



جلعاد أوفير | بدون عنوان، من سلسلة "مياه راكدة"، 2003، تصوير.

الفصل الثاني

الصحة النفسية

تحرير:

رغدة النابلسي و عربية منصور

مراجعة مهنية:

لمى ترزي، معالجة نفسية عيادية - المركز الفلسطيني للإرشاد
فاتن نحاس-كامل، أخصائية علاجية وتربوية، مديرة مركز سمانا

ترجمة مواد للغة العربية:

داليا الطوري

شُكراً لجميع النساء اللواتي ساهمن بكتابة الأجزاء باللغتين، الانجليزية والعبرية، والتي شكّلت لنا مرجعاً في كتابنا.
شُكراً لجميع النساء اللواتي ساهمن بالمشاركة بتجاربهن وقصصهن.

«أحياناً أشعر أنني في حاجة للذهاب إلى علاج، لكنني لا أجد القوة الداخلية الكافية للدخول في العلاج، بالطبع ليس تلك التي تحتاج إلى وقت (فترة من العلاج ووقت يومي) ومال وطاقة نفسية. أحتاج إلى نتيجة فورية. على الرغم أنني أعتقد أحياناً أنه لو بدأت العلاج لكنت قد أنهيته وأصبحت حياتي أسهل بكثير...»

«بالنسبة لي، أجد صعوبة كلما تحدثت حول العلاج النفسي الذي أتلقاه.. فأرى ردود الفعل المستغربة... كان من الصعب علي شخصياً أن أعترف أنني بحاجة لعلاج. إن الانطباع القائم حولي وفي مجتمعي أن من يذهب ويتلقى علاجاً فهو معتوه ومجنون. وأيضاً من يدرسون في قسم علم النفس والذين يذهبون للأخصائي النفسي لا يتكلمون عن ذلك بفخر، لأنها ليست إشارة لمكانة اجتماعية مرموقة وأيضاً خوفاً من النبذ الاجتماعي.»

« الصّحة النفسيّة »

يتعلّق مصطلح "الصّحة النفسيّة" بحالة التوازن العاطفي والقدرة على التكيف التي تسمح لنا باستخدام مُجمل قدراتنا ومواردنا من أجل أن نُؤدي متطلبات الحياة، ومن أجل أن نتطوّر. من وجهة النظر العامّة، ترتبط الصّحة النفسيّة أيضًا بمقدرتنا على الشعور بالثقة والمتعة في الحياة وعلى اختبارنا لمشاعر الأهميّة والانتماء وتحقيق الذات. إنّ القصد من ذلك هو القدرة على مواجهة الحياة (من ضمنها الأزمات ومراحل التطور المختلفة) والتواصل مع تجارب حسيّة ووجدانية متنوّعة تشمل المشاعر المختلفة، مثل "الخوف، الألم، الفقدان، الأسى، السعادة العارمة"، النصر واثارة التغيير والتطوّر بصورة مرنة تضمن الموازنة بين التغيير والثبات في المحافظة على هوية أساسيّة مستقرة.

الصّحة النفسيّة جزء لا يتجزأ من صحتنا العامّة، وهي لا تتمثّل فقط في غياب أيّ إعاقة أو مرض نفسي. تتأثّر الصّحة النفسيّة بعدّة عوامل، من ضمنها عوامل بيولوجيّة واجتماعية وثقافيّة واقتصادية ونفسيّة. تزداد مخاطر الإصابة بأضرار نفسية مع تعقّد ظروف الحياة وبروز المشاكل، الاجتماعيّة والاقتصادية بشكل خاص، وحالات الفقدان والوفاة والمرض والتعرّض لتمييز أو لعنف نفسي أو جنسي أو جسدي من خطورة الإصابة النفسيّة. في ظروف أخرى، تشكل المحافظة على الصّحة النفسيّة تحديًا

خاصًا، حيث يطرأ خلالها تغيير ونمو تطوري.

تُعتبر الصحة النفسية موضوعًا لا خصائص جنسوية له، وهو مجال هام للرجال والنساء على حد سواء؛ إلا أن صحة النساء النفسية هي موضوع خاص يستحق أن نبحث فيه بصورة مستقلة بسبب عوامل عدّة ومركبة (من ضمنها عوامل بيولوجية واجتماعية وثقافية، كتأثير الجوانب التشريحية والهورمونية والتوقعات والوظائف الاجتماعية المختلفة).

يستند هذا البحث إلى الاعتراف بخصوصية الجسد والنفس والتطور والصراعات النفسية ودوائر الحياة النسائية، كما هو الأمر بوجود عوامل تدفع صحة النساء النفسية إلى الأمام خلافًا للرجال أو/ وعوامل تضرب بها (Enns, 2004).

سنتطرق في هذا الفصل إلى عدة مسائل عامة ترتبط بالصحة النفسية والعلاج النفسي من خلال وجهة نظر تُدرّس المواضيع التي تهتم بالصحة النفسية لدى النساء، وتفحص كيف أن الصحة النفسية مرتبطة بحياتنا العملية، كما سنستعرض طرقًا مختلفة لوقاية وتحسين الصحة النفسية وسنشخص الأزمة النفسية. سنتطرق لتساؤلات وأفكار متعلقة بالتوجه للعلاج وسنميز أشكالًا مختلفة من العلاج النفسي، كما سنتعامل مع السؤال المطروح: ما هو العلاج الناجع؟ وسنتطرق إلى أسئلة وممارسات أخرى تتعلق باللقاء العلاجي.

سعي مستمر لصحة نفسية ورضى ذاتي

لمى ترزي*

تعود بي الذاكرة لطفولتي عندما كنت أستمتع لساعات بملاحظة سلوك الناس وردود أفعالهم المختلفة وهم يتحركون بديناميكية في الشوارع. كل في طريقه، كل يرتسم على وجهه شعور مختلف، وترمق عيناه المدى بنظرات تتراوح بين العمق والجمود. كنت دائمة التفكير بهذا السلوك الدوافع من خلفه. ليمضي بي الوقت وأنتهي باختيار مهنة تتعامل معه مباشرة، مع فارق أنني تحولت من مراقبة إلى محرّك

* معالجة نفسية عيادية - المركز الفلسطيني للإرشاد.

فَعَال في عملية تغييره.

خلال سنوات عملي كمعالِجة نفسية عيادية في المركز الفلسطيني للإرشاد، توسعت أفاقِي ومعارفِي، تعمقت مشاعري وحساسيتي للآخر. النساء كُنَّ السبَاقَات مِن بَيْن مَنْ عملت معهم وكُنَّ الأكثر نجاحاً والتزاماً بعملية التغيير وتحقيق الصحة النفسية.

تنوعت الشكوى والألم وتعددت الأسباب. وكان الخط الفاصل بين الأسباب المختلفة خلف الصعوبات النفسية ربيعاً جيداً، وفي كثير من الأحيان تداخلت الأسباب وكان من الصعب الفصل بينها.

من الصعوبات النفسية الشائعة: التوتر النفسي الحاد، الصدمة النفسية، الاكتئاب، المشاكل الزوجية، مشاكل في التعامل مع الأبناء، واضطرابات القلق المختلفة. في الأغلب هي اضطرابات عاطفية تؤثر بشكل كبير على فعالية حياتهن اليومية، إنتاجهن المهني، وشعورهن العام بالرضا عن أنفسهن.

كثير من النساء يقصدن مراكز الإرشاد والعلاج النفسي بدعوى وجود مشاكل في تربية أبنائهنّ والتعامل معهنّ. بعد فترة من المقابلات تحدث نقلة نوعية مبنية على الثقة والاحترام لتنتفح خلالها العديد من الصعوبات النفسية التي تعاني منها تلك النساء. الأسباب الأكثر شيوعاً خلف هذه الصعوبات النفسية تكمن في: العنف الذي تتعرض له النساء من قبل المجتمع والنظام الذكوريين السائدين، العنف السياسي العام الناتج عن الاحتلال الإسرائيلي والذي قد يكون موجّهاً لهن مباشرة أو لأسرهن ومجتمعهن، الضغوط الاقتصادية، نقص المهارات والإمكانات الشخصية للنساء التي تمنعهن من التوصل لحلول فعالة لمشاكلهن، بالإضافة لحوادث شخصية يتعرضن لها، سواء في الطفولة أو في الكبر كفقْدان عزيز أو المرض.

قبل الوصول لخدمات الدعم النفسي تلجأ النساء للعديد من الوسائل للتكيّف والتعامل مع مشاكلهن. من هذه الطرق: المحاولات الشخصية المعتمِدة على التجربة الشخصية أو تجارب الصديقات

والأهل، استشارة من هم أكبر سناً وخبرةً، القراءة، البحث على شبكة المعلومات (الانترنت) أو الانسحاب وعدم التعامل مع المشكلة. الأم والصديقات كن أكثر من لجانّ إليهن.

في حال فشل المحاولات السابقة، يكون الملاذ الأول هو مراجعة الطبيب العام أو طبيب الأسرة لطلب المساعدة. تلجأ المتعلّمات، والنساء اللاتي يقطن في المخيمات، أكثر من غيرهن لهذه الطريقة. أما النساء الأقل تعليماً، أو أكثر فقراً، فهن يلجأن لرجال الدين والمشعوذين. يجدر بنا ملاحظة أنّ أغلب النساء، بغض النظر عن التعليم والوضع الاقتصادي، قد يفكرن أو يتوجهن لرجال الدين والمشعوذين في فترات الإحباط العالية أو فشل العلاج.

عند التزام النساء بعملية العلاج والتدخل النفسي، فإن عملية تطور العلاج والوصول للدرجة المرجوة من التكيف والصحة النفسية والفعالية في الحياة تتميز بما يلي:

- تلتزم النساء التزاماً كاملاً في بداية الجلسات العلاجية.
- عند إحراز أول مظاهر التحسن والارتياح تبدأ النساء بالتغيب المتقطع عن الجلسات.
- تعود النساء خلال فترة شهر من الإنقطاع بانتكاسة تختلف حدّتها باختلاف حدّة المشكلة النفسية.
- تلتزم النساء بالمرحلة الثانية من العلاج بشكل أفضل وينهين العلاج بناءً على درجة ارتياحهن.
- في حالات اتّباع العلاج الدوائي النفسي، تلتزم النساء به مباشرة، لكنهنّ يتوقّفن عنه خلال شهرين. التوقف عن استخدام الدواء بشكل ذاتي ينتج عن التحسن، أو وجود أعراض جانبية أهمها الزيادة في الوزن أو الشعور بعدم فائدة الدواء
- تستجيب النساء للأطباء النفسيين بشكل أسرع ممّا للمعالجين النفسيين، وفي المقابل تلتزم مع المعالجين لفترة أطول.
- في جميع الأحوال تفضل النساء العلاج الذي يتّبع الحوار على العلاج الدوائي.

إن نجاح عملية العلاج النفسي عند العمل مع النساء يتأثر بشكل كبير بجرّفة المرشد أو المعالج النفسي، ولكن دوام الصحة النفسية واستخدام السلوكيات الجديدة المتعلّمة يعتمد بشكل أكبر على عوامل أخرى. بالنسبة للنساء الفلسطينيات، يلعب الدعم الأسري، وخصوصاً من جانب الزوج، دوراً رئيسياً في الحفاظ على الصحة النفسية المرجوة. إن كلاً من تحسّن الوضع المهني، القبول المجتمعي، توفر مصادر الترفيه والإبداع ومدى الرضى الذاتي عن النفس وتقديرها الايجابي يُعتبرُ ضمن العوامل الأخرى المساندة. في حال وجود أبناء وبنات، فإن صحتهن/صحتهن وسعادتهن/سعادتهن هدف رئيسي لمن يعانين من الاكتئاب في تلقي ونجاح العلاج.

إنني لأشعر بالامتنان لتلك النساء اللاتي سمحن لي بسبر أعماقهن والتعلم من تجاربهن الغنية. من ناحية أخرى، أنا أشعر بالفخر والتقدير لهؤلاء النساء اللاتي تخطين ذواتهن وخوفهن وتحملن المسؤولية في البحث عن الدعم و المساعدة لأنفسهن ولأسرهن. إن جزءاً من العلاج النفسي يتعلق بتعلم مهارات جديدة تجعل الحياة أكثر فعالية وإنتاجاً وصحة. إن هذه الطاقات والقدرات الكامنة، التي تتفاعل في داخلنا وتدفعنا للبحث عن جديد وحلول أفضل، هي المسؤولة عن نتاجنا الفكري، العاطفي والسلوكي الذي يظهر خلال عملية التغيير. وتبدو عملية التغيير خلال العلاج عملية غنية مفعمة بالفضول، الدهشة، الفرح، الألم والانبثاق لغد أفضل.

طرق لوقاية وتطوير الصحة النفسية

يستخدم معظمنا خلال حياته اليومية أساليب متعدّدة من أجل صيانة وتطوير الصحة النفسية التي تلبّي احتياجاته المختلفة. نتحدث عن نشاطات هدفها أن تخفف وتواسي وتهدي وتمنّع، كما تهدف إلى أن تخفّض من مستوى التوتر وتبّد حالات الاكتئاب والألم.

قد نحصل على دعم من قبل العائلة أو الأصدقاء ونأكل جيداً ونقوم باللياقة البدنية أو بفعاليات مهدئة من أجل متعتنا، لكن الأبحاث المتخصصة في علم نفس المرأة وجدت أن العلاقات الشخصية والحميمة

وكذلك علاقة الصداقة وتلك التي تُبنى على أساس انتماء مشترك تعد أهم مكونات صحة النساء النفسيّة.

"أذهب إلى العلاج المتعلّق بالنفس، لكنه لا يتمّ على يد مختصّين نفسيين ... أجد لنفسي المعالجين المناسبين. ليس دائماً، فقط كلما شعرت أنني في حاجة إلى دعم. عندما تركت مهنتي شعرت أنها - قد يكون في قلبي بعض المبالغة - قضية حياة أو موت. في العمل خمدت مشاعري وشعرت شعوراً غريباً. كنت ناجحة وكسبت المال، لكنني لم أشعر بالسعادة؛ هكذا ببساطة لم أشعر أنني سعيدة. حينها أصبح الأمر إما أن أتجرأ أو أن أوافق على هذا النوع من الحياة. عندما تركت العمل بدأت بسيرة عمل داخلية واعتراني صدق أدّى إلى ظهور تساؤلات من نوع آخر - ما هو الجيد وما هو غير الجيد من أجلي، من أنا؟ وما هو المسموح قوله وما هو الممنوع."

يجب علينا اختيار الأساليب الملائمة لاحتياجاتنا الخاصّة والمميّزة كي نضمن فعاليتها، لذا من الضروري أن نصغي لما في داخلنا للتعرف على هذه الاحتياجات ولكي نبحث عن أطر توفّر تلبيةً بشكل منسجم. إنّ الصيانة الملائمة لاحتياجات النفس هي ركن أساسي لمضاعفة شعور الأمان والطمأنينة ولبناء حيّز نفسي ولتقوية القدرة الذاتية على المواجهة. أحياناً، عندما نكون مهمومات أو متعبات، نقلل من أهميّة ممارسة هذه النشاطات. تقوم الممارسات الاجتماعية على توجيه تصرفنا كنساء من حيث التعبير عن مشاعرنا والتجاوب مع احتياجات من حولنا؛ في العائلة ومع الوالدين والأطفال، مع الرفاق وذوي القربى. إنّ العطاء والاهتمام بالغير هما مصدران مهمّان للاكتفاء بالذات، لكنهما يؤديان بنا أحياناً لأن ندرج احتياجاتنا الشخصية في أسفل سلم الأولويات (بصورة واعية أو غير واعية)، وذلك يعود للتربية التي تدرّج لدينا كفتيات ونساء والقائمة على فكرة أنه يتوجّب علينا الاهتمام بمن حولنا، في الدرجة الأولى، ومن ثم بأنفسنا.

بسبب الضغوط الاجتماعية والثقافية التي تتعرّض لها النساء، قد يصعبُ علينا أن نضع حدوداً لقابليتنا جعل الآخرين يشعرون بالذنب،

عندما نحتاج (نحن بأنفسنا) لإصغائهم إلى ما نقوله ولاهتمامهم بنا؛ أو قد يصعبُ علينا أن نظهر الضرر الناجم عن هذه الأنماط السلوكية على صحتنا النفسية على مدى وقت طويل.

من الضروري الحفاظ على صحة نفسية دائمة بالتوازي مع الصحة الجسمانية، وهذا ممكن التحقيق من خلال إجراء الفحوص الطبية المستمرة واتباع الحمية واللياقة البدنية أو بواسطة الأدوية. من المهم أن نُبدي يقظة لأسلوب حياتنا. عندما نقوم بأمر أكثر مما يجب، أو أقل مما يجب، مقارنة مع ما هو صحيح من أجلنا في جميع مستويات حياتنا، فإن الأمر يؤثر على صحتنا النفسية.

"أحيانا أشعر أنني في حاجة للذهاب إلى علاج، لكنني لا أجد القوة الداخلية الكافية للدخول في العلاج، بالطبع ليس ذلك الذي يحتاج إلى وقت (فترة من العلاج ووقت يومي) ومال وطاقه نفسيّة. أحتاج إلى نتيجة فوريّة. على الرغم أنني أعتقد أحيانا أنني لو بدأت العلاج لكنت قد أنهيته وأصبحت حياتي أسهل بكثير..."

لديك عدّة طرق عامّة من أجل تطوير وتحسين الصحة النفسية. من الممكن النظر إليها "كغذاء النفس"، أو الاستعانة بجزء منها، أو اعتبارها إلهاماً لأفكار أخرى تلائم احتياجاتنا:

- تطوير وعي تجاه تجربة حسية: تساعد فعاليات كالاسترخاء وكتابة الخواطر، أو التحدث مع شخص قريب منّا، على تطوير وعي بتجاربنا الحسية ومشاعرنا واحتياجاتنا. تمنحنا هذه الفعاليات فرصة للتعرف على أسباب التعب وسرعة الغضب أو الرهبة وكيفية التخفيف منها، كما تساعدنا على التعامل بشكل إيجابي مع احتياجات وطموحات تثير فينا الإحباط. كلما ركّزنا وعينا نحو تجاربنا واحتياجاتنا الشخصية، أمكننا الاستجابة إليها بصورة أمثل.

- الصحة الجسمانية: إن تطوير عادات سليمة في التغذية والنوم وإجراء تمارين رياضية حسب رغباتنا الشخصية يساهم ليس فقط في سلامة صحتنا الجسمانية، بل أيضا في سلامة صحتنا النفسية. من المعروف أن القضايا الجسمانية تؤثر بصورة كبيرة على الحالة

النفسيّة والعكسُ كذلك. إذ من الممكن أن تظهر مشاكل جسمانيّة، كوجع الرأس والطفح الجلدي وانقباض العضلات وصعوبة في التنفس وأوجاع البطن والشهية المفرطة أو المنخفضة، عقب ضغط نفسي حاد أو التسبب إليه.

- **الاسترخاء:** تستطيع فعاليات - كالاسترخاء واليوجا وتمارين التنفس العميقة والخيال الموجه والارتخاء والتدليك والإبر الصينيّة والعلاج من خلال باطن القدم والإصغاء للموسيقى الهادئة- أن تساعدنا في الحفاظ على الهدوء النفسي أو على استرجاع الهدوء النفسي الذي فقدناه. من المحبذ استخدام هذه الفعاليات بوتيرة أكبر في حالات الرهبة والضغط النفسي.

- **التعبير الذاتي والإبداعي:** هناك ميول في الثقافة المعاصرة تقود إلى أن يصبّ جل الاهتمام على الإنجازات والتحصيل والاستهتار بأهميّة الحدس والتجربة الحسيّة واللعب والخيال. وتُمنح الفعاليات كالرقص والإيقاع والموسيقى وصناعة الفخار والرسم وكلّ الفنون الأخرى فرصة للتعبير عن الذات والإبداع والخيال. من المحبذ أن نخلق لأنفسنا حيّزاً للقيام بنشاطات أقل عقلانيّة وذات غاية معيّنة، لكي تسنح لنا فرصة التعبير عن الذات والإبداع.

- **الانتماء والعلاقات الشخصيّة:** إن الانضمام إلى المجموعات التي نحصل من خلالها على الإثارة المهنيّة أو الذاتيّة (كالفعاليات الاجتماعيّة والدينيّة أو السياسيّة)، قد يساهم في شعورنا في الانتماء وتوسّع دائرة علاقاتنا وتبدّد إحساسنا بالوحدة. وقد يساعدنا انضمامنا لمجموعات دعم ومساعدة ذاتيّة في مواضيع تقلقنا: كالحمل والأمومة والأبوة والشيخوخة والإدمان والانفصال- على الالتقاء مع وجهات نظر جديدة وعلى فهم تجربتنا الذاتيّة عبر سياق عامّ، وعلى التعامل مع صعوباتنا كونها مشتركة لكلّ من يواجه حالة مشابهة.

- **نشاطات من أجل التغيير:** تستطيع النشاطات الهادفة للتغيير الاجتماعي أو الثقافي أو السياسي، والقريبة إلى قلوبنا، أن تبني شعوراً بالأهميّة والانتماء والمسؤوليّة، كما تمكننا من تحقيق أنفسنا بحيث نكون

مؤثرين ومالكين للقوة، بالذات في أمور نحاول تغييرها وتسبب لنا الألم والإحباط. (للتوسع الإطلاع على فصل التنظيم من أجل التغيير).

تشخيص حالة الضيق النفسي

يشعر كلُّ منا، في فترات مختلفة من حياته، بالحزن والغضب والخوف والبلبلة. أحياناً نستطيع أن نميّز الحادث أو سلسلة الحوادث التي أضعفتنا. أحياناً يرافقنا أمر ما طيلة حياتنا ويصبح من الصعب تحمّله، مثل: عدم الثقة، أو تصوّر سلبي لجسدها، أو صعوبات في الجزم الذاتي وإشكاليات في بناء علاقات شخصية. ربما نشعر باضطراب بسبب العمل أو المال أو بسبب خلاف أو مرض أو لكوننا قد تعرضنا للتمييز على خلفيات مختلفة- قومية، جنسية، أثنية، مركز اجتماعي، جيل، مظهر خارجي، ميول جنسية، هوية جنسية، دين، إعاقة بدنية أو مسببات أخرى.

تستطيع حوادث كالاغتداء الجنسي أو الجسماني أو النفسي، أو فقدان شخص عزيز، أن تشكل تحدياً من الصعب أو من المستحيل مواجهته دون مساعدة خارجية.

لا تتأثر صحتنا النفسية بالأزمات المألوفة فقط.. كالفقدان والمرض والتعرض للاعتداء، بل تتأثر أيضاً بأزمات لا يعترف المجتمع بها، حيث نجد أننا نحمل مشاعر ثقيلة كالحزن والكآبة أو خيبة الأمل؛ ليس فقط عقب ظروف عائلية عادية تماماً، بل وفي ظروف "إيجابية"، كبداية المرحلة الدراسية والخروج من بيت الأهل والزواج والولادة أو الانفصال عن الأبناء عندما يستقلون ويتركون البيت. في هذه الحالات، نقوم باستبطان التوقع الخارجي في أن نعبر عن الفرحة ونخفي مشاعرنا الحقيقية الصعبة حتى عن أنفسنا، وأحياناً نشعر بالسوء دون أن نعرف ما السبب في ذلك.

قد تؤدي العوامل المؤدية إلى صعوبات نفسية لتغييرات في الأداء الوظيفي وفي المزاج، فتُسبب اكتئاباً ورهبة قويين، كما تولد الإحساس بعدم الاكتفاء الذاتي؛ فنشعر بأن "الحياة تمضي أمامي" "وأنتني لا أنجح

في بناء علاقات حميمة"، أو "إنني أتورط مرة تلو الأخرى في نفس الأوضاع دون أن أفهم ما السبب في ذلك".

في هذه الحالات يشكّل كلُّ من الدعم النفسي والعملية من الأصدقاء والأقرباء عاملاً هاماً للغاية. وتعدّ البيئة الداعمة قاعدة متينة من أجل مواجهة الصعوبات. لدينا قدرات قريبة من متناول اليد أكثر مما نتصوّر- في داخلنا وفي بيئتنا. أحياناً لا يملك أقرباؤنا وأصدقائنا القدرة على المساعدة أو الرغبة في ذلك، أو لا يعلمون كيفية المساعدة. أحياناً يشكلون جزءاً كبيراً من المشكلة التي نعاني منها ولا يستطيعون تقديم المساعدة لنا، أو لا نستطيع التوجه إليهم تحديداً لطلب المساعدة. في هذه الظروف يكون العامل المساعد التوجه إلى المساعدة المهنية.

"لم أعلم أنني في اكتئاب.. لم أفهم. لقد استمر الأمر وقتاً طويلاً، إلا أن حدّته زادت خلال هذه السنة. لم تكن لديّ رغبة للقيام بأيّ شيء، كنت مصابةً بالملل ولم يكن لديّ أيّ برنامج أو أيّ إطار. لم تكن لديّ أيّ رغبة في أن أنهض من السرير في الصباح ولم يكن هناك "من أجل ماذا". لم يكن لدينا منزل ثابت ولاحظ أهلي وزوجي أنني عديمة المبالاة وخاملة ولا رغبة لديّ. أرسلوني إلى أخصائية وأخبرتني أنني في اكتئاب. لقد كان الأمر غريباً، قلت: حقاً؟ تعجبت. لقد دفعتني فوراً لشراء أدوية. تناولت الأدوية ضد الاكتئاب، وبدأت في العلاج النفسي وبعد عدّة شهور شعرت بصورة أفضل".

حالات الطوارئ النفسية

تنجم حالات الطوارئ النفسية عن أسباب عدّة.. كالمرض أو الاضطراب النفسي أو تعاطي المخدرات وتناول الكحول، وحالات العنف والاضطراب العقلي الناجم عن تعاطي المخدرات أو نتيجة لمرض نفسي، الخرف في سنّ الشيخوخة أو مشاكل الانضباط عند الأطفال أو تفاقم في حالات عاطفية متطرفة.

يجب أن نكون حذرين حول التغييرات الملحوظة التي تطرأ على سلوكنا أو على أدائنا الوظيفي، وهو بمثابة إشارة لمستوى الضيق الذي نعاني

منه مثل: تغييرات في الحالة المزاجية وفي عادات النوم والتغذية أو في سلوكنا عموماً. ينعكس الاكتئاب من خلال ضعف الإقبال على الطعام أو الإفراط في تناوله، من خلال الأرق أو ساعات النوم المبالغ فيها، وفي انخفاض حاد في الحالة المزاجية وفي القدرة على أداء العمل والاهتمام بما يجري حولنا والقدرة على التمتع. تنعكس أعراض الرهبة الكبيرة في صعوبات في التنفس وفي الأرق، والانقباض الشديد للعضلات والشعور بالخوف جراء خطر معين أو غير محدد ومن نوبات الهلع (panic attack).

في حال تعرّضنا لمعاناة نفسية شديدة، وكان من المحتمل أن نتسبب بالأذى لأنفسنا أو للآخرين، أو إن كنا على صلة بشخص قريب يعاني نفسياً ويشكل خطراً على حياته أو على بيئته، فمن المفضل التصرف فوراً، كما كنا سنتصرف في حالات الطوارئ الجسمانية، والتوجه إلى خبيرة/مهنّيّة/ة يستطيع أن يقدر مدى خطورة الحالة ويقدم المعونة الأولية فوراً.

من الممكن التحدث مع عدّة خطوط طوارئ تقترح خدمات للمساعدة الأولية النفسية عبر الهاتف أو الإنترنت، أو من الممكن التوجه إلى خدمات الصحة النفسية في حالات الطوارئ بحيث ترسل خبيراً أو خبيرة مهنية فوراً أو تستدعينا للقاء فوري في العيادة العلاجية؛ أو من الممكن الذهاب إلى غرفة الطوارئ في المستشفى القريب في منطقة سكننا، إذ يوجد في كل مستشفى طبيب/ة نفسي/ة لهذه الحالات الطارئة التي تقوم على تقديم معونة فورية. من الممكن أيضاً الذهاب إلى غرفة الطوارئ في مستشفى للأمراض النفسية القريب من منطقة سكننا.

تحسباً من حدّة الضيق القوية التي تظهر في حالات الطوارئ النفسية، من المفضل إن أمكن، ألا نتحدث مع شخص لا نثق به، ولا نطلب منه المكوث معنا، أو أن يوجهنا لتلقي المساعدة أو أن يرافقنا إلى المستشفى. من الممكن أن يطلب المستشفى أن نمكث فيه 24-48 ساعة، في حال كنا نشكل خطراً على أنفسنا أو على الآخرين. عندما تنتهي الأزمة النفسية فمن الأفضل البحث عن طرق علاجية بديلة ملائمة في منطقة سكننا تستطيع أن تساعدنا في المستقبل.

التوجه للعلاج

تحسبا لذلك.. فأنا غالباً ما نصطدم بفكرة "وصمة عار" نتيجة التوجه للعلاج النفسي، أو أن نقلق من افتضاح أمرنا فلا نثق بسهولة بالمعالج؛ لذا، فمن الممكن أن يصعب علينا أن نتوجه للعلاج وأن نتعامل معه كإمكانية مشروعة.

"بالنسبة لي، أجد صعوبة كلما تحدثت حول العلاج النفسي الذي أتلقاه .. فأرى ردود الفعل المستعربة... كان من الصعب علي شخصياً أن أعترف أنني في حاجة لعلاج. إن الانطباع القائم حولي، وفي مجتمعي، أن من يذهب ويتلقى علاجاً فهو معتوه ومجنون. وأيضاً من يدرسون في قسم علم النفس والذين يذهبون للأخصائي النفسي لا يتكلمون عن ذلك بفخر، لأنها ليست إشارة لمكانة اجتماعية مرموقة، وأيضاً خوفاً من النبذ الاجتماعي".

في السابق، كان التوجه للعلاج تعبيراً عن ضعف؛ وكان يشكل مصدر خجل للفرد وأسرتة ويحد من قدرة الفرد والمرأة على التقدم، التأقلم في المجتمع وحتى من إمكانية بناء أسرة بسبب الآراء المسبقة تجاه المتوجهات للعلاج. أما اليوم فهناك وعي فردي أكبر لدى بعض الفئات في المجتمع لتقبل العلاج النفسي من قبل مختصات ومختصين، كما العلاج الجسماني؛ ولكن ما زالت إشكاليات الآراء المسبقة والأفكار النمطية تشكل حاجزاً أمام التوجه للعلاج. ومن الضروري نشر الوعي لمشروعية العلاج كآلية لتحسين جودة الحياة ولتطوير الذات وبناء التوازن والحصانة النفسية والعاطفية. ومع ذلك، فمن الطبيعي أن تعترينا المخاوف بصدد بداية صيرورة العلاج. قد نشعر أن ضيقاً أو صعوبة نفسية هي علامة لفشل شخصي وأن هناك أمر غير سليم لدينا، أو أننا نعاني من مرض نفسي. أحياناً لا نأخذ بعين الاعتبار أننا سليمات ومعافيات نفسياً، لكننا نواجه حالات صعبة أو مستعصية، لذا من المهم ألا نستنتج أننا "غير طبيعيات" فقط لأننا بحاجة إلى مساعدة أو معونة.

"أنا إنسانة أشكك في كل شيء، أن أثق في شخص وأن أتقبل قوله على أنه صواب، هذا أمر في غاية الصعوبة. أقوم بتحليل ذاتي

نفسياً طيلة الوقت بمفردي، أما أن يفسرني شخص آخر فهذا يشعرنني أنني دون سيطرة ومعرفة".

يتطلب التوجه للعلاج إلى وعي ذاتي والاعتراف بوجود مشكلة، والقدرة على التعرف على صعوبات نعاني منها والمعرفة أننا في حاجة إلى علاج والبحث عنه ومطالبتة. عندما نتوجه إلى المعالجين ومعالجات أكفاء/كفؤات من أجل تلقي العلاج فإنهم سيلاحظون ذلك، وفي استطاعتهم توجيه نظرنا إلى قدراتنا الداخلية كوعينا لاحتياجاتنا وتصرفنا المرن عند لجوئنا لطلب المساعدة وقابليتنا على المواجهة والنمو.

لا يهتم العلاج الصحيح بمشاكلنا وصعوباتنا فقط، بل يهتم أيضاً بنقاط القوة التي لدينا وبمواردنا الذاتية، ألا وهي مواد الخام التي نستخدمها عند المواجهة.

توجد وصمة عار أخرى متمخضة عن القول: "لا يتم غسل الملابس الوسخة خارج البيت". نشعر أننا قد فشلنا بجهودنا الذاتية في مواجهة مشاكلنا، وقد نخاف من الكشف الذي يهدف إليه العلاج أو قد نخاف أن نكشف عن أسرارنا لغيرنا.

من المهم أن نعرف أن المعالجين والمعالجات ملزمون، بموجب القانون، بالحفاظ على كل ما يدور في غرفة العلاج وفق سرية طبية تامة، وذلك كجزء من التزامهم تجاه المعالجين. ويمكن لمحادثة مع شخص ليس جزءاً من بيئتنا اليومية أن تكون لها أفضلية كبرى: فهي تسمح لنا أن نعبر بانفتاح كبير ودون الخوف من التحكيم أو التقييم، وبالتالي نحصل على وجهة نظر جديدة حول الصعوبات التي نواجهها، وأن خبراء وخبيرات في علم النفس تعلموا أن يلاحظوا من خلال إصغائهم لكلامنا ما لا نلاحظه ولا يلاحظه أقرباؤنا.

يهدف جزء من صيرورة العلاج لأن نصغي لأنفسنا مثلما يصغي المعالجون، والمعالجات الأكفاء إلينا من خلال مشاعر الاحترام والفضول والاعتراف بقيمتنا وبعمق تجربتنا، ومن خلال معرفة قدراتنا ومحدوديتنا والإيمان بنا وبقدرتنا على التغيير وتحقيق أهدافنا.

تعتمد اللقاءات العلاجية مقاييس مختلفة، يختلف أحدها عن الآخر في

النموذج مثل: العلاج الفردي، الزوجي، العائلي أو الجماعي، كما تختلف اللقاءات بأساليب وآليات العلاج المستخدمة في عمليّة العلاج، وفي إطار الوقت والبيئة والأهداف. نعني بمصطلح "العلاج النفسي" (السيكو ثيرابي) (Psychotherapy) العلاج عن طريق الكلام على يد أخصائي/ة نفسي/ة أو من خلال عامل/ة اجتماعي/ة علاجي/ة، أو طبيب/ة نفسي/ة يحمل شهادة تأهيل للعلاج عن طريق الكلام.

من الممكن أن تكون سلسلة اللقاءات العلاجيّة محددة وقصيرة الأمد، أو موسّعة وطويلة الأمد. إن الفرق بين شكلي العلاج هو في نوع ومدى التغيير العلاجي المطلوب. يمكن معالجة مشاكل معينة ومحددة كالرهاب (phobia) أو التقليل من العوارض النفسيّة المستحوذة بواسطة علاج قصير الأمد، في حين أنّ قضايا أخرى كالأنماط السلوكيّة غير المتأقلمة والتصور الذاتي السلبي والصعوبات في العلاقات الشخصيّة؛ جميع هذه القضايا تحتاج إلى صيرورة عمل أعمق وأشمل وإلى إطار زمني أوسع. تتغير مدة العلاج الزمنيّة وعدد اللقاءات العلاجيّة الأسبوعيّة من معالجة إلى أخرى. إنها تتعلق بعوامل مختلفة منها: المدة الزمنيّة التي نحتاجها كي نشعر بالأمان والاطمئنان في غرفة العلاج، ونوع الصعوبات التي نواجهها والقدرات الداخليّة والموارد التي نملكها من أجل مواجهة الصعوبات، ومدى الرغبة والحاجة الشخصيّة التي لدينا كي نتعمق في البحث واكتشاف أنفسنا. كما هو الأمر في الشفاء من الإصابات الجسمانيّة، فإن الإصابات النفسيّة أيضا تحتاج إلى وقت للشفاء منها، خاصّة إن كانت إصابات عميقة أو جوهريّة.

ما هو العلاج بالكلام؟ ماذا نفعل هناك؟

تتكوّن الكلمة العلاج النفسي (psychotherapy) من كلمتين: (psycho = النفس) و (therapy = العلاج). ويتم العلاج النفسي من خلال الحديث أو الكلام بيننا وبين المعالج/ة. ويهدف الحديث إلى تقليل الصعوبات والمعاناة النفسيّة والمساعدة على بلورة بنية نفسية مستقرة، مرنة ومتكيّفة. يهدف الإطار العلاجي إلى ممارسة أحاسيسنا والتعبير عنها في بيئة داعمة محميّة وأمنة كي نعرف أنفسنا ومشاعرنا بصورة أفضل، وربما من أجل الوصول

إلى فهم جديد لأنفسنا.

تبدأ نقطة انطلاق العلاج بواسطة الكلام؛ إذ كلما عرفنا أنفسنا أكثر، وأصبحنا أكثر صراحة مع أنفسنا، فإن إمكانية العيش تتحسن وتصبح حياتنا أكثر شمولية ورضا وغنى. من الصعب أحياناً أن نعي الدوافع النفسية المركبة التي تحركنا، ومن الصعب أيضاً أن نعترف بأمر مؤلمة أو غير مريحة داخلنا والموجودة في بيئتنا. يهدف الحوار العلاجي إلى خلق فرصة من أجلنا من خلال قبول الدعم، ومن أجل معرفة نقاط ضعفنا ونقاط قوتنا الداخلية وإدراك طرق المواجهة والحماية النفسية التي لدينا، وإلى فهم أساليب جديدة في المواجهة وتعلم كيفية تقبل وتعبير احتياجاتنا للحصول على معونة.

"أرى أن الذهاب إلى أخصائي/ة نفسي/ة هو امتياز، لدي امتياز كوني أستطيع أن أسمح لنفسي أن أذهب إلى أخصائية نفسية وهذا أفضل شيء لدي. إنها تساعدني كي أفهم نفسي وأعي ذاتي وأنا مدركة أن هنالك نساء عديدات معنيات بالتوجه للعلاج لكن حواجز عديدة تقف أمامهن ومنها المقدرة على الدفع والضغوطات المجتمعية".

يستطيع العلاج المساعدة بفحص أعمق لمواضيع مؤلمة ومحبطة من غير الممكن مواجهتها لوحدها. في العديد من المرات نقحم في حياتنا الصدمات النفسية المتعلقة بالماضي أو الحاضر كاضطرابات في التغذية والإدمان أو الولادة العسيرة أو الإصابة الجسدية أو النفسية أو الجنسية، لأننا نشعر أننا غير قادرات على مواجهتها وتحمل الصعوبة المنوطة بالمواجهة. لكن، عندما نبتعد أو نتجاهل التجارب المؤلمة في حياتنا، نمحو جزءاً كبيراً من ماضينا ومن ذاتنا ونخلد دون وعي أفكاراً وأحاسيس ومشاعر مؤلمة تتعلق بنا وبواقعنا. يساعد الإطار العلاجي على مواجهة التجارب النفسية التي لم نستطع التعرف عليها أو معرفتها بمفردنا، ويساعد هذا على إعادة رؤيتنا وتشخيصنا للحوادث التي تم محوها داخلنا، النظر فيها من جديد وبالتالي تعلم مواجهتها والتحرر من أعراضها النفسية السلبية.

وقد نشأت على مدى السنين عدّة أنواع من العلاج النفسي من منطلق

الرّد على عدد كبير من الصّعوبات النفسيّة- العاطفيّة ومشاكل نفسيّة وأخرى تتعلق بالشخصيّة. يستعين المعالجون والمعالجات بآليات ونظريات وأساليب علاجية مختلفة، إلا أن العلاج بواسطة الكلام (psychotherapy) ليس إجراءً "علمياً" بالمعنى الضيق للكلمة. بما أن العلاج موجّه لمساعدتنا بطريقة إبداعية من أجل أن نجد حلولاً نفسيّة خاصة بنا وباحتياجاتنا فإنه يشبه الفنّ.

من الممكن أن يكون الخطاب العلاجي مختلفاً عن أيّ خطاب آخر صادفناه في الماضي. فهو لا يُعدّ استشارة أو تدريس مبادئ مكتوبة مسبقاً، وعادة لا تقدّم من خلاله النصائح الواضحة، وذلك من منطلق أن الأفراد من كلا الجنسين يختلفون، بعضهم عن بعض، ويحتاجون لحلول متباينة، وأن الحوار العلاجي جاء لكي يتيح لنا أن نصغي ونكتشف ونخلق طرقنا الفردية عند مواجهة مهام مركبة في التطور والحياة.

تحتاج عمليّة بناء علاقة علاجية إلى وقت، وذلك لأن مستوى الثقة والأمان المطلوبين من أجل الكشف عن الذات بصورة عميقة ومن أجل بناء علاقة حميمة يحتاج إلى منظومة طويلة الأمد، إلى جانب أنّه في حاجة إلى وقت من أجل فهم نوع المساعدة والإمكانيات الذي يستطيع العلاج أن يقترحها علينا.

"في البداية لم أثق بالعلاج، لكنني شعرت بسوءٍ وكنت في حاجة إلى شيءٍ لأتمسك به، فقررت ببساطة أنه لا مفر لديّ إلا أن أثق وأعطي فرصة لنفسي وأن أتحدى الأقاويل حول من تتوجهن للعلاج والأفكار النمطية حول المتوجهة".

عادة ما تُكرس المحادثات الأولى في العلاج للتعارف وبناء علاقة بين الطرفين. يهتم المعالج/ة بالصّعوبة التي نعاني منها وبكيفية تأثيرها على حياتنا، وبمدى فهمنا للأسباب التي أدت إليها وبطرق المواجهة التي نستخدمها. لا يهتم المعالج/ة فقط بحالتنا وبالصعوبات الحالية، بل يهتم أيضًا بماضيها الشخصي وبصحتنا وحياتنا اليوميّة، وبمجموعة الأهداف التي ننمي إليها وبعلاقاتنا الشخصيّة والزوجيّة وبتاريخ عائلتنا؛ ذلك لأن هناك حاجة لمعرفة الخلفية من أجل فهم صعوباتنا وقدراتنا الشخصيّة وفهم الموارد التي تقف لصالحنا من أجل المواجهة.

ليس من السهل أن تكشف عن ذاتك أمام شخص غريب. نذهب للعلاج في كثير من المرات بعد أزمة طويلة ومحاولات عدّة لمواجهة المشكلة. قد نشعر بخليط من المشاعر كاليأس والخجل والأمل والخوف. وبموجب حالتنا الآنية، وشخصيتنا، نستطيع القلق المتعلق بالعلاج والمعالج/ة أن يقصّ مضاجعنا. هل المعالج/ة ممل/ة؟ عديم/ة المبالاة؟ مصدوم/ة انتقادي/ة؟ هل سنفلح أن نعبر له/ا عن ضيقنا؟ هل سينفر/ تنفر منا؟ هل يستطيعون مساعدتنا؟

يعتمد العلاج بالكلام على معرفة أن لدى الناس ميول لتعميم تجارب الماضي عبر قوالب سلوكية يستخدمونها من أجل رصد المستقبل ومواجهته، لذا فإن جميعنا يمارس ويعيش علاقات جديدة وتجارب جديدة من منطلق توقع وأمل، أو خوف من أن تتكرر تجاربنا من الماضي.

أحياناً نستطيع أن يسلك المعالجون/ات أساليب لم نألّفها في علاقات سابقة، تثير فينا مشاعر الدهشة والبلبلة والخجل والغضب؛ فمثلاً يردون على السؤال بسؤال، ولا يبوحون بمعلومات شخصية حولهم ويشجعوننا على التعبير عن أنفسنا بصورة عاطفية، أو يسألون عن الأحلام وعن مواضيع قد نعتقد أن لا صلة لها بما نعاني منه. كثيرات هن المعالجات اللواتي تستصعبن فهم لماذا تُسألن، مرة تلو الأخرى، عن مشاعرهن حول المعالج/ة والعلاج. أحد الأسباب لذلك هو أن كلاً منا تعيش العلاقة العلاجية والمعالج/ة بصورة خاصة، وحسب تاريخها الشخصي والعاطفي.

لا يفترض بالمعالج المسؤول، أو المعالجة المسؤولة، معرفة ما نشعر به تجاههم وتجاه العلاج؛ بل إنهم يهتمون بتجربتنا الخاصة وبالأسباب الشخصية التي تؤدي بنا لأن نشعر بطريقة معينة لا بطريقة أخرى. إن لم يكن هذا التصرف واضحاً لنا فمن الجائز أن نفسّر هذه الأسئلة على أنها طلب للانتباه وللموافقة، أو أنها اهتمام زائد بالمعالج/ة بدلاً من الاهتمام بنا. عندما يتصرف معالجنا أو معالجتنا بطريقة غير واضحة، من المفضل ومن المهم أيضاً أن نطلب منهم تفسير تصرفهم. لدينا كامل الحق المثبت بالقانون في الحصول على توضيحات حول ماهية وعملية ومنطق العلاج الذي نأخذ فيه قسطاً.

أنواع العلاج المختلفة ونماذج علاجية

يكتسب العديد من المعالجين والمعالجات، خلال تأهيلهم وعملهم العلاجي، اختصاصات متنوعة في قضايا ونماذج علاجية مختلفة. لا يعني ذلك أن علينا معرفة الاختلافات السائدة بين طرق العلاج المختلفة بشكل جذري لكي نجد المعالج/ة الملائم/ة. أثبتت الأبحاث أن معظم المشاكل النفسية ذات المنشأ الاجتماعي، التي لم ترتق لمستوى الاضطراب النفسي، لا اختلاف بينها من حيث طرق العلاج النفسي ونجاعة العلاج. تظهر معطيات الأبحاث، مرةً تلو الأخرى، أن العامل الرئيسي المؤثر على نجاعة العلاج هو نوع العلاقة السائد بين المعالج/ة والمعالج/ة. شخصية المعالج/ة، التوافق القائم بين الطرفين، مدى الثقة التي نضعها في المعالج/ة ومدى قوة الدافع الذاتي للتغيير الذي تبنيه العلاقة- هذه هي العوامل التي تؤثر بصورة كبيرة على نجاعة العلاج (Coady & Wolgein, 1996).

"ذهبت إلى عدد من المعالجين خلال فترات زمنية مختلفة خلال فترة بلوغي.. عندما ذهبت في المرة الأولى، اخترت أن ألتقي بامرأة، لكن معالجين رجالاً ساعدوني أيضاً. أفضل المعالجين كان من ذوي الصفات المشتركة التالية: "لقد كانوا رقيقين وودودين وتعاملوا معي باحترام. أنصتوا إلي جيداً وفهموا كلامي، وتقبلوا الطريقة التي من خلالها عرضت قضايا مختلفة، ولم يحاولوا أن يغيروها لكي تتناسب مع نظرية ما. لقد ساعدوني على تعريف مشاكلي وعلى فهم الطريق لكي أصل إلى التغيير المرجو. لقد كانوا منفتحين أمام انتقادي. كان من المهم لديهم أن أنجح دون أخذ مسؤولية على نجاحي. حينما عولجت على يد هؤلاء المعالجين بصفاتهم هذه، شعرت أنني قوية جداً واكتسبت نظرة أكثر وضوحاً حول حياتي!"

في المحادثة الهاتفية الأولى مع المعالج/ة أو خلال اللقاء معه/ا، من المفضل أن نفحص ما هو انطباعنا عنه/ا، كيف نشعر تجاهه/ا؟ هل أجاب/ت عن أسئلتنا باحترام؟ هل شعرنا معه/ا براحة؟ من المحبذ أن ننصت لإحساسنا الداخلي وأن نعتمد على ردود فعلنا. عندما نشعر بتخبط، من المفضل أن نشترك في عدة لقاءات لاتخاذ قرار كي نكون

صريحات قدر الإمكان مع أنفسنا ومع المعالج/ة. أحياناً، تستطيع محادثة صريحة مع المعالج/ة أن تساعدنا في فهم هل الصعوبة ناجمة من خوف متعلق بالإطار العلاجي أم ناجم عن عدم توافق؟ من الممكن أيضاً أن نلتقي مع عدد من المعالجين والمعالجات لكي نجد المعالج/ة الملائم الذي نشعر معه/ا براحة أكبر.

"قبل عدّة شهور بدأت أتلقى علاجاً نفسياً في مركز علاجي. تحدثت مع عدّة معالجين/ات حتى أن وجدت معالجة ملائمة، كان هذا أمراً مهماً في القرار".

خلال الصفحات القادمة سنحاول أن نقدّم بعض الطرق العلاجية المختلفة كالعلاج التحليلي - التفاعلي (السيكو-دينامي)، العلاج العقلي-السلوكي والعلاج الجسدي-النفسي. وأطر علاجية كالعلاج الشخصي والزوجي والجماعي، من أجل معرفة إمكانيات العلاج المتوفرة لدينا.

العلاج النفسي التفاعلي (السيكو-دينامي) (Psychodynamic Psychotherapy)

يُدعى هذا العلاج عادة باسم "العلاج النفسي الديناميكي"، وهو إسم عامّ لكل أنواع العلاج بالكلام التي تعتمد على مبادئ تفاعلية (dynamic)، أيّ تلك التي تركز في صيرورتها على النفسية الواعية وغير الواعية في التغيير والتطور (ريبر، 1992).

تُعتبر نظرية سيجموند فرويد مصدر طرق العلاج النفسي التفاعلي (السيكو-دينامي)، والمشارك بينها هو البحث داخل عالمنا الباطني والتعامل مع مسائل نفسية غير واعية، بكلمات أخرى، إنها طرق علاجية تعتمد على فكرة وجود صراعات وتجارب وقضايا نفسية نقصيها خارج وعينا ونعجز عن التفكير فيها، إلا أن أمراً ما داخلنا "يذكرنا" بها، لذا فإنها تؤثر على مشاعرنا وسلوكياتنا وأفكارنا الواعية.

لقد أسس فرويد طريقته العلاجية على مصطلحات نفسية كالغريزة والدافع والصراع النفسي. ظهرت من خلال نظريته، ومع مرور السنين، تيارات

فكرية مختلفة ذات اهتمامات أخرى وإدراك آخر لأهداف العلاج وللأسباب التي تؤدي إلى معاناة نفسية، وقد عملت معاً على بناء تيار حافل بالآليات والطرق العلاجية التي يتبعها التحليل النفسي التفاعلي (السيكو-دينامي). العلاج من خلال علم النفس التفاعلي (السيكو-دينامي) عبارة عن دعوة للحوار مع معالجنا ومع ذاتنا.

يساعدنا هذا الحوار على تقبل مشاعرنا بصورة أفضل والتعبير عنها، وعلى ملاحظة أهوائنا ورغباتنا واحتياجاتنا وأهدافنا وعلى استقصاء العادات وخيبات الأمل والحرمان العاطفي وآلام الماضي التي تعرقل تطوّرنا. في الأساس، يستطيع العلاج أن يساعدنا على تطوير فهم صادق لأنفسنا وعلى تقليل النقد الذاتي، ويفيدنا في تحرير الطاقة النفسية التي نستهلكها عندما ننعزل عن المناطق المؤلمة في داخلنا وعلى تعزيز تصورنا الإيجابي وعلى الثقة بالنفس والتقدير الذاتي. تعمل كل هذه الأمور على توفير فرصة من أجل تحقيق أنفسنا كنساء أكثر حيوية وتواصلًا وثناءً (Mcwil, 2004). (liams)

من الناحية التاريخية نشأ العلاج الديناميكي بواسطة الكلام (Psychotherapy Psychodynamic) عن الطريقة العلاجية المسماة التحليل النفسي (psychoanalysis).

التحليل النفسي (psychoanalysis) هو عبارة عن إجراء علاجي طويل المدى وعميق، يجريه محلل/ة نفسي/ة بواسطة آليات معينة كالتداعيات الحرة، من خلال عدد كبير من اللقاءات الشهرية.

العلاج العقلي-السلوكي

(CBT - Cognitive Behavioral Therapy)

يعد العلاج العقلي- السلوكي علاجاً نفسياً حيث يدمج مبادئ وآليات علاجية سلوكية¹ مع آليات علاجية عقلية².

1. يعتمد العلاج السلوكي على مفهوم أن السلوك عبارة عن شيء مكتسب وأن هناك علاقة بين السلوك ونتائجه، كما أننا نكتسب تصرفاً ما بموجب التشجيع والعقوبات التي نتلقاها خلال طفولة حياتنا.
2. العقلي من مصطلح عقل- وعي أو فكر. يعتمد العلاج العقلي (الفكري) على الاعتقاد أننا نفهم الواقع بحسب أنماط الوعي والفكر التي اعتدنا من خلالها تفسير الواقع. مقصد العلاج أن يجري تغيير في أنماط التفكير غير المتأقلمة وغير الجيدة.

يعتمد العلاج العقلي- السلوكي على الاعتقاد أن الصعوبات التي نواجهها تنبع من اكتساب سابق لسلوك غير متأقلم، أو من ميول لأنماط تفكير محددة. إن الفكرة المركزية لدى العلاج هي ملاحظة الحالات التي تثير فينا هذا السلوك وهذه الأنماط من التفكير، وإزالة ردود الفعل العادية غير المتأقلمة من خلال اكتساب سلوك وأفكار أنجع ذات قابلية على التأقلم.

هكذا نستطيع أن نغيّر سلوكا (مثل ممارسات غير مستحبة) ومشاعر كالاكتئاب والرغبة، أو أفكاراً سلبية حول أنفسنا كفكرة "إنني فاشلة دائما في كل شيء". يتم التغيير العقلي في الفكر واستيعاب الواقع باتباع المركب السلوكي- أي من خلال الاكتساب والتدريب على سلوكيات جديدة متكيفة. لا يهتم هذا النوع من العلاج بماضينا الشخصي؛ وإنما فقط بوضعنا الآن - "هنا والآن"؛ كما أنه لا يصبو إلى فهم الأعراض بل إلى القضاء عليها (Howton, 1989).

عادة يكون العلاج العقلي- السلوكي منوطاً بصيرورة عمل مبرمجة وقصيرة المدى، والتي تصبو للوصول إلى أهداف معينة يحددها المعالج/ة والمعالج/ة معاً. من أجل الحصول على التغيير المرجو، أو الوصول إلى الأهداف المنشودة، فإن العلاج يدمج وسائل كلامية (بالحديث) ووسائل غير كلامية كالتمرين والعمل التطبيقي والوظائف البيتية.

أثبتت طريقة العلاج العقلي- السلوكي أنها ناجحة بالذات عند استخدامها ضد الرهاب (phobia)، الرهبة، الاكتئاب، السلوكيات المزعجة والصدمات النفسية، ومن أجل تغيير أنماط غير مستحبة وتعلم مهارات وحل مشاكل. من الممكن أن نبحث عن مراكز علاجية ومعالجين يعالجون بموجب الطريقة العقلية عبر مواقع الإنترنت، أو التوجه إلى خبير/ة في هذا المجال والحصول بواسطته/ا على توصية على معالجين/ات ملائمين/ات يعالجون بالطريقة العقلية.

لمزيد من التفاصيل عن هذا النوع من المعالجين/ات، أنظروا الفصل الفرعي "كيف نجد معالجاً أو معالجة مناسبة" في تنمة هذا الفصل.

العلاج التعبيري (Expressive Therapy)

العلاج التعبيري هو مصطلحٌ عامٌ لأنواعٍ مختلفةٍ من العلاج النفسي الذي يستخدم الفنَّ لأهدافٍ علاجيةٍ. يعتمد العلاج على التعبير بالفنِّ، والذي يمكن من التواصل مع العواطف والأحاسيس والأفكار غير الكلامية (غير اللفظية)، والتعبير عنها من خلال البعد الفني، الأمر الذي يُعدُّ ذا أهميةٍ علاجيةٍ.

تستخدم أنواع العلاج التعبيري أدواتٍ مختلفةٍ من الفنون من أجل الكشف عن عملياتٍ نفسيةٍ، وذلك من منطلق أن الأداة الفنية تسمح لمضامين غير واعية أن تطفو فوق سطح الوعي، وفي هذا المكان يتم اللقاء مع المضامين غير الواعية ومواجهتها. في العلاج بالفن لا أهمية للعمل الفني في حد ذاته، بل تدور الأهمية حول العملية النفسية التي يجتازها المعالج/ة بمساعدة وسائل الفنِّ. يشمل العلاج التعبيري أنواعاً عدة: كالعلاج بالدراما (المسرح) والعلاج بالفنِّ وبالحركة وبالموسيقى وبكتابة وقراءة نصوص أدبية وشعرية (Malchiodi, 2003).

علاج الجسد-النفس

(Body-mind psychotherapy, Integrative psychotherapy)

علاج الجسد- النفس عبارة عن عدد من العلاجات التي تدمج العلاج الجسدي والنفسي معاً. يعمل هذا التوجه العلاجي من خلال إطار العلاج بالكلام المدمج، أو ضمن إطار العلاجات "البديلة" الشاملة. العلاج بالكلام المدمج عبارة عن علاج يدمج بين مبادئ من العلاج النفسي التحليلي التفاعلي (Psychotherapy Psychodynamic) وأساليب عمل مختلفة تتعلق بالجسد. يعتمد العلاج على مفهوم أن الجسد والنفس يعملان كجهازين ويشكلان معاً جزءاً من جهاز كلي واحد، لذا فإن كل تجربة على الصعيد النفسي تجري أيضاً على الصعيد الجسدي والعكس صحيح.

ويعتمد العلاج المدمج على الكلام مع المعالج/ة، ويتمّ خلاله العمل على الجسد بواسطة عدّة طرق كالتأمل وتطوير الوعي حول الجسد وتمارين التنفس وأحياناً بواسطة اللمس أيضاً (Hartley, 2008).

العلاج الكلي عبارة عن مفهوم عامّ لأساليب علاجية تتعامل مع الجسد والنفس والروح كمنظومة واحدة. يُدعى هذا النوع من العلاج "بالعلاج البديل"، لأنه يقدّم بديلاً علاجياً ويعتمد على ثقافة الشرق بدلاً من العلاج الغربي "التقليدي". يعتمد العلاج الكلي على المفهوم السائد أن المشاكل على الصعيد الجسدي والنفسي والروحي هي أبعاد مختلفة لذات المشكلة، لذا فإنّ العلاج الكلي يشجع على تطوير وعي وتغيير في الأبعاد الثلاثة المذكورة. يشتمل العلاج الكلي أساليب متنوعة كالعمل بواسطة التنفس وعلاج باطن الرّجل والإبر الصّينية والشياتسو وأنواع التدليك المختلفة وغير ذلك.

العلاج متعدد الأطر/المؤسسات

العلاج متعدد الأطر عبارة عن مفهوم عامّ لعلاج يتمّ ضمن إطار أو مؤسسة تشمل أكثر من شخص واحد، كمثال المؤسسة الزوجية والعائلية والجماعية أو الجماهيرية. يعتمد العلاج المتعدد الأطر على مفهوم أن مشاكلنا وعواطفنا وأفكارنا وأنماط تصرفنا ناجمة عن، ومحفوظة داخل، منظومة من العلاقات الواسعة جداً؛ لذا فإنه في جزء من الحالات يكون من الأفضل التعامل مع الصعوبات من خلال إطار واسع وليس فقط بصورة عينية. يعتمد العلاج متعدد الأطر على العلاقات المتبادلة بين الأفراد بهدف تغيير وتحسين كلّ فرد من أفراد الإطار، ومن أجل تحسين الإطار بمجمله؛ لذا يهدف العلاج إلى تقديم مساعدة على صعيد العلاقات الشخصية. يقوم العلاج على دراسة كيفية نشوء أنماط معينة من السلوك وما الذي يمنعها من التطور؟ نجد أن هذا العلاج ناجع في حالات علاج مسائل كالزواج والزوجية والأبوة والأمومة والصراعات العائلية والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين وسوء التغذية والإدمان (Goldenberg, & Goldenberg, 2004).

العلاج الجماعي

يتكون العلاج الجماعي من معالج/ة واحدة أو أكثر يعالج/ون معاً مجموعة صغيرة من المعالجين/ات. يمكن لأسلوب العلاج أن يكون عقلياً- سلوكياً أو تعبيرياً أو ديناميكياً (بالكلام)، وأن يكون عينياً ومحددًا كمواجهة موضوع العزوبية، أو واسع النطاق كموضوع النمو الذاتي. تقوم فكرة العلاج الجماعي الديناميكي على أن اللقاء الجماعي يثير لدى كل واحد من أفراد المجموعة مشاعر وأفكاراً وأنماطاً سلوكية مألوفة لا نعيها عادة. خلال عملية العلاج الجماعي، يتم فهم هذه الأمور ويعمل كل فرد من أفراد المجموعة بصورة فردية على ردود فعله من خلال التفاعلات الجماعية.

يساهم المعالج/ة في التطور الذاتي والجماعي، حيث أنه يقوم بتأمين جو آمن وداعم يمكن المشتركين والمشاركات من فحص العلاقات الشخصية وردود فعلهم الشخصية ومساهماتهم في هذه العلاقات (يالوم، 2006).

غالبًا ما يكون لأفراد مجموعة المساعدة الذاتية، أو مجموعة الدعم، موضوع مشترك يجمعهم معاً كمواجهة مرض ما. يشاطر أفراد المجموعة التجارب الشخصية بعضهم بعضاً في بيئة حاضنة ومنصتة، بصورة تمكنهم من التعرف على وجهات نظر متشابهة ومختلفة وعلى مواجهات مشتركة. أحد نماذج المساعدة الجماعية هي مجموعة الوساطة، كمجموعة المدمنين السريين على الشرب، أو المدمنين السريين على الأكل، أو المجموعات النفسية - التربوية التي تُمكن من دراسة متبادلة لمواضيع مختلفة يواجهها أفراد المجموعة كالمفاوضات والإدارة وتحضير للأبوة.

قصة جامعية..

قصتي كفتاة عربية جامعية عزباء عمرها يناهز السابعة والعشرين

بعد إنهاء تعليمي الجامعي، وحصولي على اللقب الأول، بدأت بالعمل في مدرسة ابتدائية كبديلة يومية، وعندها بدأت المتاعب؛ حيث بدأت المشاغبات من قبل الطلاب في الصف وكانت الفوضى مستمرة ولم أجد لها حلاً. أما المديرية، بدلاً من تقديم النصح والإرشاد لي، فقد أهملت الموضوع ولم تقدم لي أي مساعدة. ظهرت عندي حالة من اليأس والاكتئاب وبدأت أشعر ببداية فاشلة في العمل، بالرغم من تفوقي العلمي من الناحية الأكاديمية. بعد ذلك تركت هذه المدرسة المشؤومة وقررت أن أكمل دراسة عليا في الجامعة (اللقب الثاني)، وبدأت ضغوط الدراسة تتفاقم وتؤثر على حالة الضغط والاكتئاب لدي. عندها فقدت السيطرة على نفسي. ومما زاد الطين بلة، وزاد من حالة الاكتئاب لدي، حصولي على علامات متدنية مقارنةً بمستواي المعتاد والمطلوب. وما حصل معي هو أنني أجد المحاورة بيني وبين نفسي في الكتاب، فكأنني أقرأ الأفكار التي تراودني بدلا من الدراسة، وذلك أثر على مستواي في تحصيل العلامات.. بالرغم من ذلك بقي مستواي الذهني على ما هو عليه.

بدأت السنة الثانية في الجامعة فبدأت أدرس حالتي وما يدور من حولي، فأدركت أن ثمة شيء غريب لا يمكن تجاهله، ومن بعد ملاحظات أهلي لتصرفاتي، وخاصة أبي وأختي، استشرت أمي في موضوع مراجعة معالج نفسي. أمي كانت قلقة من هذا الموضوع، ولكن أبي وأختي أصراً عليّ أن ثمة ضرورة للذهاب إلى معالج نفسي لمعرفة ماذا يحدث معي؟ بيني وبين نفسي كنت خائفة

وقلقة من موضوع المراجعة، ولأنني كنت قلقة على مستقبلتي العلمي والعملي وشعوري بعدم الراحة. وفي الوقت نفسه، كان مستقبلتي هو الذي دفعني لاتخاذ القرار بالذهاب للمعالج النفسي، لأنني وصلت إلى مرحلة فقدت فيها السيطرة على أفكاري مثال ذلك: الضحك المتكرر والمتتابع لأفكاري الوهمية.

ثقتي بمستواي الأكاديمي شجعتني على اتخاذ قرار الذهاب للمعالج النفسي، وعن طريق صندوق المرضى حددت موعدًا للاستشارة النفسية. لكن، من جهة أخرى، تخوفاتٌ عديدة راودتني: المجتمع- ماذا سيقولون عني، كيف سأتعامل مع من حولي إذا عرفوا عني وعن العلاج، هل سأستطيع الزواج والتعرف على شريك متفهم لحالتي؟

كانت لديّ بعض التخوفات في اللقاء الأول وعدم ثقة بهذا المعالج النفسي، لأنني كنت من الذين يؤمنون بأن الصحة النفسية غير مهمة في المجتمع وكأنها شيء غير موجود. وبالتالي لا أومن أيضًا بالمعالج النفسي وبعمله. في البداية كانت إجاباتي لأسئلة المعالج النفسي غير دقيقة، ولكن ليس دائمًا. واستمر ذلك وقتًا طويلاً (في حدود خمسة أشهر) مع استمرار المعالج النفسي بإعطائي للأدوية. كانت الأدوية تتضمن حبوبًا للتخلص من الضغط الزائد من التعليم والعمل وغير ذلك...

العلاج النسوي

في السبعينيات من القرن الماضي، ومع قيام حركة تحرير المرأة، بدأ يتطور وعي عام بأن القوى الاجتماعية تعمل بصورة مختلفة تجاه الرجال عمّا هو تجاه النساء. تحدثت النساء عن تجاربهن ضمن مجموعاتٍ للنساء من أجل المساعدة الذاتية، والتي أقيمت في نفس الفترة تحت عنوان "مجموعات لأجل رفع الوعي". من خلال حديثهن، تبين أن جزءًا كبيرًا من الصعوبات والصراعات النفسية التي عانين منها لم تكن شخصية، بل كانت متعلقة

بالمناخ الاجتماعي وبالأفكار التي بثها المجتمع حول أجسادهن وأنوثتهن وتصرفهن وواجبهن ومواهبهن، وكذلك الأمر حول الفرص الاقتصادية والمهنية والشخصية التي قررها المجتمع من أجلهن. (روزمن برنر وأخريات).

تطوّرت الطريقة العلاجية النسوية، حينما بدأت نساءٌ خبيرات في مجال الصحة النفسية بأخذ قسطٍ في هذه المجموعات، وبدأن يتحدّين الطرق العلاجية التقليدية، وينتقدن السبل التي أثّرت فيها الأفكار المجتمعية المسبقة سلبيًا على نفسية النساء (هناك).

يساعد المعالجون (والمعالجات) النسويون المعالجين في دراسة التوقعات الجندرية، والأفكار المسبقة والقيم، التي تَدَوَّتْ داخلهم منذ لحظة الولادة على أنهم "طبيعيون" والتي أثّرت على بناء هويتهم الذاتية.

يساعد هذا التوجه المعالجات والمعالجين على التغلب على أنماط ومعتقدات اجتماعية ضيقة من قبيل أنّ الرجال "عقلانيون" و"مستقلون" و"صارمون" و"يستطيعون أن ينجحوا في العالم الكبير"، أما النساء فهن "حساسات" و"عاطفيات" و"غير مستقلات" و"مسؤولات عن تربية الأطفال ومحيط البيت" و"غير قادرات على التدبر بأنفسهن"؛ وذلك من أجل أن يمارس الرجال والنساء حياتهم بصورة أشمل كذوي قدرة على الإحساس والتفكير والعطاء والتقبل وعلى الاستهلاك والاستقلالية، وعلى الحزم وعلى أداء أعمالهم خارج وداخل البيت حسب السياق والحاجة.

تنطبق هذه المبادئ على الرجال والنساء على حد السواء، إلا أن المعالجات النسويات (والمعالجين النسويين) يبدون تفهّمًا وإدراكًا تجاه مكانة النساء بسبب تأثير القمع النفسي عليهن، وذلك لأن ثقافتنا تميل لإعطاء وزن أكبر للقيم والقدرات "الذكورية" وتقلل من أهمية القدرات "النسائية". من هنا، استُخدِمَ العلاج بصورة واعية من أجل إعطاء قيمة للتجربة النسائية التي تمّ إقصاؤها وابعادها بسبب اختلافها عن التجربة الرجالية "الطبيعية" وعوملت على أنها تجربة مريضة واتكالية.

يشدّد المعالجون النسويون/المعالجات النسويات على إعطاء مكانة في العلاج لتجربة وقصّة المرأة ومكانتها في المجتمع ومدى تأثير القيم التقليدية على المرأة وصحتها النفسية. إن العلاج النسوي يعرّز من فهمنا الذاتي ويمكننا من معرفة أننا عندما نفشل، أو نقع ضحايا لتصرف قانع أو عنيف، فهذا لا يعني أن طبيعتنا الأساسية انهزامية أو ضعيفة.

يشجّع القمع الاجتماعي النساء على انتهاج سلوك خامل ومتعلّق بالغير، والوعي بهذه الحقيقة يوجّه المعالجين النسويين والمعالجات النسويات نحو بناء علاقة علاجية، غير هرمية، كما نحو منظومة علاقات علاجية اشتراكية ومتساوية.

يتمنّع المعالجون/ات عن اتخاذ سلوك مهنيّ متعال كما عن استخدام تشخيصات نابعة أو متأثرة بأفكار مسبقة، ويتعاملون بشفاقيّة ويوضّحون صيرورة العلاج؛ كما يُظهرون حساسية للموقف عندما يستخدمون مهنتهم كي لا يؤدي ذلك إلى فرض قيمهم الذاتية على المعالج/ة ويشددون على خلق بيئة لا تتكرر فيها مشاعر التبعية وانعدام الحيلة. يمكن اعتبار العلاج كرحلة مشتركة يصمّمها كل من المشتركات والمشاركين المعالجين، بينما يشارك المعالج/ة بصورة فعّالة ويدفع بالتغيير بناءً على الأهداف والاحتياجات والقيم الذاتية، ومن خلال معرفة القدرات الذاتية التي لديه/ا والاعتماد عليها من أجل بناء التقبل والثقة والتقدير ذاتي.

لقد تبيّن، مع مرور الوقت، أن الرؤية النسوية العلاجية كان لها أثر كبير على النظريّة النفسية، وعلى مفهوم العلاج التقليدي بصورة عامّة، كما هو على فهم نفسيّة المرأة والتطور النسائي على وجه التحديد.

أدرج النقد النسوي في الخطاب المهنيّ قضايا ومسائل منتشرة لدى النساء كالتصور الجسدي والعلاقات القامعة وسوء التغذية وغشيان المحارم والتعرض للقمع الجنسي والاكتئاب، مما ساهم في فهم إسقاطات القمع بأشكاله المختلفة: كالقمع على خلفيّة العرق

والإعاقة الجسمانية والجنس والميول الجنسية، وأثرت على مدى فهم ووعي المهنيين والمهنيات للقضايا الجنسانية الثقافية. دفع تذيوت النقد النسوي التحليل النقدي للغة التشخيص، وساعد على تشكيل فهم نفسي للفرد بكونه متجذراً في سياق علاقات أوسع، وساعد على تشكيل العلاقة العلاجية كعلاقة رغم ما فيها من مهام محددة إلا إنها قائمة على أساس متساو.

تطور الفكر النفسي حول "الأنوثة"

لقد تطور الوعي المهني للتطور النفسي السليم لدى الرجال والنساء على ضوء مفاهيم اجتماعية وثقافية مألوفة وتأثر بها. انتشرت في الثقافة الغربية، وفي أوائل القرن العشرين، مفاهيم جندرية صارمة اعتادت فهم مفهوم "الرجولة" من خلال صفات كالحزم والاستقلالية والعقلانية وعلى فهم "الأنوثة" في ارتباطها بصفات كالتعلق بالغير والعاطفية والضعف (روزمن برنر واخريات).

يبين النقد النسوي أن كتابات سابقة لنظريات الشخصية والتطور النفسي قد تعاملت مع علم النفس الرجولي على أنه النموذج القياسي للتطور وللشخصية الإنسانية السليمة. مقارنة مع النموذج الرجولي، اعتبر التطور والشخصية الأنثوية شاذة ومتدنية وفاسدة وناقصة حتماً. وقد أدى التأثير الاجتماعي إلى فهم ضمني يفيد في أن الصفات "الرجولية" تحمل قيمة نفسية إيجابية مقارنة مع الصفات "الأنثوية" التي اعتبرت سلبية وأقل قيمة.

عندما تم تشخيص النساء استناداً لمقياس رجالي وبأداة قياس تناسب عالم الرجال الداخلي ومراحل تطورههم وعالمهم الخارجي، وجد أن النساء "لا تتجانسن" (أو "غير طبيعيات"). ومن جهة أخرى، عندما شددت النساء عن القاعدة المتوقعة منهن، مقارنة مع نساء أخريات، وأبدن صفات "رجالية" كالاستقلالية أو الحزم، فقد اعتبرن أن لديهن مشاكل نفسية وأنهن بحاجة للعلاج (هناك).

أخطأت النظريات النفسية التي تأثرت، بصورة غير ناقدة، بالأفكار

المسبقة الجندرية في أنها ربطت القضايا التي عانت منها النساء بأنوثتهن بدلا من ربطها بالظروف الاجتماعية التي أدت إليها. لقد تمّ التعامل مع صفات "أنثوية"، كالخمول أو الشعور المفرط بالإهانة، على أنها صفات بيولوجية مولودة غير قابلة للتغيير، وأنها جزء من طبيعة المرأة وليس، نتاجاً لمنظومة توقعات وسلوك اجتماعي. أضاف هذا الأمر صعوبة على الوعي المهني حيث أُعتبر تصرفات مثل: "التعلق" أو "الضعف" عند النساء نتاجاً لواقع اجتماعي جعل النساء تصدقن أنهن "متدنّيات" وأنهن يحتجن إلى من ينقذهن وأن مهمتهنّ دعم الغير لا من أجل البحث عن الاستقلالية.

مع مرور الوقت، تطوّر الوعي إلى أن انعكس قسم كبير من الفوارق في السلوكيات والشخصية وتطوّر الرجال والنساء، انعكس في انعدام المساواة وتفاوت الفرص الاجتماعية واختلال موازين القوى الثقافية. تبين أن أفكاراً "جندرية" مسبقة وأفكاراً تقليدية قد أثرت على طابع البحث النفسي لدى النساء وعلى بناء نظريات نفسية تتعلق بالنساء، كما أثرت على طابع الاستشارة والعلاج المتعلقين بالنساء. أدت هذه العمليات إلى الاهتمام بالتجربة النفسية لدى "الجنس الثاني"، وعلى بناء حيز كبير لعلم النفس خاص بالمرأة وتطوير وعي "جندي" ناقد في العلاج.

في نطاق علم نفس المرأة نوقشت مسائل وقضايا تتعلق بها، خاصة تلك المرتبطة بمراحل حياتها وبعلاقات الصُحبة التي تترعرع من خلالها. وقد ركزت محلات في علم النفس نسويات على كيفية اكتساب الهوية "الجندرية" وتذويت الأفكار المسبقة المتعلقة بالأدوار الجنسية، كما اهتمت بالقيمة الإيجابية للصفات "الأنثوية" كالرقّة والميل للمشاركة والقدرة على التنمية والاحتواء. تُعرّف هذه القدرات الآن كمصدر قوة، لا مصدر ضعف، وتساهم مساهمة كبرى في بناء العلاقات الشخصية. نتيجة لهذه العمليات، نشأ مرجع واسع ومتنوع يتضمّن الخصائص البيولوجية والثقافية والنفسية للمرأة ونوقشت احتياجات جماهير النساء المختلفة والصعوبات النفسية التي تختبرها، كما صُممت نماذج بديلة في البحث والنظرية والعلاج الملائم لتطوّر وشخصية المرأة. (Enns, 1993).

تجربة أخصائية نفسية وواقع المرأة في المجتمع

فاتن نحاس / كامل*

تقول Nancy Chodorow أن هنالك اختلاف في التطور النفسي بين المرأة والرجل، مما يجعل حاجات ورغبات المرأة تختلف كثيراً عن حاجات الرجل. فمثلاً، تفتش المرأة دائماً عن علاقات إجتماعية مع الآخرين بهدف المشاركة. وكما تقول (Gilligan)، من خلال كتابها "بصوت مختلف" (In a Different Voice) إن "الصوت" الذي تتكلم وتسمع به المرأة يختلف عن ذلك الذي يتكلم ويسمع به الرجل. لذلك يطرح السؤال: "هل هنالك مميزات خاصة لعلاج المرأة السيكولوجي عموماً؟ وما هي مميزات علاج المرأة في مجتمعنا العربي خصوصاً؟".

في هذا المقال سوف أتطرق إلى جانب من هذه المميزات، اعتماداً على تجربتي العلاجية مع النساء خلال سنوات عملي المنصرمة. وقد رأيت أنه من الممكن تقسيمها إلى مجموعات مختلفة:

1. هنالك مجموعة من النساء اللواتي يميزهن الإحساس بالتهميش ولذلك يتمحور العمل معهن على تقوية الذات ورفع الثقة بالنفس.

إن إحساس المرأة بأنها مهمشة ولا وجود لقيمتها الذاتية هو إحساس يلازمها منذ البداية. فعند شريحة من شرائح مجتمعنا ينزل خبر الحمل بأنثى بما يشبه خبر النعي. فالمرأة الحامل بأنثى يُنظر إليها، عند بعض العائلات، وكأنها حامل بناقص. لذلك تحس

الأم الحامل بأنها أقل من تلك النساء اللواتي يحملن بذكر. هذا الشعور ينتقل للمولودة ويلازمها منذ بداية جيل الطفولة، فتشعر

* أخصائية علاجية وتربوية، مديرة مركز سمنا - مركز للعلاج النفسي والتربوي.

كأنها ارتكبت ذنباً إذ وُلدت أنثى. هذا الأمر يذكّرني بامرأة وصلت للعلاج إثر شعورها بصداع أليم، وبعد إجراء جميع الفحوصات الطبية تم توجيهها إلى العلاج النفسي. خلال العلاج اتضح أنها تنتمي لعائلة مكوّنة من أربع إناث وهي الرابعة بينهن. وتبين لي أن خبر ولادتها كان أشبه بخبر الوفاة، مما جعلها تشعر بأنها غير مقبولة وأنها مجرد رقم في هذه العائلة. وقد نشأت بينها وبين أمها علاقة سيئة. فتمحور العمل معها حول بناء الذات والتعرّف على قدراتها، رغباتها وأحاسيسها، بالإضافة إلى رفع ثقتها بنفسها وجعلها تلبس نظارات جديدة تنظر من خلالها إلى الدنيا، بعد أن كانت تنظر إلى المرأة من خلال نظرات أمها لها التي شعرت بخيبة الأمل يوم ولادتها.

في كثير من الحالات، هنالك حاجة ماسة لرفع معنوية المرأة ومساعدتها في النظر لنفسها من مرآة جديدة تجعلها تقول: "أنا أستطيع"، "أنا أقدر"، "أنا أقدر ولي قيمتي الذاتية". نساعد المرأة خلال العلاج على أن تنظر إلى ذاتها بمنظار آخر، يختلف عن نظرة المجتمع الذكوري التقليدي الذي يعتبرها عنصراً عاجزاً أو في كثير من الأحيان عالية عليه.

تتمكن الفتاة في نهاية العلاج من التعرف على ذاتها، تحاول فهم البيئة من حولها وتذويت مفاهيم جديدة تختلف عن تلك التي تم تذويتها في السنوات السابقة.

2. يلاحظ المعالج، في كثير من حالات العلاج أن هنالك تخوّف لدى المرأة من أن يؤدّي رفع ثقتها بنفسها وتطوير استقلاليتها وتقوية شخصيتها إلى زعزعة زواجها.

إن علاج المرأة وتقوية "الذات" ورفع الوعي الذاتي لديها، وجعلها تهتم برغباتها، مشاعرها وأحاسيسها، والتعرف إلى قدراتها وطاقاتها قد يخلق في بعض الحالات فجوة كبيرة بين المرأة وزوجها، مما يؤدي في بعض هذه الحالات إلى الطلاق، في حال عدم وعي المعالج لما يدور في باطن هذه المرأة. هذا الأمر يذكّرني بسيدة في الأربعين من عمرها جاءت للعلاج بسبب دوار شديد يلازمها،

واتضح خلال العلاج أنّ لديها طاقات كثيرة غير مستغلة ومدفونة. ولمّا اكتشفت الجوانب القوية لديها خافت وقالت: "أخاف أن أطور شخصيتي وعندها ستصبح الفجوة كبيرة بيني وبين زوجي مما يهدد زواجي". تبين أنها لا تريد أن تتنازل عن هذا الزواج. عندها، حاولنا خلال العلاج، مواجهة الجوانب القوية لديها والتعرف على أحاسيسها ومشاعرها وبناء جسور مع زوجها، الأمر الذي ساعدها على بناء علاقة زوجية جديدة مبنية على مفاهيم وأسس متينة، وبذلك تمكنت الزوجة من المحافظة على زواجها وعلى ذاتها.

لذلك نرى أن المرأة تكون في صراع بين الحفاظ على زواجها وبين تطوير سيرتها المهنية وقدراتها الشخصية. من هنا، يتوجب على المعالج أن يكون واعياً لهذا الصراع وأن يحاول مساعدة المرأة خلال العلاج في أن تحدّد لنفسها نوعية الحياة التي تريدها. يتم خلال العلاج تسليط الأضواء على جوانب حياتها المهمة ومساعدتها في الوصول إلى أهدافها وتحقيق كيانها.

العلاج بالطب النفسي والأدوية

اعتادت الحضارات البشرية المختلفة منذ القدم على تناول الأدوية من أجل تحسين الحالة المزاجية ومواجهة الصعوبات النفسية المختلفة. تؤمن علوم الطب النفسي الحديثة أنه من الممكن التغلب على الصعوبات النفسية بالوسائل الطبية والأدوية، وثبتت الأبحاث العلمية ذلك كما هو متعارف عليه في سائر مجالات الطب. إن الفكرة الأساسية من وراء هذا النوع من العلاج هي ربط التغييرات النفسية والعاطفية والعقلية بالتغييرات الكيميائية في أجسامنا، وبالتحديد في الجهاز العصبي المركزي. تشكّل الأدوية الطبية - النفسية وسيطاً خارجياً لجهاز العصب، بهدف ضبط الخلل أو التغييرات غير المستحبة التي تطرأ على الجهاز العصبي والتي تؤدّي إلى المعاناة النفسية. وهكذا، من الممكن أن نوفّر حلاً للمشاكل والأعراض النفسية بواسطة الأدوية.

تؤكد الأبحاث العلمية، وشهادات المعالجين والأطباء النفسيين، أن

العلاج بأدوية يستطيع أن يشكّل حلاً مهماً لحالات نفسية عدّة. هنالك بدائل للعلاج بالأدوية. تدل الأبحاث أن الرياضة البدنية المنتظمة وعملية الإسترخاء اليومية، والقيام بالتنفس الواعي والتمارين المهدئة والانكشاف للشمس والضوء والمشاركة في أي نوع من أنواع العلاج النفسي - كل ما سبق يمكن أن يساعد بصورة إيجابية. في حالات معينة يستطيع العلاج بالأدوية (سواء كان قصير المدى أو بعيد المدى) أن يسهّل علينا ويخدمنا بصورة مثلى.

لا يصف المعالجون/ات، ممن ليسوا أطباءً نفسيين، الدواء خلال العلاج؛ لكن يجب عليهم أن يلاحظوا متى يتطلب الأمر لتوجيه المعالج/ة لطبيب/ة نفسي/ة لكي يقدم العلاج الدوائي الملائم. إن معظم المعالجين/ات هم/هنّ على صلة مع أطباء نفسيين (وطبيبات) ومع أطباء آخرين يستطيعون أن يقدموا الاستشارة في هذا المجال. في كل حالة يتم استخدام أنواع عدة من العلاج ويفضّل إخبار المعالج/ة عن ذلك، وذلك من أجل أن يأخذ بعين الاعتبار تفاعلاتها المتبادلة ومن أجل تكوين صورة أوسع حول حالتنا.

أثبتت الأبحاث أن الحالات التي تطلبت استخدام الدواء في العلاج، كان علاجها أكثر نجاعة في حال الدمج بين العلاج بالكلام والدواء. تستطيع الأدوية أن تهدئ وتخفف من حدّة الصعوبات، بحيث تزيد من الطاقة النفسية وتسمح للحوار مع المعالج/ة أن يتمّ من أجل تعزيز البنية النفسية.

اللقاء مع الطبيب/ة النفسي/ة هو عبارة عن لقاء مع طبيب/ة متخصص/ة في مجال الصحة النفسية. يهيئ التأهيل الطبي الأطباء والطبيبات النفسيين لإجراء تشخيص الصعوبات والاضطرابات النفسية ووصف الدواء الملائم مع مراعاة الأعراض الجانبية المحتملة. يتم تأهيل الأطباء والطبيبات النفسيين ليكونوا ذوي كفاءة في أي نوع من أنواع العلاج النفسي بواسطة الكلام (Psycho Therapy). مع ذلك، فإننا عندما نتوجه للطبيب النفسي من أجل التشخيص والحصول على الاستشارة والعلاج بالدواء (وليس من أجل المشاركة في العلاج بالكلام)، فإن علينا أن نتهياً لحقيقة أنّ الاستشارة الطبية - النفسية قد تكون تجربة مختلفة عن اللقاء العلاجي مع المعالج/ة النفسي/ة.

أساس العلاج الطبي- النفسي هي الأدوية، لكن في بعض من الحالات تعتبر الاستشارة علاجًا كافيًا.

"رفضت الذهاب إلى الطيبة النفسية وقتًا طويلًا، لأنني لم أرغب في التحدث مع أي شخص وخجلت من أن أذهب، وخفت أن يروني في المصحّة النفسيّة. كنت سعيدة للغاية عندما ذهبت أخيرًا وخرجت بعد عشر دقائق مع وصفة دواء ضد الاكتئاب. لقد وُضِع لي نهائيًا أن الاكتئاب مرض كأني مرض، لديه أعراض ومن الممكن أن نسأل هل هي موجودة؟ وإن كانت حقًا موجودة، فمن الممكن أن نأخذ دواءً دون حاجة للنبتش في النفس من أجل ذلك. منذ ذلك الوقت تحدثت معها ست دقائق إضافية على الرغم من أنني تعاطيت الدواء لمدة سنتين، وفي نظري كان ذلك ناجعًا للغاية".

يعتمد التشخيص الطبي-النفسي على مقابلة (محادثة) مع معالج/ة. وتشمل المقابلة عادة أسئلة تدور حول: وضعنا الحالي وماضينا الشخصي والعائلي، وحول الصّعوبات النفسية والجسمانية التي نعاني منها، والمدة الزمنية التي نعاني خلالها وحدة المعاناة، وكذلك أسباب الصعوبات وآليات المواجهة التي لدينا والطرق التي من خلالها تنعكس الصّعوبات النفسية في حياتنا. تهدف المقابلة إلى فهم طبيعة معاناتنا النفسية من أجل وضع التشخيص الملائم. تتم هذه الخطوة من خلال معرفة أسباب المعاناة وفهم عملية تطورها (اليتصور وآخرون، 2002).

بعد إجراء فحص طبي-نفسي، واحد أو أكثر، من الممكن أن نتوقع الحصول على تشخيص لحالتنا من الطبيب/ة النفسي/ة. ومع ذلك فإن مسألة التشخيص الطبي-النفسي قد تثير توترًا لدينا أو إحساسًا بأننا مريضات نفسيًا. من المفضل أن نتحدثي مع الطبيب/ة النفسي/ة أو المعالج/ة حول هذه المخاوف، كي يساعدك على فهم أفضل لمعنى وأهمية التشخيص الطبي ومواجهة المخاوف من وصمة العار. في حال استشعارنا لأي بادرة استهتار تجاه طلبنا، من المهم أن نبحث عن طبيب آخر (أو طبيبة أخرى) يتعامل معنا باحترام ويستجيب لطلبنا.

لا يوصي الطبيب/ة النفسي/ة في كل استشارة بالعلاج عن طريق

الدواء. إن أقترح علينا أن نتناول دواءً ما، فمن المحبذ أن نستشيريه حول الأسئلة التي لا بد ستقلقنا. نستطيع أن نسأل: لماذا بالذات العلاج بالدواء سيساعدنا، وبأي الطرق يمكن أن يفيدنا؟ ما مدى نجاعة الأدوية، وهل هناك مخاوف من ظهور أعراض جانبية أو تأثيرات لاستخدامها للمدى الطويل؛ وإن ظهرت أعراض ما، كيف يمكن التقليل من تأثيرها السلبي؟ تتغير الإجابات عن هذه الأسئلة من حالة إلى أخرى.

أحياناً تبرز لدينا مخاوف أخرى حول استخدام الدواء. فكثير منا يخاف أن يتعلّق بالدواء، كما يبرز الخوف من فكرة أن شيئاً خارجياً سيؤثر على عالمنا الداخلي النفسي بطريقة لا نستطيع فهمها، ومن الأهمية التي ننسبها للدواء أو الأهمية التي ننسبها بيئتنا له.

يمنتع معظم الناس، قدر الإمكان، عن اللجوء للعلاج الطبي-النفسي، وذلك خوفاً من أن يعاملهم الأطباء (أو المعالجون النفسيون) كأصحاب مشكلة نفسية شديدة أو على أنهم "معتوهين". يمكن أن نكون مضطرباً من أن يؤثر تناول الدواء على تصوّرنا الذاتي سلباً أو أن نشعر بالإهانة من مجرد اقتراح المعالج أو المعالجة لنا بتناول الدواء، وبالتالي تتضعف الثقة بيننا وبين معالجنا/معالجتنا؛ في هذه الحالة، من المهم محاولة توضيح ذلك بانفتاح خلال العلاج. من المحبذ أيضاً التحدث مع المعالج/ة عن ظهور أيّ مخاوف داخلنا من أجل الحصول على معلومات ومساعدة ملائمة.

ندفع ثمناً باهظاً في حالات معينة عندما نمتنع عن الحصول على العلاج الملائم، فقط بسبب خوفنا من وصمة العار التي التصقت بهذا النوع من العلاج وتنبع غالباً من معلومات جزئية أو ناقصة. قد يساعد الأطباء والمعالجون/ات على فهم أهمية تناول الدواء والتبعات التي قد تنجم عن عدم تناولها، في الوقت الذي تكون ضرورية لصحتنا لمسار علاجنا. إن المواجهة، طويلة المدى، لقضايا لم يُعَن بها كالرغبة والاكْتئاب، قد تتسبب في عرقلة الأداء الوظيفي وفي ضرر نفسي وخارجي يصبح علاجه صعباً ويحتاج إلى وقت طويل. في هذه الحالات يستطيع العلاج الدوائي أن يخفف من الضرر ومن حدة الصعوبات.

لو قررنا أن نتعاطى الدواء ونبدأ في العلاج، علينا أن نبحث عن طبيب أو طبيبة نشعر بالراحة معهم ويتفرغون للرد على أي سؤال أو معضلة

نواجهها. من المحبذ أن نبقى تحت متابعة الطبيب/ة-النفسي/ة طيلة مدة العلاج وحسب الحاجة، إذ أن هنالك احتمال ظهور أعراض جانبية أو وقوع تغييرات ناتجة عن تأثير العلاج في المدى الطويل.

التشخيص والتصنيف

كيف نعرف الصحة النفسية السليمة؟ من هو الشخص الطبيعي/ة؟ من يعاني من مرض نفسي؟

تشبه هذه الأسئلة السؤال السائد: ما هو الحب؟ إذ من الممكن الردّ عليه بإجابات عدّة. يستعين خبراء وخبيرات الصحة النفسية بتعريفات متنوعة من التجربة النفسية والصحة والأمراض النفسية من أجل فحصها بينهم وبين أنفسهم وأحياناً، بينهم وبين معالجيهم ومعالجاتهم.

عندما يُقدّم التشخيص المهنيّ بصورة مدروسة ومسؤولة فإنه يعدّ وسيلة ناجعة وذات أهمية. يمكن التشخيص الصحيح ذوي المهن الطبية من استخدام المعرفة المهنية المتراكمة لأجل فهم أفضل للحالات الخاصة وطابع العلاج المطلوب. في حالات عدّة، من المهم تسمية المشكلة أو الصعوبة من أجل التعامل معها بصورة أفضل. ومع ذلك، ففي مجال العلاج النفسي تشكل اللغة، التي يتعامل المهنيون والمهنيّات من خلالها مع الصعوبات والمشاكل النفسية، أداة مركزية وتؤثر على طريقة تقييم القضايا. إنّ استخدام اللغة المهنية بصورة غير حذرة يضع المعالجين (أو مشاكل معينة) في قوالب ويحكم ويضع عليها وصمة عار.

بالإضافة للنقد الموجّه ضد التأثيرات الناجمة عن استعمال اللغة المهنية بصورة غير حذرة، فإن هناك نقد مبدئي آخر موجّه ضد التصنيف الطبي-النفسي والنفسي.

لا يختلف النقد مع فكرة أن النساء والرجال يعانون من مشاكل نفسية أو عاطفية، وأن العلاج بالدواء أو بالكلام يستطيع أن يساعدهم على المواجهة وعلى تحقيق التوازن والتحسّن العاطفيين، إنما تكمن المشكلة في التصنيف المهني الذي قد يتأثر بصورة غير ناقدة بالمقاييس السائدة في الثقافة والمجتمع وتتعلق بالحقبة الزمنية. إن هذا التصنيف

قد يضع إشارة (أو لاصقة) على تصرفات غير طبيعية ويعتبرها مرضاً أو حالة نفسية غير طبيعية، وبذلك فإنه يثبت ويعزز الأفكار الاجتماعية المسبقة، التي لا تعتمد حتماً على فهم قضايا مجردة ومركبة، كمثّل: ما معنى "الطبيعي" وما معنى "غير الطبيعي"، وماذا نعني بمصطلح "سليمة" وما نعني بمصطلح "مريضة".

يدّعي فلاسفة ونقاد التصنيف الطبي - النفسي أن التشخيص المهني يعكس موازين قوى ومقاييس وهرميات اجتماعية، غير ممكن إثباتها بواسطة عوامل قاطعة تقدر أن تميّز بين النفس السليمة وغير السليمة. فعلى سبيل المثال، إذا كان الضرر الذاتي يعكس مرضاً نفسياً فإن جميع أفراد الجنس البشري مصابون/ات بمرض خطير ينعكس من خلال صنعه للحرب وهدمه للطبيعة والبيئة. في الماضي وُصِفَ "العبيد" السود في الولايات المتحدة بالاضطراب النفسي وكانت علاماته التعطش للحرية ومحاولة الهروب من العبودية (تمير، 2007).

خلال أكثر من مئة عام، كانت الأبحاث متوافقة على الاستنتاج القائل "أن المثلية الجنسية عبارة عن مرض نفسي". وتبين خلال السنوات الأخيرة أن هذا الاستنتاج ضعيف من الناحية البحثية وما من إثبات تجريبي يدعمه. واليوم، تصرّح مؤسسات الصحة النفسية أن المثليين والمثليات لا يعانون من أي اضطراب سوى من المعاناة الناجمة عن الوصمة الاجتماعية التي تُلصقُ بهم غُبناً (بسيخولوجي، 2006).

إذن، فإن المعايير التي تستخدم من أجل التصنيف الطبي - النفسي والنفسي قد تتغير بصورة غير منتظمة طيلة الوقت، وتتأثر وتعكس، بمعتقدات اجتماعية وثقافية وليست حقائق قاطعة.

خلال هذه السنوات، أثرت المقاييس التربوية والاجتماعية أيضاً على التوجّه المهني المتعلّق بصحة المرأة النفسية. في حالات معينة، أُلصقت بالنساء وصمة أنهن تعانين من اضطرابات نفسية لمجرد أنهن لم تتفقن مع مقاييس الصحة النفسية التي وُضعت على يد الرجل الغربي، أبيض البشرة، أو لم تتفقن مع الوصمة الاجتماعية المتعلقة بالسؤال "ما هي الأنوثة الصحيحة" (روزمر برنر وأخريات).

اليوم، تسير التيارات الفكرية والمهنية في اتجاهات أخرى؛ فهناك فهم آخر لصحة المرأة النفسية يتميز بمؤشرات تختلف عما لدى الرجال، كما أنه لا توجد "أنوثة صحيحة" واحدة، وتقع على عاتق كل امرأة مهمة مركبة في إيجاد الهوية الأنثوية الملائمة لها ولتطلعاتها الذاتية.

يبنى تاريخ الأفكار السلبية المسبقة ضد النساء علاقات مركبة بين الأنوثة والتشخيص المهني. فمن جهة، وبسبب تأثر صحة المرأة النفسية بالاختلافات البيولوجية والنفسية والتطورية والاجتماعية (مقارنة مع الرجال)، من المهم أن يتوجه التشخيص، على الصعيدين النظري والتطبيقي، نحو وضع دراسات بديلة لتلك الذكورية تبحث في أسباب معاناة النساء النفسية كالإكتئاب بعد الولادة والإكتئاب في مراحل عمرية مختلفة. من جهة أخرى، ولكوننا مستهلكات لخدمات الصحة النفسية، وكنساء مهنيات، علينا أن نبدي اليقظة خوفاً من أن تستمر الوصمة الاجتماعية والثقافية وأن تتغلغل داخل مجال التشخيص المهني وتؤثر عليه في تعامله مع سلوكيات معينة على أنها "أنثوية" أو يعتبرها مشكلة أو ضعف.

يكتسب التشخيص الطبي - النفسي والنفسي في ثقافتنا وزناً وأهمية متزايدان، ولهذا السبب من الممكن وصف مشاعر صعبة كمؤشر لوجود أمر غير سليم لدينا، أو أن تظهر داخلنا مخاوف ونخمّن أن الناس يعلمون بها. أحياناً نعتقد أننا غير طبيعيات، أو غير سليمات، فقط لأننا نشعر أننا مختلفات ممن يعيش في بيئتنا أو لأننا نعاني من صعوبة ما. من المهم ألا نستنتج أننا غير سوّيات فقط لأننا نطلب المساعدة. يعتقد المعالجون/ات أن الإنسان أفضل خبير بذاته وأنهم يساعدونه على تفسير وفهم مشاعره وأفكاره وتصرفاته التي تسبّب له المعاناة أو الشعور بالاختلاف.

كيف نجد معالماً أو معالجة؟

في بعض الأحيان تخيفنا عملية إيجاد المعالجة الملائمة لاحتياجاتنا ورغباتنا الشخصية أو تثير فينا مشاعر التحدي. ربما تقلقنا أسئلة عدّة.

كيف نعرف ما هي الإمكانيات المتوفرة لدينا؟ من نستشير من الأطباء والمعالجين؟ هل نختار معالجاً رجلاً أم معالجة امرأة؟ هل نتوجه لإطار علاجي خاص أم عام؟ ما هي أهمية التخصص واللقب الأكاديمي؟ ما هو النموذج العلاجي الملائم لنا؟ كيف سيؤثر علينا العلاج؟

سنحاول التطرق إلى جزء من هذه الأسئلة رغم أن الملاءمة بين المعالج/ة والمعالجة تعدّ مسألة شخصية تتعلق غالباً بطابع الديناميكية الشخصية المفضل لدينا. من الطبيعي أن نتردد قبل أن نستثمر وقتاً ومالاً، وقبل أن نضع آمالنا في علاقة جديدة تتطلب منا موارد وقدرة على المواجهة. لكن يجب ألا نخضع للصعوبات. الأسئلة التي تراودنا طبيعية للغاية. لا نستطيع أن نجد جواباً قاطعاً لجميع هذه الأسئلة، لكن من الممكن أن تساعدنا على فهم احتياجاتنا وعلى اختيار معالج/ة مناسبة لنا. وحينما سنجد معالجاً أو معالجة سنصبح أقل وحدة.

كيف سنواجه تكاليف العلاج؟

إن العلاج منوط بتكاليف مادية عالية، لذا فإن أحد العوامل التي يجب أن نأخذها بعين الاعتبار هو قدرتنا المادية. هنالك أطر عديدة، منها العامة والخاصة، تستطيع أن تقدم علاجاً لشرائح سكانية معينة أو نوع معين من المشاكل بأسعار مخفضة.

في الإطار العام، تعمل عيادات الصحة النفسية الموزعة بحسب مناطق السكن. تقدم هذه العيادات خدمات نفسية للعامة. من الممكن أن نستفسر في قسم الخدمات الاجتماعية التابع للبلدية، والتي ننتمي إليها، أي من العيادات العامة أو الخدمات العامة تقوم على خدمتنا. كما يمكن لنا التوجه إلى خدمات الصحة النفسية لدى صندوق المرضى الذي ننتمي إليه لمعرفة إن كان يستطيع تلبية احتياجاتنا. غالباً ما تكون تكلفة العلاج رخيصة في القطاع العام، لكن إمكانياتنا هي العامل المحدد في اختيار المعالج/ة أو الإطار الزمني للعلاج، وعادة يكون التوجه منوط بانتظار طويل.

بالإضافة إلى ذلك، هنالك أطر وجمعيات، خاصة وعامة تقدم خدمات

علاجية لجماهير معيّنة - للنساء، للواتي أعدي عليهن جنسياً، لطلاب وطالبات المعاهد العليا، للناجين والناجيات من الكوارث وعائلاتهم وغير ذلك. في هذه الأطر أيضاً من الممكن أن تكون التكلفة مخفضة. في حالة اختيارنا للعلاج في القطاع الخاص، من الممكن أن نسأل المعالج أو المعالجة عن التكلفة وهل ستكون ثابتة أم متغيرة.

من أجل اتخاذ قرار يتعلّق باختيار الجهة المعالجة، يمكننا أن نستعين بتوصيات من نثق بهم كأصدقاء والصديقات والمعلمين والمعلمات، وأطباء وطبيبات العائلة والمهنيّات والمهنيّين. كذلك نستطيع الاستماع إلى محاضرة أو قراءة مقال أو كتاب يثير اهتمامنا.

إن كان التوجه للعلاج على خلفيّة سوء في التغذية أو اعتداء جنسي أو ميول جنسية، ففي المستطاع الحصول على استشارة من خلال خطوط الطوارئ التي تركز المعلومات من أجل الجمهور. كما يمكن الاستعانة بموادّ إرشادٍ متنوعة عبر شبكة الإنترنت التي تركز جميع الخدمات النفسيّة. إن المعلومات المتعلقة بغالبية المعاهد الخاصّة، وجزء من المهنيين والمهنيّات في القطاع الخاص، متوفّرة للجمهور عبر شبكة الانترنت (من الممكن إيجاد قائمة منظمة لبعض المواقع عبر موقعنا: www.wtb.org.il).

التعددية الثقافيّة في العلاج

يُعدّ التوجه لتلقي العلاج النفسي، المرتبط بالانكشاف أمام شخص غريب، إجراءً غير سهل، وفي أحيان كثيرة ترافق هذه الصّعوبة صعوبةً من نوع آخر. إنّ الانتماء لمجموعة أقلية أو لمجموعة تعاني من قمع على خلفيّة جنسيّة، عرقيّة، بسبب المركز الاجتماعي، القوميّة، الجيل، المظهر الخارجي، الميول الجنسية، الهوية الجنسيّة، الهوية القوميّة، المعتقد الديني أو الإعاقة البدنيّة- قد يعيق التوجه إلى العلاج وأحياناً يعيق التطرق في العلاج إلى مسائل وقضايا تنجم عن اختلاف بيننا وبين معالجينا على صعيد الانتماء الثقافي.

قد يعتبر العلاج النفسي لدى مجموعات ثقافيّة ننتمي إليها. أمراً ممنوعاً،

ويكون التوجه للعلاج منوطاً بمواجهة وصمات عار، أو بوجوب إخفائه عن الآخرين. قد يحدث أننا نضربنا بسبب حالات التمييز والأفكار المسبقة والعنصرية فنخاف أن نصطدم بها في غرفة العلاج أيضاً، كما يصعب علينا أن نبني علاقة مع شخص لا يدرك شخصياً حدة الألم المتسبب لنا جرّاء ذلك.

على سبيل المثال، قد يصعبُ على معالِجةٍ عربيّةٍ أن تثق بمعالِجةٍ يهوديّةٍ، وقد تخاف معالِجةٌ متديّنة ألا يتقبّل المعالج أو المعالِجة غير المتديّنة/ة نمط حياتها. قد تحتاج معالِجةٌ خرساء وبكماء أو معالِجةٌ لا تعرف لغة المعالج/ة للترجمة، أي أن يتواجد شخص ثالث في غرفة العلاج مما سيغيّر الإطار العلاجي كلياً ويقلل من إمكانيّة بناء جو حميمي بين المعالج/ة والمعالِجة.

في العديد من المرات عندما نعاني من تمييز وإساءة على خلفيّة ما، فإننا ندوّت دون وعي الفكرة السائدة ضدنا. ونتيجة لذلك فإننا نشعر بالسخط، الاتهام، الشّعور بالذنب، الكراهيّة الذاتيّة والتصوّر الذاتي السلبي، كما يصعب علينا أن نبلور تصوّراً ذاتياً حقيقياً يمكننا من مواجهه أنماط سلوكيّة تتصف بالتمييز ونقوم على تغييرها. يستطيع المعالج أو المعالِجة بواسطة تأهيله/ا، وشخصيته/ا، أن يعرف/تعرف الضرر النفسي الناجم عن مواجهة التمييز ووصمة العار، وأن يساعد/تساعد على مواجهة حالات صعبة تتمخض عن ذلك. يساعد العلاج الذي يحمل وعياً ثقافياً ناقداً على فهم مصدر المشاعر النابعة من أفكار رجعيّة وتصنيف اجتماعي، وعلى مواجهة التمييز وتأثيراته بصورة أفضل.

خلال دراستي الجامعية توجهت للعلاج داخل إطار يتبع للجامعة. كوني طالبة عربية اشغلني وتخوفت من توجيهي لمعالِجة يهود لكن لم تكن هنالك إمكانيّة أخرى لعدم وجود معالِجين عرب في إطار الجامعة. في اللقاء الأول مع المعالِجة شاركتها بأن أهلي يعانون من شعور بالنقص وأنا اشعر بالتمييز والعنصرية في شتى المجالات لكوني عربية، وفوراً يعتليني شعور بالنقص كما يحدث لأهلي، لأنّي لا أستطيع التعبير عن نفسي باللغة العبرية كما الطالب اليهودي؛ لغتهم وحياتهم وتفكيرهم يختلف عنا. إنا ابنة لأسرة

تسكن في قرية والانتقال للحياة في المدينة الكبيرة ليس سهلاً.. فأجابت المعالجة: "لماذا لديهم شعور بالنقص؟ إن الفجوة التي نتحدثين عنها هي بسبب رفضكم أن تكونوا جزءاً من المجتمع الإسرائيلي. فهمت أنها غير قادرة على لمس وفهم واقعي، من هنا لم استمر في العلاج ولم تكن لي فرصة لأنال العلاج الذي يحق لي في إطار خدمات الجامعة، فأنا من دفع الثمن لذلك.

تُلزَمُ القوانينُ الأخلاقيةُ المهنيين والمهنيات في الصحة النفسية أن يبدوا الانتباه واليقظة حول معتقداتهم وقيمهم وكيف سيتدخلون بأفكار وآراءٍ اجتماعية وثقافية مسبقة (APA, 2002).

يُبدى المعالجون والمعالجات، الواعون للاختلافات الثقافية، احتراماً لهويتنا الثقافية وفضولاً يدفعهم لدراستها والتعرّف عليها من أجل التعرّف علينا والتعرّف على صعوباتنا ضمن السياق الملائم. يركّز العلاج متعدد الثقافات على أهمية الخصوصية الثقافية، وينظر إلى الفوارق بين الأفراد والجماعات كمصدر للتدعيم ليس للصدام. لو شعرت أن العلاج لا يساعدك، بسبب خلفيّة الانتماء، فمن المهم أن تحاولي أن تتحدثي مع المعالج/ة عن ذلك، أو أن تبحتي عن علاج آخر يستجيب لاحتياجاتك.

في سياق اختيارنا لمعالج أو معالجة، يمكن لنا أن نأخذ في الاعتبار عوامل أخرى كالنموذج العلاجي المفضّل لنا أو نوع المسألة التي نريد مواجهتها. ربما نشعر براحة أكبر مع معالجين/ات يدركون عن كثب الصعوبات التي نواجهها أو أنهم ينتمون للمجموعة التي ننتمي لها.

يشعر بعضنا بالراحة والأمان أكثر لو كانت المعالجة امرأة. وربما تشعر نساء أخريات، لأسباب تتعلق بالشخصية، أو بطبيعة المسائل التي ترغبن في مواجهتها، أنّ المعالج الرجل أكثر ملاءمةً لهن. لا يوجد اختيار أكثر صحّةً من الآخر؛ كلّ الخيارات مشروعة: سواءً من القطاع الخاصّ أو العامّ، اختيار المعالج - رجلاً كان أو امرأة، من المجموعة الثقافية التي ننتمي إليها أو من مجموعة أخرى. ما يهمّ أكثر من أي شيء آخر هو أن ننصت لاحتياجاتنا وأن نتبّع حدسنا وميولنا الشخصية وأن نتقبّلها ونعمل بموجبها.

النساء والصدمة النفسية

انعكس عدم المساواة الجنوسة، وتدني مكانة المرأة اجتماعياً عبر التاريخ، بطرقٍ عدة.

لقد اعتُبرت النساء في ثقافاتٍ مختلفة مُلكاً للرجال ومُنَعن من العمل ومن كسب التعليم ومن الظهور على الملأ، وحددت قوانين مختلفة مركزهن المدني والقضائي وخلدت دنيويتهن الثقافية. إن إحدى المعالم المتطرفة لعدم المساواة "الجندرية" في المجتمع هو نسبة حالات العنف الموجه ضد النساء (هرمن، 1994).

يظهر العنف ضد النساء من خلال العنف الكلامي والنفسي والجسدي والاقتصادي وكذلك العنف الجنسي؛ كالاغتداء أو التحرش أو الاغتصاب أو غشيان المحارم والاعتداء الجنسي على القاصرات. إن نسبة إحصاء حالات الاعتداء والتحرش بالنساء عالية ومقلقة للغاية، وهي في حجم آفة اجتماعية. وكنتيجة للعنف، يعاني عدد كبير من النساء من صدمة نفسية أو يضطرب شعورهن بالأمان والتقدير الذاتي ويتضرر.

تأخر الوعي الاجتماعي لسنوات عديدة في تعامله مع الصدمة النفسية الناجمة عن الاعتداء الجنسي والعنف ضد النساء، ذلك لأنه لم يكن قادراً على تذويت الشهادات التي أكدت على وجود اعتداءات خطيرة جداً. خلال لفترةٍ طويلة، أسكت المجتمع شهاداتٍ تحدثت عن العنف تجاه المرأة، والذي كان جزءاً من روتين حياتها الجنسية والعائلية، ولم يصدق المجتمع تصريحات المعتدى عليهن ولم يأخذ على عاتقه مسؤولية نسبة حالات الاعتداء تجاه النساء والأطفال.

كان الأدهى من ذلك أن ساد في المجتمع توجهٌ للتعامل مع المعتدى عليهن بقسوة مضاعفة؛ ففوق قسوة الاعتداء الذي يتعرضن له، فرض المجتمع عليهن وصمة عار ونبذ وتهمة اجتماعية وعدم ثقة.

منذ نهوض الحركة النسوية، بدأ يتطوّر وعي اجتماعي ومهني تجاه المعاناة النفسية والاجتماعية للمعتدى عليهن، وبفضل النقد النسويّ بات يُنظر إلى المعاناة كرد فعل طبيعي وليس كضعف شخصي. نتيجة لذلك، قام كتاب التشخيص الطبي- النفسي (DSM)، منذ سنة 1987، بوصف اضطراب ما بعد الصدمة كتجربة تؤدي إلى صدمة نفسية وهي رد فعل إنسانيّ وطبيعي لحالة إنسانية غير طبيعية. مكن هذا التوجّه من الاعتراف بطبيعة ردود الفعل المتعلقة بالصدمة النفسية كـ "الفاش باك" (ظهور مقاطع خاطفة من الذاكرة من النهاية إلى البداية (flash back): ضعف التركيز، التأهب الزائد، الامتناع، الانطواء، الغضب الهائج، إلحاق الأذى بالذات، الاكتئاب وشعور دائم بالخطر.

لقد تطوّر وعي مهنيّ لا ينظر إلى العديد من هذه الأعراض كحالة مرضية، وإنما كمحاولة نفسية نشطة غايتها ضبط التجربة النابعة من الأزمة وتبحث عن حلول لها.

ومع ذلك، فإن التعريف الحالي لاضطراب ما بعد الصدمة في كتاب ال-DSM (منذ سنة 2000) يواجه حتى الآن نقدا نسويا، لأنه يعترف فقط بالصدمة الناجمة عن "التهديد الجسماني"، أي إنه لا يعترف بالصدمة الناجمة عن الاعتداء الكلامي والنفسي الخطير.

كيف نعلم أن العلاج يساعد فعلا؟

لا ينجح كلّ لقاء علاجي. ربما نشعر أن العلاج الذي نشارك فيه لا يساعدنا. إذا كان الأمر مهمًا، فيجب أن نبدي اليقظة والإنصات لمشاعرنا وأن ننتبه لما تثير اللقاءات فينا من ردود فعل. من المفضّل طرح الأسئلة أمام أنفسنا (أو أمام شخص قريب منا) من أجل دراسة العوامل التي تثير فينا الرغبة في الإستمرار أو ترك العلاج. كما أنه من المهمّ، بشكل خاص وقدّر الإمكان، التحدث عن تجربتنا في العلاج (حتى لو كان ذلك صعبًا)، وذلك لتمكين المعالج/ة من مساعدتنا لتقبّل مشاعرنا وفهمها.

يساعد العلاج في ممارسة تجربة تنعكس في أشكال عدّة. قد نشعر أننا أكثر راحة وتواصلًا مع أنفسنا ودعمًا وقوة. قد نشعر أيضًا أننا نجد أنفسنا

رغم الضوضاء وأنا أكثر قدرة وجرأة على مواجهة مواقف وعراقيل في حياتنا، وأن تغييرات جيدة قد طرأت على أحاسيسنا وتصورنا الشخصي والجسماني وعلى حالتنا المزاجية وعلاقاتنا وواقعنا.

ربما نشعر أن العلاج لم يساعدنا لعدة أسباب ليس من السهل عادةً إدراكها. قد يحدث هذا عند توجّهنا لطلب العلاج مع عدم إدراكنا الكامل لنوع العلاج الذي أقترح لنا، فنشعر أنه غير ملائم لاحتياجاتنا. وقد تكون توقعاتنا غير واقعية، فنشعر بخيبة أمل لأن أمانينا قد أحبطت. تفرض الصعوبات التي نعاني منها أحياناً، والتي تنشأ خلال فترة طويلة، الخضوع لعلاج بطيء طويل المدى، بحيث لا تظهر نتائج جليّة للعين ولا نشعر بها فوراً، بل بعد مرور وقت طويل.

هناك أسباب أخرى تتعلق بطبيعة العملية العلاجية وكيفية مواجهتها. أحياناً نشعر أن العلاج لم يساعدنا لأنه يدفعنا للتواصل مع تجارب ذاتية قاسية، ولأن نواجه أموراً لم تكن مواجهتها قاسية في الماضي لأننا لم نلاحظها ولم نعرها اهتماماً.

نشعر أحياناً بالركود أو بأننا "قابعات في أماكننا". هذه المشاعر التي نحملها معنا في طريقنا لجلسة العلاج، تؤثر على سائر علاقاتنا (كصعوبة أن نتق بالآخرين أو نكشف أنفسنا أمامهم أو أن نبني علاقة حميمة).

في هذه الحالات، قد تساعدنا مواجهة الصعوبات التي تظهر داخل العلاقة العلاجية على مواجهة صعوباتٍ خارج إطار العلاج. من الممكن أن تخفي هذه الصعوبات أو أن تلين خلال العمل العلاجي. في حالات أخرى، يكون قد حان الوقت لكي ننهي العلاج أو أن نبذل العلاقة بعلاقة علاجية أخرى أكثر ملاءمةً لاحتياجاتنا الحالية.

في بعض الحالات، يمرّ وقتٌ طويل قبل أن نبدأ في الإستفادة من العلاج. إن التغييرات الحاصلة في العملية النفسية هي مهمة مركبة، والطريق إليها ملتوية، أما نتائجها فتظهر بطرق لا تتوافق دائماً مع توقعاتنا. ومع ذلك، فإننا من الممكن أن نلتقي بمعالجين/ات ذوي خبرة محدودة فيفرضون أفكارهم علينا بطرق لا تفيدنا ولا تلائمنا.

لا يضمن أيّ لقب مهنيّ، بالضرورة، جودة العلاج أو كفاءة المعالج/ة. هناك

الكثير من المعالجين والمعالجات ممن يملكون طرقاً ومعتقدات حول كَيْفِيَّة الشِّفاء والصحة النفسيَّة والأنوثة ويتعاملون مع مشاكلنا وخلفيتنا الاجتماعيَّة والثقافيَّة بدرجات مختلفة من المشاعر. المعالجون/ات الأكفاء هم من يستمعون إلينا ويدعموننا ولديهم القدرة على ملاحظة قدراتنا وإمكاناتنا، التي إما نجهلها أو نتجاهلها، ويثيرون فينا شعور التحدي باحترام ومن خلال تقبُّل قدراتنا للوصول إلى مرحلة فهمنا لذاتنا أو تغييرنا الذاتي.

إن طريقة العمل، سواءً كانت علم النفس التحليلي التفاعلي (Psychodynamic)، النسوية، العقلية أو أيَّة طريقة أخرى تؤثر قليلاً على نجاعة العلاج مقارنة مع العلاقة الشخصيَّة والخاصَّة التي تنشأ في إطار الحوار العلاجي. (Wolgein & Coady, 1996).

قد يساعد الحوار المشترك مع المعالج/ة على فحص الإمكانات المختلفة وعلى فهم أفضل للأسباب المتعلقة بمشاعرنا. إن لم نستطع مشاركة المعالج/ة بأحاسيسنا، أو لو مضى وقت دون تحقيق نتائج أو شعرنا بالوهن أو طراً تدهور على حالتنا أو أن المعالج/ة لم تتعامل معنا بأسلوب داعم، فمن الأفضل في هذه الحالات أن نفكر في إيقاف العلاج والحصول على وجهة نظر مهنيَّة أخرى أو أن نقوم بتبديل المعالج/ة.

من الممكن إيقاف اللقاءات العلاجيَّة في أي وقت نريد. نحن المرجعيَّة المركزيَّة والمسؤولون الرئيسيون عن تجاربنا وأحاسيسنا وعالمنا النفسي، ولدينا كامل الشرعيَّة في القيام بما نشعر أنه لصالحنا.

علينا دائماً الإنصات إلى حدسنا والاعتماد عليه كي يقودنا صوب القرار الصَّحيح. من غير اللائق، وغير القانوني، أن يحاول المعالجون/ات بناء علاقة اجتماعية أو عمليَّة أو رومانسيَّة معنا، أو أن يتحدثوا أمامنا عن معالجين/ات آخرين بذكر أسمائهم، أو الإدلاء بمعلومات تتعلَّق بهم أو كشف أيِّ معلومات شخصيَّة عنهم. إنَّ أيَّ علاقة تنشأ بين الطرفين (خارج حدود العلاقة المهنيَّة) تخرق حدود الاتفاق العلاجي. لو اقترح المعالج/ة، أو يادر بقيام علاقة جنسيَّة معك، فمن الضروري أن تتركي العلاج فوراً وأن تبُلغي عنه المؤسَّسة التي يتمُّ العلاج من خلالها، أو تبليغ نقابة المعالجين/ات. يمكن الحصول على معلومات أوفر عبر موقعنا الإلكتروني.

الإصلاح في جهاز الصحة النفسية في إسرائيل

شير ليرر *

لقد قرر قانون التأمين الصحي الحكومي، الذي سُنَّ في الكنيست سنة 1995، أن تتولى صناديق المرضى مسؤولية خدمات الصحة النفسية بدلا من الدولة. إلا أنه، وخلافا للوضع الراهن، تقدّم صناديق المرضى خدماتها في الصحة العامة بينما تقدّم خدمات الصحة النفسية بواسطة المستشفيات للأمراض الطبية - النفسية وعيادات الصحة النفسية العامة.

لقد تأجّل تطبيق هذا الإصلاح 12 عاماً، إذ قرر الاتفاق الأخير أن يطبّق القانون في الأول من يناير 2007؛ لكن، ولغاية هذا الوقت (أكتوبر 2008)، لم يطبّق بعد.

إن الفكرة التي تقف وراء الإصلاح هي إلغاء الفصل القائم اليوم في جهاز الصحة بين العلاج الجسماني والعلاج النفسي.

بالإضافة إلى ذلك، هناك رغبة لتطوير خدمات الصحة النفسية العمومية من خلال تقليص استخدام المستشفيات للأمراض الطبية - النفسية. بموجب مؤيدي الإصلاحية، فإن هذه التغييرات ستؤدي إلى ارتفاع ملموس في عدد المعالجين الذين سيلجؤون إلى العلاج النفسي وإلى تحسين الصورة التي يعاني منها ذوو المشاكل النفسية.

بينما يؤثّر معارضة ومعارضات، الإصلاح إلى عدّة إشكاليات فيها تتعلّق بالنساء والرجال على حد سواء:

1. للحصول على علاج، يخضع المعالجون/ات لتشخيص طبي - نفسي واضح المعالم يسير مسبقاً بموجب قواعد معيّنة. كل ضائقة نفسية لا تسير

شير ليرر، عاملة اجتماعية علاجية ومعالجة. مركز تمار لمعالجة النساء المعتدى عليهن جنسياً.

بموجب قاعدةٍ معيّنة توضع تحت إشارة "Z"، وذوو هذه الضائقة لا يحصلون على علاج نفسي في نطاق صندوق المرضى. يوجد تحت إشارة "Z" كل من تنطبق عليه الشروط التالية: من لديهم طفل مريض، أقرباء لمعاقين (نفسياً وجسدياً)، من يعانون من عزلة ونفور اجتماعي. من أخرجوا من بيوتهم وهم حديثو السن أو احتضنوا بواسطة مؤسسات، أطفال أهملوا عاطفياً على يد والديهم، نساء مضروبات ومُعتدى عليهن جنسياً (ولم تشخصن أنهن تعانين من رهبة)، شبيبة في ضائقة، ومن يعانون من ضائقة بسبب إحدى أزمات الحياة: كالطلاق، والهجرة وفقدان فرد من أفراد العائلة واضطرابات عاطفية بعد الولادة (خلافاً عن تشخيص الاكتئاب بعد الولادة الذي يحصل على علاج) وحالات أخرى. أما اليوم فلا يوجد أيّ قيد في القانون، وكل من يشعر بضائقة نفسية يستطيع أن يتلقى علاجاً حتى لو تمّ ذلك فعلاً بعد انتظار طويل.

2. سيتحدد الإصلاح في عدد لقاءات العلاج الذي يسمح لكل مؤمن/ة أن يحصل عليها بموجب فئة التشخيص. هذا القيد لا يتوافق مع الواقع العلاجي.

3. لا يشمل برنامج الإصلاح أيّ علاج وقائي أو على علاج للتنمية الشخصية كما لا يخصص لها ميزانية ولا يعرف مضمونه..

4. في البرنامج الجديد هناك إساءة إلى السرية العلاجية، بحيث أن الملف النفسي التابع للمعالجين/ات سيكون ضمن الملف الطبي، وستعرض حالتهم النفسية أمام أعين أيّ ممرض/ة أو طبيب/ة في أيّ عيادة.

5. ينقل الإصلاح مسؤولية التوجه لتلقي العلاج إلى الأهل بصورة مطلقة؛ لذا، لو وجدت علاقة بين المشكلة والأهل (كحالة العنف) فإن الولد/ال بنت لن يتلقى العلاج، وإن رأى كل من المعلمين/ات أو سلطات الشؤون الاجتماعية حاجة لذلك.

6. ستلقى سلة خدمات الصحة النفسية ضربة مالية شديدة، وذلك لأن ميزانية العيادات ستنقل إلى صناديق المرضى ولن تزداد في هذه المرحلة، لذا فلن تطرأ تغييرات في الميزانية ولن يتم توسيع سلة الخدمات.

7. شروط تطبيق الإصلاحية هو تقليص الاستحقاق للتأهيل، أي الإساءة في قانون التأهيل الذي منذ أن سنّ سنة 2000، مكن من إعادة التأهيل لآلاف المصابين والمصابات نفسياً بواسطة إعطاء سلة لإعادة التأهيل تشمل السكن والعمل وفرص للرفاهية.

رداً على الإصلاح، سيكون هناك ائتلاف مشترك لنقابة العاملين الاجتماعيين ونقابة الأخصائيين النفسيين الذين يعملون منذ سنة ونصف على عرقله الإصلاح. نصّ ائتلاف منظمات المستهلكين/آت والعائلات التي تعمل في مجال الصحة النفسية (والتي تدعم الإصلاحية بصورة مبدئية) التوصيات التالية من أجل تغيير الإصلاح (ائتلاف المنظمات، 2008).

- تحديد سلة العلاج دون أن تكون منوطةً بالتشخيص الطبي - النفسي وتغيير تحديد مدة العلاج.
- الامتناع عن المس بقانون تأهيل المعاقين نفسياً في المجتمع (سلة الإنعاش)
- الحفاظ على حق المؤمنة في اختيار المستشفى التي يرغب لتلقي العلاج النفسي.
- توسيع وتمحور حلول التأمين لذوي الإعاقة العقلية وللبالغين والأطفال ذوي الانعزال العقلي (Autism) وكبار السن.
- التأكد من عدم إغلاق العيادات قبل أن تعمل الخدمات البديلة بصورة مناسبة.

في المقابل، قدّمت عضو الكنيست "شيلي يحيموبيتش" قانوناً يهدف إلى تغيير وتطوير جذريين لجهاز الإسعاف الأولي في مجال الصحة النفسية (ليس الصحة المتعلقة بالدخول للمستشفى للعلاج) من الناحية الاقتصادية والأخلاقية: "اقترح قانون الصحة النفسية الحكومية 2008".

مقابلة مع العاملة الاجتماعية - مها سقائله *

بدأت أعمل مع النساء في سنة 1995. حين بدأت عملي كعاملة اجتماعية- مركزة لتأهيل السجين في مكتب الخدمات الاجتماعية في مدينة اللد.. عملي في البداية كان

* مها سقائله، لقب ثاني في الخدمة الاجتماعية، ناشطة في مجال التمكين النسوي.

مع السجناء ومن ثم مع زوجاتهم وأطفالهم.

لم يكن الوصول للنساء ممكناً بالطريقة المباشرة، ولم تكن النساء مدركاتٍ أو مؤمناتٍ في أن المسار، الذي سنعمل عليه سوية مُجدٍ لواقعهن القاسي كنساء معنفات. تمحور العمل معهن حول طرق تعاملهن مع الأطفال وفي غياب الأب، حقوقهن المؤسساتية وكيفية التوجّه إلى المؤسسات للمطالبة بهذه الحقوق. كان من الصعب أن يشاركن في العلاج من أجل أنفسهن.

مع مرور الوقت، وبعد أن وثقن بي، بدأت النساء تكشف وتشارك بقضايا نفسية وشخصية. ومن الجدير ذكره أنه في هذه المرحلة كان أزواج النساء (منهم المحكومون داخل السجن والمُلزَمون بالتأهيل بعد إنهاء فترة الحكم أو متضررين الإدمان)، كانوا قد وثقوا فيّ واعتقدوا أن كل ما نفعله يتمحور حول تربية الأطفال مما ساعد على استمرارية علاج النساء. في هذه المرحلة، أقمنا مجموعات تدعيم للنساء، ومن المجموعات بدأت النساء تؤمن بالحاجة إلى خلق واقع أفضل لها ولعائلتها. بدأت يدركن أهمية تغيير أنفسهن واستطعن أن نلاحظ تغييرات معينة لديهن. مثل: التحول من امرأة حزينة وعابسة طوال الوقت إلى امرأة تضحك وتستمتع بوقتها مع باقي النساء في المجموعة، من امرأة يائسة أمل لديها أو طموح، إلى امرأة تلتزم بالحضور والمشاركة مع الزميلات في المجموعة بالعلاج. كذلك بدأت النساء الاهتمام بمظهرهن الخارجي بعد أن كانت تظهر عليهن معالم شيخوخة مبكرة وإهمال للمظهر الخارجي.

خصائص النساء اللواتي وصلن للعلاج:

- إهمال لصحتهن، أجسادهن ومظهرهن الخارجي. بعضهن تعانين من السمّنة أو النحافة المفرطة وسوء التغذية.
- شخّ معرفي، تعبيري وحسي .
- عدم القدرة والدراية على التعامل مع الأزمات ومع المشاكل والمواقف الحياتية بشكل بناء.. بعضهن تقمّصن صفة اللامبالاة وشكّل ذلك خطراً على حياتهن وحياة أطفالهن.

- اضطرابات نفسية، حالات من الصدمات، اكتئاب واكتئاب ما بعد الولادة.
- نساء معنفات، كلامياً، جسدياً، نفسياً وجنسياً واقتصادياً.
- زواج مبكر أو زواج بالإكراه.

خلال 15 عاما من العمل مع النساء، والإحساس بالنجاح، أحيانا أحس بالعجز أمام كثرة القضايا والحالات الملحة التي تحتاج للدعم. لكن الفشل، كما هو النجاح، لا يتعلق فقط بالنساء، إنما أيضاً بالتركيبة المعقدة لواقعهن، إضافة إلى ما ذكر أعلاه؛ فسكان مدينة اللد العرب، بأغليتهم الساحقة، ليسوا السكان الأصليين لللد؛ إنما هم عائلات مهاجرة قدمت للعيش في اللد بحثاً عن أماكن العمل أو لأسباب أخرى، وعائلات لمتعاونين، لاجئين من قرى مجاوره وزوجات فلسطينيات لم يحصلن على الهوية الاسرائيلية ونسبة كبيرة منهن من غزة.

بالإضافة إلى الواقع الاجتماعي والسياسي للسكان العرب في اللد، التي تفتقر إلى مؤسسات وأطر علاجية المخصصة للعرب (بل هي شبه معدومة)، حيث تتواجد مؤسسات وأطر خدمانية لليهود ومتقني اللغة العبرية، والمهنيين/ات، فإنّ المشرفين والعاملين فيها لا يتمتعون بمعرفة ثقافية واجتماعية لواقع العرب، بل يتعاملون مع السكان العرب باستعلاءٍ، فوقية وعنصرية. مثال على ذلك: في اللد يقطن 35000 من العرب. في قسم الخدمات الاجتماعية لا يتواجد عاملون اجتماعيون عرب. عملت بوظيفة كاملة وهناك عاملتان اجتماعيتان بوظائف جزئية في مجال الشبخوخة، حين كنا نضطر إلى توجيه امرأة إلى وحدة العلاج النفسي، فالأمر مشابه لعدم وجود مختصين/ات ومعالجين/ات عرب مما كان يؤدي إلى توسيع الفجوة بين المؤسسة والمتوجهة للعلاج.

أخيراً، إنسانٌ واحد لا يكفي لخلق التغيير، والرغبة وحدها بالتغيير لا تكفي أيضاً. في اللد يجب العمل على تغيير السياسة العامة تجاه السكان العرب واستثمار موارد، طاقات، جهود وميزانيات مخصصة للمجتمع العربي، تأهيل كادر من المهنيين/ات العرب لضمان الصحة النفسية

*حلا إبراهيم: عاملة اجتماعية وموجهة مجموعات، مركزة برامج المنتدى في المركز، طالبة للقب الثاني للدراسات الجندرية.

كلمة لإنهاء الفصل:

نعيش في واقع معقد ومليء بالتحديات الفردية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية. وكنساء، خلال محطات الحياة، تمر الهوية الذاتية والنسائية بتقلبات عدّة تتطلب منّا مواجهة صراعات وقضايا تطوريّة جماعيّة وفردية. تستطيع هذه التنقلات أن تفتح أمامنا باباً لتطوير وتمكين الذات، لكنها تزعزع أحياناً تجربة صحّتنا النفسيّة. في هذه اللحظات تظهر حاجة إنسانيّة طبيعيّة تستدعي دعماً داخلياً وخارجياً من أجل مساعدتنا على مواجهة الأزمة والتعامل معها كفرصة للدراسة ولتعريف الذات من جديد. تستطيع العلاقات العلاجيّة القريبة الداعمة والمقويّة أن تساعدنا على ضبط الاتزان النفسي، وعلى معرفة ما نشعر ونفكر، وعلى تعزيز ثقتنا بحدسنا وصياغة طريقنا الخاصّ في الحياة، لذا علينا أن نصغي لاحتياجاتنا وما يساعدنا من أجل الاتزان النفسي والحفاظ على صحّتنا ورفاهيتنا.

قائمة المراجع

- اليتصور، أ. طيانو، ش. مونيتس، ح. ونويمان، م. (2002). *فصول مختارة من الطب النفسي*. تل- أبيب: بيبروس.
- تمير، ط. (محررة). (2011). *نساء لأجسادهن: صحة، جسد، جنسانية وعلاقات*. بن شيمان: مودان.
- تمير، ط. (2007). *نساء في إسرائيل 2006: بين النظرية والواقع*. رمات جان: مجموعة النساء في إسرائيل.
- روزمن برنر، ج. سيرن، ب. فسينجر، أ. (محررات). (بدون سنة). *نساء في الحيز العلاجي: مجموعة مقالات من مركز استشارة للمرأة*. رمات جان: مركز استشارة للمرأة.
- ريبير، أ. س. (1992). *قاموس مصطلحات علم النفس*. القدس: كيتز.
- هرمن، ج. ل. (1994). *صدمة نفسية وشفاء*. تل- أبيب: عام عوبيد.
- يالوم، أ. (2006). *العلاج الجماعي: نظريًا وفعليًا*. القدس: كنيرت.
- ائتلاف منظمات المستهلكين والعائلات العاملة في مجال الصحة النفسية، ملف من الملاحظات. يناير- كانون الثاني (2008). *الإصلاحية في التأمين، ملاحظات ائتلاف المنظمات حول النسخة التي مرت في القراءة الأولى*.
- <http://www.bizchut.org.il/heb/upload/tsiburi/reforma.html> أخرج في 2010/01/29.
- *بسيخولوجي (2006). خطوط موجه في العلاج النفسي للمعالجين والمعالجات المثليات والمثليين وثنائي الجنس*. [APA نسخة الكترونية] <http://www.hebpsy.net/articles.asp?id=751> أخرج في 2010/02/26 من موقع علم النفس العبري.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR [DSM-IV-TR]*. Washington D.C. APA.
- American Psychological Association. (2002). *Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists* <http://www.apa.org/pi/multiculturalguidelines.pdf>. 04.09.2009- أخرج في
- Coady, N. F. & Wolgien, C. S. (1996). "Good Therapists Views of How They

Are Helpful". *Clinical Social Work Journal*, 24(3), 311–322.

- Enns, C. Z. (1993). "Twenty years of Feminist Counseling and Psychotherapy: From Naming Biases to Implementing Multifaceted Practice". *The Counseling Psychologist*, 21, 3-87.
 - Enns, C. Z. (2004). *Feminist Theories and Feminist Psychotherapies: Origins, Themes, and Diversity*. (2nd ed.). Binghamton, NY: Haworth Press.
 - Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (2004). *Family Therapy: An Overview* (6th ed.). Brook / Cole Publishing Co. Belmont, CA.
 - Hartley, L. (2008). *Contemporary Body Psychotherapy: The Chiron Approach*. London: Routledge.
 - Hawton, K. Salkovskis, P. M. Kirk, J. and Clark, D.M. (Eds). (1989). *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems: a Practical Guide*. Oxford: Oxford Medical Publications.
 - Malchiodi, Cathy A. (2003). *Expressive Therapies*. New York: Guilford Press.
 - McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press.
- The Boston Woman's Health Book Collective. (2005). *Our Bodies Ourselves, • .a New Edition for a New Era*. New York: Touchstone