

## 957- "الشوفان" المتبادل في العلاج النفسي

## الحلقة (61)

## تطبيقات:

## "الشوفان" المتبادل في العلاج النفسي

## (المفروض: بيجماليون 2 من 2)

هذه الحالات ليست حالات إكلينيكية واقعية، ولا حتى متخيلة بشكل روائى شعري مطلق، ولا هي تصف أشخاصا بالذات، إنها من وحي الفروض العلمية العملية التي استلهمناها من مزيج من الحالات المرضية، والأصدقاء المشاركين، وتراكم الخبرة، وإلهامات الأسطورة الذاتية للمؤلف.

## أما قبل:

هذه هي آخر لوحة تشكيلية مستلهمة منهم (معظم التالي هي لوحات ذاتية)، وهي نشرة تقع في موقع متوسط بين ما أشرت إليه مما نبهت أنه أقرب إلى السيرة الذاتية، وبين ما استلهمته من أقرب من سمحوا لي بالاقتراب، وهي كما ننوه دائما مع كل لوحة، لا تصف شخصا بذاته إلخ...

## تقديم

لابد أن أعتذر لاختيار عنوان "بيجماليون" للحلقة السابقة، وقد سمحت لنفسى أن أغير العنوان لما يلي: من ناحية أنا اقتبست من موسوعة ويكيبيديا موجز مسرحية بيجماليون، وليس أسطورة بيجماليون، ومن ناحية أخرى فهذه اللوحة التي نشرح متنها لا تشترك مع المسرحية أو الأسطورة إلا في الإشارة إلى أهمية التفرقة بين الرؤية الموضوعية (الموضوع الحقيقي) والرؤية الذاتية (الموضوع الذاتي: نرى الآخر ونستعمله، من صنعنا نحن، وليس "كما هو")، وهذا أمر سبق أن ناقشناه ونحن نقرأ أكثر من لوحة في هذا العمل.

لكل هذا فضلت أن أكمل الشرح تحت اسم آخر، خاصة وأنى سوف أركز على التطبيقات في العلاج النفسي، بعد أن شملت الحلقة الأولى من شرح هذه اللوحة جرعة شخصية مفردة.

وسوف نرجع الآن إلى منهج قراءة المتن فقرة فقرة، مع تعديل طفيف لما تم فيه من تحديث، تركيزاً على ما يتعلق بالعلاج النفسي أساساً.

(1)

العين دى عيونها صعب،

كوتشينة ومجتك : يا السبعة الكومى، يا البنت القلب.

ساعه تعرف سر الدنيا ف كنكة قهوه .

وساعات اظبطها بتكشف سرى، على سهوة

والعدسة بتاعق اللى بتكبر،

تيجى لخدائها وتدغوش، وتصغر،

إضافة إلى ما ذكرنا في الحلقة السابقة بالنسبة لهذه الفقرة، نؤكد أن رؤية الطبيب (المعالج) النفسي تكون أقل موضوعية إذا ما استعمل نفس العينين اللتين يمارس بهما مهنته، ثم نضيف أن المعالج هو إنسان عادى يحتاج أيضاً أن يرى "كله"، بمعنى أنه لا يكفى أن تُرى كفاءته، أو مهارته، أو نتائج عمله، بل إنه - مثل أى واحد - في حاجة إلى أن يرى إنساناً ضعيفاً عادياً محتاجاً هو أيضاً أن يكشف نفسه وداخله لآخر، ولعل هذا ما كان يقوم به التحليل النفسي التدرجى في المدرسة الفرويدية الكلاسيكية، حين يشترط على المحلل أن يقبل أن يحلله محلل أكبر حتى يُسمح له بممارسة التحليل النفسي، لكن ذلك كان شرطاً معجزاً غالباً، وأيضاً إجراءً مصنوعاً، المفروض أن نجد سبيلاً يحقق هذا الهدف من الفرص المتاحة من "الممارسة تحت إشراف" مباشر أو غير مباشر عبر كل مستويات الإشراف التي سبق ذكرها (نشرة مستويات الإشراف) بما في ذلك أقرب الأقربين إليه .

في هذا التشكيل نلاحظ كيف أن صاحبة هذه العيون الصعبة المخترقة ذات الحدس الجيد، قد تبين من المتن أنها قد تكتشف داخل صاحبنا (أنا) مصادفة، رغماً عنه، أو رغماً عنها "وساعات أظبطها بتكشف سرى على سهوة"، وهنا لا يوجد ما يوحي أن صاحب الشأن يرفض ذلك على طول الخط، لكنه سرعان ما يرفض أن يستسلم له أيضاً على طول الخط، فيسارع بالتقليل من شأن قدرتها، فتصغر في عيونه "والعدسة بتاعق اللى بتكبر، تيجى لخدائها ..... وتصغر!!"

في العلاج النفسي "يرى" المريض معالجه كما "يرى" المعالج مريضه، وأحياناً قد تصدق رؤية المريض أكثر (أنظر مرة أخرى نشرة مستويات الإشراف) فإذا استبعد المعالج هذا الاحتمال (أن يراه المريض مثلما يرى هو المريض) فإنه يفقد الكثير من فرص نموه الشخصي، وفرص التعلم من المريض، بل وفرص الاستفادة من إشرافه. مثل هذا المعالج إنما يأخذ موقفاً "حكيمياً" متعالياً / يدعمه بتأويلاته المستمدة عادة من

تنظيره أو أيديولوجيته، ومن ثم تقل فرص العلاج الأعمق، وأيضاً فرص الإشراف الذاتي العملي الإيجابي المستمر من واقع الممارسة.

(2)

وف لحظة صدق أظبطني

فيه حاجة خطيرة تلخبطني:

دانا كل ما اقرب حبه كمان

ألاقيها بتبقى كما الشوفان

في ثقافتنا بوجه خاص سرعان ما يتنازل المريض عن رؤيته لعلاجه، بكل من ميكنازم "التقديس" و"الإنكار" معاً، وكأن رؤية المعالج وتفسيراته هي الأصل، وهي المرجع، وبالتالي ينقلب المريض (يتشكل) ليكون أقرب إلى ما يراه المعالج، بما في ذلك الصورة التي رآه عليها (راجع بيجماليون الحلقة السابقة) "ألاقيها بتبقى كما الشوفان"، أي أن المريض يشترك في هذا التزييف للإدراك، فيختفى كيانه "كآخر"، وتراجع فرص الحوار الموضوعي والاستفادة المتبادلة

(3)

لو شاييف خوفها : أتلخبط،

وساعات أنكره يعني استعبط!

مش يمكن نفسي أخاف على حس أمانها.

قوم دغري تحبى خوفانها،

وتخاف مالخوف.

هذه الفقرة لا تصلح بشكل مباشر أن يقاس عليها في العلاج النفسي، ذلك لأن خوف المريض النفسي هو متعدد التجليات والأنواع، ونادراً ما يعتمد المعالج على ما يبدو على المريض من الطمأنينة ولو كانت طمأنينة ظاهرة، لأنها تكون أقرب إلى الإنكار واللامبالاة، فلا يصلح قياس المتن هنا على ممارسة العلاج النفسي "إكمنى نفسي أخاف على حس أمانها"، فالطبيب لا يستمد طمأنينته أبداً من أمان المريض، هذا من حيث المبدأ، لكن علينا ألا ننسى ما يتعرض له الطبيب النفسي من تقلب يجعل رؤيته أقرب إلى الكشف الذي يمر به المريض الذهاني خاصة، وفي هذه الحالة قد يشارك مريضه بعض أفكاره مع اختلاف مآلها، وحمل مسئوليتها، فإذا ما تمادى خوف المريض حتى من رؤيته الكاشفة هذه، فقد يتراجع الطبيب عن مشاركته، فينطبق عليه نسبياً، ولو بدرجة قليلة جداً ما جاء في هذه الفقرة.

ثم إن الذى يشجع الطبيب أن يتعلم من مريضه فيغامر برؤية ما يتجاوز المسموح به: هو مشاركة المريض له هذا الخوف من كشف المخبوء، والذى عادة ما يتمادى عند المريض

سلبيا، في حين أن الطبيب - إذا سمح لنفسه - قد يستوعبه إيجابيا إلى إبداع ونمو محتملين.

المريض الذى يخفى خوفه، لأنه لم يجد من يشاركه، أو لأن معالجه، - كما المحيطين به - خاف منه، قد يفعل ذلك نتيجة خوفهم من خوفه ومن ثم خوفه من خوفه هو: "قوم دغرى تخي خوفها، وتخاف ماخوف"، وهذا ليس هو العلاج النمائى الذى يسعى إلى استيعاب الخوف واحتوائه، لا إنكاره على طول الخط.

(4)

وإذا شفت عيونها عدت خط الصد،

تبدأ حسابات الجمع، الطرح، الضرب، الشك، الرفض، العد:

ودى مين؟ حاتشوفنى بايه !!؟

دا انا متمنظر، دانا بيه !!

دى عنيتها أنا اللى عاملها

دى قصيدة انا اللى قايلها

على طول أرفض شوفانها.

(ماهو لازم من عوزاتها)

نفس الفكرة: حين تتجاوز رؤية المريض ما يسمح به الطبيب (أو ما يقدر أن يسمح به حفاظا على تماسكه هو)، وهذا ما يعنيه المتن بـ "حازر الصد"، حين تتجاوز رؤية المريض هذا الحاجز المصنوع من المنطق، والفوقية، والحسابات التأويلية، والأيدولوجيات الجاهزة، وتعاليم السلطة الدينية (لا حركية الإيمان)، أقول حين تتجاوز رؤية المريض هذا الحاجز، يبادر الطبيب - عادة - بالتأويل، ولصق لا فتات الأعراض والتشخيص، يلحق هذا وذاك بمذكرة "حيثيات الحكم" حسب النظرية التى ينتمى إليها الطبيب، وهنا تكمن خطورة المسارعة بالتصنيف والتوصيف ظاهرا، وبالتأويل والتفسير على مستوى أعمق. الدفاع الذى يلجأ إليه الطبيب فى هذه الحال عادة يكون بأن يصعد فوق مستوى المريض (المستوى الذى يفترضه) درجتين أعلى منه، "دانا متمنظر دانا بيه"، ثم يصدر أحكاما أكثر حبكة من بينها: أن المريض مريض، وأن ما وصل إليه من رؤية لا يمكن إلا أن تكون صدى لرؤية طبيبه اقتناعا برأيه، "دى عنيتها أنا اللى عاملها، دى قصيدة انا اللى قايلها"، وهو عادة ما يفسر رؤية المريض بأن كل ما خالف رؤيته هو ليس إلا نتيجة لاحتياج المريض لا أكثر "ما هو لازم من عوزاتها".

(5)

أنا قلت أشوفها ف عين الناس.

وأتارى الناس بتشوفها بعيونى،

ما هو أصل الناس دول يعنى: من صنعى شوية

ما هى خيبة قوية !!

ثمَّ نوع من المصادقية يسمى "المصادقية بالاتفاق" Consensual Validity نعتمد عليها كثيرا بحق، وأحيانا بغير وجه حق، وهى أن تتفق مجموعة من المشاهدين على رؤية (أو رأى) بذاتها، وبالتالي تصبح هذه الرؤية صادقة، اعتمادا على هذا النوع من المصادقية، وهو منهج له عيوبه وضعفه، لكنه من أهم أنواع مناهج المصادقية العملية التى حافظت على مسيرة التطور.

فالأنواع تتفق، دون رموز أو حسابات، على ما يصلح لبقائها، وتتعاون فى تطبيقه، وتكافل مع بعضها البعض من خلال ذلك أيضا، فتبقى،

وكذلك هذه المصادقية هى أقرب إلى بعض أشكال الديمقراطية التى تزعم أن اتفاق الأغلبية على رأى (أو على شخص) هو دليل على أنه الأقرب للصحة أو الأقدر على القيام بالمهمة،

إلا أن ذلك ليس صحيحا على طول الخط، فالانواع التى انقرضت اتفقت على أسلوب فى الحياة أهلكها، والديمقراطيات الزائفة، والمزيفة، تتفق على شخص قد يكون هو الأكثر خبثا، وليس الأقدر فعلا.

فى العلاج الجمعى، نستعمل "المصادقية بالاتفاق" دون تسليم، ولكن كمشروع (فرض) قابل للاختبار، وكلما كان المعالج من النوع المقترح القادر المؤثر، أصبحت المصادقية بالاتفاق أقل موضوعية، فقد يميل أغلب أفراد المجموعة، أو كلهم، إلى مشاركته الرأى، أو ترديد إحساسات أقرب إلى إحساسه، وهذا أمر لا يمكن تجنبه إلى بمواصلة اختباره بأكثر من اقتراب وأكثر من طريقة،

المتن هنا ينبهنا إلى احتمال اختبار هذه الرؤية من خلال الاستعانة برأى المجموع "أنا قلت أشوفها ف عين الناس" لكنه فى نفس الوقت يحذرننا من احتمال الخداع للأسباب السالفة الذكر. "وأتارى الناس بتشوفها بعيونى، ما هو أصل الناس دول يعنى: من صنعى شوية، ما هى خيبة قويّة!!".

(6)

وابص كويس فى عنيتها

ألاقينى فيها !!

يا ترى دى مرايتى،

ولاً أزاؤها..؟

**يا ترى عايزاني؟**

**ولأنا بس اللي عايزها !!**

وهكذا تتواصل المراجعة والنقد دون تسليم تلقائي حتى لإجماع الرؤية.

هذا المقطع يعيدنا ثانية إلى التنبيه إلى الفرق بين "الرؤية الذاتية" و "الرؤية الموضوعية"، وضرورة التساؤل عن ما إذا كانت الصورة التي وصلنا من رؤية الناس لنا (بما في ذلك رؤية المريض للمعالج) هي صورة منعكسة من رؤية المعالج (مرايتي) أم صورة واصله من خلال شفافية رؤية الآخر (ولا إزائها).

وأيضاً قد يتصور لنا (بما في ذلك المعالج أحياناً) أن الآخر هو الأكثر احتياجاً لنا، في حين أن الحقيقة قد تكون العكس "يا ترى عايزاني؟ ولأنا بس اللي عايزها".

(7)

**يا ترى دا الخير اللي يطمّن؟**

**يا ترى دا الخوف اللي يحنن؟**

**يا ترى ده الحب اللي يوثّنون؟**

وهكذا يظل الباب مفتوحاً للنقد،

ونقد النقد،

ويصبح التساؤل الممتد هو صمام الأمن ضد التسليم الساكن سواء في العلاج النفسي أو في حركية النمو

(8)

**أنا نفسي أشوفها انها هيّا**

**يبقى الشوفان ليها وليّا**

تختم هذه القراءة من جديد بالذكورة بأن العلاج عموماً، والعلاج النفسي خاصة، إنما يؤتى ثماره للمريض شفاءً، وللطبيب (المعالج) نماءً وخبرة، كلما زادت جرعة النقد الذاتي، وكلما رأينا "الأمر كما هي"، وبالتالي نرى الآخر على مسافة موضوعية: لا هو مرآة نرى فيها أنفسنا كما نحب أن نراها، ولا هو صدى لما يدور داخلنا مهما كانت صحته،

هنا تصبح الرؤية الموضوعية هي السبيل إلى أن تحقق العلاقة الإنسانية وظيفتها: أن نكون بشراً معاً،

وهذا هو غاية العلاج في نهاية النهاية!