلبس إلى شخص مهم آخر عادة ما يكون أباً أو أحد
أفراد أسرته . إن مثل هذا الفرد هو ضمن نطاق الاستثناءات وليس قاعدة . وعندما
نجد مثل هذا الشخص ، فيجب التعامل معه ليصبح البؤرة العلاجية المهمة كيما يتم
حل هذا «العُصاب التحويلي» الذي يعتقه المحللون النفسيون . أما المعالج بالعلاج
المتعدد الأوجه فإن الاهتمام الأساسي يجب أن ينصب على إزالة المشكلات
النوعية بالقدر الممكن وذلك من خلال الصيغة BASIC ID .

في العلاج المتعدد الأوجه تتم معاينة العلاقة بين المعالج والزبون المريض أو
مناقشتها فقط عندما يكون هناك سبب للشك في أنها تعيق التقدم العلاجي . وعندما

يسير العلاج قُدماً نحو الأمام سيراً جيداً فلا داعي لإضاعة الوقت بتحليل التعاملات الثنائية بين المريض والمعالج . ولكن عندما يتعثر تقدم العلاج فيتوقف؛ فإن العامل الذي يستأهل التساؤل عنه هو فيما إذا كانت هناك قضايا أو مشاعر تواجه المتعالج والمعالج من شأنها أن تعرقل التقدم العلاجي . ففي بعض الأحيان يظهر سوء الفهم الممكن تصحيحه عندما يُفصح عن ذلك بالاتصال المباشر أو النقل بالصرحة المباشرة .

ويُحسن هنا في هذا السياق أن نذكر الحوار التالي الدائر بين المعالج ورجل متعالج عمره ٣٢ سنة في نهاية الجلسة الثانية .

المعالج: يبدو لي واضحاً أنك تميل إلى أن تكون قاسياً جداً على نفسك . فبينما تظهر أنك تتمتع بصبر كبير حيال القصورات عند الآخرين ، فإنك تفرض على ذاتك الكثير من الفرائض والوجوب والإكراه والإجبار (MUSTS and shoulds) .

المتعالج: أنا من النوع الذي يبتغي الكمال في عمله .

المعالج: يبدو لي أنك تلتصق بنفسك هذه الصفة وأنت فخور بها .

المتعالج: أعتقد أنني أفتخر بنفسي عندما أقوم بتنفيذ عمل تنفيذاً جيداً .

المعالج: إن تنفيذ العمل جيداً، والمجاهدة في أجل الحصول على الكفاية، أو حتى العمل الممتاز هما أمران يختلفان عن المحاولة أن تكون كاملاً لا ترتكب الخطأ . أن تكون كاملاً في عملك يعني ذلك أنك تعيش الإحباط في معظم الأوقات ذلك لأنه نادراً، إن لم يكن من المستحيل ، أن تصل إلى المعايير المستحيلة . هل تعلم ... أوصيك بقراءة كتاب للعلامة ألبرت أليس الذي تناول هذا الموضوع بالتفصيل والعمق، أي المطالب المفرطة والإجبار التي تُفرض على الذات عند الفرد الذي يجهد إلى كمال العمل ما يترتب عن مثل هذا السلوك من معاناة .

المتعالج: (وهو ينظر من النافذة إلى الخارج) أنا سعيد لتوقف هطول المطر .

المعالج: وأنا أيضاً . سأكتب لك اسم الكتاب (بدا أن المريض لم يكن مرتاحاً) ماذا أصابك ؟ يبدو أنني أثرت فيك شيئاً من التوتر .

المتعالم: (وهو في فترة صمت) لا أدري .. لست متوتراً بالحقيقة .

المتعالم: قد يكون ذلك الشعور نوعاً من الانزعاج الخفيف .

المتعالم: إنه مثل ما تقول لي: «اذهب واقرأ كتاباً» أشعر بنوع من الرفض ... كأنك تقول لي لا تعدّ إليّ لتقول لي أموراً تافهة، ولكن عليك أن تذهب عني وتقرأ بدلاً من المجيء إليّ .

المتعالم: يسرني أنك أفصحت عن مشاعرك . أنا لا أقصد ما ذهبت إليه . أرغب في المزيد من الكلام معك عن مشاعرك .

لقد عاين المتعالم توقعاته ومشاعره وبين له أهمية امتلاكه لكتب علاجية نفسية (مكتبة علاج نفسي) لتكون جزءاً من التدريب الثقافي النفسي .

في نهاية الجلسة سأل مازحاً: ((إذا كانت الصورة بقيمة ألف كلمة ترى كم جلسة بقيمة كتاب؟ فأجابه المتعالم: «أعط أو خذ ١٢ جلسة» حيث يتبدد الموقف المتأرجح .

لقد أكد المريض على أهمية الشعور المقبول من قبل المتعالم، وبذلك مكّنه هذا الأخير أن يقدر أهمية التدريبات أو الوظائف البيتية (وبشكل خاص قراءة الكتب الموصوفة وغير ذلك من الكتب الثقافية العلاجية) حيث لا تُعد مثل هذه المطالعات التثقيفية إشارة إلى ضعف اهتمام المتعالم به .

وهنا كان المتعالم يستهدف الكشف عن مشاعر زبونه المتعالم ومدركاته في كل مرة يقدم له التوصيات . وبدلاً من أن يقول المتعالم له: «خذ هذا التسجيل الصوتي لتعليمات الاسترخاء وطبقها لمدة أسبوع بمعدل تمرينين استرخائيين في اليوم، وأخبرني إذا كان توترك قد تضاعف» فقد اتبع معه التالي: «كيف تشعر حيال هذا الاقتراح؟

فإذا لمس المتعالم بوجود تردد واستجابة غير إيجابية عند المتعالم، عمد إلى معاناة ردود فعله ليحدد ما إذا كانت التوقعات النوعية لم تلبّ عنده .

هذا وبالإضافة إلى سوء الفهم الممكن إزالته وتسويته، فإن العلاقة الممكن أن يصادفها المتعالم هي الأكثر أهمية، والتي تتمحور حول التوظيفات العاطفية

المخادعة التي تعيق التقدم العلاجي . ونضرب مثلاً على ذلك . عالج المعالج أرنولد لازاروس امرأة عمرها ٣٥ سنة تشكو من رهاب الساح Agoraphobia . وقد رافقها المعالج المذكور في جلسات تعريضية ميدانية VIVO EXPOSURE لإزالة خوفها من هذا الاضطراب وذلك بالمشي لمسافات متدرجة بالبعد عن دارها ، وقيادة السيارة في الأوقات التي تزدحم فيها السيارات في الشوارع ، والانتظار بأخذ الدور عند شراء الحاجات من البقاليات الكبيرة (التعريض للأماكن التي يكثر فيها الناس لإزالة أو إضعاف الخوف من الساحات المكتظة بالناس) . بعد عدة جلسات من هذا القليل ، عين لها شخصاً مدرباً على العلاج السلوكي ليرافقها في هذه الجلسات الميدانية التعريضية بدلاً عنه ، بينما هو خص نفسه لجلسات علاج معرفية لتبديل أفكارها الخاطئة المحرصة للخوف (أي طبق العلاج السلوكي - المعرفي) ، وضعف تأكيدها لذاتها في علاقاتها البشخصية Interpersonal مع بعض الناس .

وعلى الرغم من أنها حققت نجاحاً علاجياً متقدماً ، إلا أنها بدأت تعاني المزيد من القلق ، وأخذت تشتكي بأنها أضحت «كثيرة البكاء» ، إضافة إلى معاناتها لصعوبة الدخول في النوم . وقد اشتكى مساعده الذي يرافقها في الجلسات التعريضية الميدانية أنها أضحت غير متعاونة . وكان تساؤل المعالج ينصب على معرفة الحوادث التي أدت إلى هذا السلوك السلبي .

إن الافتراض المقبول في تفسير السلوك السلبي أنها شعرت بكونها مرفوضة من قبل المعالج منذ أن أسند مرافقتها في العلاج إلى مساعده ، وكان لا بد من معاينة مواقفها ومشاعرها تجاه المعالج نظراً لأنها الأساس المحتمل لهذا التراجع العلاجي .

وهذا ما فعله المعالج إذ عمد إلى مفاتحتها بالقول : «أشعر أنك ممتعة مني ، ولكن بدلاً من أن تعبري عن هذا الامتناع ، فقط كظمتيه» . وبعد فترة من الإنكار والمراوغات ، اعترفت بالعديد من العوامل التي جعلتها تقف وقفة سلبية من العلاج . وجوهرها أنه توقف عن مرافقتها ميدانياً ، وهذا يعني أن المعالج لم يعد يهتم بها .

وحينما حاورها عن المشاعر المتحالفة، أضحى واضحاً أنها لم تعد من تلك الزبونات اللاتي يستجبن للمعالج كمهني. لقد أخذت تستمتع بالتخيلات الجنسية، ومن حين إلى آخر أخذت تسقط على المعالج سمات والدها أو زوجها، أو أخيها الكبير. وكان دور المعالج الرئيسي العلاجي هنا تقليدياً (بتوضيح العاطفة)، في حين استمر مساعده في رحلاته العلاجية الميدانية معها وهي بأعلى وتيرة من الحفز والحماس والتعاون.

وحينما لا تتحقق النتائج الإيجابية العلاجية، فإن بعض المعالجين يسمحون لأنفسهم أن يعزوا الفشل العلاجي إلى (مقاومة المريض). وبدلاً من تحديد جميع السلوكيات غير المتعاونة «المقاومة»، فإنه لمما يسعف أن يحاول المعالجون البحث عن الحالة السابقة النوعية، والعوامل التي تُبقي تلك السلوكيات اللاتعاونة. فمثلاً إن مريضاً قد يُبطل جهود المعالج بسبب الغضب، وعدم الاحترام، أو عدم الثقة؛ في حين أن الرغبة الأصلية التي ترنو إلى المساعدة والعون من قبل شخص آخر، قد تُدمر بفعل المخربين العاطفيين الموجودين في المحيط الاجتماعي للمريض.

وهنا، فإن العلاج الأسري يبرز كضرورة ملحة في هذه الحالة الأخيرة... إن عدم التوافق المناسب بين المعالج والمريض يفضل فيه أن يُحال المريض إلى معالج آخر تكون شخصيته وطريقة البحث عنده أكثر ملاءمة لحاجات المريض وتوقعاته (إن هذه النقطة سنوضحها فيما بعد).

٣ - المحبة مقابل الاحترام

هل من الأهمية بمكان بالنسبة للمعالج أن يميل إلى المعالج أو يشعر بالمحبة نحوه من أجل أن يحصل على الفائدة المرجوة؟

في بداية الستينيات، على حد قول الدكتور أرنولد لازاروس، استشرت من قبل عشرين فرداً كانوا يتعالجون عند معالج على درجة كبيرة من الضعف العلاجي. وقد أفاد هؤلاء بالعجز والقصور الكبير في فهمه السريري (الإكلينيكي) وغياب الخبرة العلاجية والفتنة المهنية. والمدمش في قصته أنه كان معالِجاً مرخصاً له رسمياً.

وتكمن الغرابة في هذا المعالج أن كل مريض تعالج عنده كان يحبه بلا استثناء . إذ كان حاراً ورائعاً في اهتمامه بالمريض . ولكن رغم كل هذا الإعجاب بشخصه لم يسعفه في إبقاء الزبائن عنده لأنه فاشل في مهنته العلاجية . نلاحظ إذن أن المشاعر الإيجابية نحو المتعالج من قبل زبائنه لا تكون وحدها كافية لإحداث التبدل الهام في السلوك عند الكثير من الناس .

إلا أن السؤال الذي يبرز هنا هو : رغم أن المشاعر الإيجابية لا تجدي لوحدها لكسب ثقة المريض بالمعالج فهل هذه المشاعر ضرورية ؟

إن الإجابة المنطقية عند معظم المعالجين هي : نعم . إلا أن الرأي السديد عند المعالج المتمرس هو التالي : إن احترام المتعالج وليس عاطفته أو محبته هو لب العلاج الفعال ولبنته، وفي الحالة التالية البرهان على ذلك.

راجع الدكتور أرنولد لازاروس أستاذ مهيب وبارز في حقله العلمي . كان هذا الأستاذ رائع الطلعة والهيئة ، أعلم هذا الأستاذ الدكتور لازاروس أنه على خلاف مع زوجته ، وراجع عدة معالجين نفسيين للإرشاد . إلا أنه لم يحصل على مراده من هؤلاء المعالجين لأن كل واحد منهم كان فاشلاً في حل مشكلاته . وقد سأله أرنولد عن أسباب قصوراتهم فأجابه الأستاذ : « ضعف الواطية (نسبة إلى الواط الوحدة الكهربائية) الكهربائية » .

خلال تقصي السيرة الزوجية لدى الأستاذ طالب الإرشاد ، وجد المعالج نفسه يعصر نفسه ليعطي الانطباع إلى هذا الأستاذ أنه يمتلك ، أي المعالج ، (الواطية الدماغية) المطلوبة لإرشاده ، إلا أن الأستاذ أخذ يسأل المعالج عن قدرته العلمية ، وأرضيته الأكاديمية ، ومن ثم انتقل إلى إبراز قدراته وإنجازاته الأكاديمية ، وأدائه في رسالة الدكتوراه ، وأعماله العلمية الكبيرة .

لقد امتنع المعالج عن إعطاء تفسير لهذا الأستاذ عن أسلوبه المتسم بالغرور والعجرفة العلمية الكريهة لأنه كان مديناً له في بعض مراحل دراسته العلمية من جهة ، ومن جهة أخرى فإن أي تفسير نقدي لعجرفته قد يعطل من تطور علاقات

العمل معه . لذا كان المعالج مصمماً أن (يجتاز الامتحان) عند هذا الأستاذ بقبوله له كيما يعود ويصطحب زوجته إليه .

كانت زوجته مصرة على موقفها وحقوقها . فهي محامية نشطة في السياسات المحلية والحكومة . وقد بدت منافسة ، تعصر نفسها لتظهر كفاءتها ، تلح إلحاحاً قوياً أن بإمكانها أن تحتل نفس مرتبة زوجها في الشهرة في وقت لم تكن في وضع يمكنها من أن تلتفت إلى أولادها وتوليهم النصيب الكافي من الرعاية والتربية والتنشئة .

كانت تشتكي من سلوك زوجها المتعالي الذي يخفض من قيمة كل فرد يحتك به ، كما وغالباً ما يوجه لها ملاحظات فيها استخفاف بشخصها وبأصدقائها ، وبعملها ، وبذكائها .

أنكر زوجها الأستاذ كل شكاويها . إلا أنه اعترف بهذه الازدراءات لها ولأصحابها وذلك انتقاماً لسلوكها الجنسي الممتع معه ، ولإمسакها عن حبها له . وبذلك اتضح للمعالج أن كليهما يستخدم التكتيكات العدوانية - السلبية في العلاقة الزوجية . وأن كليهما يمتلك الذكاء اللامع لرفد ترسانته من الأسلحة لاستخدامها ضد الآخر .

باشر المعالج في بادئ الأمر بالتدخل والتوسط بطرح اقتراحات نوعية وذلك بغرض تحقيق الانسجام البشري . إلا أن هذا الأمر وضع المعالج (في بؤرة نارهما بأسلحتهما المدفعية) ، فما كان منه إلا أن انسحب من (مرمى نيرانهما) بسرعة إلى الجانب الأمين المتمثل بأسلوب العلامة روجرز . فأخذ المعالج ، من حين إلى آخر ، في اقتراح أنماط البدائل من التفاعلات .

ففي إحدى الجلسات أخذ يتراشقان الاتهامات بمباراة ساخنة . وبإذن منهما عمد المعالج إلى تسجيل شريط صوتي لمشاحناتهما . وعندما سمع المعالج التسجيل تمكن من تحديد أخطاء مهمة في أفكارهما اللامنتطقية في تفاعلاتهما ، وعندئذ كتب خطاباً إليهما يحدد فيه ويحلل هذه الأساليب التفاعلية ، وأوصى بالخطوات النوعية الرامية إلى إحداث التبديل البناء في علاقاتهما . بعد عدة أيام ، تلقى المعالج أرنولد لازاروس نسخة عن رسالته في البريد كتب فيها الحرف (C-)

في لون أحمر في الزاوية اليمنى من الخطاب المُعاد إضافة إلى كلمة بخط يده هي : (لمعلوماتكم) . وقد دهش المعالج من هذا التكتيك الغريب الصادر عن أستاذه النموذجي؛ الأمر الذي أثار في نفس المعالج عدم الاطمئنان ومن ثم ضرباً موعداً فيما بعد باليوم نفسه .

في بادئ الأمر ، قرر المعالج استشفاف مشاعر الأستاذ بأسلوب غير دفاعي ومفتوح صريح ، ولكن بسرعة وجد نفسه يتأجج امتعاضاً وبدأ يقول للأستاذ التالي : « لقد اندهشت أن مفكراً مثلك يخفي مثل هذه الفجوة العميقة في الفهم » و(في موقف مماثل . إنني أتساءل كم عدد أولئك الأفراد من أصحابك الأقل اعتباراً الذين عجزوا عن فهم المضامين المخاتلة وراء كل توصية من توصياتي النوعية) . لقد تعاضم عند كلينا الامتعاض ، وأصواتنا أضحت مرتفعة ، بينما توسلت زوجته إيقاف هذا التصعيد في المجادلة .

أدرك المعالج أنه فقد ضبط ذاته ، وفي محاولة للحفاظ على ماء وجهه ، التفت إلى زوجته وقال لها مستعلماً : « ألا يمكن القول إن التفاعل بين زوجك وبينني هو مرآة للمعارك والصراعات التي تطوف في أرجاء بيتكما ؟ » . لقد أكدت أن ما حدث بين المعالج وزوجها هو يماثل ما يحدث لها مع زوجها . وعاد المعالج وقال لها : « ألم تلاحظي كيف أن إظهارني للغضب قد صَعَدَ الحوادث ؟ » . أو مأت الزوجة برأسها ، فوصفت ما حدث في غرفة المعالجة يماثل ما يحدث في بيتها مع زوجها . وهنا حاول المعالج أن يستغل هذه المواجهة العدوانية حيث كرس ما تبقى من الجلسة للتأكيد على فضائل تأكيد الذات مقابل التأثير التخريبي للعدوان .

بعد ذلك لم تعد هناك مباراة في الخصام والصراع والصراخ داخل حلبة المعالجة وخارجها . فقد بدا أنهما استفادا من خدمات المعالج طوال الأشهر القليلة التالية . وقد استمرا في استشارة المعالج استمراراً متقطعاً حينما تبرز مشكلات .

إن النقطة الرئيسية المراد توضيحها في هذه القصة العلاجية هي أن المعالج لم يحب هذين الزوجين فردياً أو ثنائياً، كما لم يحباه أيضاً. كان المعالج ينظر إلى زبونه الأستاذ نظرة متفاخر متعجرف، عصبي، يتسم بسلوك العظمة الممزوج منه بمسحة زوربة في منظوره البشخصي. إلا أنه تعلم أن يحتوي غضبه، ويظهر المحبة الصريحة لزوجته. وهي بدورها، المتلطفة، المتعاطفة لم تكن أقل من زوجها؛ ناقدة منقبة عن المثالب والعيوب، وتخفي معظم عدم طمأنينتها خلف مظهر خادع من ازدراء معقد. إلا أنها لم تعد تلجأ إلى استخدام الجنس كسلاح، ونادراً ما لجأت إلى تكتيكات عدوانية، سلبية مع زوجها.

إن هذا ما يؤكد أنه ليس من الضرورة أن تُبنى علاقة محبة وعاطفة بين المعالج والمتعالج كيما تتم الفائدة العلاجية. فالمعالج هنا كان غير مستحب من قبل الزوجين، إلا أنهما احترماه وقدرتا مهارته العلاجية واستفادا من خبرته. وهذا ما جعل ابنهما يذهب إلى المعالج لاستشارته في بعض مشكلاته المهنية. فلاحترام وليس المحبة هو الفاعل الايجابي في النتائج العلاجي. وبالطبع نحن لا ننكر أهمية العلاقة الحميمة والمحبة بين الطرفين. فمن المستحب أن يكون المعالج محبوباً ومحترماً من قبل زبونه إلا أنه إذا كان لا بد من خيار بين المحبة والاحترام، فلاحترام يأتي بالدرجة الأولى والخيار الأوحده في العلاقة العلاجية الإيجابية بين المتعالج والمعالج.

٤ - التوقعات والتناغم

يتصور الكثير من المعالجين أن الناس يلتمسون العلاج بتوقعات ضمنية، وبأن فعالية العلاج غالباً ما تكون مرتبطة بهذه التوقعات. وإذا كانت شخصية المعالج وأسلوبه هما على درجة كبيرة من التغير والتبدل مع صورة المتعالج الذي ينظر إلى المعالج نظرة اقتدار وتقدير، فإن المأزق العلاجي لا بد واقع. إلا أن هذا الأمر يجب ألا يؤخذ كعملية حتمية وسلبية. فتوقعات المتعالجين يمكن أن يطرأ عليها التبدل والتغير بواسطة المعالج. فكثير من المرضى، مثلاً، يتوقعون من المعالج

أن (يشفيهم) وهم ليسوا مُعَدِّين ومهيئين كيما يأخذوا على عاتقهم أية مسؤولية في عملية العلاج ونتائجه . ففي هذه الحالات فإن المهارات العلاجية الجيدة والفن مطلوبان لتحريض التعاون الفعال من جانب المتعالج . وفي هذا السياق فإن توقع الدور المنتظر أن يلعبه المعالج يمكن أن يعاد تركيبه ، وذلك من خلال تزويد المتعالج «بمقابلة تحريض الدور» (Wender 1968) . وجوهر هذه المقابلة هو أن يُخبرَ المتعالج بما يتوقعه من المعالج ، وكيف يتصرف خلال سير العلاج من أجل أن يحصل على الفوائد العلاجية المطلوبة . ولعل العلامة غولد شتاين (١٩٧١) كان أفضل من عالج هذا الموضوع بدراساته المهمة التي تناولت التعامل مع الجاذبية العلاجية وأساليب إثراء العلاقة بين المعالج والمتعالج .

يقول لنا غولد شتاين (١٩٧٥) في هذا الصدد: «أظهرت الدراسات بما ينفي كل شك أنه كلما تعاظم وكَبُرَ التماثل المركب ، كلما كان الانجذاب نحو الشخص الآخر أكبر» . ففي لغة العلاج المتعدد الأوجه ، فإن نتائج العلاج الأكثر تألقاً غالباً ما تعتمد على الدرجة المقبولة المعقولة في التماثل بين صيغة BASIC ID الخاصة بالمتعالج وصيغة BASIC ID للمعالج . فمثلاً إن المعالجين الذين يعالجون بالأساليب السلوكية - المعرفية يواجهون مشكلات الاتصال مع المرضى الذين يمضون في الأساليب التخيلية والعاطفية (الحالمون العاطفيون) . وأمثلة أخرى حول تغير الأراضيات الثقافية ، والسياسية ، والدينية ، والإيديولوجية بين المعالج والمتعالج ، أو تثار ردود الأفعال المتنافرة البغيضة لأسباب عديدة . فإذا ما برزت مثل هذه التناقضات والتباينات في غياب الوئام والوفاق بين المعالج والمتعالج حينئذ يتعين إحالة المتعالج إلى معالج آخر أكثر ملاءمة بدلاً من الإلحاح على أن الصعوبات القائمة بين المعالج والمتعالج يمكن حلها وتسويتها .

وبهذا السياق الذي نحن فيه نذكر المثال التالي والكلام للدكتور أرنولد لازاروس :

«راجعته منذ عدة سنين أرملة ثرية . خلال مدة عشر دقائق من بدء المقابلة الأولى بدأت أشعر بالتهيج والامتعاض منها . وفي سياق الإصغاء إلى شكاويها

الشخصية ومشكلاتها، أدركت أنها بغیضة، وعدوانية. «فهذا التحويل المعاكس السلبي» أقلقني. وكنت أتساءل لماذا هذه المرأة تعمل على إثارة هذه الاستجابات السلبية في نفسي؟ لعلها لم تستظرفني لذلك كانت تلك استجابتها نحوي. ترى بماذا كنت أكلّم نفسي؟ ما هي الصور والتخيلات التي أثارها في نفسي؟ لماذا أغلقتُ على نفسي الحنو والشفقة؟ ماذا حدث لي؟ وفجأة أسعفني مثل هذا الاستبصار بالذات. لقد ذكرتني بزميل معالج كانت عندي كل الأسباب والذرائع لكراهيته. ففي أثناء النظر إليها كنت أدرك التشابه البدني بينه وبينها، وفي لحن الصوت ونغمته، وأيضاً في بعض الحركات والسلوكيات وغير ذلك من السمات المتماثلة معه. وبعدما علمت كيف كنت أسقط سماته عليها، تساءلت هل بإمكانني الفصل بينه وبينها وأتعامل معها بدون هذه المشاعر السلبية؟ كان ذلك مستحيلاً. إذ بمجرد أن أسمع كلامها، تحيط بمخيلتي الأحزان التي لم أقدر على حلها مع زميلي. وفي نهاية الأمر تصرفت بما يمليني علي خلقي المهني أن حولتها إلى هذا الزميل لعلاجها (وفي نهاية الجلسة قلت لها مبرراً إحالتها إليه): «عندما أعالج نموذج مشكلتك، فأنا لست بنفس مهارة وجودة زميل أوصي أن تذهبي إليه». وقد اندهش هذا الزميل الذي أكرهه كيف حولت له مريضة ثرية. فما كان منه إلا أن شكرني على الهاتف بتحويل هذا (الكنز الثمين له). وبدورها شكرتني على تحويلها إلى هذا المعالج (الرائع الجميل). وبكل تأكيد لو استبقيتها عندي لما حصلت مني على أي فائدة علاجية.

أيضاً (والكلام هنا لمترجم الكتاب) اتبعت هذا الأسلوب نفسه مع عدة مرضى ومريضات وجدت أنه يصعب علي الاستمرار في معالجتهم رغم عدم وجود أية مشكلات في أجور علاجهم لأنني لم أستطع التناغم معهم إما لأسلوبهم الصلف والمتعجرف (أغنياء)، أو لمركزهم الاجتماعي السلطوي الكبير، أو لسمات شخصياتهم المنفرة في التفاعل والتقرب، أو لتقاعسهم عن أداء واجباتهم التدريبية العلاجية البيتية، وعدم صلاحيتهم للعلاج النفسي المتعدد المذاهب (الدواء هو أفضل وأسهل طريقة لهم).

وخلاصة القول أن على المعالج أن يحيل المرضى إلى معالج آخر عندما يجد عدم توافق بينه وبينهم إما بفعل الإسقاطات التحويلية السلبية الصادرة عنه أو عن المرضى أنفسهم. ولا ننسى أن المريض أسهل عليه الدواء (المعالجة الدوائية) من العلاج النفسي الذي يتطلب منه التناغم مع متطلبات العلاج من تدريب بيئي وحسب تعليمات المعالج، إضافة إلى كلفة العلاج الباهظة بالموازنة مع العلاج الدوائي. إلا أن من واجب المعالج أن يثقف المريض في بادئ الأمر عن ماهية المعالجة النفسية وحدود فعاليتها، وأيضاً حدود المعالجة الدوائية في علاج اضطرابه. وأن مثل هذه التوعية من شأنها أن تترك للمريض الخيارات في انتقاء نوع المعالجة.

٥ - في البحث عن الملاءمة لخاصية المرض

في بعض الأحيان، يبدو مهماً تجاوز جميع الاعتبارات السالفة الذكر للبحث عن التوقعات الأكثر شدة ومراوغة. وفي المثال التالي خير توضيح للقصد. راجعت مريضة تشكو من قلق مزمن، منذ منذ ١٣ سنة، معالجتاً بارزاً. وقد راجعت طيفاً واسعاً من الأطباء الداخليين والنفسيين، ومختصين بالتنويم خلال مدة مرضها. وقد كان المعالج الذي نحن بصدده يأخذ بالعلاج السلوكي. فعالجها بدون طائل بمختلف الطرق السلوكية مثل: التدريب على الاسترخاء، وإزالة التحسس المنهجي، والإغراق Flooding وإيقاف الأفكار Thoughts stopping. وفكر بمعالجتها باستنشاق ثاني أكسيد الكربون بمساعدة أخصائي في التخدير (وهو علاج سلوكي يناهض القلق بسبب الضيق الشديد التنفسي الذي يشعر به المريض والذي يُقرن عادة بموضوع القلق).

كما حاول معالجتها بتقنية التنفيس abreaction بواسطة بانتوتال الصوديوم (تحرير مشاعر القلق بالعيش بالخبرات الراضية وإثارتها عن طريق التخدير بالبانوتال لإلغاء الرقابة الشعورية). في نهاية المطاف علم المعالج أنها راجعت طبيباً متخصصاً بتقويم العمود الفقري Chiropractor الذي صور عمودها الفقري بأشعة إكس، وجهازها الهضمي حيث أفادها أن سبب عصاب القلق الذي تعانيه

مصدره وجود انضغاط في نهاية الأعصاب في عمودها الفقري إضافة إلى سموم في الغليظ (القولون) . وأوصى بالعلاج الفيزيائي لعمودها الفقري ، واستعمال حقن لغسل الكولون مرتين أسبوعياً .

وفي الواقع تعاطت هذه المعالجة مرتين في الأسبوع ولمدة ستة أسابيع فأصابت تحسناً من القلق واضحاً . وأوصى المعالج بعدها بمعالجة صيانة مرتين في السنة .

إن السؤال المطروح هو : ما هو تفسير هذا النجاح في علاج هذه الحالة بالطريقة السالفة الذكر ؟ بالطبع لا توجد علاقة ، على المستوى الطبي بين انضغاط جذور الأعصاب والقلق ، ولا بين الحقن الشرجية والقلق .

إن التفسير المقبول لهذه النتيجة العلاجية أن المريضة استجابت لهذا النمط من العلاج بكونه بلا سيبو^(١) Placebo الذي نشط تخيلاتها الهامة ، وتفكيرها ، والعمليات العاطفية لإثارة توقعات العون وأمل الشفاء ، والإيمان بنتائج المعالجة . ومن المحتمل كان هذا التحسن بفعل ما يسمى بالشفاء التلقائي . وقد يتبادر هنا إلى الذهن السؤال التالي : (هل صدف في حقبة من حياتها أن كانت قادرة على إيقاف أعراضها) ؟ . وإذا ما حدث هذا ، فأى نوع من العلاج يعطي النتائج نفسها ؟ . وجانب آخر في تفسير هذا التحسن أو الشفاء أن «الطبيب الطبيعي» (أي الذي عالجه بالحقن الشرجية وتمسيد عمودها الفقري) كان تفسيره لأسباب قلقها (انضغاط جذور الأعصاب ووجود سموم في أمعائها) منسجماً ومتوافقاً مع توقعاتها ، وتركيبها الذاتي الشخصي، وطبيعة نظرتها وتفسيراتها للمرض ومعالجته .

في بادئ الأمر استشارت أطباء بشريين مشهورين ، وأُجريت لها فحوص عديدة - دموية ، وغذية صمية - وعصبية ، وفحوص طبية أخرى حيث أظهرت جميعها أنها في حالة صحية بدنية جيدة .

(١) بلاسيبو هي مادة لا دوائية تؤخذ معياراً في تجربة الأدوية الطبية عند مقارنة تأثيراتها العلاجية في ميدان الصناعة الدوائية . إذ من المعلوم أن للإيحاء تأثيراً كبيراً في العلاج الدوائي . والبلاسيبو مادة لا دوائية إيحاءية .

وصف لها أحد الأطباء المهدئات ، بينما آخرون أشاروا عليها بمراجعة أطباء نفسيين ، حيث هؤلاء بدورهم وصفوا لها الأدوية النفسية . ومما قالته بهذا الصدد : « تعلمت أيضاً بعض الأمور المهمة حيال ذاتي إلا أنه لا شيء أفادني في إزالة اضطراب القلق الذي أعانيه » .