

## التحليل النفسي والعلاجات السيكو دينامية: بين النظرية والممارسة

### Psychoanalysis and psychodynamic psychotherapies: between theory and practice

حاتم وهيبية، جامعة بجاية، (الجزائر)، wahiba.hatem@univ-bejaia.dz

تاريخ قبول المقال: 13-05-2022

تاريخ إرسال المقال: 20-01-2022

#### الملخص:

يهدف هذا البحث إلى تقديم قراءة في نظريتي التحليل النفسي والعلاج المستوحى من التحليل النفسي أو ذو المنحى التحليلي أو الذي يسميه علماء النفس الأمريكيين بالعلاج السيكو دينامي، من خلال استعراض المبادئ النظرية المشتركة بين التوجهين النفسيين، والتي تعود إلى سيجموند فرويد Sigmund Freud الطبيب الذي أقر بوجود اللاشعور وعقدة أوديب واستعملهما في العلاج النفسي. وقد أدت الانتقادات الموجهة لمدرسة التحليل النفسي بعلماء النفس إلى إحداث تغييرات في الممارسة العلاجية مع الإبقاء على المبادئ النظرية الفرويدية، ومن بين أبرز التعديلات التي أدخلت على العلاج الأم، اقتراح علاجات تحليلية قصيرة المدى لا تتحصر أهدافها في فهم السيرورة النفسية للمريض بل تتعداه إلى تقديم الدعم وإظهار التعاطف. الكلمات المفتاحية: التحليل النفسي؛ العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي؛ سيجموند فرويد؛ اللاشعور.

#### Abstract:

The aim of this research consists of a reading of theories of psychoanalysis and psychoanalytically inspired or psychoanalytically oriented psychotherapies, which are also called psychodynamic psychotherapies by American authors, through an overview of the common theoretical principles between the psychological orientations that go back to Sigmund Freud, the doctor who proclaimed the existence of the unconscious and the Oedipus complex and used them in psychotherapy. But criticism of psychoanalysis has led psychotherapists, while retaining Freudian theoretical principles, to modify therapeutic practice by proposing, in particular, brief psychoanalytic psychotherapies in which the psychoanalyst not only understands the patient's psychological processes but also provides support and empathy.

**Keywords:** Psychoanalysis; psychoanalytically inspired psychotherapies; Sigmund Freud; Unconscious.

**مقدمة:**

أثارت الاضطرابات النفسية الاهتمام والتفكير، حيث عكفت النماذج العلاجية الأولى منذ القدم، على سبل مساعدة الأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية، وقد أستوتحت هذه العلاجات من الممارسات والطقوس الدينية.

ويرجع لفظ "العلاج النفسي" إلى هيبوليت برنايم Hippolyte Bernheim (1840-1919) رائد مدرسة التتويم المغناطيسي بنانسي (فرنسا)، الذي وظّفه لأول مرة في 1891 في كتابه المعنون "تتويم مغناطيسي، اياحاء، علاج نفسي" «Hypnotisme, suggestion, psychothérapie». وقد أشار برنايم آنذاك إلى الأثر العلاجي للعلاقة بين الطبيب والمريض، ومن هنا، يمكننا القول أنّ التتويم المغناطيسي كان بمثابة الخطوة التمهيدية للعلاجات النفسية الحديثة.

وقد شهدت نهاية القرن التاسع عشر، شغف كبير بالتناولات النفسية العلاجية استمر حتى بداية الحرب العالمية الأولى، وقد احتلت مدرسة التحليل النفسي بعدها الواجهة، وابتداءً من 1945، ظهرت طرق علاجية جديدة كان منشأها الولايات المتحدة الأمريكية، على عكس التحليل النفسي الذي قديم من أوروبا. وتهدف هذه الورقة البحثية إلى تقديم قراءة في نظريتي التحليل النفسي والعلاج المستوحى من التحليل النفسي أو ما يسمّى بالعلاج السيكو دينامي، من خلال التطرق لأهم نقاط التشابه والاختلاف بين التحليل النفسي والعلاجات المستوحاة من التحليل النفسي.

**المبحث الأول: التحليل النفسي (المدرسة الأم)**

يمكن تحديد بداية التحليل النفسي في تريض علمي قام به سيجموند فرويد لمدة ستة أشهر في باريس عام 1885 في مصلحة البروفيسور جان مارتن شاركو Jean-Martin Charcot، الأخصائي العالمي لطب الأعصاب والطب العقلي في مستشفى السالبتريار Salpêtrière. وقد سمع فرويد البروفيسور شاركو يُؤكّد أنّ السر الكامن وراء الهستيريا دائماً ما يكون مشكل جنسي. حيث تُعتبر الهستيريا مصدر نشأة النموذج التحليلي. وقد بيّن فرويد أنّ أعراض التحويل conversion "الهستيريا" تتطابق مع اضطرابات جسدية دون سبب عضوي، تُعبّر عن صراع نفسي لاشعوري مكبوت تُرجم على مستوى الجسد. وينطوي هذا الصراع على رغبة لاشعورية مكبوتة (الهُو) في مقاومة مع المحرّمات (الأنا الأعلى).

عند عودته إلى فيان Vienne، بدأ سيجموند فرويد في بداية القرن العشرين بصقل أداة جديدة سماها "التحليل النفسي" استوجب عليه فرضها على هيئة طبية رافضة لهذه الفكرة الثورية. ويمكن تلخيص هذه الأخيرة في قوله أننا نملك لاشعور هو مَعْلَم للغرائز الجنسية وغرائز الموت في الوقت ذاته. كما أنّ جميع

الذكور يشتهون أمهاتهم ويميلون لقتل الأب، مثل أوديب والرجال البدائيين الذين التهموا أباهم بعد أن قاموا بإزاحته.

## المطلب الأول: نظرية التحليل النفسي

### أولاً: اكتشاف اللاشعور

بالنسبة لفرويد، كل كائن بشري يملك لاشعور تتراكم فيه الرغبات المكبوتة، وترتبط هذه الأخيرة بالغرناز البيولوجية الأولية، خاصة الجنسية، والتي تُبقيها الرقابة المتمثلة في الأنا الأعلى خارج نطاق الشعور. ويولد الصراع بين هذه الرغبات (الهو) وهذه الرقابة أعراض القلق، الاكتئاب أو اضطرابات جسدية تغزو أنا المريض. وقد تنشأ الاضطرابات النفسية من كبت الصدمات النفسية، وقد فسّر فرويد بعض العصابات بالإغراء المبكر لطفل من قبل شخص بالغ. إلا أنّ فرويد قام بتعويض هذه النظرية بأخرى من دون حجة رصينة: الأطفال هم من يشتهون الكبار ويقومون بسلوك تخيلي تجاههم.

لكن تجدر الإشارة هنا أنّ فرويد لم يكن أول من ذكر اللاشعور، حيث يبدو تبعا لبرونشتاين وباوزنر Braunstein & Pewzner<sup>1</sup> أنّ أول من استعمل اللفظين الألمانيين *bewusstlos* (لاشعور) و *Unbewusstsein* (اللاشعور) هو بلاتنر Platner (1744-1818) وهو طبيب وفيلسوف كتب أنّ "الروح ليست دائما واعية بأفكارها، والتجربة تعلمنا هذا. وهي أيضا لا تشعر دائما بعواقبها. وبالتالي فيمكن أن نجد أفكارا من دون وعي".

وقد وضع هذا الاكتشاف غير المسبوق، فرويد في مصّف كبار العلماء، فبعد مقاومة طويلة، اعترف العالم أجمع بعبقرية فرويد التي تجلّت في الشفاء المعجزة للمرضى بفضل التحليل النفسي، حيث يستلقي المريض على الأريكة ويسترجع خيط تداعيات أفكاره للبحث عن "الحقيقة" من خلال تاريخ الصدمات التي عاشها والتي تعود جلّها إلى عقدة أوديب.

شكّل التحليل النفسي المقترح من طرف فرويد في الوقت ذاته نظرية ومنهج بحث وكذلك علاج نفسي، حاول فرويد وأتباعه، من خلاله الوصول إلى المواد النفسية المكبوتة في اللاشعور، والتي تسبّب الصراع النفسي وأعراض المرض. فيمكن ربط تطوّر التحليل النفسي باكتشاف اللاشعور ودور التاريخ الطفولي في التطور النفسي للشخص.

<sup>1</sup> Braunstein, J-F., and Pewzner, É. (2020). Histoire de la psychologie, Dunod, Paris, p.48, ISBN : 978-2-10-079910-7

## ثانيا: وجهة النظر الطوبوغرافية

وصف فرويد العصاب كتعبير عن السياقات النفسية الصراعية التي هي مصدر أعراض الشخص. وقد أوضح فرويد الصراع النفسي اللاشعوري في نظريته الطوبوغرافية الثانية بوجود الهيئات الثلاثة: الهو (مقر الغرائز والجزء اللاشعوري في الشخص يحكمه مبدأ اللذة والمتطلبات الداخلية)، الأنا الأعلى (المتطلبات الخارجية، إستدخال الأوامر الأبوية) والأنا (الهيئة الوسطية، مهمته تحقيق الضبط والتوافق بين الهو والأنا الأعلى). ويحدث الصراع النفسي لما تُكبح غرائز الهو من طرف الأنا الأعلى وبالتالي لا يتم تحقيقها، والنتيجة كبت التصورات الغريزية في اللاشعور.

ويقترح فرويد في آخر كتابه "تفسير الأحلام" «L'interprétation de rêves» سنة 1900 مخططا للجهاز النفسي، يشغل كمعدّل للضغوط ويتكوّن من ثلاثة أنظمة: اللاشعور، ما قبل الشعور والشعور. ويتم التحكم في مرور المحتويات النفسية من أحد هذين النظامين إلى نظام آخر ويمكن كبحه عن طريق الرقابة. وبهذا، يتضمن اللاشعور في وجهة النظر الطوبوغرافية الأولى محتويات نفسية مُنعت من الدخول إلى النظام ما قبل الشعوري- الشعوري بفعل الكبت. في هذه النظرية، يمتزج اللاشعور مع المكبوت، لكن هذه المادة المكبوتة قد تعود إلى الظهور، فعودة المكبوت يمكن ملاحظته في الأعراض، الأحلام والهفوات التي تُشكّل كلّها ظواهر تُمثّل مسار لاستكشاف أعماق الحياة النفسية. وانطلاقا من 1920، أدّت التعديلات التي أجراها فرويد على هذا النموذج إلى وجهة النظر الطوبوغرافية الثانية (1923) التي تضمّنت دائما الهيئات الثلاثة، لكنّها أصبحت تسمّى الهو، الأنا والأنا الأعلى. ويُعتبر الهو مقراً للغرائز الفطرية والرغبات المكبوتة، تُنظّم سيره السياقات الأولية ويخضع لمبدأ اللذة والألم. ويتشكّل الأنا من تمايز الهو باحتكاكه بالواقع وتسيطر على سيره السياقات الثانوية ويخضع لمبدأ الواقع. ويُقارن الأنا بالطبقة الخارجية للهو، وهي الطبقة التي تحوّلت من خلال تأثير العالم الخارجي والواقع. وقد أدخل فرويد لاحقا هيئة ثالثة: الأنا الأعلى الذي يتشكّل من استدخال الصورة المثالية للوالدين، وهو مصدر المشاعر الاجتماعية والدينية والضمير الأخلاقي، وهو يمثّل الهيئة اليقظة التي تحكم وتُعاقب، وبه يتعلّق كل من تقدير الذات والشعور بالذنب. كما يرتبط بناء هذه الهيئة بالطريقة التي حلّ بها كل فرد الإشكالية الأوديبية التي تلعب دورا محوريا في بناء الشخصية من وجهة نظر فرويد. وتُعطي هذه النظرية الثانية مكانة أكبر للاشعور، حيث لم يعد الأنا بأكمله شعوريا، بل يضم جزءا لاشعوريا، ويدل على هذا في الممارسة العيادية المقاومة اللاشعورية المصادفة خلال العلاج، وكتب فرويد عن الأنا والهو قائلا "وجدنا في الأنا نفسه شيئا هو أيضا لاشعوري، يتصرف تماما كالمكبوت، أي أنه ينتج آثارا قويّة دون أن يصبح واعيا بنفسه، وهو يتطلّب عملا خاصا حتى يصبح شعوريا". وتوسّع مفهوم الأنا

ليشمل وظائف مختلفة: التحكم في الحركة والإدراك، اختبار الواقع، التفكير العقلاني، وكذلك العقلنة والدفاع القهري ضد المطالب الغريزية<sup>1</sup>.

## المطلب الثاني: ممارسة التحليل النفسي

### أولاً: الإطار العلاجي

يتمحور الإطار العلاجي للتحليل النفسي حول مظهرين مركزيين: طريقة التداعيات الحرة وتجهيز مكاني أين يكون المريض مستلقي على الأريكة مع استحالة رؤية المحلل النفسي في مجال رؤيته. وتتمثل طريقة التداعي الحر في الطلب من المريض أن يذهب إلى قول كل ما يدور في ذهنه دون إغفال أي شيء حتى ولو وجده مؤلم أو مخجل. بهذه الطريقة، حاول فرويد استخراج، إبراز ثم إعادة بناء وتفسير الأفكار اللاشعورية المكبوتة المسيية للعصاب.

وفيما يتعلق بالأريكة، فإنها تسمح للأشخاص بالتوازي عن نظر المحلل النفسي وبالاسترخاء العضلي لتفادي أي انطباع حسّي خلال التفاعل. بهذه الطريقة، لا يتأثر المحلل النفسي بالسلوكيات اللفظية وغير اللفظية للشخص، كذلك المريض لا يمكنه أن يتأثر بالانفعالات التي قد تظهر على وجه المحلل النفسي. ويؤدي كل هذا إلى تسهيل الظروف لولوج الحياة الداخلية اللاشعورية للشخص، محل الصراع النفسي، بتجاهل الحياة الخارجية والتفاعلية.

### ثانياً: المقاومة، النكوص والتحويل

يعن المحلل النفسي خلال الجلسة الأولى مع المريض عن القاعدة الأساسية للتحليل النفسي: " قل كل شيء يخطر ببالك"، ويكتفي المحلل النفسي بتفسير تداعيات الأفكار التي يتلفظ بها المريض وهو مستلقي على الأريكة دون رؤيته. بحيث تُسهّل هذه الوضعية الرجوع إلى ماضي المريض، الذي يعيش نكوص ثلاثي:

- نكوص زمني: من الراشد إلى الطفل؛
- نكوص موضعي (الأماكن النفسية): من الشعور نحو اللاشعور؛
- نكوص شكلي: من التفكير المنطقي إلى التفكير اللاعقلاني.

<sup>1</sup> Braunstein and Pewzner, Op. Cit., pp.128-129

من خلال التكوّن، يجتاز المريض للمرّة الثّانية المراحل المتتابعة للتّطور النّفسي والعاطفي: المرحلة الفمّية، المرحلة الشرجية، المرحلة القضيبية والمرحلة التناسلية. ويُسهّل هذا التكوّن الثلاثي ميكانزم التحويل الذي يتمثّل في نقل العواطف والرّغبات الطفولية إلى شخص المحلّل النّفساني. وما هذه الرّغبات الطفولية إلاّ بلورة مختلفة حول موضوع تمنّي حدوث علاقات جنسية مع الوالد من الجنس الآخر. وتمثّل الأحلام أفضل طريق لولوج الرّغبات اللّاشعورية، بحيث تكمن وظيفة الحلم في حماية النّوم من خلال السماح بتحقيق الرّغبات التي لا يمكن لأحد تقبلها في حالة اليقظة.

ويُعرّف لاّش (Lagache, 1964) التحويل أنه تكرار -تجاه المحلّل النّفساني- لمواقف عاطفية، لاشعورية، صداقة، عداوة أو ازدواجية، أقامها المريض في طفولته مع والديه وشخصيات من محيطه. كما طوّر التناول التحليلي مفهوم التحويل المضاد، الذي هو استجابة المحلّل النّفساني لتحويل المريض، لكن يشير أيضا بصفة أعم إلى مجموع الاستجابات اللّاشعورية للمحلّل النّفساني تجاه المريض. وقد اعتبر فرويد التحويل في البداية كعقبة ومقاومة للعمل التحليلي لأن المريض سيكرّر على شخص الطبيب بالفعل أحداثه النّفسية الطفولية المعاشة عوض أن يتذكرها لأجل تطورها. وقد أصبح كل من التحويل والتحويل المضاد لاحقا، أداة ثمينة لفهم وتفسير إشكالية الصّراع لدى المريض ومظهر رئيسي للعمل التحليلي. فلا يتعلّق الأمر إذن بالقضاء على المظاهر التحويلية وضد التحويلية لكن على العكس باستعمالها كأداة علاج وتفسير<sup>1</sup>.

ويذهب لفرون Lefranc<sup>2</sup> إلى أن التحليل النّفسي أقل ما يكون استكشاف للّاشعور، كما هو معروف عادة، بل هو توضيح المقاومة من خلال تحليل الكبت والتحويل، وقد لوحظ منذ مدّة طويلة الموقف المتناقض والأعقلاني للمريض الذي يعارض الجهود العلاجية ويبدو بالتالي، رافضا أو مؤخرا للشفاء، وكان المعالجون النّفسانيون يرون أنّها مجرد عقبة يجب إزاحتها وحاجز ينبغي التغلب عليه بالأمر، الإيحاء والتّنويم المغناطيسي. وقد أظهر التحليل عن التّنويم المغناطيسي أنّ المقاومة ظاهرة أساسية في كل أشكال الهيبستيريا والعصاب عامة. لذلك كان من الصّور، لأجل المحافظة على نتائج طريقة التّفرغ، أن تُرفع المقاومة من دون اللّجوء إلى التّنويم المغناطيسي. وبعد أن استعمل مختلف الإجراءات كضغط اليدين على جبين المريض والتركيز الذهني على تصور ما حتى يتم استحضار الذّكريات التي لم تُنس حقا؛ اقتنع فرويد أخيرا، بدهشة

<sup>1</sup> Chahraoui, Kh., & Reynaud, M. (2017). Différents types de techniques psychothérapeutiques, Revue du Praticien, Vol. 67, Item 71, p.2.

<sup>2</sup> Lefranc, J. (2011). Freud, « Profil d'un auteur » Collection dirigée par Laurence Hansen-Løve, Édition numérique : Pierre Hidalgo, La Gaya Scienza, pp.19-20.

كبيرة " بأنه غير قادر أن يفرض على المريض أي شيء يتعلق بالأشياء التي يدعي أنه يجهلها، ولا أن يؤثر على نتائج التحليل بإثارة توقعاته على نحو ما".

ويشير هودي Houdé<sup>1</sup> إلى النجاح الكبير الذي حظي به التحليل النفسي في العالم بأسره بحيث يصف علاج يتوجب فيه على المريض أن يفصح بحرية عن أفكاره وتداعياتها من أجل الإفراج - ما وراء المقاومة- عما هو مكبوت في لاشعوره منذ الطفولة ويخلق صراعات بين نفسية (لاسيما العصابات كالوسواس، القلق، الفوبيا).

يمكن اعتبار المحلل النفسي مرآة لاختلال أساسي يُرغم كل كائن بشري على إعادة سلك طريق الأوديب، انطلاقاً من المرحلة التي تثبت بها: القمية، الشرجية، القضيبية، حيث ينجر عن هذا التثبيت خلل في السير العاطفي واضطرابات في العلاقات مع الآخرين. ويدوم السياق التحليلي طويلاً لأن الرغبة الأوديبيّة تبقى غير مشبعة، كما يملك التحويل ثمناً عاطفياً يتمثل في الاكتئاب الذي ينجر عن التخلي عن مثالية العظمة الطفولية: أن يكون أقوى من أبيه ويتزوج بأمّه. وعموماً، يستغرق التحليل النفسي أكثر من ثلاث سنوات.

### المطلب الثالث: نتائج التحليل النفسي

يمكننا أن نتساءل حول دور التحليل النفسي: هل هو تحسين سير الفرد أو تحسين مجموع أعراض القلق أو الأعراض الاكتئابية أو الذهانبة، أو هو ببساطة تحقيق لمدة غير محددة، من المحتمل أن يسمح للفرد بالتوصل إلى حقيقة معينة عن نفسه؟

### أولاً: مشكلة نهاية جلسات التحليل النفسي

وقد اقترح سيجموند فرويد في كتابه " تحليل انتهى وتحليل بلا نهاية" «Analyse terminée et analyse interminable» في 1938، معاييراً للحكم على نجاح العلاج بالتحليل النفسي، حيث تطرق فرويد إلى مشكلة نهاية هذا الأخير قائلاً: " ينتهي التحليل لما ينقطع المحلل النفسي والمريض عن الالتقاء ببعضهما في إطار الجلسات".

لكنه يضيف وجوب توفر شرطين:

1. المريض لم يعد يعاني من أعراض ويكون قد سيطر على قلقه وكفّه؛

<sup>1</sup> Houdé, O. (2021). Histoire de la Psychologie, Que sais-je ? , 3e édition corrigée, Paris, p.118.

2. على المحلل النفسي أن يقرّر أنّ مادة لاشعورية كافية قد تمّ جعلها واعية وأنّ المقاومة قد تم التغلب عليها، وأنّه لا يوجد خوف من تكرار السياقات المرضية. وفي حال ما لم تسمح صعوبة خارجية من بلوغ هذه الأهداف، فمن الأجدر الحديث عن تحليل غير مكتمل وليس عن تحليل غير منته.

3. والهدف الطموح للتحليل النفسي هو أن يكون للمحلل النفسي تأثير عميق على المريض بحيث لا يوجد تغيير إضافي يُنتظر إذا ما استمر التحليل. ويقترح فرويد في الأخير هدفا أكثر طموحا: من الممكن بلوغ مستوى سواء نفسي مطلق يبقى مستقر، وكأننا نجحنا في حل كل مكبوتات المريض وسد كل ثغرات ذاكرته<sup>1</sup>.

4. بصفة عامة، يمكن القول أنّ هدف التناول التحليلي ليس القضاء على العرض بل تسوية الصراع النفسي الذي يكمن وراء الأعراض واستمرار المعاناة، عن طريق الوعي بالسياقات النفسية اللاشعورية. في التحليل النفسي، يتعلّق الأمر ببلوغ المواد النفسية المكبوتة في اللاشعور والتي هي مصدر الصراع النفسي وأعراض الشخص.

### ثانيا: نتائج العلاج بالتحليل النفسي

لقد عُرض التحليل النفسي لمدة طويلة كدواء يشفي كل الأمراض ويتطرق لكل المشاكل النفسية وكذا العقلية، فبالنسبة لفرويد، لا يوجد إلا مرض واحد هو عقدة أوديب وكل ما هو متعلّق بها، والعلاج الوحيد هو التحليل النفسي. وتجدر الإشارة إلى الغموض الكبير الذي يكتنف دواعي العلاج بالتحليل النفسي. نذكر، على سبيل المثال، حالة امرأة صرّحت أنها قامت بالتحليل النفسي وتابعت العلاج لمدة 15 سنة للتعافي من فوبيا الأماكن المفتوحة Agoraphobie، ولم تكن ترى نهاية لعلاقتها مع محلّها النفسي الذي تحبّه كثيرا، ولم تكن تفكّر حتى في القيام بعلاج برامجتي أكثر كي تتعافى من فوبيا الأماكن المفتوحة.

ويرى بيدينييلي Pedinielli<sup>2</sup> أن الحديث عن التحليل النفسي كعلاج نفسي يثير الجدل باعتبار أنه لم يُعرّف كتقنية تهدف إلى الشفاء أو اختفاء العرض، حيث كان فرويد يقول أنّ الشفاء يأتي علاوة على تحليل الشخص لإنتاجاته (التداعيات الحرة، الأحلام، الهوامات). لكن رغم أنّ التحليل النفسي ليس بعلاج نفسي، إلا أنه غالبا ما يُذكر من بين العلاجات، فهو يُقدّم بصفة غير مباشرة أثرا علاجيا معترف به في بعض الاضطرابات (عصابات التحويل مثلا). وعلاوة على هذا، يمثّل التحليل النفسي بالنسبة للعلاجات النفسية

<sup>1</sup> Meyer, C., Borch-Jacobsen, M., Cottraux, J., Pleux, D., and Van Rillaer, J. (2010). Le livre noir de la psychanalyse, Les arènes, Paris, p.312-313.

<sup>2</sup> Pedinielli, J-L. (2010). Introduction à la psychologie clinique, Armand colin, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, p.92.

الأخرى نموذجاً باستخدام تفسير وتحليل التحويل، بتحديد إطار دقيق، بالحياد الموضوعي للمحلل النفسي أو كذلك بالوصول إلى التشكيلات اللاشعورية.

من هنا، نستنتج أنّ التحليل النفسي لا يُعالج، حيث أنّ الشفاء هو أقل ما يكون هدف، بحيث لا يوجد توافق بين المعالجين النفسيين حول ماهية الشفاء. كما يذهب كل من ماري روز مورو وكريستيان لخال<sup>1</sup> Lachal Moro & إلى أنّ ممارسة التحليل النفسي الكلاسيكي أصبحت أقل انتشاراً من ذي قبل. ويلتقي المحللون النفسيون في إطار ممارستهم مرضى جد مختلفين في مرضهم وطلبهم. وتُزعم بعض الحجج العيادية على تعديل المبادئ التوجيهية المعتادة للعلاج التحليلي. وغالباً ما يتم التعبير عن هذه الحجج بشكل حدسي من طرف المريض نفسه الذي يرفض العلاج بالتحليل النفسي " لأنّ هذا يقلقه " ؛ " لأنّه يستغرق وقتاً طويلاً " ؛ " لا يمكنه استيعاب أنّ يستلقي ليتكلم ".

أمام النتائج السلبية للدراسات التجريبية، اختار المحللون النفسيون الانطواء على نظام اعتقاداتهم بشيطة كل الذين ينتقدونهم، ويدّعي التحليل النفسي أنه غير ملزم بالرد على الذين لا يشاركونهم عالمهم. فكما لاحظ منذ مدة طويلة فيلسوف العلوم الفيزيائي كارل بوبر Karl Popper<sup>2</sup>، فإنّه لا يمكن للأسس النظرية للتحليل النفسي أن تشكّل نظرية علمية، حيث لا يمكن لأي تجربة أن تُنفى أو تأكدها. إلا أنّ النظرية التي لا يمكن مناقضتها ليست بالعلمية. ومن بين الميكانزمات الدفاعية للتحليل النفسي، القول أنّ كل الذين ينتقدون التحليل النفسي لهم مقاومات لاشعورية لحقيقته، وأنهم لو خضعوا للتحليل النفسي لمدة طويلة بما فيه الكفاية سيعترفون به.

### المبحث الثاني: العلاجات السيكو دينامية أو التحليلية

في بداياته كان التحليل النفسي أكثر براغماتية ممّا هو عليه اليوم، لكن التخلي النهائي عن هذا النموذج الأول في 1920، واستبداله بتحليلات لا نهاية لها وإخفاء الإخفاقات أدّى بالتحليل النفسي إلى طريق مسدود. وقد ساعدت هذه الأخطاء في تطوّر العلاجات النفسية السلوكية المعرفية. فأمام بروز هذه المنافسة التي تمّ الاستخفاف بها في البداية، طوّر المحللون النفسيون العلاجات التحليلية قصيرة المدى: العلاجات النفسية المستوحاة من التحليل النفسي أو العلاجات النفسية ذات المنحى التحليلي، وهي غالباً ما تسمى العلاجات السيكو دينامية من طرف الباحثين الأمريكيين.

<sup>1</sup> Moro, M. R., and Lachal, C. (2012). Les psychothérapies : Modèles, méthodes et indications, Armand Colin, 2<sup>ème</sup> édition, Paris, p.84-85.

<sup>2</sup> Popper, K. (1963). Conjectures and Refutations. The growth of scientific knowledge, Routledge & Kegan Paul, p.33-35.

## المطلب الأول: مبادئ العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي

يمكن اعتبار هذه العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي كعلاجات مُعدّلة للتحليل النفسي (العلاج الأم أو الكلاسيكي) لأن المريض والمحلّل النفساني يجلسان وجه لوجه، لكن بالحفاظ على مبادئ التناول التحليلي، وبهذا التغيير في الهيكل، نأخذ بعين الاعتبار ونستند لأجل فهم المريض، على مظاهر التفاعل وكيفيات التحويل والتحويل المضاد التي تظهر وتتكّرر في العلاقة معالج-مريض.

إن مبادئ العلاجات السيكو دينامية مماثلة لمبادئ التحليل النفسي مع بعض التغييرات، إلا أنّ العلاجات السيكو دينامية لا تُركّز كثيرا على مبدأ "هنا والآن". وتصبو هذه العلاجات إلى اكتساب الوعي بالإشكاليات الداخليّة - لكن أيضا الخارجيّة - المختبرة من طرف المريض والتغيير الكلي للشخص في علاقته بذاته وفي روابطه البين-ذاتية. مع الإبقاء على مبدأ التداوي الحر، يمكن للمعالج النفساني أن يكون أكثر توجيهها وتركيزا بمواجهة المريض بالصعوبات والصراعات التي يصادفها لكن أيضا بالدفاعات المستعملة للمواجهة. في هذا الإطار، ينصب اهتمام المعالج النفساني على "هنا والآن" والصعوبات الحالية للشخص. وهناك نوعان من العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي: العلاجات طويلة المدى والعلاجات قصيرة المدى.

وتتزع العلاجات النفسية طويلة المدى إلى معالجة مآزق العلاج بالتحليل النفسي للمرضى الذين يعانون من اضطرابات حادة في الشخصية وهشاشة كبيرة في الأنا، حيث لا ينصبّ العمل على الصراع النفسي اللاشعوري لشخصية مهيكلة بما فيه الكفاية، بل يتعداه إلى العمل على تنظيم الأنا نفسه وعلى الاختلالات على مستوى تحمل الانفعالات وتصورات الذات والموضوع. كما يُعد استقرار الإطار العلاجي عاملا مهما في التغيير.

أما العلاجات النفسية قصيرة المدى، فهي علاجات متركزة ومحدّدة زمنيا (من 4 إلى 25 جلسة علاجية كأقصى حد حسب النماذج العلاجية) حتى ولو أبقى على حرية التداويات عند الشخص والانتباه العائم للمعالج النفساني. بحيث يتم التركيز على فرضية سيكو دينامية محدّدة، والتي تصبح ثمرة العمل بين المريض والمعالج النفساني. ويجب على المعالج النفساني أن ينتبه خاصة إلى الصراع المركزي وأنواع التجارب العلائقية والبين-ذاتية المختبرة من قبل الشخص. لهذا يمكن للمعالج النفساني أن يستند على الشكل المحدّد الذي يتخذه التحويل في الأزمة لدعم فهمه للمريض. كما يتموقع خطاب المريض أكثر في سجل شعوري وفي "هنا والآن" وتكون المحتويات قريبة أكثر من الواقع وترتكز أقل على البعد التخيلي. لكن يمكن للمعلومات المعطاة من طرف الشخص في الوضعية التحويلية أن تعطي مؤشرات حول تنظيم الشخصية والصراعية البين-نفسية للمريض.

يرى منظرو العلاجات السيكودينامية أنّ المرضى يسعون إلى الحصول على الإشباع (اللذة) بطرق مشابهة لتّي استعملوها في الماضي: وتحدث مشاكلهم الحالية لكون علاقاتهم مع الآخرين غير ناضجة، بدائية، غير لائقة وماروشية. وتكمن مهمة المعالج النفسي حسب سترپ Strupp (1982) في اقتراح "تجربة عاطفية تصحيحية" تصلح الظروف الأولية المختلة للتّعلم، حيث أدت هذه الأخيرة إلى تصرفات تُعبّر عن بحث تكوسي عن مصادر الإشباع. فعلى المعالج النفسي مساعدة المريض على إيجاد حل مشبع لحاجاته العاطفية بتكليفه مع الواقع المعاش. ولتحقيق هذا الغرض، من الضروري خلق إطار علاجي مشابه لظروف التّعلم ومختلف عنها في الوقت نفسه. وبالتالي، يتوجب على المعالج النفسي تطوير علاقة تحويلية إيجابية، وتقديم الدّعم وإظهار تعاطفه مع المريض، لكن عليه أيضا أن يساعد المريض على تحديد تصرفاته غير التكيفية وإدراك عدم جدواها. فعلى المعالج النفسي أن يلعب دور "الموضوع الجيد" ليُحدّث عند المريض تغييرا إيجابيا في تقدير الذات.

### المطلب الثاني: ممارسة العلاجات السيكو دينامية أو التّحليلية

في العلاجات السيكو دينامية، تكون تدخلات المعالج النفسي على مستوى الواقع كثيرة. يتكلم المعالج النفسي أكثر ويقدم الدّعم ويقترح اتجاهات على المريض. وتدوم فترة العلاج على التّقريب من 20 إلى 40 جلسة علاجية مدّة كل منها 60 دقيقة، وعادة ما يتم ذلك وجها لوجه.

#### أولا: العلاج المحوري لميكايل بلينط

يتبنى المعالج النفسي في العلاجات السيكو دينامية، موقفا نشطا: بدلا من الانتباه العائم المطلوب في التّحليل النفسي، يكون انتباهه متمركز، ويقترح على المريض أن يركّز انتباهه على الصّراع المركزي الذي هو مصدر صعوباته الحالية. وبمجرد تحديد هدف التدخل، يتعين على المعالج النفسي تجاهل كل ما ليس له علاقة مع هذا الصّراع.

يتعلّق الأمر إذن، حسب تعبير المحلّل النفسي ميكايل بلينط<sup>1</sup> Michael Balint بـ "علاج محوري" وقد حاول بلينط إضفاء صيغة رسمية على محتوى العلاج من خلال تنظيم الجلسة العلاجية بواسطة استمارة تُملأ من طرف المعالج النفسي بعد كل جلسة علاجية ويتمثّل محتوى الاستمارة فيما يلي:

1. التوقعات الأولية؛

2. جو المقابلة وتغيّرات جو المقابلة: مساهمة المريض والمعالج النفسي في هذه التغيّرات؛

<sup>1</sup> Balint, M., Ornstein, P. H. and Balint, E. (1972). Focal Therapy. An example of applied psychoanalysis, Londres, Tavistock Publications, Lippincott.

3. الاتجاهات والمواضيع الرئيسية للمقابلة؛
4. التدخلات النفسية العلاجية التي أُجريت؛
5. التدخلات النفسية العلاجية التي تم التفكير فيها لكنها لم تُنفذ؛
6. على أي منطقة إشكالية تركّزت تدخلات المعالج النفسي؟؛
7. نتائج الجلسة العلاجية؛
8. أفكار ما بعد الجلسة العلاجية.

### ثانيا: نقاط التطابق والاختلاف عن الممارسة الفرويدية

ما بقي فرويدي مما سبق، هو التوصية بتفسير التحويل ووضع برنامج لتعزيز الاستبصار، أو بعبارة أخرى زيادة الوعي. ولأجل بلوغ هذا الهدف، لا بدّ على المعالج النفسي توضيح طبيعة الدفاعات، الفلق والغرائز في ثلاث مجالات رئيسية: الحاضر، الماضي والعلاقة التحويلية. ويساعد المعالج النفسي مريضه على إقامة الروابط بين هذه المجالات الثلاثة. وتجدر الإشارة هنا إلى ضرورة تفسير المظاهر السلبية للتحويل منذ الجلسة العلاجية الأولى، خصوصا الكراهية والعدوانية تجاه المعالج النفسي.

ويرى بدينيلي<sup>1</sup> Pedinielli أنّ العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي تتميز بقيود أقل مقارنة بالتحليل النفسي فيما يتعلّق بوضعية الجلوس (وجه لوجه)، تكرار الجلسات ومدّتها، وبالتالي فهي تتطابق مع مرونة أو تعديلات تمس الإطار وطريقة التدخل أو مستوى الفحص والتي تُستعمل مع المرضى الذين لا يقدرّون على العمل التحليلي بمعناه الدقيق. ويتم تكملة الشكّل "الكلاسيكي" الذي يتطابق مع العمل في إطار علاقة ثنائية، بتقنيات أخرى: السيكودراما الفردية أو الجماعية التي تُسهّل التعبير عن الهومات بفضل اللعب حول موضوع ما، الاسترخاء التحليلي الذي يجمع بين تقنيات الاسترخاء والتلفظ والتداعي الحر، العلاج الأسري التحليلي. كل هذه العلاجات ترجع إلى الأطر النظرية الفرويدية وترتكز على إبراز وتفسير الظواهر اللاشعورية.

<sup>1</sup> Pedinielli, Op. Cit., pp.92-93.

### ثالثاً: نتائج العلاجات السيكو دينامية أو التحليلية

تم اختبار فعالية العلاجات التحليلية قصيرة المدى في بعض الاضطرابات النفسية من خلال 4 دراسات تجريبية فقط<sup>1</sup>، وتوجد أيضاً أنواع عديدة من العلاجات السيكو دينامية وكلها لا تملك دليل مرجعي، ممّا يجعل من الصعب جداً تفسير آثارها العلاجية.

ويُظهر خاصة الفحص الأولي لنتائج الدراسات التجريبية (دراسات الفعالية) ثغرات كبيرة. ولا توجد أي دراسة تخص الفعالية في مجالات كالفوبيا، الفوبيا الاجتماعية، إدمان المواد المؤثرة نفسياً، التوحد، القلق والاكتئاب لدى الطفل. وقد بنى فرويد جزءاً من نظريته انطلاقاً من حالة "رجل الفران" (5 حالات من التحليل النفسي، 1909) الذي كان يعاني من الوسواس القهري، لكن نتيجة العلاجات التحليلية مع هذا الاضطراب كانت سلبية<sup>2</sup>، كما جاءت نتائج الدراسات على الفصام سلبية بالكامل وهي توحى إلى خطورة استعمال العلاج التحليلي وحده مع مثل هذا الاضطراب، كما جاءت النتائج ضعيفة جداً مقارنة بتلك التي تم الحصول عليها باستعمال الأدوية<sup>3</sup>.

كذلك، لم تُظهر العلاجات التحليلية في أي وقت من الأوقات تفوقها على أشكال أخرى من العلاجات النفسية. وكان أكبر إخفاق للعلاجات التحليلية في علاج العجز الجنسي، حيث تبين أنّها أدنى من العلاجات السلوكية المعرفية في دراسة تجريبية قام بها أولبر<sup>4</sup> Obler، ففي نهاية العلاج وبعد مرور سنة ونصف، ذُكرت الدراسة نسبة 82% من الشفاء باستعمال تقنية إزالة الحساسية المنتظم مقابل 10% في المجموعة الضابطة التي لم تخضع للعلاج وكذلك 10% في المجموعة التي خضعت للعلاج التحليلي. فقد تفوّق العلاج السلوكي بشكل دال على العلاج التحليلي على كل المقاييس. هذه الدراسة مهمة لأنها تعتبر بمثابة اختبار سلبي للمفهوم المحوري للتحليل النفسي الذي توقّع حياة جنسية مُرضية للأفراد بعد تحرير الغرائز وعقلنة الصراعات النفسية حول عقدة أوديب.

<sup>1</sup> Gerber, A. J., Kocsis, J. H., and Milrod, B. L. (2011). A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy, *Am. J. Psychiatry*, 168(1), p.19-28.

<sup>2</sup> Maina, G., Rosso, G., and Rigardetto, S. (2010). No effect of adding brief dynamic therapy to pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with concurrent major depression, *Psychother. Psychosom.*, 79, p. 295-302.

<sup>3</sup> May, P. R., Tuma, A. H., and Dixon, W. J. (1976). Schizophrenia: A follow-up study of results of treatment. I. Design and other problems, *Arch. Gen. Psychiatry*, 33, p. 474-478.

<sup>4</sup> Obler, M. (1973). Systematic desensitization in sexual disorders, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 4, p. 93-101

## رابعاً: لمن تتوجه العلاجات السيكو دينامية أو التحليلية؟

تتعلق دواعي العلاج السيكو دينامي بعدد معين من الشروط تجعل المرضى المختارين من النخبة. ويجب أن تتوفر لدى كل مترشح للعلاج التحليلي ستة شروط:

1. الحافز للتغيير؛
2. إقامة علاقة ثقة متبادلة مع المعالج النفسي؛
3. قوة الأنا والقدرة على التكيف والذكاء للتكيف مع إطار العلاج النفسي؛
4. قدرة المريض على الوعي بمشاكله والقدرة على الاستبطان؛
5. قدرة المريض على التعبير عن عواطفه؛
6. أن يكون المريض عالقا في صراع محدود ينجر عنه تظاهرات القلق والاكتئاب.

ففي حال عدم توفر هذه الشروط، تكون حظوظ نجاح العلاج السيكو دينامي ضعيفة.

وفيما يتعلق بفعالية العلاجات السيكو دينامية أو التحليلية، فقد أثبتت هذه الأخيرة فعاليتها في علاج اضطرابات الشخصية، إلا أنها لم تثبت فعاليتها في علاج اضطرابات نفسية أخرى، بل يُفترض فقط أنها فعالة في علاج كل من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، اضطراب الاكتئاب، نوبات الهلع والقلق المعمم. تكمن نقاط قوة العلاجات السيكو دينامية أو التحليلية في قصر مدتها، عمليتها وفعاليتها في علاج اضطرابات الشخصية، أما نقاط ضعفها، فيمكن حصرها في كون إثبات فعاليتها محدود للغاية مقارنة بأهم منافسيها: العلاجات السلوكية المعرفية، العلاجات البين-شخصية والعلاجات الأسرية.

## خاتمة:

على ضوء ما تقدّم، يمكن أن نخلص إلى ما يلي:

1. بالرغم من وجود ما لا يقل عن 400 صنف من العلاجات النفسية، إلا أنّ القليل فقط منها قد تمّ تقييمها بطريقة علمية، وهي تنتمي إلى خمس تيارات رئيسية للعلاج النفسي وهي: التحليل النفسي والعلاجات النفسية التحليلية، العلاجات السلوكية المعرفية، العلاجات البين-شخصية، العلاجات الأسرية والعلاجات الإنسانية. لذا يمكننا القول أنّ التوجه العلاجي الذي تمّ تناوله في هذه الورقة وهو التحليل النفسي والعلاجات النفسية التحليلية يعتبر من بين العلاجات المعترف بها والتي تستند إلى إطار نظري.

2. كان الهدف من التحليل النفسي هو فقط فهم السير النفسي للمريض وبالتالي تميز العلاج التحليلي الكلاسيكي بالبرودة، في حين لم يكتف المعالج النفسي في العلاجات السيكو دينامية بفهم السير النفسي للمريض بل سهر على توفير الدعم النفسي وإظهار التعاطف لمريضه، كما استبدل الانتباه العائم بالانتباه المتمركز حول الصراع.

3. في جلسات التحليل النفسي، يستلقي المريض على الأريكة ويجلس المحلل النفسي خلفه، خارج مجال بصره، في حين تُفضّل العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي وضعية الجلوس وجه لوجه مع احترام مبدأ النداعي الحر. ويتم بناء العلاقة العلاجية في التحليل النفسي الكلاسيكي خلال جلسات علاجية يصل تواترها إلى 5 مرات في الأسبوع، تدوم فترة طويلة تزيد عن 3 سنوات، وقد يقضي المريض جل حياته مستلقيا على أريكة محلله النفسي باحثا عن "حقيقته"، في حين تكون فترة العلاج المستوحى من التحليل النفسي أقصر من التحليل النفسي الكلاسيكي وتدوم من 20 إلى 40 جلسة علاجية، حيث يُطبق العلاج بوتيرة أقل (جلسة أو جلستان في الأسبوع).

4. يعتبر ميكازم التحويل في التحليل النفسي الكلاسيكي كما في العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي أداة علاجية مفيدة، بل هو حليف علاجي عندما يتمكن المحلل النفسي من التأثير على مريضه واقناعه بأن كل ما يفعله في إطار سياقات التحويل إنما هو إعادة اختبار العلاقات العاطفية الصادرة عن طفولته المبكرة، فبفضل هذه الإعادة يصبح ميكازم التحويل أقوى أداة في العلاج التحليلي الكلاسيكي والعلاجات السيكو دينامية بعد أن كان أقوى سلاح للمقاومة.

5. أخيرا، يمكن القول أنّ العلاج النفسي الفعال هو ذلك الذي يسمح بحدوث تغييرات إيجابية على مستويات ثلاثة: المعاناة النفسية أو الجسدية، الشخصية ونوعية الحياة، وذلك باتّباع المراحل: علاقة-فهم-تدخل. فلا يمكن للمعالج النفسي التدخل باستعمال تقنيات محددة إلا في حال توفر: الحافز للتغيير لدى المريض، تحالف علاجي جيد، تفسير وتعديل لظواهر التحويل والتحويل المضاد، فهم جيد لمشكلة المريض واتّفاق طرفي العلاج على الهدف العلاجي الرئيسي.

## قائمة المصادر والمراجع:

### الكتب

Balint, M., Ornstein, P. H. and Balint, E. (1972). Focal Therapy. An example of applied psychoanalysis, Londres, Tavistock Publications, Lippincott.

التحليل النفسي والعلاجات السيكو دينامية: بين النظرية والممارسة

Braunstein, J-F., and Pewzner, É. (2020). Histoire de la psychologie, Dunod, Paris, ISBN : 978-2-10-079910-7

Houdé, O. (2021). Histoire de la Psychologie, Que sais-je ? , 3e édition corrigée, Paris.

Lefranc, J. (2011). Freud, « Profil d'un auteur » Collection dirigée par Laurence Hansen-Løve, Édition numérique : Pierre Hidalgo, La Gaya Scienza.

Meyer, C., Borch-Jacobsen, M., Cottraux, J., Pleux, D., and Van Rillaer, J. (2010). Le livre noir de la psychanalyse, Les arènes, Paris.

Moro, M. R., and Lachal, C. (2012). Les psychothérapies : Modèles, méthodes et indications, Armand Colin, 2<sup>ème</sup> édition, Paris.

Pedinielli, J-L. (2010). Introduction à la psychologie clinique, Armand colin, 2<sup>ème</sup> édition, Paris.

Popper, K. (1963). Conjectures and Refutations. The growth of scientific knowledge, Routledge & Kegan Paul.

المقالات

Chahraoui, Kh., & Reynaud, M. (2017). Différents types de techniques psychothérapeutiques, Revue du Praticien, Vol. 67, Item 71.

Gerber, A. J., Kocsis, J. H., and Milrod, B. L. (2011). A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy, Am. J. Psychiatry, 168(1).

Maina, G., Rosso, G., and Rigardetto, S. (2010). No effect of adding brief dynamic therapy to pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with concurrent major depression, Psychother. Psychosom., 79.

May, P. R., Tuma, A. H., and Dixon, W. J. (1976). Schizophrenia: A follow-up study of results of treatment. I. Design and other problems, Arch. Gen. Psychiatry, 33.

Obler, M. (1973). Systematic desensitization in sexual disorders, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 4.