



جامعة البليدة 2-لونيبي علي



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

# العلاجات ذات المنحى التحليلي

مطبوعة بيداغوجية مقدمة لطلبة السنة الثالثة عيادي

السداسي الثاني

الاستاذة

حفظ الله رفيقة

السنة الجامعية 2020-2021

بطاقة تقنية للوحدة: وحدة سداسية تقدم في السداسي الثاني

الرصيد: 05

المعامل: 03

أهداف التعليم:

- تمكن الطالب من التعرف على العلاجات التحليلية
- تمكن الطالب من التعرف على العلاجات ذات المنحى التحليلي
- السيكودراما التحليلية وكيفية استعمالها
- العلاجات الاسرية ذات المنحى التحليلي

محتوى المادة: (حسب البرنامج الوزاري)

- العلاج التحليلي الفرويدي الكلاسيكي
- العلاجات ذات المنحى التحليلي:
  - العلاج النفسي لأدلر
  - العلاج النفسي ليونغ
- السيكودراما التحليلية
- ديناميكية الجماعة

## محتوى المادة المقترح:

- أهم مبادئ النظرية التحليلية
- العلاج التحليلي الفرويدي الكلاسيكي
- العلاجات ذات المنحى التحليلي:
  - العلاج النفسي لأدلر
  - العلاج النفسي ليونغ
  - العلاجات ذات المنحى التحليلي
  - العلاجات ذات المنحى التحليلي الفردي
  - العلاجات ذات المنحى التحليلي الجماعي
  - السيكودراما التحليلية
  - العلاج العائلي التحليلي

## فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
5	المحاضرة 1: التحليل النفسي : التاريخ والنشأة
10	المحاضرة 2: مبادئ النظرية التحليلية
15	تابع المحاضرة 2 : مبادئ النظرية التحليلية
24	المحاضرة 3: التقنية التحليلية
35	المحاضرة 4: الحركات التحويلية
38	المحاضرة 5: العلاجات ذات المنحى التحليلي
44	تابع المحاضرة 5: العلاجات ذات المنحى التحليلي
51	المحاضرة 6: العلاج التحليلي حسب أدلر
55	المحاضرة 7: العلاج التحليلي حسب يونغ
59	المحاضرة 8: العلاج الجماعي ذو المنحى التحليلي
72	المحاضرة 9: مراحل العلاج الجماعي ذو المنحى التحليلي
82	المحاضرة 10: السيكودراما التحليلية
92	المحاضرة 11: العلاجات الأسرية ذات المنحى التحليلي
96	المحاضرة 12: بعض سياقات العلاجات ذات المنحى التحليلي

# المحاضرة رقم 1: التحليل النفسي: التاريخ والنشأة

## الهدف من المحاضرة:

- تهدف المحاضرة للتعريف بالعلاج النفسي
- تهدف المحاضرة للتعريف بتاريخ التحليل النفسي

## 1-العلاج النفسي:

اصطلاح عام يطلق على كثير من الوسائل النفسية التي تستخدم في علاج الأمراض النفسية والعقلية. وقد يستخدم هذا الاصطلاح أحيانا بمعنى أعم فيطلق على جميع الوسائل العلاجية التي تستخدم في علاج هذه الاضطرابات.

تذكر شمبوني و كاردين (O.Chambon, M.M.Cardin, 2019) أن التعريف الأكثر شمولية هو تعريف:

العلاج النفسي هو دائماً لقاء بين شخصين أو أكثر، حيث يتم تعريف أو تعريف شخص على أنه يحتاج إلى مساعدة ويتطلب العلاج أو التغيير، بينما يمتلك الآخر صفات شخصية محددة ومجموعة من المعرفة النظرية والتقنية، والتي تستخدمها لمساعدة الآخر على التغيير.

لتعريف التفاعل على أنه علاج نفسي، يجب أن تكون هناك علاقة شخصية من النوع المهني ونظرية توجه تدخلات التغيير للمعالج. يعطي كل اتجاه علاجي أهمية ومعنى مختلفين لهذه العناصر المختلفة وتفاعلها، ولكن لا يمكن للمرء التحدث عن العلاج النفسي

دون تبادل شخصي يتم إدخاله في مشروع علاجي للتغيير

<https://www.cairn.info/les-bases-de-la-psychotherapie>

يعرف علم النفس والتحليل النفسي العلاج النفسي على أنه: " علاج المرضى النفسيين باستخدام أساليب نفسية بحتة (أي دون استخدام عقاقير أو صدمات كهربائية أو جراحة)، سواء قام بهذا النوع من العلاج محللون نفسيون أم معالجين نفسيون ينتمون إلى مدارس علمية مختلفة.

كما أن لكل طائفة من المعالجين النفسيين منهجها الخاص بها في العلاج النفسي ودرجة معينة من النجاح بالنسبة للأمراض معينة، ولحالات مرضية معينة.

فبينما يستهدف التحليل النفسي كشف أعماق المرض مستخدماً أسلوب التداعي الحر وتحطيم مقاوماته وتفسير سلوكه والأخذ بيده حتى يفهم مقاوماته ويفسر سلوكياته ويستبصر بدوافعه وبالمعنى الكامن وراء أعراض مرضه.

تستهدف مدارس أخرى تعليم الفرد أساليب جديدة صحية للسلوك عن طريق تعزيزها وتعويده على كف أساليب سلوكه المرضية.

كما أن هنالك العلاج المتمركز حول العميل، الذي يهدف إلى خلق جو من التقبل والعطف الذي من خلاله يكون العميل منطلقاً في اكتساب الاستبصار داخل ذاته ليتمكن من تحريك إمكانياته في اتجاه حل مشكلاته.

## 2- التحليل النفسي: التاريخ والنشأة

ولد التحليل النفسي في السنوات 1895-1900. في الواقع، تعهد طبيب الأعصاب الفييني، سيغموند فرويد، بمعالجة حالة يُفترض أنها متمردة لأي علاج، أي علاج الهستيريا. وهو يفرض من حيث المبدأ أن الأعراض التي يمكن ملاحظتها آنذاك تشكل تعبيراً عن صراعات داخلية عنيفة حيث تعارض الرغبات مع الدوافع. هذه الصراعات مكبوتة بشدة لدرجة أنها، بعد أن أصبحت فاقدة للوعي، تمر دون أن يلاحظها أحد من قبل المريض نفسه ؛ ومع ذلك، فإنها تجد منفذاً في «عودة المكبوت» .

يوجد مصدر الاضطراب في حدث أو أكثر من أحداث الطفولة المؤلمة، وعادة ما تكون ذات طبيعة جنسية. لكن بسرعة كبيرة، سيعترف فرويد بأنه، أكثر من الحدث نفسه، ما يهم هو تنشيط التخيلات التي ولدت من شدة الرغبة وتفاقت بسبب قمعها. ويأتي النهج العلاجي على النحو التالي: إنها مسألة تسليط الضوء على الحدث المؤلم الأصلي (وبشكل أعم مسار تاريخ الطفل) لتفكيك ونزع فتيل آلية إنتاج الأعراض وبالتالي إعادة التوازن إلى أداء النفس والسماح بإعادة تنظيم العلاقات مع المحيط.

وسرعان ما عمم فرويد هذا التفسير على ما أسماه «عصاب الدفاع» (الهستيريا والوسواس . والفوبيا) ؛ انتهى بجعلها نظرية عامة لعمل النفس، من خلال طمس حدود العادي والمرضي بشكل ملحوظ.

غير ان أفكاره لم تلقى رواجاً كبيراً وفي عام 1902، التقى عدد قليل من الأشخاص المهتمين أسبوعياً في «جمعية الأربعاء» التي أثرت نفسها تدريجياً مع رواد العلم الناشء (ألفريد أدلر، كارل أبراهام، أوتو رانك، ساندور فيرينزي، إرنست جونز، كارل غوستاف جونغ، إلخ.).

في عام 1910، نمت الحركة بشكل كبير بما فيه الكفاية بحيث أصبح من الضروري تنظيمها على المستوى الدولي: في ذلك الوقت تم إنشاء «الرابطة الدولية للتحليل النفسي»، والتي لا تزال حتى اليوم تتحد مع الجمعيات الوطنية

تم الانفصال بين يونغ وفرويد في سنة 1912 وعلقت الحرب العالمية الأولى هذا التطور. ولدت في عام 1926 جمعية التحليل النفسي في باريس. كما ظهرت مساهمات نظرية وتقنية كبيرة، لا سيما بسبب إرنست جونز وكارل أبراهام، وهو ساندور فيرينزي غزير الإنتاج ومبتكر وأحياناً جريء جداً، ولكن أيضاً بفضل إنشاء التحليل النفسي للأطفال من قبل ميلاني كلاين و ابنة السيد أنا فرويد. قام فرويد نفسه بتنتيخ وجهات نظره بشكل كبير، والتي عرضها في العديد من المنشورات (تُرجمت جميعها الآن إلى الفرنسية). توفي في لندن بعد

معركة طويلة مع السرطان. -<https://psychanalysetoulouse.fr/la-psychanalyse/>

psychanalyse/

يرى فرويد أن نقطة التحول في تاريخه العلمي كانت عام 1882، إذ ترك معمل الفيسيولوجيا والتحق طبيا تحت التمرين وقضى 6 أشهر في قسم مينرث أستاذ الطب العقلي ، إلا أنه في هذه الفترة لم يكن هناك من التقنيات العلاجية سوى العلاج الكهربائي والتنويم المغناطيسي (حسين عبد القادر، دون سنة).

يقول فرويد في كتابه موجز في التحليل النفسي أنه لم يبتكر التحليل النفسي ولكن الفضل يعود لجوزيف بروير Brueur والذي بالنظر إلى طريقته التطهيرية شكلت طورا تمهيدا من أطار التحليل النفسي ويوم تم التخلي عن التنويم المغناطيسي ليحل محله تقنية التداعي الحر.

كما أنه في مرحلة تالية قام بالاعتماد على دراسة الصراع الراهن والعلّة المحددة للمرض وهو ما أدى الى اكتشاف السيرورات النفسية المميزة للأعصبة والتي سميت فيما بعد بالنكوص. كما يضيف في نفس الكتاب " تحقق لنا أن التحليل عاجز عن فك الحاضر دون إرجاعه إلى ماض ليس بحد ذاته ممرضا ولكنه هو الذي يضيف مع ذلك على الحدث اللاحق طابعه المرض.

وهو ما يبين الدور الكبير الذي يلعبه النكوص في الكشف عن اليات الاضطراب.

يذكر فرويد (نفس المرجع، الموجز في التحليل النفسي) أنه لم يتفق مع بروير حول أسباب الهستيريا ، فالقد كان يفترض بروير أن سبب الهستيريا انعدام الاتصال بين شتى الحالات النفسية (شتى حالات الوعي)، في حين يرى فرويد أن أصلها هو "سيرورة الدفاع أو الكبت"

كما انه في وقت لاحق أكد على دور الجنسية في الحياة النفسية للمريضات بالهستيريا ،

وفي وقت لاحق تكلم عن دور التحويل الجنسي سواء كان وديا أو عدائيا باعتباره واقعة ملحوظة دوما أثناء علاج العصاب.

لقد كان فرويد شغوبا ومهتما ،حتى قبل المؤتمر الأول للتحليل النفسي(الذي انعقد يوم 26 أبريل 1908 وكان عدد أعضائه 42 عضوا) مهتما بإيجاد علم النفس للسواء لا للمرض.

لقد اكتشف فرويد قيمة اللغة وأن اللاشعور لغة في الانسان وحال في وجوده.

بلغت مؤلفاته 23 مجلدا في طبعتها الإنجليزية.

لم يقف المحللون والتحليل النفسي عند اكتشافات فرويد بل بنى المحللون النفسيون والجمعية الدولية للتحليل النفسي والجمعيات الفرعية من نشر الجديد وتطوير العديد من المفاهيم .

لقد تعددت الاتجاهات والمدارس بل واستفادت من التحليل علوم إنسانية أخرى. كما أن العالم العربي وحتى الجزائر بها محللون نفسانيون معترف بهم من الجمعية الدولية للتحليل النفسي.

هناك أنواع عديدة من العلاجات النفسية: العلاج ذو المنحي الإنساني، العلاجات ذات المنحي التحليلي، العلاجات السلوكية المعرفية،,,,,,, تعتمد كل واحدة من هذه العلاجات على اطار نظري واضح يسمح بتحديد بالتدقيق أسس العملية العلاجية، سير الجلسات من حيث المحتوى والمدة، الاطار الزماني والمكاني .

## المحاضرة 2: مبادئ النظرية التحليل النفسي

### الهدف من المحاضرة:

تهدف المحاضرة إلى ابراز المفاهيم الأساسية لنظرية التحليل النفسي و التي من شأنها أن تكون قاعدة أساسية لفهم المحاضرات المقبلة و التي تدور حول العلاجات ذات المنحى التحليلي.

يتم التطرق إلى :

- أهم مبادئ النظرية التحليلية

- النمو النفسي الجنسي

- الجهاز النفسي

- نظرية الغرائز

- الميكانيزمات الدفاعية وتوضيح أنواعها

نظرية التحليل النفسي: مؤسسها فرويد، ومن مسلمات هذه النظرية:

1- الغريزة الجنسية.

2- مكونات الجهاز النفسي: الأنا- الهو- الأنا الأعلى.

3- الفرق بين السلوك السوي والسلوك الشاذ يتمثل في الدرجة.

4- إعطاء أهمية كبرى للاشعور في فهم السلوك الواعي.

## 1- المبادئ العامة للنظرية التحليل النفسي :

تقوم النظرية التحليلية على مبادئ أساسية ، تقود تفكير المحلل النفسي في كل من عمليات التشخيص، التفسير والعلاج، وتتمثل فيما يلي:

-1- **الاحتمية النفسية** : وتعني ان كل حدث يقع لا بد له من عدد من المسببات .

-2- **مبدأ اللاشعور** : يعني ان ما تتشبط به نفوسهم لا نعيه ولا ندرك وجوده فينا و يطلق على هذا الجانب في الحياة النفسية العمليات الاولية و يقبلها عمليات ثانوية شعورية .

-3- **مبدأ التطور** : يعتبر التحليل النفسي تطبيقا لنظرية داروين في التطور في مجال علم النفس البشري

-4- **مبدأ الوراثة** : يعتقد فرويد ان كل نشاط نفسي له منشأه الاول في الظواهر الفيسيولوجية و البيولوجية ضمن مبدأ اللذة و الألم .

-5- **مبدأ اللذة و مبدأ الواقع** : فالمبدأ الأول يجعلنا نسعى لتحقيق رغباتنا واشباع حاجاتنا الأمر الذي يصطدم بالآخرين و بالقانون مما يجعلنا نساير مبدأ الواقع ونؤجل اشباع رغباتنا ودوافعنا .

-6- **مبدأ الدينامي** : أن الجهاز العصبي دائما في حركة وهو يدخل في صراعات لا بغرائز فطرية لا شعورية في معظمها .

إن المبادئ السابقة الذكر تساعدنا أن نفهم السياقات النفسية التي تحدث على مستوى الأفراد ونعطي لها تفسيراً على هذا الأساس، كما أن كل مبدأ من المبادئ السابقة الذكر لا يعمل بصفة منعزلة على المبادئ الأخرى ، فلا يمكن أن نتكلم عن مبدأ اللاشعور دون الرجوع إلى المبدأ الدينامي ومبدأ اللذة والواقع.

2- **الجهاز النفسي:** يذكر فرويد في كتاب "معالم التحليل النفسي" أننا نعرف أمرين يتعلقان بما تسميه النفس (الحياة العقلية)، فأولاً: عضوها البدني ومجال عملها وهو المخ (الجهاز العصبي).

وثانياً: أفعالنا الشعورية وهي ظواهر مباشرة لا يمكن وصفها وصفاً كاملاً بأي نوع من أنواع الوصف.

يحتوي الجهاز النفسي على الهو: يحوي كل ما هو موروث، وما هو موجود منذ الولادة، وما هو ثابت في تركيب البدن وهو لذلك يحوي، قبل كل شيء الغرائز التي تبعث من البدن والتي لا تجد أول تغيير نفسي لها في "الهو" في صور غير معروفة لنا، (فرويد، ترجمة، نجاتي، 1986).

يعرف في معجم مصطلحات التحليل النفسي على أن الهو: أحد الأركان الثلاثة التي ميّزها فرويد في نظريته الثانية عن الجهاز النفسي، يكوّن الهو قطب الشخصية النزوي، وتكون محتوياته التي تشكل التعبير النفسي للنزوات لا واعية، وهي وراثية فطرية في جزء منها ومكبوتة مكتسبة في الجزء الآخر (ص570).

إنه بالنسبة لفرويد المستودع الأول للطاقة من وجهة نظر اقتصادية، كما يدخل على المستوى الدينامي في صراع مع الأنا والأنا الأعلى اللذان يشنتان منه من الناحية التكوينية.

- الأنا: إنه ركن يميزه فرويد في نظريته الثانية حول الجهاز النفسي عن الهو والأنا الأعلى. يخضع الأنا، من وجهة النظر الواقعية لمطالب الهو ولأوامر الأنا الأعلى، ولمتطلبات الواقع في آن معاً، ورغم أنه يلعب دور الوسيط، باعتباره مكلفاً بالحفاظ على مصالح الشخص في كليته فإن استقلاله لا يعد وكونه نسبياً تماماً.

أما من وجهة النظر الدينامية، فيمثل الأنا القطب الدفاعي للشخصية في الصراع العصابي، أفصح تمثيل، إذ أنه يحرك سلسلة من أولويات الدفاع التي يثيرها إدراك انفعال مزعج (وتلك هي إشارة القلق)، أما من وجهة نظر اقتصادية، فيبدو الأنا كعامل ارتباط ما بين العمليات النفسية، ولكن محاولات ربط الطاقة النزوية تتلوث في العمليات الدفاعية بالخصائص المميزة للعملية الأولية، إذ تأخذ هذه المحاولات طابعا اضطراريا وتكراريا ولا واقعا. (ص97)

إن الأنا يطلب اللذة ويتجنب الألم، فإذا توقع حدوث زيادة في الألم قابل ذلك بإعلان إشارة القلق، وتسمى هذه الحالة بحالة "خطر".  
ومهما كانت طبيعة الخطر بين شخصية أو بين نفسية، فإن الأنا سيجد في كل مرة طريقة لتجنب وارسان الصراع وان كلفه ذلك التخلي عن العلاقة بالواقع الخارجي.

### الأنا الأعلى:

يتمثل دور مع دور القاضي أو الرقيب تجاه الأنا، يرى فرويد في الضمير الخلقى وملاحظة الذات، وتكوين المثل العليا بعضا من وظائف الأنا الأعلى.

إنه يشمل أيضا ما ينقله الولدان من تقاليد خاصة بالسلالة والأمة والأسرة، كما يشمل أيضا مطالب "الوسط" الاجتماعي المباشر الذي يمثله الولدان، وبنفس الطريقة يتأثر الأنا الأعلى للفرد أثناء نموه بالأشخاص الذين يخلقون الوالدين ويحلون محلها فيما بعد مثل المدرسين والمثل الاجتماعية العليا.

الهو:

يعرفه فرويد على أنه:

"هو أحلك جزء من شخصيتنا ولا يمكن اختراقه. [مكان] الفوضى، وعاء مليء بالعواطف المتصاعدة. يملأ نفسه بالطاقة، من الدوافع، ولكن دون أن يشهد بأي منظمة، بأي إرادة عامة ؛ يميل فقط إلى تلبية احتياجات الدافع، بما يتوافق مع مبدأ المتعة. إنه لا يعرف ولا يمكنه تحمل التناقض. ليس هناك علامة على مرور الوقت "

ومن الواضح أن الهو والأنا الأعلى يشتركان في شيء واحد بالرغم من الفرق الأساسي بينهما، فكلاهما يمثل سلطة الماضي (فالهو يمثل سلطة الوراثة والأنا الأعلى يمثل في الأصل السلطة التي خلفها الناس في الفرد)، أما الانا فهو على الأخص مقيد بحيرة الفرد الخاصة أي بالأحداث العرضية والعادية.

## تابع المحاضرة 2

### نظرية الغرائز:

تسمى القوى التي نفترض وجودها وراء التوترات التي تسببها حاجات الهو بالغرائز، وهي تمثل مطالب البدن من الحياة العقلية.

### نزوة جنسية (غريزة):

إنها اندفاعية داخلية يراها التحليل النفسي فاعلة في مجال أوسع بكثير من مجال النشاطات الجنسية بالمعنى الشائع للكلمة، وتتحقق فيها بأحلى الصور وأكملها بعض خصائص النزوة التي تميزها عن الغريزة: فموضوعها غير محدد بيولوجيا بشكل مسبق، وكيفيات إشباعها متغيرة ومرتبطة على وجه الخصوص بالنشاط الوظيفي لمناطق جسدية محددة (وهي المناطق المولدة للشبقية)، إلا أنها قابلة لأن تصاحب أكثر النشاطات التي تسند إليها تنوعا، يتضمن هذا التنوع في المصادر الجسدية للإثارة الجنسية أن لا تكون النزوة موحدة منذ البداية بل تكون مفتتة أولا إلى نزوات جزئية يتم إشباعها موضعيا.

## نزوة العدوان:

تدل بالنسبة إلى فرويد على نزوات الموت باعتبارها متوجهة نحو الخارج، يتخلص هو فنزوة العدوان في تدمير الموضوع.

أعطى التحليل النفسي أهمية متزايدة للعدوانية من خلال تبيان فعلها المبكر جدا في نمو الشخص، ومن خلال الإشارة إلى العملية المعقدة لاتحادها أو انفصالها عن الجنسية يصل هذا التطور في الأفكار ذروته في محاولة البحث عن أرضية نزوية وجيدة وأساسية للعدوانية من خلال فكرة نزوة الموت.

طالما كان عمل غريزة الموت قاصرا على الداخل فهي تظل صامتة ونفطن إليها فقط حينما تتجه إلى الخارج وتصبح غريزة هدم، ويظهر أن اتجاه هذه الغريزة إلى الخارج، وهو أمر يستخدم فيه الجهاز العضلي شيء ضروري لبقاء الفرد... هذا أحد الأخطار التي تهدد الصحة والتي تتعرض لها الإنسانية أثناء تقدمها في طريق الحضارة.

قامت النظرية السيكوسوماتية التي قامت على يد بيار مارتي على التركيز بشكل كبير على نظرية الغرائز التي جاء بها فرويد.

يؤكد بيار مارتي (النظرية السيكوسوماتية الباريسية) أن الانسان وحدة نفسية - جسدية ويمتلك قدرات على العقلنة تتفاوت في درجاتها من شخص لآخر وهذه القدرات تساعد الفرد على حماية الجسد من الاضطرابات الجسدية، فكلما كانت قدرات العقلنة جيدة كلما تمتع الشخص بصحة جيدة والعكس صحيح.

تتضارب غرائز الحياة والموت لدى الفرد بشكل دائما ، فالأولى هي التي تساهم في مساعدة الأفراد على العيش والسعي وراء تحقيق ما يرييد تحقيقه و من خلال السعي إلى حل الصراعات النفسية الداخلية وبين الشخصية من خلال الارصان العقلي فانه بذلك يعمل على الحفاظ على صحته الجسدية.

أما غرائز الموت فانها تؤدي إلى فقدان الأمل في الحياة واللجوء إلى السلوكات العدوانية الموجهة نو الذات والأخر وهو ما يؤدي في الغالب إلى الأمراض الجسدية وكلما كانت هذه القوى كبيرة كلما أدى ذلك إلى الأمراض المزمنة والتي غالبا ما تصاحب بقدرات عقلنة ضعيفة.

### النمو النفسي الجنسي:

ينظر فرويد لنمو الشخصية على أساس النمو النفسي الجنسي، بحيث يعتبر فرويد أن كل مرحلة النمو ترتبط بمنطقة من مناطق الجسم.

#### 1- المرحلة الفمية:

وهي تلك المرحلة التي يسعى فيها الطفل للحصول على اللذة مستقلة عن التغذية، ولقد ميز إبراهيم ABRAHAM, k بين مرحلتين فيهما وهما مرحلة ما قبل الثنائية الوجدانية، حيث لا يوجد بعد من الناحية الذاتية أي موضوع فهي مرحلة الشبقية الذاتية التي تستهدف المص اللاذ، ومرحلة ما بعد نمو الأسنان حيث بزوغ الثنائية الوجدانية والتي تستهدف الفص، فهي فمية سادية متأخرة تقوم على النرجسية و الاجتياف الكلي للموضوع.

## 2- المرحلة الشرجية:

إن تحليل الوسواس القهري قد مكن، فرويد من إيضاح دلالة هذه المرحلة والتي يرى أنها موجودة منذ بداية الحياة إلا أنه مع بداية العام الثاني من حياة الوليد تصبح المنطقة الشرجية أداة رئيسية للإثارات.

تصبح عملية الإخراج مصدر لذة جديدة للطفل تسحب قدرا من الاهتمام الليبيدي إلى هذه المنطقة الشبقية التي بدأ الاهتمام بتزايدها، إن النكوص إلى هذه المرحلة يشير إلى الوسواس القهري الذي يظهر في شكل نظافة زائدة أو تسامح مبالغ فيه.

## 3- المرحلة القضيبية:

وهي المرحلة التي تتكون فيها عند الطفل أخطر عقدة نفسية يقابلها في طفولته، ويسمىها فرويد "عقدة أوديب"، وتتلخص هذه العقدة في الميل الجنسي نحو الأم مع كره الأب والغيرة منه في نفس الوقت، ويسمى فرويد هذه الحالة بعقدة أوديب.

## 4-مرحلة الكمون:

تبدأ مع العام السادس حتى بداية المراهقة و تتميز هذه المرحلة بالهدوء الجنسي النسبي و ضعف الطاقة الغريزية. تتميز ميول الطفل بالتوجه إلى النشاطات المدرسية خارج المدرسية.

## 5-مرحلة المراهقة:

تتخذ الميول الجنسية الشكل النهائي لذي يميز النضج الجنسي و تتكامل جميع الميول المصاحبة للمراحل السابقة، و يصل الليبدو إلى مرحلة النمو الجنسي العضوي.

## - تعريف الميكانيزم الدفاعي:

سنحاول فيما يلي تسليط الضوء على واحد من أهم المفاهيم الأساسية في النظرية التحليلية وهو الميكانيزمات الدفاعية، والتي تعتبر المحرك الأساسي لسلوكياتنا وأفعالنا ، كما تسمح لكل فرد بالتعامل مع الوضعيات الصراعية بما يضمن التوازن.

يعرف ميكانيزم الدفاع حسب معجم علم النفس والتحليل النفسي لعبد القادر طه وزملاؤه (ص 448) على "أنه الوسيلة أو الوسائل التي تتخذها الأنا لاشعوريا لتجنب التعبير المباشر عن النزعات والوجدانات التي تهدد اتزانها وكأن ميكانيزم الدفاع يعبر عن دافع لاشعوري يهدف لتخفيف الحصر أو الدفاع ضد خطر ما، ويمكن ربط طبيعة الدفاع المتكرر بسلم الأمراض النفسية والعقلية".

بمعنى آخر، تتمثل وظيفة الميكانيزمات الدفاعية في الحفاظ على الأنا والحاجات أو المتطلبات النزوية للهو.

أما الحالات التي يتم فيها استخدام الدفاعات النفسية بشكل دائم وغالبا ما تكون مضرّة، لأنها تؤدي إلى فقدان التوازن والتكيف النفسي والاجتماعي للفرد، ففي الحالات الذهانية، يتوهم الشخص بقدرته على تشكيل الواقع على هواه بصورة تجعله لا يشعر بالتوتر، غير أنه من خلال هذه الآلية الدفاعية تفقده صلته بالواقع الخارجي.

في بداية كتابها «الأنا وآليات الدفاع» (1993/1936)، قدمت أنا فرويد قائمة، أصبحت الآن كلاسيكية، من بينها: العزل، التسامي، التكوين العكسي، التثبيت، الازاحة...

ومن بين هذه الدفاعات نجد:

**الانكار:** هو رفض تقبل الواقع، لأن تقبله يشكل تهديدا مباشرا لذاته. إن الانكار ميكانيزم أساسي في نوبات الهوس بقدر ما هو ميكانيزم مميز لهوس الكذب.

الذهاني ينكر الواقع ونحن نميل أنذاك لاستخدام مصطلح فقدان الشعور بالواقع.

أما في العلاج التحليلي أو العلاج المستوحى من التحليل النفسي، فقد ينكر المريض إبان الجلسة وجدانا مؤلما لاستبصاره بموضوعات مؤلمة مكبوتة وذلك بأن يصطنع نوبة من الضحك أو الضحك أو الهوس المؤقت لينكر الحصر الذي يلزم به أو الاكتئاب وهو ما يحدث في الواقع المعاش عندما ينكر الانسان ما يكدره أو يقلقه أو يجرح نرجسيته باصطناع نوبة هوسية أو ضحك مؤقت.

**الانشطار:** هو أسلوب بدائي، بحيث يصعب جمع صفات حسنة وسيئة في ان واحد.

انشطار الموضوع: هو ميكانيزم قدم من طرف ميلاني كلاين، حيث ينقسم الموضوع إلى موضوع جيد واخر سيء ويصبح فعالا إذا نظم عن طريق عمليتي الاستدخال والاسقاط (في حالة الرضيع).

### **الكبت:**

هو استبعاد مادة ما مثيرة للقلق كالدوافع والانفعالات والأفكار الشعورية المؤلمة والمخيفة والمخزية وطردها إلى حيز الشعور. في هذه الحيلة يقوم الفرد (أو أنا) باستبعاد الدافع النفسي كلية أو استبعاد الذكريات أو الأفكار أو المشاعر من منطقة الشعور إلى منطقة اللاشعور.

إلا أن هذه الدوافع او المشاعر التي كبتت في اللاشعور تبقى نشطة تعمل على الولوج إلى منطقة الشعور إلا أن قوى الكبت تظل حائلا بينها وبين أن تصبح شعورية. فتضطر هذه المواد اللاشعورية المكبوتة إلى أن تلتمس الإشباع أو التعبير عن نفسها بغير الطريق الصريح المباشر عن طريق التخيلات في الحلم، أو الهفوة ...

عدم كفاية الكبت أو فشله يسمح بعودة المكبوت : سواء من خلال:

- الأفعال الضائعة، الهفوة، إظهار الأفكار والمشاعر والنوايا بما يتعارض مع المحتويات الواعية ؛
- الأحلام التي تكشف بوضوح عن الرغبات والدوافع والمشاعر والأفكار، تختلف عما يختبره الموضوع في الحياة اليومية ؛
- ما هو غير مكبوت بشكل كافٍ يمكن نقله أو إسقاطه ؛
- الأعراض العصابية،(Chabrol, 2005)

### الاسقاط:

الاسقاط هو أن ينسب الشخص إلى غيره المقبولة ويعزو إليهم رغباته الكريهة وعيوبه ويلحق بهم أفكاره التي تسبب له الألم وتثير لديه مشاعر الذنب. وبهذا ترى الشخصية في ذلك الشخص أو الشيء الخارجي دوافعها هي واتجاهاتها هي وخصائصها هي دون أن تفتن على انها دوافعها الخاصة أو اتجاهاتها وميولها وخصائصها الذاتية.

### التكوين العكسي:

التكوين العكسي هي حيلة يبدي فيها الشخص أحاسيس مغايرة لمشاعره الحقيقية. تتسم هذه العملية بشكل لا شعوري بحيث يطرأ تغير جوهري على هذه السمة أو الميل أو الدافع فينقلب إلى الضد تماما في شعور الشخص واحساسه.

يلاحظ أن الرغبات أو الميول أو الدوافع أو السمات التي يعالجها الأنا باستخدام التكوين العكسي هي الرغبات والميول والدوافع والسمات المنبوذة اجتماعيا والتي يدينها الضمير أو الأنا الأعلى، فيضطر الأنا إلى عكسها إرضاء للمجتمع وتماشيا مع قيم الضمير والأنا الأعلى، وإمعانا في نفس الوقت في قهرها حتى يأمن عدم ظهورها فلا يتعرض للحرع أو التهديد.

## التعويض:

حيلة من حيل التوافق تلجأ إليها الشخصية بشكل شعوري أحيانا، وبشكل لا شعوري أحيانا أخرى، وأحيانا بشكل لا شعوري وأحيانا ثالثة تجمع بين الشكلين. وتلجأ الشخصية إلى هذه الحيلة حين تحس نقصا في جانب فتريد تعويض هذا النقص والتغلب عليه بتقوية جانب آخر، أو حين تحس الحرمان من نوع معين من الاشباع فتفرط في نوع آخر من الاشباع، لكي تعوض اللذة المتاحة وتقهر ألم الحرمان من الاشباع المستعصي.

## التبرير:

حيلة لا شعورية من حيل التوافق تلجأ إليها النفس البشرية لتبرر وتسوغ سلوك الشخصية أو ميولها أو دوافعها التي لا تلقى قبولا من المجتمع أو من ضمير الشخصية نفسها، بحيث تقد النفس في هذه الحالة تبريرا تعلل به السلوك أو الدافع أو الميل المدان، حتى يقتنع الشخص ذاته وبين نفسه على المستوى الشعوري بهذه التبريرات وتلك العلل ويحاول إقناع غيره به بحيث لا يعود ملاما على سلوكه أو دافعه أو ميله.

## التثبيت:

يعني توقف النزعة الغريزية وتعطلها عند مرحلة مبكرة من مراحل التطور. إنه العامل الداخلي المهيء للأمراض النفسية والعقلية ، وذلك باختلاف المرحلة التي توقف عندها النمو النفسي، أي تبعا لاختلاف نقط التثبيت الليبيدي. إن الخبرات التي بقيت وتثبتت خلال المراحل المختلفة لا يكون لها أهمية في ذاته ولكنها تكتسب أهميتها وخطرها من جراء النكوص الذي يزيد من خطورة الدور الذي تقوم به التثبيتات في إحداث المرض.

## التحويل-الازاحة:

يتم إزاحة شعورًا أو رد فعل من كائن إلى كائن بديل آخر (عادة أقل تهديدًا . تسبب الإزاحة الفوبيا.

تم ذكر هذا الميكانيزم بشكل خاص في فوبيا الحيوانات، وأشهرها حالة هانز الصغير الذي نقل خوفه من الأب على الحصان. يساعد هذا التحول في الحد من الخوف إلى وضع يمكن تجنبه وحل صراع التناقض: إذا لم يعد الطفل يشعر بالتهديد من قبل والده، فيمكنه تجنب كراهيته مما يقلل من خوفه من الانتقام والذنب. قد تنطوي هذه الخطوة على شخص آخر أو جماد أو موقف آخر. (Chabrol, 2005)

لاحظنا من خلال التعريفات التي قدمت لمختلف الميكانيزمات الدفاعية، أن البعض منها يظهر بشكل متكرر في الشخصيات العصابية و البعض الآخر يظهر في الشخصيات الذهانية، وعلى هذا الأساس يميز أغلب المحللين النفسيين بين نوعين من الميكانيزمات الدفاعية، ألا وهي الميكانيزمات الثانوية والميكانيزمات الأولية. يسمح النوع الأول (النكوص، التكوين العكسي....) بالحفاظ على علاقة جيدة بالواقع ، في حين أن النوع الثاني (الانكار، الانتشار.....) يؤدي إلى قطع الصلة

41

## المحاضرة 3 : التقنية التحليلية

### الهدف من المحاضرة:

- - تهدف المحاضرة إلى القاء الضوء على التداعي الحر (تعريفه، كيفية استعماله في العلاج) باعتباره من القواعد الأساسية للعلاج ذو المنحى التحليلي.
- كما يتم التطرق كما يتم التطرق إلى الحلم لأنه البوابة الكبرى للاشعور، يعتمد عليه المحلل النفسي أو المعالج ذو المنحى التحليلي من أجل الوصول إلى المواد المكبوتة ومساعدة المريض على تجاوزها.
- التعرف على تقنية التنويم المغناطيسي باعتبارها أولى التقنيات التحليلية التي تم استعمالها في علاج الحالات المرضية، مظاهر التنويم المغناطيسي ومراحله وكذلك موقف فرويد من التنويم المغناطيسي.

### مقدمة:

يقول لاغاش "إن التحليل النفسي هو تقنية فوق عيادية، و الواقع أن التقنية التحليلية تقنية علاجية، تخضع لجملة من المكونات الرئيسية أبرزها ما يلي:

#### 1- تعريف التداعي الحر:

يشكل القاعدة الأساسية للعلاج التحليلي، وتتمثل هذه القاعدة في الطلب من المريض أن يطلق العنان لأفكاره واتجاهاته وصراعاته ومشاعره وتلقائياً دون توجيه من المعالج، دون قيد أو شرط سواء كانت هامة أو تافهة ..... مع ملاحظة الإنفعالات والحركات التي قد يقوم بها المريض أثناء عملية التداعي، مع الاهتمام بزلات اللسان وهفوات القلم.

يطلب من المريض ببساطة أن يقول أول شيء يحضر إلى ذهنه ، تنبغ شظايا الذكريات المكبوتة أثناء التداعي الحر.

إذا أظهر المريض مقاومة وامتنع عن قول ما يفكر فيه دل ذلك على أن المريض يقترب من فكرة مهمة مكبوتة في اللاشعور.

#### - أهداف التداعي الحر:

يعتبر التداعي الحر خطوة رئيسية في عملية التحليل النفسي، يتم من خلالها:

- الكشف عن الخبرات المكبوتة في اللاشعور
- تتمثل الطريقة في التفريغ الانفعالي وسحب واسترجاع الأحداث المكبوتة
- العمل على معالجة الأحداث من خلال مساعدة المريض على مواجهتها وفهمها والتعامل معها.

#### - طريقة التداعي الحر:

لقد وجد فرويد في الأفكار اللارادية التي تعتبر عموماً مشوشة والتي يطردها الفرد عادة و التي تعتبر التداعيات الحرة و التي تسمح للمعالج باكتشاف الثغرات و الأحداث و الوقائع و التي في الغالب تكون قد شوّهت وحجبت، كما أن تسلسلها الزمني قد تم تشويشه بصفة لاواعية.

- تتضمن العصابات في الغالب حالات من فقدان الذاكرة و التي تعتبر حالة نفسية ناتجة عن الكبت.

- يمكن إدراك القوى النفسية التي أدت إلى الكبت.

- تشكل المقاومة حجر الزاوية في نظرية التحليل النفسي، وتعتبر الأفكار المبعدة بمثابة مشتقات من البنى النفسية المكبوتة وتشويهات لهذه البنى بفعل المقاومة التي تعترض ظهورها.

يفترض المحلل النفسي أن كل تداع يقود إلى آخر، ومع استمرار هذه العملية يقترب المريض أكثر فأكثر من أفكاره ودوافعه اللاشعورية. وأي من هذه التداعيات لن يكون شديد الوضوح بمفرده، ولكن مع مرور الجلسات تبدأ أنماط التداعيات بالظهور.

من خلال الأفكار الرئيسية المتكررة، يمكن للمعالج أن يكتشف علاقة منطقية تجمعها.

إن هذه التدايعات الحرة ليست حرة حقيقة، وإنما هي امتداد للقوى اللاشعورية التي تحدد اتجاه تدايعات الفرد، وعادة-وربما دائما- تقود هذه التدايعات إلى ذكريات الطفولة المبكرة ومشكلاتها، ومثل هذه الذكريات المتعلقة بالخبرات القديمة والمنسية لدى المريض، كفيلة بمنح المعالج دلالات حول بناء شخصيته وتطورها.

من خلال ماسبق يتضح لنا جليا أن التدايع الحر تقنية مهمة جدا في العلاج التحليلي والعلاج ذو المنحى التحليلي لما لها من أهمية في الوصول إلى تحريك الذكريات المكبوتة وبالتالي العمل على تحرير اللاشعور.

## 2-تعريف الحلم:

سنحاول فيما يلي توضيح أهمية الحلم في التقنية التحليلية وكيف يتم تفسيره واستغلاله من أجل الوصول إلى المواد اللاشعورية للمريض.

يعرف الحلم على أنه: "سلسلة من الهلوس والتخيلات التي تحدث لنا أثناء النوم، وتختلف الأحلام في مدى تماسكها ومنطقيتها.

إن الحلم يعتبر أهم الحيل الأساسية التي تلجأ إليها النفس البشرية لإشباع رغباتها ودوافعها خاصة تلك التي يكون اشباعها صعبا أو مستحيلا في عالم الواقع.

ترى نظرية التحليل النفسي أنه أثناء النوم يكون الأنا في حالة استرخاء الأمر الذي يسمح بمرور المكبوتات إلى ساحة الوعي ولكن بشكل مخفي وعلى شكل رموز لكونها تشكل مصدرا للتهديد بالنسبة للشعور .

يقول فرويد "أنا نقوم في الحلم بخلع صفة الحقيقة الواقعية على مادة أحلامنا، ونستطيع أن نفهم الأحلام إذا فرضنا أن الحلم الذي نتذكره بعد اليقظة ليس هو عملية الحلم الحقيقية ، ولكنه ستار تختفي وراءه تلك العملية، ونحن نميز هنا بين مادة الحلم ، وبين أفكار الحلم الكامنة.

ومن خلال ما سبق ذكره، يتبين لنا جليا أن الحلم سيرورة نفسية معقدة تهدف إلى التعبير عن ما يحدث في ساحة اللاشعور بصفة مقنعة، فهو عملية تدخل فيها كل من الرمزية والتعقيد (condensation et symbolisation) .

### 3- تكوين الأحلام:

يمكن للأحلام أن تحدث بطريقتين مختلفتين:

- إما أن الدوافع الغريزية التي تكون عادة مقموعة (أي إحدى الرغبات اللاشعورية) تجد قوة كافية أثناء النوم تجعلها تؤثر في الأنا.

- إما أن رغبة مختلفة من حياة اليقظة-أي سلسلة من الأفكار قبل الشعورية بكل ما تتضمنه من الدوافع المتصارعة- تلقى تدعيما أثناء النوم من أحد العناصر اللاشعورية. فرويد

*الموجز في التحليل النفسي*

باختصار فإن الأحلام قد تنشأ إما من الهو، وإما من الأنا، وعملية تكوين الحلم واحدة في كلتا الحالتين.

4-أنواع الأحلام: يمكن تقسيم الأحلام إلى قسمين:

5-أحلام اليقظة:

يستسلم الفرد لتخيلات يرى فيها نفسه وهو يحقق أماله ويشبع دوافعه ويتخطى العقبات التي تحول دون ذلك.

6-أحلام النوم:

تكون الرغبات مموهة مخفاة بحيث لا يعي الحالم نفسه دوافعها في كثير من الحالات، وذلك لأن العمليات والحيل والأساليب التي يلجأ إليها النائم في صناعة حلمه وإخراجه لكي يشبع دوافعه تكون عمليات وحيل وأساليب من طبيعة خاصة تميز اللاشعور فيما يستخدم من حيل ومنطق وأساليب تفكير.

ومن هنا فإن كثيرا من أحلام النوم تبدو ممسوخة خالية من المعنى والمنطق، شبيهة بتفكير المجانين ومنطقهم، على عكس أحلام اليقظة.

7-دور الهو في تكوين الأحلام:

من أجل توضيح الدور الذي يلعبه الهو اللاشعوري في تكوين الأحلام، نذكر ما يلي:

- عدد الذكريات التي تظهر أثناء الحلم تفوق عدد الذكريات التي تظهر أثناء اليقظة.
- تستخدم الأحلام رموزا لفظية بصورة لا حد لها. يكون معنى هذه الرموز في معظم الأوقات غير معروف للحالم.
- غالبا ما تستعيد الذاكرة أثناء الأحلام ذكريات من أيام الطفولة الأولى للشخص الحالم.

- فيما عدا ذلك فإن الأحلام تظهر مادة لا يمكن أن تكون قد أتت من حياة شباب الحالم، ولا من طفولته المنسية، ويجب اعتبار هذه المادة جزءا من الميراث القديم الذي يحضره الطفل معه إلى هذا العالم نتيجة لخبرات أسلافه.

- وسائل إخراج الحلم: يتم إخراج الحلم بالرجوع إلى مجموعة من الأليات النفسية، نذكر منها:

- التكيف: أي تكوين وحدات جديدة من عناصر منفصلة

- الحذف: أي حذف بعض العناصر المعيبة

- الإدماج: أي إدماج العناصر المتشابهة مع في بعض الصفات

- النقل: أي نقل (مثلا) السمات الانفعالية من شخص لأخر

- الإخراج المسرحي: أي تحويل الأفكار إلى صور ذهنية بصرية كما لو كانت فيلما متحركا.

- التعبير الرمزي: أي ظهور الموضوعات والموافق في صور رمزية لا تسبب الانفعال والألم الشديد.

- الصياغة الثانوية: وهي إعادة تنظيم أجزاء الحلم وتحريفه وإضافة وحذف بعض العناصر وذلك لسد ما به من ثغرات حتى يكون الحلم مقبولا ومنطقيا.

## 8- كيف يتعامل المحلل مع الحلم:

يقول فرويد أنه يمكن الاعتماد على الفروض و التخمينات التي ربما نستعين في تكوينها بترجمة الرموز التي يحتويها الحلم الظاهر، كما يجب الإستعانة بتداعي أفكار صاحب الحلم

نفسه حول عناصر الحلم الظاهر، وأية وسيلة أخرى إنما تكون تحكمية، و لا يمكن أن تؤدي إلى نتيجة معينة.

ولكن أفكار صاحب الحلم تستطيع أن تمدنا بحلقات متوسطة يمكن أن نسد بها الفراغ الموجود بين الحلم الظاهر ومادة الحلم الكامنة، وأن نستعين بها في الكشف عن تلك المادة وتفسيرها، وليس من المستغرب أن يفشل أحيانا هذا التفسير في الوصول إلى نتيجة معينة بصفة نهائية.

### -العلاج النفسي وتفسير الأحلام:

لقد بين فرويد في كثير من المواضيع أن المحلل الذي يحاول أن يتبع تحليل الأحلام في عمله سيصطدم بفكرة أن ذلك سيتعارض مع مقتضيات العلاج النفسي، لأن أحلاما كثيرة ستكون مطولة وغامضة وتحتاج إلى أكثر من جلسة، ويستمر العلاج النفسي هكذا ما لا نهاية بفعل تراكم الأحلام غير المفسرة.

وعلى هذا الأساس وضع فرويد قاعدة أساسية مفادها أن العلاج لا يجب أن يهدف إلى معرفة ماهي عقد المريض الحاضرة، وماهي المقاومات التي يقدمها.

وعلى هذا الأساس لا يجب أن يضحى بالغاية العلاجية لصالح الاهتمام الذي تثيره الأحلام للمحلل.

على المحلل أن يكتفي في كل مرة بمعطيات التفسير التي يحصل عليها خلال جلسة واحدة، وليس على المحلل أن يعتبر أن التفسير الناقص للحلم هو شأن مضر كما ليس عليه أن يجد نفسه مضطرا في الجلسة التالية من استكمال تفسير الأحلام التي قدمت في الجلسة

السابقة فعليه أن ينتظر ليرى إذا ثمة عنصر جديد شغل المريض خلال الفترة الفاصلة بين الجلستين.

فإذا ظهرت أحلام جديدة قبل أن يستكمل تفسير الأحلام القديمة، فعلى المحلل أن يهتم بالانتاجات الجديدة(الأحلام) دون أن يلوم نفسه، معتبرا أنه قد أهمل تماما الأحلام التي سبقت والتي لم يستكمل تأويلها.

لذلك يجب على المحلل أن يمارس تأويل الأحلام كفن قائم بذاته، بل يجب استعماله خاضعا للقوانين التقنية التي تسير مجمل العلاج.

### تأويل التحويل:

التحويل هو تبني المريض تجاه شخص المحلل للمواقف الانفعالية اللاوعية والواقف الطفولية أمام شخص المحلل الذي يعمل على تأويل التحويل وترجمته في مجال السلوك إلى مجال الفكر والوعي.

### -تأويل الأفعال المغلوطة:

يعتبر فرويد أن الأفعال المغلوطة ومختلف أنواع الزلات تعبر تعبيرا وبطريقة مكثفة غير مباشرة عن الرغبات المكبوتة، وبالتالي قد يسهم تأويلها في جلسات التحليلية في اكتشاف اهتمامات الفرد اللاوعية.

### -التفسير:

يعد التفسير حجر الأساس في جميع أشكال العلاج النفسي الدينامي، ورغم اختلاف محتواها وفقا للأساس النظري الذي يعتمده المعالج، إلا أن عملية التفسير تعد التقنية الأكثر شيوعا بين جميع أشكال العلاج النفسي.

إن التفسير هو الوسيلة التي يمكن من خلالها الكشف عن المعنى اللاشعوري لسلوكات المريض وأفكاره، كما يعتبر طريقة لتحريره من قيود أساليبه القديمة في النظر للأمور والتي قادتته إلى مشكلاته الحياتية الحالية.

يتحقق الاستبصار من خلال عملية طويلة ومتكررة من التفسير، التي يتم فيها توضيح المعاني الكامنة وراء سلوكات العميل وأفكاره ومشاعره.

**بعض الحالات التي قام فرويد بعلاجها بالتحليل النفسي:**

**الحالة أنا أو Anna O :**

كان هناك مريضة يدعى بيرثا بابنهايم وتلقب (أنا أو) وتعالج عند فرويد بسبب الهستيريا التي أصيبت بها عندما إزداد مرض والدها مما تسبب في وفاته وبدأت بعدها في الإصابة بالعديد من الأعراض مثل التقلبات المزاجية والإصابة بالهلوسة والسعال العصبي وبعض النوبات وأيضاً الشلل الجزئي وفي بعض الأحيان تصاب بنسيان اللغة الأصلية لها وهي اللغة الألمانية ولكنها لا تتسنى اللغة الإنجليزية واللغة الفرنسية، وخلال جلساتها العلاجية الأولى كانت تتحدث عن بعض القصص من وحي الخيال وغير واقعية لذلك لجأ فرويد لإستخدام التنويم المغناطيسي في العلاج حتى يعيدها إلى القصص الواقعية التي تسببت في إصابتها وحتى يتم تشجيعها على التحدث وظل يستخدم العديد من طرق العلاج حتى تم شفاءها <https://www.almsal.com>.

**- الحالة دورا:**

دورا، التي كانت تدعى في الواقع إيدا باور. ولدت في فيينا من عائلة من البرجوازية اليهودية. لقد أصيبت باضطرابات عصبية، بما في ذلك صعوبة التنفس، منذ الطفولة. في

الوقت الذي قرر فيه والدها علاجها من قبل فرويد، ظهرت عليها أعراض القليل من الهستيريا:

- عسر التنفس،
- السعال العصبي،
- البحة الصوتية
- الاكتئاب،
- المزاج المعادي للمجتمع.

والد دورا رجل ذو سمعة كبيرة وموهبة غير عادية، تحمل ابنته حناناً خاصاً. والدتها، الأكثر غموضاً، منشغلة بشكل أساسي بالأعمال المنزلية، التي تتمتع دورا بنوع من العشق لها لفترة طويلة. بالإضافة إلى ذلك، سيتم النظر في شخصين في حالة الدورة: السيدة ك، التي تتمتع دورا بنوع من العشق لفترة طويلة، والسيد ك، زوج السيدة ك.

تأتي الأزمة في وقت ترفض فيه دورا قضاء بضعة أسابيع، كما كان مخططاً، في منزل K على بحيرة جبلية. عندما تقدم تفسيرات، بعد عدة أيام، يقال إن السيد K تجرأ، أثناء نزهة بعد رحلة في البحيرة، على الإدلاء ببيان. سنعلم لاحقاً أنه أخبرها أن زوجته لم تكن شيئاً بالنسبة له وأنها صفعته. ثم أمرت والدها بالانفصال عن السيد والسيدة ك. قال والد دورا إنه مرتبط بالسيدة في الواقع، لديه علاقة رومانسية معها، وبدلاً من التخلي عنها، يفضل اتهام ابنته بأنها تخيلت المشهد الذي تم الإبلاغ عنه.

بالنسبة لفرويد، فإن الاعتراف الذي أعقبته الإهانة يكفي لإحداث صدمة هي السبب المثير للشكل الحالي لهستيريا دورا.

### الحالة شريبير:

كان والد بول شريبير طبيب وكان يقوم بضرب الأطفال عند البكاء لمنعهم عن ذلك بل وكان أيضاً يقوم بإعطائهم حماماً بارداً إعتقاداً منه بأن هذه هذه لجعل الأطفال أكثر صرامة وكان يجبرهم على إرتداء الجهاز الخاص بتقويم العظام بدءاً من بلوغ الطفل العامين حتى عمر

الثمانية أعوام لضمان وقوفهم بشكل مستقيم وإذا قام أحد الأطفال بالإعتراض على ذلك أو عدم القيام بالأنشطة الموكلة له يتم ضربه ومعاقبته وظل قاسي المعاملة حتى توفى وكان حينها دانيال في عمر التاسعة عشر وعندما بلغ عمر 35 أنتحر أخوه الأكبر وبعدها أصيب دانيال بإنهيار عقلي وذلك عندما كان مرشح لتولي منصب سياسي مهم.

وقام فرويد بتشخيص حالته المرضية بأنه شديد الحساسية إتجاه الضوضاء وظل داخل المستشفى وكان شخص عاطفي للغاية وأصيب بإعاقات إتجاه الكلام وتم إستمرار علاجه لمد ستة أشهر وأستمر متعافي بعدها لمدة ثمانية أعوام وأنتكس مرة أخرى وذهب مجدداً إلى المستشفى واستمر تواجهه داخل المستشفى إلى ثمانية أعوام وداخل المستشفى في هذه الأعوام كتب كتاب نال الكثير من إعجاب فرويد وخلال فترة علاجه كان يعتقد إن لديه جسد امرأة وتعتبر هذه الأوهام هي التي قام فرويد بعلاجه

<https://www.almrsal.com>

## المحاضرة4: الحركات التحويلية

### الهدف من المحاضرة:

تهدف المحاضرة إلى التعريف بمفهوم التحويل باعتباره مفهوما أساسيا في التقنية التحليلية وكذلك التعرف على أنواعه والأشكال التي يتخذها في التبادلات بين المريض والمعالج ودوره في العملية العلاجية التحليلية وذات المنحى التحليلي.

### 1- مفهوم التحويل:

هو الفنية الثانية بعد التداعي الحر ، إذ هو تلك العلاقة الانفعالية في الموقف العلاجي والذي يقفه المريض تلقائيا من معالجه باعتباره عودة لشخص هام بعث من عهد الطفولة أو من الماضي فكأن المريض لا يستطيع أن يتذكر خبراته الانفعالية المبكرة بل يعيشها في الموقف العلاجي فيسلك تجاه المعالج بنفس الطريقة التي كان يعايشها مع الأفراد المسؤولين عن نشأتها في الطفولة. تساعد هذه الفنية المحلل على كشف الصراعات المولدة للمرض.

عرفة يونغ على أنه آلية تكون في مختلف الوضعيات العلائقية إلا أنها تأخذ معنا عاطفيا عندما يتعلق الأمر بالعلاقة معالج-عميل ويكون في كل مراحل المسيرة العلاجية ويكون إيجابيا أو سلبيا.

قد يكون التحويل إيجابيا عندما يكون الشعور حبا والتحويل سلبيا عندما تتغلب الكراهية على مشاعر المريض تجله المعالج وقد يكون ثنائيا (متعارضا).

يظهر التحويل في أشكال عديدة كالمقاومة مما يشير إلى دفعة غريزية لبيدية أو عدوانية تنتمي للهو، وقد يكون عنصرا دفاعيا ينتمي لنا من قبيل الدفاع ضد تذكر الصراعات الطفلية فيقوم بتحريف العلاقات الأصلية في الموقف الانفعالي الجديد.

يقول إسماعيل علي: " أن التحويل إذا كان إيجابيا فإن المريض يطرح جانبا رغبته العقلية في الشفاء و التخلص من متاعبه وتقوم مقامها الرغبة في إرضاء المحلل والظفر بتأييده... فيقوى الأنا الضعيف وويتأثر بهذه الرغبة ويحقق المريض أمورا كانت محالة بونها فتختفي أعراضه ويشفى". (إسماعيل علي، 1995، ص 52)

والأفكار كما أن للتحويل وظيفة أخرى تتمثل في ادراك المشاعر اللاشعورية للمريض حول الأشخاص المهمين في ماضي حياته وكذلك الاحداث الصادمة والصراعات اللاشعورية.

وعندما يتم ادراك هذه الأمور ، يقوم المحلل بمساعدة المريض على تفسير الصعوبات واكساب المريض الاستبصار بالجوانب اللاشعورية المثيرة للاضطراب (إسماعيل علي، 1995، ص 52)

## 2-التحويل المضاد:

يرى التحليل النفسي أن المريض إذ يطرح على المعالج مشاعره ووجداناته، فإن المعالج يواجه وجدانات المريض ومشاعره التي يواجهها بها بوجدانات مضادة هي في ذاتها ميول المحلل وخبراته الانفعالية الطفلية اللاشعورية، الأمر الذي ألزم المحلل النفسي بالتعرف على

كبوتاته في الموقف و ما يستثيره لا شعور المريض لديه هو نفسه من وجدانات عليه أن يسرع بفضها لينتج له السبيل للفطنة إلى الآخر بما هو اخر.

وبهذا الشكل يكون التحويل المضاد عبارة عن استجابة لا واعية من المعالج وهو ما يؤكد تأثير الذاتية الخالصة للمعالج و التي يمكن أن تظهر عل شكل مقاومة. أما بالنسبة ليونغ فهي عملية تمكن المعالج من وضع اطار علائقي يلعب دورا هاما في باقي المسيرة العلاجية.

### 3- دور التحويل في العلاج التحليلي:

يمثل التحويل منفذ المعالج إلى حياة المريض النفسية العميقة، وتعد مواد التحويل معينا للمحلل في فهم مكبوتات المريض وهواماته وربطها بسلوكه المرضي.

إن التحويل هو معين المعالج في نجاح العلاج، هو يعزز المقاومة لدى المريض لأن مشاعره ونزواته وخبراته تصبح متمركزة على المعالج مما يجعل التعبير عنها صعبا وهو ما يساهم في إطالة زمن العلاج.

على المحلل النفسي أخ موقف محايد من مشاعر المريض، وانما عليه أن يوضح للمريض أن عواطف مرتبطة بتكرار لمواقف وجد فيها المريض سابقا.

## المحاضرة 5: العلاجات ذات المنحى التحليلي

### الهدف من المحاضرة:

- التعريف بالعلاج المستوحى من التحليل النفسي
- التعريف بأهم أنصار العلاج المستوحى من التحليل النفسي.
- نماذج من بعض العلاجات ذات المنحى التحليلي
- السياقات النفسية التي تحرك في العلاجات ذات المنحى التحليلي

### 1- العلاج بالتحليل النفسي الكلاسيكي :

التحليل النفسي عملية علاجية متخصصة شاملة طويلة الامد يتم فيها اكتشاف المواد المكبوتة في لاشعور من احداث وخبرات وذكرايات مؤلمة ودوافع متصارعة وانفعالات شديدة سببت المرض النفسي يتم استدراجها من اللاشعور الى حيز الشعور عن طريق التعبير اللفظي الحر الطليق ومساعدة المريض في حلها وزيادة استبصاره بالذاته .

وتعتمد المعالجة الفرويدية على عدة مفاهيم اضافة الى نظرة خاصة تجاه مراحل تطور الفرد ويتميز كل منها بتموضع خاص لمركز اللذة وبمعنى اخر اساس هذا المنحى من العلاج هو تفسير الجنسي فالاصل الاضطرابات النفسية حسبها هو التعرض الى صدمة جنسية .

ويعتمد سير المعالجة النفسية الفرويدية على كشف عن خبرات الطفولة وكشف مافي اللاشعور وتفاعل بين معالج ولمفحوص اساسه التفريغ الانفعالي وغرضه الوصول الى

احداث تغيير عميق لبناء الانفعالي وعلاقات اليبينشخصية وشخصية المفحوص نحو الافضل  
،بمعنى التوازن السيكولوجي للفرد.

## 2-تعريف العلاج المستوحى من التحليل النفسي :

يقصد بهذا العلاج وفق لابلانث وبونتاليس شكل من أشكال العلاج النفسي القائم على المبادئ التقنية والنظرية التحليل النفسي، دون أن تتحقق كل الشروط التحليلية الصارمة وتضم ووضعيات علاجية مختلفة ومتنوعة في طريقة تسيير الجلسات العلاجية ومدتها وكيفية تدخل الفاحص، لقد أخذت العلاجات المستوحات من التحليلية مكانة كبيرة وأصبحت أكثر استعمالاً من العلاج التحليلي الكلاسيكي أو الأرتودكسي،

بالرغم من التعديلات الجوهرية للفرويديون الجدد على النظرية التحليلية، إلا أن الاهتمامات الأساسية لفرويد بقيت كما هي إلا أن أوجه التركيز والاهتمامات تغيرت عما كانت عليه، يونغ والأحلام والعمليات الرمزية، أوتو رانك وصدمة الميلاد، أدلر وآخرون، أهمية الثقافة والتعلم والعلاقات الاجتماعية، ويتوقع أن تؤثر مثل هذه الاختلافات على أساليب العلاج إلا أنها لم تؤدي إلى إحداث كبير من التعديلات القيمة على الدور الأساسي لعمليات التداعي الحر، تحليل الأحلام، التفسير والتحويل والمقاومة فيما تم تغيير مكانة الإستبصار بصورة طفيفة فقد جاء الإستبصار من خلال طريق التحليل النفسي وأساليبه التقليدية أما الآن فقد أصبح الإستبصار عند فروم وسوليفان أكثر استخداماً، ولم يعد ينظر إلى أصول الأعراض العصابية على أنها دوافع جنسية أو عدوانية مكبوتة فحسب، بل أصبحت إمتداداً للخوف من الوحدة والشعور بعدم الأمن بما ينسجم مع دور الراشد وبقي التفسير هو العنصر الأساسي في مختلف تفرعات التحليل النفسي هذه، إلا أن محتوى التفسيرات هو العنصر الذي غالباً ما يميز بين هذه التفرعات أي الطرق والأساليب المختلفة التي يقوم المحلل من تركيب المادة الشعورية ويرتكز العلاج المستوحى على أهم المفاهيم التنظيرية:

- صدمة الميلاد نتيجة إنفصاله عن رحم أمه وخروجه إلى المعانات.

- عقد النقص من أجل القصور العضوي أو الاجتماعي أو الاقتصادي يجعل الفرد يشعر بعدم الأمن والدونية.

- أسلوب الحياة الذي ينمو مع الفرد تدريجياً والذي يدور حول التفوق وتحقيق الذات .
- الغائية التي تعتبر الهدف الأسمى والأساسي في حياة الفرد.

- الإرادة التي هي القوة المثالية للشخصية وقدرة الفرد على إتخاذ القرارات كما ساعد علم نفس الأنا ونظريات العلاقة بالموضوع (لهورني، سوليفان، أدلر) وغيرهم على التشجيع تركيز الأخصائي الإكلينيكي على الطريقة التي يرتبط فيها المريض مع الآخرين، بدلا من التركيز على الصراعات بين القوى الغريزية داخله، فنظريات العلاقة بالموضوع مثلا ترى أن الحاجة إلى تكوين علاقات مع الآخرين تعد من المؤثرات الأساسية على السلوك البشري، لذا يركز هؤلاء المنظرون على دور الحب والكراهية، الاستقلالية، الاعتمادية في نمو الذات وفي علم نفس الذات الذي جاء به كوهات 1977 Kohut تبدو المهمة الأساسية للنضج هي تطوير الذات المتكاملة، وليس تخطي المراحل النفسية الجنسية بنجاح . وتركز المناقشات التي تدور حول التغيرات التي طرأت على المعالجات التحليلية على توجه العلاج إلى هنا والآن" وإلى التفاعلات الشخصية التي تحدث في إطار هنا والآن الحاليين (Gaston(W.P ، Henry ،Schacht Stupp )1994 و قام Binder & Strupp ) (1984 بتأليف بين بعض المتغيرات الدقيقة والحاسمة في ممارسة التحليل النفسي إذ شددوا على الابتعاد عن عملية استدعاء ذكريات الطفولة وتحليلها وإنما التوجه نحو الخبرات الانفعالية الصحيحة التي تظهر من خلال فعالية العلاقة العلاجية، وتساعد علاقة التحويل على توفير الأساليب والطرق الملائمة لتغيير البناء في العلاقات الشخصية خارج غرفة العلاج.

### 3- أنصار المنهج المستوحى:

الفريدون الجدد هي إحدى التسميات التي أطلقت في أدبيات علم النفس على اتباع الطريقة الفرويدية من علماء النفس الذين عاصروا سيغموند فرويد أو الذين جاؤوا من بعده وانفصلوا عن مدرسته مع الاحتفاظ بما وجدوه ملائماً منها وشقوا طريقهم في التنظيم لتحليل نفسي عمل فيها بعد ملامح كل منها طريقته التحليلية وينقسمون إلى مجموعتين:

## 1 - المجموعة الأولى:

الفرويديون الجدد المنشقون على فرويد ويعرفون كذلك بجماعة التحليل النفسي اللابيدي وهم المحللين الذين رفضوا المبدأ اللبيدي في تفسيرهم للأمراض النفسية ومنهم: ألفرد أدلر، كارل غوستاف يونج، أوتو راتك.

## 2 - المجموعة الثانية:

هم الفرويديون الجدد الأقل تباينا أو انشاقا عن المنظومة أو المجموعة الأولى، فهم المحللون الذين ركزوا بالدرجة الأولى على الجوانب التي أهملها فرويد وأقل من قيمتها وهم كثيرون منهم ( كارين هورني، إريك فروم، هاري ستاك سوليفان ) وهم أصحاب اتجاه علم النفس التحليلي الاجتماعي الذين ركزوا على الجانب الاجتماعي والعلائقي وأهمية التفاعل ( حسين عبد الفاتح الغامدي) ونجد كذلك (أنا فرويد، ميلاني كلاين، هارتمان، وايت ) أصحاب إتجاه علم النفس الأنا والعلاقة بالموضوع والذين اهتموا بالعلاقة بين الأم والطفل. كما نجد جماعة أخرى اتجهت نحو الدراسات التخصصية في نمو الأنا وهي جماعة (ماهلر، ويني كوت، بلوز)فعالية نمو الأنا في التفرد وبناء الشخصية و العلاقة بالموضوع. كما انها هناك من يصنفهم إلى:

- **الفريديون التقليديون والمعاصرون:** الذين يتبعون المذهب الفرويدي
- **ساندور فرنزي:** ومدرسة بودابست للتحليل النفسي بالتشديد على دور الصدمات النفسية الفعلية في مرحلة الطفولة والاعتراف بها. لقد ركز فرنزي على العمليات المتبادلة بين المحلل والمريض وعلى الدور البارز الذي يؤديه صدق المحلل وعمله الذاتي في اللقاء التحليلي.
- **علم النفس الأنا:** قامت انا فرويد و هاينز هارتمان وغيرهما بالتركيز على عمل الأنا الشعورية و اللاشعورية، ودورها في الدفاعات اللاشعورية وأثرها التثبيطي على العمليات النفسية.
- **الكلاينيون :** من خلال نظرية ميلاني كلاين

- الفرع البيوني من المدرسة الكلاينية: وهو الذي طور لغة جديدة لنظرية التفكير (وظيفة ألفا وبيتا)، ترتبط الإضطرابات النفسية بتلك الكامنة في الوظائف الأساسية لأداة التفكير.

- فرع ويني كوت: نظرية الأم الحسنة

- التحليل النفسي الفرنسي: جاك لاكان

- علم النفس الذات: في الولايات المتحدة الأمريكية: الذي ركز على الشعور بالذات لدى الفرد بشكل خاصة فيما يتعلق بالنمو وتنظيم النرجسية، وشدد على الدور الأساسي الذي يؤديه أحد الوالدين في رعاية الطفل.

- التحليل النفسي العلائقي: وقد أسسه ستيفن ميتشل في الولايات المتحدة الأمريكية، والذي اقترح أن الشخصية تتشكل من البنيات التي تعكس التفاعلات والتوقعات مع مقدمي الرعاية الرئيسيين.

الفروق الأساسية بين العلاحين من حيث الممارسة:

4- العلاج التحليلي الكلاسيكي: يعتمد على:

- تكثيف في عدد الجلسات

- مدة العلاج طويلة

- تكلفة العلاج عالية راجع ذلك لعدد الجلسات

- استعمال الاريكة

يدور الحوار حول انحلال صراعات الطفولة وتحليل العلاقات

- الغوص في الماضي والاهتمام باللاشعور

- اسلوب العلاج يؤكد على فنيات التداعي الحر التفسير وتحليل الاحلام والمقاومة

- علاج فردي بين المعالج والمفحوص فقط

- الاعتماد على التنويم المغناطيسي.

5-العلاج ذو المنحى التحليلي: يقوم على التخفيف من :

- في عدد الجلسات وتباعدتها
  - مدة العلاج قصيرة
  - تكلفة العلاج متوسطة
  - الجلوس وجها لوجه
  - التركيز على الحاضر والاهتمام بالشعور
  - أسلوب العلاج يتنوع قد يستغني عن التداعي الحر
- يقول الاهتمام بالأحلام والعمليات اللاشعورية باستثناء موقف يونغ الذي يولي اهتماما خاصا للأحلام واللاشعور الجماعي
- تعدد العلاجات مع الأسرة الزوجين والجماعة .
- الاستغناء عن التنويم المغناطيسي

## تابع المحاضرة 5

### 6- نماذج عن بعض العلاجات ذات المنحى التحليلي:

#### 1/ العلاج الفردي:

أكثر شيوعا في معالجة التداخيات والتعقيدات النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض المزمن كالعلاج النفسي مع الحالات الطبية ويكون غير مستمر وانما يرتبط مع النوبات والأزمات ويتطلب في هذا العلاج تحديات دفاعيات المريض والتي تكون عبارة عن حماية .

#### 2/ العلاج القصير أو العلاج النفسي السيكودينامي المختصر :

يذكر قولد فريلد وجماعته (Goldfield et al, 1990) أن العلاجات المختصرة حافظت على هويتها التحليلية ، حتى عند توظيفها في المواقف الطارئة والموجهة نحو الأزمات، الأمر الذي يسمح بالتركيز على قوة الدافعية لدى المريض، والاعتماد على العلاقة التحويلية. عن تيموثي، ترول، ترجمة داود، (2005)

يقدم على أساس وقائي يزود الفرد بمعلومات والعمل على التخفيف الكثير من القلق او منع حدوث ضغوطات واكتئابيات والتخفيف من الاستجابات السلبية وتكون ذات فعالية كبيرة في وضعيات الطوارئ والشاغل العابرة .

#### 3/ العلاج البين شخصي: المعالجة المدعمة تجريبيا

ان العلاج البين شخصي شكل من اشكال العلاج السيكو دينامي، تم استخدامه في العديد من الدراسات والأبحاث، حيث يركز العلاج على الارتباط ما بين بدء ظهور الإشكالات الاكلينيكية والمشكلات البين شخصية مع الأصدقاء، الوالدين، الأقارب، والمشكلات الاجتماعية الحالية التي يتم التصدي لها. وقد اظهر كل من ويسمن و ماركوفيتز (Weissman et Markowitz, 1994) فعالية العلاج البين شخصي في علاج نوبات الاكتئاب الحادة ومنع نوباتها او تأخير عودتها. ( عن تيموثي، ترول، ترجمة داود، 2005 ) ويتم ذلك من خلال :

-التقييم الشامل للأعراض الاكتئابية

-تحديد المشكلات الأساسية (الحزن المؤجل الصعوبات بين الشخصية.

-التخفيف من الأعراض من خلال تحسين العلاقات مع الاخرين (من خلال تطوير مهارات الاتصال والمهارات الاجتماعية (المرجع السابق)

يعد العلاج بين شخصي من أحد الأمثلة على المعالجات المدعمة تجريبيا والتي اعتمدها الشعبة 12 (علم النفس الاكلينيكي) التابعة للرابطة النفسية الأمريكية APA

وفي الأخير يمكن القول بان التحليل النفسي الفرويدي عموما والعلاج ذو المنحى التحليلي بالخصوص تعرض الى جملة من الأزمات والانشاقات، تفاوتت في درجة شدتها وابتعادها عن المقومات الأساسية لتحليل النفسي الكلاسيكي، اذ اشتقت المدارس التحليلية الجديدة مباشرة من فرويد وتدين اغلب هذه المدارس بالكثير من أفكار فرويد ومبادئه. فهناك منظومات علاجية شديدة التباين فيما بينها ومع ذلك فانها تتقاسم ارثا فرويديا ورابطا شديدا بالتحليل النفسي وتتميز هذه المنظومة العلاجية الجديدة بأنها حققت هويتها. بينما كانت نظرية التحليل النفسي تنتشر في جميع أرجاء العالم، بدأت بوادر الخلاف والتصددع تظهر بين أتباع فرويد المقربين، ومن بينهم أدلر ويونج.

ألفرد أدلر:

أصول فكر أدلر:

يوضح قاموس **universalis** العناصر الببسيوغرافية الخاصة بالعالم أدلر كالتالي:

بدأ ألفريد أدلر، المولود في فيينا عام 1870، حياته المهنية في النمسا. دكتور في الطب في عام 1895، كان طالباً في فرويد، معترفاً بالقيمة العالية للتحقيق النفسي للتحليل النفسي.

نقطة البداية لعمل أدلر الأصلي، في دراسته الأولى التي نُشرت في فيينا عام 1907، هي ملاحظاته على الغالبية العظمى من الأعضاء وتعويضاتهم النفسية. يتم التعبير عن العملية الحيوية من خلال جهد دائم من الهيئة للتكيف مع المتطلبات الخارجية والحفاظ على توازنها من خلال ظواهر الدفاع والتعويض والاستبدال على مستوى الجهاز. العملية النفسية، التي تعمل في ارتباط مع الجسد، موجهة باستمرار نحو هدف التفوق والأمن والكمال.

يعاني الإنسان، في حالة عدم أمنه، من شعور بالنقص يتطلب باستمرار التعويض. يتردد صدى التوتر النفسي الناتج على الجسد. إنه، من خلال مسارات الجهاز العصبي الخصري وتغيرات الغدد الصماء، يخضع لتغييرات تسبب، بشكل طبيعي كمظاهر سريعة الزوال، اضطرابات وظيفية عندما تستمر.

على العكس من ذلك، تعمل الدولة العضوية على العملية النفسية. في حالة النقص العضوي الوراثي، يتم الشعور بالطلبات الخارجية على أنها عدائية، مما يسبب في النفس توتراً يؤدي إلى تفاقم الشعور بالنقص ويمكن أن يؤدي إلى الفشل. لكن في بعض الأحيان، قد يؤدي

التدريب النفسي الناتج عن هذا التوتر إلى نجاحات كبيرة: غالبًا ما يكون الرجال الأكثر شهرة محرومين جسديًا ؛ من خلال التغلب على دونيتهم العضوية، يطورون قدرات غير عادية.

على أساس هذه النتائج، الأسس الأولى لنظريته، تحول فكر أدلر إلى ملاحظة لأصل السلوك والغرض منه. يميز هذا السؤال المزوج طريقة عمل علم النفس الأدلري.

هاء

### أصول فكر أدلر

بدأ ألفريد أدلر، المولود في فيينا عام 1870، حياته المهنية في النمسا. دكتور في الطب في عام 1895، كان طالبًا في فرويد، معترفًا بالقيمة العالية للتحقيق النفسي للتحليل النفسي.

نقطة البداية لعمل أدلر الأصلي، في دراسته الأولى التي نُشرت في فيينا عام 1907، هي ملاحظاته على الغالبية العظمى من الأعضاء وتعويضاتهم النفسية. يتم التعبير عن العملية الحيوية من خلال جهد دائم من الهيئة للتكيف مع المتطلبات الخارجية والحفاظ على توازنها من خلال ظواهر الدفاع والتعويض والاستبدال على مستوى الجهاز. العملية النفسية، التي تعمل في ارتباط مع الجسد، موجهة باستمرار نحو هدف التفوق والأمن والكمال.

يعاني الإنسان، في حالة عدم أمنه، من شعور بالنقص يتطلب باستمرار التعويض. يتردد صدى التوتر النفسي الناتج على الجسد. إنه، من خلال مسارات الجهاز العصبي الخصري

وتغيرات الغدد الصماء، يخضع لتغيرات تسبب، بشكل طبيعي كمظاهر سريعة الزوال، اضطرابات وظيفية عندما تستمر.

على العكس من ذلك، تعمل الدولة العضوية على العملية النفسية. في حالة النقص العضوي الوراثي، يتم الشعور بالطلبات الخارجية على أنها عدائية، مما يسبب في النفس توترًا يؤدي إلى تفاقم الشعور بالنقص ويمكن أن يؤدي إلى الفشل. لكن في بعض الأحيان، قد يؤدي التدريب النفسي الناتج عن هذا التوتر إلى نجاحات كبيرة: غالبًا ما يكون الرجال الأكثر شهرة محرومين جسديًا ؛ من خلال التغلب على دونيتهم العضوية، يطورون قدرات غير عادية.

على أساس هذه النتائج، الأسس الأولى لنظريته، تحول فكر أدلر إلى ملاحظة لأصل السلوك والغرض منه. يميز هذا السؤال المزدوج طريقة عمل علم النفس الأدلري.

في عام 1910 انفصل عن فرويد وأنشأ نظامه الخاص الذي أسماه علم النفس الفردي. من خلال هذا المصطلح، الذي تم أخذه بمعناه الأصلي (فردي، غير منقسم)، أراد أدلر التعبير عن أنه لا يفصل بين العقل والجسم، وأن الشخص غير قابل للتجزئة.

وهو طبيب أعصاب وعالم نفس موهوب، ونظم استشارات نفسية طبية في المدارس في فيينا من عام 1912. اجتمع حوله العديد من التلاميذ. في عام 1924 كان زميلًا في معهد فيينا لعلم التربية وفي عام 1927 شغل كرسياً لعلم النفس الطبي في جامعة كولومبيا في نيويورك وفي عام 1932 في كلية لونج آيلاند الطبية في نيويورك. طور نظريته في مقالاته

ومحاضراته في أوروبا وكتب كتبًا مهمة. أصبحت مدرسته منتشرة بشكل متزايد في البلدان الألمانية والإنجليزية وحتى الناطقة بالفرنسية، مما أثر على تيارات الفكر المعاصر من خلال مساهمته في علم النفس والعلاج .

<https://www.universalis.fr/encyclopedie/alfred-adler/>

بدأ أدلر يستقل عن آراء فرويد انطلاقًا من 1910، كما استقال عن جمعية التحليل النفسي وكون جمعية جديدة في فيينا سماها "جمعية التحليل النفسي الحر"، كما كون نظريته الجديدة والتي سماها "علم النفس الفردي".

لم يتفق أدلر برأي فرويد المتعلق بالدور الكبير الذي تلعبه الغريزة الجنسية في تكوين الأمراض العصابية.

يعتبر محرك السلوك هو الشعور بالدونية... هناك رد فعل لاستجابة تعويضية فتحت نوعًا من التفوق على الاستجابات العادية لتغطية النقص الحاصل والمتمثل بالدونية (زيغور، 1994، ص 219)

أما فيما يخص الغريزة العدوانية فيرفضها كمحرك أساسي للسلوك وأن الأوديب ماهو إلا عبارة عن نزاع أو منافسة في مسألة السلطة (نفس المرجع)

## 7- التحليل النفسي الجديد:

مصطلح يطلق على اتجاهات متعددة لا اتجاه واحد فحسب لبعض أولئك الذين قالوا أنهم يستندون إلى نظرية التحليل النفسي مع إعادة بنائها في اتجاه الاهتمام بالعوامل الاجتماعية على سبيل المثال من أمثال كارين هورني K, Horney وإيريك فروم Eric Fromme و استاك سولفيان ; H . Sullivan و غيرهم.(فرج عبد القادر، دون سنة)

يقول روسيان (R.Roussillon, 1993)

أنه من الصعب المقارنة بين العلاج ذو المنحى التحليلي والتحليل النفسي وذلك لاعتبارات تتعلق بالاطار، ويمكن ادراجها فيما يلي:

-يظهر الاختلاف في المقام الأول، في التداعي الحر، وفي الاستماع (flottante)، بحيث أن الحضور المرئي للمعالج يعمل على تغيير توظيف ما قبل الشعور وسهولة وصول مواد من اللاشعور.

إن الاستماع بوجود الآخر لا يؤدي إلى تحريك نفس التوظيفات النفسية، لا يستدعي القدرة على البقاء وحيداً، كما يؤدي إلى تحريك نتائج الاغراء النرجسي والذي يصبح في مركز عمليات التحويل.

وعلى هذا الأساس، يرتكز عمل الربط النفسي على عمليات الان وهنا (ici et maintenant)

إن العلاج وجها لوجه يستدعي سياقات الربط الأولية والثانوية وهو ما يؤدي إلى إمكانية العمل مع الحالات التي تعاني من مشكلات على مستوى الربط الأولي مثل حالات التي تعاني من الأمراض الجسمية و التوظيفات الذهانية.بمعنى آخر الوضعيات التي تكون فيها مشكلة على مستوى الاغراء النرجسي- الهوياتي (-séduction narcissique identitaire)

مهما تكن أوجه الاختلاف و التشابه بين التحليل النفسي والعلاجات ذات المنحى التحليلي، فإن كل إطار علاجي له خصوصياته والهدف منهما مساعدة المريض على تجاوز مشكلاته واضطراباته.

## المحاضرة 06: العلاج التحليلي (حسب أدلر)

### الهدف من المحاضرة:

- تهدف المحاضرة الى التعريف بالعلاج الفردي ذو المنحى التحليلي :
- نظرية أدلر: نظرية الشخصية، أنماط الشخصية عند أدلر.
  - الطرق العلاجية عند أدلر

### ملاحظة هامة:

تم الاعتماد في تحضير هذه المحاضرة بشكل خاص وحصري على كتاب - ألفرد أدلر ، 2005 ، معنى الحياة، ترجمة وتقديم عادل نجيب بشرى، شارع الجبلية بالأوبرا الجزيرة القاهرة-

### 1-تعريف العلاج الفردي ذو المنحى التحليلي:

هو علاج حالة فردية تلعب علاقة مباشرة بين المعالج و المريض دورا رئيسيا في عملية العلاج. يتم فيه السعي نحو الكشف على الأمور اللاشعورية ويقوم على المحادثة المبنية على الاهتمام بمساعدة المريض في تفهم نمط حياته ومنطقه الخاص حيث يصل بنفسه إلى كشف السر ويمكن القيام بتعديل اتجاه لشخصية.

### 2-نظرية الشخصية عند أدلر:

يعتبر الانسان ، بالنسبة لأدلر، كائنا غير معزول عن البيئة التي يعيش فيها، بل هو كائن إجتماعي قادر على خلق شخصيته من خلال نشاطه الذاتي. كما ركز أدلر على موضوع علاقات الإنسان ووجوده الاجتماعي، وذلك من خلال الكشف عن العلاقة بين الشخصية و المجتمع.

### 3-أنماط الشخصية:

قسم أدلر أنماط الشخصية إلى:

- النوع المتمسك بالقواعد: لديه درجة عالية من الإصرار والسيطرة على الحياة ولكنه على درجة عالية من العوانية، كما يعاني من ضعف شديد في الإهتمامات الاجتماعية.
- النوع النفعي(النوع المتعلم للأخذ): يتوقع إشباع حاجاته لديه اهتمامات إجتماعية ولكنها ضعيفة.
- النوع الانسحابي: يتسم الفرد بالانسحابية وضعف النشاط وعدم القدرة على تحقيق أهدافه، ولذا فإن إهتماماته الاجتماعية ضعيفة بالمقارنة بكل المجموعات الأخرى.
- النوع الاجتماعي: نمط سوي نشط، للشخص أهدافه التي يسعى لتحقيقها في حدود مصالح المجتمع ذلك لأن لهم أهداف إجتماعية واضحة.

### 3-الطرق العلاجية في نظرية أدلر:

إستخدم أدلر مجموعة من الأساليب العلاجية في معالجة الحالات التي تعامل معها، نذكر منها:

### 3-1- إستراتيجية العلاقة بين العميل والمعالج:

رفض أدلر فكرة التنويم المغناطيسي، وأعطى الحرية الكاملة للعميل في عملية الجلوس أو الوقوف وحتى التجول في غرفة العلاج.

أكد أدلر على أن المعالج يجب أن يتقيد بثلاث أهداف في العملية العلاجية وهي:

-أن يرى المعالج من خلال وجهة نظر عميله

-أن يفهم المعالج لماذا يسلك مسلك العميل

-أن يعمل على إرشاد العميل بناء على ما يرى منه.

### 3-2- أسلوب المقارنة:

لقد ذكر أدلر بأن استخدام أسلوب المقارنة مع العميل من شأنه أن يساعده على توضيح أهدافه في الحياة ، بعد أن يتأكد من تخلصه من عقدة النقص. يمكن للمعالج من اللقاء الأول أن يتوقع أسلوب حياة المريض.

### 3-3- إكتشاف نمط الحياة عند العميل:

إن هدف العملية العلاجية عند أدلر تتمثل في كيفية الوصول بالعميل بالوعي بنمط حياته، وذلك بعد أن يفهم المعالج أسلوب حياة الفرد. يكمن دور المعالج في تهذيب وإعادة تربية العميل في الإتجاه الذي يمثل أنماطا وأهدافا أكثر دقة وصحة.

يذكر أدلر بأنه يمكن اكتشاف نمط الحياة عند العميل بعدة طرق منها:

-**تحليل الحلم:** يعتبر أدلر الحلم على أنها طريقة وأسلوب لتحقيق غايات في نفس العميل، كما أنها ليست إلا تكرارا انفعاليا للخطط والاتجاهات التي يريد أن يكون عليه سلوكه في حالة اليقظة.

-**ترتيب الميلاد:** أشار أدلر أن مكانة (تسلسل) الفرد في عائلته يؤدي إلى إنسحاب عدد من الخصائص والصفات من شخصية الفرد تميزه عن غيره. وعلى سبيل المثال يتسم الطفل الأول بالأنانية، الحسد، الاتكالية واستخدام القوة، أما الطفل الوحيد المدلل يرغب في أن يكون دائما مركزا للاهتمام...

-**خبرات الطفولة:** لقد بين أدلر أن بعض خبرات الطفولة من شأنها أن تعد الطفل لإتخاذ أسلوب حياة خاطئ ومن بين هذه العوامل: وجود اعاقات جسمية أو عقلية، الأطفال المدللين والأطفال المهملين.

### 3-4- فهم العميل:

إنه عملية فهم العميل من الأمور الأساسية في عملية العلاج. لقد أشار أدلر إلى فهم العميل يتطلب اعتماد اتجاه متكامل. فكل ما يقوله العميل ويعمله وكل الأعراض التي تظهر عليه وكذلك الإجراءات التي اتخذت أو لم تتخذ لإزالة هذه الأعراض.

كل ذلك يساعد المعالج على أن يفهم بصورة أكثر وضوحاً عن حياة العميل، وأن كل وسائل علم النفس الفردي لفهم الفرد تأخذ بعين الاعتبار رأي الفرد في كيفية تحقيق التفوق وكذلك قوة شعوره بالنقص، ومدى اهتمامه الاجتماعي وقد أشار أدلر أن أفضل وسيلة لفهم العميل بشكل شامل لا بد من التعرف على العوامل التالية: ذكريات الطفولة المبكرة وخبراتها، ترتيب الطفل في الأسرة، اضطرابات الطفولة، أحلام الليل و اليقظة .

## المحاضرة 07 : العلاج الفردي التحليلي حسب يونغ

### الهدف من المحاضرة:

- توضيح للطالب وجهة نظر ك. يونج وهو رائد من رواد النظرية التحليلية ولكنه انشق عن فرويد.

- تقديم المفاهيم الجديدة التي جاء بها يونج.

ك. أ. يونج:

### التعريف بيونغ:

ولد كارل غوستاف يونغ، ابن القس، في 26 يوليو 1875 في كيسويل، على ضفاف بحيرة كونستانس في سويسرا. دفعته سنواته في كلية بازل إلى الاهتمام بالعلوم الطبيعية والفلسفة والدين.

توفي والده في عام 1896، ووجد نفسه وحيداً مع والدته وأخته. عانى من فترة من الفقر الشديد، لكنه تمكن في النهاية من إجراء دراسات طبية. دفعه اهتمامه بالبيانات البيولوجية والروحية إلى اختيار الطب النفسي.

<https://www.cgjung.net/qui.htm>

في عام 1900، أصبح ك.يونغ مساعدًا في عيادة الطب النفسي في جامعة زيورخ (بورغولزلي). سمحت له سنوات تعلمه بفهم عالم المرضى العقلين بشكل أفضل، ثم اكتشف الأعمال التي نشرها سيغموند فرويد. ساعد بحث سيغموند فرويد في التنويم المغناطيسي والأحلام يونغ على الاقتراب من مجال الأمراض النفسية.

عقد الاجتماع الأول بين فرويد و ك. يونغ في فبراير 1907. سرعان ما ظهرت خلافات بينهما وتم تأكيدها في عام 1909 عندما قاما برحلة مشتركة إلى الولايات المتحدة، بدعوة من جامعة كلارك (ورسستر، ماساتشوستس) وانفصل العالمان في 1910. مر يونغ بفترة من العزلة العميقة و خرج من هذه الأزمة في عام 1918 ثم بدأ له سلسلة كاملة من الدراسات والمنشورات.

تزوج إيما راوشنباخ Emma Rauschenbach في عام 1903، وأنجب خمسة أطفال <https://www.cgjung.net/qui.htm>.

### نظرية يونغ:

بين كارل غوستاف يونغ أن القوى التي تتصرف داخل نفسية الفرد ليست فقط تلك الخاصة بحياته الجنسية المكبوتة وتاريخه الخاص ولكنه يشترك في التأثيرات المشتركة بين البشرية جمعاء، وهو ما يعتبر قطيعة كبيرة ما جاء به سيغموند فرويد.

لقد توصل إلى هذا الاستنتاج ليس فقط من عمله السريري ولكن أيضًا لأنه سافر كثيرًا وقضى الكثير من الوقت في الاستماع إلى أشخاص من ثقافات مختلفة جدًا، ودراسة الأديان والأساطير والشعر والحكايات والتقاليد المختلفة، إلخ. ثم ظهر له ظاهرتان ستكونان أساس نهجه المحدد:

من خلال المكان والزمان، توجد هياكل وشخصيات متشابهة في مختلف الأساطير، حتى لو كانت لها أسماء ومظاهر مختلفة خاصة بالثقافة المعنية ؛

تكشف أحلام الأشخاص الذين لديهم تاريخ فردي مختلف تمامًا، ومن ثقافات مختلفة، عن هياكل وشخصيات مشابهة جدًا لتلك الموجودة في هذه الأساطير المختلفة.

ويختتم بوجود معلومات -خبايا- مشتركة للبشرية جمعاء وتظل فاقدة للوعي حتى يتم الكشف عنها. يطلق عليها اسم «اللاوعي الجماعي» ويعتقد أن كل شخص يمكنه أن يستمد منها مادة كاملة من البناء و الإصلاح النفسي.

وجد فرويد صعوبة على تلاميذه في رؤية النفس البشرية والتحليل النفسي بأي طريقة أخرى. لذلك تبرأ من هؤلاء التلاميذ الذين، بعد أن تعلموا الكثير منه، أثبتوا أنهم مستقلون، وبدورهم، مبدعون ومبتكرون. كان جونج أحدهم وهو ما أدى به إلى متابعة طريقه بمفرده وطور طريقته الخاصة في التحليل النفسي المعروفة باسم سيكولوجية الأعماق. <https://www.lepsychologue.be/articles/cj-jung-psycho-logie-des-profondeurs.php>

انفصل يونج عن فرويد سنة 1911، وعن جمعية التحليل النفسي في عام 1913 وكون مدرسة جديدة في زيوريخ عرفت باسم "علم النفس التحليلي".

أعطى يونج لليبيدو ومعنى أوسع "الطاقة الحيوية الكلية"، وتظهر هذه الطاقة في صور مختلفة من النشاط: النمو والتنازل والحب واللعب وغير ذلك من مظاهر النشاط الإنساني.

كما اهتم باللاشعور مثل فرويد، وإنما ميّز بين نوعين من اللاشعور وهما اللاشعور الشخصي واللاشعور الجماعي (بشكل أدق من فرويد).

واهتم بدراسة الأنماط السيكولوجية وذكر أنواعا مختلفة لها أهمها المنبسط والمنطوي.

يرى يونج أن الأمراض العصابية عبارة عن محاولات غير ناجحة للتكيف مع الواقع، وهو ينسب إلى الذكريات المكبوتة في اللاشعور دورا هاما في تكوين العصاب.

يبين زيعور كتابه تطور التحليل النفسي - من تداعيات فرويد إلى ارشادية روجرز- (زيكور ، 1994) أن يونغ يستبعد في أسلوبه كل تفسير لبيدي وأوديبي للظواهر النفسية، ويربطها بالعلاقة بين الطفل والأم ، محاولاً بذلك تشخيص نوعية العقدة.

ويضيف أن يونغ يربط كل إشكالية نفسية بتاريخية بعيدة المدى تعود للإنسان الأول، وكذلك يحاول أن يربطها بالعلاقة بين الأنا والموضوع الخارجي على أساس أن الموضوع هو في جانب وأن الواقع والأنا نتعامل معه.(زيكور ، 1994، ص 222)

إنه يعمل على مساعدة المريض أن يعي مجال الواقع ومجال الأنماط القديمة من اختلال السلوك ليستطيع أن يعيدها إلى موضعها.

ويعرف يونغ في الادبيات النفسية باستخدام أسلوب التداعيات الحر من خلال استخدام لائحة من الكلمات تذكر ويطلب من الشخص أن يرى إذا كان هناك توقفاً أمام التداعيات ، وهو مايدل على الاشكال أمام هذه اللائحة والعمل على تحديده، كما استخدمت هذه الطريقة أيضاً في تفسير الأحلام.

## المحاضرة 8 : العلاج الجماعي ذو المنحى التحليلي

### الهدف من المحاضرة:

-تعريف الطالب بالعلاج الجماعي والفروق بينه و بين العلاج الفردي

-العلاج الجماعي ذو المنحى التحليلي وأهم مبادئه

### تمهيد:

يعد العلاج النفسي في المجموعة شكلا من العلاج الذي يتزايد الطلب عليه باستمرار في الوقت الراهن ويتم تقديمه في كثير من الأقسام النفسية والاجتماعية.

يقوم المعالج بقيادة المجموعة ويستغل التفاعل بين أفراد المجموعة من أجل تخفيض الأعراض وتحسين العلاقات الاجتماعية وإجراء تعديلات في الشخصية، وغالبية أشكال العلاج في المجموعة تهدف إلى مساعدة الأفراد في مشكلاتهم الفردية.

يقوم هذا النوع من العلاج بواسطة مجموعة يشتركون في نفس المشكلة ويحاولون سويا بمساعدة بعضهم البعض، أولا للامتناع التام عن أي ممارسة شاذة، ثم مساعدة بعضهم البعض في تغيير طريقة تفكيرهم وتعاملهم مع مشاعرهم وتغيير سلوكياتهم وأن يتعلموا طرقا جديدة للعيش بممارسة طبيعية وأن يقبلوا الحياة بشروطها.

### 1- تعريف العلاج النفسي الجماعي

هناك عدة تعريفات للعلاج النفسي الجماعي، نستعرض بعضا منها:

عرفه Slavson 1951 بأنه التطبيق الخاص للعلاج الفردي على شخصين أو أكثر في وقت واحد، فيما يتعلق بظواهر ومشكلات العلاقات بين الأشخاص.

بينما يرى Moreno 1932 بأنه أسلوب علاجي يجمع بين تكنيك وتوزيع الأدوار أو المهام، وبين تكنيك العلاج التلقائي المباشر.

وعرفه Abraham 1950 بأنه عملية من عمليات الجماعة، يقودها شخص لا تظهر عليه  
علائم مرضية، يصلح من مشكلات أعضاء الجماعة في علاقاتهم ببعضهم البعض  
وبالمجتمع. (لطي فطيم، 1993م، ص48)

ويرى Sanford بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي، يجمع فيه عدد من الأفراد  
المضطربين انفعاليا، يجتمعون في شكل جماعة مع أخصائي العلاج النفسي وعن طريق  
التفاعل الاجتماعي يكتسبون خبرة

ويرى زهران بأنه علاج عدد من المرضى الذي يستحسن أن تتشابه مشكلاتهم  
واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة، ويستغل أثر الجماعة في سلوك الفرد.

## 2- تاريخ العلاج النفسي الجماعي ذو المنحى التحليلي:

دلت شهود تاريخية على أن العلاج النفسي الجماعي هو من نتائج الحرب العالمية  
الثانية، وذلك عندما طلب الأخصائيين النفسيين الإكلينيكين في المؤسسات العسكرية أن  
يقوموا بالعلاج النفسي الجماعي، وذلك بسبب العجز في أفراد الفئات الأخرى، حيث تكونت  
مثل هذه الجماعات في السجون، ومراكز النفاهة، والمستشفيات، ومراكز التدريب، وكان  
يطلق على هذه الاجتماعات في معظم الأحيان الجلسات التذمر " أو "الشكوى"، إذ كان  
الافتراض الأكثر شيوعا هو أنه إذا استطاع المرضى أن يتخلصوا من العدوانية المكبوتة  
بالتعبير أو التحدث عنها، فإنهم يصبحون أقل عداوة لمطالب السلطة، أو أكثر إدراكا لها.  
وتنسب البداية الحديثة للعلاج النفسي الجماعي كما يراها الكثيرون إلى Joseph hersy  
prat (1905) - وهو طبيب باطني من بوستن- وذلك عند محاولته التي قام بها في  
علاج مرضى السل الرئوي، فإن الكثير من المصادر تعتبر أن العلاج النفسي الجماعي هو  
فكرة أمريكية نشأت عن الفلسفة البراجماتية الأمريكية (فرج طه وآخرون، )

ومن التطبيقات الأولى لهذا المنهج على مرضى العصاب، محاولة March 1909،  
وفي سنة (1911) ابتدع "مورينو" منهج الدراما النفسية وهي شكل من أشكال العلاج النفسي  
الجماعي، وبعد الحرب العالمية الأولى مباشرة بدأ Lazel بإجراء التجارب الجماعية على  
مرضى الفصام في واشنطن، ثم شاعت دراسته على المحاربين القدماء. وقد ازدهر العلاج

النفسى الجماعى دو الصبغة التحليلية فى أواخر الثلاثينات من هذا القرن، واتضح فى تلك الحقبة تطور العلاج النفسى الجماعى فى الأخذ بعدد كبير من التوجهات، ثم ما لبث أن انتشر استخدامه والاهتمام به مع حلول الخمسينات.

ومما سبق نستطيع أن نقول بأن العلاج النفسى الجماعى لم يظهر فى صورته الأولى كاملاً، بل إنه كان نتيجة للكثير من الاتجاهات والمعتقدات المتعددة فى تلك الحقبة الزمنية لذا فإن المصادر الرئيسية للجماعات العلاجية فى وقتنا الحاضر تكمن فى الاحتياجات الاجتماعية العملية والبحوث التجريبية والممارسات الإكلينيكية. (عبد الرحمان العيسوي، 1984م، ص 215-216)

#### 4-العلاج النفسى الجماعى من وجهة نظر التحليل النفسى:

تشمل نظريات العلاج الجماعى المنبثقة من التحليل النفسى الكلاسيكى عدة أنواع لكنها تدور جميعها حول القضايا الأساسية للتحليل النفسى مثل الطرح والمقاومة والنمو النفسى الجنسى، والدوافع اللاشعورية، وتختلف هذه الأنواع فيما بينها فى درجة التركيز الذى توليه لمفهوم بعينه فهناك من يركز على الجماعة، وهناك من يركز على التفاعل بين الفرد والجماعة أو بين المعالج والجماعة كما يختلفون فى دور المعالج والنشاط الذى يقوم به. يفترض هذا النوع من العلاج أن سلوك الأفراد داخل الجماعة يخفى دوافع لاشعورية تحكم سلوكهم داخل الجماعة و بين الأفراد، أما المعالج فتقع على عاتقه مهمة تمييز هذه ال دوافع ومساعدة أعضاء المجموعة على ادراكها، من خلال الرجوع إلى حياة الأفراد والأحداث التى مروا بها.

وينظر النوع الثانى (الدينامى) إلى السلوك والتفاعل بين أعضاء الجماعة فى اطار الموضوعات المشتركة بين الأعضاء ويكون هذا الأخير رابطاً لا شعورياً بين أعضاء الجماعة يتضح فى العلاقة التحويلية بين الجماعة والمعالج.

يركز هذا الاتجاه ، على خلاف العلاج التحليلى الكلاسيكى فى مسألتين:

-يركز على العلاقات بين الأشخاص وعلى العمليات النفسية داخل الجماعة.

-الابتعاد عن الأفكار التقليدية، إذ لم يتناول ويلفريد بيون لا التحويل والنكوص ... ولكنه يتمسك بالجانب الظاهري و الكامن للظواهر، ومن جهة أخرى حاجة الجماعة للقائد .

### 3-مسلمات العلاج النفسي الجماعي:

يستند العلاج النفسي الجماعي إلى أسس اجتماعية، تحتم ضرورة الاستعانة بالجماعة كوسط علاجي، في تصحيح السلوك الاجتماعي للمريض وتقويم انحرافاتة، ومن هذه الأسس ما يلي:

#### - الفرد في حد ذاته أكثر أهمية من المجموع:

تهدف الجماعة إلى مساعدة الأفراد على فهم أنفسهم وزيادة وعيهم بذواتهم. كما تعتبر الجماعة كيانا متصلا بأفرادها وكل عضو له دور فيها.

#### -قائد الجماعة ليس عضوا فيها:

إن المعالج ليس عضوا في الجماعة ويتمثل دوره في مساعدة الأعضاء على تجاوز مشكلاتهم.

#### -الجماعات المفتوحة أو المغلقة:

للمعالج الحرية في اختيار نوع المجموعة التي يريد العمل بها، فهناك من يفضل العمل بنظام المجموعة التي يتم تعيينها منذ البداية بدون فتح باب العضوية للجدد في حين هناك من يترك المجال مفتوح لبضع جلسات لانضمام أفراد جدد داخل المجموعة.

#### -ليس للمجموعة العلاجية في حد ذاتها أهدافا:

ليس للجماعة العلاجية أهدافا خاصة بها، وإنما يسعى كل فرد فيها إلى تحقيق أهداف خاصة به فيما يتعلق بالتفكير والمشاعر والأفعال.

#### -يعالج الفرد من خلال تواجده في الجماعة:

يقوم أفراد الجماعة على الاستفادة من تجربة الأعضاء ، كما أنهم يخزنون ويدمجون ما تعلموه داخل الجماعة.

-التفاعل داخل الجماعة ليس هدفا في حد ذاته:

ليس التفاعل داخل الجماعة في حد ذاته هدفا وإنما يعتبر وسيلة تساعد الأفراد على تقديم العون.

- لا يسعى المعالج إلى زيادة مستوى الضغط الطبيعي داخل الجماعة:

لكل عضو الحق في المشاركة من عدمها في نشاطات ونقاشات المجموعة، ويحمي المعالج الأفراد عندما تقوم المجموعة على الضغط على فرد من أفرادها.

- الامتعاظ والانتقاد والتركيز على أشخاص خارج الجلسة، وتبادل الأحاديث الجانبية والتركيز على موضوعات بعينها، ليست سياقاً ملائماً لجلسات العلاج الجماعي.

-التزام بالسرية، وأن ما يور في الجلسات غير قابل للتداول.

- متابعة ما يحدث من جلسة إلى أخرى هو جزء لا يتجزء من العملية العلاجية:

لا يجب اخذ كل حصة بمعزل عن الحصص السابقة أو التي تليها، ولكن على المعالج العمل على متابعة التغيرات التي تحدث من جلسة لأخرى، وهناك من المعالج من يعتمد على التقارير القصيرة عند بداية الجلسات للتذكير بما حدث وإعادة صياغة الأهداف. مهما تكن الطريقة المعتمدة فإنه من الواجب أن لا تبدو جلسات العلاج كأنها عناصر أو أجزاء متقطعة وإنما عملية متواصلة.

- تقاس مدى فعالية الجماعة العلاجية بما يحدث خارجها:

تظهر نتائج العلاج الجماعي في سلوك الأفراد وحياتهم خارج الجماعة، وهو الدليل على نجاح العملية العلاجية.

ويرى العديد من المختصين في العلاج النفسي الجماعي أنه لا بد من الإعداد الجيد للعملية العلاجية، سواء أكان ذلك من حيث إعداد أعضاء الجماعة العلاجية أو استعداد المعالج أو غير ذلك، حيث أن نجاح العلاج النفسي الجماعي يعتمد على

مدى قدرة وكفاءة المعالج على اختيار أعضاء الجماعة وإدارتها وقدرته على التفسير والملاحظة، وتغيير نظرة الفرد نحو ذاته والآخرين.

وأنه عند اختيار أعضاء الجماعة لا بد من القيام بعملية الفحص والتشخيص من خلال إجراء مقابلة شخصية يراعى فيها مدى حرص الفرد واستعداده لأن يصبح عضوا في جماعة.

وقد لخص (Woff 1967) عملية إعداد المريض في عدة نقاط هي:

- أن يتم إعداد المريض على تحمل ضغط الجماعة .
  - إعداده على الثقة في بقية أعضاء الجماعة العلاجية.
  - العمل على تهيئة المريض على أن يكون عضوا في الجماعة.
  - تدريبه على عدم المقاومة أثناء العملية العلاجية .
  - توضيح أهمية المشاركة للمريض بما يعود عليه وعلى أعضاء الجماعة العلاجية بالفائدة.
- وعند تكوين الجماعة العلاجية، يرى (Rezenborn 1978) أهمية تقييم أعضاء الجماعة من خلال المقابلة الإكلينيكية لكل فرد، ومدى رغبته في إقامة علاقات علاجية داخل الجماعة. ( عبد السلام حامد زهران، 1984، ص 319-320)

## 5- عمليات العلاج النفسي الجماعي:

تقع عملية التخطيط المسبق لكل مراحل وخطوات الجماعة العلاجية على عاتق المعالج، لأن الكفاءة المهنية وحتى التدريب يلعبان دورا هاما في نجاح العلاج ولهذا فإن الترخيص لمزاولة مهنة العلاج النفسي في كثير من الدول المتقدمة تشترط كثيرا من عوامل الخبرة والتدريب والإلمام النظري والأكاديمي بالمعرفة النفسية والاجتماعية فضلا عن الوعي بالذات، وإذا كان كل فرد ينظم إلى جماعة بهدف معين، يتمثل في التخلص من مشكلة ما يعاني منها، وبهدف اكتشاف عالمه الذاتي الداخلي، | وتحديد الأفكار والمشاعر والأفعال التي تفوق بدرجة أو بأخرى تحقيق أهدافه، أو بعبارة أخرى أنواع السلوك التي تهزم فيها الذات نفسها بنفسها، مع تحديد أنواع هذا السلوك، إلا أن قائد الجماعة لا بد أن يكون له

أهدافه الخاصة، وهي التي تحدد التخطيط المسبق له، وكافة التوقعات المختلفة لدى المعالج والمرضى.

وهناك العديد من القضايا التي يجب أن يخطط لها المعالج النفسي الجماعي مثل:

### - حجم المجموعة:

يتوقف حجم أعضاء المجموعة على عدة اعتبارات نجعلها فيما يلي:

- مدى كفاءة ومهارة المعالج في قيادة الجماعة وخبرته، وبالتالي فكلما زادت خبرة المعالج واطمئنانه بمهاراته وقدرته القيادية، كلما كان بالإمكان زيادة حجم الجماعة العلاجية والعكس صحيح أيضا، ولذا فقد تضاربت الآراء حول الحجم الأمثل لعدد الجماعة العلاجية فتارة نجد من يؤكد أن العدد الأمثل يجب أن لا يزيد بأي حال من الأحوال عن عشرة أفراد وخاصة مع المعالج النفسي الخبير لأنه من السهل عليه أن يتابع مدى تقدم كل فرد داخل الجماعة.
- يتوقف الحجم أيضا على مدى تعقيد الإجراءات العلاجية المستخدمة، فإذا استخدمنا شكلا واحد من العلاج مثل التدريب على الاسترخاء مثلا، أو التطمين التدريجي، فإنه لا بأس أن يزيد حجم الجماعة إلى 10 أو 12 شخصا، أما إذا كان الأمر يتطلب استخدام تقنيات أكثر فإنه من الأفضل للمعالج التعامل مع جماعة صغيرة.
- يتوقف عدد المجموعة أيضا على مقدار المعالجين المتواجدين أثناء الجلسات العلاجية، فكلما زاد المعالجون كلما كان من الممكن زيادة حجم الجماعة من 15 إلى 20 فرد،

### 2- نوع المشكلة أو الإضطراب:

هل م نحق كل مريض أن ينضم إلى العلاج الجماعي ؟ أم أن المرضى الذين يجب أن ينخرطوا في العلاج لا بد من توافر محكات تؤهلهم للالتحاق من عدمه بالعلاج الجماعي ؟. في الواقع تختلف الإجابات ما بين مرجح لدخول كافة الأفراد المضطربين إلى العلاج

النفسي باعتباره حقا للجميع، وفئة أخرى تؤكد على ضرورة وضع العديد من الشروط لاختيار الأفراد، وتتراوح هذه الطرق ما بين ضرورة إجراء التقييم التشخيصي الدقيق إلى مجرد تكوين جماعة علاجية من المرضى الذين يتواجدون في مكان واحد.

لتحديد أعضاء المجموعة العلاجية، يجب التأكد من:

-توفر الرغبة لدى المريض في أن يصبح عضوا في المجموعة، وأن يسعى ويعمل من أجل أن يتحسن (أي لا بد من الدافعية).

-أن تكون المجموعة العلاجية متجانسة، وخاصة في العديد من العوامل مثل السن، الذكاء، المرض، أو طبيعة المشكلات التي يعانون منها.

وعموما فقد دلت العديد من التجارب والخبرات الشخصية للعديد من الممارسين على عدم خلط مرض الذهان الحاد مع مرض العصاب، لذا فمن الأفضل أن تكون القاعدة الأساسية التجانس، مع وجود قدر من التباينات يساهم في إثراء التفاعل داخل الجماعة.

### 3- عدد الجلسات:

أيضا لم يقدم خبراء العلاج النفسي الجماعي إجابات قاطعة عن هذه المشكلة، مستنديين إلى حقيقة مفادها أن نوع المشكلة هو الذي يحدد مقدار الجلسات، ومن الخطأ أن تحدد عددا معيناً من الجلسات، ونحن لم نعرف بعد مدى عمق المشكلة، أو مدى تجاوب الشخص وتفاعله.

ففي البرامج العلاجية التي توضع لتدريب الآباء والأمهات على القيام بأدوارهم الوالدية مثلا بفعالية ونجاح، يتبين أن نجاح هذا الهدف لعدد من الجلسات يتراوح من 6 إلى 18 جلسة، وهو مدى مرتفع في الواقع، لأن هناك عوامل أخرى تتدخل في تحديد عدد الجلسات، منها مستوى التعليم لأن من المعروف أنه كلما كان مستوى التعليم مرتفعا كلما قل عدد الجلسات المطلوبة والعكس صحيح، ولكن مستوى التعليم إذا كان عاملا فعلا فيمثل هذه النوعية من الجلسات، إلا أنه يتوارى إلى الظل أثناء تحديد عدد الجلسات المناسبة لعلاج مشكلات أخرى مثل المخاوف المرضية، القلق، الاكتئاب وتأكيد الذات على سبيل المثال. هناك قاعدة ذهنية مؤداها، أنه كلما كانت المشكلات والأهداف واضحة لأفراد الجماعة ومنذ البداية، كلما كان بالإمكان الإقلال من عدد الجلسات، كما يفضل غالبية المعالجين أن تتم

الجلسات بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع ولو أنه من الأفضل أن تكون الجلسات في البداية مرتين أسبوعياً للمساعدة على تسيير التفاعل بين أفراد الجماعة، ومراقبة المشكلات وتحديد الأهداف العلاجية لكل مريض على حدة. (محمد حسن غانم، 2004م، 105-106)

#### 4- الإطار الزمني للجلسات ( زمن الجلسة العلاجية):

بعض المختصين يفضلون أن تكون مدة الجلسة ساعة واحدة، في حين يوجد من يفضل أن يكون العلاج الجماعي لمدة ساعتين، في حين يفضل البعض أن يكون طول الجلسة ثلاث ساعات مع إعطاء 10 إلى 15 دقيقة كل ساعة للاستراحة، ثم إعادة الاجتماع مرة أخرى، لكن هناك من يرى أن هذه الطريقة تقطع التواصل والانفعال، وإن كان ذلك ليس بالتحديد القاطع لأنه قد يثور في الجلسة العديد من المشاعر والإجراءات العلاجية، والتي يجب أن يفهمها المعالج أو يتدخل لشرحها وتفسيرها أو التدريب عليها في الوقت نفسه.

#### 5- الإطار المكاني للجلسات:

يتوقف اختيار المكان على نوع المشكلة المطلوب علاجها، ولهذا فكلما كان اللقاء في البيئة الطبيعية التي سيتفاعل معها المريض بعد علاجه، كلما كان ذلك أفضل ولهذا كان أحد المعالجين يجري جلساته الجماعة مع الجانحين في أماكن تشبه الأسواق والمحلات التجارية التي ضبط فيها هؤلاء يسرقون، ويقترح البعض الآخر أنه من الأفضل للأفراد الذين يعانون من مشكلات عدم توكيد الذات، أن تجرى بعض الجلسات تحت إشراف المعالج ومراقبة الزملاء في مواقف طبيعية كالمحلات التجارية وأماكن الترفيه، وغيرها من الأماكن والأشخاص المفترض أن المريض سيتعامل معهم. ولكن من الأفضل أن تعقد الجلسات في جو هادئ في غرفة خاصة في المستشفى.

## 6- تعريف أفراد الجماعة بأهداف وخطّة العلاج:

ويقوم هذا الهدف على ضرورة احترام إنسانية المرضى، ولهذا يجب أن يشرح المعالج للمرضى ككل هدف وخطّة العلاج النفسي وواجباتهم، بل يستحسن للمعالج أن يقابل كل مريض على حدة، ويعرف منه مسبقا بما سيتوقعه من الجلسات، وبالطريقة التي سيتعامل بها، على أن يشرح الهدف بصورة عامة ولا داعي للاستعراضات النظرية. كما نجد أن العديد من المعالجين يصر على توقيع عقد بين المريض والمعالج مؤكدين أن التعاقدات مع المرضى شديدة الفائدة، لأنها تحدد ومنذ البداية التوقعات المتبادلة بين الطرفين، وتحديد الحدود أو رسم الحقوق والواجبات المنوطة بكل طرف، فضلا عن أن للعقد وظيفته الرئيسية والمتمثلة في تعريف المريض بأهداف العلاج. (غانم، 2004م)

## 7- التسجيل أثناء الجلسة العلاجية الجماعية:

وتطرح تساؤلا مؤداه: هل من الأفضل أن يقوم المعالج النفسي الجمعي بتسجيل كافة انطباعاته وملاحظاته أثناء إدارته للجلسة العلاجية، أم يتم تأجيل ذلك إلى ما بعد انتهاء الجلسة العلاجية؟

لا شك أن التسجيل هام جدا أثناء الجلسة، لأنه يلاشي عامل النسيان والحذف كما أن مسألة التسجيل قد تثير قلق البعض، وتخوف البعض الآخر، وشك البعض الثالث ممن يعانون من بعض الاضطرابات الذهانية، وقد ينجح أو يفشل المعالج في إقناع المرضى بوجهة نظره، وقد يستغرق ذلك وقتا طويلا وقد تؤدي بعض التساؤلات إلى قطع تفاعل الجلسة العلاجية مما قد يخرج بالهدف العلاجي عن محتواه، وأخيرا هل يتم التسجيل كتابة، أم من خلال سجل الصوت؟ كل هذه التساؤلات أثارت العديد من جهات النظر

### . وجهة النظر الأولى:

يرى أصحابها بضرورة أن لا يتم التسجيل بأية صورة من الصور إبان الجلسة العلاجية الجماعية وأن يتم ذلك عقب انتهاء الجلسة، حيث يقوم المعالج بتدوين ملاحظاته وطرق التفاعل وسير المناقشة ويكون ذلك في الوقت الفاصل بين كل جلسة علاجية وجلسة أخرى، وإن المرضى لا يجب أن نشغلهم بهذا الأمر البتة، حتى لا نثير مقاومتهم وتشتت جهودهم وإشغالهم عن الهدف الأسمى الذي جاءوا من أجله (العلاج).

## . وجهة النظر الثانية:

ويرى أصحابها ضرورة أن توضح مثل هذه الأمور إما مباشرة عن طريق التحدث فيها إلى المرضى، وأن ذلك مجرد إجراء روتيني الهدف منه تسجيل نمو أعضاء الجماعة العلاجية والعملية العلاجية وأن هذا الإجراء بهدف إلى مصلحتهم في المقام الأول، والبعض الآخر يفضل توضيح مثل هذه الأمور وغيرها في كتيب يقدم للمريض قبل إجراء الجلسة الأولى، ويمكن فتح المجلس لإجراء مناقشة حول بعض الأمور وفقا لتساؤلات بعض الأعضاء، وأن توضيح مثل هذه الأمور منذ البداية إنما يخلق حالة من التوعية والدافعية. (لويس مليكة، 1997م، ص63-64)

## 6-قواعد العلاج الجماعي ذو المنحى التحليلي:

يذكر بريفات وزملاؤه (Privat et al, 2001) أن المبادئ العامة للعلاج الجماعي ذو المنحى التحليلي تتمثل فيما يلي:

### -قاعدة التداعي الحر:

وهي قاعدة أساسية، إذ يقترح عدم فرض رقابة على أفكار ومشاعر الأفراد داخل المجموعة، وكذلك الحرية في تبادلها مع الآخرين. كما يركز العلاج الجماعي على التبادل اللفظي، إلا أن بعض المعالجين يقترحون بعض التقنيات كالسيكودراما أو الاسترخاء التحليلي مثل ج.س.روشي ( J.C.Rouchy )

### -قاعدة السرية:

قاعدة السرية من القواعد الهامة، إذ أن ما يحدث داخل المجموعة يتعلق بأفراد المجموعة. إذ لم يتم احترام هذه القاعدة فإن حرية التبادلات بين افراد المجموعة ستقل وكذا إمكانيات التعبير عن العواطف والأفكار.

### - قاعدة التحفظ وتحديد العلاقات:

تهدف هذه القاعدة إلى ضرورة تحديدالعلاقات بين أفراد المجموعة داخل الجلسة العلاجية فقط، لا يمكن للمرضى أن يلتقوا خارج الجلسات العلاجية لأن ذلك سيؤثر على

نوع العلاقات، كأن تتم رفض رقابة على نوع من العلاقات بين الأفراد.(تحديد بين الداخل والخارج).

### 7-دواعي العلاج التحليلي الجماعي:

من بين العوامل التي يتم تجاهلها عند دراسة دواعي العلاج الجماعي نجد: الاطار العلاجي المؤسساتي، والذي سيحدد ما اذا كان فرديا أو جماعيا، وكيف سيتم دفع الرسوم وهل هو مجاني.

كما أن سيتغير على حسب نوع الممارسة التي يتم اقتراحها وعلى تواتر الجلسات

.....

### الحالات الحدية:

كما نعرف كلنا أن الحالات العصائية يسهل معها العمل التحليلي الفردي وذلك لاعتبارات تتعلق بنوع الشخصية ونوع الصراع الذي يحدث بين القوى الثلاث وهو ما يؤدي إلى أن النا يصبح كمراقب، إن الأنا يشكل "مجموعة" من خلال مجمل الصراعات التي تتم على مستواه وكذا عمل الرمزية الذي ينحدر منه.

إلا أنه في الحالات الحدية، وفي اضطرابات التقمصات، سيهاجم النكوص النرجسي ووظيفة المراقبة للأنا وهو ما يؤدي بالفرد إلى البحث عن شخص مماثل نرجسيا (double narcissique) خارجيا من أجل التغلب على الغياب المؤلم للمرأة الداخلية.

إن هذا التوظيف المتميز بالضعف في الهوية الشخصية يؤدي إلى صعوبة العلاج الفردي، وهو ما يؤدي إلى اقتراح العلاجات الجماعية التحليلية و التي تسمح بعلاج هذه العلاقات المرضية بالإضافة إلى كونه يشكل دعامة نرجسية هامة.

ومن هذا المنطلق يصبح هذا النوع من العلاجات هاما بالنسبة للمرضى المنتمين إلى سجل الحالات الحدية أي الباثولوجيا النرجسية وياثولوجيا الغلافات و الذين لا يستطيعون من خلال اختلال الموضوع الأولي، القيام بالادماجات اللازمة لبناء القواعد النرجسية الصلبة، و التي تعمل على احتواء الهوامات الهدامة المرتبطة بالغياب وبالتالي تفشل في استدخال وظيفة صاد الاستنثارات.مع

كما نجد في هذا النوع من الحالات صعوبات في التعامل الوجودية الاكتئابية وهو ما يؤدي إلى ظهور القلق الخطير أثناء التعرض للفقدان وكما يؤدي إلى ميكانزمات الانشطار.

إن الهدف من العلاج الجماعي ومن خلال المجموعة التي تشكل دور وسيط ، ستسمح للمرضى باختبار قوتهم الكاملة من خلال وجود حدود جد صلبة من أجل احتواء تهديمتهم، ومن خلال خلق فضاء التفكير المشترك فإنه من السهل أخذ المسافة عن الصورة الأمومية المهددة من خلال التصدي للتهديد الذي يخلق من الابتعاد الجماعي.

### تدخلات أخرى:

يمكن أن يقترح العلاج الجماعي التحليلي في كل مرة يصعب فيها للتحويل أن ينشأ في العلاقة العلاجية الفردية، وفي كل مرة يقتضي فيها الاهتمام بمعاونة الفرد ضرورة وجود شروط للاحتواء النفسي.

وعليه تصبح المجموعة غلافًا قادرًا على استقبال واحتواء الهومات ومواضيع التقمص وهو ما من شأنه ترميم الوظيفة الرمزية التي تسمح باللجوء إلى وظيفة التفكير.

### كيف يتم العمل العلاجي:

إن فضاء المجموعة له طبيعة علاجية خاصة، إنه يسمح بتحديد الداخل و الخارج وهو ما يسمح ببناء العلاقات بين ما هو بين شخصي و ما هو بين نفسي.

لهذا الإطار تحليلي ونفسي-اجتماعي، ثلاث خصائص أساسية وهي:

الخاصية الأولى: احتواء القلق الأولي

الخاصية الثانية: الفضاء البيئي للتعبير

الخاصية الثالثة: سياقات التقمص والتي تعطي إمكانيات للفرد من أجل إعادة هيكلة الفرد.

إن هذه العمليات لا تركز فقط على الماضي ولكن على الحاضر مع تفتح على المستقبل.

إن هذا النوع من العلاج يسمح بإعادة بناء تكوينات اللاشعور من جهة و الإدماج الاجتماعي للمريض من جهة أخرى (التعلم من الخبرة).

## المحاضرة 09 : مراحل العلاج النفسي الجماعي

### الهدف من المحاضرة:

-التعريف بأهم مراحل العلاج الجماعي

-مزايا و عيوب هذا النوع من العلاج

### 1-مراحل العلاج النفسي الجماعي:

يمر العلاج الجماعي كغيره من أنواع العلاج النفسي بمراحل عدة من بداية العلاج إلى غاية انتهائه، إلا أن هناك خصائص ومميزات يشد بها عن بقية أنواع العلاج تفرضها التكنيكات التي يعتمد عليها، وطريقة الوصول إلى الأهداف العلاجية.

يمكن إيجاز مراحل العلاج النفسي الجماعي حسب ل، فطيم (1994) فيما يلي:

### 1- المرحلة الأولى:

أوضح العديد من المعالجين النفسانيين المختصين في العلاج النفسي الجماعي على أن بداية الجلسات العلاجية الجماعية هي أصعب اللحظات، وذلك لان هناك تجمعا من الأشخاص، هذا التجمع يثير القلق والريبة والشك عند الآخرين، إن طريقة تصرف المعالج في بداية الجلسة العلاجية الجماعية هي التي تساع على تجاوز هذه المرحلة، وهناك عدة طرق، منها:

- الصمت التام حتى يبدأ أحد أفراد الجماعة العلاجية في قطع هذا الصمت، ولا شك أن ذلك قد يجر الجماعة إلى الحديث والتفاعل.
- قد يبدأ المعالج بشرح المطلوب من أعضاء الجماعة إبان الجلسات العلاجية مركزا على ضرورة الالتزام بالصراحة والصدق، وأن ما يدور داخل الجماعة سرا لا يجب تداوله خارج الجلسة الجماعية، ويبدأ هو بتقديم نفسه ليس من خلال المعلومات

الشائعة والمعروفة عن الشخص من قبل الاسم، السن المهنة التعليم... ولكن أن يقدم نفسه كما يراه هو مناسب.

## 2- المرحلة الثانية:

وتمثل هذه المرحلة البداية الفعلية للعملية العلاجية، بحيث يعمل المعالج النفسي الجمعي على تطبيق التكنيكات العلاجية التي يراها مناسبة في العلاج، وهذا يتوقف على نوعية المشكل المراد علاجه وخصائص المجموعة العلاجية، ومن التكنيكات المستعملة في الجلسات العلاجية نجد: تبادل الأدوار، المناقشات والمحاضرات التعليمية، أسلوب المواجهة.

## 3- المرحلة الثالثة:

مثلاً كانت البداية صعبة ومتوترة، تكون النهاية صعبة ومثيرة للعديد من المشاعر والأحاسيس، فلقد تفاعل أعضاء الجماعة مع بعضهم البعض، ومروا بالعديد من الخبرات وأتيحت لهم فرص للتعارف وكشف نفوسهم بدرجة أكبر، وها هي الأيام تقترب، وسوف يسدل الستار على هذا التجمع.

ومن الأساليب التي يلجأ إليها المعالج في هذا الأمر:

- إخبار أعضاء الجماعة بنهاية الجلسات الجماعية قبل نهايتها بفترة كافية، حتى يستعد أعضاء الجماعة لذلك نفسياً وعقلياً.
- أن يوضح لأعضاء الجماعة أن موقف العلاج النفسي الجماعي مثله في ذلك أي موقف في الحياة، لا بد أن ينمو ويتلاشى.
- أن يوضح لهم أن أي شخص أحتاج إلى معونة نفسية عليه أن يحضر في أي وقت مما يخلق حالة من الأمان لدى الشخص الذي يقلق من هذه الجماعة .
- أن يطلب المعالج من كل فرد أن يحدد سلوكاً كان قد دخل إلى العلاج الجمعي بهدف تغييره، وقد تغير بالفعل، مللاً ذلك بأمثلة حياتية أحرز فيها نجاحاً.

- أو أن يطلب من كل فرد من المجموعة أن يحدد لنفسه مجموعة من الأهداف التي يجب أن يسعى إلى تحقيقها، وما توقعه للعقبات التي سيواجهها وكيفية المواجهة. (غانم، 2004م)

### العلاج النفسي الجماعي في من وجهة نظر التحليل النفسي:

حيث ندرج تحت هذا العنوان اتجاهين:

#### 1- الاتجاه الأول - التحليل النفسي الكلاسيكي:

المعتمد على التحليل النفسي الكلاسيكي لفرويد والذي يرى الجماعة ما هي إلا مجموعة من الأفراد يرتبطون من خلال عملية التوحد Identification مع القائد، ومع كل من الأفراد الآخرين والقائد هو الأب الأول Primal والذي يخضع له كل عضو من أعضاء الجماعة أناه .

وعلم نفس الجماعة في رأي فرويد هو العلم الذي يدرس الفرد في الجماعة، وليس الجماعة بوصفها ككل، والجماعة هنا تعني الأمة أو الطائفة أو المهنة أو المؤسسة، وقد يكون الفرد جزءا مكونا لحشد من الناس في جماعة لفترة معينة ولغرض معين. وقد اعتقد فرويد أن العائلة وتفاعلات الطفل والموقف العائلي في النموذج الأول Prototype للحياة الجماعية التالية، وفي الجماعة العلاجية يسلك الفرد غالبا نفس الأسلوب الذي كان يسلكه في جماعة العائلة، وقد لاحظ فرويد أننا بالإضافة إلى تأثير القائد في الأعضاء، فإن كل عضو فرد يؤثر في أعضاء الجماعة.

ولذا فإنه قبل البدء في العلاج النفسي الجماعي ووفقا لنظرية التحليل النفسي تتم مجموعة من الإجراءات مثل: ضرورة إعداد المريض في جلسات تمهيدية قبل الجلسات الفعلية حيث يتم في هذه الجلسات إلقاء تعليمات عليه والتشديد على ضرورة أن يكون آمينا وجريئا ومنفتحا مع الآخرين بالرغم من أنه قد يكره وجود بعض الأفراد في الجماعة وقد يبدلونه نفس الكره ولكن هذا لا يهم في بداية التفاعل لأن الصرامة ستقود إلى العديد من التعديلات. بعد ذلك يتم اختيار المريض المنتظم في الجلسات العلاجية والتي تستند إلى نظرية التحليل النفسي إذ يتطلب ذلك جمع أكبر قدر من المعلومات عن الشخص، ويتم ذلك من خلال جلسات فردية، ودراسة الحالة مثلا للتعرف على تاريخه السابق ودرجة القلق لديه

وطبيعة علاقته بالسلطة والعديد من العوامل التي خبرها الشخص عبر مراحل حياته المختلفة.

في مثل هذه الجلسات يتم التركيز على الإسقاط والكبت والإنكار، والطرح والمقاومة والنمو النفسي الجنسي والدوافع اللاشعورية، وتختلف هذه الأنواع فيما بينها في درجة التركيز الذي توليه لمفهوم بعينه دون غيره، إضافة إلى الاهتمام بتحليل الأحلام والتداعي الحر والتفصيل وتفسير زلات اللسان الهفوات والنسيان، إضافة إلى الأخذ في الاعتبار المشكلة هامة تواجه الأعضاء وهي كيفية إنهاء الجلسات، لأن طول فترة التفاعل تكون قد خلقت لديهم نوعا من الاعتماد والتماسك. لذا من الضروري التمهيد لإنهاء الجلسات بوقت كاف يتراوح ما بين شهرين إلى ثلاثة أشهر لتجنب كافة الإشكالات وكيفية مواجهتها، والانتهاء الناجح للعلاقة والذي يمكن أن يكون مصدر تشجيع للجميع ويقود إلى نتائج إيجابية.

## 2- الاتجاه الثاني - الدينامي:

يميل معظم المعالجين إلى استخدام مفاهيم التحليل النفسي الفردي الخاصة بالمرض والعلاج عند العمل مع الجماعات،؛ ومثال ذلك الاهتمام بديناميات اللاشعور والنكوص وميكانيزمات الدفاع،.

يركز هذا التيار على العلاقات بين الأشخاص وعلى العمليات النفسية داخل الجماعة، يعتبر سلافسون من أبرز رواد الميدان العلاجي وقد قامت أعماله على مفاهيم وقضايا التحليل النفسي الرئيسية. كذلك يقبل بتقسيم النفس إلى الهو والأنا والأنا الأعلى، كما يقبل دينامية الليبدو وعمليات التحويل والتداعي المطلق والاستبصار.

كما يبتعد على الأفكار التقليدية في التحليل النفسي كما يتضح في أعمال ويلفرد بيون الذي لم يتناول التحويل أو النكوص أو ديناميات اللاشعور أو المقاومة كما في التحليل النفسيين ولكنه يتمسك بجانب واحد من تلك النظرية فيما يتعلق بالظاهر والباطن وأن الأشياء ليست كما تبدو، كما يركز بيون على حاجة الجماعة للقائد. ( فطيم، 1994 )

حيث ينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى السلوك والتفاعل بين أعضاء الجماعة في إطار الموضوعات المشتركة بين أعضاء الجماعة ويكون هذا الموضوع المشترك غالبا رباطا لاشعوريا بين أعضاء الجماعة ، يتضح في العلاقة بين الطرفين جماعة معالج حيث تظهر

علمية الطرح عن طريق تجنب ما قد يوحي بأن له سلطانا وهو يمارس الصمت ويشجع الجماعة على أن تتحمل مسؤوليتها بنفسها. ولذا فإن المعالج من هذا النوع قلما يتكلم، ومن النادر أن يوجه حديثه إلى عضو معين، وإذا ما تكلم فإنه يتناول الموضوعات اللاشعورية غير الظاهرة والتي تخص جميع أعضاء الجماعة ولا يكون كلامه استجابة للنقاش الدائر بينهم.

وعموما يفترض العلاج الجمعي الذي يستند إلى نظرية التحليل النفسي (بشقيها الكلاسيكي و الجديد) إلى حقيقة أن سلوك الأفراد في الجماعة هو سلوك ظاهري يخفي أشياء أعمق، كما أن السلوك الملاحظ بين الأعضاء هو تعبير عن ظاهرة الطرح وقد يرتبط بما يدور في لاشعوره، وأن الفرد لا يدرك حقيقة دوافعه.

أما المعالج فهو وحده الذي يستطيع أن يميز هذه الدوافع ويستطيع بمهاراته أن يساعد أعضاء الجماعة على إدراكها نظرا لمعرفته الواعية بنظرية وفنيات العلاج النفسي الجماعي، ويتطلب ذلك عادة تقصي تاريخ حياة الأفراد والأحداث التي مروا بها خلال حياتهم.

إن العلاج التحليلي الجماعي يحقق إقامة علاقات متنوعة بين المريض والمعالج وبين المريض والأطفال الآخرين.

### 9-مراحل نمو الجماعة:

من أجل توضيح نمو الجماعة، يقترح "بيون" ثلاث مراحل يتم فيها الانتقال من أدنى مستوى، حيث تكون الأهداف غير واضحة الى مستوى اخر يكون فيه مستوى العمل أكبر وتتخفف - فيه درجة الانفعال.(عن فطيم، 1994، ص 93)

#### 1-المرحلة الباكرة:

يكون الهدف فيه هذه المرحلة هو توزيع النفوذ والاتجاه نحو السلطة، بحيث تحتاج كل جماعة إلى قائد كفاء يستطيع تحريك الجماعة في اتجاه أهدافها، وسعي الأفراد داخل الجماعة إلى اتخاذ مواضعهم.

## 2- المرحلة الوسطى:

يزداد التفاعل داخل المجموعة بين الافراد والقائد وهو ما من شأنه معرفة القائد بشكل جيد ،  
فاذا كان هذا الأخير متساهلا إزداد الصراع على السلطة والسلوك المخالف للقائد.

بعدها تستقر القيادة يظهر السلوك الائتلافي وتظهر الجماعات الفرعية والتي تتنافس فيما  
بينها.

وفي الختام تحدث مرحلة من السعادة والرضى بسبب النجاح في حل الصراعات والنزاعات  
ونشوء علاقات مبنية على الرضا والقبول.

## 3-مرحلة النضج:

في هذه المرحلة يزداد تماسك المجموعة وتتبلور معايير الجماعة وتمارس ضغوط للخارجين  
عنها.

يقاس نضج الجماعة بالنظر إلى مدى كفاءتها على معالجة التوترات والصراعات.

تعتبر مرحلة النضج مرحلة من تكامل الجماعة ومرونتها والتعبير الصادق عن مشاعرها  
وإنجاز المهام وتتميز عادة بالإنتاج العالي والائتلاف واعتماد الأفراد على بعضهم البعض.

من الضروري أن نوضح أن العلاج الجماعي ذو المنحى التحليلي يحتاج إلى  
تكوين وتدريب حتى يتمكن المعالج من القيام بمهامه والوصول على مساعدة  
المجموعة على التخلص من مشكلاتها النفسية.

النمو اللاحق	النمو الباكر	السلوك الفردي	محور الاهتمام
الترحيب بالاختلاف	الامتثال	تقبل الذات والآخرين	الثقة
التدعيم والتشجيع	الخوف من عدم الكفاءة	نشوء الثقة	التقبل
تقبل عدم الامتثال	البحث عن المكانة	التعبير عن الود	العضوية
الثقة وخوض المخاطر	الحاجة إلى تحديد الدور	رؤية الاختلافات	
الوضوح	التخطيط والحذر	التلقائية	الصراحة
المباشرة	الغموض	الاستجابة	انسياب المعلومات
التعبير التلقائي	السرية	عمق التواصل	اتخاذ القرارات
الاستماع والمشاركة	تحريف المعلومات	المكاشفة	
			الإنجاز
الانشغال والابتكار	الاستمالة-النضج	تأكيد الذات	وضع الأهداف
التعاون	الدوافع الخارجية	الاستكشاف	الإنتاج
الأهداف المشتركة	المنافسة والتباري	استيضاح الحاجات	
الحماس	الانسجام والرفض	الذاتية	
انعدام الشكليات		الإنتاج	
مرونة البناء	الاعتمادية	المشاركة والتعاون	الاعتماد المتبادل
قلة الحاجة للقيادة	المساومة	الحصول على الحرية	السيطرة والتنظيم
عدم الاهتمام بالسلطات والأدوار	القواعد الرسمية البناء وقنوات الاتصال	ومنحها للآخرين	

مراحل نمو الجماعة (ل، فطيم، 1994، 98)

## - مهارات قيادة الجماعات العلاجية:

يذكر فطيم (1994) أن هناك عشرين مهارة ضرورية لابد ان تتوفر في قائد الجماعة العلاجية حتى يقوم بعمله على أحسن وجه، ويركز على ثلاثة منها وهي:

### - تعيين وتوضيح وتسمية وتأمل المشاعر:

يجب على القائد أن يعين ويركز على مشاعر معينة بالرجوع إلى منطق معين، بما يساعده على الوصول إلى بؤرة القضية الأساسية. كما يساعد ذلك على استكشاف ما يدور في دور في ذوات المنتمين للجماعة وبالتالي يسمح بوضع الأهداف وإيجاد أساليب بديلة للتفكير والسلوك.

### - تعيين وتوضيح وتسمية وتأمل السلوك:

ان مهمة المعالج الجمعي هو فهم معنى أي سلوك، لأنه يبحث دائما عن اسب التدخلات. ان امتلاك هذه المهارة يتطلب أن يسجلها القائد في عقله ويعطيها المعنى الصحيح، كما يجب أن يكون واعيا ومنتبها لكل ما يجري داخل الجماعة، فاذا لم يكن كذلك فسيغفل عن السلوك المعين أو يسيئ تفسيره.

### - تعيين وتوضيح وتسمية وتأمل المعلومات المعرفية:

يقصد بالمعلومات المعرفية عمليات التفكير ونواتجها والصياغات المنطقية والامنطقية.....

ان الهدف من العلاج الجماعي (وحتى الفردي) هو مساعدة الافراد على تغيير سلوكهم والوصول بهم إلى التفكير بوضوح واكثر منطقية.

سنوضح فيما يلي بعضا من المهارات الأخرى:

- توجيه الأسئلة واثارة الموضوعات واستخراج المادة الملائمة للعملية العلاجية

- تلخيص ومراجعة المواد الهامة التي طرحت

- التفسير
- الربط بين الأشياء
- تقديم المعلومات
- التطمين والتشجيع والتدعيم
- استخدام رسائل واضحة ومختصرة وذات معنى
- تجنب الأحداث والوقائع التي تؤدي إلى تفجر الجماعة.

### مزايا وعيوب العلاج النفسي الجماعي:

#### 1- المزايا:

- الجماعة تعطي فرصة لتعلم الكثير من جوانب السلوك، وممارستها من خلال استجابته الدائمة المتطلبات الجماعة.
- في مواقف العلاج الجماعي عادة ما تتكون داخل الجماعة معايير معينة، غرضها التفاعل الدائم بين أفرادها، وهذا بلا شك يساعد على وضع ضوابط وقيود على بعض الأنواع غير المرغوبة من السلوك التي تصدر عن الفرد، وهنا يتنازل الفرد عن معايير وينصاع لمعايير الجماعة والتي تكون مرتبطة بالقيم السائدة في المجتمع.
- يمكن للمعالج أن يعمل على تغيير المعايير الخاطئة التي قد تنشأ في الجماعة كالميل إلى التهجم أو النقد غير المنطقي، واللامبالاة، وغيرها من السلوكيات الخاطئة.
- يستطيع الفرد من خلال تفاعله مع أعضاء الجماعة أن يقيم نفسه، وما يصدر منه من سلوك، وبالتالي يتكون لديه حاسة الاستبصار بأخطائه، ومحاولة تعديلها.
- تستخدم بعض الجماعات العلاجية طريقة لعب الأدوار، وهذا الأسلوب يعتمد على التمثيل والمرونة في استخدام الأدوار كوسيلة من وسائل اكتشاف الشخصية، ويمكن من خلال القيام بهذه الأدوار تحسين الأداء، والاستبصار بهذه الأخطاء.

• قلة تكلفة هذا النوع من العلاج سواء كانت تكلفة مادية أم بشرية، ففي جلسة واحدة يستطيع معالج واحد أن يرى ما يقارب من 7 إلى 12 شخص، وقد يتوصل بهم جميعا إلى نتائج إيجابية قد تفوق نتائج العلاج الجماعي.

يقلل من حدة التمركز حول الذات، ويوفر فرصة لتحقيق الذات وإحراز المكانة والتقدير مما ينمي الثقة في النفس، ويقوي عاطفة اعتبار الذات لدى الشخص. (عبد السلام حامد زهران، 1997، ص324)

## 2- العيوب:

إن الأساس في العلمية العلاجية شخصان، الأول المعالج، والثاني المريض أو المرضى، ويجب توافر المجموعة من الشروط في الطرفين، ففي المعالج لا بد من توافر شروط أهمها: التدريب مع توافر العديد من الصفات. أما المرضى فيجب أن تتوفر لديهم الدافعية والاستعداد وغيرها من العوامل، لكن إذا حدث خطأ من طرف أو الطرفين معا فإن ذلك يعكس سلبا على المرضى من خلال المضاعفات التالية:

• قد يزداد القلق عند المريض، وينصرف عن العلاج النفسي تماما.

يتضح مما سبق أن العلاج النفسي الجماعي أحد المناهج التطبيقية في ميدان العلاج النفسي والتي عرفت تطورا كبيرا منذ بدايات استعماله، وذلك نتيجة لفاعليته في علاج العديد من الاضطرابات النفسية كما أكدته الممارسة العيادية للكثير من علماء النفس في المجال، وكذا البحوث المتعاقبة التي أجريت لمعرفة مدى فعاليته كتقنية علاجية.

علاوة على أهميته من الناحية الاقتصادية سواء من حيث الوقت أو الإمكانية البشرية التي يتطلبها، والذي ظهر أثرها أثناء الأزمات التي تعرضت لها الدول كالحروب والكوارث الطبيعية، وما نجم عنها من أعداد كبيرة للمتضررين الذي يحتاجون للتكفل والدعم النفسي، كما شكل أحد الحلول الناجحة في تغطية العجز المسجل في كثير من الدول النامية، من حيث المتخصصين في مجال العلاج النفسي.

## المحاضرة 10 : السيكودراما

### الهدف من المحاضرة:

- تهدف المحاضرة إلى تعريف الطالب بتقنية السيكودراما، نشأتها، أهدافها وفنيتها.
- تعريف الطالب بدواعي استعمال السكودراما و فوائدها.

### 1- لمحة عن نشأة السيكودراما:

السيكودراما عبارة عن واحدة من أساليب العلاج النفسي الجماعي التي أسسها عالم النفس النمساوي مورينو، كتقنية علاجية في العشرينات من القرن الماضي وكامتداد للتحليل النفسي الذي ابتدعه فرويد لكن إن كان التحليل النفسي يعتمد على حالات فردية، فإن السيكودراما أسلوب علاجي جماعي.

عندما حضر مورينو صفا لفرويد ، كتب ذلك في سيرته الذاتية وقال أن فرويد خصه من بين طلابه وسأله عن ما يفعله، فأجاب مورينو " أنت تحلل أحلام الناس وأنا أعطيهم الدافع ليحللوا من جديد، أنت تحللهم لأجزاء وقطع نفسية وأنا أساعدهم ليقوموا باعادة هذه الأجزاء مع بعضها البعض"

إن السيكودراما أسلوب علاجي جماعي يعتمد على وجود الفرد داخل الجماعة وتعمل هذه الجماعة على:

- تهيئة الفرصة للتعبير التلقائي عن المشاكل النفسية
- يتخذ هذا التعبير أشكالاً ذات طبيعة درامية
- يتم ذلك من خلال التعبير اللفظي والحركي

تعرف السيكودراما على أنها واحدة من الأساليب العلاجية التي تعتمد على الأداء الدرامي في مواقف مسرحية تدور حول بعض المشكلات النفسية، ومن خلال التعبير الحر لأفراد الجماعة كل حسب الدور الذي اقتضاه من أدوار الموقف، يتم التنفيس الانفعالي والاستبصار الذاتي بالمشكلات التي يدور حولها الموقف المسرحي. (مورينو، ترجمة خطاب، 2019)

كما تعرف على أنها "شكل من أشكال لعب الأدوار... حيث يقوم المرضى هنا بتمثيل أدوار كما لو كانوا في مسرحية وينتج عن هذا التمثيل تفريغ انفعالي، الامر الذي يزيد من الاستبصار وفهم الذات .... وقد تشمل الدراما حدثا من ماضي المريض (تيموثي، ترول ، ترجمة داود، 2007)

## 2- الغرض من السيكودراما:

لقد افترض مورينو أنه عندما يؤدي الفرد دورا خاصا بالمصادفة أو داخل جماعة العلاج التي يشعر فيها بالأمان، فإنه سوف يكشف عن نماذج لاشعورية، وانفعالات غير مريحة، وصراعات عميقة وأفكار ذات معنى لحياته ومن ثم تظهر هذه النماذج الداخلية على أدائه الخارجي.

تسمح كل المناقشة وتقنيات السيكودراما للفرد من أن يحصل على وعي واستبصار جديدين يعملان على زيادة ووضوح رؤية البدائل التي تساعد على العلاج.

## 3- عناصر السيكودراما: (مورينو، ترجمة خطاب، 2019)

يقوم العلاج بالسيكودراما على خمس عناصر أساسية:

### أ- البطل:

هو المريض، ويسمى أيضا بالشخصية المحورية، الذي تتمركز حوله أحداث المسرحية ويقوم بتمثيل مشكلة وقعت له ن وأن يكون نفسه وأن يصور عالمه الخاص بشكل تلقائي، وهو ما يعرف بالتنفيس الانفعالي.

## ب- المخرج:

هو المعالج النفسي والذي يكون خبير بالسيكودراما وظيفته اختياره الممثلين، ووضع السيناريو واختيار المكان المناسب للعلاج، يعمل على تنمية المشهد وتسهيل التعبير الحر التلقائي عن المشاعر والاسهاب في التعبير عنها.

## ت- المجموعة (الشخصيات المساعدة- الأنوات المساعدة):

هم الممثلون المساعدون في أداء دور المريض وذلك من خلال القيام بأدوار أخرى، بالإضافة المرضى أو الممثلين الاحتياط المدربين على أداء هذه الأدوار.

## ث- الجمهور (المشاهدين):

هم مجموعة من الحاضرين، ويمثلون الرأي العام بالنسبة للمريض، حيث أن استجاباتهم أو تعليقاتهم تعكس مدى قبول المجتمع أو رفضه لما يصدر عن البطل.

## ج- خشبة المسرح:

هي المكان الذي يجري فوقه العمل الدرامي، وهي تعتبر بمثابة نموذج مصغر للعالم الخارجي، وكما في الحياة فإن الواقع يختلط فوقها بالأوهام الفنتازية وتصمم خشبة المسرح للحاجات العلاجية، ويفضل أن تكون دائرة يحيط بها الجمهور.

## 4- دواعي استخدام السيكودراما:

تستخدم السيكودراما كتقنية علاجية على نطاق واسع في علاج الاضطرابات العقلية والنفسية ومن دواعي استخدامها، نذكر على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

- علاج الأطفال، المراهقين والراشدين

- يستخدم في علاج الأسرة

- يستخدم في علاج الحالات الانحرافية وحالات الإدمان وأمراض الكلام.

- علاج المشكلات المهنية وتحقيق التوافق المهني

- علاج حالات الانطواء والانعزال والاكتئاب والخجل.

## 5- فوائد العلاج بالسيكودراما: (مورينو، ترجمة خطاب، 2019)

هناك العديد من المزايا والفوائد العلاجية المشتركة بين السيكودراما والعلاج الجماعي، ومنها على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

-التخفيف من الشعور بالاختلاف

- التخفيف من مقاومة المريض للتحدث عن مشكلاته

- تنمية الدور الإيجابي للنشاط العملي والجماعي للمريض بشكل فعال

-التفريغ الجماعي وإقامة علاقات اجتماعية جديدة، مما يتيح الفرصة للتعرف على مشاعر المريض السالبة واتجاهاته غير المرغوب فيها نحو الغير ونحو المواقف والأشياء ومحاولة إحلال بعض المشاعر والاتجاهات الموجبة محلها.

-الاستبصار الجديد وهي نتيجة للعمليات السابقة جميعها حيث تهيئ المجموعة العلاجية بالشخصية للمريض رؤية جديدة لنفسه ولمشكلاتهم حيث يدرك ذاته وهو ما يؤدي إلى اكتساب المريض بصيرة بحقيقة مشكلاته.

أما المزايا التي تنفرد بها السيكودراما دون غيرها من أشكال العلاج الجماعي يمكن توضيحها فيما يلي:

-تعطي فرصة للتنفيس والتفريغ الانفعالي وإلى تحقيق التلقائية، وإدراك نمط الاستجابات الشاذة لدى المريض وإدراك الواقع و تحقيق التوافق الاجتماعي و التعلم من الخبرة.

-تفيد السيكودراما في التخلص من القلق والإحباط وحل الصراع في مواقف تشبه مواقف الحياة الواقعية.

- يستطيع المعالج من يستفيد من التعبيرات غير اللفظية أو ما يسمى بلغة الجسد مما تعد أصدق ترجمة لما يدور في أعماق المريض، ومن ثم فهي تكشف عما لا يستطيع المريض أن يعبر عنه بالكلمات.

-تعتبر العلاج الأمتل والفعال للمرضى الذين يعانون من صعوبة الاتصال اللفظي.

-اثبتت التجربة نجاح السيكدراما في علاج معظم الاضطرابات النفسية، سواء كانت عصابية أم ذهانية، وسواء كانت تتعلق بالشخصية واضطراباته أو بالعلاقات بين الشخصية، أو السلوك المضاد للمجتمع.

كما اثبت فعالية هذه التقنية في علاج الاكتئاب لدى النساء (دراسة أحمد صالح، 2015)

اللاتي يعانون من اضطراب الاكتئاب ويتابعن في مركز غزة المجتمعي ، تكونت عينة الدراسة من 30 سيدة تتراوح أعمارهن بين 18 و 60 سنة.

وقد تم تطبيق كل من مقياس بيك للاكتئاب وكذا برنامج السيكدراما ، وقد بينت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي وهو ما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي في خفض أعراض الاكتئاب.

**6- أساليب وفنيات السيكدراما: (مورينو، ترجمة خطاب، 2019)**

الأساليب المتبعة في السيكدراما كثيرة نذكر منها:

**أ- عكس الأدوار:**

في هذا الأسلوب يقوم المريض بأداء دور غير دوره وفي الغالب يقوم بتمثيل دور أشخاص آخرين ممن لديه مشكلة معهم، وهو ما يسمح له بمعايشة الواقع من زاوية أخرى وهو ما يسمح برؤية المشكلة من زاوية أخرى.

**ب- تقنية المراة:**

في هذا الأسلوب يقوم ممثل آخر بدور المريض وهو ما يسمح له بأخذ مسافة بالنسبة لمشكلته و التبصر بها ومعرفة الأنماط السلوكية التي أدت إلى تفاقم مشكلته.

**ت- تقنية النموذج:**

في هذه التقنية يكون المريض متفرج ولكن من يقوم بوره يعمل على أداء الدور بحلول نموذجية.

### ث-تقنية مناجاة الذات:

إنها مناجاة بطل الرواية لذاته أو منولوج في تقنية مناجاة الذات العلاجية. إنها تصوير الحوارات الجانبية والأفعال الجانبية لأفكار ومشاعر خفية، التي تتوازي مع الأفكار والأفعال الصريحة.

### ج-تقنية عرض الذات:

يقوم البطل بدور أمه، وأبيه، أخته أو زوجته، وأي عضو من عالمه في أحادية ذاتية كاملة، كما يراهم.

### ح-تقنية تحقيق الذات:

تستخدم هذه التقنية في عرض صراعات المفحوص، والأنا المساعدة تكون جنباً إلى جنب المريض، وتتفاعل معه كأنها نفسه، وتساعده في تقييم مشكلاته.

### خ-تقنية الدوبلاج:

يقوم شخص بتأدية دور ظل المريض الذي يقوم بالتعبير شفويا عن لغة جسد المريض، في الدوبلاج يقوم المخرج بإيقاف المسرحية ليسأل المريض إن كان ظله قد نجح في التعبير عن لغة جسده، هذا النوع يتيح فرصة للمريض كي يثبط الحل غير المنطوق به في حركاته.

## 7-مراحل العملية السيكودرامية:

تتكون السيكودراما من ثلاث مراحل يمكن توضيحها كما يلي:

### -المرحلة الأولى: التهيئة

يرى مورينو أن التهيئة تشمل الإثارة من أجل تحقيق الأهداف والإحساس بالأمان والثقة في الآخرين الموجودين في المجموعة، كما يتم التعرف على مشكلة المرضى.

### -المرحلة الثانية: الفعل أو الحدث

تشمل هذه المرحلة التمثيل للمواقف الماضية أو الحاضرة أو حدث متوقع بمساعدة المعالج والأعضاء.

#### -المرحلة الثالثة: المناقشة-

إنها مرحلة ما بعد الحدث وفيها يطلب من المشاركين مشاركة البطل ملاحظاتهم وردود أفعالهم.

تسمح هذه المرحلة بعضا من السلوكيات الجديدة مع أفراد آخرين خارج المجموعة والتعامل مع المواقف بأكثر فعالية.

#### -8-السيكودراما التحليلية للأطفال:

يفترض مورينو ان انزيو Anzieu يؤيد استخدام التقنيات الرمزية فقط مع تجنب العرض المباشر للمواقف الواقعية، كما أن المساعدين يكونون أكثر فاعلية في التمثيل مع تبني اتجاه حذر وتأمل.

وبشكل عام، يعتقد مورينو أن التعديلات الفرنسية على السيكودراما لا تتناقض مع مناهج البحث الأمريكية، غير أنها تصر على صورة معينة يجب تطبيقها في كل الحالات. (محمود خطاب، 2019)

في عام 1946، تمت محاولة تجربتين جديدتين في مجال العلاج النفسي الجماعي Höpital des enfants malades للأطفال في فرنسا: أحدهما في خدمة البروفيسور هيوير، في psychopédagogique de l'académie de Paris ، والآخر في مركز (Boutonietonier). مركز كلود برنارد) كان المدير الطبي جوليت بوتونييه (Boutonietonier).

تم نشر أول مراجعة لعمل لمدة عام في عدد من مجلة (1947) Sauvegarde، رقم (15-16) المخصصة للعلاج النفسي للأطفال. تجعل هذه المقالات من الممكن فهم

كيفية حدوث الدراما النفسية، في فرنسا، من بين طرق العلاج النفسي التحليلي،  
المصير الذي لا يبدو أنه كان في البلدان الأنجلو ساكسونية.

- المقال الأول 'مورو دريفوس J. Moreau-Dreyfus et S. Lebovici ' وس. ليبوفيتشي، «العلاج الجماعي عند الأطفال» (ص 17-34)، يبين المؤلفين، بعد محاولات مختلفة، تجريبية في البداية، كيف توصلوا إلى تقنية جديدة، مستوحاة جزئياً من عمل سلافسون على المجموعات العلاجية للأطفال ، بالإضافة إلى تأثرهم بأسلوب مادلين رامبرت، والذي يتمثل في تسهيل تعبير الطفل من خلال دعوته إلى تخيل السيناريوهات التي يتم لعبها معه بمساعدة الدمى. لقد ثبت صعوبة استخدامها في المجموعات ومع الأطفال فوق سن 10، بحيث يتم التخلي عنها لصالح التعبير الدرامي المباشر، كما دعا مورينو، تحت اسم الدراما النفسية. أخيراً، وجد المؤلفان، وكلاهما محل نفسي، أنهما يمثلان بديلاً للوالدين في مجموعات الأطفال، وأن العلاقة التحويلية المستحثة تشكل أحد العوامل الأساسية لديناميكيات العلاج.

- أما المقال الثاني « Le psychodrame de Moreno » فهو لميراي مونود (الصفحة 35-49) والتي وضحت من خلاله كيف بدأت علاقتها مع مورينو، وتعرفت على أسلوبه وكيف حاولت تكييف تقنية السيكودراما مع الظروف المادية التي يوفرها مركز كلود برنارد الذي تم افتتاحه

### جلسة السيكودراما الفردية:

تشمل الجلسات المريض ومعالج قائد اللعبة والمعالجين بالوكالة (4 إلى 6). يُدعى المريض للتعبير عن كل أفكاره حتى يتم نسخها في شكل مشاهد. يقرر الموضوعات والدور الذي يلعبه هو وكذلك الممثلين، وبالتالي يتمتع المريض بكل الحريات

القائد لا يلعب ويتمثل دوره في مرافقة المريض في صياغة المشاهد ومقاطعتها وفقاً للتفسيرات المتاحة. تجعل هذه اللحظات أيضاً من الممكن حرية التعبير وإعادة سياق التداوي عند المريض.

### جلسة السيكودراما في الجماعة:

يشبه سير الجلسات الجماعية الجلسات الفردية يقترح المرضى بدورهم مشاهد، وتظل تفسيرات القائد فردية تماماً. يتعلق الاختلاف الرئيسي بالمثلين الذين يمكن أن يكونوا إما معالجين أو مرضى.

### جلسة السيكودراما الجماعية:

يسمح هذا العلاج بدمج العمليات النفسية الفردية مع العمليات النفسية الجماعية. ثم يشرف القائد على ديناميات المجموعة، وبالتالي ضمان تنوع توزيع الأدوار، والتماسك الداخلي أو نضج المجموعة المثالية.

<https://www.psychologie.fr/article/deroulement-d-une-seance-de-psychodrame->

### 9- عيوب العلاج بالسيكودراما:

- هذه التقنية تحتاج من المهني ترتيباً خاصاً
- على المعالج أن يكون مرناً في استخدام الفنيات في الجلسات مما يخدم الهدف العلاجي.
- لا تحدث السيكودراما تغييرات جذرية في التركيبة الأساسية لشخصية المريض.

## المحاضرة 11 : العلاجات الاسرية ذات المنحى التحليلي

### الهدف من المحاضرة:

-تهدف المحاضرة إلى تعريف الطالب بالعلاجات الأسرية ذات المنحى التحليلي، دوافعها، وأهميتها.

### تعريف العلاج الاسري:

يرجع فروزيتي و جاكوبسون (Fruzzetti et Jacobson, 1991) أصول العلاج الأسري إلى حركة الخدمة الاجتماعية في القرن التاسع عشر، إلا أن هذا العلاج لم يلقى رواجاً إلا خلال منتصف القرن العشرين، ومن بين الأطر النظرية التي ساهمت في ذلك نجد كل من التيار السلوكي والإنساني والذاتان ساهما بإيجاد هذا النوع من العلاج كخيار حيوي للمعالجين النفسيين (تيموثي، ترول ، ترجمة داود، 2005)

### العلاجات الأسرية التحليلية:

إن المعاناة العائلية تؤدي إلى مناطق في الجهاز النفسي للفرد تنتمي إلى ما لا يمكن تصوره ، كما تحرك فيه مشاعر بدائية تلتقي في الغالب مع مشاعر شخصية غير مرصنة ، وهو ما يؤدي إلى اختلال الاستقرار وتحريك الدفاعات .

في الأسرة التي تمر بأزمة، تتألم جميع الروابط: رابطة العهد، أو الروابط الأخوية، وروابط البنوة، والروابط مع العائلات الأصلية، ورابطة الأنساب، والعلاقات مع خارج الأسرة (المشكلة في الخارج).

يجب أن يكون المعالج حاويا وذلك من خلال الاطار العلاجي (Aubertel.F. (2006) :

-الاطار الخارجي و يتمثل في الاطار المادي

-الاطار الداخلي ويتمثل في التكوين: النظري، المنهجي، الشخصي و  
التقويم.

الاطار الخارجي: ويتمثل في المعطيات الحسية والتطبيقية، مثل الجلسات التي تتم مرة كل  
15 يوم وذلك لمدة ساعة أو كل أربع أسابيع.

إن التعليمات المعطاة تهدف إلى إعطاء وإمكانية التحدث والمشاركة ، كما يمكن أن تكون  
بالاحتفاظ بما لا نريد مشاركته. (Aubertel.F. (2006)

يطلب من الأطفال، في الغالب الرسم، ومنتجاتهم تحلل على أساس أنها مادة علاجية.  
يستحسن أن يكون هناك معالجين أو أكثر ، ينقلون ما يحدث في الجلسة كي يكون أثر  
للمعملية العلاجية و تتم المشاركة بين المعالجين بعد الحصة من أجل استرجاع الوحدة  
النفسية وكذا منا أجل عمل الارصان المشترك.

-الاستماع الاسري:

من خلال العلاج التحليلي الأسري يقوم المعالج بالاستماع إلى التداعي العائلي في كل  
مستويات التعبير، سواء كان لفضيا أو غير لفظيا. وهذا النوع من سلسلة التدايعيات يعتبر  
خاصا ويعبر عن التبادلات الخاصة داخل الأسرة.

وعلى هذا الأساس يولي المعالج الأسري أهمية بالغة لفهم ما يحدث من خلال هيكله وتتابع  
عناصر سلسلة التدايعيات وهو ما يسمح بمتابعة عمل الأرصان.

إن تكوين المعالج في المجال الأسري يسمح له بالتعامل مع مبدأ عدم التدخل في العلاقات  
بين الأفراد أو الامتناع (abstinence) والذي لا تتحمل الأسر، ولذلك يسمح تواجد  
المعالج الثاني من العمل على محتويات الجلسات وتسهيل التدخل العلاجي.

من بين المشكلات التي تستدعي العلاج التحليلي الأسري:

-مشكلات الحرمانات وباثولوجيا على المستوى الوالدي.

-باثولوجيا الصلة: سواء من خلال التلازم الدائم أو الرفض العنيف

-المعاناة بعد الصدمة

إن العلاج الاسري التحليلي يسمح باضفاء نوع من الليونة على التوظيفات وتخفيفا للمعاناة والقلق وتفرقة أحسن بين مختلف الفضاءات النفسية الفردية، ذات الصلة أو لا مع المجموعة العائلية.

### تستهدف العلاجات الاسرية ذات المنحى التحليلي:

تستهدف هذه العلاجات حسب جوبر (Ch. Joubert) الأسر التي تعاني من ضائقة (الأحداث المؤلمة، والصدمة، والمرض الجسدي أو العقلي لأحد الأعضاء، والعنف، والإدمان، وما إلى ذلك).

وهو يستند إلى استماع جماعي قائم على افتراض مسبق مزدوج:

1- افتراض نظري يُنظر بموجبه إلى المجموعة العائلية Groupal familial ما يظهر على أعلى مستوى من التوظيف البدائي ، والذي أدى إلى خلل وظيفي وإلى إنشاء دفاعات جذرية تحافظ على الارتباك واللامبالاة بين الأبرار والأجيال والجنسين، أو حتى بين الأحياء/غير الأحياء.

2- افتراض مسبق منهجي يعتبر بموجبه كل ما يقال أو ينتج في الجلسة من قبل الجميع مصدره الأسرة بأكملها لأننا مهتمون بالجزء غير متميز في النفس.

إن معاناة الأسرة تتعلق بالجوانب غير المتميزة للرابط العائلي.

وعليه، سيتم التركيز على أداء المجموعات الأسرية، ولذلك من الأساسي لم شمل الأسرة بأكملها أثناء الجلسات.

تسمح المقابلات الأولية للأسرة بتوضيح الطلب ويحتاج ذلك بضع جلسات، يجب التفريق بينها وبين مشاركة الأسرة في العملية العلاجية.

مما يسمح بتشخيص توظيف الأسرة من حيث حالة العلاقات مع الكائن (الصلة العائلية)، وآليات الدفاع السائدة، ونوع القلق السائد، وطريقة التشغيل فيما يتعلق بالخارج. في نهاية المقابلات، يتم إعطاء إشارة للأسرة وستكون إما فردية أو جماعية أو عائلية حسب الحالة.

في نهاية المقابلات الأولية، يتم شرح الإطار وعرض العقد على الأسرة ويطلب من الأسرة موافقتها بعد فترة من التفكير.

ومن المقرر أن يتفق الجميع على هذا النوع من الدعم وأن يلتزموا، إن أمكن، بالحضور بانتظام.

## المحاضرة 12: بعض سياقات العلاجات ذات المنحى التحليلي

### الهدف من المحاضرة:

-تهدف المحاضرة إلى تعريف الطالب بعض التطبيقات العيادية للعلاجات ذات المنحى التحليلي من خلال الرجوع إلى الدراسات المنشورة في هذا المجال والتي تبين المجال الواسع الذي يمكن ان يطبق فيه هذا النوع من العلاجات.

### - المجال الأول: التعامل مع الأشخاص المسنين

في مقال عنوانه 'سير العلاج ذو المنحى التحليلي مع شخص مسن متواجد في المستشفى لمدة طويلة' تذكر الكاتبة لانجدورف F.Langendorff أن ما يعانيه المسن في هذه الوضعية يتطلب علاجاً نفسياً يتمثل فيما يلي:

- يجب على المريض المسن الذي يتم نقله إلى المستشفى، والذي يواجه المرض، مع فقدان استقلاليتة، بعيداً عن بيئة معيشته المعتادة، أن يواجه تجربة العيش في مؤسسة وفي مجتمع، حتى وإن كانت مؤسسة المستشفى ترحب بالمسنين وتعتني بهم وتتولى زمام أمورهم، فهي أيضاً مصدر للضيق والارتباك والوعي المؤلم بتدهور الذات. قد يتساءل المرء عن شكل العلاج النفسي المناسب لهذه الحالة الخاصة للمريض المسن. من الأهمية بمكان تمكين كبار السن الذين يتم نقلهم إلى المستشفى من استعادة بعدهم النفسي، واستعادة هويتهم المتذبذبة قدر الإمكان، ومن خلال التحدث، تشجيعهم على إقامة روابط بين عالمهم الداخلي وتجاربهم والبيئة. تتم مناقشة الحيات والمسافة التحويلية، ويقترح نهج أكثر تدخلاً، حيث يستند إلى الاستماع النشط، وتحفيز التواصل العائلي، وإنشاء علاقة داعمة وإحياء الحياة النفسية.

(F .Langendorff, 2004)

## - العلاج بالاسترخاء ذو المنحى التحليلي:

يذكر دوشو وزملاؤه، 1994 في كتاب حول "مصير الجسد : العلاج بالاسترخاء ذو المنحى التحليلي"

منذ نهاية الخمسينيات، تطور العلاج النفسي للجسم المستوحى من التحليل النفسي والمعروف باسم «تقنية .» Ajuriaguerra ويشكل هذا الكتاب عملاً مرجعياً لا غنى عنه.

تؤكد دراسات الحالة الاهتمام الذي تمثله هذه الطريقة في حالة المرضى الذين يعانون من أمراض نفسية جسدية أو عصابات سلوك أو قصور نرجسي.

يعتمد العلاج النفسي بالاسترخاء الذي يمارسه المحللون النفسيون بشكل أساسي على قدرة النفس على إدراك ما يعاني منه الجسم، وثانياً، تسمية ووصف ما تم إدراكه. وبالتالي، فإن دور المعالج هو مساعدة المريض على استعادة، من خلال أحاسيسه الخاصة، السيطرة على جسده الذي، لأسباب مختلفة تتعلق بتاريخه، لم يكن بإمكانه الحصول عليه. كما هو الحال في أي علاج نفسي مستوحى من التحليل، لا يتم الحصول على راحة المريض إلا على حساب تغيير في توظيفه النفسي.

## قائمة المراجع:

- ألفرد أدلر ، 2005 ، معنى الحياة، ترجمة وتقديم عادل نجيب بشرى، شارع الجبلية بالأوبرا الجزيرة القاهرة.
- إيناس حسين صالح، فاعلية برنامج علاجي باستخدام السيكدوراما في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب لدى النساء، دراسة مقدمة لمتطلبات درجة الماجستير، تخصص الصحة النفسية والمجتمعية، الجامعة الإسلامية، غزة، 2015م.
- زيغور.ع.(1982). التحليل النفسي والصحة العقلية -درا الطليعة للطباعة والنشر -لبنان
- زينب عبد الرزاق غريب، الصحة النفسية، مركز التنمية الأسرية، جامعة الملك فيصل، الرياض، 2008م، دون طبعة.
- سامر جميل رضوان، في الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي، دار الكتاب الجامعي، فلسطين، و200م، طبعة 1.
- سيجموند فرويد، معالم التحليل النفسي، بإشراف الدكتور محمد عثمان نجاتي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، (1986).
- عبد الرحمان عيسوي، العلاج النفسي، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، 1984م، دون طبعة.
- عبد السلام حامد زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، مصر، 1994م، طبعة 3.
- على إسماعيل على (1995). نظرية التحليل النفسي واتجاهاتها الحديثة في خدمة الفرد، الإسكندرية ، مصر، دار المعرفة الجامعية
- على إسماعيل.ع. (1990) .نظرية التحليل النفسي واتجاهاتها الحديثة في خدمة المجتمع.دار المعرفة الجامعية.اسكندرية.مصر
- محمد الشلبي، الدفاعات النفسية دار الأزهر للنشر و التوزيع، تونس

- محمد حسن غانم، العلاج النفسي الجمعي بين النظرية والتطبيق، كتب عربية، مصر، 2007م،

- محمد حسن غانم، تمهيد لعلم النفس، جامعة حلوان، مصر، 2004م، دون طبعة.

- معجم مصطلحات الطب النفسي، د لطفي الشرييني.

-مورينو .ج.ل (2019). ترجمة خطاب م. أ. السيكدراما . مكتبة الأنجلو مصرية – مصر

- نبيل إبراهيم غالي - التنويم المغناطيسي، دار الأمين للنشر، 1997

-اسماعيل عزت سيد (2010) التنويم المغناطيسي الذاتي، الطبعة الثانية ، دار الفكر العربي، القاهرة مصر

- دالبيزر. (1994). ترجمة الجمالي ح . طريقة التحليل النفسي والعقيدة القرويدية. المؤسسة العربية للدراسات و النشر

- Ch. Joubert. *La thérapie familiale psychanalytique et ses développements dans le champ institutionnel.*

<https://psyaanalyse.com>

- Florence Langendorff .(2004). *Conduite de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique auprès de la personne âgée hospitalisée au long cours.* Dans Perspectives Psy 2004/3 (Vol. 43), pages 210 à 217

<https://www.psyanalyse.com>

- Monique DECHAUD-FERBUS, Marie-Lise ROUX, François SACCO, (1994).*Les destins du corps. Psychothérapie de relaxation d'inspiration psychanalytique*

<https://www.editions-eres.com/ouvrage/513/les-destins-du-corps>

<https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-> -  
<https://www.cairn.info/revue-de-psychotherapie-psychanalytique-de-groupe-2011-1-page-9.htm>

- Didier Anzieu. (2011).*Les débuts du psychodrame en France (1946-1972).* Dans Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe 2011/1 (n° 56), pages 9 à 24

- Privat.P, Quelin.D, Rouchy.J.C (2001). Psychothérapie de groupe. ERES, Revue psychothérapie psychanalytique de groupe. V 2 n 37| . pages 11 à 30-
  
- Aubertel.F. (2006). indication pour une thérapie familiale psychanalytique. ERES. revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 2006/n46 page 61-70