פרק 13

חברי קבוצה בעייתיים

אני עדיין מחכה להיתקל במטופל הלא בעייתי, זה שצולח את כל הטיפול כמו ספינה שזה עתה הושקה, והיא מחליקה נוצצת וחדשה על הכבש אל המים. כל חבר קבוצה חייב להיות בעיה: הצלחת הטיפול תלויה בכך שיפגוש את בעיות חייו הבסיסיות בכאן־ועכשיו הקבוצתי על מנת להתמודד אתן ולהגיע לפתרון. כל בעיה היא סבך מורכב, רב פנים וייחודי. מגמת הספר הזה איננה לספק רשימת פתרונות לבעיות, אלא לתאר אסטרטגיה ומערך שיטות וטכניקות שיאפשרו למטפל להסתגל לכל בעיה המתעוררת בקבוצה.

המונח 'מטופל בעייתי' הוא כשלעצמו בעייתי. אין לשכוח שהמטופל הבעייתי לא קיים כמעט אף פעם בחלל ריק, אלא הוא תצרף המורכב מכמה רכיבים: הפסיכודינמיקה של המטופל, הדינמיקה הקבוצתית, ומגעיו של המטופל עם חבריו לקבוצה ועם המטפל. אנחנו נוטים לייחס ערך מוגזם לתפקיד אישיותו של המטופל, ולהמעיט מערך התפקיד שממלא ההקשר הבין־אישי והחברתי.[1]

צירופי התנהגויות מסוימים מצדיקים תשומת לב מיוחדת בשל הופעתם החוזרת ונשנית. בשאלון ששלחה האגודה האמריקנית לפסיכותרפיה קבוצתית למטפלים קבוצתיים הם נשאלו על בעיות מכריעות שמטפל קבוצתי צריך ללמוד להתמודד אתן. יותר מ־50% השיבו, 'עבודה עם מטופלים בעייתיים'.[2] בפרק הזה נפנה את תשומת לבנו למטופלים קשים, ונייחד את הדיון לשמונה טיפוסים קליניים בעייתיים: המונופוליסט, המטופל השותק, המטופל המשעמם, המתלונן שדוחה עזרה, המטופל הפסיכוטי או הדר־קוטבי (מאני־דיכאוני), המטופל הסכיזואידי, המטופל הגבולי והמטופל הנרקיסיסטי.

המונופוליסט

אימתם של מטפלים רבים הוא המטופל המונופוליסט, זה שאינו יכול להפסיק לפטפט בלי הרף. טיפוס כזה נכנס לחרדה אם הוא יושב בשקט. אם מישהו אחר מקבל את הבמה, הוא מחזיר את עצמו למרכז תשומת הלב בדרכים שונות ומשונות: נחפז למלא

כל הפוגה קצרה, מגיב לכל אמירה בקבוצה, מחרה אחר הדובר במשפטים כמו 'כן, גם אצלי זה כך', וכדומה.

המונופוליסט עשוי להתעקש לתאר בפרטי פרטים שיחות עם אחרים (ולגלם כמה תפקידים בשיחה) או לצטט סיפורים מהעיתון, שיש להם נגיעה שולית בלבד לסוגיה הקבוצתית. יש מונופוליסטים שתופסים את הבמה בנטלם את תפקיד החוקר. חברה אחת המטירה על הקבוצה כל כך הרבה שאלות ו'הבחנות' שהיא חסמה כל הזדמנות לחברים האחרים לקיים דו־שיח או להתבונן. בסופו של דבר, כשחבריה הנזעמים עימתו אותה עם ההשפעה המשבשת של התנהגותה, היא הסבירה שהיא חרדה משתיקות כי זה מזכיר לה את 'השקט שלפני הסערה' במשפחתה – השקט שקדם להתפרצויות הזעם האלימות של אביה בילדותה. אחרים לוכדים את תשומת לב החברים בכך שהם מפתים אותם בחומר ביזרי, מבין או פיקנטי מבחינה מינית.

מטופלים לא יציבים, בעלי כישרון דרמטי, עלולים להשתלט על תשומת הלב הקבוצתית בשיטת המשבר היזום: הם מציגים לקבוצה חדשות לבקרים תהפוכות חיים מאיימות שתובעות תשומת לב מידית וממושכת. חברים אחרים אינם מעזים להעלות את בעיותיהם, שנראות פעוטות בהשוואה לדרמות האלה. ('לא קל לקטוע את "חלף עם הרוח"', כמו שניסח את זה חבר קבוצה אחד).

השפעות על הקבוצה

גם אם הקבוצה עשויה לקדם בברכה את תרומתו של המונופוליסט בפגישה הראשונה, ואולי אפילו לעודד אותו, הלך הרוח מתחלף עד מהרה בתסכול וכעס. החברים מהססים בדרך כלל להשתיק אותו מחשש שזה יחייב אותם למלא את השתיקה שתיווצר. הם מצפים לתגובה המתבקשת, 'בסדר, אהיה בשקט. דבר אתה במקומי'. וכמובן, אי־אפשר לדבר בקלות באקלים מתוח וזהיר. חברים שלא קל להם לעמוד על שלהם נמנעים מהתמודדות ישירה עם המונופוליסט. במקום זאת הם בוערים בחשאי על אש קטנה או מסננים הערות עוינות בלתי ישירות. בדרך כלל, מתקפה עקיפה על המונופוליסט רק מחמירה את הבעיה, שכן היא יוצרת מעגל קסמים שלילי. דיבורו הכפייתי של המונופוליסט הוא הרי ניסיון להתמודד עם חרדה. כשהוא חש את המתח והטינה המצטברים בקבוצה, חרדתו מתעצמת, והנטייה הכפייתית לדבר גוברת אתה. יש מונופוליסטים שערים במודע בזמנים כאלה לנטייתם לייצר מסך עשן של מילים כדי להסיט את הקבוצה ממתקפה ישירה נגדם.

בסופו של דבר תהיה למקור מתח בלתי פתור זה השפעה מזיקה על הלכידות – השפעה שאפשר להבחין בה דרך סימנים כמו ריבים עקיפים, כעס המופנה למטרה חלופית, היעדרות, נשירה והתפלגות לתת־קבוצות. כשהקבוצה מגיעה להתעמתות עם המונופוליסט, זה נעשה בדרך כלל בסגנון אלים ונפיץ. הדובר שמייצג את הקבוצה בעימות עם המונופוליסט מקבל בדרך כלל תמיכה פה אחד – הייתי עד אפילו

לתשואות ומחיאות כפיים. המונופוליסט עשוי להגיב בהסתגרות זועפת, לשתוק לגמרי פגישה או שתיים ('נראה מה הם יעשו בלעדיי'), או לעזוב לגמרי את הקבוצה. בכל מקרה, לא הושגה תועלת טיפולית של ממש לאף אחד מהנוגעים בדבר.

שיקולים טיפוליים

איך המטפל יכול לקטוע את רצף דבריו והתנהגותו המשתלטת של המונופוליסט באופן מועיל מבחינה טיפולית? על אף ההתגרות החריפה והפיתוי להשתיק אותו בהערה תקיפה או מכוח כללים קבוצתיים, לאכיפה כזאת אין ערך רב (מלבד זיכוך רגשי זמני של המטפל). המטופל אינו נעזר: אין כאן למידה. החרדה שביסוד דיבורו הכפייתי נותרת בעינה, ותתפרץ שוב, בלא ספק, במטחים מונופוליסטיים נוספים, או, במקרה שכל אפיק פורקן אחר נחסם, תאלץ את המטופל לפרוש מן הקבוצה. גם הקבוצה אינה נעזרת. יהיו הנסיבות אשר יהיו, שאר החברים מאוימים מפעולת ההשתקה התקיפה שהמנחה נוקט כלפי חבר בקבוצתם. זרע של זהירות ופחד נזרע במוחם של כל החברים. הם מתחילים לתהות אם גורל דומה עלול ליפול גם בחלקם.

עם זאת יש לרסן את התנהגותו של המונופוליסט, ובאופן כללי זה תפקידו של המטפל. אמנם בדרך כלל מוטב לחכות שהקבוצה תטפל בבעיה קבוצתית בכוחות עצמה, אך החבר המונופוליסט הוא בעיה שהקבוצה, במיוחד אם זאת קבוצה צעירה, אינה יכולה במקרים רבים לטפל בה. המטופל המונופוליסט מציב איום על יסודותיה הנוהליים: חברי הקבוצה מקבלים עידוד לדבר בקבוצה, ועם זאת, יש להשתיק את החבר המסוים הזה. המטפל צריך למנוע התפתחות נורמות משבשות־טיפול, ובה בעת למנוע מן המטופל המונופוליסט לבצע התאבדות חברתית. גישה דו־ראשית היא היעילה ביותר: התייחסות למניעיו של המונופוליסט מצד אחד, ולקבוצה שאפשרה לו להשתלט עליה מצד שני. גישה זאת מצמצמת את הסיכון של היטפלות מיותרת לשעיר לעזאזל, ומאירה את התפקיד שהקבוצה ממלאת בהתנהגותו של כל חבר.

מנקודת המבט של הקבוצה, יש לזכור את העיקרון שפסיכולוגיה אינדיבידואלית וקבוצתית שלובות זו בזו באופן הדוק. אף מטופל מונופוליסט אינו פועל בחלל הריק: המטופל פועל תמיד מתוך שיווי משקל דינמי עם קבוצה המתירה ומעודדת התנהגות כזאת.[3] מכאן שהמטפל יכול לברר מדוע הקבוצה מאפשרת לחבר אחד — או מעודדת אותו — לשאת על כתפיו את נטל הפגישה כולה. בירור כזה עשוי לזעזע את החברים, שלפי תפיסתם הם קרבנות סבילים של המונופוליסט. אחרי עיבוד המחאות הראשוניות, חברי הקבוצה עשויים לבחון את האופן שהם מנצלים את המונופוליסט. אולי הם חשו הקלה שאינם צריכים להשתתף בקבוצה באופן מילולי. הם נתנו למונופוליסט לקחת על עצמו את כל מלאכת החשיפה העצמית, או להיראות טיפש, או להתנהג ככליא־ברק לכעסם, בעוד הם עצמם נוטלים מעט מאוד אחריות למשימות הטיפוליות של הקבוצה. ברגע שהחברים מגלים את הסיבות לחוסר פעילותם ודנים בהן, מחויבותם לתהליך

הטיפולי מעמיקה ומתרחבת. הם עשויים, למשל, להתחיל לדון בפחדיהם מעמידה על שלהם, או מפגיעה במונופוליסט, או ממתקפת גמול מצד חבר מסוים או מצד המטפל. הם עשויים לרצות להימנע מניסיון לזכות בתשומת הלב הקבוצתית מחשש שחמדנותם תיחשף. אולי הם שמחים בחשאי לאידו של המונופוליסט ונהנים להשתייך לרוב הנפגע והמתריס. חשיפת כל אחת מהסוגיות האלה מצד מטופל שהיה עד כה בלתי מעורב מציינת התקדמות ומעורבות רבה יותר בטיפול.

באחת הקבוצות התפרצה סו, אישה כנועה, מדוכאת כרונית, בזעם בלתי אופייני רצוף גידופים על התנהגותו המונופוליסטית של חבר אחר. כשעברה להתבונן ולברר את הסיבות להתפרצותה נוכחה במהרה לדעת שזעמה היה למעשה מכוון פנימה, אל עצמה, תסכול וכעס עצור על החנק העצמי שלה, על עמדתה הסבילה בחיים, על הימנעותה הרגשית. 'ההתפרצות הזאת שלי התבשלה 20 שנה במסתרים', אמרה סו בהתנצלות בפני החבר ההמום ששימש גירוי להתפרצותה, והודתה לו שעזר לה לזקק את מודעותה העצמית.

יש להשלים את הגישה הקבוצתית לבעיה בעבודה עם המטופל המונופוליסט. עקרון היסוד פשוט: המטפל אינו רוצה להשתיק את המונופוליסט; הוא לא רוצה לשמוע פחות מן המטופל — הוא רוצה לשמוע יותר. הסתירה לכאורה נפתרת כשאנחנו מביאים בחשבון שהמונופוליסט משתמש בדיבור כפייתי לצורך הסתרה. הסוגיות שהמונופוליסט מציג לקבוצה אינן משקפות נאמנה קשיים אישיים עמוקים, אלא נבחרות לצורך מטרה אחרת: לבדר, לזכות בתשומת לב, להצדיק עמדה, להציג קובלנות, וכן הלאה. המונופוליסט מקריב אפוא את ההזדמנות לטיפול למען צורך בלתי נדלה בתשומת לב ושליטה. כל מטפל יעצב את התערבותו בהתאם לסגנונו האישי, אך המסר היסודי למונופוליסט חייב להיות שבדיבורו הכפייתי הוא מרחיק מעליו את הקבוצה, ומונע מאחרים להתייחס אליו באופן משמעותי. בכך המטפל משדר לו שהוא אינו דוחה אותו אלא אדרבה, מושיט לו יד והזמנה להיכנס למעורבות מלאה יותר בקבוצה. אם המטפל מציב לעצמו רק את היעד של השתקת המטופל, הוא זונח למעשה את היעד הטיפולי, ועלול להביא לנשירתו מן הקבוצה.

יש מקרים שעל אף זהירות ועדינות רבה מצד המטפל, המטופל ממשיך לשמוע רק את המסר השלילי: 'ובכן, אתה רוצה שאשתוק!' מטופל כזה יעזוב בסופו של דבר את הקבוצה, לעתים קרובות מתוך מבוכה או כעס. זה אמנם תרחיש מטריד ולא נעים, אך התוצאות של הימנעות מפעולה מצד המטפל גרועות בהרבה. החברים הנותרים עשויים להביע צער על עזיבתו של החבר, אך בדרך כלל הם מכירים בכך שהיו על סף עזיבה בעצמם אלמלא התערב המטפל ועצר את המונופוליסט.

נוסף על התנהגותו החריגה, הסוטה מנורמות הקבוצה, מערכת החישה החברתית של המונופוליסט לוקה בחסר. במיוחד הוא לא מודע להשפעתו הבין־אישית ולתגובתם של אחרים אליו. נדמה גם שהוא חסר יכולת או נטייה לחוש אמפתיה כלפי אחרים.

נתונים ממחקר אמפירי תומכים במסקנה הזאת.[4] מטופלים וסטודנטים צופים התבקשו למלא שאלונים בתום כל פגישה קבוצתית. אחד הנושאים שנחקרו היה פעילות. המשתתפים התבקשו לדרג את חברי הקבוצה, כולל עצמם, מבחינת מספר המילים שאמרו במהלך הפגישה. התקבלה מהימנות מצוינת בדירוגי הפעילות בין חברי הקבוצה לצופים, עם שני יוצאים מן הכלל: 1) נמצאו פערים גדולים בין המטופלים בדירוגי הפעילות של המטפל (בהשפעת ההעברה, ראו פרק 7); 2) מטופלים מונופוליסטים דירגו את עצמם על סולם הפעילות נמוך בהרבה מכפי שדירגו אותם שאר החברים, שהיו במקרים רבים תמימי דעים שהמונופוליסט היה החבר הפעיל ביותר בפגישה.

המטפל צריך אפוא לעזור למונופוליסט להיות מודע יותר לעצמו, בכך שיעודד את הקבוצה לספק לו משוב אמפתי המשכי בנוגע להשפעתו על אחרים.[5] בלי הנחיה מסוג זה מצד המנחה, הקבוצה עלולה לתת את המשוב באופן מקוטע ותוקפני, שרק יגרום למונופוליסט להתבצר יותר בעמדת התגוננות. לרצף כזה אין ערך טיפולי רב, והוא גורם רק לחזרה על דרמה ידועה ועל תפקיד שהמטופל גילם כבר יותר מדי פעמים.

- בריאין הראשוני התלונן מתיו, מטופל מונופוליסט, על הקשר שלו עם אשתו, שלטענתו נקטה כלפיו לעתים קרובות צעדים תוקפניים דרסטיים, כמו השפלתו בפומבי או האשמתו בבגידה בנוכחות הילדים. לדבריו התקיפות מצדה לא השיגו דבר. ברגע שפצעיו החלימו, הוא ואשתו התחילו מחדש את המעגל. כבר בפגישות הראשונות של הקבוצה התפתח רצף דומה במיקרוקוסמוס החברתי של הקבוצה: בגלל התנהגותו המונופוליסטית, שיפוטיותו וחוסר יכולתו לקבל משוב הלמה הקבוצה בכוח הולך וגדל, בניסיון להבקיע מבעד לשריון האטימות, עד שלבסוף, כשהוא נאלץ להקשיב, נשמע המסר אכזרי והרסני.

במקרים רבים המטפל צריך לפעול להרחבת יכולתו של המטופל להיות קליט ופתוח למשוב. הוא עשוי להיאלץ לנקוט גישה תקיפה ומנחה, ולומר, למשל, 'שרלוט, מוטב שתפסיקי לדבר עכשיו, כי אני חש שיש בקבוצה רגשות כלפייך שיועיל לך אם תהיי פנויה לשמוע אותם'. עליו גם לעזור לחברים לבטא את תגובותיהם המידיות לשרלוט, יותר מאשר פירושים בדבר מניעיה. כמו שהובהר בדיון על משוב ולמידה בין־אישית, מועיל ומתקבל הרבה יותר לומר משהו בסגנון 'כשאתה מדבר באופן הזה אני מרגיש...' מאשר 'אתה מתנהג באופן הזה מפני ש...' המטופל עלול לתפוס פירושים בדבר מניעים כהאשמה, ולעומת זאת יהיה לו קשה יותר לדחות את תקפותן של תגובות סובייקטיביות אותנטיות.@

אנחנו מרבים לבלבל בין המושגים ביטוי בין־אישי, תגובה וסיבה, ולהחליף ביניהם. הסיבה להתנהגות מונופוליסטית עשויה להשתנות במידה רבה ממטופל למטופל: יש

מטופלים שמדברים כדי לשלוט באחרים; רבים פוחדים כל כך מהשפעה או חדירה של אחרים עד שהם מֵגִנים באופן כפייתי על כל אמירה שלהם; אחרים מחשיבים כל כך את רעיונותיהם והבחנותיהם עד שאינם יכולים לחכות, וכל מחשבה חייבת לקבל ביטוי מידי. בדרך כלל הסיבה או הכוונה הממשית מאחורי התנהגותו של המונופוליסט אינה מובנת כל צורכה עד שלב הרבה יותר מאוחר בטיפול, ופירוש הסיבה יביא תועלת מועטה בניהול המוקדם של דפוסי התנהגות מזיקים. יעיל הרבה יותר להתרכז באופן הביטוי שלו בקבוצה, ובתגובתם של שאר החברים להתנהגותו. בעדינות אך באופן חוזר ונשנה יש לעמת את החבר עם הפרדוקס שעם כל רצונו לזכות ביחס של קבלה וכבוד בקבוצה, הוא מתנהג באופן שמעורר כלפיו רק רוגז, דחייה ותסכול.

דוגמה קלינית לרבות מהסוגיות האלה התרחשה בקבוצה טיפולית בבית חולים פסיכיאטרי/כלא לעברייני מין:

- וולט, שהשתתף בקבוצה זה שבעה שבועות, פצח בשיר הלל מוכר וארכני על השיפור המופלא שחל בו. הוא תיאר בפרטי פרטים כיצד בעייתו המרכזית הייתה שהוא לא הבין את ההשפעות המזיקות של התנהגותו על אחרים, ואילו עכשיו, אחרי שהגיע להבנה הנכונה, הוא מוכן לצאת מבית החולים.

  המטפל הבחין שכמה מן החברים הגיבו בחוסר שקט בולט. אחד מהם הלם בחשאי באגרופו בכף ידו השנייה, ואחרים התפרקדו בכיסאותיהם בתנוחה של אדישות והשלמה של אין אונים. הוא עצר את המונופוליסט, ושאל את חברי הקבוצה כמה פעמים הם שמעו את וולט חוזר על הסיפור הזה. כולם הסכימו שהם שמעו את זה בכל פגישה – למעשה, הם שמעו את וולט מדבר כך כבר בפגישה הראשונה. האמת היא, הם אמרו, שמעולם לא שמעו אותו מדבר על משהו אחר, והם מכירים אותו רק כסיפור. החברים תיארו את העצבנות שוולט מעורר בהם, ואת רתיעתם מלתקוף אותו מחשש לפגוע בו באופן חמור, לאבד שליטה על עצמם, או לספוג תגובת נגד כואבת. כמה מהם דיברו על חוסר התקווה שלהם להגיע אי־פעם לוולט, ושהוא מתייחס אליהם כאל דמויות קרטון, בלי עומק או בשר. עוד אחרים דיברו על חרדתם לדבר ולחשוף את עצמם בקבוצה. משום כך הם דווקא קיבלו בברכה את השתלטותו של וולט. כמה חברים הביעו את חוסר האמון המוחלט שלהם בטיפול, או חוסר עניין, שמנעו מהם לעצור את וולט, או להגיב אליו, מתוך אדישות גרדא.

  מכלול התגובות הגדיר את התהליך מכל הכיוונים: מצבור גורמים מצטלבים יצרו שיווי משקל דינמי שנקרא מונופוליזציה. בכך שהמטפל עצר תהליך דוהר, חשף את הגורמים שביסודו ודובב את החברים לעבד אותם בקבוצה, הוא השיג תועלת טיפולית מרבית מתופעה קבוצתית מגבילה ומסכלת. כל חבר עשה צעד לקראת מעורבות קבוצתית. וולט לא קיבל עוד רשות ועידוד להשתתף באופן שלא היה בו כדי להועיל לו או לקבוצה.

חיוני להנחות את המטופל המונופוליסט לתהליך טיפולי של התבוננות עצמית. אני מדרבן מטופלים כאלה להתבונן על סוג התגובה שהם קיוו במקור לקבל מן הקבוצה, ולהשוות אותה למה שקרה בפועל. כיצד הם מסבירים את הפער? איזה תפקיד הם ממלאים ביצירתו?

לעתים קרובות מטופל מונופוליסט ממעיט מערך התגובה הקבוצתית אליו. הוא עשוי לטעון שהקבוצה מורכבת מבני אדם מעורערים בנפשם, או לערער על עצם תקפותם של הדברים ולמחות, 'זאת הפעם הראשונה שמשהו כזה קרה לי'. אם המטפל מנע היטפלות אליו כשעיר לעזאזל, האמירה הזאת שקרית תמיד: המטופל נמצא במקום מוכר לו מאוד. מה ששונה בקבוצה לעומת מצבים חברתיים אחרים אלה נורמות המתירות לאחרים להעיר באופן גלוי על התנהגותו.

המטפל מגביר את המשקל הטיפולי בכך שהוא מעודד את המטופל לבחון את הקשיים הבין־אישיים בחייו ולדון בהם: בדידות, חסרונם של ידידים קרובים, היעדר הקשבה מצד אחרים, הפנית עורף כלפיו בלי סיבה – כל הסיבות שבגללן הוא פנה לטיפול מלכתחילה. ברגע שאלה יוצאים לאור, המטפל יכול להראות למונופוליסט באופן משכנע יותר את החשיבות והשייכות של בחינת התנהגותו בקבוצה. עיתוי טוב הכרחי בעניין הזה. אין טעם לנסות לעשות את העבודה הזאת עם אדם סגור ומתגונן כשהאש בוערת. התערבויות חוזרות, עדינות ומתוזמנות היטב הן הדרך הנכונה.

המטופל השותק

המטופל השותק מפריע פחות לקבוצה, אך במקרים רבים מאתגר לא פחות מבחינתו של המטפל. האם המטופל המחריש הוא תמיד בעיה? אולי הוא מרוויח בשקט מהטיפול הקבוצתי. סיפור (אולי בדוי) שמסתובב עשרות שנים בין מטפלים קבוצתיים, מספר על מטופל שישב שנה בקבוצה בלי להוציא מילה מפיו. בתום הפגישה ה־50 הוא הודיע לקבוצה שהוא לא יחזור. בעיותיו נפתרו, הוא עומד להתחתן למחרת, וברצונו להביע את תודתו לקבוצה על העזרה שקיבל ממנה.

יש מטופלים שתקנים המפיקים תועלת ממעורבות עקיפה בטיפול דרך הזדהות עם חברים פעילים בעלי בעיות דומות. יש אפשרות ששינויים בהתנהגות ובנטילת סיכונים יתחוללו בהדרגה בקשריו של מטופל כזה מחוץ לקבוצה, גם כשהוא נשאר שקט ובלתי משתנה לכאורה בקבוצה. במחקרם של ליברמן, יאלום ומיילס על קבוצות מפגש עולה שמקצת המשתתפים שהשתנו יותר מכול היו בעלי יכולת מיוחדת להפיק תועלת מרבית מהזדמנויות הלמידה שלהם בקבוצה קצרת מועד (30 שעות) **בכך שנטלו חלק בעקיפין בהתנסותם הקבוצתית של חברים אחרים.**[6]

אולם באופן כללי, הראיות מלמדות שככל שהמטופל פעיל ומשפיע במערך הקבוצתי, עולה הסיכוי שהוא ירוויח מן הטיפול. מחקר על קבוצות התנסות הראה

שבלי קשר לדיווח של המשתתפים, ככל שהם דיברו יותר, היה השינוי החיובי בתפיסתם העצמית גדול יותר.[7] מחקר אחר הראה שהתנסות עקיפה, לעומת השתתפות ישירה, לא הייתה יעילה מבחינת שינוי משמעותי, מעורבות רגשית או משיכה לתהליך הקבוצתי.[8]

יתרה מזאת, יש הסכמה קלינית רחבה שבטיפול ארוך טווח, חברים שקטים אינם מרוויחים מן הקבוצה. חברים שחושפים את עצמם לאט מאוד עלולים לא להדביק את שאר הקבוצה, ולהשיג רווחים מזעריים לכל היותר.[9] ככל שההשתתפות המילולית רבה יותר, גוברת תחושת המעורבות, והמטופל זוכה להערכה מצד חבריו, שגוררת בסופו של דבר שיפור בהערכתו העצמית. חשיפה עצמית איננה רק חיונית להתפתחות לכידות קבוצתית – יש לה מתאם ישיר עם תוצאה טיפולית חיובית, כמו ל'עבודתו' של המטופל בטיפול. הייתי מציע אפוא שלא נלך שולל אחר אותו מטופל אגדי שהשתפר בלי לומר דבר. חבר שקט בקבוצה הוא מטופל בעייתי, שברוב המקרים אינו מפיק תועלת משמעותית מן הקבוצה הטיפולית.@

מטופל עשוי לשתוק מסיבות רבות. יש שחשים חרדה עמוקה מחשיפה עצמית: הם חוששים שכל מילה שיוציאו מפיהם עלולה לחייב אותם לחשיפה נוספת. אחרים סובלים מקונפליקטים כה קשים סביב תוקפנות שאינם מסוגלים לאזור את האסרטיביות הדרושה כדי לדבר. יש כאלה שמחכים לדמות טיפולית אידאלית שתפעיל אותם ותעורר אותם לחיים, כי לא זנחו עדיין את הרצון הילדי בישועה מגית. טיפוסים שאינם מוכנים להסתפק בפחות משלמות אינם מוציאים הגה מפיהם מחשש להימצא לוקים בחסר ולהמיט בושה על עצמם. אחרים מנסים לשמור על ריחוק או שליטה באמצעות שתיקה של עליונות והתנשאות. יש מטופלים שחשים מאוימים במיוחד מחבר מסוים בקבוצה, ונוהגים לדבר רק בהיעדרו. אחרים משתתפים רק בפגישות קטנות או חלופיות (בלי מנחה). יש ששותקים מחשש שייתפסו כחלשים, רדודים, תפלים, רגשנים או מגוחכים. אחרים 'עושים דווקא' כדי להעניש את שאר החברים, או להכריח אותם להתייחס או לפנות אליהם.[10]

גם בנושא הזה דינמיקה קבוצתית עשויה למלא תפקיד. חרדה קבוצתית מתוקפנות אפשרית או מהיעדר אספקה רגשית בקבוצה עלולה לדחוף חבר פגיע לשתיקה שנועדה להפחית את המתח או התחרות על תשומת הלב. עקב כך נדרשת מצד המטפל הבחנה בין 'מצב' ארעי של שתיקה ל'תכונה' מתמשכת יותר, או נטייה קבועה לשתקנות.

הנקודה החשובה היא ששתיקה לעולם איננה שקטה; זאת התנהגות, וככל התנהגות אחרת בקבוצה, יש לה משמעות בכאן־ועכשיו כדגימה מייצגת של דרך ההתייחסות של המטופל לעולמו הבין־אישי. המשימה הטיפולית היא אפוא לא רק לשנות את ההתנהגות (זה חיוני על מנת שהמטופל יישאר בקבוצה) אלא לחקור את משמעותה.

ניהול נכון תלוי בחלקו ביכולתו של המטפל להבין את הדינמיקה של השתיקה. יש למצוא את שביל הזהב בין הפעלת לחץ לא ראוי על המטופל לחוסר כל התערבות, המאפשר לו לגלוש לתפקיד קיצוני של בידוד בקבוצה. המטפל יכול לכלול את המטופל

השקט מפעם לפעם בהערות על התנהגות לא מילולית, כשהמטופל מגלה במחווה או בהתנהגות סימני עניין, מתח, עצב, שעמום או שעשוע. לא מעט חברים שקטים שמצטרפים לקבוצה קיימת מתייראים אל מול הבהירות, הישירות והתובנה שחברים מנוסים יותר מפגינים. לעתים מועיל להצביע על כך שרבים מחברי הקבוצה הוותיקים והמוכשרים האלה נאבקו אף הם עם שתיקה ועם ספק עצמי בתחילת דרכם בקבוצה. המטפל יכול לעודד את השתתפותו של החבר השותק בכך שהוא מעודד חברים אחרים להתבונן על אותו נושא ולדבר על נטייתם להחריש.[11] גם אם יש צורך בדרבון חוזר או בשידול, המטפל צריך לעודד עצמאות ואחריות מצד המטופל באמצעות בדיקות תהליכיות חוזרות. 'האם זאת פגישה שבה היית רוצה שייתנו לך דחיפה?' 'איך הרגשת כשמייק הקשה עליך?' 'האם הוא הרחיק לכת יותר מדי?' 'אתה יכול לומר לנו מתי אנחנו גורמים לך אי־נוחות?' 'מהי השאלה האידאלית שהיינו יכולים לשאול אותך היום כדי לעזור לך להיכנס למעגל התקשורת הקבוצתית?' המטפל צריך לנצל כל הזדמנות לתת חיזוק לפעילותו של המטופל, ולהדגיש את הערך של התעלות מעל לפחדים (להצביע, למשל, על רגשות ההקלה וההישג שבאים בעקבות נטילת סיכון כזאת).[12]

אם המטופל מתנגד לכל המאמצים האלה, וממשיך בהשתתפות מוגבלת מאוד גם אחרי שלושה חודשי פגישות, הניסיון שלי אומר שהתחזית הטיפולית לגביו אינה טובה. הקבוצה תחוש תסכול ותתעייף ממאמציה לדובב את החבר החסום. אי־שביעות הרצון מצד הקבוצה גורמת מצדה למטופל להידחק עוד יותר לשוליים, ולהירתע עוד יותר מהשתתפות. פגישות אישיות במקביל לקבוצה עשויות להועיל למטופל במצב כזה. אם גם ניסיון זה נכשל, המטפל עשוי להיאלץ לשקול את הרחקתו מן הקבוצה. יש מקרים שהצטרפות לקבוצה טיפולית אחרת במועד מאוחר יותר עשויה להתגלות כמוצלחת, שכן המטופל למד את הסיכון שבשתיקה.

המטופל המשעמם

כמעט לא קורה שמישהו פונה לטיפול עקב היותו משעמם. ובכל זאת, בשינוי אדרת, תחת מסווה דק, התלונה אינה בלתי שכיחה. מטופלים מתלוננים שאין להם אף פעם מה לומר לאחרים; שהם נשארים עומדים לבדם במסיבות; שאיש אינו מזמין אותם לבילוי יותר מפעם; שמשתמשים בהם למין בלבד; שהם בלומים, ביישנים, נבוכים בחברה, ריקים או תפלים. כמו במקרה של שתקנות, מונופוליזציה או אנוכיות, יש להתייחס לשעמום ברצינות מלאה. זו בעיה חשובה וכבדת משקל מאוד, בין שהמטופל מזהה אותה ככזו ובין שלא.

החבר המשעמם, ככל חבר אחר, יוצר את בעייתו מחדש במיקרוקוסמוס החברתי של הקבוצה הטיפולית, ונוסף שעמום בחברי הקבוצה – ובמטפל. אימתם של מטפלים היא פגישה של קבוצה קטנה שבה נוכחים רק שניים או שלושה חברים משעממים. כשמטופל כזה מסיים טיפול, הוא פשוט מתנדף החוצה, בלי להשאיר רישום אחריו.

שעמום הוא חוויה אינדיבידואלית ביותר. לא כל אחד משתעמם מאותו מצב, ולא קל להכליל בנושא הזה. באופן כללי, המטופל המשעמם בטיפול הקבוצתי הוא זה הסובל מעכבה מסיבית, נעדר ספונטניות, ואינו נוטל לעולם סיכונים. התבטאויותיו הן תמיד אמירות 'בטוחות' (וצפויות, כל כך צפויות). בלהיטותו לרַצות ולהימנע מכל גילויי תוקפנות, הוא עלול להתנהג באופן מזוכיסטי (להזדרז להלקות את עצמו לפני שמישהו יוכל לחבוט בו, או אם להשתמש במטפורה אחרת, לתפוס כידון המוטל לעברו בעודו באוויר, ולנעוץ אותו בבשרו). הוא אומר מה שהוא מאמין שדעת הקהל מחייבת – לפני שהוא מדבר הוא סוקר את פני החברים האחרים כדי לגשש ולנחש מה מצופה ממנו לומר, תוך דיכוי כל רגש אחר שעולה מבפנים. יש מגוון סגנונות חברתיים של אדם כזה: אחד עשוי להיות שקט, שני מאולץ והיפר־רציונלי, שלישי ביישן ומבטל עצמו, ואחר תלותי, תובעני או מתרפס.

יש מטופלים משעממים שהם גם אֲלֶקְסיתימיים – בעלי קושי בהבעה שנובע לא רק מעכבה נוירוטית אלא מחסרים קוגניטיביים ביכולת לזהות רגש ולבטא אותו. המטופל האלקסיתימי נוטה לקונקרטיות יתרה, חסר דמיון ומעוף, ומתמקד בפרטים תפקודיים, ולא בחוויה הרגשית.[13] טיפול פרטני עם מטופל כזה עלול להיות אטי וצחיח להחריד, בדומה לעבודה עם אישיות סכיזואידית. טיפול קבוצתי לבד, או במקביל לטיפול פרטני, עשוי להיות מועיל במיוחד לקידום יכולת ההבעה הרגשית דרך מודל, תמיכה והזדמנות להתנסות ברגשות ובהבעתם.[14]

חוסר יכולתו לקרוא את הרמזים הרגשיים שלו עצמו עלול להפוך אדם כזה פגיע למחלה פיזית או פסיכוסומטית.[15] טיפול קבוצתי, בשל הכוח הטמון בו להגביר ערנות רגשית וביטוי רגשי, עשוי לצמצם אלקסיתימיה, והוכח גם שבכוחו לשפר תוצאות רפואיות, כמו למשל במחלות לב.[16] המנחה והחברים עמלים לעתים קשה לעודד ספונטניות אצל מטופל משעמם. הם מבקשים ממנו לשתף אותם בפנטזיות על חברים אחרים, לצרוח, לקלל – כל דבר שעשוי לחלץ משהו בלתי צפוי מן השממה הרגשית שלו.

• אחת המטופלות שלי, נורה, הביאה את הקבוצה לכלל ייאוש בקלישאות הבלתי פוסקות שלה ובנטייתה המתמדת לגינוי עצמי. אחרי חודשים רבים בקבוצה החלו חייה החיצוניים להשתנות לטובה, אך כל דיווח על הצלחה היה מלווה בתוספת המבטלת הבלתי נמנעת של גינוי עצמי. היא התקבלה כחברה באגודה מקצועית מכובדת ('זה טוב', היא אמרה, 'כי זה מועדון אחד שלא יכול לסלק אותי משורותיו'). היא קיבלה את תואר בוגרת האוניברסיטה בתום לימודיה ('אבל הייתי צריכה לסיים מוקדם יותר'). היא קיבלה תעודה מלאה ציונים מעולים ('אבל זה כל כך ילדותי להתגאות בזה'). הופעתה החיצונית השתפרה פלאים ('זה מראה לכם מה מנורת שיזוף טובה יכולה לעשות'). כמה גברים חדשים בחייה הזמינו אותה לצאת אתם ('יש כנראה בימים אלה היצע דל מאוד בשוק'). היא התקבלה למשרה טובה ('זה נפל לידי לגמרי במקרה, עניין של מזל'). היא חוותה לראשונה בחייה אורגזמה נרתיקית ('צריך לזקוף את זה לזכות המריחואנה').

הקבוצה ניסתה להראות לנורה את הנטייה שלה לביטול עצמי. אחד החברים, מהנדס במקצועו, הציע להביא לקבוצה זמזם חשמלי שיפעל בכל פעם שהיא יורדת על עצמה. חבר אחר, בניסיון לטלטל את נורה לעמדה ספונטנית יותר, העיר על חזייתה, שלדעתו היה בה מקום לשיפור. (זה היה אד, שהופיע בפרק 2, הבחור שנהג להתייחס רק לצדדים המיניים בנשים). הוא אמר שהוא יביא לה לפגישה הבאה מתנה, חזייה חדשה. ואמנם, בפגישה הבאה הוא הגיע עם קופסה ענקית, אך נורה אמרה שהיא מעדיפה לפתוח אותה בבית. וכך נשארה הקופסה מונחת בחדר, בולטת לעין כול, וכמובן, מסיחה את הדעת מכל נושא אחר. נורה התבקשה לנחש לפחות מה היא מכילה. תשובתה: 'חזייה מרופדת'.

בסופו של דבר שכנעו אותה לפתוח את המתנה, והיא עשתה זאת בעמל רב ומבוכה גלויה. למרבה ההפתעה הכילה הקופסה מילוי קלקר לאריזה ותו לא. אד הסביר שזה הרעיון שלו לגבי החזייה החדשה של נורה: שעליה לא ללבוש חזייה כלל. נורה התנצלה מיד בפני אד (על כך שהיא ניחשה שהוא קנה לה חזייה מרופדת) והודתה לו על טרחתו. התקרית שימשה פתח לעבודה טיפולית רבה ופורייה של שני החברים. (לא אספר כאן את פרק ההמשך של אד.) החברים עימתו את נורה עם העובדה שאד השפיל והביך אותה, והיא התנצלה בפניו. היא הודתה בנימוס למישהו שנתן לה כמתנה קופסה ריקה! התקרית הזאת הציתה אצל נורה את הניצוץ הראשון של הבחנה עצמית. היא פתחה את הפגישה הבאה במילים, 'קבעתי שיא עולמי בהתרפסות: אמש קיבלתי שיחת טלפון גסה, והתנצלתי בפני הגבר המטריד!' (היא אמרה, 'אני מצטערת, יש לך כנראה טעות במספר').

הדינמיקה שביסוד התנהגותו של המטופל המשעמם משתנה במידה רבה מאדם לאדם. רבים נוטים ביסודם לתלותיות, וחרדים כל כך מדחייה ונטישה שהם נחפזים לרַצות את זולתם באופן כפייתי, ומדכאים כל הערה תוקפנית שעלולה לגרור תגובת נגד עוינת. הם מבלבלים בטעות בין עמידה בריאה על שלהם לתוקפנות, ובסירובם להכיר בצדדים האותנטיים שלהם – בחיוניותם, במאווייהם, בתחומי העניין, בספונטניות ובדעות העצמיות שלהם – הם מביאים על עצמם (בכך שהם משעממים את שומעיהם) אותה דחייה ונטישה שהם קיוו למנוע.[17]@

אם המטפל משתעמם מהמטופל, תגובת השעמום היא נתון חשוב שיש להתייחס אליו. (טיפולו של כל מטופל קשה מחייב תשומת לב מעמיקה להעברה הנגדית של המטפל).[18]* על המטפל להניח תמיד שאם המטופל משעמם אותו, הוא משעמם גם את

* העברתו הנגדית של המטפל היא תמיד מקור נתונים רב ערך על המטופל, על אחת כמה וכמה כשמדובר במטופל פרובוקטיבי שהתנהגותו מאתגרת את יעילותנו הטיפולית. מנחים קבוצתיים צריכים לאבחן את התפקיד שהם ממלאים ביצירה המשותפת של קשיי המטופל הבעייתי. כל תגובה או התנהגות של המטפל הסוטה מהקו הרגיל שלו מאותתות שמשהו מושך בחוטים הבין־אישיים שלו. המטפל צריך להקפיד לבחון את רגשותיו לפני שהוא מגיב. ההבנה הזאת נותנת בסיס של ידע ואיזון לשימוש שהמטפל עושה בעיבוד אמפתי, עימות ומשוב.

שאר החברים. עליו לגייס סקרנות כנגד השעמום. לשאול את עצמו: 'מה עושה את האיש הזה למשעמם? מתי אני משועמם יותר מכול, ומתי פחות מכול? איך אני יכול למצוא את האדם – האמתי, החי, הספונטני, היצירתי – בתוך הקליפה המשעממת?' אין צורך בטכניקה כלשהי של 'פריצת דרך דחופה'. היות שהמטופל המשעמם נסבל בקבוצה יותר מהמטופל המתסיס, הנרקיסיסטי או המונופוליסט, זמן רב עומד לרשותך.

הערה אחרונה: יש לזכור שהמטפל צריך לנקוט עמדה סוקרטית כלפי מטופל כזה. משימתנו איננה להחדיר משהו לתוך המטופל, אלא להפך, לחלץ ממנו משהו שהיה שם כל הזמן. כך שאין לנסות להפיח חיים במטופל משעמם, או להזריק לו צבע, ספונטניות או עושר, אלא לזהות את החלקים הילדיים היצירתיים והחיוניים שדוכאו בתוכו, ולעזור לו להסיר את המכשולים מפני ביטויים החופשי.

המתלונן שדוחה עזרה

המתלונן ההודף כל עזרה שמוצעת לו, גרסה של המונופוליסט, זוהה לראשונה וקיבל תווית ב־1952 על ידי ג' פרנק (Frank).[19] מאז זיהו את הדפוס ההתנהגותי מטפלים קבוצתיים רבים, והמונח מופיע רבות בספרות הפסיכיאטרית, במיוחד בתחומי הפסיכותרפיה והפסיכוסומטיקה.[20] להלן אדון במקרה הנדיר של המתלונן הדוחה עזרה שהגיע לכלל ביטוי מקיף ומלא, אך יש לדעת שהדפוס ההתנהגותי הזה אינו תסמונת קלינית מובחנת מסוג 'הכול או לא כלום'. מטופל יכול להגיע לכך בדרכים פסיכולוגיות שונות. יש כאלה המתבטאים בסגנון הזה בצורתו הקיצונית באופן עקיב ומתמיד בלי כל התגרות חיצונית, ואילו אחרים מבטאים רק סימנים קלים של אותו דפוס. עוד אחרים הופכים למתלוננים דוחי עזרה רק בעת מצוקה מיוחדת. תופעה הקרובה להתלוננות תוך כדי דחיית עזרה היא ביטוי מצוקה רגשית דרך תלונות סומטיות. מטופלים עם תסמינים רפואיים לא מוסברים הם נטל טיפולי מכביד ומתסכל.[21]

תיאור

מתלוננים דוחי עזרה ניכרים במתכונת התנהגותית מובחנת בקבוצה: הם מבקשים בגלוי או בסמוי עזרה מן הקבוצה דרך הצגת בעיותיהם או תלונותיהם, ואחר כך דוחים כל עזרה המוצעת להם. המתלונן דוחה העזרה מציג תמיד את בעיותיו באופן שהן נראות בלתי פתירות. אפשר אפילו לומר שהוא מתגאה באיכותן הבלתי פתירה של בעיותיו. לעתים הוא מתמקד במטפל, במאמץ בלתי נדלה לחלץ ממנו התערבות או עצה, ונראה עיוור לתגובה הקבוצתית אליו. הוא מוכן להיראות מגוחך כל עוד הוא יכול להתמיד בבקשת העזרה. הוא מבסס את הקשר שלו עם חברים אחרים על ממד אחד: היותו זקוק לסיוע. המתלונן דוחה העזרה ממעט לבטא תחרותיות בכל תחום, למעט מקרה שבו

חבר אחר מחזר אחר תשומת הלב של המטפל או הקבוצה באמצעות הצגת בעיה. אז המתלונן דוחה העזרה עשוי לנסות להמעיט מגודל תלונותיו של החבר בכך שהוא משווה אותן לשלו. הוא נוטה להגזים בבעיותיו ולהאשים אחרים, לעתים קרובות דמויות סמכות שהוא תלוי בהן בדרך כלשהי. המתלונן דוחה העזרה נראה מרוכז לגמרי בעצמו, ומדבר רק על עצמו ועל בעיותיו.

כשהקבוצה והמטפל נענים לבקשתו הגלויה או הסמויה של המתלונן דוחה העזרה, כל הדפוס ההתנהגותי המתסכל נפרש עד הסוף הבלתי נמנע, כשהמטופל דוחה את העזרה המוצעת. אי־אפשר לטעות בדחייה, גם אם היא מקבלת צורות שונות וסמויות: לפעמים העצה נדחית בגלוי, לפעמים באופן בלתי ישיר. לפעמים היא מתקבלת באופן מילולי, אך אינה מיושמת במעשים. גם אם הוא מסכים בכל זאת ליישם אותה ופועל לפיה, היא אינה משפרת לעולם את מצבו.

השפעות על הקבוצה

ההשפעות על הקבוצה ברורות: שאר החברים נעשים עצבניים, מתוסכלים ונבוכים. המתלונן דוחה העזרה מתנהג כמו מערבולת חמדנית שיונקת את האנרגיה הקבוצתית. הצרה היא שלא חלה כל האטה בלהיטותו התובענית. אמונתם של החברים בתהליך הקבוצתי נפגעת, כי הם חשים חוסר אונים וייאוש מהאפשרות לתת ביטוי הולם לצורכיהם בקבוצה. הלכידות מתערערת כשחברים מתחילים להיעדר או להתקבץ בתת־קבוצה שלא תכלול בתוכה את המתלונן דוחה העזרה.

דינמיקה

מתכונת ההתנהגות של המתלונן דוחה העזרה נראית כניסיון לפתור רגשות מתנגשים בתחום התלותיות. מצד אחד הוא מרגיש חסר אונים, חסר חשיבות ותלוי לגמרי באחרים, במיוחד במטפל, לתחושת הערך העצמי. כל התייחסות ותשומת לב מצד המטפל מחזקת זמנית את הערכתו העצמית. מצד שני, עמדתו התלותית של המתלונן דוחה העזרה מתנגשת עם חוסר אמון בסיסי ואיבה עמוקה לדמויות סמכות. מכוח הצורך התלותי הוא נדחף לפנות לעזרתה של דמות שהוא מצפה שלא תרצה או תוכל לעזור. הציפייה לסירוב צובעת את סגנון הפנייה באופן כזה שהנבואה מגשימה את עצמה, ועדות נוספת מצטברת לחזק את האמונה השלילית בנותן הסיוע הפוטנציאלי.[22] כך נוצר מעגל קסמים שלילי המניע את רוב חייו של המטופל.

קווים מנחים לניהול

מתלונן דוחה עזרה חמור הוא אתגר קליני קשה ביותר, ומטופלים רבים מסוג זה זכו בניצחון מפוקפק על המטפל והקבוצה בכך שנכשלו בטיפולם. יהיה זה אפוא יומרני

ומטעה לנסות לתת מרשם לתכנית טיפולית מחושבת. עם זאת, אפשר לסרטט כמה קווים מנחים כלליים. ברור שיהיה זה עיוורון מצד המטפל לבלבל בין העזרה המבוקשת לעזרה הנחוצה.[23]@ המתלונן דוחה העזרה מחזר אחר עצות והנחיות לא לשם ערכן הפוטנציאלי אלא על מנת להדוף אותן. בסופו של דבר עצותיו והנחיותיו של המטפל עתידות להידחות, או אם ייעשה בהן שימוש, להתגלות כבלתי יעילות, ואם יהיו יעילות, הדבר יישמר בסוד. משום כך זה גם עיוורון וטעות מצד המטפל לבטא תסכול או כעס כלשהו. תגובה מסוג זה רק משלימה את מעגל הקסמים: ציפייתו של המטופל לטיפול כושל ולנטישה שבה ומתממשת: הוא מרגיש צודק בחוסר האמון העוין שלו, ומקבל שוב אישור לכך שאיש אינו יכול להבין אותו באמת.

איזו דרך פעולה עומדת אפוא לרשות המטפל? קלינאי אחד מציע, אולי מתוך ייאוש, שהמטפל ישבור את המעגל השלילי בכך שיאמר שהוא 'לא רק מבין את רגשות חוסר התקווה של המטופל ביחס למצב, אלא גם שותף להם', ובכך יסרב להמשיך למלא את החלק שלו בקשר עקר. שני מטפלים נועזים שהנחו במשותף קבוצה שהייתה מורכבת רק ממתלוננים דוחי עזרה מזהירים מפני השקעה בקשר אוהד ומטפח עם המטופל. הם מציעים למטפל להימנע מכל ביטוי אופטימיות, עידוד או עצה, ולאמץ במקום זאת עמדה של אירוניה שבה הוא מסכים עם תוכן העמדה הפסימית של המטופל ושומר על ריחוק רגשי. אריק ברן (Berne), שרואה במתלונן דוחה העזרה את הדפוס השכיח ביותר בין כל קבוצות השמות החברתיים והפסיכותרפיים, נתן לו את הכינוי 'אולי תעשה כך – כן, אבל'. השימוש בתוויות מתארות נגישות כאלה עושה לעתים את התהליך שקוף יותר לחברי הקבוצה, אך יש לנקוט זהירות רבה בכל גישה שיש בה התבדחות או קנטור: גבול דק מפריד בין אכפתיות טיפולית משועשעת ללעג והשפלה.[24]

ככלל, המטפל צריך לנסות לגייס את הגורמים הטיפוליים העיקריים לשירותו של המטופל. כשהתגבשה קבוצה לכידה, והמטופל – דרך אוניברסליות, הזדהות וזיכוך – למד להעריך את חברותו בקבוצה ולהחשיב אותה, המטפל יכול לעודד למידה בין־אישית באמצעות התמקדות מתמדת במשוב ובתהליך באופן דומה למה שתיארתי כשדנתי במטופל המונופוליסט. מתלוננים דוחי עזרה אינם ערים בדרך כלל להיעדר האמפתיה שלהם כלפי אחרים. סיוע למטופל כזה לראות את ההשפעה הבין־אישית שיש להתנהגותו על שאר החברים הוא צעד מפתח בדרך ליכולתו לבחון את דפוסי קשריו האופייניים.

המטופל הפסיכוטי או הדו־קוטבי

קבוצות רבות בנויות במיוחד לעבודה עם מטופלים הסובלים מהפרעה ניכרת בציר 1 (ציר מחלות הנפש ב־DSM IV). למעשה, כשמונים את כל סוגי הקבוצות במחלקות פסיכיאטריות, ביחידות לאשפוז חלקי, בבתי חולים ליוצאי צבא ובתכניות המשך,