



مقدمة قصيرة جداً

سهزان لهيلين وكيتي آفيس فان دورن

علم النفس الإكلينيكي

ترجمة لاميس عبد الحافظ سعيد

علم النفس الإكلينيكي

مقدمة قصيرة جدًا

تأليف

سوزان لويلين وكييتي أفييس فان دورن

ترجمة

لاميس عبد الحافظ سعيد

مراجعة

الزهراء سامي



Clinical Psychology

Susan Llewelyn
and Katie Aafjes-van Doorn

علم النفس الإكلينيكي

سوزان لويلين
وكيتي آفيس فان دورن

الناشر مؤسسة هنداوي

المشهرة برقم ١٠٥٨٥٩٧٠ بتاريخ ٢٦ / ١ / ٢٠١٧

يورك هاوس، شيبث ستريت، وندسور، SL4 1DD، المملكة المتحدة
تليفون: ١٧٥٣ ٨٣٢٥٢٢ (٠) ٤٤ +

البريد الإلكتروني: hindawi@hindawi.org

الموقع الإلكتروني: https://www.hindawi.org

إن مؤسسة هنداوي غير مسؤولة عن آراء المؤلف وأفكاره، وإنما يعبر الكتاب عن آراء مؤلفه.

تصميم الغلاف: ولاء الشاهد

الترقيم الدولي: ٩٧٨ ١ ٥٢٧٣ ٣٥٦٣ ٩

صدر الكتاب الأصلي باللغة الإنجليزية عام ٢٠١٧.

صدرت هذه الترجمة عن مؤسسة هنداوي عام ٢٠٢٤.

جميع حقوق النشر الخاصة بتصميم هذا الكتاب وتصميم الغلاف محفوظة لمؤسسة هنداوي.

جميع حقوق النشر الخاصة بالترجمة العربية لنص هذا الكتاب محفوظة لمؤسسة هنداوي.

جميع حقوق النشر الخاصة بنص العمل الأصلي محفوظة لدار نشر جامعة أكسفورد.

Copyright © Susan Llewelyn, Katie Aafjes-van Doorn 2017. *Clinical Psychology: A Very Short Introduction* was originally published in English in 2017. This translation is published by arrangement with Oxford University Press. Hindawi Foundation is solely responsible for this translation from the original work and Oxford University Press shall have no liability for any errors, omissions or inaccuracies or ambiguities in such translation or for any losses caused by reliance thereon.

المحتويات

٧	شكر وتقدير
٩	تمهيد
١٣	١- عمل الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين
٣١	٢- من المهدي إلى اللحد
٥١	٣- أدوات المهنة
٦٣	٤- الأطر النظرية التي يستخدمها الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكين
٧٧	٥- بناؤنا لشخصية العالم الممارس المتفكر
٩٣	٦- مواطن الاتفاق والاختلاف في الوقت الحالي
١٠٧	٧- توسيع نطاق علم النفس الإكلينيكي
١٢٥	مراجع وقراءات إضافية
١٢٩	قائمة الصور

شكر وتقدير

إلى كل من:

هيلين بينارت، وجاي فيلندج، وجوزي فيلندج، وديفيد ميرفي، وبرنارد كات،
وأنيس كوفيه، وتون فان دورن.

تمهيد

ما هو علم النفس الإكلينيكي؟

لو أنك قابلت أيًّا منَّا في سياق اجتماعي واستفسرتَ منَّا عن عملنا، فسيكون معك بعض الحق إن وجدتَ الرد غامضًا بعض الشيء. عندما يسألني الناس عن ذلك تكون إجابتي شيئًا من قبيل: «اختصاصية نفسية أعمل في مجال الرعاية الطبية ...»، وإن ألحوا في سؤالهم فقد أجب: «أقدم العلاج الكلامي لمن يواجهون تحديات في جوانب معيَّنة من حياتهم ...». والسبب في هذا أن شرح مجال علم النفس الإكلينيكي ليس سهلًا؛ فنحن نقوم بأشياء شتَّى (منها تقييم الحالة والعلاج والبحث العلمي والتدريس والإدارة والإشراف الأكاديمي والإكلينيكي) وفقًا لمكان عملنا الذي يتنوع بين (العيادات الخاصة، والمستشفيات، ودور الرعاية، والسجون، ومراكز الصحة النفسية، وفي السلك الأكاديمي). إضافةً إلى ذلك، لا يزال بعض الناس يرون في الأمر سببًا للانزعاج والقلق؛ يتخيَّلون أننا نعرف الأمور بطريقة سحرية، أو أننا نقرأ ما في عقول الناس (ونحن لا نستطيع ذلك بالطبع!).

هذه المقدمة القصيرة جدًّا تُعطينا الفرصة لأن نشرح عمل الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين، وهو عمل أسرّ ومليء بالتحديات في الوقت نفسه؛ إن يتمثَّل في معالجة أفكار الناس ومشاعرهم، وكثيرًا ما ينطوي ذلك على التعامل مع تجاربهم المُفجعة أو صعوباتهم الشخصية. وبدلًا من تصنيف هذه التجارب الحياتية بصفتها أعراضًا لأمراضٍ مُعيَّنة أو علامة على الجنون، يتطلَّع الاختصاصي النفسي الإكلينيكي بفضولٍ لفهم السبب في ظهور هذه الأعراض، رغبةً منه في فهم المشاعر والأفكار والسلوكيات في سياقها. فما نسعى إليه هو تمكين الأشخاص من إيجاد سبيلٍ ما يُشعرهم بالتحسن؛ وذلك بأن يتعلَّموا التعايش مع

مُعاناتهم أو تقبلها أو التعامل معها بطريقة مختلفة، أو من خلال تغيير نظرة الأشخاص لأنفسهم وواقعهم.

يتمثل جوهر علم النفس الإكلينيكي في تطبيق ما نعرفه من النظريات النفسية والأبحاث بشكل مُبتكر على التجارب الشخصية الخاصة للأفراد الذين يُواجهون صعوبات أو تحديات في حياتهم. وفوق ذلك، نحرص على إشراك الأشخاص الذين نحاول مساعدتهم في اتخاذ القرارات (وهو المنهج الذي يُسمّى أحياناً بـ «العلاج المُتمحور حول العميل»); إذ نعمل فيه انطلاقاً من طريقتهم الخاصة في فهم صعوباتهم، مع مُراعاة ظروفهم الاجتماعية والثقافية والاقتصادية.

ما من صورة واحدة شاملة أو قطعية للسلامة النفسية، ولهذا لا تُوجد نظرية نفسية واحدة تُناسب جميع المواقف، ولا زلنا نحتاج من العمل الكثير حتى نضمن ممارسة علم النفس الإكلينيكي بطريقة تتسم بالحساسية الثقافية وتتجاوب مع كل من تستهدف مُساعدتهم. ويشهد المجال جدلاً كثيراً بشأن ما إذا كان من المُمكن لعلم النفس الإكلينيكي (أو مما ينبغي عليه) أن يزعم على الدوام أنه يستند إلى مبادئ أو أبحاث يُمكن التحقق منها علمياً. ومن مواطن الخلاف الأخرى أيضاً، ما إذا كان الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون، باستخدامهم لغة الطب النفسي وتشخيصاتها وعملهم في منظومات الرعاية الطبية، يتواطئون لإضفاء صبغة طبية أو غرائبية على أمور اعتيادية في حقيقة الأمر تُعزى إلى المُعانة البشرية أو تبعات التفاوت الاجتماعي. هذه المقدمة القصيرة جداً تُغطي بعضاً من مساحات الاتِّفاق والاختلاف، وتتناول التطورات المستقبلية لمهنتنا في هذا العالم الذي يزداد ميلاً نحو الصبغة التكنولوجية والعالمية.

ثمة ما ينبغي أن يُقال هنا عن المُصطلحات المستخدمة في هذا الكتاب؛ فعلى الرغم من أن علم النفس الإكلينيكي يُشكّل عن أسباب الكثير من المُعانة الجسدية/الوجدانية افتراضاتٍ مُختلفة غير طبية، فإنَّ أغلب الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين يعملون في بيئة الرعاية الصحية؛ حيث يحضر «المرضى» ليتلقوا «العلاج» حتى «يتعافوا» من «أعراضهم». وصحيحٌ أن هذا أفضل من تسمية هذه المُعانة جنوناً أو خبلاً، لكن استخدام هذه الألفاظ الطِّبية لا يخلو من العيوب. فقد يُوحى، على سبيل المثال، بأنَّ أولئك الذي يحتاجون إلى المساعدة ليسوا سوى مُتلقين غير فاعلين لمهارات الطبيب الخبير (مثلما يحدث في حالة إصابة الشخص بالتهابٍ في الزائدة الدودية)، وأن ما يُعاني منه الشخص يكمن

داخل جسده أو عقله ويُمكن «إصلاحه»؛ وذلك من خلال وسائل جراحية ودوائية بشكلٍ أساسي (كما قد يحدث إن كان مصابًا بالملاريا أو بورمٍ دماغي).

لهذه الأسباب، يُفضّل بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكِيِّين استخدام كلمة «عميل» بدلاً من «مريض». ويُفضل البعض استخدام كلمة «خبرات» على «أعراض»، ليؤكّدوا بذلك على أن المعاناة قد تكون ذات طبيعة وجدانية غير مرضية. وفي هذه المقدمة القصيرة جدًّا، نستخدم كلمة «عميل» في الأغلب لنعكس توكيدًا على الطبيعة الفاعلة للشخص المتلقّي للمُساعدة، لكنّ الألفاظ المرتبطة بالسياق الطبي تُستخدم أحيانًا، لا سيّما عندما يتلقّى الشخص خدمةً نفسية تتعلّق بالرعاية الصحية لإحدى حالات الصحة البدنية (مثل السكتة الدماغية أو السرطان أو داء السُّكري). لكن ذلك كله يعتمد على السياق إلى حدٍّ كبير، ولا يُشير إلى وجود اختلافٍ أساسي في نظرة الاختصاصي النفسي للشخص وفهمه له.

ونظرًا لأنّ الشاغل الأساسي لعلم النفس الإكلينيكي هو الإنسان، فإنّ هذه المقدمة القصيرة جدًّا تضمُّ العديد من دراسات الحالة والحكايات القصيرة عن حياة أناسٍ حقيقيّين. لكن من المهم بالطبع كما لك أن تتوقّع، ألا نخون ثقة من شاركونا جزءًا من حيواتهم. ولهذا فجميع القصص المذكورة هنا محرفة قليلًا حفاظًا على سرّية الهوية، وغيّرت جميع الأسماء والأماكن والسّمات الدالّة المهمّة كذلك. على الرغم من ذلك، فجميع القصص المذكورة نابعة من التجارب النفسية لأناسٍ حقيقيّين، ونأمل أن تُقدم لك لمحة عن العمل الذي نقوم به في وظيفتنا.

ثمة مُقدّمات قصيرة جدًّا ممتازة موجودة بالفعل تُغطي مساحات ذات صلة بموضوعنا، لذا لا بد أن نُوضّح ما ستُضيفه هذه المقدمة عليها. هذه المقدمات القصيرة الموجودة بالفعل كتبت عن مجموعات معيّنة من العملاء (مثل علم نفس الطفل) أو نوعيات معيّنة من المشكلات (مثل التوحّد والفصام) أو السياقات (مثل علم النفس الجنائي) أو النظريات (مثل التحليل النفسي). وثمة مقدّمات قصيرة أخرى عالجت موضوع علم النفس الإكلينيكي باقتضاب، باعتباره فرعًا من المجال الأوسع (مثل المقدمة القصيرة جدًّا عن علم النفس). أما هذه المقدمة القصيرة جدًّا فتركز حصّرًا على علم النفس الإكلينيكي بصفتِه مهنة، وتُوضح الكيفية التي قد يتعامل بها الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيُّون مع فئة معيّنة من الناس أو المشكلات في الممارسة العملية. وعلى غرار جميع المقدمات في السلسلة،

علم النفس الإكلينيكي

ليس المقصد من وراء هذا الكتاب أن يكون كتاب مُسَاعِدَة ذاتية، بل يهدف لأن يُعْطِيكَ فكرة عن السياقات التي قد تتعامل فيها مع الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين، وعن تدريباتهم ومهاراتهم، وكيفية قيامهم بأنشطتهم اليومية.

الفصل الأول

عمل الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين

إن سألنا عما نريده في الحياة، فسيُجيب أغلبنا ببساطة أننا نريد أن نكون سعداء أصحاء. الأطفال أيضًا يقولون إنهم يريدون أن يشعروا بالأمان داخل عائلاتهم، وأن يذهبوا إلى المدرسة ويُكوّنوا صداقاتٍ. ويُضيف أغلب البالغين عدة أشياء عادية إلى حدٍ كبير؛ مثل أن يعملوا في وظيفة مثمرة، وربما يُضيفون شريك حياة طويلة الأمد وعائلةً، ومكانًا يعيشون فيه، وما يكفيهم من المال. على الرغم من ذلك، يتبيّن للكثيرين منّا أن تحقيق هذه الأمور الحياتية البسيطة ظاهريًا كثيرًا ما يكون في غاية الصعوبة؛ فالمآسي تحدث، والأمراض تحلُّ، والعلاقات الأسرية والحميمية تنهار، والظروف تتغيّر، والإحباطات تحدث. فأن تكون شخصًا سعيدًا مُنتجًا ليس بالأمر السهل، لا سيما في ظلّ اعتلال الصحة أو صدمة نفسية أو فقد أو تحديات غير متوقّعة في العمل أو المنزل، أو التعرّض لانتهاكات أو عُزلة أو اختبار ظروف اقتصادية صعبة على الدوام.

الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون أناسٌ يسعون لتقديم المساعدة النفسية لمن يشعرون بالتعاسة أو يُعانون في جوانب معيَّنة في حياتهم، ولن يُعانون من الأمراض، لا سيما إن كانت تؤثر بالسلب على صحتهم النفسية. فالكثير من عملائهم يمرّون بمشاعر غير مريحة (راجع الشكل ١-١) مثل القلق والوحدة والرفض، أو قد يجدون صعوبات في علاقاتهم الشخصية أحيانًا. ويعمل بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين مع أشخاص يُريدون أن يكتسبوا المزيد من المعرفة عن أنفسهم ويفهموا مشاعرهم فهمًا أفضل. ويعمل آخرون مع منظمات ترغب في استخدام المنظور النفسي لمساعدة موظفيها. تتأسس تدريبات الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين على فهم عميقٍ للنفسية البشرية، وتُركز على تطوير الصحة الوجدانية والمعرفية ورعاية كلّ منهما، بهدف تقليل العناء وتحسين الصحة النفسية. وفي هذه المقدّمة القصيرة جدًا، ستُصنّف أشخاصًا استشاروا

اختصاصيَّين نفسيَّين إكلينيكيين لمرورهم بصعوبات متفاوتة، لتوضيح العمل الذي نقوم به (انظر مربع ١).



شكل ١-١: أحياناً ما يختبر الناس مجموعة كبيرة من الحالات الوجدانية غير المريحة.

عدد من يحتاجون مساعدة الاختصاصيَّين النفسيَّين الإكلينيكيين

تتفاوت التقديرات لأعداد من يُمكن أن يستفيدوا من مساعدة الاختصاصيَّين النفسيين الإكلينيكيين. ظل الناس على مدى قرون يذهبون بمشكلاتهم إلى المعالجين المعترف بهم اجتماعياً؛ كالمعالجين الإيمانيَّين والعرفانيين ورجال الدين والأطباء. أما الاختصاصيَّون النفسيون الإكلينيكيون، فهم مصدر جديد ونادر نسبياً؛ ولهذا فإن الوصول إلى الخبراء

النفسيين ليس متاحًا للكثيرين، رغم أنهم قد ينتفعون منه. تشير التقديرات إلى أن ثلاثة أرباع من يعانون من مشكلة قابلة للعلاج تتعلق بالصحة النفسية يتلقون علاجًا أقل مما يحتاجون إليه أو لا يتلقون أي علاج على الإطلاق؛ وأكثر من نصف الأشخاص الذين يذهبون لاستشارة طبيب الأسرة يُعانون من مشكلات نفسية أولية أو مُتفرعة عن غيرها. ومن المرجح أيضًا أن معظم من يعانون من حالات صحية معينة كالسرطان وداء السكري وأمراض القلب سيواجهون درجة من القلق أو الاكتئاب. وتُشير الاحتمالات إلى أنه في أي لحظة، ثمة شخص من بين كل ثلاثة أشخاص يعيش درجة ما من المعاناة الشعورية، وتبلغ فرصة حدوث مشكلة ما في الصحة النفسية خلال حياة الشخص حوالي ٥٠ في المائة. رغم ذلك كله، لا تلقى الصحة النفسية التركيز نفسه الذي تلقاه الصحة الجسدية، مما يعني أن الأموال التي تُنفق على علاج الصحة النفسية أقل بكثير مما يُنفق على علاج الصحة الجسدية، وأن المبالغ التي تُخصّص لأبحاث الأمراض النفسية أقل بكثير مما يُخصّص لأبحاث الأمراض الجسدية.

مربع ١: أمثلة للأشخاص الذين يرد وصفهم في هذا الكتاب ممن يطلبون مساعدة الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين

بولي فتاة في الثالثة عشرة من عمرها بدأت في التحكّم فيما تأكله بدرجة كبيرة، وصارت تخسر الكثير جدًا من وزنها؛ وهذا يُقلق أسرتها للغاية. يُواجه ستيف في حياته صعوبات تزداد حدةً وخطورة؛ فقد تدهورت صحته النفسية بعد أن فقدَ وظيفته، ولجأ مرات عديدة إلى طلب الرعاية النفسية. روجر وزوجته يتوقَّعان مُستقبلًا تغيُّسًا عقب إصابته بسكتة دماغية وما تلا ذلك من تدهور علاقتهما. كاسي فتاة تبلغ من العمر خمسة عشر عامًا تُؤذي نفسها جسديًا، بينما يُحاول ريان وجودي بلا أمل في علاقتهما مع توم، ابنيهما بالتبني البالغ من العمر خمس سنوات. وفي هذه الأثناء، تُساعد سارة فريقها على العمل بفاعلية أكبر مع الأطفال المعنّفين، وترغب نيكي في تحسين علاقاتها الشخصية.

وهذا لا يُخفّف المعاناة الشعورية الحالية للناس، بل له تداعيات هائلة على أوضاعهم الصحية على المدى الطويل. فنحن نجد أن من يُعانون من المشكلات النفسية الأخطر على سبيل المثال، يموتون على الأرجح في وقتٍ أبكر من نظرائهم الذين لا يعانون من هذه المشكلات بفترة تتراوح بين ١٥ عامًا و ٢٠ عامًا. وثمة نقص في الرعاية المقدمة لحديثي السن؛ إذ تُشير الدراسات في المملكة المتحدة، على سبيل المثال، إلى أن ١٠٪ تقريبًا ممن

تتراوح أعمارهم بين ٥ و١٦ عامًا يعانون من مشكلات في الصحة النفسية، وقليلون جدًا من بينهم هم من يحصلون على خدمات الصحة النفسية. ويؤدي ذلك لا محالة إلى مُعاناة طويلة المدى لربما كان من الممكن تجنبها. وهذا أمر مؤسف. فنصف من يعانون من مشكلات نفسية طويلة المدى بدأت أعراضها أول مرة فيما بين بداية سنين المراهقة ومُنْتَصِفِهَا؛ على أننا نفضل في معظم الأحيان في تمييز هذه الحالات وعلاجها. وليس الوضع أحسن حالاً على الطرف الآخر من عُمرِ المرء؛ فإدراك الاحتياجات النفسية لكبار السن لم يبدأ إلا حديثاً جداً، وثمة نقص مُقلق في الخدمات الموجهة لهم خصوصاً.

إسهام علم النفس الإكلينيكي

إن كان ثمة شخصٌ ما يُعاني، فمن المهم بالطبع أن نتحقق ممَّا يجري ونبحث سببه. والكثير من المشكلات الحياتية لا تحتاج إلى اختصاصي نفسي، ويُمكن حلُّها بمساعدة عملية من محامٍ أو طبيبٍ أو مُستشارٍ ماليٍّ أو معلم، أو بالحصول ببساطة على المزيد من الموارد، كالمال أو السَّلْع أو فرص الحصول على التعليم أو المعلومات. على الرغم من ذلك، يُمكن للاختصاصيين النفسيين أن يُساعدونا في استكشاف الأشياء غير النافعة أو المربكة أو الهدامة التي قد نفعَلُها أو نُفكِّر فيها أو نشعر بها أحياناً. فجوهر عمل الاختصاصي النفسي الإكلينيكي هو التعاون في تقصّي ما يبدو أنه يُسبب لنا معاناة شعورية، والاستكشاف الفاعل لطرق للتعايش معه أو تفهُمه أو تخفيفه. وتعتد المساعدة المقدمة على فهم الاختصاصي النفسي الإكلينيكي للكيفية التي يتطوّر بها البشر في المُعتاد ويُصبحون فاعلين، وما يحدث عندما لا يستطيعون التقدّم.

كيف يتدرّب الاختصاصي النفسي الإكلينيكي؛ وكيف يُفكّر ويفهم الناس؟

يلزم جميع الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين أن يحصلوا على مؤهّل جامعي في علم النفس الأكاديمي، ليكون بمثابة الأساس الذي تقوم عليه ممارستهم الإكلينيكية (تماماً مثلما ينبغي على الأطباء الحصول على تعليم أساسي في علوم التشريح والفسولوجيا والكيمياء الحيوية والوراثة، قبل تعلّم كيفية التشخيص وعلاج الأمراض الجسدية). على الرغم من عدم وجود منهج جامعي متفق عليه عالمياً، عادةً ما تُركّز الدرجات العلمية في علم النفس على عدد من الموضوعات المحورية فيما يتعلق بأداء البشر وفعاليتهم.

ويشمل هذا التعلُّم والذاكرة (معالجة المعلومات وتخزينها)؛ والإدراك المعرفي (التفكير والتبرير المنطقي)؛ والتواصل (تطور اللغة لدينا واستخدامها)؛ والدافع والعاطفة (الحالة الشعورية)؛ والإدراك الحسي (فهمنا للعالم من حولنا وتأويلنا إياه)؛ والسلوك الاجتماعي (تفاعلنا مع الأفراد ومع الجماعات)؛ وعلم الأحياء وعلم وظائف الأعضاء والدماغ (تأثير الجسم على نفسيتنا)؛ والنمو (التغيرات التي نمر بها من الميلاد وحتى الوفاة)؛ والشخصية (اختلافات بعضنا عن بعض). وكل هذه الموضوعات تدعم عمل الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين في الممارسة العملية.

يُعنى التعليم الجامعي أيضًا بتعليم الطلاب كيفية التفكير بشأن الأشخاص وكيفية استكشاف المزيد بشأنهم. ربما يكون النموذج السائد في أغلب علم النفس المعاصر هو نموذج الإنسان باعتباره تجسدًا حيًا لـ «معالج المعلومات». في هذا النموذج، يُصور البشر على أنهم وحدات بيولوجية تستوعب، وتتعلَّم، وتُفسَّر، وتعالج، وتتصرَّف، وتُعدَّل، وتتواصل، وتُولد المعاني، لكن ذلك كله في سياق اجتماعي يؤثر بقوة على العملية ويُشكِّلها. وباستخدام الأساليب والأفكار العلمية، يُحاول الاختصاصيون النفسيون الإكلينكيون ملاحظة وفهم البشر بخصوص المسائل المتعلقة بالصحة؛ من خلال تطوير نظريات وفرضيات تُناقش الكيفية التي يُفكر بها الأشخاص ويتصرَّفون والسبب في هذا، ثم اختبار هذه الفرضيات من خلال الملاحظة أو التجريب. فالحقائق التجريبية المُستندة إلى مُشاهدات أكثر فائدة من التخمين أو الجدل.

يُتفق معظم الناس في الوقت الحاضر على أن علم النفس يُصنَّف علمًا (حتى وإن كان غير مثالي من هذه الناحية) وأن محاولة إجراء البحوث بموضوعية هي أفضل طريقة لاكتساب فهم عميق بدرجة مقبولة للعالم الداخلي للإنسان، والكيفية التي يُمكن بها مُساعدته. على الرغم من ذلك، فالمناقشات كثيرة بشأن مدى انتماء علم النفس إلى العلوم في الحقيقة، بما في ذلك نطاقه وصلاحيته. ومن هذه المناقشات النقد القائل بأنَّ البشر عاجزون جوهريًا عن التحلِّي بمهارات العالم فيما يتعلَّق بدراسة أنفسهم؛ وأنَّ المعايير المُستخدمة غير كافية حتمًا؛ وأنَّ الأبحاث تُفرط في الاعتماد على المعايير الكمية؛ وأنَّ البشر أساسًا لا يخضعون للملاحظات أو القياسات العلمية؛ وأنَّ علم النفس يركّز كثيرًا على الفرد على الرغم من أنَّ العديد من الدوافع التي تُشكِّل سلوكنا في الواقع هي دوافع خارجية، إما في المجتمع الأوسع أو في التكوين الجيني والحيوي.

صحيحٌ أن جزء المناهج الجامعية لعلم النفس الذي يتعامل بأكثر طريقة مباشرة مع المعاناة الشعورية والصحة النفسية يُطلق عليه أحيانًا «علم نفس اللاعقدي»، لكن

المعاناة الشعورية أمر شائع جدًا في الحقيقة. فكثير من المعاناة التي قد تُصنّف باعتبارها «لا اعتيادية» تنطوي في الحقيقة على سلوكيات ومشاعر مفهومة تنتج من عمليات نفسية مفهومة، حتى وإن كانت نتائجها سيئة أحياناً للفرد أو من هم حوله. فأن يرفض رجل مُسنّ فجأة أن يُغادر منزله بلا سبب واضح قد يُعدُّ أمرًا غير اعتيادي، على سبيل المثال. لكن هذا السلوك قد يُصبح مفهومًا إن أخذنا في الاعتبار قلقه من أن يتوه؛ لأنه يعاني من ضعف البصر وصعوبات في الذاكرة (وهو ما لم يخبر أحدًا به لإحساسه بقدر من الخزي ولتناقص وعيه الإدراكي). وبالمثل، شعورنا بالقلق تجاه نظرة الناس لنا أمر شديد الشروع، برغم أن القلق الاجتماعي يُعدُّ أحياناً «غير اعتيادي».

يرى الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون أن الكثير من السلوكيات التي تُعدُّ في الكتب، أو في حكم المجتمع كله، سلوكيات غير اعتيادية (مثل الشعور بالقلق، أو سماع أصوات في غياب الآخرين، أو الهلوسة أو الاكتئاب رغم وجود الكثير من الأشياء الطيبة في الحياة ظاهرياً) هو في الحقيقة أمر يمكن فهمه، إن استكشفنا سياق ذلك السلوك أو الشعور وتاريخه. ويوضّح الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون أيضاً أننا كثيراً ما نُحاول أن نُجاري الصعوبات باستخدام استراتيجيات كانت مفيدة لنا (أو حتى ضرورية) فيما مضى، لكنها لم تُعدُّ على الأرجح أفضل طريقة للتكيّف أو أنفع طريقة لتجاوز مشكلة نواجهها في الحاضر.

خذ على سبيل المثال طالبة كانت فيما مضى تنجح في إخفاء قلقها الشديد من التقييمات المدرسية. ورغم أن مُعلّمها الجديد مُتفهم، فإن طالبتنا قد تُخفي مدى تأخرها الدقيق في إنجاز واجب مدرسي معيّن. وهذا يحميها من المخاطرة بخوض نقاش غير مُريح على المدى القصير، لكنه يَمنعها أيضاً من فعل أي شيء بنّاء يحلُّ مُشكلاتها طويلة المدى. وانطلاقاً من هذا المنظور، لا يلوم الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون الأشخاص على صعوباتهم أو أنماط تكيّفهم غير النافعة، بل يهدفون للتعاون من أجل فهم هذه المعاناة وتخفيفها لكي يتمكّن الأشخاص من التعامل مع تحديات الحياة في المستقبل بشكل أفضل.

من أين أتى علم النفس الإكلينيكي ومتى؟ (تاريخ وجيز جداً)

لقد تطوّر علم النفس الإكلينيكي بصفته وسيلة للتعامل مع المعاناة الشعورية بسرعة مذهلة، ولم يزل هذا التطور في ازدياد. فلم يُعدّ الناس يفترضون من فورهم أنك لا بدّ أن تكون مريضاً نفسياً أو مجنوناً كي تحتاج إلى مساعدة من اختصاصي نفسي إكلينيكي.

ومن حُسن الحظ أن درجة تقبل الجمهور المتزايدة للنَّفْع الذي يعود من اكتساب فهم نفسيٍّ للمشاكل الوجدانية فتَحَّ أمامنا عدة خيارات لحالات عديدة كانت تُعالج فيما مضى إما بالأدوية أو بإسكاتها أو بإخفائها ببساطة تحت سجادة عدم الاكتراث والحرَج الاجتماعيين. وبشكل عام، تضاءلت وصمةُ استشارة الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين في السنوات الأخيرة بشكلٍ ملحوظ.

لا يزال علم النفس الإكلينيكي مهنة حديثة كالتخصُّص الأم الذي تفرَّع منه، علم النفس الأكاديمي الذي لم يُقدِّم في صورة لائقة إلا في الجزء الأخير من القرن التاسع عشر. ولم تَرِد أول إشارة لـ «الاختصاصي النفسي الإكلينيكي» إلا عام ١٨٩٦، في حين كان أول تطبيق منهجي لما نعتبه الآن مبادئ علم النفس الإكلينيكي في بداية عشرينيات القرن العشرين.

جاء هذا من خلال العمل مع أطفال لديهم بعض الاضطرابات، وأعضاء من القوات المسلَّحة أُعفوا من الخدمة عقب نهاية الحرب العالمية الأولى. وبعد ذلك بدأ الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون يساهمون في تقييم الأشخاص الذي كانوا محجوزين حينها في مصحات عقلية كبيرة وتصنيفهم. وحتى هذه المرحلة، كان الاختصاصيون النفسيون في الحقيقة مجرد مساعدين علميين للأطباء النفسيين الذين كانوا مسئولين عن النزلاء. كان هذا العمل يتمُّ في الأصل بصورة كبيرة لصالح هذه المؤسسات من خلال فرز الأشخاص الذين يُعتقد أنهم يُعانون من مشاكل عقلية أو «تخلف» وتصنيفهم. لكن بحلول منتصف القرن العشرين، بدأ الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون يُقدمون مساهمة أبرز بصفتهم مُعالجين قائمين بذاتهم؛ وذلك من خلال إجراء تقييمات أشمل وأدق.

خلال العقود القليلة التي تلت ذلك، بدأ الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون الذين يعملون في المصحات النفسية يستكشفون إمكانيات تقديم العلاج من خلال تطبيق مبادئ التعديل السلوكي. أدَّى هذا إلى تطوير العلاج السلوكي لحل عدد من المشكلات النفسية (انظر الفصل الثالث لمناقشة أكثر تفصيلاً لما تعنيه هذه المناهج). وأدَّت الإنجازات التي تحقَّقت في فهم الدماغ وفحصه وتقييمه هي الأخرى إلى تطورات في علم النفس العصبي التطبيقي، ممَّا سمح للاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين بالمساهمة في تقييم مرضى الإصابات الدماغية والتلف الدماغية وإعادة تأهيلهم.

كان لتطوير علم النفس المعرفي ابتداءً من الستينيات فما بعدها تأثير إيجابي هائل على علم النفس الإكلينيكي، فكان مُلهماً لاستخدام النماذج النَّفسية لفهم مجموعة واسعة من

الحالات والمشكلات وعلاجها. وبحلول الربع الأخير من القرن العشرين، كان الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون يُشاركون مشاركة كاملة في الرعاية الصحية النفسية في مختلف مراحل العمر، مستخدمين العديد من التدخلات النفسية التي تركز على مجموعة واسعة من النظريات والعلاجات. والآن يعمل الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون في أمكنة عديدة وباستقلال تام، ويُقدّمون علاجات للكثير من الصعوبات في مجال الصحة النفسية، وهي علاجات تستند إلى الأدلة المُستمدّة من البحوث النفسية. إضافةً إلى ذلك، يُؤدّي الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون دوراً مهمّاً في البحث والقيادة في مجال الممارسة الإكلينيكية لخدمات الصحة النفسية.

فيمَ يختلف علم النفس الإكلينيكي؟

يتجسّد جوهر عمل الاختصاصي النفسي الإكلينيكي في استخدام مجموعة أساسية من النظريات والوسائل والمهارات (انظر الفصلين الثاني والثالث) من أجل فهم من يلتصّبون الرعاية الصحية النفسية وتقييم حالتهم ومُساعدتهم؛ وتتمثّل هذه الفئة بشكلٍ أساسي في الأشخاص الذين يمرّون باضطرابات نفسية، لكنّها لا تقتصر على ذلك. وعلى عكس الكثيرين ممّن يعملون في مجال الصحة النفسية (انظر مربع ٢)، يعتقد أغلب الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين أن المعاناة تنبع من مجموعة معقّدة من الظروف والعلاقات والأنماط السلوكية (والتي قد تشمل العوامل البيولوجية للفرد أو لا تشملها)، وليس من مرضٍ عقلي له أسس عضوية.

مربع ٢: فيمَ يختلف الاختصاصيون النفسيون عن غيرهم من ممارسي الرعاية الصحية النفسية؟

الأطباء النفسيون هم أطباء مُتخصّصون لديهم فهم دقيق للفسولوجيا والتشريح والكيمياء العضوية والجينات والصيدلة. فهم يَخْتارون التخصّص في الصحة النفسية بعد إتمام دراستهم الطبية. وبصفة عامة، يَستخدمون نموذجاً طبياً للمرض النفسي؛ أي إنهم يتعاملون مع وجود ما هو غير اعتيادي أو مزعج من أفكار أو أفعال أو سلوكيات كعرض لمرض بيولوجي الأصل. وعادةً ما يشمل العلاج أدوية أو تدخّلات جسدية أخرى، مع إدارة دقيقة من الشخص لنفسه. وبعد مرحلة تقييم الحالة، يزور المريض الطبيب زيارات مُتابعة تتراوح بين ١٠ دقائق و ٢٠ دقيقة في المعتاد.

أما المعالجون النفسيون والمُرشِدون النفسيون فهم أشخاص يسعون إلى مُساعدة الآخرين في فهم أنفسهم وعلاقاتهم فهمًا أفضل من خلال الكلام. بعضهم يعمل مع عملائه من خلال بناء خطط علاجية مصمّمة حسب الشخص، تركز على التكيف مع المواقف وتغيير السلوكيات أو الخبرات محل الإشكال. ويستخدم آخرون منهجيات أكثر مرونة وانفتاحًا، تهدف إلى زيادة فهم الشخص لنفسه. ولا تتضمّن هذه العملية وصف الأدوية، وعادةً ما يكون التركيز على الأدلة والأبحاث الأكاديمية أقل. ومن عناصر العلاج والإرشاد النفسي تطوير علاقة مهنية مبنية على الثقة بين العميل والمعالج على مدى أسابيع أو شهور، حتى يُمكن استكشاف مُشكلات العميل في سياق آمن ذي طبيعة شخصية بقدر كبير. ويُمكن للاختصاصيين النفسيين الآخرين أيضًا، كالأطباء النفسيين والاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين، استخدام هذه الآليات نفسها.

وبالنسبة إلى المُحلّلين النفسيين أو ممارسي العلاج النفسي الدينامي، فهم مُعالجون نفسيون يستخدمون نظرية معينة للعلاج النفسي، مثل نظرية فرويد أو يونج، وهي تضع تركيزًا كبيرًا على آثار تجارب المرء المبكّرة وتأثيرها على علاقاته اللاحقة. وتعزو أهمية كبيرة أيضًا إلى علاقة العميل بالمعالج في غرفة العلاج (انظر الفصل الثالث أيضًا). يُمكن للعلاج بهذه الطرق أن يكون مفتوح النهاية أحيانًا فيستمر لأعوام عديدة، لكنه قد يكون أقصر من ذلك أيضًا. ويدور العلاج حول مسائل تتعلّق بالوعي أو باللاوعي، ولا يكون التركيز في العلاج على أعراض بعينها؛ لأنه يستهدف تطوير الذات والاستبصار الذاتي.

أما المعالجون بالعلاج المعرفي السلوكي فيستخدمون أطرًا تستند إلى الجانب المعرفي (وغالبًا ما تكون مبنية على أبحاث تجريبية) من أجل فهم ما أدى إلى تكوين الشخص لسلوكيات أو أفكار مضرّة للتكيف. وقد يلتزم المعالج بدليل إرشادي يقترح عليه خطوات يتبعها للعلاج تستند إلى أدلة بحثية. ويتضمّن العلاج بناء العميل لعلاقة قائمة على التعاون مع المُعالج ليُحاول تجربة طرق جديدة للتفكير أو التصرف وتبني بعضها، وغالبًا ما يتم ذلك من خلال عمل ما يُشبه «الواجب المنزلي». ويكون التركيز في الغالب على ما هو هنا والآن، وعلى تخفيف حدة أعراض معينة؛ كتنظيم المزاج أو الأرق. ويقوم العديد من الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين بتضمين بعض هذه الآليات في مُمارستهم العلاجية.

وبخصوص الاختصاصيين النفسيين في مجالات الطب الشرعي والتعليم والمدارس والتوظيف والرياضة والتمارين والصحة، فجميعهم اختصاصيون نفسيون مُؤهّلون يُطبقون مجموعة من مهارات علم النفس في مساحات عمل مُعيّنة أو مع مجموعات مُعيّنة من العملاء: أي في النظام القضائي الجنائي والمدارس والجامعات ومقرّات العمل والرياضة والمنظومة الصحية بصورتها الأوسع على التوالي. تُوجد تشابهات عديدة في هذه الحالة مع علم النفس الإكلينيك، لكن التركيز في كل تخصص منها يكون على تناول احتياجات مُعيّنة لمُؤسسات مختلفة وعملائها. ويختلف شكل المسار التدريبي للممارسين النفسيين ومحتواه بما يمكنهم من العمل بكفاءة في مساحة

تخصّصهم. وغالبًا ما تكون المؤسّسات هي ما تطلب مساعدة الاختصاصيين النفسيين لا العملاء أنفسهم.

أما الاختصاصيون الاجتماعيون والمعالجون في مجال العلاقات الأسرية والزواج، فجميعهم يُقدّمون مساعدة متخصصة لعملاء يمرون بمختلف المشكلات الاجتماعية ومشاكل العلاقات، من السكن والرعاية الاجتماعية وحتى تفكك الزواج أو الأسرة والاحتضان. بعض هؤلاء الاختصاصيين النفسيين يستخدمون نماذج نفسية محدّدة في تدخّلاتهم العلاجية، كمن يعملون في ملفّ التبني أو خدمات الصحة النفسية، بينما يركز آخرون على دعم عملائهم لتخطّي التعقيدات والمسائل العمليّة في توفير الأمان الاجتماعي.

عندما يلجأ أيّ منّا للمساعدة، يكون من المفهوم أننا واجهنا مأزقًا من نوع ما في حياتنا، ونحتاج إلى بعض المساعدة في إيجاد طريقة أفضل للتعامل مع الظروف أو التكيّف معها. ويأتي دور الاختصاصي النفسي، وهو مُساعدتنا في استكشاف ما يجري في حياتنا وفهم ما قد يجعل محاولتنا السابقة في تجاوز الصعوبات غير ناجحة معنا في الوقت الحالي. ورغم أن الأدوية قد تكون مفيدةً لبعضنا فعلاً، فهي ليست بالمسئولية الأساسية للاختصاصي النفسي. ذلك أنّ تدخّلات الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين تنطوي في الأغلب على الملاحظة والحديث والتفكير. وقد يطلب الاختصاصيون النفسيون من العملاء أن يراقبوا الأشياء عن كثب في اللحظة الراهنة؛ هنا والآن، سواء داخل الجلسة العلاجية أو خارجها، وربما تتضمّن التدخّلات أيضًا تجربة طرق جديدة للتفكير والتصرّف في حياتنا اليومية أو في تعاملتنا مع الآخرين. ومن الضروري لجميع الأطراف، مما قد يشمل الأسرة أو مقدمي الرعاية، أن يتعاونوا معًا لتخفيف المعاناة أو لتعزيز السلامة النفسية.

من الأمور الجوهرية في ممارسة علم النفس الإكلينيكي إعداد خُطط علاجية وتركيبات فردية منها تُلائم كل فرد، وتستند في الوقت نفسه قدر الإمكان على الأفكار والوسائل التي تبيّنت كفاءتها من خلال الأبحاث؛ أي تكون مدعومة بأساس قويّ من الدلائل. غير أنّ الاختصاصيين النفسيين يُدركون جيدًا أيضًا أن المُشكلات لا تحدث بمعزلٍ إحداها عن الأخرى، وأنّ فهم سياق حالة كل عميل أمر في غاية الأهمية. فعلى سبيل المثال، غالبًا ما تكون أفضل طريقة لفهم سلوك الطفل الذي يوصف بأنه «صعب» من خلال النظر إلى ردود الأفعال التي يتلقاها من المحيطين به، لا من خلال استكشاف الطفل وحده. وربما

تكون الأسرة أيضًا تحت وطأة ضغط كبير؛ قد يعود ذلك لوجود خلافات زوجية أو ديون. لذا يضمن تدريب الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين أيضًا معرفتهم بالنظريات المختصة بالأنظمة الاجتماعية والأسرية، إضافة إلى النظريات التي تتعلق بأداء الفرد. ومن خلال الربط بين هذه العناصر، يتمكن الاختصاصيون النفسيون من تكييف تدخلاتهم لتلائم شخصًا معينًا أو حالة معينة، بدلًا من الاعتماد على دليل يُحدّد لهم ما يجب القيام به بصرف النظر عن الشخص المتفرد وتاريخه الخاص.

الأدوار المتنوّعة للاختصاصي النفسي الإكلينيكي

عادةً ما تنطوي المسؤوليات التي يقوم بها الاختصاصيون النفسيون السريريون على أداء عدة أدوار مختلفة، وفقًا لاحتياجات العميل وطبيعة المؤسسة التي يعمل فيها الاختصاصي النفسي الإكلينيكي. تتضمن هذه الأدوار في المعتاد دور المعالج الفردي، ودور العضو في فريق من الاختصاصيين الآخرين الذين يقدمون خدمة لمجموعة معينة من العملاء، ودور الباحث، والمعلم، والمُشرف، والمرشد النفسي والاستشاري. وكثيرًا ما يُوصف منهج العمل الذي يتبعه الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون في تأدية هذه الأدوار بأنه دور «العالم المُمارس». ويضاف إلى هذا أهمية التفكير في الطريقة التي قد تُؤدّي إلى نجاح منهج العمل في كل حالة على حدة، وأهمية التكيف مع هذه الخبرة أو التعلم منها في الممارسة العملية. ويُسمى هذا أحيانًا بدور «المُمارس المتفكر». ودمج منهجيتي العمل هاتين معًا يتبلور المفهوم الشمولي المُرهق للاختصاصي النفسي الإكلينيكي باعتباره «عالمًا مُمارسًا مُتفكرًا».

ماذا يعني مصطلح «عالم ممارس متفكر»؟

يوضح المثال التالي كيفية عمل الاختصاصي النفسي الإكلينيكي بنموذج العالم المُمارس المتفكر: الخطوة الأولى هي تقييم الصعوبات، ثم تكوين فرضيات عمّا بدأها، والسبب في أنها لم تزل تُعيق العميل، ثم التدخل لتغييرها؛ ثم ملاحظة أيّ تغييرات؛ ثم تغيير التدخل إن استلزم الأمر وتكرار العملية (انظر مربع ٣ الذي يصف عمل اختصاصي نفسي إكلينيكي مع فتاة صغيرة تمرُّ بأعراض اكتئاب).

مربع ٣: اختصاصي نفسي إكلينيكي يُساعد فتاة صغيرة تمر بأعراض اكتئاب

كانت كاسي فتاةً تبلغ من العمر خمسة عشر عامًا تُعاني من الاكتئاب، أدت نفسها مرات عدة بجرح ذراعها، وأُحيلت للعلاج النفسي. في البداية، أجرى الاختصاصي النفسي الإكلينيكي تقييمًا للحالة من خلال الحديث مع كاسي وسؤالها عمًا يحدث معها، ومن خلال سؤالها بأن تملأ عدة اختبارات قياس نفسية (استبيانات) مُصممةً لتبين مشاعرها وأفكارها. وهذه الاختبارات وفّرت تقديرًا لمدى تنوع مشكلاتها وشدتها. بعد ذلك، كوّن الاختصاصي النفسي الإكلينيكي بعض الفرضيات عما قد يكون السبب في شعور كاسي بالاكتئاب وإيذائها لنفسها. ولكي يقوم بهذا، يستند الاختصاصي النفسي الإكلينيكي إلى عدد من المصادر. تتضمن هذه المصادر ما نعرفه من الأبحاث عن الاكتئاب وأذى النفس في حديثي السنّ في العموم، وأي مستجدات في هذا الصدد؛ وخبرة الاختصاصي النفسي العَمَلية في العمل مع مُراهقين فيما مضى؛ والأهم من ذلك تجربة كاسي الفريدة وآرائها كما تظهر في تقييم الحالة وفحصها. وبعد ذلك، ناقش الاختصاصي النفسي الإكلينيكي هذه الفرضيات مع كاسي واقترح توصيفًا (انظر الفصل الثالث) وخطة محتملة للعلاج.

بموافقة كاسي، شمل العلاج تشجيع كاسي على التعبير عن مشاعرها واستكشاف معتقداتها السلبية عن نفسها. وفي المرحلة الأخيرة بعد عدة أشهر من العلاج، قيّم الاختصاصي النفسي الإكلينيكي ما إذا كان هذا التدخل فعالاً أم لا بأن طلب من كاسي أن تُعيد اختبارات القياس النفسي ليرى ما إذا كان وضعها تحسّن. كما طلب من كاسي أيضًا أن تصف رأيها في تجربة هذا التدخل ومدى فعاليته.

صحيحٌ أن الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين مُلتزمون باتباع المنهجيات التي تُعزّدها الأدلة (لا الآراء أو الأقاويل أو التقاليد)، لكن دور العالم الممارس لا يعني معاملة الشخص الآخر برُود أو بلا مشاعر، كما في التجارب العلمية العادية. حقيقة الأمر أنّ التدخلات النفسية تكون أكثر فعالية عندما تستند إلى علاقة شخصية قائمة على الدفء والثقة والسرية والاحترام المتبادل بين الاختصاصي النفسي والعميل، وعندما يشعر مَنْ يطلب المساعدة بالأمان الكافي لكي يفصح عن معلومات شخصية أو يخوض مخاطرة إجراء تغييرات. فأحد الأدوار المهمة للاختصاصي النفسي تتمثل ببساطة في توفير ملاذ آمن وفرصة لعملائه ليتخفّفوا من معاناتهم، لكي يكشفوا عن مشاعرهم التي طالما تجنّبوها. والأرجح أنّ استخدام كلمة «ببساطة» هنا تبخس هذا الجانب من عمل الاختصاصي النفسي الإكلينيكي حقه بشكل كبير.

ومن الأجزاء الجوهرية أيضًا في دور العالم الممارس المتفكّر الالتزام بالتقييم. هذا يعني التقييم بموضوعية قدر الإمكان سواء أنجح التدخل أم لا. وإذا لم ينجح، فثمة

احتمال أن تكون الفرضية الموضوعية لتفسير الصعوبات غير دقيقة بما يكفي. وحينها يتفكر الاختصاصي النفسي الإكلينيكي في السبب، وعادةً ما يكون ذلك بجمع المزيد من المعلومات ومناقشتها مع العميل. ربما كان سبب مُعانة كاسي (انظر المثال في مربع ٣) يرجع في الحقيقة إلى شيء من قبيل سابقة من التعدي الجنسي، والتي لم تشعر هي في البداية بالأمان الكافي لتُفصح عنه. إن كان الأمر كذلك، فسيؤدي هذا إلى تشكيل فرضية بديلة، وربما مراجعة خطة العلاج أيضًا. ويُمكن تكرار هذه العملية حتى تُحلَّ مشكلة العميل.

وللجانِب «المتفكّر» في مفهوم «العالم الممارس المتفكر» تبعات عديدة. فإضافة إلى تخيير العلاج أو النظرية المناسبين لاحتياجات المريض بعناية، على الاختصاصي النفسي الإكلينيكي أيضًا أن يراعي الخلفية الثقافية للعميل ويتكيف معها. هذا لا يعني أنّ الاختصاصي النفسي لا بد أن يحيط علمًا بجميع الثقافات. وإنما يحتاج لأن يستعدّ لأن يكون مُتفتح العقل ويُعبّر عن فضوله المشبع بالاحترام تجاه مُعتقدات العميل. بهذا الشكل يستطيع الاختصاصي النفسي الإكلينيكي أن يتجنّب التصرف بطرق قد تتعارض مع رؤية ثقافية مُعيّنة للعميل. على سبيل المثال، توجد فروقات بين مختلف الجماعات الثقافية حول أنسب الطرق للتعامل مع الموت والفقْد. ولا بد أن يُؤخذ هذا بعين الاعتبار عند العمل مع شخص من ثقافة أخرى فُجع بفقْد عزيز، لكيلا يُكوّن الاختصاصي النفسي افتراضات ساذجة عما ينبغي أن يحدث عند وفاة شخص.

ومن النقاط الوثيقة الصلة الأخرى، أنه ينبغي على الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين ألا يفترضوا وجود جانب واحد لأيّ قصة، بل يجب أن يحترموا أن المعاناة النفسية تنتج عادةً عن أسباب عديدة، ولا يوجد منظور واحد يُمكن رؤية الأمور من خلاله. فلن يكون من المفيد مثلاً أن «يلوم» الاختصاصي النفسي الإكلينيكي أحد الوالدين على سلوك طفله أو «يلوم» الطفل، بل سيحاول أن يفهم ما يتسبّب في شقاء الأسرة، بما في ذلك الوالدين والطفل وغير ذلك من العوامل المؤثرة التي تكمن خارج الأسرة. ومن هذه العوامل مُشكلات كالسكن أو الفقر أو البطالة أو تعرض الأسرة لعنصرية؛ وكلّ منها قد يكون جزءًا من المشكلة، وإن لم يكن لها أصلٌ نفسي أو عقلي على وجه التحديد. فبصفة أساسية، يُعد الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون أقل اهتمامًا بالحقائق (بتعريف المحامي أو المُحقّق على سبيل المثال) وأكثر اهتمامًا بتجربة الأشخاص الذاتية، و«حقائقهم»، وما تُمثله الحياة لهم، بصرف النظر عن كيفية إدراك الآخرين واستيعابهم لذلك.

يتمثل المعنى الأخير لـ «العالم الممارس المتفكر» في أنّ الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين ملتزمون بملاحظة التأثير الكلي لعملهم، فيستكشفون بالتفصيل ما ساعد العميل وما لم يُساعده، لأنّ ما تعلموه في علاج شخصٍ محدّد أو تقييم حالته قد يُفيدهم في مُساعدة آخرين يمرّون بصعوبات مُشابهة في المستقبل. وأحياناً يُشارك الاختصاصيون النفسيون الإكلينكيون في دراسات موسّعة، وقد يكون ذلك من خلال توفير معلومات عن نتائج العلاج في تجربة على مُستوى البلد لفعالية نوعية جديدة من العلاج. أو ربما يجمعون على نحو منهجي معلومات عن جانب صغير معيّن من خدمة محلية، مثل دراسة تأثير اختيار كلمات خطاب التعيين على عدد الأشخاص الذين سيحضرون في أول يوم عمل. في كل الحالات، يُحاول الاختصاصيون النفسيون الإكلينكيون باعتبارهم علماء مُتفكرين أن يظلوا دائماً منفتحين للاستفادة من التعقيبات والآراء ولاحتياجهم إلى التطوير المهني المُستمر، فيحصلوا معرفة أكبر من خلال المزيد من التدريب والدراسة.

الإشراف والمسائل الأخلاقية

جميع الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين يهدفون إلى بناء موقف مهني إيجابي مبنيّ على الاحترام تجاه عملائهم، ولذلك يُكرّسون وقتاً للتفكير في أي مشاعر شخصية (سواء كانت سلبية أو إيجابية أكثر من اللازم) قد تُعيق وجود علاقة مهنية سوية. ولمساعدتهم على ذلك، يتلقّى الاختصاصيون النفسيون الإكلينكيون إشرافاً مُنظماً، وهو ليس عملية تُلقى توجيهاتٍ عما يجب فعله من شخص أرفع درجةً، بل فرصة للتحدّث عن الصعوبات والإشكالات مع زميلٍ قديرٍ ذي خبرة أكبر. يسعى المشرفون إلى توفير ملجأ آمن يُمكن فيه للاختصاصي النفسي الإكلينيكي أن يستكشف معهم أي صعوبات أو إشكالات قد تطرأ في عملهم (انظر أيضاً الفصل الرابع).

جميع الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين المُقيدين مهنيّاً مُلزَمون باتّباع المدوّنة الأخلاقية التي تقرها الهيئة التي تقيّدوا فيها. في المملكة المتّحدة، تتمثّل هذه الهيئة في «مجلس مهن الصحة والرعاية الطبية»، والذي يُنظّم استخدام لقب اختصاصي نفسي إكلينيكي، ويُلزم المُقيدين فيه بالاطّلاع على المستجدات. وفي الولايات المتحدة، تتجسّد هذه الهيئة في «الجمعية النفسية الأمريكية»، ومجلس اختصاصي علم النفس التابع لها والموجود في كلّ ولاية، وهي تُصدر تصاريح ممارسة المهنة للمُقيدين، ومتطلبات بالتعليم المُستمر ليبقى المعالجون على اطّلاع بالتحديثات في المجال. وقد صُمّمت هذه المدوّنات

الأخلاقية إضافةً إلى منظّمات مهنية كالجمعية النفسية البريطانية، لتعزيز المعايير العالية لدى أعضائها ولحماية العملاء.

على سبيل المثال، تَقْضِي مُدَوْنَةُ الأخلاقيات والقواعد السلوكية للجمعية النفسية البريطانية بأن يُعامل الاختصاصي النفسي الإكلينيكي الجميع على قَدَمِ المُساواة بصرف النَّظَر عن العمر أو الجنس أو الوظيفة أو التوجُّه الجنسي أو لون البشرة أو غير ذلك. فالمسئولية المهنية الرئيسة لدور الاختصاصي النفسي الإكلينيكي هي تعزيز استقلالية الأشخاص ما أمكن ذلك؛ وذلك حسب مجموعة القيم والأولويات الخاصة بكلِّ عميل على حدة. ما نَعْنِيه بهذا أَنَّ احتياجات العميل — لا المعالج — وخياراته وقيمه هي ما يجب أن تحدّد ما سيَجري.

ينبغي على الاختصاصيين النفسيين ألا يستغلُّوا علاقة الثقة الوطيدة التي غالبًا ما تتكوّن بينهم وبين عملائهم من أجل منفعتهم الشخصية أو لتحقيق مكاسب مادية تتجاوز الأتعاب المهنية المتفق عليها. ومن المُهمِّ أيضًا ألا يفرض الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون آراءهم الخاصة ولو قليلًا على الأشخاص الذي يَعْمَلون معهم. فقد يكون الاختصاصي النفسي الإكلينيكي نفسه غير مؤمن بمعتقد ديني معيّن، أو قد يكون عضوًا مُلتزمًا في كنيسة أخرى، لكن يجب عليه رغم ذلك أن يحترم مُعتقدات الشخص الآخر الدينية. وعلى هذا كله، لا يَنبغي على الاختصاصيين النفسيين أن يتصرفوا بما يتعارض مع ضميرهم أو أخلاقياتهم الذاتية (انظر مربع ٤).

مربع ٤: اختصاصي نفسي إكلينيكي يواجه مُعضلة أخلاقية

ذات مرة، طُلب من مايك، وهو أحد زملائنا، أن يُقدم العلاج النفسي لبيل، وهو رجل يمر بقلق حاد عند أدائه مهامَّ مُعيّنة في محل عمله. وقد وصف بيل شعوره بخفقان ونوبات هلع تُعوقه تمامًا في المنزل قبل أن يشرع في مهامه، وأراد مساعدة نفسية للتحكم في قلقه. بدا هذا طلبًا معقولًا، فهذه هي الأمور عينها التي يُمكن لعالم نفسي إكلينيكي مساعدة الشخص فيها. كان مايك في بداية وضع خطة علاج لبيل، عندما طلب من بيل مزيدًا من التفاصيل عن العمل الذي يقوم به. اتّضح أن بيل كان جزءًا من عصابة من لصوص المنازل، وأنه كان يشعر بالقلق قبل اقتحامه منازل الآخرين! أخبرنا مايك أنه شعر أنه من الأنسب أخلاقيًا رفض تقديم العلاج النفسي لبيل فيما يخصُّ قلقه قبل ارتكاب السرقات.

العمل مع الزملاء والأنظمة

رغم أن بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين يعملون بصورة مستقلة تمامًا (كمن يشتغلون في العيادات الخاصة مثلًا) ويديرون قائمة عملائهم الخاصة، لكن معظم الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين يعملون في منظمات الرعاية الصحية في ترابط وثيق مع اختصاصيين آخرين، كالأطباء النفسيين وأطباء المخ والأعصاب والمعالجين المهنيين ومعالجي إعادة التأهيل والاختصاصيين الاجتماعيين والمعالجين النفسيين والتمريض النفسي. ويترتب على هذا ثلاثة أمور.

أولاً، يحتاج الاختصاصي النفسي الإكلينيكي إلى التحليّ بالقُدرة على التعاون الوثيق مع زملائه الذين تلقوا تدريبات مختلفة، بما يحملونه من آراء وافتراضات مُغايرة تمامًا بشأن أفضل الطُرق للتعامل مع العملاء. ويستلزم هذا من المعالج مرونةً ومهاراتٍ تواصلٍ جيّدة، وتقديرًا لأهمية العمل الجماعي وإدراك أن وجهات النظر المختلفة تُوجد معًا في أغلب الأحيان.

ثانيًا، يعني المجال الضيق نسبيًا لمهنة الاختصاصي النفسي الإكلينيكي أننا كثيرًا ما نضطر للعمل من خلال أفراد آخرين من طاقم العمل، لنُساعدَهم في تقديم التدخل النفسي بدلًا من أن نقوم بذلك بأنفسنا. ويُسمّى هذا أحيانًا بـ «العمل غير المباشر». ويُمكننا أن نرى مثالًا على ذلك في اختصاصي نفسي يعمل داخل جناح نُزلاء قسم الأمراض النفسية ويُطوّر برنامجًا يساعد طاقم العمل على تشجيع مريضة تُعاني مُعاناة هائلة لتأخذ دواءها بدرجة أكبر من الانتظام أكثر (كجزء من خطة تُتيح لها أن تخرج من المستشفى في النهاية). لكن الأطباء والمرضات هم من سيُنفِذون هذه الخطة في الحقيقة. أو في اختصاصي نفسي (عضو في فريق متخصص في العمل مع أسر الحضانة المؤقتة) يُقدم مساعدة عظيمة لأسرة صعبة بشكل غير مباشر من خلال مساعدة الفريق في التفكير بوضوح فيما يحدث داخل الأسرة. وقد يدعم الاختصاصي النفسي أيضًا أفراد طاقم العمل الذين يُلاقون صعوبة في العمل مع الطفل أو الأسرة. ومن الأمثلة الأخرى اختصاصي نفسي إكلينيكي (يعمل في دارٍ لرعاية المسنين يبدو على نُزلائها أعراض اكتئاب وانسحاب) يُشجّع المُمرضات على تغيير ترتيب الكراسي في منطقة الجلوس؛ حيث تُوجد في صفوف (مما يصعب على النُزلاء التحدث معًا) لتوزيعها في مجموعات صغيرة؛ فتشجع الحوار بينهم. وبناءً على هذا، قد يُعزز الاختصاصي النفسي الإكلينيكي السلامة النفسية لكبار السن من خلال تغيير سلوك

طاقم العمل وأفكارهم بكفاءة أكبر مما كان سيتحقق من عملهم مع العملاء مباشرة، كل على حدة.

ثالثاً، العمل مع أي منظمة (كبيرة كانت أو صغيرة) يستلزم شيئاً من الاهتمام بطريقة عمل المنظمة. ولا مفر من أن يتطلب هذا حضور اجتماعات وقراءة وثائق رسمية وما إلى ذلك، والتعامل مع قدر من البيروقراطية. لكنه يوفر كذلك فرصاً لتشكيل المنظمة وإحداث تغييرات بنّاءة فيها. فعلى سبيل المثال، يُطوّر الكثير من الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين مهارات إدارية وقيادية تساعد على تدعيم الرعاية النفسية داخل مؤسستهم. وقد اتخذ بعضهم أدواراً قيادية وتركوا بصمة كبيرة في طريقة سير المنظمة بأكملها، وذلك على سبيل المثال من خلال تشجيع إحدى المستشفيات على الاهتمام بدرجة أكبر كثيراً بآراء عملائها بشأن الطريقة التي يجب أن تُنظم بها الخدمات.

أين يعمل الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون؟

ببساطة شديدة، يعمل الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون في المكان الأنسب لعملائهم. قد يعني هذا مثلاً الجلوس على حافة السرير في جناح نزل مزدحم داخل مستشفيات أو دور لرعاية المُحتضرين إن كان العميل يحتاج إلى رعاية نفسية عقب دخوله إلى المستشفى لحالة طارئة. وقد يعني إيجاد مكان داخل إحدى دور الرعاية أو دور الإيواء؛ حيث ربما يكون التعامل مع العميل برفقة أعضاء آخرين من طاقم العمل. وصحيح أن بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين يزورون العملاء في بيوتهم، لكن أغلب العملاء يحضرون للخدمات النهارية بالمستشفيات أو العيادات الخارجية؛ ومن ثم سيزورون الاختصاصي النفسي الإكلينيك في غرفته الخاصة، وهو المكان الأنسب لخوض نقاشات بخصوصية. وبالنسبة إلى الاختصاصيين الإكلينيكين الذين يعملون مع الأطفال أو حديثي السن، فهم غالباً ما يستخدمون غرفة مريحة أو مناطق مليئة بالألعاب والصور، في حين قد تحضر الأسر في قاعات معدة خصيصاً تُستخدم فيها المرايا أحياناً لتسمح لعدد من الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين بالعمل معاً.

يمكن إقامة الجلسات الجماعية داخل إطار المستشفيات أو داخل المدارس ومكاتب الخدمة المجتمعية ومباني الكنيسة. وقد يكون الاختصاصي النفسي الإكلينيك جزءاً من خدمة ميدانية تعمل مع العميل في المكان الذي يريحه؛ وليكن مقهى على سبيل المثال، أو مقعداً في الحديقة يجلس فيه الاختصاصي النفسي مع مرهق شديد التخوف من الاقتراب

أكثر من ذلك من العاملين في مجال الصحة. أما الاختصاصيون النفسيون الذين يُمارسون دورهم في عملٍ خاصٍّ عادةً ما يَستخدمون مكتباً خاصاً بهم إما داخل عيادة خاصة أو داخل جناح من الغرف، قد يَتشاركونه مع ممارسين نفسيين آخريين. ومؤخراً، أصبح من الممكن أيضاً إجراء الجلسات من خلال الهاتف أو خدمة سكايب عندما لا يكون العميل قادراً على زيارة الاختصاصي النفسي بشخصه أكثر شيوعاً (انظر الفصل ٧).

زيارة الاختصاصي النفسي الإكلينيكي

توجد طرق عديدة يُمكن للمرء من خلالها الوصول إلى اختصاصيٍّ نفسيٍّ إن كان يحتاج إلى مساعدة نفسية. إذا كان الاختصاصي النفسي الإكلينيكي يُمارس دوره من خلال عيادة خاصة ويقدم خدماته للعامة مباشرة، فيُمكن للشخص أن يتصل بالعيادة لتحديد موعد الزيارة. ولربما يروج الاختصاصي النفسي لنفسه بإضافة بيانات اتصاله لدليل مهني، مع توضيح مؤهلاته وأتاعبه وطريقة عمله والنظريات التي يستخدمها والمجالات التي يتمتع فيها بخبرة خاصة. على الرغم من ذلك، فكثيراً ما يكون انتشار بيانات اتصال المعالجين من خلال توصية عملاء آخرين سبق أن وجدوه مفيداً لهم.

إذا كان الاختصاصي النفسي لصالح عيادة مجتمعية أو في منظومة رعاية صحية، فسيكون أغلب عملائه محالين إليه عن طريق مُتخصِّصٍ آخر؛ كالأطباء والمرضين واختصاصيي دور الرعاية والمدرسين والاختصاصيين الاجتماعيين (وإن كانت بعض المؤسسات تقبل الإحالة الذاتية للعملاء). وسيكون من أحال العميل قد سبق أن قابله بالفعل وقد يقترح على الاختصاصي النفسي الإكلينيكي نوع المساعدة التي يعتقد أن العميل بحاجة إليها، أو قد يطلب مساعدته في مشكلة بعينها. ويمكن للاختصاصي النفسي أن يكون جزءاً من فريق متعدد التخصصات — كأن يكون مثلاً جزءاً من فريق لعلاج اضطرابات الأكل، أو وحدة تقييم للأطفال قبل سن المدرسة، أو وحدة لإعادة التأهيل — فيُصبح عمله جزءاً من خدمة متكاملة قياسية.

وفي الجزء المُتبقِّي من هذه «المقدمة القصيرة جداً» سنُوضِّح العناصر الأساسية التي ينطوي عليها الجانب العملي من الاختصاصي النفسي الإكلينيكي في أدواره المتنوعة؛ سواء بصفته معالجاً أو باحثاً أو مُدرِّساً أو مُشرفاً أو مديراً لجهة معيَّنة. لكننا سنبدأ أولاً بأن نلقي نظرة على نوعيات الأشخاص الذين قد يَطُلبون مساعدة الاختصاصي النفسي الإكلينيكي ويستفيدون منها.

الفصل الثاني

من المهد إلى الحد

يعمل الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون مع تنوعات لا حصر لها من البشر، وسنعرِّض في هذا الفصل أمثلة منها. فقد ينتمي العملاء إلى مختلف الأعمار، من الولادة وحتى الموت، ومن مختلف مشارب الحياة ومرآحها. فمن فئات العملاء الأطفال والأسر، والبالغين الذين يُعانون من صعوبات نفسية، وكبار السن، وذوي الإعاقات الفكرية، ومَن يُواجهون تحديات في صحتهم الجسدية (كالإعاقات أو الأمراض المزمنة)، وبعض المجموعات ذات الاحتياجات المُعيَّنة (كالسجناء وأفراد القوات المسلَّحة واللاجئين). لا يوجد توصيف لما يمكن أن نُسمِّيهِ «العميل النمطي»، لكن أكثر من يستفيدون من التداخلات النفسية هم على الأرجح مَن يحضرون طوعاً ويكونون على استعداد للتفكير في حالهم النفسي. ما نقصده بهذا أنهم مُستعدون لقضاء بعض من وقتهم في استكشاف أنفسهم وسلوكياتهم ومشاعرهم ومعتقداتهم الشخصية، ولا يبحثون ببساطة عن حلٍّ طبي مباشر أو حيلة سريعة تُصلح مشاكلهم وتُجيب عن أسئلتهم.

بدءاً من الطفولة فما بعدها، يتعلَّم الناس ويتطورون بينما يشقُّون طريقهم في الحياة، ويتغيرون نفسياً مع تقدُّمهم الفعلي في السن. ويفسر الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون تجارب عملائهم من خلال منهجية تنظر إلى مدى عمرهم بأكمله. ما نَعنيه بهذا أن ما يحدث الآن يُمكن فهمه ولو جزئياً باعتباره نتيجة لما حدث في الماضي، وأنَّ التغيرات العادية المتعلقة بالسن (كولادة أشقاء مثلاً، أو تغيير المدرسة، أو مُغادرة البيت، أو الحصول على وظيفة (أو خسارة أخرى)، أو أن يُصبح الشخص أباً أو أمًّا، أو التقاعد أو تجربة الفقد) سيكون لها أثر كبير على الأرجح في التطور الحالي للفرد وصحته ودرجة الإشباع لديه.

يعمل الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون على الدوام من خلال النقاش أو التعاون ويحصلون على الموافقة من عملائهم مباشرة، لكنهم يحصلون على هذه الموافقة عن طريق غير مباشر في بعض الحالات كأن يكون العملاء من (الأطفال الصغار أو المصابين بالخرف المتقدم أو الإعاقة الفكرية الشديدة) فتكون الموافقة حينئذٍ من أشخاص آخرين (أي العائلات ومقدمي الرعاية). معظم العمل يجري مباشرةً مع العميل، وإن كانت بعض التداخلات تحدث بشكل غير مباشر أحياناً كما ذكرنا في الفصل الأول، من خلال تقديم المشورة لطاقم عمل يُساعدون العميل أو التدريس لهم أو الإشراف عليهم، أو تقديم جزءٍ من هذا أو كله لأشخاص آخرين. فكثير من علاجات الأطفال أو كبار السن تتم بالتعاون مع الوالدين أو الأسر أو مُقدمي الرعاية، وهم الأقدر في واقع الأمر على تحقيق تغييرات مُستدامة من مجرد اختصاصي نفسي إكلينيكي يعمل بمفرده مع العميل.

الأطفال وحديثو السن والأسر

الطفولة هي الفترة التي يشهد البشر فيها أكبر قدر من التغيرات النفسية، وسيكون للتعلم وأنماط التعلق وآليات التكيف التي تُكتسب فيها تبعات على مدى الحياة بأكملها، سواء أكان ذلك جيداً أم سيئاً. وسيمر الأطفال جميعهم لا محالة بقدْرٍ من العناء في مرحلة ما، بينما يتعلّمون الانفصال عن والديهم والتعامل مع عقبات الحياة التي لا مفرّ منها. غير أن أغلب الأطفال لديهم قدرة على التكيف، وقلةٌ منهم فقط هم من سيواجهون مشكلات كبيرة. تكون هذه المشكلات عادةً (ولكن ليس دوماً) نتاج اضطراب تربية الوالدين لهم أو تقلُّبها، أو المرور بظروف عسيرة. لا تُوجد تربية مثالية، لكن بعض الأطفال يمرُّون بتجارب سيئة جدًّا كالإهمال، سواء أكان عاطفياً أم جسدياً، أو الصدمات. وتأتي بعد ذلك أعوام المراهقة التي تمثل مرحلة انتقالية، وبينما يتأقلم أغلب المراهقين على نحو جيد ويحافظون على علاقات جيدة مع والديهم وأقرانهم ومُعلميهم خلال هذه الفترة، يواجه بعضهم صعوبات وتحديات. فقد تجتمع توليفة من التغيُّرات الاجتماعية والنمائية والاقتصادية والجسدية والهرمونية؛ فينتج عنها عدم الاستقرار النفسي أو المعاناة. تُوجد أنواع خمسة رئيسية من الصعوبات التي عادةً ما تكون هي السبب في إحالة الأطفال وحديثي السن إلى علم النفس الإكلينيكي أو لجوئهم إليه للمساعدة: الاضطرابات السلوكية، والوجدانية، واضطرابات الأكل، والذهان، والاضطرابات الجسدية/النمائية.

من أمثلة المُشكلات السلوكية صعوبات النوم والمعارضة المُفرطة، أو الصعوبة الشديدة في التحكم في سلوكهم. وبالنسبة إلى المشكلتين الأخيرتين تحديداً، فتُشير الدراسات إلى وجودهما بين ١٠٪ و ٢٠٪ من المراهقين في أيّ وقت. ويفضل معالجة هذه المشكلات بشكل مشترك مع الوالدين، من خلال تدريبهما على سبيل المثال. أما إن تُركت دون علاج، فإننا نخاطر بحدوث إساءة استخدام للعقاقير أو التورُّط في أنشطة غير قانونية فيما بعد.

أما المشكلات الوجدانية، بما فيها القلق، والسلوكيات القهرية أو الوسواسية، وتدني الحالة المزاجية والاكئاب؛ فقد تُصيب في مرحلة ما واحداً من بين كل ثلاثة مراهقين لا يستطيع معظمهم الحصول على مساعدة احترافية فعّالة. يمكن للعلاج المعرفي السلوكي أن يكون مفيداً في هذه الحالة (انظر الفصل الرابع)، لكن كلاً من العلاج الأسري والعلاج النفسي المرتكز على العلاقات قد يكونان مُفيدين كذلك.

بالنسبة إلى اضطرابات الأكل (ومنها اضطراب فقدان الشهية العصبي، والنهام العصبي، واضطراب الشره)، فهي تُحدث في حوالي ١-٢٪ من حديثي السن، وغالباً ما تظهر لأول مرة في سن المراهقة. يمكن أن يكون اضطراب فقدان الشهية العصبي على وجه التحديد خطيراً للغاية لدرجة أن يهدد الحياة. وفي العموم يتضمّن العلاج تنويعه من العلاج المعرفي السلوكي أو العلاج الأسري (انظر مربع ٥).

أما الذهان (وهو التفكير والتصرف والشعور بطرق غير مُتوافقة مع الواقع كما يتصوّره مُعظمنا وتختلف تماماً عنه) فهو نادر في الأطفال، لكن قد تظهر علامات تحذيرية مُبكرة في مُنتصف سنوات المراهقة. عادةً ما يعتمد العلاج على الأدوية، لكنّ تشكيل فرق للتدخل المبكر بات في تزايد مستمر في الآونة الأخيرة، وتعمل هذه الفرق باستخدام العلاجات النفسية وتقديم الدعم للعائلات.

مربع ٥: اختصاصي نفسي إكلينيكي يعمل مع فتاة تعاني من مشكلات مع الأكل

بولي فتاة ودودة وهادئة تبلغ من العمر ١٣ عاماً، كانت فيما مضى تستمتع بالمدرسة وممارسة عدد من الأنشطة بعد المدرسة. أخذتها والدتها إلى الطبيب وقالت إنّ بولي صارت مُفرطة القلق بشأن مظهرها فجأة. كانت بولي قد أخبرت والديها أنها تعرّضت للمضايقات في المدرسة لأنها «سمينة»، وبدأت في الحد من تناول الطعام وفي مُمارسة التمارين الرياضية بانتظام. وقالت أيضاً إنها تُشعر بأنها غبية ولا فائدة لوجودها وقبيحة. مع مرور الوقت، فقدت بولي قدرًا كبيراً من الوزن، وأُحيلت

إلى الخدمة المحلية لتُساعدنا في مشكلة اضطرابات الأكل، لكنّها رفضت الحضور إليها في البداية. فنظمت لها الخدمة سلسلة قصيرة من الجلسات مع الاختصاصي النفسي الإكلينيكي لمحاولة بناء تقدير بولي لذاتها وتشجيعها على زيارة اختصاصي التغذية حتى تبني عادات غذائية أصح. خلال هذه الجلسات، ساعد الاختصاصي النفسي بولي في رؤية دور الطعام في حياتها وما قد يُعبّر عنه تناولنا للطعام (أو عدم تناوله) بشأن نموّنا وشعورنا بالحب والاعتراف.

وأخيراً، قد تطرأ صعوبات نفسية لدى حديثي السن عندما يحتاجون لأن يتعلّموا التكيف مع الإعاقات الجسدية أو المشكلات الصحية الجسدية المزمنة (انظر المثال المذكور في مربع ٦ بشأن مراهق يُعاني من داء السكّري). وتظهر المشكلات النمائية مثل صعوبات التعلّم والتوحد (أو اضطراب طيف التوحد) عادةً في الطفولة (يُصيب الأول حوالي ٤٪ من الأطفال في سن المدرسة، وتبلغ نسبة إصابة الثاني بين هذه الفئة ١٪ تقريباً). تحتاج المشكلات النمائية إلى تقييم نفسي دقيق باستخدام مجموعة متنوعة من اختبارات القياس المعرفية والسلوكية والجسدية والعصبية، وغالباً ما يتم التعامل معها من خلال فرق متعدّدة التخصصات تضم أطباءً وممرّضين واختصاصيين نفسيين إكلينكيين ومعلمين واختصاصيين اجتماعيين ومعالجين مهنيين واختصاصيي العلاج الطبيعي والأسر نفسها.

ورغم أن سبب إحالة الطفل أو الشاب إلى هذه الخدمات يتمثّل عادةً في سلوكه، لكن العلاج غالباً ما يشمل الآباء، أو المُعلّمين، أو القائمين على رعايته، ولا يُركز على المراهق أو الطفل فحسب. وللتدخّل المبكر أهمية كبيرة في مثل هذه المشكلات؛ لأنها قد تستمر إن لم تُعالج وتكون لها تداعيات على مسار حياة هؤلاء الصغار وصحتهم على المدى الطويل.

مربع ٦: اختصاصي نفسي إكلينيكي يعمل مع صغير مُصاب بداء السكري

بوبي الذي يبلغ من العمر الآن خمسة عشر عامًا، تلقى المساعدة من علم النفس الإكلينيكي للمرة الأولى في عمر السادسة حين شُخص بداء السكّري من النوع الأول. كان بوبي خائفًا للغاية من الإجراءات الطبية المتعلّقة بالتعامل مع مرضه؛ ولهذا طُلب من الاختصاصي النفسي أن يُساعدَه على التحدّث عن مخاوفه وتقليل قلقه من الحقن وفحوصات الدم. وقد كان هذا مفيدًا، لكن للاستجابة

إلى جميع احتياجات بوبي، كان العمل مع إالين، أم بوبي، ضروريًا للغاية؛ إذ كانت هي نفسها شديدة القلق وغير قادرة على طمأنته بفاعلية. واتّضح في أثناء العمل معها، أن ولادة بوبي كانت عسيرة — رغم تطلعها إليها — وأنها عانت إثرها من مضاعفات طبية؛ ممّا أدى إلى تكوين ذكريات مؤلمة متكررة. ظهرت هذه الذكريات مجددًا عند تشخيص بوبي بداء السكري، وشعرت إالين بطريقة ما، بأنها مسئولة عن مشكلات بوبي الصحية. رتبت المستشفى لمتابعة إالين مع اختصاصي نفسي آخر ليوفر لها دعمًا إضافيًا ويساعدها على التعامل مع ذكرياتها المؤلمة، ولدعم الأسرة بأكملها في تعلمها للاستجابة بفاعلية لاحتياجات بوبي الطبية المستمرة.

على مدى السنوات التالية، واجه بوبي صعوبات في اضطراره إلى التحكّم في نظامه الغذائي بعناية، لا سيما حين لم يكن يرغب وهو مراهق في أن يبدو مختلفًا عن أصدقائه لتجنبه أطعمة أو مشروبات كحولية معينة قد تُؤذي مستويات الجلوكوز لديه. وقد أدّى هذا إلى خلافات عديدة مع والدته. ومجددًا، طُلب من اختصاصي نفسي إكلينيكي مساعدة بوبي في صراعه بين حاجاته المتعارضة المتمثلة في الاعتناء بصحته، ورغبته في التمتع بقدر أكبر من الاستقلالية، والحفاظ على علاقته مع أمه، والتناغم مع أقرانه.

الأشخاص في سن العمل

ربما يُشكّل الأشخاص في سن العمل (من ١٨ إلى ٦٥ سنة) غالبية من يستشيرون اختصاصيًا نفسيًا. غير أنّ أسبابهم للقيام بذلك تتفاوتت تفاوتًا كبيرًا. لدينا أولاً من يرغبون في تحسين علاقاتهم مع الآخرين اجتماعيًا ومهنيًا، أو من يرغبون في فهم ذواتهم، وقد يكون هذا لأنهم يتلقون تدريبًا ليُصبحوا اختصاصيين في مجال الصحة النفسية كذلك.

ثانيًا، هناك من يمرّون بمشاعر جارفة من الاكتئاب أو القلق أو الارتباك أو الغضب، وقد يعود هذا أحيانًا إلى تعديرات في الحياة مثل إنجاب طفل أو عدم القدرة على إنجاب طفل، أو بدء وظيفة أو مغادرة أخرى، أو بدء العلاقات وانتهائها، أو الانتقال إلى منزل جديد، وغير ذلك. وفي أحيان أخرى، تظهر مثل هذه المشاعر «بلا سابق إنذار». وقد تُعيق استمتاع الشخص بالحياة والعلاقات (وإن كان الأشخاص يظنون قادرين على التكيف بدرجة جيدة مع المنزل والعمل في العديد من الحالات).

وثمة مجموعة ثالثة تشمل من تعرّضوا لمشكلة نفسية كبرى، كالذهان أو الصدمات النفسية المركّبة، مما يؤثر على جميع جوانب حياتهم. وأخيرًا، قد تكون لبعض الفئات من

الناس احتياجات خاصة في المساعدة النفسية ترتبط بظروف حياتهم الخاصة، شديدة الاختلاف، مثل التورط في قضايا جنائية، أو المشاركة في قوات عسكرية، أو اللاجئين وطالبي اللجوء. وغالبًا ما يسعى الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون الذين يعملون مع هذه الفئات إلى تلقي تدريبات إضافية حرصًا منهم على تكوين فهم دقيق للاحتياجات الخاصة للأشخاص في مثل هذه البيئات.

ينبغي مراعاة أنَّ هذه التقسيمات الفرعية اعتباطية إلى حدٍّ كبير، ويتباين عدد الأشخاص الذين يلتمسون المساعدة في كل فئة منها من ثقافة لأخرى. على سبيل المثال، في بعض البلدان النامية حيث يوجد نقص في عدد الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين الذين يعملون تحت مظلة الحكومة، وتكاليفُ العلاج مُرتفعة، يكون عملُ معظم الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين مع عملاء يُعانون من مشكلات نفسية خطيرة ومُستديمة، لا المشكلات النفسية الأكثر شيوعًا. والعكس هو ما يحدث على الأرجح في بعض البلدان الأغنى؛ حيث يتلقى معظم العملاء الخدمة في كيانات خاصة.

التحلي بالفضول: الرغبة في فهم نفسك وتطويرها أكثر

إنَّ زيارة الاختصاصي النفسي الإكلينيكي تُمثل لبعض الأشخاص إمكانيةً للوصول إلى فهم أعمق لذواتهم. وهذا أمرٌ مهمٌ لكل العاملين في تخصصات الصحة النفسية باعتباره جزءًا من تطورهم المهني الشخصي. وقد يستشير آخرون اختصاصيًا نفسيًا إكلينيكيًا لاستكشاف مساحات تشككهم أو حيرتهم الشخصية وإيجاد طريقة لتسويتها. فالعميل ليس «مريضًا» بالمعنى الطبي للكلمة، ولكنه يرى أن أموره يُمكن أن تصبح أفضل مما هي عليه في العمل أو البيت أو في علاقاته (انظر المثال المذكور في مربع ٧). على سبيل المثال، قد يكون العميل مهتمًا بالتساؤل عن تأثير تنشئته عليه ويريد مكانًا آمنًا يتقضى فيه تجاربه السابقة؛ حتى يُحاول (على سبيل المثال) فهم السبب في تمسُّكه بأنماط سلوكية معينة يبدو أنه لا يستطيع التخلُّص منها، وربما يحسِّن ثقته بنفسه كذلك.

وتُعد زيارة الاختصاصي النفسي الإكلينيكي بدون مواجهة العميل لمشكلة وجدانية كبيرة أمر شائع في بعض البلدان أكثر من غيرها. ففي بعض أجزاء أمريكا الجنوبية مثلاً، ينتشر منذ فترة طويلة تقليد تقديم العلاج النفسي لعملاء يرغبون في فهم أنفسهم فهمًا أفضل أو إيجاد غاية لحياتهم وتحسين جودة حياتهم أو ربما أحد الأمرين فقط؛

أي يسعون إلى تحقيق تغييرات إيجابية تُعزِّز نموَّهم الشخصي ونجاحهم. وبذلك يُنظر إلى العلاج النفسي على أنه أحد أنشطة الاعتناء بالذات، كالاتعانة بمدرِّب شخصي يعمل معك على تحسين صحَّتك البدنية.

مربع ٧: نيكي تطلب المساعدة في مشاكل علاقاتها

لجأت نيكي، وهي أمٌّ عزباء في أواخر الثلاثينيات من عمرها، إلى اختصاصيِّ نفسيِّ إكلينيكي طلباً للمساعدة؛ لأنها كانت تشعر بأنها عاجزة وعالقة في مُشكلات علاقاتها الشخصية. حبلت نيكي في بداية العشرينيات من عمرها، وظلَّت تعيش مع والد طفلها لبعض الوقت، لكن علاقتهما لم تنجح وانتهت عندما تطور الأمر إلى عنف جسدي. كانت نيكي تعمل في وظيفة جيدة في الحكومة المحلية، وكانت قادرةً على الانتقال مع ابنتها إلى شقة صغيرة خاصَّة بهما؛ حيث كانت تدير أمورها بشكل جيد وكوَّنت دائرة من الصداقات النسائية. على الرغم من ذلك، كانت علاقاتها مع الرجال تُسبب لها القلق؛ فكل رجل نوَّاعه يبدو مثاليًّا في البداية ثم يخذلها أو يستغلُّها، بأن يأخذ منها مبلغاً كبيراً من المال ولا يردُّه على سبيل المثال. صارت نيكي متأكَّدة من أنها كانت تختار النوعية الخاطئة من الشركاء أو تقوم بشيء خاطئ دائماً، وترغب في فهم هذا؛ أمكتوبٌ على كل علاقاتها الفشل دوماً؟ صحيحٌ أنها لم تُكن تشعر حينئذٍ بانزعاج مُفرط من هذا الأمر، لكنَّها قرَّرت استشارة اختصاصي نفسي إكلينيكي خاصٍّ لمحاولة فهم ما يحدث معها، وفهم السبب في أنها كانت تشعر وكأنها عالقة في حلقة مُفرغة تتكرر، وفهم كيف يُمكنها أن تُغيِّر من هذا في المستقبل.

عندما تُفاجئك الحياة وتُفقِّدك اتزانك

المجموعة الثانية (والأكبر على الأرجح) من الأشخاص في سنِّ العمل الذين يستشيرون الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين، هم من يمرون بصعوبات نفسية قد تكون شائعة لكنها تسبب الكثير من المعاناة على أيِّ حال. يندرج تحت هذه المشكلات ما يؤدي إلى اضطراب وجداني من المشاعر أو السلوكيات أو الأفكار والتي تُعيق استمتاع الناس بالحياة بدرجة كبيرة، حتى إنها تحيل بعضاً من جوانب حياتهم إلى شقاء يومي أو مأساة سرِّية أو دوامة من الخوف تبدو وكأن لا نهاية لها. وقد بتنا الآن نعلم أن أعداداً هائلة ممَّن يعيشون حياة عادية ويُقيمون علاقات ويتعاملون مع متطلبات عملهم أو تنشئة أسرهم، يمرون أيضاً بدرجات عالية من المعاناة الشخصية. ربما يتَّجه بعض هؤلاء إلى المواد المخدرة والكحول للتعامل مع هذه المشاعر أو تجنبها. يهدف الاختصاصيون النفسيون

الإكلينيكيون إلى مساعدة من يعيشون هذه المشاعر على استكشاف وسائل تكيف بديلة أقل ضرراً، وتطوير استراتيجيات أفضل للتعامل مع المشاعر الجارفة. غالباً ما تُدرج هذه النوعية من المعاناة تحت واحد من الأسماء التالية: الهلع، القلق العام، الرهاب، كرب ما بعد الصدمة، السلوكيات أو الأفكار الوسواسية القهرية، الاكتئاب، اضطرابات الأكل، إساءة استخدام العقاقير، صعوبات في العلاقات العائلية والاجتماعية، أو الصعوبات الجنسية. وقد توجد لدى الشخص نفسه أكثر من مشكلة في الوقت عينه بالطبع. يضم هذا الكتاب أمثلة عديدة على الاضطرابات النفسية الشائعة، مثل باربرا التي تُعاني رهاباً من الكلاب، وخوف عبد الله من الضوضاء (والذي قد يكون مُرتبطاً بحدوث صدمة) وهما مثالان سنتناولهما في الفصل الثالث، وستيوارت الذي يُعاني من مشاعر القلق وستناولُه في مربع ٨ في هذا الفصل.

مربع ٨: ستيوارت يطلب المساعدة لأعراضه المتعلقة بالقلق

كان ستيوارت يحب ابنتيه الصغيرتين، ويُطلق عليهما لقب «الجوهرتين المتلألئتين» في حياته المثالية. ومع ذلك، كانت حياته الداخلية كابوساً؛ كانت تُطارده فكرة أنه قد يتسبب في إيذاء ابنتيه يوماً ما بصدمتهما بسيارته سواءً عمداً أو عن غير قصد. وليحول دون ذلك، اتبع ستيوارت مجموعة طقوس معقدة، مثل أن يذكّر لنفسه سلسلة من العبارات المعيّنة بصوت عالٍ في أثناء قيادته للسيارة، ومتابعة تقارير حركة المرور المحلية، والعودة إلى حيث قاد سيارته ذاك اليوم ليتأكد من عدم تعرض أي أطفال لحوادث في تلك المنطقة. لكن هذه الطقوس والأفعال التي كان يشعر أنه يجب القيام بها بانتظام لتحديد أفكاره والحؤول دون وقوع حوادث فظيعة، اكتسخت حياته تدريجياً. وفي خضمّ يأسه، استشار ستيوارت اختصاصياً نفسياً إكلينيكياً والذي، بعد تقديره أنّ المخاطر الفعلية لإيذاء الأطفال مُتدنية للغاية بالفعل، ساعد ستيوارت في نهاية المطاف على استيعاب الفارق بين الأفكار والأفعال؛ إذ إن وجود الفكرة لا يتسبب فعلياً في حدوثها.

عندما يبدو وكأن المشكلات تُهيمن على كل شيء

المجموعة الثالثة تتألف من الأشخاص الذين يُعانون من أمراض نفسية مُستديمة، والذين يُطلق عليهم تقليدياً «مرضى نفسيون». ولسنوات طويلة، لم يكن للاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين دور مؤثر في علاج الأشخاص الذين يشخصهم الأطباء النفسيون بأنهم يُعانون من أمراض نفسية حرجة مثل الفصام، واضطراب ثنائي القطب، واضطرابات الشخصية،

والذُّهان (وإن كان لهم دور كبير في تقييم حالتهم). فقد كان يُعتقد أن هذه الأمراض النفسية تنجم عن أعطاب في الدماغ، وكانت تُعتبر إما غير قابلة للعلاج بالمرّة أو لا يمكن علاجها إلا بالأدوية في مُستشفيات الصحة النفسية.

على الرغم من ذلك، صار الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون يُساهمون مؤخرًا في التعامل مع الأعراض والصعوبات الشائعة التي تنجم من وجود هذه المُشكلات النفسية (صعوبات كسرعة الانفعال عند التعامل مع الشريك/العائلة/الرئيس في العمل، والعزلة، والإهمال في الاعتناء بالذات، والإقدام على السلوكيات المحفوفة بالخطر). وبدأ الاختصاصيون النفسيون أيضًا في الاستماع بعناية إلى إفادات المرضى عن أفكارهم وتجربتهم، واكتشفوا أن بعض الأعراض التي قد تبدو بلا معنى، مثل البارانونيا (الشعور بأنك شخص مُختلف أو مُميز عن الآخرين بصورة ما) قد تكون لها بعض الدلالة وفقًا لظروف الشخص. إضافةً إلى ذلك، أظهرت أبحاث الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين أن العديد ممّن يعتبرون أشخاصًا «طبيعيين» قد يمرُّون هم أيضًا بأشياء غير طبيعية (مثل الهلوس السمعية)، وأن هذا لا يقتصر على من سبق تسميتهم «مرضى نفسيين». وبهذا أعاد الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون رسم خريطة العلاج؛ فالتدخُّل المبكر، والعلاج الكلامي (انظر مربع ٩ لتجد مثالًا إكلينيكيًا)، وإرشاد العائلات بشأن كيفية تقليل الضغوطات، كلها من الممارسات التي أحدثت فرقًا كبيرًا للكثيرين ممّن يُعانون من مُشكلات نفسية كبيرة. وقد ساعدت هذه الجهود الكثيرين على الوصول للاستقرار وعدم تطوُّر حالتهم، بل أدّت للتعافي في بعض الأحيان.

مربع ٩: ستيف يختبر هلاوس سمعية ويحصل على المساعدة من الاختصاصي النفسي الإكلينيكي

قبل بضع سنوات شخّص الأطباء النفسيون ستيف على أنه يُعاني من مُشكلات نفسية شديدة، قد تكون فصامًا. كان ستيف عاطلًا عن العمل ويعيش مع والديه، عندما بدأ يلاحظان تدريجيًا أنه توقف عن الخروج أو مُقابلة أصدقائه. وتوقف أيضًا عن الاستحمام، وصار لا ينام كثيرًا ويَقضي وقتًا أطول وأطول مُستيقظًا في الليل يَستخدم الكمبيوتر. كان يقول لوالديه إنه يجب أن يعمل على أسئلة فلسفية معقّدة، وأن الحل الذي كان واثقًا من أنه سينجح في إثباته سيكون طفرةً كبرى في اللاهوت ذات تأثير هائل على العالم. جرّت إعادته إلى المُستشفى النفسي عقب بضعة أحداث تصرّف

فيها بشكل غريب جداً، بلَغَتْ ذروتها عندما حاولَ الصعود إلى سطح المنزل بناءً على تعليمات من الشياطين على ما يبدو.

بعد قضاء بضعة أسابيع في المستشفى وتغيير الدواء، وافق ستيف على مقابلة الاختصاصية النفسية الإكلينيكية المستولة عن جناح إقامته وأخبرها بأنه مُضطربٌ للانصياع إلى أوامر الأصوات التي يسمَعُها وأنه أيضًا كان يَرهبها للغاية؛ إذ كان مُقتنعًا بأنها أثبتت له أنه مجنون لدرجة لا يُمكن علاجها. بَنَت الاختصاصية النفسية الإكلينيكية مع ستيف علاقة قائمة على التعاون، وحثته على التفكير في الأصوات بطرق أقل تهديدًا، بهدف تقليل معاناته بسببها. وبالتعاون مع فريق العمل في هذا الجناح، ساعدت الاختصاصية النفسية الإكلينيكية ستيف في تحقيق تقدُّم نحو أهدافه الشخصية، بما في ذلك الحصول على وظيفة مجددًا واستعادة تواصله مع أصدقائه، مما أتاح له مغادرة المستشفى في النهاية.

تجاوز الصدمات والظروف المريعة

الصف الأخير يشمل أقليةً من الأشخاص الذين تتعلَّق تحدياتهم تعلقًا وثيقًا بالنظام الحكومي أو القانوني أو بالمشكلات الاجتماعية بصورتها الأوسع. يندرج ضمن هذه الفئة، المسجونون أو المحتجزون للرعاية في بعض المؤسسات أو القوات المسلحة، أو اللاجئون أو طالبو اللجوء؛ وجميعهم قد يمرون بصعوبات شعورية ونفسية خاصة. فالدخول تحت قبضة نظام العدالة الجنائية أو الخضوع للتضييق أو التعسف كثيرًا ما يساهم للأسف في المعاناة النفسية لهؤلاء الأشخاص.

فأولاً، هؤلاء المحتجزون في الأماكن الجنائية مثل السجون أو المستشفيات المخصصة عالية التأمين لربما تعرَّضوا هم أنفسهم للصدمات أو الأذى أو الإهمال أو كانوا ضحايا لجرائم، والأرجح أنهم شاركوا سابقًا في أفعال أو مواقف عنيفة خطيرة ومُعادية للمجتمع أو تعرَّضوا لها. ويُمكن للسجن نفسه أو المستشفى عالي التأمين أن يكون مكانًا خطيرًا مروعًا، حيث السجناء محاطون بأشخاص مُضطربين آخرين وموظفين تحت ضغط، وبدون أن يكون لهم تواصل مع عائلاتهم وأصدقائهم بانتظام. لا مفر إذن من أن يواجه هؤلاء الناس مُستويات عالية من المعاناة النفسية. على سبيل المثال، تُظهر الإحصاءات في المملكة المتحدة أن أكثر من ٧٠٪ من المساجين يُعانون من اضطرابين نفسيين يُمكن تشخيصهما أو أكثر.

ومن المشكلات الشائعة في هذه الفئة، سوء إدارة الغضب وتعاطي العقاقير وصعوبات في العلاقات الشخصية. ويصل الأمر أحياناً إلى أن بعضهم ينبغي احتجازه في مُستشفيات عالية التأمن بسبب الخطر الذي يشكلونه على أنفسهم وعلى الآخرين، ولهذه المجموعة مُتطلبات إضافية كثيرة. كما أن المشكلات النفسية المُستديمة كالذهان أو الصدمات المركبة شائعة نسبياً بين مُرتكبي الجرائم؛ فنصف السجناء يُعانون من مرض نفسي حرج (وفقاً للإحصائيات الأمريكية). وعادة ما تكون الجهود العلاجية النفسية لحل أي من المشكلات النفسية المرتبطة بالبيئة الجنائية معقدةً وطويلةً وتستهدف حماية المجتمع من خلال تقليل فرصة تكرار السلوك الجنائي للشخص، مع دعم إعادة دمجهم في المجتمع.

ثانياً، صار تقديم الخدمات النفسية الإكلينيكية في القوات المسلحة الآن في تزايد مستمر: فإدارة شئون المحاربين القدامى هي الآن أكثر جهة تُوظف اختصاصيين نفسيين إكلينيكيين في الولايات المتحدة. وذلك لأن أفراد القوات المسلحة غالباً ما يتعرضون لضغوط وصدمات شديدة خلال العمليات. يُمكن لهذا أن يتسبب في ظهور أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة مثل سرعة الانفعال والغضب والعنف. وقد يُحاول الأشخاص الذين يُعانون من اضطراب كرب ما بعد الصدمة أحياناً تخدير مشاعرهم من خلال تعاطي العقاقير والكحول، أو من خلال الإفراط في الانخراط في العمل أو ألعاب الفيديو. يُمكن للاختصاصيين النفسيين هنا تقديم العلاج الزواجي أو الأسري بهدف تقليل النزاعات في العلاقات الشخصية وتعزيز التفاهم والدعم الاجتماعي. كما يعمل اختصاصيون نفسيون إكلينيكيون آخرون على جوانب أخرى من الحياة العسكرية مثل الانتقاء والتدريب.

ثالثاً، لقد بتنا نعي الآن على نحو مُتزايد ضرورة العلاج النفسي الإكلينيكي للاجئين وطالبي اللجوء؛ فكثيرون منهم نجوا على الأرجح من تحديات جسدية ونفسية هائلة، قد تشمل العنف، وصدمات تتعلق بالحروب، والتهجير، وتجارب فقد عديده. وغالباً ما يُصبح الأمر أكثر تعقيداً بسبب تحديات الاندماج في ثقافة ومجتمع جديدين. فاللاجئون يُضطرون لمواجهة الكثير من الأمور الجديدة عليهم كاللغة والقواعد الاجتماعية والتوقعات في حين يعيشون في عزلة وبدون دعم العائلة والأصدقاء. ومن صور المعاناة الشائعة في هذه الفئة تعاطي العقاقير، وانهايار العلاقات، والاكتئاب، إضافة إلى أعراض اضطراب كرب ما بعد الصدمة (خاصة إعادة مُعايشة الأحداث الصدمية السابقة في الحاضر، والخدر الشعوري، والكوابيس، وتجنب أي شيء قد يُذكّرهم بالهجرة أو بالصدمات الأخرى).

العلاجات التي قد تُفيدهم هي العلاجات نفسها التي تستخدم مع غيرهم من الأشخاص الكروبين نفسياً، مع التركيز الخاص على الاندماج الاجتماعي وإعادة بناء حياتهم.

كبار السن

مُعظمنا يعلم أننا نعيش الآن أعماراً أطول كثيراً مقارنةً بالقرون السابقة، وأن نسبة كبار السن من التعداد السكاني زادت زيادة كبيرة. ينبغي أن يكون هذا أمراً نحتفي به. غير أن كبار السن لا ينالون من التقدير في الغالب ما يناله الأصغر منهم سناً ولا سيما في المجتمعات الغربية؛ فيجدون درجة أكبر من التدني في مستوى الخدمات المقدمة لهم، وتعكس السلوكيات العامة والتوجهات درجة أقل من الاستبشار لهم. ومن المؤسف أن هذه المرحلة من العمر عادةً ما تجلب خسائر عديدة مثل خسارة العمل والمكانة الاجتماعية التي كانوا يحظون بها، وانفصالهم عن الأبناء أو تركهم لبيت العائلة، والحزن على وفاة زوج أو أصدقاء أو أقارب (انظر مربع ١٠ لترى مثالاً إكلينيكيًا). وتتزايد أيضاً الصعوبات الصحية الجسدية سواء المزمنة أو الحادة، مثل التهاب المفاصل وداء السكري والسكتة الدماغية والسرطان وأمراض القلب، وجميعها قد يُؤدِّي إلى الاعتماد على الآخرين. والكثير من كبار السن يشاركون في رعاية أشخاص آخرين يُعانون من مشاكل صحية لا سيماً أزواجهم. من السهل أن نتوقع أن هذه الضغوطات الحياتية تستدعي تدخلاً علاجياً نفسياً، لكننا لاحظنا خلال عملنا الإكلينيكي أن العديد من كبار السن ليسوا مُعتادين على طلب المساعدة أو التعامل مع تجربتهم الشعورية؛ إذ يرون مشاكلهم نتيجةً متوقعةً لكبر السن. والأخطر من ذلك أنهم قد يكونون مُؤمنين بأهمية الاعتماد على النفس والعمل بجدٍ والحاجة إلى الإقدام والجلد.

مربع ١٠: اختصاصي نفسي إكلينيكي يُساعد امرأة مسنّة لتصبح أقل انعزلاً

كانت ماري مُعلّمةً مُتقاعدة في أواخر الستينيات من عمرها، مات زوجها، ولديها ابنان بالغان: أولهما بيتر وكان في خضمّ طلاقٍ مُضطرب، وثانيهما هيلين، وكانت تعيش خارج البلاد. طلب من هذا الاختصاصي النفسي الإكلينيكي أن يُقابل ماري؛ لأنها لم تكن تستطيع التعامل جيداً مع مشاعر القلق والاكتئاب. وقبل هذا بعدة أشهر، كانت ماري تقود سيارتها عائدةً إلى البيت بعد زيارة بيتر، وكان ذهنها مشغولاً بالتفكير فيه فحدّث لها حادث صغير بالسيارة (لكن لم يُصَب)

أحد في الحادث). نتيجةً لذلك، تجنَّبت ماري العودة للبلدة التي كان بيتير يعيش فيها، فكانت حزينه لحالها وشاعرة بالذنب لعدم تقديمها مساعدة أكبر لبيتير. وقد قالت للاختصاصي النفسي الإكلينيكي إنها تخلَّت كلياً تقريباً عن القيادة والخروج، وكانت تقضي معظم وقتها جالسة في البيت تعاني من القلق. طلب الاختصاصي النفسي منها أن تصفَ تجربتها ومشاعرها، وتحدِّد ما ترغب فيه من العلاج. قالت ماري إن ما تريده أولاً هو أن تعود إلى قيادة سيارتها مجدداً كي تتمكن من مساعدة بيتير؛ وترغب ثانياً في أن تقلَّ لديها مشاعر الاكتئاب والقلق. عملت ماري مع الاختصاصي النفسي الإكلينيكي على تطوير خطة لمُساعدة في تخفيف معاناتها. كان الاختصاصي النفسي يدرك النزعة البشرية الطبيعية بعد أي تجربة غير سارة (مثل عمل حادث) لتجنُّب احتمالية تكرار ما حدث مجدداً، وليكن بتجنُّب الذهاب إلى أماكن مُشابهة؛ حيث وقع الحادث على سبيل المثال. غير أنَّ أبحاث علم النفس الإكلينيكي بيَّنت أن هذه النزعة للتجنُّب تُضاعف من صعوبة الأمر على عكس ما قد يكون مُتوقَّعاً. وذلك لأنه على الرغم مما يُشعرك به التجنُّب من تحسُّن مؤقت، فإنه لن يسمح لك أبداً بأن تتعلَّم أن هذا المكان أو النشاط ليس خطيراً بالقدر الذي تخشاه. لذلك بدأ علاج ماري بمساعدتها في وصف الحادث تفصيلاً، ثم من خلال خطوات صغيرة للغاية، بدأت في القيادة مُجدداً؛ حيث بدأت بمسافات صغيرة في البداية لكن تدريجياً بدأت تبني ثقةً في قدرتها على التعامل مع المسافات الأطول. عندما اكتسبت ماري ثقةً في الاختصاصي النفسي الإكلينيكي، بدأت تتكلَّم عن وحدتها وإحساسها غير المنطقي بالذنب تجاه مشاكل أسرة بيتير أيضاً. من ثم عمل الاختصاصي النفسي مع ماري على أخذ خطوات تُخفف من عُزلتها، على سبيل المثال من خلال الاشتراك في دروس لتعليم مهارات تكنولوجيا المعلومات حتى تتمكن من التواصل مع هيلين (ابنتها التي تعيش في الخارج) عبر الإنترنت؛ وأن تبدأ في التواصل مع زملائها القدامى من أيام التدريس. تدريجياً صارت ماري أكثر ثقةً في نفسها وبدأت تخرج مجدداً، سواء لترى بيتير أو للعمل التطوعي في مدرسة محلية.

يُوجد في المعتاد صنفان رئيسيان من الأمراض النفسية شائعان في كبار السن: أمراض «عضوية»، وأمراض «وظيفية». تتضمن المشكلات العضوية عدداً من التغيرات الإدراكية (الداغية) التصاعدية التي تتراوح من الاختلالات الإدراكية الخفيفة وحتى الخرف (انظر مربع ١١ للاطلاع على مثال إكلينيكي)، أما الوظيفية فمنها القلق والاكتئاب وكرب ما بعد الصدمة والذهان واضطرابات الأكل؛ وجميعها قد ينتج عن التغيرات الحياتية. وتتضمن خدمات علم النفس الإكلينيكي للتعامل مع المشكلات العضوية التقييم النفسي العصبي الدقيق، والذي يتبعه تدخلات علاجية مباشرة أو غير مباشرة مع الشخص المسن وعائلته. وقد يُؤسس الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون برامج علاج

متخصصة؛ كعيادات الذاكرة لفقدان الذاكرة الخفيف، أو قد يديرون مجموعات دعم لمقدمي الرعاية للمصابين بالخرف.

مربع ١١: زوجان مُسنان يعانيان من مشاكل الذاكرة والارتباك

كان السيد سبنسر وزوجته يعيشان في قرية صغيرة على مسافة غير بعيدة من أولادهم البالغين، وكانا يتمتعان بصحة لا بأس بها حتى أواخر السبعينيات من عمرهم. لكن السيدة سبنسر بدأت تلاحظ أن زوجها صار مُتكرر النسيان وبدأ يفقد اهتمامه بالأنشطة التي كان شغوفاً بها سابقاً، كحديقته ونادي كرة القدم المحلي. وبعد الوفاة المفاجئة لأقدم أصدقاء السيد سبنسر، صار يميل إلى الانعزال بدرجة أكبر وبدت عليه علامات التشوش أحياناً.

وبطلب من الخدمة الصحية المحلية لكبار السن، أُجريت له الاختصاصي النفسي الإكلينيكي اختبارات القياس النفسي لتقييم إذا ما كان السيد سبنسر يُعاني من الاكتئاب أو أنه في بداية عملية الخرف. بدا جلياً أنه يُعاني من الاكتئاب، لذا أعدَّ الفريق معه برنامجاً من الأنشطة حتى يُحاولوا إعادة بناء علاقته بالأشياء التي كان يُحبها. لكن قدراته استمرت في التراجع رغم ذلك، لذا استنتج الفريق في النهاية أنه يُعاني من الخرف أيضاً بالفعل. كانت زوجته عازمة على الاعتناء به في المنزل، وقامت بهذا لبضعة أشهر، لكنّها صارت مُنهكة وبأئسة بمرور الوقت، ورفضت كل عروض الرعاية المؤقتة.

وبعد ذلك قَدَّم لها عضو آخر من فريق علم النفس الإكلينيكي عدداً من الجلسات ليُساعدَها على الحديث عن ضغوطاتها بسبب التغيرات التي طرأت على زوجها، ويشجعها على قبول المساعدة من الخدمات النفسية المحلية من أجل نفسها. كما قابل الاختصاصي النفسي أبناء الزوجين، الذين لم يكونوا مُدركين لمدى الصعوبات التي يمرُّ بها السيد سبنسر، ثم بدأ بزيارته أكثر. في النهاية وصلت السيدة سبنسر والأسرة لقرار بأن يَنتقل السيد سبنسر إلى دار رعاية محلية ليُحصل على رعاية متخصصة.

أما الخدمات النفسية للتعامل مع المشكلات الوظيفية، فهي تُشبه ما يُقدَّم للبالغين الأصغر سناً، لكن مع الحاجة إلى مراعاة الاحتمالية المتزايدة لضعف الصحة الجسدية والوهن، بالإضافة إلى مرور كبار السن بأحداث حياتية أكثر قد تكون ذات أثر كبير عليهم. إلى جانب ذلك، قد تنشأ الحاجة إلى إشراك المؤسسات والمنظومات الموجودة في محيط المريض، كموظفي دور الرعاية والجيران وشريك حياتهم أو أفراد عائلاتهم، بأن يكون لهم دور في تدخُّل علاجي ما.

الأشخاص ذوو الإعاقات الذهنية

يُعاني بعض الأشخاص من صعوبات في المهام اليومية منذ سنينهم المبكرة. فثمة نسبة من السكان في جميع أنحاء العالم تتراوح بين ١٪ و ٢٪ يُعانون من إعاقات ذهنية بدأت قبل سن ١٨ عامًا. معنى هذا أن لديهم محدودية كبيرة في القدرات الذهنية (كمعدل الذكاء) والسلوكيات التكيفية (كالمهارات الاجتماعية والعملية اليومية اللازمة لكي تتواءم مع المجتمع). تشير الأبحاث أيضًا إلى أنهم أكثر عرضة من غيرهم للتنمر والأذى ولضعف الصحة البدنية أو الإصابة بإعاقاتهما. رغم أن الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين في بعض أنحاء العالم يُقدّمون خدمات مخصّصة لذوي الإعاقات الذهنية (المعروفة أحيانًا بـ «التخلّف العقلي» أو «إعاقات التعلم»)، لكن ذلك لا ينطبق على جميع الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين في جميع البلدان. ففي المملكة المتحدة، على سبيل المثال، يُعدّ هذا جزءًا أساسيًا من تدريبهم وخدماتهم المقدمة، لكن الحال ليس كذلك في الولايات المتحدة. غالبًا ما يُقلّل مجتمعنا من قيمة ذوي الإعاقات الذهنية ولا يُتيح لهم فرصًا كافية لتطوير مهاراتهم. غير أنّ العديد من الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين يُقدّرون قيمتهم بصفقتهم بشراً لهم الحق في اتخاذ قرارات تخصّ حياتهم. والكثيرون من ذوي الإعاقات الذهنية البسيطة يعيشون في المجتمع بنجاح بالفعل، ويتعاملون مع التحديات الروتينية في حياتهم بشكل جيد جدًّا، وإن كانوا قد يجدون صعوبة أكثر في المشكلات المعقدة أو غير المتوقّعة وقد يحتاجون مساعدة من وقتٍ لآخر. أما المصابون بإعاقات أخطر فيجدون صعوبة في التواصل أو الاعتناء بأنفسهم على الإطلاق؛ وهذه المجموعة غالبًا ما تحتاج إلى مساعدة من الآخرين لمُعظّم حياتهم.

في كثير من الحالات، يكمن دور الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين في العمل مع من يعتنون بذوي الإعاقة الذهنية، سواء في عائلاتهم أو دور الرعاية أو المؤسسات (انظر المثال الإكلينكي المذكور في مربع ١٢). فمن الممكن على سبيل المثال أن يُساعد الاختصاصي النفسي طاقم العمل على استخدام تقنيات إدارة السلوك في التعامل مع السلوكيات التي تُمثّل تحديًا، مثل سلوك شخص يتعامل مع الموظّفين بشكل غير لائق أو يعيق الأنشطة الاجتماعية للآخرين. ومن الطرق التي تُستخدم في كثير من الأحيان لتحقيق هذا الغرض، التحليل الوظيفي، وهو إجراء يحاول كشف ما يناله الشخص من سلوك ما في سياق اجتماعي معيّن سبب استمراره في ذلك.

مربع ١٢: دعم اختصاصي نفسي للموظفين العاملين مع شباب ذي إعاقة ذهنية

كان رامون شابًا يُعاني من إعاقة ذهنية شديدة بدأ فجأة في التسبّب في الكثير من الضجيج في دار إقامته. زاد ضيق الموظّفين من ضجيجه تدريجيًّا، وبدءوا «يلومون» رامون لما يتسبّب فيه من إزعاج، وقد طلبوا المساعدة من الاختصاصي النفسي الإكلينيكي للسيطرة على سلوك رامون. وبعد قضاء الاختصاصي النفسي الإكلينيكي بعض الوقت في دار الإقامة، لاحظ اختلافًا في الأوقات التي يكون فيها رامون مصدر إزعاج. تمثّل هذا الاختلاف في وجود نزيل آخر أكثر احتياجًا (نُقِل للدار للتو) يَسْتَحْوِذ على اهتمام طاقم العمل؛ ومن ثَمَّ يقلُّ انتباههم لرامون الذي كان يُنَال انتباهًا أكبر فيما سبق. بدا أن الصراخ كان الطريقة الوحيدة التي يستعيد بها رامون انتباه الموظفين.

نَبّه الاختصاصي النفسي الإكلينيكي طاقم العمل لهذا النمط المتكرر، وعملوا معًا على إيجاد طرق بديلة للتصرف تجاه رامون لا تُقلّل من ثقته فيهم، ولكنّها تسمّح لهم أيضًا بإيلاء الاهتمام لكلا النزيلين كما تقتضي الحاجة. تضمن ذلك أن يعملوا مع النزيل الآخر بعيدًا عن مجال رؤية رامون، ويُعطوا رامون جدولًا زمنيًّا مُصوّرًا وساعة مبسطة تشرحان متى سيأتي دوره كي يطمئن إلى أنهم لن ينسوه. كما قدّم الاختصاصي النفسي الإكلينيكي لطاقم العمل برنامجًا تدريبيًّا عن موضوع «السلوك بصفته وسيلة للتواصل»، يشرح كيفية تأويل السلوك المُشكّل في هذه المجموعة من العملاء. نتيجةً لهذه الخطوات، قال طاقم العمل إنهم يَسْتَطِيعُونَ أن يتفهموا أنّ رامون لم يفعل ما قام به «ليزعجنا فحسب»، وصاروا يتحلون بفضول أكثر بشأن ما يُحاول النزلاء التعبير عنه من خلال سلوكهم.

ثمة أشكال أخرى عديدة من العلاج النفسي يُمكن تقديمها لذوي الإعاقات الذهنية، لكنّها قد تخضع لتعديلات لأنهم يجدون صعوبة فهم الأفكار المجرّدة. وقد يكون هناك محدودية في الذاكرة واحتمالية للخلط فيما يتعلّق بالحُدود بين الأشخاص (مَن مِنَ الأصدقاء؟ ومَن مِنَ طاقم العمل؟ ما الذي يُمكنني أن أفصح به ولمن؟ ومَن بإمكانني اللعب معه أو لمسه؟)، وهذا يتطلّب حُسن إدارة للمواقف. كما يُمكن استخدام العلاج الأسري، لمساعدة أفراد العائلة الذين يشعرون بالعجز أمام تغيير حالة الفرد المُصاب على سبيل المثال؛ أو في تغيير بعض نظراتهم إلى فرد العائلة ذي الإعاقة بطريقة غير مفيدة، أو لمساعدة العائلة في تقدير إمكانية تطوير هذا الشخص لمهارات إضافية.

الأشخاص ذوو المشكلات الصحية الجسدية أو العصبية

نشهد تزايدًا سريعًا في عدد من يتلقون مُساعدة من الاختصاصي النفسي الإكلينيكي ممّن تنجم مشاكلهم الأساسية من حالتهم الصحية الجسدية أو العصبية، ومَن يحتاجون إلى

علاج طبي كثيف أو مطول. يندرج تحت هذا من يُعانون من آلام مزمنة، ومن يُعانون من أمراض خطيرة تُهدد الحياة مثل السرطان أو أمراض القلب، ومن تعرّضوا لسكتة دماغية أو أحد الاضطرابات العصبية التنكسية، ومن تعرّضوا لحادث أدى إلى تضرر العمود الفقري أو أي إعاقة كبيرة أخرى. فمع تحسّن العلاجات الطبية ونجاة المزيد من الناس من حالات كانت تُعدُّ مُميتة فيما مضى، نشأت تحديات جديدة أمام المرضى وعائلاتهم. فينتقل التركيز من عملية التعافي إلى إعادة التأهيل: أي التكيف مع واقع العيش الجديد بما يحمله من إعاقات كبيرة أو آلام مُزمنة أو فقدان للقدّرات الجسدية أو العقلية.

ربما يكون النهج الأكثر استخدامًا مع هؤلاء المرضى هو «النهج العضوي النفسي الاجتماعي». ويتضمّن هذا النهج إيلاء الاهتمام لصحتهم الجسدية (بما في ذلك الوظائف الهرمونية والفسولوجية والدماغية) وسياقهم الاجتماعي (أي عائلتهم وعملهم ووقت فراغهم ومجتمعهم)، وأي مُشكلات نفسية تُواجههم. لا شك أن إدراك هذه المسائل مهمٌ لجميع الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين، لكنه بالغ الأهمية بالنسبة إلى من يعملون مع ذوي أعراض الاضطرابات العصبية أو المشكلات الصحية؛ حيث ينال التشخيص الطبي أغلب التركيز لأسباب مفهومة، وحيث قد يكون الأشخاص على درجة كبيرة من المرض أو الإعاقة.

أظهرت الأبحاث من المنظور العضوي النفسي الاجتماعي أن تجربة المرضى الشخصية مع حالتهم الصحية، وسُرعة تعافيتهم أيضًا، يُمكن أن يتأثّرًا بشكل كبير بحالتهم الشُّعورية وقناعاتهم. ومن الواضح أن معرفة الشخص بتشخيصه بمرض جسدي مثل السرطان أو أمراض القلب، سنؤثّر عليه نفسيًا خلال مُحاولته التكيف مع هذه المعلومات الجديدة. يُمكن أن يؤدي هذا إلى درجات عالية من القلق والاكتئاب في بعض الأحيان، غالبًا ما ينجم ذلك عن ترقّب متاعب مُقبلة. وإلى جانب المعاناة النفسية، قد تُقلّل هذه الأفكار من استعداد الشخص للالتزام بأنظمة العلاج. لكن الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين يستطيعون العمل مع هؤلاء المرضى، ومساعدتهم في اكتشاف أن تقديرهم الأوّلي للوضع (المُستقبل كئيب لا أمل فيه) قد يكون مختزلًا ضيق النظر، وأنه ثمة موارد كثيرة مُتاحة في الحقيقة لتُساعد في التعامل مع كل من الألم النفسي والمرض. قد تشمل هذه الموارد العلاقات والمهارات الموجودة لدى الشخص، فضلًا عن الدعم المتاح من المستشفى وأُسرة الشخص أو مجتمعه.

من أمثلة تلك الحالات التي نتحدّث عنها، امرأة شابة سُخّصت حديثًا بالسرطان، وربما تشعر باليأس وانقطاع الأمل لدرجة الانعزال عن عائلتها وأصدقائها والغرق في

الخُمود والاكْتئاب. لكن من خلال مساعدتها على التركيز على طرق فعّالة للتأقلم واستخدام تقنيات حلّ المشكلات، يمكن للاختصاصي النفسي الإكلينيكي مساعدة الشابة وعائلتها على إيجاد طريقة جديدة للتكيّف والازدهار نفسياً، جنباً إلى جنب مع العلاج الطبي. يمكن لهذه العلاجات النفسية أن تكون طوق نجاتهم فعلاً؛ حيث تُساعد الناس على التحوّل من حالة اليأس وانقطاع الأمل إلى عيش حياتهم على أكمل وجه مُمكن.

قد يحتاج الناس أيضاً إلى مساعدة في التعامل مع الآثار الجانبية للأدوية أو العلاج الكيميائي، كالإرهاك وصعوبة النوم على سبيل المثال. يُمكن لهذا أن يُحسن من السلامة النفسية للشخص وصحّته وقُدْرته على التحمّل، مما يُعزّز الفاعلية المحتمّلة للعلاج في النهاية. كما يعمل بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين مع المرضى الذين يتلقون الرعاية التلطيفية في نهاية حياتهم. هنا يكون الهدف تحسين جودة من تبقى من حياة الشخص، وتخفيف الألم، وتعظيم فرص أن ينال المريض ميته مُرضية من وجهة نظر كل من المريض وأسرته.

وبخلاف العمل مع الأمراض المزمنة التي تُهدد الحياة مثل السرطان، قد يختار بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين العمل في علم النفس العصبي مع أناس حدثت لهم إصابة دماغية، كأن تكون ناتجة عن حادث أو مرض كالتهاب السحايا، أو من أحد الأمراض النمائية كالسكتة الدماغية أو ورم في الدماغ. يُمكن لتضرر الدماغ بهذا الشكل أن يسبب اضطرابات ضخمة في حياة الشخص، وغالباً ما تُصاحبها إعاقات جسدية أو تأثيرات عصبية شاقة، مثل فقدان التنسيق والتشنجات والإرهاك. يُندرج تحت الإعاقات المعرفية التي قد يمرّون بها نقص الانتباه والتركيز وفقدان الذاكرة وصعوبات في التخطيط وحل المشكلات. كما يُمكن أن تحدث لهم اضطرابات مزاجية أيضاً مثل الاكتئاب والغضب والإحباط وفقدان النّقة في النفس. وفوق ذلك، قد يكون الشخص خسر وظيفته أو مرّاً بانهيارٍ أسري أو زواجي كنتيجة لإصابته.

يتفاوت الدور الذي يلعبه علم النفس الإكلينيكي في علم النفس العصبي حسب احتياجات الفرد. بصورة عامة، يعمل الاختصاصيون النفسيون إما في حالات حادة، حيث يتمثّل مُعظم دورهم في المساهمة في تقييم الإصابة الدماغية وإدراك تبعاتها، أو يكون في العلاج التأهيلي؛ حيث يكون مُعظم دورهم تعزيز عملية التعافي ومساعدة المرضى وعائلاتهم في التعامل مع تأثير المشكلات الإدراكية والسلوكية. بعض الإصابات تطرأ فجأة (مثل الإصابة في الرأس نتيجة لحادث سيارة) وقد تتبّع فترة تأهيلٍ وتعافٍ، في

حين تتطوّر الحالات الأخرى تدريجيًا (مثل التصلّب المتعدّد) وتتطلّب مستويات مُتزايدة من الدعم. يُعاني المرضى في الحالات الحادّة من اعتلال جسدي كبير في مُعظم الأحيان، ويخضعون لإجراءات طبية أخرى عديدة في نفس الوقت الذي يتم فيه التقييم النفسي. من المفترض أن يُوفّر التقييم النفسي (والذي قد يستغرق وقتًا طويلًا) مزيدًا من المعلومات بشأن مدى تضرّر الدماغ، ومدى انتشار الضرر، ونقاط قوة الشخص ونقاط ضعفه، والعوامل الأخرى السابقة على الإصابة التي قد يكون لها تأثير (كالاكتئاب مثلاً). ذلك أنّ الغرض من التقييم يتمثّل في تحديد مدى إصابة الدماغ، وهو ما لا يُمكن تقديره غالبًا من خلال المسح الدماغي. وقد يُقدّم العلاج النفسي للمريض في بعض الحالات، مثل مُساعدة الشخص في التعامل مع القلق الحاد الذي يطرأ خلال خضوعه لإجراءات طبية معقّدة أو مسح دماغي كالأشعّة المقطعية أو أشعّة الرنين المغناطيسي.

وفي سياق إعادة التأهيل، يكون الهدف الرئيسي للاختصاصي النفسي الإكلينيكي هو زيادة فرصة الشخص في الحفاظ على استقلاليتّه، وتعزيز قدرته على الاستمرار في القيام بدوره كاملاً في الأسرة والعمل والمجتمع. يركّز العمل في هذه الحالة على توضيح مدى الإعاقة، وتحديد مَواطن القوة المُمكنة، والعثور على طرق مُحتملة للعمل البناء نحو تمكين المريض من التعامل مع التغيّرات طويلة الأمد في قدراته الوظيفية. على سبيل المثال، يُمكن للاختصاصي النفسي الإكلينيكي مُساعدة المريض في استخدام أجهزة إلكترونية مُساعدة للتعامل مع ضعف الذاكرة الشديد (انظر مربع ١٣ للاطلاع على مثال إكلينيكي).

مربع ١٣: اختصاصي نفسي إكلينيكي يُساعد زوجين على التأقلم بعد تعرّض الزوج لسكتة دماغية

كان روجر مدير مدرسة أُحيل إلى التقاعد يبلغ من العمر ٦٣ عامًا، وله نشاط كبير اجتماعيًا ومهنيًا بعد التقاعد، فكان أمين الصندوق في نادي بولينج محلي. في إحدى الليالي، وفي أثناء تناول مشروب في النادي، تعرّض لسكتة دماغية. استدعى الموظفون سيارة الإسعاف، ثم عاد روجر إلى منزله بعد إقامة قصيرة في المستشفى. وكجزء من المتابعة الروتينية، أحاله الأطباء للحصول على تقييم نفسي عصبي يُساعد في تعيين تأثير السكتة الدماغية على قدراته الوظيفية الإدراكية. حصر روجر وزوجته ثلاثة لقاءات، لعرض الصعوبات التي تُواجهه حاليًا بالتفصيل. وقد صار من الواضح أنّ كليهما يُعانيان بسبب تدهور روجر الفجائي. فقد صار روجر سريع الاهتياج، حتى إنه دَفَع زوجته بعنف عدة مرات.

كشفت الاختبارات الشاملة لذاكرته ووظائفه المعرفية والشعورية عن وجود ضعف في تذكره للمعلومات اللفظية الجديدة، وبطء في معالجة المعلومات. وكان يعاني من صعوبة في إيجاد الكلمات. أشارت اختبارات القياس المتعلقة بالكتابة والقلق إلى أنه كان يعاني من تدني حالته المزاجية وقلق شديد في المواقف الاجتماعية. كَوْن الاختصاصي النفسي الإكلينيكي فرضية بأن قلق روجر مرتبط بالخوف من حدوث سكتة دماغية أخرى، واعتقاده أن الآخرين سيرونه غيباً بسبب ضعف ذاكرته ومشكلته في إيجاد الكلمات. كما ساهم ضعف قدرته على تذكر الحوادث في زيادة قلقه في المواقف الاجتماعية. وقد وُجِّهت سرعة اهتياجه نحو زوجته لأنها عادةً ما تتكلم بسرعة وتُقاطعه وتحدّث نيابةً عنه. كانت حالته المزاجية مُتدنية بسبب ضعف ذاكرته وخسارته لمكانته في مدرسته، وخسارته لدوره كعميل للأسرة، وخسارته لهواياته. لكن بالتعاون مع الاختصاصي النفسي الإكلينيكي، وضع روجر الأهداف التالية: (١) أن يُقلل من شعوره بالقلق من خلال زيادة الوقت الذي يقضيه خارج المنزل في الأسواق أو المتاجر تدريجياً. (٢) أن يتعامل مع ضعف ذاكرته بأن يطلب من الناس إبطاء حديثهم، ويدون الأشياء المهمة في مُفكرته الإلكترونية، وينظر في مذكرته في وقت الفطور كل يوم. (٣) أن يُقلل من شعوره بالحنق على زوجته من خلال «تذكيرها» بالأوقات التي تقاطعه أو تحدّث نيابةً عنه، ومن خلال محادثتها عن مشاعره. (٤) أن يُقلل شعوره بالكتابة من خلال الانضمام إلى مجموعة المصابين بسكتة دماغية في مركز الصحة المحلي مرتين في الأسبوع، والعودة إلى لجنة إدارة نادي البولينج كعضو عادي. (٥) أن يُقوّي ذراعيه وساقيه من خلال ممارسة التمارين مرتين يومياً.

بعد عدة أشهر، أصبح روجر قادراً على الذهاب إلى السوبر ماركت المحلي مع زوجته بدون قلق، وقال إن نسيانه للمهمة صار أقل؛ إذ يُفيدة استخدام مُفكرته الإلكترونية. وذكرت زوجة روجر أنها أصبحت أكثر وعياً بمسألة التدخّل، وأن خلافاتهما خلال الشهر السابق كانت أقل. كما كان روجر يُمارس تمارينه البدنية بانتظام ويبدو راضياً عن تحسّن قوة ذراعيه وساقيه.

من المرجح أيضاً أن تُعاني عائلة الشخص المُصاب من التوتر والاضطراب، وأن تحتاج إلى المساعدة بينما يتعلّمون كيف يتعايشون مع قريبهم الذي قد تظهر عليه تغيرات كبيرة في الشخصية والقدرات نتيجة لإصابته.

ليس ما عرضناه سوى نبذة من السيناريوهات العديدة التي يُمكن أن يستفيد فيها الأشخاص بمُختلف مراحل تطوّرهم من مساعدة الاختصاصي النفسي الإكلينيكي؛ وذلك بمُختلف مُستويات أدائهم العقلي والجسدي. وفي الفصول التالية، سنُوضّح النظريات والوسائل التي يتبناها الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون في مُحاولتهم لمساعدة عملائهم.

الفصل الثالث

أدوات المهنة

يتمتع الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون بمجموعة من المهارات أشبه بصندوق الأدوات الذي يحملونه ويستخدمونه في عملهم، وهي مهارات يتعلمونها في أثناء تدريبهم ثم يطوّرونها أكثر خلال مسيرتهم المهنية. ويتضمن صندوق المهارات ما يلي: تقييم الحالة، والتوصيف، والتدخل، والبحث والتقييم، والاستشارة، والإشراف، والتدريس/التعليم، والقيادة/الإدارة. وعلى حسب المهمة، قد يستخدم الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون هذه الأدوات بشكل مباشر (عندما يعملون كمعالجين على سبيل المثال) أو بشكل غير مباشر (كمدرّسين أو باحثين أو مديرين أو مشرفين على سبيل المثال). ورغم أن أيًا من هذه المهارات لا يقتصر على الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين بحد ذاتهم، فإنّ الاستخدام المنهجي المتعمق لهذه المجموعة الشاملة من المهارات هو ما يميز علم النفس الإكلينيكي.

التقييم

أولى المهارات الأساسية هي تقييم المشكلة أو الصعوبة التي يواجهها العميل تقييمًا دقيقًا. فمن المنطقي جدًّا أن نقضي بعض الوقت في تعيين المشكلة بدقّة قبل أن نبدأ في محاولة التعامل. يجب أن نفكر أيضًا فيما إن كانت المشكلة بحاجة للتعامل معها في الوقت الراهن أم لا، وإن اتّضح أنه ينبغي التعامل معها، فينبغي تحديد أنسب نوع من الدعم يُمكن تقديمه، وأقدر من يستطيع توفير هذا الدعم. فبعض الصعوبات يحلّها مرور الوقت ببساطة، وليس طلب المساعدة من المتخصّصين بالخيار الأمثل على الدوام. على سبيل

المثال، قد يقصد والدان المساعدة لأنَّ طفلهما يُبدي سلوكًا شديدَ التطلُّب والتعلُّق بهما، لكن التقييم قد يُشير إلى أن هذا رد فعل على التغيرات العائلية الأخيرة (كالانتقال إلى مدينة جديدة مثلًا)، والأرجح أنه سيقبَل مع استقرار العائلة. ومن ثمَّ فقد لا تكون هناك حاجة للتدخل الفوري، رغم أن الآباء قد يشعرون بالقلق لبعض من الوقت بطبيعة الحال. وقد أظهرت الأبحاث كذلك أنه من غير المحبَّذ للكثيرين بدء العلاج النفسي بعد حدوث حدث مُفجع مباشرة؛ لأنَّ مُحاولات التدخل من المتخصِّصين في الفترة الأولى بعد الصدمة تأتي بنتائج عكسية في الواقع وقد تُعيق عملية التعافي الطبيعية. فمعظم الناس (والمجتمعات) يجدون أن وقع الصدمة الطبيعي عليهم يتلاشى تدريجيًّا رغم ألمه؛ مجموعة صغيرة نسبيًّا فقط ستكون بحاجة إلى مساعدة نفسية مُعمقة في وقتٍ ما.

كيف يبدو التقييم النفسي؟

ثمة العديد من الطرق المُختلفة التي يُمكن استخدامها لتقييم مشاكل العملاء، ومنها المقابلات الشخصية والملاحظة واختبارات القياس النَّفسي أو الشخصي (مثل المقاييس المُدرَّجة أو الاستبيانات) وإجراء «بطاريات اختبار» (سلسلة من التكليفات تُجرى بدقة وتفحص بعض الوظائف النفسية) وجمع المعلومات من العائلة والزملاء أو المذكَرات العلاجية.

إذا حضرت تقييمًا أوليًّا ذات يوم، فستُلاحظ فورًا أن الاختصاصي النفسي الإكلينيكي يبذل جهودًا كبيرة لتهدئك وفهم ما دفعك إلى التماس المساعدة النفسية أو لإحالتك إليها. مُعظم الناس يشعرون بالتوتر حيال خُضوعهم للتقييمات النفسية على يد المتخصِّصين، وقد يتردَّدون بشأن التحدث بصراحة عما يُزعجهم ما لم يتأكَّدوا من أنَّ جَدارة المتخصِّص بثقتهم وتعاطفه معهم. عادةً ما يسألك الاختصاصي النفسي الإكلينيكي عن المخاوف والتحديات الكبيرة بالنسبة إليك، وعن شعورك ومدى سهولة تفكيرك في الأمور من ناحية نفسية. سيسأَل أيضًا عن أصول مخاوفك وتطوُّرها وتبعاتها، وطريقة تعاملك معها حتى الآن، وأي مُشكلات صحية أو علاجات سابقة ذات صلة بالأمر (بما فيها الأدوية)، وما تأمل في الوصول إليه من العلاج. وسيُحاول الاختصاصي النَّفسي فهم بقية ما يحدث في حياتك الشخصية، ووضعك الأسري والمُجتمعي، وما إذا كان هناك آخرون يُمكن أن تُساعد نظرتهُم في تسليط ضوء على المسألة.

ستكون المُقابلة الأولى في الغالب شاملة وموسَّعة إلى حدٍّ ما، وإن كان الأمر يَعتمد على الشخص والمسألة الخاضعة للتقييم بكل تأكيد. والكثير من حالات التقييم تتطلَّب ملاحظة عن كُتب: على سبيل المثال، إن قصد أبٌ ما مُساعدة طفله الحَجول جدًّا، فإنَّ الاختصاصي النفسي الإكلينيكي سيود أن يرى استجابة كلِّ من الوالد والطفل للموقف الجديد المُتمثِّل في لقاء شخص غريب عنهما (أي الاختصاصي النفسي الإكلينيكي نفسه) للمرة الأولى. يُراقب الاختصاصي النفسي الإكلينيكي ردود فعله الشخصية أيضًا: هل يشعر مثلاً بعدم الارتياح أم بالحاجة لأن يكون مصدر حماية أم بالإطراء؟ فقد تكشف مثل هذه المشاعر في بعض الحالات جوانب مهمَّة من شخصية العميل ونمطه في العلاقات. وقد يرغب الاختصاصي النفسي الإكلينيكي أحياناً في مراقبة العميل في المكان الذي يواجه فيه هذه الصعوبة في الغالب، كالمدرسة أو المستشفى. أو قد يطلب من العملاء التدوين، وليكن عن أفكارهم أو أنشطتهم اليومية الاعتيادية على سبيل المثال.

خلال المُقابلة الأولى، يتحقَّق الاختصاصي النفسي الإكلينيكي عادةً من مُوافقة العميل الإيجابية على إجراء الجلسة، ويقدم له معلومات عن مسألة السرية والحدود المفروضة عليها أيضًا. وهذا يعني في المعتاد شرح أن تفاصيل ما يقال في الجلسة لا يُشارك مع أحد، لكن نتائج بعض الاختبارات وبعض المعلومات العامة عن تقدُّم العلاج والمواضيع المغطاة قد تُبلِّغ إلى الطبيب أو الفريق الذي قام بإحالة العميل. وسيوضِّح الاختصاصي النفسي الإكلينيكي كذلك أن «واجب الرعاية» المُلزم به تجاه العميل والمجتمع ككلُّ يفتضي بأن يبلغ بأي شيء قد يُشير إلى أن وجود خطر جدي على العميل أو على شخص آخر، لا سيَّما إذا كان طفلاً. في النهاية، سيقوم الاختصاصي النفسي الإكلينيكي بتقييم المخاطر: هل يُمثل العميل خطرًا بإيذاء نفسه أو إيذاء الآخرين؟ إن كان الأمر كذلك، فسيستلزم هذا اتخاذ إجراءات فورية كتوفير مجموعة من مَصادر المساعدة، أو إبلاغ الخدمات الطبية، أو حتى إبلاغ الشرطة. في مثل هذه الحالات، قد يُوصي المعالج النفسي السريري بأن الوقت ليس مناسباً للتدخل النفسي على الأرجح. ويجب تقليل المخاطرة إلى مستوى يُمكن التعامل معه أولاً، خاصةً ونحن نعلم أن بعض التدخُّلات قد تحفز من المشاعر أو السلوكيات ما يصعب التعامل معه.

يستخدم الكثير من الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين اختبارات القياس النفسي للحصول على المزيد من المعلومات. وعادةً ما تكون هذه الاختبارات في صورة في استبيانات بسيطة بورقة وقلم أو بالكمبيوتر، بحيث تسأل الشخص عن تجاربه وأفكاره وعواطفه.

تُتيح هذه الاختبارات للاختصاصي النفسي مقارنة النتائج التي حصل عليها العميل مع نتائج أشخاص آخرين يشبهونه في الجوانب الأخرى. ليست هناك إجابة صحيحة ولا خاطئة؛ فالإجابات تُعطي مؤشراً عن تجربة الشخص الخاصة لا أكثر. من الأمثلة على هذا قوائم تضم نوعية الأفكار الشائعة في المشكلات النفسية، مثل «كثيراً ما أشعر برغبة عارمة في البكاء»؛ أو «أحتاج إلى التأكد من أنني أقفلت الباب الأمامي». تهتمُّ بعض اختبارات القياس الأخرى بالسلوكيات، كما قد يحدث على سبيل المثال مع الأطفال الذين يواجهون صعوبات: «يواجه ابني صعوبةً بالغة في السيطرة على غضبه».

بما إننا جميعاً نكون بكائين أحياناً، أو نعود لتفقد الأشياء من وقتٍ لآخر، أو نَفقد أعصابنا، لا بد أن يكون الاختبار دقيقاً بما يكفي لتحديد الحالات التي تُمثل اختلافاً مُعتبراً، ولا بد أيضاً من أن يتميز بما يُعرف بـ «المصادقية» و«الموثوقية». يُقصد بالمصادقية أن تُفرَّق أسئلة اختبار القياس بوضوح بين من يعانون من القلق (على سبيل المثال) ومن يعانون من شيء آخر (كالاكتئاب مثلاً)، بينما «الموثوقية» يعني أن تكون نتائج اختبار القياس متسقةً بمرور الوقت.

يُجري بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين كذلك اختبارات تهدف إلى تصنيف شخصية الفرد. وهذه الاختبارات تسأل الشخص عن سلوكه أو مشاعره الاعتيادية، وليكن على سبيل المثال: «أستمتع بلقاء أشخاص جدد»؛ أو تطلب منه أن يصف شخصية طفله: «يحتاج إلى طمأنة من الآخرين في كثير من الأحيان». والمشكلة في كل هذه الاختبارات بالطبع أن الإجابات يُمكن أن تتأثر بسهولة بما يرغب الشخص في أن يعتقد الاختصاصي النفسي أو بما يشعر أنه ينبغي عليه قوله (ما يُعرف بالسّمات المطلوبة). ومن أدوات التقييم البديلة للاختبار الإسقاطي. في هذا الاختبار، يقدم الاختصاصي النفسي للعميل صورة غامضة، ولتكن على سبيل المثال صورة للطخة حبر أو لتجمّع عائلي صغير، ويطلب من العميل أن يصف ما يراه في الصورة. تتجسد فكرة هذا الاختبار في أن العميل يرى في الصورة غامضة شيئاً مهمّاً بالنسبة، مما يمدُّ الاختصاصي بمعلومات مفيدة عن أفكاره ومشاعره اللاواعية. غير أن هذه النوعية من اختبارات التقييم عُرضة لتحيزات وتصوّرات الاختصاصي النفسي ولم تُعد تُستخدَم كثيراً في الوقت الحاضر؛ حيث تُعتبر أقلّ التزاماً بالمعايير العلمية من وسائل قياس الشخصية الأخرى.

في بعض الحالات، يُمكن أن يتكوّن تقييم الحالة من بطارية اختبار (وقد سبق ذكرها) تفحص وظائف نفسية محدّدة، مثل سرعة المعالجة المعرفية (التفكير) أو الطلاقة

في الكلام. من المعروف أن هذه الوظائف تتفاوت بشكل كبير بين الأشخاص، وقد تتأثر كذلك بحدوث أي تضرر أو إصابة في الدماغ. قد تقيس هذه الاختبارات (على سبيل المثال) قدرة الشخص على تسمية الأشياء، أو التعرف على الأشكال، أو تعديل التكوينات الشكلية وتحريكها خلال زمن معين. وفي بعض الأحيان، تعطي هذه الاختبارات نتائج معينة تُستخدم لتصنيف الشخص، وليكن مثلاً «لديه ذكاء لفظي عالٍ» أو «معدل الذكاء العام متوسط» أو «معاق ذهنياً».

في حالات أخرى، يقوم الطبيب النفسي بفحص النمط الذي يظهر في نتائج الاختبار لمعرفة ما إذا كان هناك نمط متكررٌ مُعَيَّنٌ يشير إلى وجود إصابة أو تغيرات في الدماغ (انظر المثال الإكلينيكي في مربع ١٤). ومن المعتاد في هذه الاختبارات أيضاً أن يقارن الطبيب النفسي نتائج الشخص مع نتائج غيره ليعرف ما إذا كان هناك نمط غير طبيعي أو غير صحي في الإجابات. يُقارن الاختصاصي النفسي الإكلينيكي نتائج الشخص اليوم مع النتائج التي حصل عليها سابقاً مما يُتيح له رؤية ما إذا كانت هناك تغييرات، ربما بسبب العلاج أو بسبب تدهور الحالة المرضية الأساسية.

مربع ١٤: إصابة بول وهو في الخارج يتناول شراباً وخُصوعه لتقييم من اختصاصي نفسي إكلينيكي

بول شابٌ سقط على سلمٍ حجري شديد الانحدار عندما كان تَمَلًا فأصيب إصابة خطيرة في الرأس وكُسرت ذراعُه. خرج بول من المستشفى بعد يومين. ورغم قوله إنه بخير جسدياً، لاحظت حبيبته أنه لم يُعد إلى طبيعته منذ الحادث؛ فصار أسرع غضباً وأقلّ مراعاةً لمشاعر الآخرين. ولهذا قابل بول اختصاصياً نفسياً لتقييم تأثير إصابة رأسه على وظائفه الإدراكية. ولم تكن تلك في الواقع أول مرة يُصاب فيها بول خلال خروجه لتناول الشراب؛ ومن ثمّ قارن الاختصاصي النفسي نتائج هذه المرة بنتائج عدة اختبارات أُجريت له في مرات سابقة. بيّنت النتيجة تدهور حالته، لذلك أُحيل مرة أخرى إلى أطباء الأعصاب في المستشفى لإجراء المزيد من الفحوصات الطبية لحالته.

رغم أن العلاجات والتدخلات النفسية تُسبِقُ جميعها بتقييم للحالة، فليس لزاماً أن يُفضي تقييم الحالة إلى المزيد من العمل. ففي بعض الحالات (عندما يكون الغرض التحقق من احتمالية حدوث ضرر دماغي أو التحقق من نتيجة برنامج علاجي داخل المستشفى) يكون الهدف الوحيد للزيارة هو تقييم الحالة، وقد يستغرق ذلك جلسة

واحدة أو أكثر من جلسة. بعد ذلك يُبلَّغ الفريق الطبي بالنتائج ليتخذ الخطوات التالية. ورغم أن تقييم الحالة دائماً ما يُمثل الخطوة الأولى للتدخل النفسي (بدءاً من العلاج وحتى مبادرات التغيير المؤسسي) لكنه لا يتوقَّف عندما يبدأ التدخل النفسي. فأني فهم يتوصل إليه الاختصاصي النفسي يكون مؤقتاً دوماً، ويتأكد أو يُنفى بمرور الوقت وظهور معلومات جديدة. على سبيل المثال، قد نحتاج إلى تكرار التقييم مثلاً مع نمو الأطفال وتطورهم، وبتغيُّر ظروف الحياة في المدرسة والبيت.

وختاماً، نجد أن التقييم يسير في كلا الاتجاهين بالتأكيد. فالأمر لا يقتصر على تقييم الاختصاصي النفسي الإكلينيكي لاحتياجات العميل وملاءمته للعلاج النفسي، بل العملاء أيضاً يقيمون مسألة استشارة اختصاصي نفسي إكلينيكي وما إذا كانوا يرون أن بإمكانهم العمل جيداً مع اختصاصي نفسي بعينه تحديداً.

التوصيف

المهارة الرئيسية الثانية هي التوصيف، وهي الخطوة الحيوية (وإن كانت غير مرئية في مُعظم الأحيان) التي تحدث بين التقييم والتدخل (أي عند اتخاذ إجراء بشأن الصعوبة التي أدت إلى طلب المساعدة). رغم أن هناك بعض التشابُّهات بين هذه الخطوة وبين التشخيص في الطب، لكنَّ الفرق بينهما أن التشخيص يسعى إلى أن ينسب الشخص إلى تصنيفاتٍ مرضية موجودة مسبقاً، بينما يهدف التوصيف إلى تطوير نموذج فريد لكل فرد أو حالة داخل سياقه الاجتماعي الخاص. غالباً ما تعمل العمليتان معاً في الممارسة العملية، وقد يستخدم الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون التصنيفات التشخيصية مثل «اضطراب كربٍ ما بعد الصدمة» أو «التوحُّد»، كجزء من التوصيف الشامل للحالة، وإن كان مختزلاً.

يُعد التوصيف أيضاً عنصراً أساسياً في منهجية العالم الممارس المتفكِّر الموضحة في الفصل الأول. ونقطة البداية هي المعلومات المكتسبة من التقييم (لكن بإضافة أفكار من النظريات تسعى إلى تفسير السبب فيما يمتلكه الأشخاص من مشاعر وما يتصرفون به من سلوكيات)، إضافة إلى الأدلة المستقاة من الأبحاث. وهذه العوامل معاً تُؤدِّي إلى فهم افتراضي لسبب هذه الصعوبة المعينة التي يمر بها هذا الشخص (أو العائلة أو الفريق) في هذا الوقت المعين، وما يمكن القيام به، وما تُشير الأدلة إلى أنه لا بد أن يحسَّن الأمور في المستقبل (حسبما نأمل). من المهم التأكيد على أن التوصيف لا يمكن أن يكون دقيقاً

ولا شاملاً تماماً. فهو مجموعة من الفرضيات العملية التي قد تتغير بمرور الوقت عندما تظهر معلومات جديدة عن تجارب العملاء وسياقهم واستجاباتهم لأي تدخل نفسي بعينه. وعلى الرغم من أنه لا يمكن لأي توصيف أن يكون «صحيحاً» تماماً أو «مثاليًا» تماماً، فإن وجود إطار للعمل أمر مهم لكل من الاختصاصي النفسي الإكلينيكي والعميل. فمن نواحٍ عديدة، يُمكن أن يعد التوصيف حجر الأساس الذي يقوم عليه عمل الاختصاصي النفسي الإكلينيكي.

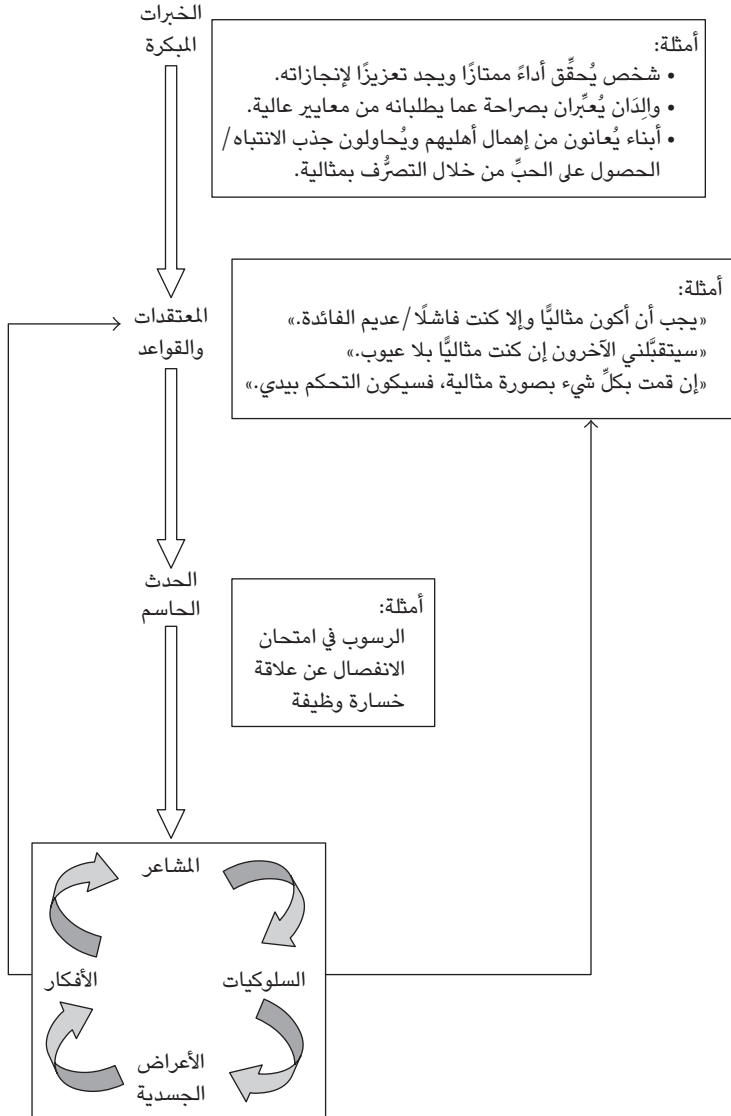
تَعتمد الطبيعة الدقيقة للتوصيف على الإطار النظري الذي يقع عليه الاختيار (انظر الفصل الرابع). فمن الطرق الشائعة للتوصيف على سبيل المثال، والتي كثيراً ما تُستخدم في العلاج المعرفي السلوكي، نموذج يُسمى «نموذج العوامل الخمسة» 5 P's model، ويتمثل في تحديد العوامل الهيئية لمواجهة شخص ما تحدياً أو موقفًا صعباً، وكلٌّ من العوامل المحفزة لذلك والحالية والمعززة له، إضافة إلى العوامل الواقية. وعادةً ما يُمثل النموذج برسم بياني مُفصّل يوضع خصوصاً لكل عميل على حدة، ويُشارك معه باعتباره جزءاً من التدخل. انظر المثال الموضح في الشكل رقم ٣-١، للاطلاع على توصيف حالة عميل يُعاني من الكمالية المفرطة في صورة مخطط.

وعلى عكس هذا النموذج، يركز المعالجون النفسيون الديناميون على إعادة تجسيد مشاعر من الماضي في العلاقة العلاجية الحالية. يُعدّ التوصيف النفسي الدينامي في الأساس فرضية تصف أنماط العلاقات التي تتسبب في المعاناة، وتعدّد الصلات بين: (١) وضع الحياة الحالي؛ (٢) علاقات الطفولة المبكرة؛ (٣) والعلاقة مع المعالج. لكن المعالج النفسي الدينامي لا يعتمد في هذه الحالة إلى مشاركة المخطط فعلياً مع العميل، بل يشارك معه كلامياً بعض أجزاء التوصيف، فيختبرها ويتحقق منها من خلال ملاحظة استجابات العميل وتوليد التفسيرات.

وثمة نهج آخر في التوصيف يعتمد على المعالج والعميل معاً، ويتمثل في بناءهما «قصة» أو سردية يتفقان عليها (إما كتابياً أو شفويًا) تُفصل ما يواجهه العميل حالياً من صعوبات ومُعاناة وتُفترض طريقة لتغيير هذا الوضع مُستقبلاً.

وبصرف النظر عن نوعية التوصيف المستخدم، فإنه يُؤدّي دوره على أفضل وجه عندما يعكس تعاطفًا مع العميل وتفهُماً لمشكلاته وأصلها وعوامل استمرارها وتداعياتها، على أن يكون ذلك بطرق تبدو فيها الصحة وتفتح باباً للأمل والتغيير الإيجابي.

علم النفس الإكلينيكي



شكل ٣-١: مخطط توصيفي لعميل يعاني من رغبة مُفرطة في طلب الكمال.

التدخل

المهارة الثالثة هي التدخل. في هذه المرحلة يختار الاختصاصي النفسي الإكلينيكي نهجًا أو تقنية أو علاجًا يهدف إلى مُساعدة العميل، ثم يطبقه بالتعاون معه. ولعلَّ أهم ما تَسْتلزمه هذه الخطوة هي ترجمة العلم النَّظري إلى ممارسة إكلينيكية: أي القدرة على استخدام المعرفة العلمية المدعَّمة بالدلائل ومجموعة واسعة من الأطر النظرية لحلَّ المشكلات الإكلينيكية الحالية.

يوجه التوصيف مع تفضيل العميل عملية اختيار التَّدخُل، التي قد تضم العديد من الخيارات، بدءًا من العلاج النفسي الفردي إلى إمكانية الدعم من خلال الهاتف، أو تنظيم فعاليات لتدريب طاقم العمل، أو تعديل برنامج العلاج داخل المستشفى، أو حضور اجتماعات علاجية مع مجموعة من الأشخاص الذين يُعانون من مشاكل مُماثلة. قد يحدث التَّدخُل بشكلٍ انفرادي بين العميل والمعالج، أو قد يُشارك فيه آخرون، كـمُوظفي دار الرعاية أو أفراد العائلة أو مُعلمي المدرسة.

في بعض الأحيان، تكون التَّدخلات قصيرة المدى وقد تَسْتغرِق سنوات عدة في أحيان أخرى، غير أن العلاج في إطار الخدمات الصحية العامة يتعرَّض لضغوطات كبيرة لكي تكون التَّدخلات وجيزة وذات مردود عالٍ بالنسبة إلى التكلفة. على سبيل المثال، تستخدم الخدمة الوطنية للصحة في المملكة المتحدة نظامًا مُتدرجًا لتوفير العلاج النفسي لمن يحتاجونه. تبدأ الخطوة الأولى بالمساعدة الذاتية الموجهة، كما في أنظمة العلاج المتوفرة عبر البرامج الإلكترونية أو كتب المساعدة الذاتية.

إن لم تتحسَّن حالة الشخص، فيمكن حينها تقديم المستوى الثاني من الخدمات: عدد محدود من جلسات العلاج الفردي أو الجماعي، غالبًا ما يُستخدم فيها دليل علاجي إرشادي (وهو مجموعة إجراءات مدوَّنة ومحددة مسبقًا). وأحيانًا يقدم هذه الجلسات اختصاصي نفسي حاصل على تدريب في نوع معيَّن من العلاجات كالعلاج المعرفي السلوكي مثلًا (انظر الفصل الرابع) على أن يكون ذلك تحت إشراف اختصاصي نفسي إكلينيكي. وكثيرًا ما يُشارك الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون بالفعل في تصميم هذين المستويين الأولين من الخدمات وإعدادهما وتقييمهما، واللذين تظهر فعاليتهما بالنسبة إلى الكثيرين. لكن بعض العملاء سيحتاجون إلى علاج أكثر تكثيفًا، ولهذا يُوجد مستوى ثالث من الخدمات يتمثَّل عادةً في العلاج الفردي. وغالبًا ما تُستخدم العلاجات

المقدمة في هذا المستوى توصيفات تتسم بدرجة أكبر من الفردانية، وإن كان معظمها يظل قائماً على نموذج علاجي أو أكثر، كالعلاج المعرفي السلوكي.

يوجد العديد من التنويعات في هذه الطريقة العلاجية، إذ تتفاوت العلاجات التي يقدمها بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين في الطول والقصر. على الرغم من ذلك، يتألف العلاج النفسي المكثف للبالغين في المعتاد من سلسلة من الجلسات كل أسبوع أو أسبوعين، تستغرق الواحدة منها حوالي ساعة، ويستمر العلاج لفترة تتراوح بين ستة أسابيع وثلاثين أسبوعاً. لكن هذا الشكل يختلف عند العمل مع الأطفال؛ إذ تتضمن الجلسات اللعب والرسم غالباً. ويكون التركيز على المتاعب التي تواجه العميل، مع الحد الأدنى من المحادثات التمهيدية الاجتماعية. ولا يُسمح بالتلامس بين المعالج والعميل، باستثناء المصافحة بالأيدي. وقد يدون الاختصاصي النفسي الإكلينيكي بعض الملاحظات أحياناً، أو يفعل ذلك بعد الجلسة. يكون أغلب الحديث من جانب العميل فيتكلم عن تجاربه ومشاعره، ويتدخل الاختصاصي النفسي الإكلينيكي تدخلاً نشطاً فيطرح الأسئلة ويقترح طرقاً مختلفة لرؤية الأمر أو يبني خطة لمساعدة العميل في تغيير الوضع مستقبلاً.

تقييم الفعالية

بعد خضوع الشخص لتدخلٍ نفسيٍّ ما، من المهم تقييم إذا ما كان التدخل فعلاً أم لا. ويجري هذا من خلال ملاحظة استجابة العميل، أو قياس مدى تغير الأعراض، أو سؤال العميل عن رأيه، أو جميع ما سبق. ولعل ما يعكس جوهر عملية تقييم الفعالية هو الفضول بشأن ما حدث نتيجة لتدخل ما، تجمع ما يكفي من البيانات للوصول إلى استنتاجات عن تأثير التدخل. وهذه المعرفة هي ما يمكّن الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين بعد ذلك من إجراء تغييرات مستقبلية. ويجري هذا أثناء الممارسة الإكلينيكية الروتينية بسؤال الشخص أو عائلته إن كان وضعه تحسّن أم لا، وعن السبب في هذا، وكذلك بتكرار أيّ اختبارات أُجريت قبل التدخل لمعرفة ما إذا كان قد أحدث فرقاً بعدها. ويُقيّم معظم الأطباء النفسيين عملهم بانتظام ويشركون مرضاهم في هذا. كما يطلب بعض مقدمي الخدمات في مجال الصحة النفسية من العملاء تقديم ملاحظاتهم بعد كل جلسة، وهو ما قد يكون علامة مُبكرة على أن التدخل الحالي غير مفيد بما يكفي ومن الضروري اتخاذ نهج مختلف.

البحث والمراجعة

على الرغم من ضغوطات الوقت الدائمة، يُجري الكثير من الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين صورًا أكثر تعقيدًا من التقييم مثل المراجعات الصغيرة النطاق. وتتطوي هذه المراجعات على فحص مجموعات البيانات التي جُمعت خلال ممارسات أو خدمات مُعينة. تصبُّ نتائج هذه المراجعات مباشرة في عملية الممارسة، ممَّا يضمن أن الخدمات الفعَّالة هي التي تلقى التمويل لتحل محلَّ الخدمات الأقل فعالية.

إضافةً إلى ذلك يُشارك بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين في البحث العلمي أيضًا، ويتعاونون مع المؤسسات الأكاديمية المحلية غالبًا. ومن بين الممارسات البحثية التي يشاركون فيها، الاستقصاء المنهجي لبعض الظواهر أو العلاجات الإكلينيكية باستخدام تشكيلة واسعة من اختبارات القياس والمسائل محل الملاحظة ونوعيات النتائج وأشكال التحليل. يُمكن للبحث العلمي أن يُساعد في تطوير فهم أفضل لبعض الحالات المرضية الإكلينيكية (كالتوحُّد على سبيل المثال)، أو في تقييم أثر نوع معيَّن من العلاج (على سبيل المثال، هل يمكن أن يكون العلاج التفاعلي مفيدًا للمراهقين الذين يُفِرطون في تناول الكحوليات؟) أو في فهم المسائل الفعالة في العلاج (مثل جودة العلاقة بين الاختصاصي النفسي والمريض) وتأثيرها على نتائج العلاج.

تُساعد مثل هذه الدِّراسات أيضًا في بناء فهم نظري للآليات البشرية، لا سيما عندما يكون الإنسان تحت ضغط. فهذه الأبحاث تُسهم في تطوير علم النفس الإكلينيكي بصفته تخصصًا تطبيقيًا، ومن ثمَّ تساعد من سيستشيرون اختصاصيًا نفسيًا إكلينيكيًا في المستقبل. كما يُحاول الكثير من الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين الذين يعملون في البحث العلمي توسيع مدى تأثير بحوثهم أو مراجعاتهم من خلال مُشاركة النتائج التي توصَّلوا إليها بالنشر في الدوريات الأكاديمية، وتأليف الكتب، وتقديم الأوراق البحثية في المؤتمرات.

الاستشارة، والتدريس، والإشراف، والإدارة، والقيادة

لقد كان معظم تركيزنا في هذا الفصل على العمل مع العملاء الفردي، ولكن الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين يعملون أيضًا مع المؤسسات، من خلال تقديم النصح والمشورة (بشأن أفضل طريقة لترسيخ العمل الجماعي على سبيل المثال) وعن طريق تقديم خدمات

التدريس والتعليم للموظفين. كما يُشكّل الإشراف ركناً رئيسياً في تدريب مجموعات عديدة من العاملين في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية وفي الممارسة الإكلينيكية لهذه المجموعات، ويُسهّم الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون بشكل مُتزايد في ذلك، سواء عن طريق إجراء بحوث عن الطرق الفضلى للإشراف أو من خلال تقديم الإشراف مباشرةً. ومن العناصر الرئيسية في هذه العملية، إعداد عقود الإشراف الرسمية وإيلاء عناية كبيرة لجودة العلاقة بين المُشرف ومتلقّي الإشراف.

علاوةً على ذلك، يتولّى الكثير من الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين أدواراً إدارية وقيادية. فيمكن أن يشاركوا في قيادة المراكز الإكلينيكية؛ حيث يشجعون زملاءهم على الانتباه للمنظور النفسي (من خلال الإشراف عليهم وإمدادهم بالمعلومات)، أو قد يؤدّون دوراً استشارياً أو إدارياً في المؤسسات. فبفضل تدريبهم المتخصّص على مهارات التواصل وتشبّعهم بثقافة تبني منظور الآخرين، يُمكن للاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين أن يقدموا إسهاماً قيادياً قيماً في المؤسسات التي يعملون بها (بالمشاركة في الاجتماعات والإدارة ووضع السياسات الرسمية على سبيل المثال).

لقد أعطانا هذا الفصل نظرةً عما يحمله الاختصاصيون النفسيون في جعبتهم، بما في ذلك التقييم والتوصيف والتدخل والبحث وتقييم الفعالية، والاستشارة، والإشراف، والتدريس/التعليم، والقيادة/الإدارة. وفي الفصل التالي، سنتناول كيفية ترجمة التوصيف إلى عمل فعلي، والطرق التي استخدم بها الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون النظريات لتُساعدهم في تحديد خطواتهم التالية.

الفصل الرابع

الأطر النظرية التي يستخدمها الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون

في هذا الفصل، سنتناول الأفكار والمفاهيم النظرية التي تُعد الأساس لتطبيق المهارات التي بيّناها في الفصل الثالث. فجميع المتخصّصين يستندون إلى أطر نظرية (أي نماذج ونظريات) لفهم العملاء ومساعدتهم. ذلك أنّ هذه الأطر توفر هيكلًا وتوجيهًا عمليًا بشأن الخطوات التي ينبغي اتخاذها تاليًا. ويتلقّى الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون التدريب على تطبيق عددٍ من الأطر النظرية النفسية المختلفة في عملهم، لتكون بمثابة خريطة يسترشدون بها في أرض مجهولة. تُشير هذه الخرائط إلى حقيقة الوضع على الأرجح والسبب المحتمل في الصعوبات التي يُواجهها العميل، وتقدم كذلك الإرشادات بشأن ما يُمكن عمله للمساعدة.

ولا بد أولاً من الانتباه إلى أمر مهم. فعلى الرغم من أهمية الأطر النظرية للاختصاصيين النفسيين لأنها تقترح طرقًا لفهم العملاء وتنظيم التدخلات العلاجية، فإن اختيار أي إطار نظري بعينه تحديدًا لا يُمثل فارقًا كبيرًا بالنسبة إلى العملاء طالما أن هناك إطارًا مفاهيميًا يؤمن به كلٌّ من المعالج والعميل. وتُظهر الأبحاث بالفعل أنّ أكثر ما يُهمُّ من منظور متلقّي العلاج، هو الحصول على المساعدة من شخص لطيف، ومتفهم، ومتفائل، ويبيدي الاحترام ويشارك في فهم المشكلة التي يُواجهها، إضافةً إلى وجود خطة واضحة لديه للتعامل مع المشكلة.

كما أظهر العديد من الدراسات أن وجود علاقة علاجية جيدة بين العميل والمعالج، واستعداد العميل لإحداث تغييرات من المؤشرات الجيدة على تحقيق نتائج، وهي أفضل في ذلك من استخدام أي إطار أو تقنية مُعيّنة. يحدد الاختصاصي النفسي الإكلينيكي الإطار

النظري الذي سيستخدمه حسب سياق تقديم الخدمة وتفضيلات العميل والأدلة البحثية والإرشادات الإكلينيكية وتقديره الشخصي. وسنعرض الآن عدّة أمثلة على الأطر النظرية، مع توضيح الحالات التي قد تُفيد فيها.

الأطر السلوكية

لقد بدأ الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون منذ الأيام الأولى لهذه المهنة، يُطبقون مبادئ التعلم (مثل الاقتران وتعديل السلوك والمكافآت والتشكيل) لتعزيز الصحة النفسية لدى الأشخاص (نوقشت هذه المبادئ بتفصيل أكثر في المقدمة القصيرة جدًّا لعلم النفس التي كتبها باتلر وماكانوس). على سبيل المثال، في الستينيات والسبعينيات، بدأ الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون يطبقون نوعًا من أنظمة المكافآت داخل المستشفيات النفسية القديمة، ممّا أسس لقواعد جديدة وطرق مبتكرة لمكافأة من سبق أن كانوا نزلاء في هذه المؤسسات. تدرّبت طواقم العمل في هذه المؤسسات على منح المرضى الذين يُشاركون في الأنشطة الاجتماعية ويتعلّمون مهارات جديدة نقاطًا من قبيل المكافأة (بحيث يمكنهم مبادلتها بسلع أو امتيازات)، مما يشجعهم على التقدم تدريجيًّا نحو القدرة على العيش بدرجة أكبر من الاستقلالية. يستند هذا العمل إلى اثنين من مبادئ تعديل السلوك؛ وهما «التعزيز الانتقائي» و«التشكيل».

تُؤسّس هذه المبادئ السلوكية لتقنيات وممارسات العلاج السلوكي، والذي كان ولا زال يستخدم في علاج مشكلاتٍ نفسية عديدة، منها الرهاب والقلق. إنّ فهم الكيفية التي يتعلّم بها الإنسان مختلف الأشياء (بما فيها الخوف) بيّن للاختصاصيين النفسيين أن تجنّب ما يُسبب للإنسان القلق قد يُشكّل مكافأةً في حدّ ذاته، فيشعر الشخص بالارتياح عندما يتجنّب هذا الشيء. يُمكن لهذا أن يديم لدى الشخص شعور الخوف؛ وهذا يضرّه بالطبع (انظر الأمثلة الإكلينيكية في مربع ١٥).

مربع ١٥: كل من باربرا وعبدول يتلقّى المساعدة من اختصاصي نفسي إكلينيكي لعلاج الرهاب

لطالما كانت باربرا تخشى الكلاب. لكن هذا الخوف قد تفاقم عندما انتقلت مُؤخرًا للعيش في أطراف المدينة؛ حيث كان عليها عبور حديقة يَتَمشّى فيها السكان مع كلابهم كي تصل إلى عملها.

حاولت باربرا تجنّب الكلاب بالذهاب إلى العمل في وقت مبكر جدًا والعودة في وقت متأخر جدًا أو بأخذ طريق أطول بكثير إلى العمل. أعد الاختصاصي النفسي الإكلينيكي برنامجًا وافقت باربرا وفقًا له على مشاهدة الاختصاصي النفسي أولاً وهو يقترب من كلب صغير ويربّت عليه؛ ثم الاقتراب من كلب صغير بنفسها؛ ثم مرافقة الاختصاصي النفسي بينما يقترب من كلاب أكبر؛ ثم التربيت على كلب صغير بنفسها. وفي نهاية المطاف، شعرت باربرا بسعادة غامرة (وهناها الاختصاصي النفسي بحرارة) حين تمكّنت من عبور الحديقة وتحية الكلاب التي تقترب منها مبتهجةً. وصحيح أن باربرا ظلت «لا تحبُّ الكلاب جدًّا»، لكنّها صارت تستطيع الذهاب إلى العمل والعودة منه دون أن يغمرها الشعور بالقلق.

شارك عبدول في أعمال قتالية عندما كان يخدم في الجيش، لكنه بعد أن أصبح مدنيًا صار لا يُطبق الضجيج، ممّا دفعه لاعتزال أغلب المواقف الاجتماعية والمكوث في المنزل مع أسرته. ساعد برنامج سلوكي بمشاركة عائلة عبدول في زيادة معدّل خروجه إلى أماكن صاحبة؛ إذ أقدمت ابنة أخته التي يُحبها حبًّا جمًّا على قضاء وقتٍ أطول معه، كمكافأة له عندما يخرج. ساعد ذلك عبدول في التعود على الضوضاء؛ حيث تعلم أن الضوضاء ليست ضارة فعلًا وأن تجنّبها كان يفوّت عليه متعة الخروج.

يُستخدَم العلاج السلوكي بالعديد من الطرق الأخرى أيضًا؛ فهو يُستخدَم مثلًا في تطوير السلوك الاجتماعي أو اللغة لدى الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية، أو في تصميم برامج لمساعدة الأشخاص الذين تعرّضوا لإصابات في الدماغ على إعادة تعلّم سلوكيات ككيفية ارتداء الملابس أو تغذية أنفسهم مرةً أخرى. ويقدم بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين خدمات التدريس أو الإشراف لمجموعات أخرى من الاختصاصيين بخصوص استخدام هذه التقنيات. فالكثير من الممرضين المنزليين مثلًا باتوا الآن يستخدمون مبادئ العلاج والتعزيز السلوكي لمساعدة العائلات على تدريب الأطفال الصغار على استخدام المراض أو بناء عادات غذائية صحية؛ بينما يقوم بعض موظفي المستشفيات عالية التأمين بتطبيق برامج سلوكية لمساعدة المجرمين على تحسين تحكّمهم في الغضب.

الأطر الإدراكية المعرفية

رغم نجاحات العلاج السلوكي، فسرعان ما تجلّت محدوديته؛ وذلك تحديداً لأنه كان يتجاهل الجانب الإدراكي المعرفي. الإدراك هو العملية التي يُفسر بها الناس العالم من

حولهم من خلال استقبال المعلومات والتفكير فيها وتخزينها وتطبيقها، ومن خلال استخدام اللغة، بما في ذلك كيفية استخدام الحواس وتذكر ما تعلمناه ونسيانه وتنظيمه وترتيبه. لذا بدأ الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون يتبنون أُطرًا إدراكية تُتيح لهم فهم الناس ومساعدتهم بشكل أفضل.

بيّنت الدراسات الأكاديمية أن حواسنا لا تقف محايدة تمرر الإشارات دخولًا وخروجًا من دماغنا ببساطة فحسب، بل يحدث قدر هائل من المعالجة الداخلية يتأثر الكثير منها بحدود الذاكرة وقيودها والتجارب السابقة والتوقعات والمزاج والدوافع. واقترح الاختصاصيون النفسيون أننا نشبه الكمبيوتر من بعض النواحي، وأنا نعمل من خلال بناء وتطوير وتطبيق مجموعة متنوعة من الأنساق لإدراك العالم تُعرف بالمخططات المعرفية (بمعنى أنها طرق لتفسير الأحداث). وعلى الرغم من أن إمكاناتنا للتعلم والفهم هائلة، فإن مخططاتنا المعرفية معيبة ومحدودة وغير حيادية. الحق أن مخططاتنا تعتمد على مقاربات وافتراضات مختزنة وبنى اجتماعية أو ثقافية مكتسبة. ومن ثم فنحن لا نقوم في الواقع بمعالجة الأشياء مُعالجةً محايدة كما يفعل الحاسوب، بل نُفسرها بطريقة شبه تلقائية في معظم الأحيان، وإن كنا قادرين على التعلم بكفاءة كذلك وعلى التحكم في كثير مما يحدث، على الأقل على المستوى الواعي.

ما دُمنّا نَنطَلِقُ في تعاملنا من منطلقات «نفسية»، لا منطقية، فإننا نصبح عرضة لارتكاب عدد من أخطاء التفكير في بعض الأحيان. من هذه الأخطاء، القفز إلى النتائج، والتعميم الزائد، والتفكير الثنائي القطبي (الأبيض مقابل والأسود) والتفكير الكارثي (اتخاذ قرار بأنه لا أمل في أي شيء إلى الأبد بسبب حدوث شيء واحد سيئ). ومما يسترعي الانتباه أن الأشخاص يختلفون في الكيفية المحددة التي يُعالجون بها هذه العمليات. فالأبحاث تُشير إلى أن المخططات المعرفية لكل فرد تُعتمد إلى حد ما على خبراته الحياتية وتاريخه الشخصي وسياقه الاجتماعي وطبيعته البيولوجية واستعداده الشخصي. طُبِّقت هذه الأفكار المستوحاة من علم النفس المعرفي تدريجيًا في علم النفس الإكلينيكي، مما أثمر عن العلاج المعرفي. وتتمثل الفكرة الأساسية لهذا العلاج في أن العديد من المخططات المعرفية التي يتبناها من يجدون مُعانة نفسية تلعب دورًا رئيسيًا في قدر كبير من هذه المعاناة. فبعض الناس يكونون في ظروف ما أكثر عُرضة لارتكاب أخطاء في الحكم، ومن ثم قد يميلون إلى رؤية الأحداث المحايدة على أنها سلبية أو عدائية إن كانت غامضة. يُدعم هذا تفكيرهم السلبي، مما يؤدي إلى تدهور حالتهم. تخيل مثلًا أنني

أتوقّع أن تتّصل بي صديقتي لنتجاذب أطراف الحديث وترفع معنوياتي بعدما أحببت من مقابلة عمل. عندما لا تتّصل صديقتي قد يكون لهذا عدد من التفسيرات الممكنة: إنها فقدت رقم هاتفي، أو إنها اضطرتّ للذهاب في زيارة عاجلة لقریب مريض، أو إنها نسيّت أن تتّصل، أو إنها فقدت هاتفها المحمول، أو إنها لم تُعدّ تحبني. ولأنني محبب بالفعل، فالأرجح أنني سأقتنع أن كرهها لي هو السبب. ولا شك أنّ احتمالية توصلي إلى هذا الاستنتاج ستزيد إذا كانت لديّ تجارب سابقة عديدة انتهت بي لتوقّع رفض مُماثل من الآخرين. ومن المؤسف أنّ تفكيري في هذا الاحتمال سيزيد من شعوري سوءاً.

ثمة فكرة مركزية هنا وهي أن أفكارنا عن أنفسنا تُحدّد تجربتنا؛ ونجد لهذه الفكرة صدقاً في مقولة إيكيتوس الشهيرة التي يعود عمرها إلى أكثر من ٢٠٠٠ عام: «ليست الأشياء نفسها ما يهّم الرجال، وإنما ما يتّخذونه حيالها من مواقف». معنى هذا أنّ العلاقة وثيقة بين الأفكار والمشاعر، حيث يُمكن للأفكار السلبية أن تتسبّب فعلياً في المشاعر السلبية. ففكرة أن صديقتي لا تحبني هي ما تسبّب في تحكيري مزاجي.

استُخدم العلاج المعرفي في البداية لمساعدة من يعانون من الاكتئاب، ولكنه بات الآن يُستخدم في التعامل مع مشكلات كثيرة، منها القلق واضطراب كرب ما بعد الصدمة واضطرابات الأكل والذهان. وفي جميع هذه الحالات، يولي الاختصاصي النفسي الإكلينيكي عنايةً كبيرةً لطريقة تفكير الشخص، والكيفية التي يُمكن لأفكاره ومعتقداته أن تتسبّب بها في محنته النفسية أو تزيد من تفاقمها. يعمل الاختصاصي النفسي الإكلينيكي مع العميل لكشف الافتراضات التي تقوم عليها أفكاره والدلائل التي تُعزّزها. ويتمثّل ذلك في اثنتين من الإجراءات هما: «الاستجواب السقراطي» (السعي لجعل العميل يُجيب عن أسئلته بنفسه بجعله يفكر وانتزاع الإجابة منه، بدلاً من إخباره بالإجابة)، و«تحديّ الفكرة» (تشجيع العميل على اختبار افتراضاته، وذلك على سبيل المثال بطرح سؤال من قبيل: «هل هناك أي تفسيرات أخرى مُمكنة تخطر على بالك؟»). وقد كان لتطویر نماذج معرفية محدّدة لفهم أنواع معيّنّة من المعاناة أهمية كبيرة للغاية، كما شجّع على البحث في أكثر الطرق فعالية لمساعدة مجموعات كبيرة من العملاء.

يتأسس العلاج المعرفي السلوكي على إطارين نظريين، وهما الإطار المعرفي والإطار السلوكي؛ إذ يستخدم تقنيات معرفية مثل الاستجواب السقراطي وتحديّ الفكرة، جنباً إلى جنب مع تقنيات تطورت في العلاج السلوكي، مثل الاستخدام المنهجي للتعزيز والتشكيل (انظر مربع ١٦ للاطلاع على مثال إكلينيكي). ومن التقنيات الأخرى استخدام التجارب

التجريبية الموجهة، والتي تُعرف أحياناً بـ «التجارب السلوكية». (يعرض الشكل ٤-١ مثالاً على تجربة سلوكية أُعدت لعميل يُعاني من خوف من التحدث إلى جمهور). يركز العلاج السلوكي على تقليل الأعراض وغالباً ما يشتمل على تمارين أو واجبات يقوم بها العميل بين الجلسات.

وبحماس دخل العلاج المعرفي السلوكي إلى مجال علم النفس الإكلينيكي، وقد أظهر فعالية في حالات عديدة مدعومة بدراسات بحثية كثيرة جداً. وكثير من الأمثلة التي نأتي لذكرها في مواضع أخرى في هذا الكتاب تُشير لاستخدام الاختصاصيين الإكلينيكين للعلاج المعرفي السلوكي.

مربع ١٦: اختصاصي نفسي إكلينيكي يُساعد مُراهقاً يواجه صعوبات في المواقف الاجتماعية بافل مراهق في سن المدرسة، يُعاني من القلق من مقابلة الآخرين، وغالباً ما يتهرّب من اللقاءات الاجتماعية خارج المدرسة. استخدم الاختصاصي النفسي الإكلينيكي الذي يعمل معه الاستجاب السقراطي (السعي لجعل العميل يُجيب عن أسئلته بنفسه بجعله يفكر وانتزاع الإجابة منه) ليكتشف ما يُفكر فيه بافل عندما يقترّب منه أقرانه. ردّ عليه بافل: «جميعهم واثقون من أنفسهم، ويُمكنهم أن يروا كم أنا مُملٌ ويُمكنهم أن يروا الخجل ظاهراً على وجهي، وهم يُصدرون أحكاماً عليّ ولا يُحبونني». وقد وافق الاختصاصي النفسي الإكلينيكي في أن قلقه مفهوم تماماً إن كانت افتراضاته (أفكاره) صحيحة، لكنه طلب من بافل بعدها أن يتقصّى ما إذا كانت هذه الافتراضات صحيحة فعلاً. طلب الاختصاصي النفسي الإكلينيكي من بافل أن يُجري اختبارات (أي تجارب سلوكية) كأن يجري استبياناً في المدرسة لسؤال الآخرين عما يشعرون به في بداية الفعاليات الاجتماعية. ساعدت نتائج الاستطلاع بافل في تفهم أن الآخرين يكونون قلقين هم أيضاً في الغالب، وأنهم لن يُركزوا على الخجل البادي على وجهه. أمدت هذه النتائج بافل بقدر أكبر من الثقة في أن يستجيب بإيجابية عندما يدنو منه الآخرون في المناسبات الاجتماعية.

الأطر النفسية الدينامية

طُوّرت النظريات النفسية الدينامية في الأساس على يد فرويد في الجزء الأخير من القرن التاسع عشر، وكان لها بالغ الأثر في العديد من المهن النفسية، بما في ذلك علم النفس الإكلينيكي. على الرغم من ذلك، تغيّر العديد من الأفكار والممارسات بشكل كبير على مرّ السنين، ولهذا فإنّ قلةً للغاية من الاختصاصيين النفسيين هم الذين لا يزالون حتى اليوم

الأطر النظرية التي يستخدمها الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون

تجربة سلوكية

التنبؤ

ما هو تنبؤك؟

ماذا تتوقع أن يحدث؟

كيف ستتحقق من وقوعه؟

إلى أي مدى تعتقد أن هذا سيحدث؟ (١٠٠-٠٪)

٩٠٪

إن تحدثت على الملأ فسأرتعش بشدة لدرجة أن الناس سيلاحظون ذلك وسيضحكون عليّ

التجربة

ما التجربة التي يمكن أن تختبر هذا التنبؤ؟ (أين ومتى)

ما سلوكيات الأمان التي يجب التخلي عنها؟

كيف ستتحقق مما إن كان تنبؤك وقع فعلاً؟

سأحدث جهراً في الاجتماع المقبل يوم الاثنين؛

يُمكنني أن أعرض بعض البيانات التي كنت أنوي عرضها.

سأحتاج إلى استخدام يدي في التعبير، لأن أمسك بيدي في المنضدة.

يمكنني أن أسأل أصدقائي إن كانوا قد لاحظوا أنني أرتجف في أثناء الحديث.

النتيجة

ماذا حدث؟

هل كانت تنبؤك دقيقاً؟

كنت متوتراً للغاية وكنت شديد التركيز مع يدي

قال لي أصدقائي إنني تحدثت جيداً وإنهم لم يروني أرتعش

الخلاصة

ماذا تعلمت من هذا؟

إلى أي مدى يرجح أن يتحقق تنبؤك في المستقبل؟

رغم أنني أشعر بالتوتر عند التحدث، فإن هذا لا يكون

واضحاً للآخرين.

لأي مدى لا زلت تتفق مع تنبؤك الذي بدأت به؟ (١٠٠-٠٪)

٥٠٪

PSYCHOLOGYT@LS

©Creative Commons http://psychology.tools

شكل ٤-١: مثال على ورقة عمل لتجربة سلوكية.

يستخدمون المفاهيم الفرويدية التقليدية (كأن يطلبوا من العملاء الاستلقاء على الأريكة، أو استخدام تفسيرات الأحلام). غير أن الكثير من الأفكار النفسية الدينامية الأخرى لم تزل تحظى باحترام، كما أُيدت الأبحاث فعالية العديد من التوجهات العلاجية المستندة على الأطر النفسية الدينامية، لا سيما العلاج النفسي المركز الوجداني الذي يهدف إلى مساعدة الناس على تحسين علاقاتهم البين الشخصية. يستخدم العديد من الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين العاملين في العيادات الخاصة علاجات تقوم على الأفكار النفسية الدينامية. من المفاهيم الأساسية في الأطر النفسية الدينامية، أهمية العلاقات الشخصية الحميمة للنمو النفسي الصحي، وحاجتنا نحن البشر لأن نُحب وأن نشعر أيضًا أننا محبوبون. ومؤخرًا، بات هذا مفهومًا في سياق حاجتنا للتعلم بالآخرين، وهي عملية ضرورية بيولوجيًا ونفسيًا للبقاء على قيد الحياة. وقد أظهر الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون أنه إذا كانت هناك تشوهات في أنماط تعلقنا المبكرة (على سبيل المثال إذا لم يشعر الطفل بوجود والديه ورعايتهما له، بسبب مرض، أو بسبب أذيته، أو بسبب التحلي عنه)، فيمكن أن يؤدي ذلك إلى تشوهات كبيرة في نمو الشخصية ومشاكل نفسية لاحقة.

ثمة مفهوم آخر أساسي في الأطر النفسية الدينامية، وهو مفهوم آليات الدفاع، التي نحاول حماية أنفسنا بها من المشاعر المزعجة. فقد نكون على سبيل المثال، في غفلة تامة عن صفات ذميمة موجودة في أنفسنا، لكن سرعان ما نلصقها بالآخرين (الإسقاط). وقد نُخفي موقفنا من شيء ما من خلال التأكيد على عكسه، مثل الناشط المعادي للإباحية الذي يتّضح افتتانه للإباحية من خلال البحث عن موادّ إباحية ليحتجّ عليها (التشكل العكسي). وقد نُوجّه مشاعرنا نحو الشخص الخطأ، مثل المرأة التي تشعر بالغضب بسبب رئيسها في العمل، لكنّها عند عودتها للبيت تبدأ في الشجار مع زوجها أو تركل قطنها (الإحلال). أو يُمكن أن نتنكر لمسئوليتنا عن سلوكنا بعزوه إلى ظروف خارجية عن إرادتنا (التخريج). فإبداعنا لا حدّ له في إيجاد طرق لتجنب ما يغمنا أو يهددنا!

من ملاحظات فرويد الرئيسية الأخرى أن الأشخاص أثناء خضوعهم للعلاج يميلون إلى تكرار بعض المسائل المؤثرة في علاقاتهم المبكرة مع المعالج. يعني ذلك أنهم قد يتعاملون مع المعالج في الحاضر (وهو شخص ذو سلطة محايدة)، بشكلٍ يُشبه علاقاتهم بالأشخاص ذوي السلطة في الماضي (كالوالدين مثلاً). ويُعرف هذا باسم «التحويل». يهدف المعالجون في أثناء العلاج إلى تفسير التحويل وآليات الدفاع حتى يكون المريض قادرًا على فهمها (أي اكتساب الوعي بها)؛ ومن ثمّ تطوير أنماط علاقات صحية بدرجة

أكبر في الحاضر. على سبيل المثال، يُمكن للمعالج أن يقول للمريض شيئاً من قبيل: «كان والدك يُهينك عندما تلتَمِس مساعدته. وبسبب تجربتك، لا عجب إذاً من أن تتوقَّع نفس المعاملة مني الآن».

الأطر المنظومية

لا أحد يَعيش بمفرده. أو كما يقول جون دون: «لا أحد كالجزيرة، له أن يعيش منعزلاً عن الجميع». فجميعنا إلى حدٍّ ما، جزءٌ من عائلات، ومجتمعات، ومدارس، ومنظمات، والمجتمع بصورته الأعم. وتُقدِّم النظريات المنظومية بأن تجربتنا الشخصية مع المعاناة النفسية ذات ارتباط وثيق بكيفية تعاملنا مع الآخرين وكيفية تعاملهم معنا. ويمكن للقوى الاجتماعية الأعم أن تُؤدِّي دوراً كبيراً أيضاً، ويتَّضح ذلك في وقع بعض التجارب، مثل الفقر والتمنيط والتحامُّل العرقي، على الصحة النفسية لدى الأشخاص. وتُشير الأدلة إلى أنَّ الصحة النفسية تتدهور في أوقات التقشف الاقتصادي، ومن الجلي أيضاً أن عدم المساواة داخل المجتمع يزيد من مستويات المعاناة النفسية زيادة كبيرة.

تُركِّز النظريات المنظومية على تأثير الأشخاص والمنظَّمات المحيطة بنا في تشكيل تصوُّرنا عن هويتنا وعلاقاتنا وسلوكنا ومعتقداتنا. فبدلاً من محاولة تشجيع التغيير في الفرد الذي يُعاني من مشكلة ما، تهدف العلاجات القائمة على النظرية المنظومية إلى تغيير الأنظمة؛ أي تغيير كيفية ارتباط الأشخاص بعضهم مع بعض. فمن الممكن في هذا الإطار فهم السلوك الصعب لدى أحد الأشخاص باعتباره عَرَضاً أو علامة على وجود صعوبات في المجتمع أو العائلة، وليس مجرد مشكلة منفصلة. ونتيجةً لهذا، يقدم التدخل للعائلة، أو المدرسة، أو المجتمع، وليس للشخص مُنفرداً، بهدف تغيير الديناميكيات الأساسية.

على سبيل المثال، يُمكن تقديم العلاج الأسري لعائلة من أفرادها امرأة مسنَّة صعبة المراس، ترفض الانتقال للإقامة في دار للرعاية على الرغم من رغبة عائلتها في ذلك. عند تبني الإطار المنظومي في العمل، قد يُساعد الاختصاصي النفسي العائلة على رؤية الأمور من منظور المرأة المسنَّة، وأن غضبها ناجم جزئياً عن شعورها بأن عائلتها تسيطر عليها. يُمكن استكشاف مخاوف العائلة كذلك، وقد يتبين أن لديهم عدَّة مشاكل أخرى كبيرة (مثل مشاكل مالية أو سكنية). قد يتطلَّب ذلك تدخلاً من خدمات الرعاية الاجتماعية، إلى جانب المساعدة من الفريق الذي يُقدِّم رعاية نفسية مباشرة للسيدة المسنَّة.

ثبت أيضاً أن العلاج الأسري يُساعد الأشخاص ذوي المشكلات النفسية الحرجة من خلال مساعدة أسرهم على التكيف بشكل أفضل مع مُتطلبات العيش مع شخص سلوكه

قد يكون غير مُستقر ولا متوقَّع. وقد لا يكون أفراد الأسرة واعين بأنهم مُتواطئون على تجنب مشاعر أو سلوكيات معينة أو على تعزيز سلوك غير مرغوب فيه (مثل أم تُساعد ابنها على التمسك بعبادات تنظيفية معقدة، رغم أنها لا تشعر بالحاجة لأن تقوم بمثلها). وأخيراً، قد يستخدم الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون — الذين يعملون في مؤسسات كدور الرعاية أو أجنحة المستشفيات — الأطرَ المنظومية (بالإضافة إلى التقنيات السلوكية) لمحاولة تغيير البيئات التي تشجع عن غير قصدٍ على سلوك ذميم لدى المقيمين فيها أو عملائها، كالعوانية أو الاعتمادية (انظر مثال رامون في الفصل الثاني).

الأطر التكاملية

نظراً لأن الكثير من الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين تلقوا التدريب على عدة أُطر، فإن الكثيرين منهم يَستخدمون في الممارسة العملية مزيجاً من التقنيات والأفكار النَّظرية بما يتناسب مع العمل. يصف مربع ١٧ كيفية عمل ذلك من خلال تقديم الاختصاصي النفسي الإكلينيكي تدخلاً مُفصلاً بما يتناسب تحديداً مع احتياجات عميل معين وعائلته.

مربع ١٧: اختصاصي نفسي إكلينيكي يساعد فتى صغيراً وأسرته البديلة

كان ريان وجودي يحتضنان توم البالغ من العمر ٥ سنوات في أسرتهما وقد مرّت على ذلك عشرة أشهر لكنهما صارا قلقين بشأن سلوكه. فرغم أنه كان محبباً ظريفاً وسهلاً في العناية به في البداية، تدهورت سلوكياته في البيت بشكل كبير خلال الأشهر القليلة السابقة (صراخ وسباب وفضاظة). غير أنه ظلّ حسن التصرف في المدرسة، ومن الواضح أنه كان مُستمعاً بها. لكن ريان وجودي كانا شديدي القلق حيال لغة توم العنيفة مع جودي وعصيانه لها؛ وكان هذا يحدث مع ريان أقل بكثير. وقد ظلّنا أن الوضع قد يتحسن إذا قدمت الخدمة الأسرية لتوم علاجاً نفسياً بسبب الإهمال والتعدييات التي تعرّض لها في سنّ مبكرة قبل أن تحتضنه هذه الأسرة.

التقى الاختصاصي النفسي بريان وجودي، وتحدث أيضاً مع الاختصاصي الاجتماعي الذي يعمل مع توم بموافقة العائلة ليحصل على مزيد من المعلومات عن ماضيه. لكن بعد الاستماع بعناية لتخوّفات الوالدين المُحتضنين، قال الاختصاصي النفسي إنه يتفق في أنّ بعضاً من سلوك توم يفهم في سياق نشأته المبكرة، لكن الأكثر فائدة له أن يقوم الوالدان بإجراء بعض التغييرات في طريقة إدارتهما الحالية لسلوكياته المزعجة. على سبيل المثال، يُمكن لريان أن يمثل أسوة عملية لتوم في الطريقة الملائمة للتعامل مع جودي، وأن يتحدث معه عن ذلك.

أوصى الاختصاصي النفسي الإكلينيكي أيضاً بأن يحضرا معاً مجموعة للأهالي في الأسر المحتضنة تُناقش طرق بناء العلاقات، موضحاً أن جلب اختصاصي نفسي خارجي للعمل مباشرة مع توم في هذه المرحلة قد يُفوّض من سلطة جودي، ويتضارب مع عملية بناء الاحترام والارتباط الصحيين بين جودي وتوم. وصحيح أن ريان لم يتمكّن من حضور مجموعة الدعم الموصى بها، لكن جودي استطاعت الحضور، ونجحت في إدخال بعض الاستراتيجيات الجديدة لتحسين العلاقات داخل العائلة، مثل تناول الطعام معاً. في جلسة المتابعة بعد بضعة أسابيع، أفاد كلا الوالدين بوجود تحسن كبير في سلوك توم وعلاقته مع جودي.

في السنوات الأخيرة، طُوّرت عدة منهجيات علاجية تكاملية تدمج بين عناصر أساسية من أطر وأفكار نظرية أخرى وتجمع بينها بطريقة منهجية. فعلى سبيل المثال، أدخل الاختصاصيون النفسيون بعض أفكار الفلسفة الشرقية إلى العلاج المعرفي، ممّا أثمر عن العلاج المعرفي المبني على اليقظة، بما يشمل من ممارسة التأمل واليقظة. يتمثّل الهدف من العلاج المعرفي المبني على اليقظة في تقليل عملية التفكير الذي لا يَنقَطِع، والتي رأى العلاج المعرفي المبني على اليقظة أنها تُشجّع على القلق ويُمكنها أن تشعل عند الناس رغبات مستمرّة لا تخبو ولا يُمكن تحقيقها. وهذا العلاج المعرفي المبني على اليقظة يُعلّم العملاء أن أفكارهم (بما فيها من قلق وأحكام واجترار أفكار) هي محض أفكار، وليس لها سلطة إلا لأن الناس يختارون أن يُولوها اهتمامهم ويُحاولوا تغييرها. فالناس يُصبحون أسعد عندما يتعلمون تقبل أفكارهم وملاحظتها وتركها وشأنها ببساطة (أي إنهم لا يظنون مرهونين بأفكار عن الماضي أو المستقبل) ومن ثمّ عيش الحاضر بصورة أكمل.

من الأمثلة التكاملية الأخرى علاج التقبّل والالتزام، وهو يجمع بين مبادئ التقبّل واليقظة وبين استراتيجيات تغيير السلوك من أجل زيادة المرونة النفسية (انظر المثال الإكلينيكي المذكور في مربع ١٨). يقترح علاج التقبّل والالتزام أنه بدلاً من محاولة تقليل المشاعر والأفكار الصعبة أو التحكم فيها (كما يحدث في العلاج المعرفي السلوكي)، فكل ما يجب علينا هو «الملاحظة» وأن نتعلّم ألا نتصرّف بناءً عليها. وبدلاً من تجنّب المواقف التي تستثير فينا هذه الأفكار والمشاعر، علينا أن «نخطو سعياً وراء» قيماًنا (وهي الأمور الأهم بالنسبة إلى ذاتنا الحقيقية)، ونتعهد بالعمل نحوها (أي تحديد أهدافنا حسبما تقتضيه قيمنا).

آخر مثال سنُورده على الأطر التكاملية هو العلاج المعرفي التحليلي، والذي يحظى بشعبية في المملكة المتّحدة. تجمع هذه المدرسة بين المنهجيات المعرفية/السلوكية، والتفكير

النفسي الدينامي، والأفكار المنظومية. وتتمثل فكرته المركزية في أن أفضل سبيل لفهمنا هو من خلال أنماطنا في العلاقات والسلوكيات المتبادلة، والتي تتشكل في مرحلة مُبكرة وغالبًا ما تتكرر في كثير من المواقف في الوقت الحاضر. في بعض الأحيان، تكون هذه الأنماط مُفيدة لنا (على سبيل المثال، أن أعاملك بلطف عندما تكون حزينًا، مثلما كانت والدتي تفعل معي، وأرفق بنفسي عندما أكون حزينًا كذلك)، لكنها تكون مُضرة في أوقات أخرى (على سبيل المثال، أن أسخر منك عندما تكون حزينًا مثلما تعرّضت أنا للسخرية عندما كنت طفلًا، وأنا ألوم نفسي عندما أكون حزينًا كذلك).

مربع ١٨: مثال إكلينيكي على حالة عقم والفائدة التي قد تعود من استشارة اختصاصي نفسي إكلينيكي

تمكّنت بيانكا من التعامل بدرجة مقبولة مع الضغوط الناتجة عن عدة محاولات فاشلة للحقن المجهري، وإن كان الوضع خلال العام السابق بالغ الصعوبة. فعلاوةً على الأعباء المالية للأمر، أنجبت شقيقة زوجها مولودًا، فبدأت بيانكا تجد صعوبة مُتزايدة في زيارتها لشقيقة زوجها أو رؤيتها لأصدقائها الذين لديهم أطفال صغار. بدأ شعورها بالضغوط والغضب بسبب عدم القدرة على الإنجاب في التصاعد، ممّا أثر على علاقة بيانكا بأرون. وقد وصف الزوجان ما يعيشانه بأنّ مسألة العقم والحاجة إلى وضع حياتهما «قيد الانتظار» تُهيمن على حياتهما. وقال أرون إن علاقتهما الجنسية بعد أن كانت تلقائية مُفعمّة بالحب حلّ محلها الضغط والتوتر ومُمارسة العلاقة حسب جدول.

باستخدام مبادئ العلاج المعرفي التحليلي، ساعد الاختصاصي النفسي الزوجين في تقبّل مشاعر الإحباط والفشل والعجز تدريجيًا. وقد تضمّن ذلك مساعدتهما على تقليل الأحكام والتقييمات النقدية بخصوص عدم قدرتهما على الإنجاب من خلال أن تعلم ملاحظة الأفكار النقدية؛ ومن ثمّ تقليل إمكانية تصديقها. في البداية، واجهت بيانكا صعوبة كبيرة مع مفهوم التقبل؛ لكنّها تعلمت بمرور الوقت أن تقبل مُعاناتها لا يعني التخلي عن رحلتها نحو الأمومة، بل يُساعدها على التفكير والإحساس بمشاعرها دون تجنّبها. بالإضافة إلى ذلك، بعد أن أصبحت رؤيتها المعنى الأبوة والأمومة بالنسبة إليهما واضحة، سمح هذا لهما باستكشاف الخيارات المتاحة أمامهما، بدءًا من استكمال العلاجات إلى التبني أو الاستعانة بأمّ بديلة لحمّ الجنين (استئجار رحم).

يقترح العلاج المعرفي التحليلي أنّ المعاناة تنتج عن مُحاولاتنا الأولى للتعامل مع الصعوبات، وهي محاولات ربما نجحت في السابق لكنّها باتت الآن غير فعالة أو مُضرة. وعلى أي حال تُصبح هذه المحاولات أنماطًا اعتيادية يصعب جدًا تغييرها. فيُحاول

الأطر النظرية التي يستخدمها الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون

الاختصاصي النفسي الإكلينيكي والعميل التعاون في توصيف هذه الأنماط واستكشاف الكيفية التي يُمكن بها للعميل أن يُطور أنماطًا بديلة صحية أكثر. في بعض الأحيان، يشمل هذا تجربة طُرُق جديدة لبناء علاقة مع المعالج داخل الإطار الآمن للعلاقة المهنية العلاجية (انظر المثال الإكلينيكي في مربع ١٩).

مربع ١٩: الاختصاصي النفسي الإكلينيكي يُساعد ليزي في الارتباط بالناس بطرق جديدة

أخبرت ليزي معالجها بأنها لطالما شعرت بالدونية عندما كانت طفلة. كما تكلمت عن شعورها بالخوف وكذلك بالاستياء من والدتها التي كانت مُمثّلة مفعمة بالحوية لكنها غير مُستقرة عاطفيًا، وكانت ليزي تشعر بأنها لا بد أن تسترضيها حتى تنال حبّها. وقد لاحظ الاختصاصي النفسي الذي يعمل مع ليزي أن حياتها العاطفية تشمل سلسلة من العلاقات الفاشلة التي كانت ليزي تضع احتياجاتها الشخصية فيها في المرتبة الثانية بعد شريكها، ممّا ينتهي إلى عواصف مُتكرّرة من الغضب المتفجر؛ حيث كانت تعبر عن عميق غضبها من أنّ وجودها يؤخذ باعتبارها من المسلّمات، ثم تتبع ذلك بالبكاء والاعتذارات ومحاولات لإصلاح الوضع مرّة أخرى من خلال التقليل من نفسها. إلى جانب ذلك، لاحظ الاختصاصي النفسي أن ليزي تُحاول أحيانًا أن تقول أو تفعل «ما هو صواب» خلال جلسات العلاج لكنّها تعبر عن حنقها بعد ذلك، حتى إنها تُفوّت حضور جلساتها في بعض الأحيان. شمل العلاج اكتشاف هذه الأنماط وتتبعها، ومُحاولة بناء طرائق جديدة للارتباط بالأشخاص سواء في علاقتها مع الاختصاصي النفسي، وفي العالم الخارجي بعيدًا عن العلاج.

بهذا نكون قد عرضنا في هذا الفصل الأطر والمنهجيات العلاجية الأساسية التي يستخدمها الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون في مُمارستهم العلاجية اليومية. وسننتقل الآن إلى استكشاف طبيعة عمل الاختصاصي النفسي الإكلينيكي، وما يُقابله بشكل مُتكرّر في أثناء عمله من تحديات وانتصارات.

بناؤنا لشخصية العالم الممارس المتفكر

أي شيء في هذه الدنيا قد يبعث شخصاً على قضاء حياته المهنية بأكملها يستمع لقصص حزينة أو يُحاول فهم الصراعات الداخلية في صدور الآخرين، بدلاً من أن يعمل في وظيفة أخرى، ولتكن في تعظيم أرباح شركة ما أو تعليم الأطفال السباحة أو تصميم ملابس أو مبانٍ راقية على أحدث صيحة.

أغلب الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين يُجيبون عن ذلك بأنهم يشعرون برغبة متجذرة داخلهم في مساعدة الناس (لا سيما الأقل حظاً منهم والمهمشين) حتى يعيشوا حياة أطيّب، إضافةً إلى تطلّعهم لفهم تنوع البشر وعزمهم على إحداث تغيير في حياتهم. ويضيف معظمهم أن لديهم شعوراً ملحاً بالفضول، وأنهم مفتونون بالنفس البشرية، ويودّون اكتساب فهم أفضل لسلوك البشر ومشاعرهم. لدى هؤلاء الكثير من الأسئلة: لماذا يشعر الناس بما يشعرون به؟ لماذا يكرر بعض الأشخاص على ما يبدو نفس السلوكيات التي تُسبب لهم التعاسة؟ كيف يُمكننا مساعدة الأطفال المضطربين نفسياً بشكل أفضل؟ ماذا يمكن أن يفعل المرء لمساعدة الناجين من صدمات أو حوادث اعتداء؟ لماذا نرى أشخاصاً يُجوعون أنفسهم لدرجة الموت، وآخرين يُفِرطون في الشراب للدرجة نفسها، وماذا يمكن أن نفعل لنساعدهم في تطوير طريقة أكثر صحية في التعامل مع ما يشقُّ عليهم؟ وقد يحدثنا اختصاصيون نفسيون آخرون عن مدى استمتاعهم بالتحدّي الذهني الذي ينطوي عليه التعامل مع تعقيدات البشر؛ باستكشاف طبقات ومعاني وأسباب مختلفة للعيش مع تحديات متعددة وتجارب مُركّبة ودوافع معقّدة. وقد قال أحد مُشرفينا يوماً إنه مُغرم بعمله بسبب ما ينطوي عليه من تعقيد. فقد وصفه بأنه «لغز مُستمر ليس له حلٌّ قاطع ولا إجابة نموذجية تُناسب الجميع».

وبعض الاختصاصيين النفسيين يجدون بطبيعتهم مُتعة في الإنصات للقصص والمشكلات، ويجدُون سرورًا عندما يتمكّنون من سماع تجارب الآخرين الشخصية. فهم يُولون قدرًا كبيرًا للُقرب الحقيقي من الآخرين وتكوين علاقات حميمة قائمة على الثقة وتعلم احترام نظرات الناس المتفاوتة والمتفردة للحياة، وإيلائها قدرها. فأن يُؤتى أحدُ الفرصة لدخول الحياة الخاصة لبعض الأفراد هو ولا شك شرف عظيم. فنحن نعرف من تجربتنا الشخصية، أنّ المرء يشعر بامتياز هائل عندما يُوليه الناس ثقّتهم؛ أي عندما يسمحون لك بمعرفة مكنوناتهم ويشاركون معك جوانب ضعفهم، بما فيها من أشياء يُعتقدون أنها مدعاة للخزي. وفوق ذلك، يمكن للتعلم من شجاعة الكثير من العملاء وصمودهم أن يكون مصدر إلهام كبير، لا سيما فيما يتعلق بتعرضهم لصدمات كبيرة في حياتهم أو نجاحهم منها.

في المقابل، يتطوّر لدى بعض الناس اهتمام بعلم النفس الإكلينيكي من خلال تجاربهم الشخصية، حيث تكون قد واجهتهم أمراض عقلية أو مشكلات نفسية داخل عائلتهم نفسها، فيكونون قد اضطروا لاستيعاب عالم معقّد منذ فترة مبكرة. والبعض يُصبح مشغوفًا بالمهنة بعد أن يخوض تجربة العلاج كعميل أو كنتيجة لبعض الصعوبات الشخصية. أو ربما يتّقد عندهم اهتمام مبدئي بسبب رغبتهم في فهم أنفسهم أو المقرّبين لهم فهمًا أفضل.

كما يُؤكد الكثير من الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين فوق ذلك على التنوع والتفاوت داخل هذا الدور، وعلى الإثارة والمتعة في دمج العلم والنظرية والممارسة الإكلينيكية في مهنة واحدة. فالتبادل بين إنشاء علاقة قريبة مع العملاء من جهة وبين بناء تفسيرات مُستقاة من العلم والنظرية من الجهة الأخرى يجعل كل يوم تحديًا لكنّه تحدّ مُثير. فالقبعات العديدة التي ترتديها باعتبارنا اختصاصيين ممارسين وباحثين ومُعلمين ومشرفين وقادة فريق وخاضعين للإشراف تجعل الملل شبه مُستحيل.

على الرغم من ذلك، فمن الضروري القول إنّ علم النفس الإكلينيكي لا يُناسب الجميع، وإن كان جذابًا. فقد يكون من الأيسر أن تُصبح مُدرّبًا حياتيًا أو معلمًا، إن كنت تُستمتع بإسداء النصح للناس أو مدّهم بالمعلومات. وإذا كنتَ تريد أن تُصبح معالجًا في الأساس، فقد يكون من الأسرع لك أن تتلقّى تدريبات في الإرشاد النفسي أو في نموذج علاجي مُعيّن. وإن كان حصولك على لقب رسمي مهم لك (كأن تلقب بـ«الدكتور» على الدوام)، فقد يكون الطب أنسب لك. وإن كانت الحقائق والمنطق و«الواقع» مُهمين بالنسبة إليك، فقد يكون الالتحاق بعمل في القانون أو الخدمات الأمنية أفضل لك من

التعامل بشكل يومي مع القرارات التي تبدو عاطفية وغير منطقية التي يتّخذها الناس عندما يكونون تحت ضغط. فوق ذلك، إن كنت تريد أن تجني مالاً وفيراً فقد يكون من الأفضل لك أن تعمل في الاقتصاد أو القانون: فما لم تكن محظوظاً فستظلّ تحيا على القروض أو المنح حتى الثلاثينيات من عمرك، وربما تعمل بعدها في قطاع الخدمات العامة حيث تتفاوت مستويات الدخل والظروف. أو ربما تعمل في عيادة نفسية خاصة مما يستدعي أن تتولى نفقات مكتبك وتأمينك ومُشرفك والدعم الإداري، إلى جانب غياب الأمان في التوظيف الذاتي.

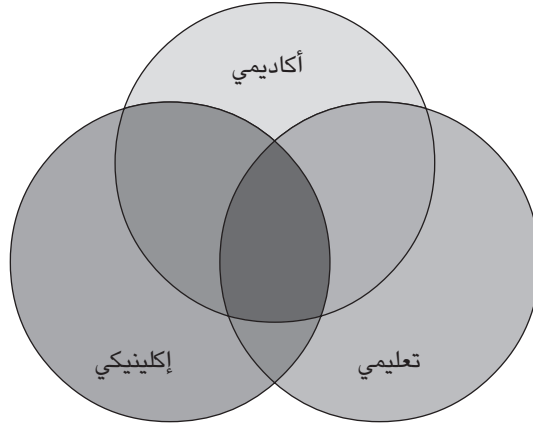
وعلى الصعيد الشخصي، يُمكن لهذه المهنة أن تكون مليئةً بالتحديات. ذلك أنها تستلزم من ممارسيها أن يكونوا مُستعدّين للتفكير والتساؤل واستقبال التعليقات من عملائهم وزملائهم وأن يكونوا قادرين على تحمّل المشاعر الشاقة. فالكثير من العملاء لا يُعبرون عن الشكر أو العرفان أو التقدير لجهودك ووقتك، وقد يرجع هذا جزئياً إلى تجاربهم السابقة. فعادةً ما يتواصل الناس مع الاختصاصي النفسي الإكلينيكي عندما يكونون في أسوأ حالاتهم: في غمرة من المشاعر، أو في أزمة، أو على حافة انهيار علاقاتهم. لهذا السبب، قد لا يكون بمقدورهم مراعاة مشاعرك أو احتياجاتك. وفي بعض الأحيان، قد يتملك العملاء غضب شديد وقد يعبرون عن هذا تجاهك، بصرف النظر عن أفعالك أو كلماتك.

ليس عمل الاختصاصي النفسي الإكلينيكي مجرد وظيفة بالنسبة إلى مُعظمنا بالطبع (فهناك طرق أخرى أبسط لكسب لقمة العيش). وإنما يُعدّ من نواحٍ كثيرة طريقة للعيش: تلك الرغبة العميقة المتجذّرة في مساعدة الآخرين، والافتتان بالبشر، والفضول بشأن ما يختبره البشر من صعوبات وتجارب وأشكال للهشاشة واختلافات، والإشباع الناتج من التحديّ الفكري والوجداني اليومي للعمل مع الأشخاص المُكتئبين.

التدريب في علم النفس الإكلينيكي

يتفاوت تدريب وترخيص الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين من بلد لآخر، لكنه يجمع على الدوام مزيجاً من البحث الأكاديمي والمتطلبات التعليمية والخبرات الإكلينيكية (انظر الشكل ٥-١). غالباً ما يشمل هذا التأهيل ثلاث سنوات على الأقل من الدراسة الجامعية لعلم النفس، تليها فترة لا غنى عنها من الخبرة في الممارسة الإكلينيكية، ثم يتبعها ثلاث إلى ست سنوات في البرامج الأكاديمية للدكتوراه.

علم النفس الإكلينيكي



شكل ٥-١: الجوانب الثلاثة في تدريب علم النفس الإكلينيكي.

في الولايات المتحدة الأمريكية، تُؤدى بعض البرامج الدراسية في علم النفس الإكلينيكي إلى نيل درجة الدكتوراه في الفلسفة بتركيز كبير على البحث العلمي، وغالبًا ما تُدرس داخل الجامعات. بعض برامج الدكتوراه الأخرى في علم النفس الإكلينيكي تُركّز على الممارسة العلاجية بدرجة أكبر، وتؤدي إلى منح درجة الدكتوراه في علم النفس. تكون هذه البرامج عادةً داخل الكليات الخاصة والمدارس المهنية. كلا النوعين من البرامج يستغرق ٥ سنوات من الدوام الجزئي ويحتاج تمويلًا ذاتيًا. هذا يعني أن أغلب الطلبة يقترضون قروضًا تُحمّلهم بديون تبلغ ١٠٠ ألف دولار أو أكثر على مدى فترة تعليمهم.

في المملكة المتحدة، يتطلب العمل كاختصاصي نفسي إكلينيكي إتمام درجة دكتوراه علم النفس الإكلينيكي، وهي درجة دكتوراه للممارسين تجمع بين العناصر الإكلينيكية والتعليمية وعناصر البحث العلمي. وعلى خلاف الولايات المتحدة الأمريكية، تكون هذه الدرجة في المعتاد برنامجًا جامعيًا بدوام كلي يستغرق ثلاث سنوات يتبع خدمة الصحة الوطنية. في الوقت الحالي يحصل المُتدربون على تمويل لأغراض تعليمهم وتدريبهم الأكاديمي بينما يقومون بأعمال إكلينيكية لصالح الخدمات التي تُقدمها خدمة الصحة الوطنية لمدة ثلاثة أيام في الأسبوع أو أربعة. (لاحظ أن لفظة «طالب» تُستخدم أكثر في الولايات المتحدة، بينما تُستخدم «متدرب» أكثر في المملكة المتحدة؛ وهما يُستخدمان بالتبادل داخل هذا الكتاب.)

في أغلب الدول الغربية، بما فيها الولايات المتحدة وكندا والمملكة المتحدة، تتطلّب ممارسة علم النفس الإكلينيكي الحصول على ترخيص أو قيد. وفي أغلب الدول يكون لقب «اختصاصي نفسي إكلينيكي» حصراً على الاختصاصيين الذين أنهوا أحد مؤهلات الدراسات العليا بنجاح ولديهم رخصة لمزاولة المهنة في مكانهم، ومُقيّدون داخل هيئة مهنية معيّنة. ورغم أن الأمر يتفاوت بين الدول والولايات، فثمة متطلبات ثلاثة شائعة: شهادة من برنامج تعليمي مُعتمد، وحدّ أدنى من الخبرة الإكلينيكية الخاضعة للإشراف، والنجاح في امتحانٍ ما.

أن تُصبح عالمًا

صحيحٌ أن الموضوعات المحددة قد تختلف وفقًا للجامعة أو طاقم التدريس، لكن من المتوقّع أن تتناول برامج الدكتوراه في علم النفس موضوعات كالموضّحة في مربع ٢٠.

مربع ٢٠: البرنامج الأكاديمي المعتاد لدرجات الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي

- التواصّل الإكلينيكي.
- مهارات الإرشاد العامة.
- مهارات التقييم والتوصيف.
- أساليب البحث الكمية والکیفية.
- نظريات العلاج النفسي (مثل العلاج المعرفي، والعلاج المعرفي السلوكي).
- علم الأمراض النفسية (مثل اضطرابات الشخصية، الذهان، القلق، الاكتئاب).
- علم الأمراض النفسية النمائية (مثل التوحّد).
- إساءة استخدام المواد والإدمان.
- الصدمات النفسية والإجهاد النفسي والمرونة النفسية.
- علم النفس في مجال الصحة الإكلينيكية.
- المنظور النفسي على مدى مراحل الحياة؛ تطوّر الأطفال والبالغين.
- علم نفس الأسرة والطفل.
- علم نفس المجتمع.
- علم النفس الجنائي.
- تقييم البرامج/الخدمات.

- أخلاق المهنة.
- الوعي الثقافي والاجتماعي.
- الإشراف والاستشارة والتدريس.

غالبًا ما يكون أعضاء هيئة التدريس في الجامعة هم من يتولون أدوار التدريس بشكل أساسي، ويُكْمَلهم في ذلك ممارسون إكلينيكيون وباحثون يقدمون محاضرات الزوار. فالعديد من كبار الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين يستمرُّون في التدريس داخل جامعتهم المحلية، ويستمتعون بمشاركة شغفهم مع الأجيال المُقبلة من الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين. بهذه الطريقة يقابل المدربون العديد من الخبراء المحليين في هذا المجال ويبنون شبكة علاقات مهنية، ويحتكُّون بمنهجيات وأساليب عمل مختلفة، ويكتسبون تصوُّرًا عن مختلف الخدمات وخيارات المسلك الوظيفي. تشمل أشكال التدريس المحاضرات، وورش العمل، والدورات التفاعلية، وفرص التعلم التجريبي مثل تمثيل الأدوار والمجموعات التأملية.

وكجزء من التدريب الأكاديمي، يخضع المُتدربون باستمرار لتقييم مهاراتهم الكتابية، وينبغي عليهم أن يُقدِّموا الكثير من تقارير الحالات، وتوصيفات الحالات، والتقييمات، وخطط العلاج، والمقالات النظرية، وكتابة مراجعات للمؤلفات والدراسات السابقة والمشاريع البحثية الصغيرة. كما تتطلَّب برامج الدكتوراه عمل مشروع بحثي تجريبي أو أطروحة مُستقلة مُبتكرة. يستغرق إجراء أطروحة الدكتوراه وقتًا طويلًا؛ إذ تبدأ بمراجعة الدراسات السابقة، ثم تحديد السؤال البحثي، وإيجاد مُشرفٍ بحثي، وبناء مُقترحٍ بحثي، وتصميمٍ بحثي مُناسب، والحصول على الموافقة الأخلاقية، وجمع البيانات والتحليل، والتفكير في النتائج، وكتابة النتائج في صورة احترافية مُناسبة للنشر، وفي النهاية، مناقشة الأطروحة أمام اختصاصيين كبار في هذا المجال. إنَّ هذه المتطلبات الأكاديمية من مراجعةٍ للحالات والدراسات السابقة، وكتابة المقالات، وإجراء المشاريع البحثية والأطروحة، تعني أنه مع العمل الإكلينيكي لثلاثة أيام في الأسبوع أو أربعة، وحُضور محاضرات ليوم أو اثنين؛ تُنْفَق أغلب الليالي وإجازات نهاية الأسبوع إما في قراءة المؤلفات البحثية، أو الكتابة الأكاديمية، أو التحضير للعمل الإكلينيكي. فليس التدريب لذوي القلوب الضعيفة!

أن تُصبح ممارساً

سواء أَسَميناه الامتياز أو الدراسة العمليّة أو التدريب الميداني، لا بدّ أن تشتمل جميع برامج الدكتوراه للتأهيل في علم النفس الإكلينيكي على خبرات إكلينيكية خاضعة للإشراف. في الولايات المتحدة، يختار الطلبة فئة الخدمات أو العملاء التي يودّون العمل معها من بين تشكيلة من التدريبات العمليّة المعتمّدة، والتي تخضع بشكلٍ أساسي لسُلطة جمعية مراكز التدريبات الميدانية وما بعد الدكتوراه في علم النفس. هذا يعني أن الطلبة يحتاجون لأن يقوموا بعملية مطوّلة من التقديم على التدريبات الميدانية (وما تشمله من كتابة السير الذاتية والمقابلات الشخصية ... إلخ)، وقد لا يعملون في المكان الذي يُفضّلونه في النهاية. لكن هذه العملية برغم أنها قد تُرى أحياناً شاقّة ومرهقة، فإنها تساعد الطلاب على بناء خبرة في مساحات معيّنة وتعزز من معارفهم ومهاراتهم، وتُمثّل لهم جولة تدريبية قيّمة على عمليات التقديم (وهي مُفيدة لهم عند البحث عن عمل بعد الحصول على المؤهل). في المقابل، يختلف الأمر في برامج التأهيل في علم النفس الإكلينيكي داخل المملكة المتّحدة والدول الأوروبية الأخرى؛ إذ غالباً ما تكون التدريبات الميدانية/الدراسة العمليّة من تنظيم برنامج الدكتوراه نفسه، فيوزّع الدارسون على التدريبات العمليّة في خدمات محلية مُختلفة، وفقاً للاحتياجات المهنية للخدمة أو المتدرّب. ليس للمتدرّبين رأي كبير في اختيار المكان (وقد يحتاجون لأن يتنقلوا مسافات طويلة يومياً لحضور عدة تدريبات) ولا فئة العملاء ولا الخدمة والمُشرف. وصحيحٌ أن مساحة اختيارهم أقل، لكن هذا النظام يُقلّل الوقت المبذول في عمليات التقديم الرسمية، كما يضمن أن المتدرّب سيكتسب خبرات إكلينيكية كثيرة في العمل مع الأطفال والبالغين وكبار السنّ وذوي الإعاقات التعليمية.

الاختبارات والقيود

جميع برامج علم النفس الإكلينيكي تُقيّم طلابها لضمان أنهم حصلوا المُستويات المهنيّة المطلوبة ويُمكنهم أن يُقدّموا خدماتهم للعملاء بشكلٍ آمن. تستخدم بعض البرامج امتحانات كتابية قياسية رسمية مثل اختبار الممارسة المهنيّة لعلم النفس في أمريكا. وتوفّر هذه الاختبارات تقييماً شاملاً لمعرفة المتقدم وممارساته ومهاراته التطبيقية. ورغم أنّ المحتوى قد يختلف قليلاً بين البلدان والولايات والبرامج التدريبية، فإنّ بنيته تشتمل مزيجاً من المكوّنات الكلامية (مُقابلة شخصية وعرض تقديمي) والكتابية. لا أحد يستمتع

بخوض الامتحانات لكن لا أحد تقريبًا يختلف مع أن وجود نوع من الرقابة ضروري حتى نحمي العملاء ونحافظ على المستوى.

الإشراف: مساحة للتفكير المهني

إنَّ الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين لا يتلقون التدريب ليصبحوا علماء ممارسين فحسب، بل ليصبحوا علماء ممارسين مُتفكرين. ويشتمل التفكير، كما أوضحنا في الفصل الأول، على مراعاة احتياجات مختلف العملاء وعائلاتهم، وكذلك رغباتهم وآرائهم، وتحديد النهج الأفضل لمساعدة كل فرد. رغم أن التفكير قد يكون مسألة طبيعية للبعض، فإنَّ التأهيل يستلزم أيضًا التفكير المنهجي في الدمج بين العلم والممارسة الإكلينيكية من خلال الإشراف. وعادةً ما تتضمن جلسة الإشراف اجتماعَ اثنين أو أكثر من المتخصصين بانتظام لمدة ساعة في المرة لمناقشة الحالات وتخوفات مُتلقي الإشراف. ينبغي على الطلاب أن يخضعوا للإشراف الإكلينيكي الفردي مع المُتخصِّصين الكبار في الجامعة أو الخدمة الإكلينيكية المحلية، إضافةً إلى الانضمام إلى مجموعات الإشراف المتبادل بين الأقران بانتظام.

يهدف الإشراف إلى أن يوفر للمتدرب خبرةً تشكيلية معياريةً تصحيحية. فمن خلال تدارس العمل المبذول مع العميل يُعزَّز الإشراف التعلم وتطوير المهارات الإكلينيكية (الخبرة التشكيلية)، ويوفر فرصة لاستكشاف النتائج المتوقعة والأسئلة الأخلاقية والإدارية المرتبطة بالعمل مع العميل بما يتوافق مع إرشادات مؤسسة معينة (الخبرة المعيارية)، ويستكشف التأثيرات الوجدانية لعمل العميل على متلقي الإشراف (الخبرة التصحيحية). لا يقتصر الإشراف على سنوات التدريب. أغلب الاختصاصيين الإكلينكيين يستمرون في تلقي الإشراف على عملهم الإكلينيكي أو البحثي أو كليهما طوال مسيرتهم المهنية. الفارق بين تلقي الإشراف وأنت اختصاصي إكلينيكي حاصل على المؤهل وبين فترة التدريب يكمن بشكلٍ أساسي في المعدل (فالمتدربون يتلقون ساعات إشراف أكثر في مقابل كل عميل). وفي أثناء التدريب أيضًا، يشمل الإشراف عادةً هدفًا رابعًا؛ وهو تقييم كفاءة المتدرب الخاضع للإشراف.

في أفضل الحالات، يخلق الإشراف بيئةً تُعلِّم رائعة؛ حيث يُمكن مُتلقي الإشراف أن يستفيد من خبرة اختصاصيٍّ مُخضرم ذي خبرة في العمل الإكلينيكي/البحث العلمي في المجال، بحيث يُوفر له مكانًا آمنًا للتفكير وتجربة تقنيات مختلفة، والقيام بأخطاء

واستقبال تعليقات. ويُمكن أن تكون العلاقة بين المُشرف ومُتلقّي الإشراف عملية مشابهة للعلاقة بين المُعالج والعميل، أو العلاقة بين الوالد وولده، مما يكشف عن جوانب من العمليات العلاجية التي قد تحدث خلال العمل الإكلينيكي. وتتمثّل هذه العملية الشبيهة بوضوح في تجربة إشراف إيجابية مرّ بها أحد زملائنا وصفها بعبارة:

«إنه ذلك الشعور بأنك تستطيع طرح أي شيء أمام مُشرفتك وأنت واثق من أنها لن تخرج عن طورها ... وهذا يبني لديك ذاك الإحساس الحقيقي بالثقة.»

وإني لأرجو أن هذا الإحساس بالأمان وبأنّ هناك من «يدعمك» هو نفسه إحساس العملاء في العلاج.

لكن في أسوأ الحالات، قد يشعر مُتلقّي الإشراف بأنه يتعرّض للنقد والتقييم والمراقبة وانعدام الأمان، حيث يكون الإشراف مجرد مكان لإرضاء المُشرف، ويُعبّر عنها أحد المعالجين في العبارة التالية:

«إنها لعلاقة صعبة حقًا ... فهي علاقة سلطة، ومُشرفتي تُقيّمني: إنها مؤهّلة وذات سلطة أكبر ... وهذا أمر صعب مع شخص يفترض بك أن تتفكّر معه وتكون مُنفَتَحًا وصادقًا تمامًا بشأن ما تشعر به.»

التفكّر الشخصي في العلاج النفسي

إلى جانب التفكّر المهني، ثمة جانب آخر في أن تكون عالمًا مُمارسًا مُتفكّرًا، وهو التفكّر الشخصي. ففهم الذات مُهم لأن الاختصاصي النفسي ينبغي عليه ألا يفرض «أعباء» الشخصية أو انحيازاته أو تخوّفاته على عملائه. ولهذا تُشجع الكثير من البرامج التدريبية متدربيها تشجيعًا إيجابيًا على المرور بتجربة العلاج الشخصي باعتباره جزءًا من تطوّرهم المهني (انظر الفصل السادس). لكن ثمة برامج أخرى لا تُركز على الفوائد المحتملة للعلاج الشخصي، وتولي تركيزًا أكبر لتطوير المُتدرب مهنيًا. وبعض البرامج تُقدّم مجموعات تفكر أو مجموعات مُعالجة، يُتوقّع فيها من المُتدربين وطاقم التدريس أن يُشاركوا تجارب شخصية (مثل الخلفية العائلية، والعلاقات)، بينما تُؤكّد برامج أخرى بصراحة على أن طاقم التدريس يحترم الحدود بين حياة المُتدربين الشخصية والمهنية، وأن المسائل الشخصية لا تُشارك على الملأ.

الشخص الكامن خلف المتخصص

إنَّ العمل اختصاصياً إكلينيكياً مع عملاء يُعانون من مُشكلات لأوقات طويلة ومع زملاء مجهدين لا يُناسب الجميع. فالأمر لا يُصبح سهلاً أبداً، وإن كنت تتعلَّم عادةً إدارة الأمور بشكل أفضل بمرور السنين. لكن بعض الصعوبات ستظلُّ أصيلةً في دور الاختصاصي النفسي الإكلينيكي طوال مساره المهني، وهي ببساطة جزء من مهنة المتخصصين في الصحة النفسية ببساطة.

غالباً ما تكون الأعوام الأولى هي الأصعب. ومن الصعوبات الشائعة خلالها إخبار عميلك بأنك مُتدربٌ، أو أن يقول لك عملاؤك إنك حديث السن وقليل الخبرة، أو الشعور بالافتقار إلى الثقة في النفس عند العمل مع أناس من مُختلف الخلفيات. فمن المضلات التي تُواجهك كثيراً على سبيل المثال: ما الذي يُمكنني، وأنا شخص حديث السن، أن أقدمه لهذا الشخص الأكبر والأكثر خبرة؟ كيف يُمكنني أنا أساعد والدين رغم أنني ليس لدي أولاد؟ لماذا لم يرجع إليَّ العميل بعد أول جلسة أو طلب الحديث مع مُشرفي؟ ماذا أفعل عندما يعتمد عملائي عليَّ أو يُعبرون عن أفكار ومشاعر بشأن إيذاء أنفسهم أو إيذاء آخرين؟ متى يتعيَّن عليَّ أن أشرك/أستشير مُختصين آخرين؟ هل يُمكنني فعلاً أن آخذ إجازة دون أن أشعر بالذنب؟

أغلب الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين يجدون طريقة لتسوية هذه المسائل مع الوقت، مُضيفين أنهم يَستردون ويطمئنون من خلال قراءة نتائج الأبحاث العلمية أو الإرشادات المهنية وتطبيقها في ممارستهم الإكلينيكية. ومن الأمور الشائعة تعلم استيعاب تعقيدات اتخاذ القرارات الإكلينيكية وتقبلها تدريجياً. فغالباً ما يتوجَّب على الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين التدخل في مواقف معقَّدة تكون فيها الأدلة التي يستندون إليها غير واضحة، مما قد يُشعرهم بمخاطرة كبيرة. ومن غير السهل تقسيم العملاء بسهولة لفئات وأصناف؛ فغالباً ما تكون تجارب العملاء في أرض الواقع أكثر فوضوية مما نتوقَّعه عند قراءة تقارير حالات مرتبة ومنسَّقة في الكتب والدلائل الإرشادية.

ويَندرج ضمن العناصر الأساسية للتفكُّر الشخصي، التفكير في كل عميل على حدة وفقاً لسياقه وثقافته المحدَّدة. فقد وُرد على سبيل المثال، عن اختصاصي إكلينيكي حصل على مؤهله حديثاً، ما يلي:

«لم أتوقَّع يوماً أن تكون هذه الرحلة مليئةً بالتحديات على الصعيد الشخصي إلى هذا الحد. لقد ترك التدريب لديَّ من الأسئلة أكثر ممَّا أعطاني من إجابات.

ها أنا أخرج من هذا البرنامج الدراسي مُدرِّكاً أن ثمة حيزاً للتقنيات والنماذج النفسية في غرفة العلاج لكنها لا تشغل حيزاً هائلاً. فالأشخاص الذين يدخُلون غرفة العلاج هم الأهم بالنسبة إليّ الآن، تليهم المشكلة الماثلة أمامهم وكل شيء آخر. سأنتظر لأرى ما سيحدث.»

قد تتفاجأ عندما تسمع هذا عن مجال يدور بأكمله حول الناس، لكن العمل كاختصاصي نفسي إكلينيكي يُسبب شعوراً بالوحدة أحياناً. ففي بعض أماكن الممارسة الإكلينيكية قد تكون أنت الاختصاصي النفسي الإكلينيكي الوحيد الذي يعمل مع خدمة معيّنة أو فئة معيّنة من العملاء؛ فلا أحد آخر قد يكون له تعامل مع مُشرفيك وزملائك، وقد تُشعرُك الساعات الطويلة التي تقضيها في المذاكرة والكتابة وحل المسائل الإحصائية في البيت بالوحدة. لذا قد يكون استقبال الدعم من اختصاصي نفسي إكلينيكي زميل مفيداً جداً إن تسنى لك ذلك. هذا الدعم قد يتفاوت بين اجتماعات إشراف مُتبادل بين الأقران تُنسّق رسمياً، ولقاءات عفوية في كافيتيريا مكان الممارسة الإكلينيكية عندما يبدو كل شيء مُرهقاً للغاية. وقد أضاف هذا الاختصاصي النفسي الإكلينيكي الجديد أيضاً:

«بصفتي اختصاصياً إكلينيكياً مبتدئاً، أقدر حقاً الدعم الذي أختبره عندما ألتقي بزملائي المبتدئين الآخرين في أيام التدريس العادية في القسم؛ لأفرغ بعضاً من الضغط، وأتذمّر من تنقلاتي اليومية الطويلة، وأشارك تجاربي مع العملاء والمُشرفين وقلقي بشأنها.»

ماذا عن الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين الأكثر خبرة؟ صحيح أننا مُتخصّصون نتلقّى مالاً لقاء عملنا، لكننا أيضاً بشر، وقد نواجه في بعض الأحيان صعوبات في الحفاظ على مسافة مناسبة بين أنفسنا وبين تجارب عملنا الشعورية المريرة في الفترة المتاحة لذلك بين الجلسات. وقد تكون لهذا تبعات جيّدة وأخرى سيئة. وهنا أقتبس من كارل يونج قوله: «التلاقي بين شخصيتين يُشبه التلاقي بين مادتين كيميائيتين: إن حدث أيُّ تفاعل بينهما، فلا بد أنه يُغيّرهما كليهما.»

وقد يكون من الصعوبة بمكان أن تُصبح اختصاصياً نفسياً قادراً على الإنصات باهتمام عندما يتكلم العملاء عن تاريخهم الشخصي المأساوي (والذي قد يمسُّ بعض منه ذاتك أيضاً). على سبيل المثال، قد يكون من الصعب أن تسمع سرداً تصويرياً عن اعتداء جنسي أثناء الطفولة إن كان لديك طفل في نفس السن، أو إن كنت أنت نفسك

تعرّضت لأحداث مأساوية مُشابهة أثناء طفولتك. بصفتك متخصصًا يعمل بمهنية، يجب أن ينصبَّ اهتمامك الأكبر على عميلك بالطبع، لكن هذا يظلُّ مُرهقًا شعوريًا أحيانًا. وبالمثل، قد يكون من الصعب أن تتمسَّك بشُعورك بالأمل عندما يكون عميلك في حضيض اليأس، وليكن مثلًا بسبب تعرُّضه لإصابة أو مرض خطير، أو أن تعرف على وجه التحديد متى ينبغي عليك أن تطلب مُساعدة إضافية إن كان العميل يُفكِّر في الانتحار.

ومن المُؤسف أن حوالي ٥% من الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين الذين يعملون مع عملاء يعانون من أزمات كبيرة من ضغطٍ بالغ يُؤدِّي إلى ما يُعرف بـ «إنهاك فرط التعاطف»، والذي يشكِّل خطرًا على الاختصاصي النفسي وعمالته. قد يُطلق على هذا مصطلحات بديلة مثل الصدمة «المتعدية» أو «الثانوية»، أو «غير المباشرة». ينجم إنهاك فرط التعاطف عن قلق الاختصاصي النفسي الإكلينيكي المُفرط على عملائه، وقد يظهر في صورة أعراضٍ إجهادٍ مثل صعوبات النوم، والكوابيس، والتنبُّه المُفرط والتحفز، والتوتر، وأن تستحوذ صدمة معينة على تركيزه.

نستطيع، على سبيل المثال، أن نتذكَّر زميلةً كبيرة كانت تدير مجموعة علاجية بكفاءة، لكنها صارت مُنزوية فاقدة للإحساس، مغمورة بالشعور بالذنب والمسئولية؛ عندما انتحر أحد عملائها الذين تابعوا معها لمدة طويلة، وبدأت عائلة العميل في رفع قضية ضدها. هذا الانتحار المفاجئ استدعى من زميلتنا أن تُولي أولوية كبيرة لإدارة مشاعر العملاء الآخرين المشاركين في المجموعة وأفراد عائلة العميل وفريق العاملين. لكن مشاعرها الشخصية من فقدٍ وغيظٍ وفشلٍ وقلق بشأن فقدان شخص كانت تدعمه لسنوات طويلة كانت في قاع قائمة أولوياتها. وكانت النتيجة بالنسبة إليها إنهاكًا عاطفيًا شديدًا، مما دفعها إلى التفكير في الاستقالة من مهنتها ومسارها المهني الذي اختارته بعناية.

ثمة مفهوم ذو صلة بهذا وهو «الاحتراق النفسي». يظهر الاحتراق النفسي جليًا في عدد من المهن، بما فيها من يعملون مع مشكلات المعاناة النفسية. هذا المفهوم مُرتبط بنقص الإشباع في الوظيفة وفي الغالب يتطور تدريجيًا مع مرور الوقت لا يطرأ فجأة. ينشأ الاحتراق النفسي في الغالب، على خلاف إنهاك فرط التعاطف، عندما لا تتوافق احتياجات الفرد مع متطلبات مكان العمل. في مجالنا، قد تتضمن مُتطلبات مكان العمل، مثلًا الضغط الناتج عن قوائم الانتظار الطويلة، ونقص الموارد أو الوقت المُكرَّس للأبحاث،

وتحمّل مسئولية عدد كبير من العملاء، والتعامل مع قلق زملاء العمل، جنبًا إلى جنب مع المتطلبات البيروقراطية من كتابة الملاحظات اليومية والتسجيل والتقييمات وكتابة الرسائل.

إن بدأ المرء يشعر بالاحترق النفسي فقد يبدأ التعامل مع عملائه بتعاطف أقل أو يشعر باليأس أو يولي اعتبارًا أقل لمشاعره ومشاعر الآخرين كذلك. في استبيان حديث، قال ثلث الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين إنهم يشعرون أنهم مُغرَقون بالمهام البيروقراطية غير المهمّة في ممارستهم، وأنهم يشعرون بالإجهاد من مهامهم الإدارية أكثر مما يشعرون بذلك من العملاء. كما قد عبّر اختصاصي نفسي كبير عن مروره بالاحترق النفسي بعد سنين طويلة من الممارسة الإكلينيكية، عندما أصبح المنتفّس الشعوري لزملائه الصغار والمديرين إلى جانب عملائه.

الاعتناء بالذات

ليس من الممكن أن نتجنّب جميع أشكال الإجهاد المرتبط بالعمل، لكن الوعي بالعوامل المُنذرة بحدوث إنهاك فرط التعاطف والاحترق النفسي خطوة أولية مهمّة. فنحن نعلم أن هناك عدة عوامل تزيد من احتمالية حدوث إنهاك فرط التعاطف؛ فهي تزيد مثلًا لدى الإناث، وتزيد مع صغر السن، ووجود شيء من المعاناة الشخصية، وقلة الخبرة، إضافة إلى عدم الحصول على تدريب متخصص في التعامل مع الصدمات، والعمل في خدمة المرضى المُقيمين، وتولي أعباء كبيرة في العمل، والعمل مع ضحايا الصدمات. عندما يكون المرء واعيًا بهذه العوامل المُنذرة، قد تُؤدي زيادة درجة الاعتناء بالذات دورًا حقيقيًا في الحماية. فمن المُحتمل مثلًا أن يحمي تلقّي العلاج الشخصي (سواء كان ذلك في الماضي أو الحاضر) من الإجهاد النفسي الناجم عن العمل، وكذلك الخضوع لإشراف مُستمر، والعمل ضمن فريق. فالشعور بالدعم من مجموعة من الزملاء الذين يفهمون تجربتك يُمكن أن يكون بالغ الأهمية.

إلى جانب ذلك، يُقلل استخدام التقنيات المؤيدة بالأدلة من حدوث الاحترق النفسي وإنهاك فرط التعاطف، ويزيد من الشعور بالرضا، وربما يكون ذلك لأنه يُساعد الاختصاصي النفسي الإكلينيكي على الشعور بدرجة أكبر من الاستعداد والثقة. إلى جانب ذلك، من الممكن أن يوفر القيام بمجموعة متنوعة من الأدوار أو المهام الحماية كذلك؛ ففرص الشعور بإنهاك أو الاحترق النفسي بسبب العمل مع عملاء مُتطلبين وجدانيًا تقلُّ

بشكل كبير عندما لا تجمع كل البيض في سلّة واحدة. هذا يعني أنه في الأيام التي يكون فيها العمل مع العملاء مجهدًا، قد يكون التركيز على مشروع بحثي أو اجتماع مع فريق أمرًا مريحًا. أو ربما تجني الإشباع من خلال مشاركة علمك سواء بالتدريس أو الإشراف.

عمل الاختصاصي النفسي الإكلينيكي لا يتوقّف أبدًا

رغم متطلبات هذه الوظيفة ومخاطرها، لا يُعاني معظم الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين في حقيقة الأمر من إنهاك فرط التعاطف أو الاحتراق النفسي في حياتهم المهنية. فبعد تلقّي التدريبات، تظل مهنة الاختصاصي النفسي الإكلينيكي بالنسبة إلى معظم الناس مُرضية ومُشعبة ومُحفزة باستمرار. فالأغلبية يظلّون يُمارسون العمل الإكلينيكي طوال حياتهم المهنية. وثمة طرق عديدة ومتنوعة لكسب العيش من خلال العمل كاختصاصي نفسي إكلينيكي، بدءًا من العمل في المؤسسات الكبيرة الممولة من الدولة وحتى العيادات الخاصة. وقد يتراوح التركيز من العلاج الفردي إلى قادات الصناعة الكبار، ومن العمل مع الأطفال حديثي الولادة إلى كبار السن.

إنّ الاستمرار في هذا العمل يستلزم الانتباه الذهني، والمرونة الوجدانية، والاهتمام المستمر بفهم معاناة الآخرين وتخفيفها. في الوقت الحالي، يعمل العديد من الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين لما بعد سن التقاعد التقليدي بفترة طويلة. وتُظهر قاعدة بيانات دولية كبيرة تضمّ آلاف الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين أنّ البعض يستمرّون في عملهم حتى التسعينيات من عمرهم. وعن هذا عبّر اختصاصي نفسي إكلينيكي قدير ذو خبرة طويلة، وهو أيضًا أستاذ متفرغ، قائلاً:

«لطالما كانت عندي رغبة قوية في أن أظلّ ناشطًا في العمل الإكلينيكي، وإن كان بعض وقتي الآن يُبدّل في المهام الإدارية والإشراف على مُتخصّصين آخرين وزملاء مُبتدئين. وكالعديد من زملائي، ظللت أطور مهاراتي المهنية والشخصية من خلال خُضوعي للإشراف وعلاجي الشخصي ومتابعة أحدث التطورات في المجال من الأبحاث وقراءة الدوريات.»

هذا الحسّ المُستمر بالتعلم والنمو على مدى المسيرة المهنية مدعوم أيضًا بالشروط المهنية التي تقتضي من كل الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين حضور فعاليات للتعلّم

بناؤنا لشخصية العالم الممارس المتفكّر

المستمر كل عام، كورش العمل والمؤتمرات. بهذه الطريقة، تتعاون المهنة يدًا بيد مع الهيئات التي تنظم عمل المتخصصين لحماية الحماس والالتزام المستمرين اللذين يُديهما الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون؛ ومن ثمّ حماية الجمهور الذي يستفيد من هذه الخدمات.

مواطن الاتفاق والاختلاف في الوقت الحالي

لقد ناقشنا حتى الآن في هذه المقدمة القصيرة جداً طبيعة عمل الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين، وبيئات عملهم، وأنواع عملائهم، وطريقة تفكيرهم وتدريبهم، والجهات التي تُوظِّفهم، إضافةً إلى ما يشعرون به تجاه عملهم. في هذا الفصل نُلقِي نظرة على ما يتفق عليه أغلبهم، وما يثير الجدل بينهم. لكن علينا أولاً أن نَعترف أن الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين بصفتهم المهنية يتعرضون للانتقاد في كثير من الأحيان بسبب «عدم» تعبيرهم عن اعتراضهم أو عن آرائهم بحزم ووضوح كافٍ.

في مُعظم الأحيان، لا يُعبّر الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون عن آرائهم بوضوح إذا ما قارنناهم بالقضاة والأكاديميين ومُمارسي المهن الطبية. يبدو أن مُعظم الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين يفضلون تجنب الصراع، غير راغبين في الانحياز إلى جانبٍ بعينه أو مواجهة الآخرين. فغالبية الاختصاصيين النفسيين لن يُخبروك بما يجب أن تعتقده، أو إذا كان ما تقوم به صواباً أم خطأً. ورغم أن تبني الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين لهذا الموقف المنفهم المُنتح أمر جيد، فإن الكثيرين يقولون إنَّ الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين يقفون على الحياد بالفعل في كثير من الأحيان.

ولهذا الموقف المُتمثل في الوقوف على الحياد تبعاته على المستوى الفردي متمثلاً في العملاء وعلى الرعاية الصحية النفسية في المُجمل. فعلى المستوى الفردي، من الممكن مثلاً لعملية تطلب النصيحة أن تشعر بإحباطٍ شديدٍ عندما يرفض الاختصاصي النفسي إعطاءها آراءً واضحةً ويُشجعها بدلاً من ذلك على استكشاف أفكارها ومشاعرها. وعلى المستوى العام، يُنتقد علم النفس الإكلينيكي على أنه لا يُعزِّز نفسه بما يكفي، ولا يتحدّى

القبول الواسع الانتشار لوسم التعاسة بِسْمَةِ «المرض النفسي»؛ أي رؤية الأشخاص التُّعَسَاءَ على أنهم «مرضى». ولأنَّ مجال علم النفس الإكلينيكي غالباً ما يتوازى مع الطب النفسي، ويستخدم المصطلحات الطبية والتشخيصات؛ فكلاهما متَّهَمٌ بالتواطؤ مع نموذج الصحة النفسية القائم على المرض هذا، بدلاً من تعزيز النظر إلى المشاعر الصعبة على أنها تبعات طبيعية للتعامل مع متطلبات الحياة.

إضافةً إلى ذلك، انتقد الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون لتركيزهم المفرط على الفرد، مما يحد من أهمية إسهام العوامل الاجتماعية أو الاقتصادية في المعاناة الشخصية، ويُنْتَقَدُونَ أيضاً على رؤيتهم للشخص المأزوم على أنه هو مَنْ لا يستطيع التكيف مع العالم والمجتمع، بدلاً من أن يروا أن المشكلة تكمن في العالم أو المجتمع.

ويزعم البعض أن علم النفس الإكلينيكي لا يقدم إلا حلولاً فردية مؤقتة لمشكلات اجتماعية أكبر؛ كالوحدة والأذى العاطفي والتعدي الجنسي وانهيار الزواج والتفاوت الاقتصادي وتبعات البطالة والتحيز العرقي والاضطهاد (ونحن نعلم أن جميعها وثيق الصلة بمشكلات الصحة النفسية)، وأتينا إن أردنا فعلاً أن نساعد الناس فلا بد أن نتعامل مع المشكلات الاجتماعية الكبرى. فمُساعدة الناس على فهم السبب في شعورهم بالتعاسة (وليكن ذلك من خلال العلاج النفسي) قد لا يُفيد بقدر ما سيفيد التصدي لعدم المساواة والتمييز في المجتمع، مما قد يُقلِّل فرص مرور الناس بالمشكلات النفسية في المقام الأول بفعالية أكبر.

وبناءً على ذلك، يقول البعض إنه يجب علينا أن نكون أكثر استعداداً للتعبير عن رأينا والمشاركة في الحملات المتعلقة بقضايا اجتماعية أوسع؛ فنكون بمثابة صوت مَنْ يُعانون من صعوبات نفسية لكنهم غير قادرين على التعبير عن أنفسهم أو غير راغبين في ذلك. وإذا لم نتولَّ هذه المسؤولية الاجتماعية، فإننا نُخْفِقُ في دورنا في مناصرة المحرومين أو المضطربين نفسياً أو المهمشين في المجتمع.

على الرغم من ذلك، يقول آخرون إن هذه المشكلات مشكلات سياسية واجتماعية عمومية، تتجاوز نطاق حلول علم النفس الإكلينيكي؛ إذ تُثِيرُ تساؤلات عن الأيديولوجيا والقيم والمعتقدات التي لا يُمكن للمُتَخَصِّصِينَ بمُفْرَدِهِمُ الإجابة عنها. فجميعنا لدينا الحق في محاولة التأثير على نظام المجتمع بصفَتِنَا مواطنين فيه، لكن البعض يرى أنه لا ينبغي علينا السماح لآرائنا الشخصية أو السياسية بالتداخل مع عملنا بطريقة ما.

مواطن اتفاق الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين

رغم مواطن الخلاف التي عرضناها، تُوجد بعض المبادئ الأساسية التي نميل جميعًا إلى الاتفاق عليها. تتعلّق هذه المبادئ بما يُعتقد الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون أنه يسبب المشكلات النفسية؛ آليات عمل أذهاننا؛ وما يساعد الناس على التغيير؛ وكيف يُمكن للتدخلات النفسية مساعدة الأشخاص في تحقيق هذه التغييرات. فيما يلي قائمة موجزة بما يُتفق الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون على أنه يسبب مشكلات نفسية:

(١) معظمنا متأثرون تأثرًا كبيرًا بخبرات طفولتنا المبكرة، وإن كنا لسنا محدودين بها. وتؤثر الخبرات المبكرة على نظرتنا لأنفسنا وللآخرين والعالم. فجميعنا يرى علاقاتنا الجديدة بصورة جزئية من خلال عدسة العلاقات المهمة التي مررنا بها مبكرًا.

(٢) غياب الرعاية المنتظمة المُفعمّة بالعطف من الوالدين يؤثر بالسلب دائمًا، لكننا قد نتعافى من التجارب النفسية المؤذية، لا سيما إذا وفّر لنا أشخاص آخرون في حياتنا دعمًا منتظمًا.

(٣) لا أحد يظلُّ سعيدًا بنسبة ١٠٠٪ طوال الوقت. فالصحة النفسية تتراوح في مستوياتها مُشكّلة طيفًا مستمرًا، وقد نكون في أيّ موضع من هذا الطيف في أوقات حياتنا المختلفة. نحن جميعًا نختبر تجارب شعورية صعبة في بعض الأحيان، ولكن بعض الأشخاص يعيشون صعوبات شعورية مُعيّنة بصورة أشد أو أكثر تكرارًا من الآخرين.

(٤) الفقر والتفاوت الاجتماعي والصدمات تُضرب بصحتنا النفسية وتؤثر على قدرتنا على عيش حياة صحية نفسيًا. وتُشير الأدلة إلى أن التوزيع غير المتساوي للثروة والعيش في فقر يُرتببان بمستويات المعاناة النفسية.

(٥) لدينا جميعًا تكوين وراثي فريد يتفاعل مع بيئتنا الأسرية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية وتجاربنا الحياتية (والعكس بالعكس). ومن ثم، فكلُّ شخص مختلف وإن كان يصف صعوبات مشابهة للصعوبات التي يصفها غيره.

كيف يعمل الذهن؟

(١) الجميع تقريبًا يُريدون أن يكونوا محبوبين ويسعون لتكوين علاقات مع أناس آخرين. وأغلب من يشعرون بأنهم مرفوضون أو مُهمّشون أو لديهم تقدير مُتدنٍ لذواتهم يميلون إلى لوم أنفسهم قبل لوم الآخرين. ينتج عن هذا تعاسة تظلُّ تُكرر نفسها.

فشعورنا بأننا على صلة مع الآخرين وتلقينا الدعم منهم من العوامل التي تحمي سلامتنا النفسية.

(٢) التعلُّل (أي القدرة على فهم الرغبات والمشاعر والمعتقدات والنوايا التي تنبني عليها أفعالنا وأفعال الآخرين) مُهمٌّ في حماية صحتنا النفسية، ويُمكن لأغلب الناس تطويره بمساعدة التدخلات النفسية.

(٣) لطريقة تفكيرنا (أو حُكمنا) على صحتنا الجسدية والنفسية تأثير على صحتنا لا يقلُّ عن تأثير «الحقائق» الموضوعية. ويمكننا التعبير عن ذلك بمقولة شكسبير: «ما من شيء في حد ذاته جيد أو سيئ، إنما التفكير ما يجعله كذلك.»

(٤) يأتي الحدس في المقام الأول. ولا تأتي العقلنة إلا بعده. غالبًا ما نستهيّن بتأثير مشاعرنا (غير الواعية) علينا، مُعتقدين خطأً أننا (وكذلك الآخرون) نتصرَّف على أساس عقلاني تمامًا.

(٥) ينزع الناس إلى التعامل مع الصعوبات بالطرق التي اعتادوا عليها؛ أي يتصرَّفون بطرق أعانتهُم في الماضي، حتى وإن باتت هذه الطرق غير فعالة في الوقت الحاضر، أو حتى مؤذية.

(٦) صحيحٌ أن المشاعر ليست كلها مريحة ولا سهلة، لكن لكلٍّ منها وظيفة ومعنى، وينبغي أن ينال اهتمامًا.

كيف يمكن للتغيير أن يحدث؟

(١) جميعنا نزهو ونتعرع عندما نتلقَى اهتمامًا؛ والتشجيع والمدح أقدر على تغيير سلوكنا من العقاب. فأسهل طريقة لنزيد من تكرار سلوكٍ مُعيَّن هي المكافأة عليه.

(٢) «السلوك التنفيسي»، سواء أكان من طفل (كنوبات الغضب)، أو من بالغ (كتعاطي العقاقير وإيذاء النفس)، يجب أن يُرى باعتباره صورةً من صورة التواصل يجب أن تفهم على الوجه الذي تعنيه لا أن تقابل بالعقاب.

(٣) رغم أنَّ الأشخاص لا يستطيعون الاستمرار في تأدية أدوارهم إن كانوا يمرُّون بمعاناة شديدة، لكن اختبار درجة من المعاناة أو عدم الراحة ضروري غالبًا لتحفيز التغيير.

(٤) لا يُمكنك أن تجعل الناس يتغيرون إن لم يريدوا ذلك، لكن بإمكانك أن تدعمهم وتُشجعهم على إحداث التغييرات. ويكون عمل الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين أفضل ما يكون عندما يعملون جنباً إلى جنب مع عملائهم بتعاون وبلا أحكام.

كيف يمكن لعلم النفس الإكلينيك أن يساعد؟

(١) الحديث عن التجارب الشعورية مع شخص آخر يُمكن أن يُقلل في حد ذاته من معاناة الشخص لأنه يشعره بدرجة أكبر من الارتباط مع الآخرين، وقد يمنح أيضاً شعوراً بالارتياح والفهم والإدراك.

(٢) العلاج النفسي لا يتعلّق بـ «الأمر» التي يفعلها الاختصاصي النفسي الإكلينيك فحسب. وإنما يعتمد على طبيعة شخصه، وطبيعة عمله، وطريقة تفاعله مع العميل، وطبيعة العلاقة بينهما. فأغلب تجارب العلاج الناجحة تضم مُعالجاً مُتعاطفاً يستمع لما يمرُّ به عميله، ويبني معه علاقة آمنة، ويخلق معنىً من الصعوبات التي يمرُّ بها العميل، ويبثُّ فيه الأمل، ويركز على المهام والأهداف المتفق عليها من أجل العلاج.

(٣) العديد من العلاجات النفسية يُمكنها أن تعمل بفعالية إذا طُبقت بشكل جيد وكُيِّفت حسب كل فرد على حدة. ورغم أن هناك أدلة تؤيد بعض أنواع العلاج عن غيرها للتعامل مع مشكلات معينة، فهذا لا يعني بالضرورة أن العلاجات الأخرى غير مجدية؛ بل ربما أُجريت عليها أبحاث أقل فحسب.

ما يختلف بشأنه الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكون

أغلب المهَن التي تضمُّ الكثير من الأشخاص الشغوفين بعملهم، تنطوي على الكثير من الآراء والجدالات والنقاشات. وليس مجال علم النفس الإكلينيكى مختلفاً عن ذلك، حتى وإن أُسكتت الجدالات أحياناً. قرّرنا هنا أن نركز على ثلاثة من المسائل المثيرة للجدل، لكنها أكثر من ذلك بلا شك.

- لأيّ مدى يجب أن يكون الاختصاصي النفسي الإكلينيكى مُتفكراً؛ هل يجب علينا أن نخضع للعلاج النفسي؟
- نحن نقول بأننا علماء مُمارسون (انظر الفصلين ١ و٣)، لكن هل للاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين حقاً أن يزعموا أنهم علماء؟

- في الممارسة العمليّة، ما الذي ينبغي على الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين أن يركزوا جهودهم عليه؟

التفكّر

لطالما كان السعي للتفكر في الذات وخوض العلاج الشخصي جزءاً أساسياً في المسيرة المهنية لأي اختصاصي في الصحة النفسية منذ مراحل علم النفس الفرويدية المبكرة. على الرغم من ذلك، زعم بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين فيما بعد أننا لا يجب أن نخضع للعلاج الشخصي لأن هذا يُشتتتنا عن مهمتنا في أن نكون علماء مستقلين موضوعيين، ويأخذنا ناحية استبطان النفس والانغماس فيها والذاتية. غير أن نصف الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين في الغرب حالياً يرون العلاج الشخصي أمراً ضرورياً، وقد تلقى ٧٥٪ من الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين شكلاً من أشكال العلاج الشخصي (وإن كنا نجد تفاوتاً في ذلك بين النماذج النظرية؛ فالممارسون النفسيون التحليليون أكثرهم من يختبرون العلاج الشخصي، في حين أن المعالجين السلوكيين أقل من يفعلون ذلك).

تُوجد حُجج عديدة تدعم خضوع الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين للعلاج الشخصي، ويكون ذلك عادةً جزءاً من تدريبهم المهني. أولاً، ليسالحجة الثانية أننا العملاء وحدهم من يأتون ومعهم ماضيهم إلى داخل غرفة العلاج. فنحن الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين عندما نتفاعل شعورياً مع العملاء (وهو أمر لا مفرّ منه)، نحتاج لأن نعرف إذا ما كان هذا يفصح عن شيء بخصوص هذا العميل تحديداً أم أنه يتعلّق أكثر بماضينا الشخصي. وكلّما فهمنا أنفسنا وما يستثير انفعالنا أكثر، صار بإمكاننا مقاومة استحضار أنماطنا الشخصية مع عملائنا بشكل أفضل. ذلك أننا إذا كنا نرغب حقاً في فهم تجارب عملائنا الذاتية، لا بد أن نفهم أنفسنا كذلك؛ وأن نعرف أي المشاعر يعود إلى أي الأشخاص؟ وسيُساعد العلاج في هذا.

الحُجة الثانية أننا، نحن الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين أيضاً بشرٌ، وقد يُساعدنا العلاج الشخصي في تخطّي صراعاتنا الداخلية (مثل مواطن شعورنا بعدم الأمان ومُشكلات صورتنا عن أنفسنا) وفي التعامل مع مُشكلاتنا الخارجة (كمُشكلاتنا مع أسرنا وعملائنا)، وهو بذلك يحسن من حياتنا ويجعلها أكثر تعاطفاً وارتزاناً وانفتاحاً. من هذه الجهة، يعدّ العلاج الشخصي جزءاً من الاعتناء بالذات، ويتأكّد من أننا أصحاء نفسياً قدر الإمكان.

ثالثاً، لا بدّ أن يؤمن الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون بالجدوى المُمكنة للعلاج النفسي، حتى يكون بمقدورهم أن يبعثوا الأمل. إن خُصنا العلاج الشخصي ورأينا بأنفسنا أنه مُفيد، فقد يقنعنا هذا بجدواه ويُبين لنا قدرته على إحداث تحول في حياتنا. وربما يجوز لنا أن نزعم أنه إذا كان الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون لا يؤمنون بأنهم قد يستفيدون من الأدوات العلاجية التي تُوفِّرها مهنتهم، فليس لهم الحق في تطبيقها على الآخرين!

وأخيراً، قد يكون من المُفيد للاختصاصي النفسي الإكلينيكي أن يعيش تجربة أن يكون هو نفسه العميل. وقد قال أحد زملائنا عن ذلك: «جعلني العلاج الشخصي أدرك كم من المرعب أن يُفرض الإنسان بنفسه إلى المعالج. ولشُدّ ما زاد احترامي لعملائي نتيجة لذلك!» وببلاغة علّقت المعالجة النفسية الدينامية نانسي مكويليامز أيضاً على هذه الحُجة قائلة:

«تعاملت مع العلاج بعقلانية، وبدا أنّ هذا هو الخيار البديهي لدواعٍ مهنية ... [لكنني] وجدت نفسي أرتجف بقلقٍ طفلٍ يحتاج إلى الأمان ... لقد شعرتُ بالانكشاف وفقدان السيطرة والهشاشة إزاء التعرُّض للانتقاد والخزي. كل هذا وأنا لم أت للعلاج بسبب «اضطراب» ما ... لم أكن قد لمستُ في نفسي أي حاجة إلى العلاج ...»

أما الحُجج التي تُعارض خضوع الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين للعلاج الشخصي فمنها الافتقار إلى أدلة حاسمة تؤيد وجود نتائج إيجابية مباشرة لذلك على مخرجات العملاء من العلاج، وصعوبة جعل أمرٍ شخصيٍّ كهذا جزءاً من التدريب الإجباري. وليس جميع الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين يُقررون العمل معالجين: بعضهم يتعلّق مُعظم عمله بتقييم الحالات، أو في الخدمات الإدارية والقانونية، أو في التدريس أو البحث، لذا قد يكونون أقلّ صلةً بمثل هذا الأمر. كما أن الأمر مُكلف، وقد يُقال إنه مضيعة للمال، أن ننفق مواردنا المحدودة على أناس لا يشعرون فعلاً بأنهم يُعانون من أي مشكلات نفسية خطيرة. ثمة اعتبارات أخلاقية أيضاً في مسألة تعريض أشخاص لعدم الراحة والتحديات التي قد تظهر أثناء العلاج. ولهذا، فربما يكون خوض تجربة افتراضية أو بديلة للعب دور العميل (مثل نشاط تقمُّص أدوار واضح المعالم أو من خلال مُشاهدة الكثير من الجلسات الحية أو المسجلة) كافياً حتى ينال بعض المُتدربين بعض فوائد العلاج الشخصي. لا تُوجد إجابات نهائية لهذه الأسئلة، ولهذا يستمرُّ الجدل.

زَعْمنا بأننا علماء

يشهد مجال الصحة النفسية (ومنه علم النفس الإكلينيكي) في الوقت الحالي تطوُّرين علميين مُتقاربين وواسعي التأثير: الممارسة المدعومة بالدلائل، وقد بدأت في المملكة المتحدة؛ والعلاجات المدعومة تجريبياً، وقد بدأت في الولايات المتحدة. يطمح هذان التطوران إلى دمج أفضل الأدلة العلمية المتاحة بشأن ما يُفيد الناس إلى جانب الخبرة الإكلينيكية، وما يتعلق بتفضيلات كلِّ عميلٍ أو قِيَمِهِ. ويلعب الأسلوب العلمي في تطوير المعارف دوراً أساسياً في كلا التطورين.

ونتيجة لهذا، راحت المنظمات الحكومية وشركات التأمين (التي تُمول خدمات الصحة) تطلب باطراد من الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين والباحثين الآخرين في الصحة النفسية توضيح أن العلاجات النفسية قائمة على أدلة علمية تجريبية وأن يُثبتوا أنها فعّالة. وقد أدّى هذا بدوره إلى محاولات الحكومات وشركات التأمين فرض أنواع العلاج التي ينبغي أن يقدمها الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون المُمارسون للمهنة. وقد قابل الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون هذه الحركات في الغالب بترحابٍ كبير؛ فجميعهم تلقوا تدريبهم الأساسي تبعاً لأعراف علم النفس الأكاديمي بطبيعته العلمية. وفوق ذلك، لقد أصبح القيام بالأبحاث الآن دوراً أساسياً من أدوار الاختصاصي النفسي الإكلينيكي كما تنصُّ الإرشادات المهنية وتوصيف الوظيفة. فنجد أنّ موقع التوظيف التابع لخدمة الصحة النفسية على سبيل المثال، يذكر عام ٢٠١٣ ما يلي: «بسبب مهارات الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين العالية في البحث العلمي، فهم يُؤدُّون دور العالم الممارس، باعتبارهم مُبتكرين وباحثين تطبيقيين، ممَّا يُثري الأدلة التي تستند إليها الممارسة في العديد من نطاقات الرعاية الصحية.»

ويرى أغلب الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين أنّ علم النفس صنف من العلوم، ويتمسكون بكون البحث العلمي «جوهرياً» فيه. وكان لهذا أثر جيّد على علم النفس الإكلينيكي وعملائه. فباستخدام الوسائل العلمية والاستناد إلى أساسٍ متينٍ من الأدلة التي خضعت لمراجعة الأقران، اكتسب الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون قدرًا كبيراً من المعرفة بحالاتٍ نفسية كثيرة، وكيفية تطوُّرها أو تغَيُّرها. سمح هذا لهم بإضافة علاجات وتدخلات فعّالة لأشخاص كثيرين بناءً على أبحاث تجريبية.

لكن هذا التركيز على البحثي العلمي لا يُترجم إلى واقعنا اليومي بشكل تام. فالأرجح أنّ معظم المتدربين يختارون المهنة بسبب اهتمامهم الشديد بالبشر، وليس

لأنهم يرغبون في القيام بالأبحاث في الأساس. إنما الواقع، أنّ الكثير منهم يشعُر بالقلق وبمَشاعر مُتضاربة بسبب متطلبات إجراء البحوث العلمية بأنفسهم، وربما يرون الأبحاث المطلوبة للأطروحة المطلوبة شرًّا لا مفرَّ منه. ويُعطي عنوان موقع الويب الطلابي الشهير www.statisticshell.com (يُترجم إلى «جسيم الإحصاءات») لمحةً عما كان عليه انطباع بعض أصحاب هذه المهنة عن البحث العلمي (وربما لا يزال هذا الانطباع قائمًا). وحتى بعد إتمام التأهيل، لا يُصبح أغلب الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين باحثين ناشطين في الواقع، رغم أنهم تدرّبوا جيدًا على ذلك وقادرون على القيام به. الحق أنّ مُعظّمهم لا ينشر ولو دراسة واحدة بعد أطروحة الدكتوراه، هذا إن نشروا مشروع أطروحتهم في الأساس، وغالبًا ما يرجع ذلك إلى صعوبات عملية النشر (انظر الشكل ١-٦).



شكل ١-٦: النشر في دورية علمية تخضع لمراجعة الأقران عملية مليئة بالعقبات.

إلى جانب عدم إجرائهم لأبحاث أو نشرها بأنفسهم، تُوجد أيضًا خلافات كبيرة داخل النطاق المهني بشأن قوة الأدلة الداعمة لبعض النماذج النفسية، إضافةً للجدل المتعلّق بقبول الضغوط الواقعة عليهم حتى تنحصر التداخلات التي يُقدمونها بين الممارسة المدعومة بالدلائل، والعلاجات المدعومة تجريبيًا. وقد أبدى بعض ممارسي المهنة عزوفًا

عن تغيير طريقة عملهم رغم تقديم الباحثين الأكاديميين لأدلة جديدة تقترح العمل بطرق مختلفة (خصوصاً عندما تُضاف هذه الطرق الجديدة في الأدلة الإرشادية، والتي تشرح للاختصاصي النفسي الإكلينيكي ما يجب عليه فعله مع فئات معينة من العملاء خطوة بخطوة).

ولهذا ينبغي علينا أن نتساءل: لماذا لا يتصرف بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين كالعلماء على ما يبدو، رغم أنهم يُعدون أنفسهم علماء ويقولون إنهم يُقدرون العلم؟ هناك إجابات ممكنة عديدة. من أهمها أن مكن المشكلة هو أن أغلب الباحثين الأكاديميين في مجال علم النفس الإكلينيكي كغيرهم من الباحثين في المجالات العلمية الأخرى، يسعون لاستنتاج «قواعد» كلية أو شبه كلية تنطبق في كل الظروف. وغالباً ما تُدرج هذه «القواعد» في الأدلة الإرشادية التي تحبها الهيئات الممولة، وتحدد ما يجب أن يفعله الاختصاصيون الممارسون.

غير أن مهام الاختصاصي النفسي اليومية تدور حول أفراد يختلفون بعضهم عن بعض من حيث القيم والمعتقدات والمشكلات والتفضيلات الشخصية والظروف الأسرية والأساليب في العلاقات والثقافة. ويتعامل الاختصاصي الممارس مع الحالة بصفتها حالة متفرّدة، فهو يُجابه كل يوم مهمة شديدة الصعوبة تتمثل في تطبيق نتائج الأبحاث المبنية على مجموعات على الفرد المائل أمامه. ففي أحيان كثيرة لا يتطابق العملاء بدقة مع واحد من الأصناف الموضحة في الكتب الدراسية. لذا قد لا يرى الاختصاصيون الممارسون نتائج الأبحاث العلمية (أو الأدلة الإرشادية) متوافقة مع الحالة أو مفيدة لها. ولهذا يفضل كثيرون منهم أن يتعلموا من الدراسات الكيفية أو تقارير الحالات.

ثمة أسباب عملية أيضاً لعدم إجراء الاختصاصيين المنخرطين في الممارسة الكثير من الأبحاث، ومن ذلك التعقيدات التي يستلزمها إنتاج الدراسات الجيدة، والحاجة لاتباع أخلاقيات بيروقراطية أو إجراءات إدارية. وبالنسبة إلى من يعملون في الخدمات العامة، عادةً ما يُعدُّ تكريس وقت للبحث العلمي من قبيل الرفاهية؛ لأن متطلبات القيام بالعمل الإكلينيكي سرعان ما تطفئ على قدرة الاختصاصي النفسي على تكريس وقت للبحث العلمي. أما بالنسبة إلى من يعملون بشكل مستقل، فقد يؤدي القيام بالبحث العلمي إلى تقليل دخلهم؛ لأن إجراء الأبحاث قد يُقلل من الوقت المتاح لحجز مواعيد مع العملاء. لذا يظهر لنا أن مسألة أن تُصبح عالماً ممارساً مُتفكراً تحمل قدرًا كبيراً من الصعوبات العملية. لكن في الوقت نفسه، تُوجد نقاشات بشأن ما إذا كان علم النفس الإكلينيكي يُعدُّ فناً أكثر مما يُعدُّ علماً؛ وكذلك النقاشات المتعلقة بكيفية إجراء الأبحاث وماهية التصاميم

والتحليلات التي تُعدُّ الأفضل. انظر على سبيل المثال إلى مميزات وعيوب إجراء تجارب عشوائية مضبوطة في مربع ٢١، والآراء المتعلّقة بالتحليلات الكمية في مربع ٢٢.

مربع ٢١: ما أهمية التجارب العشوائية المضبوطة؟

لإجراء أبحاث على تأثير العلاجات النفسية باستخدام التجارب العشوائية المضبوطة مميزات كثيرة. ذلك أنّ التجارب العشوائية المضبوطة تُمثل محاولة الإبقاء على أكبر عدد مُمكن من المتغيرات ثابت في مجموعتين (وهي بهذا المعنى مضبوطة)، باستثناء مُتغيّر واحد: نوعية العلاج محل الدراسة. يوزع الأشخاص الذين سُنجرى عليهم الدراسة على مجموعتين عشوائياً، لتجنّب أن يكون أي اختلاف في النتائج بين المجموعتين نابغاً من اختلافات حاصلة مُسبقاً بين المشاركين. ويعدُّ العلاج في صورة إرشادات. وذلك يساعد الباحثين على استنتاج أي العلاجات كان أكثر فعالية.

وعلى الرغم من مميزات هذا التصميم، فإنّ التجارب العشوائية المضبوطة لا تخلو من جوانب القصور. يزعم مُنتقدوها على سبيل المثال أن هذه التجارب غالباً ما تشمل حالات سهلة وبسيطة تختلف عن الحالات الأكثر تعقيداً التي نراها كثيراً في الممارسة الإكلينيكية المعتادة. وتفترض التجارب العشوائية المضبوطة ضمناً أن العملاء الذين يتشابهون في التوصيف أو التشخيص يتشابهون فيما دون ذلك وأنهم سيستجيبون لنفس العلاج بالطريقة نفسها. وحقيقة الأمر أنه من النادر أن يكون الفارق الوحيد بين المجموعتين أمراً واحداً (وهو نوع العلاج). فنحن نعلم، على سبيل المثال، أن مُختلف الاختصاصيين النفسيين لا يعملون بالطريقة نفسها بدقة حتى لو كانوا يطبقون نفس العلاج، ونعلم أيضاً أن الاختصاصي النفسي نفسه لا يعامل كل واحد من عملائه بالطريقة عينها في كل الجلسات.

ربما تكون أفضل طريق لإجابة هذه الأسئلة هي أن نقبل أن جميع الأبحاث النفسية معيبة. فكلُّ وسيلة بحثية مميزات وعيوب، ولكن أياً ما كانت الوسيلة، فالأبحاث جميعها فلا تُسفر إلا عن تقريب للحقيقة.

لن نعلم أبداً على وجه اليقين ما إن كان هذا العلاج أو هذه العملية أو هذا الاختصاصي النفسي سيُفيد هذا العميل الجديد بعينه، أم لا. لذلك ينبغي أن نبذل قصارى جهدنا حتى نوفق بين نتائج الأبحاث ونجمع المعلومات؛ وبطريقة خلاقة نستكمل الأجزاء الناقصة من أحجية ما يحقق أفضل نفع للعملاء. من هذا الوجه، نرى أن الأبحاث الكيفية تمدُّ الاختصاصي النفسي الإكلينيكي بالمعلومات بقدر ما تُفيدة برامج الأبحاث الكمية كالتجارب العشوائية المضبوطة ذات النطاق الأوسع.

مربع ٢٢: ما فائدة التحليلات الكيفية؟

يُمكن القول، على وجه التقريب، إن الدراسات الكمية تستخدم الأرقام والإحصائيات بينما تؤسس الدراسات الكيفية حُججاً مبنية على وصف حالات أو على سرديات متسقة. عندما وضع فرويد نظرياته عن النفس البشرية في أواخر القرن التاسع عشر، لم يكتب أوراقاً بحثية نظرية فحسب، بل كتب كذلك عددًا من الدراسات الكيفية للحالات، وتوصيفات للعملاء وحواراتهم، وملاحظات عن تجربته الشخصية بصفته المعالج، ليبيّن مقاصده. وقد كان لهذه الدراسات بالغ التأثير آنذاك. على الرغم من ذلك، تخلّى علم النفس عن هذه الطريقة في الاستقصاء بدرجة كبيرة منذ ذلك الحين؛ إذ اعتبرها متحيزة وغير جديرة بالثقة.

في المقابل، صارت السيادة في علم النفس الإكلينيكي لطريقة العمل الكمي التي تستخدم الإحصائيات والتحليل العددي للبيانات، كما حدث في معظم العلوم الاجتماعية. وفي الوقت الحاضر، غالبًا ما تُعدُّ البحوث الكيفية أضعف وأقلَّ قابلية للنشر وغير علمية، وتقابل بالاستهجان قليلاً من قبل الباحثين «الحقيقيين» (أي الذين يستخدمون الوسائل الكمية). وتتمثّل الانتقادات الموجهة إلى الأبحاث الكيفية في أنها قد تكون عرضة للتحيز أو غير جديرة بالثقة، ولا تنطبق إلا على قلة من الناس. ولهذا، تعطي الإرشادات الرسمية أولوية لنتائج الدراسات الكمية، كالتجارب العشوائية المضبوطة واسعة النطاق.

غير أنّ ميزة البحث الكيفي تكمن في أنه يمكن أن يستكشف الموضوعات بعمق، ويُمكن أن يقدم نظرة أقرب وأكثر تفصيلاً لتجربة العملاء الذاتية. إضافةً إلى ذلك، يرى بعض الاختصاصيين النفسيين أنه عملي بدرجة أكبر وأقرب للتعاملات الحقيقية من مجموعات الأرقام المذكورة في الأوراق الكمية. لذلك، يرى بعض الممارسين الإكلينكيين أن الأوراق البحثية الكيفية أكثر إفادة من الأوراق البحثية الكمية، وأسهل في تطبيقها في عملهم الإكلينيكي مع العملاء. ويرى بعض الاختصاصيين النفسيين أيضًا أنها تقدم طريقة أفضل للنظر في الأسئلة المعقدة كالمعنى الشخصي والتجربة الشخصية والعلاقات والتنوع الثقافي، ويُمكنها أن تساعدنا في تأسيس فهم للحالات النادرة.

تركيز جهودنا الإكلينيكية

علاوةً على هذا الجدل بشأن التزامنا بالتفكير واتباع الأسلوب العلمي، تُثير ممارستنا الإكلينيكية موضوعًا مهمًا آخر من موضوعات الجدل: خلال عملنا مع عملائنا، هل يجدر بنا أن نُركز على تقديم تقنيات معينة، أم نركز على إمدادهم بعوامل دعم عامة كالأمل والرفق ومهارات الإنصات؟ المشكلة هي أننا نعلم أن تدخلات علم النفس الإكلينيكي يُمكنها أن تكون فعّالة، لكننا لا نعلم سبب ذلك على وجه التحديد.

من الأمثلة الجيدة على هذا وجود رابط ما بين العلاقة العلاجية الإيجابية وبين التوصل إلى نتائج علاجية جيدة، كما تُبَيِّن دراسات بحثية كثيرة. لكن هل العلاقة الإيجابية هي ما يقود للنتائج الجيدة أم العكس؟ هل التقنية هي السبب أم الإنصات المهذب من شخص مُتخصِّص مهاراته في الإنصات جيدة؟ هل تتشابه الجلسات في الحقيقة تشابهًا كبيرًا في أنواع العلاج المختلفة، حتى وإن كنَّا نطلق على ما يحدث في كل من هذه الجلسات مُسميات مختلفة؟ أم إن العملية مُختلفة بحق، لكن هذا لا يهم طالما أن النتائج واحدة على كل حال؟

توجد وجهات نظر مختلفة في الإجابة عن هذا السؤال. فالمعالجون المعرفيون على سبيل المثال يرون أن التغييرات المعرفية التي يُجريها العميل في طريقة تفكيره هي ما يُثمر عن التحسُّن، وأن هذا يعزز بدوره العلاقة بين العميل والمعالج. ويؤمن آخرون، مثل بعض المعالجين ذوي التوجه النفسي الدينامي، أن هذه العلاقة العلاجية الإيجابية هي ما يُتيح للعميل إحداث تغييرات معرفية. ومن الصعب جدًّا إثبات ذلك بطريقة أو بأخرى من خلال الفصل بين العوامل المختلفة في وقتها الفعلي بسبب كثرة العوامل الموجودة. قد تكون الإجابة إذن شديدة التعقيد في الواقع.

صحيح أنه لا يزال أمامنا الكثير ممَّا ينبغي اكتشافه، لكن بعض النتائج أصبَحَت أوضح مع مرور الوقت. فنحن نعلم على سبيل المثال، أنه ما من تقنيات علاجية مُعيَّنة ولا عوامل عامة مسئولة مسئولة كاملة عن فوائد التدخلات النفسية. وبدلًا من ذلك، يُوضح لنا كمُّ مُتزايد من الأدلة أن العلاجات النفسية تُفيد من خلال تشكيلة من العوامل المساعدة العامة (مثل التحلي بالأمل والتوقع الإيجابي للتغيير، وأن يشعر المرء بأنَّ ثمة مَنْ يُنصت إليه، والتوصل إلى فهم جديد للأمر، وفتح قنوات التواصل)، مع بعض التدخلات المعينة المستقاة من النظريات النفسية (كالتساؤل السُّقراطي، والتجارب السلوكية، والتغييرات الهيكلية داخل الأسرة، واكتساب رؤية أعمق للأنماط التي تتكرَّر في العلاقات؛ انظر الفصل الثالث).

نعلم أيضًا أنه ينبغي على جميع الاختصاصيين وعُملائهم بناء علاقة عمل إيجابية حتى يكون عملهم ممَّا فعَّالًا. ومما يندرج ضمن ذلك الاتفاق على المهام والأهداف وتأسيس رابطة وجدانية مُناسبة. فليس من الضروري الخضوع الأعمى لبروتوكولات علاجية معيَّنة، لكن التدخل يجب أن يضمَّ أكثر من العوامل الشائعة وحدها. فالعملاء يتوقَّعون أن يجدوا تفسيرًا مُتماسكًا لمُعاناتهم وهم يحتاجون إلى ذلك ويستفيدون منه بأقصى درجة عندما يكون هذا التفسير وتبريره المنطقي مُتفقان مع رؤيتهم لعالمهم.

إنَّ جميع التوجُّهات النظرية يُمكن أن تقدم كلماتٍ واستراتيجياتٍ وصورًا قد تُساعدِ الناسَ على التغيير. لكن تخمين ما سيَنجح منها وفي أيِّ ظرفٍ ومع أيِّ شخصٍ (ومعرفة كيفية تطبيقه) هي الفن الضروري في علم النفس الإكلينيكي. وعلى الجانب الموازي، فإنَّ استخدام التقنيات والدلائل والنظريات لإرشاد حدس الاختصاصي النفسي المُمارس هو ما يُشكِّل الجانب العلمي. وينعكس الخلاف حول أهمية استخدام تقنيات معينة في وجود اختلافات في التدريب المهني والتدريبات الميدانية في مختلف البلدان (انظر مربع ٢٣).

لقد أعطى هذا الفصل لمواطن الخلاف داخلَ علم النفس الإكلينيكي مساحةً أكبرَ بعض الشيء مما أعطاه لمواطن الاتفاق. لكننا لا نرى ذلك أمرًا سلبياً. فوجهات النظر المتعارضة في أي مجال تفيد في تطوره وتحسين نظرياته وممارسته المستقبلية. وسوف نناقش المستقبل بالفعل في الفصل القادم (والأخير) من هذه المقدمة القصيرة جدًّا، ونعرض فيه بعضًا من التطورات الحديثة التي يرجح أن تدفع علم النفس الإكلينيكي إلى الأمام في سعيه لموازنة العلم مع العناية بصحة وسلامة الأفراد.

مربع ٢٣: التدرُّب على تقنيات محددة أم مهارات عامة؟

يرى البعض أنَّ الاختصاصيين النفسيين يجب أن يتعلَّموا نموذجًا علاجيًّا واحدًا وتقنياته بإتقان قبل أن يُحاولوا دمجهم مع نماذج أخرى وأساليب وتقنيات. قد يعني هذا تعلُّم تطبيق دليلٍ علاجي مُعيَّن وممارسة تقنياته كثيرًا مع عملاء متشابهين، حتى يتطور الاختصاصي النفسي ويصبح متمكنًا واثقًا في قدراته. على سبيل المثال، في الولايات المتحدة يمكنك أن تختار أن تُصبح ملماً بنموذج علاجي معين أو فئة معينة من العملاء. لكن معرفة نموذج واحد أو منهجية واحدة تنطوي على المجازفة بأن يغريك بتطبيق ما تعلمته على كل عميل يأتيك، حتى لو لم يكن ذلك الحل الأمثل لعميل مُعيَّن أو لمشكلة معينة.

لذلك يقول آخرون إنه بدلاً من التركيز على نموذج مُعيَّن أو فئة معينة من العملاء، ينبغي عليك اكتساب مجموعة واسعة من الخبرات الإكلينيكية وبناء مهاراتك العلاجية العامة التي يمكنك نقلها للعملاء. في المملكة المتحدة على سبيل المثال، يحصل المتدربون على تدريباتٍ عمليَّة في خدمات متنوعة مع فئات متنوعة من العملاء. يُؤدِّي ذلك إلى اكتساب مهارات قابلة للتعميم، وزيادة معرفتهم بمختلف الخدمات والمشكلات والعملاء وطرق العمل، ولكنه قد يجعل المُتدربين يشعرون بأنهم «يتملكون مهارات كثيرة دون إتقان أي منها».

الفصل السابع

توسيع نطاق علم النفس الإكلينيكي

بوصولنا إلى هذه المرحلة، لا بدّ أنه قد صارت لديك فكرة جيدة عمّا يستطيع الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون القيام به ومساهماتهم الحالية في الرعاية الصحية. ولكن الأدوار تتطوّر، وميدان علم النفس الإكلينيكي يتوسّع عابراً للحدود. فالأولويات الاجتماعية تتطوّر والمهنة تتغيّر استجابةً لهذا التطور. ومهارات الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين تتطوّر كذلك، مُرتبطة بما يحدث من تقدم في الطب والاتصالات والتكنولوجيا والعلوم. يتناول هذا الفصل الأخير المنظور الأوسع للمهنة والاتجاهات المستقبلية الممكنة لها.

مساهمات المهنة على الصعيد الدولي

لا يقتصر ميدان علم النفس الإكلينيكي على حدود الوطن؛ فالاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون يعملون بشكل رئيسي في الدول الغربية مثل أوروبا والولايات المتحدة وأستراليا، لكنهم يعملون كذلك بأعداد آخذة في الازدياد في آسيا وأفريقيا والشرق الأوسط. تُوجد اختلافات كثيرة في طريقة عمل الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين حول العالم، ممّا يعكس بطبيعة الحال مختلف الثقافات والتقاليد المحلية. وصحيحٌ أنّ نتائج البحوث تُعلن في المؤتمرات الدولية وتُنشر في المجلات الأكاديمية المتاحة عبر الإنترنت في جميع أنحاء العالم، لكنّها تُفسّر وتُطبق وفقاً للظروف والاحتياجات المحلية.

لقد شكّل الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون فارقاً كبيراً في حياة الأشخاص في دول وثقافات شتى. ففي اليابان على سبيل المثال، عمل الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون عن قرب مع الأطفال والعائلات التي نجت من الزلزال الهائل عام ٢٠١١،

مما شجع الناجين على إعادة بناء حيواتهم. كما وفر الاختصاصيون النفسيون في رواندا التي مزقتها الحرب أطراً لتبني عليها جهود التصالح، بالإضافة إلى توفير علاجات للأطفال والعائلات الذين ترك فيهم العنف آثاراً بالغة. وفي الكونغو، ركّزوا على تمكين وتدريب زملائهم المحليين للتعامل مع حالات الصراع، في حين ساهم الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون البريطانيون في إقامة دورات تدريبية في أوغندا وترينداد وتوباغو وبنجلاديش.

يعمل بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين عبر جميع أنحاء العالم في منظمات دولية مثل اليونيسيف والصليب الأحمر ومنظمة الصحة العالمية. ويساهم البعض في البرامج العسكرية المقامة بليبيا والعراق وأفغانستان واليمن من أجل الجنود الذين يُؤدون خدمتهم خارج البلاد، ويصبحون بعد ذلك من قدامى المحاربين عند عودتهم لبلدانهم الأم. ومن الأمثلة الدولية الأخرى التي يعمل بها الاختصاصيون النفسيون، برامج للحد من العنف الأسري في سيراليون، بالإضافة إلى تقديم خدمات نفسية في عدد من دول غرب أفريقيا لدعم الأشخاص الذين يُعانون من فيروس نقص المناعة البشرية/مرض الإيدز.

ثمة مثال إضافي على برنامج دولي واسع التأثير نُفذ على يد اختصاصيين نفسيين إكلينيكين، وهو برنامج استبدال الإبر لتعاطي العقاقير. نشأ البرنامج ابتداءً في هولندا في الثمانينيات عقب انتشار التهاب الكبد الوبائي B، إلا أن تفشي جائحة الإيدز شجّع على سرعة اعتماد هذه المبادرات في جميع أنحاء العالم. يعمل هذا البرنامج على الحد من الضرر؛ وذلك عن طريق الاعتراف بأن تعاطي العقاقير واقع في المجتمع، والسعي إلى تقليل الضرر المصاحب لتعاطي العقاقير وتقليل العوامل المُنذرة بالإصابة بأمراض كفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والتهاب الكبد الوبائي B. تسمح برامج استبدال الإبر لمن يتعاطون العقاقير بالمحاقن بالحصول على إبر نظيفة وأدوات أخرى مرتبطة بالحقن مثل المسحات الكحولية والماء المعقم؛ وذلك بتكلفة بسيطة أو بدون مقابل. كما تقدم العديد من هذه البرامج أيضاً تثقيفاً صحياً واستشارات نفسية مجاناً.

رغم أن الصبغة العالمية لا تفتأ تزداد في مجتمعاتنا، وتتشارك هذه المجتمعات في استخدام لقب «اختصاصي نفسي إكلينيكي»، فربما من غير المفاجئ أن البلدان المختلفة تتبنى صوراً شديدة التفاوت من التعليم والتدريب. لذا يعدُّ الاتفاق على تأهيل معياريٍّ موحدٍ دولياً لتدريب الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين أمراً بعيد المنال. ونتيجةً لهذا، غالباً ما تكون ممارسة الاختصاصي النفسي للعمل الإكلينيكي خارج البلاد محدودة

بسبب مُتطلبات الترخيص والامتحانات والقيود القانونية المحلية. وترتبط هذه بالفروق بين الدول في أنظمة الصحة، والأنظمة التعليمية، والثقافة، وتركيز الحكومات، والعقبات اللغوية، بالإضافة إلى طريقة الدفع للاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين (أي ما إذا كانوا يعملون لصالح الخدمات العامة، أم مؤسسات خاصة كبيرة أو صغيرة، أم يعملون بشكل أساسي مع الفرادى من العملاء والعائلات).

توجد تفاوتات كبيرة على الصعيد الدولي كذلك فيما يراه الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون هدفهم ومناطق تركيزهم الرئيسي. يتراوح هذا بين تطوير الذات والعناية بها ووقايتها من جهة، حتى التشخيص والعلاج والشفاء من أمراض وعلل نفسية خطيرة من الجهة الأخرى. فمثلما أشرنا سابقاً على سبيل المثال، يحمل الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون في الأرجنتين إرثاً طويلاً من تقديم العلاج النفسي لأشخاص يُريدون أن يفهموا أنفسهم فهمًا أفضل أو يحسّنوا من جودة حياتهم؛ حيث يسعون وراء إحداث تغييرات إيجابية تُعزّز من إحساسهم بالنمو والإنجاز. ورغم أن البعض يَطْلُبون المساعدة في البداية من أجل مرورهم بصعوبات قد تتفق مع شروط تشخيصية لمرض أو اضطراب معيّن (كاضطراب القلق واضطراب التأقلم وفقاً لتعريفات أدلة الإرشادات التشخيصية: «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - ٥» و«التصنيف الدولي للأمراض والاضطرابات النفسية - ١٠»)، لكنهم عادة ما يتابعون العلاج حتى بعد تعافيتهم من أعراضهم تعافياً تاماً؛ لأنّ نظرتهم للعلاج النفسي لا تقتصر على مفهوم «التعافي».

في المقابل، أغلب العملاء في دول كالمملكة المتّحدة والولايات المتحدة وكندا يأتون للعلاج عندما تكون لديهم مشكلات قد تُسمّى مرضاً أو اضطراباً، وعادةً ما تنتهي تجربتهم العلاجية عندما تُحلّ هذه المشكلات. فالعملاء الذين يأتون سعياً وراء النمو الشخصي ليسوا أهلاً للحصول على خدمة ممولة في بلدان كثيرة بلا شك؛ لأنّ درجة معاناتهم الإكلينيكية لا تُفي بجميع المعايير التشخيصية.

تبديل الأدوار

إلى جانب التطورات على صعيد دولي، يتغيّر كذلك دور مهنة علم النفس السريري والمساحات التي تتخذها داخل مُعظم الأنظمة الوطنية. فهناك تغييرات شاملة وواسعة التأثير تحدث في كثير من البلدان في مسألة مقدار التّمويل المُتوفّر للرعاية الصحية النفسية، وتزايد الحاجة إلى المساواة في سهولة الوصول للخدمات مع الحفاظ على التكاليف. لذا

فرغم تشجيع المزيد من الناس على طلب الدعم النفسي (والذي قد يُفيدهم)، ثمة نقص حقيقي في مُعظَم الأماكن في أعداد الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين الحاصلين على تأهيل في مستوى الدكتوراه، مع تقليص هائلٍ للتأمينات أو الصناديق العامة المتاحة لتعويض تكاليف خدمات الصحة النفسية.

أدت هذه المجموعة من الظروف إلى زيادة أعداد الخدمات الأخرى التي تُقدّم أشكالاً بديلة (أرخص) من الرعاية الصحية المستمّدة من علم النفس. تتراوح هذه الخدمات من علاجات يُقدمها مُتخصّصون مؤهلون؛ كالممرضين والمرشدين الذين يعملون تحت إشراف الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين، وحتى مجموعات من المُعالجين البديلاء أو غير المؤهلين الذين لا يتحلون بالطبع بنفس المهارات والإمكانات التي يملكها الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون. وعلى الرغم من أننا لسنا شديدي التشاؤم ناحية الوضع، فثمة توجه بالتأكيد (داخل الرعاية الصحية بصورتها الأعم) لإسناد العمل لأشخاص من ذوي المؤهلات الرسمية الأقل. فالعديد من المهام التي كان الأطباء يُكفّفون بها على سبيل المثال صار المُمرضون الممارسون هم من يقومون بها الآن. والكثير من الخدمات التي كان المُمرضون يقومون بها صار مساعدو التمريض هم من يتولونها.

يبدو من المحتمل إذن أن يشهد توازن العمل الذي يقوم به الاختصاصيون النفس الإكلينكيون تغييراً في المستقبل. وعلى الرغم من أن العلاج النفسي لن يخفّي من وصف الوظيفة على الأرجح، فإن سيادتنا لهذا الميدان قد بلغت ذروتها ولن تعود لما كانت عليه. فنحن نعتقد أن ممارسين بدرجة الماجستير يحملون ألقاباً مُتنوعة (مثل مرشد مُتخصّص مرخص، أو مرشد نفسي، أو معالج أسري وزواجي)، ومعهم مُتطوّعون ذوو تدريب محدود، قد يُصبحون مُقدّمي العلاج النفسي الرئيسيين في المستقبل. وفي العديد من نماذج الرعاية ذات التمويل العام، قد تُدخّر مهارات الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين لحلّ المشكلات المعقّدة التي لا تستجيب للتدخلات الأبسط.

ستكون هذه التغييرات إيجابية من نواحٍ عديدة، إن كانت ستسهل توافر العلاج النفسي وتجعله أكثر فعالية مقارنةً بالتكلفة، وفي حالة وجود عددٍ كافٍ من الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين للعمل مع الحالات الأكثر تعقيداً. لكن إذا كان المُتخصّصون بدرجة الماجستير (أو أي شخص آخر في قطاع الرعاية الصحية فعلياً) هم من سيتولون قيادة عملية تقديم العلاج النفسي لمُعظَم الحالات، فما الذي سيفعله الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون في المستقبل؟

كما بيَّنا سابقًا في هذا الكتاب (كما نأمل)، ليس من المفترض أن تُمثل هذه مشكلة. فالاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون ليسوا مُعالجين نفسيين فحسب، بل يعملون أيضًا مشرفين واستشاريين ومُدرِّبين ومُقيِّمين وقادة للفِرَق أو المؤسسات البحثية أو الإكلينيكية. وثمة طرق عديدة مُمكنة للعمل على تحسين الرفاه النفسي للأشخاص، وسنُوضِّح فيما تَبَقَى من هذا الفصل عددًا من الاتجاهات المُستقبلية الواعدة.

العمل في المؤسسات والقيادة

بات عدد مُتزايد من الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين الآن يعملون في مؤسسات الرعاية الصحية، لا مع العملاء فحسب، بل مع الموظَّفين أيضًا، سواء لتعزيز السلامة النفسية لطاقم العمل أو لبناء طرق أفضل لعمل الموظَّفين معًا. فبعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين الآن يقدمون لزملائهم المُجهدين جلسات مُصمَّمة لمساعدتهم على متابعة تقديم الرعاية الصحية رغم العبء النفسي. ويعمل آخرون مع الفِرَق لإنشاء بيئات عمل أعلى فعالية (انظر الأمثلة الموضحة في مربع ٢٤).

يعمل اختصاصيون نفسيون إكلينيكيون آخرون قادة للفِرَق أو مُدرِّبين للخدمات؛ إذ يرون أنَّ دورهم هو تعزيز عمل الآخرين. قد يعمل بعضهم بصفة أساسية في قيادة عملية الممارسة الإكلينيكية من خلال مُساعدة زملائهم على التفكُّر وتحسين تدخُّلاتهم الإكلينيكية مع المرضى، في حين قد يعمل آخرون في قيادة المؤسسات بحيث يعتنُون بالاستراتيجيات والتطوير المؤسسي وتوزيع الموارد.

مربع ٢٤: تقديم الدعم للزملاء وتقديم الدعم لفِرَق العمل

كانت وظيفة ديفيد هي تقديم العون لزملائه الذي يعملون في وحدة للمرضى بإصابات دماغية، والذين قد يتَّسمون أحيانًا بالعنف والتعدِّي على المرضى والموظَّفين الذين يعتنُون بهم. طوَّر أغلب الموظَّفين أساليبًا للتكيُّف مع هذا التحدي، لكن باولا — وهي مُمرضة متدربة جديدة — قد انزعجت للغاية من حادثة ضُرب فيها شابٌ مُقيم عجوزًا، وطلبت النقل من هذه الوحدة فورًا، رغم ما قد يكون لهذا من أثر سيئ على تدريبها. أتاح ديفيد لباولا بعضًا من وقته، فبينت أن ذاك الرجل المُسن يُشبه جدها الذي تُوِّفي من قريب، وكانت ترى أن بقية أسرته عاملته بلا عدل. لكن بمساعدة ديفيد، قرَّرت باولا أن تستمرَّ في العمل في وحدة الإصابات الدماغية، كما أقنع ديفيد الإدارة بعقد اجتماعات إشراف لفريق العمل بأكمله بشكلٍ أكثر انتظامًا.

كانت سارة قد بدأت لتوُّها العمل في فريق صغير من الاختصاصيين الاجتماعيين والمتخصصين في الرعاية الصحية يتمثل دوره في رعاية الأطفال الضعفاء إذا ما كانت هناك شبهة تعرّضهم للأذى والتعدي. كان الفريق يعمل تحت وطأة مستويات عالية من الضغط ويتعرّض للهجوم أحياناً من وسائل الإعلام المحلية بسبب طريقة تعامله مع بعض الحالات الصعبة. كانت مستويات المرض داخل الفريق مرتفعة وكانت العلاقة بين الزملاء ضعيفة. وبسبب تشكُّك أعضاء الفريق بعضهم في بعض، توقفوا عن حضور الاجتماعات، وانقسموا على أنفسهم، وتدهور التواصل بينهم. وكما هو مُتوقَّع ضعفت الخدمات المقدمة للأطفال تبعاً لذلك. لذا قدمت سارة سلسلة من الاجتماعات للفريق ليركزوا على كيفية عمل الفريق نفسه، مما كشف عن درجة كبيرة من التخبُّط حول أهداف الفريق وأولوياته وهيكله. وبلاستفادة من الأبحاث التي تتناول كيفية بناء فريق كفء، وجَّهت سارة أعضاء الفريق لتحسين أساليبهم في العمل من خلال الاتفاق على مجموعة من المقاصد والأهداف والبنى وقواعد تسيير العمل، وبذلك ساعدت بشكلٍ غير مباشر في تحسين الخدمة المقدمة للأطفال وعائلاتهم.

تولي مسئوليات إضافية: وصف الأدوية

في مُعظم المجتمعات، ورغم ما نعرفه عن أهمية العلاجات النفسية، ما يزال وصف الأدوية أكثر العلاجات النفسية انتشاراً لل صعوبات النفسية على مستوى العالم. فالكثير من العملاء الذين يستشيرون اختصاصيين نفسيين إكلينيكين يتناولون أيضاً الأدوية للمساعدة في تقليل مستوى الضغوط النفسية لديهم. الدواء مفيد بلا شك للكثير من العملاء الذين يُعانون من صعوبات نفسية، من خلال تخفيف شدة الأزمات وتقليل حدة المشاعر الصعبة، مما يُمكن الأشخاص من الاستمرار في أداء أدوارهم اليومية. ورغم أن العملاء كثيراً ما يُواجهون آثاراً جانبية من الدواء (ومنها خدر المشاعر، الذي قد يجعل العلاج أصعب)، يُمكن للدواء أحياناً مساعدة العملاء في الانتفاع من العلاج النفسي بشكل أفضل. لهذه الأسباب، يعتقد العديد من الاختصاصيين النفسيين أن دمج العلاجات الطبية والنفسية يُمكن أن يكون خياراً مفيداً للكثير من العملاء.

هذا التوجُّه الهجين سهّل التنفيذ في غالب الأحيان، لكن التنسيق بين مُقدِّمي الخدمة يكون ضعيفاً أحياناً. فهذا قد يتطلَّب من العملاء حضور مواعيد مُتعدِّدة، مما يترتب عليه نفقات إضافية واستهلاك المزيد من الوقت. كما أن جداول الكثير من الأطباء النفسيين المزدحمة تعني أنه قد يتعين عليهم اتخاذ قرارات بعد تعامل قصير مع العملاء يكون

مرکزًا في الغالب على تقييم الأعراض. كما أن اشتراك العديد من المتخصصين في العلاج قد يكون أمرًا مربكًا للعميل؛ إذ ربما يتلقى توجيهات متناقضة.

هذه النقاط كلها هي ما أدت إلى المناشدة لامتلاك الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين «صلاحيات وصف الأدوية»، وفي الولايات المتحدة، ثمة واحدة من مبادرات الصحة العامة (حركة صلاحيات وصف الأدوية للاختصاصيين النفسيين) تمنح صلاحيات وصف الأدوية لاختصاصيين نفسيين تلقوا تدريبًا خاصًا. وعلى الصعيد نفسه، طبقت في بعض ولايات الولايات المتحدة (مثل نيو مكسيكو في عام ٢٠٠٢، ولويسيانا في عام ٢٠٠٤، وإلينوي في عام ٢٠١٤) قوانين تسمح للاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين الذين حضروا عدة سنوات إضافية من التدريب والإشراف الإضافي بوصف أدوية لعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية. في هذه الولايات، يحمل الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون بعض مسئوليات أطباء الأمراض النفسية.

لهذا التطور مزايا وسلبيات. يعتقد بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين أن مثل هذه الصلاحيات ستؤثر سلبيًا على ممارسة علم النفس الإكلينيكي وربما العملاء أيضًا، في حين يعتقد آخرون أن خياراتهم في الممارسة ستتوسع بشكل مفيد مع توفر خيار وصف الأدوية. الجدل بشأن هذه المسألة معقد. فمن ناحية ما، الأطباء النفسيون هم الأقدر بلا شك على وصف الأدوية، حيث خضعوا لتدريب مطول حول كيفية عمل الدماغ والجسم، وهم على دراية بالفوائد والآثار الجانبية المحتملة لمجموعة متنوعة من الأدوية النفسية. قد يكون العلماء النفسيون أقل وعيًا بهذه الجوانب. أيضًا، إذا كان بإمكان الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين وصف الأدوية، فقد يُغير ذلك طبيعة العلاقة بين الاختصاصي النفسي الإكلينيكي والعميل أو يُوحى للعملاء بأن مشاعرهم خاطئة أو سيئة، أو أنها تحتاج إلى الإزالة بدلًا من الفهم.

ومن ناحية أخرى، قد يكون الاختصاصي النفسي الإكلينيكي هو أكثر متخصص يعرف العميل وظروفه، ويُمكنه تقدير الظروف الذي ستساعد فيه الأدوية والظرف الذي ستوقف فيه فيه بدقة أكبر. وفي المناطق الأقل تحضرًا على وجه التحديد والتي تعاني نقصًا في الموارد؛ حيث يُواجه العملاء نقصًا أو انعدامًا في الأطباء النفسيين المتاحين، قد يكون الاختصاصي النفسي الإكلينيكي الشخص الوحيد الذي يتواصل معه العميل بانتظام. ففي بعض الأماكن، يُصبح تولي صلاحيات الأطباء والأطباء النفسيين في وصف الأدوية وسيلة مهمّة لمساعدة الأشخاص الذين لا يُتاح أمامهم علاج نفسي إلا بذلك. الوقت وحده سيكون

الحكم على ما إذا كان هذا التطور سيكون تطورًا مُستدامًا وناجحًا داخل علم النفس الإكلينيكي أم لا.

توسع علم النفس الإكلينيكي في مجال الصحة

ثمة مجال أخذ في التنامي داخل مهنتنا وهو علم النفس الإكلينيكي في مجال الصحة (أي تطبيق مبادئ وممارسات علم النفس الإكلينيكي في حيز رعاية الصحة الجسدية). يبدو أن فرص هذا المجال لا حد لها تقريبًا إذا ما أخذنا في الاعتبار نسبة الناتج المحلي الإجمالي في معظم البلدان المتقدمة التي تُنفق سنويًا على الرعاية الصحية. وفي حقيقة الأمر، نجد أن عدد الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين المُعيَّنين في المستشفيات العامة أو العيادات التي تقدم الرعاية الصحية للمشاكل الجسدية أو كليهما أخذ في الازدياد في العقد الأخير. كما زادت فرص العمل في كليات الطب ومراكز الرعاية الصحية الأكاديمية؛ حيث أصبح الناس أكثر إدراكًا لأهمية العوامل النفسية في جميع جوانب الصحة الجسدية والعقلية.

من المُمكن أيضًا أن يُؤدّي تحويل العلوم المعرفية إلى تدخلات نفسية أن يفتح الباب أمام علاجات متنوعة جديدة لمن يُعانون من حالات صحية، مثل برامج التأهيل المحوسبة لذوي الإعاقات أو الإصابات الدماغية. كما تعني التطورات في الإجراءات الجراحية والطبية جنبًا إلى جنبٍ مع إيلاء تقدير أكبر لعلم النفس أن تعني أن الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين قد يلعبون دورًا أكبر في العمل الجراحي؛ في تقييم وعلاج المرضى الذين يخضعون لعمليات زرع الأعضاء على سبيل المثال. من ضمن هذه الأسئلة: هل هذا المريض مُستعد نفسيًا لهذه العملية؟ هل يُمكنه التعامل مع العبء النفسي لاستقبال عضو من مُتبرّع؟ هل سيمكّنه الالتزام بمتطلبات العلاج؟

من الفرص المستجدة الأخرى للاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين العاملين في مجال الصحة، المشاركة مع فرق الجراحة عندما لا يكون المريض قادرًا على تحمل التخدير، ومساعدة المرضى وعائلاتهم في اتخاذ قرارات بشأن الاختبارات الجينية، وتطوير وسائل تعزيز الذاكرة لمرضى السكتة الدماغية. ومنها أيضًا تعزيز الخدمات المقدّمة للآباء والأمهات والأطفال فيما قبل الولادة (على سبيل المثال التعامل مع مشاكل الخصوبة والإجهاد العَمدي والإجهاد التلقائي والحمل واكتئاب ما بعد الولادة)، وهي من الأمور البارزة التي يُرَجَّح أن تشهد توسعًا (انظر المثال الإكلينيكي في مربع ٢٥).

مربع ٢٥: الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون في خدمات ما قبل الولادة

مارية وإدوين والدان فقدوا ابنتهما جوزيف البالغ من العمر أربعة أشهر بسبب متلازمة وفاة الرضع المفاجئة. في البداية، لم تكن مارية قادرة على متابعة أداء أدوارها اليومية. فقد كانت تبكي بقلب مفلطح، وبالكاد تتعامل مع أي شخص كان، بما في ذلك طفلها التوأمان ابنا العامين، كيم وجينييفر. في حين كان إدوين، نظرًا للضغوط الاجتماعية التي يتعرّض لها كرجل حتى يظل قوياً، يدفع ألم حزنه وينحّيه جانباً، ويركز على توفير احتياجات أسرته، وأخيراً يشجع زوجته على النهوض من الفراش والعودة إلى حياة الأسرة.

بفضل الدعم الذي قدّمه لها اختصاصي نفسي إكلينيكي يزورها في منزلها، بدأت مارية ببطء تتصوّر الحياة بدون جوزيف. تحدّثت مارية عمّا تحمله ولادة ابن لها في الأسرة من أهمية، وإحساس العقوبة الذي كان يصلها من دينها. وعلى الرغم من وفاة جوزيف، استمرّت في التعلّق بذكراه وأرادته أن يظل جزءاً من عائلتها. وعلى مدى عدة أشهر، تحدّث الاختصاصي النفسي مع مارية بمفردها، وكذلك برفقة إدوين والتوأمان. وأثناء النظر في صور العائلة بعد مرور عام على هذا الفقد، شرحت مارية وإدوين للتوائم، بطريقة تفهمها أطفال في الثلاث السنوات، سبب وفاة أخيها. وفي الذكري السنوية للوفاة، أخذ الوالدان كيم وجينييفر لزيارة المقبرة وشجعاها على طرح أسئلة عن جوزيف.

أصبحت مارية أكثر استعداداً للبحث عن المعلومات والدعم لمساعدتها وعائلتها في التعامل مع الفقد. وللاستفادة من الموارد المتاحة للأهالي الذين فقدوا أطفالهم، انضموا إلى مجموعة دعم لعائلات ضحايا متلازمة وفاة الرضع المفاجئة وصاروا أقل وحدة في شعورهم بالحزن. لا تزال مارية تجد صعوبة في بعض الأيام، وتشعر أحياناً بالقلق لأنّ الحياة لا يمكن توقعها. رغم ذلك، صارت الآن تلتزم المساعدة من الناس عندما تحتاج إليها، وتركز على تعزيز علاقتها مع أهم الأشخاص في حياتها.

الوقاية والصحة العامة

لا يعمل جميع الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين في مكاتب أو مستشفيات مع عملاء فرديين. فمن المستحدثات الأخيرة التي يقودها الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون إنشاء برامج يمتدّ إلى أثرها مجتمعات بأكملها، مثل المخططات المصمّمة للحد من التنمر في المدارس أو حالات العنف الزوجي؛ وإنشاء بروتوكولات أكثر فعالية لعلاج الإدمان؛ وتطوير استراتيجيات تنفيذية أفضل لبرامج العلاج الحالية، وتأسيس خدمات للعلاج عبر الإنترنت. فكما تناولنا في الفصل السادس، يعتقد البعض أن الاختصاصيين النفسيين

الإكلينيكيين يمكن أن يُفيدوا العملاء بشكلٍ كبير من خلال بذل مثل هذه الجهود على المدى الطويل لتحسين العلاجات والمؤسسات الاجتماعية بالتساوي مع تقديم العلاج النفسي الفردي. ونظرًا للتدريبات التي يحصل عليها الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون والأدوار التي يشغلونها في خدمات الصحة النفسية، فإنَّ هذه المهنة قد تكون في المكان المناسب لإحداث تأثير كبير في المجتمع، والعمل على حمايته من خلال إجراء تغييرات هيكلية في توفير الرعاية الاجتماعية ورفاه المجتمع.

يتأثر علم النفس الإكلينيكي في المجتمع تأثرًا كبيرًا (وسيزلُّ يتأثر) بالأمور السياسية في هذا الزمن واقتصاديات المعاناة النفسية. فرغم أن السياق الاجتماعي يعدُّ من بعض الجوانب، خارج نطاق تأثير الاختصاصي كفرد، يَعترف التخصص في مجمله بالرابطة الواضحة بين الظروف الاجتماعية/الاقتصادية والضغوط النفسية. وتظلُّ الأسئلة مطروحة بشأن الطبيعة الدقيقة للمعاناة التي تُسببها إجراءات التشفُّف أو فقدان الوظائف أو رداءة السكن. غير أن السياسيين والاقتصاديين في الآونة الأخيرة صاروا أكثر استعدادًا بكثير للتحدُّث عن الرفاه النفسي باعتباره هدفًا للسياسات. يُمكن أن تسهم التدخلات التي تركز على تنمية الاعتناء بالذات، والتماس الدعم، وبناء المرونة، في مساعدة الفرد على التعامل مع بيئات اجتماعية قد يغلب عليها العدائية. ولا شكَّ أن هذا سيكون مسارًا مهمًّا في مستقبل هذه المهنة.

توسيع نطاق التركيز البحثي

جميع مُقدِّمي خدمات الرعاية الصحية يحتاجون إلى معرفة ما إذا كانت الخدمات التي يقدمونها فعالة وكيف يُحسنون رعايتهم لعملائهم بأفضل طريقة. وهذا صحيح تمامًا؛ فأياً كان الحال، إذا كنَّا أنا أو أنت سنتلقَى علاجًا من أي نوع — وخصوصًا إذا كانت المرة الأولى — فمن المتوقع أن نودَّ معرفة أنه سيكون ناجحًا إلى حدِّ ما على الأغلب، وأن شخصًا ما أجرى بعض الأبحاث حول فُرص نجاحه مع أشخاص مثلنا. وقد كان لعلم النفس الإكلينيكي دور محوري على مرِّ العُقود في تقييم فعالية وكفاءة العلاجات النفسية من خلال إجراء دراسات بحثية عالية الجودة. لقد ساهمت هذه الدراسات في تحسين الخدمات، وتوفير الأموال، وساهمت في تطوير بروتوكولات العلاج، ممَّا يضمن حصول المزيد من الأشخاص على العلاجات التي تمَّت تجربتها وثبَّتت فعاليتها.

من المرجح جداً أن تزداد أهمية هذا الدور البحثي في العقود القادمة حيث يتزايد طلب من يمولون هذه الخدمات (على سبيل المثال، الرعاية الموجهة في الولايات المتحدة والخدمة الوطنية للصحة في المملكة المتحدة) لأدلة تُؤكِّد أن هذه الخدمات مجدية من حيث التكلفة. ومن المحتمل أيضاً أن يزداد استخدام الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين للعديد من مناهج البحث الأكثر تطوراً، كالتصوير بتقنية الإطار تلو الإطار التي تُمكن الباحثين من دراسة ما يحدث عندما يُحاول مريضٌ يُعاني من إصابة في الدماغ التواصل، أو استخدام المسح الدماغى لقياس تأثير أنواع مختلفة من التدخلات العلاجية على سبيل المثال.

من المؤكد أيضاً أن البحث النفسي سيتضمَّن بشكلٍ مُتزايد التبادل المشترك لأفكار ونتائج من مجالات أخرى ذات صلة. ومن المحتمل جداً أن نشهد تطوراً في مساحة التلاقي بين بحوث العلاج النفسي وعلم الأعصاب، بينما تترسَّخ معارفنا بشأن آليات عمل وظيفة الدماغ وتتطور. ستلعب الجينات أيضاً دوراً مركزياً مُتزايد الأهمية. بالإضافة إلى ذلك، ستفتح الأبحاث التفصيلية عن العمليات النفسية الأساسية الكامنة وراء المشكلات النفسية، وعن كيفية تفاعل الأشخاص وبناء العلاقات، أمامنا إمكانات جديدة من خلال الاستفادة مما هو فعال من الوسائل المدعومة حاسوبياً.

ونعتقد أن البحث الإكلينيكي سيُصبح أكثر تخصصاً بشكلٍ مُتزايد؛ وذلك بالاستفادة من الأعمال الحالية بشأن مسألة التوافق بين العميل والعلاج بما يُراعي سمات العميل والاختصاصي النفسي، وما قد يتعلق بها من نتائج إيجابية في العلاج. نتوقَّع أنه يُمكن للأبحاث المستقبلية أن تمكننا من معرفة المزيد حول المتغيرات الفردية المؤثرة في نجاح تدخلات بعينها بدرجة أكبر أو أقل حسب العملاء بمختلف أنواعهم.

استخدام التكنولوجيا

تتسرَّب التكنولوجيا إلى مجال علم النفس الإكلينيكي، تماماً مثلما يحدث في كل مجال آخر. وسمحت التطورات التكنولوجية بظهور أشكال وصور جديدة من التقييمات والتدخلات، منها تسجيل المشاركين في الأغراض البحثية عبر الإنترنت، وكذلك إجراء الاختبارات وتلقي العلاج والإشراف عبر الإنترنت. من الأمثلة الأخرى على المبتكرات الحديثة تطوير ألعاب فيديو تعتمد على السرد القصصي لتوفِّر تجربة محفزة أسرة لمن يجدون صعوبة من

الأطفال المُصنَّفين على طيف التوحُّد. يُمكن لمثل هذه الألعاب تطوير مهارات الأطفال الاجتماعية؛ ومن ثَمَّ تحسين تعاملاتهم اليومية.

ومن الأمثلة الأخرى تقديم سيناريوهات الواقع الافتراضي لعلاج الأشخاص الذين يُعانون من الرهاب الاجتماعي. يمكن تصميم هذه السيناريوهات خصوصًا لتعريض الأشخاص للمواقف الاجتماعية المعينة التي تستثير عندهم القلق (على سبيل المثال، إلقاء كلمة أو التسوق). فيمكن للأشخاص أن يدخلوا في حوار حرٍّ مع شخصيات افتراضية بينما يُراقبهم اختصاصي نفسي إكلينيكي، ويُمكنه بعد ذلك تعديل استجابة الشخصية الافتراضية بما يُلائم العميل من خلال التحكم في اتجاه نظر الشخصية أو أسلوبها في الحوار، وكذلك فيما يحدث لهذه الشخصية في أثناء التفاعل أو التجربة.

ويُمكن لتقنية الواقع الافتراضي أن تُتيح المرور بمواقف من الصعب (أو المكثَّف) الوصول إليها بشكل طبيعي، مثل ركوب الطائرة. فبدلاً من الصعود إلى طائرة حقيقية لمواجهة رهاب الطيران، يمكن للشخص ببساطة ارتداء نظارة وسماعات رأس تُحاكي التجربة. يمكن بذلك زيادة عدد الأشخاص الذين يتلقون العلاج مع خفض التكاليف.

ربما تكون أكثر التطبيقات التكنولوجية في علم النفس الإكلينيكي انتشاراً هي طريقة تقديم العلاج. فقد كان المعتاد في الفترات الفرويدية تلقِّي التحليل عدة أيام في الأسبوع على الأريكة في غرفة استشارات المحلل النفسي، بينما يُتاح للأشخاص الآن تلقِّي العلاج من خلال «سكايب»، أو من خلال تطبيقات الصحة النفسية، أو البرامج النفسية المهيئة حسب الفرد على الإنترنت. بعض الاختصاصيين النفسيين يُقابلون عملاءهم وجهاً لوجهٍ أغلب الوقت، لكنهم قد يستخدمون سكايب أو يُجرون جلسات عبر الهاتف في حالات الطوارئ (انظر مربع ٢٦)، في حين لا يملك مُعالجون آخرون مكتباً فعلياً من الأساس، ويُقابلون جميع عملائهم عبر الإنترنت. وقد شرح أحد زملائنا وجهة نظره في اتِّباع هذا الأسلوب قائلاً:

«لقد أعددتُ عيادتي بهذه الطريقة حتى أسهل على الأشخاص ذوي الإعاقات الجسدية أن يُقابلوني. فمن خلال سكايب، يُمكن لعملائي أن يظلُّوا مُرتاحين في بيوتهم، دون أن يشغلوا بالهم بالسفر أو أي مشكلة تتعلق بالحضور لمكتبي بشخصهم.»



شكل ٧-١: استخدام التكنولوجيا في التواصل.

من التطورات التكنولوجية الأخرى وجود مجموعة مُتنوعة من تطبيقات الصحة النفسية على الهواتف المحمولة؛ كتطبيقات «جويابل» و«سليبيو» و«هابيفاي» و«سوبر بيتر» و«بي تي إس دي كوتش» و«كود بلو» و«توك سبيس» و«بيرسونال زِن». والحق أنّ بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين يُرحبون بهذه المنجزات الجديدة أشدّ الترحيب، نظرًا لانخفاض تكلفتها وسهولة إتاحتها واعتبارها فرصة لتقليص الوصمة المرتبطة بالعلاج النفسي، وإمكانية توفيرها للخدمات لعدد أكبر من الأشخاص. يمكن لهذه التطبيقات أن تكون بالغة النفع للمُراهقين والشباب الذين يُعانون من ظروف نفسية صعبة وقد يجدون راحةً أكبر في استخدام التكنولوجيا وسيلةً للتواصل، لكنهم غير راغبين في حضور الجلسات وجهاً لوجه أو غير قادرين على ذلك. يُمكن لهذه التطبيقات أيضًا أن توفر الدعم في الفترات التي تفصل بين الجلسات، والأرجح أنها ستُؤدّي أفضل

نتيجة منها عند دمجها مع الجلسات وجهاً لوجه، (والأدوية إن كان ذلك ملائماً) لكن أناساً آخرين يتشككون في جدوى ما يرونه «علاجاً زائفاً» (انظر شكل ٧-١) ويزعجهم ما يعتبرونه منهجية مُضَلَّلة ومُتسَّرة في حل المشكلات النفسية؛ حيث يَعِدون الناس بتحسن سريع لكن هذا لا تدعمه أدلة كافية.

مربع ٢٦: مايا تتلقَّى العلاج من خلال سكايب

لجأت مايا لهذه الوسيلة لضرورة جغرافية. فعندما انتقلَ سيمون، الاختصاصي النفسي الذي تابعت معه لمدة طويلة، إلى مدينة جديدة، كانت مايا قلقة من مسألة المتابعة مع اختصاصي نفسي آخر في بلدتها الصغيرة؛ إذ سيكون على معرفة بحبيبها السابق المعروف فيها. لذا عرض سيمون على مايا أن يُجري معها جلسات على سكايب من محلِّ إقامته الجديد الذي يبعد عدة أميال. وافقت مايا على أن تُجرَّب هذه الطريقة.

بالإضافة إلى التساؤلات المتعلقة بالفعالية، تطرح الخدمات المتاحة عبر الإنترنت أسئلة بشأن العلاقة العلاجية والمسائل الأخلاقية والسرية والحصول على التراخيص. وأياً ما كان رأيك، فإن تقديم العلاج عبر الإنترنت والهاتف سيتزايد مع تحسن التكنولوجيا على الأرجح.

استخدام وسائل التواصل الاجتماعي

قد يكون الاختصاصيون النفسيون الإكلينيكيون مُدرَّبون جيداً على إجراء الأبحاث ومراجعتها، لكنهم لا يتلقَّون ما يكفي من التدريب لتوصيل النتائج التي يتوصَّلون إليها إلى غيرهم من الاختصاصيين أو للعملاء وأفراد عائلاتهم والجمهور الأعم. ونجد أيضاً أنَّ معظم الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين أقل ارتياحاً للعمل مع الإعلام أو الكتابة في المدونات، على عكس ما هم عليه عند الاستماع للعملاء فرادى والتجاوُب معهم. لكن مع ظهور وسائل التواصل الاجتماعي كواحدة من أفضل الطرق لمشاركة البحوث النفسية والترويج للخدمات الإكلينيكية للجمهور، بدأ بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكيين يُصبحون أقل انغلاقاً. الشرط الرئيسي لمن يودون أن يعملوا بكفاءة عبر الإنترنت هو تعلم كيفية التواصل الجيد: الكتابة بوضوح، بطريقة مُوجزة خالية من

الاصطلاحات المتخصصة؛ سواء كان ذلك في تغريدة أو تحديث حالة أو فيديو على يوتيوب، أو أيّ تكنولوجيا مُذهلة تجدُ فيما بعد.

على سبيل المثال، استخدمت الدكتورة كولز (وهي اختصاصية نفسية إكلينيكية في الولايات المتحدة) حسابها الاحترافي على تويتر بشكلٍ مُبتكر. فقد قامت أولاً بإنشاء مدونة عن أخلاقيات وسائل التواصل الاجتماعي وبدأت في مشاركة منشوراتها وأخبار أخرى عن الصحة النفسية. وبعد ذلك، نشرت سياسة لاستخدام وسائل التواصل الاجتماعي كانت قد وضعتها في بادئ الأمر لتوجيه ممارستها العلاجية عبر الإنترنت، ونشرتها على تويتر كذلك. سرعان ما استرعى هذا انتباه اختصاصيي الصحة النفسية حول العالم، حيث كانوا يبحثون عن إرشادات في هذا الصدد. وفي غضون سنتين فقط، صارت كولز خبيرةً ومُتحدثَةً تُطلبُ مشورتها في مجال أخلاقيات وسائل التواصل الاجتماعي، وزاد عدد مُتابعيها في حسابها @drkkolmes على تويتر إلى ٨٦٥٠٠ متابع. وقد نشرت مقالاً في صحيفة «ذا نيويورك تايمز» حول التحديات المتعلقة بمواقع آراء العملاء في المعالجين النفسيين وصارت مرجعاً يُعندُ به وسائل الإعلام.

إنّ استخدام وسائل التواصل الاجتماعي يُتيح للاختصاصيين النفسيين الإكلينكيين الوصول إلى جمهور من العملاء المُحتملين الذين كان يصعب الوصول لهم فيما سبق لا تقتصر على فئة الشباب فحسب، بل تضمُّ الفئات الأكبر سناً والأشخاص أقل اهتماًمًا بالجانب النفسي. يُمكن لوسائل التواصل الاجتماعي أن تساعد في التخلص تدريجياً من الوصمة المُرتبطة بالصحة النفسية وعلاجاتها، وتنبه الناس بالفوائد التي قد يحملها التماس المساعدة النفسية. إحدى زميلاتنا في الولايات المتحدة تُهدف إلى تنفيذ أفكار التحليل النفسي عبر مدوّنتها التي تحمل الاسم المميز: analysisissexy (أي التحليل النفسي جذاب)، ومن خلال نشرها على مواقع شهيرة مثل psychedinsanfrancisco.

ومن الأمثلة الأخرى على الباحثين النفسيين الشهيرين الذين يستفيدون من الإنترنت استفادةً قُصوى، برينيه براون. فقد كانت تقوم بالأبحاث حول خبرات نفسية كالهشاشة والخزي والشجاعة والأصالة وتُوصّل النتائج التي توصلت إليها بطريقة مُبتكرة وميسرة من خلال عدة لقاءات «تيد توك» متاحة على اليوتيوب. فقد شوهد لقاؤها في «تيدكس هيوستن» عن الهشاشة النفسية أكثر من ٦ ملايين مرة. من الجدير بالذكر أنه في الصباح الذي يلي هذا اللقاء أغلقت برينيه باب منزلها عليها لثلاثة أيام لشعورها بـ «آثار الهشاشة»، وقد تحدّثت عن هذا في لقاءٍ لاحقٍ عن الشعور بالخزي. وفي هذا درس لنا؛

مثل هذه الأشياء قد تحدّث لأيّ منا!

تطور مستمر

لقد قطع علم النفس الإكلينيكي شوطاً طويلاً في وقتٍ قصير. نأمل أن يكون هذا الكتاب الصغير قد مكّنك من فهم الكيفية التي تطوّر بها هذا العلم، وتقييم مساهمته الحالية في الأفراد والمجتمع بشكل عام، والنظر في إمكانياته المستقبلية. إحدى نقاط القوة التقليدية لدى الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين هي استخدامهم للتفكير النقدي وتطبيقهم للتقنيات المرنة لحلّ المشكلات ومجموعة من المهارات البحثية المنهجية. تأتي هذه المرونة مدعومة بالأدلة من خلال الأماكن العديدة التي يعمل فيها الاختصاصيون النفسيون السريريون. إذ يتمّ توظيفهم في أي مجال تقريباً قد يخطر على بالك (صحة، ترفيه، تعليم، استكشاف الفضاء، عمل الشرطة، الاتصالات)، وهم يتولون مجموعة متنوعة من المناصب التي لم يكن أحدٌ يعتقد أنها ممكنة قبل سبعين عاماً.

لعلم النفس الإكلينيكي في جوهره طبيعة تطورية؛ لأنه يستخدم البحث والمنهج العلمي باستمرار لتطوير فهم أفضل للظواهر والمشكلات النفسية وأساليب معالجتها. يتجلى هذا التطور المستمر في علاقته بالمعايير التكنولوجية العالية للطب الحديث وعلم الأعصاب، الذي يستمرّ في التوصل إلى اكتشافات جديدة عن الدماغ البشري وارتباطه بالفكر والسلوك. ومن المؤكّد أنّ مستقبل علم النفس الإكلينيكي سيّشمل إجابات أكثر تدقيقاً حول العلاقة بين العقل والجسم، ومن المرجّح أن يستمر في دمج أساليب ومعرفة من تخصصات مثل الطب وعلم الوراثة وعلم الاجتماع وعلم الوبائيات.

قد يخشى بعض الاختصاصيين النفسيين الإكلينيكين من احتمالية أن يتولى بعض الاختصاصيين الآخرين جزءاً ممّا هو دورهم في الأساس، ومن حاجتهم الدائمة للتأقلم مع المستجدات البحثية والفرص كالتّي تطرحها وسائل التواصل الاجتماعي والتقنيات الجديدة. لكن إن جمّعنا قائمة من المشكلات الرئيسية التي تُواجه العالم اليوم، فلا مفرّ من أن نتوصّل إلى استنتاج معيّن: جزء كبير من مُعانة الناس تنطوي على عامل نفسي.

في بداية القرن العشرين، كانت الأمراض الفيروسية والبكتيرية (كالتهاب الرئوي والسلّ والإنفلونزا) هي الأسباب الأبرز للوفاة، ولكن اليوم حلّ السرطان وأمراض القلب والاكتهاب والسكتة الدماغية محلها في العديد من أنحاء العالم. جميع هذه الأمراض تتأثّر بشدة بالعوامل السلوكية أو النفسية، مثل التدخين والعادات الغذائية السيئة ونقص النشاط البدني والضغط النفسي. وبالمثل، تتأثّر بعض المشكلات الاجتماعية البالغة الأهمية التي تُواجه العالم اليوم بشكل كبير بالنفسية؛ كعدم المساواة، والصراعات الأسرية

توسيع نطاق علم النفس الإكلينيكي

أو الصراعات بين الأفراد، وسوء رعاية الأهل، والطلاق، والإدمان، واضطرابات التعلم، والجرائم، والعنصرية، والسمنة، والإجهاد الناتج عن الوظيفة وعدم الرضا عنها، والوحدة، والتعرض للأذى، والتلوث، والإسراف في استخدام الموارد البيئية.

يمكن للشّقّين العلمي والعملي من علم النفس، وعلم النفس الإكلينيكي خصوصاً، أن يلعبا دوراً رئيسياً في تطوير وتطبيق حلول لبعض هذه المشكلات. فعلم النفس الإكلينيكي يتمتع بسمات مُميزة تجعله في الموضع المثالي للمُساهمة في تطوير حلول لبعض التحديات المنتشرة المُلحة التي تُواجه المجتمع حالياً، إلى جانب اهتمامه بالخبرات الفردية بالغة الحميمية والتفرد للأشخاص. والاختصاصي النفسي الإكلينيكي الذي تدرّب ليكون عالماً ممارساً مُتفكراً لا بد أنه لن يجد صعوبة في العثور على أمور ذات قيمة وأهمية يتولى القيام بها في المستقبل. نأمل أيضاً أن يستفيد عالمنا المتغيّر مما يتّسم به الاختصاصي النفسي الإكلينيكي من انتباه وتفكّر والتزام وعمل بدأب.

مراجع وقراءات إضافية

- Barker, C., Pistrang, N., & Elliott, R., *Research Methods in Clinical Psychology: An Introduction for Students and Practitioners* (John Wiley & Sons, 2015).
- Barlow, D. H., *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (Oxford University Press, 2014).
- Beinart, H., Kennedy, P., & Llewelyn, S., *Clinical Psychology in Practice* (John Wiley & Sons, 2009).
- Bennett-Levy, J. E., Butler, G. E., Fennell, M. E., Hackman, A. E., Mueller, M. E., & Westbrook, D. E., *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy* (Oxford University Press, 2004).
- Bentall, R. P., *Madness Explained: Psychosis and Human Nature* (Penguin Books, 2003).
- Butler, G. & Hope, T., *Managing Your Mind: The Mental Fitness Guide* (Oxford University Press, 2007).
- Cabaniss, D. L., Cherry, S., Douglas, C. J., & Schwartz, A. R., *Psychodynamic Psychotherapy: A Clinical Manual* (John Wiley & Sons, 2011).
- Carr, A., *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach* (Routledge, 2015).

- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E., *Principles of Therapeutic Change that Work* (Oxford University Press, 2006).
- Cooper, M., *Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy: The Facts Are Friendly* (Sage Publications, 2008).
- Eells, T. D., *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (Guilford Press, 2011).
- Emerson, E., *Clinical Psychology and People with Intellectual Disabilities* (John Wiley & Sons, 2012).
- Fleming, I., & Steen, L., *Supervision and Clinical Psychology: Theory, Practice and Perspectives* (Routledge, 2013).
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M., *Clinical Practice of Cognitive Therapy with Children and Adolescents: The Nuts and Bolts* (Guilford Press, 2015).
- Golding, L., & Gray, I., *Continuing Professional Development for Clinical Psychologists: A Practical Handbook* (John Wiley & Sons, 2008).
- Greenberger, D., & Padesky, C. A., *Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think* (Guilford Press, 1995).
- Hall, J., Pilgrim, D., Turpin, G., & Marks, S., *Clinical Psychology in Britain: Historical Perspectives* (British Psychological Society, 2015).
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G., *Acceptance and Commitment Therapy: The Process and Practice of Mindful Change* (Guilford Press, 2011).
- Hecker, J., & Thorpe, G., *Introduction to Clinical Psychology* (Routledge, 2015).
- Hersen, M., & Sturmey, P., *Handbook of Evidence-Based Practice in Clinical Psychology, Adult Disorders* (John Wiley & Sons, 2012).
- Johnson, L., & Dallos, R., *Formulation in Psychology and Psychotherapy* (Routledge, 2013).
- Jung, C., *Modern Man in Search of His Soul* (Harcourt, 1933). The extract is taken from p. 39.

- Knight, A., *How to Become a Clinical Psychologist: Getting a Foot in the Door* (Routledge, 2005).
- Lange, G., & Davison, J., *Clinical Psychology in Singapore: An Asian Casebook* (NUS Press, 2015).
- Llewelyn, S., & Murphy, D., *What is Clinical Psychology?* (Oxford University Press, 2014).
- Malan, D., *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics* (Hodder Arnold, 2002).
- Martin, P., & Birnbrauer, J. S., *Clinical Psychology: Profession and Practice in Australia* (Macmillan Education, 1996).
- Miller, W. R., & Rollnick, S., *Motivational Interviewing: Helping People Change* (Guilford Press, 2012).
- Morrison, A., Renton, J., Dunn, H., Williams, S., & Bentall, R., *Cognitive Therapy for Psychosis: A Formulation-Based Approach* (Routledge, 2004).
- Roth, A., & Fonagy, P., *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research* (Guilford Press, 2013).
- Ryan, F., *Cognitive Therapy for Addiction: Motivation and Change* (John Wiley & Sons, 2012).
- Ryle, A., & Kerr, I. B., *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice* (John Wiley & Sons, 2003).
- Sacks, O., *The Man Who Mistook His Wife for a Hat: And Other Clinical Tales* (Picador, 1998).
- Smail, D. J., *Illusion and Reality: The Meaning of Anxiety* (Karnac, 1993).
- VandenBos, G. R., *APA Dictionary of Clinical Psychology* (American Psychological Association, 2013).
- Weisz, J. R., & Kazdin, A. E., *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (Guilford Press, 2010).

- Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J., *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications* (Sage Publications, 2011).
- West, J., & Spinks, P., *Clinical Psychology in Action: A Collection of Case Studies* (Butterworth–Heinemann, 2013).
- Woods, R. T., & Clare, L., *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing* (Wiley Online Library, 2008).
- Yalom, I. D., & Elkin, G., *Every Day Gets a Little Closer: A Twice-Told Therapy* (Basic Books, 2014).
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E., *Schema Therapy: A Practitioner's Guide* (Guilford Press, 2003).
- Williams, M., & Penman, D., *Mindfulness: A Practical Guide to Finding Peace in a Frantic World* (Piatkus, 2011).

قائمة الصور

- (1-1) People experience a wide range of sometimes uncomfortable feelings.
- (3-1) A diagrammatic formulation of a client suffering from extreme perfectionism (Colette Kearns).
- (4-1) An example of a behavioural experiment worksheet (*Psychology Tools* materials used with permission of Dr Matthew Whalley).
- (5-1) The three aspects of clinical psychology training.
- (6-1) Publishing in a peer-reviewed journal is a process with many hurdles (www.CartoonStock.com).
- (7-1) Using technology to communicate (www.CartoonStock.com).

