

مبادئ و اساسيات

العلاج الجوهري

الصفحة	الفصل
٢	المقدمة
٣	العوامل العلاجية ١
١٣	التعلم ما بين الأشخاص ٢
٢٣	تماسك المجموعة ٣
٢٨	العوامل العلاجية ٤
٤٣	المهام الرئيسية للمعالج ٥
٤٩	العمل على الـ "هنا" و"الآن" ٦
٥٥	المعالج (الطرح والشفافية) ٧
٥٩	اختيار المرضى ٨
٦٨	تكوين المجموعات العلاجية ٩
٧٤	خلق المجموعة: المكان والوقت والحجم والإعداد ١٠
٨٢	بداية مرحلة العلاج ١١
٩٩	المجموعة المتقدمة ١٢
١٠٩	أعضاء مجموعات المشاكل ١٣
١٢١	الأشكال المتخصصة والمساعدات الإجرائية ١٤
١٣٢	مجموعات العلاج المتخصصة ١٥
١٤١	الأسلاف ١٦
١٤٧	تدريب المعالج النفسي للمجموعات ١٧

تعرفت على العلاج الجمعي منذ ٣٠ عاما وفوجئت أنه مطلوب مني أن انضم لمجموعة من المرضى واكتشفت أن المشرفات على إدارة هذه المجموعة العلاجية اثنتين من الأخصائيات النفسيات المتميزات وطلب مني أن أطرح نفسي مثل المرضى.

في البداية استغربت الفكرة لأنني طبيب والمفروض أن أكون سوي نفسيا وهم مرضى ويبتغون مني الدعم والعلاج. بدا موقف محير لي ولكني بعد مقاومة وتفكير وتردد ثم تشجيع من المشرفات تجرأت وطرحت نفسي أمام الآخرين واكتشفت أنها خطوة مريحة للتنفيس عن الضغوط.

والغريب أنني وجدتهم يستمعون لي ويدعموني ويشجعوني على أن أتكلم وأصارع نفسي وأصارحهم بما في داخلي ووجدتهم يطرحون خبراتهم في طريقة تعاملهم مع مشاكل مشابهة لأزمتي النفسية وسعدت جدا لأنني تعلمت منهم وتعلمت أن أشاركهم الإنسانية وحب الحياة من خلال تعرفي على أعماقي وأعماقهم وبالتالي تعرفت على اتصالي بالحياة.

وخطوت بعد هذه الخبرة نحو طريق الطب النفسي بجرأة وتواضع وحب للآخرين مهما كانت معاناتهم أو مظهرهم. وخلال السنوات التالية، تحول العلاج الجمعي لدي إلى إدمان إيجابي، انتظر الجلسة بشغف وحب ورغبة مني في التواصل والتعلم من كل المشاركين.

أدعو كل قارئ إلى أن يتعرف على مبادئ العلاج الجمعي وأنم يجرب بنفسه الممارسة الفعلية وأتوقع أن يستمتع بهذه التجربة لأنه نوعا من العلاج الذي يوصف بأنه نشيط وصادق وملئ بالخبرات الحياتية.

الأستاذ الدكتور / هاشم بحري

أستاذ الطب النفسي

جامعة الأزهر

الفصل الأول

العوامل العلاجية

هل العلاج الجماعي مؤثر في علاج المرضى؟
نعم، يعالج العلاج الجماعي المرضى؛ فقد أوضحت الدراسات أن العلاج الجماعي صورة فعالة من العلاج النفسي، كما أنه مساو للعلاج الفردي في الفعالية، ولكن السؤال الذي يطرح نفسه هنا هو: كيف يساعد العلاج الجماعي المرضى؟

يُعدّ هذا السؤال للوهلة الأولى سطحيًا، غير أننا للإجابة على هذا السؤال سنتعرض لأكثر مشاكل العلاج النفسي جدلية، وبمجرد التعرف عليها؛ ستشكل الأجزاء الهامة المسؤولة عن عملية التغيير أساس اختيار المعالج للتقنيات والإستراتيجيات المتعلقة بتشكيل المجموعة وخبرتها.
يمكن القول إن عملية التغيير العلاجي عملية معقدة تحدث من خلال العديد من الخبرات البشرية التي سيشار إليها "بالعوامل العلاجية" وسيتم مناقشة عناصرها الأساسية، وتنقسم الخبرة العلاجية إلى أحد عشر عنصرًا:

- توضيح الأمل.
- العالمية.
- توضيح المعلومات.
- الغيرية.
- تصحيح المعلومات الخاصة بالمجموعة العائلية المبدئية.
- تنمية تقنيات العلاقات الاجتماعية.
- تقليد علم السلوك.
- التعليم البين شخصي.
- تماسك المجموعة.
- التنفيس الانفعالي.
- العوامل الوجودية.

وسوف نناقش ونستعرض العوامل السبعة الأولى في هذا الفصل، ثم سيتم مناقشة التعلم البين شخصي وتماسك المجموعة في الفصلين التاليين، وبالنسبة للعوامل الوجودية فسيتم استعراضها في الفصل الرابع، أما عن التغيير الانفعالي فهو متداخل مع العوامل الأخرى وسوف يتم مناقشته في الفصل الرابع أيضًا.

وبالرغم من مناقشة هذه العوامل على حدة، إلا أنها متداخلة ولا يؤدي أحدها دون الآخر، وبالإضافة لذلك تمثل هذه العناصر أجزاء مختلفة عن عملية التغيير: فبعض العوامل - على سبيل المثال - مثل فهم النفس تؤدي على مستوى الإدراك، في حين أن البعض الآخر مثل تنمية المهارات الاجتماعية تؤدي على مستوى التغيير السلوكي، وعلى جانب آخر نجد أن التنفيس الانفعالي مرتبط بالمشاعر، وبالرغم من أن هذه العوامل تعمل في جميع أنواع المجموعات العلاجية، إلا أن أهميتها تختلف بصورة كبيرة من مجموعة لأخرى، كما أن الاختلافات الفردية بين كل شخص وآخر تساعد المشاركين في المجموعة على الاستفادة من العوامل العلاجية بصورة مختلفة، وسوف يتم عرض أمثلة من خبراتي الطبية، وأخرى خاصة بمعالجين آخرين، وأخرى من وجهات نظر المرضى الذين تم علاجهم.

والجدير بالذكر أن المعالجين يتميزون بكونهم محايدين وغير متحيزين، إلا أنهم غالبًا لا يتفقدون على الأسباب التي تؤدي لشفاء المرضى بالرغم من إتباعهم لنفس الأساليب، كما أن بعض المعالجين أرجعوا سبب التقدم العلاجي في بعض الأحوال إلى عوامل غير علاجية، مثل: التدريبات غير اللفظية وتأثير شخصية المعالج.

ويقوم أعضاء المجموعة في نهاية العملية العلاجية بتحديد أكثر الأسباب التي ساهمت في علاجهم، ومن المحتمل أن تتميز هذه العوامل بكونها قابلة للشك وغير دقيقة، وقد تختلف تمامًا عن تلك الخاصة بالمراقبين أو المعالجين.

يذكر أنه يوجد عدد من العوامل التي تؤثر في حكم المريض على العملية العلاجية، منها: طول المدة العلاجية، والتشخيص، والرعاية النهارية، والعلاج القصير المدى، غير أننا ما زلنا نعتبر تقارير المرضى عناصر ومصادر غنية بالمعلومات، فالتجربة أولاً وأخيراً خاصة بالمريض ونعتبرها أساساً لآرائنا.

يوجد عدد من الوسائل للحصول على المعلومات من المرضى، منها القلم والورقة والاستبيانات، وبالرغم من كونها سهلة إلا أنها قد تفقد عددًا من الأحداث، فيجب أن يحصل الاستبيان على أكبر عدد من الوقائع الهامة، كما يجب أن يحصل على عدد من المعاني الهامة في عالم الخبرات الخاصة

بالمريض للحصول على تقرير غني ومفيد. وبالإضافة لتقارير المريض والمعالج، هناك وسيلة ثالثة وهي الاتجاه البحثي المنظم، حيث يُعتبر الربط بين متغيرات العملية العلاجية ونتائجها من أهم النظم والوسائل المستخدمة في العملية العلاجية.

ومع اكتشاف المتغيرات المؤثرة، يستطيع المعالج استعراض العوامل العلاجية، غير أن هذه العملية ليست بالأمر السهل؛ لأنها تعتمد على القياس والتحديد الدقيق.

الأمل

يُعتبر بث الأمل أمرًا مهمًا في أي عملية نفسية، وليس الأمل وحده هو المهم؛ بل إن الثقة في العملية العلاجية يمكن أن تفيد في نجاح العلاج، وقد أوضحت الدراسات أن توقُّع المؤازرة يساعد كثيرًا في نجاح العملية العلاجية، وغالبًا ما نحصل على نتيجة إيجابية في العلاج عندما تتشابه آمال كل من المعالج والمريض، كما أن العلاج بالإيحاء قد يؤثر تأثيرًا جادًا على المخ.

وقد يحدث التحسن نتيجة ملاحظة المرضى لبعضهم البعض، فعند تلقي بعض الملاحظات من بعض المرضى عن مدى تحسنهم واستمرار هذا التحسن؛ يطلب المعالج منهم أن يقوموا بإخبار أعضاء المجموعة عن تجربتهم.

يذكر أنه يوجد عدد كبير من المرضى الذين يؤكدون على أهمية بث الأمل، مثل مريض جراحات القلب وضحايا القتل، وهناك مجموعات يكون دورها الأساسي هو بعث الأمل مثل مجموعات الشفاء، ومجموعات محاربة الكحول.

العالمية والانتشار

يلجأ بعض المرضى للعلاج وهم يعتقدون أنهم الوحيدون الذين يعانون من هذا المرض أو هذه الأعراض والآلام، وقد يصح هذا الاعتقاد في بعض الأحيان؛ حيث إن مشاعر المريض تكون نتيجة بعض الضغوط التي تؤدي للقلق والخوف، إلا أن بعض المرضى أحيانًا يكون إحساسهم بالعزلة والتفرد عاليًا جدًا بالمقارنة بالآخرين، ولكن عزلتهم هذه لا تعطيهم الفرصة للاقتراب منهم أو جعلهم يقتربون.

أي أن التأكيد على عدم تفرد مشاعر وآلام المريض يُعد عنصرًا مهمًا في العلاج؛ فعندما يسمع المريض بعضًا من آلام الآخرين وكيف أنها تتشابه مع خبراته، حينها يشعر بأنها خبرة جديدة يدخل بها إلى عالم البشر مرة أخرى، ويتشابه ذلك مع مقولة: "جميعنا في مركب واحد"، ولا يُعدّ ذلك جزءًا من العلاج النفسي الجماعي فقط، بل هو جزء من العلاج النفسي الفردي أيضًا، ولقد حدث لي أنا؛ فعندما كنت أصف مشاعري تجاه أُمي وكيف أن لدي مشاعر متناقضة تجاهها ما بين الاقتراب والابتعاد، رد عليّ المعالج بأن هذا طبيعي لأن هذه هي الطبيعة الإنسانية، وقد أَرْضاني هذا الافتراض. وبالرغم من اختلاف كل شخص عن الآخر، إلا أن غالبية الأشخاص يتشابهون في الاعتقادات والإدراك.

أذكر أنني كنت قد طلبت من مجموعة تي "T group" (وهي تتكون من غير المرضى والطلبة والمقيمين والممرضين والفنيين) كتابة أكثر الأشياء التي لا يرغبون في المشاركة فيها مع المجموعة، فكانت جميعها مشتركة، وتصب في الأساس في الإحساس بعدم الملائمة وأن الإنسان لا يستطيع أن يحب أو يراعي إنسانًا آخر.

والجدير بالذكر أنه في بعض المجموعات التي تعالج المرضى الذين يعانون من فرط تناول الطعام "bulimia" يطلب من الأعضاء التعبير عن اتجاهاتهم نحو شكل الجسم وتقاليد وطقوس تناول الطعام، والغريب أن جميع المرضى يشعرون بالراحة عندما يكتشفون أنهم جميعًا لديهم نفس المعتقدات.

نشر المعلومات
أوامر المعالج

يتعلم عدد كبير من المرضى في نهاية العملية العلاجية الكثير مما يخص الوظائف النفسية، ومعنى الأعراض، وديناميات المجموعة، والديناميات البين شخصية، وعملية العلاج النفسي، وغالباً ما تكون العملية التعليمية ضمنية، إلا أنه خلال السنوات السابقة أوضح عدد من المعالجين أهمية توضيح المعاني من خلال الأوامر الواضحة أو المحددة.

وتعد "Recovery Inc" من أكبر المنظمات الخاصة ببرامج المساعدة النفسية الخاصة بالمرضى النفسيين الذين يتلقون العلاج، وتقوم هذه المنظمة فعلياً على مبدأ التعليم النفسي، فقد تم إنشاؤها في ١٩٣٧ ولديها الآن ٧٠٠ مجموعة فعالة، كما أن العضوية فيها تطوعية، والرواد هم في الأصل أعضاء، وتقوم أساساً على أجزاء من كتاب "DR. Tow": "Mental Health through will training"، ويتم فيها الشرح وتعليم كيفية تحديد السلوكيات المشوهة وكيف أن الأعراض العصبية ليست خطيرة وأن التوتر يزيد من الأعراض ويجب تجنبه. وهناك عدد كبير من المجموعات الأخرى التي تعتمد على نفس المبدأ، مثل:

لمرضى السرطان "Make today count"

لمرضى جراحات القلب "Mended Hearts"

وغالباً ما يخضع عدد كبير من المرضى لتلك لمجموعات، مثل: ضحايا الاغتصاب، ومرضى القلب، ومرضى نوبات الهلع والسمنة والإفراط في تناول الطعام، وضحايا التحرش الجنسي ومرضى الآلام المزمنة.

وتقوم هذه المجموعات بتوفير الدعم كما توفر المعلومات حول طبيعة المرض والموقف الحالي، وتوضح للشخص المفاهيم الخاطئة والاستجابات الضارة التي يقوم بها المريض.

ويتم في المجموعات عادة تعليم العادات السليمة التي تقوم على تقليل التوتر والقلق، ويتعلم أعضاء المجموعة الوضوح والصراحة والموضوعية وكيفية الكشف عن مشاعرهم وأفكارهم بدون التعرض للقلق والتوتر والاكنتاب.

ويتم توظيف التعليم في عدد من المجالات في العلاج النفسي، منها:

١- نقل المعلومات.

٢- منع الأفكار المدمرة وتغييرها لأنماط إيجابية.

٣- تكوين المجموعة.

٤- شرح العملية العلاجية وشرح أعراض المرض.

وقد أبرزت "Frieda Fromm Reichman" دور عدم الوضوح في بعث القلق، كما بينت أن إحساس الفرد بأن هناك من يسيطر على إحساسه وسلوكياته يعتبر مصدرًا أساسيًا للقلق.

النصيحة المباشرة

ينصح الأعضاء بعضهم البعض بالإضافة إلى الأوامر المباشرة التي يصدرها المعالج، وغالبًا ما تلعب النصيحة المباشرة دورًا أساسيًا في المجموعات العلاجية، وخصوصًا في المراحل المبكرة، ويقدمها غالبًا أعضاء المجموعة من خلال عبارات: "أعتقد أنك من الأفضل أن تقوم بما يلي" و "أعتقد أنه يجب عليك فعل التالي"، وغالبًا ما يرتبط إعطاء النصيحة بإدارة العلاقات داخل المجموعة أكثر من التقارب بين أعضائها، وبالرغم من كونها شائعة في المجموعة، إلا أن النصيحة المباشرة قلما تفيد العضو، فالنصيحة نفسها تعكس التعاون المتبادل والاهتمام بالآخر.

وهناك في المجموعة "الذي يقوم بالشكوى ويرفض النصيحة - Help rejecting complainer"، وهناك من يقول: "نعم... لكن"، وهناك من يحاول استعراض اكتفائه أو استغنائه عن أي نصيحة نابعة من المجموعة، كما توجد أيضًا مجموعات أخرى تستفيد من الاقتراحات المباشرة والإرشاد، فمجموعات تشكيل السلوك - على سبيل المثال - أو المجموعات التي ترعى المرضى الذين خرجوا لتوهم من المستشفى، أو مرضى المهارات الحياتية، أو المرضى الذين يرغبون في تعلم مهارات الاتصال - جميعهم يفضلون النصيحة المباشرة.

الغيرية "الإيثار"

وهناك أسطورة عن حديث بين إنسان وإله. قال الإله سأريك جهنم، وتركه في حجرة فيها عدد من الأشخاص يلتفون حول مائدة مستديرة، وكان هناك قدر كبير في وسط المنضدة، وكانت رائحة الطعام بالقدر حلوة بالقدر الكافي الذي جعل لعاب الإنسان يسيل، وكانت الملاعق طويلة جدًا وتكفي لأن تصل للقدر ولكن لا يمكن تناول الطعام بها، ثم قال الإله سأريك الجنة، ودخلوا غرفة مشابهة تمامًا للحجرة السابقة وبنفس المواصفات، ولكن الإنسان قال إن الأمر مشابه للآخر وأنه لا يوجد فرق، وهنا قال الإله إن هناك اختلاف وهو أنه في الجنة تعلم أفراد الحجرة أن يطعموا بعضهم البعض.

وهذا هو الحال في العلاج الجماعي الذي يجب فيه أن يتعلم كل أعضائه كيفية مساعدة بعضهم بعضاً، كما يجب أن يتعلموا أن يأخذوا ويعطوا لأن ذلك يساعد الفرد على استعادة توازنه النفسي، كما أنه يدعم الثقة بالنفس، فالعلاج النفسي الجماعي يتيح الفرصة للفرد بأن يكون مفيدًا للآخرين، وهناك مثال على ذلك:

"نبيل" رجل في الأربعين من عمره، يعاني من القلق المزمن ويعتزل الناس تمامًا ولا يتعاون مع الآخرين، أما "سارة" فهي في الخامسة والثلاثين ولديها اكتئاب مزمن وترفض اهتمام ومساعدة الآخرين لشهور؛ اعتقاداً منها أنها لا تستحق، إلا أنه وبعد أن أخبرها الآخرون بأن سلوكها يجرحهم أصبحت تستجيب لاهتماماتهم وأصبحت في حالة أفضل بالفعل، وقد قامت "سارة" بنقل تلك التجربة لـ "نبيل"، وبالتالي استفاد من الآخرين كما استفاد من قدرتها على إرضاء الآخرين أيضاً.

التجربة التصحيحية للمجموعة

العائلية الأولى

معظم المرضى الذين يلتحقون بالمجموعات - ما عدا هؤلاء الذين يعانون من صدمات ما بعد الجراحات أو الحوادث أو يعانون من بعض الضغوط البيئية أو الطبية - لديهم تاريخ أو خبرة سيئة في المجموعة الأولى، وهي العائلة. ويتشابه العلاج الجماعي مع العائلة في عدة نواح، منها: وجود سلطة الأبوين والإخوة والأخوات، والاكتشافات الشخصية، والعواطف القوية، والحميمية القوية،

بالإضافة للمشاعر العدوانية. وفي المجموعة، وبمجرد التعرض للشعور المبدئي بالضيق، يكون من الطبيعي فيما بعد أن يقوم الفرد بالتفاعل مع الأفراد الآخرين بنفس الطريقة التي يتفاعل بها مع إخوته وأبويه. والجدير بالذكر أن المريض إذا اعتبر رئيس المجموعة مثل أبيه فغالبًا ما سيربط استجاباته مع السلطة الأبوية؛ فبعض المرضى يعتمدون تمامًا على الرئيس، بينما يقوم البعض الآخر بمقاومته تمامًا. ويشعر بعض المرضى بالقلق تجاه رئيس المجموعة؛ حيث يشعرون أنه سيسلبهم خصوصيتهم واستقلالهم، وهناك البعض الذين يثيرون المشاكل مع أعضاء المجموعة لجذب انتباه الرئيس، بل ويصابون بالغيرة والحقد إذا لاحظوا أن انتباه رئيس المجموعة منصب على شخص أو عضو آخر من أعضاء المجموعة، وغالبًا ما تحدث هذه الظاهرة في العلاج الفردي أيضًا، إلا أن المجموعة تعرض عدد من الإمكانيات وردود الأفعال، والمهم هو ليس معرفة الصراعات التي تحدث أثناء العلاج، بل المشكلة هي حل هذه الصراعات، فالتعرض بدون إصلاح أو تسوية يؤدي إلى تدهور الموقف، فيجب تنمية أنماط نمو الشخصية بشكل يسمح بهيكل الأسرة، بالإضافة لتشجيع إتباع السلوكيات الجديدة.

تنمية تقنيات العلاقات الاجتماعية

يمثل التعلم الاجتماعي (وهو يعني تنمية المهارات الاجتماعية الأساسية) عاملاً يلعب دورًا أساسيًا في المجموعات العلاجية، بالرغم من أن طبيعة المهارات وشفافية العملية تختلف من مجموعة لأخرى، وقد يتم التركيز على عملية تنمية المهارات الاجتماعية أثناء تأهيل المرضى عندما يتم إخراجهم من المستشفى عن طريق لعب الأدوار.

وقد تستخدم بعض المجموعات التعلم الاجتماعي كوسيلة غير مباشرة؛ حيث تساعد المجموعة الفرد الذي يفتقد العلاقات الحميمة على إقامة حوار بناء، فبعض الأفراد قد يمقتون وحدتهم، في حين توفر لهم المجموعة الفرص للتغلب على الوحدة والعزلة، ولا أريد هنا أن أبسط العملية، ولكن العلاج عملية معقدة تتضمن أكثر من الإدراك والوعي وتغيير السلوك الاجتماعي.

يذكر أن الأعضاء القدامى في المجموعة يكتسبون مجموعة من المهارات الاجتماعية؛ فهم يتعلمون كيف يستجيبون للآخرين وكيف يقومون بحل الصراعات، وغالبًا لا يقومون بالحكم إلا بموضوعية.

السلوك والتقليد

تقليد السلوكيات

يقوم المرضى في بعض الأحوال بالتفكير والجلوس والتصرف والتحدث تمامًا مثل المعالجين؛ مما يؤكد أن المعالجين غالبًا ما يؤثرون على أنماط الاتصال الخاصة بالمرضى من خلال إعادة هيكلة سلوكيات بعينها، وقد يصبح التقليد في بعض المجموعات سمة واضحة؛ حيث يقوم المريض بتقليد رئيس المجموعة أو الأعضاء الآخرين، فأعضاء المجموعة يتعلمون حل مشكلاتهم حينما يقومون بمراقبة الآخرين ويقومون بنفس العمل.

ويلعب تقليد السلوك دورًا مهمًا جدًا في العملية العلاجية، وخصوصًا في المراحل الأولى؛ حيث يتعرف فيها المريض على أعضاء المجموعة والمعالج، وبذلك تزيد فرصة تقليد السلوك، وحتى مع قصر فترة تقليد السلوك، فإنها تكون مفيدة لإتاحة مساحة للشخص لكي يكتسب أو يتعرض لسلوكيات جديدة.

الفصل الثاني

التعلم ما بين الأشخاص

أستطيع تعريف التعلم البين شخصي بأنه: عامل علاجي واسع النطاق؛ فهو يوازي تحليل ما بداخل النفس البشرية، والطرح، وتصحيح التجارب الانفعالية في العلاج الفردي، ولكنه أيضًا له مميزاته الخاصة لكونه جزءًا من العمل الخاص بالمعالج.

ومن أجل تعريف التعلم البين شخصي، ولوصف الميكانيكية التي يقوم من خلالها بإحداث التغيير في سلوكيات المريض؛ يجب أولاً أن نناقش عددًا من المفاهيم:

١- أهمية العلاقات البين شخصية.

٢- الخبرة الانفعالية التصحيحية.

٣- المجموعة كمنظومة اجتماعية.

أولاً: أهمية العلاقات البين شخصية:

عند دراستنا للإنسان، لا بد وأن نأخذ في الاعتبار وجوده وتفاعله مع منظومة من العلاقات، ويدل التاريخ والدراسات على أن الإنسان دائماً ما رغب في الانضمام للمجموعة، كما أن علاقته بالمجموعة غالباً ما تتميز بالتنافس والرغبة في الانتماء.

وقد علق "John Bowl by" في دراسته على أهمية الشعور بالانتماء وكيف أنه ضروري للشفاء، كما أنه شعور يوجَد بالفطرة في داخل النفس البشرية، فإذا فصلنا بين الطفل وأمه فسنجد أن كليهما سيعاني بصورة شديدة، كما ستكون الآثار السلبية على شخصية الطفل عميقة، بينما علق "WINNI COTT" بقوله: "إننا نعيش في علاقة مزدوجة بين الطفل وأمه، ولا قيمة للإنسان دون العلاقات: سواء في الماضي أو الحاضر.

وقد أثبتت الدراسات وتحديثت عن حجم المعاناة التي يتكبدتها بعض الأفراد جراء الوحدة، كما أثبتت الدراسات أيضاً ارتفاع حالات الوفاة ما بين المطلَّقين والأرامل وغير المتزوجين، فالوحدة تسبب ارتفاع حالات الوفاة مثلها مثل السمنة والتدخين، وعلى العكس تماماً، فإن العلاقات الاجتماعية تساعد في علاج أمراض خطيرة مثل الإيدز والسرطان.

ومع التركيز الحالي على أهمية الاتجاهات المعرفية البين شخصية في العلاج الفردي والعلاج الجماعي، بدأ الإخصائيون الاهتمام بكتابات "Harry Stack Sullivan"، والذي طالما هُجرت كتاباته لعدة أسباب تتعلق باللغة والوضوح. كما يناقش "Kiesler" أهمية الإطار البين شخصي، والذي يستطيع من خلاله المعالج توظيف الاتجاهات المعرفية والسلوكية والسيكوديناميكية.

وتُعتبر دراسات "Sullivan" هامة وضرورية ومفيدة في فهم العملية العلاجية الخاصة بالمجموعة، وبالرغم من أن مناقشة النظرية البين شخصية بعيدة كل البعد عن محتوى هذا الكتاب، فإنني سأقوم بمناقشة بعض المفاهيم.

ويؤكد "Sullivan" أن الإنسان هو نتاج للتفاعل مع الآخرين، كما يؤكد أن الحاجة للارتباط بالآخرين هي حاجة ماسة وضرورية مثلها مثل كل الحاجات البيولوجية، وذلك في ظل اعتماد الطفل على أمه فترة طويلة من حياته؛ وبالتالي يقوم الطفل أثناء البحث عن الأمن بتعميق وتأكيد السمات التي يقابلها استحسان، ويقوم برفض ونبذ تلك التي يقابلها عدم استحسان، وغالبًا ما يستمر الفرد على هذا المنوال أثناء استكمال مراحل النمو.

وقد أكد كل من "Solomon , Grunebaum" أن هناك علاقة وثيقة بين مستوى العلاقات مع الأقران والثقة بالنفس، فاستخدم "Sullivan" مصطلح "parataxic distortions"، وهو يعني الأفراد الذين يقومون بتحطيم وتشويه إحساسهم بالآخرين، وقد يحدث ذلك في موقف يقوم فيه شخص بالارتباط بآخر دون أساس منطقي، ولكن على أساس إحساس داخلي، وبالرغم من أن هذا المصطلح يشبه التحول أو الطرح، إلا أن هناك اختلافًا:

أولاً: النطاق أوسع: فهو لا يشير فقط إلى وجهة نظر الفرد تجاه الآخر، وإنما يشير إلى جميع العلاقات البين شخصية؛ وبالتالي تلك المُقامة مع أفراد المجموعة.

ثانياً: تتميز نظرية النشأة بكونها واسعة النطاق: يُعتبر الربط غير المنطقي "parataxic distortion" نتيجة لتحول العلاقات العصرية وتفاعلها مع عناصر من الماضي، بالإضافة إلى تشويه الواقع أثناء الاستجابة للحاجات البين

شخصية. وبناء على ما سبق، يمكن استخدام المصطلحين بالتبادل، وبالرغم من اختلاف النشأة، إلا أنهما متطابقان على المستوى العملي.

والجدير بالذكر أن العديد من المعالجين يستخدمون كلمة الطرح للإشارة إلى التشوهات البين شخصية التي تحدث في العلاقة بين المريض والمعالج، وقد تنشأ تشوهات الطرح من ذكريات أليمة نتجت عن تجارب التفاعل الأولى، وتساهم هذه الذكريات في تشكيل نموذج يشكل ارتباط الشخص بالآخرين خلال فترة حياته، ويطلق على هذه النموذج مصطلح "Schema"، وهو يتكون من أفكار الفرد عن نفسه وطريقة استجابته للعلاقة مع الآخرين والسلوك البين شخصي الناتج، بالإضافة لما قلده واكتسبه من الآخرين، **فعلى سبيل المثال:** قد يقوم الشخص باكتساب وتطوير بعض الأنماط السلوكية مثل الدفاعية والهجومية، ولكنه قد يتسبب - في نفس الوقت - في عدوانية الآخرين تجاهه، ويسمى ذلك بـ "Self - Fulfilling prophecy"، فالشخص يتنبأ بأن الآخر سيقوم بالاستجابة بصورة معينة ويتصرف لإرادياً بطريقة تحقق هذه النبوءة.

ومما هو جدير بالذكر أيضاً أنه يجب استخدام وتوظيف العلاج النفسي في علاج التشوهات البين شخصية؛ وبالتالي يستطيع الفرد أن يحب حياته بصورة طبيعية، ويمثل تحسين الاتصال البين شخصي محور اهتمام المجموعة التي تعالج العلاقة بين الطفل والأب، فهي تخاطب اضطرابات السلوك والسلوك غير الاجتماعي.

يُذكر أن ضعف الاتصال من جانب الطفل وتوقعات الآباء تولد شعوراً من الضعف وعدم جدوى الوجود عند الأطفال والآباء، ويؤدي ذلك بالطبع إلى سلوكيات الأبناء غير الطبيعية وردود أفعال الآباء التي غالباً ما تكون عدوانية. وغالباً ما تتغير رغبات المريض خلال العملية العلاجية، فهو يبحث في بادئ الأمر عن الراحة، ثم تتغير أهدافه - فيما بعد - إلى البحث عن وسائل للتواصل مع الآخرين وتعلم كيفية حبهم، ويُعتبر هذا الانتقال خطوة هامة جداً في العلاج، وخصوصاً في المراحل الأولى.

ولقد ظلت نظرية العلاقات بين الشخصية جزءاً لا يتجزأ من أفكار العلاج النفسي، فالإنسان في حاجة للإنسان من أجل التواصل والتفاعل وإقامة العلاقات

الاجتماعية، ويلاحظ ذلك ملياً في مرضى السرطان الذين يشعرون باقتراب الأجل؛ وبالتالي يخشون الوحدة والعزلة والهجر من الأحباء، والغريب أن الطبيب يصرّح للمريض بأنه ليس هناك ما يمكنه فعله، في حين أن للطبيب دوراً مهماً جداً في مساندة المريض؛ فما يحتاجه المريض هنا هو الاقتراب من الآخرين والاتصال بهم مع الحفاظ على كبريائه وثقته في نفسه في العلاقة.

ويُعتبر الشعور بالارتباط والرغبة في عدم الوحدة شعوراً طبيعياً لدى البشر على اختلاف مكانتهم؛ لذا قد يترك المريض العلاج بسبب الكراهية أو الخوف أو الشعور بالخزي، ولكنه لا يتركه من باب اللامبالاة وحب الوحدة.

التجربة الانفعالية التصحيحية:

في عام ١٩٤٦، اخترع "Franz Alexander" مصطلح التجربة الانفعالية التصحيحية "Corrective emotional experience" أثناء وصف ميكانيكية العلاج، وأكد على أهمية إخضاع المريض لتجربة انفعالية شبيهة بتلك التي فشل فيها في الماضي، ولكنه اعترف بأن تحليل النفس البشرية غير كافٍ لتأهيل الفرد لخوض التجربة بنفسه، كما أكد على أهمية التجربة الانفعالية التصحيحية لاصطلاح خبرات الماضي.

وبالرغم من الانتقادات التي واجهتها هذه الفكرة، إلا أن الكثير من المعالجين اعتبروها بمثابة حجر الزاوية في الفعالية العلاجية، فعندما يتم تحليل النفس البشرية باستخدام الخبرات الارتباطية الخاصة بالـ "هنا" و "الآن"؛ يقوم المريض بالتصريح والاعتراف والإدراك، كما يخوض تجارب تصحيحية.

وغالباً ما ترجع الانفعالات عند الفرد إلى جذور عميقة مع الإخوة، والتناس، والأبناء، والجنس، وتشوهات السلوك، والتعليم، والرغبة في السيطرة، ولكن يجب ترجمة ذلك إلى تجربة انفعالية تصحيحية، ويتم ذلك من خلال:

١- التعامل مع المجموعة كأداة للدعم لكي يتم التعبير عن هذه الانفعالات.

٢- الحصول على متابعة دقيقة.

وعلى سبيل المثال: يقوم الشخص بالتصريح بالمشاعر العدائية تجاه أحد الأعضاء؛ ومن هنا تبدأ التجربة بتصريح الشخص عما بداخل نفسه، ويتميز هذا الحدث بالتالي:

- ١- يَشعر المريض بأثر نفسي قوي.
- ٢- التصريح يُعتبر تجربة جديدة تمامًا على المريض.
- ٣- يدرك المريض أن الوقت لا زال "هنا" ومتوفر لحل الموقف.
- ٤- يتبع ذلك اختبار الحقائق؛ حيث يدرك المريض أن هذا الغضب في غير محله.
- ٥- يستطيع المريض أن يتفاعل بحرية ويستغل العلاقات البين الشخصية بشكل أعمق.

أي أن ملاحظة فروق بين الأفراد يمثل أهمية كبيرة من حيث العملية العلاجية. وفي تجربة أخرى، يحكي أحد المرضى موقفًا عندما اضطر للحاق بمريض خرج من المجموعة حزينًا وظل يهدئ من روعه ويطمئنه، فيذكر كيف أنه كان سعيدًا لأنه استطاع أن يساعد شخصًا ما، فالبعض يكتشف أن مصدر سعادتهم في اكتشاف أنفسهم، وغالبًا ما تتميز هذه الأحداث بالتالي:

- ١- يخوض المريض أثرًا قويًا و إيجابيًا (حدثًا نادرًا).
- ٢- الحادث الذي يخاف المريض حدوثه لم يحدث (الرفض والإحراج من جانب الآخرين).
- ٣- يكتشف المريض جزءًا غير معروف في نفسه؛ وبالتالي يستطيع التواصل مع الآخرين بشكل جيد.

وفي مثال آخر، يستدعي المرضى أحداثًا تتضمن التصريح؛ ومن ثم تؤدي إلى اندماج قوي مع المجموعة، فعلى سبيل المثال: يقول عضو من أعضاء المجموعة (لم يحضر اجتماعات المجموعة لمدة جلستين متتاليتين) إنه تمنى أن يقول أعضاء المجموعة أنهم افتقدوه؛ وبالتالي نجد أن التجربة الانفعالية التصحيحية لها عدة جوانب:

- ١- تُعتبر تعبيرًا قويًا عن المشاعر، يتضمنه شعور بالخطر من جانب المريض.
- ٢- مجموعة تتميز بالقدرة على الدعم.

٣- اختيار الحقائق الذي يسمح للفرد باختبار الحدث مع الدعم من قبل أعضاء المجموعة الآخرين.

٤- معرفة عدم مناسبة بعض المشاعر البين شخصية والسلوكيات وبعض الخطأ في تجنب بعض السلوكيات الأخرى.

٥- قدرة المريض على التفاعل مع الآخرين بصورة عميقة وبأمانة. بيد أنه يجب توضيح أن العلاج ما هو إلا تجربة انفعالية وتصحيحية، فتلك الطبيعة المزدوجة التي تميز العلاج بالغة الأهمية.

والجدير بالذكر أن المريض قد يخوض تجربة بقوة، ولكن بمساعدة العقل يجب أن نفهم طبيعة التجربة الانفعالية، ومع الوقت تتغير مفاهيم المريض التي طالما اعتقد فيها، وسيتم دعم تلك التغيرات إذا أدت السلوكيات البين شخصية الجديدة إلى استجابات بين شخصية بناءة، وحتى في حالة التغيرات البين شخصية البسيطة، فإن رئيس المجموعة والأعضاء يجب عليهم دعمها، ويتعلق ذلك بصورة أساسية بمفهوم أساسي في العلاج الجماعي، وهو الـ "هنا" التي سوف نناقشها في الفصل السادس.

ويمكن القول هنا إنه عندما تركز المجموعة "هنا" على الشفاء؛ فإن مجموعة "الآن" تزيد قوتها وفعاليتها، ولكن إذا قام الـ "هنا" و "الآن" بالتركيز على ما يحدث في الغرفة والحاضر؛ فلا بد وأن يتضمن ذلك عنصرين:

١- يجب أن يقوم أعضاء المجموعة بالتعامل على أساس التلقائية والأمانة.
٢- يجب أن يقوم أعضاء المجموعة بالتعليق على هذه التجربة. ويُعتبر هذا الانعكاس ضروريًا جدًا في حالة تحول التجربة الانفعالية إلى تجربة علاجية، كما يلاحظ صعوبة دخول المجموعة في مجال الـ "هنا" و "الآن"، غير أنه من واجب المعالج توجيه المجموعة إلى هذا النطاق.

ومن الخطأ اعتبار أن التجربة الانفعالية القوية كافية للتغيير، وقد أخطأ علم النفس الحديث في تصديق هذه الفكرة، فالوصف الأول لعلم النفس الديناميكي - طبقًا لـ "فرويد" - يعني أن العلاج بالتنفيس الانفعالي يعتمد على الإقناع بأن الهيستريا هي نتيجة لموقف صعب لم يستطع الفرد التجاوب معه انفعاليا؛ لذا

توصّل "فرويد" إلى أنه بالرغم من أهمية التصريح الانفعالي، إلا أنه غير كافٍ للتغيير.

المجموعة كمنظومة اجتماعية:

تتحول المجموعة التي يسودها التفاعل الإيجابي إلى منظومة اجتماعية تتكون من الأعضاء المشتركين فيها، ومع مرور الوقت يبدأ أعضاء المجموعة في التفاعل فيما بينهم بنفس الطريقة التي يتفاعلون بها مع أعضاء المجتمع، وتكون المجموعة في ذلك الوقت نموذجًا مصغرًا للمجتمع الذي يعيش فيه عضو المجموعة، أي بمعنى آخر: يبدأ أعضاء المجموعة مع مرور الوقت في إظهار سلوكياتهم المشوهة أثناء المجموعة، ولا حاجة لهم لشرح وتفسير مشاكلهم أمام أعضاء المجموعة؛ فهي تظهر مع مرور الوقت من خلال تصرفاتهم، ويكون دور المجموعة هو التعامل وإصلاح هذه التشوهات السلوكية التي يعاني منها الفرد، وتتم معالجة البعض من هذه السلوكيات من خلال تعليق واحد أو جلسة واحدة، في حين يحتاج البعض الآخر إلى جلسات من المراقبة والفهم.

وتُعتبر مهمة القدرة على علاج تلك السلوكيات مهمة من ضمن المهام التي يتضمنها تدريب يخضع له المعالج، فعلى سبيل المثال: "فدوى" فنانة التحقت بالمجموعة، بدأت تشكو من معاملة زوجها السيئة وكونه مدمن خمر، ولكن مع مرور الوقت اتضح من المجموعة بعض الملاحظات:

"فدوى" دائماً ما تأتي متأخرة ٥ أو ١٠ دقائق، ثم تبدأ في تبادل التحية، ثم تتحدث مباشرة حتى وإن قامت بقطع حديث أحد الأفراد، كما أن لديها شعورًا بأن المجموعة لن تكون على ما يرام إلا في وجودها، وقد بدأت في عرض خدماتها على أفراد المجموعة، مثل إعطاء كتاب التخسيس لإحدى العضوات التي تعاني من السمنة، أو الاشتراك لأحد الأعضاء في نادٍ ما، ومع الوقت اتضح أن هداياها غالبًا ما تكون وسيلة تستخدمها للسيطرة على الآخرين.

وقد قامت بعد ذلك بمحاولة السيطرة على المعالج؛ حيث قامت بطلب استعارة كتاب من المكتبة، وبالرغم من أن هذا الطلب كان يبدو منطقيًا؛ إلا أن الموافقة كانت تعني أنها تحظى باهتمام خاص أمام أعضاء المجموعة؛ لذا كان من المهم توضيح هذا السلوك ورفض طلبها، وفيما بعد قامت بالتقرب من رجلين في

المجموعة وأصبحت على علاقة معهم، ثم اعترفت للمعالج - بعد ذلك - واعترفت لزوجها بهذه العلاقات؛ ومن ثم قام زوجها بإرسال رسالات تهديد للرجال الذين أقامت معهم علاقة، ثم قام المعالج بعد ذلك بطردها من المجموعة؛ فانضمت هي لمجموعة ثانية.

ويمكن توضيح الأحداث كالتالي، قامت "فدوى" بشرح مشكلاتها وعلاقاتها السيئة مع الرجال ونرجسيتها ورجبتها في السيطرة على الآخرين، وقد شعر الرجال بالإهانة لقيامها بتقييم علاقتها معهم ورد فعل الزوج ضدهم.

ومن القصة السابقة، يجب على المعالج - في بادئ الأمر - تحديد المشكلات السلوكية التي يعاني منها أعضاء المجموعة وشرح أبعادها لأفراد المجموعة حتى يستوعبوا الأحداث التي تتم فيما بينهم.

ويشكك بعض أفراد المجموعة في أهمية التفاعل، معتقدين أن المجموعة لا تصور الأشخاص بشخصياتهم الحقيقية، وأنها تجعل الأعضاء لا يكشفون عن حقيقة مشاعرهم.

مثال: تقابل "أشرف" و "سلوى" في المجموعة، وكان كل منهما يرغب في عدم انضمام الآخر إلى المجموعة لأنهما كانا قد تقابلا قبل ذلك في عمل سابق، وكان رأي كل منهما في الآخر أنه شخص تافه، إلا أنه ومع مرور الوقت في المجموعة تعرّف كل منهما على الآخر جيداً، وخاضا عدة تجارب عمقت العلاقة فيما بينهما، بل وأصبح كل منهما متفهماً لمشاعر الآخر، فأى العالمين أكثر عمقا: المجموعة أم الحياة؟

الطرح وتحليل النفس البشرية:

يلعب كل من الطرح وتحليل النفس البشرية دوراً مهماً في العملية العلاجية؛ فالطرح هو ذروة العلاقات البين شخصية، ويُعتبر إدراك هذه العلاقة والعمل على حلها بالغ الأهمية في العلاج الفردي، حيث التداخل يكون عميقاً.

وبالنسبة لمعظم المرضى، تلعب هذه العلاقات دوراً مهماً في حياتهم؛ حيث يُعتبر المعالج هو نموذج لصورة الوالد والمدرس والسلطة الموجودة في حياتهم،

إلا أن الدراسات أثبتت أن معظم المرضى يهتمون بتطوير علاقاتهم مع زملائهم أكثر من رؤساء المجموعة.

وأثناء ممارسة العلاج الجماعي، يتفهم الأعضاء موضوع الطرح من خلال أربعة مستويات:

١- يجب أن يحصل المريض على مفهوم موضوعي ويتعلم كيف يراه الآخرون.

٢- يبدأ المريض في تفهم أنماط أكثر تعقيدًا للسلوك.

٣- يتم ما يسمى بالتحليل التحفيزي؛ حيث يتعلم المريض الأسباب التي تدفعه للتصرف بهذه الطريقة مع الآخرين.

٤- التحليل الوراثةي: وهو محاولة لتعليم المرضى كيفية إدراك أسباب الطريقة التي يتصرفون بها.

الفصل الثالث

تماسك المجموعة

نستعرض في هذا الفصل أهمية تماسك المجموعة كعامل علاجي، والطرق التي يتم من خلالها تفعيل هذا الأثر العلاجي.

والسؤال هنا: ما هو التماسك؟ وكيف يؤثر على النتيجة العلاجية؟

يمكن اختصار الإجابة في أن التماسك في المجموعة يشبه العلاقة بين المريض والمعالج في العلاج الفردي؛ فالعلاقة الجيدة تلعب دوراً مهماً جداً في العلاج الفردي، إلا أنه من المهم تعريف معنى العلاقة في العلاج الجماعي، فالعلاج الفردي - في نهاية الأمر - علاقة بين فردين، إلا أن العلاقة في العلاج الجماعي هي العلاقة:

١. بين الفرد والمعالج (أو المعالجين).

٢. بين أعضاء المجموعة.

٣. بين الفرد والمجموعة ككل.

وهناك بعض الأفراد الذين يستفيدون استفادة قصوى من العلاج الجماعي، مثل من يعاني من العزلة أو من يبحثون عن مهارات التكيف.

وهناك سؤال آخر وهو: ما هي الظروف الضرورية للعلاج النفسي الفعال؟ يجب أن نعترف أن ليس كل معالج نفسي له أثراً فعالاً لمصلحة المريض، وبالرغم من أن المعالج يقوم بمساعدة المريض، إلا أن هناك بعض المعالجين يجعلون حالة المريض أسوأ. فما هو المعيار لذلك؟

إن العلاقة بين المريض والمعالج هي الأساس لنجاح العملية العلاجية، ولهذا يجب أن تتميز بالدفء والتعاطف والتفاهم والقبول، إلا أنه ليس من السهل الحصول على تلك العلاقة الناجحة. وتتطلب العلاقة العلاجية الناجحة - سواء في العلاج السلوكي الإدراكي أو العلاج البين شخصي - وجود ميل إيجابي نحو شخص يقوم بالدعم والطمأننة ويتميز بالحيادية؛ فالعلاقة القوية الإيجابية تقضي على الأفكار الاكتئابية وتُصحح الأفكار المضطربة. وعلى مستوى المجموعة من المهم فهم العلاقة بين المعالج والفرد، وكذلك علاقته مع الأعضاء الآخرين (تماسك المجموعة). والجدير بالذكر أن المجموعة التي تتميز بهذه السمة ترتفع فيها نسبة الحضور والاشتراكات والدعم المشترك،

وهناك شقان للتماسك في المجموعة:

- ١- روح المجموعة ككل.
 - ٢- انجذاب الفرد للمجموعة.
- ويمكن تفهم الشق الأول من خلال الثاني؛ بمعنى أنه يمكن قياس روح المجموعة من خلال انجذاب الفرد لها، مع الوضع في الاعتبار أن التماسك في المجموعة ليس ثابتًا، بل يعتمد على درجة ارتباط كل عضو بالمجموعة، كما أن هناك فرق بين ارتباط الفرد بالمجموعة وتفهمه لأداء المجموعة.

أهمية تماسك المجموعة:

لا بد أن نتعرف على أهمية تداخل العوامل العلاجية، فعلى سبيل المثال: التنفيس الأنفعالي والعالمية، ليس من المهم فقط البوح بما داخل النفس، ولكن هناك من يسمع، وهناك من لديه مشاكل تشبه مشكلة الفرد، والأهم هو قبول الآخرين الذي له أهمية كبيرة. والجدير بالذكر أن أفراد المجموعة يشتركون في بعض السمات مثل الثقة واليوق والتعاطف والقبول، فالمجموعة سوف تقبل الفرد بشرط تماشيه واحترامه للقواعد السارية في المجموعة، إلا أن هناك جزءًا مهمًا، وهو أن المهارات البين شخصية المشوهة للمرضى تمنعهم من أو تحدّ من فرصهم في القبول في العلاقات القوية، مثل بعض المرضى الذين يعانون من العزلة عاشوا - بعد فترة وجيزة - إحساس الألفة والتقارب وإحساس الأسرة داخل المجموعة، ولطالما تذكروا ذلك حتى بعد انتهاء المجموعة. وتُعتبر العضوية والقبول والموافقة عناصر أساسية في المجموعة تساعد في تنمية مهارات الفرد.

آلية الفعل:

يقول "كارل روجرز": عند توافر العلاقة المثالية بين الطبيب والمريض؛ فإنه غالبًا ما يحدث الآتي:

- ١- يبوح المريض بمشاعره بحرية.
- ٢- يشعر بواقعية مشاعره وأحاسيسه وبيئته.
- ٣- يشعر بالعلاقة بين تجاربه ومفهومه عن نفسه.

٤- يشعر بالمشاعر التي تم إنكارها أو تشويهها في السابق.

٥- يشعر بالقدرة على الإحساس بإيجابية المعالج.

٦- يشعر بنفسه كمركز للتقييم.

٧- يقوم بالتفاعل مع التجربة بصورة أقل فيما يتعلق بإحساسه بالآخرين.

ومن ضمن المكونات الرئيسية لآراء "روجرز" ذلك الميل المتأصل في كل الحياة للتوسع والاستكشاف وتطوير النفس، وهو مفهوم يرجع إلى "Nietzsche"، ومن واجب المعالج خلق البيئة المناسبة التي تساعد المريض على تطوير النفس، وأول مهمة يقوم بها المريض هي اكتشاف النفس أو اكتشاف المشاعر والخبرات. وتُعتبر هذه المهمة مرحلة مهمة جدًا في العلاج النفسي الديناميكي، وقد أكد "Horney" على أهمية حاجة الفرد لمعرفة النفس واكتشافها، ومن ثم تكون مهمة المعالج هي إزالة العقبات التي تعوق هذه العملية، إلا أنه يجب أن نتأكد أن هناك رغبة دفينية في الشخص تجاه النمو وتحقيق الذات، ولا يجب أن يقوم المعالج بتحفيز هذه الصفات بداخل المريض، غير أن الحل أو الوسيلة هي إزالة العقبات عن طريق خلق بيئة مناسبة، وهناك الكثير من الأدلة التي تفيد أن العلاقة الجيدة في العلاج الفردي (ويقابلها التماسك في العلاج الجماعي) تساعد المريض على القيام بتلك المهمة بنجاح. وتفيد النتائج أيضًا أن المشتركين في المجتمعات المتماسكة لديهم قابلية للاشتراك في هذه المهمة، كما أن القبول والتشجيع من قبل الأعضاء يكون بالغ الأهمية بالمقارنة بالتشجيع من قبل المعالج، والجدير بالذكر أنه لا يكون بإمكان الفرد قبول الآخر وتشجيعه إلا بعد قبول نفسه واكتشافها، وأن الأفراد الذين يبحثون عن مساعدة من المعالج يشتركون في عاملين أساسيين:

١- إقامة علاقات بين شخصية ذات معنى والمحافظة عليها.

٢- الحفاظ على الشعور بقيمة النفس والثقة بها، فمن الصعب مناقشة هذين العاملين كلا منهما على حدة، وقد ناقشنا العلاقات البين شخصية سابقاً، وسنتعرض في هذا الفصل موضوع الثقة بالنفس.

تُعتبر الثقة بالنفس والثقة العامة عاملين متداخلين تمامًا، فالثقة بالنفس تشير إلى تقدير الشخص لنفسه ورؤيته لذاته، ويقال إن اتجاهات الآخرين تجاه الشخص تحدد رؤية الشخص لذاته، كما أن المجموعة التي ينتمي إليها الفرد غالبًا ما تؤثر في رأيه حول نفسه، غير أنه قد يحدث - في بعض الأحوال - اختلاف بين تقسيم المجموعة، ففي العلاج الجماعي، يُعد هذا الاختلاف بادرة غير طيبة كما قد يمثّل دائرة مفرغة؛ حيث تقوم المجموعة بتقييم الفرد على نفس النحو بسبب فشل الفرد في القيام بعدد من المهام المحددة، وقد يقوم الفرد في هذه الحالة باتهام أفراد المجموعة بكونهم غير أسوياء؛ ومن ثم يقوم بالانسحاب من المجموعة وينضم إلى مجموعة أخرى.

غير أن هناك بعض العوامل المسؤولة عن الشعبية في مجموعات العلاج الجماعي، وتشمل:

١- الإفصاحات السابقة عن النفس.

٢- التناغم البين شخصي أو التشابه بين حاجات الفرد وتلك الخاصة بالمجموعة.

٣- امتلاك بعض السمات المؤهلة لذلك، مثل: صغر السن، درجة التعلم، والذكاء، والقيادة.

التماسك - العدوانية داخل المجموعة:

من الخطأ الربط بين التماسك والراحة؛ فمن المعروف أن المجموعات المتماسكة غالبًا ما تتميز بالعلاقات الخدمية والقبول والتفاهم، إلا أنه قد يتواجد بعض الصراع والعدوانية، ومن المعروف أن المجموعات تسمح فيما بينها بالتعبير عن الصراع والعدوانية مع الاحتفاظ بالدعم، إلا أن العدوانية قد تعوق التطور والتعلم البين شخصي، كما أن عدم التعبير عن العدوانية والصراعات غالبًا ما يظهر خلال طرق ومواقف غير مباشرة.

كيفية استعادة الاتصال بين أعضاء المجموعة:

يتطلب استعادة التوازن مجهودات جميع أعضاء المجموعة، وقد يحفز هذا الموقف مشاعر قوية داخل المجموعات، كما قد يقوم أعضاء المجموعة بتقليل شأن الأحداث والمواقف خارج المجموعة.

الفصل الرابع العوامل العلاجية

سوف نستعرض العوامل العلاجية وكيفية عملها كجزء من العملية الدينامية، ثم ندرس العوامل العلاجية نفسها، وتعتمد أهمية العوامل العلاجية على نوع العلاج الجماعي المتَّبَع، فالمجموعات تختلف في عدد أفرادها وأهدافها العلاجية وطرق العلاج، ويقوم أفراد المجموعة باختيار ما يناسبهم من تلك العوامل العلاجية، ويوضح هذا الفصل أن كل العوامل العلاجية لا تقوم بالتغيير، إلا أن البيئة المناسبة للتغيير هي التي قد تختلف، ومثلاً على ذلك:

سواء تبلغ من العمر ٣٥ عامًا تعاني من الاكتئاب، غير متزوجة، تم تسريحها من العمل مؤخرًا، وبالرغم من أنها كانت تكره العمل وكانت غير موفقة فيه، إلا أنها اعتبرت أنها غير مقبولة في العمل وأنها وُلدت لكي تعاني، وقد واصل أفراد المجموعة تدعيمها، إلا أن زميلتها في المجموعة "منى" (تبلغ من العمر ٥٠ عامًا) قد أخبرتها أنها بعد عام من العمل الجاد في المجموعة اكتشفت أنه لا بد من اعتبار الأحداث السيئة إحباطات أكثر منها فشل شخصي، وخلال الحديث تذكرت المريضة موقفًا حين شخّص أخصائي الجلدية - حينما كانت طفلة - إصابتها بمرض معدي جلدي، وحينها أخبرتها والدتها بأنها سوف تزورها في المستشفى، وبالرغم من أنه ثبت بعد ذلك أنها سليمة، إلا أنها لم تستطع أن تنسى تعليق والدتها واعتبرته رفض من الأم.

ونستطيع أن نرى هنا عددًا من العوامل العلاجية، مثل: الاشتراك مع الآخرين، والأمل، وفهم النفس، والعلاقة مع الأسرة، والتعلم البين شخصي، بالإضافة للتنفيس الانفعالي.

العوامل العلاجية: نظرة المريض:

من المهم جدًا دراسة نظرة المريض للعوامل العلاجية، وأهمها تلك التي تساعد في عملية العلاج، ومن المهم أيضا اعتبار قيمة العوامل العلاجية وتأثيرها بنوع المجموعة والمرحلة العلاجية والمستوى الفكري الخاص بالمريض، وقد قام الكاتب مع مجموعة من زملائه بتصميم استبيان يضم الإحدى عشر عامل الذي تم ذكرهم في الفصل الأول وتم عمل هذا الاستبيان على ٢٠ مريضًا، وطلبنا من المعالجين اختبار أنجح المرضى. وقد اتضح أخيرا أن التركيز على العوامل العلاجية من قبل المعالج يساعده على بلورة الاستراتيجيات العلاجية الخاصة به

والتي تتماشى مع أهداف المريض. وقد اتضح أن قيمة العوامل العلاجية تختلف باختلاف المجموعة والمرحلة العلاجية. وتعاني عينات الاستبيان غالباً من مشاكل عصبية أو مشاكل في الشخصية وقد خضعوا للعلاج لمدة تتراوح من ثماني إلى ٢٢ شهراً وقد أوشكوا على الانتهاء من العلاج الجماعي أو أنهوا العلاج بالفعل. وقد تمت الدراسة على ١٢ فئة من فئات العوامل العلاجية، تتكون كلا منها من خمس مواد ويكون لدينا ٦٠ مادة، ويتم كتابة كل مادة على بطاقة، ويحصل المريض على مجموعة من البطاقات المرتبة عشوائياً، ثم يُطلب منه تجميع البطاقات بالشكل التالي:

١- متعاون جداً معي في المجموعة (بطاقتان).

٢- متعاون بشدة (٦ بطاقات).

٣- متعاون بشكل جيد (١٢ بطاقة).

٤- متعاون (٢٠ بطاقة).

٥- متعاون بالكاد (١٢ بطاقة).

٦- متعاون بصور أقل (٦ بطاقات).

٧- أقل فرد تعاوناً معي في المجموعة (بطاقتان).

العوامل العلاجية: فئات المواد الفردية لستين: (جدول ٤ - ١):

الرقم	الوصف	المادة
٤٠	مساعدة الآخرين زودت من احترامى لنفسى	١- الإيثار
٥٢	وضع حاجات الآخرين قبل حاجاتي	
٣٧	نسيان نفسى والتفكير فى مساعدة الآخرين	
١٧	إعطاء جزء من نفسى للآخرين	
٣٣	مساعدة الآخرين واحتلال مكانة هامة	

	في حياتهم	
١٦	الانتماء وقبول المجموعة للفرد	٢- تماسك المجموعة
٢٠	الاتصال الوثيق مع أفراد المجموعة	
١١	الإفصاح عن أشياء محرجة خاصة بي واستمرار قبول المجموعة لي	
٣٧	عدم الشعور بالوحدة	
٢٠	الانتماء للمجموعة: تفهمني وتقبلني	
٤٥	التعلم أنني لست الوحيد الذي يعاني من مشكلة "فكلنا في نفس المركب"	٣- العالمية
٢٥	أرى أنني في مكانة جيدة مثل الآخرين	
٤٠	تعلم أن الآخرين لهم نفس الأفكار السيئة مثلي	
٣١	أن الآخرين لديهم طفولة أو حياة غير سعيدة	
٣٣	أحساس بأنني ليس مختلف تمام عن الآخرين أعطاني قبولاً على الحياة	
٥	المجموعة تعلمني كيف أحصل على انطباع عن الآخرين	٤- مدخلات التعلم البين شخصي
٨	تعلم كيفية الاتصال بالآخرين	
٣	الأعضاء الآخرون يميلون برأيهم عني	
١٨	يتحدث أفراد المجموعة عن العادات التي تضايق الآخرين مني	
١٣	تعلم أنني في بعض الأحوال أصيب الآخريين بالتشوش لأنني لا أستطيع أن أقول ما أظنه	
٢٥	تحسين مهاراتي في التأقلم مع الآخرين	٥- مخرجات التعلم البين

١٠	الشعور بالثقة تجاه الآخرين	شخصي
١٣	تعلم كيفية الارتباط بالآخرين	
٢٧	تعطيني المجموعة الفرصة لتعلم كيفية الاقتراب من الآخرين	
٣٣	معالجة الصعوبات مع عضو من أعضاء المجموعة	
٢٧	يقترح الطبيب أن أقوم بعمل شيء ما	٦- الإرشاد
٥٥	يقترح أعضاء المجموعة أن أقوم بعمل شيء ما	
٥٦	يرشدني أعضاء المجموعة بما يجب أن أفعله	
٤٨	يقوم شخص في المجموعة بإبداء اقتراحات تجاه مشكلة ما	
٥٢	ينصحنى أعضاء المجموعة بالتصرف بطريقة مختلفة مع شخص هام في حياتي	
٣١	الفضفضة عما بقلبي	٧- التنفيس الانفعالي
٥	التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية تجاه عضو آخر	
١٨	التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية تجاه رئيس المجموعة	
٤	تعلم كيفية التعبير عن المشاعر	
٢	القدرة على التعبير عما يضايقني	
٥٨	محاولة أن أكون مثل شخص أفضل مني	٨- التحديد

٨	ملاحظة أن الآخرين يمكن أن يصرحوا بأشياء محرجة عن أنفسهم وسيساعدني ذلك أن أقوم بالمثل	
٥٩	تقليد أسلوب يتبعه عضو آخر في المجموعة	
٥٧	الإعجاب بالمعالج والتصرف مثله	
٦٠	تحديد عضو من أعضاء المجموعة أستطيع أن أضعه كنموذج	
٥١	وجودي في المجموعة يشبه بشكل ما وجودي في جو عائلي	٩- علاقات الأسرة
٣٠	وجودي في المجموعة يساعدني على فهم مشكلاتي وأزماتي التي واجهتها قديمًا مع والدي وإخوتي والأفراد المهمين في حياتي	
٤٤	وجودي في المجموعة مثل وجودي في عائلة، ولكنني هذه المرة في عائلة متفهمة	
٤٥	وجودي في المجموعة ساعدني على تفهم كيف نشأت في عائلي	
٤٨	المجموعة تشبه العائلة - بعض الأعضاء يشبهون والدي، في حين أن هناك بعض الشبه بين أعضاء آخرين وأقاربي وإخوتي، لقد توصلت إلى فهم	

	تجاري السابقة من خلال المجموعة	
١٥	١٥ تعلم أنني في بعض الأحوال أحب البعض وأكره البعض الآخر لأسباب تتعلق بشكل بسيط بالشخص، ولكنها تتعلق بشكل أساسي بالتجارب التي مررت بها في الماضي مع الآخرين أو بعض المواقف بطريقة غير واقعية أو مبالغ فيها	١٠ - فهم النفس
١١	تعلم أو إدراك ماهية وأسباب الطريقة التي أفكر أو أشعر بها	
١	اكتشاف أو قبول الأجزاء التي لم أكتشفها في الماضي في شخصيتي	
٢٠	تعلم أنني قد أرد على بعض الأشخاص أو أتفاعل مع بعض الشخصيات بطريقة غير واقعية	
٥٠	تعلم أنني أتصرف وأشعر الآن بطريقة لها علاقة بطفولتي	

٤٢	رؤية تحسن الآخرين كان يدفعني للأمام	١١- بعث الأمل
٣٧	إدراك أن هناك مَنْ حل مشاكل تشبه مشاكلي	
٣٣	رؤية الآخرين يحلون مشاكل مثل مشاكلي	
٢٧	رؤية تحسن أعضاء المجموعة الآخرين مما شجعني على الشفاء	
٤٥	إدراك أن المجموعة ساعدت بعض الأعضاء الذين لديهم مشاكل مثل مشاكلي شجعني على الشفاء	

٥٤	إدراك أن الحياة في بعض الأحيان تكون ظالمة وغير عادلة	١٢- العوامل الوجودية
٤٢	إدراك أن لا مفر من بعض آلام الحياة ومن الموت	
٢٣	بصرف النظر عن مدى علاقتي مع الناس، لا بد وأن أواجه الحياة بمفردي	
٢٣	مواجهة القضايا الأساسية في الحياة	
٥	الالتزام بالمسئولية عن الطريقة التي أحيا بها حياتي	

يأخذ الاختبار من ٣٠ حتى ٤٥ دقيقة، ثم يتم عقد لقاءات لمدة ساعة مع ثلاثة من أعضاء العينة، ويتم فيها استعراض الأسباب التي أدت إلى اختياراتهم، بالإضافة لمناقشة بعض الموضوعات الوثيقة الصلة بالعوامل العلاجية. ومن ثم، فيما يلي العشرة مواد التي تم اعتبارها الأكثر مساعدة أو الأكثر أهمية حسب الترتيب:

- ١- اكتشاف وقبول الإجراءات التي لم أعرفها أو لم أقبلها من قبل.
- ٢- القدرة على الإفصاح عما يضايقني.
- ٣- الأعضاء الآخرون يفصحون عن رأيهم في بصراحة.
- ٤- تعلم كيفية الإفصاح عن مشاعري.
- ٥- تعلمني المجموعة كيف أكون انطباعاً عن الآخرين.
- ٦- التعبير عن مشاعر سلبية أو إيجابية تجاه الأعضاء الآخرين.
- ٧- أتعلم أن أكون مسؤولاً تماماً عن الطريقة التي أحيا بها حياتي.
- ٨- تعلم كيفية الاقتراب من الآخرين.

٩- إدراك أن الآخرين قد يكشفون عن أشياء محرّجة ويتعلمون من المخاطرة علمني أن أقوم بالمثل.

١٠- مزيد من الثقة في المجموعة والآخرين.

لاحظ أن سبعة من هذه العوامل تمثل نوعاً من التنفيس العاطفي أو الإفصاح عما بداخل النفس أو المنظور الموضوعي لسلوك الشخص البين شخصي، غير أن هذا الاختبار قد أوضح أن المرضى غالباً ما يُصنّفون الفئات الاثنتا عشرة كالتالي:

١- المدخلات البين شخصية.

٢- التنفيس الانفعالي.

٣- التماسك.

٤- فهم النفس.

٥- المخرجات البين شخصية.

٦- العوامل الوجودية.

٧- العالمية - الانتشار.

٨- بعث الأمل.

٩- الإيثار.

١٠- العلاقة بالأسرة.

١١- الإرشاد.

١٢- تحديد الهوية.

وقد قامت دراسات أخرى بوصف العوامل العلاجية التي قام باختيارها مرضى المجموعات العلاجية، وكان ترتيبها كالتالي: التنفيس الانفعالي، وفهم النفس، والمدخلات البين شخصية، والتماسك، والانتشار.

التنفيس الانفعالي:

يلعب التنفيس الانفعالي دورًا مهمًا جدًا في العملية العلاجية، إلا أنه لا يُعتبر كافيًا، وغالبًا ما يعتبره المرضى الذين كانت لديهم خبرة سيئة في المجموعة العلاجية- كافيًا، وتُعتبر قدرة الفرد على التعبير الانفعالي أو خبرته الانفعالية عنصرًا مهمًا جدًا من أجل التغيير، إلا أنه لا بد وأن يصاحب التنفيس الانفعالي التعلم الإدراكي المعرفي. وفي الاختبار، تُعتبر المادتين ٣٤، ٣٥ - وهما الأعلى في التصنيف - مرتبطين بشكل وثيق بالتنفيس الانفعالي، فكلاهما - بالإضافة للفضضة والإفصاح - يعبران عن التحرير واكتساب المهارات الخاصة بالمستقبل، ثم يأتي الاختيار رقم ٣٢ وهو يشير إلى دور التنفيس الانفعالي في العملية البين شخصية المستمرة، ثم الاختيار رقم ٣١ الذي يشير إلى الإفصاح أو الفضضة، وقد تم تصنيفه في ترتيب أو مستوى عالٍ من قبل المرضى. ويرتبط التنفيس الانفعالي بصورة وثيقة بالتماسك؛ حيث يظهر دوره أساسيًا ومهمًا في مرحلة تالية في المجموعة بعد إقامة علاقات وثيقة في المجموعة العلاجية، وترتبط القدرة على التعبير الانفعالي بالقدرة على التكيف؛ حيث إن قدرة الفرد على الإفصاح عن حاجياته تسمح له وللآخرين بالاستجابة الفعالة.

فهم النفس:

هناك ارتباط وثيق بين المدخلات البين شخصية وفهم النفس، إلا أن فهم النفس يُعتبر نوعًا ما أصعب، كما أن هناك حاجة لفهم العلاقة بين الماضي والحاضر، والملاحظ أن فئة فهم النفس في الجدول تحتوي على عدد من العناصر المختلفة؛ فبعض هذه العناصر تم تصنيفه في مستوى عالٍ، في حين أن البعض الآخر تم تصنيفه أقل من الآخرين. وعند مقابلة المرضى وجدنا أن العنصر رقم ٤٨ (وهو اكتشاف وقبول مناطق لم أكن أقبلها أو لم أكن أعرفها) قد لاقى قبولًا من معظم المرضى؛ حيث يشير إلى القدرة على اكتشاف عناصر إيجابية والقدرة على رعاية الآخرين والارتباط بهم، بالإضافة إلى لقدرة على التجربة. ومن بين الطرق والوسائل التي تساعد على فهم النفس تشجيع المرضى على معرفة واكتشاف المناطق الغريبة في أنفسهم، فعندما نقوم بإنكار بعض العناصر

في داخلنا فإننا نشعر بالقيود والغربة، وعندما نقوم باكتشافها نشعر بإحساس الحرية والتكامل.

تحديد الهوية:

لقد وضع المرضى فئة تحديد الهوية في آخر قائمة العوامل العلاجية، حيث يشعر أعضاء المجموعات بالرغبة في الاستفادة من رؤية الأعضاء الآخرين وهم يقومون بحل مشاكلهم بفاعلية، فالمرضى لا إرادياً يبدعون في معالجة المشكلة بنفس الأسلوب الذي اتبعه الأعضاء الآخرون، فإذا كان المعالج مرناً وبتحماً فإن المريض غالباً ما يتصف بنفس السمات عند معالجة المشكلة، وبوجه عام يُعتبر تقليد السلوك من ضمن الوسائل والأساليب التي يستخدمها المريض لكسب قبول الآخرين، كما يؤدي هذا القبول إلى دعم فكرة الفرد عن نفسه؛ وبالتالي زيادة ثقته بنفسه. وبالرغم من تقليد الآخرين، إلا أن الفرد يقوم ببناء مكوّن جديد خاص به يجمع بين عدد من السلوكيات المقدّمة، ويُطلق عليه العلاج بالمشاهدة، والدليل على ذلك هو الاختيار رقم ٣٧: رؤية الآخرين بينما يكشفون أشياء محرّجة ويتعلمون، وهو الأهم في العوامل العلاجية على الإطلاق.

العلاقة مع الأسرة:

تُعتبر العلاقة مع الأسرة أو إصلاح الخبرات العائلية السابقة من أهم العوامل العلاجية التي قام المريض بتصنيفها ويعتبرها معظم المرضى مهمة ومساعدة، ويُعتبر فشل العلاقة مع الأسرة - في مرحلة متقدمة - عاملاً مهماً في ظهور المشكلات الشخصية، والجدير بالذكر أن السبب في أنه لا يتم ذكر هذا العامل بصورة جلية مثل عوامل أخرى - أنه يرتبط بنوع معين من الإدراك مختلف عن ذلك المرتبط بالعوامل الصريحة كالتنفيس الانفعالي، هذا وتلعب الأسرة التي نشأ فيها عضو المجموعة دوراً مهماً جداً في طبيعة المشاكل البين شخصية ودور الفرد في المجموعة واتجاهاته تجاه أعضاء المجموعة ورئيسها، فالمجموعة ما هي إلا آلة زمن تحفز وتُنعش الذكريات الماضية وتدفع بها للسطح مرة أخرى.

العوامل الوجودية:

عند استحداث اختبار "Q-sort instrument" لوحظ أن هناك شيئاً مفقوداً وهو المشاعر التي يعبر عنها المرضى والمعالجون؛ لذلك تم إضافة عامل جديد يتكون من خمسة عناصر:

- ١- معرفة أن الحياة تكون - في بعض الأحوال - ظالمة وغير عادلة.
- ٢- إدراك أن لا مفر من بعض من آلام الحياة ومن الموت.
- ٣- بصرف النظر عن مدى علاقتي مع الناس، لا بد وأن أواجه الحياة بمفردتي.

٤- مواجهه القضايا الأساسية في الحياة.

٥- الالتزام بالمسئولية عن الطريقة التي أحيا بها حياتي.

ومن خلال هذه العوامل، نلاحظ وجود عدد من القضايا، منها: المسئولية، والوحدة، والاحتمالية، وتقلبات الوجود، وإدراك الموت، وتوابع السلوكيات في الحياة، ويعني الاتجاه الوجودي ذلك الخاص بصراع الإنسان مع مكونات الوجود، ومنها: الموت، والعزلة، والحرية، وفقدان المعنى، وغالباً ما ينشأ القلق من الصراعات في أي من هذه العناصر:

- ١- نشعر بالرغبة في البقاء بالرغم من إدراكنا قيمة الموت.
- ٢- يجب أن نواجه حقيقة أننا الرسامون الأساسيون لحياتنا.
- ٣- نرغب في الاتصال والحماية وأن نكون جزءاً من عالم أكبر، غير أننا نقابل فجوة بين النفس والآخرين.

الفرق بين آراء المعالج وآراء المريض:

يوجد اختلاف في الآراء ووجهات النظر الخاصة بكل من المعالجين والمرضى فيما يخص العوامل العلاجية، ويهتم المعالجون - غالباً - بالعوامل والسلوكيات الأكثر تأثيراً على حياة المريض، في حين يهتم المرضى بفهم النفس أو المسئولية، ومن الممكن أن ينشأ هذا التضاد بين آراء المعالج والمريض في العلاج الفردي، في حين يُرجع عدد كبير من المرضى نجاح العملية العلاجية إلى تأثير العلاقات بين الأفراد داخل المجموعة، بينما يقوم المعالجون بإرجاع سبب نجاح العملية العلاجية إلى المهارات الفنية.

ونستخلص من هذا أن المريض يهتم بالعلاقات والسمات الشخصية والبشرية، في حين يهتم المعالج بالمهارات الفنية، وعندما يتفاهم الخلاف بين المريض والمعالج يقوم المريض بإظهار المقاومة ويصاب المعالج بالإحباط؛ لذا يجب على المعالج أن يقوم بالاستجابة لهذا الموقف باللين والدفء والحميمية.

العوامل المؤثرة أو المعدلة:

يتأثر العلاج الجماعي والعملية العلاجية بعدد من العوامل، منها: نوع العلاج، والمرحلة العلاجية، والعوامل خارج المجموعة، والفروق الفردية، كما تختلف العوامل العلاجية باختلاف المجموعات العلاجية، فعلى سبيل المثال: تفضل مجموعات الكحوليات بعث الأمل، والانتشار، والإيثار، والتماسك، في حين يختار المرضى المشتركون في مجموعات العلاج السلوكي بعض الاهتمامات الأخرى مثل التماسك والتعلم البين شخصي.

العوامل العلاجية ومراحل العلاج:

يواجه المرضى صعوبة - في بعض الأحيان - في تصنيف العوامل العلاجية خلال المراحل المختلفة للعملية العلاجية؛ حيث إن العوامل التي تكون بالغة الأهمية في المرحلة الأولى في العلاج قد لا تحتل نفس الأهمية في المرحلة التالية من العملية العلاجية.

العوامل العلاجية خارج المجموعة:

بالإضافة للمعالج والمجموعة، هناك عدد من العوامل التي تساهم في العملية العلاجية: قام "أسامة" (وهو وحيد وخجول وغير آمن ودائمًا ما يخاف الاقتراب من المرأة) بعرض مخاوفه على المجموعة، وقد ساعدته المجموعة بالفعل، إلا أنه ظل يخاف الاقتراب منها، غير أنه فاجأ المجموعة في آخر يوم من المجموعة بعمل إعلان في أبواب الجريدة الخاصة بالحب والزواج، وهنا يأتي دور الصحف والأزواج والمواقع والأقارب والأصدقاء والمنظمات الاجتماعية في إحداث التغيير.

الفروق الفردية والعوامل العلاجية:

هناك بعض العوامل التي قد تؤدي إلى اختلافات فردية على مستوى العوامل العلاجية كالجنس والتعليم، وتختلف هذه الاحتياجات والاستجابات من فرد لآخر، فالأشخاص النرجسيون في حاجة لتعلم كيفية المشاركة والعطاء، في حين أن الشخص السلبي في حاجة لتعلم كيفية التعبير عن الحاجات وأن يحب ذاته.

الفصل الخامس

المهام الرئيسية للمعالج

نناقش في هذا الفصل دور المعالج في العملية العلاجية، والمهام العلاجية التي يجب عليه القيام بها، والتقنيات الواجب عليه استخدامها، إلا أنه وقبل شرح تلك المهام ينبغي أن نؤكد على وجود علاقة قوية وحميمة بين المعالج والمريض، ولن يجدي العلاج الجماعي والانضمام للمجموعة بدون علاقة بنّاءة مع المعالج. ويمكن مناقشة المهام الخاصة بالمعالج من خلال ثلاث مهام رئيسية:

١- تأسيس واستمرار المجموعة.

٢- تدعيم ثقافة المجموعة.

٣- تفعيل الـ "هنا" و "الآن".

١- تأسيس واستمرار المجموعة:

يُعتبر رئيس المجموعة مسئولاً مسئولية كاملة عن تكوين المجموعة، كما أنه مسئول عن تحديد الوقت والمكان المخصص لاجتماعات المجموعة، وتظهر خبرة قائد المجموعة في اختيار أعضاء المجموعة والتأثير في مصيرها. ويجب ملاحظة أن المريض الذي يترك العلاج مبكراً يمثل فشلاً في المجموعة العلاجية، فالمريض يفشل في تلقي الفائدة العلاجية ويؤثر في نجاح المجموعة، ويأتي دور المعالج في بداية الجلسات حيث لا يعرف أي من الأعضاء بعضهم، فهم فقط يعرفون المعالج وهو القوة والعنصر المشترك فيما بينهم، كما أن العلاقة بين المعالج والمريض تشكل الدافع والنواة الخاصة بتماسك المجموعة؛ لذا يجب على رئيس المجموعة تجنب أي عوامل من شأنها أن تؤثر على تماسك المجموعة، ومن هنا يجب التأكيد على مسئولية المعالج في الوفاء بحاجات المجموعة أكثر من الفرد، ففي بعض الأوقات قد يضطر المعالج إلى الاستغناء عن فرد داخل المجموعة من أجل مصلحة المجموعة ككل.

٢- تدعيم ثقافة المجموعة:

يجب أن يوجه المعالج طاقته لتشكيل المجموعة كنظام اجتماعي علاجي يتبع نظاماً من العادات والسلوكيات غير المكتوبة، والتي من شأنها إرشاد المجموعة، فالمجموعة هي عامل التغيير، وهنا يكمن الفرق بين دور المعالج في العلاج الفردي ودور المعالج في العلاج الجماعي؛ ففي العلاج الفردي يلعب المعالج دور العامل المباشر في التغيير، أما المعالج في العلاج الجماعي فدوره

غير مباشر؛ حيث يجب عليه تحفيز عملية التفاعل الجماعي بين أعضاء المجموعة. والجدير بالذكر أن المجموعة العلاجية يجب أن تتسم بالشفافية، كما يجب أن يقوم كل فرد من أفراد المجموعة بالبوح بأي تعليق عن مشاعره وخبرته عن المجموعة أو أفرادها أو المعالج، كما يجب أن يتم تشجيع الأمانة والتلقائية في التعبير، فالمجموعة يجب أن تقوم على نظام حقيقي يقوم فيه الأفراد بالتفاعل. وهناك قاعدة أخرى في المجموعة وهي الاشتراك الفعال، وعدم الحكم بالذاتية على الآخرين، وقبول الآخرين، والبوح بما في داخل النفس، والرغبة في فهم النفس وتعديل الأنماط السلوكية.

إرساء التقاليد والعادات الخاصة بالمجموعة:

تلعب توقعات أفراد المجموعة عادة دورًا كبيرًا في تشكيل العادات والتقاليد، وفي حالة كون تلك التوقعات غير مؤثرة، يقوم المعالج بإقامة ثقافة علاجية مؤثرة، فإذا قام المعالج بإصدار بعض التعليقات على أفعال أحد الأعضاء، فإن هذا العضو سيشتغل بموضوع المجموعة في الاجتماعات القادمة، ونستطيع أن نقول إن رؤساء المجموعات الذين يتعاملون بدفء وخبرة عادةً ما يحصلون على نتائج مرضية حيث:

١- يستطيع الأعضاء داخل المجموعة اكتساب الثقة بالنفس.

٢- يدركون ديناميكية المجموعة ودور القائد.

كيف يقوم القائد بصياغة تلك العادات والتقاليد؟

يستطيع المعالج صياغة هذه القواعد والعادات من خلال لعب دورين أساسيين:

١- الخبير الفني.

٢- الاشتراك في إعداد النموذج (القدوة).

١- الخبير الفني:

يحاول المعالج صياغة هذه القواعد خلال مرحلة إعداد المرضى للعلاج

الجماعي؛ فهو يقوم بتوجيه المرضى من خلال طريقتين:

أ- استخدام السلطة والخبرة.

ب- استخدام العقل والنموذج (القدوة).

ويميل المعالج في معظم الأحوال إلى إنشاء مجموعة يقوم أعضاؤها بالتواصل والتفاعل، فهو دائماً يطالب أعضاء المجموعة بإصدار ردود أفعال تجاه عضو آخر أو تجاه قضية معينة، وبالرغم من أن معظم المعالجين يميلون لصياغة القواعد بطريقة صريحة وواضحة، إلا أن البعض يميل إلى صياغتها ونشرها بطريقة ضمنية، فيقوم المعالج - على سبيل المثال - بالإيماء، والابتسام، والميل إلى الإمام، والابتسامة الخفيفة، والسؤال المباشر عن مزيد من التفاصيل، ويستطيع المعالج من خلال تلك التقنيات زيادة التعليقات والتفاعل مع أعضاء المجموعة.

الاشتراك في بناء النموذج (القوة):

يُعتبر النموذج من ضمن الطرق الفعالة التي يتبعها المعالج لصياغة القواعد، فالعلاج الجماعي يمثل تَخَلِّي المريض عن عادات اجتماعية اعتاد عليها وتجربة عادات جديدة ومغامرات أخرى، إلا أن السؤال الذي يطرح نفسه هو: كيف ينتهي للمريض تجربة العادات الجديدة بدون الخوف من الآثار المضادة؟ من هنا جاءت فكرة النموذج، وهي قيام المعالج بإقامة نموذج جديد من خلال اتباع السلوك الجديد والتوضيح للمريض بعدم وجود آثار مضادة لهذا السلوك، فالنموذج الذي يعرضه المعالج يجب أن يتسم بالقبول والتقدير لكي يشجع المريض على إقامة مجموعة صحيحة قادرة على معالجة المشكلات؛ حيث يُعتبر المعالج نموذجاً للأمانة والتلقائية مع الوضع في الاعتبار الحاجات الخاصة بالمرضى ومخاطبتها.

أمثلة من قواعد المجموعة:

١ - المجموعة الذاتية المراقبة:

من المهم أن تبدأ المجموعة بمراقبة نفسها واتخاذ مسؤولية العمل فيما بين أعضائها، وفي حالة الفشل؛ فإنه ينتج عن ذلك مجموعة متواكلة ومعتمدة على قائدها اعتماداً كلياً، وتكون مهمة القائد هي جعل أعضاء المجموعة يدركون أنهم أعضاء الفيلم، وأنهم يجب أن يقوموا بأداء جيد من أجل إنجاح الفيلم، كما يجب عليه أن يقوم بنقل مسؤولية المجموعة للأعضاء من أول لحظة، ويمكن أن يقول القائد في نهاية أي اجتماع أو لقاء جيد: "كم من السيئ أن ينتهي هذا

اللقاء"، أو يمكنه أن يشير إلى هذا الاجتماع في اللقاءات القادمة، ومن الممكن تعليم الأعضاء كيفية الحكم على اللقاء الجيد من خلال سؤالهم أثناء اللقاء عن رأيهم في أجزاء معينة.

٢- الصراحة:

يتفق جميع المعالجين على أهمية الصراحة والبوح بما في داخل النفس بالنسبة للمرضى، ولن يستفيد المريض من العلاج الجماعي إلا إذا قام بالبوح بأسراره لأعضاء المجموعة، فقط في الوقت الذي يناسبه، ويقوم المعالج بتوضيح تلك النقاط في الاجتماعات التي تسبق اللقاءات الجماعية، كما يجب أن يوضح أن كشف السر الصغير يُعتبر أمرًا ضخمًا بالنسبة لعضو المجموعة الذي يقوم وللمرة الأولى بالبوح بأسراره؛ فالعضو أو المريض الذي لديه سر خطير مثل السرقة، أو الإفراط في تناول الطعام، أو الحكم بالسجن في بادئ حياته - يشعر بأن لديه سرًا خطيرًا ويرغب في التخلص منه، ولكنه قد يخشى أن يكشف السر أمام هذا العدد الكبير من المرضى؛ لذا يقوم المعالج بلقاء هؤلاء المرضى والتأكيد على أنهم - آجلًا أو عاجلاً - سيقومون بالبوح بأسرارهم، فقط يجب أن يقوموا بذلك عندما يشعرون بالثقة في أعضاء المجموعة، وإذا رفض أعضاء المجموعة البوح بتلك الأسرار؛ ستكون المجموعة نموذجًا مصغرًا من حياتهم الزائفة في المجتمع. وعندما يقوم المريض بكشف سر ما في حياته يجب أن يساعده المعالج على كشف السر بطريقة أفقية أكثر منها رأسية وأقصد بالرأسي ما له علاقة بالسر وتفاصيله وليس بالمريض نفسه. فليس المهم قيام المريض بكشف سر وإنما المهم هو قيامه بكشف شيء مهم في حياته أمام الآخرين.

أهمية المجموعة بالنسبة للأعضاء:

كلما كانت المجموعة هامة بالنسبة لأعضائها؛ كلما زاد تأثيرها وفعاليتها؛ لذا يجب أن يكون لقاء المجموعة أهم حدث على مستوى الأسبوع، كما يجب على المعالج أن يحث المرضى على البوح بمشاعرهم فيما يخص بتأجيل اللقاء لمدة أسبوعين بسبب إجازة ما مثل إجازة نصف العام الدراسي، بالإضافة إلى أنه يجب أن يتسم المعالج بالانضباط في حضور اللقاءات، والاعتذار بشدة عن

الحضور في حالة الأعداء، وكذلك التعبير عن فقدان لقاء المجموعة هذا الأسبوع بسبب أسباب قهرية وطارئة، ويقوم المعالج أيضًا بدور مؤرّخ المجموعة الذي يجب عليه ربط الأحداث والخبرات كمنظومة للمجموعة.

الأعضاء كعوامل مساعدة:

تؤدي المجموعة الغرض الأمثل منها حين يقوم كل عضو بمساعدة الآخر، ويجب على المعالج أن يلفت النظر إلى الأحداث التي توضح المشاركة بين الأعضاء، كما يجب أن يعلمهم وسائل تساعدكم على مشاركة بعضهم.

الدعم والمواجهة:

يدرك أعضاء المجموعة أن المجموعة مكان آمن وخاص بالدعم، يتم فيه اكتشاف عدد من القضايا الشائكة والغوص فيها، وقد يتسم بعض الأعضاء بالتكبر والغرور وعدم الإحساس؛ ومن هنا تظهر الفرصة العلاجية التي يستطيع فيها أعضاء المجموعة المساعدة والدعم، غير أنه لا يجب أن تظهر هذه الصراعات في بداية المجموعة؛ حيث يجب أن يقوم المعالج بترسيخ قيم الدعم والأمن ثم يسمح لهذه الصراعات بالتواجد.

الفصل السادس

العمل على الـ "هنا" و"الآن"

يتمثل الاختلاف الرئيسي بين مجموعة العلاج النفسي والمجموعات الأخرى (مثل المجموعات السلوكية ومجموعات دعم مرضى السرطان) في التركيز على خبرة الـ "هنا" و"الآن" (here and now)، غير أن جميع المجموعات العلاجية تستفيد من قدرة المعالج على فهم وإدراك الـ "هنا" و"الآن". والجدير بالذكر أن المعالج الواعي والمدرك للعلاقات بين جميع أعضاء المجموعة يكون أكثر المعالجين مقدرة على معالجة قضايا المجموعة والعمل على خبرة الـ "هنا" و"الآن"، أي أن الـ "هنا" و"الآن" تعتمد على عاملين أساسيين، ويفقد كل منهما القوة العلاجية بدون وجود الآخر. فالأفراد يعيشون في الـ "هنا" و"الآن" ولديهم مشاعر قوية نحو أعضاء المجموعة الآخرين والمعالج والمجموعة ككل، وتشكل هذه المشاعر محور المجموعة، فالأحداث الحالية في المجموعة تغطي على الأحداث خارج المجموعة والأحداث التي حدثت في الماضي، وهذا يسهل عملية التواصل الاجتماعي والحصول على الملاحظات والتنفيس العاطفي والصراحة. ويساعد إبراز وتوضيح العملية في عملية التعلم البين شخصي؛ مما يساعد المجموعة على إدراك وفحص وفهم العملية، فالمجموعة ينبغي أن تفحص نفسها والعلاقات فيما بينها وتحاول الوصول لتكامل الخبرة. إذن، تتطلب العملية الفعالة للـ "هنا" و"الآن" خطوتين: أن يعيش أفراد المجموعة الخبرة وهي الـ "هنا" و"الآن"، ثم يأتي وقت الملاحظات أو التعليقات على الخبرة. ومن الجدير بالذكر أن اكتمال العنصر الأول وهو خبرة الـ "هنا" وبدون العنصر الثاني "الآن" يشكل نقصاً على مستوى الإطار المعرفي الإدراكي، وفي عملية عدم وجود العنصر الأول وتوافر العنصر الثاني تفقد المجموعة فعاليتها وحيويتها.

تعريف التفاعل:

يشير مفهوم "التفاعل" إلى طبيعة العلاقة بين الأفراد المتفاعلين من الأعضاء والمعالجين، إلا أن الفهم الكلي للتفاعل يتطلب عددًا كبيرًا من العوامل، ومنها: العوامل النفسية الداخلية، والتفاعل البين شخصي، والبيئة المحيطة بالمجموعة.

ومن المهم إبراز التضاد بين التفاعل والمحتوى، يمكنك فقط أن تتخيل فردين في مناقشة، حيث يتكون محتوى المناقشة من الكلمات المنطوقة والقضايا التي يتم مناقشتها، في حين أن التفاعل هو مفهوم مختلف تمامًا، فهو يتكون من الكلمات الصريحة وأسلوب المشاركين في الحوار، كما تشير طبيعة المناقشة للعلاقة بين شخصية مع الأعضاء، وأن تحديد الاتصال يبين الأثر الواقعي للاتصال ونية وخطة الذي يقوم بالتواصل وهو قلب العملية العلاجية، أي أننا لا نبحث عن التفاعل في تصريح بسيط، وإنما في عدد من العلاقات والتركيبات والتداخلات والمفاهيم الخاصة بعدد من أفراد المجموعة.

ويمكن توضيح ما سبق من خلال المثال التالي: "رامي" (وهو عضو من أعضاء المجموعة) قام بمخاطبة المجموعة بوجه عام و "ايناس" بوجه خاص قائلاً إن الأمومة أو الأبوة شيء لا قيمة له؛ وكننتيجة لذلك شعرت المجموعة بالإحباط والغضب، غير أنه - من وجهة نظر المعالج - هناك عدد من التحليلات الخاصة بتصريحات "رامي"، منها:

١- لماذا قام "رامي" بمهاجمة "ايناس" ؟ لأن في الجلسة السابقة ، قالت "ايناس" إن "رامي" - وهو يدعي الذكاء - ما زال حتى الآن طالبًا وقد تعدى الثلاثين!

٢- لماذا اتسم "رامي" بكونه ذاتي الحكم وليس بموضوعي؟

٣- إذا كانت نية "رامي" هي مهاجمة "ايناس"، فلماذا قام بمهاجمتها بصورة غير مباشرة؟

٤- لماذا وضع "رامي" نفسه في موضع للهجوم من جميع أفراد المجموعة؟

٥- في فترة سابقة غادرت "ريهام" المجموعة وهي مصابة بضعف جزئي في السمع، حيث غادرت المجموعة وقالت إنها ستعود عندما تتحسن ظروفها الصحية، فهل كانت المناقشة مع "رامي" قناعًا وضعه أعضاء المجموعة لتجنب مناقشة غياب "ريهام" أو مشاعر الذنب تجاهها؟

والسؤال هنا: أي منهما صحيح؟ والإجابة أن إجابة واحدة قد تكون صحيحة أو اثنتان أو جميعهم، فاختيار المعالج يعتمد على مبدأ إضافي وهو الاحتياجات الفورية للمجموعة، غير أنه - في بعض الأحيان على المعالج تحفيز الأفراد على إبداء الملاحظات في الوقت المناسب لأن المبدأ هو تحفيز وتقوية التفاعل مع الاهتمام بالنقاط التالية وخصوصاً بين البالغين لعدد من الأسباب، منها:

١- القلق الاجتماعي.

٢- التقاليد والأعراف الاجتماعية.

٣- الخوف من الاستجابة المضادة.

٤- الاحتفاظ بالقوة.

١- القلق الاجتماعي:

تثير ملاحظات التفاعل الذكريات والقلق المرتبط بالطفولة ونقد الوالدين لسلوك الأطفال، وبالرغم من قوة تأثيرها، إلا أنها تساهم في تغيير السلوك في الوقت المناسب.

٢- التقاليد والأعراف الاجتماعية:

إذا شعر الفرد بالحرية في التعليق ونقد سلوكيات الآخرين في جميع الأوقات والأماكن فستتسم الحياة بالتعقيد والأنانية والنرجسية وستكون غير محتملة، حيث يتصرف الأفراد على اقتناع أنهم خارج سيطرة الآخرين ولن يستطيع الآخرون التعليق عليهم، بعكس التفاعل الذي يسمح بالرؤية العميقة المتبادلة بين الأفراد.

٣- الخوف من الاستجابة المضادة:

لا ينبغي أن يقوم شخص بالتحديق في شخص آخر أو مراقبته إلا إذا كانت هناك أسباب هامة ومفيدة لتدعيم الاتصال فيما بينهم وإلا أثار ذلك الغضب والقلق وأدى إلى حدوث رد فعل عنيف ومعاكس.

٤- الحفاظ على القوة:

غالبًا ما تستخدم المؤسسات الصناعية الهرم الوظيفي، وهو يسمح للأشخاص على قمة الهرم باستخدام المعلومات المتوفرة لهم فقط بما يتيح لهم التأثير، ولا

يؤهلهم لذلك فقط القوة وإنما المعلومات المتاحة لهم، ومن المهم تدعيم مبدأ الثقة بالنفس بين الأعضاء، تدعيماً لقوتهم النفسية.

مهام المعالج في الـ "هنا" و "الآن":

تعتبر مرحلة التفعيل "Activating Phase" أول مهمة يقوم بها المعالج، حيث يقوم بدفع الأفراد أو أعضاء المجموعة داخل مرحلة الـ "هنا" و "الآن" للتركيز على العلاقات فيما بينهم، ثم تأتي مرحلة الملاحظات أو التعليقات "Illumination Process" ويقوم فيها كل فرد بالتعليق وإطلاق الملاحظات عن زملائه والمجموعة والعملية ذاتها، غير أن المعالج يكون هو الملاحظ الوحيد في هذه العملية الذي يجب أن يتسم بالموضوعية، فهو ما يُطلق عليه مؤرخ المجموعة.

تقنيات مرحلة التفعيل:

ينبغي أن يستخدم كل معالج التقنيات الملائمة لأسلوبه والمجموعة التي يعالجها، غير أن الأهم من التقنية هو فهم النظرية والأسس النظرية التي تركز عليها التقنية، وهي:

١- فكر في الـ "هنا" و "الآن".

٢- دفع المجموعة نحو الـ "هنا" و "الآن".

ويقوم المعالج بتغيير التركيز من الخارج إلى الداخل، ومن المعنوي نحو المادي، ومن العام نحو الخاص، ومن الخاص نحو البين شخصي.

تقنيات توضيح التعليقات الخاصة بالعملية:

تتكون هذه العملية من عدد من المراحل، وهي:

١- يجب على الأعضاء معرفة ما يفعلونه مع الآخرين (من الأنماط البسيطة للسلوك للأنماط المعقدة).

٢- لا بد وأن يقدروا تأثير هذا السلوك على الآخرين وكيف يؤثر في آراء الآخرين.

٣- يجب أن يقرروا إذا ما كانوا راضين عن أساليبهم وطريقتهم الحياتية.

٤- لا بد وأن تكون لديهم الإرادة للتغيير.

٥- لا بد وأن يكونوا قادرين على ترجمة الخطة والإرادة إلى أفعال.

٦- يجب أن يكونوا قادرين على التغيير من داخل المجموعة إلى المجتمع بشكل عام.

إدراك العملية:

يجب على المعالجين قبل مساعدة المرضى على إدراك العملية مساعدة أنفسهم على إدراكها، والجدير بالذكر أن المعالج المتمرس الواعي يدركها بسهولة وبالملاحظة فقط، وهنا يكمن وجه من أوجه الأختلاف بين المعالج والمريض.

مشاعر المعالج:

العنصر الهام أثناء العملية هو مشاعر المعالج أثناء الجلسة العلاجية؛ حيث يتعلم المعالج الخبير أن يثق في مشاعره.

الفصل السابع

المعالج (الطرح والشفافية)

نناقش في هذا الفصل ما يجب على المعالج القيام به وكيف يجب أن يكون؛ لذا يجب أن يتم مناقشة الطرح في بداية الأمر وكيف يمكن تحويله إلى أداة علاجية مفيدة وفعالة، ويقول "فرويد" في الفصل الأخير من دراسات حول الهستيريا "Studies on Hysteria 1895" إن هناك عددًا من المعوقات التي تعوق العلاقة الجيدة بين المعالج والمريض، ولكن أغلبها يمكن حله بسهولة. وقد حدد "فرويد" وناقش "الطرح" وأشار إلى أنه ينشأ من عدد من المواقف التي تتسم بالعمق، كما أشار إلى أن الطرح يعني طرح الاتجاهات تجاه المعالج، وهي من الأصل تتعلق باتجاهات كان قد شعر بها المريض في بداية حياته تجاه أشخاص يمثلون رموزًا مهمة في حياته، وتُعتبر هذه المشاعر تجاه المعالج ارتباطات خاطئة؛ فهي صورة متطورة من الدوافع والمشاعر والاتجاهات القديمة. وقد أشار "فرويد" إلى أن الطرح قد يكون معوقًا للعلاج وقد لا يكون كذلك، بل إنه قد يكون أداة علاجية مهمة ومفيدة جدًا، كما أنه يُعتبر وسيلة لعلاج صراعات الطفولة، إلا أن بعضًا من الاتجاهات العلاجية الحديثة مثل العلاج المعرفي قد حدثت من التعريف الخاص بالطرح، وأطلقت عليه "SCHMA"، وقد كشف التحليل الحديث لدور الطرح في العلاج النفسي التحليلي عن التغيير التالي:

- ١- تحليل الطرح هو المهمة العلاجية الرئيسية الخاصة بالمعالج.
 - ٢- أهمية تطور الطرح.
 - ٣- من أهم التفسيرات التي يقوم بها المعالج هي الخاصة بالطرح.
- وقد بدأ المعالجون النفسيون في الآونة الأخيرة بالتركيز على التفاعل مع المعالج بدلاً من البقاء على الحياد أو التعامل بسلبية، وقد علق "ستيفي ميتشل" بأنه من ضمن الصعوبات التي يواجهها المريض ليست تلك الخاصة بمشاعر وصراعات الطفولة، ولكن تلك الخاصة بالتطور الشخصي. ويساهم نقص العناية في بداية عمر المريض في التأثير على تكوينه واضطراباته السلوكية، ومن هنا بدأ التركيز على طبيعة العلاقة وتغيرها من علاقة الفرد الواحد إلى علاقة الفردين التي تشمل العلاقة بين الطبيب والمعالج، كما تُعتبر تجربة وخبرة المعالج العلاجية مصدرًا مهمًا للمعلومات عن وللمريض، مع الالتفات إلى أهمية التفسير السلوكي في سياق الطرح في العلاج التحليلي وفي العلاج الجماعي.

- والجدير بالذكر أن المشكلة لا تكمن في أهمية الطرح؛ وإنما في أهميته بالنسبة للعوامل العلاجية في عملية العلاج، ومن المهم التركيز على العوامل التالية:
- ١- يحدث الطرح في المجموعات العلاجية ويؤثر بالفعل على العملية العلاجية.
 - ٢- لن يستطيع المعالج بدون تقدير الطرح ومظاهره فهم عملية العلاج الجماعي بصورة واضحة.
 - ٣- إن المعالجين الذين يتجاهلون الطرح قد يضللون المرضى فعليًا أثناء العلاج.
 - ٤- هناك مرضى يعتمد علاجهم على حل الطرح.
 - ٥- إن اضطرابات الطرح على الزملاء يمكن احتواؤها بسهولة وبصورة أفضل وأسرع من تلك الاضطرابات التي تنشأ مع المعالج.
 - ٦- لا تعتمد كل الاتجاهات تجاه المعالج على الطرح، فمنها جزء يعتمد على الواقع.
 - ٧- تستطيع الاستفادة من جميع الاتجاهات التي تواجهها من خلال المرونة.
- الطرح في المجموعة العلاجية:**

يقوم كل مريض غالبًا بفهم المعالج بطريقة خاصة أو خاطئة بسبب تشوهات الطرح حتى قبل بداية العلاج، ويوجد عدد قليل من المرضى الذين لا يواجهون مشكلات في اتجاهاتهم تجاه قضايا الطرح، مثل: السلطة، والتواكل، والوحدوية، والتمرد، وجميعها قد يجسدها المريض في صورة المعالج، فالمعالج بالنسبة للمريض هو الناضج والمقيم. كما أن المشاعر غير الصحيحة من جانب المريض تجاه المعالج تمنع عملية التقييم السليمة والموضوعية. ومن الملاحظ أن بعض المرضى يوجهون ملاحظاتهم للمعالج أو المرضى الآخرين في صورة المعالج، أي يتحدثون في المقام الأول بهدف الوصول للمعالج، ولكن بصورة غير مباشرة، والحل الوحيد لهذه المشكلة هو المساواة، فإذا لم يستطيع المعالج أن يتعامل مع طرح المريض؛ فلا يجب أن يفضل على الآخرين بل يتعامل مع المجموعة ككل متضمنًا طرح الفرد، وهذا ما يُطلق عليه روح المجموعة. وقد ركز "فرويد" على الطريقة التي ينظر بها المريض للمعالج، كما ركز على الخضوع الذي يُظهره المريض للمعالج، وأشار إلى أن المريض قد يعتبر المعالج في بعض الأحوال وكأنه "سوبرمان"؛ فالمريض دائمًا ما

يُكسِبُ حديثَ المعالجِ نوعًا من الحكمة والوزن، كما يرى المريضُ أخطاءَ المعالجِ وكأنها تقنيةٌ وأسلوبٌ معينٌ له هدفٌ محددٌ. وعلى العكس، فقد أشار "فرويد" للعكس أيضًا، وهو ما يقصد به العدوانية الشديدة التي يظهرها بعض الأعضاء تجاه المعالج، ومن المعروف قيام المريض بوصف المعالج بكونه باردًا وغير مختلط معه؛ وهو ما يدفعنا إلى التأكيد على نظرة المريض غير الموضوعية للمعالج، والتي تُرجع إلى صراعات المريض تجاه السلطة والميل إلى اعتبار المعالج شخصًا فائق القوة.

إذن ما هو الحل للتخلص من اضطرابات الطرح؟

التحقق الجماعي:

قد يقوم المعالج بتشجيع المريض على التحقق من انطباعاته في مقابل انطباعات الأعضاء الآخرين، وفي حالة إجماع معظم الأعضاء قد تكون انطباعات المريض ناشئة عن قوى المجموعة أو قد تكون واقعية تمامًا.

شفافية المعالج:

يستطيع المعالج مساعدة المريض على التحقق من انطباعاته من خلال كشف المزيد عن حياته للمريض والتعامل على أساس شخص في مرحلة الـ "هنا" و "الآن" "HERE AND NOW".

الفصل الثامن

اختيار المرضى

يبدأ العلاج الجماعي الناجح عن طريق اختيار المرضى؛ فالمجموعة التي تشمل أعضاء غير مناسبين غالبًا ما تنتهي وكأنها بدأت لتوها بدون إضافة أي خبرات على مستوى المرضى، ويستهدف العلاج الجماعي القضاء على الأعراض وتغيير الشخصية، ومن هنا يأتي الحديث عن فعالية العلاج الجماعي، غير أن السؤال هنا هو: هل يجب إرسال أي مريض لكي يتلقى العلاج الجماعي؟ أو يمكن أن نأتي بالسؤال في صورة أخرى، وهي: ما هي فعالية العلاج الجماعي؟ لقد ثبت أن العلاج الجماعي وسيلة فعالة جدًا ومفيدة للمرضى، كما أثبتت العديد من الأبحاث فعالية العلاج الجماعي بالمقارنة بالعلاج الفردي، وقد أشارت الدراسات إلى أن العلاج الجماعي أفضل من الفردي في ٢٥% من الحالات، وتتساوى نتائج العلاج الجماعي والفردي في ٧٥% من الحالات.

معايير الاستبعاد:

كيف يستطيع المعالج اختيار المرضى للعلاج الجماعي؟ أو: ما هي معايير الاستبعاد في العلاج الجماعي؟

هناك مجموعة من المرضى لا يمكن قبولهم في العلاج الجماعي، وقد يمكن أيضًا استبعاد عضو ما من مجموعة بعينها وإحاقه بمجموعة أخرى، فالشخص الكتوم الذي يعاني من عصاب الامتناع عن الطعام مثلًا لا يجب أن يلتحق بمجموعة تفاعلية، وإنما من الجيد أن يلتحق بمجموعة علاج سلوكي خاصة باضطرابات الطعام، ومن هؤلاء المرضى الذين لا يصلحون للاتحاق بالمجموعة التفاعلية:

١- المتخلفون عقليًا.

٢- المرضى الذين يعانون من الأزمات.

٣- المصاب بعقدة الاضطهاد.

٤- الراغبون في الانتحار.

٥- مدمن المخدرات والكحوليات.

فجميع المرضى الذين لا تتوافر بهم المواصفات الخاصة بالمجموعة لا يجب أن يلتحقوا بها، ويكون الأمر أكثر صرامة بالنسبة للمجموعات التي تستهدف فترة علاج قصيرة، فالمجموعة في حاجة لمن هم لديهم القدرة على البوح والتصريح

وتعلم سلوكيات جديدة وتقبل الملاحظات، وقد تؤدي الفئات التي ليس بمقدورها القيام بذلك إلى خلق أنماط سلوكية خاطئة وتقضي على عملية التعلم، كما أنه من شروط المجموعة الصحيحة الحضور بطريقة منتظمة؛ لذا تستبعد العناصر غير القادرة على ذلك، كما يستبعد المعالج الأعضاء الذين تتطلب ظروف عملهم السفر بكثرة ولن يستطيعوا الحضور بانتظام، بالإضافة لمن يعتمد في الانتقال على الآخرين.

إيقاف العلاج بصورة خاطئة:

ثبت أن إيقاف العلاج بصورة مفاجئة آثارًا سلبية على كل من المريض والمجموعة، فمن بين ٣٥ مريضًا قاموا بترك العلاج الجماعي فجأة، فقط ثلاثة ظهرت عليهم علامات التحسن وكانوا يعانون من أعراض الصداع النصفي، وثبت أيضًا أن من يقوم بترك العلاج غير راضٍ عن التجربة العلاجية ككل يؤثر بشكل سيئ على المجموعة؛ لما يجب أن تتميز به من طابع استقرار، ومن شأن هذا الانسحاب إحباط نجاحاتها لشهور.

أسباب إيقاف العلاج المفاجئ:

- ١- إدراك نفسي أقل.
- ٢- قدرة أقل على التفكير دون اتخاذ القرار.
- ٣- تحفيز أقل.
- ٤- استجابية أعلى من الانعكاسية (مشاعر سطحية غير عميقة أو صادقة).
- ٥- عواطف إيجابية أقل.
- ٦- إنكار واضح.
- ٧- إحساس جسدي متميز.
- ٨- تناول مواد ضارة.
- ٩- الغضب والعدوانية.
- ١٠- طبقة اقتصادية أو اجتماعية متدنية.
- ١١- مستوى ذكاء منخفض.
- ١٢- اختلاف الثقافات.
- ١٣- نقص التفهم والإدراك لكيفية عمل العلاج الجماعي.

١٤ - عدم وجود شعبية (على الأقل بالنسبة للمعالج).
غير أن تحليل البيانات تظهر تسعة أسباب قد تدفع المرضى لإيقاف العلاج،
وهي:

- ١ - عوامل خارجية.
- ٢ - تنوع المجموعة واختلافاتها.
- ٣ - مشاكل الحميمية.
- ٤ - الخوف من عدوى العواطف.
- ٥ - عدم القدرة على مشاركة المعالج.
- ٦ - مضاعفات العلاج الجماعي والفردى الحالي.
- ٧ - الاستقزازات المحيطة.
- ٨ - التوجيه الخاطئ للعلاج.
- ٩ - تأثير المجموعات الفرعية.

و غالبًا ما يتعلق قرار ترك أو إيقاف العلاج بأكثر من سبب؛ فبعض الأسباب تتعلق بظروف خارجية، وبعضها يرجع لسمات الشخصية، والبعض الآخر يتعلق بالمعالج والمشاكل مع المجموعة، بالإضافة للعلاقة بين المريض والمعالج، ومن أهم تلك العوامل الظروف الخارجية، وانحراف المجموعة أو تنوعها، ومشاكل الحميمية.

الظروف الخارجية:

ترجع بعض هذه الأسباب إلى المواعيد العلاجية والانتقال من المحيط السكني؛ لذا يجب على المعالج أن يستفسر عن أي خطوة قادمة أو وشيكة في حياة المريض قبل بدء العلاج؛ حيث إن العلاج غالبًا ما يطمح إلى التخلص من الأعراض وإحداث تغييرات جوهرية في الشخصية؛ لذا سيكون من الصعب قطع العلاج بعد مدة بسيطة، إلا أن هذا المريض الذى سيواجه ظروفًا طارئة ستضطره إلى قطع العلاج غالبًا ما يلجأ إلى العلاج القصير المدى أو العلاج الخاص بمجموعات حل المشكلات.

الضغط الخارجي:

ويشمل اضطرابات الزواج، والطلاق الوشيك، واضطرابات العمل، والمرض الخطير، والحزن الشديد، وكلها اضطرابات وضغوط تستلزم العلاج والدعم السريع.

أهمية الضغط الخارجي:

قد ينشأ الضغط الخارجي - في بعض الأحوال - من العوامل الداخلية، بمعنى أن اضطراب الموقف قد ينشأ من داخل المريض، أو أن يقوم المريض بالتركيز على مشكلة خارجية ويبالغ فيها لكي يغطي على اضطرابه وقلقه الذي ينشأ عن وجوده داخل المجموعة.

تنوع المجموعة:

بدايةً يجب تعريف كلمة منحرف أو متغير، وهي تعني المختلف عن الآخرين، سواء بشدة أو حتى في جانب واحد، **فعلی سبيل المثال:** هناك الشاب الوحيد، وهناك الأعراب الوحيد، وهناك الطالب الوحيد، وهناك الهادئ الوحيد، غير أن هناك بعض المرضى الذين قد يصفون أنفسهم بأنهم مختلفون عن الآخرين، ويكون هذا غالباً بسبب نقص الحساسية والتفاعل البين شخصي، أو قد يتسم هؤلاء بمستوى اقتصادي أو تعليمي متدنٍ أو مختلف عن بقية المجموعة؛ ومن هنا يجب أن يقول المعالج إن المختلف أو المنحرف هو مَنْ يقوم بالتصرف بصورة مختلفة عن بقية الأعضاء. وتشير الدراسات إلى مصير المنحرف أو المختلف داخل المجموعة؛ حيث يميل الأفراد غير القادرين على الاشتراك في مهام المجموعة والذين يهددون قدرة المجموعة على إكمال المهام - إلى الانسحاب وإيقاف العلاج، كما أنهم لا يفضلون الاستمرار في المجموعة وتكون لديهم رغبة في إنهاء العلاج.

ومما هو جدير بالذكر أن الأفراد الذين لا تحظى مساهماتهم بإعجاب وتقدير المجموعة يصابون بالإحباط ويميلون إلى إيقاف العلاج، كما أن الأفراد الذين تنقصهم الثقة بالنفس يميلون أيضاً إلى ترك العلاج، وتتمثل مهمة المجموعة في التواصل الجيد مع أفرادها والكشف عما بداخل النفس.

وقد أشارت الدراسات إلى أن الأشخاص المغرورين غالبًا ما يضحون وجهة نظر الآخرين ولا تناسبهم تجربة المجموعة، كما أن رضا وسعادة الفرد بالمجموعة تعتمد على وضعه ومكانته وإنجازاته فيها.

مشاكل العلاقة الحميمة:

يقوم بعض المرضى بإيقاف أو قطع العلاج بسبب مشاكل تتعلق بالعلاقة الحميمة القوية، وتشمل ذلك:

١- الأشخاص الانطوائيين.

٢- التصريح المرضي أو الفاضح.

٣- المطالبة غير الواقعية بالحميمة.

ويتميز الأشخاص الانطوائيون بالانسحاب الاجتماعي والبرود والميل إلى ممارسات توحديّة؛ فهم يفشلون في الهدف ويصابون بالإحباط مما يدفعهم إلى إنهاء العلاج، ويخرج المريض من التجربة العلاجية وهو يائس من أي محاولة للاستفادة من العلاج الجماعي بوجه عام.

وهناك نوع آخر ينضم للمجموعة وهو يعاني من بعض المخاوف، مثل مخاوفه بقيام ببعض العدوان تجاه أفراد المجموعة، وهناك المريض الذي يطالب بحميمية وصدقة أفراد المجموعة بدون أي أساس، مثل المريضة التي تعترف بممارستها للنميمة وإفشاء السر وعدم قدرتها على الاحتفاظ بالسر وصدقة الآخرين.

الخوف من العدوى العاطفية:

من بعض العوامل التي تؤثر على العلاج وتؤدي إلى إيقاف العلاج التآثر بمشاكل أفراد المجموعة الآخرين، فعلى سبيل المثال: هناك المريض الذي كان يشكو أنه يفكر كثيرًا في مشاكل المجموعة ويحلم بها ليلاً، وغالبًا ما يتأثر أو يصاب بهذه الأعراض الشخصية الحدية، كما أنها قد تشير إلى عدم قدرة الفرد على التفرقة بين مشاكل الفرد ومشاكل الآخرين في بيئة الفرد، إلا أن هذا الخوف لا يُعدّ دليلًا على نجاح أو فشل التجربة العلاجية، كما أنه لا يُعدّ سببًا كافيًا للفشل، وبإمكان المعالج الخبير التعامل مع الموقف بنجاح وخبرة.

معايير الدخول في المجموعة:

معايير الانضمام:

من أهم معايير الانضمام للعلاج التحفيز، أو الحافز، أو الدافع الداخلي، فقد تكون لدى الفرد مشاكل بين شخصية تدفعه للجوء للعلاج، مثل: الخجل، والوحدة، والمشاكل مع السلطة، والحاجة للحب، والتواكل، والعدوانية، والمنافسة الشديدة، والحاجة المستمرة للإعجاب من الآخرين.

والجدير بالذكر أنه من الضروري أن يشارك الفرد في تحمل مسؤولية مشاكله، وغالبًا ما يقوم المعالج بإحالة المريض الذي لا يبلي بلاء حسنًا في العلاج النفسي الفردي للعلاج الجماعي، كما أن المريض الذي يجد صعوبة وحاجة ملحة للتعبير عن مشاعره يؤدي بشكل أفضل في المجموعة عن العلاج الفردي.

تأثير المريض على أفراد المجموعة:

من ضمن العوامل التي تؤثر في المجموعة تأثير عضو بعينه على باقي أفراد المجموعة، فعلى سبيل المثال: من المتوقع أن يستفيد المريض المكتئب الذي يميل إلى الانتحار من المجموعة، لكن من المتوقع أن يضر بالآخرين.

ويجب أن يكون المريض قادرًا على التكيف والنجاح وسط مجموعة مختلفة من النماذج؛ فبعض المجموعات قد تحتاج - في بعض الأحيان - إلى شخصية عدوانية أو شخصية نسائية على سبيل المثال.

شعور المعالج تجاه المريض:

يُعتبر شعور المعالج تجاه المريض - سواء بالإيجاب أو بالسلب - من ضمن العوامل المؤثرة، فإذا شعر المعالج بالضيق من جهة المريض؛ فيجب عليه أن يستبعده ويقوم بإحالته إلى معالج آخر، كما يجب على المعالج معالجة هذا الشعور بشكل أفضل في العلاج الجماعي عن العلاج الفردي.

كما أن عدوانية المعالج قد تدفع المريض - في بعض الأحوال - إلى قطع وإيقاف العلاج، وغالبًا ما يعتبر المريض الراضي عن المجموعة أن عضويته في المجموعة بأنها متميزة للأسباب التالية:

١- لقاء الحاجات الشخصية أو أهداف العلاج.

٢- يحصل فيها أعضاؤها على الرضا من علاقاتهم مع الأفراد الآخرين.

٣- يشعرون فيها بالرضا عن طريق اشتراكهم في مهام المجموعة.

٤- يحصلون على الرضا من خلال عضوية المجموعة.

هل ترضى المجموعة الحاجات الشخصية:

تتضح حاجات أفراد المجموعة في مشاكلهم وشكواهم وهدف العلاج، وتتمثل تلك الأهداف غالبًا في التخلص من المعاناة وفهم النفس والنمو الشخصي، ويجب أن يكون هناك بعض عدم الراحة في حياة المريض لكي يشعر بالحاجة للتميز، إلا أن ذلك يجب أن يكون مصحوبًا ببعض الإيمان بقدرة المجموعة على التخلص من تلك المتاعب، وهناك عدد من المصادر لهذا الشعور بالإيمان:

١- دعم العلاج النفسي من قبل الصحافة والأصدقاء.

٢- التحضير المسبق الصريح من قبل رئيس المجموعة.

٣- الثقة في قدرة السلطة.

٤- رؤية تحسن أفراد المجموعة.

٥- ملاحظات تغيرات الشخصية الحادثة بفعل العلاج.

الراحة بسبب العلاقات مع أفراد المجموعة:

غالبًا ما يحصل المريض على الرضا من خلال علاقته مع المجموعة وأفرادها، وهي تمثل سببًا دافعًا للتماسك، كما يصعب على المريض الاستمرار في المجموعة مع نقص الرضا البين شخصي.

الرضا من الاشتراك في أنشطة المجموعة:

يرتبط الرضا عن العلاقات مع أفراد المجموعة بالرضا عن الاشتراك في الأنشطة الخاصة بها، وتهدف مهمة المجموعة إلى تحقيق ثقافة الصداقة والقبول والفهم والشفافية، وغالبًا ما يفشل الأفراد غير القادرين على التعبير عن أنفسهم في الحصول على الرضا من خلال تلك المجموعة أو الخبرة الجماعية.

الرضا من خلال الفخر بعضوية المجموعة:

غالبًا ما يشعر المرضى بالفخر بسبب ارتباطهم بالمجموعة لكونها كيانًا محترمًا له قيمته ومكانته، فهم يدافعون عن المجموعة في حالة الهجوم عليها من

الأعضاء الجدد، كما يشعرون بالأفضلية في حالة المقارنة بالأعضاء الجدد أو الخارجين عن المجموعة.

الفصل التاسع

تكوين المجموعات العلاجية

لا بد وأن يشير المعالج أثناء تكوين المجموعة إلى حقيقة أنه كلما كانت المجموعة أكثر تماسكًا وأقل في العدد؛ كلما قلت المشاكل الخاصة بتكوين المجموعة، كما تجدر الإشارة إلى أن وضوح مبادئ تكوين المجموعة تساعد المعالجين على فهم التفاعل داخل كل مجموعة، بالإضافة للقدرة على تلبية حاجات كل مريض، وإذا فشل المريض في حل مشاكل التنوع على مستوى الاتجاهات البين شخصية والمعرفية والشخصية والثقافية؛ فإنه سيقع فريسة لمبدأ "واحد يناسب الجميع"، فإذا افترضنا أن لدينا ١٠ من المعالجين و ٧٠ من المرضى، فهل توجد معايير معينة لتكوين العشر مجموعات؟ لذلك يجب الاهتمام والتركيز على المجموعات الطموحة التي تركز على الـ "هنا" و "الآن" مع وجود التفاعل بين الأعضاء، بالإضافة لاعتبار معايير المرحلة ودرجة المرض.

توقع سلوكيات المجموعة:

لقد ذكرنا في الفصول السابقة وناقشنا أن سلوكيات بعض الأفراد قد تؤثر على سلوكيات وأداء المجموعة، بل وقد تعيق تقدمها أحيانًا، وغالبًا ما تتسم التوقعات الخاصة بسلوكيات الأفراد بالدقة، إلا أن هناك عددًا من الوسائل التي نستطيع من خلالها التنبؤ وتوقع سلوكيات المريض:

١- المقابلة التشخيصية المعيارية: "Standard diagnostic Interview"

من أهم الوسائل التي يتم من خلالها الحكم على سلوكيات المريض المقابلة التشخيصية المعيارية، والتي تعتمد على أساس الضغوط البيئية والتاريخ الشخصي والحافز فيما يخص العلاج وقوة الأنا، وجميعها معايير يستخدمها المعالج كي يقوم بتوقع سلوكيات المريض، غير أن هذه التوقعات قد لا تكون دقيقة في كثير من الأحوال. وتعتمد هذه المقابلة في المقام الأول على التشخيص، وهو عبارة عن تلخيص لحالة المريض. ويعتبر النظام المعتمد في الكتيب التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) من أفضل الوسائل النفسية لتحليل الشخصية، غير أنها توضح اختلافات الشخصية في الشخص

الواحد على عدد من المستويات، كما توضح هذه الوسيلة خطأ فاصلاً بين اضطرابات الشخصية الحادة والأقل حدة، إلا أنه خلال تلك المقابلة يتم تحديد رد فعل المريض لعدد من العوامل منها: الحافز للعلاج الجماعي، والمهارات الكلامية، وكون المشاكل دائمة أو مزمنة، وتاريخ العلاقات، والقدرة على اكتشاف ما بداخل النفس.

٢- الاختبارات النفسية المعيارية:
وتشمل هذه الاختبارات:

١- Rorchach

٢- Minnesota Multiple Personality Inventory (MMPI)

٣- Thematic Apperception test TAT

٤- Sentence completion test

٥- Draw –a person test

إلا أن قيمتها محدودة في إمداد المعالج بتوقعات ذات قيمة عن سلوك المريض.

٣- الإجراءات التشخيصية المتخصصة:

مع مرور الوقت ومع الحاجة لمزيد من التوقعات الدقيقة عن سلوكيات المريض، يتم العمل من خلال نطاقين:

١- تكوين نظام بين شخصي، فإذا كان المتغير الأساسي في اختيار المجموعة هو بين شخصي في طبيعته، فلماذا لا يتم إنشاء نظام بين شخصي تشخيصي؟
٢- إجراءات تشخيصية جديدة تستهدف بطريقة مباشرة السلوكيات المتعلقة بالمجموعة.

٤- نظام بين شخصي:

ترجع أول محاولة لتشخيص المرض العقلي لعام ١٧٠٠، وقد اتجه العلماء إلى تصنيف الأفراد حسب الأساليب والأنماط الشخصية، ففي الماضي، قام الباحثون في مجال علم النفس والمهتمون بتأثير الشخصية ومتغيراتها بإشراك الفرد في المجموعة ثم تحديد هذه المعايير والأنماط كالتالي: المقاومة، والهيمنة، والتعلم، وتفضيل الهيكل المرتفع أو المنخفض، والانطواء أو العزلة

الاجتماعية، والسيطرة، والثقة البين شخصية، والمغامرة أو الخطر الاجتماعي، ثم قام "كارني هورني" بتحديد النماذج المضطربة كالتالي:

١- مع. ٢- ضد. ٣- بعيدة عن الأشخاص الآخرين
في حين وصف "Bowlby" الأشخاص على أساس أنماط أساسية أربعة للعلاقات:

١- آمن. ٢- قلق. ٣- منعزل. ٤- خائف.

إلا أن هناك دراستين في مجال العلاقات البين شخصية استخلصتا النتائج التالية:

١- أعضاء المجموعة المنعزلون والخاضعون للآخرين غالبًا ما يحكمون على تجارب المجموعة بأنها عدوانية.

٢- أعضاء المجموعة القلقون فيما يخص العلاقات ينظرون إلى الآخرين على أنهم ودودين.

٣- الأفراد المسيطرون يقاومون الاندماج مع الآخرين وقد يقللون من أهمية المجموعة.

	المسيطر ↑	
العدواني ←		→ الودود
	الخاضع ↓	

وقد أسفرت دراسة حول فعالية نوعين من العلاج الجماعي ودور شخصية المريض عن النتائج التالية من خلال العلاج الجماعي التعبيري أو العلاج بالدعم.

حيث اشتملت التقييمات الخاصة بنتائج المريض على التالي: الاكتئاب، والقلق، والثقة بالنفس، والتكيف الاجتماعي، كما تم فحص كل مريض قبل العلاج من

خلال "NEO-FIVE factor inventory"، وهو يقيس السفه والعصبية والانفتاح والضمير والوعي والقبول.

وأثبتت الدراسة التالي:

١- أن كلا النوعين تميزا بالفاعلية، على الرغم من قوة تأثير المجموعة التعبيرية على الأفراد.

٢- من المتوقع أن يؤدي عامل من عوامل الشخصية كالعصبية إلى نتائج علاجية سلبية.

٣- هناك عوامل شخصية من المتوقع أن تؤدي إلى نتائج جيدة، منها: الوعي والانفتاح.

٤- من المتوقع النجاح للعامل الخامس (الموافقة والقبول) في العلاج التعبيري، ولكن ليس في العلاج بالدعم.

كما يعتقد المعالجون في قيمة وأهمية القبول في العلاج الجماعي المكثف. كما أن هناك قياسين آخرين تم اعتبارهما في العلاج الجماعي ونتائجه، وهما:

١- التعقل أو العقلانية النفسية.

٢- جودة العلاقات "Quality of object relations scale"

والجدير بالذكر أنه غالباً ما يصاحب العقلانية النفسية نتائج جيدة في جميع أنواع العلاج الجماعي؛ فالأفراد المتعقلون نفسياً غالباً ما يبلمون بلاء حسناً في العلاج، حيث يكونون قادرين على الاستكشافات والفهم، أي أن المرضى ذوي الدرجات العالية في مستوى جودة العلاقات غالباً ما يتميزون بقدر كبير من النضج في العلاقات، وغالباً ما يصاحب ذلك نتائج إيجابية على مستوى العلاج التعبيري، بينما لا يتحمل المرضى ذوو الدرجات المنخفضة في مستوى جودة العلاقات هذه النماذج من العلاج الجماعي، ولكنهم يبلمون بلاء حسناً في العلاج بالدعم.

والسؤال المطروح الآن: هل يكفي تحديد المنطقة البين شخصية الهشة وتوظيف العلاج الذي يعالج هذا الضعف؟

والإجابة هي أن المرضى غالبًا لا يتم شفاؤهم إذا تم علاجهم بالعلاج الذي يخاطب مشاكلهم، فالمرضى الذين يعانون من مشاكل بين شخصية لا يتم علاجهم بواسطة العلاج البين شخصي؛ حيث إن هذا النوع من العلاج في حاجة لكفاءة بين شخصية؛ لذا يتم علاجهم عن طريق العلاج المعرفي.

القواعد الخاصة بتكوين المجموعة:

عدنا مرة أخرى لنفس السؤال: مع اعتبار وجود الظروف المثالية من: عدد المرضى، والوقت، والمعلومات، وجميعها تساعد على توقع السلوك، فكيف نستطيع تكوين المجموعة العلاجية؟

نستطيع أن نقول إن تكوين المجموعة يؤثر على شخصيتها وعملها، غير أننا لم نحدد بعد العلاقة بين تكوين المجموعة ونتيجة العلاج، ويمكننا أن نعتمد في ذلك على الملاحظات العلاجية والدراسات الخاصة بالظروف غير العلاجية.

الفصل العاشر

خلق المجموعة: المكان والوقت والحجم والإعداد

الاعتبارات المبدئية:

قبل إقامة المجموعة يجب على المعالج أن يُؤمّن مكانًا مناسبًا للمجموعة، كما يجب عليه هيكلة العلاج، وخصوصًا حجم وعمر المجموعة، ودخول الأعضاء الجدد، وتكرار الاجتماعات، ومدة كل جلسة.

ومن المهم توضيح النقاط التالية وهي: التوازن بين الأولويات العلاجية والأولويات الاقتصادية، والذي قد يؤثر بدوره على العلاقة بين المعالج والمريض.

مكان الاجتماع:

يتم عقد الاجتماع في مكان يتميز بالخصوصية وعدم وجود أي إزعاج، والخطوة الأولى هي تكوين دائرة بحيث يرى الأعضاء بعضهم البعض، وفي حالة قيام أحد المعالجين بمراقبة المجموعة من مرآة من جانب واحد؛ فإنه يتم الحصول على تصريح أو إذن من الأعضاء أولاً.

المجموعات المفتوحة والمغلقة:

يقوم المعالج بتحديد هيئة المجموعة سواء أكانت المجموعة مفتوحة أو مغلقة، وتكون المجموعة المغلقة محددة بأعضائها فقط ولا تقبل أي أعضاء جدد إلا في حالة الجلستين الأولى والثانية، أما المجموعة المفتوحة فهي تقبل أعضاء جددًا لكي يحلوا محل الأعضاء القدامى، وهي مجموعة مستمرة إلى ما لا نهاية، وقد يصل الحد إلى تغير كامل للأعضاء وحتى القيادة في خلال عامين.

عدد مرات الاجتماعات ومدتها:

كانت مدة جلسة العلاج النفسي ثابتة حتى منتصف الستينيات، فكانت ما يقرب من خمسين دقيقة بالنسبة لعلاج الأفراد، بينما تتراوح بين ثمانين وتسعين دقيقة بالنسبة إلى علاج المجموعات، وقد وافق معظم معالجي المجموعات على حقيقة أن ستين دقيقة - على الأقل - مطلوبة دائمًا - حتى في المجموعات المؤسسة جيدًا - للتسخين والاستعداد؛ حتى يجري العمل في باقي الجلسة على الموضوعات الرئيسية، كما اتفق معظم المعالجين على أن الجلسة في حال استمرارها لمدة ساعتين فإنها تصل إلى مرحلة تبدأ فيها النتائج في الضعف والتلاشي مع ضعف التركيز والتكرار.

وعلى الجانب الآخر، وبالرغم من تفاوت عدد الاجتماعات من مرة إلى خمس مرات، إلا أن الغالبية العامة من المجموعات تجتمع مرة أسبوعياً، وهناك بعض المعالجين يعقدون اجتماعات بمعدل مرتين أسبوعياً لمدة أسبوعين أو ثلاثة أسابيع في بداية مجموعة علاجية محددة الوقت.

موجز العلاج الجماعي:

أصبح موجز علاج المجموعات عنصراً مهماً ومستخدماً في العلاج بشكل كبير، وربما يكون السبب فيه الضغوط الاقتصادية، بالإضافة إلى المواقع الجغرافية الكثيرة التي تملك مطالب خدمية عالية وتحتاج إلى مزيد من محترفي العلاج النفسي.

ما هي مدة الموجز؟

الإجابة على هذا السؤال يمكن إجمالها في أن النطاق واسع جداً؛ فبعض الأطباء يقولون إنها أقل من ٢٠ - ٢٥ زيارة، في حين يقول آخرون من ١٦ - ٢٠ زيارة، والبعض الآخر يصر على أن تكون من ٥٠ - ٦٠ جلسة، وربما كان الأفضل عرض تعريف وظيفي بدلاً من تعريف مؤقت، وهو موجز العلاج الجماعي الذي يُعتبر أقصر مدة علاجية لمجموعة تستطيع تحقيق أهدافها.

والجدير بالذكر أن هناك مجموعة التعامل مع أزمات خفيفة مثل فقدان وظيفة، فقد يمتد العلاج إلى أربع أو ثماني جلسات، في حين تحتاج أزمات مثل فقدان العلاقات الإنسانية كالطلاق أو الترميل إلى عدد جلسات يتراوح بين ١٢ و ٢٠ جلسة، ويحتاج التعامل مع العُقد العرضية مثل اضطرابات الأكل والعنف الجنسي إلى عدد جلسات يتراوح بين ١٨ و ٢٤ جلسة.

وأياً كان طول فترة موجز العلاج، فإن العلاج النفسي المختصر يشترك في عدة خصائص، مثل كفاءة العلاج، والاتفاق على مجموعة من الأهداف وتحقيقها والتأكيد على نقل الخبرات إلى العالم الحقيقي. ومما هو جدير بالذكر أن علاج المجموعات الموجز لا يجب النظر إليه على أنه علاج محدد؛

لذا يجب على الطبيب المعالج أن يتبع بعض المبادئ العامة الآتية:

- ١- العلاج المختصر ليس مقتطعا من علاج جماعي طويل الأجل، ويجب على القادة تحديد الأهداف والعمل على تحقيقها بكفاءة.
- ٢- يقوم القادة بتشجيع المرضى على تطبيق ما ينقلونه لهم من تعليم، ويجب أن يؤكدوا على أن العلاج موجه لتغيير الحركة، ولكن ليس بالضرورة إكمال العملية في ظل القيود المفروضة على العلاج المحدد.
- ٣- يجب على القادة تغيير عيوب تحديد الوقت إلى مزايا.
- ٤- يجب على القادة أن يضعوا في الاعتبار أن الاسم الرسمي للمجموعة لا يحدّد عمل العلاج.
- ٥- يجب أن يكون المعالج مرناً ويستخدم كل الوسائل المتاحة له لزيادة الفاعلية.
- ٦- على الرغم من محدودية الوقت إلا أن المعالجين يجب عليهم أن يوفرُوا الوقت من خلال اختصار الجلسة الفردية التي تسبق جلسات المجموعة.
- ٧- يجب على المعالج استخدام الجلسة الفردية قبل جلسات المجموعة في التحضير القياسي للمجموعة، وكذلك مساعدة المرضى في إعادة تشكيل مشاكلهم وتحديد أهدافهم لكي يقوموا بتحديد العلاج القصير المناسب.

هل العلاج الموجز أو القصير للمجموعات مفيد وفعال؟

زادت الأبحاث على العلاج القصير للمجموعات بصورة أساسية في العشر سنوات الأخيرة، وقد أثبت تحليل يشمل ٤٨ تقريراً عن العلاج القصير لمجموعة تلقت علاجاً من الإحباط - أن المجموعة التي حضرت اثنتي عشرة جلسة تحسنت، وأصبح الأفراد لديهم قابلية تصل إلى ثلاث مرات للتحسن بالمقارنة بالأفراد الذين ينتظرون العلاج التقليدي، بالإضافة إلى أن علاج المجموعات أضاف تأثيراً إيجابياً على علاج الإحباط، كما أثبتت دراسة أجريت على مجموعة تلقت علاجاً من اضطراب في الشخصية - أن أفراد المجموعة تحسّنوا من حيث المزاج والسلوك في نهاية خمس وعشرين جلسة.

حجم المجموعة:

أجمع غالبية المعالجين النفسيين بالإضافة إلى مؤلف الكتاب على أن حجم المجموعة المثالي يتكون من سبعة إلى ثمانية أفراد، مع السماح بنطاق يتراوح بين خمسة إلى عشرة أفراد، ويعتمد الحد الأدنى من المجموعات على حقيقة ما سوف يتعاملون معه وما يتطلبه نوعية المرض حتى ينخرط أعضاء المجموعة في التفاعل، أما إذا جرى تخفيض المجموعة إلى ثلاثة أو أربعة أفراد؛ فإن ذلك يوقف العمل معها كمجموعة ويختفي التفاعل بين أفرادها، ويجد المعالج نفسه أمام حالات فردية داخل مجموعة. وتظهر مميزات المجموعات من خلال التفاعل بين أفراد المجموعة وتحليل مدى استعدادهم للتفاعل فيما بينهم؛ ولذا فإن المجموعات الصغيرة عامل سلبي على نظام المجموعات، وبالتأكيد يجب على معالج المجموعات أن يستبدل أفرادًا في المجموعات، وإذا لم يكن الأفراد مناسبين فإن عليه تقسيم الأفراد إلى مجموعتين. والجدير بالذكر أن الذي يحدد الحد الأعلى من المجموعات مبادئ اقتصادية محضة؛ فكلما زاد حجم المجموعة قلّ الوقت المتاح للتعامل مع مشاكل الأفراد كلٌّ على حدة، ويُنصح للمعالجين أن تكون بداية المجموعات بأكثر من العدد المفضّل بفرد أو فردين؛ حيث إنه من المتوقع تقليص المجموعة في الجلسات المبدئية، فحجم المجموعة يتحكم نوعًا ما في مدة الاجتماعات؛ حيث إنه كلما زادت المجموعة زادت مدة الاجتماعات.

الإعداد لعلاج المجموعات:

هناك اختلاف كبير في تناول المعالجين لمسألة الإعداد للمجموعات العلاجية؛ حيث يفضل بعض المعالجين عقد جلسات فردية مع كل عضو من أعضاء المجموعة حتى يدخل في طور المجموعة، في حين يفضل عقد جلسة أو جلستين للتحضير واختيار أعضاء المجموعة وتقديم النصح في ذلك الأمر، بينما يرى بعض المعالجين ضرورة عقد جلسات فردية مع أفراد المجموعة لبناء علاقة تُحافظ على أفراد المجموعة في الأوقات المبكرة من العلاج التي تتسم بالإحباط؛ ولذا يجب الوضع في الاعتبار أن الغرض من الجلسات التحضيرية قبل بداية العلاج بناء ترابط علاجي، وبالإضافة إلى ذلك يحتاج قائد المجموعة إلى ما بين عشرين وخمس وعشرين ساعة لتجميع المجموعة.

المفاهيم الخاطئة عن علاج المجموعات:

تُعتبر المفاهيم الخاطئة عن علاج المجموعات شائعة جدًا؛ حيث يعتقد بعض الناس أنه لكونه رخيصًا فإن ذلك لا يحقق الأهداف المرجوة منه، في حين يعتقد بعض الأشخاص أنه ليس بالقدر الكافي؛ إذ إن كل شخص يأخذ من ١٥ - ٢٠ دقيقة من وقت المعالج، وهذا لا يكفي.

وقد جرى إجراء دراسة على ٢٠٦ طالب بالكلية لتحديد المفاهيم الخاطئة عن علاج المجموعات، ونتج عنها:

١- علاج المجموعات غير متوقع أو مفيد ويدور ويهتم حول فقدان السيطرة الشخصية.

٢- علاج المجموعات ليس بكفاءة علاج الأفراد .

٣- كون الفرد داخل مجموعة مع أفراد كثيرين لديهم اضطرابات نفسية كبيرة أمر ضار.

كما أظهرت دراسة قامت بها هيئة بريطانية وشملت ٦٩ مريضًا أن نسبة تزيد عن ٥٠ بالمئة لا تعتزم الدخول في علاج المجموعات حتى وإن لم يتوفر علاج آخر.

المشاكل العامة للمجموعات:

١- يُعتبر عدم توافق الأهداف من العلاج لدى المرضى أحد مصادر القلق والإحباط المهمة التي تنشأ مبكرًا عند أفراد المجموعات.

٢- يعد عدم انتظام المواعيد في المراحل الأولى من أي مجموعة واحدًا من أهم عوائق تطور مراحل العلاج في المجموعة.

٣- لا يوفر علاج المجموعات غالبًا راحة فورية على خلاف علاج الأفراد.

٤- قد تصادف المعالج في أي مرحلة من العلاج تفرُّع المجموعات وحدوث علاقات اجتماعية داخل المجموعات الكبيرة.

نظام إعداد المجموعات:

هناك الكثير من مناهج تحضير المرضى لعلاج المجموعات، أسهلها وأكثرها عملية هو تعريف المريض بعلاج المجموعات في المقابلات التحضيرية الأولى، بالإضافة إلى توضيح المفاهيم الخاطئة في العلاج. ويوجد عنصران يجب على المعالج إعطاء الانتباه لهما، وهما: الأشخاص الذين لم يتلقوا أي علاج سابقاً، والأشخاص من ثقافات مختلفة ومتباينة.

وسوف نستعرض نظاماً لإعداد مجموعات العلاج مع تحديد أهداف، منها:

- ١- تحفيز أفراد مجموعة العلاج من خلال إعطائهم هيكلًا إدراكيًا لعلاج المجموعات، وكيفية القيام به وتحقيق أهدافه.
 - ٢- وصف كيفية قيام العلاج بتناول وتصحيح المشاكل الشخصية.
 - ٣- عرض خطوط عريضة لأفضل مشاركة في المجموعة وكيفية تعظيم الفائدة المرجوة من المجموعة.
 - ٤- توقع الإحباطات في علاج المجموعات، وخاصة في اللقاءات الأولى.
 - ٥- عرض خطوط عريضة حول مجموعة العلاج.
 - ٦- غرس الإيمان في علاج المجموعات، ورفع التوقعات حول فعاليته.
 - ٧- وضع قواعد أساسية حول السرية والمجموعات الفرعية.
- وبالإضافة إلى وضع قواعد أساسية للصراحة والسرية، فهناك أمران يجب التأكيد عليهما، وهما:

- ١- توفر المجموعة فرصة للتعرف على مشاكل الأشخاص الآخرين؛ ولذا فهي ليست لعمل صداقات شخصية أو اجتماعية، بل على العكس، فإن تكوين أي صداقات قد يُفقد العلاج فعاليته، أو بمعنى آخر، فإن علاج المجموعات يوفر كيفية تنمية علاقات اجتماعية وصداقات، ولكنه لا يوفر العلاقات نفسها.
- ٢- إذا كانت هناك فرصة للقاء أفراد المجموعة خارج إطار اجتماعات العلاج؛ فإن المسؤولية تقع على عاتقهم في تناول موضوعات تمس ما يحدث داخل مجموعة العلاج.

المنطق وراء الإعداد للمجموعات:

يُعتبر الهدف من التحضير قبل الشروع في علاج المجموعات - كما تم ذكره سابقاً - هو إقامة علاقات بين المعالج وأفراد المجموعة تحافظ عليهم أثناء مراحل العلاج، وخصوصاً في المراحل الأولى من الإحباط، وما يتبعه من مشاكل تضر بسير العلاج.

الفصل الحادي عشر
بداية مرحلة العلاج

يبدأ المعالج عمله قبل انعقاد أول جلسة من جلسات العلاج بفترة طويلة، ويعتمد نجاح المجموعة - إلى حد كبير - على نجاح أداء المعالج في تحقيق أهداف وضعها قبل البدء في مراحل العلاج؛ حيث يلعب المعالج دورًا بارزًا في اختيار أفراد الجماعة، ومكان انعقاد الجلسات العلاجية، ومراحل الإعداد لها. وتُعدّ مرحلة بدء وتطور الجماعة - بداية من مراحل تطور العلاج الجماعي، ومرورًا بمشكلات مثل المواظبة على الحضور من جانب الأفراد، ومراحل تعاقب الأعضاء وانضمام أعضاء جدد لها - من المراحل المهمة في مسيرة حياة الجماعة.

مراحل بناء الجماعة:

تخضع كل جماعة علاجية - بما يميزها من شخصيات وتفاعل معقد فيما بينها - لعملية تطوير منفردة بذاتها؛ حيث يبدأ كل فرد على حدة في إبراز ذاته بين الآخرين، ثم يكون مجتمعه المصغر. وإذا قام المعالج بعمله على أكمل وجه؛ فسوف يبدأ كل عضو من أعضاء الجماعة في إدراك ذاته وفهم شخصيته وأسلوبه؛ وبالتالي سيقوم بخوض تجربة سلوكية جديدة.

والجدير بالذكر أن فترة علاج المجموعة تكون فترة معقدة تمتد إلى عدة أشهر أو سنوات، بل إنه لا يمكننا التنبؤ بهذه الفترة أحيانًا نظرًا لثراء التفاعل البشري الذي يزداد بفعل تجمع عدد من الأفراد غير القادرين على التأقلم مع بعضهم، إلا أن قوى الدوافع الديناميكية للجماعة تؤثر في تطورها، ويمكن وصف هذه المرحلة بـ "المرحلة غير المكتملة النضج"، غير أنها تُعدّ من أكثر المراحل تأثيرًا في تطور الجماعة.

وهناك نظرية تُعرف باسم "نظرية تنمية الجماعة"، وهي نظرية تتألف من

خمس مراحل، كالتالي:

- ١ - مرحلة التشكيل (التكوين).
- ٢ - مرحلة العصف (المقاومة والنزوح).
- ٣ - مرحلة النمذجة (التطبيع والانسجام والتوافق).
- ٤ - مرحلة الأداء (العمل).
- ٥ - مرحلة الانتهاء (انقضاء الهدف وفض الفريق).

وتتشغل المجموعات - في بداية الأمر - بما سيحدث في المرحلة الأولية من التجمع والاندماج بعضهم مع بعض، ثم تأتي مرحلة أخرى تركز على عملية ضبط النفس، والطاقة، والحالة، والمنافسة، والفروق الفردية (الاختلافات)، ثم تأتي بعد ذلك مرحلة من العمل الممتد والمثمر تتميز بالحميمية، والترابط، والتماسك الحقيقي للروح، وبعد ذلك المرحلة النهائية وهي مرحلة إنهاء التجربة التي قامت بها الجماعة. ويعتمد نجاح كل مرحلة على نجاح المراحل السابقة؛ وبالتالي، تظهر حالات الإخفاق مبكراً من خلال حياة الجماعة والمشاركة في مسيرتها اليومية. وهناك مرحلة أخرى من التطور تتمثل في احتمالية معاناة الجماعة أو المجموعة العلاجية من انتكاسة نفسية في ظل ظروف تهدد سلامتهم واستقرارهم، ومن هنا نستشعر حدوث طفرات في سلوكيات الجماعة بمجرد تحقيق تطور على مستوى شخصيات الأفراد، وسيظهر ذلك في شكل نضج وتعاطف ما بين أفراد الجماعة والتواصل فيما بينهم بشكل إيجابي. وغالباً يقوم الأفراد بوصف خبراتهم بشكل ذاتي وغير عقلاني نوعاً ما، في حين يركز أعضاء الجماعة على إلقاء الضوء بشكل أكبر على الحالة الراهنة التي يعيشونها أو الهنا والآن *Here and Now* ، وتقديم الآراء والانطباعات البناءة - ويتميزون بكونهم أكثر قدرة على الإفصاح والتعاون. كما تتميز المجموعة بالقدرة على التفاعل وعدم التركيز على الذات. وتعتبر عملية استكشاف الأشياء هي المنهج البديل والمغاير لعملية المشورة والتوجيه؛ حيث يصبح أعضاء الجماعة هم الأكثر فاعلية، معتمدين بذلك على التوجيه الذاتي ومهمشين دور القائد بشكل أقل. وقد تناولت العديد من الدراسات حول مهام وعمل المجموعات - هذا التحول الإيجابي في حياة المجموعة بشكل أكثر فاعلية، وعلاقته بالقدرة الإنتاجية وتحقيق الإنجاز. وهناك عدد من العوامل يجب أن يتقنها المعالج كيمي يتأقلم مع التطور الذي يحدث في حياة المجموعة. فإذا كان على المعالج أن يقوم بمساعدة المجموعة في إرساء التقاليد العلاجية وتجنُّب إعداد نماذج قد تقف حائلاً في مسيرة العملية العلاجية؛ فإنه يتعين عليه أن يكون لديه تصور واضح لأفضل الطرق التي تساعد على تطور وتنمية الجماعة العلاجية، وإذا كان لزاماً عليه تشجيع التطور الصحي للمجموعة، يجب عليه أن يكون مدركاً ولديه

تصور واضح للتطور الانسيابي للمجموعة. وعلاوة على ذلك، يجب عليه معرفة تسلسل عملية التطور والذي سيمنحه شعور من الإتقان والتوجيه داخل الجماعة العلاجية. والجدير بالذكر أن مشاعر القلق والخوف والتشوش في شخصية المعالج تنتقل إلى باقي أفراد الجماعة.

الجلسة الأولى:

تمثل الجلسة العلاجية الأولى نجاحًا كبيرًا؛ حيث يتوقع المرضى (وكذلك المعالجون المبتدئون) هذا النجاح، ولكنهم غالبًا يعنون من حالة من القلق والخوف حتى ميعاد الجلسة الفعلي. وتلعب أي خطوات يتخذها المعالجون للحد من حالة القلق أو حالة عدم الارتياح دورًا مهمًا وفعالًا، فقد يقوم المعالج بالاتصال أو دعوة أفراد الجماعة قبل انعقاد الجلسة بأيام وتذكيرهم بموعدها.

كما يمكنه تقديم التحية خارج غرفة الجلسة قبل عقد أول اجتماع أو لصق لافتات إرشادية على المداخل – وكلها أمور تساعد المرضى على التوجه إلى المكان المقصود بسهولة ويسر وتُشعر أفراد الجماعة بالاطمئنان.

يبدأ بعض المعالجين جلستهم الأولى بإلقاء كلمة افتتاحية مختصرة تلقي الضوء على الغرض من هذا التجمع، ثم تتناول الطريقة المنهجية التي تسير عليها الجلسات العلاجية (وخصوصًا في حالة عدم قيام المعالج بإعداد المرضى بشكل جيد قبل بدء المرحلة العلاجية)، بينما يقوم البعض الآخر من المعالجين بالتنويه عن واحدة أو اثنتين من القواعد الأساسية الواجب اتباعها كقاعدة تحلي كافة أعضاء الجماعة بالأمانة والسرية على سبيل المثال.

ويقترح المعالج أن يقوم كل عضو من أعضاء الجماعة بتقديم نفسه، في حين يظل المعالج يستمع فقط، وهناك نماذج أخرى في أمريكا الشمالية نجد فيها المعالجون يكتفون بالتعرف على أفراد الجماعة العلاجية من خلال أسمائهم الأولى فقط، بل ويستغرق ذلك دقائق معدودة، ثم بعد ذلك تخيم حالة من الهدوء على المكان تستغرق بضع ثوانٍ، وقد يحدث ذلك في معظم حالات العلاج الجماعي.

المرحلة الأولى: التوجيه، المشاركة المترددة، البحث عن المعنى، الاعتماد على الغير (الاتكال):

يواجه أي عضو حديث في الجماعة مهمتين أساسيتين:

- ١- إدراك كيفية تحقيق الغرض الأساسي من الانضمام للمجموعة.
 - ٢- التكيف مع العلاقة الاجتماعية داخل الجماعة حتى يتسنى لهم خلق كيان يليق بهم، وهذا الكيان من شأنه تحفيز ليس فقط الرغبة الملحة في إنجاز وتحقيق المهمة الرئيسية، بل أيضاً تحقيق الرضا لدى أفراد الجماعة.
- وتتلاقى المهمة الأساسية والمهمة الاجتماعية في مجموعات العلاج الجماعي، رغم أن هذه الحقيقة لا تنال أدنى استحسان في بادئ الأمر من جانب الأعضاء. وتتميز المهام التي تُسند في المجموعات العلاجية بالتشابك، مما يضيف تعقيداً كبيراً على تجربة أفراد الجماعة غير الاجتماعيين. ويواجه أعضاء المجموعة عدد من المخاوف النفسية في الاجتماعات الأولى؛ حيث يبحث أعضاء الجماعة (ولا سيما أعضاء الجماعة الذين لم يقدّموا المعالج النفسي بإعدادهم نفسياً قبل الاجتماع) عن الأساس المنطقي للعلاج، وقد تنتابهم حالة من التشوش الذهني تجاه ماهية العلاقة بين أعضاء الجماعة والعلاقة ما بين أنشطة الجماعة وأهدافهم الشخصية من العلاج، وغالباً ما تتخلل الاجتماعات الأولية تساؤلات تعكس هذه الحالة من التشوش الذهني، ويمكن لأعضاء المجموعة طرح تساؤلات حتى عقب مرور أشهر من العلاج مثل: "كيف سيساعد هذا العلاج؟"، "ما علاقة كل هذا بإيجاد حلول لمشكلاتي؟". يُذكر أن أعضاء الجماعة يقومون بتقييم علاقاتهم الاجتماعية في نفس الوقت ويقومون بقياس مستوى كل فرد منهم ثم قياس مستوى الجماعة ككل، ثم يبحثون عن أدوار يمكن تطبيقها عليهم ويتساءلون عمّ إذا كانوا سينالون استحسان وتقدير واحترام الآخرين أم أنهم سينالون تجاهلهم ورفضهم لهم.

وهناك من ينضم ظاهرياً إلى الجماعة العلاجية بهدف العلاج، إلا أن الدوافع الاجتماعية تفرض عليه استهلاك قدر كبير من طاقه للحصول على استحسان وتقدير الآخرين وقبولهم واحترامهم له أو السيطرة عليهم. وتمثل حالة الاحترام والقبول بالنسبة للبعض شيئاً صعب المنال لدرجة أنهم يقومون برفض أعضاء الجماعة أو الانتقاص من قدراتهم الذهنية كنوع من الطرق الدفاعية، بالإضافة إلى محاولة تذكيرهم بأن هذه الجماعة ليست جماعة حقيقة، بل هي جماعة مختلقة ومفتعلة، كما يمكن أن ينتابهم إحساس بأنهم أشخاص يتمتعون بطبيعة خاصة فوق الآخرين؛ مما يجعلهم يتجاهلون الآخرين دون تقديم أبسط مظاهر الرعاية أو أي نوع من أنواع التوضيح تجاههم. وفي البداية، يجب أن يكون لدى المعالج من الإدراك ما يمكنه من متابعة المجموعة ككل من جانب، ومتابعة التجربة الخاصة بكل عضو من أعضاء المجموعة الجديدة من جانب آخر، وقد يتساءل الأعضاء عن متطلبات الانضمام للجماعة، والمقدار الذي يتعين على الفرد أن يعطيه للآخرين أو يكشف عن ذاته لهم، وعن أي شكل من أشكال العهد يجب على الفرد الوفاء به، حيث يريد أعضاء المجموعة ردوداً على مثل هذه التساؤلات، سواء كان ذلك على مستوى الوعي الكامل أو الجزئي، ثم يأتون بعد ذلك للبحث عن كافة أشكال السلوك المرجو والمقبول بالنسبة للمجموعة.

والجدير بالذكر أن معظم العملاء يحتاجون إلى شقين أساسيين:

١- تواصل عميق مع كل فرد على حدا

٢- تواصل مستمر مع المجموعة ككل.

إلا أن هناك عضو قد يكون مرهف الحس ويخشى فقدان هويته بسبب الانغماس في بيئة المجموعة، وإذا تم الإعلان عن هذا الأمر على وجه الخصوص؛ فقد يعيق ذلك استمراره في المجموعة العلاجية، فالإختلاف بالنسبة لهؤلاء الأفراد يفوق الانتماء. وإذا انتاب المجموعة في مراحلها الأولى حالة من التشوش أو الصعوبة في التأقلم أو التردد؛ يمكن وصف المجموعة في ذلك الحين بكونها تابعة تعتمد على الآخر في تشكيل الرأي؛ حيث يعتمد أعضاء المجموعة دائماً على القائد في وضع الأساس العلاجي وإعداد الردود على التساؤلات وإظهار الاستحسان والقبول لهم.

وقد يطرح الأعضاء الكثير من التعليقات وعبارات طلب التقدير على المعالج حتى يثني عليهم، ويتم مراعاة التعليقات التي يطرحها المعالج جيدًا لأنها تُعدّ قياسًا ومرجعية للتوجيه نحو السلوك المقبول وغير المقبول. ويعتقد عضو المجموعة أن المعالج بإمكانه أن يخلصه من المشكلة التي يعاني منها، ويظل هذا الاعتقاد سائدًا حتى ولو علم المريض أن المعالج هو الذي يريد منه أن يقوم بهذا الدور، وهناك دليل قاطع على هذا الاعتقاد وهو أن المعالج يتمتع بهوية احترافية كمعالج، ويقوم أيضًا باستضافة المجموعة وإعدادها نفسيًا ثم يطلب أتعابًا نظير قيامه بهذا الدور، وكل هذه تُعتبر أدلة قاطعة على الاعتقاد بأن المعالج هو الشخص الذي بيده الخلاص؛ وبالتالي تنشأ مرحلة الاعتماد المبدئي عليه.

وعلى ناحية أخرى يقوم بعض المعالجين بطريقة غير احترافية بمضاغفة هذا الشعور تجاه أفراد المجموعة من خلال استغلال توقعاتهم وتصوّرهم أن المعالج هو الذي بيده كل شيء، ومن ثم يقوم بوعود صعبه المنال، وبالتالي تنشأ مرحلة الاعتماد المبدئي على الغير نتيجة لأسباب عديدة، منها: البيئة العلاجية، وسلوك المعالج، وحالة الاعتماد المرضي من جانب المريض، وقد سبق وتحدثت في الفصل السابع عن الأسباب العديدة وغير المنطقية لمشاعر الأعضاء الجارفة تجاه المعالج. ويحتاج الإنسان لقوة قاهرة أو شخص ذي معرفة كبيرة أو أحد الأبوين ليعتني به عناية كاملة، أو إذا جاز التعبير يحتاج إلى المنقذ، وهي حاجة تتناسب مع رغبة الإنسان في خداع الذات ليُحدث حنينًا ويكون إيمانًا بفكرة الشخص الخارق للطبيعة.

وفي المجموعات الصغيرة، تلعب أو هام أعضاء المجموعة دورًا مهمًا لتثبيت ما قاله "فرويد" من أن المجموعة تحتاج إلى أن تحكمها قوة مطلقة تكون بمثابة نفوذ يبعث الاحترام والثقة والتعطش للطاعة. والجدير بالذكر أن معدل الانتحار مرتفع بين الأطباء النفسيين، فقد يتعرض أطباء العلاج النفسي الذين تتناوبهم حالة من الاكتئاب الشديد بسبب إدراكهم أنهم يتعين عليهم الاعتماد على أنفسهم لا على غيرهم وأنهم هم المنقذون لذاتهم - إلى حالة من التدهور النفسي تفوق عملاءهم من المرضى.

ويميل محتوى وأسلوب التواصل في المرحلة الأولية - بشكل نسبي - إلى النمطية والتقييد، بحيث يشبه التفاعل الذي يحدث في حفلات الكوكتيل أو لقاءات اجتماعية مماثلة، ويتم التوجه إلى المشكلات بشكل عقلائي، ويقوم عضو المجموعة بقمع أفكار غير عقلانية خاصة بمخاوفه النفسية لخدمة الدعم وآداب السلوك واطمئنان الجماعة. وفي البداية، تقوم المجموعات بمناقشة موضوعات يبدو أنها لا تجد اهتماماً أي من المشاركين، ومع ذلك تكون موضوعات حفلات الكوكتيل بمثابة أداة للغزوات الاستكشافية الأولى بين الأشخاص؛ وبالتالي يصبح مضمون النقاش أقل أهمية من عملية عدم النقاش، ويقوم أعضاء الجماعة بقياس مستوى كل فرد منهم، ويرحبون بالنظر لمثل هذه الأمور، مثل: مَنْ مِنَ الحضور يستجيب بشكل مناسب؟ مَنْ مِنَ الحضور يرى الأمور والأشياء بالطريقة التي تبدو عليها؟ وَمَنْ يخاف؟ وَمَنْ يحترم؟ وغالباً ما تستغرق المجموعات العلاجية وقتاً في وصف الأعراض، ثم الحديث عن التجارب العلاجية السابقة والأدوية وما شابه ذلك، ويقوم الأعضاء في - كثير من الأحيان بالبحث عن أوجه التشابه فيما بينهم، فهناك أعضاء يكونون مفتونين بفكرة أنهم ليسوا الوحيدين الذين يعانون من حالة بؤس نفسي، كما تستنفذ معظم الجماعات قدرًا كبيرًا من طاقتهم الذهنية في إظهار أوجه التشابه بينهم وبين الآخر.

المرحلة الثانية: الصراع، السيطرة، التمرد:

في هذه المرحلة تقوم الجماعة بالتحول من مرحلة الاستحسان والقبول والالتزام إلى مرحلة السيطرة والتحكم والقوة، وتظهر في هذه المرحلة السلوكيات التي من شأنها التأثير على ديناميكيات الجماعة، ثم تزداد درجة الألفة بين أعضاء الجماعة ويبدأ التحدي بين القيم والمبادئ الشخصية، ثم تنشأ مرحلة من الصراع، إما بين أعضاء الجماعة ذاتهم أو بين أعضاء الجماعة والقائد، ثم يحاول كل عضو أن يبزر ذاته ويحاول أيضاً فرض نوع من أنواع المبادرات. ومن الطبيعي - في هذه المرحلة - أن يقوم أعضاء الجماعة بتوجيه تعليقات سلبية ونقد لاذع لبعضهم، وتكون النصائح والمشورة في هذه المرحلة ليست بهدف النصح، بل بهدف المناورة للحصول على مركز متقدم في الجماعة، وهنا يكون الصراع جزءاً لا يتجزأ من البنية التحتية لكل جماعة، بينما يكون ظهور

حالات العداء تجاه المعالج أمرًا حتميًا بديهياً في عملية تطور الجماعة. وقد أكد المراقبون أن المرحلة المبكرة للعداء تجاه المعالج تصاحبها مقاومة للكشف والإفصاح عما بداخل النفس. ومن ضمن الأسباب التي تدفع عضو المجموعة إلى كراهية القائد إدراكه حدود قدرات القائد وأنه ليس بشخصية خارقة. كما أن رفض القائد لعب دور الشخصية المسيطرة أو تجسيد السلطة الأبوية من ضمن الأسباب التي تفاجئ عضو المجموعة، حيث أن قائد المجموعة عليه أن يحث أعضاء المجموعة على الاكتشاف والبحث واستخدام ما لديهم من إمكانيات. وغالبا يستغرق الأمر عدة جلسات حتى يدرك العضو أن قائد المجموعة ليس بالنموذج المثالي. ويكمن مصدر آخر من مصادر سخط أي فرد من افراد الجماعة على القائد في معرفة الفرد بأنه لن يصبح العضو المفضل لدى القائد، وعلى الجانب الآخر يبدأ كل عضو من أعضاء الجماعة في إدراك أن المعالج النفسي لم يعد يعيره أدنى اهتمام بقدر الآخرين، ويحدث ذلك خلال الاجتماعات الأولية للجلسات العلاجية للجماعة، وفي هذه الحالة تنشأ حالة تسمى "بذر البذور" لينشأ عنها ظهور حالة من الندية والكراهية تجاه باقي أفراد الجماعة؛ حيث يشعر كل عضو من أعضاء الجماعة بأن المعالج النفسي قام بخداعه، ومن هنا قد يبدأ التواصل الفعال بين أعضاء المجموعة.

وقد أعطى الكاتب مثالا على ذلك قائلا:

" في أحد مجموعات علاج البوليميا وهي شره تناول الطعام، سألت الأعضاء عن رأيهم في المجموعة والنقاش... فقالت واحدة أن اللقاء سار كما توقعت تماما، وقد كنت للأسف أتوقع اجابتها. فقد علقت أن ما يورقها فقط أن عضوة من أعضاء المجموعة انخرطت في البكاء عندما وجهت إليها سؤالا، وقالت لن أدع أي شخص يجعلني أبكي هكذا. وقد أثر هذا الحدث عليها حيث انها تميزت في أغلب الوقت بالقدرة على السيطرة على نفسها والتحكم في أعصابها، بل وسيطرت على توجه المجموعة لفترة غير قصيرة بعد ذلك. فقد اتخذتني كعضو وليس صديق.

وغالبا تتصف مشاعر الأعضاء الهجومية تجاه القائد بكونها مشاعر طفولية تدل على السذاجة النفسية. والجدير بالذكر أن حالة الهجوم التي يقوم بها أعضاء

الجماعة على المعالج النفسي لا تكن غالبًا حالة جماعية، بل إنها حالة متغيرة، وقد يظهر البعض منهم ويقوم بهذا الفعل، ومن هنا يلعب المعالج دورًا بارزًا في المحافظة على بقاء الجماعة، علمًا بأن أفراد الجماعة لن يقوموا بمساعدة المعالج؛ لذا يتعين على المعالج الفصل بين حالة الهجوم عليه وحالة الهجوم على الدور الذي يقوم به، وهناك عدة طرق يمكن للمعالج أن يسلك أيًا منها للدفاع عن ذاته جراء ما يتعرض له من أي هجوم من جانب الجماعة.

ويجب أن يعرف المعالج أن تفضيل احتياجاته عن احتياجات المجموعة هي أفضل طريقة للفشل، كما أن قمع رغبة الفرد في التعبير والتنفيس عما بداخله تعوق تطور المجموعة ونمو الصراحة ما بين أفرادها. وظيفت على المعالج أيضا مناقشة العداء الموجه من الأفراد تجاهه بهدوء كي يدركوا أن العدوانية ليست قاتلة ويمكن مناقشتها بعقلانية داخل المجموعة.

المرحلة الثالثة: نمو التماسك داخل المجموعة:

هناك مرحلة ثالثة لتكوين الجماعة تسمى "مرحلة التماسك"؛ حيث تتطور الجماعة بشكل تدريجي حتى تصل إلى ما يُسمى بالوحدة المتماسكة، ويكون ذلك عقب مرحلة زمنية من الصراع. ويمكن استخدام عدد من المصطلحات في هذه المرحلة كالتالي: الوعي بين أفراد الجماعة، والهدف المشترك، وروح الجماعة، ورد فعل الجماعة، والدعم المشترك، والتعاون والتكامل الجماعي، وحرية الاتصال، وإقرار الثقة، وتحقيق الحميمية بين أفراد الجماعة. والجدير بالذكر أن عددًا من أفراد الجماعة قد قاموا بكشف النقاب عن أن السبب الحقيقي وراء التحاقهم بالجماعة لأجل العلاج هو إضفاء صفة الحميمية على كافة أفرادها. وإذا تحدثنا عن مخاوف الأفراد في المرحلة الأولى واتصفت "بالداخلي والخارجي" أو "in or out" وفي المرحلة الثانية "بالقطبين العلوي والسفلي" أو "top or bottom" ، يمكننا في هذه الحالة التحدث عن هذه المرحلة "بالقريبة أو البعيدة" "near or far" والسبب في ذلك هو أننا عندما وضعنا ملامح لشخصيات المرضى في المرحلة الأولى وجدنا أن لديهم مخاوف نفسية تتمثل في: مدى تقبلهم في للتعليمات، ومدى استيعابهم وتطورهم في المرحلة الأولى والثانية، وبذلك يمكننا الحكم على المرحلة الثالثة هل هي قريبة أم بعيدة

المنال. وتمثل المخاوف الأساسية لأعضاء الجماعة في: عدم تقبل الآخر لهم، وعدم الوصول إلى الآخر بشكل كاف، أو الوصول له بشكل زائد عن الحد، وبالرغم من أن هناك قدرًا كبيرًا من الحرية في هذه المرحلة للكشف عن الذات، إلا أن هناك أيضًا مجموعة من القيود تقوم بتحجيم مستوى الاتصال مع الآخر. ويمكننا القول بأن عملية تطور مرحلة التماسك تنقسم إلى شقين:

الأول: هي المرحلة الأولية من الدعم والتأييد المشترك بين أفراد الجماعة (رفض أفراد الجماعة للعالم الخارجي).

الثاني: يأتي هذا الشق في المرحلة الأكثر تقدمًا لفريق العمل، والتي يمكن وصفها بأنها مرحلة دؤوبه وصادقة، وهي أيضًا المرحلة التي تنشأ من خلالها حالة من القلق والتوتر لا تنتج بسبب الصراع الداخلي للفرد من أجل السيطرة، وإنما بسبب الصراع الداخلي للفرد من أجل مقاومة ذاته.

ولن يتثنى للمجموعة التماسك والوحدة إلا من خلال العمل على جميع المخاوف، حتى تصبح المجموعة كيان ناضج.

وخلاصة القول أنه يجب على قائد الجماعة أن يكون ملماً إمامًا جيدًا بالعلومات؛ مما يمكنه من استعراض ليس فقط الدوافع التي تساعد على تعزيز تنمية الجماعة، بل أيضًا التي تساعد على تصنيفها على أنها دوافع تأتي ضد مسار الجماعة، وتشمل هذه الدوافع المشتركة المقاومة الفردية والاجتماعية.

أثر العملاء على تطور الجماعة:

هناك بعض الأفراد داخل المجموعات الذين غالبًا يساعدون في تطويرها. فعلى سبيل المثال، قالت عضوة في مجموعة علاجية لمساعدة ضحايا الحرائق أنها في حالة أفضل من الآخرين مما أثار غضب الأعضاء الآخرين في المجموعة. ويجب أن نوضح هنا أن هذه العضوة لم توجد الغضب داخل المجموعة، وإنما هي أثارته فقط. ويمكننا القول أن هذا الغضب كان من الممكن أن يظهر بطريقة أكثر بطأً وفي صورة تماسك وثقة وبطريقة أكثر أمانًا إذا لم تثيره هذه العضوة.

ينضم بعض الأعضاء للعلاج الجماعي من أجل اكتساب روح المجموعة، وغالبًا تعاني المجموعة المكونة من مثل هذه الشخصيات أكثر من تلك المجموعات المكونة من الشخصيات الأكثر تفاعلاً مع البيئة الاجتماعية.

وهناك من الأعضاء من ينضم للمجموعة ثم يترك العلاج بعد عدد من الجلسات ويسمى هذا النوع من الشخصيات "بالمحفز" حيث يقوم بإثارة نوع من النشاط داخل المجموعة عن طريق تحدي القائد من خلال عدد من الطرق منها الأسئلة السخيفة والاستهزاء بأساليبه. وقد شاركت سابقا في نشاط مكون من ٦٠ شخص مطالبين بتكوين أربعة مجموعات بأهداف مختلفة وقد لاحظت أن كل المجموعات اتسمت بالرعب والخوف من الطرد من المجموعة. كما قامت جميع المجموعات بصورة مبدئية بخلق عالم خاص بها ثم اختيار الرئيس أو القائد ثم إرساء القواعد الخاصة بالمجموعة ثم الحديث عن المشاعر فيما بينهم في المرحلة الأخيرة. ويمكننا القول بأن حالة من التشوش الذهني تنشأ داخل الجماعة نظراً لحالة عدم التنبؤ بالتفاعل البشري، وهي حالة تعوق مسيرة الدورة العلاجية، إلا أنها تساهم أيضاً بشكل كبير في إضفاء نوع من الإثارة والتحدي، وغالباً ما يتم تحديد فترة العلاج بناء على فرد واحد فقط من أفراد الجماعة العلاجية، ويكون هذا الفرد هو أكثر الأفراد معاناة.

مشكلات أعضاء الجماعة:

تؤثر مشكلات الجماعة بشكل كبير على التطور التدريجي للجماعة العلاجية، ويعد إقبال الأعضاء والتأخر عن الموعد المحدد والتخلف عن الحضور من الأمور الأساسية أيضاً في تطور أعضاء الجماعة، بل إنها تؤثر على استقرار وتكامل المجموعة. ويمكن أن تغير عملية الغياب هذه من اهتمام أعضاء الجماعة وتؤثر على طاقتهم وعلى مسيرتهم في عملية التطور، وهنا يلعب المعالج دوراً بارزاً في مهمته لإدخال أعضاء جدد على الجماعة.

إقبال أعضاء الجماعة:

أثبتت الدراسات أن هناك عدد كبير من الأعضاء الذين يتركون المجموعة خلال الـ ١٢ جلسة الأولى، وفي هذه الحالة يجب على المعالج إدخال وإضافة عناصر جديدة. ويمكن القول بأن المجموعة في هذه المرحلة قد تتخطى مرحلة الاستقرار، كما يمكن القول بأن المريض الذي انتظم في الحضور خلال الـ ١٢ جلسة الأولى قد تجاوز المرحلة الحرجة الخاصة بالانضباط في المجموعة. وعادة يترك المرضى المجموعة في المراحل أو الجلسات الأولى.

ويمكن إرجاع حالات التخلف عن المجموعة في المراحل المتقدمة من العملية العلاجية إلى الشعور بعدم الراحة الناشئ عن العلاقات ما بين أفراد المجموعة. كما يمكن للمعالج تفادي التخلف عن المجموعة عن طريق تأسيس مجموعة بعدد كبير بحيث تصمد المجموعة في حالة انسحاب عدد من الأفراد. إلا أنه يجب التنويه أن حالات الانسحاب تزيد في المجموعات كبيرة العدد بسبب شعور بعض الأفراد بالانفصال والغربة عن باقي الأعضاء. لذا، يمكن القول أن المجموعة المناسبة قد تتكون من ٩ إلى ١٠ أفراد.

الحضور والمواظبة:

على الرغم من أن المعالج يقوم بالتنبيه على أعضاء الجماعة بضرورة حضور الجلسات العلاجية بشكل منتظم والمواظبة عليها، إلا أنه غالبًا ما تحدث مشكلات كبيرة في المراحل الأولية للجماعة العلاجية في هذا الشأن؛ حيث يقوم أعضاء الجماعة بالتماس أعذار عديدة، من ضمنها الغياب لرعاية الطفل أو لقضاء عطلة، أو أن تكون هناك مشكلة تتعلق بوسائل المواصلات.

ويحاول عدد من المعالجين القيام بتحسين عملية عدم الحضور عن طريق استخدام وسيلة ضغط على الجماعة، كأن يشترط مثلاً لانعقاد الجلسة العلاجية حضور عدد من الأعضاء (وغالبًا ما يكون هذا العدد من ثلاث إلى أربعة أعضاء)، وينبغي على المعالج أن يقوم بتحفيز الأعضاء للتعبير عن ردود أفعالهم تجاه غيرهم من الأعضاء الذين يعتادون على التغيب بصفة مستمرة أو التأخير. غير أنه يجب التنويه أن المقاومة هي أحد الأسباب الأساسية التي تدفع الفرد إلى التغيب أو عدم الحضور. فهناك مريض اعتاد على التأخر بسبب لقاءات عمل، غير أنه عندما أفصح عن مخاوفه حول رفض الجماعة له بسبب إصابته بالعجز الجنسي وممارسة الشذوذ، فقد هذه المقاومة وأصبح من أكثر الأعضاء المنتظمين في الحضور.

وفي أثناء حضوري لأحد المجموعات العلاجية المكونة من ٨ أفراد، وجدت أن الحضور فقط أربعة مما دفع أحد الأعضاء الحاضرين بإلغاء اللقاء في ذلك اليوم بسبب تخلف نصف الأعضاء عن الحضور. وبالرغم من أنني فرحت في بداية الأمر من مجرد فكرة استمتاعي ببعض وقت الفراغ غير المتوقع، فقد أدركت أن

مجرد إلغاء اللقاء سيصيب الأعضاء الحاضرين بنوع من الإحباط والشعور بالدونية والرفض. ولذلك شعرت بحتمية اتمام اللقاء في ذلك اليوم وطالبت الأعضاء بإزالة المقاعد الخالية وتقريب المسافات حتى نستطيع التواصل بشكل أفضل. وتعدّ عملية التغيب أو التأخير عن الحضور شكلاً من أشكال السلوك الذي يعكس بطبيعة الحال السمات الشخصية للفرد؛ لذا ينبغي على أعضاء الجماعة الذين يضطرون إلى عدم الحضور أن يقوموا بإخطار المعالج تليفونياً بعدم مجيئهم مسبقاً؛ أو الاعتذار في حال الوصول بعد الموعد المحدد. ويجب التأكيد أيضاً أن أي حدث في المجموعة يفيد الأعضاء الآخرين حتى وإن تمثل في غياب أحد الأفراد. فعلى سبيل المثال هناك مجموعة مكونة من ٧ أفراد ثلاثة رجال وأربعة سيدات وقد تخلف رجلين عن الحضور وحضر ألبرت الجلسة بصحبة الأربعة سيدات الأخريات. وقد كان في حقيقة الأمر غيار الرجلين عظيم الفائدة بالنسبة لألبرت الذي اعتاد على الهدوء وعدم الإفصاح عما بداخله. غير أنه في هذه الجلسة تميز بالنشاط والتفاعل الإيجابي، بل أنه تحدى المعالج في موضوعين أثناء الحديث وقد اعترف بغيرته من الرجلين الآخرين واحساسه بالدونية أمامهم.

انسحاب عضو من المجموعة:

قد يكون انسحاب عضو من أعضاء المجموعة مهما في بعض مراحل تطور المجموعة وقد يمثل تحولا ضروريا أثناء تطور التماسك داخل المجموعة. وقد يحدث بصورة طبيعية نتيجة سوء الاختيار من الأساس أو ظهور مستجدات في حياة الأعضاء. وقد يشعر بعض الأعضاء بعدم جدوى المجموعة أو أن نشاط المجموعة بعيد كل البعد عن مشكلته. غير أنه يجب على المعالج أن يأخذ حذره تجاه مثل هذا الأمر، وبمجرد أن يقرر المعالج أن أحد عملائه لم يعد يعمل داخل الجماعة بشكل فعال، فإنه يجب عليه أن يطرق كل السبل لإزالة العقبات حتى يتفاعل بإيجابية داخل الجماعة. وهناك طريقتين لتقليل معدل انسحاب الأعضاء من المجموعة: ١- الاختيار الصحيح من قبل المعالج للأعضاء ، ٢- الإعداد النفسي الجيد قبيل بدء العلاج الجماعي.

وهناك طريقة أخرى يستخدمها المعالج في مرحلة لاحقة. فعندما يخبر المريض المعالج برغبته في الانسحاب من المجموعة، يطلب المعالج من المريض حضور الجلسة التالية لمناقشة الأمر مع المجموعة، ويهدف ذلك إلى التخفيف من مقاومة المريض وبالتالي إقناع المريض بالعدول عن قراره. ومن أكثر المرضى الذين يقبلون على خطوة الانسحاب من المجموعة الأعضاء البالغين النشيط والأعضاء البالغين الهدوء. ويجب أن يأخذ المعالج في الاعتبار أنه حينما يقرر الاستغناء عن أحد عملائه من الجماعة فإنه سيكون هناك رد فعل كبير من جانب باقي أعضاء الجماعة، كما سينتج عن الأمر عددا من النتائج: ١- إما أن ينسحب المريض من المجموعة بدون أي فائدة، ٢- قد يصاب الفرد بالضرر من جراء الاستمرار في المجموعة، ٣- قد يعوق الفرد تطور المجموعة. ويجب أن تتم هذه الخطوة في لقاء ما بين المعالج والمريض فقط لما قد تسببه من قلق لباقي أفراد المجموعة. ويجب أن يؤكد المعالج أن ترك المجموعة لا يشكل فشل للمريض بقدر ما هو فشل لطريقة علاجية معينة. وقد يواجه المعالج حالة من الجفاء في الدعم من جانب الجماعة، حتى ولو اتفق عدد كبير من أعضاء الجماعة على أنه يجب الاستغناء عن هذا العميل، وهناك تفسيران لما حدث:

١- أن المعالج يرفض تواجد هذا العضو بين أعضاء الجماعة، وهذا يعني أن المعالج لا يفضل وجود هذا العميل وأن المعالج في حالة غضب شديد تجاه هذا العميل، ثم يقولون: "على من سيكون الدور؟".

٢- يتلخص هذا التفسير - ونأمل أن يكون هذا هو التفسير الأدق - في أن المعالج يتمتع بقدرة عقلية احترافية تصب في مصلحة هذا العميل وباقي أعضاء الجماعة أيضاً.

ويتمسك باقي أعضاء الجماعة بالتفسير الأول، بينما تكون مهمه المعالج في هذه المرحلة هي محاولة تغيير طريقة تفكيرهم وذلك للوصول بهم إلى التفسير الثاني.

الأعضاء المغادرة - الاعتبارات العلاجية:

عندما يقرر العضو مغادرة الجماعة، يجب على المعالج أن يبذل قصارى جهده وأن يجعل هذه التجربة تجربة بناءة بقدر الإمكان؛ لأن العضو المغادر ينظر إلى هذه التجربة على أنها تجربة غير ناجحة، وينبغي على المعالج أن يتوقع هذا الشعور حتى ولو أنكره العميل ثم يقوم بإيجاد طرق منهجية بديلة لاستعراض التجربة من خلال عقد جلسة منفردة مع العميل.

وقد يعود النفع على المعالج إذا ما اعتمد على المقابلة الأخيرة مع العميل في استعراض تجربته في الجماعة بالتفصيل، وفي أغلب الأحوال لن يكون المعالج على يقين إذا ما كانت طريقة المواجهة ستعود بالنفع أم لا، ولا سيما وهو يواجه شخصاً يُنهي الاستمرار ضمن أعضاء الجماعة.

انضمام أعضاء جدد للجماعة:

عندما يقل أعضاء المجموعة العلاجية؛ يتعين على المعالج أن يقدم أعضاء جددًا، ويمكن أن يحدث هذا في أي وقت أثناء فترة العلاج. غير أن إضافة أعضاء جدد يجب أن تتم إما أثناء الـ ١٢ جلسة الأولى لإحلال الأعضاء المنسحبين أو بعد الجلسة ١٨ لإحلال الأعضاء الناضجين الذين أتموا العملية العلاجية. ولا يجب إضافة أعضاء جدد أثناء مرور المجموعة بصراعات أو مرحلة معينة من مراحل النمو. وغالبا ما يقابل أعضاء المجموعة القدامى العضو الجديد بالرفض وقد يتحدثون مع بعضهم البعض متجاهلين العضو الجديد أو يبدأون في تذكر الأعضاء القدامى أو الاعتقاد بأن العضو الجديد يشبه أحد الأعضاء القدامى. وقد تسيطر المنافسة على الأعضاء القدامى وتدفعهم إلى الغيرة وكراهية العضو الجديد، وقد يصاب الأعضاء القدامى بالخوف من استحواذ العضو الجديد على اهتمام المعالج. ويمكننا القول بأن انضمام أعضاء جدد للمجموعة قد يعرقل تطورها، كما أن لكل مجموعة قدرة استيعابية معينة، فعلى سبيل المثال، تستطيع المجموعة المكونة من ٧ أفراد استيعاب فرد واحد، غير أن الأفراد القدامى قد يتساءولون عن مدى ثقتهم في الأعضاء الجدد وكيفية استمرارهم في الإفصاح عن أسرارهم. كما أن إضافة عدد كبير من الأعضاء الجدد لمجموعة قائمة بالفعل قد يتسبب في انهيارها حيث أن طاقة المجموعة

بالكامل سوف تستنفذ مع الأعضاء الجدد. وغالبا يواجه المعالج نفس الصعوبات في حالة دمج مجموعتين تقلصتا في العدد وهذا ليس بالأمر السهل، فهو بمثابة التقاء بين ثقافتين مختلفتين.

الفصل الثاني عشر
المجموعة المتقدمة

عندما تصل المجموعة إلى درجة من الاستقرار والنضوج فإنه لا يكون من السهل وصف مراحل النمو والتطور الخاصة بها. وهنا تبدأ عملية تطور معقدة بمساعدة عوامل علاجية فعالة. وتتميز المجموعة في هذه المرحلة بقدرتها أفرادها على التأثير والمصدقية والإفصاح وإبداء الملاحظات. غير أنه يجب على المعالج أن يشجع نمو العوامل العلاجية وتطبيق المبادئ الأساسية الخاصة بدوره وطرق العلاج. وأقوم في في هذا الفصل بمناقشة عدد من المشكلات التي تظهر أثناء العملية العلاجية منها المجموعات الفرعية والصراع والإفصاح عن الذات وإنهاء العلاج.

تشكيل مجموعات فرعية:

يحدث التفتت (وهو الانقسام إلى مجموعات أصغر) في كل المنظمات الاجتماعية، وقد تكون هذه العملية مضرّة أو نافعة للمنظمة الأم، وهنا لا استثناء فيما يتعلق بمجموعات العلاج، فانقسام المجموعات إلى مجموعات فرعية أمر محتوم لا غنى عنه في مسار المجموعات العلاجية.

العوامل الشخصية:

تحفز مخاوف الأعضاء غالبًا بالإضافة إلى العلاقات الشخصية القيام بتقسيم المجموعات؛ فتقسيم المجموعات ينشأ من اعتقاد عضوين أو أكثر بأنهم يستطيعون استمداد الرضا من إقامة علاقة مع عضو آخر عن باقي أعضاء المجموعة. وهناك بعض العوامل الشخصية التي تؤدي إلى احتمال تقسيم المجموعة، مثل: وجود أعضاء يمكنهم اختراق قواعد المجموعة، والإحباط في المراحل الأولى من العلاج والذي ينشأ عن احتمالية عدم الرضا بين أعضاء المجموعة عن مسار العلاج. كما أن هناك بعض الأفراد الذين يجدون صعوبة شديدة في تلبية احتياجاتهم في المجموعة ويلجأون للعلاقات الفردية. فهم يدخلون في علاقات خارج المجموعة بهدف تهدئة التوتر وتجنب التعبير الصريح والإفصاح، وهذا يعتبر نوعا من المقاومة التي تعترض نمو المجموعة.

عوامل المجموعة:

يمكن اعتبار المجموعات الفرعية شكلا من أشكال العدوانية التي لم يتم الإفصاح عنها، حيث يشعر بعض الأعضاء بالكراهية تجاه القائد وتظهر هذه المشاعر في شكل الهجوم أو التضحية بأحد أعضاء المجموعة. كما تعتبر المجموعات الفرعية شكلا من أشكال المشاكل التي تنشأ أثناء تطور المجموعة. كما أن فقدان أو عدم كفاية التماسك في المجموعة سيثجع أعضاء المجموعة على الانسحاب منها في حال كونها كبيرة والانضمام لمجموعات أصغر.

تأثيرات تقسيم المجموعة:

غالبا تبدأ المجموعات الفرعية في التكوين من خلال العلاقات الإجتماعية ما بين الأفراد من خلال اللقاءات الاجتماعية والشراكة في العمل أو العلاقات الجنسية. كما يميل الأعضاء المتشابهين في الطباع إلى تكوين أحزاب. وقد تساعد بعض العوامل الأخرى مثل المستوى التعليمي المتقارب والمستوى الإجتماعي والتقاليد وتشابه الثقافات وتقارب السن والحالة الإجتماعية. وتتميز المجموعات الفرعية ببعض السمات منها على سبيل المثال، اتفاق أعضاءها في الآراء بصرف النظر عن الإقتناع وتجنب المواجهة وتبادل النظرات المعبرة في حال دخول عضو غير مرغوب فيه في الحوار وقد يقوموا بالوصول والمغادرة في نفس الموعد. وقد تؤدي المجموعات الفرعية إلى إحساس أحد الأفراد بالخداع. فعلى سبيل المثال، إعتاد رجل كبير في السن توصيل زميلين له في المجموعة ولكنه قد دعاهم لمشاهدة التلفاز في منزله في أحد المرات وقد استجابوا لدعوته ولكنهم شاهدوا خلافا بينه وبين زوجته في منزله وقاموا بالإفصاح عن هذا الخلاف أثناء المجموعة، بل وعلق أحدهم على سوء معاملته لزوجته، مما جعله يشعر بالخيانة من قبل من اعتبرهم اصدقائه وقرر أن يترك المجموعة. وعندما يقيم أحد الأعضاء علاقة جنسية مع عضو آخر، يبدأ كل منهما في تفضيل علاقتهم على مصلحة المجموعة بل أنهم يخدعون أنفسهم ويتخلى كلا منهم تجاه الآخر عن مسؤوليته كعضو من أعضاء المجموعة يجب عليه أن يساعد الطرف الآخر، كما أنهم يتناسون الهدف الأساسي من الإلتحاق بالمجموعة وهو العلاج.

كما أن نبذ أحد الأعضاء خارج المجموعة الفرعية يعطل نمو المجموعة، كما سيصعب على العضو المنبوذ خارج المجموعة التعبير عن مشاعر الرفض وحقدهم على الآخرين بسبب إقامتهم علاقة خاصة. وقد عجز قائد مجموعة زميل لي عن معالجة الأمر عندما اكتشف علاقة ما بين فردين من المجموعة وذلك لعدة أسباب منها:

١- لم يرد أن يقوم بدور الجاسوس ويفشي أسرار الآخرين
٢- يعمل على الهنا والآن ولا يفضل التحدث في موضوعات خارج إطار المجموعة.

٣- سيقوم كلا منهما عندما يكون في حالة نفسية مناسبة بمناقشة الموقف. قد يكون لتقسيم المجموعة تأثيراً غير اعتيادي يعمل على إيقاف مسار العلاج، وفي دراسة أجريت على ٣٥ عميلاً وُجد أن ١١ عميلاً (٣١ بالمئة) ينسحبون من المجموعات بسبب المشاكل التي تظهر جراء تقسيم المجموعة، وبالإضافة إلى ذلك تحدث مشاكل طبية خطيرة عند انخراط أعضاء المجموعة في علاقات جنسية، وبالتأكيد فإن روابط المجموعة لا استثناء فيها؛ ولذلك فإن أي انخراط في عمليات جنسية أو عاطفية قد تعمل على تفضيل هذه العلاقة على العلاقة الطبيعية للعلاج.

اعتبارات طبية:

بأي حال من الأحوال يؤثر تقسيم المجموعة على مسار العلاج بالسلب، وفي حال كانت أهداف تقسيم المجموعات متوافقة مع أهداف المجموعة الأم فقد يُحسن التقسيم من تماسك المجموعة.

ومن الناحية العملية، فإن المجموعات التي تتقابل مرة أسبوعياً يكون التأثير السلبي للتقسيم أكبر من منافع عملية التقسيم ذاتها، ويجب على المعالج تشجيع فتح المناقشات، والتحليل بين كل أعضاء المجموعة، ومواصلة التركيز على مسؤولية الأعضاء عن مراكز اتصال المجموعات الإضافية في المجموعة. غير أنه من الحكمة عدم الجمع ما بين عضوين بينهما علاقة سابقة في نفس المجموعة مثل زوج وزوجة أو زملاء الغرفة الواحدة أو شركاء العمل.

الصراع في مجموعات العلاج:

لا نستطيع إزالة الصراع من المجموعات البشرية، سواء كانت مجموعات متناهية الصغر أو مجموعات صغيرة أو كبيرة أو متناهية الكبر مثل الأمم والشعوب؛ لأن الصراع أمر محتوم في مسار العلاج، وغيابه يشير إلى بعض المعوقات في انسجام التطور. وغالبا ما يظهر الصراع في صورة قبيحة في حال تم قمعه أو محاولة إنكاره. ويعتبر الصراع من العناصر الهامة بالنسبة لتطور المجموعة، بشرط ألا يتجاوز قدرة الأفراد على الاحتمال.

مصادر العدوانية:

هناك العديد من مصادر العدوانية في علاج المجموعات، وهناك عدد مساو من النماذج والمفاهيم التفسيرية ذات الصلة التي تتراوح بين علم نفس الأنا لإخضاع العلاقات إلى علم النفس الذاتي، ويعتبر دور قائد المجموعة في تحديد الإسهامات الفردية والشخصية وديناميكيات المجموعة في العدوانية أمراً أساسياً، وغالبا ما يولد التحول "transference" العدوانية في مجموعات العلاج، وقد يستجيب أحد الأشخاص للآخرين ليس على أساس الواقع، ولكن على أساس صورة آخرين دمرها علاقات هذا الشخص الماضية والاحتياجات والمخاوف الشخصية الحالية. وهناك العديد من المصادر الأخرى للغضب في مجموعات العلاج؛ حيث إن الأفراد الذين لديهم إحساس هش بالنفس قد يتجاوبون مع الغضب، بينما يكون الغضب في بعض الأوقات ردة فعل للرفض، وقد يمثل أفضل جهد للمريض لتجنب الانهيار النفسي، وقد يغذي التنافس والحسد الصراع أيضاً، فقد يتنافس أعضاء المجموعة مع عضو آخر في المجموعة يحصل على قدر أكبر من اهتمام المعالج أو على أي دور مخصوص. كما يشكل الإسقاط أحد الأسباب التي تسبب العدوانية، بالإضافة للإحباط الذي يصاب به عضو المجموعة حين تنهار آماله بشأن قدرات المعالج الخارقة.

ويمكن فهم العدوانية في المجموعة من منظور مراحل تطور العلاج، ففي المراحل الأولى تغذي المجموعة نهوض المناطق اللاعقلانية في الأفراد.

إدارة العدوانية:

يطور المعارضون الاعتقاد القائل بأنهم على صواب وأن الآخرين على خطأ وأنهم جيّدون والآخرين سيئون؛ ولذلك يعد التماسك المطلب الأساسي لإدارة أي صراع، فيجب على الأعضاء تطوير إحساس الثقة والاحترام المتبادلين والوصول إلى تقييم المجموعة كوسيلة مهمة للوفاء باحتياجات المرضى، كما يجب عليهم أن يفهموا أهمية الإبقاء على التواصل إذا كان من المقرر بقاء المجموعة، ويجب على أعضائها التعامل مباشرة مع بعضهم مهما كانت درجة غضبهم، كما يجب على الجميع أخذ الأمور بجدية. ويعد التعاطف عنصراً مهماً لحل الصراع، بالإضافة إلى أن فهم الماضي غالباً ما يلعب دوراً حيوياً في تنمية التعاطف، وعلى الجانب الآخر يكون من المستحيل حل الصراع في وجود عدوانية منحرفة. ويجب العلم بأن الحل الدائم للصراع ليس الهدف النهائي من العلاج الجماعي؛ فالصراع سيستمر حدوثه في المجموعة برغم توفير الحلول الجيدة له في الصراعات السابقة وبرغم وجود قدر كاف من الاحترام المتبادل، ومع ذلك فإن التعبير المطلق عن الغضب ليس هدفاً للعلاج الجماعي أيضاً. وبالرغم من أن هناك بعض المرضى الذين يستمتعون بالصراع، إلا أن الغالبية العظمى من أعضاء المجموعات لا تشعر بالراحة عند التعبير عن أو استقبال الغضب؛ ومن هنا تأتي مهمة المعالج في تسخير الصراع واستخدامه في خدمة النمو؛ ولذلك فإن الاستخدام العلاجي للصراع يتمثل في عملية على مرحلتين، وهما: الخبرة، والتأثير. وغالبا يشعر المريض بالألم حينما يتلقى ملاحظات سلبية ولكن دقيقة من المعالج، غير أنها في مجمل الأمر تساعد المريض على تذكر الهدف الأساسي من العلاج والالتحاق بالمجموعة العلاجية. وهنا يظهر دور المعالج في تدريب المريض على تبادل الأدوار وفهم دوافع ومشاعر الطرف الآخر

الكشف عن الذات:

يعد الكشف عن الذات أو الإفصاح جزءًا مكملًا في كل أساليب العلاج الجماعي؛ حيث إن المعالجين وبدون استثناء يتفقون على أهميته للمريض. فقد يفصح المريض عن أحداث ماضية أو حالية أو أحلام أو آمال أو رغبات. كما أن التعبير عن مشاعر الفرد تجاه أعضاء المجموعة الآخرين أو قائد المجموعة تعد نوعًا من الإفصاح. وينطوي الإفصاح على بعض المخاطر بالنسبة للمريض، حيث يقلق المريض بشأن ما سيفصح عنه وردة فعل المشاركين من المجموعة وقد يتمنون تجنب الخجل والرفض وقد يشعرون بالراحة في حال معرفتهم أن أعضاء المجموعة الآخرين قد أفصحوا عن أسرار مماثلة. وغالبًا يعمق الإفصاح العلاقة ما بين المريض والشخص المتلقي وينمي الثقة والتعلم. كما يزيد الإفصاح من مسئولية كل فرد تجاه الآخر، حيث أن الإفصاح، في حال تم في الوقت المناسب، يعمل على توطيد العلاقات عن طريق البوح بأسرار تخص المريض لأعضاء المجموعة الآخرين. ويشعر المريض بعد الإفصاح بنمو مشاعر التفاهم والدعم والقبول والتواصل مع أعضاء المجموعة. كما يجب التأكيد على قوة أثر الإفصاحات الخاصة بالهنا والآن بالمقارنة بالإفصاحات الخاصة بالماضي. وغالبًا ينشأ رفض الفرد للإفصاح من رغبته في المقاومة وعدم القدرة على التكيف، بل أنه يضيع على نفسه فرصة استقبال ملاحظات بناءة من أفراد المجموعة. وقد يقوم المعالج لا إراديا بمنع المريض من الإفصاح. فعلى سبيل المثال، نهال سيدة قامت بقتل طفلتها البالغة من العمر عامين ثم حاولت الانتحار وقد أفرج عنها وتم تحويلها لتلقي علاج نفسي. وقد فشل المعالج على مدى عام في مساعدتها واتضح فيما بعد أن المعالج، بسبب مشاعر خوفه على طفله البالغ عامين ورفضه للجريمة التي قامت بها السيدة، لم يستطع مساعدتها بالرغم من أن توجيه الحوار بما يسمح لها بالإفصاح في الجلسة كان كافيًا لعلاجها. وبالإضافة لذلك، يتمتع بعض المرضى عن الإفصاح بسبب خوفهم من فقدان احترام الآخرين

الإنهاء:

يعد إنهاء المجموعة المرحلة الأخيرة من العلاج الجماعي، وهي بالغة الأهمية. فقد يترك الأفراد العلاج بعد تحقيق أهدافهم وقد ينسحبون من العلاج مبكراً وقد تنحل المجموعة وقد يترك المعالج المجموعة. غير أنه يجب التركيز على مشاعر الإنهاء من قبل المعالج والمريض والمجموعة ككل. وقد يكون إنهاء المجموعة أمراً مهماً في عملية التغيير؛ فعلاج المجموعات يمثل عملية فردية، وكل شخص سيشترك وسيستخدم المجموعة بأسلوب خاص جداً. والجدير بالذكر أن إنهاء المجموعة ليس أمراً استثنائياً، فهناك بعض الأشخاص قد يحققون اتفاقاً كبيراً في شهور قليلة، في حين أن آخرين قد يحتاجون لسنوات طويلة من العلاج النفسي، وبعض الأشخاص قد تكون لديهم أهداف طموحة، في حين أن الآخرين قد يكونون منغلقين لا يطمحون ولا توجد لديهم أهداف للعلاج، ويكونون راضين في نفس الوقت بما يتلقونه من علاج حتى ولو امتد لسنوات طويلة.

ويعتبر إنهاء العلاج مرحلة في تطور المرحلة العلاجية، وتحدث بشكل كبير بعض الانتكاسات في مرحلة إنهاء العلاج تعالج إرادة الشخص كثيراً منها، فالفرد يواجه من وقت لآخر ضغوط كبيرة ويحتاج لمساعدة على المدى القريب، وبالإضافة إلى ذلك فإن معظم الأفراد يواجهون بعض القلق والتوتر بعد انتهاء العلاج. وعلى الجانب الآخر، يرى بعض المعالجين أن إنهاء المجموعة العلاجية أقل جلباً للمشاكل من إنهاء علاج فردي طويل الأجل يكون فيه المرض أكثر اعتماداً على المواقف العلاجية. وتأتي إسهامات المرضى بأهمية كبيرة في إنهاء العلاج؛ حيث إن هؤلاء الأفراد لا يحتاجون إلى تشجيع كبير من المعالجين لإنهاء العلاج. وعلى الجانب الآخر، قد يؤجل إنهاء العلاج بعض المرضى المنعزلين اجتماعياً نظراً لأنهم يستخدمون علاج المجموعات لأسباب اجتماعية بدلاً من تنمية مهاراتهم لخلق حياة اجتماعية لأنفسهم. وأخيراً، يبقى دور المعالج في تحديد كيفية وتوقيت إنهاء المجموعة بالعمل والتحضير لذلك الأمر من خلال عدة جلسات قبل النهاية؛ حتى لا يترك المرضى يعانون من انتكاسات ما بعد إنهاء العلاج، بالإضافة إلى تهيئتهم بالشكل الملائم لمقابلة مثل هذا الأمر.

ويجب على المعالج مناقشة المرضى في مسألة الإنهاء وتسهيل عمل المجموعة بالكشف عن مشاعرهم الداخلية، حتى يستطيع التفاعل معهم ومناقشتهم في أمر إنهاء الجلسات؛ ومن ثم مساعدتهم حتى لا يتعرضوا لانتكاسات مستقبلاً.

إنهاء العلاج من جانب المريض:

يمكن اعتبار العلاج الجماعي تجربة فردية في المقام الأول، حيث أن الفرد ينضم للمجموعة ويخوض الخبرة الخاصة بها بطريقة ذاتية جداً. ويمكن القول أيضاً أن عملية العلاج تكون ناجحة تماماً في حال تم تنسيق عملية إنهاء العلاج ولم يقم طرف بفرضها على الطرف الآخر. وقد حدد فرويد الهدف من العلاج كالتالي: " أن تكون قادراً على الحب والعمل". وقد يستطيع بعض المرضى تحقيق أهدافهم في فترة وجيزة في حين يتميز البعض بكونه طموح عن الآخر وفي حالة إلى فترة علاجية أكبر. وقد تحدث انتكاسات من وقت لآخر ويحتاج فيها المريض لبعض المساعدة. وقد يعتبر بعض المعالجين أن إنهاء العلاج الجماعي أسهل من إنهاء العلاج الفردي الذي يعتمد فيه المريض كلياً على الموقف العلاجي. ويجب أن يدرك المعالج أن التغيير على مستوى الفرد أو المجموعة قد يأخذ شهور قبل أن يبدأ في الظهور، لذا، لا ينبغي أن يكون هذا سبب من ضمن أسباب توقف العملية العلاجية. وبالتبعية، سيحتاج باقي أعضاء المجموعة بعض الجلسات للتأقلم على عدم وجود العضو المنسحب، كما يمكن أن تمهد تلك الجلسات لانضمام عضو جديد. وقد يقوم باقي أفراد المجموعة بتوديع العضو المنسحب من خلال حفل صغير أو هدية معبرة.

إنهاء العلاج من جانب المعالج

قد يترك المعالج المجموعة بسبب انتهاء فترة التدريب أو ظروف العمل أو السفر أو المرض. وتمثل هذه الفترة مرحلة انتقالية صعبة بالنسبة للأعضاء، الذين غالباً يقومون بالتغيب أو التهديد بترك المجموعة. ويمكن للمعالج في حال إقدامه على ترك المجموعة ترتيب وجود معالج آخر بأقصى سرعة حتى لا يتأثر الأعضاء.

حل المجموعة

هناك بعض المجموعات المحددة المدة وهناك المجموعات التي تنتهي بتقاعد المعالج وإن كانت من الممكن استمرارها في حال وجود نائب له. وفي حال التحديد المسبق لموعد حل المجموعة، يجب على قائد المجموعة تذكير الأعضاء بهذا الموعد من وقت لآخر. وقد تنتهي المجموعة مع اقتراب تخرج أعضائها. وغالبا يرفض الأعضاء فكرة انتهاء المجموعة ويرغبون في استكمالها في شكل آخر كالتجمع الإجتماعي مثلا. غير أن المعالج في هذه الحالة يجب أن يشدد على انتهاء المجموعة وأن الشكل الوحيد لها هو أعضائها ومكانها التي اعتادت أن تقام فيه. ويجب التأكيد على أن المعالج تماما مثل المريض سوف يفقد المجموعة. ويجب معالجة ذلك من خلال المناقشة والإفصاح عن مشاعر كل فرد من أعضاء المجموعة.

الفصل الثالث عشر

أعضاء مجموعات المشاكل

لا يوجد مريض لا يعاني من مشكلة، فكل مريض في المجموعة يشكل مشكلة. ويعتمد نجاح العلاج على مواجهة مشاكل الشخص الأساسية والسيطرة عليها وإيجاد حل لها، ولا يتمثل الهدف في مجرد تقديم مجموعة من حلول المشاكل، ولكن وصف الإستراتيجية ووضع الأساليب التي تمكّن أي معالج من التكيف مع أي مشكلة تظهر خلال معالجته لأي مجموعة. وغالبا تتكون مشاكل العضو من عدد من العناصر منها ديناميات الشخصية وديناميات المجموعة وتفاعل العضو مع المعالج والأعضاء الآخرين. وغالبا نعطي ثقل أكبر من اللازم لشخصية المريض ودورها في العملية العلاجية ونهمل دور البيئة الإجتماعية المحيطة.

وسنركز في هذا الفصل على مناقشة ثمانية أنواع من المرضى الذين تواجههم المشاكل، وهم:

- ١- المريض المسيطر.
- ٢- المريض الصامت.
- ٣- المريض الممل.
- ٤- المريض الشاكي الراض للمساعدة.
- ٥- المريض الذهاني أو ثنائي القطب.
- ٦- المريض المصاب بالفصام.
- ٧- المريض المصاب بالإضطرابات الحدية.
- ٨- المريض النرجسي.
- ١- المريض المسيطر:

وهو شخص بغض بين المجموعة، وهو غالبًا من يتحدث كثيرًا وبصفة مستمرة، وهؤلاء الأشخاص غالبًا ما يشعرون بالقلق في حال صمتهم لفترة، ويحاولون دائمًا إقحام أنفسهم بمجموعة من الأساليب، ويسرعون بملء أي فترة صمت قصيرة، وتبقى مشاكل المرضى الآخرين المستغرقين في صمت سهلة مقارنةً مع هذه الأنواع من الأشخاص. وهناك مريضة كانت دائما تقتحم صمت المجموعة بتعليقات غير هامة وعندما واجهتها المجموعة بتأثيرها السيء على المجموعة، تعللت بأنها تكره وتخاف من الصمت لأنه يشبه الصمت الذي يسبق العاصفة والذي كانت دائما تعاني منه في أسرتها.

تأثيره على المجموعة:

بالرغم من أن أي مجموعة ترحب في الاجتماع المبدئي وربما تشجع المريض المسيطر، إلا أنها تتحول إلى حالة من الإحباط والغضب بسببه، وبصفة عامة سيعمق الهجوم على المريض الاحتكاري من المشكلة التي يواجهها ويساعد على الدائرة المفرغة التي يعيش فيها، وفي نهاية الأمر سيؤثر هذا المصدر من التوتر الذي لا حل له تأثيراً ضاراً على المجموعة، وعندما تواجهه المجموعة بأسلوب حاد فإن متحدث المجموعة سيلقى دعماً مطلقاً بحيث يصبح المريض الاحتكاري وقتها عابساً ورافضاً للكلام أو يترك المجموعة.

الاعتبارات العلاجية:

كيف يمكن للمعالج أن يوقف المريض المسيطر بأسلوب علاجي صحيح؟ بالرغم من أن محاولة إجبار المريض على السكوت هي أقوى الأساليب، إلا أن هذا الأمر له قيمة ضئيلة لأنه لا يساعد المريض، بل يظل التوتر كامناً في كلامه، كما أنه من الممكن أن يدفع المريض إلى ترك المجموعة. وفي المقابل، لن تعم على المجموعة أي فائدة، بل على العكس سوف يشعر أعضاء المجموعة بالتهديد جراء الأسلوب الذي اتبعه المعالج مع أحد الأعضاء. وبالرغم من أن المعالج يتوقع أن يحاول أعضاء المجموعة معالجة مشاكلهم، إلا أنها لا تستطيع حل مشكلة المريض المسيطر.

وطريقة العلاج تتلخص في التالي:

مراعاة المريض والمجموعة التي سمحت أن يتم السيطرة عليها، وسؤالهم عن السبب الذي يدفعهم للسماح لشخص ما وتشجيعه لتحمل عبء كل الاجتماع، وسيفاجأ المرضى بهذا السؤال، وسيعملون على مناقشة هذا الأمر مما يصل بهم في النهاية إلى وجوب أن تكتمل معالجتهم لهذا الشخص بالعمل معه، والمبدأ بسيط فهم لا يريدون إسكات هذا الشخص ولا يريدون سماع القليل، بل يريدون سماع الكثير منه. وعلى الجانب الآخر، فقد سمح أعضاء المجموعة الآخرين لهذا العضو أن يتحدث كثيراً ويسيطر على المجموعة إما لفقدانهم الثقة بأنفسهم أو لخوفهم من المجموعة أو لرغبتهم في لعب دور الضحية داخل المجموعة. ويجب توضيح أن المكاشفة ما بين أعضاء المجموعة سواء العضو المسيطر أو

الأعضاء الآخرين من شأنه دعم المجموعة ومساعدتها على التطور. في حين ينبغي على المعالج مساعدة هذا الشخص على الالتزام بالتعليمات من خلال تشجيع المجموعة على دعمه بملاحظات عن تأثير سلوكه على المجموعة، فهو وبدون أن يعي ذلك يضحى بقيمة المجموعة وعلاجه من خلالها ويفضل دور المسيطر اللافت للإنتباه. وغالبا يجهل هذا المريض تأثيره على المجموعة وإستجابة الآخرين في المجموعة له. كما يجب على المعالج أن يساعد هذا المريض على الإستماع للآخرين، فعلى سبيل المثال، يخبره أنه عليه أن يصمت قليلا ليستمع أو يعرف مشاعر الآخرين في المجموعة عنه. وغالبا تختلف دوافع هذا السلوك من مريض لآخر فهناك من يحب السيطرة على الآخرين وهناك من يرى أهمية عظيمة لأفكاره حتى أنه لا يبد التعبير عنها في الحال دون إنتظار وهناك من يشعر بأهميته البالغة. ولا يتم معرفة الدوافع الأساسية لهذا المريض إلا خلال مرحلة لاحقة من العلاج، كما أن دراسة السبب تساعد كثيرا في العملية العلاجية.

٢- المريض الصامت:

يُعتبر المريض الصامت أقل ضررًا ولكنه من المشاكل الكبيرة التي تواجه المعالج، وربما يَنفَع المريض من صمته؛ فهناك قصة انتشرت بين المعالجين لعقود طويلة بشأن شخص ظل لمدة عام لم ينطق بكلمة، وفي نهاية الخمسين جلسة المحددة للعلاج شكرَ المجموعة وقال إنه تعافى ولن يعود وسيتزوج في اليوم التالي. وعمومًا، تشير القاعدة إلى أن الأشخاص الأكثر تفاعلاً وفاعلية في المجموعة هم الأشخاص الأكثر انتفاعاً من العلاج، وبالإضافة إلى ذلك، أجمع الأطباء أن المريض الصامت لا يستفيد من العلاج الجماعي؛ حيث إنه لا يجذب انتباه باقي المجموعة، وعلى أفضل التقديرات تكون مكاسبه بسيطة. وهناك أسباب كثيرة لحالة الصمت التي تواجه المرضى، فعلى سبيل المثال: هناك بعض المرضى الذين قد يواجهون الخوف من التحدث أو كشف النفس؛ حيث إنهم يؤمنون أن ذلك سيؤدي بهم إلى مزيد من كشف الحقائق عن أنفسهم، وقد يحس البعض بالخوف من عدم الالتزام بالتحدث، في حين يظل البعض الآخر منتظرًا حتى يجري تحفيزه للكلام، ويخجل آخرون من التحدث، وهناك من

يشارك بكلمات قليلة في الاجتماع، ويوجد من يخشى اعتباره ضعيفاً. وتعتمد الإدارة السليمة جزئياً على مدى فهم المعالج لديناميكية الصمت، ومن ثم تشجيع المريض على التحدث من خلال تكرار تذكيره بمسؤولياته تجاه المجموعة ونفسه، وتذكيره دائماً بضرورة المشاركة من خلال بعض الأسئلة: "هل تسمح لنا بمعرفة متى نسبب لك إزعاجاً؟ كيف انتابك الشعور عندما وضعك فلان في دائرة الضوء؟ ما هو السؤال الذي يتوجب علينا توجيهه إليك؟"، وينبغي على المعالج استغلال كل الفرص لتقوية نشاط المريض وتسجيل طريقة دفعه في اتجاه مخاوفه، وإذا قاوم المريض كل الوسائل السابق ذكرها واستمر على ذلك الوضع لمدة ثلاثة أشهر؛ فإن الحل يكمن في عقد اجتماعات فردية مصاحبة للاجتماعات العادية لمساعدته في ذلك الأمر، وإذا فشل ذلك أيضاً، فإن على المعالج سحبه من المجموعة وإدخاله في مجموعة أخرى في وقت لاحق.

٣- المريض الممل:

من النادر أن يلجأ الإنسان إلى العلاج النفسي لأنه ممل؛ غير أن هذه المشكلة يجب أن تؤخذ مأخذ الجد. فكم من مريض يشكو بأن الآخرين يتركونه وحيداً، أو أنهم لا يقومون بدعوته للخروج أو أن الآخرين يستخدمونه للجنس فقط أو أنه خجول ويشعر بالتفاهة والضالة. وغالبا يقوم المريض الممل بتكرار مشاكله ويتسبب في إصابة الآخرين بالملل. فهو دائماً يركز على التفاصيل الخاصة بالموقف ولا يركز على الخبرة المستخلصة منها. ولا يصلح العلاج الفردي في علاج المريض الممل، تماماً مثل المريض المصاب بالفصام. فالعلاج الجماعي في هذه الحالة يدعم التعبير العاطفي من خلال النموذج والدعم والخبرات الجماعية. ولا يمكننا تعميم حالة الملل لأن سببها يختلف من شخص لآخر، ولكن عموماً، وبالرغم من أن المريض الممل هو من يفتقد إلى التلقائية، إلا أنه لا يُقبل على المخاطرة، وتكمن المشكلة في تنوع أسلوبه الاجتماعي؛ فالبعض يلتزم الصمت، في حين يكون الآخر معتمداً على الآخرين، إلى غير ذلك من المشاكل السلوكية.

وهناك من يواجهون مشكلة نابعة من نشاط كايح لتعبيراتهم ومن عجز إدراكي في القدرة على تحديد الأحاسيس والتواصل معها؛ مما يفقدهم القدرة التخيلية ويجعلهم يركزون على التفاصيل العملية لا الخبرة النفسية، وفي هذه الحالات يكون العلاج الجماعي أفضل من العلاج الفردي، ويُعتبر أفضل علاج لهذه الحالات هو مواجهة المعالج لنفسه وافترض الأشياء التي تقوده لإحساس الملل؛ ومن ثم بداية تصوّر ووضع طريق لعلاج الشخص. وغالبا يعرف المريض الملل بتعليقاته التقليدية المتكررة وهي قناع يخفي به خوفه من الرفض والهجر من الآخرين، فهم يخلطون ما بين إدراك القيمة الحقيقية للنفس والعدوانية. ومن خلال رفضهم لقيمتهم الحقيقية، يتسببون في إشاعة الملل بين الآخرين. وعندما تصاب أنت - كمعالج- بالملل من مريض، يجب أن تحذر من الطرح المعاكس أو المضاد ويجب أن توجه لنفسك أسئلة مثل: متى أصيبت بالملل من هذا الشخص وكيف يمكنني أن أخرج الشخص التلقائي المليء بالحيوية من داخله. ويجب أن تعرف أنك - كمعالج- ليس من وظيفتك أن تزرع شيء داخل المريض، بل على العكس أن تخرج منه شيئا.

٤- المريض الشاكي الراض للمساعدة:

يصل المريض لمرحلة الشكوى ورفض المساعدة بعد المرور بعدد من المراحل النفسية، وهو صورة من صور المريض المسيطر. وقد يظهر بعض المرضى هذا السلوك بدون أي أسباب في حين يُظهر الآخرون بعضا من صور هذا السلوك. وقد يصاب البعض بهذا السلوك جراء المرور ببعض الضغوط. وقد يصنف المريض الذي يشكو من أعراض جسمانية نتيجة متاعب نفسية تحت هذه الفئة. وهذا النوع من المرضى يشكون ويطرحون مشاكلهم على أعضاء المجموعة ثم يرفضون المساعدة فيما بعد. فهم يتفاخرون بكونهم يعانون من مشاكل بدون حلول. فهم يستمتعون طوال الوقت بالبحث عن مساعدة من الآخرين. وغالبا لا يدخلون في أي مجال منافسة إلا في حالة رغبة أي مريض آخر في الحصول على مساعدة المعالج أو الأعضاء الآخرين، حيث يقوم في هذه الحالة بالمنافسة والتقليل من أهمية هذه الشكوى بالمقارنة بمشكلاتهم. وغالبا يصيب هذا النوع من المرضى أعضاء المجموعة الآخرين بالإحباط والضيق

واستهلاك طاقاتهم. ونتيجة لذلك، يبدأ بعض الأعضاء في الغياب عن الجلسات، كما يلجأ البعض الآخر في تكوين مجموعات فرعية. يلجأ هذا المريض في طلب المساعدة من المعالج الذي يمثل مصدر للسلطة والهيمنة والتي تدعم ثقة المريض بنفسه ولكنها تأتي بنتيجة عكسية، حيث أن المريض أثناء حرصه على جعل مشاكله بدون حل وبغضه لسلطة المعالج يلجأ لشخص لا يستطيع مساعدته وبالتالي يحقق أمنيته في الاستمتاع بالبحث طوال الوقت عن المساعدة

كيف يمكن للمعالج مساعدة هذا المريض؟

إن إظهار التعاطف مع هذا النوع من المرضى هو السبب الأساسي في فشل العملية العلاجية. يجب على المعالج في هذه الحالة التحلي بمشاعر التشاؤم والحزن التي يشعر بها المريض مع الحفاظ على موقف حيادي تماما وبعيد كل البعد عن مساعدة المريض. غير أنه يجب على المعالج أن يرسم خطا فاصلا بين الموقف الحيادي من المريض والسخرية أو الاستهانة بمعاناته.

٥- المريض الذهاني أو ثنائي القطب (مرضى AXIS I):

غالبا يتم إحالة المريض المصاب بإضطرابات ثنائية القطب للعلاج الجماعي من أجل معالجة التبعات الشخصية الخاصة بالمرض. إلا أن بعض المرضى قد يصابون بمثل هذه الإضطرابات أثناء العلاج بسبب عدد من العوامل منها الضغط الخارجي أو عدم الإلتزام بالنظام الدوائي أو ضغط المجموعة. ويعتبر هذا حدث هام في حياة المجموعة بل ومشكلة في حياة المجموعات الحديثة. كما أن الحدث الخطير الذي يستهلك الكثير من اهتمام المجموعة يتسبب في تدميرها في مراحلها الأولى. انضمت ساندي للعلاج الجماعي واعترفت أنها ظلت تعاني من الإكتئاب لسنوات وخضعت لعدد من جلسات الكهرباء واحتجزت لبعض الوقت داخل مشفى نفسي. واقترح معالجها أن تخضع للعلاج النفسي الجماعي كي تستطيع إحداث بعض التطور في شخصيتها. وكانت ساندي في بداية جلسات العلاج نشطة ومتعاونة ولكنها بعد ذلك أصبحت تتحدث في تفاصيل دقيقة جدا في حياتها مما يدفع الأعضاء الآخرين للتحدث في تفاصيل لا علاقة لها بالعلاج ثم قامت ذات مرة بالثورة على أحد الزملاء ثم اعتذرت له وتبع ذلك بعض التعليقات التي تقلل من شخصها. واستمرت حالتها في التدهور حتى تم حجزها

في المشفى مرة ثانية. وقد أثار هذا الحدث عدد من ردود الأفعال داخل المجموعة، حيث شعر بعضهم بأنهم في أتم صحة بالمقارنة بساندي في حين شكك البعض الآخر في قدرة وفعالية العلاج النفسي وأحضر مريض آخر مقالة تؤكد عدم جدوى العلاج النفسي وطلب آخر العلاج بالتنويم المغناطيسي وبدأ بعض المرضى في الغياب. وبعد فترة أعلن المعالج عن تعافي ساندي وقرب انضمامها للمجموعة مرة أخرى مما أثار حفيظة الأعضاء كالتالي: بعض الأعضاء اعترفوا أن ساندي لا تستطيع السيطرة على نفسها وبالتالي لا يمكن الثقة فيها وفي قدرتها على الحفاظ على أسرار المجموعة، بينما خشي البعض أن جلسة حادة قد تصيبها بالمرض مرة أخرى وبالتالي سيصاب الأعضاء بالتكلف وعدم التلقائية مما سيؤثر على العملية العلاجية ونمو المجموعة، بينما خشي البعض الآخر أن تقوم ساندي ببعض الأفعال الخطيرة التي قد تضر بالبعض. وبالفعل أثرت عودة ساندي على المجموعة التي أصيب أعضاءها بالتكلف وبدءوا في معاملة ساندي برقة متناهية خوفا من انهيارها. وبدأ أعضاء المجموعة بالانسحاب واحدا تلو الآخر. غير أنه يجب التنوية أن رد فعل المجموعة يختلف باختلاف مراحل تطورها، فالمجموعة الناضجة تهتم بالحالة وتبدأ في التعامل معها كمشكلة وليس شخص يجب تجنبه. كما أنه في بعض الأحوال يطلب الأعضاء من المعالج التدخل لحل الموقف، غير أنه في هذه الحالة يجب أن نحدد نوع طلب المرضى، هل هو نوع من الإتكالية الطفولية على المعالج أم أنه نابع من تقدير مبالغ فيه لقدرات المعالج أم أنه مبني على دراسة متأنية للموقف وخبرات المعالج. كما أن اشتراك المرضى في اتخاذ القرار الصحيح يجبرهم على الاشتراك في تنفيذ هذا القرار وإدراك أن المشكلة ليست خاصة بالمعالج وحده ولكن بالمجموعة ككل. كما أن مشاركة أعضاء المجموعة بعضهم البعض خبرات عاطفية وإنفعالية يساعد في تعميق العلاقات والروابط فيما بينهم. غير أن خطورة الموقف تكمن في معالجة هذه الحالة أو هذا الخطر لفترة طويلة مما يستهلك قدر كبير من طاقة المجموعة. وفي هذه الحالة يجب على المعالج أن يقوم بمقابلة المريض في جلسات فردية طوال فترة الأزمة بعد إطلاع أعضاء المجموعة على هذا القرار.

٦- المريض الذي يعاني من اضطرابات بالشخصية (مريض AXIS II) :

يتم تصنيف المريض النرجسي والذي يعاني من اضطرابات حدية والمريض بالفصام تحت بند المرضى الذين يعانون من اضطرابات شخصية. وغالبا يرجع تاريخ مشكلات هؤلاء الأفراد إلى مرحلة مبكرة من حياتهم، وغالبا يتسموا بعدم القدرة على الوسطية، إما الحب أو الكراهية، إما الأبيض أو الأسود، إما الخير أو الشر، وغالبا يعوزهم التأثير الأبوي الجيد في مرحلة مبكرة من الحياة. وغالبا لا يعترفون بدورهم في الحياة أو تأثيرهم على الآخرين. يحتاج هذا النوع من المرضى العلاج النفسي الجماعي لما له من تأثير قوي في علاجهم. وغالبا عانى هذا النوع من المرضى من بعض المشاكل والأزمات في بداية حياتهم مما أثر عليهم في مراحل لاحقة ويدفعهم إلى مقاومة العلاج. وغالبا يقوم المعالج بإحالة المريض إلى العلاج الجماعي في الحالات التالية: - عند ازدياد الطرح أثناء العلاج الفردي. - عندما يصبح المري معزول ويتخذ موقفا دفاعيا ويستلزم وجوده داخل مجموعة من أجل زيادة التفاعل. - عندما يؤدي العلاج الفردي نتائجها وتصبح هناك حاجة لمزيد من المكاسب العلاجية عن طريق العلاج الجماعي.

المريض المصاب بالفصام

يتسم المريض بالفصام بعدم القدرة على الضحك واللعب والعمل أو حتى البكاء. فمرضى الفصام يتفرجون على أنفسهم وخبراتهم ولا يشعرون بها، وهم يشبهون إلى حد كبير المرضى المنعزلين، غير أن هناك اختلاف وهو أن مرضى الفصام تعوزهم القدرات العاطفية وتلك الخاصة بالتأثير.

ولم ينجح أحد في وصف المريض المصاب بالفصام أحسن من سارتر في

"The Age of Reason" :

".....فهو يشعر بالغضب ولكن لا يستطيع لمسه...فهو شعور خارجي...وبعد ذلك، يخفي ويظل هو في عزلة...فهناك ما يستثير مشاعر داخلية عميقة ولكن لا فائدة....لم تأتي اللحظة المناسبة..." وغالبا يشترك مرضى الفصام في أن جميعهم يعتقدون بأن خبراتهم الإنفعالية تختلف عن الأشخاص الآخرين، إلا أنهم يتفوقون في امتلاكهم طوفان من المشاعر الداخلية المجمدة، وخير مثال على ذلك،

مشاعر عضو من أعاء المجموعة وهو مصاب بالفصام تجاه ترك المعالج للمجموعة، فهم يشعر فقط بالأسى لتأثير هذا الحدث على سرعة علاجه. غير أنه لا يشعر بأي مشاعر تجاه رحيل المعالج مثل الآخرين فقط لأنه "لا يستطيع أن يغير من الأمر شيء". فالمشاعر في مرضى الفصام تأتي لاحقا أو "إذا لم يكن للمشاعر فائدة..... إذن لماذا أشعر بهم؟" ويقوم أعضاء المجموعة في بداية الأمر بالمساعدة ومحاولة تحفيز المريض إلا أنهم يصابوا بالإحباط في مرحلة لاحقة. غير أنه يجب على المعالج أن يستخدم بعض التقنيات المحفزة له والتي استعرضتها في الفصل السادس. يجب على المعالج أن يناقش بدقة وتفصيلا مشاعر المريض مع التركيز على الأحداث والعواطف والرغبات والحركات المصاحبة لذلك.

المريض المصاب بالإضطرابات الحدية

تعاني الشخصية الحدية من إضطرابات نتيجة الدخول تحت ضغط معين مما يؤثر على استقرارهم النفسي وعلاقاتهم الشخصية وصورتهم عن أنفسهم والسيطرة على دوافعهم، وغالبا يعانون من خمسة من تلك الأعراض التسعة:

- الرغبة في تجنب رفض الآخرين.
- إضطرابات العلاقات الشخصية التي غالبا تتميز بنقص الوسطية وتقليل الشأن والنموذجية
- إضطرابات الهوية أو الهوية المشوهة غير المستقرة.
- التسرع فيما يخص تدمير الذات مثل الجنس وإضطرابات الطعام.
- محاولة الإنتحار.
- عدم الإستقرار.
- الإحساس بالتفاهة والضآله والغضب.
- العزلة والشعور بالإضطهاد المرتبط بالضغط.

غير أنه يجب التأكيد على أهمية العلاج الجماعي بالنسبة لهذا النوع من المرضى كون هذا الإضطراب يصعب تشخيصه في جلسة واحدة، كما أن العلاج الجماعي يساعد كثيرا في التغلب على متاعب هذا النوع من المرضى. كما إقترح بعض المعالجون استخدام ما يسمى بالعلاج المركب وهو جلستين من

العلاج الجماعي بالإضافة لجلسة من العلاج النفسي أسبوعيا، وخصوصا أن مرضى الشخصيات الحدية يقدرّون خبرات العلاج الجماعي عن العلاج الفردي. ويجب الأخذ في الإعتبار أيضا أن بعض المعالجين يحيلون هذا النوع من المرضى للعلاج الجماعي ليس بسبب نجاح هذا النوع من العلاج بل لصعوبة علاجهم بإستخدام العلاج الفردي. وغالبا يعاني مرضى الشخصيات الحدية من الخوف من الهجر وهو ما يجعل العلاج الفردي اختيارا صعبا للمعالج في هذه الحالة. وفي هذه الحالة يشكل العلاج الجماعي حلا جيدا، ومن الممكن أن تحتوي المجموعة العلاجية على معالجين إثنين حتى لا يؤثر غياب أحدهما على المريض، كما الحالة بالنسبة للمرضى الذين إذا تغيب أحدهما سيأتي الآخر. كما ستساعد المجموعة المريض على التعود على فقدان الأشخاص إذا انسحب عضو أو تعافى آخر. كما أن المجموعة تشكل مجتمع يكمل الإحساس بعدم الإلتواء الذي يعاني منه مريض الشخصية الحدية.

٨- المريض المصاب بالنرجسية:

ينبغي النظر إلى المريض المصاب بالنرجسية على أنه يمثل مدى وأبعاد من المخاوف وليس من المنظور التشخيصي الضيق، ويحتاج تشخيص الحالة المصابة بالنرجسية إلى موافقة من خمسة إلى تسعة معايير، وهي:

- ١- الإحساس المبالغ فيه بأهمية النفس.
- ٢- الانشغال بأوهام النجاح والسلطة والحب والتميز غير المحدود.
- ٣- الإحساس بالتميز والحاجة إلى الأشخاص المتميزين
- ٤- الحاجة للإعجاب الشديد.
- ٥- إحساس الاستحقاق.
- ٦- السلوك الاستغلالي.
- ٧- الحقد على الآخرين
- ٨- نقص التعاطف مع الآخر.
- ٩- السلوك المتعطرس.

المشاكل العامة:

ييلي المرضى المصابون بالترجسية بلاءا حسنا في العلاج الجماعي عن العلاج الفردي، حيث يركز الأخير على أحداثهم ومشاعرهم وهفواتهم، في حين يطالبهم الأول بالمشاركة ومساعدة الآخرين وتكوين علاقات. وبالنسبة للمريض النرجسي، تساوي الاستفادة من المجموعة حجم الوقت الذي إستمتع فيه الأعضاء إليه وليس الخبرات المستخلصة منه. وغالبا يعاني هذا النوع من المرضى مما يطلقوا عليه الإهمال داخل المجموعة وهو يعني فقدانهم الإنتباه، غير أنهم يضيفون قيمة للعملية العلاجية الجماعية، حيث يستفيد بعض المرضى من تأكيد رفضهم لطمع وأنانية هذه الشخصية. مثال: انضمت روث للمجموعة وظلت تشرك الأعضاء في أدق تفاصيل حياتها وعلاقاتها مع الرجال بل وتفصيل حياتها الصغيرة مما أثار غضب الأعضاء وبدأوا في رفضها، وعلت روث الأمر أن الصديق لابد وأن يستمتع ويشترك صديقه دائما. أما نور فهي دائمة الشكوى من افتقادها للدعم من أعضاء المجموعة وخصوصا المعالجين. غير أن أحد الأعضاء رفض موقفها وعلل ذلك بأن الجميع يدعمها وذكرها بعدد من المواقف. وأثناء الجلسة، تحدثت رولا عن رغبتها الشديدة في إنجاب الأطفال وإرتباطها برجل يرفض الأطفال بشدة. قامت نور بالتعليق علي الموقف بأنه: تافه وغير مهم"، كما وصفت عضوين آخرين "بالحماقة" بسبب خلافهم حول أحد الموضوعات. رولا شكرت نور وأعربت عن رغبتها في عدم الحديث معها نهائيا، في حين سأل أحد الأعضاء نور عن شعورها إذا وصفها "بالحماقة" بسبب افتقادها للدعم والثناء من أعضاء المجموعة. هنا قام أعضاء المجموعة برسم صورة حقيقة للواقع أمام نور التي تعني حساسية شديدة تجاه النقد وهي تشبة مريض النزيف الذي ينزف لأتفه جرح ولا يعرف كيف يوقف تدفق الدماء.

الفصل الرابع عشر

الأشكال المتخصصة والمساعدات الإجرائية

يعوق شكل العلاج الجماعي - الذي يتقابل فيه المعالج مع حوالي ستة أو ثمانية أشخاص - عدد من العوامل الأخرى، مثل كون المريض يعالج فردياً في نفس توقيت العلاج الجماعي، أو أن يكون هناك معالج مشارك في نفس المجموعة، أو مشاركة العضو في مجموعة الـ ١٢ خطوة أو أن يتقابل المرضى في عدم وجود المعالج. لذا سيناقتش هذا الفصل هذه الاختلافات، إضافة إلى وصف بعض الأساليب والطرق المتخصصة التي قد تسهل من مسار العلاج بالرغم من أنها غير أساسية.

تزامن العلاج الجماعي والفردي:

يشير العلاج المتزامن أو المتداخل إلى شكل علاجي يقوم المريض فيه بزيارات إلى معالج لتجري معالجته على نحو فردي، وفي نفس الوقت يخضع للعلاج الجماعي تحت إشراف معالجين آخرين. أما في العلاج المركب، يخضع المريض للعلاج الفردي والجماعي تحت إشراف نفس المعالج. وعندما نخلط نموذجين للعلاج، يجب علينا أولاً أن ندرس مدى فعاليتها وتوافقهما؛ فزيادة أساليب العلاج ليست دائماً هي الحل الأفضل، كما يجب دراسة ما إذا كانا متوافقين أم لا، وهل يعملان على أعراض متناقضة أم أنهما يعملان على تحسين عرض عن الآخر، وهل يعملان معاً لمعالجة كل احتياجات المريض؟

العلاج المتداخل:

أعتقد أن العلاج الفردي المشترك ليس أساسياً مع بعض الاستثناءات في ممارسة العلاج الجماعي، فإذا جري مثلاً اختيار أعضاء مجموعة علاجية بأعراض مرضية متوسطة؛ فإن المقابلة لمرة أو مرتين أسبوعياً تكفي جداً لتحقيق نتائج مرجوة خلال العملية العلاجية، وكما جرت المناقشة في الفصل الثالث عشر، فإن المريض الذي يعاني من مشاكل كبيرة يحتاج إلى علاج مشترك أو علاج مجمع، في حين أن بعض الحالات التي تقابل مشاكل نفسية صعبة تحتاج أولاً إلى علاج نفسي فردي مؤقت؛ لأنهم يكونون محاطين بسياج من القلق والخوف مما يستوجب عقد جلسات فردية معهم لتمكينهم من المشاركة في العلاج الجماعي.

وعلى الجانب الآخر، فإن العلاج المشترك يحمل في داخله بعض المشاكل بجانب المزايا التي يوفرها للمريض، ويأتي على رأس هذه المشاكل الاختلاف الكبير بين المنهج المتبع في العلاج الفردي والمنهج المتبع في العلاج الجماعي؛ حيث نجد أن المعالجين يعملون على أعراض مختلفة، وبالإضافة إلى ذلك يكون أعضاء المجموعة العلاجية محبطين من الجلسة الافتتاحية؛ مما يوفر دعماً أقل مقارنة مع العلاج الفردي. وهناك عامل آخر وهو مقارنة المريض بين وضعه في العلاج الفردي ووضعه في العلاج الجماعي، أو استخدام المرضى للعلاج الفردي لإفراغ العلاج الجماعي من قيمته، فالمريض يعمل كالإسفننج يمتص من العلاج الجماعي ويفرغ في العلاج الفردي، كما يعمل بعض المرضى على عدم الاستفادة من العلاج الجماعي معتمداً عن ما يقضيه من وقت في العلاج الفردي، وبالإضافة إلى كل ما سبق، قد يواجه المعالج بعضاً من مقاومة المرضى للعلاج الجماعي نفسه. كما تتعوق المقارنة ما بين المعالجين في العلاج الفردي والجماعي عملية العلاج، حيث غالباً يبرسم المريض صورة جيدة لأحدهما وسيئة للآخر، مما يؤدي إلى مقاومة العلاج. وبالإضافة لذلك، يجب أن يكون هناك اتفاق ما بين المعالج والمريض حول المعلومات التي يتم البوح بها في الجلسات الفردية وإذا كان سيتم التحدث عنها في الجلسات الجماعية. وبحسب خبرة مؤلف الكتاب، فإن منهجَي العلاج الجماعي والعلاج الفردي مكملان لبعضهما إذا ما توافقت الظروف، وينبغي على معالجي الجلستين الفردية والجماعية أن يقيما علاقة قوية تعمل على معالجة القلق والتوتر الذي ينشأ عند المرضى عند المقارنة بين أجواء العلاجين، كما أن المعالج في العلاج الفردي والمتمرس في العلاج الجماعي يستطيع توجيه المريض في كل الاتجاهات حول كيفية العمل في المجموعات وكيفية تطبيق ما يفعله في جلسة العلاج الفردي في جلسة العلاج الجماعي.

العلاج المركب:

يتفق مؤلف الكتاب مع العديد من الأطباء في أن العلاج المركب يمثل طريقة من طرق العلاج المفيدة على نحو استثنائي، ومن الناحية العامة، فإن العلاج المجمع يبدأ عملياً بالعلاج الفردي، وبعد عدة أسابيع أو شهور يضع المعالجون المريض في إحدى المجموعات العلاجية. وليس هناك شك أن العلاج المركب يقلل من انقطاعات المرضى، حيث إن المعالجين يعرفون المرضى جيداً، وهم في الأساس لديهم القدرة على معالجة مشاكلهم وإيجاد حلول لها. وغالباً يخضع المريض لمقابلة فردية وجلسة جماعية أسبوعياً، في حين يقوم البعض بتلقي جلسة جماعية أسبوعياً وجلسة فردية كل بضع أسابيع. ويعمل التزامن ما بين العلاجين على الحصول على أفضل النتائج العلاجية والإستفادة القصوى من المجموعة. وغالباً تكون المجموعة غير محددة المدة في العلاج المركب وقد يحدد المعالج موعد انتهاءها، وقد ينتهي العلاج الجماعي ويستمر العلاج الفردي مما يحدث تقدماً عظيماً في العملية العلاجية. ويساعد هذا التزامن على منع الغياب عن الجلسات، كما يساعد التفاعل في المجموعة على فتح مجالات في الحديث لن يتم التطرق إليها في أي حال من الأحوال في العلاج الفردي.

مثال: يتلقى ستيفن علاج فردي لفترة طويلة وقد تحدث أثناء العلاج عن علاقته الجنسية خارج إطار الزواج وقد تحدث معه المعالج أكثر من مرة عن وجوب إتخاذ إجراءات للحفاظ على صحته وتأثير هذه العلاقات على أسرته وأولاده بالإضافة لمن يقيم معهم هذه العلاقات ولكن بدون جدوى. فيما بعد، أدخل المعالج ستيفن في مجموعة علاجية ولكنه لم يتحدث فيها عن هذه العلاقات، غير أنه وجه تعليق سئ أكثر من مرة لبعض العضوات في المجموعة، مما أدى بباقي الأعضاء لإتهامه بالإنانية واللامبالاة. وقد انتهت المجموعة بعد ٦ شهور وبدأ ستيفن في مواصلة العلاج الفردي الذي استرجع فيه تعليقات باقي الأعضاء واتهامهم له بالإنانية واللامبالاة، بل وبدأ في اعتبارها والتفكير فيها. وهناك نقطة أخرى يجب اعتبارها وهي أن المعالج في العلاج الجماعي يتميز بالحرية في الأسئلة والنشاط والمشاركة أما المعالج في العلاج المركب يفقد هذه القدرة، حيث أنه يدير مجموعة من نفس المرضى الذين يلتقي بهم في العلاج الفردي ولذلك يقل نشاطه في المجموعة.

غير أن المعالج في العلاج المركب يواجه مشكلة الخصوصية والحدود، هل يقوم في العلاج الجماعي بالحديث عن بعض الأحداث التي ذكرها المريض أثناء العلاج الفردي. وهل يمكنه التحدث عن أي تعليق يذكره المريض عن زميل له في المجموعة. في هذه الحالة يلجأ المعالج إلى عدد من الخطوات: - يطلب المعالج من المريض البوح بها أثناء العلاج الجماعي. - دراسة المقاومة والتركيز على الصراع ما بين العضوين. - إرسال نظرات إلى المريض لكي يتحدث. - إستئذان المريض إذا كان يمكنه التحدث في الموضوع.

وقد يمثل هذا التزامن بين العلاجين مشكلة بالنسبة للمعالج الحديث، كونه يلعب دورين مختلفين تماما في نوعي العلاج، فهم منفتح وغير رسمي نوعا ما في العلاج الجماعي ومتحفظ ومختصر في العلاج الفردي.

العلاج الجماعي المجمع ومجموعات الاثنتي عشرة خطوة:

يعتبر الإشتراك في العلاج النفسي الجماعي ومجموعات الاثنتي عشرة خطوة نوعا من أنواع العلاج المركب. وقد ظهر مؤخرا اتجاه متنام بأن اضطرابات تعاطي المخدرات محور تركيز مهم لمجال الصحة العقلية.

ويواجه الأفراد الذين يسيئون استخدام المواد المخدرة اضطرابات شخصية في كل مراحل مرضهم:

أولاً: يواجهون صعاباً شخصية تنتج عن ألم نفسي يحاول المريض الخروج منه عن طريق تناول المخدرات.

ثانياً: يواجهون صعاباً متعلقة بتناول المخدرات ناجمة من إساءة استخدامها.

ثالثاً: يواجهون مشاكل شخصية تعقد من مسألة معالجة اترانهم.

ويعتبر هذا دليلاً جيداً على أن العلاج الجماعي يلعب دوراً مهماً في معالجة مدمني الكحوليات، من خلال مساعدتهم في تطوير مهاراتهم التي تعمل على مواصلة اترانهم وتعزيز قدرتهم على التعافي، وهذا دليل قوي أيضاً على أن مجموعات الاثنتي عشرة خطوة أثبتت فاعليتها؛ حيث يستطيع العلاج الجماعي و "إيه إيه" (AA) أو "Alcoholics Anonymous" وهي من أشهر مجموعات الإثنتي عشر خطوة، أن يكملا بعضهما إذا أزيلت عقبات معينة:

أولاً: يتعين على قائدي المجموعات أن يكونوا على علم بكل ديناميات مجموعة الاثنتي عشرة خطوة.

ثانياً: هناك بعض المفاهيم الخاطئة التي ينبغي إزالتها بمساعدة معالجي المجموعات أو أعضاء "إيه إيه"، وتشمل هذه المفاهيم الخاطئة:

- ١- تتعارض مجموعات الاثنتي عشرة خطوة مع العلاج النفسي.
 - ٢- تشجع مجموعات الاثنتي عشرة خطوة التنازل عن المسؤولية الشخصية.
 - ٣- تحبط مجموعات الاثنتي عشرة خطوة التعبير عن التأثيرات القوية.
 - ٤- يتجاهل العلاج الجماعي الأساسي الروحانيات.
 - ٥- يُعتبر العلاج الجماعي الأساسي مؤثراً بدرجة كافية دون اللجوء إلى مجموعات الاثنتي عشرة خطوة.
 - ٦- يعرض العلاج الجماعي الأساسي علاقات "إيه إيه" والعلاقة بين الممول والذي يتلقى التمويل.
- ويعتمد "إيه إيه" على علاقة أعضاء المجموعة بسلطة أعلى والخضوع لهذه السلطة وفهم الشخص فيما يتعلق بتلك السلطة، بينما يشجع العلاج الجماعي التفاعل بين أعضاء المجموعة.

وفيما يلي جدول يوضح الإثنتي عشر خطوة:

العلاج الجماعي	الخطوة ١٢
- رفض التكلف والإعتماد على الغير - بداية عملية الثقة في المجموعة	١- نعتزف أننا فقدنا القدرة على مقاومة الكحول وفقدنا السيطرة على حياتنا
- إصلاح النفس من خلال العلاقات والإتصال بالآخرين - إستخدام القوة الأكبر كوسيلة لإحلال الإعتماد على المخدرات	٢- نعتقد بوجود قوة أكبر قد تقودنا للجنون
- الثقة في المجموعة العلاجية وأعضاءها.	- قرار بتحويل الإهتمام إلى الله

- إرساء الأخلاق داخلنا	- اكتشاف النفس ودراستها.
- اللجوء لله والبحث في أنفسنا كمصدر للأخطاء	- الإفصاح ومشاركة الآخرين خبراتنا وأحلامنا.
- الاستعداد لأن يزيل الله جميع هذه الذنوب من داخلنا	- اكتشاف الهنا والآن الخاصة بالعلاج ومعرفة ما يمنع الإنتكاسات.
- سؤال الله التطهر من الذنوب	- معرفة المشاعر الشخصية والسلوكيات التي تعوق العلاقات وتجربة خبرات وسلوكيات جديدة.
- قائمة بالأشخاص الذين سببنا لهم ضرر والرغبة في الإصلاح.	- تحديد النواقص الشخصية والتعاطف مع الآخرين وتحديد تأثير أفعالك على الآخرين
- محاول الإعتذار لهم متى أتيح ذلك، إلا إذا كان ذلك سيسبب أي جرح لهم أو لآخرين.	- استخدام المجموعة كأساس للإصلاح وحاول الإعتذار لمن سببت لهم ألم.
١- الإعتراف بالأخطاء فورا	- الإعتراف والمسئولية والإفصاح
١- التأمل والصلاة	- يساعد العلاج الجماعي في هدوء النفس والتأمل
١٢- نحاول توصيل الرسالة لمدمني الكحول الآخرين	- الإهتمام بالآخرين واحترامهم.

المعالجون المساعدون:

يختار بعض المعالجين إدارة العلاج الجماعي منفردين، في حين تفضل الأغلبية العظمى العمل مع معالجين مساعدين، ويمتاز وجود معالجين مساعدين بعدة أمور، منها أن كل منهما يكمل ويدعم الآخر، وبالإضافة إلى ذلك فإن عمل المعالجين معًا يعطيها إدراكًا أكبر، كما أنه يساعد على الخروج بنتائج أفضل، **فعلى سبيل المثال:** حين يكون أحد المعالجين منخرطًا في العمل مع مريض، فإن المعالج الآخر يعطي تركيزه إلى ردود أفعال واستجابات باقي المرضى.

ويحفز المعالجون المساعدون ردود الأفعال الانتقالية أيضًا، كما يساعدون على جعل طبيعة التشوهات أكثر وضوحًا نظرًا لأن المرضى سيختلفون كثيرًا في ردود أفعالهم. ويوافق كثير من الأطباء على تشكيل فريق من جنسين مختلفين للعمل كمعالجين مساعدين لكونه يكتسب مزايا فريدة مثل استحضار صورة العائلة الأساسية، وبالإضافة إلى ما سبق فإن تشكيل فريق للعلاج يعمل على تقليص التوتر المبدئي الذي ينتاب المعالج في الجلسات الأولى، كما يدعم من إيجابية المعالجين في فهم وإدارة جلسات العلاج. وبينما نجد أن هناك عيوبًا تظهر بين المعالجين في عدم توافقهم في اتخاذ القرارات العلاجية؛ مما يتسبب في بعض المشاكل للمرضى - إلا أنه وعلى الرغم من ذلك فإن هذا الاختلاف يعمل على تعزيز الصدق في العمل أمام المرضى.

مثال: أثارت جين، وهي المعالجة المساعدة لي في المجموعة، نقطة هامة وهي إهتمامي بدعم سيف حين يتلقى أي نقد أو ملاحظة من أحد الأعضاء. وبالرغم من أن التعليق فاجئني إلا أنني عللت موقفني بأني أرى أن سيف بالرغم مما أبداه من تطور خلال الجلسات الماضية، فإنه لازال يحتاج إلى الدعم لكونه شخصية هشة. وقد شكرني سيف وشكر جين على صراحتها وأبدى سعادته وأنه غير محتاج لهذا الدعم لاحقًا. من هنا نستطيع أن نبرز إهتمام المعالج بأعضاء المجموعة والإنسجام ما بين المعالجين، مما ينقلنا لنقطة أخرى وهي إختيار المعالج المساعد، حيث ينبغي أنه من الأفضل أن تقود المجموعة بمفردك على أن تشترك في قيادتها مع معالج لا تعرفه جيدًا أو هناك بعض المشاعر السيئة بينكما مما سينعكس على المجموعة وأعضائها. كما يجب أن يخصص قائدو

المجموعات بعض الوقت قبل المجموعة للمناقشة. ومن بين العيوب التي تظهر بين المعالجين المساعدين المشاكل التي تنشأ في العلاقة بينهما واختلاف اللغة.

الجلسات العلاجية بدون قائد:

لا يرحب أغلب أعضاء المجموعة عمومًا باقتراح إقامة جلسات علاجية بدون قائد وذلك للأسباب الآتية:

- ١- انحراف المجموعة عن الهدف المقرر لها.
- ٢- فقدان المجموعة السيطرة على كل أحاسيسها؛ حيث لا يمكن السيطرة على الغضب.
- ٣- لا تستطيع المجموعة أن تخلط خبراتها وأن تستخدم هذه الخبرات استخدامًا بناءً.

الأحلام

تحدد إستجابة المعالج للأحلام المطروحة في الجلسات الأولى إختيار الأعضاء للأحلام في الجلسات اللاحقة. غير أنه يجب الحديث عن أهمية الأحلام في العلاج النفسي. غالبًا لا يقوم المحلل النفسي بتفسير الحلم تفسيرًا كاملاً، حيث قال فرويد أن التفسير الكامل للحلم يعد بحثًا وليس محاولة في العلاج النفسي. لذا، يلجأ المحلل النفسي إلى تفسير جزء من الحلم يتلاءم والمرحلة الحالية من العلاج. وقد يهتم المعالج النفسي ببعض الأحلام ويهمل البعض الآخر. كما يجب الإهتمام بتوقيت الحلم وعلاقته بالعلاج النفسي.

مثال: قام جيف وهو عضو من أعضاء المجموعة بالتحدث عن حلم شاهده الليلة الماضية، قبل انضمام عضوين جدد للمجموعة. ويدور الحلم حول جيف ينظم سيارته الجديدة حتى جاء بعض الأشخاص الذين عبثوا بالسيارة ونثروا في أرجائها جميع أنواع الطعام. والجدير بالذكر أن جيف دائماً يسعى للكمال وكان ذلك فحوى تفسير الأعضاء الآخرين. غير أن المعالج سأل جيف عن توقيت الحلم، وكانت الإجابة أن جيف ظل طوال الأسابيع الماضية يحاول السعي إلى الكمال داخل المجموعة ويخشى أن يفسد إضافة عضوين جدد المجموعة العلاجية.

تلخيص الجلسات

يحتوي ملخص الجلسة على سير الأحداث ومشاركة الأعضاء ومشاركة المعالج. وتكمن فائدة هذه الملخصات كالتالي:

- تمثل عنصر اتصال ما بين الأعضاء خلال الأسبوع
- تساعد الأعضاء في إستعادة الخبرة وفهم الأحداث المهمة أثناء الجلسة
- المساعدة في إرساء التقاليد والقواعد الخاصة بالمجموعة.
- التأكيد على الأهداف العلاجية وتذكير المرضى بالأحداث الأساسية.
- إن إستعادة الأحداث تستحث أفكار جديدة بشأن ذات الموقف.
- الاستمرار في تزويد المرضى بالدعم والأمل اللازمين حتى ميعاد الجلسة اللاحقة.

- يمكن للمعالج استخدامها كوسيلة للإفصاح عن مشاعر الهنا والآن الخاصة به.

- يساعد الملخص المرضى على الإلمام بجميع النقاط داخل الجلسة.
- تعتبر هذه الملخصات بالغة الأهمية بالنسبة للأعضاء الجدد قبل الإلتحاق بالمجموعة.

- تعمق العلاقات ما بين الأعضاء وتساعد في تكوين فكرة واضحة عن كل عضو.

حفظ سجلات العلاج الجماعي:

يعمل توثيق الجلسات العلاجية في العلاج الجماعي على حفظ السرية، بالإضافة إلى أنه يحقق بعض الأهداف مثل إظهار العناية المناسبة، ووصف الحالة ومدى فاعلية العلاج، وتسهيل مواصلة العلاج عن طريق معالج آخر، والتأكيد على تلقي الخدمة الطبية اللازمة في توقيتها المحدد.

وبالإضافة إلى ذلك يتعين على المعالج القيام بعمل مخطط لكل حالة يشير إلى الأهداف المبدئية، وتقدم الحالة، والأعراض، ومخاوف السلامة، وغير ذلك من النقاط التي تحدد الحالة.

التدريبات الهيكلية

تمثل التدريبات الهيكلية تقنية ما يقترحها المعالج أو العضو ذو الخبرة، وهي تساعد في إثراء العملية العلاجية وتعميق العلاقات بين الأعضاء ودعم التفاعل. تستخدم بعض المجموعات الرقص والفن، في حين تركز بعض المجموعات على التنفس العميق والتأمل الإسترخاء. وقد تستغرق هذه التدريبات بضعة دقائق وقد تستغرق الجلسة كلها. فقد يخطط أعضاء المجموعة لنزهة ما أو قد يقترح قائد المجموعة أن يقف عضو في وسط المجموعة ثم يقع ويبدأ هنا نشاط باقي الأعضاء في مساعدته وتقديم الدعم وهناك تبادل الأدوار وهناك التظاهر بالعمى والسماح لعضو آخر بالمساعدة. وتعتبر مجموعات المواجهة " encounter groups" و مجموعات تي "T-Group" و جيشطلت " Gestalt" من أكثر المجموعات التي استخدمت هذه التدريبات. إلا أنه ثبت أن استخدامها بكثرة إيجابي بالنسبة للمعالج الذي يعتبره المرضى ماهرا جدا، غير أن نتائجها تكون أقل فعالية من المجموعات التي تستخدمها بصورة أقل. ركزت المجموعة التي استخدمت هذه التدريبات بكثرة على التعبير عن المشاعر الإيجابية والسلبية في حين ركزت المجموعات التي استخدمتها بصورة أقل على إرساء القواعد وتحديد الأهداف والتركيز على قيم أكثر أهمية.

الفصل الخامس عشر

مجموعات العلاج المتخصصة

أثبتت طرق العلاج الجماعي نجاحًا في كثير من الحالات الطبية، مثل الأشخاص الذين تعرضوا لزنا المحارم، والمصابين بالإيدز، والأشخاص المصابين باضطرابات في الأكل، والأشخاص المسنين، والآباء الذين تعرض أطفالهم لاعتداءات جنسية، أو الذين تعرضوا للوفاة، أو الأشخاص مدمني القمار أو الجنس، وإلى غير ذلك من الحالات. والجدير بالذكر أنه ليس هناك بالتأكيد صيغة موحدة لعلاج كل من هذه الحالات المتخصصة، وإذا كانت هناك طريقة فإنها لن تكون منهجًا للدراسة.

**تعديل العلاج الجماعي التقليدي بما يناسب المواقف طبية متخصصة:
الخطوات الأساسية:**

يقترح مؤلف الكتاب ثلاث خطوات لبناء مجموعة علاج متخصصة، وهي:

- ١- تقييم الموقف الطبي.
- ٢- تحديد أهداف طبية مناسبة.
- ٣- تعديل الأسلوب التقليدي ليتناسب مع هاتين الخطوتين.

تقييم الوضع الطبي:

من المهم تقييم كل الحقائق الطبية في حياة الأشخاص الذين سيدخلون مجموعة علاج، بالإضافة إلى أخذ الحذر للتفريق بين العوامل الجوهرية المقيدة مثل الحضور الإجمالي لفترة عقوبة قانونية أو الإقامة في مستشفى أو العلاج من مرض خطير، والعوامل الخارجية غير المؤثرة والتي يستطيع المعالج تغييرها بسهولة وغالبا تكون عوامل تقليدية.

تحديد الأهداف:

عندما يتكون لدى المعالج صورة كاملة عن الحقائق الطبية لحياة الأشخاص المشاركين في العلاج مثل: عدد الأشخاص، وطول فترة العلاج، وفترة وعدد الاجتماعات، وإمكانية تواجد قائد مجموعة مساعد - فإن الخطوة التالية تكون تحديد مجموعة معقولة من الأهداف الطبية، وقد تكون هذه الخطوة هي الخطوة الأهم خلال العملية العلاجية. ويجب أن تكون الأهداف واضحة ليس فقط للمعالج بل للمشاركين في المجموعة أيضا. ويجب أن تكون الأهداف ملائمة للموقف

الطبي وقابلة للتحقيق في الإطار الزمني المتاح، خصوصاً في المجموعات المتخصصة المحددة بزمان معين.

تعديل الأسلوب:

يجب في هذه الخطوة تحديد الأسلوب العلاجي تبعاً للخطوتين السابقتين؛ حيث إنه مع تحديد الظروف الطبية والأهداف العلاجية المناسبة يتبقى تحديد الأسلوب العلاجي الأمثل لهما، فمثلاً عند قيادتك لمجموعة علاجية لأفراد يعانون من آثار الانتحار؛ يجب أن تبدأ الأسلوب العلاجي بعمل كل السبل الممكنة التي تحول دون تكرار محاولة الانتحار، ثم تأتي بعد ذلك الخطوات التي تتناسب مع موقف المرضى والأهداف الموضوعية مسبقاً لاجتياز مرحلة العلاج في إطارها الزمني المحدد. ولتعديل الأسلوب العلاجي يجب أولاً - في حالات الانتحار مثلاً - مراقبة المخاطر المتعلقة بالمجموعة ومراقبة تقلبات المرضى، بالإضافة إلى تشجيع الاتصال بين أفراد المجموعة والمعالج بكل السبل الممكنة، سواء كانت الاتصالات الهاتفية أو رسائل البريد الإلكتروني أو ما شابه ذلك، أما في حالات مثل العزلة فيجب تشجيع وتعميق الانخراط في المجموعة، وفي حالات التقاعد يجب التركيز على موضوعات معينة مثل زيادة الاعتماد وفقد الدور الاجتماعي وغير ذلك. وإجمالاً نستطيع القول بأن تعديل أسلوب العلاج يجب أن يتم وفقاً لمعايير معينة ترجع في المقام الأول إلى الموقف الطبي لمجموعة العلاج والأهداف المحددة مسبقاً وفق إطار زمني لاستكمال العلاج.

مجموعة العلاج لمرضى داخل المستشفى:

الوضع الطبي:

تعد مجموعة المرضى المقيمين خارج المستشفى مجموعة مستقلة؛ حيث تحدث كل المفاوضات المهمة بين المعالج والأعضاء السبعة أو الثمانية الذين يشكلون قوام المجموعة، لكن الأمر يتغير كثيراً عند قيادة مجموعة مرضى تقيم في المستشفى؛ حيث تكون أول حقيقة يجب على المعالج مواجهتها هي أن المجموعة ليست أبداً كياناً غير مستقل؛ فلديها دائماً علاقة معقدة مع المجموعة الأكبر.

وتعتمد كفاءة العلاج الجماعي لمرضى يقيمون في المستشفى بقوة على الدعم الإداري، فإذا كان مدير الجناح الطبي في المستشفى ومنسق التمريض الطبي غير مقتنعين بالعلاج الجماعي؛ فإنه من المستبعد دعم برنامج المجموعة بدءًا من عدم تنظيم في الجلسات إلى عدم تنسيق من المستشفى، إلى غير ذلك من الأمور التي تستدعي تعطيل كفاءة العلاج؛ لذلك فإن وجود عاملين مهمين (مثل قصر مدة العلاج ونطاق العلاج النفسي فيما يتعلق بالعلاج الجماعي لمرضى يقيمون في المستشفى) يتطلب ضرورة إجراء تعديل جذري في أسلوب العلاج. فمن النادر على سبيل المثال أن تستمر المجموعة العلاجية بنفس عدد المرضى لمدة ٣ جلسات، حيث يتغير عدد المرضى بطريقة منتظمة تبعًا لمدة العلاج الخاصة بكل منهما. وقد سبق التركيز في الفصل الثالث على الضرورة الحيوية لاستقرار الأعضاء؛ حيث إنه تدريجيًا وبعد أسابيع أو شهور يتطور إحساس التماسك، وهو عامل رئيسي في مرحلة العلاج، بالإضافة إلى أن المشاركين في المجموعة يستمدون منفعة ضخمة من استمرار واستقرار المجموعة. فكيف ينتهي الاستقرار في مجموعة يتغير أعضائها كل ٣ أو ٤ جلسات؟

وبالإضافة إلى ذلك تم التركيز في الفصل التاسع على أهمية تكوين المجموعة بحذر وإعطاء اهتمام خاص لاختيار أعضاء للمجموعة بدرجة قوة الشخصية تقريبًا، والسؤال مرة أخرى، كيف يتم السيطرة على مجموعة ينتمي أعضائها إلى فئات مختلفة وشخصيات مختلفة؟

أما فيما يتعلق بالوقت، فإن الوقت يكون محدودًا جدًا؛ فلا توجد تقريبًا مساحة من الوقت لتكوين علاقة مع أي عضو في المجموعة في الاجتماعات التحضيرية قبل بداية الجلسات، وبالإضافة إلى ذلك، فإن حدود المجموعة تكون غير واضحة؛ حيث إن الأعضاء عمومًا يكونون في مجموعات أخرى، ولا توجد سرية حقيقية في المجموعات الصغيرة للمرضى المقيمين داخل المستشفى؛ ولذلك فإن دور قائد المجموعة يُعد معقدًا جدًا لأن تلك الأمور تتطلب تواجد القائد مع المرضى بصفة شبه مستديمة، كما أن القائد نفسه يلتقي ومرضى آخرين خلال اليوم ويتخذ معهم أدوارًا أخرى.

وبالنظر إلى كل ما سبق يتضح أن أهداف المجموعة التي تضم مرضى مقيمين في المستشفى غير متطابقة في كل الحالات، ولكن هناك ستة أهداف يمكن تحقيقها:

- ١- انخراط المريض في العملية العلاجية.
- ٢- إثبات أن التحدث عامل مساعد في العملية العلاجية.
- ٣- التركيز على المشاكل.
- ٤- تقليل العزلة.
- ٥- مساعدة الآخرين.
- ٦- تخفيف التوتر الناتج عن الإقامة بالمستشفى.

وبعد ذلك يأتي تعديل الأسلوب المتبع في العلاج وفق كل حالة أو مجموعة، ويتم ذلك من خلال التركيز على عامل الوقت، وكذلك دعم المجموعة بشكل دائم من خلال تحقيق الأهداف السابقة تبعاً، مثل: انخراط المرضى في العملية العلاجية، وإبعادهم عن العزلة، والتركيز على مشاكلهم لإيجاد حل لها في أقصر وقت. والآن بعد تقييم العملية العلاجية وتحديد الأهداف، يمكننا الآن وضع إستراتيجية وتقنية العلاج. وهنا تكمن أهمية الجلسة الواحدة التي قد تمثل بالنسبة لمريض المستشفى عمر أو حياة المجموعة، لذا يجب أن تتميز بالفعالية وتقديم الدعم والأمان لعناصر المجموعة. وبالإضافة لذلك، هناك أيضاً مناقشة الهنا والآن وهي من أهم العناصر في المجموعة والتي يمكن مناقشتها من خلال تقديم الدعم وإدارة الصراع، ومن شأنه أيضاً تعليم المرضى الكثير من المهارات الشخصية ومهارات الإتصال بالإضافة للمشاعر الإيجابية.

بروتوكول جلسة المجموعة:

يُعد أبرتوكول الجلسة العلاجية حد أهم الطرق لإدارة الجلسة في تعاقب صريح ومتناسك، مما يشكل تحول جذري من الأسلوب التقليدي المتبع في علاج المجموعات للمرضى غير المقيمين في المستشفى، ولكن في المجموعات المتخصصة يجب استغلال الوقت وعدد الجلسات المحدود بشكل مثالي، وفي المجموعات التي تضم مرضى مقيمين في المستشفى يكون البروتوكول المحدد

له مزايا من حيث فاعلية الجلسات وإزالة التوتر والقلق والغموض عند المرضى، ويتضمن بروتوكول جلسة المجموعة:

١- الدقائق القليلة الأولى: وهذه الدقائق يقدم فيها المعالج هيكلًا صريحًا للمجموعة، ويُعد فيها المعالج أعضاء المجموعة للعلاج.

٢- تعريف المهمة: يحاول المعالج في هذه المرحلة تحديد الاتجاهات الإيجابية للمجموعة لتناولها على وجه الخصوص خلال الجلسة.

٣- تحقيق الهدف من المهمة: بمجرد الانتهاء من عرض صورة عامة عن موضوعات الجلسة المحتمل مناقشتها يقوم المعالج بمعالجتها خلال الجلسة.

٤- الدقائق القليلة الأخيرة: تُعد الدقائق القليلة الأخيرة فترة تلخيص لما سبق تناوله خلال الجلسة؛ حيث يشير المعالج إلى أن مرحلة العمل انتهت وأن الوقت المتبقي سيخصص لمراجعة وتحليل الاجتماع أو الجلسة.

أما بالنسبة للمجموعات الأعلى في المستوى والتي غالبًا ما يتم فيها تقابل المجموعة من ثلاث إلى خمس مرات أسبوعيًا لمدة تتراوح بين ٦٠ إلى ٧٥ دقيقة - فيجري استخدام نفس بروتوكول الجلسات السابق؛ حيث يكون هناك تحضير لمدة تتراوح بين ثلاث دقائق وخمس دقائق، ثم تأتي مرحلة تحديد المهام التي تستغرق ما بين عشرين وثلاثين دقيقة، ثم مرحلة تحقيق الأهداف التي تستغرق ما بين عشرين وخمس وثلاثين دقيقة، ثم مرحلة المراجعة التي تستغرق ما بين عشر دقائق وعشرين دقيقة.

مجموعات المرضى الذين يعانون من أعراض طبية:

يلعب التدخل النفسي دورًا مهمًا في الرعاية الطبية الشاملة، ومن المرجح أن تزيد أهميته في المستقبل في ظل فاعليته واحتمالية خفض تكاليف الرعاية الصحية، وهناك أسباب كثيرة تقف وراء أهمية العلاج النفسي في المرض الطبي، فهناك علاقة وثيقة بين الإحباط والمرض، وبالتحديد فإن القلق والتوتر والإحباط نتائج عامة لحالات المرض الخطيرة، فعلى سبيل المثال: كلنا يعلم أن الإحباط يصيب ما يصل إلى خمسين بالمئة من الأشخاص الذين يصابون بأزمات قلبية.

وسوف نقوم خلال هذا الجزء بالتركيز على مرض بعينه مثل مجموعة من النساء المصابات بمرض سرطان الثدي؛ فبالنظر إلى مجموعة من السيدات المصابات بسرطان الثدي نجد أنهن يشعرن بفقدان الأمل وقلة الحيلة، وغالبًا ما يشعرن بعدم العناية أو عدم سماع الأطباء لشكواهن، وأخيرًا هناك مقاومة كبيرة في القطاع الطبي لتكوين مجموعة بسبب الاعتقاد السائد بأن التحدث بحرية بشأن السرطان وسماع عدة نساء يتحدثن عن ألمهن ومخاوفهن سيزيد الأمور سوءًا، ومن هنا تأتي أهداف العلاج التي تتمثل في الأساس في تقليل العزلة. ويأتي بعد ذلك تعديل الأسلوب العلاجي الذي يمثل الدعم أهم عوامله، ثم يأتي انخراط أعضاء المجموعة في العملية العلاجية من خلال تشجيع المعالج لهم بالتحدث ومشاركتهم تجاربهم والتعبير عن أعماق مشاعرهم التي لم تناقش من قبل، إلى غير ذلك من الأمور التي تساعد على تفاعل أعضاء المجموعة.

تطبيق العلاج السلوكي الإدراكي والعلاج الشخصي في العلاج الجماعي:

جرى اختبار العلاج السلوكي الإدراكي والعلاج الشخصي في الأصل في العلاج الفردي، لكنهما يستخدمان الآن كعلاج جماعي مختصر، ويستخدم العلاج السلوكي الإدراكي والعلاج الشخصي فرديًا لأعضاء المجموعة.

العلاج السلوكي الإدراكي

يقوم العلاج السلوكي الإدراكي باستخدام المجموعة كوسيلة لعلاج الأفراد. وبالرغم من تداخل الأفكار والمشاعر والسلوك، يعتبر هذا النوع من العلاج الأفكار بمثابة الجزء الأهم في العملية العلاجية من خلال تشجيع الفحص والمراقبة. وبمجرد أن يقوم المعالج بتحديد الأفكار التي تشكل السلوك، يتم مناقشة الاعتقادات الشرطية، والتي يتم ترجمتها إلى افتراضات، وتنقسم تلك الاعتقادات إلى علاقات و اختصاصات: هل أستحق أن يحبني الآخرون؟ ، وهل يمكنني أن أحقق ما يمكن أن أثبت به ذاتي؟

وغالبًا يقوم المعالجون باستخدام عدد من الاستراتيجيات والتقنيات والتي يستخدمها المريض ثم يتم مناقشتها في المجموعة. فعلي سبيل المثال، يطلب من المريض أن:

- تسجيل الأفكار التلقائية
- مراقبة المزاج
- تسجيل قائمة بالمواقف التي تبعث على القلق، من الأسهل وحتى الأصعب
- مراقبة النشاط
- محاول حل المشكلات
- كيفية التدريب على الإسترخاء
- تقييم عوامل المخاطرة
- التعلم من خلال تلقي معلومات عن القلق مثلا أو الإكتئاب

العلاج الجماعي باستخدام العلاج الشخصي

يعرف هذا النوع من العلاج المتعب النفسية على أنها مشكلة على العلاقات الشخصية. ومع تحسن العلاقات الشخصية الخاصة بالمريض، تتحسن أعراضه المرضية. ومن هنا ظهر استخدام Group IPT وهو اكتساب عدد من المهارات الشخصية والاستراتيجيات للتعامل مع المشكلات الشخصية. وبدأ إستخدام هذه التقنية في بادئ الأمر في علاج مرضى فرط تناول الطعام ثم استخدمت هذه الطريقة مع مرضى الفوبيا والإكتئاب. وقد تم استخدامها كوسيلة علاجية تستخدم منفردة أو مع العلاج الدوائي في بعض الأحوال. ويتكون العلاج من جلستين من العلاج الفردي ثم من ٨ وحتى ٢٠ جلسة من العلاج الجماعي، تتكون كلا منها من ٩٠ دقيقة مع إجراء جلسة فردية للمتابعة كلا ٣ و ٤ شهور. وتتكون جلسة العلاج الجماعي من مقدمة ومرحلة إعداد مرحلة عمل ومرحلة تلخيص.

مجموعات دعم الإنترنت:

استخدم الإنترنت منذ سنوات قليلة في جلسات العلاج النفسي الجماعي في ظل استخدام ما يقرب من ١٦٣ مليوناً و ٦٤٠ ألف شخص أمريكي للإنترنت؛ حيث يقوم أشخاص بتشكيل مجموعات علاجية في نفس الوقت، وقد تكون هذه المجموعات محددة الوقت أو غير محددة الوقت، وبالرغم من ذلك، فهناك بعض المخاوف بشأن المشاركة الفعلية في مجموعات العلاج عبر الإنترنت.

والجدير بالذكر أن كل مجموعات الإنترنت تطور مجموعة من المعايير والآليات المحددة، ويرى مؤلف الكتاب أن هذه الخطوات هي بداية استخدام التكنولوجيا الإلكترونية في العلاج النفسي.

مثال: مجموعة (Comprehensive Health Enhancement Support System) أو مجموعة الدعم الصحي الشامل وهي مجموعة عبر الإنترنت هدفها الأساسي مساعدة مرضى الإيدز والسرطان والزهايمر. ومن أهداف هذه المجموعة :

- توفير معلومات كافية عن المرض من خلال أسئلة وأجوبة
- إقامة مناقشات تتيح لكل مريض عرض حالته مما يساعد المرضى على مشاركة الأهم
- تساعد المرضى على تنفيذ خطة عمل من أجل تغيير بناء.

الفصل السادس عشر الأسلاف

ظهرت ظاهرة مجموعات العلاج الحر خلال عقد الستينيات والسبعينيات؛ حيث انضمت مجموعات صغيرة من الأشخاص إليها، وكانت تسمى هذه المجموعات أحياناً بـ "علاج المجموعات للأوضاع الطبيعية"، ولكن إذا ذكر هذا المصطلح الآن فإنه لا يعني أي شيء، وبالرغم من أن مجموعات العلاج الحر كانت منتشرة بدرجة كبيرة في الماضي، إلا أن تأثيرهم على ممارسة علاج المجموعات مستمر إلى الآن. وهناك عدة أسباب توجب على معالج المجموعات العصري أن يعلم على الأقل بعض الخلفيات عن الأشياء السابقة:

أولاً: وكما ستتم مناقشته في الفصل السابع عشر، فإن التدريب المناسب يجب أن يشمل بعض الخبرة الشخصية عن المجموعات.

ثانياً: تأثر شكل علاج المجموعات المعاصر بمجموعات العلاج الحر.

ثالثاً: أصبحت مجموعات العلاج الحر مسئولة عن تنمية أفضل تكنولوجيا في علاج المجموعات الصغيرة.

ما هي مجموعات العلاج الحر؟

مجموعات العلاج الحر هي مصطلح عام يضم مجموعة كبيرة من الأشكال، مثل: مجموعات العلاقات الإنسانية، ومجموعات التدريب، والمجموعات الحساسة، ومجموعات النمو الشخصي، ومجموعات الوعي الحسي.

وتشتمل هذه المجموعات على عدة عناصر مشتركة، فهم يتراوحون في عددهم بين ثمانية وعشرين شخصاً، وهذا كبير بالقدر الكافي مما يشجع على التفاعل، وصغيرة بنفس القدر لتسمح لكل الأشخاص المشاركة في التفاعل.

الأسلاف وتطور علاج المجموعات الحر:

أصبح مصطلح المجموعات الحرة شائعاً في منتصف الستينيات، ولكن تواجدت المجموعة التجريبية بالفعل لمدة عشرين عاماً، وقد أُشيرَ إليها بـ "مجموعة - تي"، و "تي" يشير في التدريب إلى العلاقات الإنسانية، وقد عُقدت أول "مجموعة - تي" في عام ١٩٤٦، ويرجع تاريخها إلى الوقت الذي مررت فيه ولاية "كونيكتيكت" قانون ممارسات التوظيف العادلة، وطلبت من "كورت ليوين" (وهو معالج نفسي معروف) أن يعمل على تدريب القادة الذين يستطيعون التعامل بحرفية مع التوتر، وقد أقام "ليوين" ورشة عمل تتكون من مجموعات

من الأشخاص، في كل مجموعة عشرة أشخاص. وقد عَين "ليوين" (وهو أحد الباحثين المؤمنين بمقولة: "لا بحث دون فعل، ولا فعل دون بحث") مجموعة من المراقبين على البحث لتسجيل كل التفاعلات السلوكية بين كل أفراد المجموعات الصغيرة. وخلال الاجتماعات المسائية كان زعماء المجموعات ومراقبو البحث يتقابلون ويجمعون ملاحظات قائدي المجموعات وأعضائها، ثم قرر قائدو المجموعات السماح للمشاركين بملاحظة المجموعات المسائية على أساس تجريبي، وهكذا سُجلت كل السلوكيات والانفعالات التي تظهر على المجموعة.

التغذية العكسية (إبداء الملاحظات):

التغذية العكسية هي المصطلح المستخدم في الهندسة الكهربائية، وقد استخدمه "ليوين" لأول مرة في العلوم السلوكية وأصبح عنصرًا أساسيًا في كل "مجموعات - تي".

مشاركة الملاحظين:

اعتبر قائدو "مجموعات - تي" أن مشاركة الملاحظين هي الطريقة المثلى لمشاركة أعضاء المجموعة؛ إذ لا يجب على الأعضاء الانخراط نفسيًا في المجموعة، ولكن يجب عليهم مراقبة أنفسهم ومراقبة المجموعة نفسها.

إطلاق السراح:

استخدم "ليوين" نظرية التغيير للإشارة إلى عدم التأكيد على نظام الاعتقاد السابق للفرد، كما أكد على أن تولّد دافع التغيير يجب أن ينبع قبل حدوث أي تغيير بالفعل. لا بد أن يعتبر الأعضاء المجموعة كملاد آمن يقومون من خلاله بتجربة معتقدات وأفكار جديدة.

المساعدات الإدراكية:

قدم قائدو "مجموعات - تي" المساعدات الإدراكية التي من خلالها يستطيع المشاركون أن يتعرفوا على خبراتهم، وقد أثرت هذه الممارسات على الاستخدام الواسع للمساعدات الإدراكية في مناهج علاج المجموعات السلوكية الإدراكية والنفسية التعليمي.

وقد استُخدم مثال في عمل "مجموعة - تي" المبكر، وهو "نافذة جوهري" أو "Johari Window" الذي يعتبر نموذج شخصية مكون من أربعة خلايا يوضح وظيفة التغذية العكسية أو إبداء الملاحظات والكشف الذاتي أو الإفصاح.

	معلوم لنفسه	غير معلوم لنفسه
معلوم للآخرين	AA	B
غير معلوم للآخرين	CC	D

تشير الخلية "AA" (معلوم لنفسه وللآخرين) إلى المنطقة العامة للنفس، في حين تشير الخلية "B" (غير معلوم لنفسه ومعلوم للآخرين) إلى المنطقة المخفية، وتشير الخلية "CC" (معلوم لنفسه وغير معلوم للآخرين) إلى منطقة الأسرار، وتشير الخلية "D" (غير معلوم لنفسه وللآخرين) إلى منطقة اللاوعي. وترتكز أهداف "مجموعة - تي" التي يقترحها قائدو المجموعة على زيادة حجم الخلية "AA" وتقليل الخلية "B" من خلال التغذية العكسية، وكذلك تقليل الخلية "CC" من خلال الكشف الذاتي، في حين تُعد الخلية "D" خارج الحدود.

فاعلية العلاج الحر للمجموعات:

انخرط أطباء النفس الاجتماعيون في أول أيام تفعيل تجارب العلاج الحر للمجموعات في البحث في طريقة عملها والنتائج النهائي منها؛ مما جعل كثيرًا من هذه الدراسات نموذجًا للبحث التخيلي والمتطور. وقد جرى اقتراح تشكيل مجموعة تجريبية كمنهج موثوق به في جامعة "ستانفورد"، حيث ضمت ٢٠٠ مشارك جرى تقسيمهم بشكل عشوائي إلى ثماني عشرة مجموعة، اجتمع كل منها لمدة ثلاثين دقيقة على مدى اثنا عشر أسبوعًا.

وبينما كان الهدف من الدراسة التحقيق بشأن تأثير القائد على أسلوب الناتج، فقد حاولنا أن ننوع أسلوب القائد من خلال توظيف قادة من مدارس أيولوجية مختلفة، واخترنا قائدين مخضرمين من عشر مدارس أصبحت مشهورة الآن:

١- "مجموعات - تي" التقليدية.

٢- مجموعات العلاج الحر.

٣- مجموعات "جشطات".

٤- مجموعات الوعي الحسي.

٥- مجموعات المعاملات التحليلية.

٦- المجموعات النفسية.

٧- مجموعات "سيانون".

٨- مجموعات التجارب النفسية.

٩- مجموعات الماراثون.

١٠- مجموعات حرة بدون قادة.

وقد كان الهدف من إنشاء هذه المجموعات القياس المكثف للناتج النهائي، وكذلك قياس العلاقة بين الناتج وأسلوب القائد ومتغيرات عمليات المجموعات. ولتقييم الناتج، تتم إدارة مجموعة من الأدوات النفسية المكثفة ثلاثة مرات لكل موضوع: قبل بداية المجموعة، وبعد انتهاء تشكيلها مباشرة، وكذلك بعد ستة أشهر من انتهاء تشكيلها. ولقياس أسلوب القائد، يراقب مجموعة من المقيمين المدربين الاجتماعات والأسلوب الذي ينتهجه القائد في نفس الوقت، كما يتم مراجعة كل البيانات التي يلقونها من خلال تحليل تسجيلات وكتابات بشأن هذه البيانات، ويتم تجميع البيانات من خلال المراقبين ومن خلال الأسئلة التي يجيب عنها المشاركون في المجموعة.

وللإجابة عن السؤال: "ما هو الأسلوب الفعال في القيادة؟"، فإن هناك أربع

وظائف مهمة وأساسية في القائد:

١- النشاط النفسي: وهو يعبر عن مدى التحدي والمواجهة والإقبال على المخاطرة.

٢- **العناية:** وهي تعبر عن تقديم الدعم والثناء والحماية والتوجيه، وغير ذلك من الأمور.

٣- **إسناد القصد:** وهو يعبر عن الشرح والتوضيح والتفسير وتوفير إطار عام للإدراك.

٤- **الوظيفة التنفيذية:** وهي تعبر عن وضع الحدود والقواعد والمعايير والأهداف وإدارة الوقت، وغير ذلك من أمور الإدارة.

وترتبط هذه الوظائف الأربعة ارتباطاً وثيقاً مع قيادة علاج المجموعات.

العلاقة بين مجموعات العلاج الحر والمجموعات العلاجية:

عندما تتطور مجموعة العلاج الحر وتصل إلى لحظة التصادم مع مجال العلاج النفسي للمجموعات؛ فإننا نتحول إلى تطور علاج المجموعات لتوضيح التبادل بين المنهجين.

الفصل السابع عشر

تدريب المعالج النفسي للمجموعات

أثبتت الأبحاث أن علاج المجموعات يمتاز بفاعلية مثله مثل علاج الأفراد، ولكنه يحتاج اتجاهًا مستمرًا؛ حيث إن بعض العيادات والعملاء والمعالجين المحترفين لا يفضلون مثل هذا النوع من العلاج ويتخوفون منه، ويرجع هذا إلى عدة عوامل، منها تجنب القلق والتوتر الناتج عن قيادة المجموعات والظهور الزائد ووربما لأن علاج المجموعات يثير مجموعة من الذكريات غير السعيدة لمجموعات علاج سابقة، وقد بُذلت محاولات لإعادة التركيز على علاج المجموعات. وفي هذا الفصل سأحاول تقديم وجهات النظر الخاصة بالتدريب على علاج المجموعات، ليس فقط من خلال مجموعة من التوصيات المحددة بمنهج التدريب، ولكن بإرساء مفاهيم عامة تتعلق بفلسفة التدريب. والجدير بالذكر أن برامج التدريب المتعددة تركز على العلاج النفسي للفرد، بالرغم من الاعتراف الواضح بأن ممارسة علاج المجموعات سوف يستمر بالتزايد، وقد أظهرت عدة تقارير أن برامج التدريب الأكاديمي أوضحت قصورًا في التدريب على علاج المجموعات؛ حيث إنه من الصعب تدريب المعالجين على علاج الأفراد ثم مطالبهم بعد ذلك بقيادة علاج مجموعة بدون قيادة متخصصة، ولكن الأزمة الناشئة عن الاقتصاديات الطبية ونمو الرعاية الصحية المدارة أجبرتنا على الاعتراف بأن علاج الأفراد لا يستطيع الوفاء باحتياجات العامة من الرعاية الصحية العقلية. ومن هذا المنطلق نستطيع القول بأن برامج تدريب العلاج النفسي التي لا تعترف بهذه الحقيقة أو لا تتوقع إمام المتدرب إمامًا كاملاً بمهارات علاج الأفراد والمجموعات - قد فشلت في الوفاء بمتطلبات هذا المجال. وفيما يلي سنناقش المكونات الرئيسية الأربعة لأي برنامج تدريبي للعلاج النفسي:

- ١- مراقبة الأطباء المعالجين ذوي الخبرة أثناء فترة العمل.
- ٢- إنهاء الإشراف الطبي على المتدربين الجدد.
- ٣- إعطاء خبرة مجموعة فردية.
- ٤- إعطاء عمل علاجي فردي.

يفتقد الطلبة إلى رؤية نموذج لمعالج محترف يمارس تجربة علاج فردية؛ حيث إنه من غير المؤلف رؤية معالج محترف يمارس الأعمال العلاجية، وهذا الأمر يساعد المتدربين الجدد على إتمام ومباشرة أعمالهم العلاجية على نحو أمثل، وبغض النظر عن ماهية التدريب والمراقبة يجب إعطاء المرضى العلم الكامل عن سبب وجود المتدربين وحضورهم لجلسات العلاج؛ حيث يتم تنبيه المرضى إلى أن التدريب أمر هام جدًا للطلبة الجدد، وأنا بنفسى تلقيت تدريبًا كاملاً مثل ذلك. وتتحدد فترة المراقبة من جانب الطلبة عمومًا من خلال تناوب التدريب والخدمة، فإذا ما وُجِدَت مرونة كافية بالبرنامج؛ فإن المراقبة تستغرق ما بين ست إلى عشر جلسات تكون كافية لمثل هذا النوع من التدريب، وبعد ذلك يأتي عقد جلسة لمناقشة ما حدث في المرتبة الثانية من حيث الأهمية، ويتم ذلك بعد انتهاء الجلسة مباشرة ولمدة ٣٠ إلى ٤٥ دقيقة، في حين أن بعض المعالجين الخبراء يفضلون تعيين بعض الطلبة لكتابة تفاصيل الاجتماع؛ ومن هنا تأتي أهمية العلاقة بين المراقبين والمجموعة ومعالج المجموعة؛ حيث يرتبط كل منهم بصلة تجعل من الآخر عنصرًا حيويًا في إتمام العلاج والتدريب معًا. ويحظى الإشراف على الكشف الطبي بأهمية قصوى في التعليم؛ حيث إن المعالج الجديد تظهر أمامه مجموعة لا نهائية من المواقف التي تحتاج إلى الخبرة والتوجيه في التعامل معها؛ مما يعطي المشرف إسهامًا واضحًا وذا قيمة في تعليم المعالج الجديد. ومن هذا المنطلق تتحدد خصائص الإشراف الفعال التي تتطلب مبدئيًا بناء علاقة إشرافية ينقل من خلالها المشرف خبراته إلى المعالج المبتدئ؛ حيث إن الإشراف في حد ذاته لا ينقل الخبرة الفنية أو المعرفة النظرية فحسب؛ بل أيضًا يجسد قيم ومبادئ هذا العلاج. ويجب على المشرف أيضًا أن يركز معظم جهوده على تنمية الجانب التدريبي والمهني لدى المعالج المبتدئ، وكذلك عليه أن يتجنب أي عوائق سواء كانت على المستوى المعرفي أو الفني، وأن يقود المتدرب إلى اهتمامات رئيسية وإلى حل الأزمت التي يواجهها وإلى استعراض نقاط القوة والضعف فيه، ويجب أن تعقب الجلسات الإشرافية الجلسات العلاجية، ويمكن أن تتعقد في آخر ثلاثين دقيقة في جلسة العلاج الرئيسية.

وفي المقابل يجب على المتدربين أن يدونوا كل ملاحظاتهم على الجلسة الإشرافية بالإضافة إلى الموضوعات المهمة، مثل: إحباط "جون" عند فقدته لوظيفته، ومسئولية المجموعة في تقديم الدعم اللازم له، وغضب "شارون" من الرجال الذين تضمهم المجموعة وهكذا. ويجب على المشرف مناقشة كل متدرب في كل ما دونه من ملاحظات، سواء شفهيًا أو بأي وسيلة أخرى خلال الجلسات التي تمتد الواحدة منها إلى تسعين دقيقة، كما يجب عليه في نفس الوقت أن يراقب علاقته مع المتدربين. وإذا قاد مجموعة من المتدربين علاج مجموعة كمعالجين متعاونين فيجب عليهم بناء علاقة متبادلة من خلالها يستطيع المعالج تحقيق أقصى استفادة، ويجب تدخل المشرف والتركيز على أهمية هذه العلاقة. وعلى الجانب الآخر تأتي أهمية خبرة المجموعة الشخصية كجزء مكمل من التدريب والتطور المهني المستمر، كما أنها قد توفر أنواعًا من التعلم غير متوفرة في أي مكان آخر، وقد أظهرت بعض الدراسات أن ما بين نصف إلى ثلثي برامج التدريب على علاج المجموعات تقدم بعض الأنواع من خبرات المجموعات الشخصية.

هل يجب أن يكون تدريب المجموعات اختياريًا؟

يحقق التدريب الخاص بالمجموعات فاعلية أكثر إذا ما كان انخراط المشاركين في هذا التدريب اختياريًا، ليس كتدريب عادي ولكن كفرصة للنمو الشخصي، ويفضّل أن يبدأ المتدربون برنامجهم بعرض ما يفضلون الحصول عليه من تلك الخبرة، سواء على المستوى الشخصي أو على المستوى المهني، ثم بعد ذلك يتم التسلسل في البرنامج التدريبي من التعريف به، ثم يقسمون أنفسهم مجموعات لمعرفة ما يتوجب عليهم معرفته وكيفية عمل المجموعة، وكيف أنهم أنفسهم يعملون في مجموعات.

وإذا ما رفض أي متدرب أن يدخل في مجموعة التدريب أو أي نوع آخر من المجموعات التجريبية؛ فيفضّل عمل تحقيق حول المقاومة التي تظهر من خلال رفضه، والتي غالبًا ما تنشأ نتيجة لسوء الفهم حول المجموعات في العموم، أو للميل السلبي لكبار أعضاء الكلية نحو المجموعات، ولكن إذا ما كان الرفض نابغًا

من عدم مرونة المتدرب في العمل على هذه المقاومة في العلاج الفردي أو الجماعي؛ فإنه من غير الحكمة إقناع الطالب بإكمال العمل في العلاج النفسي.

من يجب عليه قيادة مجموعات الطلاب التجريبية؟

يجب على مديري برامج التدريب اختيار قائدي المجموعات بعناية فائقة؛ حيث إن القائد غالباً سيخدم كنموذج للمتدربين؛ ولذلك يجب أن يملك خبرة طبية واسعة ويتمتع بأعلى درجات المهنية الممكنة، كما أن صعوبة اختيار القائد تكمن في الحقيقة التي تقول بأنه من الصعب جداً أن تقود مجموعات من محترفي الصحة العقلية الذين يكملون معاً طوال تدريبهم.

هل يجب أن يكون القائد من مدرسي الكلية أو متدرباً ضمن المتدربين؟

يضاعف القائد الذي يقود المجموعة - وهو في الأصل أحد أعضاء هيئة التدريب - من المشاكل التي ستواجهه من أعضاء المجموعة الذين يشعرون أنهم مقيدون بالتعامل مع أحد الأفراد الذين سيقومون أداءهم في المستقبل؛ حيث يصعب على الشخص أن يتقلد حكم القائد وهو الأمر الذي سيضعه بالتأكيد في مشاكل لا حصر لها؛ من حيث معالجة دوره كقائد للمجموعة، وفي نفس الوقت دوره كإداري يحمل على عاتقه تقييم أداء هؤلاء الأفراد؛ ولذلك يطرح السؤال نفسه: ماذا نتعلم من هذه الأزمة؟ ثم يبدي كل شخص رأيه بالنسبة لهذه المسألة؛ ومن هنا يجب التعرف على سلوكياتهم؛ حيث يبدي بعض الأشخاص موافقتهم في حين يميل البعض الآخر إلى الرفض، وهكذا تتعدد الأنماط السلوكية التي من خلالها نستطيع الحكم على الأفراد.

هل مجموعة التدريب هي مجموعة علاجية؟

هذا سؤال محير جداً بالطبع، ولكن تختلف مجموعات التدريب عن المجموعات العلاجية في كونها مجموعة من الأشخاص الذين سيحترفون العلاج النفسي؛ مما سيجعلهم - بالرغم من أنهم ليسوا مجموعة تتلقى العلاج - يعطون الفرصة لمدربيهم في ممارسة العلاج النفسي عليهم؛ ولذلك تختلف الاتجاهات والأغراض التي من خلالها تنشأ فكرة المجموعات التدريبية في الأساس، فلا بد أن يتعرفوا عملياً على كل الأمور التي تؤهلهم لممارسة العلاج النفسي مستقبلاً.

أسلوب القائد:

يواجه قائد مجموعات التدريب على العلاج النفسي مجموعة من التحديات، أهمها توفير نموذج محوري لهؤلاء المتدربين من خلال تشكيل واستخدام أسلوب عمل فعال مع المجموعة، وكذلك تناول الموضوعات التعليمية والتدريبية بحرفية شديدة. وهناك طرق عدة يستخدمها أي قائد للتعامل مع خبرات أعضاء المجموعة المحترفين ويضعها في إطار خدمة عمل المجموعة ككل؛ ولذلك تتحدد مهام القائد فيما يلي:

- ١- احتواء قلق أفراد المجموعة.
- ٢- توفير جو العلاج النفسي من خلال تشكيل معايير الدعم والقبول والتحكم في المجموعة.
- ٣- تحديد أهداف محددة يستطيع القائد الوصول إليها في الوقت المتاح.
- ٤- موازنة الخطوط التي تسير عليها المجموعة أثناء التدريب.
- ٥- إنهاء التدريب بشكل جيد.

العلاج النفسي للأفراد:

يندر أن يلم المتدرب على علاج المجموعات بكافة جوانب العلاج النفسي للأفراد الذي يحتاجه أي طالب يتلقى تدريباً على العلاج النفسي، وقد جرى مسح ضخم على ٣١٨ معالجاً نفسياً أظهر أن ٧٠ بالمئة دخلوا العلاج النفسي بعد التدريب، منهم ٦٣ بالمائة بعد تدريبهم على قواعد العلاج النفسي للأفراد، في حين تلقى ٢٤ بالمائة علاج المجموعات فقط، وتلقى ٣٦ بالمائة التدريب على العلاجين معاً. وبالقطع فإن الأجواء المحيطة بالتدريب تؤثر على المتدرب نفسه وعلى اتباع الأسلوب المناسب له في العلاج، سواء كان التعامل مع الأفراد أو المجموعات، وحيث إن كل مجتمع تدريبي يمتلك بعض المعالجين ذوي الخبرة على علاج المجموعات؛ فإن هذا يخلق محيطاً من إتاحة الفرص لعلاج المجموعات في الانتشار.