

كتاب: الأساس فك العلاج الجمعي (27) -العوامل العلاجية" فك وأحد "اليوم" (2)

Universalité الشمولية (2)

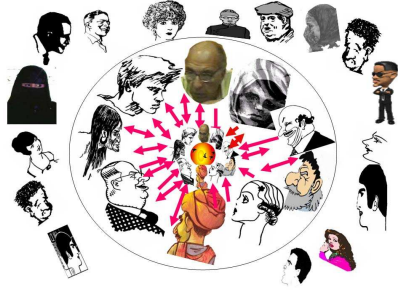
<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakD120513.pdf>

بروفيسور يحيى الرخاوي

mokattampsy2002@hotmail.com - rakhawy@rakhawy.org

نشرة "الإنسان والتطور" 2013/05/12

السنة السادسة - العدد: 2081



قبل أن نواصل مناقشة "يالوم" في ما أورده بأمانة موضوعية عن "ما هذا الذى يجلب الشفاء" فى هذا العلاج وجدت من خلال بداية النشرة السابقة (الاثنين 2013/5/6) أن على أن أحدد نوع العلاج الجمعى الذى أقدمه هنا حتى لا تبدو الفروق التى تظهر من خلال المقارنة مجرد فروق ثقافية، ذلك أننى لاحظت إشارته المتكررة إلى أنواع من العلاج الجمعى مختلفة عن هذا النوع المحدد الذى أمارسه وأصفه هنا مع عرض الفروق التى تبدو بمثابة اعتراضات وقد لا تكون كذلك، فهو يتكلم عن مجموعات متنوعة من أول مجموعات الإدمان وحتى مجموعات المنحرفين وعن مجموعات القسم الداخلى، وعن مجموعات اضطرابات الشخصية وعن مجموعات المواجهة، صحيح أنه يركز الكلام على خبرته فى أساسيات العلاج الجمعى لكنه يشير بالتزام إلى هذه التنوعات الهامة فى كثير من الأحيان.

ما أعرضه هنا هو خلاصة خبرتى شخصياً فى قصر العبنى بوجه خاص مع مجموعة من المرضى عبر أكثر من أربعين عاماً 1971، 2013 بالإضافة إلى ممارسات مفتوحة فى مستشفى دار المقطم بالصحة النفسية، فضلاً عن الرسائل التى أشرفت عليها فأتاحت فرصاً للدراسة الأعمق، وأحاول توصيل بعض ذلك كما بينت فى النشرات السابقة التى يمكن الرجوع إليها [1]

لكننى وجدت الآن أنه علىّ قبل أن استطرد أن أعيد تحديد أهم ما يمكن أن يفسر الفروق بين خبرتى هذه، وما يقدمه "يالوم" بطريقة مدرسية شبه أكاديمية من واقع الخبرة أيضاً، كما يلي:
أولاً: إن مرضانا فى هذه المجموعات يعالجون بالمجان فى مستشفى حكومى جامعى وأغلبهم من الطبقة الوسطى الدنيا فأدنى.

ثانياً: إن المرضى فى تجربتنا غير متجانسين فى التشخيص (وفى غير ذلك انظر قبل وبعد)

ثالثاً: إن عدم التجانس يمتد إلى المستوى التعليمى ففهم الأمى حتى الجامعى وما بينهما.

رابعاً: إنه يمتد أيضاً إلى مستوى العمر وإن كنا لاحظنا أننا نعمل أكثر مع منتصف العمر (20-

60).

خامساً: لأن المجموعة تشمل ذهائين فى حالة نشاط، أو إفاقة نسبية، أو بقايا أعراض، كما تشمل غير ذلك من تشخيصات فإننا نستعمل العقاقير بطريقة تناقصية مناسبة مساعدة معظم الوقت.

ما أعرضه هنا هو خلاصة خبرتى شخصياً فك قصر العبنى بوجه خاص مع مجموعة من المرضى عبر أكثر من أربعين عاماً 1971، 2013

كل مريض (كل شخص) عنده فكرة فك عمق ما من تركيبه بأنه ليس كمثل أحد فيما يعاينه، وأن حالته فريدة فك نوعها

وعلى ذلك فإن كثيرا من الملاحظات التي تظهر اختلافات مهمة مع ما أورده "يالوم" قد ترجع إلى هذه الفروق في مادة الخبرة، وليس فقط لاختلاف الثقافات أو لقصور هنا وهناك.

وبعد

ناقشنا الأسبوع الماضي أول عامل علاجي وهو الذي مما اسماء "يالوم" "زرع الأمل"، ونواصل بدءًا من هذا الأسبوع مناقشة العوامل الأخرى:

2- الشمولية:

يبدأ "يالوم" بالتركيز بأن كل مريض (كل شخص) عنده فكرة في عمق ما من تركيبه بأنه ليس كمثل أحد فيما يعاينه، وأن حالته فريدة في نوعها، ويقول "يالوم" أن هذه الفكرة تهتز بمجرد مشاركة المريض مع مجموعة من المرضى، إذ يكتشف أنه مثله مثل كثيرين، ولو اختلفت التفاصيل، وأيضا يتبين أن هناك من يراه (أو يرى حالته) مثلما يرى هو حالتهم، ويعتبر "يالوم" أن هذا في حد ذاته باعث لنوع من التهدهة أو الطمأنينة، حين يكتشف المريض وجه الشبه في بعض المناطق، واحتمال الألفه في بعض التفاعلات، وأن الجماعة تتركب نفس الزورق على حد تعبيره *we are in the same boat*، وأن البأس يحب الونس، *Misery loves company*، بل إنه يقول إن وجه الشبه يمتد بحيث يكتشف المشارك أن مساحة التشابه بين كل الناس أوسع بكثير مما كان يتصور.

أورد "يالوم" تجربة أجراها حين وزع ورقة على أعضاء مجموعة ما، وطلب أن يكتب كل منهم - دون ذكر اسمه- عن ما هو العامل "السري" الأهم الذي يصعب عليه اعلانه وأنه يحول بينه وبين المشاركة في المجموعة، واكتشف أن هناك وجه شبه بين كثير من الاستجابات، وقد وجد عاملين على قائمة الاستجابات هما "الشعور بعدم الكفاءة"، و"صعوبة عمل العلاقة اغترابا"، بمعنى أنه بالرغم من ظاهر التواصل فإنه يبدو أن أحدا لا يهتم بالآخر في واقع الأمر. ثم أشار إلى بعض الصعوبات الخاصة التي تحول دون تنشيط عامل الشمولية (فالتماثل)، ومنها الفروق الثقافية الفرعية (ولم يذكر اختلاف الدين) وإن كان قد ذكر بعض الانحرافات الجنسية.

في خبرتنا الخاصة لم يكن الأمر كذلك تماما وفيما يلي بعض الملاحظات:

أولاً: نحن لا نشجع، ولا حتى في البداية، الحديث عن كشف ما نحفظ به لأنفسنا، وكلما ذكر أحدهم أنه هنا "عشان أطلع اللي جوايا" تكون إجابتنا غالبا، لا ليس تماما الآن هكذا، دع ما بالداخل بالداخل، وسوف يصبح حاضرا "هنا والآن" في الوقت المناسب. (وسنأتى إلى هذه النقطة عند الحديث عن العامل العلاجي المسمى "التفريغ" غالبا) وعادة ما يقاوم المرضى بشدة هذا النوع من المنع، فنؤكد أن هذا متضمن في الاتفاق العلاجي الأساسي الذي يشترط اتباع قواعد المجموعة وخاصة مبدأ "أنا أنت" "هنا والآن"، وأننا حين نمارس حضورنا الجاهز (اللي برانا) فإنه سيجرر ما بداخلنا وينشطه في "هنا والآن" في حدود ما يمكن تغييره غالبا، وبالتالي تصبح فرص المشاركة لتحقيق مبدأ الشمولية كما ذكره "يالوم" أقل فأقل لحساب التركيز على "أنا - أنت" "هنا والآن".

من هنا نحن نحاول الإقلال حتى النهي عن استكمال ألفاظ التقويم مثل "الناس" "أصلنا كُننا" "الواحد... الخ"

ثانياً: كثير من المشاركين، وخاصة في الجلسات الأولى يمدح فكرة العلاج مستعملاً المثل القائل: "من شاف بلاوى الناس هانت عليه بلوته"، وأنا شخصياً أفزع من هذا الموقف الذى يمثل هذا المثل حتى أكاد أنهر قائله، إلا أن نكون في بداية البداية، فأتراجع، وأكتفى بالرفض مذكرا المستشهد بهذا المثل أنه مثل يتسم برائحة الشفقة بل لعل فيه قدر من الشماته: اللاشعورية على الأقل، وأنبهه

إن وجه الشبه يمتد بحيث يكتشف المشارك أن مساحة التشابه بين كل الناس أوسع بكثير مما كان يتصور

نحن لا نشجع، ولا حتى في البداية، الحديث عن كشف ما نحفظ به لأنفسنا، وكلما ذكر أحدهم أنه هنا "عشان أطلع اللي جوايا" تكون إجابتنا غالبا، لا ليس تماما الآن هكذا، دع ما بالداخل بالداخل، وسوف يصبح حاضرا "هنا والآن" في الوقت المناسب

أنا حين نمارس حضورنا الجاهز (اللي برانا) فإنه

سيجرجر ما بداخلنا
وينشطه فك "هنا والآن"
فك حدود ما يمكن
تغييره غالباً

أن ما تقدمه المجموعة هو أنه: "من شاف بلاوى الناس زادت عليه بلوته"، بمعنى: أنه إذا تخلى الشخص عن موقف الحكم الفوقى والشفقة المصممة فإنه سيحمل هم بلوته شخصياً، جنباً إلى جنب مع بلوة غيره، فيزيد الحمل، ليخف عنهما معا بالمشاركة بطريقة أخرى نتعلمها معا فى المجموعة، وقد يجرنا هذا إلى التفرقة بين "زعلان عليه" (يا عينى! يا حرام!) وزعلان "معا" مشاركا شاعراً بمشاعره، والأهم شاعرا بمشاعر نفسه القريبة من مشاعر المتألم، وقد يسأل أحدهم أحياناً هذا المشارك: انت حزين معا يعنى شايف حزنه، ولا سمحت لحزنك انت إنه يقرب، فقربت منه"، وكثيراً ما تأتي الإجابة ولو فى فترة متأخرة من نمو المجموعة، بأن حزن زميله شجعه أن يسمح لحزنه أن يقترب من نفسه، فيتقاربا. هذا المعنى يختلف فى عمق المستوى عن المعنى الذى أورده "يالوم" تحت عنوان "الشمولية"، من حيث أن هذا النوع من الشمولية ينقلنا إلى عمق التشابه بيننا وبين بعضنا ليس فقط فيما نكتمه من أسرار، أو ما نعانى منه من شعور بعدم الكفاءة، وإنما هو يرجعنا إلى درجة من الوعي بالطبيعة المشتركة للبشر كافة، وخاصة الحقوق المنسية أو المنكرة مثل حق الحزن، أو حق الغضب، أو حتى حق الحقد، ونحن نتعامل مع هذه الطبيعة البشرية بالاعتراف والرؤية والقبول ابتداءً، ثم نرى ماذا يمكن أن نتصرف فيما نسميه "خلق ربنا"، ونعنى بذلك أصل الطبيعة البشرية عادة دون أى معنى دينى ضيق (أنظر بعد)

ثالثاً: الشمولية عندنا تتخطى مستوى تشابه مشكلات، أو مشاعر، أو تشابه داخل المرضى بعضهم ببعض إلى التشابه بين المرضى والأسوياء بما فى ذلك المعالجين بدءاً بالمدرّب (المعالج الرئيسى) إلى المتدربين (فالمعالجين المشاركين) وكثيراً ما ينبه المعالج الرئيسى المعالج المساعد إلى الالتفات إلى التفرقة بين مشاعر المشاركة التى يبديها ويتفاعل بها مع المريض، ومشاعر الشفقة التى لا تخلو - ولو فى السر - من الفوقية والحكمية أيضاً، وفى حدود الاتفاق المبدئى فى التدريب وحق المتدرب أن يعتذر متى شاء إذا حسب أن جرعة التفاعل أكبر من احتمالها، يعرض القائد أو أى من المرضى على المتدرب أن يشعر بما يشعر به هو، ثم نرى [2]، وليس من حق القائد أن يعتذر (أنظر بعد).

إن الكشف عن وجه الشبه بين السليم والمريض، وبين المعالج والمتعالج، سواء فى تفاعل مشترك أو فى لعبة يمارسها الجميع واحدة واحدة، يفيد كثيراً فى تأكيد مبدأ الشمولية، ليس فقط شمولية المعاناة والأعراض وإنما شمولية الطبيعة البشرية والآلام العامة والفرحة الأساسية (دون أسباب) يسرى هذا تماماً على المعالج الرئيسى ومن البداية، وهو يستجيب لتدخلات المرضى أو ملاحظات المساعدين (أو المتدربين) (أنظر بعد) مثل هذا يسرى على المتدرب بعد انتهاء مرحلة الأمان (حق استعمال النور الأحمر) التى يحددها هو بنفسه دون شروط ودون ضغط من المدرّب (المعالج الرئيسى) أنظر قواعد التدريب (نشرة 19-3-2013 مستويات وأنواع الإشراف).

رابعاً: لم نتح لى (لنا) الفرصة لمشاركة من يمثل ثقافة فرعية دينية من الأقلية المسيحية اللهم إلا مع عدد محدود جداً من المتدربين والمتدربات، فكانت الفرصة ضيقة لتجاوز الحواجز الفاصلة (خاصة اللاشعورية) فى مثل هذه الأحوال، وكثيراً ما وصلنا، حتى من خلال التمثيل أو الإشارات غير المباشرة إلى نوع من قبول الشمولية المرتبطة بحضور الله معنا دون تمييز (ليس من منطلق ما يسمى الروحانية، ولا الاعتراف الدينى التقليدى) وكان هذا الحضور يتجسد ليقرب من العيانية بحيث يجمعنا شمولياً بغض النظر عن الفروق الثقافية الدينية الأساسية والفرعية (أنظر بعد).

إلا أن الفرصة أتحت أكثر ونحن نمارس اختراق الفروق الثقافية الفرعية المرتبطة بنوع ودرجة التدين الفرعى الذى يظهر إما فى شكل الملابس (النقاب) أو المظهر (اللحية)، ويشترط على المنتقبة أن

من شاف بلاوى الناس
زادت عليه بلوته،
بمعنك: أنه إذا تخلى
الشخص عن موقف
الحكم الفوقى والشفقة
المصممة فإنه سيحمل هم
بلوته شخصياً، جنباً إلى
جنب مع بلوة غيره،
فيزيد الحمل، ليخف
عنهما معا بالمشاركة
بطريقة أخرى نتعلمها
معا فك المجموعة

نحن نتعامل مع هذه
الطبيعة البشرية
بالاعتراف والرؤية
والقبول ابتداءً، ثم نرى
ماذا يمكن أن نتصرف
فيما نسميه "خلق ربنا"،
ونحنك بذلك أصل

تظهر وجهها أثناء الجلسة فحسب وإذا رفضت نعتذر عن السماح لها بالمشاركة في المجموعة أصلاً، ونفسر لها ذلك بأننا نتواصل عبر قنوات متعددة، من أهمها تعبيرات الوجه، لكن من حق المنتقبة أن ترتدى النقاب قبل بداية الجلسة وبعد نهايتها مباشرة،

خامساً: أفادت الشمولية أيضاً في التقريب بين أفراد المجموعة ليس فقط فيما يتعلق بالأعراض أو بالحقوق والمشاعر وإنما امتد ذلك إلى توحيد العلاقة بالعامل المشترك الأعظم الذي اسميته "الوعي الجمعي للمجموعة" الممتد تلقائياً إلى الوعي الجماعي للمجتمع (ثم للكون إلى وجه الله كما اعتدنا أن نستعمل مثل هذا التعبير بين الحين والحين كما سيأتى ذكره) فتتجاوز بذلك الفروق الفردية في درجة الالتزام الديني وحتى الفروق بين الأديان، دون الاختباء وراء زعم التسامح السلوكي الظاهر الذي لا يمس جوهر التمييز الخفي.

سادساً: لاحظنا أيضاً مع تقدم عمر المجموعة أن الفروق الطبقيّة (وهي غير موجودة بأية درجة واضحة في هذه المجموعات، حيث العلاج بالمجان كما ذكرنا، والطبقات الفرعية متقاربه، والفروق الثقافية والتعليمية تتضاءل باضطراد، بما في ذلك - كما ذكرنا - الحد الفاصل حسماً بين المعالج والمتعالج اللهم إلا في درجة حمل المسؤولية وتجنب استعمال المجموعة لما يمكن أن يكون نوعاً من العلاج الذاتي للمعالج.

سابعاً: ساعد كثيراً في كسر الحواجز، والتأكيد على فكرة الشموليه وفائدتها إلزام المعالج الرئيسي (المدرّب) بأن تسرى عليه كل قواعد المجموعة بما في ذلك عدم قبول اعتذاره عن المشاركة مثله مثل أي مريض متى طلب منه ذلك، وقد ساعدت الألعاب بالذات في تسهيل إظهار هذه الشمولية وكذلك الطبيعة المشتركة وخاصة الألعاب التي فيها إخراج وكشف عن الطبيعة البشرية بشكل مرحج وأحياناً بالغ الإخراج (ويمكن الرجوع إلى نشرات كأمثلة مثل:

- **أنا مستعد أقبل الذل على شرط**

- **أنا مستحيل أقبل الذل إلا إذا.....**

(والمطلوب مثل كل لعبة أن يكمل المشارك الجملة، من أول المدرّب حتى

آخر مريض مروراً بمن يشاء من المعالجين المساعدين أو المتدربين)

وفي حين يشارك المعالج الرئيسي في كل هذه الألعاب دون اختيار كما ذكرنا فإن القاعده هو أن يلعب آخر فرد خشيه أن يظن بعض أفراد المجموعة أن استجابته هي الاستجابة النموذجية أو المطلوبة فيقلدها.

ثامناً: امتد تأثير عامل "الشمولية" إلى ما حول دائرة المجموعة في خبرتنا الخاصة وذلك بحضور الدائرة الأكبر المحيطة بدائرة العلاج الجمعي علانية، وقد استغينا عن فكرة الجلوس في حجرة مشاهدة مستقلة لا تسمح بالرؤية إلا من جانب واحد - برغم أنها موجودة وجاهزة - لكننا رفضنا فكرة المشاهدة في السرّ وأكدنا - بعد أخذ موافقة المرضى من البداية- أن فرص المشاهدة المتبادلة علانية قائمة، علماً بأن الدائرة الكبيرة تضم من عشرة إلى أكثر من عشرين مشاهداً متعلماً، في حين أن دائرة العلاج الجمعي تضم من 8 إلى 12 مشاركاً ما بين معالج ومريض (كما ذكرنا سالفاً)، ولا يسمح للدائرة الأكبر بالمشاركة ولا بحرف واحد أثناء التسعين الدقيقة المخصصة للجلسة العلاجية، لكن يسمح لمن شاء منهم بالمشاركة في المناقشة مع المعالجين بقيادة المعالج الأكبر (المدرّب) وذلك بعد انصراف جميع المرضى، لمدة ثلاثين دقيقة تقريباً.

وقد لاحظت أن المشاركين يحترمون الجارى في صمت مطلق حسب التعليمات، لكن الحضور

إن الكشف عن وجه
الشبه بين السليم والمريض،
وبين المعالج والمتعالج،
سواء فك تفاعل مشترك
أو فك لعبة يمارسها
الجميع واحدة واحدة،
يفيد كثيراً فك تأكيد
مبدأ الشمولية، ليس فقط
شمولية المعاناة والأعراض
وإنما شمولية الطبيعة
البشرية والألام العامة
والفرحة الأساسية

يشترط على المنتقبة أن
تظهر وجهها أثناء
الجلسه فحسب وإذا
رفضت نعتذر عن
السماح لها بالمشاركة

فك المجموعة أطلا،
ونفسر لها ذلك بأننا
نتواصل عبر قنوات
متعددة، من أهمها
تجيبات الوجه

في هذه الدائرة التعليمية بالمشاركة تشارك في المناقشة بعد انتهاء الجلسة، وقد أقر كثير منهم بكسر حاجز التفرد، ويتمص بعض المتفاعلين من المرضى خاصة بوعي أو بنصف وعي، بما يدعم رأي "يالوم" في فاعلية المشاركة، حتى يقترب الحضور في الدائرتين من الوعي الجمعي الذي يتكون من تفاعلات دائرة المجموعة، لكن يبدو أنه يمتد إلى دائرة المشاهدة، وأثناء المناقشة بعد انتهاء وقت المجموعة، يجيب المعالج الرئيسي أساسا على أسئلة المشاهدين المتعلمين [3]، وأيضا يتبادل فيها المناقشون مع بعضهم البعض بعض الآراء.

تعقيب عام حول فاعلية هذا العامل:

الشمولية خاصة بالمعنى الذي أورده "يالوم"، ظاهرة تحدث تلقائيا، وهي تعتبر من أساسيات حركية العلاج الجمعي، تماما مثل زرع "الأمل"، أما أنها عامل علاجي فهذا ما يحتاج وقفة متأنية، فمن وجهة نظرنا هي تبدو كنتيجة للمسار الصحيح للعلاج، أكثر منها "عامل علاجي" وإن كان هذا لا يمنع أن تكون كذلك، فهي نتيجة وعامل إيجابي في نفس الوقت، بمعنى عكس الدائرة الجهنمية.

ثم إنه علينا أن نتذكر أن الشمولية الإيجابية لا تحل محل التفرد أبدا، ففي الوقت الذي يحتاج المريض مثله مثل أي شخص أن يشعر أنه "مثله مثل غيره" هو يحتاج جدا أن يعرف أنه ليس كمثل أحد تماما تميزا وليس بالضرورة تفوقا، ولا معاناة.

[1] - [1] - نشرة 28-4-2013 كتاب: الأساس في العلاج الجمعي (23) مقتطفات من فقه

العلاقات البشرية (1)

- نشرة 29-4-2013 كتاب: الأساس في العلاج الجمعي (24) مقتطفات من فقه العلاقات

البشرية (2)

- نشرة 5-5-2013 كتاب: الأساس في العلاج الجمعي (25) نظرات في أدبيات متعلقة (3)

- نشرة 6-5-2013 كتاب: الأساس في العلاج الجمعي (26) ملاحظات من قراءات قد تفيد

[2] - [2] - في صورة شعرية بالعامية نعدت الطبيب النفسي عموما، وفي هذا العلاج خصوصا حين يطلب من المريض أن يحيى مشاعره ليشارك "ويقول لي حس" وأحيانا يقول له المبتدئ، "حس زى ما أنا باحس" فجاءت الصورة الشعرية في منتهى القسوة على لسان المريض وهو يقول:

ويقلب سيخي، ويقول لي حس،

بالنار من تحتك،

كما إني باحس

بحلاوة ريحتك.

[3] - [3] - الذي يستعد بعضهم لتدريب منظم لاحق

*** **

وحدة الدراسة والبحث في الإنسان والتطور

"قراءة النص البشري من منظور تطوري انطلاقا مما إدراك أ. د. يحيى الرخاوي"

الإصدار الفصلي لنشرة "الإنسان والتطور" (حسب المماور)

خريف / شتاء 2013/2012