

كتاب: مقدمة في العلاج الجمعي "من ذكاء الجماد إلى رجاى المطلق" الفصل العاشر: العوامل العلاجية والفروق الثقافية ورأى
"يالوم" (1)



yehiatrakhawy@hotmail.com

نشرة "الإنسان" 2021/01/31

السنة الرابعة عشرة - العدد: 4901

بروفيسور يحيى الرخاوى - الطب النفسي، مصر

.....

“ تكاثرت الأطباء على خراشٍ، فما يدرى خراش ما يصيد ” (وخراش صياد غزلان)، سوف أبدأ اليوم بما نهانى ابنى محمد عن أن أعرج إليه، لكننى قلت أحاول اليوم مع شيخ العلاج الجمعى عمنا “يالوم”، وهو يعرض أول فصل فى كتابه “المختار”⁽²⁾ بعنوان جميل يقول بالانجليزية The Therapeutic Factors What is that heals: والذى قمت بترجمته كما وصل لى: العوامل العلاجية: ما هذا الذى يُشفى؟

وهو يبدأ بمقدمة شديدة الأمانة وصلنى منها أنه يعترف فيها:

- أن العامل الشافى هو أبعد ما يكون عن التحديد،
- وأنه يكاد يستحيل فصل عامل واحد عن بقية العوامل،
- وأن أية محاولة لتحديد عامل بذاته هى محاولة تقريبية، وناقصة غالباً،

لكنه يمضى بعد ذلك فى تحديد متواضع لبعض تلك العوامل، وأعترف أننى استلهمت من العناوين أكثر مما حاولت مناقشة تفاصيل المتن كما أورده، وكأنه يكتب لى شخصياً، وكأنه يسألنى وهل عندكم مثل هذا، فأجيبه من واقع خبرتنا وثقافتنا بما يلى هكذا:

وسوف أبدأ برصد ثبت بقائمة كل ما أورد من عوامل دون إلتزام بمناقشتها جميعاً بنفس الدرجة:

1	Instillation of Hope	زرع الأمل (تم التعليق عليه)
2	Universality	الشمولية
3	Imparting Information	توصيل المعلومات
4	Altruism	الإيثار (الغيرية)
5	The Corrective Recapitulation of the Primary Family Group	الاستعادة التصحيحية لجماعة الأسرة الأولية
6	Developing of Social	تتممة الأسلوب الاحتماع .

أن العامل الشافى هو أبعد ما يكون عن التحديد، وأنه يكاد يستحيل فصل عامل واحد عن بقية العوامل، وأن أية محاولة لتحديد عامل بذاته هى محاولة تقريبية، وناقصة غالباً

لاحظ إشارة "يالوم" المتكررة إلى أنواع من العلاج الجمعى مختلفة عن هذا النوع المحدد الذى أمارسه وأصفه

هو يتكلم عن مجموعات متجانسة من أول مجموعات الإدمان وحتى مجموعات المنحرفين، وعن مجموعات

	Technique	
7-	Imitating Behavior	السلوك المُحاكياتي
8-	Catharsis	التفريغ
9-	Existential Factors	العوامل الوجودية
10-	Group Cohesiveness	تماسك المجموعة
11-	Interpersonal Learning	التعليم البينشخصي
12	The Group as Social Microcosm	المجموعة ممثلة لكون اجتماعي مصغر

القسم الداخلي، وعن مجموعات اضطرابات الشخصية وعن مجموعات المواجهة

على قبل أن استطرد أن أعيد تحديد أهم ما يمكن أن يفسر الفروق بين خبرتي هذه، وما يقدمه "يالوم" بطريقة مدرسية شبه تقليدية من واقع الخبرة أيضا

يبدو أنه على أن أحدد نوع العلاج الجمعي الذي أقدمه هنا حتى لا تبدو الفروق التي تظهر من خلال المقارنة مجرد فروق ثقافية، ذلك أنني لاحظت إشارة "يالوم" المتكررة إلى أنواع من العلاج الجمعي مختلفة عن هذا النوع المحدد الذي أمارسه وأصفه، هنا مع عرض الفروق التي تبدو بمثابة اعتراضات وقد لا تكون كذلك، فهو يتكلم عن مجموعات متجانسة من أول مجموعات الإدمان وحتى مجموعات المنحرفين، وعن مجموعات القسم الداخلي، وعن مجموعات اضطرابات الشخصية وعن مجموعات المواجهة، صحيح أنه يركز الكلام على خبرته الشاملة في أساسيات العلاج الجمعي لكنه يشير بالتزام إلى هذه التنوعات الهامة في كثير من الأحيان.

ما عرضه -كما أشرت- هنا هو خلاصة خبرتي شخصياً في قصر العيني بوجه خاص مع مجموعة من المرضى عبر نصف قرن 1971، 2020 بالإضافة إلى ممارسات مفتوحة في مستشفى دار المقطم بالصحة النفسية، وممارسات محدودة في عيادتي الخاصة، فضلا عن رسائل الماجستير والدكتوراه التي أشرفت عليها، والتي أشرت إليها سابقا فأتحت لي فرصا للدراسة الأعمق، وأنا أحاول توصيل بعض ذلك كما بينت سابقاً.

لكنني وجدت الآن أنه على قبل أن استطرد أن أعيد تحديد أهم ما يمكن أن يفسر الفروق بين خبرتي هذه، وما يقدمه "يالوم" بطريقة مدرسية شبه تقليدية من واقع الخبرة أيضا، ولو فيها بعض الإعادة كما يلي:

أولا: أكرر أن أغلب مرضانا في هذه المجموعات يعالجون بالمجان (حتى دون دعم شركات تأمين) في مستشفى حكومي جامعي وأغلبهم من الطبقة الوسطى الدنيا فأدنى.

ثانيا: إن المرضى في تجربتنا غير متجانسين في التشخيص (وفي غير ذلك).

ثالثا: إن عدم التجانس يمتد إلى المستوى التعليمي ففهم الأمي حتى الجامعي وما بينهما.

رابعا: إن عدم التجانس هذا يمتد أيضا إلى سنوات العمر وإن كنا لاحظنا أننا نعمل أكثر مع منتصف

العمر غالبا (20-60).

خامسا: إن المجموعة قد تشمل أحيانا - ولو في بعض مراحلها- ذهانيين في حالة نشاط، أو إفاقة نسبية، أو بقايا أعراض، كما تشمل غير ذلك من تشخيصات، لذلك فإننا نستعمل العقاقير بطريقة تناقصية مناسبة مساعدة معظم الوقت (الفصل السابق).

أن أغلب مرضانا هي هذه المجموعات يعالجون بالمجان (حتى دون دعم شركات تأمين) في مستشفى حكومي جامعي وأغلبهم من الطبقة الوسطى الدنيا فأدنى

إن المجموعة قد تشمل أحيانا -

ولو في بعض مراحلها -

ذهانيين في حالة نشاط، أو

إفاقة نسبية، أو بقايا أعراض،

كما تشمل غير ذلك من

تشخيصات، لذلك فإننا نستعمل

العقاقير بطريقة تناقصية

مناسبة مساعدة معظم الوقت

يبدو أن يالوم يعتبر مجرد

حضور هذا العلاج دليلا على

أن المريض يأمل منه شيئا

طيبا، يصله لمادة من مريض

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

ثم نبدأ في مناقشة ما أورده "يالوم" تحت العوامل العلاجية.

(1) زرع الأمل Instillation of Hope

يبدو أن يالوم يعتبر مجرد حضور هذا العلاج دليلا على أن المريض يأمل منه شيئا طيبا، يصله عادة من مريض سابق أو من قراءة عابرة، أو من خبرة شخصية جعلته يبحث عن، أو يأمل في: "شيء آخر"، و"يالوم" يقرّ أنه يقوم بدور مبدئي في الحفاظ على هذا الأمل بشكل أو بآخر، وخاصة في الفترة الأولى... الخ.

الحال عندنا يبدو مثل ذلك من حيث المبدأ، وأنا - مثله - سوف أتكلم أساسا عن المجموعات التي مارست معها هذا العلاج في قصر العيني بوجه خاص، كما ذكرت سابقا.

في حين أنه يشير أو حتى يوصي بنوع التحضير لدخول المجموعة، بما يشمل التلويح بالأمل، أو التأكيد عليه من معالج أصغر أو متدرب أمل، أقول في حين أنه يعطي اهتماما خاصا لمثل هذا التحضير فإننا لا نفعل ذلك تقريبا، فنكتفي بالتوصية بكتابة "ورقة مشاهد Sheet" كاملة لمن نعرض عليه الدخول إلى هذا العلاج، وفيها نجمع المعلومات التقليدية الكافية اللازم رصدها في أية ورقة مشاهدة عن أي مريض لأي علاج آخر، وعلى الرغم من أن هذا الشرط لا يستوفى دائما بشكل كاف، فإن الافتقار إلى اكتماله لم يعوق مسيرة أي فرد في المجموعة بشكل خاص، وكان هذا دليلا ضمنا على كيف يتركز هذا العلاج أساسا في "هنا والآن" وما يتوّد حالا لينمو!! ومع ذلك فإنني كنت آسف دائما لعدم استكمالها، وإن كانت الفرصة كانت تتاح لاستيفاء ما نحتاج إليه من بيانات أثناء مسيرة العلاج.⁽³⁾

بمجرد أن تبدأ المجموعة لا يجري الحديث عن "الأمل" فيما يسمى الشفاء بأي قدر من المباشرة أو التشجيع الحماسي، بل إن الرد على من يسأل عن نسبة الأمل في الشفاء، أو احتمال عودة المرض إذا تم الشفاء، يؤجّل إلى آخر خمس دقائق⁽⁴⁾ المخصصة للأسئلة والأدوية، وحتى في هذه الخمس دقائق لا يُجاب على مثل هذه الأسئلة بشكل مباشر، وكثيرا ما تكون الإجابات مفتوحة مثل:

-إحنا وشطارتنا.

-آدى احنا حانشوف.

-ربنا يسهل.

-طبعا فيه أمل، بس ده مش وعد، دا حسب نتيجة إللى بنعمله سوا.

-الأمل موجود مادام ربنا موجود (ليس بالمعنى التقليدي أو الاغترابي).

-ده مش العلاج الوحيد على كل حال، وانت حر (خاصة ونحن نعمل في مؤسسة علاجية تعليمية بها كل أنواع العلاج دون استثناء).

-أديك حاتشوف بنفسك.

-واحدة واحدة على قد ما نشوف، وأدى احنا بنكمل.

ولا أعرف تحديدا ما فائدة ذلك، لكنني لاحظت أن هذه الإجابات ومثلها ترسل رسالة للمرضى أن ما يفعله معنا، وما نفعله "معا" هو الذى يجيب على مثل هذا السؤال وليس التلويح بالأمل بالألفاظ، ثم إننا لا نقيس الأمل بإقراره من جانب المريض أو بتأكيديه من جانب المعالج (أو المعالجين) وإنما بالانتظام في الحضور، والالتزام بالقواعد، ومدى التحمل، ونوع قفزات أو لمحات التغيير.

ويختلف تناول موضوع الأمل "كعامل فاعل في العلاج" باختلاف نوع المجموعة طبعا، فمجموعات الإدمان، أو مجموعات اضطرابات الشخصية، غير المجموعات غير المتجانسة من المرضى التي هي مجال ممارستي واختياري الأول، وهي التي سوف يقتصر حديثي عنها كما أشرت سابقا، وهي مجموعات تمثل شريحة اجتماعية متوسطة أو متوسطة دنيا أو دون المتوسطة تعالج بالمجان.⁽⁵⁾

ومع تقدم عمر المجموعة، فإنها لا تعود إلى هذا السؤال عن الأمل المتوقع عادة، وقد لاحظنا أن

سابق أو من قراءة عابرة، أو من خبرة شخصية جعلته يبحث عن، أو يأمل في: "شيء آخر

يتركز هذا العلاج أساسا في "هنا والآن" وما يتوّد حالا لينمو!!

بمجرد أن تبدأ المجموعة لا يجري الحديث عن "الأمل" فيما يسمى الشفاء بأي قدر من المباشرة أو التشجيع الحماسي، بل إن الرد على من يسأل عن نسبة الأمل في الشفاء، أو احتمال عودة المرض إذا تم الشفاء، يؤجّل إلى آخر خمس دقائق⁽⁴⁾ المخصصة للأسئلة والأدوية

حتى في هذه الخمس دقائق لا يُجاب على مثل هذه الأسئلة بشكل مباشر، وكثيرا ما تكون الإجابات مفتوحة

يختلف تناول موضوع الأمل "كعامل فاعل في العلاج" باختلاف نوع المجموعة طبعا، فمجموعات الإدمان، أو مجموعات اضطرابات الشخصية، غير المجموعات غير المتجانسة من المرضى التي هي مجال

المرضى يعزفون عن طرق هذا السؤال تلقائياً، وأن المعالج يصبح أقل استعداداً للتطرق إلى الإجابة عليه، ويرجع ذلك عادة إلى أن أغلب أفراد المجموعة يكونون قد تلقوا إجابات عملية ضمنية كافية من واقع مسيرة العلاج، كما أنهم يكونون قد ألفوا بشكل واضح التعامل من خلال مبدأ "هنا والآن"، وهذا المبدأ يستبعد الحديث عن الأمل بشكل مباشر تلقائياً، لأن الأمل - مهما لاح - هو أمر يتعلق بالمستقبل الذى لا يحضر "هنا والآن" بشكل مباشر محدد.

وقد نعود إلى الحديث عن الأمل بالنسبة لأفراد معينين فى أوقات بذاتها أورد بعضها فيما يلى:

أ (حين يبدو وكأن حالة المريض تسوء) ظاهرياً على الأقل، فتظهر أعراض جديدة ضد الشائع عن العلاج النفسى عموماً، ويتردد مباشرة، أو ضمناً، أن المفروض فى العلاج أنه "يرتج العيان"، أقول إنه من الطبيعى أنه حين يجد المريض نفسه يتألم أكثر، وهو يتحرك أصعب، فإن السؤال عن الأمل يكون طبيعياً، والرد ينبغى أن يكون موضوعياً مُطَمِّئاً نسبياً.

ب) فى أوقات "المرور فى المأزق" "المشى على الصراط" (6) (المرور فى النار Passing into Fire، وهى أوقات سنرجع إليها فى حينها بالتفصيل يحتاج المريض فى هذه الأوقات أن يطمئن إلى أنه يمشى فى الطريق الصحيح حتى يتحمل آلام المأزق ولا يتعجل فى الحكم على الموقف بالسلبية أو يسارع بالهرب إلى ما يشبه الصحة Flight into health، فيرتد إلى ما قبل المأزق.

ج) فى أوقات التحسن المرحلى سواء بعد المأزق، أو بدونه، فإن المريض قد يفرج بهذه النقلة النوعية وبالتالي يقفز إليه السؤال، هل هناك أمل فى أن يستمر فى نوعية هذه النقلة الجديدة أم أنها خدعة مؤقتة، ويتوجه الحوار أيضاً فى اتجاه تدعيم الاستمرار والسعى إلى الأحسن (بعد استبعاد آلية ميكانزم) الهرب فى الصحة. Flight into health.

وفى جميع هذه الأحوال يلتزم المعالج بنفس الالتزامات السابق التوصية بها، ولا يجيب عن التساؤلات بشكل مباشر، بل إنه يكون قد حصل على نتائج ودلائل عملية من واقع الممارسة الجارية سواء عن المريض المتسائل أو مع غيره، أو فى المجموعة ككل، تجيب نيابة عنه بشكل عملى، "هنا والآن". ثم إن هذا التحريك للتساؤل عن الأمل، والحاجة إلى تدعيمه - كعامل علاجي كما يرى "يالوم" - قد يقفز فى مستوى ما من الوعى عند أى فرد من أفراد المجموعة حتى لو لم يمر بهذه الاحتمالات أو مثلها، لأنه يتصور نفسه فى موقع زميله المريض الذى زادت آلامه، أو ظهرت أعراض جديدة عليه أو وهو يمر بمأزق علاجي صعب، وبالتالي قد يقفز داخله متسانلاً وماذا لو جاء على الدور؟ إلى أى مدى سوف احتمل مثل ذلك إن لم يصلنى أمل فى نتيجة مؤكدة تبرر كل هذا أو تخففه:

كل هذا عن الأمل وكيفية تناول إثارته فى المجموعة، وكل تحفظاتنا هذه هى نتيجة التخوف من التأكيد على الأمل" عاملاً علاجياً" ضرورياً (بنص تعبير يالوم) حتى لا يصبح عاملاً معطلاً إذا أبعدنا عن "هنا والآن" حتى لو كان الحوار يجرى بلغة مثالية أو قيمية مثل أن يتكلم البعض ولو بدون قصد ظاهر عن قيم مثل "النمو" و"التطور" و"الحرية" و"الإيثار" ومثل هذا الكلام الذى يبعدنا عادة - ككلام وليس كموقف - عن "هنا والآن" وقد يوقعنا فى أوهام مثالية تجعل الإحباط أقرب والبعد عن الواقع أكثر احتمالاً.

فى خبرتنا كم لاحظت أن الحديث عن الأمل يمكن تناوله بشكل غير مباشر باختباره فى "هنا والآن" وذلك مقارنة بإدراك (وليس بفهم أو اقتناع) ما يحدث مثلاً فى الأجزاء شديدة القصر من الموقف أثناء المسيرة.

ثم إن "يالوم" لم يذكر بشكل محدد التفرقة الواجبة بين "الأمل الجاهز" أو "الأمل المنطقي المعقلن" أو "الأمل المصنوع" من خلال الممارسة والتفاعل و"الأمل الواقعي" و"الأمل القاصر على الفرد" و"الأمل الممتد للجماعة" و"الأمل الممتد خارج الجماعة" "ناهيك عن الأمل الممتد إلى كل الناس ومابعد الناس) مع أن كل ذلك بدا لى كأنواع وتجليات فى تبادل ومراحل تساهم فى تحديد موقع ومرحلة الأفراد (أيضاً موقع المجموعة وقد أعود إليها) وهى أنواع وتجليات تساعد فى معايشة معنى الأمل واقعا فى التكوين

إنه من الطبيعى أنه حين يجد المريض نفسه يتألم أكثر، وهو يتحرك أصعب، فإن السؤال عن الأمل يكون طبيعياً، والرد ينبغى أن يكون موضوعياً مُطَمِّئاً نسبياً

إن هذا التحريك للتساؤل عن الأمل، والحاجة إلى تدعيمه - كعامل علاجي كما يرى "يالوم" - قد يقفز فى مستوى ما من الوعى عند أى فرد من أفراد المجموعة حتى لو لم يمر بهذه الاحتمالات أو مثلها، لأنه يتصور نفسه فى موقع زميله المريض الذى زادت آلامه، أو ظهرت أعراض جديدة عليه أو وهو يمر بمأزق علاجي صعب

قد يقفز داخله متسانلاً وماذا لو جاء على الدور؟ إلى أى مدى سوف احتمل مثل ذلك إن لم يصلنى أمل فى نتيجة مؤكدة تبرر كل هذا أو تخففه

كم لاحظت أن الحديث عن الأمل يمكن تناوله بشكل غير مباشر باختباره فى "هنا والآن" وذلك مقارنة بإدراك (وليس بفهم أو اقتناع) ما يحدث مثلاً فى الأجزاء شديدة القصر من الموقف أثناء المسيرة.

وليس أمنية في الانتظار.

.....

ونكمل الأسبوع القادم بتقديم (2) الشمولية Universality

- [1] يحيى الرخاوى (مقدمة فى العلاج الجمعى (1) من ذكاء الجماد إلى رحاب المطلق) (الطبعة الأولى 1978)، (والطبعة الثانية 2019) منشورات جمعية الطب النفسى التطورى، والكتاب متاح فى مكتبة الأنجلو المصرية وفى منفذ مستشفى دار المقطم لصحة النفسية شارع 10، وفى مركز الرخاوى: 24 شارع 18 من شارع 9 مدينة المقطم، كما يوجد أيضا بموقع المؤلف www.rakhawy.net وهذا هو الرابط.

[2] - The Yalom Reader "Selections from the work therapist and storyteller" Edited by: Irvin D. Yalom Copyright: 1998

- [3]، هذا الاستيفاء لا يتم خلال الجلسة طبعاً، وهذا كله استثناء تصحيحى لا ينبغى اللجوء إليه ما أمكن ذلك.

- [4] من التسعين دقيقة)، فكل جلسة مدتها 85 دقيقة+ هذه الخمس دقائق للأسئلة والأدوية!! = 90 دقيقة.

- [5] ومن البدهى أن "العلاج الخاص بمقابل" يعتبر عاملاً مهماً فى قياس الأمل، فلا أحد يدفع عادة إلا لأنه يأمل فى نتيجة إيجابية حسب تصوره.

- [6] هذه هى ترجمة مصطلح بيرلز "Passing into fire" وهم الاسم الذى أطلقته على ثلاثى الروائية باسم "المشى على الصراط" وخصصت فيها الجزء الثانى باسم "مدرسة العراة" لوصف خبرة العلاج الجمعى على لسان حضورها دون أية وصاية علمية مباشرة.

إرتباط كامل النص:

<http://www.arabpsynet.com/Rakhawy/RakD310121.pdf>

إن "بالوم" لم يذكر بشكل
محدد التفرد الواجبة بين
"الأمل الجاهز" أو "الأمل
المنطقى المعقلن" أو "الأمل
المصنوع" من خلال الممارسة
والتفاعل و"الأمل الواقعى"
و"الأمل القاصر على الفرد"
و"الأمل الممتد للجماعة"
و"الأمل الممتد خارج الجماعة"
(ناهيك عن الأمل الممتد إلى
كل الناس

شبكة العلوم النفسية العربية

نحو تعاون عربي رفياً بعلوم وطب النفس

الموقع العلمي

<http://www.arabpsynet.com/>

المتجر الإلكتروني

<http://www.arabpsyfound.com>

*** **

الكتاب السنوي 2021 1 " شبكة العلوم النفسية العربية " (الاصدار التاسع)

الشبكة تدخل عامها 21 من التأسيس و 18 على الويبج

21 عاماً من الصدح... 18 عاماً من الإنجازات

(التأسيس: 2000/01/01 - على الويبج: 2003/06/13)

<http://www.arabpsynet.com/Documents/eBArabpsynet.pdf>

اشتراكات العضوية بموسسة العلوم النفسية العربية للعام 2021

اشتراكات العضوية

عضوية "الشريك الفخري الماسي المميز" / "الشريك الفخري الماسي"

عضوية "الشريك الشرفي الذهبي"

http://www.arabpsyfound.com/index.php?id_category=36&controller=category&id_lang=3