

رؤية علمية لكيفية إعداد برامج التدخل في البحوث النفسية والعلاجية

أ.د محمد نجيب أحمد الصبوة

قسم علم نفس - جامعة القاهرة

ملخص

هدف هذا المقال النظري ذا الطبيعة العملية التطبيقية إلى تدريب الباحثين في علم النفس بصفة عامة، والمتخصصين منهم بصفة خاصة في علم النفس الإكلينيكي علي كيفية إعداد برامج التدخل العلاجي، والوقائي، والتنموي، والتعديلي، والتأهيلي. ومن ثم فقد عرضنا لتعريف التدخل، وأنواع برامج التدخل، والأسس العلمية لكيفية وضع برامج التدخل وإعدادها، ونموذجان من البرامج العلاجية، كان أحدهما برنامجا مفصلا ومعداً مسبقاً، والآخر كان برنامجاً مقننا وعابرا للقارات والثقافات، لكي يسترشد بهما الباحثون عند إعدادهم لبرامج التدخل، كما قدمنا نموذجا يمكن الاعتماد عليه عند القيام بإجراءات التحكم، سواء للبرنامج أم لأدوات تحديد خط الأساس وتقييم كفاءة البرنامج أو فعاليته وتأثيره. واتبعنا في ذلك المنهج الوصفي والتصميم المسحي لمختلف البرامج السابقة.

مقدمة

برنامج التدخل في الحالات الفردية والمجموعات الصغيرة، عبارة عن مجموعة من الإجراءات والمهارات التطبيقية النشطة تعكسها مجموعة من الأساليب النفسية العلمية، توجهها نظرية أو أكثر من النظريات في علم النفس، ويقوم بتطبيقه أحد الاختصاصيين النفسيين العياديين، يحكم أدائه نموذج العالم - المهني، ويتم في جلسات معدة سلفا وسرية، وفي إطار أخلاقيات التدخل، بهدف إحداث أشكال جوهرية من التغيير الإيجابي الفعال، ويكون له مؤشرات للكفاءة أو الفاعلية، ومؤشرات للتأثير من وجهة نظر عملية واجتماعية.

إن فائدة برنامج التدخل وأثره **program impact** تتمثل في قدرته علي إنتاج نمط من الخدمات النفسية المتخصصة ذات النوعية المرتفعة، يتم تقييمها في ظل نجاح البرنامج أو فشله في تحقيق أهدافه أو القضاء علي المشكلات التي تصدي لها (APA dictionary of psychology,2007,739).

وفيما يتصل بكفاءة البرنامج أو فعاليته **program Efficacy**، فيمكن الوقوف علي أدلتها إذا ما قارنا متوسط أداء الفرد (الحالة) أو المجموعة التجريبية التي تلقت برنامج التدخل (من أي نمط) بمتوسط أداء الحالة أو المجموعة الضابطة العيادية التي علي قائمة الانتظار، وكان ناتج المقارنة يشير إلي أن المجموعة التجريبية تحسنت جوهريا بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، أي انخفضت معاناتها النفسية بشكل جوهري عن المجموعة الضابطة.

إن دراسات فعالية العلاج النفسي أو أي نمط من أنماط التدخل، تتمتع بدرجة عالية من الصدق الداخلي، لأنها توحد نوع الحالات أو المرضي الذين يتلقون العلاج النفسي مثلا، ويتم اختيارهم

عشوائيا ، وتحدد أنواع أو أساليب العلاج النفسي التي تقدم لهم ، ويتم توحيد الإجراءات العلاجية ، أو اجراءات التدخل ، ومن ثم فهي تعد تجربة تدخل علاجية مضبوطة. وتعاني دراسات وبحوث فعالية برامج التدخل من مشكلات تتصل بالصدق الخارجي أو الصدق البيئي External validity علي الرغم من ارتفاع معدلات الصدق الداخلي Internal validity (أي صدق إجراءات بحث أو دراسة كفاءة برنامج التدخل) . ومن ثم كان من المهم جدا ، توفير أدلة علمية تشير إلي تأثير برامج التدخل من الوجهة الإجتماعية والبيئية (أي الدلالة العملية والأخلاقية لبرامج التدخل العلاجية وغير العلاجية).

أما بحوث ودراسات تأثير برامج التدخلات العلاجية أو غير العلاجية The Effectiveness of Intervention programs أو دراسات تأثير التدخلات العلاجية The Effectiveness of Treatment Studies ، فينصب اهتمامها علي إبراز الصدق الخارجي للدراسة (صدق التعميم والتنبؤ ومدى إقرار المريض والمحيطين به الذين كانوا يعانون لمعاناته أو يعانون من مشكلاته بأنه قد استفاد جوهريا من التدخلات العلاجية النفسية، ولم ينتكس بعد انتهاء التدخل بفترات زمنية قد تصل إلي خمسة أضعاف الفترة الزمنية التي خضع فيها لبرامج التدخل العلاجي النفسي).

ويواجه هذا النوع من البحوث ودراسات التدخل العلاجي أو غير العلاجي من ضعف الصدق الداخلي لها (وهو صدق إجراءات الدراسة العلاجية ، بمعنى أن نتائج التحسن والتغيير الإيجابي الجوهري التي طرأت علي الحالة أو المريض ترجع فقط إلي المتغيرات المستقلة وحدها وهي برنامج التدخل العلاجي ولا ترجع إلي أي مصدر آخر). وسبب ذلك أن دراسات تأثير برامج التدخل من أي نوع وفائدته من وجهة نظر المرضي والراعين لهم أو المتفاعلين معهم ، لا تهتم بوجود مجموعات ضابطة، ولا بالاختيار العشوائي لأفراد المجموعة التجريبية ، وينصب جل اهتمام هذا النوع من الدراسات علي مدى إقرار المرضي بأنهم قد تحسّنوا، والي أي مدى استفادوا من التدخل العلاجي النفسي أم لا ، والي أي مدى يري أصدقاء الحالة أو المحيطين بها أو الراعين لها Caregivers أو زملاء المهنة أنها قد تحسنت جوهريا واختفت المشكلات التي كانوا يشاهدونها عليها ، وأن تحسنتها هذا بدا واضحا لهم كنوع من صدق البيئة الاجتماعية إكلينيكية Ecological validity ، ولذا فإن هذه البحوث ودراسات التدخل يجب أن تتوفر بيانات وأدلة علمية تشير إلي كفاءة برامج التدخل العلاجي أو غير العلاجي أو فاعليتها من ناحية، وتشير إلي تأثيرها من ناحية أخرى. ويمكن الحصول علي الأدلة العلمية لتأثير برامج التدخل العلاجية أو غير العلاجية بإستخدام مقاييس التقدير الذاتي self-estimation scales أو self-rating scales بدرجات شدة تتراوح بين درجة واحدة الي عشر درجات بحيث يمثل كل مقياس هدفا فرعيا قصيرالمدى، ويجب عنها المرضي والقائمون علي رعايتهم (الصبوة، محمد نجيب، ٢٠١٢، ٨٩ ، APA dictionary of psychology, 2007, 738).

أنواع برامج التدخل:

- برامج التدخل المفصلة ذات الكفاءة أو ذات التأثير فقط وفقا للهدف من التدخل، ووفقا لأعمار وأنواع المشكلات التي تواجه الحالات.

- برامج التدخل المفصلة سابقة الإعداد والتقنين في مشكلات أو مجالات بعينها ذات الكفاءة والتأثير، وهي برامج تم تجربتها سلفا إما لأهداف وقائية أو علاجية أو تأهيلية أو تنموية، أو لأمراض بعينها كالسمنة والصدفية، أو اضطراب المسلك، أو القلق أو الإكتئاب، أو الفصام أو الهوس الي آخره.
- برامج التدخل القابلة للتطبيق في أية ثقافة Intervention Disseminated programs وهي برامج عابرة للقارات والثقافات ولها مؤشرات كفاءة أو فعالية، ومؤشرات تأثير من وجهة النظر المجتمعية، وأجريت عليها بحوث للتدخل، من مثل برامج تعديل سلوك العناد والإلحاح، واضطرابات المسلك، واضطرابات التبول اللاإرادي، والسمنة، والقلق والإكتئاب، واضطرابات الأكل، وبرامج الوقاية من المستويات الأولى والثانية، وبرامج التنمية في الابتكار والإبداع، وتنمية القدرات والمهارات والاستعدادات والسمات الشخصية وبين الشخصية، وبرامج الاختلالات الزوجية والأسرية.
- برامج التدخل المحلية local Intervention Programs، ذات الكفاءة فقط وهي برامج تتصدي بكل ما فيها من إجراءات وأساليب فنية Techniques لمشكلات تواجه الأفراد وتختلف جوهرها من ثقافة إلي أخرى، من قبيل برامج تنمية الصداقة، وبعض الانحرافات الجنسية، وبعض الإضطرابات الجنسية، وبعض مجالات الفئات الخاصة.

مراحل تصميم أو بناء برنامج التدخل العلاجي النفسي أو غير العلاجي

من نافلة القول أن نتحدث أولا عن الأسباب التي دفعت كاتب هذه السطور لتدريب الباحثين وطلاب الدراسات العليا في علم النفس الإكلينيكي علي هذا الموضوع بصفة خاصة . إن من أهم الأسباب التي شكلت اهتمامي بكتابة ورقة عمل لتصميم برامج التدخلات العلاجية النفسية أو غير العلاجية، الآتي:

- ١- الضعف الشديد لدي مهنيي التدخلات النفسية فيما يتصل بالأسس العلمية والقواعد التي ينطلقون منها أو يعتمدون عليها عند تصميم برامج التدخل.
- ٢- قلة عدد المصادر العلمية والبحثية والمنهجية التي تجعل هدفها الأساسي مناقشة مختلف المداخل العلمية لتصميمات برامج التدخل، علي الرغم من كثرة المصادر العلمية ذات الطبيعة المهنية التي عرضت لبرامج التدخل التربوي والتنموي، والتدخل بهدف تعديل الأفكار والاتجاهات والمعتقدات والسلوك الخاطئ والسمات الشخصية والمنحرفة، والتدخل بهدف التأهيل وإعادة التأهيل، والتدخل الوقائي، والتدخل العلاجي النفسي.
- ٣- شيوع كثير من الأخطاء البحثية والمنهجية والعلمية في الرسائل والبحوث العلمية، سواء تلك التي تعد في شكل رسائل ماجستير ودكتوراه أو التي تعد في شكل مقالات بحثية paper Resrearchs، وهي أخطاء فادحة تعطل النشر والحصول علي الدرجات العلمية إذا تم استبعاد المجاملات. من أبرز هذه الأخطاء عدم الالتزام بمتطلبات المنهج والتصميمات التجريبية أوحتي شبه التجريبية، وعدم وجود أدلة علمية علي فعالية البرنامج أو تأثيره، وعدم

وجود أي معلومات عن الأسس العلمية التي اعتمد عليها الباحث في بناء البرنامج وتصميمه، والجهل بكل خطوات وأصول العلاقة بين قواعد التشخيص والعلاج النفسي، والعلاقة بين نتائج الفحوص بكل أنواعها وصياغة الحالات من منظور نظري بعينه أو أكثر، وغيرها كثير من الأخطاء الإحصائية التي ترتبط بمتغيرات المعالج ومتغيرات المريض، ومتغيرات العلاقة العلاجية (الصبوة، ٢٠١٢، ص ١٢٧).

٤- الضعف الشديد في التدريب علي تصميم برامج التدخل، في كافة مراحل إعدادها، سواء في مرحلة الإحاطة بالأسس العلمية للظاهرة أو الظواهر والمشكلات موضوع التدخل، والأطر النظرية التي تربط بينها وبين الأهداف التي تريد هذه البرامج تحقيقها، أو في مرحلة التقييم النفسي وإجراء مختلف الفحوص العضوية والعصبية والفسولوجية، والمعرفية، والنفسية، والاجتماعية، والسياقية، والشخصية بهدف جمع البيانات التي نعتمد عليها في التوصل للتشخيص الفارق والتنبؤ، من ناحية، وصياغة الحالة من ناحية أخرى، أو في مرحلة تطبيق البرنامج الملائم (وهذه بدورها تمر بثلاث مراحل تحدث داخلها، هي: مرحلة خط أو خطوط الأساس Baselines phase ، ومرحلة التدخل وهذه قد تحدث في شكل جلسات أو في شكل مراحل وخطوات، ثم أخيرا مرحلة التقييم (أي تقييم فعالية برنامج التدخل أو كفاءته وتأثيره) ، ومرحلتي أو مراحل المتابعة التي تكون - علي الأقل - ضعفي المدة أو الفترة الزمنية التي استغرقها تطبيق البرنامج) .

٥- شيوع كثير من الخرافات التي تأخذ الشكل المدمر للنتائج، والعجز عن تفسيرها، من أهمها، أن البرنامج ما هو إلا مجموعة من الجلسات المجردة التي لها جداول أعمال Agendas framework بها أعداد من البنود التي لا يمكن أن يستوعبها المدي الزمني للجلسة، وعدم ملاءمة مدة الجلسة للمرحلة العمرية للحالات موضوع التدخل، واستخدام أدوات لجمع البيانات وإجراء الفحوص التي لا علاقة لها بالنماذج والأطر النظرية المستخدمة في صياغة الحالة وفي وضع الخطة العلاجية أو خطة التدخل ، والخلط بين المفاهيم الأساسية التي لا علاقة لها بهذه الأطر النظرية ، وغيرها كثير، منها عدم وجود أهداف طويلة المدي ولا فرعية قصيرة المدي ، ولا إجراءات وفتيات مساعدة من قبيل جداول المراقبة الذاتية ، وبطاقات التذكرة، ونصوص التدريب علي التغيير الإيجابي، وجداول الواجبات المنزلية الخ.....

٦- العجز عن تطبيق أساليب التحليل الإحصائي الخاصة بدراسات الحالات الفردية أو المجموعات الصغيرة ، والإحاطة العلمية بالفروق بينها وبين أساليب التحليل الإحصائي الخاصة بدراسات علم النفس العام التي تجري علي عينات ضخمة، وعجزهم عن القراءة البصرية للرسوم البيانية والمنحنيات ، وعدم الإحاطة بتصميمات الحالات الفردية التجريبية وشبه التجريبية، والتصميم الوصفي للحالات السردية والتصميمات الخاصة بالتغيرات الكيفية المنظمة systematic qualitative changes Designs. وهناك أخطاء أخرى كثيرة لا يتسع المقام هنا لتفصيلها. ومن أمثلة المصادر العلمية التي يمكن الاستعانة بها الآتي:

Allison,D.B.,Franklin,R.D.,&Gorman,B.S.(1997). Design and Analysis of single – case Research. New York:Lawrence Erlbaum.

Barlow,D.H.&Hersen,M.(1984). single – case Experimental Design : Strategies for Studying Behaviour Change(2nd ed.). New York: Berjaman Press.

Kratochwill. T.R.,&Levin,J.R.(2002). single – case Research Design Analysis. New York: Lawrence Erlbaum.

Kazdin,A.E.(1998). Research Design in Clinical Psychology(3^{ed} ed.). New York:Macmillan.

الأسس العلمية لتصميم برامج التدخل ومراحل هذا التصميم

لابد أن نشير منذ البداية إلي أنه لا يوجد اتفاق بين العلماء والباحثين في برامج التدخل، حول الأطر العامة لهذه البرامج، ولا لمجموع الأسس العلمية التي يعتمدون عليها عند تصميم هذه البرامج ، ومع ذلك يمكننا وضع إطار عام يجمع بين الشكل والمضمون، وأبرز القواعد والأصول العلمية ، سواء أكانت هذه البرامج تتم في شكل خطوات محددة أو مراحل بعينها ، أم ذات جلسات محددة سلفا. وأهم هذه الأسس التي يجب أن يراعيها الباحث والمعالج الذي يجري تجارب تدخل علاجية أو غير علاجية، ويراعيها مهنيو التدخل لأهداف علاجية أو غير علاجية لكنهم لا يخططون لنشرها علميا، الآتي:

١- لابد من الإحاطة علما منذ البداية بالفروق العلمية بين برامج التدخل المقننة التي يعرضها كتيب manual يشرح كل خطوات ومراحل التصميم وأسسها العلمية، وتعليمات التطبيق ومنطقه، والعلاقة بين البرنامج وأدوات تقييمه والفنيات المساعدة، وشرح منطق الأساليب العلاجية في علاقتها بالنظريات التي انبثقت عنها أساليب التدخل من ناحية، والنماذج والنظريات النفسية التي تشرح منشأ الاضطراب النفسي أو الانحراف الفكري أو السلوكي والأخلاقي وتطورها وتفاقمها من ناحية أخرى. وتسمى هذه البرامج ببرامج التدخل المقننة العابرة للثقافات Standardized manualized Intervention programs ، وقد تتصف هذه البرامج بأنها قابلة للانتشار في معظم دول العالم، ولها أدلة علمية للكفاءة والتأثير، وتم تطبيقها في عدد كبير من الدول مثل البرامج الوقائية والبرامج التربوية والإبداعية والبرامج العلاجية التي تصدر من معاهد متخصصة في العلاج النفسي من مثل معهد بيك للعلاج المعرفي، ومراكز جامعة أكسفورد، ومعاهد الصحة النفسية، ومعاهد مكافحة تعاطي المخدرات، ومراكز الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. ومن أشهر هذه البرامج المنشورة برامج علاج الأمراض الذهانية والنفسية والنفسية الجسمية والسلوكية، كالفصام والهوس، والسمنة، واضطرابات الأكل، والرهاب والقلق الاجتماعي، والقلق العام، وزملة السلوك الفوضوي واللاأخلاقي لدي الأطفال والمراهقين(والتي تضم اضطرابات المسلك ، والجنوح، والمشاغبة Bullying Behavior ، واضطراب ضعف الانتباه وفرط الحركة، والسلوك التدميري، واضطراب المتحدي المتعارض) وغيرها كثير (Albano &DiBartolo,

(2007) وكذلك (زافر وكوير وكريس توفير فيرنورن ودييورا هـاوكراوكر 2009, Thorn, 2004, Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2009).

ولابد ان نفرق بينها وبين برامج التدخل المفصلة المحلية Local tailored Intervention programs ، وهذا النمط من البرامج يشيع بشدة في بحوث التدخل العلاجية أو غير العلاجية التي تنشرها الدوريات العلمية المتخصصة، وتوجد بكثرة في رسائل الماجستير والدكتوراه، وقد تتوفر أدلة علمية تشير إما إلى كفاءتها أو فعاليتها، وهذا هو الغالب الأعم، وقد تتوفر لها أدلة علمية تشير إلى تأثيرها من الناحيتين العلمية والاجتماعية أو المهنية أو كل هذا معاً ولا تتوفر لها أدلة الكفاءة، وبعضها - وهو قليل- يتوفر له أدلة علمية تجمع بين الكفاءة والتأثير، وهذا النمط الأخير من برامج التدخل المحلية المفصلة حسب مشكلات الحالة أو أهداف نمط محدد من أنماط برامج التدخل، يعد أفضلهم من النواحي العلمية والمهنية والتطبيقية بالمقارنة بالنمطين الآخرين (من أمثلة هذه البرامج: الصبوة، ١٩٩٦؛ الصبوة، ٢٠٠٧؛ الصبوة، ٢٠٠٩؛ عاشور ابراهيم، ٢٠٠٧؛ إيمان السنباني، ٢٠١٤؛ أميرة الدق، ٢٠١٤؛ بارلو، ٢٠٠٢؛ ليهي، ٢٠٠٥).

٢- يتمثل الأساس العلمي الأول في أن أي برنامج من برامج التدخل يجب أن يشمل الآتي :

(أ) مقدمة نظرية تعرض للتعريف بالمرض النفسي أو الاضطراب أو الانحراف السلوكي أو الأخلاقي، أو المرض الذي يجمع بين الاضطرابات والمشكلات النفسية والانحرافات السلوكية أو الأمراض والاضطرابات النفسية المشتركة Comorbidity، كالزملة المرضية التي تجمع بين اضطرابات الهلع والقلق المعمم وأعراض الوسواس القهري، أو الزملة التي تجمع بين الشخصية التجنبية avoidant personality والرهاب والقلق الاجتماعي والاكتئاب، والزملة المرضية التي تجمع بين الاعتماد علي المسكرات والمخدرات واضطراب الهوية والانحراف الجنسي والقلق واضطراب ما بعد الصدمة. كما تعرض لأشكال التقدم التي طرأت علي تشخيص هذا الاضطراب وما يرتبط به من مشكلات، وكذلك عرض المحكات التشخيصية له أو قوائم المشكلات كما وردت في آخر حقبة من حقبة التقدم العلمي النظري التي وردت في هذا الميدان. مثال ذلك ما ورد في (ديفيد بارلو، ٢٠٠٢، جميع الفصول الاثني عشر التي وردت في هذا المصدر) وكذلك ما ورد في كل فصول كتاب روبرت ليهي (٢٠٠٥).

(ب) وطبقاً لما ورد في الفقرة السابقة عن زمالات الأعراض أو المشكلات النفسية المرضية، نعرض لكل الدراسات السابقة العلاجية التي حاولت القضاء علي كل هذه الزملات المرضية أو قوائم المشكلات، بحيث نحدد أهداف التدخل العلاجي السابقة، ويكون العنوان الفرعي، أهداف المحاولات العلاجية السابقة، ونعرض تحته لدراسات نتائج هذا العلاج النفسي التي نتج عنها الأدلة العلمية التي تشير لكفاءته وتأثيره (راجع: تيموثي براون وتريسي أوليري، في ديفيد بارلو، ٢٠٠٢، ص ٣٣٥-٤٦٢).

(ج) وصف مكان العلاج وسياقه :

من المهم أن نحدد مكان العلاج ، هل يتم في عيادة خارجية Outpatient clinic أو عيادة خاصة Private Clinic ، أم يتم في عيادة داخلية inpatient clinic كذلك تحديد ما إذا العلاج

المعرفي- السلوكي يقدم في شكل جلسات للعلاج الفردي individual Cognitive- behavioral psychotherapy أم يقدم في شكل جلسات للعلاج الجمعي، لأن لكل منهما مقتضيات وترتيبات تختلف من نوع إلي آخرتعرض لها الفقرات الآتية.

طبيعة عمل المعالجين النفسيين في العيادات الخاصة والخارجية

غالبا ما تستقبل العيادات الخاصة مرضي الاضطرابات النفسية (الانفعالية والمزاجية) كأعراض القلق العام، والمخاوف العامة والنوعية، والرهاب والقلق الاجتماعي، ومرضي الإكتئاب النفسي، واضطرابات ما بعد الصدمة، والوسواس القهري، والهستيريا، والسمنة واضطرابات الأكل، وجميع الأمراض النفسية الجسمية، وجميع الاضطرابات الجنسية وجميع الانحرافات السلوكية وما يرتبط بها من اضطرابات نفسية، وتتسم كل هذه الفئات المرضية، من كل الأعمار، بالاستبصار والوعي، وتبادل الحوار والمناقشات والقيام بمعظم أدوارهم وتحمل كثير من المسئوليات، وهم في العادة لا يعانون من أمراض أو اضطرابات عقلية . ويتسم العمل في هذه العيادات بالسرية التامة وتكون مجهزة بكثير من المصادر العلمية والملفات وأدوات الفحص وبعض أجهزة العرض وكراسي الاسترخاء، وأجهزة الأرجاع الحيوية والفسيوولوجية Biophysiological feedback ، وكثير من لعب الأطفال، ويكون لهذه الأخيرة غرف خاصة(الصوبة، ٢٠١٢، ٨٣-٨٥).

ويواجه المعالجون النفسيون كثيرا من المشكلات عند علاج هذه النوعية من الحالات وبالعيادات الخاصة بصفة خاصة، وأهمها: إن كثيرا من هؤلاء المرضى وذويهم يهتمون بالمعالجين بالتقصير والإهمال في تقديم العلاج النفسي المناسب، وقد يرفعون دعاوي قضائية علي المعالجين النفسيين بالمحاكم، وخاصة إذا كانوا يعالجون وفقا لنظام التأمين الصحي. كما أن بعضهم يشكوا من أن المعالج النفسي قد أنهى العلاج بطريقة لم تكن مريحة للمريض، ويشكوا بعضهم الثالث من ارتفاع أسعار الجلسات العلاجية، ومن ثم لا يواصل مسيرة العلاج النفسي، ويشكوا المعالجون النفسيون من كثرة حالات التسرب، وأن بعض الحالات لا تحفظ السرية. كما يشكون من ارتفاع أسعار تجهيز العيادات الخاصة، وخاصة إذا كانت العيادة ستستقبل الفئات الخاصة، كذلك يشكون من ضعف مساندة الأهل والأقارب لمرضاهم خاصة إذا كانوا من الأطفال والمراهقين وكبار السن.

وهناك كثير من أنماط العلاج السلوكي، والمعرفي - السلوكي، التي تقدم في شكل علاج نفسي فردي أو علاج نفسي جماعي ، كما يتم إجراؤها في البداية في العيادة، ثم بعد ذلك في السياق الطبيعي الذي تزيد فيه، كالمنازل، والمدارس والجامعات، والمطاعم والشوارع إذا لزم الأمر، حتي يمكن للمرضي النفسيين أن يمارسوا ما تعلموه في العيادة في السياق الطبيعي، كالتعرض المباشر للمواقف الطبيعية المخيفة لهم أو المثيرة لأفكارهم الوسواسية مثلا، كالأماكن المزدحمة أو الواسعة، وأماكن مقالب الزنالة، وهنا لابد أن يقوم المعالج النفسي أو مساعدهه بالنزول مع هؤلاء المرضى وتدريبهم علي مواجهة كل مقتضيات هذا السياق الطبيعي أو المجتمعي بهدف إزالة الحساسية من هذه المواقف، ومن ثم فإنه يجب علي الباحث أو المعالج النفسي الذي سيضع برنامجا للتدخل العلاجي للعلاج أو للبحث العلمي ، يجب أن يراعي ذلك بحيث يلائم بعضها الاضطرابات التي لا تحتاج للبيئة الاجتماعية، ويلائم بعضها

الآخر العلاج في البيئة الاجتماعية سواء أكانوا أفراداً أم جماعات وفي حالة المجموعات لابد أن يكون معه مساعدون أكفاء، وفي الوقت نفسه تكون الفرصة متاحة لمن يريدون التدريب علي العلاج النفسي.

طبيعة عمل المعالجين النفسيين مع مرضي العيادات الداخلية

تتمثل أماكن العلاج النفسي - كما ذكرنا مسبقاً- في المستشفيات الحكومية العامة والمستشفيات الخاصة، وعيادات تأهيل المرضى المقيمين والمزمنين، والمراكز العلاجية بالسجون والمعنقلات. وعلمياً " نري أن أي مجموعة من المرضى النفسيين تقيم في أماكن محددة لمدة أيام أو أسابيع أو شهور أو سنوات، وتكون هذه الأماكن مجهزة وفقاً لمتطلبات الأهداف العلاجية، ويوجد بها عدد كاف وملائم من المعالجين النفسيين، يعدون مرضي عيادات داخلية" (الصبوة، ٢٠١٢، ٨٥). ولهذا النوع من المرضى الحقوق نفسها الخاصة بمرضى العيادات الخارجية، وأهمها الخصوصية والسرية، وحرية الشكوي واللجوء للقضاء إذا حدث تقصير أو إهمال أو سوء استغلال لهؤلاء المرضى. ومع ذلك هناك فروق بين النوعين السابقين من أماكن العلاج النفسي من حيث أنواع المرضى النفسيين، وطبيعة عمل المعالجين النفسيين، والمشكلات التي يواجهونها، من حيث أنواع الأمراض النفسية التي تستقبلها هذه الأماكن، فأهمها جميع أنواع الأمراض النفسية والعقلية الحادة والمزمنة، والتي قد تسبب خطراً علي حياة المريض وعلي الآخرين، وقد تتعرض الممتلكات العامة والخاصة للخطر، ومن ثم فمن المتوقع أن نجد من بينهم مرضي الفصام بجميع أنواعه، والاضطراب ثنائي القطب (الهوس - الإكتئاب) والاكتئاب الأساسي، وآفات الدماغ وأعطابه، واضطرابات الهوية التفككية dissociative Identity disorder ، واضطرابات الشخصية بكافة أنواعها. ومن حيث طبيعة العمل ، فإن المعالجين النفسيين يعملون ضمن فريق العلاج الطبي النفسي لهذه الفئات المرضية، وهم المعالج النفسي، والطبيب النفسي، والمشرف الاجتماعي العيادي، وممرض الطب النفسي وآخرين إذا اقتضت مشكلات المرضى وجودهم ضمن هذا الفريق العلاجي، كما أن العلاج النفسي يتم تقديمه ضمن خطة علاجية، قد تشمل العلاج النفسي، والعلاج الدوائي Medication وإجراءات التأهيل النفسية الاجتماعية. وإذا وردت هذه الحالات للعيادات الخارجية أو العيادات الخاصة، فيراعي عند وضع خطط العلاج النفسي لها وبرامجها، أن تكون ضمن خطة علاجية للفريق المعالج من تخصصات متباينة، بشرط أن تسمح اضطرابات المريض المزاجية والعقلية، ودرجة حدة المرض بعلاجه بالعيادات الخارجية، كما أنه لا ينبغي أن يكون خطراً علي نفسه وعلي غيره ممن يتواصلون معه (الصبوة، ٢٠١٢، ٨٦).

(د) دور متغيرات المريض والمعالج وتأثيرها علي برنامج التدخل العلاجي:

هنا يجب علي الباحث المعالج الذي سيضع برنامجاً مفصلاً أن يراجع الدراسات العلاجية السابقة التي فحصت بعض خصائص المرضى أو المنحرفين، كالمتعاطين مثلاً، الذين سيقوم بالتصدي لمشكلاتهم، ليقف علي دور هذه الخصائص والسمات الشخصية المرضية لهذه الفئة المرضية وقدر تدخلها بالسلب أو بالإيجاب في تشكيل كفاءة البرنامج العلاجي وتأثيره، من قبيل الدافعية والصمود النفسي والتحدي والصلابة النفسية والالتزام والحرص علي مواعيد الجلسات وإنجاز الواجبات المنزلية والثقة في المعالج والعلاج، في مقابل سمات من قبيل المقاومة والمراوغة وكثرة التسرب واللامبالاة

والكسل وقتور الهمة، والمعاناة من زملة الاضطرابات المشتركة، والقابلية للانهايار والتشاؤم من نتائج العلاج النفسي، والمبالغة والتضخيم والتفكير الكوارثي، والتركيز علي الجانب الجسمي للمرض أو الجانب المعرفي من دون بقية العواقب الأخرى، وذلك حتي يدمج ذلك في جلسات العلاج ، ويسترشد بهذه السمات المرضية في تحديد الأهداف العلاجية ذات الأهمية فالأقل أهمية وهكذا.

كما يجب علي الباحث المعالج، خاصة الذين يتديرون منهم علي اكتساب مهارات تطبيق أساليب العلاج المعرفي - السلوكي، ضرورة مراجعة الدراسات الإكلينيكية التي حاولت الكشف عن أبرز سمات شخصية المعالج التي تتدخل في تشكيل نتائج كفاءة العلاج المعرفي - السلوكي وتأثيره عند علاج مرض بعينه. فمثلا من أهم سمات شخصية المعالج التي لها دور في علاج اضطراب القلق المعمم، ضرورة امتلاك المعالجين النفسيين المعرفيين السلوكيين لكل "أسس استخدام أساليب العلاج المعرفي- السلوكي، بالإضافة إلي الفهم الكامل للنماذج النظرية المعاصرة التي تفسر نشأة الهم worry داخل اضطراب القلق المعمم، كما ينبغي أن يدخلون تعديلات علي أساليب العلاج المعرفي بحيث تصبح فعالة لمواجهة الأفكار والمعتقدات المتصلبة من قبيل الطريقة السقراطية والطريقة الإستنباطية، والمنطقي الانفعالي إلي آخره، وقدرتهم علي التخاطب مع الحالات بثقة وفاعلية، والتعاطف الحصيف، والدفء بلا تورط انفعالي، والقدرة علي تطويع مبادئ وأساليب العلاج المعرفي بما يتسق وحاجات كل حالة علي حدة، وقدرتهم علي تدريب مرضي القلق المعمم علي كيفية مواجهة الأفكار والمعتقدات الغائمة الهائمة علي وجهها، وكذلك الإدراكات ذات الطبيعة النشوية الوراثة التي تثير قلقهم وانزعاجهم وهمومهم، وهي إدراكات ومعارف لا تقبل التعلم والتطبيق والممارسة بشكل واضح(براون وأوليري، ٢٠٠٢، ص ص ٣٦١-٣٦٢)، وتعليم هؤلاء المرضي كيفية توليد الحجج والبراهين المضادة لهذه المعارف والإدراكات المختلفة، وكذلك استيعاب كل مداخل النظريات المعرفية والسلوكية لأنها ستجعله يستنبط منها أهم الإجراءات العلاجية التي يواجه بها كل معاناة مرضي القلق المعمم من الهم وما يرتبط به من استثارة حركية، وضعف في قدرة هؤلاء المرضي علي مواجهة تنفيذ الأفكار والمعتقدات السلبية التي سببت لهم الهم والغم والكره العظيم.

معني ذلك أن الباحث المعالج يجب أن يأخذ في اعتباره عند تصميم برنامج التدخل لأي مرض نفسي أو سلوكي أو لأي نمط من الانحرافات أو لأي مرض نفسي جسمي أو للفئات الخاصة، دور متغيرات وخصال كل من المرضي والمعالجين والعملية العلاجية في تشكيل كفاءة هذا البرنامج وتأثيره. ٣- الإمام بقواعد التشخيص وعلاقتها بوضع خطط وبرامج التدخل العلاجية وغيرالعلاجية، وأهم هذه القواعد الآتي:

(أ) اختيار المنحي أو النظرية العلمية النفسية أو النموذج النظري الملائم للحالة أو للمجموعة المرضية أو للانحراف السلوكي والأخلاقي المطلوب علاجه نفسيا، وإذا لم يكن هذا النموذج النظري أو هذه النظرية كافية لتفسير منشأ هذا المرض أو الانحراف وتطوره، فيجب الاعتماد علي مجموعة من النظريات، مثل نظريات التعلم التقليدي والإجرائي، ونظريات المعرفة الاجتماعية (التعلم الاجتماعي) ونظريات التعلم المعرفي، ونظريات التعلم المعلوماتي من ناحية، والنظريات المعرفية المرضية من

ناحية أخرى، من مثل نظرية آرون بيك، وألبرت إليس، وسليجمان، وميكنباوم، وجيوفاني، وغيرهم كثيرون. كذلك يجب أن يكون الباحث المعالج ملماً بالمعايير العلمية التي نعتمد عليها في اختيار النظرية النفسية المرموقة علمياً، وهي: أن نستنبط منها الفروض العاملة المفسرة لمنشأ المرض أو الانحراف وتطوره وتفاقمه، وأن تزودنا بأدوات واختبارات وعدد من أساليب الفحص والتشخيص والتنبؤ المعروفة باسم عملية التقييم النفسي العيادي Clinical Psychological assessment ، كذلك تزودنا بأساليب وطرق التدخل العلاجي وغير العلاجي.

(ب) اختيار أساليب وطرق الفحص والتقييم النفسي العيادي ، بهدف:

١- صياغة الحالة من المنظور المعرفي - السلوكي Cognitive-Behavioral Case conceptualization.

٢- التوصل الي التشخيص والتنبؤ Diagnosis & prognosis الملائمين أو قوائم المشكلات المعرفية ، والانفعالية المزاجية، والجسمية الفيزيولوجية، والاجتماعية، والسلوكية، وبين الشخصية، التي تمثل الأهداف العلاجية الكبرى أو طويلة المدى Long-term theraputic goals ، والأهداف العلاجية الفرعية قصيرة المدى Short-term theraputic goals.

إذن أساليب الفحص توفر لنا البيانات الأساسية والاضطرابات التي تشكو منها الحالة، ويترتب علي ذلك وضع صياغة لها عبارة عن فهم المعالج وتفسيره لأسباب معاناتها من المرض أو الانحراف، وبيان جوانب القوة والضعف فيها. ويقصد بصياغة الحالة من المنظور المعرفي - السلوكي، " القدرة علي كتابة تقرير نفسي عيادي للمريض النفسي أو الانحراف السلوكي والأخلاقي، بشكل يعكس تكامل النظرية النفسية التي يعتقها المعالج النفسي مع ممارسته المهنية العيادية، ويعكس تكامل مجالات تعقيد الخبرة النفسية المرضية البشرية التي يروها المريض النفسي أو المنحرف، وتعكس توظيف الأسلوب الشخصي للمعالج النفسي في الكتابة العلمية المهنية، وفي مهارات الفحص الشامل والتقدير النفسي العيادي، وفي مهارات وضع خطط العلاج النفسي أو أي برنامج من برامج التدخل، واجراءات تحقيق أهدافها" (الصبوة، ٢٠٠٦). ويقوده في ذلك، إما النظرية النفسية الدينامية، أو النظرية السلوكية، أو النظرية المعرفية، أو النظرية المعرفية - السلوكية، أو النظرية الخبرية- العملية Process - Experiential theory ، أو نظرية الأنساق الأسرية في الممارسة العيادية، أو النظرية الظاهريانية Phenomenological ، أو نظرية الحدث او الموضوع المدرك، ولكل نظرية أسلوبها في تحديد مشكلات المريض وزملات أعراضه المرضية.

وكذلك تتسم الأهداف العلاجية أو التتموية أو الوقائية طويلة المدى بأنها يجب أن تكون منبثقة عن الفروض والمفاهيم الأساسية للنظريات التي ستطلق منها برامج التدخل، وتكون " جوهرية ومرتبطة بمشكلات المريض وعامة، ومحددة الصياغة، ويتم الاتفاق عليها مع المريض أو المنحرف، وشاملة. وهذه الأهداف العلاجية تمثل مشكلات المريض أو المنحرف من ناحية، وتمثل الأهداف العلاجية لبرنامج التدخل من ناحية أخرى، وهي التي سيعمل كل من المريض والمعالج النفسي علي تحقيقها خلال الفترة الزمنية المحددة للتدخل العلاجي أو غير العلاجي، وينبغي أن تزودنا المعلومات المتضمنة

في صياغة الحالة بتركيز واضح لتحقيق هذه الأهداف طويلة المدى، كما ينبغي أن تشير هذه المعلومات إلي أهمية احتياجات المريض أو المنحرف من وجهة نظره في هذه المرحلة بالتحديد" (بيرمان ، ٢٠٠٤ ، ٥١).

أما الأهداف الفرعية العلاجية قصيرة المدى، فتتسم "بالاختصار والقصر والتركيز والنوعية والقابلية للمشاهدة والقابلية للقياس والتحديد والقابلية للتكرار وإعادة الإنتاج، ويتوقع كل من المريض النفسي والمعالج تحقيقها خلال أسابيع قليلة ليتحقق نوع من التقدم في العلاج النفسي، وليحدث التراكم العلاجي بالتدريب، وليغرس الأمل في ذهن المريض، بأن تغييرا إيجابيا قد حدث" (بيرمان ، ٢٠٠٤ ، ٥٢).

(ج) مادام قد تم تحديد صياغة للحالة ووضع قوائم المشكلات العلاجية في شكل أهداف علاجية طويلة المدى وفرعية قصيرة المدى، يجب وضع خطة العلاج المعرفي - السلوكي مثلا، وهذه الخطة يجب أن تتسم بالآتي :

(١) أساليب التدخل العلاجية أو غير العلاجية يجب أن تتوفر أدلة علمية علاجية علي كفاءتها وتأثيرها، كما يجب شرحها باستفاضة للمريض مع ربطها بالأعراض والمشكلات التي يتصدي لعلاجها أو تعديلها أو تمهيتها.

(٢) يجب أن تتصل هذه الأهداف العلاجية بمشكلات الحالة اتصالا وثيقا. فإذا كان هدفنا تنمية عمليات التحكم والضبط والسيطرة، يجب أن تستخدم أساليب الدعم الموجب والسالب، وتأجيل الاستجابة، وتكاليف الاستجابة، والوقت المستقطع، والاسترخاء.

(٣) أن تكون هذه الأهداف واقعية، أي يتفق المعالج مع المريض علي تحقيقها، وأن يتم التدريب عليها وأن يكون في مقدور المريض إنجازها والقيام بها، سواء وهو موجود بالعيادة أو إنجازها كواجبات منزلية. فإذا كان الهدف هو استخدام الطريقة السقراطية لعلاج الأفكار الآلية التي تعكس معتقدا أساسيا كالعجز أو الفشل، فيجب أن نعلمه الطريقة السقراطية، بحيث يبحث عن أدلة مؤيدة للفكرة وأدلة مضادة لها، ثم نتحدث عن أسوأ الاحتمالات التي يمكن أن تحدث بسبب معاناته من هذه الفكرة، والي أي مدى يستطيع مواجهتها أو التوافق والتعايش معها، ونتحدث عن أفضل الاحتمالات التي تترتب علي تنفيذها، وما هو الاحتمال الواقعي الذي يجب أن يعيش وفقا له المريض، وما تأثير اعتقاده في صدق هذه الفكرة الآلية المرضية، وما الذي فعله قبل ذلك لمواجهتها، وإذا كان له صديق أو قريب يعاني من هذه الفكرة، فما النصائح التي سيقدمها له ليتخلص من آثارها ومعاناتها. بعد تعليمه لهذا الأسلوب العلاجي يتم الاتفاق مع المريض علي عدد الأفكار الآلية المرضية التي يمكنه علاجها كواجب منزلي بين الجلستين، فإذا ذكر المريض أنه يستطيع علاج عشرة أفكار، نطلب معالجة ثلاثة أو خمسة أفكار بدلا من العشرة حتي يصبح الهدف العلاجي شديد الواقعية.

(٤) إذا تبينا أن هذه الأهداف العلاجية أصبحت تروق للمريض أو المنحرف يتم الاتفاق عليها وإنجازها كواجب منزلي، مع بيان أننا لسنا بالجامعة او بالمدرسة حتي يكون من الضروري القيام بها، بل هذا يتم بمحض إرادة الحالة، ولا بأس أبدا إذا لم ينجزها.

(٥) لابد أن تحقق هذه الأهداف العلاجية طويلة المدى وقصيرة المدى طموحات المريض أو الحالة من خضوعه أو تلقيه لهذا العلاج النفسي.

(٦) وفي النهاية لابد أن يرى المريض بنفسه أدلة كفاءة هذا العلاج أو الخطة العلاجية وتأثيرها بسبب تحسنه الجوهرى الذي بدأ يراه بنفسه، كما يراه أقاربه وكل المحيطين به.

(د) قم بوضع برنامج التدخل العلاجى أو غير العلاجى، إما فى شكل مجموعة من الجلسات التى لها أهداف علاجية تتعكس فى جداول أعمال هذه الجلسات، والإجراءات التى سيقوم بتنفيذها بالمشاركة مع الحالة، ويتحدد كل ذلك سلفاً ومسبقاً، أو فى شكل مجموعة من المراحل، بحيث تحقق كل مرحلة مجموعة الأهداف العلاجية، مع مراعاة أن يكون كل ذلك بالمشاركة مع الحالة، وأن تبرز خبرتك المهنية وأسلوبك الشخصى سواء فى حل المشكلات أو اتخاذ القرارات أو إدارة الحالة أو التدريب أو تقديم الاستشارات أو كتابة الحالة فى شكل بحث علاجى ونشره نشرًا علمياً فى إحدى الدوريات المتخصصة.

٤- القاعدة العلمية الرابعة تتمثل فى أن عملية القياس والتقييم النفسى الإكلينيكى، ينبغى أن تستمر فى مرحلة تحديد خط الأساس Baseline phase أو خطوط الأساس إذا كان هناك عدد كبير من المشكلات المرضية، ومرحلة انتهاء التدخل العلاجى أو غير العلاجى، ومرحلة المتابعة Follow-up phase، مع الربط العلمى بين أساليب الفحص والقياس والتقييم من ناحية، والزمالات المرضية التى تعاني منها الحالة من ناحية أخرى.

فإذا كان الاضطراب الذى سنتصدي لعلاجه هو اضطراب القلق العام فيجب أن تعكس بنود جميع أدوات الفحص والتشخيص والتنبؤ، جميع المشكلات والزمالات المرضية والأعراض التى يعاني منها مرضى اضطراب القلق العام، والتى تدور حول أربع زمالات مرضية كبرى، هي (١) الهم أو الإنزعاج Worry الذى يكون شديداً ومفزعاً ومفرباً، (٢) ويكون متكرراً أو يرتبط بعدد قليل من المواقف أو الأحداث والنشاطات، (٣) ويدرك المريض النفسى الهم والإنزعاج على أنه صعوبة يعجز عن ضبطها والتحكم فيها، (٤) وأن بؤرة الهم أو الإنزعاج هي عبارة عن مجالات لا علاقة لها بالمحور الأول الذى يعرض لظروف أخرى، وتحديد الأشياء التى تثير هموم المريض وانزعاجه، والفترات أو المدد الزمنية لاستمرار المعاناة من الهموم، والأسئلة ووضع التشخيصات الفارقة بين القلق المعمم والرهاب والقلق الاجتماعى والشخصية القلوقة والوسواس القهرى ونوبات الهلع، وتعاطي المواد المؤثرة فى الأعصاب.

ومن أشهر الأدوات فى هذا الصدد، المقابلات العيادية، واستخبارات القلق المعمم (راجع براون وأوليري، ٢٠٠٢، ص ٣٧٠-٣٧٦)، وجداول المراقبة الذاتية التى تقيدها فى كل من التشخيص وفى البرنامج العلاجى لاضطراب القلق العام، ويتم استخدامها فى الآتى: (١) تحديد استجابة المريض للعلاج النفسى (من حيث: المستويات اليومية للقلق، والاكتئاب، والشعور الإيجابى، وكمية الوقت الذى ينقضى مع الإنزعاج)، (٢) وللمساعدة فى التوصل لتحليل دقيق لقلق المريض الذى يحدث بطريقة طبيعية ونوبات الإنزعاج (من قبيل: العوامل الموقفية أو العوامل المهينة، وطبيعة الإدراكات والمعارف

والأفكار الناتجة عن القلق ومختلف أنماط السلوك المسئولة عن تخفيض معدلات الهم أو الإنزعاج أو القلق)، (٣) ولتقدير التكامل وتنفيذ الواجبات المنزلية المطلوبة بين الجلسات.

ومنذ اللحظة التي يأتي فيها الدوري الجلسات العلاجية علي جداول المراقبة الذاتية نقوم بتقديم نموذج المراقبة الذاتية لتدريب الحالة عليه، لأنه يمثل جزء "أساسيا من العلاج المعرفي-السلوكي لمرضي القلق المعمم ولإنكفاء روح الواقعية التعاونية.

٥- عرض الدراسات السابقة التي قيمت الأدلة العلمية التي تشير إلي كفاءة البرامج العلاجية المفصلة للقلق العام وتأثيره، والتي حاولت تحقيق الأهداف العلاجية الثلاثة الكبرى طويلة المدى، وهي: (١) إعادة البناء المعرفي للأفكار والمعتقدات المثيرة للهم وشدة الاستثارة الفيزيولوجية. (٢) التحكم في الاستثارة الفيزيولوجية والاستثارة الحركية. (٣) الوقاية السلوكية من الهم والإنزعاج السلوكي، وتنمية القدرة علي حل المشكلات، وإدارة الوقت.

٦- القاعدة العلمية السادسة، تتمثل في الخروج بخلاصة من الدراسات العلاجية أو غير العلاجية السابقة، تبين خطورة هذا الاضطراب النفسي أو الانحراف السلوكي للأخلاقي، من ناحية انتشاره كوباء (نسب الانتشار في فترة زمنية بعينها وفي مرحلة عمرية محددة وفي شريحة اجتماعية بذاتها) ونسب الإصابة به وتأثيرها الشخصي والمجتمعي والأسري، وأهمية هذا البرنامج العلاجي أو غير العلاجي علي كل الأصعدة الفردية الشخصية والأسرية والاجتماعية والمهنية إذا تصدى لهذه الأنماط من الاضطرابات النفسية والسلوكية، كما نورد كثيرا من الأدلة العلمية التي تشير إلي معدلات كفاءته وتأثيره منفردا مرة، وفي علاقته بأشكال التدخل الأخرى (كالتدخلات الطبية، والجراحية) مرة أخرى.

٧- مراعاة الفروق الدقيقة والجوهرية بين الحالات المرضية وحالات الانحراف السلوكي والأخلاقي التي ينطبق عليها آخر تعديل للمحكات التشخيصية ويجب أن تخضع للبرنامج العلاجي إما بتحويل من الطبيب النفسي بتشخيص محدد أو تخضع لبطارية تشخيصية لتشخيصها من قبل الباحث المعالج النفسي، وبين الحالات التي نسحبها من بين الجمهور العادي التي تكون برامج التدخل أقرب لبرامج الوقاية والاستهداف، ولا يصح أن تخضع لبرامج علاجية، وهذا النمط الأخير من الحالات يمكن اختياره علي أسس إحصائية وبتاريات الاستهداف. وهناك مجموعة من الاجتهادات العلمية التي يمكن الإعتماد عليها في التفرقة بين الظروف المرضية التي تستحق التدخل العلاجي أو غير العلاجي، والحالات التي لا تندرج ضمن الحالات المرضية، نعرض لها علي هذا النحو:

تبين عبر محاولات المهنيين العاملين في مجالات الصحة النفسية والبدنية والسلوكية، أن هناك أربعة معايير أو محكات، لا يمكن أن يحل بعضها محل بعض أو يغني بعضها عن بعض، يمكن علي أساسها تحديد السلوك المرضي الشاذ، وهي:

(١) الكرب الشخصي Personal distress الذي يعاني منه أحد الأفراد وفي أية مرحلة عمرية، لدرجة أنه بدأ يعوّقه عن أداء أدواره كلها أو بعضها.

(٢) شدة الانحراف عن المعايير الاجتماعية والثقافية للمرض النفسي أو الانحراف السلوكي، ويمكن الوقوف عليه بمقارنة هذه الانحرافات بمدى بعدها عن القيم الاجتماعية والثقافية السائدة والمعايير الإحصائية التي تدور حول المتوسط ومدى الشذوذ عنه.

(٣) الندرة الإحصائية Statistical infrequency لأنماط السلوك الشاذ السلبي، وتشخيص حالة المرض على بطارية تشخيصية له (أو حالات الانحراف السلوكي السلبي)، بحيث يزيد المريض أو المنحرف عن متوسط الأسوياء في مثل مرحلته العمرية ومستواه التعليمي ومستواه الاجتماعي الاقتصادي، عن اثنين من الانحرافات المعيارية في اتجاه المرض أو الانحراف. أما الحالات التي نسحبها من الجمهور العادي، فيمكنه المقارنة بين درجاتها في الإرباعي الأعلى والأدنى، بحيث إذا وصلت الفروق لدلالة إحصائية قدرها ٠,٠١ أو ٠,٠٠١، فيمكن أن تخضع لبرامج الوقاية من الاستهداف للوقوع في برائن المرض النفسي أو الانحراف السلوكي، وهي بالطبع وقاية من الدرجة الأولى.

(٤) الأداء الاجتماعي أو الأدوار الاجتماعية المختلفة Impaired Social functioning كما في حالات الرهاب والقلق الاجتماعي، واضطرابات الشخصية البينية وغيرها من اضطرابات الشخصية الأخرى، وهي حالات معقدة تجمع بين الاضطرابات المشتركة والمرض والانحرافات بكافة أشكالها (الصبوة، ٢٠٠٠، والصبوة ٢٠١٥، ١٠٣).

وهناك نظرية أخرى ظهرت في التسعينيات من القرن الماضي تسمى نظرية ووكفيلد Wakefield في الاختلال المؤذي Harmful Dysfunction Theory، أحدثت التكامل بين المحكات الأربعة في التفرقة بين الحالات المرضية والشاذة التي تستحق التدخل العلاجي وغير العلاجي، والحالات الطبيعية والسوية التي لا تحتاج للخدمات النفسية المتخصصة، يقول فيها ووكفيلد ما نصه "أرى أن الاضطراب أو المرض النفسي أو الشذوذ عن المعايير الاجتماعية والدينية المرعية ما هو إلا اختلال مؤذي. ويتكون هذا التعريف من مصطلحين، مصطلح الأذى، وكونه مؤذيا فيتم تحديده أو ينظر إليه كمصطلح قيمى value term، اعتمادا على المعايير الاجتماعية Social norms، في حين ينظر إلى الاختلال كمصطلح علمي Scientific term، يشير إلى فشل الآلية العقلية في أداء الوظيفة الطبيعية لها في الحياة، ومن ثم فإن مفهوم المرض أو الانحراف يجمع بين مكوئى القيم والمنظور العلمي النمائي أو الارتقائي (أو التطوري) (Wakefield, 1992; 1999, p.373).

إن الاختلال الوظيفي أو العجز لا يعد سلوكا شادا أو مضطربا إلا إذا سبب بعض المشكلات الاجتماعية وبين الشخصية أو المهنية للفرد. وعادة ما يكون هذا الاختلال الوظيفي والمهني واضحا لكل من الاختصاصي الإكلينيكي والمريض نفسه، مثال ذلك العجز عن عقد صداقات جديدة أو العجز عن تكوين علاقات اجتماعية أو الدخول في علاقات جديدة، بسبب ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي يعد اختلالا وظيفيا من الناحية الاجتماعية، أما فقد المريض أو الشخص المنحرف لعمله نتيجة لمشكلات مزاجية انفعالية (كالقلق والاكتئاب)، أو نتيجة لمشكلات تخطي كل معايير التحريم الاجتماعي (كمشكلات التعاطي والإدمان والاعتماد، والعدائية وهوس الجنس واضرام الحرائق، وهوس

السرقية وتحطيم الممتلكات بالإكراه، وأصحاب السوابق والمترددون علي السجون والمعتقلات لأسباب شاذة وليست سياسية كأصحاب الفكر والرأي)، فإن هذا يشير إلي الاختلال الوظيفي من الناحية المهنية (الصبوة، ٢٠١٥، ١٠٣).

وهناك وجهة نظر ثالثة لتحديد محكات السلوك الشاذ في مقابل السلوك الطبيعي تدور حول الكرب الذاتي Subjective distress، فإذا كانت وجهة النظر السابقة تدور حول مشاهدات الاختصاصيين الإكلينكيين، فإن هذه الواجهة من النظر تدور حول مراقبة المريض أو صاحب السلوك الشاذ لنفسه، لأن المشاهدات هنا تنصب علي شعور الشخص بالسعادة أو الحزن أو السكينة والهدوء والأمن والطمأنينة في مقابل شعوره بالتهديد والاضطراب، أو بالرضا عن نفسه وعن الحياة وعن مهنته في مقابل اليأس والقنوط والحرمان والإحباط، ومن ثم فإن الشخص الذي يعاني من الوسواس القهري أو الاكتئاب أو القلق يعد شخصا مريضا أو شاذا شذوذا سلبيا مادام يدرك ذلك، ويطلب مساعدة المهنيين وتتكرر شكواه وتتعطل الأدوار التي يجب عليه القيام بها (الصبوة ، ٢٠١٥ ، ١٠٣).

٨- وأخيرا يجب النظر إلي برنامج التدخل العلاجي أو أي برنامج آخر من برامج التدخل غير العلاجية، علي أنه - من المنظور التجريبي أو من المنظور المنهجي- يعد أحد أبرز المتغيرات المستقلة في التجربة العلاجية المضبوطة، وليس متغيرا تابعا، كما يري عدد من التربويين المصريين والعرب. كذلك يجب النظر إليه علي أنه أداة من أبرز أدوات إحداث التغيير الإيجابي لدي المرضى النفسيين والشواذ، وهي أداة قابلة للتقييم النفسي باستخدام بعض وسائل وأساليب التشخيص والتنبؤ، وأبرزها الاختبارات النفسية والاستخبارات ومقاييس التقدير الذاتي، وبعض أجهزة الفحص العصبي، كالتصوير بالرنين المغناطيسي، ورسام الدماغ الكهربي، ومختلف أنواع أجهزة الحقن والأشعة والتصوير الطبقي، كذلك فإنها تمثل جزء من منهج الدراسة وإجراءاتها، سواء أكانت علي مستوى الماجستير والدكتوراه أم علي مستوى الأوراق البحثية.

٩- قم بشرح كل أسلوب من الأساليب العلاجية بشكل مكتوب، مع ربطه بالمرض النفسي أو نوع الشذوذ الذي سنقوم بعلاجه، مع دعم هذا الربط والشرح ببعض النتائج العلاجية التي وردت بشأنه في البحوث العلاجية المنشورة، وذلك في المقدمة النظرية، وليس في فقرة المنهج والإجراءات، من أمثلة هذه الأساليب العلاجية المعرفية، العلاج النفسي المعرفي بحل المشكلات، والعلاج المعرفي الجدلي، وطريقة التقنيد، وإعادة البناء المعرفي، والطريقة السقراطية والمتصل المعرفي، وطريقة الجدال والحوار المنطقي - العقلاني، وطريقة استخدام الأفراد كمراجع بشرية للاقتداء بها، ومن أمثلة الأساليب السلوكية تشكيل السلوك، والنمذجة والاقتداء، وأداء الأدوار، وأساليب إدارة العواقب (من قبيل تأجيل الاستجابة، وتكاليف الاستجابة، والدعم الموجب والسالب، والعلاج بالعقاب الموجب والسالب، والوقت المستقطع، والإلهاء والاسترخاء) وغيرها من أساليب التعديل المعرفي والسلوكي، وأساليب التدريب التنموية لبعض السمات الشخصية والاجتماعية، كالتوكيدية، وفعالية الذات، والمهارات الاجتماعية، والذكاء الوجداني، والثقة بالنفس، والذكاء، والذاكرة العاملة، والتفكير الإستدلالي المجرّد.

مثال شارح لبرنامج علاجي معرفي - سلوكي لحالة قلق معمم:

الحالة س كانت تشعر بالقلق والشد العصبي طوال الوقت. ولقد بدأت لديها هذه المعاناة منذ أن كانت طالبة بالسنة الأخيرة بالتعليم الثانوي، حيث كان معدلها التحصيلي لا يقل عن تقدير ممتاز، وكانت دائمة الخوف والشعور بالهم والانزعاج من انخفاض مستوياتها التعليمي والتحصيلي، وكانت شديدة الحرص علي تقبل زملائها وأساتذتها لها، وكانت دعوية وكثيرة المحاولات للتفوق علي كل الفصول علميا وفي أمور وقضايا أخرى غير علمية، وكان والداها شديدي الحرص وكثيري الكلام معها عن حفاظها علي تفوقها العلمي في المدرسة وأن تكون نموذجا يحتذي به زميلاتها، الأمر الذي جعلها تعاني من ضغوط شديدة وحادة، وأصبحت تعاني من عجزها عن إدارة الوقت، وعاجزة عن مقاومة هذه الضغوط، وبدأت تعاني فعلا من مشكلات في معدتها وهي في الفرقة الثانية بالتعليم الجامعي، وبدأت تكثر من شرب القهوة والكافيين عموما، وعندما كانت تتوتر ويثور قلقها وتنشط همومها، كانت - حسب تعبيرها - تشعر وكأن نارا تشتعل في معدتها بشدة لا تتحملها، وينتابها شعور بالقرف والغثيان. وكانت حريصة بعد الزواج ألا تظهر كل هذا الكم من العصبية والنرفزة والهم والانزعاج والقلق علي كل شئ تافه، مثل وجود بعض الأتربة التي لا يراها أحد علي خشبة السفرة أو الكراسي، وكانت لا تنام إذا لم ترتب المنزل وتنظفه يوميا، أو إذا لم تنظف الحمام ثلاث مرات يوميا، ومع ذلك كانت هذه السيدة ودودة وتحرص علي القيم الأسرية، وتحب زوجها وأولادها، وكانت تري أن زوجها يخاف عليها ومساندا لها ومتعاوناً معها، ولكنه كان يضع عليها قيودا تدور حول الخروج وعقد الصداقات، وكثرة تنظيف المنزل مما جعلها شديدة القلق والشعور بالهم والتهيج وكانت تبدي كثيرا من سوررات الغضب لأتفه الأسباب ، وتتفجرفي نوبة عصبية عندما تدور أية مناقشة، وكانت لا تهدأ ولا تنام إذا لم يتصل بها ابنها أو زوجها مرات عديدة وهو في طريقه للعمل، وعند مشاركته في مباريات كرة القدم، أو إذا تأخر أحدهما عن مواعده، الأمر الذي جعل حياتها سلسلة من حلقات الجحيم، ومن ثم حضرت بكامل إرادتها للعيادة تخلصا من هذا الجحيم، وأنها تريد أن تعيش حياة طبيعية كالأخريات من السيدات الطبيعيات، والتخلص من هذا الشد العصبي والقلق الذي لا نهاية له.

مشكلات هذه الحالة وزملات الأعراض المرضية

الهدف العلاجي الأول طويل المدى

(١) التفكير المأساوي والتضخيم والمبالغة ومجموعة من الأفكار والمعتقدات المثيرة للهم والقلق،

علي الزوج والإبن، والنظام والنظافة والترتيب والكمالية.

(جميع أساليب العلاج النفسي المعرفي - النموذج المعرفي - صياغة الحالة من المنظور

المعرفي - السلوكي).

الهدف العلاجي الثاني طويل المدى

٢) الاستسلام للمشكلات الحياتية ورؤيتها علي أنها غير قابلة للحل (من مثل إعداد الميزانية الشهرية - وتكاليف إصلاح الأجهزة - والتوفيق بين أدوارها في العمل وفي المنزل الخ.....).

(العلاج المعرفي الجدلي - العلاج المعرفي بحل المشكلات).

الهدف العلاجي الثالث طويل المدى

٣) التحكم والسيطرة علي الهموم ومشاعر الانزعاج وسورات الغضب المتكررة. (التعرض التخيلي - التعرض المباشر في الحياة - تأجيل الاستجابة - الإلهاء والتشتيت - الاسترخاء العضلي العميق والتنفسي والتأملي والذهني) وممارسة التمرينات الرياضية.

الهدف العلاجي الرابع طويل المدى

٤) بسبب سمة الكمالية التي يتسم بها مرضي القلق المعمم كسمة مرضية، يعاني هؤلاء المرضى من ركة شديدة بسبب كثرة التهديدات والإلتزامات والواجبات التي يرون ضرورة إنجازها بأنفسهم، ومن ثم يعانون من ركة شديدة وغير مبررة في كيفية إدارة الوقت وتوزيع الأدوار التي يجب علي غيرهم القيام بها.

(توزيع الأدوار أو المسئولية النيابية - وتوكيد الذات خاصة لرفض القيام بالأعمال والأدوار التي ليس عليهم القيام بها- ، والتفويض المسئول، وتعلم خطط المواجهة والتصدي للآخرين وعدم تجنبهم، والتزويد بالمعلومات النفسية Psychoeducation Technique).

وصف جلسات البرنامج العلاجي لمرض القلق العام

يجب مراعاة شرح جميع الأساليب العلاجية التي سبق عرضها قرينة كل هدف من الأهداف العلاجية طويلة المدى، كما يمكنك تحديد الأهداف الفرعية قصيرة المدى لكل جلسة من الجلسات العلاجية، ثم جدول أعمال الجلسة، فوصف الإجراءات العلاجية. وحرصا علي الاختصار، يمكن أن تتعكس الأهداف العلاجية الفرعية في جدول أعمال الجلسات منعا للتكرار.

الجلسة الأولى:

- وصف القلق والشعور بالهم وتطبيقها بوضوح للمريض.
- عرض بعض الأدوات التي تساعد علي نجاح العلاج (كأسلوب المراقبة الذاتية للتغيرات الفيزيولوجية والجسمية التي تنبئ بالقلق والانزعاج، وأهمية القيام بالواجبات المنزلية، وحضور الجلسات بشكل منتظم).
- شرح منطق العلاج النفسي وعلاقته بالقلق المعمم.
- مراجعة الجلسة وتقييمها والتدريب علي كيفية ملء صحيفة المراقبة الذاتية الجسمية والسلوكية.

الجلسة الثانية:

- مراجعة جداول المراقبة الذاتية، وشرح طبيعة القلق والنموذج النظري ثلاثي الأبعاد له.
- شرح المكون الفسيولوجي للقلق والعوامل التي تسبب استمرار المعاناة من القلق .
- تلخيص الجلسة، ومزيد من التدريب علي جداول المراقبة الذاتية الفسيولوجية.

الجلسة الثالثة:

- مراجعة الواجب المنزلي الذي تعكسه جداول المراقبة الذاتية .
- تعليم الحالة الاسترخاء العضلي العميق بعد شرحه وربطه بالأعراض الجسمية مع الاستعانة بشريط متلفز للاسترخاء لممارسته في المنزل.
- تلخيص الجلسة، والواجب المنزلي (جداول المراقبة الذاتية، وممارسة الاسترخاء العضلي) .

الجلسة الرابعة:

- مراجعة نماذج وجداول المراقبة الذاتية، وممارسة تمارين الاسترخاء العضلي العميق.
- ممارسة الاسترخاء العضلي للمجموعات العضلية الست عشرة وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء.
- شرح دور الأفكار الآلية والمعارف والإدراكات السلبية في استمرار القلق (مثل التحدث عن طبيعة الأفكار الآلية، مع ضرب أمثلة مما تذكره الحالة) .
- تقدير شدة المبالغات والتضخيم الناتج عن هذه الأفكار ومدى تعطيلها للحالة عند قيامها بأدوارها.
- تدريب الحالة علي الربط بين المعتقدات والأفكار الآلية المثيرة للتهديد والهم والمواقف والأحداث من ناحية، والربط بين هذه الأفكار والمعتقدات السلبية والعواقب المرضية الانفعالية والجسمية والاجتماعية والسلوكية المترتبة عليها وما ينتج عنها من إعاقة وتعطيل للحالة .
- تلخيص الجلسة، وتحديد الواجب المنزلي والتدريب علي جداول المراقبة الذاتية السلوكية والانفعالية والمعرفية، ومواجهة أفكار التهديد، وممارسة الاسترخاء .

الجلسة الخامسة:

- مراجعة الواجبات المنزلية (جداول المراقبة الذاتية الانفعالية والسلوكية والمعرفية).
- ممارسة الاسترخاء لثماني مجموعات عضلية وفق تدريب يميز بين الشد والاسترخاء.
- العلاج المعرفي للأفكار والمعتقدات المأساوية والكارثية، وما يترتب عليها من تعديل للمزاج والسلوك والحياة الاجتماعية.
- تلخيص الجلسة وتقييمها من وجهة نظر المريض، والتدريب علي ملء جداول المراقبة، وعلاج بعض الأفكار المهددة بطريقة بك، والاسترخاء التمييزي.

الجلسة السادسة:

- مراجعة الواجبات المنزلية ومناقشة معوقات تنفيذها (المراقبة الذاتية، والاسترخاء، والتصدي للأفكار السلبية والمبالغات والتضخيم المترتب عليها، وتقليل أثر الهموم ووضعها في حجمها الطبيعي الواقعي) .
- الاسترخاء التمييزي لثمانى مجموعات عضلية واستخدامه كأداة للتحكم والسيطرة علي الهم والانزعاج.
- تدريب الحالة علي الطريقة السقراطية والمنطقي الانفعالي للقضاء علي الأفكار الكارثية والمأساوية، وتمارين الاسترخاء كاملة .

الجلسة السابعة:

- مراجعة الواجبات المنزلية (جداول المراقبة الذاتية، والعلاج المعرفي للأفكار السلبية، ونتائج ممارسة الاسترخاء التمييزي) .
- مزيد من التدريب علي ممارسة الاسترخاء التمييزي .
- شرح أسلوب التعرض وربطه بمكون الهم والانزعاج (التعرض التخيلي للمواقف المهددة، وترتيب مجالات الانزعاج ومصادره) .
- تلخيص الجلسة وتقييمها، وتحديد الواجب المنزلي (جداول المراقبة الذاتية، والعلاج المعرفي للأفكار، وممارسة الاسترخاء، وممارسة التعرض لبعض المواقف المثيرة للهم) .

الجلسة الثامنة:

- مراجعة الواجبات المنزلية (جداول المراقبة الذاتية وممارسة الاسترخاء، وأساليب العلاج المعرفي للأفكار المهددة والمثيرة للهم، وأسلوب التعرض لأحد مصادر الانزعاج، مع بيان أن هذا الأسلوب العلاجي لا يتم ممارسته بدنيا) .
- مزيد من التدريب علي أسلوب التعرض المباشر لمواجهة الهم والانزعاج .
- مزيد من التدريب علي بعض أساليب العلاج المعرفي .
- تلخيص الجلسة وتقييمها، وتحديد الواجب المنزلي (جداول المراقبة المعرفية وعلاج بعض الأفكار السلبية، والتعرض لبعض مصادر الهم والانزعاج، وممارسة الاسترخاء الذهني) .

الجلسة التاسعة:

- مراجعة الواجبات المنزلية (جداول المراقبة المعرفية، وبعض أساليب العلاج المعرفي، وأسلوب التعرض لبعض مصادر الهم والانزعاج، وممارسة الاسترخاء الذهني) .
- مزيد من ممارسة الاسترخاء الذهني، وممارسة بعض أساليب الوقاية من الهم والانزعاج .
- مزيد من التدريب علي بعض أساليب العلاج المعرفي للأفكار المهددة .
- تلخيص ما دار في الجلسة السابقة، وتقييمها، وتحديد الواجبات المنزلية (جداول المراقبة المعرفية، والانفعالية، والعلاج المعرفي، والتعرض لبعض مصادر الانزعاج، والوقاية السلوكية من الانزعاج، واستحضار الاسترخاء الذهني) .

الجلسة العاشرة:

- مراجعة الواجبات المنزلية (المراقبة الذاتية، والمقاومة المعرفية، والتعرض للانزعاج، والوقاية السلوكية منه، واستحضار الاسترخاء الذهني) .
- مزيد من التدريب علي سلوكيات الوقاية من الهم والانزعاج، وممارسة الاسترخاء الذهني، وربطه بأية هادية من الهاديات التي قد تثير الانزعاج .
- تلخيص الجلسة وتقييمها، وتحديد الواجب المنزلي (المراقبة الذاتية، والتعرض للانزعاج، وأساليب الوقاية السلوكية من الانزعاج، والاسترخاء المضبوط بالهاديات).
- تلخيص الجلسة، وتقييمها، وتحديد الواجبات المنزلية (مراقبة معدلات القلق والمراقبة المعرفية، والاسترخاء المضبوط بالهاديات، وممارسة الأساليب المعرفية والتعرض لمصادر الانزعاج).

الجلسة الحادية عشر:

- مراجعة الواجبات المنزلية.
- مزيد من التدريب علي ممارسة الاسترخاء الموجه بإحدى هاديات الانزعاج.
- شرح طريقة إدارة الوقت، والعلاج المعرفي بحل المشكلات.
- تلخيص الجلسة، وتقييمها، وأساليب التعرض للانزعاج، وممارسة أسلوب حل المشكلات .

الجلسة الثانية عشر:

- مراجعة الواجبات المنزلية مع تصحيح الأخطاء بشكل نهائي تمهيدا لإنهاء البرنامج العلاجي.
- ممارسة جميع أساليب الاسترخاء بهدف التحكم والسيطرة علي جميع أشكال الشد العصبي ومصادر الهم، وتعميمها علي جميع المواقف الشبيهة .
- التدريب علي إدارة الوقت، والعلاج المعرفي بحل المشكلات.
- تلخيص الجلسة وتقييمها، وتحديد الواجب المنزلي (جداول المراقبة الانفعالية والمعرفية، وأساليب العلاج المعرفي للأفكار المثيرة للتهديد، وأساليب التعرض المباشر، وإدارة الوقت وحل المشكلات) .

الجلسة الثالثة عشر:

- مراجعة الواجبات المنزلية.
- ناقش الحالة في تقديرها لأحجام التحسن العلاجي ومدى قدرتها علي الاعتماد علي نفسها. وكذلك ناقش قدراتها لجلسات التعزيز الإضافية.
- مراجعة جميع أساليب العلاج المعرفية والسلوكية التي تم تعلمها وتطبيقها في واقع حياة الحالة، ومهارات إدارة الوقت والوقاية من الهم وحل المشكلات، وجداول المراقبة، وتصحيح الأخطاء.
- مناقشة ضرورة تطبيق كل هذه الأساليب بشكل مستمر حتي يمكن تخفيض حدة المعاناة من اضطراب القلق العام ومنع الانتكاسة .

هذا مثال توضيحي لأحد البرامج العلاجية المفصلة خصيصا لحالات القلق المعمم من الراشدين وهو برنامج تم تعديله عن البرنامج الذي نشره كوت Cote وديفيد بارلو D.Barlow عام ١٩٩٢. ومن أهم الفروق بين البرامج المفصلة وبرامج التدخل المقننة ذات الكتيبات الشارحة لأسسها العلمية وتعليمات تطبيقها، والمحددة لخطواتها، ولكل أساليب التدخل العلاجية، ولأدوات التقييم والفحص والتشخيص والتنبؤ من المقابلات وأساليب ومقاييس التقدير الذاتي، والاختبارات النفسية، والاستخبارات، وجداول المراقبة، والأمثلة الشارحة، أن البرامج المفصلة دائما يكون لها جلسات محددة سلفا، ولها أهداف علاجية فرعية قصيرة المدى وإجراءات علاجية تدور بين المريض والمعالج، أما البرامج العابرة للقارات والثقافات التي تشرحها كتب ومراجع منشورة فتكون أكثر تفصيلا، وتم تجريبها في حالات مرضية كثيرة، ونشرت حولها بحوث علاجية عديدة، لها مؤشرات وأدلة علمية لمعدلات كفاءتها وتأثيرها، وتم نشر مقالات علمية حول إمكانية انتشارها وتوزيعها علي كل دول العالم .

ومن أمثلة برامج التدخل العلاجية المقننة التي تم تطبيقها في دول عديدة، برنامج آرون بيك وزملائه (Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2009)، وهو منشور في كتاب زاد عدد صفحاته عن أربعمائة صفحة من القطع الكبير، وهو برنامج تفصيلي يتصدي - كعلاج معرفي-سلوكي مساعد - لعلاج الهذات أو الضلالات Delusions، والهالوس Hallucinations، جمع بين النظرية المعرفية - السلوكية وبحوث الكفاءة والتأثير، وأساليب التدخل العلاجية. تناول الفصل الأول من الكتاب مراجعة كل ما نعرفه وما لا نعرفه عن مرض الفصام، وكل العوامل المرتبطة به، ونسب الانتشار وأسباب هذا المرض، ونتائج كفاءة التجارب العلاجية السابقة وتأثيرها بما في ذلك كفاءة العلاج الطبي، والعلاج المعرفي للهذات والهالوس، وزملة الأعراض السلبية، واضطراب شكل التفكير أو التفكير التصوري. وعرض الفصل الثاني لدور العوامل الحيوية في الإصابة بمرض الفصام (العصبية والفسولوجية والتشريحية) والنماذج النظرية المفسرة لدور هذه العوامل. وعرض الفصل الثالث للصياغة المعرفية للضلالات والهذات من حيث هي معتقدات متحيزة أم أخطاء أم واقع منحرف، وأنواع هذه الضلالات. واختص الفصل الرابع بالصياغة المعرفية للهالوس السمعية. وعرض الفصل الخامس للصياغة المعرفية للأعراض السلبية Negative symptoms. وعرض الفصل السادس للصياغة المعرفية لاضطراب التفكير التصوري. وتناول الفصل السابع بالتفصيل طرق وأساليب التقييم النفسي العيادي، كالمقابلات المبدئية وتاريخ الحالة والمقابلة التشخيصية ومقاييس التقدير الذاتي، واختبارات الضلالات والهالوس، أما الفصل الثامن فعرض للعلاقة العلاجية المهنية، وكيفية بنائها مع الفصامين، ومتغيرات المرضي ومتغيرات المعالجين، والدافعية ومدى ملائمة العلاج المعرفي كعلاج مساند للهذات والهالوس، ودور الأسرة والوالدين في المشاركة في البرنامج العلاجي، وشرح مراحل وخطوات تطبيق العلاج المعرفي علي المرضي الفصامين، وطبيعة الجلسات في كل مرحلة من مراحل تطبيق العلاج المعرفي والتقييم النفسي الإكلينيكي أثناء الجلسات. وعرض الفصل التاسع للتقييم المعرفي في علاقته بعلاج الضلالات والهذات، من قبيل تقييم الأعراض الفصامية أو الإدراكات والمعارف المختلفة، والتحريرات المعرفية، والاستجابات الانفعالية والسلوكية للتفسيرات الهذائية، وتطوير

صياغة الحالة في كل القطاعات كلما حصلنا علي معلومات إضافية جديدة، ووضع خطة العلاج والأساليب العلاجية التي سيتم استخدامها من قبيل أساليب التربية النفسية Psychoeducation، والعلاج المعرفي، والتجارب السلوكية، والمعتقدات الأساسية. وعرض الفصل العاشر للتقييم المعرفي وعلاج الهلوس السمعية وطرق استجابة المريض الفصامي لها. وتناول الفصل الحادي عشر التقييم المعرفي وعلاج الأعراض السلبية. وتناول الفصل الثاني عشر التقييم المعرفي وعلاج اضطراب التفكير التصوري Formal thought Disorder من قبيل انسحاب الأفكار وإقحام الأفكار، والقراءة السلبية للأفكار، وتطايير الأفكار، وكل الأعراض الأخرى التي تتدرج تحت هذه الزملة المعرفية المرضية، وعرض الفصل الثالث عشر للعلاقة والتكامل بين العلاج المعرفي - السلوكي والعلاجات الطبية باستخدام مضادات الذهان Pharmacotherapy and Antipsychotics. وعرض الفصل الرابع عشر للنموذج المعرفي التكامل للفسام integrative Cognitive Model for Schizophrenia، وهو نموذج يعرض للمصادر المعرفية المحدودة التي ينتج عنها مجموعة ضخمة من الضغوط البيئية، وعلاقة ضعف هذه المصادر المعرفية بالطاقة والقدرة التكاملية لدي مرضي الفصام، الأمر الذي ينتج عنه مجموعة ضخمة من الاعتقادات الخاطئة وعجز عن اختبار الواقع، وضعف عمليات التكامل بين كل مكونات التفكير، ونفاذ كل مخزون الخبرات والتجارب المعرفية، وهذه بدورها ينتج عنها الضلالات والهلوس والتفكير المفكك والأعراض السلبية، الأمر الذي ينتج عنه الإصابة بالفصام بصفة خاصة والذهان بصفة عامة.

وتم تذييل هذا الدليل الضخم بمجموعة كبيرة من الملاحق، كان أهمها مقياس بيك للاستبصار المعرفي، وكيفية تفسير الدرجات علي هذا المقياس، وأداة تمثل التقييم النفسي، والطبي النفسي المبدئي، وقائمة التقييم المعرفي للذهان، والقائمة المعرفية للاعتقادات الهذائية، وقائمة التشوهات المعرفية لدي المرضي الذهانيين، والتشوهات المعرفية الخاصة المرتبطة بالذهان فقط، ومقياس تقدير اضطراب التفكير التصوري لدي مرضي الفصام.

ويلاحظ علي هذا البرنامج الذي يضبط تطبيقه دليل لتطبيقه خطوة خطوة، أنه يحدد القطاع أو الزملة المرضية أو إحدى قوائم المشكلات، ويتم تقييمها، وربطها بالعلاج المعرفي - السلوكي ووضع صياغة معرفية - سلوكية لهذه القائمة، ثم وضع خطة العلاج وشرح الأساليب العلاجية التي ستتصدي لهذه القائمة من المشكلات كهدف علاجي طويل المدى، الأمر الذي لا نراه في برامج التدخل العلاجية المفصلة. وعلي هذا الغرار هناك آلاف البرامج العلاجية المنشورة في شكل أدلة للعرض والشرح والتطبيق، وملحق بها الجداول الخاصة بالمتابعة والمراقبة، وأدوات التقييم، في مجالات الأمراض النفسية، والنفسية الجسمية، كالسمنة وزملة التعب المزمن وزملة الألم المزمن، وفقدان الشهية العصبي . وسنسوق أمثلة لبعض المصادر التي يمكن الرجوع إليها في هذا الصدد.

Cooper, Fairburn, and Hawker (2006). Cognitive- Behavioral of Obesity : A Clinician's guide. New York: Guilford Press.

Thorn, B ,E.,(2004) . Cognitive Therapy for Chronic Pain: Step- By- Step.
New York: Guilford Press.

Albana, A,M.,&DiBartolo , P,M.,(2007) . Cognitive Therapy for Social phobia
in Adolescents: Therapist Guide . London: Oxford University Press.

إطار عمل مقترح لكيفية تحكيم أحد برامج التدخل المفصلة

رأي بعض الخبراء المتخصصين في علم النفس الإكلينيكي والعلاج النفسي في كفاءة أو فعالية برنامج معرفي - سلوكي مفصل وتأثيره لتخفيف أعراض أو بعض المشكلات العيادية لدي مرضي

يقوم الباحث/..... بإجراء دراسة تجريبية ضمن متطلبات الحصول علي درجة دكتوراه الفلسفة في علم النفس الإكلينيكي العلاجي، وموضوعها

..... الأمر الذي يتطلب تصميم برنامج علاجي معرفي - سلوكي مفصل لمرضي
..... حتي يمكنهم الاستفادة منه في علاج عدد من الزملات والمشكلات المعرفية
والانفعالية والاجتماعية أو بين الشخصية والسلوكية لديهم . ولأن سيادتكم من الخبراء المرموقين في هذا
المجال، فنرجو منكم الاطلاع علي البرنامج المقترح، والتوجيه بالتعديل المطلوب، وتحديد أهدافه
العلاجية والتنموية وأشكال التعديل التي سيدخلها البرنامج علي أنماط الأفكار والمعتقدات السلبية،
 وأنماط السلوك الخاطيء، والأسس العلمية لهذا البرنامج ومحتواه، وما يرتبط به من أدوات للتقييم النفسي
الإكلينيكي، ولتقييم البرنامج ذاته.

كفاءة برنامج معرفي - سلوكي لتحسين بعض الأعراض المعرفية والانفعالية

والجسمية والسلوكية لدي مرضي القلق المعمم

أولاً: هل هناك ربط بين الأسس العلمية لهذا البرنامج العلاجي وقوائم المشكلات التي يعاني منها مرضي القلق المعمم؟ نعم () لا () -

ما قدر قناعتكم العلمية بمستوي الربط وتحقيقه لأهداف الدراسة؟ درجة/١٠ - هل الأطر النظرية المفسرة لمنشأ هذا المرض وتطوره وتفاقمه استطعنا الخروج منها بأدوات القياس والتقييم

ونظريات العلاج المعرفي - السلوكي؟ نعم () لا () - ما قدر قناعتكم بهذا الارتباط؟ درجة / ١٠

- ما التعديلات المطلوب إدخالها؟

.....ثانياً: إلي أي مدي كانت صياغة الحالة المعرفية - السلوكية كافية، ومحددة

لجوانب القوة والضعف، وتحديد قوائم المشكلات كأهداف علاجية؟ درجة / ١٠

رؤية علمية لكيفية إعداد برامج التدخل في البحوث النفسية والعلاجية

- ما التعديلات المطلوب إدخالها ؟

.....

.....

.....

.....ثالثا: ما درجة استرشاد الباحث بالإطار النظري الذي تحيز له علميا في اختياره

لأدوات الفحص والتشخيص وتحديد خطوط الأساس ، وفي صياغته للحالة، وفي تحديد قوائم المشكلات التي تعاني منها الحالة، وفي وضع خطة العلاج المعرفي - السلوكي ؟ درجة / ١٠

- ما التعديلات المطلوب إدخالها ؟

.....

.....

.....

.....رابعاً: الأهداف العلاجية للبرنامج المقترح

التعديل المقترح	غير ملائم	ملائم	الأهداف طويلة المدى

ملحوظة: إذا كان المطلوب تعديل أحد الأهداف السابقة، أو إضافة أهداف جديدة، فما هي تلك

الأهداف:

.....

خامساً: الأهداف الفرعية قصيرة المدى

- هل توافق سيادتكم أن تتمثل أهداف البرنامج العلاجية الفرعية المقترحة في الآتي :

م	ملائم	غير ملائم	التعديل المقترح
١-			
٢-			

				-٣
				-٤
				-٥
				-٦
				-٧
				-٨
				-٩
				-١٠

ملحوظة: إذا كان المطلوب إضافة بعض الأهداف العلاجية الفرعية الجديدة، فما هي تلك الأهداف؟

.....

.....

سادسا : متطلبات تطبيق البرنامج واحتياجاته

- هل توافق سيادتكم أن تتمثل أسس تطبيق البرنامج المقترح واحتياجاته في الآتي :

م	احتياجات البرنامج ومتطلباته	ملائم	غير ملائم	التعديل المقترح
-١	إحداث التكافؤ بين المجموعتين التجريبيية والضابطة.			
-٢	ملاءمة أساليب التدخل لمشكلات المرضى موضوع التدخل.			
-٣	قدرة أساليب التدخل التي يضمها البرنامج علي استثارة دافعية المرضى أو المنحرفين للتخلص من مشكلاتهم وتنمية جوانب ضعفهم.			
-٤	توفير مساعدات التدريب من جداول المراقبة وبطاقات التذكرة وخلافه.....			
-٥	مدي ملاءمة مكان العلاج لأساليب العلاج والسرية.			
-٦	إتقان التدريب علي تطبيق البرنامج علي يد أحد الخبراء.			

سابعا : آليات التغيير الإيجابي

- هل توافق سيادتكم أن تكون آليات التغيير الإيجابي للبرنامج المقترح، هي :

رؤية علمية لكيفية إعداد برامج التدخل في البحوث النفسية والعلاجية

م	آليات التغيير الإيجابي	المجال	% لأهميتها
١-	تعديل المعتقدات والأفكار السلبية وأنماط السلوك الخاطئ.		
٢-	تنمية عمليات التحكم والسيطرة علي الاندفاعات والانفعالات.		
٣-	القدرة علي حل المشكلات واتخاذ القرار.		
٤-	التغيير الذاتي التدريجي.		
٥-	غرس التفاؤل والأمل وسمات التحدي والمواجهة، والتفاعل الخلاق.		

ثامنا : أساليب العلاج المعرفي المطلوب التدريب عليها

- هل توافق ان تتمثل الأساليب المطلوب التدريب عليها، لتحقيق أهداف البرنامج المقترح في الآتي:

م	أساليب التدخل المطلوب التدريب عليها	التعديلات المقترحة
	الطريقة السقراطية - حل المشكلات - العلاج المعرفي الجدلي - المتصل المعرفي - تفرغ المشكلات من مضمونها - الاسترخاء بكافة أنواعه - إدارة العواقب - إعادة البناء المعرفي - التعرض المباشر - ممارسة النشاطات السارة - بطاقات التذكرة التوافقية - السهم الهابط - المنطقي الانفعالي - التربية النفسية - التجارب السلوكية - التفكير - الوقاية من الانتكاسة.	

تاسعا: القائم بالتطبيق

- هل توافق سيادتكم أن أكون أنا المطبق للبرنامج وأقوم بتدريب الآخرين عليه؟ أم مدرب معتمد؟ أم آخرون؟

م	القائمون بتطبيق البرنامج المقترح وتدريب الآخرين عليه	السبب	%
١-	الخبراء في طرق التدخل وأساليبه بكل أنواعها.		
٢-	الباحث الذي يجري تجارب التدخل بعد تدريبه.		
٣-	طلاب يتدربون علي التدخل في مستوي الماجستير والدكتوراه.		
٤-	مدربون محترفون معتمدون (١٥ سنة خبرة - تعاملوا مع ٢٠٠ حالة فأكثر).		

عاشرا: الوسائل المساعدة في تطبيق أساليب البرنامج المقترح وفي التدريب علي تطبيقه

-هل توافق سيادتكم أن تتمثل الوسائل المساعدة في تطبيق أساليب التدخل للبرنامج المقترح وعند

تدريب الآخرين عليه في الآتي :

م	الوسائل المساعدة في تطبيق أساليب التدخل للبرنامج المقترح	ملائم	%	غير ملائم
	برامج سابقة شبيهة كنموذج - شبكة المعلومات - جهاز عرض نقاط القوة - الحاسب الآلي - أداء الأدوار - قلب الأدوار - سبورة مضيئة - مساعدون مدربون - مراجع من البشر - جداول المراقبة بكافة أنواعها - الواجبات المنزلية - النمذجة .			

حادي عشر : الإطار الزمني لتطبيق برنامج التدخل

- هل توافق سيادتكم أن يتمثل الإطار الزمني للبرنامج المقترح في الآتي :

م	الإطار الزمني	ملائم	%	غير ملائم
١-	عدد الجلسات: عشر جلسات (١٥ ساعة)، ١٥ جلسة (٢٣ ساعة)، ٢٤ جلسة (٣٦ ساعة).			
٢-	عدد الأيام أسبوعيا: جلسة أسبوعيا، جلستان أسبوعيا، ثلاث جلسات أسبوعيا.			
٣-	زمن الجلسة : ٤٥ ق ، ٥٠ ق ، ٦٠ ق ، ٩٠ ق ، ١٥٠ ق ، ٢١٠ ق .			

ثاني عشر: أساليب تقييم البرنامج (أدلة الكفاءة والتأثير)

- هل توافق سيادتكم أن تتمثل أساليب تقييم فاعلية البرنامج وتأثيره في الآتي :

م	أساليب تقييم كفاءة البرنامج المقترح وتأثيره	ملائم	%	غير ملائم
١-	اختبار نفسي لكل مشكلة أو عرض فرعي؟			
٢-	أساليب تقدير ذاتي؟			
٣-	الجدارة في التحصيل - في العمل - رأي الرعاة والمحيطين بالمريض؟			
٤-	كل ما سبق؟			

ثالث عشر : تحكيم الاختبارات وأساليب التقدير الذاتي كأدوات لتقييم كفاءة برنامج

التدخل المقترح وقدّر تأثيره في تخفيف الكرب النفسي أو القضاء علي السلوك الشاذ

- هل توافق سيادتكم علي أن يتمثل القائمون بالتحكيم في الآتي :

رؤية علمية لكيفية إعداد برامج التدخل في البحوث النفسية والعلاجية

م	القائمون بالتحكيم	ملائم	%	غير ملائم
١-	معالجون نفسيون من أعضاء هيئة التدريس .			
٢-	أطباء نفسيون .			
٣-	اختصاصيون اجتماعيون عياديون .			
٤-	ممرضون خبراء في التمريض الطبي .			

مع كامل شكري وتقديري.

الباحث المعالج

د . محمد نجيب أحمد الصبوة

قائمة المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية

- إبراهيم، عاشور، والصبوة، محمد نجيب (٢٠٠٨). فاعلية برنامج معرفي - سلوكي في تنمية مهارات المحادثة لدي عينة من مرضي الفصام المزمن الكويتيين. دراسات عربية في علم النفس، ٧(٤)، ٦٨٥-٧٣٠.
- بارلو، ديفيد، (محرر) (٢٠٠٢). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي. (ترجمة) صفوت فرج، محمد نجيب الصبوة، مصطفى تركي، جمعة يوسف، هبة القشيشي، حصة الناصر، هدي جعفر. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- براون، تيموثي، وأوليري، تريس (٢٠٠٢). اضطراب القلق العام، في: ديفيد بارلو (المحرر)، مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية: دليل علاجي تفصيلي، (ترجمة) محمد نجيب الصبوة. القاهرة: الأنجلو المصرية، ص ص ٣٣٥-٤٦٨.
- بيرمان، بيرل (٢٠٠٤). قواعد التشخيص والعلاج النفسي: نظريات نفسية متعددة لصياغة الحالة. (ترجمة) محمد نجيب الصبوة وجمعة سيد يوسف، القاهرة: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- الدق، أميرة، الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٤). العلاج المعرفي - السلوكي لعينة من حالات الرهاب الاجتماعي عن طريق تنمية فاعلية الذات . المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٢(١)، ٨٧-١١٨.

- السنباني، إيمان، الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٤). فعالية العلاج النفسي بنوعية الحياة في تحسين إدراكها والرضا عنها ورفع معدلات السعادة لدي مرضي السكري من الأطفال. *المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي*، ٢ (٢)، ١٥٧-١٩١.
- الصبوة، محمد نجيب (١٩٩٦). علاج التبول اللاإرادي سلوكيا لدي حالات من الأطفال والمراهقين. دراسة علاجية تجريبية. *مجلة كلية الآداب بجامعة القاهرة (الإنسانيات والعلوم الاجتماعية)*، ٥٦ (٤)، ١٠١-١٤٢.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠٠٠). النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي وكل من السلوك المنحرف والسلوك الطبيعي : محكاته وعوامل الاستهداف، *دراسات نفسية*، ١٠ (٣)، ٢٩٢-٣٤٤.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠٠٧). العلاج المعرفي - السلوكي لحالة رهاب اجتماعي نوعي: رهاب الإملاء. *مجلة الطفولة العربية (الكويت)*، ٣٠، ٣١-٥٧.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠٠٩). العلاج النفسي الجنسي متعدد الأبعاد لرجل مصري يعاني من ضعف الانتصاب: دراسة حالة وصفية علاجية، *دراسات نفسية*، ١٩ (٣)، ٦٢٥-٦٧٢.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٢). أسس العلاج النفسي المعاصر ونظرياته (ط٣)، الجيزة: الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٥) *علم النفس الإكلينيكي المعاصر: أساليب التشخيص والتنبؤ (ط٣)*، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- كازدين، آلان، ووايز، جون (محرران) (تحت الطبع). *أساليب العلاج النفسي للأطفال والمراهقين (أدلة علمية مستقاة من البحوث العلاجية)*. (ترجمة) محمد نجيب الصبوة، القاهرة: مكتبة المركز القومي للترجمة.
- ليهي، روبرت (المحرر) (٢٠٠٥). *دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية*. (ترجمة) جمعة يوسف ومحمد نجيب الصبوة، القاهرة: دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

References

ثانيا : مراجع باللغة الإنجليزية

- Albano, .M., and Dibartolo, P.M., (2007). **Cognitive – Behavioral Therapy for Social Phobia in Adolescents: Therapist Guide**. London: Oxford University Press.
- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., and Grant, P., (2009). **Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy**, New York: Guilford Press.

- Cooper,Z.,Fairburn,C.G.,and Hawker,D.M.,(2006). **Cognitive-Behavioral Therapy for Obesity : A Clinician's guide**. New York: Guilford Press.
- Vandembos,Gray,R.,(ed.),(2007).**APA Dictionary of Psychology**. American psychological Association: Washington, DC 2002.
- Wakefield,F.C.,(1992). The Concept of Mental Disorder on The Boundary between Biological Facts and Social Values. **American Psychologist**,47, 373-388.
- Wakefield,F.C.,(1999). Evolutionary Versus Prototype Analysis of The concept of Disorder. **Journal of Abnormal Psychology**, 108, 374-399.