خبراتنا غير المألوفة ما بين العلاج الإنساني والصحة العقلية .

تأليف الأستاذ الدكتورأليخاندرو بارا

أستاذ علم النفس الاكلينيكي بجامعة ألبيترا أمريكانا الدولية بالأرجنتين .

ترجمة أ.د / سماح خالد زهران

أستاذ علم النفس الاجتماعي بجامعة عين شمس .

الملخـــــــــــص

إن المقال الحالي يلقي الضوء بشكل متخصص على كيفية دراسة خبراتنا النفسية غير المعتادة – في سياق حياتنا النفسية اليومية والتي تعتمد بالأساس على خبراتنا الحسية المحدودة – وذلك في إطار علم النفس وتحديدا الإرشاد النفسي ، وقد تناول المؤلف دور المذهب الإنساني في علاج هذه الحالات ، التي تعاني من سوء توافق بسبب عدم قدرتها على فهم مثل هذه الخبرات والتعامل معها بفعالية، أو التكيف مع الحياة عبرها .

ويركز هذا التدخل النفسي المتخصص مع مثل هؤلاء الأفراد ، من خلال المقال الحالي على دور المذهب الإنساني باعتباره أكثر مذاهب الإرشاد النفسي مناسبة لمثل هذه الحالات، كما أظهرت الدراسات . وقد تطرق المقال لبعض مظاهر السلوك الإنساني غير المعتاد ، وعلاقته ببعض أشكال الأمراض العقلية ، ثم دور العلاج الجمعي المتمركز حول العميل في التعامل بفعالية مع أفراد عايشوا خبرات غير معتادة مقارنة بذويهم ، مما جعلهم يضفون عليها طابعا أسطوريا ، أو يهابونها ، أو يشعرون بالذنب والمسئولية لعدم قدرتهم على منع فاجعة ألمت بهم ، ربما لم يفهموها جيدا في رسائل خبراتهم غير المعتادة .

وقد استعرض المقال بعض أشكال الخبرات غير المعتادة ، وطرق التعامل معها ، وردود أفعال مثل هذه الحالات بعد العلاج والإرشاد النفسي ، ودرجة الرضا عن خبرة التعامل النفسي المتخصص التي مروا بها ، وأخيرا مدى توافقهم في الحياة بعد ذلك .

والموضوع المترجم ، في هذا المنحى ، يمكن أن يسد ثغرة عدم الدراسة النفسية المتخصصة للسلوك الإنساني الحدسي – إن جاز التعبير – في مقابل السلوك الإنساني الحسي ، الذي ندرسه بالفعل عبر عقود عدة، في مكتبتنا العربية . ونحن إذ نطلع على المكتبة النفسية العلمية الغربية ، لا نكون مع أو ضد ، كشيمة العلماء ، ولكن نحاول فقط أن نسبر أغوار العقل الإنساني ، حتى وإن بدا السلوك غريبا ، فعلينا ألا نهمل ملاحظته ودراسته ، كما علينا ألا نعلي من شأن أصحابه ، ونضفي عليهم من النعوت مما هو فوق قدرات البشر، إنما فقط نلاحظ ونسجل و نساعد مثل هذه الحالات ، التي ربما تعاني سوءا في التوافق نتيجة خبرات غير معتادة مرت بها ، في التوافق مع الحياة ومع الآخرين ، بدلا من اللجوء للشعوذة بديلا عن الحقل العلمي والعلاج والإرشاد النفسي السليم . ولعل في هذا بداية جديدة قد تفتح آفاقا مثمرة للبحث العلمي النفسي في مكتبتنا العربية ، بهذا المنحى .

خبراتنا غير المألوفة ما بين العلاج الإنساني والصحة العقلية .

تأليف الأستاذ الدكتورأليخاندرو بارا

أستاذ علم النفس الاكلينيكي بجامعة ألبيترا أمريكانا الدولية بالأرجنتين .

ترجمة أ.د / سماح خالد زهران

أستاذ علم النفس الاجتماعي بجامعة عين شمس .

تقديم الترجمة :

لو سلمنا بأن علم النفس هو علم دراسة السلوك الإنساني ، على اعتبار أن هذا السلوك هو المكون الذي يمكن للعلم التجريبي ملاحظته ودراسته عمليا ومعمليا ، وعلى اعتبار أنه الدال على مكنون ما في شخصية الإنسان من مكونات وخصائص داخلية ، فإنه يمكن القول أن مكتبتنا العربية النفسية قد ذخرت بالعديد والعديد من الدراسات في مجالات علم النفس كافة باحثة في طبيعة هذا السلوك الإنساني ، محاولة تقديم تفسيرات للعديد من العوامل والمؤثرات المرتبطة به . إلا أننا لم نلق نفس القدر من الاهتمام بذلك السلوك الإنساني المرتبط بمثيرات غير مألوفة ، أوما اعتدنا أن نسميها في التراث الإنساني بالحاسة السادسة ؛ تعبيرا عما نخبره مما هو خارج نطاق حواسنا الخمسة الحسية .

وقد يؤخذ علينا – برغم أن تراثنا الثقافي لم يغفل تسجيل مثل هذه الحالات – أننا لم نتعهدها بالدراسة العلمية ، حيث تجاهل وجودها البعض وأنكرها أو نعتها بالخرافة، البعض الآخر . والعلم كما عهدنا – لا ينبغي أن يكون مع أو ضد ، بل هو موضوعي على الحياد ، ليلاحظ السلوك الإنساني في كافة أشكاله محاولا دراسة أسبابه والوقوف على العوامل المؤثرة فيه .

ودراسة الخبرات غير المألوفة هي دراسة علمية في الغرب (عرفت باسم الباراسيكولوچي) ؛ وهي علمية لأنها تدرس السلوك الإنساني دراسة ذات منهجية علمية متبعة أساليب البحث العلمي في الملاحظة والتسجيل وتحديد المشكلة وفرض الفروض وتجربتها ، ثم الخروج بنتائج ذات دلالة إحصائية . وإن كان علم النفس هو علم دراسة السلوك الإنساني ، الذي ينبع من مثيرات محسوسة ، فإن دراسة السلوك الإنساني غير المعتاد (أو الباراسيكولوچي) هو أحد فروع علم النفس ؛ باعتباره يدرس السلوك الإنساني الذي تحدثه مثيرات خارج نطاق الحواس الخمسة ، ومن هنا تبدو صعوبة دراسته ، أو غرابتها لحد ما .

والمقال الذي بين أيدينا يساعدنا في إلقاء الضوء بشكل متخصص على كيفية دراسة مثل هذا السلوك الإنساني غير المعتاد دراسته، في إطار علم النفس وتحديدا في الإرشاد النفسي ، وقد تناول المؤلف دور المذهب الإنساني في علاج هذه الحالات ، وكيف أن المذهب الإنساني ربما يعد من أكثر

مذاهب الإرشاد النفسي مناسبة لمثل هذه الحالات . وقد تطرق المقال لبعض مظاهر السلوك الإنساني غير المعتاد ، ولعل أكثره شيوعا عندنا التخاطر وأحلام الرؤى والعين المؤثرة – أو ما نسميها في التراث الشعبي عين الحسود – ويسميها العلم التجريبي قدرة العقل على التأثير في المادة ، أو (Mind over MatterOR Psychokinesis; PK) ، وقد حاولت في الترجمة توضيح بعض الأمثلة الأخرى من الخبرات غير المألوفة ، كل في سياقه . وقد ناقش المؤلف أمثلة لبعض العوامل النفسية الشخصية والمجتمعية والتربوية المرتبطة بهذا السلوك ، وكيف يمكن للإرشاد النفسي والعلاج الجمعي المتمركز حول العميل بالمذهب الإنساني مداواتها والتعامل معها .

الأمر الذي من الممكن أن يثري مكتبتنا النفسية العربية العلمية ، فنحن لا نهمل السلوك الإنساني الخارج عن المألوف ، كما لا نغالي في قدره ، إنما يعنينا في علم النفس هو أن نلقي الضوء على العوامل الشخصية والاجتماعية المرتبطة بحدوثه ، وكيف يمكن مساعدة الحالات المرضية نتيجة خبرات غير معتادة مرت بها في التوافق مع الحياة ومع الآخرين ، بدلا من اللجوء للشعوذة بديلا عن الحقل العلمي والعلاج والإرشاد النفسي السليم . ولعل في هذا بداية جديدة قد تفتح آفاقا مثمرة للبحث العلمي النفسي في مكتبتنا العربية ، بهذا المنحى .

المقال :

نماذج لحالات

حالة ستيلا ل. ٥٣ عاما " ذهبت للفراش لأنام واستيقظت على صوت رياح عاتية . وعندما فتحت عيناي ، رأيت فجأة صورة مخيفة ، مثل قمر في كامل تمامه ، أمامي بكامل حجمه وكأنه سينفجر في وجهي . لقد كان منظرا مخيفا ، ثم تبدد كدخان يتصاعد نحو السقف ، ونظر لي إبان ذلك بعيون شيطانية . وعندما سردت الحلم لأختي في اليوم التالي ، لم تلبث أن تكرر بأنه كان كابوسا ، ولكني كنت أعلم أن شيئا ما سيئا سوف يحدث ، وقد أخبرتها بذلك . وبعد عشرة أيام لاحقة لهذا الحلم ، توفى ابني ، وقد مثلت هذه الصورة التي رأيتها وفاته بشكل ما" . .(Parra, 2003, p. 114)

إن غالبية الناس يبدون ردود أفعال قوية عندما يفكرون في خبراتهم النفسية غير المألوفة ، كلحظة وفاة غير متوقعة لشخص نحبه في مكان بعيد . وهناك عدد من الأفراد قد سجل مثل هذه الخبرات عند الانشغال بشخص ما سواء بالرؤية الطيفية لهذا الشخص أو بالاستماع لصوته وهو يناجيهم ، كالتجربة المذكورة أعلاه . وقد اقترح كل من هاستنج ١٩٨٣ ، وستيوارت ١٩٨٦ أن استخدام تقنيات الإرشاد والتوجيه في مجال الباراسيكولوجيا لمثل حالات أزمات الكوارث المفاجئة ، يمكن أن يكون مجديا . ويعبر أفراد آخرون عن مثل هذه الخبرات على هيئة مزيج من خبرات الخداع البصري

والهلاوس ، بالإضافة لخبرات من الإنذارات الأولية ، كما في الخبرة التالية (Parra, 2003, p. 114).

حالة كارلوس ب. ٥٠ عاما " كان لأختي الصغرى صديقة تعيش في مقاطعة في بونيس آيرس ، وقد ذهبنا لزيارتها . كانت بنت في العاشرة من عمرها وتلعب القيثار . وعندما كنا بمنزلها ، وفجأة ، وبينما هي تلعب ، بدت وكأنها مبتلة بأكملها ، وتحول وجهها للون الأرجواني أو البنفسجي . وقد أذهلتني هذه الصورة . وأغلقت عيناي ، وعندما فتحتها ثانية ، رأيت ذلك اللون البنفسجي ، وعندها شعرت وكأن الماء يتقدم نحو قدماي . وقد اعتقدت أن كل هذه الصور – والتي لم يكن لها أساس في الواقع من الصحة – قد تبدت لمخيلتي بسبب الإجهاد ، أو من تأثير الموسيقى . لكن هذه الصور لم تلبث أن طاردتني وأزعجتني . وبعد عشرة أيام لاحقة لهذه الزيارة ، علمت أن هذه البنت قد ماتت غرقا في حمام السباحة . "

والحالة التالية هي مثال لخبرة مرئية (رؤية طيفية) مقترنة برسالة تحذيرية مسبقة ومفيدة (Parra, 2003, p. 121).

حالة هكتور م . ٤٨ عاما " لقد كنا أنا وابنة عمي ميرثا مرتبطين عاطفيا برباط قوي . وقد توفيت بحادث سيارة وهي صغيرة جدا . وبعد وفاتها بعام ، وعندما كنت في الثامنة والعشرين ، وبينما كنت أسير في الشارع لأعبر الحقل ، ومنغمسا في القراءة ، منصرف الانتباه ، مركزا في كتاب ، ظهرت ميرثا أمامي . لقد كانت بكامل جسدها ، محاطة بضوء بسيط متألق ، وترتدي ملابس جنازتها ، وكان شعرها مصففا تماما كما أتذكرها يوم وفاتها . وبنفس هدوئها ورزانتها بحيث تنقل لك شعورا بالسلام . وظل هذا الشبح (الطيف) لبضعة ثواني تقريبا . ثم مدت يدها ، وطلبت مني أن أقف ، فنظرت إليها بدهشة وتوقفت . وفجأة ، قام عابر على بعد مترين مني بقطع الطريق ، وإذا بسيارة مسرعة تدهسه بوحشية لتلقيه على يساري . واستدرت بدون ولا كلمة ، وقد كنت أفكر في صورتها ، فقد كان من المحتمل أن أكون أنا من ستدهسه السيارة . واعتقد أن ظهورها قد جنبني الهلاك ."

وهذا مدهش أن نتوقع أن خبراتنا غير المعتادة يمكن أن ترقي وجودنا وتزيد من جودة حياتنا وتمنحنا نظرة صحية أكثر للعالم . (Kennedy, Kanthamani, & Palmer, 1994)

وعلى أية حال فقد أجريت أبحاث قليلة في مجال الباراسيكولوجيا عن مدى تأثير خبراتنا النفسية غير المألوفة في حياتنا (Milton, 1992) ، وقد أظهرت الأبحاث أن الخبرات النفسية في فترة ما قبل الوفاة قد تحدث تحولات أو تغيرات إيجابية لدى العديد من الأفراد . (Greyson and Stevenson, 1980; Ring, 1980, 1984) ، وقد ناقشت أبحاث أخرى احتمالية أن تحدث خبراتنا النفسية غير

المعتادة قلقا ، يجعل الأفراد في حاجة للإرشاد النفسي (Cardeña, Lynn and Krippner, 2000; Hastings, 1983; Siegel, 1986) ، لكن إمكانية حدوث ردود أفعال سلبية من قبل الأفراد لم يتم بحثه بشكل كمي . ويعلي المدخل الإرشادي في مجال خبرات الباراسيكولوجي –(الخبرات غير المألوفة) – من شأن العديد من الاعتبارات بمجالات القصور المذكورة هنا ، فكما لاحظ هاستنج ١٩٨٣ نحن بحاجة كبيرة لكل من البحث والتدريب في مجال الإرشاد النفسي الباراسيكولوجي . (Tierney, Coelho and Lament, 2007; Ruttenberg, 2000).

المدخل العلاجي لخبراتنا غير المألوفة

إن علماء الباراسيكولوجي وأحيانا علماء النفس الاكلينيكي ، يمكن أن يكونوا مطالبين بأن يقوموا بإرشاد الناس حول خبراتهم غير المعتادة ، ولهذا يكون مناسبا أن نأخذ في الاعتبار مضامين الباراسيكولوجي في السياق الاكلينيكي . وأقل هذه المضامين وضوحا هو أثر الخبرة غير المعتادة في العلاقة العلاجية ؛ حيث يمكن أن يسجل العميل حلما تخاطريا عن المعالج ، أو يستخدم قدرته العقلية في التأثير باستخدام تعبيرات بديلة عن الإحباط في علاقته بالمعالج ، وهلم جرا . وهناك أمثلة عديدة مسجلة لخبرات غير معتادة في جلسات العلاج النفسي (e.g., Carvalho, 1996; Devereux, 1953; Eisenbud, 1982; Mintz, 1983; Schwarz, 1980) ، وقد ساهم مثل هذا السياق العلاجي في تطوير اختبارات القدرات الخارقة .(Carpenter, 1988) . ولأن الخبرات الخارقة يمكن أن تعلي من شأن الموقف العلاجي ، يجب أن يكون المعالج على وعي بهذه الإمكانية ، ويفكر مليا في إمكانية توظيف هذه الخبرات في العلاقة العلاجية (Ehrenwald, 1948a, 1948b; Schwarz, 1980).

والحالة الأكثر ألفة لعلماء الباراسيكولوجيا ، على أية حال ، هي أنهم يسألون دائما النصيحة من قبل الأفراد الذين يسجلون سلسلة من الخبرات غير المعتادة (الخبرات الباراسيكولوجية) . ومثل هذه الحالات تعكس حاجات ودوافع متنوعة ، بعضها يمكن أن نذكره بشكل مختصر . ولأن كل فرد هو حالة فريدة فينبغي أن يحاك الإرشاد فرديا لكل حالة على حدة . وبالإضافة لهذا يمكن أن يجابه بعض علماء الباراسيكولوجيا ، والذين ليس لديهم خبرة اكلينيكية أو تدريب إرشادي ، بحالات قد يرون من المناسب أن يصفوا خبراتها على أنها ذهان أو ضلالات . (Parra and Espinoza Paul, 2009, 2010) . وفي مثل هذه الحالات يكون من غير الأخلاقي أن يقدم الباراسيكولوجي النصيحة أو الإرشاد ، بل ينبغي توجيه الحالة لمهني متخصص محترف ، والذي قد لا يغفل صراحة إمكانية أن تحوي خبرات هؤلاء الأفراد خبرات خارقة أصيلة وغير وهمية.

والناس الذين يعتقدون فعلا بأن لديهم خبرات خارقة أصيلة وحقيقية قد يتجهون نحو الباراسيكولوجي أو الاكلينيكي ، من أجل أن يشعروا بالاطمئنان على الأقل ، ليقوم المعالج النفسي بعمل "التعويذة ؛ أي المشورة العلمية المناسبة لهم – إن جاز التشبيه. (Morris, 1976; Siegel, 1986; Sprinkle, 1988). وبالنسبة لهؤلاء الذين يجدون في خبراتهم الخارقة مصدرا للازعاج والخوف ، فإن اشتراكهم في العلاج النفسي قد يكون مجديا لهم . (Gómez Montanelli and Parra, 2004) . وبعض الناس ببساطة يريد التحدث لشخص آخر عن خبراته ، أكثر من مجرد البحث عن الإرشاد النفسي . مثل هؤلاء الأفراد قد يسردون خبراتهم لأصدقاء ، وتثير هذه الخبرات الضحك عند عرضها . إلا أن الميزة من مسألة العرض هي أن صاحب الخبرة يشعر بالاطمئنان عند الحديث عنها ، الأمر الذي قد يساعده في تنظيم عقله . وهناك أناس آخرون يريدون أن يثبتوا بالفعل أن خبراتهم كانت خارقة بالفعل وليست وهم أو ضلالات . وبالطبع ، ليس هناك حكم قاطع لمدى خارقية خبرات الباراسيكولوجي التلقائية . ونحن لا نهتم بمحتوى الخبرة بقدر ما نهتم بدورها وتوظيف دورها في حياة الفرد . لهذا فالباراسيكولوجي يمكن أن يساعد الفرد في التبصير بخبرته ، بغض النظر عن حجم عدم مألوفيتها . لكن الشخص الذي يهتم كثيرا بنوع الخبرة يهتم بربطها ببعض الدلالات النفسية التي قد تحدث ، والخبير مدعو على الأقل لأن يكتشف إمكانية حدوثها .

وقد قام هاري عام ١٩٩٣ بعمل مسح للأفراد الذين يأملون في تلقي إرشاد لخبراتهم غير المألوفة المزعجة . ويشير الإطار النظري للبحث النفسي بأن ثمة أفراد معينين يكونون أكثر قابلية بأنماطهم الشخصية للميل للتعرض لمثل هذه الخبرات ، وذلك في ظروف بعينها . ولا يكون الأمر كذلك بالنسبة لأفراد آخرين لا يتقيضون بهذه الخبرات . وقد حدد أربعة مجالات يمكن أن يكون الإرشاد النفسي مجديا فيها لمثل هذه الحالات الخارقة ، وهي أن يؤدي الإرشاد النفسي الوظائف الأربعة التالية : (١) التكيف للخبرات الخارقة الأصيلة على المدى الطويل . (٢) العمل على إحداث نوع من التكامل بين الخبرات الخارقة وخبرات الحياة الأخرى على المدى القصير . (٣) التعامل مع المشكلات النفسية العميقة للفرد . (٤) مجابهة الأنظمة الضلالية للفرد ، ذات الحيل الدفاعية القوية ، والتي تخلو من أي مضمون خارق . وطبعا تتطلب المهام الأولى والثانية وقتا أقل مما تتطلبه المهام الثالثة والرابعة ، والتي تحتاج خبرة احترافية على المدى الطويل .

وقد وصف كارمر ١٩٩٣ عدد من تقنيات الإرشاد التي يستخدمها مع زملائه في هولاندا ، حيث القبول الجماهيري لخبرات الخوارق مرتفع هناك . وقد حدد أربعة أنماط للمشكلات يمكن أن يبحث فيها الأفراد عن النصيحة : (١) الأفراد الذين يخبرون قوى نفسية غامضة ، مثل النظام الاعتقادي

لهؤلاء المهاجرين من "سورينام ، وهي بلدة صغيرة في أمريكا الجنوبية" . (٢) الأفراد الذين يسألون النصح لمشكلاتهم الخاصة من أخصائي نفسي متخصص في الخوارق . (٣) الأفراد غير الراضين عن تاريخهم مع المعالج النفسي ويبحثون عن بديل مناسب . (٤) الأفراد الذين لديهم مشاعر وخبرات لا يستطيعون تفسيرها ، ويبحثون إما عن معلومات محددة ، أو يريدون توكيدا لقدراتهم الخاصة .

وقد نصح بلز- ميرك ٢٠٠٠ بتوجيه الانتباه للتالي خلال عملية الإرشاد النفسي : نزع الطابع الأسطوري من الخبرات الخارقة يساعد العميل في اكتشاف التفسيرات الممكنة لخبرته بدلا من أن يعتنقها بشكل أولي، الأمر الذي يساعد في تكامل خبرة العميل مع مفهومه لذاته ونظرته للعالم ، ويوجهه نحو استعادة شعوره بالسيطرة على الحياة .

ويمكن لعلماء الباراسيكولوجي أن يعززوا علاقتهم بالعميل بشكل أكثر فعالية عندما يبدون الاهتمام بخبرات العميل الخارقة ، ولا يظهرون أي استياء بل على العكس يظهرون استعدادهم لقبول هذه الخبرات ، واحتمالية أن يكون حدوثها خارج نطاق السيطرة . وحتى لو كان ينبغي أن نقول للعميل أن خبراته هذه ليست من الخوارق في شيء ، فالنصيحة التي يمكن أن تقدم ، هي أن نقدر مشاعر العميل دون أدنى قدر من التحامل ، وبالتالي فالعلاج على هذا النحو يمكن أن يشجع الفرد على مواجهة تفسيرات بديلة لخبراته .

الخبرات غير المعتادة / والصحة العقلية

أظهر يولمان ١٩٧٣ وآخرون دور الخبرات غير المعتادة / الخارقة في بعض حالات الذهان مثل فصام الشخصية ، ومثال ذلك الأكثر وضوحا هو خبرات ظهور الأشباح الضاجة – (وهي ظاهرة ينسب لها سماع أصوات يستعصى على السامع تفسير سببها – المترجمة) – ويمكن أن يكون علاج هذه الحالات أكثر فعالية لو تم التعامل مع خبرتهم هذه على أنها أحد عناصر الباراسيكولوجي ، بدلا من إهمالها أو اعتبارها خارجة عن نطاق السيطرة والطبيعة . (Munson, 1985; Rogo, 1974; Snoyman, 1985) . وبرغم من وجود دليل تجريبي بسيط ، إلا أننا نستطيع أن نقول بثقة أن مثل هذه الخبرات النفسية الخارقة يمكنها أن تزيد من قدرات الفرد غير المعتادة . وحتى لو اعتقد المعالجون النفسيون في وجود مثل هذه الخوارق ، فإن احتمالية أن يرتبط علم النفس المرضي بخبرات الخوارق ، هو احتمال يمكن أن نؤيده .(Greyson, 1977; McHarg, 1982) . فعلى سبيل المثال ، تدعي بعض حالات الفصام أن الشخص يكون تحت سيطرة قوى غير مألوفة تسيطر على عقله وتملي عليه تخاطرا غير معتادا عن طريق سماعه لأصوات تحادثه . ومثل هذه الحالات عادة ما تتطابق مع وجود نقص أو خلل فعلي لديها تظهره الاختبارات النفسية (Greyson, 1977;

.Hastings, 1983, Parra, 2010).

ومرضى الفص الصدغي المصابون بالصرع يعيشون أحيانا رؤية صور غريبة ومفزعة ، والتي غالبا ما يفسرونها على أنها خبرات خارقة . ولقد بلزك ميك ٢٠٠٠ أن حوالي نصف المشاركين المتطوعين في الاختبارات النفسية الاكلينيكية يتطابق تشخيص حالاتهم معياريا مع الحالات المضطربة نفسيا ، حيث أن خبراتهم لا تكون خارقة ، هم فقط منخدعون فيها . ومثل هؤلاء الأفراد يحتاجون كثيرا للمساعدة النفسية من قبل متخصصين محترفين ، ويكون من غير الإنساني أن يكتب الباراسيكولوجي تقريرا عن حالاتهم بأنها ليست خبرات خارقة وأصيلة . ويوصد الأبواب أمام مساعدتهم بأسرع ما يمكن .

وبالإضافة لهذا تظهر حالات أخرى تحتاج للعلاج النفسي ويكون مصدر خبراتها غير المعتادة نابع من قلق تعانيه وسلوك غير توافقي لخبراتهم ، وليس لعطب أو خلل بالمخ . وعموما فإن العديد من الأفراد ينزعجون بشكل ما من خبراتهم غير المألوفة (الخارقة) (Hastings, 1983; Gómez Montanelli and Parra, 2004; Siegel, 1986) ، ويحتاجون للعلاج النفسي من أجل تحقيق المزيد من التوافق مع الأحداث .

وقديما تم تسجيل حالات لأشخاص لديهم قدرات عقلية متواترة على التأثير في الأحداث (والمعروفة باسم Recurrent Spontaneous Psychokinesis events (RSPK)) ، حيث تم تسجيل عشرات من التقارير أو يزيد وكذا الأبحاث المهتمة بآلية قدرة هؤلاء الأفراد على تركيز انتباههم في التأثير في الأحداث ، حيث ركزت هذه الأبحاث على دور انتباه العميل في التأثير في حادث عرضي . وقد نشر كل من جون بالمر ١٩٧٤، وهانز بندر وزميله بألمانيا عن حالات يحدث وجودها اضطرابا فيزيقيا في المكان (Pilkington, 1987) . وقد شخصوا ظهور مثل هذه الخبرات على أن أصحابها تعرضوا لقدر بسيط من التسامح في مرحلة المراهقة مما أدى بهم إلى الإحباط ، وقد عالجوا مشاعر الإحباط هذه من خلال قدرتهم على كبت وإنكار العداء من العقل الواعي . وقد أظهرت المزيد من الفحوصات النفسية أن مثل هذه الشخصيات التي تؤثر تأثيرا سالبا في المكان ، تعاني من الإحباط وتنكر إلى جانب ذلك مشاعرها العدائية .

يضاف لما سبق ، أن بعض الناس الذين يسجلون خبرات باراسيكولوجية يمكن أن يكون لديهم أيضا مشكلات في الشخصية والتوافق ولو بشكل متطرف قليلا ، كمثل حالات الخروج من الجسد (OBE; Out of Body Experience) – ويعرفها علم الباراسيكولوجي على أنها خبرة تشير إلى امتداد وعي الشخص بعيدا عن مجال جسده ، محتفظا بشعور الفرد ووظائف هذا الشعور – المترجمة عن

Xiong,2010,196 ، ومثل هؤلاء الأفراد الذين يعيشون خبرات الخروج من الجسد يعتادوا الهروب في سلوكهم الحياتي من مظاهر الواقع غير المبهجة والتي لم يعدوا لمجابهتها . والاكلينيكي بناء على ذلك يجب أن يكون متيقظا للعوامل المرضية التي تقف خلف هذه الخبرة الباراسيكولوجية . وعلى سبيل الإيضاح ، سجل هاري ١٩٨٢ حالة في جلسة علاج جمعي كانت تعاني من الإحباط والقلق بدرجة مرتفعة وتم الكشف عن ذلك من خلال العمل مع الأقران بالعلاج الجمعي ، وكانت هذه الحالة تعيش خبرة متكررة من رؤية الطيف أو الشبح خلال فترة دخول الليل . وهذا بدوره ثانية يبرز أهمية اكتشاف الوظائف التي تلعب دورا في إظهار خبرة بالباراسيكولوجي ، بدلا من مجرد تصنيف خبرات العميل الخارقة .(Parra, 2006) . وهذا يعزز من حتمية أن يضع الباراسيكولوجي حاجات واهتمامات العميل نصب عينيه وقت تطبيق البحث .

وحالات الشعور المسبق بوقوع أحداث قبل حدوثها بالفعل ، وأحد أكثر الأمثلة شيوعا في خبرة المعرفة المسبقة هذه : هو خبرة الشعور في الحلم بحدث تراجيدي معين ، وعندما يقع هذا الحدث المأساوي لاحقا ، فإن الشخص قد يشعر بذنب كبير لأنه لم يستطع أن يمنع الفاجعة . ومثل هذا الشعور بالمسئولية إنما هو توجه خاطىء من قبل الفرد الذي لا يستطيع أن يمنع الجائحة برغم إدراكه للحدث مسبقا . والطريقة المفيدة التي يمكن أن نتبع في علاج مثل هذه الحالات هي إمكانية توظيف شعورهم نحو خبرة المعرفة المسبقة بما يخدم توافقهم . فالشعور المسبق قد يعطي العميل فكرة قبل وقوع الفاجعة تعده لاستقبالها والتهيؤ لها قبل حدوثها ، ومن ثم تطوير قدراته على المواجهة وكذا مساعدة الآخرين في مثل حالاتهم .

وقد قدمت نانسي إيفانس بوش ٢٠٠٢ تسجيلا خاصا عن عملاء مروا بخبرات خارقة أخرى تسمى خبرات ما قبل الوفاة (NDE; Near Death Experience) – كمثل ما نسمعه من أشخاص على مقربة من الموت بأنهم يرددون رؤياهم لأقاربهم المتوفون وسماعهم لهم كأنهم يجالسوهم ، وهكذا ، المترجمة – ولأن ضغط مثل هذه الخبرات يمكن أن يكون مرعب ومخيف ، فإن العملاء يكونون في حاجة ملحة لأن يجدوا معنى لمثل هذه الخبرات . وأحد طرق المساعدة التي يمكن أن يقدمها المعالج في هذه العملية تكون عن طريق استخدامه للنماذج والرموز وذلك للربط بين صراعات العميل الشخصية وخبراته الداخلية . واقترحت بوش أنه لو تم شرح خبرات العميل بشكل كامل له ، فإن الخبرة العلاجية ستكون إيجابية بشكل واضح . وقد ناقشت أيضا بأنه لا جدوى من الحكم على خبرات العميل المفزعة . فبشكل جوهري ، يحتاج هؤلاء العملاء للعمل على موضوع خبراتهم هذه بتحليلها ومناقشتها بشكل كامل من أجل العلمل على إيجاد معنى لخبراتهم هذه يساعدهم في التواصل الحياتي مع ذواتهم ومع الأفراد الآخرين . واقترح باحثون آخرون أن مثل هذه الجلسات العلاجية لمن هم على

وشك الوفاة قد تفيدهم في التقليل من فكرة الانتحار (Ring and Franklin 1981-82; Winkler 2003) ، وقدم آخرون دراسات مؤيدة لذلك بالنسبة لحالات تعيش في اضطرابات خبرات ما قبل الوفاة (Sullivan, 1984) ، كمن يعيشون أمراض نهاية العمر (Vinter 1994) ، ومساعدتهم في حالات الحزن والأسى ووقوع الكوارث (Horacek 1997; McDonagh 2004) . وقد اقترح الممارسون للصحة العقلية والباحثون في المجال اقتراحات عديدة لتقنيات وآليات متخصصة عند العمل مع حالات قبل الوفاة . فبالإضافة لفحص الأفراد والمجموعات والأزواج وإرشاد الأسر ، قد شجع هؤلاء الممارسون أيضا استخدام تقنيات تجريبية في الإرشاد النفسي أيضا . كمثل ما اقترحه جرايسون ١٩٩٧ في تشجيع استخدام الخيال والفن لحالات اضطرابات قبل الوفاة الوجدانية في مجابهة الأفكار التي تجعل الفرد غير قادر على الاتصال بالعالم من خلال الكلمات ، فالفن يساعد هذه الحالات في التعبير عن مشاعرها بالكلمات .

وتقنية أخرى استخدمها كربنر وفردمان ٢٠١٠ قائمة على التسليم بانتشار خبرات الخوارق في عالم الأحلام ، تعتمد على أن تحليل آليات الحلم يمكن أن يكون مفيدا في مساعدة أصحاب الخبرات غير المعتادة في فهم أعمق لشخصياتهم وخبراتهم وتقديم تفسيرات أكثر وضوحا لما يمرون به من خبرات .

العلاج الإنساني

لقد استعار الباراسيكولوجي مدخل علم النفس للعمل مع حالاته تلقائيا . وقد ركز المدخل الإنساني دوما على تقوية روابط العلاقات ، وخلق نوع من التقمص العاطفي بين الأفراد ، والانشغال بتجارب الفرد الوجدانية وعلاقاته الحميمة مع الآخرين . وقد أكد المدخل الإنساني دوما على حقيقة أن نمو الشخص وتقويته إنما يحدثان من خلال علاقاته الحميمة مع الآخرين . حيث قيم هذه العلاقات دوما على أنها أكثر من مجموع أجزائها ، فهي ليست مجموع دائرة علاقات الفرد ، بل ما تمنحه هذه العلاقات للفرد من حياة . وهذا المنظور يتسق مع أسس النظام العلاجي للأزواج والأسر . إن العلاج الإنساني يعتبر تجسيدا لفكرة أن الأفراد يتشكلون ويتحولون من خلال علاقاتهم بالآخرين (see Cain and Seeman, 2002) .

والمعالجون الإنسانيون في فكرهم لا يعتمدون على الفكر التجريدي في الأسباب المطلقة ، بل إن دورهم المفترض يكون من خلال العمل التجربي (الامبيريقي) ، الذي يتضمن تحليل علاقات العملاء . والمدخل الإنساني المستخدم في علاج حالات الخبرات الخارقة المقدم بهذا المقال يتبع الأسس المنطقية للمدخل الإنساني ، وهي كما يلي :

(١) التحالف العلاجي هو الشفاء في حد ذاته وينبغي تحقيق المساواة قدر الإمكان : بمعنى تحالف

ووحدة العميل مع المعالج بموضوعية ؛ فقبول خبرات العميل والتعامل معها بمصداقية هو العنصر المفتاحي في العلاج . ومثال على ذلك هؤلاء الأفراد المضطربون والذين يشعرون بمشاكل ويبحثون عن تفسيرات لخبراتهم الخارقة والتي يدونونها تباعا ويعتبرون أنفسهم من الخوارق فعلا

(٢) إن هدف العلاج هو تقديم فرصة للنمو وشعور ممتد ومستمر بالقوة : فالعلاج يجب أن يشمل أكثر من تخفيف الأعراض وإيجاد علاج للاختلال الوظيفي . فهو يتضمن قدرا من التحول في الطريقة التي ينظم بها العميل معطياته ، بحيث يتحول نظام التعامل مع المعطيات بشكل كامل نحو آخر أكثر صحة ونموا .

(٣) الحوار التعاوني : إن الحوار التعاوني المشترك بين المعالج والعميل يولد بدوره معان جديدة للعملاء من شأنها أن تخلق استجابات أولية مع نظرائهم في مجموعات العلاج . وتنشأ معان جديدة مرتبطة لزاما بخبرات وجدانية جديدة .

(٤) إن عملية العلاج هي عملية بناءة بدرجة أساسية : فعملية العلاج هي عملية إعادة بناء لخبرة العميل في الوقت الحاضر ، وكيف تلعب هذه الخبرة دورا في خلق وتشكيل علاقاته بالآخرين .

إن تصنيف الناس لفئات لهو تجريد لهم من صفاتهم الإنسانية ، وكذا تصنيف خبراتهم غير المعتادة . إن التشخيص قد يحرف ويشوه مدركاتنا حول الفرد الذي نعالجه . وبالنسبة للمعالجين يكمن الخطر في التأثر بالأنماط الموجودة بالكتب والمفاهيم النظرية أكثر من التركيز حول حالة العميل الخاصة وخبراته غير المعتادة . فالتشخيص قد ينتج مشاعر غير صحيحة من القناعة ، مشاعر هي أقل بكثير مما نعرفه عن طبيعة الشخص نفسه .

وعلى الجانب الآخر ، يعد تجاهل التشخيص أو التقييم النفسي شكل من أشكال اللاعقلانية ، قد يقع فيه أحيانا بعض المعالجين في المدرسة الإنسانية . لهذا يجب أن يفكر الشخص في الموقف ككل ؛ أي يستخدم التصنيف للتفكير فالموقف ككل . وسواء كان التشخيص مرده للحالة العقلية أو للمرجع النظري أو للفلكلور أو للتلفاز أو للموجهين أو للآباء ، فعليه ألا يخلط بين المفهوم النظري والواقع . فالأنماط والمدركات المسبقة يمكنها أن تحرف الواقع وتحط من إنسانية الفرد بغض النظر عن مصدرها . ولو كان المعالج لا يستطيع تجنب مثل هذه المدركات المسبقة ، فيجب أن يكون هدفه هو التعامل بحساسية مع مثل هذه الإدراكات المسبقة .

والمعالجون والباحثون يخدمون العملاء أفضل خدمة بإلمامهم النظري بجمع ذخيرة ضخمة من التصنيفات والإلمام بكافة أشكال الخبرات الخارقة من جميع المصادر المتحة ، بما في ذلك نتائج

الأبحاث والتشخيصات المختلفة . فالمعالج الإنساني المسئول عندما يتعامل مع عميله يطبق كل معرفته المتاحة ، ويقارن دائما بين فهمه الراهن وملاحظاته الجديدة ، ويكون دائما مستعدا لطي استنتاجاته التي تتعارض مع خبرة العميل غير المعتادة . ويتجاهل معلوماته التصنيفية والتشخيصية وهو يستمع لعميله ، وهذا يمكن أن يساعده في تجنب معاملة الناس كما الأمراض ، وعليه أن يتعامل مع الموقف بميزان حساس يوازن ما بين الحالة الفعلية ومعلوماته النظرية التشخيصية التي يمكن أن يضيفها .

والتشخيص التصنيفي يحتاج لأن لا نحط من قدر إنسانية الأفراد . بمعنى ألا يستخدمهم المعالجون في فهم المادة النظرية عندما يصنفون حالاتهم ، وإنما على المعالجين بدلا من ذلك محاولة فهم خبرات العملاء الخاصة . واقترحت مناهج دراسة الحالة أن الأعراض الاكلينيكية تنعكس في خبرات العميل السائدة (Bohart, 1990; Schneider and Stiles, 1995) ، فالأفراد الذين يبدون مكتئبين أو لديهم فصام بسبب خبراتهم الخارقة ، قد يدركوا العالم بأشكال متباينة تختلف عن خبرة معالجيهم . والمعرفة بحالة العميل ، والقدرة على التمييز بين خبراته يمكن أن يساعد المعالج فيما يحاول العميل ذكره بشكل أسرع وأكثر عمقا . وهذا المنحى الإنساني بين المعالج والعميل يمكن أن يكون بديلا لنظام التشخيص التقليدي ، بالإضافة إلى أنه يقدم طرقا عملية بديلة لفهم العملاء . وعلى أية حال فالمذهب الإنساني يرى أن كل التصنيفات والأبعاد المختلفة يجب أن تنحو منحى تجريبي .

إن تغذية المفاهيم التشخيصية يمكن أن يكون مشكلة متعددة المستويات . فمثلا يمكن أن يمثل مشكلة مهنية أخلاقية ، حيث المسئولية في تقديم أفضل نتائج الأبحاث العلاجية طبقا لمشكلة كل عميل . وأيضا مشكلة توصيف التشخيصات المتشابهة أو المتقاربة مثل (الاكتئاب ، والخوف المرضي ، والهلع ، والرعب) ، وعلى الباحث والمعالج ان يضع تحديدا مميزا لكل حالة لانتقاء العلاج المناسب لها .

وعلى سبيل المثال فقد وجد كارمر ١٩٩٣ أن خبرات الخوارق تميل لأن تقترن بالأحداث الوجدانية ، والعديد من الناس يعتقد أنهم أصبحوا موهوبين بعدما تعرضوا بوقت قصير لأحداث دراماتيكية ، وكلما زاد عدم الاستقرار العاطفي ، كلما زاد تواتر خبرات الخوارق . وقد اقترح كارمر آليتين أن يتضمن الإرشاد النفسي لهذه الحالات تسجيل أحداث الحياة الجوهرية الأساسية لهؤلاء الأفراد ثم خبرات الخوارق المرتبطة بهذه الأحداث ، ثم العمل مع العميل لإحداث نوع من التكامل مع هذه الخبرات ومشاعر العميل المختلفة . وقد تم هجر هذه الآلية والتوجه لأخرى تتطلب التركيز على خبرات الخوارق نفسها في مدى أكثر اتساعا . وهذه الآلية تعمل أفضل مع هؤلاء الذين يبحثون بشكل أولي

عن معلومات أفضل عن خبراتهم غير المعتادة . ولتكون هاتين الآليتين أكثر فعالية يحتاج المرشدون النفسيون عموما لتدريب أكثر في المجال الاكلينيكي وتدريب أقل في مجال البحث الباراسيكولوجي ، ولكن يحتاجون أيضا لأن يأخذوا في اعتبارهم الألفة بهذا الكم المتسع من المعتقدات الخفية ومضامين الثقافة ، لأن عليهم أن يأخذوا مثل هذه الأشياء في الاعتبار خلال عملية العلاج النفسي .

العلاج الجمعي والخبرات غير المعتادة المقلقة

يركز العلاج الجمعي للخبرات غير المعتادة – خارج نطاق المألوف (Furn, 1987; Klimo, 1998) ، على علاج الأفراد الذين يمرون بخبرات رؤية أطياف (أشباح) (Harary, 1993) . ويركز العلاج النفسي كذلك على علاج أسر تعرضت أو وقعت ضحية لخبرات الأشباح الصاخبة (Rogo, 1974, 1982; Snoyman, 1985) . وقد أظهر علاج هذه الحالات وجود اضطرابات وجدانية لديها .

وقامت ريجينا هوفمان (١٩٩٥ أ ، ١٩٩٥ ب) بعمل مقابلة مع (٥٠) حالة تعيش خبرات ما قبل الموت في دراسة وصفية قامت بها . ووجدت أن مثل هذه الحالات تعيش خبرات من الصدمة والدهشة يتبعها حاجة للتواؤم مع خبراتها هذه . وفي دراستها الأولى قامت هوفمان بملاحظة آثار خبرات هؤلاء الأفراد في حياتهم اليومية . وفي المرحلة الثانية أو الدراسة الثانية قامت بعمل كشف نشط لطبيعة خبراتهم هذه بحثا عما فيها من فلسفة وروحانيات ومضامين نفسية ، أي قامت بتحليل خبراتهم بناء على المعطيات السابقة . وأخيرا وصلت لمرحلة من التكامل ، ربطت فيها بين العناصر السابقة ، بحيث تجعل الأفراد بشكل متزايد قادرون على تطبيق خبراتهم في حياتهم اليومية والتعامل معها بفعالية . وأكدت هوفمان في دراستها أخيرا على أن مقدمي الصحة العقلية يجب أن يعدوا لمساعدة العملاء في التغلب على أزماتهم وصعابهم خلال أي مرحلة من مراحل خبراتهم غير المعتادة

وقد اقترحنا في الأرجنتين لكي نبدأ خدماتنا الإرشادية أن نصمم وننتج مسحا إحصائيا عن الأفراد ذوي الخبرات غير المعتادة ، وذلك بالعاصمة بونس آيرس . وقد طبق هذا المسح كل من بارا وجوميز مونتانيلي ٢٠٠٨ على مجموعة من طلاب الجامعة بالأرجنتين وعددهم (٣٩٢) ، ووجدوا أن أكثر من نصف العينة قد عاش خبرات غير معتادة ، لمرات متكررة – مثل خبرة التخاطر (توارد الخواطر) بنسبة ٦٦,٣% ، وأحلام الرؤى ٥٠,٧% ، والقدرة على الشعور بالأحداث الماضية (السابقة لحياة الفرد) ٣٢,١% ، ورؤية طيف شبحي وخبرة الشبح الضاج (الأصوات الصاخبة غير المفهومة) ٤٢,٨% . وأظهر ثلثي العينة هذه والتي عاشت خبرات غير مألوفة ميلا كبيرا نحو الشعور باضطراب بسبب خبراتهم غير المعتادة هذه ، مما سبق ذكره ومن خبرات أخرى ككونهم وسطاء أو

بأن روحا تسيطر عليهم أو أنهم يتصلون بأرواح أو يؤثرون بعقلهم في المجال المادي المحيط بهم . وبالنسبة لثلث العينة المتبقي فلم يكن يحتاج لعلاج إرشادي لما مروا به من خبرة غير معتادة ، ولكنهم كانوا أكثر اهتماما بإرشاد ذويهم ومرافقيهم وأصدقائهم . وبعض أفراد العينة عموما كانوا يعانون من ضغوط عقلية يمكن أخذها في الاعتبار .

وقد قام جوميز مونتالي وبارا ٢٠٠٤ بعمل بحث لتسجيل ردود الأفعال المضطربة للخبرات الخارقة ، وللكشف عن المعالجة الوجدانية والمعرفية لمثل هذه الخبرات ، وكان الهدف الأول لهذه الدراسة الكشفية هو الكشف عن مدى نفع العلاج الجماعي الإنساني في مجابهة أصحاب الخبرات الخارقة لحياتهم اليومية ، وللكشف عن النموذج البحثي في الكيفية التي يساعد بها العلاج الجمعي عملائه ، من أجل إيجاد تحولات إيجابية في سلوكهم واتجاهاتهم نحو خبراتهم غير المعتادة . وكان أعضاء الدراسة أو مجتمع البحث هو هؤلاء الأفراد الذين يبحثون عن معلومات حول خبراتهم غير المعتادة / الخارقة التي عاشوها ويريدون أن يتعافوا منها ، وكان العمل من خلال ندوات عامة ومجانية قدمت في معهد علم نفس الخوارق ببونس آيرس بالأرجنتين . أما الهدف الثاني من دراسة هذه المجموعات كان مشاركتهم خبراتهم ، ومدى انعكاسها عليهم وتأثرهم بها ، بتبادل المعلومات بين المجموعات العلاجية والمعالجين .

وقد شارك (٣٢) فرد في جلسات علاج أسبوعية تضمنت العلاج الجمعي الإنساني ، في ثلاث مراحل : (أ) الدعم الوجداني . (ب) المعالجة الوجدانية والعقلية . (ج) ختام الجلسات الجمعية وتفسير الخبرات . وقد استخدمت آلية الاستبيانات كتقييم للتفكير الوجداني والمشاعر ودوافع الأفراد بالمجموعة العلاجية ، ومدى شمول الخبرة وتكاملها مع حياة الأفراد ، ومعناها الوجداني والعقلي ، والقلق الوجداني السابق للعلاج الجمعي والتالي له .

وعلى مدى أكثر من عامين تم توجيه (١٠) مجموعات علاجية على أيدي معالجين متدربين، ممن قدروا خبرات العملاء الخارقة ، وهذه الخبرات منها ما هو مثير لاضطراب العملاء وما هو غير مثير لاضطرابهم . ولأكثر من (٢٠) أسبوع بواقع ساعتين جلسات علاج جمعي أسبوعي ، من مشاركين من المتطوعين . تم حساب الثبات والصدق للمقاييس المستخدمة بالعلاج . وجرى العمل مع كل مجموعة في مرحلتين : (١) حديث إخباري عن خبراتهم . (٢) نشاط العلاج الجمعي .

وهذا النمط من العلاج الجمعي شجع الأعضاء على إدارة وتوجيه المجموعة بأنفسهم . وسمي هذا العلاج بالعلاج الجمعي غير المنظم أو المحدد مسبقا(Page and Berkow, 1994) ، والذي يمكن تعريفه على أنه يتكون من مراحل تعزز أو ترقي من نمو أعضاء المجموعة العلاجية (Page and

Berkow, 1994; see also Beck, 1974; Rogers, 1970) ، وقد قام أليخاندرو بارا أيضا بعمل تسجيل صوتي لخبرات الأعضاء المشاركون بالجلسات .

وقد سجل أكثر من ثلاثة أرباع العينة مشاعر من الخوف – بكافة أشكاله – ليصبح هو الشعور المسيطر الأكثر ، والذي قد يتبدى في الدهشة ، الارتباك والحيرة ، كما سجلت مشاعر من القلق أيضا . وكانت الدرجات المعبرة عن الارتباك تتناقص بانتظام مع زيادة نشاط العلاج الجمعي (حيث المتوسط القبلي ٤,٨٥ ، والبعدي ١,٧) . وقد سجل أعضاء المجموعات العلاجية ، أن العلاج الجمعي جعلهم يشعرون بأن هناك من ينصت لهم ويتقبلهم ويفهمهم ويدعمهم ، كالمعالجين وزملائهم في العلاج أيضا . وأكثر من نصف العينة ذكر أن نشاط العلاج الجمعي ساهم في تنميتهم على المستوى الشخصي والروحاني ، بينما ذكر آخرون أنهم وجدوا تفسيرات مرضية لخبراتهم الخارقة ، وشعروا وجدانيا بتحسن في علاقاتهم بالآخرين ووجدوا معنى جديد لحياتهم . وشعر أعضاء المجموعات أيضا بأنهم قادرون على التعلم والتعامل بفعالية مع قدراتهم الخاصة من أجل تحقيق نمو شخصي وروحاني واجتماعي بناء أكثر .

وقد كانت ردود الأفعال الأساسية تجاه الخبرات الخارقة / غير المألوفة ، كما يلي : الخوف بنسبة ٨٨,٨% ، متضمنا الخوف من المجهول ٣٣,٣% ، والخوف من أشياء غير مفهومة ولايستطيع تفسيرها الآخرون ٢٢,٢% ، والخوف من عدم القدرة على السيطرة على خبراتنا ١٨,٥% ، والخوف من فقدان العقل والمنطق (التعقل) ١١,١% ، والخوف من الموت ٣,٧% ، والدهشة ٥٥,٦% ، وعدم القدرة على فهم ما يحدث من خبرة ٤٨,١% ، كما سجل بعض أفراد المجموعات مشاعر من الاطمئنان والشعور بالرضا نتيجة خبراتهم غير المألوفة هذه ٣٧% .

وقد وجدنا أن ردود الأفعال الانفعالية تجاه الخوارق / غير المعتادة تتضمن الخوف بكافة أشكاله في مدى متسع على عينة الأفراد (٨٨,٨%) ، ومن الممكن أن يكون الخوف من الخبرات غير المألوفة مفسرا لغياب هذه القدرة عند فحصها تجريبيا في الدراسات المعملية ، الأمر الذي يثير الرفض والشك لمثل هذه الدراسات من قبل المتشككين في الباراسيكولوجي (see Irwin, 1985; Tart, 1984; Tart and Labore, 1986) . وهناك إجماع أو اتفاق عام بين الباحثين على أن المشاركين المتطوعين في الاختبارات يكونون مدفوعين للمشاركة وإثبات قدراتهم الخارقة ، وذلك لأنهم ببساطة عايشوها ، فإنهم على الأقل متقبلين وجودها . وقد أظهر حوالي نصف العينة تقريبا (٤٨,١%) دهشة وحيرة وارتباك وعدم فهم لما يحدث .

وبرغم أن الفروق كانت بسيطة ، فإن المادة التي تم تسجيلها تشير لدرجة أكبر من الرضا بين أعضاء

المجموعات . فقد سجل الغالبية (٧٤%) تكاملا مع خبرات الخوارق في سياق حياتهم اليومية بعد العلاج ، بدرجة مرتفعة . وسجلت نسبة أعلى من العينة (٨٩%) الرضا للاستماع لهم وتقبلهم وفهمهم من قبل المعالجين والرفاق . وكانت درجة عدم الرضا الانفعالي عن الخبرات لمجموعات الدراسة العشرة (٠-٩) في البداية ٤,٨٥ ، وفي نهاية البرنامج العلاجي تقلصت إلى ١,٧ . ومثل هذه الدرجات تعد مؤشرا جيدا من الناحية الاكلينيكية لفعالية البرنامج المستخدم ، وتتسق مع البيانات التي تم جمعها مسبقا عن أهمية المعالجة الانفعالية في جلسات العلاج .

وقد عبر أكثر من نصف العينة (٥٢%) عن أن نشاط المجموعة قد ساهم في تنميتهم روحانيا وشخصيا . ووجد أكثر من ثلث العينة معنى جديد لخبراتهم (٤٠,٧%) ، أو شعروا بتحسن على المستوى الانفعالي (٣٣,٣%) ، وحوالي الثلث (٢٩,٦%) شعروا بتحسن في علاقاتهم بالأفراد ووجدوا معنى جديد لحياتهم .

وأخيرا

أظهرت الأبحاث في مجال العلاج الجمعي الإنساني – على الخبرات غير المعتادة – أن المجموعات العلاجية تستعين بعينات متنوعة من المعالجين الاكلينيكين . كما أظهرت أن تصميمات أبحاث هذه الدراسات اعتمدت على تقنية العلاج المتمركز حول العميل ، والتي استخدمت نماذج اختبارية قبلية وبعدية ، كما استخدمت عينات عشوائية من المشاركين في المجموعات العلاجية والاختبارات الجمعية . وقد استخدم العلاج المتمركز حول العميل بفعالية مع المرضى من مدمني المسكرات، والحالات التي تعالج بالمستشفيات ، والمرضى النفسيين ، ومرضى السرطان ، مرضى المراكز الإرشادية النفسية للمرجعة انظر (Rainer and Elliott, 2001) .

ولكي يتعامل المعالج بفعالية مع المجموعة العلاجية ، عليه أن يثق بقدرات أفراد المجموعة ؛ حتى يساعد كل منهم الآخر في الاتجاه الإيجابي . فمن غير المجدي أن يشعر المعالج بأنه يمكن أن يساعد المجموعة لو مارس ضغطا زائدا عليها . وأحد مزايا العلاج الجمعي مقارنة بالعلاج الفردي ، هو أن الأفراد يكون لديهم الفرصة للتعلم عبر العلاقات بين الأشخاص بالخبرة الفعلية ، بتبادل العلاقات بين بعضهم البعض .

والعلاج الجمعي الإنساني يمكن أن يكون فعالا مع الحالات التي تعاني من خبرات من الألم الفعلي وتعيش في محنة حقيقية (Truax, Carkhuff and Kodman, 1965) . والتركيز في مثل هذه المجموعات يكون بمساعدة أفراد المجموعات على تعلم الثقة بأنفسهم وبقدراتهم ، ليستطيعوا أن يشتركوا في أعمال بناءة تنميهم على المستوى الشخصي والروحاني والاجتماعي ، في علاقاتهم

بالآخرين، وهنا يمكن أن تلعب الخبرات غير المعتادة دورا ، آملين أن يكون العلاج الجمعي الإنساني قد ركز على مساعدة العملاء بمختلف اضطراباتهم على تنمية أكثر فعالية وأكثر كفاءة في التعامل مع خبراتهم غير المعتادة .

ولسوء الحظ ، فإن مدخل العلاج الجمعي الإنساني لم يأخذ حظه في إدارة بيئة الرعاية النفسية حتى يومنا هذا ، اعتقادا من المعالجين أن عليهم أن يركزوا بفعالية في طرق ملموسة وأكثر ملاحظة . والحقيقة المؤسفة هي أن المتدربين لا يزالون على وعي بأن مدخل العلاج الجمعي الإنساني قد أظهر من خلال البحث أنه فعال مع عينات من المعالجين الاكلينيكين . وعلى المعالجين أن يلاحظوا مزايا هذا النوع من العلاج ، ومن الأجدى أن يأخذوا في الاعتبار نتائج ومخرجات الأبحاث على عينات متنوعة من العلاج الجمعي الإنساني ويحددوا في المستقبل آثار التفاعلات الجمعية للمرضى مع مختلف خلفيات المعالجين الاكلينيكيين .

وأخيرا فإنني أقول لمساعدة من يقترب من الاكلينيكيين والباحثين ، أملا في الحصول على المزيد من التغيير والإيضاح لعملنا، أننا يجب أن نعترف بمحدوديتنا في دراسة حالات الخوارق، أو الخبرات غير المعتادة . فبرغم أننا نتبع آليات المنهج العلمي صدقا وثباتا ، ونحصل على نتائج ذات دلالة إحصائية ، أن الحالات التي نلاحظها في المعمل لا يمكن مقارنتها بشكل مباشر بالحالات التلقائية ، التي تعيش خبرات خارقة في الحياة اليومية .

المراجع

Ablon, J.S. and Jones, E.E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcole in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research, 8*, 71-83.

Alvarado, C. S. (1996) The place of spontaneous cases in parapsychology. *Journal of the American Society for Psychical Research, 90*, 1–35.

Beck, A. P. (1974) Phases in the development of structure in therapy and encounter groups. In Wexler, D. A. and Rice, L. N. (eds.) *Innovations in Client-Centered Therapy* (421–463). New York, NY: Wiley.

Beck, A. P., Dugo, J. M., Eng, A. M. and Lewis, C. M. (1986) The search for phases in group development: designing process analysis measures of group interactions. In Greenberg, L. S. and Pinsof, W. M. (eds.) *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (615–705). New York, NY: Guilford Press.

Belz-Merk, M. (2000) Counseling and therapy for people who claim exceptional experience. In Steinkamp, F. (ed.) *The Parapsychological*

Association 43rd Annual Convention, pp. 14–32. Freiburg, West Germany: Parapsychological Association.

Bohart, A.C. (1990). A cognitive client-centered perspective on borderline personality development. In G.Lietaer, J.Rombaus, and R. Van Balen (Eds.), Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties (pp. 599-622). Leuven, Belgium: Leuven University Press.

Braaten, L. J. (1989) The effects of person-centered group therapy. *Person-Centered Review, 4*, 183–209.

Brown, S. R. (1996) Q Methodology and Qualitative Research. *Qualitative Health Research, 6*(4), 561–567.

Bush, N. E. 2002. Afterward: Making meaning after a frightening near-death experience. *Journal of Near-Death Studies, 21*, 99-133.

Cain, D. and Seeman, J. (2002). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Cardeña, E., Lynn, S. J. and Krippner S. (2000) *Varieties of Anomalous Experience: Examining the scientific evidence*. Washington, DC: American Psychological Association.

Carvalho, A. P. (1996) Transference and possible spontaneous psi phenomena in psychotherapy. *Journal of the Society for Psychical Research, 61*, 18–25.

Dennis, K. E. and Goldberg, A. P. (1996) Weight control self-efficacy types and transitions affect weight-loss outcomes in obese women. *Addictive Behaviors, 21*, 103–116.

Devereux, G. (1953) *Psychoanalysis and the Occult*. New York, NY: International University Press.

Dierick, P. and Lietaer, G. (1990) Member and therapist perceptions of therapeutic factors in therapy and growth groups: comments on a category system. In Lietaer, G., Rombauts, J. and Van Balen, R. (eds.) *Client-Centered and Experiential Psychotherapy in the Nineties* (pp. 741–770). Leuven, Belgium: Leuven University Press.

Ehrenwald, J. (1948a) *Telepathy and Medical Psychology*. New York: Norton.

Ehrenwald, J. (1948b) Psychiatry and parapsychology. *Journal of Parapsychology 12*, 6–11.

Eisenbud, J. (1982) *Paranormal Foreknowledge*. New York: Human Sciences Press.

Furn, B. G. (1987) Adjustment and the near-death experience: a conceptual and therapeutic model. *Journal of Near-Death Studies, 6*, 4–19.

Gómez Montanelli, D. E. and Parra, A. (2004) A clinical approach to the emotional processing of anomalous/paranormal experiences in group therapy. *Journal of the Society for Psychical Research, 68*, 129-142.

Gómez Montanelli, D. E. and Parra, A. (2008). Are spontaneous anomalous/paranormal experiences disturbing?: A survey among undergraduate stundents. *International Journal of Parapsychology, 13*, 1-14.

Greyson, B. and Stevenson, I. (1980) The phenomenology of near-death experiences. *American Journal of Psychiatry, 137,* 1193–1196.

Greyson, B. (1977). Telepathy in mental ilness: Deluge or delusion? *Journal of Nervous and Mental Disease, 165*, 184-200.

Greyson, B. (1997). The near-death experience as a focus of clinical attention. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 327-34.

Green, C. (1960) Analysis of spontaneous cases. *Procedings of the Journal of the Society for Psychical Research, 53*, 97–161.

Harary, K. (1982). The marshmallow ghost: A group counseling approach to a case of reported apparitions. In W.G. Roll, R.L. Morris, and R.A. White (Eds.), *Research in parapsychology 1981* (pp. 187-189). Metuchen, NJ: Scarecrow Press.

Harary, K. (1993) Clinical approaches to reported psi experiences: the research implications. In Coly, L. and McMahon, J. D. S. (eds.) *Psi and Clinical Practice* (pp. 20–51). New York, NY: Parapsychology Foundation.

Hastings, A. (1983) A counseling approach to parapsychological experience. *Journal of Transpersonal Psychology 15*, 147–167.

Hoffman, R. M. 1995a. Disclosure habits after near-death experiences: Influences, obstacles, and listener selection. *Journal of Near-Death Studies,* 14, 29-48.

Hoffman, R. M. 1995b. Disclosure needs and motives after a near-death experience. *Journal of Near-Death Studies, 13,* 237-66.

Horacek, B.J. (1997) Amazing grace: The healing effects of near-death experiences on those dying and grieving. *Journal of Near-Death Studies, 16,* 149-61.

Irwin, H. (1985) Fear of psi and attitude to parapsychological research. *Parapsychology Review, 16*(6), 1–4.

Irwin, H. and Watt, C. (2007) *An Introduction to Parapsychology, Fifth ed.*.

Jefferson, NC: McFarland.

Irwin, H. J. (1994) The phenomenology of parapsychological experiences. In Krippner, S. (ed.) *Advances in Parapsychological Research 7* (pp. 10–76). Jefferson, NC: McFarland.

Kennedy, J. E., Kanthamani, H., & Palmer, J. (1994). Psychic and spiritual ex periences, health, well-being, and meaning in life. *Journal of Parapsychology, 58*, 353-383.

Klimo, J. (1998) Parapsicología clínica: un programa frente a las experiencias anómalas traumáticas. *Revista Argentina de Psicología Paranormal 32*, 263–276.

Kramer, W. M. (1993) Recent experiences with psi counseling in Holland. In Coly, L. and McMahon, J. D. S. (eds.) *Psi and Clinical Practice*, 124–138. New York: Parapsychology Foundation.

Krippner, S. and Friedman, H.L. (2010) *Debating Psychic Experience: Human Potential or Human Illusion?* New York, NY: Praeger.

McDonagh, J. M. (2004) Introducing near-death research findings into psychotherapy. *Journal of Near-Death Studies, 22*, 269-273.

McHarg, J.F. (1982). The paranormal and the recognition of personal distress. *Journal of the Society for Psychical Research, 51*, 201-209.

McKeown, B. F. and Thomas, D. B. (1988) *Q Methodology*. Newbury Park, CA: Sage.

Milton, J. (1992) Effects of 'paranormal' experiences on people's lives: an unusual survey of spontaneous cases. *Journal of the Society for Psychical Research 58*, 314–323.

Mintz, E.E. (1983). *The psychic thread: Paranormal and transpersonal aspects of psychotherapy*. New York, NY: Human Sciences Press.

Morris, F. (1976). Emotional reactions to psychic experiences. In M.Ebon (ed.), *The Satan trap: Dangers of the occult* (pp. 205-216). Garden City, NY: Doubleday.

Noble, K. D. (1987). Psychological health and the experience of transcendence. *Counseling Psychologist, 15*, 601-614.

Page, R. C. and Berkow, D. N. (1994) *Creating Contact, Choosing Relationship: The Dynamics of unstructured group psychotherapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Palmer, J. (1974) A case of RSPK involving a ten-year-old boy: the Powhatan Poltergeist. *Journal of the American Society for Psychical Research, 68*, 1–33.

Parra, A. (2003). *Fenómenos paranormales: Una introducción a los eventos sorprendentes*. Kier: Buenos Aires.

Parra, A. (2006). "Seeing and feeling ghosts": Absorption, fantasy proneness, and healthy schizotypy as predictors of crisis apparition experiences. *Journal of Parapsychology, 70*, pp. 357-372.

Parra, A. (2010) Out-of-body experiences and hallucinatory experiences: A psychological approach. *Imagination, Cognition and Personality*, *29*(3), pp. 211-224.

Parra, A. and Espinoza Paul, L. (2009). Exploring the links between nocturnal hallucinatory experiences and personality characteristics. *European Journal of Parapsychology, 24.2*, 139-154.

Parra, A. and Espinoza Paul, L. (2010). Extrasensory experiences and hallucinatory experience: Comparision between two nin-clinical samples linked with psychological measures. *Journal of the Society for Psychical Research*, *74*.3 (900), 1-11.

Pilkington, R. (1987). *The men and women of parapsychology*. Jefferson, NJ: McFarland.

Prasad, J. and Stevenson, I. (1968) A survey of spontaneous psychical experiences in school children of Uttar Pradesh, India. *International Journal of Parapsychology, 10*, 241–261.

Ring, K. (1980) *Life at Death: A scientific investigation of near-death experience*. New York, NY: Coward.

Ring, K., and Franklin, S. (1981-82) Do suicide survivors report near-death experiences? *Omega, 12*, 191-208.

Ring, K. (1984) *Heading Toward Omega: In seach of meaning of the near-death experience*. New York: William Morrow.

Rogers, C. (1970) *On Encounter Groups*. New York: Harper and Row.

Rogo, D. S. (1974) Psychotherapy and the poltergeist. *Journal of the Society for Psychical Research 47*, 433–447.

Rogo, D. S. (1982) The poltergeist and family dynamics: a report on a investigation. *Journal of the Society for Psychical Research 51*, 233–237.

Rutenberg, B.H. (2002). *The role of paranormal experiences in healing, growth and transformation*. Doctoral Dissertation. Institute of Transpersonal Psychology: Palo Alto, CA.

Sachse, R. and Elliott, R. (2001). Process-outcome research on humanistic therapy variables. In D.J. Cain and J. Seeman (Eds), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of research and practice*. (pp. 83-116).

Washington, DC: American Psychological Association.

Sannwald, G. (1963) On the psychology of spontaneous paranormal phenomena. *International Journal of Parapsychology 5*, 274–292.

Schneider, C.K. and Stiles, W.B. (1995). A person-centered view of depression: Women's experiences. *Person-centered Journal, 2*, 67-77.

Schouten, S. (1981) Analysing spontaneous cases: a replication based on the Sannwald collection. *European Journal of Parapsychology 4*, 9–48.

Schouten, S. (1982) Analysing spontaneous cases: a replication based on the Rhine collection. *European Journal of Parapsychology 4*, 113–158.

Schwarz, B.E. (1980). *Psychic-nexus: Psychic phenomena in psychiatry and everyday day life*. New York, NY: van Nostrand Reinhold.

Sell, D. K. and Brown, S. R. (1984) Q methodology as a bridge between qualitative and quantitative research: application to the analysis of attitude change in foreign study program participants. In Vacca, J. L. and Johnson, H. A. (eds.) *Qualitative Research in Education* [Graduate School of Education Monograph Series] (pp. 79–87). Kent, OH: Kent State University.

Siegel, C. (1986) Parapsychological counseling: six patterns of response to spontaneous psychic experiences. In R.L. Morris (ed), *Research in Parapsychology 1985* (pp. 172–174). Metuchen, NJ: Scarecrow.

Snoyman, P. (1985) Family therapy in a case of alleged RSPK. *Parapsychological Journal of South Africa, 6*, 75–90.

Sprinkle, (1988). Psychotherapeutic services for persons who claim UFO experiences. *Psychotherapy in Private Practice, 6*, 151-157.

Stephenson, W. (1953) *The Study of Behavior: Q-Technique and its Methodology*. Chicago, Ill: University of Chicago Press.

Stewart, J. L. (1986) The practice of psi in psychotherapy. In R.L. Morris (ed), *Research in Parapsychology 1985* (pp. 176–177). Metuchen, NJ: Scarecrow.

Sullivan, R. M. 1984. Combat-related near-death experiences: A preliminary investigation. *Anabiosis: The Journal for Near-Death Studies, 4*, 143-52.

Tart, C. (1984) Acknowledging and dealing with the fear of psi. *Journal of the American Society for Psychical Research, 78*, 133–144.

Tart, C. and Labore, C. M. (1986) Attitudes toward strongly functioning psi: a preliminary survey. *Journal of the American Society for Psychical Research, 80*, 163–173.

Tierney, Ian; Coelho, Claudia, and Lamont, Peter (2007). Distressed by

anomalous experience: Early identification of psychosis. *Clinical Psychology Forum, 170*, 37-38.

Truax, C. B., Carkhuff, R. R. and Kodman, F. (1965) Relationship between therapist-offered conditions and patient change in group psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology 21*, 327–329.

Ullman, M. (1973). Psi and psychiatry: The need for restructuring basic concepts. In W.G.Roll, R.L.Morris, and J.D. Morris (eds.), *Research in Parapsychology 1972* (pp. 110-113). Metuchen, NJ: Scarecrow.

Vinter, M. (1994). An insight into the afterlife: Informing patients about near death experiences. *Professional Nurse, 10,* 171-73.

Winkler, E. J. 2003. The Elias Project: Using the near-death experience potential in therapy. *Journal of Near-Death Studies,* 22, 78-81.

Xiong, J. H. (2010) The Outline of Parapsychology. United Kingdom : University press of America.

Yalom, I. D. (1995) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy (fourth edition).* New York: Basic Books.

Humanistic Therapy, Mental Health and Paranormal Experiences

By: Prof. Dr. Alejandro Parra

Prof. of Clinical Psychology, at International Alberta Americana in Argentine

Translated By: Prof. Dr. Samah Khaled Zahran

Prof. of Social Psychology at Ain Shams University

Summary

The current article sheds light on the scientific psychological study of the paranormal experiences that are unusual - in the context of our daily life limited sensory psychological experiences. The author has addressed the role of humanism in the treatment of these cases, which suffer some mal-adjustment; because of their inability to understand such experiences and deal with them effectively, or adjust to life through them.

This parapsychological intervention and specialized focus with such individuals, through the current article on the role of humanism as the most doctrines of psychological counseling suitable for such cases, as studies have shown. The author represents some aspects of paranormal human behavior, with its relationship to some forms of mental illness. Then the role of group therapy based on the client in dealing effectively with these individuals compared with their normal experiences, causing mal-adjustment, or feeling guilt and responsibility for not being able to prevent tragedy events, before happening; perhaps they did not understand well their experience, with their unusual messages.

The article reviewed some forms of unusual experiences, ways to deal with it, and such cases reactions, after counseling and psychological treatment, and the degree of satisfaction with the psychological handle specialized experience they went through, and finally whether they are consistent in life after that experience.

Translating such topic, in this regard, could fill a gap lack of studying (paranormal, parapsychology); intuitive human behavior - so to speak – compared to sensory human behavior, which has already, studies across several decades, in our library in Arabic.

As we read from western psychological Library, we have not to be for or against, rather, as scientists, we are trying only to explore the depths of the human mind, even if the behavior seemed strange. We must not neglect the observation, studying, we should not disparage or exaggerate such

experiences and behaviors, as superhuman capabilities. Only, we have to observe record and help such cases, which may suffer because of such unusual experiences. Perhaps in this new beginning could open fruitful avenues for scientific research in our Arabic psychological library.