



برامج الإرشاد النفسي (٢)





منشورات جامعة دمشق

كلية التربية

برامج الإرشاد النفسي

(٢)

الدكتور

رياض نايل العاسمي

أستاذ في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية

1439-1438هـ

2018-2017م

جامعة دمشق



فهرس الكتاب

	المحتويات
9-3	فهرس المحتويات
14-11	مقدمة الكتاب
62-15	الفصل الأول: مدخل لبرامج الإرشاد النفسي في ضوء التصورات المعاصرة
	أولاً: أشكال الدافعية لدى المرضى ثانياً: دافعية المرضى في أساليب الإرشاد والعلاج النفسي ثالثاً: العلاقات العلاجية - عوامل العلاقات غير المحددة والمدعمة تجريبياً - المؤشرات العامة لمقاومة المريض للعلاج - فهم المعالج للعوامل التي تجعل المريض مقاوماً للعلاج رابعاً: التدخلات لتحسين الدافعية لدى المرضى - المبادئ والنماذج التحفيزية في التدخلات العلاجية - مراحل التغير أو التحسن لدى المريض - استراتيجيات نماذج التغير خلاصة واستنتاج أسئلة مراجعة
122 -63	الفصل الثاني: متطلبات تدريب المرشدين لتصميم برامج الإرشاد النفسي وقيادتها وتنفيذها
	مفهوم التدريب التدريب ومتطلباته أهمية التدريب وأهدافه نموذج لأساليب التدريب المبادئ التوجيهية لتصميم البرامج التدريبية وتنفيذها التدريب في ضوء أساليب الإرشاد والعلاج النفسي

	عملية اختيار المتدربين المبتدئين في الإرشاد في مواقع العمل معايير اختيار المتدربين وإجراءاتها العوامل الرئيسة التي تؤثر في اختيار أساليب التدريب التدريب في السياق الأكاديمي دورات التدريب في برامج الإرشاد والعلاج النفسي تقديم عملية التدريب العملي نماذج التدريب وأشكاله مقتضيات تحسين عملية التدريب خلاصة واستنتاج أسئلة مراجعة
168-123	الفصل الثالث: برامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي (الموجة الثالثة)
	مفهوم الموجة الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي نماذج الموجة الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي - العلاج بالقبول والالتزام - التنشيط السلوكي - نظام التحليل المعرفي السلوكي للعلاج النفسي - العلاج الجدلي السلوكي - العلاج ما وراء المعرفة - العلاج المخطط - العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية أولاً-برنامج علاجي معرفي قائم على اليقظة العقلية. - طبيعة البرنامج وآلياته - الأساس النظري - الأهداف - المستفيدون من البرنامج - الأدوات والوسائل - مصادر تنفيذ البرنامج - المكونات الأساسية لجلسات البرنامج - تكيفات النهج في العالم الحقيقي

	– استخداماته تسهيلات وعوائق التنفيذ ثانياً-برنامج إرشادي لتنمية الأمل: – التفكير المأمول في تقييم الفكرة وتوضيحها – التفكير في مرحلة الإنهاء – مكونات البرنامج ومحتوياته – التدخل الإرشادي وآليات التنفيذ خلاصة واستنتاج أسئلة مراجعة
210-169	الفصل الرابع : برامج الإرشاد النفسي القائمة على النهج الإنساني
	روجرز: الرؤية والتوجه النظري والتطبيقي أهداف برامج العلاج الراجري الخطوات الرئيسية لبرامج العلاج الراجري الفنيات العلاجية عملية التغيير في العلاج نموذج لبرنامج علاجي متمركز على الشخص خطة البرنامج تحديد المشكلة الأهداف بناء خطوات العمل مثال لجلسات العلاج الراجري في القلق الاجتماعي مراحل التغيير تقييم التغيير والمراحل المصاحبة لفاعلية التغيير خلاصة واستنتاج أسئلة مراجعة
247 -211	الفصل الخامس: برامج الإرشاد القائمة على العلاج النفسي الإيجابي:
	مفهوم علم النفس الإيجابي ركائز علم النفس الإيجابي

	افتراضات علم النفس الإيجابي تطبيقات علم النفس الإيجابي التقنيات العلاجية كيفية تنفيذ برامج الإرشاد والعلاج الإيجابي برنامج إرشادي قائم على نقاط القوة فاعلية العلاج الإيجابي برنامج قائم على الشفقة بالذات خلاصة واستنتاج أسئلة مراجعة
298 -249	الفصل السادس: برامج الإرشاد القائمة على الإرشاد التدميمي
	مفهوم العلاج النفسي التدميمي وتعريفه الأهداف العلاجية افتراضات العلاج التدميمي مبادئ العلاج التدميمي مبادئ العملية العلاجية عناصر العلاج التدميمي وتقنياته الاستراتيجيات الأساسية لديناميات العلاج التدميمي عملية العلاج التدميمي إجراءات التدخل التقنيات الداعمة نموذج حالة لبرنامج قائم على العلاج التدميمي مراحل العلاج التدميمي فاعلية العلاج التدميمي القائم على الأدلة والبراهين خلاصة واستنتاج أسئلة مراجعة
348-299	الفصل السابع : برامج الإرشاد المدرسية الشاملة
	التعريف ببرنامج الإرشاد المدرسي الشامل

	فلسفة البرنامج أهداف البرنامج فوائد البرنامج الإرشادي الشامل معايير برامج الإرشاد الشامل في المدرسة نظام التوزيع في البرنامج الشامل خطوات تنفيذ البرنامج العناصر التي تشكل فعالية البرنامج تصميم البرنامج وتنفيذه تقويم البرنامج وتقييمه وعوائق التقويم خلاصة واستنتاج أسئلة مراجعة
406-349	الفصل الثامن : برامج الإرشاد القائمة على التكامل العلاجي
	مفهوم التكامل العلاجي وتعريفه المنطلقات الفلسفية للتكامل العلاجي مبادئ التكاملية في العلاج النفسي شروط تبني المعالج الأسلوب التكاملي مراحل نمو نظرية متكاملة في العلاج أنواع التكامل النفسي أسس البرنامج التكاملي وقضاياها النهج القائم على النظرية في التدخل التكاملي تنفيذ العلاج التكاملي التدريب والإشراف تخطيط برامج الإرشاد التكاملي دور المعالج التكاملي. برنامج علاجي قائم على التكامل العلاجي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة فاعلية العلاج التكاملي القائم على الأدلة. خلاصة واستنتاج أسئلة مراجعة

461 - 407	الفصل التاسع: تقييم برامج الإرشاد والعلاج القائمة على الأدلة
	مفهوم البرامج الإرشادية والعلاجية القائمة على الأدلة الممارسة القائمة على الأدلة مقابل البرامج القائمة على الأدلة أهمية البرامج القائمة على الأدلة تحديد عناصر الممارسة القائمة على الأدلة في العلاجات النفسية خصائص الممارسة القائمة على الأدلة مصادر الممارسة القائمة على الأدلة ومستوياتها الحكم على البرامج القائمة على الأدلة نموذج تقييمي للبرامج القائمة على الأدلة تحديد مجال البرامج القائمة على الأدلة عوائق استخدام الأدلة في الممارسة العلاجية التقييم والتخطيط العلاجي والحكم التشخيصي استخدامات البرامج القائمة على الأدلة الاتجاهات المستقبلية خلاصة واستنتاج أسئلة مراجعة
471 - 463	مسرّد المصطلحات

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الكتاب

الحديث عن تصميم وبرامج الإرشاد والعلاج النفسي تنفيذها ليس بالأمر السهل كما يعتقد بعض الباحثين وطلبة العلم، بل هي مسألة في غاية الصعوبة لمن لم يُجِدْ قراءة التصورات النظرية وآليات كل نهج علاجي واستراتيجياته بدقة. لذلك، فإن بناء وتصميم برامج الإرشاد والعلاج النفسي تتطلب الحرفية والخبرة الكاملة والمصاهرة بين النظرية والتطبيق، وذلك حتى يتمكن المعالج أو الباحث من وضع تصوراً لبناء وإدارة برنامج إرشادي وتصميمه وفقاً لاحتياجات المريض أو المتعالج، وحسب طبيعة المشكلة التي يعاني منها.

لذا، جاء هذا الكتاب تنمة للكتاب الأكاديمي الأول المخصص لطلاب السنة الخامسة، قسم الإرشاد النفسي حول برامج الإرشاد النفسي الذي تناول أسس بناء البرامج الإرشادية وطرائقها والمشكلات التي تعترض هذا البناء من حيث الإعداد والتدخل والنتائج المتوقعة منها، وكيفية إنهاء المعالج والمرشد التدخل العلاجي، علاوة على تعرف المعالج حول آليات تقييم البرامج الإرشادية بصورة عامة. أما هذا الكتاب فعرض بصورة معمقة البرامج الإرشادية والعلاجية في ضوء المناهج العلاجية المعاصرة، وذلك بهدف تعرف الباحث أو الطالب إلى كيفية تصميم برنامج إرشادي وتنفيذه وفق نهج علاجي معين، وكيفية اختياره لتلك التقنيات العلاجية المناسبة لحالة كل مريض أو متعالج. إضافة إلى مساعدة الباحث على التمكن من التدريب العلاجي وفق نهج علاجية مختلفة وإجراء البحوث الميدانية القائمة على هذه النهج المتسلسلة من البسيط إلى المعقد لضمان اكساب الطلبة والباحثين الأسس النظرية والمهارات العلمية والعملية والمواقف اللازمة لتكوين علاقات مهنية فعالة؛ وإجراء التقييمات النفسية المناسبة؛ وتنفيذ التدخلات المسندة بالبيانات بنجاح؛ وتقييم نتائج البرامج والتدخلات العلاجية، والمشاركة في الإشراف، والتشاور، والدعوة ذات الصلة لممارسة الإرشاد أو العلاج النفسي.

يحتوي هذا الكتاب على تسعة فصول تتناول الطرائق الإرشادية والعلاجية في سياق العديد من نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، إضافة إلى مدخل لتصور اتجاهات المتعالج أو المريض ودافعيته لتلقي العلاج وفق النظريات العلاجية المختلفة وانعكاس هذه الدافعية على نجاح التدخل العلاجي الذي يقوم به المرشد أو المعالج النفسي. كما تطرق هذا الكتاب إلى طرائق

التدريب العلاجي لدى المتدربين من المعالجين والمرشدين وطلبة الدراسات العليا في مجال الإرشاد والعلاج النفسي.

فالفصل الأول تناول برامج الإرشاد والعلاج النفسي في ضوء التصورات المعاصرة للتدخلات العلاجية، والعوامل المساعدة والمعيقة لدافعية المريض أو المتعالج وإرادته للدخول في العملية العلاجية، وقد تم الحديث في هذا الفصل عن التوجهات النظرية لبعض مدارس الإرشاد والعلاج النفسي لتصور دافعية المريض أو المتعالج، وأثر ذلك في العملية العلاجية ونتائجها، وكذلك الحديث عن طبيعة العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض وأثرها على نجاح التحسن لدى المريض. بينما تناول الفصل الثاني، التدريب العلاجي ومتطلباته لدى المعالجين والمتدربين، والعوامل التي تساعد على عملية التدريب ومراحل التدريب، وخطة التدريب الناجحة، إضافة إلى التدريب في المجال الأكاديمي، ومعايير التدريب ونماذج، ومقتضيات تحسن عملية التدريب. أما الفصل الثالث، فتناول اتجاهاً جديداً في العلاجات، أطلق عليها الموجة الثالثة، إذ يتضمن هذا الفصل العديد من النماذج العلاجية في مواجهة العديد من الاضطرابات النفسية، وقد أفرد المؤلف برنامجين أحدهما قائم على العلاج المعرفي وفق تقنيات اليقظة العقلية، والآخر برنامج لتنمية الأمل. أما الفصل الرابع فتناول البرامج الإرشادية القائمة على النظرية الإنسانية في العلاج النفسي، وقد ركز المؤلف على نظرية العلاج المتمركز على العميل، حيث زود بهذا الفصل برنامجاً لخفض حدة القلق الاجتماعي. أما الفصل الخامس فتناول التدخل الإيجابي في علم النفس وأثر هذا الاتجاه في تحسين حالة المريض النفسية وذلك من خلال تركيزه على جوانب القوة لدى المريض بدلاً من نقاط الضعف، حيث عرض في هذا الفصل برنامجاً لتنمية نقاط القوة لدى المرضى وبرنامج آخر لتنمية الشفقة بالذات. أما الفصل السادس فتناول البرامج الإرشادية القائمة على العلاج التدعيمي، حيث تم تقديم بعض النماذج العلاجية كأدلة داعمة لهذا النهج. وعرض الفصل السابع البرامج الإرشادية المدرسية القائمة الاتجاه الشمولي في التدخل الإرشادي لدى فريق العمل في المدرسة، وهذا الاتجاه يسعى إلى مساعدة كل طلبة المدرسة دون استثناء، وليس مخصصاً لمعالجة مشكلات فردية فقط، إنه يسعى إلى تنمية المهارات الأكاديمية والمهنية والشخصية والاجتماعية. أما الفصل الثامن وقبل الأخير، فتناول التكامل في برامج العلاج النفسي في تقديم خدمات شاملة من

حيث النظر إلى مشكلات المرضى على نحو كلي وليس جزئياً، وتم تقديم برنامج علاجي لحالة ما بعد الصدمة وفقاً لهذا التوجه العلاجي. وجاء الفصل التاسع ليعرض تقييم البرامج العلاجية والإرشادية القائمة على الأدلة، التي يمكن الاسترشاد بها عندما يتم تصميم برنامج علاجي وتطبيقه على بعض الحالات، على اعتبار أن هذا التقييم لأي برنامج يجب أن يستند إلى فاعليته في معالجة هذه المشكلة وفق ما أشارت إليه الأبحاث العديدة في هذا المجال. تتألف هذه البرامج من مجموعة منسقة من الخدمات/ الأنشطة التي تثبت فعاليتها على أساس البحث. وتعتمد معايير التصنيف على هذا النحو لتفعيل التصنيف الشامل وتنشيطه. وقد تتضمن البرامج القائمة على الأدلة عدداً من الممارسات في تقديم الخدمات في نهج وإطار تنظيمي ممنهج، ومجموعة من الأفكار أو المفاهيم والمبادئ والاستراتيجيات المعتمدة التي تدعمها البحوث.

وأخيراً، يأمل المؤلف أن يجد الطالب والباحث والطبيب النفسي في هذا الكتاب بعض الفائدة النظرية والتطبيقية في اكتساب المهارات والكفاءات اللازمة لبناء البرامج الإرشادية والعلاجية وتصميمها وإدارتها وتقييمها وفق الأسس والمبادئ القائمة على الأساليب الإرشادية والعلاجية المختلفة المثبتة بالأدلة العلمية الرصينة في معالجة تلك المشكلات التي تترك المريض أو المسترشد المحتاج إلى المساعدة النفسية.

وعلى الله قصد السبيل

دمشق في ٢٠١٦/١٠/٦ م

أ. د/ رياض العاسمي



الفصل الأول

مدخل لبرامج الإرشاد النفسي في ضوء التصورات

الإرشادية المعاصرة

أشكال الدافعية لدى المرضى
دافعية المرضى وفق نهج بعض المدارس العلاجية
العلاقات العلاجية
نماذج لمبادئ التحفيز وزيادة الدافعية للمرضى في التدخلات العلاجية
التدخلات لتحسين دافعية المريض
المحاذير والعمل البناء
مراحل التغيير لدى المرضى
استراتيجيات التغيير
خلاصة واستنتاج
أسئلة مراجعة



الفصل الأول

مدخل لبرامج الإرشاد النفسي في ضوء التصورات المعاصرة

ينظر علماء العلاج النفسي على اختلاف مذاهبهم النظرية إلى الدافعية باعتبارها متغيراً متزايد الأهمية في جميع برامج التدخلات العلاجية، وذلك لاعتقادهم وإيمانهم بأن دوافع المرضى وإرادتهم في تلقي العلاج هي مفتاح التغير والتحسين الإيجابي في سلوكياتهم ومشاعرهم. أغلب ما تحدد دوافع المرضى من خلال نظرية التعيين بالذاتي. ويسير هذا المفهوم للدافعية على طول سلسلة متصلة من الحكم الذاتي النسبي للمرضى في أثناء التدخلات العلاجية. وقد أثار واضعو النظريات العلاجية والإرشادية تساؤلات حول كيفية مناقشة الأساليب العلاجية المختلفة بناء على دافعية المرضى للحصول على نتائج لهذه التدخلات، وذلك من خلال الحكم الذاتي الصادر من المريض، سواء من حيث التصور النظري والتطبيقي للنهج العلاجي. كما نظروا إلى التحالف العلاجي باعتباره عاملاً محفزاً لإثارة الدافعية لدى المرضى. لذلك، يركز المعالجون على الدافعية والعلاقة العلاجية لدى المرضى شرطاً أساسياً لنجاح برامج التدخل القائمة على النظريات المختلفة. وثمة رأي يصب في هذا الرؤية. فقد قال باسكال: "أقنع الناس على نحو أفضل في الأسباب والسعي لاكتشافها بدلاً من التي تأتي من أذهان الآخرين".

يُعدّ مفهوم "الدافعية" Motivation وتتميتها لدى المعالجين والمرضى محل اهتمام متزايد في جميع برامج الإرشاد والعلاج النفسي. ذلك؛ لأن الدافعية لدى المرضى تعد مفتاح الحل للتأكد من فاعلية التدخل العلاجي، وقد تم استخدام دافعية المريض من خلال تصنيف نظرية تعيين الذات Self-Determination Theory. وهذا الدافع لدى المريض يكون على مسار خط متصل من عدم الدافعية مروراً إلى المنطقة الإيجابية التي تعني ارتفاع مستوى الدافعية لدى المريض لتلقي العلاج، الذي يمكن الحكم عليه من خلال أحكامه الذاتية. لكن المسألة في هذا المجال قد تسبب إرباكاً للمعالجين حول كيفية اختلاف دافعية المريض وحكمه الذاتي على تحسنه، والمقارنة بين النظرية والممارسة. علاوة على ذلك، تركز الأساليب العلاجية في البرامج المتعددة على تنشيط العوامل المحفزة غير المحددة، مثل التحالف العلاجي بين المعالج

والمريض أو المتعالج. وقد خلصت جميع البرامج الإرشادية والعلاجية رغم اختلاف مداخلها العلاجية ونتائجها المتوقعة منها في تركيزها على سلوكيات المريض وأفكاره ومشاعره - إلى أن الحكم الذاتي يختلف من نظرية إلى أخرى في صميم البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتمثل في مسألة الدافع أو الإرادة، ربما لأن ديمومة النتائج الإيجابية على الأرجح يمكن أن تحدث عندما يصبح المريض مشاركاً بنشاط في العملية العلاجية، ويستثمر قدراته الشخصية من أجل التغيير (Overholser, 2005; Ryan & Deci, 2008) ومع ذلك، فالخبرة المشتركة لكل من المعالجين والمرضى تتمثل في أن المرضى ليس لديهم دافعية ورغبة في التغيير في كثير من الحالات.

في الواقع، العديد من المرضى - إن لم يكن أكثرهم - هم أكثر عرضة لمقاومة التغيير. فبعضهم، على سبيل المثال، لديهم دوافع ظاهرية في التغيير، لكن خلف هذه الدوافع رغبة دفينية بالدفاع عن كل تغيير يحدث لسلوكهم وأفكارهم ومشاعرهم الحالية، ويدافعون بقوة ضد تغيير أنماط سلوكياتهم وخبراتهم التي اكتسبوها منذ مدة طويلة نتيجة لمعايشتهم لتلك المشكلات، ولا يرغبون في الانتقال إلى نمط آخر من الحياة، خوفاً من النتائج السلبية غير المتوقعة نتيجة لذلك؛ فمن المتوقع لبعض المرضى أن يميلوا إلى الامتنال للعلاج بناء على رغبة المعالج أو الأشخاص المهمين في محيطهم الاجتماعي (الأسرة، الأصدقاء، أرباب العمل). لكن الرغبة في تلقي العلاج من أجل التحسن في سلوكه ليست مبنية على قناعة المريض الذاتية في كثير من الحالات، بل تم إجباره على ذلك من قبل الأسرة أو المؤسسة التي يعمل فيها نتيجة لوجوده تؤثر في إنتاجيته وتفاعله مع الآخرين. وبناء على ذلك، يرى زيلدمان وريان (Zeldman & Ryan, 2004) أن المريض في كثير من الحالات يعبر عن ذلك بالقول: لا يهمني إحداث أي تغيير في حياتي، أو أشعر بعدم قدرتي على القيام بذلك، أو لأنني لا أملك الكفاءة للقيام بذلك، أو لأن العلاج النفسي في كثير من الحالات لا يقدم الفائدة المرجوة منه. هذا التنوع في دوافع العميل والمقاومة التي يبديها لعملية التغيير العلاجي تسهم إسهاماً مهماً في نجاح أو إخفاق العملية الإرشادية أو العلاجية.

في حين يكون العديد من العملاء واضحين في البداية بأن لديهم دوافع ضعيفة للانخراط في التدخلات العلاجية، ويأمل معظم المعالجين أن دوافع المرضى مهمة جداً لإحداث التحسن

والشفاء، وأن المرضى الذين لديهم دافعية ورغبة واضحة في العلاج يكونون أكثر عرضة للتحسن العلاجي والرغبة في التغيير السلوكي والفكري مقارنة بمنخفضي الدافعية. لذلك، فإن معظم المعالجين يرغبون بأن يكون لمرضاهم الدافعية من أجل نجاح عملية العلاج. فعندما يكون هذا الدافع الذاتي للمريض قوية لتلقي العلاج في ظل غياب بعض المناهج أو برامج العلاج الشاملة للمريض التي تقتصر إلى تنمية استعداد ورغبة المريض في العلاج لتعزيز دافعيته وإرادته من أجل التغيير، تكون مهمة المعالج صعبة بالرغم ما لديه من تقنيات قوية في مواجهة مشكلات المريض الذي جاء إليه من دون دافعية (Rappaport, 1997). فالدافع الأولي، والتحفيز الذاتي أو الحكم الذاتي من أجل التغيير يمكن أن يصبح أكثر أهمية بمرور الوقت، كما يتطلب استمرار التغيرات السلوكية للتغلب على العقبات والعمل على استمرارها عندما يكون الزخم الأولي للمعززات مرتبطة بالتغيير السلوكي في العملية العلاجية. لذلك، لم تُعدَّ إرادة ودافعية المريض قضية مبدئية وكمدخل للعلاج، بل تتضمن أيضاً جميع جوانب عملية العلاج.

الدافعية كطاقة موجهة

يمكن تعريف الدافع Motivatiom على نطاق واسع شيئاً يحرك الناس للعمل، وهي كلمة مشتقة من اللاتينية Movere بمعنى، "النقل" أو التحرك. ومن الناحية الفنية، يعني الدافع الطاقة والتوجه نحو عمل ما. وقد مثل ديسي وريان (Deci & Ryan, 2000) هذا الطاقة في الإرشاد النفسي بعمل محرك السيارة كمثال توضيحي. فالانتقال من النقطة (أ) إلى النقطة (ب) يتطلب قوداً أو طاقة للسيارة لتوفير السير السليم. ودون توجيه حركة السيارة سوف تكون حركتها عشوائية (وقصيرة الأجل)، ودون وقود لن يكون هناك أي تحرك على الإطلاق. وبطبيعة الحال، فإن التمييز بين الطاقة والاتجاه هو رؤية متكاملة لا يمكن الاستغناء عن أحدهما. فبطبيعة الأهداف التي تم تعيينها على سبيل المثال، يمكن أن تؤثر على اتجاه الدافع، وبالتالي فإن الطاقة هي التي تزود الدافع بالتحرك نحو الهدف. وبالمثل، يجب أن يكون هدفاً مناسباً لجلب المريض لتلقي العلاج. على الأقل هناك بعض النماذج المعبرة عن الدافعية لدى المرضى في الدخول إلى العملية العلاجية أو الإرشادية، مثل نموذج بروشاسكا ودي كلمنتي (Prochaska & DiClemente, 1986). من هذا، فإننا نواجه مسألتين لتحديد الطاقة

وراء جهود دافعية المريض أو توجيه تلك الطاقة نحو الهدف المنشود؛ فالقضية الأولى تتعلق بالطاقة: لماذا يسلك المريض هذا السلوك؟ ويشمل ذلك المشاركة في تلقي العلاج، وثم بعد ذلك الأسباب حفاظ المريض على العملية العلاجية والاستمرار فيها مع مرور الوقت. والقضية الثانية تتعلق بتوجه الإرشاد أو العلاج. وتشمل هذه الأهداف أو "ما" الذي يثيره للعلاج من قضايا لتحقيق الأهداف العلاجية؟ وأي نوع من الأهداف العلاجية أو الإرشادية التي يمكن التحرك نحوها؟ والنقطة الأخيرة يمكن أن ترتبط بكل من المعالج والمريض، وحتى مع الآخرين المهمين في بعض الأحيان، كالسلطات القانونية أو المدرسة، وشركات التأمين، الأسرة... الخ. لذلك، يتبنى نهج تقديم العلاج افتراضات مختلفة بشأن هذه الطاقة والاتجاه لجوانب الدافع، وأنها تختلف في كيفية تنفيذ هذه الافتراضات. فمعظم نظريات الإرشاد والعلاج النفسي مستمدة من النظريات الأساسية للشخصية التي بدورها تتطوي أيضاً على ادعاءات مختلفة حول الدوافع والأساليب المناسبة لإشراك المرضى أو العملاء في النشاط لتغيير السلوك غير السوي وحول كيفية اختيار الأهداف العلاجية وتنفيذها. ويرى ويستن (Westen et al., 2004) أن أساليب العلاج أيضاً تختلف في مضمونها وأهدافها، على سبيل المثال، كفاءة المعالج في تحقيق هذه الأهداف ضمن إجراءات التدخل العلاجي، مقابل رغبة المريض في المساعدة على التغيير والحد من أعراضه. وأغلب ما يكون العلاج الموجه نحو تحقيق نتائج في أفكار واضحة المعالم حول ما ينبغي القيام به للمرضى، إضافة إلى زيادة مستوى الوعي من صيغ الممارسات التحفيزية التي تعمل على نحو صريح أو ضمني عبر تقنيات علاجية متنوعة، ويمكن الاستدلال عليها صراحة من خلال دافعية المريض وأحكامه الذاتية حول رؤيته وفلسفته للعملية العلاجية.

الدافع واستمرار العجز إلى الإرادة

بقدر ما تكون العملية العلاجية متجهة نحو تهيئة الظروف للتغيير الإيجابي، والذي يترتب على ذلك تشابك الدافع بعمق مع هذا التغيير. وببساطة، فليس هناك تغيير دون حركة ولا حركة دون دافع. ولوضع تصور للأسباب التي تكمن وراء حركة العملاء أو عدمها، وتعد بعض الأشكال الكلاسيكية من التحفيز. في ضوء ذلك، فقد وضع ديسي وريان (Deci & Ryan, 1985, 2000) تصنيفاً مستمداً من نظرية تقدير الذات، المعاملة التفضلية الخاصة

التي تجعل دوافع الناس المتعددة جيدة أو سيئة (سلوكيات المقصد). وهذه المعاملة التفاضلية يمكن استخدامها في العملية العلاجية لمعرفة دافعية المرضى ورغبتهم في تلقي الإرشاد أو العلاج النفسي والتي يمكن أن تؤثر مع بعض العوامل الأخرى على نجاح أو إخفاق العملية الإرشادية برمتها. لذلك يرى منظرو العلاج النفسي أنه لا فائدة من العلاج النفسي في غياب دافعية المرضى وخصائصهم ومواقفهم من العملية العلاجية، على اعتبار أن هذه الدافعية وتلك الإرادة هي محل اهتمام لدى كثير من نظريات الإرشاد أو العلاج التي سوف نتحدث عنها، وهي كذلك اللغة المشتركة لأسلوب علاجي يأخذ في اعتباره آلية تفكير المريض في العملية وسعي المعالج أو المرشد لزراعة وتنمية الدافع لدى المريض لتلقي العلاج.

أولاً- أشكال الدافعية لدى المرضى

إن أهم خطوات علاج المريض تنمية دافعيته تجاه العلاج، وهي خطوة يقوم بها المعالج. ويتم فيها تقييم دافعية المريض وتحليل نقاط القوة والضعف في دافعيته لتلقي العلاج. وبناء على كل ذلك، تبدأ العملية العلاجية بالعلاج التحفيزي الذي يقوم به المعالج في الجلسات التمهيدية لزيادة الدافعية أو الرغبة لدى المريض بتلقي العلاج، لكن هذه التحفيز والتدعيم من طرف المعالج ينبغي أن يستمر لنهاية العلاج أو لمرحلة المتابعة منعاً من حدوث انتكاس الأعراض التي يعاني منها المريض.

ولزيادة دافعية المريض ينبغي على المعالج أن يشرح له أهداف العلاج والنتائج المتوقعة لتحسين حالته، وهذا الشرح يتم في بداية الجلسات التمهيدية للعلاج، حيث يوفر المعالج مجموعة من الشروط التي تساعد على زيادة الدافعية لدى المريض والمتمثلة في تقبله، واحترامه، والنظر إليه كإنسان، وليس النظر فقط إلى مشكلة المريض، أي يجب أن يتقبل المعالج المريض بغض النظر عن رفضه للسلوكيات والأفكار الهدامة الصادرة من المريض، ودفعه لاتخاذ قرار للتغيير في إطار تفهمه بأن القرار العلاجي الخاص به لا بد له من دوافع يفكر فيها، ويحولها إلى فعل مستمر. وفي مرحلة التحفيز هذه، لا بد من أن يقوم المعالج بتفهم المريض وعدم معاندته، بل ينبغي أن يكون موضع ثقته، ويبدأ في دعم كفاءة المريض الذاتية والأسباب ونقاط قوته ونجاحه، وأن يتعرف مع المريض على علامات الاستعداد للتغيير، مع وضع أهداف وبدائل للتعافي، وأن يستطيع المريض في آخر العلاج محاسبة نفسه ومتابعتها،

ومعرفة نقاط ضعفه لتقويتها مع قدرته على تشجيع نفسه في حالة التعافي والاستمرار في تقوية عزيمته للعلاج النابع من ذاته.

وبناء على ذلك، فثمة أشكال متعددة لدافعية العميل يمكن إيجازها في الآتي:

١- ضعف الدافعية أو الحافز

نبدأ هنا، من خلال الاعتراف بأنه ليس لدى جميع المرضى الحافز أو الدافعية لدخول العلاج أو خبرة التغييرات التي قد تحدث لهم جراء التدخل العلاجي. رغم أن بعض المرضى قد بدأوا بالعلاج، إلا أنهم قد لا يكون لديهم الدافع لمواصلة ذلك العلاج. وهنا يمكننا القول: إن مقاومة المريض أو عدم الرغبة في متابعة العلاج والتغيير هي متعددة الأبعاد، ويمكن أن تركز على مجموعة غير متجانسة من دوافع المريض، ومجموعة غير متجانسة أيضاً من أساليب المعالج لتقديم أساليب العلاج المناسبة.

وبصفة عامة، الافتقار إلى الحافز يمكن وصفه بأنه الدافع الذي يدفع المريض لتلقي العلاج، وهو مصطلح يشير إلى نقص الطاقة أو الرغبة في العمل. ويمكن أن يتبع الحافز مصدرين:

النوع الأول، ناتج من عدم الاهتمام أو قيمة هذا النشاط؛ فقد يكون للمريض دوافع عديدة عندما يرى أنه لا مكاسب أو فوائد للتغيير، وذلك عندما يعبر المريض عن ذلك بالقول: "لا أرى أي شيء جديراً بالاهتمام من هذا العلاج، إنه مضيعة للوقت والمال، وأنا ليست بحاجة إلى العلاج". هذا النوع من الدوافع يمكن ملاحظتها في الزوج الذي لا يرى حاجة للعلاج ضمن العلاج الجماعي الذي يضم الزوج والزوجة معاً في جلسة العلاج مع المعالج، خوفاً من أن يقوم الشريك الآخر بالحديث عن أسرار في الحياة الزوجية التي لا يرغب الزوج في الإفصاح عنها أمام المعالج، أو العامل الذي لا يرغب في الدخول إلى العملية العلاجية للحد من الغضب لديه الذي تحول إلى سلوك عدواني تجاه العاملين معه، وقد يبرر ذلك أنه ضحية العاملين الفوضويين وغير الجادين في إتمام العمل لنهايته، ذلك إصراره سبب مشكلاته تكمن في العاملين المحيطين به، وليس في سلوكه. في مثل هذه الحالات، قد يكون هناك نقص واضح في دافعتهم لتلقي العلاج.

والنوع الثاني المتميز بعض الشيء لعدم الدافعية هو نابع من عدم وجود الكفاءة (Deci & Ryan, 1985) أو معتقدات الفعالية الإيجابية المدركة (Bandura, 1996). ويمكن للمرء ألا يعتقد أن تقديم الإرشاد أو العلاج يرتبط بشكل موثوق بنتائج إيجابية، أو يمكن للمرء أن يشعر أنه حتى لو كان يتوقع أن يكون مفيداً، فإن هذا البرنامج العلاجي وتقنياته ليست مفيدة له شخصياً لاستخدامها بطريقة من شأنها أن تجعل التغيير لديه يمر بنجاح. فالشخص الذي يعاني من السمعة المفرطة على سبيل المثال قد ينصحه المعالج أن يغيّر نمط نظامه الغذائي ونشاطه، لكنه قد يعتقد أن العلاج لا يمكن الاستفادة منه، أو أنه لا يملك الإرادة الكافية على الالتزام بتنفيذ الخطة العلاجية التي أوصى بها المعالج أو الطبيب النفسي.

ويرى ريان (Ryan, 1995) أن الكفاءة المدركة هي شرط أساسي لجميع الإجراءات المقصودة بالتدخل العلاجي، وأن المريض لن تكون لديه دافعية للعمل دون هذا الاعتقاد، ولكن تردده في العمل لن يحقق له النتائج المرجوة. ويبدو أن وراء هذه المقاومة وغياب الدافعية والإرادة الصارمة لتلقي العلاج تكمن في مجموعة متنوعة من الأسباب والدوافع، كالشعور بالإكراه، وغياب الفائدة من العلاج، وأن المعالج أكثر ما ينظر إليه كإنسان مشكلاً، وليس إنساناً يحمل مشكلة...الخ.

٢- التنظيم الخارجي: External regulation

من بين الطرق المختلفة التي يمكن أن تُكوّن الدافعية لدى لمرضى لتلقي العلاج أو الإرشاد: التنظيم الخارجي أو الضغوط الصادرة من الآخرين للانخراط في الموقف العلاجي لتغيير السلوك غير السوي. على سبيل المثال، يعاني رجل من إدمان الكحول ويرغب في الذهاب إلى المعالج لتلقي العلاج لإحداث تغيير جذري في بنائه النفسي يساعده على التخلص من إدمانه. وهذا الرجل في واقع الأمر يعيش حالة من الصراع الداخلي بين رغبته في استمرار التعاطي (رغبة، ألم)، وبين الحصول على (القبول، الرفض) من قبل أسرته إذا امتنع عن التعاطي أو رفضه ونبذه إذا استمر في التعاطي. ومن ثمّ، فإن أي شخص يدخل إلى العملية العلاجية بسبب التنظيم الخارجي أو سبب ضغوط خارجية ينبغي أن يحسب لها المعالج حساباً لمعرفة الدافعية لدى هذا المريض، وكذلك النتائج المتوقعة من هذا العلاج للوصول بالمريض إلى حل هذا الصراع على حساب طرف من أطرافه (الثواب، والعقاب). فقد نجد بعض

المعالجين يستخدمون المعززات الخارجية أو الضبط الخارجي للمريض من أجل الحد من أعراضه المرضية باستخدام معززات خارجية ضمن التدخل العلاجي للمساعدة في السيطرة والمحافظة على سلوكيات المريض الإيجابية، مثل السماح للمرضى المنومين الذين يعانون من فقدان الشهية للطعام في العودة إلى منازلهم في عطلة نهاية الأسبوع إذا كان لديهم شهية جيدة للطعام خلال الأسبوع. في مثل هذه الحالات من التنظيم أو الضبط الخارجي لدافعية المريض تعزى إلى أشخاص من خارج العملية العلاجية الذين يعملون على ضبط سلوكه، وقس على ذلك من الأمثلة التي يكون للمعززات الخارجية أثراً إيجابياً في تحسن حالة المريض التي ينبغي أن يأخذ المعالج هذه الأمور في الاعتبار لزيادة دافعية المريض لتلقي العلاج واستعداده لإجراء تغيير في سلوكه. فالسجين الذي يتصرف على نحو سيء في السجن، ويؤثر على قواعد الانضباط في السجن، فإن السجان قد يستخدم أسلوب تعزيز خارجي في السماح له بالخروج من عنبره لمدة أربع ساعات يومياً، أو يسمح لأسرته بزيارته في عطلة نهاية كل أسبوع. وهذا الإجراء يمكن أن يساعد على ضبط سلوك هذا الشخص والحد من تصرفاته غير السوية التي يقوم بها داخل السجن.

٣- التنظيم غير المنضبط Introjected regulation

بالإضافة إلى كون المريض يواجه ضغوطاً من الخارج، إلا أنه قد يعاني من ضغوط ذاتية في العمل، وذلك باستخدام معززات داخلية ضاغطة، مثل مشاعر الثقة بالنفس والاعتزاز من جهة، والشعور بالذنب والخل من جهة أخرى. وفي هذه الحالة نلاحظ مجموعة من الدوافع تنطوي على الينبغيات "والسعي الذاتي وموافقة الآخرين أو تجنب الرفض تحت عنوان التنظيم الضاغطة من مصدر داخلي، رغم أن المكافآت والعقوبات التي هي بمثابة خبرات داخلية إلى حد كبير قد تجعل المريض يشعر برغبة في ضبط سلوكياته غير السوية. ويرى (Assor, Vansteenkiste & Kaplan, 2009) أن تعزيز هذا الضبط يتوقف على احترام الذات ومشاركة الأنا، والشعور بالفخر، وتعظيم الذات للنجاح التالي والتهديدات الضمنية في الشعور بالذنب والخل، وانقراض الذات في أعقاب فشل ما. وينطوي هذا التنظيم أيضاً على مجموعة من الدوافع بين السعي الذاتي وموافقة الآخرين واستحسانهم أو تجنب الرفض تحت مسمى التنظيم الذاتي غير الواعي، ومع الشعور غير الواعي بالأفكار المتعلقة بتقدير الذات

والخجل رغم المكافآت والعقوبات التي هي خبرات داخلية إلى حد كبير، فقد يميل الفرد إلى السيطرة على هذه المشاعر، ويتوقف هذا على تقدير الذات والمشاركة الذاتية التي تسمح بتعظيم الذات للنجاح التالي والمرتبطة أحياناً بالشعور في الخجل والذنب من الآخرين والذي يؤدي ذلك إلى انتقاص من قيمة الذات الناتج عن الفشل. ومثال ذلك، عندما يأتي المريض إلى العلاج لشعوره بالذنب حول أسلوب حياته، ويبين ما يطلبه الآخرون منه، فإنه يعبر في الواقع عن تنظيم للأفكار غير الواعية.

٤- التحديد والتكامل Identification and integration

هناك أيضاً مرضى يدركون تماماً أهمية العلاج أو الإرشاد، ولديهم رغبة صادقة للانخراط في العملية العلاجية مع المعالج من بدايتها إلى نهايتها. وهنا، يمكن تسمية الحالة التحفيزية هذه بالهوية الذاتية. والمقصود بهذا المفهوم أن الناس يحددون قيمة النشاط أو العمل عن طيب خاطر ويقبلون المسؤولية عن تنظيم سلوكهم، وعندما يدركون أهمية النشاط على المستوى الشخصي، فإنهم سوف يستوعبون ذلك التنظيم، ويشاركون بناءً على ذلك، في هذا السلوك مع شعور أكبر بالحكم الذاتي لفاعلية هذا السلوك، ومن ثم لا يشعرون بأية بضغوط عليهم من طرف الآخرين لعمل هذا السلوك. ولتوضيح ذلك، فمرتكبي الجرائم الجنسية يتابعون العلاج في العيادات الخارجية لإدراكهم أن سلوكهم لا يمكن التعايش معه، ويمكن أن يضر بالآخرين، ويتداخل أيضاً مع بناء علاقات مرضية وحياة ذات معنى مع الذات والآخرين. وعندما يدرك المرضى قيمة السلوك (التدخل العلاجي) بأنه خبرة ذات قيمة تليق بقيم حياة الآخرين المهمين لهم وأهدافهم، فإنهم سوف يظهرون تنظيم متكامل لهذا النشاط والالتزام به. ويمثل التكامل الداخلي أو التنظيم الذاتي على المستوى المعرفي والسلوكي والانفعالي حالة إرادية واعية؛ لأن المرضى بكل إخلاص يسعون وراء هذا النشاط. ومن وجهة نظر معظم الأطباء أن هذا السلوك الواعي سيكون شكلاً مثالياً لدافعية العميل للدخول في عملية العلاج والحصول على نتائج إيجابية جراء ذلك. وذلك كما هو موضح في الجدول (١) الآتي:-

الأنماط التحفيزية	مصادر الظاهرة	التركيز على السببية
الدافعية الذاتية	الفائدة والتمتع في العمل واكتشاف النمو.	الصدق الداخلي العالي
التنظيم المتكامل	تثمين النشاط ومناسبته للقيم الشخصية والأهداف الأخرى.	الصدق الداخلي العالي
التنظيم المحدد	قيمة واعية بالنشاط الداخلي.	صدق داخلي
التنظيم غير مضبوط أو غير واع	مدفوع ذاتياً أو من قبل الآخرين مع الموافقة، وتجنب الخجل أو الشعور بالذنب	صدق خارجي إلى حد ما
التنظيم الخارجي	مدفوع انطلاقاً من المكافأة الخارجية وحالات العقاب الطارئة.	صدق خارجي مرتفع
الدافع الأول: منخفض القيمة	قيمة ومكافأة العمل المدركة قد تكون قليلة أو معدومة.	يمكن أن تكون داخلية أو خارجية
الدافع الثاني: الكفاءة المنخفضة	الكفاءة الذاتية المدركة للتغيير	غير شخصية

٥- الدوافع الذاتية Intrinsic motivation

قد ينهمك الإنسان في نشاط ما بسبب دوافعه الذاتية المتأصلة في الشعور بالرضا، لأن العملية العلاجية هي في حد ذاتها مثيرة للاهتمام والمتعة. فدوافع معظم الناس في جوهرها الحصول على المشورة لا تكون أساسية. فهم في الواقع لا يأتون إلى العلاج لاعتقادهم أنه سوف يكون مثيراً للاهتمام والمتعة فقط، بل لأنهم يرون أنه مفيد ويؤدي إلى نتائج ذات منافع أخرى، مثل تحسين المهنة، والزواج، أو نمط الحياة. ولكن هناك استثناءات: ففي مناسبات كثيرة عندما تكون أنشطة العلاج ممتعة، أو على الأقل مثيرة للاهتمام إلى حد بعيد. فهناك العديد من المواقف يمكن للمعالجين أن يحفزوا ويشجعوا التغيير الإيجابي في سلوكيات المريض من خلال تدريبات الاكتشاف والمغامرات التجريبية. ويمكنهم أيضاً تقديم عملية التغيير على أنها صعبة، لكن المثير للاهتمام فقد يسعى بعض المرضى لإبداع دوافع ومحفزات أساسية لاستكشاف جوانب مهمة في سماتهم الشخصية والنفسية والانفعالية. وبقدر ما يكون للمريض

دافع أساسي ومهم في الدخول إلى العملية العلاجية، فإن ذلك سوف يولد لديه مشاعر إيجابية حول هذا الموضوع مبنياً على الإرادة والحكم الذاتي الواعي. وجميع هذه الأشكال للدافعية يمكن التعرف إليها في أثناء قيام المعالج بوضع البرنامج المناسب لكل حالة من الحالات، وتقديم المحفزات للمرضى التي تمتد من الدافعية الواعية إلى المقاومة، وصولاً إلى إقرار الحكم الذاتي والالتزام باستمرار التدخل العلاجي لنهايته.

وهناك عدد كبير من الدراسات التي صنفت هذه الدوافع والمدعمة تجريبياً حول الحكم الذاتي وراء هذا التصنيف. على وجه التحديد، الارتباط بين مستويات فرعية لقياس هذه الدوافع التي تتوافق والنمط البسيط الذي يكون واضحاً عندما تكون الارتباطات بين البنات المتوقعة على طول سلسلة متصلة هي أكبر من تلك التي يتوقع أن تكون أكثر مع سلسلة منفصلة أو بعيدة على طول هذا السلسلة المتصلة. في هذه الحالة، الدوافع، مثل الدوافع الذاتية التي تم تحديدها ينبغي أن تكون حصة الدافع عالية من الحكم الذاتي، وترتبط بقوة أكبر بعضها ببعض، كالدوافع الذاتية والخارجية الموضحة في الجدول السابق. وهكذا، يمكن أن نطلق على ترتيب الأشكال الجوهرية للتنظيم الخارجي والداخلي والتكاملي الحكم الذاتي للمريض حول دافعيته لتلقي العلاج، والذي في ضوءه يتم التنبؤ بنمط الدافعية عندما يظهر الترتيب في حجم الارتباطات المتاخمة لهذا السلسلة.

ثانياً - دافعية المرضى في نهج الإرشاد والعلاج النفسي

بقدر ما تختلف الدافعية من مريض لآخر، بقدر ما ينتج عنها بعض الفوائد أو المساوئ في العملية العلاجية على اختلاف وجهات نظر المدارس العلاجية. فالسؤال المطروح هنا، حول كيفية تسهيل المزيد من أشكال الحكم الذاتي في دافعية التحفيز لدى المرضى. في جزء من السؤال، يسأل المعالجون أنفسهم في كل مرة عن التغيير أو التحسن في سلوك المريض، عن سببه، هل يعود لقدرة المعالج في العلاج أو لدافعية المريض أو المتعالج لتلقي العلاج والالتزام به؟ ومن ثم، سوف نقدم نموذجاً لهذه الدافعية بصورة عامة لدى المرضى وفقاً للمدارس العلاجية المختلفة، جنباً إلى جنب مع المفاهيم المحددة في كل مدرسة علاجية.

وقبل بدء بالحديث عن وجهة نظر تلك المدارس العلاجية حول دافعية المتعالجين، والأساليب المستخدمة في تدخلاتهم العلاجية التي يمكن تطبيقها من خلال البرنامج الإرشادي

أو العلاجي، لا بد من توضيح مسألة مهمة هنا، وهي أننا لا نحاول أن نميّز بين الإرشاد والعلاج النفسي في هذا الفصل، رغم أن لهما أصولاً تاريخية مختلفة كما يشير إلى ذلك ليبيرت وآخرون (Lambert, et al, 2004)، مثل عمق التدخلات وأنواع الحالات. بينما يشير كورسيني (Corsini, 2008) إلى أن الفروق بين هذين المهنتين أصبحت أقل وضوحاً، وهذا ما دعت إلى التقارب بين الإرشاد والعلاج النفسي واستخدامهما بالتبادل، إلا أن الاختلافات ما زالت قائمة بينهما من حيث التدريب والتوجهات والعمليات. لذا، سوف يتم الحديث عن النظريات العلاجية وفقاً لهذه الرؤية لتكون المنطلق لوضع البرنامج الإرشادي والعلاجي لحالات المستفيدين من خدمات الصحة النفسية على اختلافه أشكالها وأساليبها في التدخل الرامي إلى إحداث التغيير والتحسين الإيجابي في سلوكيات المرضى أو المتعالجين.

١-التصورات التحليلية Psychodynamic Perspectives

العلاج الدينامي النفسي/التحليل النفسي: يهدف إلى الكشف عن الأفكار اللاشعورية، والانفعالات، والسلوكيات. حيث تركز التصورات على المتغيرات النفسية في الكشف عن الأفكار والانفعالات المكبوتة مع التركيز على ديناميات اللاشعور لدى المريض.

التحليل النفسي أو النظرية السيكدينامية، المعروفة أيضاً باسم "المنظور التاريخي"، لها جذورها مع سيغموند فرويد الذي يعتقد أن هناك قوى للاشعور تدفع السلوك، حيث طوّرت تقنيات، مثل: التداعي الحر (يتحدث المريض بحرية إلى المعالج حول كل ما يأتي في باله أو عقله من دون رقابة)، وتحليل حلم (دراسة الأحلام للحصول على معلومات مهمة حول اللاوعي)، والنقل أو التحويل (إعادة توجيه مشاعر المريض لبعض الناس إلى المعالج). وهذا النهج لا يزال يستخدمه علماء النفس إلى اليوم. وقد استخدم نورث وسترن Northwestern هذه النظرية لتدريب المرشدين، ويعد هذا التدريب جزءاً لا يتجزأ في جميع مراحل عمل المعالج. عموماً، الأطباء النفسيون والمرشدون يستخدمون هذا النهج التوجيهي من خلال التركيز على تحليل العلاقات الماضية، وخاصة خبرات الطفولة المؤلمة في حياة الشخص الحالية. والاعتقاد وراء ذلك هو الكشف عن مكونات اللاشعور وجلبها إلى ساحة الشعور. وعندما يتم ذلك، وتفسير أعراض المريض وربطها بخبرات الماضي، فمن المتوقع أن تزول تلك الأعراض، كما

هو الحال لدى الأشخاص من المرضى العصائيين الذين يعانون من الهستيريا التحويلية أو

الانشقاقية Tran or Dissociative Hysteria

ومنذ أيام فرويد، برزت طُرُق متعددة في التحليل النفسي كنقطة انطلاق نظرية، ولكنها استخدمت في مختلف الأساليب العلاج الدينامية الحديثة إلى حد كبير، مثل، علم نفس الذات، علم نفس الأنا، التحليل النفسي للشخصية، والعلاج النفسي بين الشخصي. ورغم الاختلافات المهمة، إلا أنها تشترك بأثر اللاشعور للمساعدة في فهم علاقة التحول أو النقل Transformation وأهمية النظر في أثر الخبرات السابقة لمشكلات المرضى الحالية (Luborsky, O'Reilly-Landry, & Arlow, 2008).

وكل من هذه المفاهيم لها أهمية للفهم والعمل مع دوافع المريض؛ لأن أشكال الدوافع الماضية من المرجح أن تكون ذات طبيعة مستمرة في الوقت الحالي أو مع اتجاهات المرضى واستثمارها في العلاج (Gibbons et al., 2009). كما هو الحال في تعاملنا مع نظريات أخرى، ومع ذلك، التركيز هنا، هو في الأساس حول كيفية تصوّر معالجي العلاج الدينامي النفسي دوافع العملاء لتلقي العلاج، وكيف تبدو أنها مفيدة عملياً في المعالجة.

أولاً: من المهم التأكيد على أن متغيرات العلاج تتراوح بين التدخلات الداعمة إلى التدخلات الموجهة بالبصيرة (Dewald, 1969; Wolitzky, 2003). فالعلاج التديمي، ينطبق على العملاء الذين لديهم مصادر فكرية وشخصية قليلة، أو الذين يعانون من انخفاض الدافعية لتلقي العلاج. ووفقاً لهذا التمييز، فإن العلاج التديمي يتطلب الحصول على مزيد من الدعم المباشر للأنا من التنظيم الخارجي، في حين أن نهاية العلاج الموجه بالبصيرة يتطلب اهتماماً حذراً، حتى لا تغتصب استقلالية المريض ونشاطه. ويقول ديولد (Dewald (1969): " ينظوي مفهوم "التعزيز عن طريق المكافآت" على الاعتماد على سلطة خارجية التي تتعارض وضبط الدافع والحكم الذاتي لدى المريض. وعلى هذا النحو، فالهدف الأساس للعلاج الموجه بالبصيرة، هو تنمية التنظيم الذاتي على نحو واضح. لذلك يتركز هذا الشكل من العلاج -إلى حد ما- على النمو؛ والمعالج هنا، لا يحاول أن يعزز أو ينشط المكافأة لأنواع معينة من السلوك أو التغيير". وهكذا نرى، أن "ديولد" يستخدم بعض الطرق لمعايرة درجة دعم الحكم الذاتي لمستوى نمو الأنا لدى المريض.

ثانياً: وتتضمن بناء المهمة الثانية المتعلقة بالدافعية عملية النقل Transference . فقد افترض فرويد أن المشاعر في وقت مبكر تؤثر على المشاعر الجديدة، والأهم من ذلك، أن النقل يتم باتجاه المعالج. ومن وجهة النظر التحفيزية، ما يعنيه هذا، هو أن الناس لديهم ميل إلى الإدراك والاستجابة للآخرين في وضعهم الحالي المستند في جزء منه على خبرات من ماضيهم. ومع ذلك، فإن مهمة المعالج التعرف إلى عملية النقل في سياق العلاقة العلاجية، ومن ثم استخدام المعرفة لفصل واقع الذكريات والتوقعات المبنية على العلاقات الماضية. والهدف من ذلك كله، هو تحرير المريض من الخبرات المؤلمة في الماضي وجلبها من ساحة اللاشعور إلى الشعور.

وفي وقت مبكر، رأى فرويد أن النقل للخبرات الانفعالية الماضية للمريض من شخص سابق إلى شخص أكثر ارتباطاً بالخبرة أو التعلق السابق إلى الإسهام في التحفيز العلاجي بقدر ما يكون النقل إيجابياً. والنقل الإيجابي. -كما يعتقد فرويد- هو شكل من التمجيد للسماح للمريض ليعزو إلى المعالج شعور السلطة والاختصاص، ومن ثم، استثماره على نحو في تدخلاته (هورفاث، جاستون، وليبورسكي) (Horvath,., Gaston, & Luborsky, 1993). فالنقل الإيجابي، إلى حد ما يبنى على تمجيد من المعالج الذي يكون مناسباً لتنظيم الذات؛ فمواقف المقاومة لا تعكس الفشل في الدافعية من جانب، بل ظهورها في التفاعل بفعل المعالج الذي ينشط وجود اللقاءات السابقة. ومهمة المعالج هي استكشاف طبيعة العميل ومقاومته لأعراضه، والقضاء عليها في الوقت الراهن.

وبقدر ما تستند الدافعية على التمجيد، فإن المريض يكون لديه دافع لاتباع اقتراحات المعالج أو يرقى إلى مستوى معايير من أجل الشعور بنفسه على نحو أفضل، دون فهم بالضرورة لدمج سلطة المعالج، وهذا كله يحرض على التغييرات الإيجابية لدى المريض (MacKinnon et al 2006; Meissner, 1981).

وفقاً لذلك، المعالجون الديناميون ينشئون مناخاً للمرضى الذين يواجهون باستمرار صعوبات التغيير التي وصفها "شيفر" بجعلها جواً من الأمان. والنقل هو موقف دافئ واحترام، من دون إطلاق أحكام، كونه حالة مهمة في إدخال المريض العناصر التي يفترض أن تقلل من كثافة الدفاع والمقاومة وتعزيز البصيرة. وهكذا، يبدو أن المعالجين يتفقدون على أن المرضى

الذين يميلون إلى المقاومة في العلاج، وأن هذه المقاومة من بين القضايا التي ينبغي معالجتها من منظور أن مشكلات الدافعية هي من بين القضايا التي يكون التعامل معها وتتعرض عبر طيف من التقنيات النفسية. وعلى عكس ذلك، فإن استبعاد التقنيات العلاجية التي تتوقع من المرضى التوصل إلى علاج محفز أو يظهرون "الاستعداد" للعلاج، فإن النهج التحليلي يرى أن المقاومة وانخفاض الدافعية للتغيير هي كالأعراض المرضية التي يجب الانتباه إليها في أثناء التدخل العلاجي. وقد وضعت بعض العلاجات الدينامية الجديدة خاصية العمل مع المرضى الذين قد يواجهون مشكلات في حالة التوافق العلاجي وغير القادرين على التكيف في علاقات وثيقة بالمعالج. على سبيل المثال، عرض ليفنسون (Levenson, 2004) العلاج الدينامي المختصر باستخدام طرق مختلفة للتواصل مع الآخرين. وترسم العديد من وجهات النظر الدينامية المعاصرة الانتباه إلى الطرق المهمة التي تقوم دافعية التغيير بالرغبة في أن تكون ذات صلة مع المريض. والنقطة الأساسية هنا، هي أن المعالجين الديناميين بعد فرويد جعلوا -على نحو متزايد- دوافع العملاء من الصفات الأساسية في العلاقات العلاجية. فالمخاوف في العلاقة العلاجية إلى جانب النظر في النقل قد تصبح أكثر مركزية لأساليب الممارسين الديناميين لفهم الدوافع وتعزيز التغيير.

ويبدو من كل هذا العرض أن العلاج التحليلي ينصب تركيزه على مفاهيم كيفية تحفيز العملاء، ودور المعالج في تنمية الدافعية كما اقترحها ستيوارت وتتمثل في الآتي: (أ) ينبغي على المعالجين التركيز على العلاقة، (ب) وأن تكون داعمة، (ج) ونقل الأمل، و(د) تعزيز المكاسب واستحقاق النشاء. وهذه العناصر، يمكن للمعالج أن يتصورها وينفذها بطرق مختلفة- إلى حد ما- كجزء من تحفيز المرضى، وذلك من خلال إخطارهم للمرضى وخصوصاً في الجلسات الأولية، وهذا مما يدل على الشفافية والموافقة عوامل مهمة في العملية العلاجية من جانب المعالج والمريض. وأبعد من ذلك، يرى المعالجون التحليليون أنه ينبغي أن يتم التفاوض على أهداف وحدود زمنية مع المرضى للمساعدة في تسهيل تحالف العمل الإيجابي، والنظر إلى انتهاك الاتفاقيات في التواصل الشخصي مع أنفسهم وإلى توفير معلومات قيمة عن أداء وظيفتهم. وهكذا، فإن نهج الشفافية والتحالف (العلاقة) الذي تم مناقشته في بعض الأساليب المعرفية السلوكية يستخدم هنا، جنباً إلى جنب مع الافتراض الدينامي النفسي بأن المقاومة

التالية هي جزء من المواد، أو "حنطة لمطحنة Grist for the Mill" لتقديم الإرشاد أو العلاج النفسي المناسب.

2- التصورات السلوكية: Behavioral Perspectives

السلوكية، هي مدرسة فكرية واسعة الانتشار في العديد من المسارات البحثية والتطبيقية متمثلة في الاستراتيجيات والتقنيات السلوكية التي يمكن تطبيقها في العديد من المواقف العلاجية والإرشادية. رغم تعدد منابع السلوكية إلا أنها تعد مدرسة هادفة ولديها قناعات ووجهات نظر حول أسباب الأمراض النفسية ودوافع البشر. وبرامج الإرشاد والعلاج النفسي السلوكي ليست موجهة نحو تغيير الأفكار والمشاعر، بل موجهة نحو تغيير السلوك. وبناء على ذلك، فكل تغيير في السلوك يؤدي إلى تغيير الأفكار والمشاعر حسبما يعتقد أنصار هذا التوجه في العلاج.

تستند النظرية السلوكية على أساس الاعتقاد بأنها علم السلوك. والإشراف الكلاسيكي هو نوع من العلاج السلوكي الذي نبع من البحوث العلمية من طرف السلوكي الأول إيفان بافلوف الذي أعد دراسته الشهيرة باستخدام الكلاب، وقد ركزت على الآثار المترتبة على تعلم الاستجابة (على سبيل المثال، سيلان لعاب الكلب عند سماع الجرس) من خلال التحفيز (على سبيل المثال، الاقتران صوت جرس مع الغذاء). كما وضع سكينر نهج آخر للعلاج السلوكي، دعاه الإشراف الإجرائي. وأعرب عن اعتقاده بقوة المكافآت إلى زيادة احتمال حدوث السلوك والعقوبات للتقليل من حدوث السلوك. ويعمل معالجو السلوك على تغيير السلوكيات غير المرغوب فيها من خلال تقنيات تعديل السلوك، مثل التعزيز الإيجابي أو السلبي. وذلك، لأن المنظرين السلوكيين يتجنبون عموماً مناقشة مصدر الإرادة والدفع للسلوك، ورفض القصد أو النية تفسيراً لسلوك منظم. بدلاً من ذلك، فهم يفهمون السلوك وظيفياً. ومع ذلك، فإن هذه الطرق قد يكون لها تأثير في مهن المساعدة النفسية، لأنها توفر تقنيات لتفعيل الإجراءات من خلال إدارة الطوارئ، التي يمكن أن تُبسّط المصطلح وتجعله - على الأقل - ذا صلة بالدافعية (Petry, 2006).

ومن أجل الحفاظ على التعزيزات المدفوعة من الخارج، فإن الممارسين السلوكيين يؤكدون على نحو متزايد حصول العملاء على استخدام تقنيات الإدارة الذاتية. في هذه الاستراتيجية،

يطبق العملاء أساليب التعزيز الذاتي المتنوعة لضبط السلوك المشكّل عبر هذه التقنيات، والغاية من ذلك استمرارية تغيير السلوك وتعميمها في المواقف اليومية التي من شأنها ضمان حماية تحسين سلوك العملاء. على سبيل المثال، يؤكد ستيتزر وبيتري (Petry, Alessi, Hanson, & Sierra, 2007) أن المعالجين والمرشدين يحاولون إشراك عملائهم في عملية التغيير، وهذا هو الهدف والغاية. وتقنيات تحديد الأهداف، وإدارة العملية العلاجية أو الإرشادية باستخدام هذه التقنيات التي تسعى إلى تغيير السلوك ضمن جلسات العلاج، ودعمهم من خلال عملية تخطيط العلاجات المختلفة وتنفيذها باستخدام التقنيات المتنوعة حسب طبيعة كل مشكلة أو اضطراب.

وفي هذا الصدد، أشار المعالجون السلوكيون على نحو واضح إلى مناقشة مواقف المعالج والتزاماته من خلال تركيزهم على السلوك، وأهمية الشفافية والوضوح والتوافق حول أهداف العلاج. كما ينبغي أن تكون العلاقة العلاجية تعاونية، وأن تكون هناك "فرصاً متكررة للعملاء للتأثير على مسار واتجاه المعالجة". وبالمثل، اقترح ميشنوم (Meichenbaum, 1986) أن المرحلة الأولى من العلاج مع الكبار تتطوي على مساعدتهم على فهم مشكلاتهم من خلال تعاونهم النشط مع المعالج في وضع خطة العلاج. في الواقع، يقول المنظرون الإجراءيون منذ مدة طويلة إن الإرادة وتقدير الذات وجوانب أخرى متعلقة بالحكم الذاتي هي "أسباب داخلية وهمية" لا تتفق مع وجهة النظر السلوكية، وخصوصاً وجهة نظر مور وسكينر ووليه (Moore, 2008; Skinner, 1974, Wolpe, 1982). ومع ذلك، فإن هذا التركيز على خبرة العملاء لاختيار وتأييد ذاتي لأهداف العلاج يبدو مدعماً بقوة في أدلة الممارسة والتفاعلات الشخصية لمعالجي العملاء. ربما بسبب الاعتقاد السائد بأن العلاج السلوكي هو علاج قسري، إلا أن هذا الأمر غير صحيح. فالمعالجون يتخلون عن هذه المركزية في قيادة العملية العلاجية من خلال مشاركة العملاء في الاختيار وفي الاستراتيجيات وأهداف العلاج.

وفي مناقشة حول كيفية الممارسة الموجهة للسلوكيين مشاركة العملاء في العملية العلاجية، فقد أشار العديد من العلماء أن نموذج مشاركة العميل يتمثل في تقبله المسؤولية من أجل التغيير. ويصفون ذلك، بأنها الركيزة الأساسية أو "شرط ضروري لعملية التحفيز لدى العميل لتلقي العلاج. كما اقترحوا أيضاً أن للمعالج أثراً بالغ الأهمية في تعزيز الظروف المواتية من

أجل التغيير. ويرون أن العلاج في المراحل المبكرة ينطوي على الترويج لقبول المسؤولية للتغيير وتشجيع المشاركة في تحديد أهداف العلاج، ومساعدة العميل على التنظيم الذاتي لأفكاره ومشاعره وانفعالاته، ومناقشة الاستراتيجيات للوصول إلى ذلك، وهي قد تسهم في تحقيق المزيد من المشاركة الإرادية للعملاء في العلاج.

على غرار ذلك، فإن أهمية العلاقة بين المعالج والعميل تم تأكيدها من قبل جميع النماذج العلاجية السلوكية. على سبيل المثال، تم اقتراح أن العوامل مثل: تعاطف المعالج، والدفع، والتقدير الإيجابي مهمة لنتائج العلاج في سياقات العلاج السلوكي. في المقابل، لا يوجد دليل على أهمية عوامل العلاقة في توقع النتائج. فأغلب الدراسات السلوكية ركزت على دراسة فعالية التقنيات السلوكية مع مناقشة قليلة للسياق الذي يحدث فيه العلاج السلوكي، إلا أن بعض المعالجين يشيرون إلى أن هذه العوامل مهمة، كما هو الحال مع النظرية السلوكية بقدر ما تمثل عوامل المعالج أشكال "الدعم الاجتماعي". ومثال ذلك:

- أ- لغة المشاعر، وفيه ينطق العميل أو يتفوه بصورة قصدية بما يشعر به من انفعالات.
- ب- الكلام الوجهي: التعبير بلامح الوجه عن المشاعر.
- ت- المناقضة والمجادلة: بدلاً من إبداء الموافقة من غير إقناع.
- ث- الاستخدام القصدي لضمير المتكلم بكثرة.
- ج- التعبير عن الرضا حينما يكون العمل الذي تم إنجازه مرضياً، وداعماً للذات بصورة تلقائية.
- ح- الارتجال والتلقائية من غير تخطيط مسبق للعمل، ومن غير تفكير في المستقبل أو في العواقب، والعيش يوماً بيوم وساعة بساعة.

باختصار، العلاج السلوكي هو ذلك النهج الذي يؤكد على التنظيم الخارجي للسلوك، عن طريق المعززات المختلفة في كثير من الأحيان؛ فعندما يرغب المعالج في ضبط سلوك ما لدى العميل، لا بد له من تعزيز السلوك السوي الذي يمكن أن يتولد في مكان خارجي، وملاحظة العلاقة السببية بين السلوك والتغيير (ديسي وريان، ١٩٨٥؛ ٢٠٠٨). لذا، يعتمد الحفاظ على تغيير السلوك استمرار التعزيز في بيئة العميل أو إعادة التدريب الدوري، وجنباً إلى جنب مع التركيز على الأنظمة الخارجية يركز المعالجون السلوكيون غالباً على الممارسة الفعلية، والشفافية في العمل، واختيار العميل للأهداف، والمشاركة في تحديد مسار العلاج،

رغم عدم الإشارة صراحة إلى ذلك في تدخلاتهم العلاجية؛ لذلك، فهم يرون أن الحكم الذاتي والموافقة من الأهمية البالغة لمشاركة العميل أو المتعالج في التغيير الإيجابي لسلوكه، ومن ثمّ هو انعكاس لموقف أخلاقي. ويرى "جولد فريد وديفيدسون" (Goldfried & Davidson, 1976, 9) أن "وضع المعالجين السلوكيين يركز على نحو كبير في تقدم الإجراءات العلاجية التي يمكن تقديمها للعميل بأكبر قدر من التوجيه الذاتي".

٢-التصورات المعرفية-السلوكية:Cognitive Behavioral Perspectives

إن العلاج المعرفي مبني على فكرة عقلية، تعني ما يفكر فيه الناس أو ما يقولونه عن أنفسهم وعن اتجاهاتهم وتصوراتهم ومثلهم هو أمر مفيد ومهم لهم. فالبشر خلال نموهم يكتسبون مخزوناً واسعاً من المعلومات والمفاهيم والمحاولات التي يستخدمونها في التعامل مع مشكلاتهم النفسية الحياتية، وتستخدم هذه المعرفة أثناء ملاحظة الفروض وتطويرها واختيارها في أثناء إصدار الأحكام، وهي التي تجعل الفرد يتصرف بالضرورة كعالم عملي. فمن خلال المثيرات الثقافية والتربية والخبرة يتعلم البشر استعمال أدوات المنطق أو التفكير المنطقي، فيشكلون الفروض ويختبرونها، ويقومون بعمليات التمايز والعمل لحل الصراعات ليروا ما إذا كانوا منفعلين بالمواقف بطريقة واقعية.

وضع الطبيب النفسي "هارون بيك في (Beck, 1960) النظرية المعرفية التي تركز على أن آلية تفكير الناس يمكن أن تغير مشاعرهم وسلوكياتهم. وعلى عكس نظرية العلاج الدينامي، يقوم هذا العلاج على أساس النظرية المعرفية المختصرة في التوجه نحو حل المشكلة. كما يركز أكثر على الوضع الحالي للمريض وأفكاره المشوهة. بينما العلاج المعرفي السلوكي يجمع بين شكل واحد لنظرية الممارسة العلاجية ضمن العلاج المعرفي السلوكي، وقد وجد في بحث التدخل العلاجي لهذا النهج فعالية لعدد من الأمراض العقلية بما في ذلك اضطرابات القلق، والشخصية الحدية، واضطرابات الأكل، وتعاطي المخدرات... الخ وقد استمر العلاج المعرفي السلوكي (CBT) في النمو بدءاً من جذوره الأولى في العلاج السلوكي. وأغلب ما يتمثل في دراسات التدخلات التي تدعمها تجريبياً. ومنذ ظهور العلاج السلوكي في أواخر (١٩٥٠) وأوائل (١٩٦٠)، تم إدماج النظريات المعرفية والسلوكية لإنتاج

مزيج معقد من الناحية النظرية للطرق العلاجية المعروفة اليوم باسم (Cognitive Behavioral Therapy) رغم أن بعضها استمر لمناقشة حيثيات إضافة لمكونات النموذج المعرفي السلوكي التقليدي. وبعد مدة من التنمية الأولى لهذا النهج، تم التركيز في المقام الأول على علم النفس المرضي للبالغين، بينما شهدت السنوات الأخيرة ظهور مجموعة واسعة من التدخلات CBT لدى الأطفال والمراهقين ذات الصلة.

ويُعدّ النهج المعرفي من بين أكثر المناهج التطبيقية شعبية في مجال الإرشاد اليوم، وخصوصاً تلك التي تدرج تحت مسمى العلاج المعرفي السلوكي (CBT). وهذا النهج العلاجي أصبح على نحو متزايد نهجاً فريداً قابلاً للتطبيق على مجموعة واسعة من تقنيات تعديل السلوك المعرفي من خلال التدريب على اليقظة العقلية، Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn (1995)، إضافة إلى العلاج الجدلي السلوكي (DBT)، لينهان، (Linehan, 1993)، الذي يتضمن تقنيات انتقائية متعددة تستخدم مع العميل، محورها المدارس الإجرائية للفكر. ورغم التنوع الأساسي، فثمة عنصران مشتركان في تقنيات العلاج المعرفي السلوكي من حيث تركيزهما على (أ) دور الوسيط في المعرفة، مثل المعتقدات والتوقعات وربطها بين البيئة والسلوك، و(ب) الاستناد على النظرية القائمة على الممارسة المدعومة تجريبياً. ومن ثمّ العلاج المعرفي السلوكي أغلب ما يشدد على تغيير المعتقدات غير التوافقية والتقييم الذاتي الذي يفترض أن تقوم عليها العديد من المشكلات الانفعالية والسلوكية، واستخدام الاستراتيجيات العلاجية التي تم التحقق منها تجريبياً.

وعلى النقيض من النهج السلوكي الإجرائي، فالدافعية الذاتية للتحفيز الذاتي والحكم الذاتي لتلقي العلاج في كثير من الأحيان تم التعرف عليها بوضوح على أنها من العناصر المهمة لنجاح العلاج وقد تمت مناقشتها بنشاط في الأدب المعرفي السلوكي. فعلى سبيل المثال، وجد ميتشالاك ورفاقه، (Michalak et al, 2004) من خلال معالجة عينات من المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي واستكشف نتائج العلاج حول دافعتهم وراء ذلك، أن المرضى الذين لديهم دافعية وأحكام ذاتية أكبر حول فوائد العلاج حصلوا على نتائج علاجية أفضل. ورغم الاهتمامات مع الدافعة يزيد من الحكم الذاتي بفعل المخاوف حول الانتقائية، والإنهاك أو التعب في ممارسة بعض علاجات CBT. ففي دراسة التدخلات المعرفية لدى المكتئبين

لديهم دوافع مختلفة للعلاج، أظهرت النتائج أن المرضى الذين لديهم دوافع ومحفزات إيجابية للعلاج أظهروا تحسناً سريرياً قدره (٥٠٪) من إنهاء العلاج قبل الأوان، وأن التسرب من العملية العلاجية قد يكون مرده لدى بعض المرضى إلى غياب الدافعية والتحفيز الذاتي أو الخارجي. ولهذا يرى العلماء أن إسهام الإرادة والدافعية جد مهمة في تخفيض معدلات الانهاك والاستنزاف في العمل العلاجي. لذلك، فثمة استراتيجية نظرية واحدة مشتركة ومتسقة لتحفيز العملاء داخل العلاج المعرفي السلوكي هي التركيز على المتوقع، أو ثقة العميل وتناوله حول فعالية العلاج أو الإرشاد، وقدرته الخاصة للتغيير. في الواقع، الدافع للتغيير وفقاً لهذا النهج أغلب ما ينظر إليه على أنه وظيفة لمعتقدات الكفاءة الذاتية. وينبع البحث عن الكفاءة الذاتية من عمل باندورا (١٩٨٩، ١٩٩٦) الذي ينظر إلى الفعالية على أنها العنصر الأساسي في عمل التنظيم الذاتي. ومن الواضح أن معتقدات الكفاءة الذاتية تسهم إسهاماً تحفيزياً مهماً في تقديم الإرشاد أو العلاج. وبقدر ما يفتقر العملاء إلى الاعتقاد بأنهم قادرين على تحقيق هذه النتيجة بنجاح، فمن غير المرجح أن يبذلوا جهداً لتغيير السلوك. وتماشياً مع هذا، أشار ويسترا، دوزويس، وماركوس (2007) Westra, Dozois, & Marcus إلى أن المتوقع لتوقع الامتثال المبكر مع الواجبات المنزلية في العلاج المعرفي السلوكي مؤشراً بسيطاً في العلاقات بين المتوقع وأعراض التغيير. وهكذا، تشير الدلائل إلى أن المتوقع هو المهم في المشاركة المستمرة، والتحفيز، والنتائج.

كما يقدم العلاج السلوكي المعرفي العلاج الفعال للدوافع المنخفضة التي تتطوي على مزيج من تغيير أنماط التفكير التي تؤدي إلى تغيير الأنماط السلوكية، والنتيجة النهائية تؤدي إلى تغييرات في كل من زيادة الحافز والإنجاز عن طريق تغيير أنماط التفكير والسلوك التي تجعل كثيراً من الناس عالقين بها. كما يساعد العلاج السلوكي المعرفي الناس في الوصول إلى الطريق الصحيح الموافق لأهدافهم في مدة زمنية قصيرة نسبياً. وقد يشمل الدافع في العلاج المعرفي السلوكي تحسين مزيج من التدخلات الآتية: إعادة البناء المعرفي التي هي طريقة لتحديد أنماط غير مفيدة في التفكير، وتعلم طرق جديدة أكثر فائدة في المواقف الصعبة، ويعكس إعادة البناء المعرفي تغيير الطريقة التي نفكر بها نحو الأشياء لزيادة إيماننا بقدراتنا.

وبالنظر إلى نقاط القوة للنظرية حول فعالية العلاج التي تُعد جانباً مهماً من جوانب التحفيز، وزراعة المعتقدات الإيجابية الفعالة للمشاركة في العلاج التي تم إهمالها نسبياً في العمل العلاجي المعرفي. وتهدف التدخلات الإرشادية والعلاجية إلى تعزيز توقعات العميل بحيث (أ) إن التغيرات في السلوك أو التفكير تؤدي إلى نتائج إيجابية و (ب) يكون العميل قادراً على الانخراط في هذا التغيير. وقد حدد لهذا النهج تقنيات متعددة لتعزيز الكفاءة الذاتية والتحفيز لدى العميل، بدءاً من النمذجة إلى الإقناع بالتحديات المتدرجة في الصعوبة، التي ينظر إليها على أنها طريقة واعدة للترجمة السريرية لعملية التحفيز (Caprara & Cervone, 2000).

وفقاً لذلك، فإيجابية الكفاءة الذاتية يمكن أن تتزامن والمعتقدات بدرجات متفاوتة من الحكم الذاتي، وهذا يعني أن تدخلات الكفاءة الذاتية يمكن أن تعزز الدافع بدلاً من عدم الاهتمام به ولا تشير بالضرورة إلى نوع معين من الدافعية. وهكذا، فإجراءات الفاعلية الذاتية أو فيما يتعلق بتدخلات الإرشاد أو العلاج النفسي ليست مستقلة بالضرورة.

وفي هذا الصدد، تم الاعتراف بالديناميات التحفيزية على نطاق واسع في العلاج المعرفي السلوكي. حيث تكشف الدراسات البحثية العديدة في هذا النهج عن أهمية الدافع الأولي للعملاء بجعله مؤشراً لنتائج العلاج. فعلى سبيل المثال، أشار لويس وآخرون، (Lewis et al. 2009) إلى أن انخفاض الدافعية لدى العملاء يرتبط بنتائج أكثر سلبية. وتشير مارشا ينهان (1993) إلى أهمية الإرادة والرغبة شرطاً ضرورياً لهذا النهج الذي ينطوي على متطلبات ذلك، بدلاً من العمل على استكشافه وتطويره.

وبالمثل، في مناقشة العلاج الجماعي (CBT) أشار مك كينيون وآخرين , MacKinnon (2006) إلى أن "الدافع في (CBT) يمكن تحديده من خلال شرح العلاج، ويكون مطلوباً أيضاً في الواجبات المنزلية الأسبوعية، من خلال سؤال العملاء عن استعدادهم وانفتاحهم في أثناء الجلسات العلاجية، وأن العملاء الذين يعانون الدافعية المنخفضة في بداية العلاج ليس من المرجح أن يحصلوا على نتائج إيجابية، وهذا يقلل من التجربة العلاجية لبقية المجموعة العلاجية، ويؤدي إلى عدوى انفعالية للمجموعة وانخفاض مستوى دافعيتهما. وتسجيب عملية العلاج المعرفي المختصر لمشكلات العميل من خلال الخطوات الآتية:

الخطوة الأولى: تحديد أفكار العميل التلقائية.

الخطوة الثانية: تقييم الفكر التلقائي من حيث: شعور / الانفعالات باعتبارهما أداة لتقييم الصدق والصلاحية (هل هذا صحيح؟)

الخطوة الثالثة: تطبيق استراتيجيات لتعديل نمط التفكير.

كان هناك بعض المحاولات لتحديد "المهارات الصغيرة" الكامنة لأفضل العلاقات العلاجية، بما في ذلك الاستماع الفعال، والتنظيم، والتمييز والحضور. وهذه المهارات، تعد مهمة بغض النظر عن الطريقة العلاجية، وكثيراً ما تم تجاهلها في تدريب المعالجين السلوكيين المعرفيين، لأن التركيز يكون على تقنيات وعمليات التفكير لوصف موقف العميل من التغيير.

وقد تختلف مهام العلاقة في العلاج السلوكي المعرفي عن العلاج النفسي الديناميكي؛ ففي العلاج السلوكي المعرفي، يتم التركيز في المقام الأول على هنا، والآن، والاستفادة العقلانية والتنشيط السلوكي لحل المشكلة. وكثيراً ما يكون محتوى الجلسات وجدول الأعمال متضمناً المتابعة لمساعدة العميل ذاتياً في المنزل. على هذا النحو، قد تخدع هذه "الخصائص" والافتراضات والاستراتيجيات الأخرى التي قد يستخدمها المريض في السابق مثل: التجنب، التسويف، طمأنينة المسعى، الاجترار، مع التركيز على الانفعال، والسلوكيات المحملة بالتفسير السليم بدلاً من اتخاذ أي إجراء. فمن المهم أن التفكير في العلاقة العلاجية أو التحالف يُعد بمثابة عملية مستمرة، وليس انجازاً يتوقف عند مرحلة واحدة من العلاج في الوقت المناسب؛ لأن العلاقة التفاعلية متكررة، وإعادة رد فعل العميل لاستجابة المعالج يركز عليه التدخل العلاجي. علاوة على ذلك، فقد تكون العلاقة العلاجية الحالية نافذة على العلاقات الأخرى السابقة أو الحالية؛ فهي توفر فرصة للمعالج والعميل أن يتكيفوا مع الخبرات الماضية بحالة مريحة للوصول إلى الخبرة أو الأداء الحالي الذي يعبر عنه المريض (Muran, & Safran, 2000). وتفترض التفسيرات المعرفية أن الإنسان مخلوق عاقل يتمتع بإرادة تمكنه من اتخاذ القرارات التي يرغب فيها. لذلك، تؤكد هذه التفسيرات على مفهوم الدافعية الذاتية المتأصلة فيه، وبذلك يتمتع بدرجة عالية من الضبط الذاتي، كما تعد ظاهرة حب الاستطلاع نوعاً من الدافعية الذاتية وتمثل دافعاً إنسانياً ذاتياً. ودافع حب الاستطلاع علاوة عن ذلك أثره الواضح في التعلم والابتكار والصحة النفسية، باعتباره أداة يساعد المتعلمين ولا يسما الأطفال على

الاستجابة للعناصر الجديدة والغامضة، وإبداء الرغبة في معرفة المزيد عن أنفسهم وعن بيئتهم والمثابرة في ذلك، وهي أمور ضرورية لتحسين القدرة على التحصيل وعلاج المشكلات التي قد يعاني منها العميل.

باختصار، يوحي المنهج المعرفي السلوكي أن العملاء يختلفون في أشكال الدافعية ومستوياتها للتغيير العلاجي، وفي تحفيز قدر كبير من البحث حول هذا الموضوع. ومع ذلك، وصف النموذج الفعلي للدافعية الذي تم التحقق من صحته في العديد من الدراسات التجريبية لفعالية الدافعية في نجاح عملية المعالجة، وثمة افتراضات جديدة يمكن التنبؤ بها ضمن تسلسل مراحل التغيير العلاجي للكشف عن تأثير الدافعية والتحالف العلاجي في تحسين جودة الحياة لدى العملاء بغض النظر عن التقنيات المستخدمة في التدخل. لذلك، فالنماذج الحديثة وخصوصاً الموجة الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي أشارت صراحة إلى دوافع العميل واستعداده لتقبل العلاج. وخير مثال على ذلك نظرية القبول والالتزام لهايز (Hayes, 1982) ونموذج اليقظة العقلية لـ كابات زين (Kabat-zinn, 1990).

٤- التصورات الوجودية والإنسانية Existential and Humanistic Perspectives

إن محور الإرشاد الوجودي الظاهري قائم على الفلسفة الوجودية التي تؤمن بالحرية الفردية والمسؤولية، والعيش الحقيقي للواقع دون تحريف أو تشويه أو دفاع، والمشاركة في الحرية الفردية. بينما محور التصورات الإنسانية المتمثلة من الناحية العلاجية بالعلاج المتمركز حول العميل أو الشخص التي وضع أسسها العلاجية كارل روجرز، والتي ركز فيه على بناء بيئة آمنة للعميل، وتوفير حقيقي للتعاطف الوجداني. والمعالج وفقاً لهذا التصور لا يقدم الإرشاد والعلاج، بل يدفع العميل نحو الاستبصار بذاته واكتشاف تناقضاته الذاتية، ليضع فيما بعد الحلول المناسبة لها.

تركز وجهة نظر الفلسفة الوجودية على الظواهر، ولا سيما فلسفة هايدغر وسارتر التي كان جل اهتمامها ينصب على الحرية النفسية البشرية، ومساعدة العملاء على فهم خبراتهم الذاتية بأنفسهم، وأنهم مسؤولون عن أفعالهم. بينما يهتم المعالجون الإنسانيون بالحاضر ومساعدة عملائهم على تحقيق أقصى إمكاناتهم، بدلاً من الطاقة التي تُنفق على الماضي، أو السلوكيات السلبية، ويعتقد الإنسانيون في الخير لجميع الناس والتأكيد على النمو الذاتي وتحقيق الذات.

وتشمل النظريات الإنسانية التي محورها العميل: الجشطالت، والعلاجات والجودية، ودافعية ماسلو، والعلاج المتمركز حول العميل، حيث يرى "روجرز" أن العملاء يمكنهم التحكم في مصائرهم. وأعرب عن اعتقاده بأن جميع المعالجين يحتاجون للقيام به هو إظهار اهتمامهم بالحقيقية والفائدة. ويركز عمل معالجي الجشطالت على ما يجري في اللحظة مقابل ما يقال في العلاج. ويساعد المعالجون الوجوديون العملاء على إيجاد معنى في حياتهم من خلال التركيز على الإرادة الحرة، وتعيين الذات، والمسؤولية. كما اهتمت نظرية ماسلو بتفسير الدافعية من حيث علاقتها بالشخصية أكثر من علاقتها بالتعلم، والذي يفترض أن الدافعية الإنسانية يمكن تصنيفها على نحو هرمي وتتضمن سبع حاجات. حيث تقع الحاجات الفسيولوجية في قاعدة التصنيف، بينما تقع الحاجات الجمالية والمعرفية في قمته.

وينبغي أن تكون أنشطة المعالج ضمن النهج الإنساني التوجه نحو إزالة العقبات من طريق نمو المريض. ويتضح هذا التوجه نحو احترام اختيار المرضى والحكم الذاتي في الأوصاف التي قدمها "سميث" (Smith, 1999) المؤرخ لنهج العلاج الوجودي. إذ يصف الممارسة العملية بأنها محاولة مفيدة لجمع المعلومات عن طبيعة العمل في الجلسة الأولى، واستحضار العديد من التساؤلات. فعندما يتعلق التصنيف التحفيزي، فمن المرجح أن يسهم في إقرار شخصي لتغيير هذا النهج أو تحديد جدول العمل، كما يتم توفير قاعدة للعملاء لبناء "قراراتهم الذاتية، إذا انسحبوا في نهاية المطاف من السعي إلى التغيير، فمن المرجح أن ينعكس هذا أيضاً على اختيارهم، وهذا يشير إلى عدم إطلاق الأحكام في عملية التغيير العلاجي.

وخلاصة القول: يتركز النهج الوجودي والإنساني على الأصالة وتحقيق الذات، فهو معرض لدعم الحكم الذاتي والإرشاد النفسي. وهناك افتراض وفقاً لهذا النهج أن العملاء الذين لديهم الدافعية وإرادة ورغبة في تلقي العلاج من الممكن إزالة العقبات التي تعترض طريق نموهم نحو تحقيق الذات في غياب التهديد والقلق النفسي.

ثالثاً- العلاقات العلاجية

يرى كثير من المعالجين على اختلاف مذاهبهم العلاجية أن التحالف العلاجي Therapeutic Alliance أو العلاقة العلاجية تفوق أهميتها أهمية التقنيات التي يستخدمها المعالج لمرضاه. ولكن حتى الآن، لا يعرف إلا القليل عن كيفية إسهام العلاقة العلاجية في تغيير سلوك

المريض. فأدبيات البحوث في العلاج النفسي تزخر بالعديد من الدراسات المتعلقة بالعلاقة العلاجية، لكن الباحثون والمنظرون يستخدمون في كثير من الأحيان مصطلحات مختلفة لهذه العلاقة، منها التحالف العلاجي، وعلاقات العمل، وعلاقات الإرشاد...الخ. ويبدو أن هناك ميزة كبيرة، اقترحها جيلسو وكارتر (Gelso & Carter, 1985, 185)، حيث وصفا التحالف العلاجي على نحو مختلف بناء على الانضباط المنهجي والنظرية التي توجه الباحث. وبناء على ذلك، يحدد العلاقة بالمشاعر والمواقف التي يتعين على المشاركين تقديم المشورة أو العلاج بعضهم اتجاه بعضٍ بعضاً (المعالج/ المريض)، والطريقة المناسبة التي يتم التعبير بها عن ذلك في الموقف العلاجي.

ورغم ذلك، فمعظم الدراسات التجريبية التي استخدمت هذا الهدف لم تظهر مؤشرات لعلاقة إيجابية بين التحالف الإيجابي ونتائج العلاج، بينما يخالف كل من "مارزالي والكسندر" (Marziali, & Alexander 1991) كل ذلك، حيث تشير المراجعات العلاجية إلى أن تصنيف العملاء للعلاقة العلاجية هي دائماً أفضل تنبؤاً لتصنيفات المعالجين، ويؤكدان مرة أخرى أن أثر العلاقة في نتائج العلاج يمكن وصفها بأنها عامل علاجي فعال في جميع أشكال المعالجات، وأخيراً، أشارا إلى أن تدريب المعالجين يجب التشديد على التحالف العلاجي بين المعالج والمريض، وكذلك الأساليب العلاجية التي تكشف عن دلائل تلك العلاقة في وقت مبكر من العملية العلاجية.

وفي رؤية أخرى، استعرض "هورفاث وبيدي" (Horvath & Bedi, 2002) مفهوم العلاقة العلاجية وتأثيرها على العميل في عملية الإرشاد، إذ يشيران إلى أن إقامة علاقات جيدة بالعملاء من الشروط الضرورية لتحقيق نتائج علاجية ناجحة، كما تشير التقارير النوعية للمرضى حول العلاقة مع المعالجين بأنها تزودهم وعياً ذاتياً أعمق وثقة بالنفس أفضل والقدرة على البوح الذاتي لخبراتهم بحرية كاملة دون خوف أو خجل. وفي ضوء ذلك، يقترح "هورفاث" أيضاً أن المرحلة الأولى من العلاج أمر بالغ الأهمية في تقدّم علاقات علاجية قوية، على اعتبار أن الجلسات التمهيديّة الأولى من العلاج تعتبر الأرضية الداعمة لبناء علاقة ناجحة والاستمرار فيها لنهاية العلاج. وأخيراً، يمكن القول: إنه قد ثبت تجريبياً وبالممارسة القائمة

على الأدلة أهمية التحالف العلاجي ونوعيته عبر أنواع العلاجات المختلفة، والتوجهات النظرية، والمشكلات المختلفة التي يواجهها المرضى أو العملاء.

وترى النظريات السيكوناميكية التي وصفت آنفاً أنها من النظريات العلاجية الأكثر تعقيداً في فهم العلاقة العلاجية بين المعالج والمريض. إن العلاقة العلاجية وفقاً لهذه المناهج تنقسم إلى قسمين منفصلين: تحالف العمل، والنقل أو التحويل على حد سواء، ولهما وظائفهما الخاصة في العلاج. فتحالف العمل يستند إلى شروط التحليل الناجح، وعلى علاقة عقلانية وتعاونية بين المعالج والمريض. بينما التحويل هو الجزء الثاني من العلاقة العلاجية، إذا حدث هذا التحويل عندما يعبر المريض دون وعي عن المشاعر نحو المعالج ويمثل له أشخاصاً آخرين مرواً بحياته الماضية (كالأب، الأم، الصديق، المعلم). ويميل المعالج هنا إلى أن يكون محايداً فيما يتعلق بالأشخاص المتعلق بهم المريض، لكنه لا يستخدم التعاطف في تفسيراته وتأملاته.

بينما ترى النظرية المعرفية السلوكية في العلاقة العلاجية أنها جد مهمة لمساعدة المعالج في تثقيف العميل. ومع ذلك، فالنهج المعرفي مثل العلاج المعرفي لـ ميكنبوم Meichenbaum هو أكثر إنسانية من وجهات نظرهم للعلاقة العلاجية (Prochaska & Norcross, 2002) كما هو الحال في العلاجات المعرفية، والسلوكية التي تختلف من حيث النظرية والتقنية. ويعتقد معظم معالجو السلوك أن السلوك المضطرب يمكن تعديله من خلال تطبيق مبادئ نظرية التعلم. والسلوك عموماً هو المقصود لدى المعالجين ولا يغيرون الأسباب الكامنة وراءه اهتماماً. وتستند هذه الأساليب التي يستخدمها السلوكيون على نتائج الدراسات العلمية التي ينبغي أن تكون محددة بدقة. كما تختلف العلاقة العلاجية في العلاج السلوكي وفقاً لنوع معين من العلاج والتقنية التي يتم استخدامها من قبل المعالج، هما يعد معالجاً صادقاً ومنفتحاً على عملائه، ويستجيب لعملائه على نحو متعاطف، ولكن ليس متعاطفاً مع ردود الفعل السلبية التي يبديها العميل. فالعلاقة العلاجية لها قيمة كبيرة لدى معالجي السلوك، وخاصة عندما يستخدمون تقنية النمذجة.

أما النظريات الوجودية/ الإنسانية Existential-Humanistic Theories في العلاج النفسي فتتظر إلى العلاقة العلاجية باعتبارها من المفاهيم الرئيسة لعملية الإرشاد، مثل مهارات

الاستماع والتعاطف والمستمدة من قوة نظريات العلاج النفسي الوجودي/ الإنساني. ويعتقد منظرو الوجودية أنه من المهم أن تكون حقيقة الذات في العقل والجسد، والخبرة، والبيئة. والعلاقة العلاجية ضرورية في العلاج النفسي الوجودي، بل هي جزء من العملية، وكذلك مصدراً لمحتوى العلاج ويستجيب المعالج الوجودي لعملائه بالتعاطف، رغم أنه لا يقلل من الأصالة في العلاقة (Prochaska & Norcross, 1999).

وتبرز نظرية روجرز حول العلاقة العلاجية باعتبارها الإسهام الأكثر أهمية في فكر العلاج النفسي. حيث أوجز روجرز ستة شروط "ضرورية وكافية" للعلاج، والتي كانت جميعها تعد ضرورية من أجل تغيير الشخصية البناءة. والشروط الضرورية والكافية الستة تلتف حول محور العلاقة العلاجية والتقدير الإيجابي غير المشروط، واستخدام المعالج للتعاطف لها أهمية كبيرة في التأثير على الممارسة العلاجية. ويعتقد المعالجون الإنسانيون أن العلاقات العلاجية الجيدة لها قيمة علاجية جيدة ومفيدة، وتهيئ الظروف التي تيسر استكشاف خبرات العميل الداخلية. وإسهام المعالج يتمثل في مساعدة العملاء على اكتشاف المعنى في خبراتهم وأنفسهم.

بينما النظريات الناشئة Emerging Theories فتعد القوة الرئيسة الرابعة في الإرشاد والعلاج النفسي والتي تشمل النظريات المتعددة الثقافات، النسوية، البنائية، والنظريات عبر الشخصية. وبين هذه النظريات قواسم مشتركة تؤكد على أهمية معاملة كل عميل كفرد متفرد، ويكون المعالج على بينة من ثقافة الفرد وتعديل التدخلات العلاجية لاستيعاب الاحتياجات الفريدة لكل عميل. وبشكل عام، منظرو التعددية الثقافية والنسوية يعتقدون أن الصعوبات الانفعالية تنجم عن الضغط الثقافي والمجتمعي، وليس من المشكلة الكامنة داخل الفرد. ورفع الوعي هو جانب أساسي من جوانب نهج متعدد الثقافات، والنهج النسوي، لنهج عبر الشخصية إلى العلاج النفسي بالرغم من أن هذه النظريات بينها كثير من التشابه، وكل نهج علاجي لديه وجهة نظره الخاصة للعلاقة العلاجية. ففي النظرية النسوية، على سبيل المثال، تسهم العلاقة العلاجية إسهاماً أساسياً، وتتميز بتمكين العميل والمساواة بين العميل والمعالج. وفي نظرية متعددة الثقافات، فالعلاقة العلاجية من الصعب تمييزها، ويجب أن يكون معالجاً متعدد الثقافات حساساً ثقافياً، وعليه تغيير أسلوبه مع العملاء وفقاً لخلفية كل عميل. بينما النظرية

عبر الشخصية فتقدم العلاقة العلاجية باعتبارها وسيلة لتمكين عملائها من خلال استخدام التعاطف.

كما تختلف العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل عن العلاقات الاجتماعية والحميمية، حيث يركز المعالج على مهارات التواصل بالمرضى لفهم سلوكهم ونقاط قوتهم وتعزيز نموهم. ومحور العلاقة مع العميل هو أفكاره وخبراته ومشاعره لبناء العلاقة العلاجية من حيث تركيزها على القضايا الشخصية المهمة التي أدخلت من قبل العميل في أثناء المقابلة التمهيديّة. ويحدد كل من المعالج والعميل المجالات التي تحتاج إلى استكشاف وتقييم دوري لدرجة التغيير لدى العميل. رغم أن المعالج قد يحمل مجموعة متنوعة من الأدوار (على سبيل المثال، المعلم، المرشد، المربي الاجتماعي)، وترتكز العلاقة باستمرار على مشكلة العميل واحتياجاته، وعلى المعالج السعي لتلبية احتياجات العميل خارج العلاقة.

وعندما يبدأ المعالج العمل مع العميل في العلاقة العلاجية، ويرغب المعالج أن يكون العميل مثله في كل شيء، "افعل كما أشير إليك"، "أن تكون لطيفاً مع الآخرين"، أو "امنحهم الاعتراف"، واحتياجات العميل لا يمكن أن تتحقق على نحو تتوافق وتصورات المعالج، والتفاعل العلاجي عندئذ يمكن أن يكون ضاراً بالعميل. وينبغي على المعالج في أثناء بناء التحالف العلاجي مع العميل أن يكون قادراً على وضع الحدود الواضحة بينه وبين العميل، إضافة إلى مهارات الاتصال ومعرفة المراحل والظواهر التي تحدث في العلاقة باعتبارها أدوات حاسمة في تشكيل تلك العلاقة وصيانتها.

وفي سياق العلاقة العلاجية، يمكن للمعالج العمل على ما يلي:

■ تحديد احتياجات العميل واستكشافها.

■ أسلوب أخذ البدائل لحل المشكلات.

■ تنمية مهارات التكيف الجديد.

■ التغيير أو التحسن السلوكي وتشجيعه.

قد يواجه المعالجون وكذلك الطلاب صعوبات في احتياجات العملاء "كن صديقي". في الواقع، الطلاب في كثير من الأحيان يشعرون بمزيد من الراحة "كونه صديقاً" لأنه هو إسهام أكثر دراية. ومع ذلك، عندما يحدث هذا، فالمعالج أو الطالب المتدرب يجب أن يكونوا واضحين

بأن العلاقة هي علاقة مساعدة لعميل ما. وهذا لا يعني أن المعالج ليس ودوداً تجاه العميل في بعض الأحيان؛ فهو في أغلب الحالات يتبع المبادئ التوجيهية المعلنة بخصوص العلاقة العلاجية كما أشارت إليها الجمعية الأمريكية لعلم النفس ويتم توضيحها في الآتي.

١- عوامل العلاقات غير المحددة والمدمجة تجريبياً

فكرة وجود مجموعة من العوامل الأساسية لمنحى العلاقة غير محددة وتتبع في جزء كبير منها من أعمال روجرز (Rogers, 1957) الذي يؤكد أن المعالج يجب أن يتسم بالتعاطف، والاحترام الإيجابي غير المشروط، والصدق باعتبارها المكونات اللازمة والكافية لتحفيز التغيير الناجح من خلال تقديم العلاج. ومنذ ذلك الحين، هناك مجموعة متسقة من النتائج في أبحاث العلاج النفسي كشفت أن نوعية العلاقة عامل منبئ لنتائج العلاج. وهناك أيضاً أدلة بأن التحالفات الضعيفة ترتبط بجانب واحد من جوانب علم النفس.

وأظهر استعراض الأدبيات لتقديم الإرشاد من قبل "هورفاث وبيدي" (٢٠٠٢) دعماً تجريبياً لأنواع معينة من متغيرات العلاقة العلاجية. على سبيل المثال العديد من مؤلفين يرون أن التحالف العلاجي يعد عاملاً مهماً يعمل عبر أنواع الإرشاد والعلاج المرتبط تجريبياً بتحسين النتائج. ويشمل التحالف العلاجي على حد سواء "التحالف الشخصي" (جودة العلاقة التكاملية الثنائية بين العميل والمعالج) و"التحالف المتعلق بالمهمة" (التحالف بشأن تخطيط العلاج والأهداف). والارتباط بين اثنين لهذه الجوانب من التحالف يعد أمراً مهماً لنجاح العملية العلاجية، ربما لأن كلا منهما يساعد على تنمية دافعية العملاء واستمرارها. ويسلط سفران وموران (Safran, & Muran, 2000) الضوء بالمثل على أهمية موافقة العملاء للتحالف العلاجي، من خلال ثلاثة مكونات: (أ) الاتفاق على أهداف علاجية، (ب) الاتفاق على المهام العلاجية، و(ج) البيانات الشخصية. فالرابط هو تحالف علاجي لنتائج أكثر إيجابية لا يرجع فقط إلى الأثر الإيجابي المباشر بل لعلاقات الرعاية لرعاة العملاء أيضاً لهذه العلاقة التي تدعم دافعية العملاء (Ryan & Deci, 2008).

ومن المثير للاهتمام، رغم أهمية التحالفات العلاجية وغيرها يتم احتساب عوامل غير محددة على نطاق واسع عبر المدارس العلاجية، فقد يكون هذا الاعتراف إما ثابتاً وإما متعارضاً والنظريات الكامنة وراء التغيير. وعلاوة على ذلك، لا يزال هناك تفاوت كبير في قدرات

المعالجين "لتعزيز مثل هذه التحالفات. فقد استخدم بالدوين وآخرون، (Baldwin et al,2007) نماذج متعددة مستويات النهج، منفصلة بين-المعالج والتقلبات المزاجية للمعالج في تحالفات العمل، ومن ثم فحصوا ما إذا كان أحد أو كل من هذه المتغيرات لها علاقة بنتائج العميل. فالأولى ترتبط بوجود اختلافات بين المعالجين. بينما ترتبط الأخيرة بالاختلافات التي تجلب العملاء للعلاج. فقد وجد الباحثون أنه عندما يكون تباين خلافات العميل مع المعالج واضحة فإنه لا يمكن التنبؤ بنتائج العلاج. وهذا يشير إلى أن المعالجين يتواصلون مع العملاء بطرق تحفيزية مختلفة، في كثير من الأحيان، أكثر ما تكون مستقلة عن نظريات العلاج واستراتيجياته، وهذه الاختلافات تؤثر إلى حد كبير على فعالية العلاج.

٢- المؤشرات العامة لمقاومة المريض للعلاج

وصفت بعض الدلائل العامة لمقاومة المريض باعتبارها تمثل الظواهر الشائعة في برامج العلاج النفسي، ومع ذلك، فبالرغم من أن السلوك العلني للمريض يبدو مقاوماً لاستعداده لتقبل العلاج، والتي يمكن أن ملاحظتها من طرف المعالج في اللحظة الأولى في لقائه بالمريض. فقد أشار العديد من المعالجين أن أسباب المقاومة التي تعبر عن مقاومة المريض للعلاج: الاهتمام بالالتزام بما يمليه عليه المعالج لتنفيذ أنشطة العمل خلال الجلسة الأولى، وكذلك الخوف من التغيير الذي يطرأ على حالته النفسية، والافتقار إلى الثقة بالذات، والقدرة على تنفيذ الإجراءات العلاجية. إضافة إلى العوامل المعرفية والشخصية والسلوكية، إذ يرى المريض أنه بهذه المقاومة يحصل على مكاسب ثانوية نتيجة لبقاء حالته النفسية في وضعها الحالي، ولا يرغب بالتخلص منها. لذلك، فالمريض لا يرغب بالقيام بالواجبات المنزلية التي ينبغي أن تتفد بين الجلسات والمتفق عليها خلال مسار العمل العلاجي.

وبناء على ذلك، فقد أشار ممارسو العلاج المعرفي السلوكي إلى أن إهمال الواجبات المنزلية، والجدال مع المعالج، والصمت القاتل، وعدم الإجابة أو الانفتاح على الخبرات، والسلوك الراض لأبي تغيير في السلوك، والمقولات العدائية الموجهة إلى المعالج من طرف المريض تشكل جميعها مؤشرات لتباطؤ معدلات التحسن لدى المريض. ومما لا شك فيه أن عدم الرغبة في التفاعل مع المعالج على نحو موضوعي، وعدم الرغبة في الاستقلالية بدلاً من الاعتمادية على المعالج، وإنهاء العلاج قبل موعده، أو إطالة مدة العلاج، على اعتبار أن

بعض المرضى يرغبون بإطالة فترة العلاج لفترات طويلة من الوقت من أجل المحافظة على المكاسب الثانوية التي يحصلون عليها من الأهل والآخرين نتيجة لهذا الوضع. وفي هذه الحالة، إذا طلب المعالج البدء بإجراءات إنهاء العلاج؛ فالمريض غالباً وخصوصاً من أصحاب الشخصية الحدية يصر على استمرار العملية العلاجية.

٣- فهم المعالج للعوامل التي تجعل المريض مقاوماً للعلاج

في الاستجابة أو الرد على مقاومة المريض للعلاج واستعداده للدخول في العملية العلاجية، فإن المعالج يحتاج إلى فهم وتقييم عملية المقاومة لدى المريض. وغالباً ما تتناول تقييمات المعالج للمقاومة المسائل الثمانية التي ذكرها "نيومان" (Newman, 1994, 56) في الآتي:

- أ- ما وظيفة سلوكيات المقاومة التي يبدئها المريض مع المعالج؟
- ب- كيفية يتناسب نمط مقاومة المريض مع حالته النمائية والتاريخية؟
- ج- ما الذي سيحدثه الخوف لدى المريض للدخول في العملية العلاجية إذا كان متوافقاً بشكل عام؟
- د- كيف يُشكّل المريض سوء فهم أو إساءة المعالج ومقترحاته والأساليب والنيات التي يرغب في القيام بها لمصلحته؟
- هـ- ما المهارات التي يفنقر إليها المريض التي تجعل من الصعب أو المستحيل عليه عملياً في هذه المرحلة السعي إلى عملية التحالف والمعالج للوصول إلى التغيير المنشود؟
- و- ما العوامل الاجتماعية التي تجعل المريض مقاوماً لمحاولات التغيير؟ فالحياة الاجتماعية للمريض على سبيل المثال قد تكون عائقاً وعاملاً مثبطاً قوي بالنسبة للتغيير الذي يحصل عليه. فالمعالج قد يجهل هذه العوامل ويجعل مقاومة المريض للعلاج نابعة من ذاته، دون أي حساب للمتغيرات الاجتماعية. لذا، يجب على المعالج أخذ هذه العوامل في الاعتبار عند البحث عن أسباب مقاومة المريض.

- ز- ما هي معتقدات المريض ومشاعره التي تغذي مقاومته؟
- ح- هل من المحتمل أن هذه الحالة لدى المريض تحتاج إلى إعادة نظر أو تحتاج إلى تعديل؟ ومتى يرفض المريض صياغات المعالج التي يقدمها للمريض واقتراحاته؟

هذه التساؤلات هي غيض من فيض من الافتراضات التي يمكن أن يستخدمها المعالج في الكشف عن نيات المريض لمقاومة كل إجراءات العملية العلاجية.

رابعاً - التدخلات لتحسين دافعية المريض لدخول عملية الإرشاد أو العلاج

هناك طرق عديدة يمكن أن يستخدمها المعالج النفسي لتعزيز دافعية مرضاه في المشاركة بنشاط وفاعلية في التدخل الإرشادي أو العلاجي، وتشمل هذه الأساليب ما يلي:

- ١- تثقيف المريض حول طبيعة العملية العلاجية والخدمات المقدمة.
- ٢- استخدام الأسلوب السقراطي في معاملة العميل المقاوم لزيادة دافعيته وتحسين رؤيته لفوائد العلاج والخدمات النفسية التي تقدم له ولغيره من المرضى المحتاجين لهذه الخدمات.
- ٣- تزويد المريض بالعديد من الخيارات المتاحة للدخول في العملية العلاجية.
- ٤- التعاون والمشاركة في نقاش القضايا التي تحد من دافعيته، وإبراز أهمية العلاقة التي يقوم بها المعالج وتوفر للمريض الاستعداد واتخاذ القرار في الدخول إلى العملية العلاجية بقناعة تامة.
- ٥- استعراض إيجابيات التغيير وسلبياته وإيجابيات الاستمرار وسلبياته في الوضع النفسي الراهن للمريض.
- ٦- توفير التعاطف الوجداني الدقيق في أثناء مقاومة المريض.
- ٧- مناقشة المشكلات التي يعاني منها المريض بموضوعية.
- ٨- التحدث إلى المريض بلغته الخاصة.
- ٩- تعلم استخدام التوجه الذاتي للعميل.
- ١٠- العمل المستمر بلطف في مواجهة مقاومة المريض في بداية الجلسات العلاجية الأولى.

عموماً، كل هذه التدخلات هي مفيدة لمواجهة مقاومة المريض منذ بداية العلاج، ومع ذلك، فإنها تصبح فعالة لدرجة أن المعالج يستفيد من أسئلة التقييم التي تم ذكرها آنفاً، ويستخدمها للكشف عن انخفاض مستوى الدافعية. وبهذه الطريقة يمكن للمعالج وضع تركيزه الخاص على التدخلات التي تناسب احتياجات المريض على نحو أفضل.

نماذج من المبادئ التحفيزية في التدخلات العلاجية

تسترشد المقابلات التحفيزية التي يقوم بها المعالج أو المرشد النفسي مع المرضى في الجلسات الأولى لبرامج الإرشاد والعلاج النفسي كثيراً كما أظهرتها المدارس العلاجية المشار إليها آنفاً بمجموعة من المبادئ، وأهمها ما يلي:

أ- المحاذير والعمل الفعال:

- . أن يتجنب المعالج المجادلة مع المريض.
- . تجنب المواجهات القاسية.
- . النقاش والمقاومة.
- . التعبير عن التعاطف.
- . تطوير التناقضات.
- دعم الكفاءة الذاتية.
- . التأكيد على ضرورة التغيير وزيادة في التحسن.
- . الثقة والأمل اللذين يمكن أن يحدثا التغيير.

ب- مخرجات البرنامج المتوقعة:

- وصف مراحل استعداد العميل للتغيير.
- أن يكون قادراً في الوصول إلى مرحلة الاستعداد العملاء للدخول في العملية العلاجية.
- وصف كيفية تحفيز مبادئ العلاج التي يمكن أن تكون متكاملة وتعزيزها لتحسين دافعية العميل وتعزيز النتائج.
- زيادة المعرفة والوعي لفهم كيفية استخدام العميل أساليبه العلاجية لبدء واستدامته التغيير الإيجابي.

ب- التغيير الدينامي والدوري:

من المهم أن نلاحظ أن عملية التغيير هي دورية، والعملاء عادة يتحركون ذهاباً وإياباً بين مراحل العلاج بمعدلات مختلفة. فيمكن للمريض التحرك من خلال مراحل مختلفة فيما يتعلق بسلوكيات أو أهداف متباعدة الأهمية. ويمكن لمرضى آخرين التحرك من خلال المراحل بسرعة. وأحياناً، بعض المرضى يتحركون بسرعة كبيرة، بحيث إنه من الصعب تحديد مكان

وجودهم، لأن التغيير هو عملية دينامية وسيرة مستمرة. ومع ذلك، فهناك بعض المرضى يغلقون الجلسات في المراحل المبكرة. على سبيل المثال، بالنسبة لمعظم المرضى الذين يتعاطون المخدرات يكون تقدّمهم خلال مراحل التغيير على نحو دائري أو حلزوني عامة، وليس خطياً. في هذا النموذج، الانتكاس هنا في هذه الحالة هو حدث طبيعي، لأن العديد من المرضى يتحركون ضمن مراحل مختلفة مرات عدة قبل تحقيق تغيير مستقر.

أطوار التغيير لدى المريض

وتتضمن تلك الأطوار حسب النظرية الإنسانية ما يلي:

أ-التأمل أو التفكير المسبق: Pre-contemplation ومثال ذلك: لا أفكر في تغيير؛ العمل سعيد؛ . تعلمت ما لا ينفع؛ . الإدراك الواعي غائب عن مشكلة؛ هزيمة لمحاولات فاشلة سابقة للتغيير؛ تصور بأن التغيير سيكون من الصعب جداً التفكير به.

ب-الحذر: Caution ينظر المرضى إلى طور ما قبل التأمل على النحو الآتي:

- الحديث الجدلي.

- عدم الرغبة في العلاج.

- إنكار وجود مشكلة"، وأن محاولة "إقناعه ... يولد عادة مقاومة لديه.

في مرحلة ما قبل التأمل، يكون المريض غير مدرك، وغير راغب، أو يشعر بالاحباط للتغيير في غضون الجلسات الإرشادية أو العلاجية المقبلة.

والتأمل هو الوقت الحرج للنظر في ذلك، وإذا كان للمريض رؤية مختلفة للأشياء في هذه اللحظة، لأي سبب من الأسباب، فيمكن أن يكون هذا الوقت مليئاً بالشعور بالذنب، الخجل، اليأس... وهذا الموقف قد يُمكن للعميل من البدء بإلقاء نظرة جيدة لسلوكياته وأفكاره التي تكون معقدة، وأن رحلته في العلاج ستكون رحلة طويلة محفوفة بالمخاطر، وغير مريحة. وهنا يصبح المريض على مفترق طرق للانتقال من مرحلة ما قبل التأمل إلى التأمل أو التفكير الجدي والاستعداد لبدء المعالجة.

ج-الاستعداد: إن أبسط طريقة لتقييم رغبة المريض في التغيير هو استخدام مقدار الاستعداد والجاهزية لديه، وقد يمثل ذلك على مدرج من (١٠) تدرجات تبدأ من (١ إلى ١٠) ، وأن انخفاض درجته في الاستعداد فتمثل أي أفكار سلبية حول التغيير، بينما تشير الدرجة المرتفعة

إلى استعداده وجاهزيته لمحاولات التغيير. وتبيان ذلك، يطلب من المعالج الإشارة إلى أفضل إجابة على المسطرة لهذا السؤال: "ما مدى أهمية ذلك بالنسبة لك لتغيير حالتك؟" أو "كيف تتق بأنك يمكن أن تتغير إذا قررت ذلك؟" سوف يكون ما قبل التأمل في حده أو الطرف الأدنى من المقياس، وعادة يكون بين (٠ - ٣). يمكنك ثم تسأل: "ما الوقت المستغرق لتتمكن من للانتقال إلى الرقم (١٠) أو أقل منه قليلاً. ويمكن مقارنة فوائد وعيوب التغيير لدى المريض من خلال المتغيرات التالية الموضحة في الجدول (٢) الآتي:

التغير	عدم التغير
الفوائد - زيادة التحكم في حياته. - دعم من العائلة والأصدقاء. - انخفاض في مشكلات العمل. - مكاسب مالية. - جودة صحية أفضل.	العيوب - مسترخياً أكثر - أكثر متعة في الحفلات - ليس لديه أي تفكير في مشكلاته.
التكاليف - زيادة التوتر/ القلق. - الشعور بمزيد من الاكتئاب. - زيادة الملل. - مشكلات في النوم.	التكاليف - رفض من الأهل والأصدقاء. - مشكلات مالية. - يمكن أن يفقد وظيفته. - الأضرار تلحق بعلاقة وثيقة مع الآخرين - زيادة في المخاطر الصحية.

Source: Davis & Osborn (2000). Contemplation Strategies: Cost Benefit Analysis Scale

نموذج استراتيجيات التغيير: وتتضمن

. مرحلة ما قبل التأمل: زيادة الوعي، والتفكير الانفعالي.

. مرحلة التأمل: إعادة التقييم الذاتي، والعلاقة المساعدة.

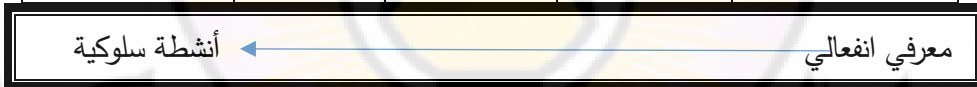
. مرحلة الإعداد: إدارة التعزيز.

. العمل: شروط مضادة.

. الحماية: ضبط المثيرات.

وذلك كما يمثلها الجدول (٣) الآتي:

مرحلة ما قبل التأمل	مرحلة التأمل	مرحلة الإعداد	العمل	الحماية
زيادة الوعي، والتنفيس الانفعالي				
	إعادة التقييم الذاتي، وعلاقة المساعدة. والتحريض الذاتي			
		إدارة التعزيز		
			شروط مضادة	
				ضبط المثيرات



تذكر:

- التناقض هو جزء طبيعي من عملية التغيير .
- استخدام هذا "الصراع" لتشجيع التغيير الإيجابي من خلال الموازنة بين إيجابيات وسلبيات السلوك لزيادة التباين.
- مفيد للغاية في مرحلة ما قبل التأمل والتأمل للتغيير أداة لزيادة الدافعية، لكنه مفيد أيضاً في مراحل أخرى من العملية العلاجية.

مثال ذلك: ثمة ستة عناصر أساسية يستخدمها المعالج للتدخلات العلاجية القصيرة، في حالة الإدمان على المخدرات:

- ١- التغذية الراجعة للتدخلات القصيرة المدى. Feedback.
- ٢- التأكيد على مسؤولية العملاء من أجل التغيير. Responsibility.
- ٣- تقديم النصيحة Advice.
- ٤- تقديم قائمة من الخيارات العلاجية البديلة Menu of.
- ٥- إظهار التعاطف. Empathy.
- ٦- تعزيز التفاؤل لدى العميل وكفاءته الذاتية. Self-Efficacy.

وهذه العناصر مجموعة في كلمة (FRAMES).

ملخص واستنتاج

أظهرت الأدلة عبر مجموعة واسعة من أساليب التدخلات العلاجية والإرشادية أن دافعية المريض منبئة لفعالية التدخل العلاجي. رغم أن نهج نظريات الإرشاد والعلاج المتنوعة تقوم على أساس صحيح، فقد تختلف حول العديد من القضايا. في الاستعراض الحالي نجد دليلاً في مدارس الإرشاد والعلاج لفكرة أن الدافع والحكم الذاتي أهمية كبيرة، رغم اختلاف النظريات إلى حد كبير، لكنها تتفق صراحة في تناولها للدوافع والحكم الذاتي لدى العملاء أو المتعالجين، سواء من حيث التقنيات في علاج التغيير، أو من حيث طريقة التنفيذ وطرق استمرار انخراط العميل في العملية العلاجية.

على وجه الخصوص، أن هناك علاقة بين الرأي العام والنظرية السببية السلوكية، واهتمام واضح لدوافع العميل. فمن المرجح أن نرى الدافع إما شرطاً مسبقاً للعلاج (المريض يجب أن تأتي معه بوصفه جانباً من جوانب استعداد) وإما في شكل أو عنصر مضاف إلى النظريات التي ترى المتغيرات الخارجية والأسباب الرئيسية لسلوك يجب أن تسبق محاولات تغيير السلوك من أجل زراعة الاستعداد المناسب.

في المقابل، من المرجح أن نرى الدافع نفسه على أن نظريات العلاج تشدد على السببية الداخلية والتحفيز والتركيز المستمر للعلاج، مع المقاومة أو امتناع عن القضايا التي يجب معالجتها. ويمكن تقديم حجة مماثلة للتمييز بين العلاجات التي تركز على النتائج وعملية أسلوب المنحى، مع الدافع لرؤية الأخير في إطار التقنيات التي تركز على نتائج أكثر عرضة لرؤية الدافع بوصفها جانباً من جوانب الاستعداد للمشاركة في إجراءات العلاج. وثمة مسألة

أخرى تتعلق بالحكم الذاتي هي أن الشفافية والموافقة على العلاج هما من أسس التحسن العلاجي. وفيما يتعلق بهذا البعد، فالمزيد من العلاجات السلوكية التي تركز على النتائج تميل إلى زيادة التركيز على الشفافية وعلى الموافقة المسبقة الصريحة للقيام بإجراءات العلاج. على النقيض من ذلك، علاجات مثل: العلاج الديناميكي النفسي يركز على نحو أقل على الشفافية، وفي جزء منه يرى أن المقاومة يحتمل أن تكون دوافع غير واعية، وانخفاض الدافع عرضاً أو مشكلة ينبغي علاجها في سياق التدخل العلاجي. ومع ذلك، التخفيف بشدة لمثل هذه المقارنات العامة للمدارس الفكرية من خلال حقيقة أن (أ) -المعالجين هم انتقائيون على نحو متزايد في ممارساتهم، و(ب)- وجود زيادة في التفاهم عبر مدارس العلاج، فهناك عوامل تحالفية غير محددة قد تؤثر على الدافعية وفعالية العلاج. كما أن هناك أسباباً أخلاقية فضلاً عن تلك العملية المنهجية لصنع قيمة للدافع الذاتي كأمر حاسم في العلاج بوصفه جانباً من جوانب تعزيز الأداء. وتنمو هذه الاعتبارات من الموقف الفلسفي الذي يحترم الحكم الذاتي ويعزز قوة كامنة ومؤثرة في العملية العلاجية يمكن أن تساعد في التمييز بين القضايا، مثل التميز والاستقلالية المحددة أكثر من الناحية الثقافية. ونظراً لأهمية ومركزية الإرشاد والعلاج ثقافياً في عالمنا التي بينهما وشائج قرى على نحو متزايد، أصبح دعم الحكم الذاتي أيضاً العلامة البارزة في العلاج والإرشاد النفسي، باعتبارهما ينطويان على احترام تنوع الخلفيات ووجهات النظر، وقيم المرضى.

عموماً، نرى أن الديناميات التحفيزية تلعب دوراً حاسماً في عمليات نتائج العلاج، وتستحق زيادة في التركيز النظري والتجريبي للأشخاص الذين يقدمون الخدمات النفسية للمرضى. وهذا ينطبق خاصة في عصر زيادة الانتقائية والتطبيقات متعددة الثقافات، أملاً في تعزيز الاهتمام والتحقيق في ديناميات تحفيزية في الإرشاد والعلاج النفسي، لذلك، حاولنا في هذا الفصل تسليط الضوء على قضايا تحفيزية للعميل في المقام الأول من خلال الحديث عن أهمية الحكم الذاتي والتغيير وكيفية تعزيزه. وعندما لا يتحسن العملاء في العلاج، لا يمكننا الاختباء وراء التسويع أو التبرير مثل، "إن العميل لا يريد حقاً أن يتغير، أو" أن العميل يعاني وغير مستعد لتلقي العلاج. لذلك، يجب على المعالجين فهم ومعالجة ظاهرة المقاومة جزء من عملهم في تقييم المرضى وعلاجهم إذا كانوا يظهرون دوافع غير كافية للعلاج، وهذا الأمر يعد في جزء

كبير منه من مسؤولية المعالج. وفي محاولة لتطوير المعرفة والاستفادة منها لزيادة دافعية العملاء لتغيير النمو الصحي نحو الأفضل، فإنه يتحتم على المعالجين المساعدة في تعديل سلوكيات ومواقف المقاومة لمرضاها من خلال: فهم الظواهر على أساس كل حالة على حدة، بدلاً من رسم الاستنتاجات العامة قبل الأوان. ومن أجل تحقيق هذا الهدف، يجب على المعالجين صياغة تصور الحالة على أساس مستمر، وأن يسألوا أنفسهم أسئلة مثل "ما هي سلوكيات المقاومة لدى العميل؟" "ما هي المعتقدات قد تغذي مقاومة للعميل؟" "ما الذي يخشاه العملاء في حال تمثلهم لتوجهات المعالج؟" "ما هي المهارات التي تدعم العميل للتغيير؟" "ما هي العوامل البيئية والآخرين التي قد تكون معاكسة لمحاولات العميل للتغيير؟" كما يجب أن يكون المعالجون على علم بذات العميل بحيث يكون جاداً بمعرفة دوافع العميل للمقاومة، وكيفية مواجهتها ببطء بما فيه الكفاية من خلال الاستفادة من التقنيات التي يمكن أن تحفز مقاومة العملاء للبدء في الانخراط على نحو أكبر في عملية العلاج. ويتوقف كل هذا، على الاحتياجات الخاصة للعميل، حيث يمكن للمعالجين الاختيار من بين عدد من التقنيات لمساعدة وتشجيع العملاء للتغيير. وتشمل هذه التقنيات: استخدام المواد التعليمية، والمنهج السقراطي، وتقديم العملاء مع الخيارات، واتخاذ النهج التعاوني، واستعراض إيجابيات ثبات التغيير، والتعبير وسلبياته عن التعاطف الذي يستند في جزء منه على قضية وضوح المفاهيم، واستخدام الصور والاستعارات، وغيرها من "لغة العميل"، وتعظيم الإرادة الحرة والتوجه الذاتي للعميل في العلاج.

أسئلة مراجعة

١. ما هي مفاهيم الأربعة الأساسية للنظرية التي تتبناها، والتي تعد قاعدة العمل الخاص بك؟
٢. ما الذي يؤلف مشكلة في نظرية الإرشاد الأساسية الخاصة بك؟
٣. ما أهداف الإرشاد أو العلاج للنهج النظري الذي اخترته؟
٤. من يحدد الأهداف في الإرشاد؟
٥. ما طبيعة العلاقة بينك وبين العميل؟
٦. ما الكفاءات يجب أن يكون لديك لتنفيذ مهامك معالجاً / مرشداً؟
٧. ما مسؤوليات العملاء خلال الإرشاد؟ ما هو متوقع منهم؟

٨. ما يمكن للعميل أن يتوقعه من المعالج في جلسات البرنامج؟
٩. ما هو موقفك من المعالج في الكشف عن الذات؟
١٠. ما هي بعض القيم الرئيسية التي عقدت من قبل المرشد مع النهج النظري الخاص بك؟
١١. باستخدام النظريات التي اخترتها لتكون متكاملة في نهج العلاج الخاص بك، كيف تريد أن تكون بمثابة معالج أو مرشد محترف؟
١٢. هل أنت تشعر بالراحة في التعبير عن العواطف خلال جلسات الإرشاد؟
١٣. ما الأساليب التي ستستخدمها من النظرية التي اخترتها أو مجموعة من النظريات؟
١٤. كيف تأخذ نظريتك في الاعتبار الجماعات الثقافية المتنوعة؟
١٥. كيف تأخذ نظريتك في الاعتبار العوامل الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي تقع خارج إطار العميل المرجعي.



مراجع الفصل

- العاسمي، رياض نايل (٢٠١٥). علم النفس الإيجابي السريري، الجزء الأول. عمان: دار الإعمار العلمي.

- Assor, A., Vansteenkiste, M., & Kaplan, A. (2009). Identified and introjection approach and introjection avoidance motivations in school and in sport: The limited benefits of self-worth strivings. *Journal of Educational Psychology*, 101, 482-497.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bandura, A. (1996). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Caprara, G. V. & Cervone, D. (2000). *Personality: Determinants, dynamics and potentials*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Corsini, R. J. (2008). Introduction. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (8th ed., pp. 1-14). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Dewald, P. A. (1969). *Psychotherapy: A dynamic approach*. New York: Basic Books.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13, 155-243.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A., Gaston, L., & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measurement. In N. E. Miller, L. Luborsky, J. P. Barber, & J. P.

- Docherty (Eds.), *Psychodynamic Treatment Research* (pp. 247-273). New York: Basic Books.
- Gibbons, M. B. C., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., Wiltsey-Stirman, S., Gallop, R., Goldstein, L. A., et al., (2009). Unique and common mechanism of change across cognitive and dynamic therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 801-813.
 - Goldfried, M. R., & Davidson, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston
 - Janis, I. & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice, and commitment*. New York: The Free Press .
 - Lambert, M. J., Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (2004). Overview, trends, and future issues. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 805-821). New York: Wiley.
 - Levenson, H. (2004). Time-limited dynamic psychotherapy: Formulation and intervention. In M. J. Dewan, B. N. Steenbarger, & R. P. Greenberg (Eds.), *The art and science of brief psychotherapies* (pp. 157-188). Washington, DC: APPI.
 - Lewis, C. C., Simons, A. D., Silva, S. G., Rohde, P., Small, D. M., Murakami, J. L., et al. (2009). The role of readiness to change in response to treatment of adolescent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 422-428.
 - Luborsky, E. B., O'Reilly-Landry, M., & Arlow, J. A. (2008). Psychoanalysis. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (8th ed., pp. 15-62). Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole
 - Mackenzie, C., & Stoljar, N. (2000). Introduction: Autonomy refigured. In C. Mackenzie & N. Stoljar (Eds.), *Relational autonomy* (pp. 3-34). New York: Oxford University Press.
 - MacKinnon, R. A., Michaels, R., & Buckley, P. J. (2006). *The psychiatric interview in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
 - Marziali, Elsa; Alexander, Leslie. (1991). The power of the therapeutic relationship. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 61(3), , 383-391.
 - Michalak, J., Klappheck, M. A., & Kosfelder, J. (2004). Personal goals of psychotherapy patients: The intensity and the "why" of goal motivated behavior and their implications for the therapeutic process. *Psychotherapy Research*, 14, 193-209.

- Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200.
- Newman, C. (1994). Understanding client resistance method of enhancing motivation to change. *Cognitive behavioral practice*, 1, 4, 47-69.
- Overholser, J. C. (2005). Contemporary psychotherapy: Promoting personal responsibility for therapeutic change. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 369-376.
- Patten, S., Vollman, A., & Thurston, W. (2000). The utility of the transtheoretical model of behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 11(1), 57-66.
- Petry, N. M. (2006). Contingency management treatments. *British Journal of Psychiatry*, 189, 97-98
- Petry, N. M., Alessi, S. M., Hanson, T., & Sierra, S. (2007). Randomized trial of contingent prizes versus vouchers in cocaine-using methadone patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 983-991.
- Meichenbaum, D. (1986). Cognitive-behavior modification. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (3rd ed., pp. 346-380). New York : Pergamon.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2003). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Prochaska, James O.; Norcross, John C. (1999) *Stages of change. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 38(4), 2001, 443-448.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3-27). New York: Plenum.
- Rappaport, R. L. (1997). *Motivating clients in therapy*. New York: Routledge.
- Richard M. Ryan, Martin F. Lynch¹, Maarten Vansteenkiste, and Edward L. Deci. (2011). Motivation and Autonomy in Counseling, Psychotherapy, and Behavior Change: A Look at Theory and Practice, *The Counseling Psychologist* 39(2) 193–260.
- Ryan, R. M. (1995). Psychological needs and the facilitation of integrative processes. *Journal of Personality*, 63, 397-427.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). A self-determination approach to psychotherapy: The motivational basis for effective change. *Canadian Psychology*, 49, 186-193.
- Safran, J., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
<http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Westra, H. A., & Dozois, D. J. A. (2006). Preparing clients for cognitive behavioral therapy: A randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 481-498
- Zeldman, A., Ryan, R. M., & Fiscella, K. (2004). Client motivation, autonomy support and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 675-696.

الفصل الثاني

متطلبات تدريب المرشدين لتصميم برامج الإرشاد النفسي وقيادتها وتنفيذها

مفهوم التدريب

متطلبات التدريب في الإرشاد والعلاج النفسي

أهداف التدريب وأهميته

المبادئ التوجيهية لتصميم البرامج التدريبية وتنفيذها

التدريب في ضوء ساليب الإرشاد والعلاج النفسي

عملية اختيار المتدربين المبتدئين في الإرشاد في مواقع العمل

ومعايير اختيارهم

العوامل الرئيسة التي تؤثر في اختيار أساليب التدريب

التدريب في السياق الأكاديمي

دورات التدريب في برامج الإرشاد والعلاج النفسي

نماذج التدريب وأشكاله

متطلبات تحسين عملية التدريب



الفصل الثاني

متطلبات تدريب المرشدين لتصميم

برامج الإرشاد النفسي وقيادتها وتنفيذها

يوفر التدريب الإرشادي والعلاجي للمتدربين بمختلف الاتجاهات العلاجية تجربة مهنية واسعة النطاق لمجموعة من الأنشطة التي يقوم بها المدربون أو المعالجون في مراكز الإرشاد والعلاج النفسي خدمة للرسالة والمهنة التي ينتمون إليها. وتوفر هذه التجربة الغنية الفائدة والعين الساهرة مقياساً حقيقياً لمدى فهم المتدرب للأساس النظري للمجال الإرشادي أو العلاجي الراغب بممارسته والكشف عن فائدته العملية. بمعنى آخر، ربط البناء النظري بالممارسة التطبيقية مما يساعدهم على النمو والوعي المهني، والاهتمام بمشاعرهم ومعتقداتهم الخاصة بما في ذلك الرعاية الذاتية التي تعد جانباً مهماً في تطوير العمل المهني في مجال الإرشاد والعلاج النفسي. ومما لا شك فيه، أن لكل مدرسة إرشادية أو علاجية مقومات تدريب خاصة بها، حتى في المدرسة الواحدة، حيث العديد من النماذج التدريبية التي تناسب طبيعة المشكلات النفسية للمرضى واحتياجات المتدربين واهتماماتهم. لذا، يوفر البرنامج التدريبي التطبيق العملي للمتدربين المبتدئين تحت الإشراف في الحالات الفردية أو الجماعية، ويمكن أن يشمل التطبيق العملي أيضاً نماذج للتعامل مع الأطفال والمراهقين والراشدين وكبار السن.

التدريب على المهارات النفسية هو تدريب مصمم على نحو فردي وجمعي من الأساليب المختارة لتحقيق الاحتياجات للمهارات النفسية والمهنية والشخصية للمتدربين، رغم عدم وجود حزمة مثالية للتدريب على المهارات والتقنيات النفسية تكون مناسبة لكل برنامج على أساس الحالة النفسية للفرد أو المتدرب. وهذا التدريب على المهارات النفسية يعد ناجحاً إذا تم التمييز بين المهارات والطرق. فالمهارات هي الصفات النفسية والأساسية التي تحتاج إلى تنمية لدى المتدربين (الثقة، التركيز)، بينما الطرق، هي لأداة التي سوف تستخدم لتحسين مهارة التدريب النفسي (Calmels, et al, 2003). وتستخدم كثير من البرامج التدريبية مهارات التدريب النفسي

لفحص تأثيرها على أداء المتدربين وكفاءتهم وفق معايير معتمدة عندما يقومون بتنفيذ تلك المهارات في الممارسة مع الحالات التي تحتاج إلى مساعدة.

وأسلوب التدريب على مهارات الإرشاد والعلاج النفسي هو وسيلة مهمة يمكن من خلالها تغيير في سلوك المتدرب. وتشمل أساليب التدريب السلبية: المحاضرات التعليمية في ورشة عمل، التعليم المستمر، دورة تعليمية مصغرة. رغم النتائج لهذا النوع من التعليم والآثار المترتبة على تغيير السلوك تكون محدودة، ولا تجدي نفعاً، لأنه يلحق أضراراً وتشويهاً سطحية في معرفة المتدرب للأسلوب الإرشادي أو العلاجي المستخدم في التدريب. لذلك، يعد التعلم النشط، بديلاً من التعلم السلبي، باعتباره عملية تفاعلية يستخدم آليات العمل والتفكير الجاد والشامل لجميع جوانب النهج الإرشادي أو العلاجي المتبع في التدريب. كما أنه مفيد لتعلم المهارات التي يجب توظيفها في السياق العلاجي التي تستخدم بنجاح في البرامج الإيجابية من حيث تأكيدها على تعلم وتدريب المتدربين أساليب التعلم النشط (النمذجة، ومهارات الممارسة، وبناء الكفاءة الذاتية، والتفاعل بين المتدربين) التي يمكن إنجازها من خلال سلوك (لعب الأدوار) الذي يعد جزءاً لا يتجزأ من التدريب لتحسين وتغيير سلوك المرضى في الاتجاه الإيجابي.

ولفهم التدريب من حيث صلته بالتنفيذ والتعميم، هناك ما يبرر نهج النظم السياقية (SC) الذي يوصي بأنه عند التفكير في آثار التدريب على السلوك المعالج، والعوامل السياقية، مثل: متغيرات المعالج، الدعم التنظيمي وجودة البرنامج التدريبي، والمتغيرات العملية يجب أن تدرس بعناية، وكذلك فإن دراسة نتائج التدريب دون معالجة المتغيرات السياقية تعد غير كافية لتدريب وتطبيقات محتملة داخل النظام-السياقي للعملية الإرشادية. وقد تحدث الفعالية للبرنامج عندما يتم تدريب المعالجين على نحو مناسب، إضافة إلى دعم سياق تغيير السلوك. وهذا النهج، هو نهج شامل إذ يتيح فهم كيفية تأثير تدريب المتدرب داخل البرنامج الإرشادي أو العلاجي ومكوناته المقترحة (نوعية التدريب، ومتغيرات المعالج، والعمل، والدعم التنظيمي) التي يمكن أن تساعد المتدرب في الوصول إلى اكتساب المهارات المطلوبة من التدريب على أسلوب معين من أساليب تقديم الخدمات النفسية. والأهم من ذلك، فالمحتوى والطريقة (أي الجودة الشاملة) لبرنامج التدريب يعد أمراً حاسماً لتنفيذ البرنامج بنجاح مهما تكن الأرضية المنهجية التي يستند إليها البرنامج. ويرى بعضهم أن المحتوى التدريبي جد مهم في تعزيز مهارات

المتدرب وخبراته العملية من خلال ربطه بالجوانب النظرية للبرنامج. لذلك ينصح خبراء التدريب في الإرشاد والعلاج النفسي أن هذا العلم يتضمن الجوانب العلمية والفنية، ولا يمكن الفصل بينهم إذا أردنا الوصول إلى خبرة متكاملة في مجال العلاج النفسي. لذلك، يتضمن نهج التدريب الإرشادي والعلاجي التركيز على سمات المدرب وخصائصه بدلاً من التركيز على التقنيات. فقد تكون سمات المعالج جانباً مهماً من جوانب التدريب الذي ينتج التعلم الفارقي وتغيير السلوك اللاحق أكثر من التقنيات المستخدمة في التدريب. وتشمل متغيرات المعالج سماته الفردية وخبراته، مثل: الخبرات العلاجية، والتوجه النظري، واتجاهات المتعالج نحوه .

مفهوم التدريب

التدريب عامة Training، يعني مساعدة الناس على تعلم كيفية القيام بشيء ما، والقول للناس ما ينبغي أو لا ينبغي القيام به، أو ببساطة منحهم المعلومات الضرورية والتطبيقات العملية للأسس النظرية في المواقع الأكاديمية. ويعرف ميتشيل أرمسترونغ (Michael Armstrong, 2000) التدريب باسم التطوير المهني المنهجي للمعارف والمهارات والمواقف المطلوبة من قبل فرد لأداء كاف لمهمة أو وظيفة معينة. فقد عرف التدريب في مسرد مصطلحات التدريب للجنة القوى العاملة في المملكة المتحدة، بأنه: "عملية مخططة لتعديل الموقف أو المعرفة والأفكار أو المهارات السلوكية من خلال خبرة التعلم، وذلك لتحقيق الأداء الفعال لنشاط أو مجموعة من الأنشطة. والغرض من كل ذلك هو تطوير قدرات المتدرب وتلبية احتياجاته الحالية والمستقبلية، علاوة على تلبية وتطوير المؤسسة التي يعمل بها". ويعني هذا بوضوح، أن دور التدريب هو تحسين مهارات الفرد وكفاءاته للقيام بأداء مهامه على أفضل وجه. ومصطلح الأداء هنا هو متداخل وملزم بالتدريب. ومن الواضح أن "التدريب" هنا، ليس مجرد تنظيم دورات دراسية، فهناك ما هو أكثر من ذلك . فهذه العملية يمكن أن تساعدنا في التعرف على إسهام المشرفين والمسؤولين عن تنظيم دورات تدريبية، وتنفيذ سياسة التدريب. وقد يكون من المفيد مناقشة كل من هذه الجوانب بالتفاصيل.

يتعلق التدريب التعليمي بالقضايا العلاجية، وتقييم المشكلات السريرية، ومبادئ الاضطراب النفسي، حيث يبدأ العلاج في تغيير السلوك لدى طلاب الإرشاد والعلاج النفسي منذ السنة الأولى. وعادة، يبدأ الطلاب عملهم مع المرضى في العيادة النفسية في السنة الثانية،

والاستمرار في رؤية المرضى في جميع مراحل دراستهم باستخدام الطرق العلاجية المختلفة تحت إشراف المعالجين بهدف تقييم خبراتهم في التدريب وتقديم الخدمات النفسية للمرضى في العيادة النفسية داخل حرم الجامعة. في حين انتهاء الطلاب من السنة الثانية يتلقى الطلاب ساعة على الأقل في اليوم تحت إشراف المعالج حول مشكلة مطروحة وباستخدام العلاج المعرفي السلوكي، أو أي نهج علاجي آخر مع التركيز على التدخلات المدعمة تجريبياً. ففي دراسة لمنظمة الصحة العالمية (Who) بالتعاون مع الجمعية الطبية العالمية (WPA) أشارت إلى أنه في (٧٣) بلداً شملتهم الدراسة أن ثلثي البلدان في الدول ذات الدخل المنخفض مقارنة بأربعة أضعاف الدول ذات الدخل المرتفع يحتل التدريب العلاجي مركزاً متقدماً، وذلك من خلال الدورات التي تقدمها للمبتدئين في مجال العلاج النفسي على مدار ثلاث سنوات من تخرجهم، إضافة إلى (١٢٥) ساعة تدريب تحت إشراف معالج لتطوير الوعي الذاتي وكيفية معاملة المرضى. أما في أوغندا على سبيل المثال، فإنه هناك فصل دراسي واحد لتدريب طلاب الدراسات العليا حول تطبيقات العلاج النفسي، وذلك نتيجة لنقص في الكادر التدريبي في ذلك البلد.

متطلبات التدريب في الإرشاد والعلاج النفسي

إن متطلبات التدريب Training Requirements ضمن الكتابات الموجودة في أدب الإرشاد والعلاج النفسي على اختلاف توجهاتها النظرية والتطبيقية لا توفر إجماعاً حول طبيعة التدريب المطلوب للمتدربين من المرشدين والمعالجين المبتدئين إضافة إلى طلبة الدراسات العليا في مرحلة الماجستير والدكتوراه في مجال خدمات الصحة النفسية المتنوعة كما أشار إلى ذلك العديد من الباحثين، أمثال (Castonguay, et al, 2010)؛ (Roberts and Franzo, 2014) حيث يؤكدون أن التدريب العلمي والمنهجي السليم هو الضمانة الوحيدة لتقدم الممارسة العملية في مجال خدمات الصحة النفسية، بينما ما نلاحظه من دورات عابرة وسريعة في مجال من مجالات الصحة النفسية لا يتعدى كونها رؤية ذاتية قد تسيئ إلى المنهج العلمي . ومع ذلك، هناك بعض التوافق لدى العديد من المدارس النفسية حول إعداد المتدربين وتدريبهم وما يمكن ملاحظته من خلال نتائج الأدلة والكتيبات الخاصة بكل مدرسة علاجية. وتكمن فعالية التدريب من خلال ردود فعل المتدربين الذين يسعون للدخول إلى مجال

مهنة من المهن النفسية، وتحقيق المهارة المطلوبة التي تتفق والمعايير والمبادئ التوجيهية للتدريب. تلك المعايير التي تتطلب تدريباً على ممارسة المهنة مدة لا تقل عن ست سنوات تحت الإشراف، كما أن المزيد من التدريب ليس أفضل فحسب، لكنه الأفضل لتحسين المهارات والخبرات والكفاءات وصلها في مواجهة التحديات التي تواجه مهنة الإرشاد والعلاج النفسي. كما أن هذا التدريب يختلف كثيراً عن المسار السريع للدورات القصيرة التي لا تتجاوز عدد جلساتها أسبوعاً أو أكثر، ولا تعطي في الأغلب النتائج المرجوة منها، بل تكون مضرة وعقيمة الفائدة.

من هذا، فإن توضيح الحد الأدنى من التدريب والخبرة والممارسة المطلوبة للمعالجين في تحقيق ممارسة فعالة تتفق مع معايير الكفاءة، وقد تستخدم هذه المعايير لتقييم المتقدمين لدورات التدريب في الممارسة العلاجية المعتمدة من قبل الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) والجمعية البريطانية للمعالجين المعرفيين والسلوكيين (British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP, 2014) وتهدف إلى: أ- توفير الأفراد الراغبين في التدريب ضمن المعايير الأساسية والمتوقع أن تجتمع في التدريب الشامل للعلاج النفسي.

ب- تقديم دورات تدريبية مع دليل لاحتياجات التدريب ويتم تحقيقها فعلياً من خلال برنامج التدريب

ج- تقديم لجنة الاعتماد والتسجيل من قبل الجمعية مع المعايير التي على أساسها تقرر ما إذا كان المتدرب قد تلقى التدريب على المستوى المطلوب واللازم لممارسة العلاج وما يتفق مع معايير الكفاءة.

د- توفير للمدربين أو المعالجين أو المشرفين على البرنامج التدريبي المعايير اللازمة لإتقان أساليب التدريب على المستوى النظري والتطبيقي.

وتتضمن متطلبات التدريب ما يلي:

1- تأهيل المدربين التأهيل العلمي الكافي للممارسة المهنية المناسبة، مثل (علم النفس، والطب النفسي، والتمريض، وتقديم المشورة، والعلاج المهني، والعمل الاجتماعي، والتعليم)، وهذه الخبرة العملية عادة ما تكون مسجلة لدى هيئة مهنية، والتعهد بالحفاظ على هذا التأهيل

لمدة لا تقل عن سنتين بعد التدريب من مزاوله المهنة.

٢- خبرة لدى المعالجين المبتدئين في أساليب التدخل العلاجي مع المرضى.

٣- إثبات الصفات الشخصية للمعالجين التي تجعلهم مناسبين لممارسة العلاج.

٤- استخدام المعالجين المبتدئين العلاج المناسب في أثناء دورة تدريبهم ، وذلك تمشياً مع قاعدة الأدلة الرئيسية المتاحة، أو إحدى نماذج العلاج الرئيسية الخاصة بهم.

ومن المتطلبات الأساسية لاتخاذ القرار الأخلاقي في عملية التدريب وتتضمن سبع خطوات لشروط التدريب، وهي:

١- **تحديد المشكلة:** أي تحديد الوضع الخاص بما في ذلك للمشاركين في البرنامج التدريبي.

٢- **تطبيق قانون مكافحة الفساد الأخلاقي:** أي وصف ما إذا كان قانون الأخلاق يحدد آلية ممارسته دون أي أضرار تلحق بالمتردين والمرضى.

٣- **تحديد طبيعة الأبعاد التي ينبغي أن تعالج مشكلة المريض.** (أي التفكير في المبادئ الأخلاقية والاستقلالية والعدالة والإحسان، وعدم الإيذاء، والإخلاص، ومراجعة الأدب المناسب، واستشارة المهنيين والجمعيات ذات الصلة.

٤- **قيام بدورات محتملة لتعديل بعض أساليب العلاج وفقاً لطبيعة البيئة ومشكلات المريض:** أي طرح الأفكار الممكنة لخطط العمل.

٥- **النظر في العواقب المحتملة لجميع الخيارات وتحديد مسار العمل:** أي، خطط مراجعة العمل، الآثار والنتائج المترتبة لجميع المعنيين.

٦- **تقييم طبيعة العمل:** أي تحليل خطة العمل المختارة للتنفيذ، وتحديد ما إذا كان هناك أي مشكلات أخلاقية، وتكرار عملية التقييم إذا لوحظ المزيد من المشكلات في أثناء عملية التدريب.

٧- **تنفيذ مسار العمل:** أي وضع الخطة المختارة حيّز التنفيذ، والمتابعة، وتحديد ما إذا كانت الخطة التدريبية هي المتوقع تنفيذها مع المتردين (Forester-Miller & Davis, 1996).

أهمية التدريب

ينظر إلى التدريب بأنه عبارة نقل المعلومات والخبرات والمهارات بكفاءة من خبير في مجال معين إلى متدرب يحتاج إلى هذه الخبرات والمعلومات والاستفادة منها في المستقبل

بغرض تقديم خدمة ما لنفسه أو لغيره من الناس. والعملية التدريبية هو نشاط منهجي متسلسل لتعلم مجموعة من السلوكيات المبرمجة لزيادة مهارات المتدرب للقيام بعمل ما. لذلك، فعملية التدريب توفر للمتدربين المعارف والمهارات المطلوبة للعمل وفق نظم ومعايير محددة، وذلك حسب احتياجات المتدربين لتلك الخبرات والمهارات. لذلك، إذا كنا نؤمن أن العلم في تغير مستمر وصيرورة دائمة نتيجة للتقدم العلمي، وإن هذا النتاج العلمي لا يعرفه إلا القلة من الناس الذين اكتشفوه على أيديهم، وثمة بعض الناس بحاجة إلى تعلم تطبيقات العلم المختلفة، لذلك، فإن العلماء يكرسون بعض وقتهم لتقديم دورات تدريبية لبعض الأفراد الذين يرغبون في التعامل مع التقنيات الجديدة في مجال علم من العلوم. وإذا عممنا هذه الرؤية، فإن مجال الخدمات النفسية والعلاجية في تقدم مستمر نتيجة التقدم الفكري لطبيعة الإنسان وسلوكياته، وهذا نتج عنه العديد من المدارس العلاجية منذ أواخر القرن التاسع عشر وإلى الآن، وهذا الزخم المعرفي بحاجة إلى تمثله وتطبيقه الأفراد المهتمون به. ومن هنا، بدأ الاهتمام بالتدريب في مجال خدمات الصحة في كل دول العالم على بعض فنيات وتطبيقات النظريات العلاجية والإرشادية، حيث ظهرت العديد من الدورات التدريبية في هذا المجال، سواء كانت دورات ضمن مؤسسات علمية، أو من خلال كتيبات تشرح كيفية تطبيق أسلوب علاجي معين على المرضى، أو من خلال التدريب عبر الوسائل السمعية البصرية (Murdock, etal, 1998).

إن جميع المرشدين والمعالجين المبتدئين في ممارسة مهنة الإرشاد والعلاج النفسي بحاجة إلى التدريب والتطوير وذلك لربط الجانب النظري بالجانب التطبيقي، وتزويدهم بالأنشطة التي تهدف إلى إكسابهم المهارات اللازمة للتنمية المستدامة في الممارسة المهنية (Bahlis, Eng, 2008). وورغم من أن التدريب والتطوير يسيران عادة جنباً إلى جنب، فإن التدريب يختلف عن التطوير الذي يمكن أن يتم ذلك من قبل جميع المتدربين، في حين يتم التطوير من قبل المشرفين أو مديري التدريب الذين يسعون إلى توصيل المهارات العلاجية والإرشادية عبر التدريب إلى المبتدئين في هذه المهنة، وإكسابهم الكفاءات والخبرات التي تمكنهم من قيامهم بعملهم المهني في المستقبل على نحو أفضل. لذلك، فإن التدريب يساعد على توفير الحاجات الأساسية للمتدربين في الإرشاد والعلاج النفسي من خلال:

١- ربط الجانب النظري بالجانب العملي.

- ٢- تنمية الكفايات الإرشادية للمتدرب.
- ٣- تعلم المهارات الشخصية في التعامل مع الأفراد المحتاجين للمساعدة.
- ٤- تعلم المهارات الأساسية لعملية الإرشاد والعلاج النفسي.
- ٥- كيفية التوصل وقيام علاقة قائمة على القبول والصدق والتعاطف للمحتاجين إلى المساعدة.
- ٦- تعلم التقنيات والأساليب الخاصة بنظرية من نظريات الإرشاد والعلاج النفسي.
- ٧- تحسين الأداء في العمل والرضا الذاتي الناتج عن هذا الأداء.
- ٨- كيفية التعامل مع قضايا الإرشاد النوعية.
- ٩- استخدام الاختبارات والقدرة على تحليلها وتفسيرها.
- ١٠- تقييم نتائج التدخل الإرشادي، وبيان العقبات والصعوبات التي تؤثر على التدخل الفعال.

١١- زيادة وعي المتدرب بدوره المهني في عملية التدخل الإرشادي (Jehanzeb, 2013, Bashir &). لذلك، فإن تقييم الاحتياجات للمتدربين؛ وطريقة تحليل العجز في مهارة المتدرب هي الأساس لمعالجتها من خلال بناء وتصميم برامج التدريب، وكذلك تحديد أنواع التدريب، وكيفية تحديد أولويات التدريب والتطوير التي هي عناصر حيوية في التعلم من أجل التأكد من كل احتياجات المتدربين. ويوفر تنظيمها على هذا النحو وربطها بعملية التعلم ذات الصلة لتضيّق الفجوة بين ما هو مطلوب من المتدربين لأداء مهامهم بكفاءة وما يعرفونه فعلاً كأساس لبدء الإجراءات التصحيحية للتعليم والتدريب العلاجي. وبناء على ذلك، تكمن أهمية البرنامج التدريبي في تحديد احتياجات المتدربين، ووضع الأساس المنطقي لبرنامج التدريب، وتحديد المدخلات اللازمة، وتحديد محتوى البرنامج وتحديد أهداف البرنامج للوصول بالمتدرب إلى الكفاءة والخبرة المطلوبة لربط الأساس النظري بالجانب التطبيقي واستثماره في تقديم خدمات الصحة النفسية للأفراد المحتاجين إلى المساعدة.

أهداف التدريب

إن أهداف تدريب المعالجين المبتدئين في علمية التدخل العلاجي أو الإرشادي، وتنفيذ البرامج المحددة هو أمر مهم لكل مرشد أو معالج مبتدئ يرغب بالتخصص في ممارسة هذه

المهنة في أيامه المقبلة. ذلك، لأن هدف التدريب جعل هؤلاء أكفاء وناضجين مهنيًا وأخلاقيًا- على المستوى النظري والتطبيقي -من خلال العمل الإكلينيكي ومجموعة متنوعة من الاتجاهات الفكرية لمدارس الإرشاد النفسي (السلوكية، المعرفية، الإنسانية، التحليلية، الإيجابية...الخ). وتطبيق هذه المبادئ على مختلف فئات المجتمع (أطفال، مراهقين، كبار السن، أزواج، أفراد وجماعات) الذين يحتاجون إلى مساعدة إرشادية أو علاجية. وهنا يجب التنويه، إلى أن هذه الأهداف هي عامة وغير ذات صلة بمدرسة إرشادية أو علاجية محددة. عموماً، تم تحديد أهداف التدريب في المجال العلاجي أو الإرشادي في ضوء الآتي:

الهدف الأول: تطوير المهارات العلاجية المتقدمة من خلال التكامل بين النظرية والبحث والممارسة.

الهدف الثاني: مواصلة تطوير وصقل المهارات العلاجية للمتدرب من خلال الإشراف والعمل في مجموعة متنوعة من المرضى في العيادات الداخلية والخارجية الذين يختلفون في العمر والحالة الاجتماعية والاقتصادية، العنصر أو العرق أو التوجه الجنسي ومستوى الأداء.

الهدف الثالث: ويتضمن الكفاءات في إجراء المقابلات السريرية، والتشخيص الدقيق للمرضى، ووضع تصور لحالة المرضى، وتقييمهم في ضوء الفحص الأولي والتشخيص المعمق، واختيار وتنفيذ تدخلات العلاج النفسي المناسبة للمرضى التي تتوافق وثقافتهم. وهدف العلاج النفسي الموجه هنا استخدام مجموعة متنوعة من الأساليب، بما في ذلك الأساليب الخاصة بالفرد والأسرة، والعلاج الجماعي، والكفاءة في تقييمها.

الهدف الرابع: تسهيل انتقال المتدربين من متدرب يقدم النصائح والتوجيه له إلى مدرب مستقل ومسؤول عن الممارسة العلاجية.

الهدف الخامس: تنمية شعور المتدرب بالفعالية الشخصية وزيادة الوعي بالقضايا الأخلاقية والكفاءة الثقافية من خلال التعرض المستمر لمجموعة واسعة من المرضى، والإشراف المكثف والتدريب التعليمي. أي، أن يكون المتدرب على علم وكفاءة في تطبيق المعايير الأخلاقية الصارمة، وإدارة الحالات على نحو فعال، بما في ذلك التخطيط للعلاج في الوقت المناسب، وأن يكون على دراية بكيفية تنفيذ البرنامج العلاجي والتقييم الموضوعي له.

الهدف السادس: تطوير القدرة على العمل على نحو فعال مع المختصين في الرعاية الصحية من التخصصات الأخرى، بما في ذلك الطب النفسي، والعمل الاجتماعي والتمريض والعلاج بال نشاط. وهذا يعني أن يعمل المتدرب في فريق علاجي متعدد التخصصات عبر مجموعة متنوعة من الحالات المرضية بصورة فعالة مع غيره من المهنيين لضمان رعاية المرضى وفق رؤية تكاملية. ومن أجل قياس هذه الكفاءة يجب على المتدرب الحفاظ على الاتصال والتواصل والتعاون الفعال مع غيره من المهنيين، ويكون على بيئة بمختلف أدوار المهن في الأساليب المتبعة في الرعاية العلاجية وقادراً على دمج هذه المناهج العلاجية المتعددة في أثناء عمله مع المرضى.

<http://www.med.nyu.edu/psych/education/psychology-internship/training-goals>.

وقد حددت شعبة (٣٧) التابعة للجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA, 2006b) المبادئ التوجيهية التدريبية لخدمات الأطفال والشباب المستندة إلى أساس أعمال مؤتمر "هيلتون هيد" Hilton Head Conference أربعة أهداف الأساسية للتدريب العلاجي:

- ١- ينبغي أن يوفر التدريب مهارات الحد الأدنى على الأقل من مستوى الدخول للخدمات النفسية، نيابة عن الأطفال والمراهقين، ومعلميهم (الآباء والأمهات والمعلمين) في مجموعة من المراكز (البيت والمدرسة والمؤسسات، والعيادات الطبية) .
- ٢- ينبغي أن يوفر الأساس العلمي للتطبيقات النفسية المهنية.
- ٣- ينبغي أن يتضمن التدريب الإسهام البحثي المتخصص لفهم الأطفال والأسر، والنمو النفسي، وكذلك تقييم التدخلات العلاجية.
- ٤- يجب أن تكون الخدمات المتعلقة بالأطفال والأسرة متكاملة على أساس دروس علم النفس في جميع المستويات، بغض النظر عن تسمية التخصص الذي سوف يمارسه المتدرب مستقبلاً.

وفي الآونة الأخيرة، حدد (Greca, et al,2006,441) خمس كفاءات مهمة لعلماء نفس الطفل العلاجي في التدريب العلاجي، وهي:

- (١) الكفاءات المتعددة الثقافات.
- (٢) تنفيذ نظم شاملة وتقييمها ومنسقة للرعاية النفسية.
- (٣) المهارات التعاونية.

(٤) المهنية العالية في تقييم البحوث العلاجية المدعمة تجريبياً لتشجيع التغيير السلوكي لدى الأطفال والأسر وغيرهم من النظم الاجتماعية.

(٥) مهارات تنظيم الإشراف على برامج الإرشاد والعلاج النفسي.

من أجل تحقيق الهدف العام المتمثل في تحسين الأداء العلاجي، يجب على التدريب أن يؤدي إلى تعزيز المعرفة المهنية والمهارات على المستويين الفردي والجماعي، وينبغي أيضاً تزويد المتدربين بالاستجابات المناسبة للتحديات الناشئة. كما أن التدريب يجب أن يحقق أيضاً التغييرات في المواقف المناسبة التي يسعى المتدربون من خلالها إلى إجراء توليفة معينة من الأساليب العلاجية لتحسين كفاءات المريض أو المتعالج لتعزيز أهداف البرامج الإرشادية والعلاجية.

نماذج أساليب التدريب وأشكالها

يبدأ التخطيط دائماً بتحديد فكرة النتائج المخطط لها، أي أهداف التدريب وغاياته، وتحديد مستوى الإنجاز. وبمجرد أن يعرف المدرب ما تريد تحقيقه، فمن الأسهل إيجاد الطرق لتحقيق ذلك. ويبدأ التخطيط للتدريب من خلال تحديد الأهداف والغايات، حيث تحدد لهم في المرحلة الأولى من التخطيط وعرضها على المشاركين خلال المرحلة الأولى من التدريب. وتحديد الأهداف والغايات تعد بمثابة الأساس لتطوير البرنامج الذي يساعد على التخطيط في تقديم سلسلة منطقية من الأنشطة التي ستقام خلال التدريب، ويضع الأساس لتقييم فعالية التدريب، ويساعد المدرب على إقامة علاقة بالمشاركين، وإعطاء الفرصة لربط توقعات المشاركين في برنامج التدريب. وبالإضافة إلى هذا، فالأهداف الواضحة تسمح للمدرب بتركيز انتباهه على المشاركين خلال التدريب، بدلاً من التركيز على موضوع التدريب (توفير مرونة المتدرب فيما يتعلق بتحقيق الهدف المنشود. ولهذا، فقد تنوعت نماذج التدريب وأشكاله في العمل العلاجي حتى أصبح لكل مدرسة علاجية برامج تدريبية خاصة بها. لذا، سوف نسوق هنا بعض نماذج التدريب العامة، وأشكالها، وسوف نفرد قسماً من التدريب وفقاً لبعض المدارس العلاجية في فقرة لاحقة.

وتشمل هذه النماذج على ما يلي:

أ- **محتوى التدريب الأساسي:** ويتضمن بناء المهارات والإجراءات الإدارية وجمع المعلومات للبرنامج، حيث يتم تنفيذه في دورة لمدة يومين. ويقوم المشرفون على البرنامج بتوفير المعلومات المهمة والمهارات المتعلقة بالفرد والجماعة، واستراتيجيات التوعية المجتمعية. ويجري هذا التدريب خلال الأسابيع القليلة الأولى من بدء تنفيذ البرنامج التدريبي.

ب- **الانتقال إلى تدريب المشرفين والموظفين على البرنامج:** بمعنى تأكيد المفاهيم الأساسية المرتبطة بمهارات الإرشاد الأزمة، والتركيز أيضاً على تقديم الخدمات طويلة المدى بناء على احتياجات العملاء التدريبية.

ج- **التدريب:** يتم عقد هذا التدريب عادة بين (٣-٦) أشهر الذي يتناول معنويات الموظفين وإدارة الإجهاد لمقدمي الخدمات ومعالجتها، وكيفية استمرار المرشدين لتقديم الخدمات في ظل ظروف صعبة. ويشمل هذا التدريب أيضاً تقنيات حل مشكلات لقضايا محددة مثل: تعاطي المخدرات أو احتياجات لتنمية الصحة النفسية، كما يبدأ أيضاً بمعالجة محتويات البرنامج.

د- **التدريب الفعلي:** يقام هذا التدريب خلال عدة أسابيع، حيث يتم تدريس موضوعات ذات صلة بالمشكلة أو الأزمت عند العملاء، وردود الفعل، واستراتيجيات التدخل (Frances,2007) & Devine).

في النظر إلى دليل شعبة التدريب رقم (٣٧) التابعة للجمعية الأمريكية لبرامج التدريب في الإرشاد والعلاج النفسي نجد أنه يتضمن العديد من النماذج والأشكال التدريبية، وسوف نتحدث عن هذه النماذج وكذلك أشكال التدريب في برامج الإرشاد والعلاج النفسي في الآتي:-

١- **نموذج العالم الممارس** The Scientist-Practitioner model ، أو نموذج بولدر (Boulder model,1949) :

إن السمة المميزة لهذا النموذج هو التوازن بين البحوث وتطبيق التدريب العلاجي. ويعتقد أنصار هذا النموذج أن السمة الأساسية الشاملة للعمل العلاجي هو إجراء البحوث باعتبارها أمراً ضرورياً لعلماء النفس للعمل في جميع الظروف. ونتيجة لذلك، تضم هذه النماذج: العمل العلاجي والبحوث التجريبية في تدريبهم، حيث يقوم المتدربون والطلاب عموماً بإجراء البحوث الأساسية في بيئة معملية متطلبات رسائل الماجستير والدكتوراه الخاصة بهم، كما أنهم يكريسون جزءاً كبيراً من وقتهم لتعلم المهارات وتطبيقها خلال التدريب العملي في الميدان.

٢- نموذج الباحث-ممارس The Scholar-Practitioner model

يسمى هذا النموذج بنموذج فيل Vail model الذي تم تبنيه في عام (1973) من أجل معالجة نوع جديد من البرنامج لتدريب علماء النفس، وينظر إليه أسلوباً تدريبياً لتنمية مهارات المعالجين في علم النفس بإعطاء الأولوية لاكتساب المهارات السريرية، كما يؤكد على التدريب العملي وسيلة لتنمية البحوث العلمية. وعلى غرار نموذج العالم الممارس؛ فالطلاب يمارسون البرنامج التدريبي الكامل من طريق التطبيق العملي تحت الإشراف.

٣- نموذج العلم العلاجي Clinical Science model

نشر هذا النموذج عام (١٩٩١) بعنوان "بيان لعلم النفس السريري" (McFall, 2006). ونقتضي فرضية هذا النموذج أن علماء النفس بحاجة إلى التدريب أولاً وقبل كل شيء في علم النفس. ولا يزال الطلبة في هذه البرامج يسعون لاستكمال التدريب التطبيقي خلال التنفيذ العملي تحت إشراف أعضاء هيئة التدريس من أجل إجراء البحوث الأصلية. بالإضافة إلى ذلك، يميل التدريب المطبق في هذه البرامج إلى التركيز على المعالجات المدعّمة تجريبياً وقد تم التصديق عليها من قبل البحوث. ويمنح هذا البرنامج التدريب العالي لطلبة الدكتوراه، ويسعى عادة لإعداد الطلاب لشغل وظائف أكاديمية، برغم أن بعض الطلاب بهذه البرامج يقومون بمتابعة بعض الحالات في المرافق الصحية.

٤- برنامج التدريب النموذجي (MTP)

وضع هذا البرنامج من قبل مجلس الإرشاد لبرامج التدريب النفسي (CCPTP) وجمعية الإرشاد وعلم النفس، (Murdock et al., 1998) حيث حدد شروط التدريب من خلال الخبرة التعليمية لعلماء الإرشاد النفسي في الولايات المتحدة، وذلك لتدريب الطلبة في مستوى الدكتوراه. رغم أن البرنامج يختلف في تأكيداته الخاصة عن برنامج العالم الممارس في التدريب. حيث يشتمل منهج التدريب أسس علم النفس الأساسية، والمتضمنة (١) القواعد البيولوجية للسلوك. (٢) المبادئ المعرفية/ الانفعالية للسلوك، (٣) قواعد السلوك الاجتماعي، (٤) والتنمية خلال فترة الحياة، (٥) الفروق الفردية، (٦) نظم علم النفس، وتصميم مناهج البحث، وتقنيات البيانات التحليلية. وتتضمن الخطة المتوسطة الأجل أيضاً عشرة مجالات أساسية في علم النفس الإرشادي. وعلى العموم، فمن المتوقع أن يكمل المتدرب ما لا يقل عن ثلاث سنوات

بدوام كامل لطلاب الدكتوراه . وفي أعقاب الانتهاء من متطلبات العمل الأكاديمية، يكمل المتدربون التدريب لمدة عام قبل الدكتوراه في العلاج النفسي، مع تقديم أطروحة بحثية أيضاً. أما أشكال التدريب، فهي كالآتي:

أولاً - التدريب الفردي:

ندرك تمام الإدراك أن كل متدرب يجلب معه إلى ميدان التدريب مجموعة متنوعة من المهارات والخبرات والاحتياجات التي قد تكون في بعض الحالات ناضجة وواضحة، وفي بعض الحالات الأخرى غير واضحة تماماً. لذا، فإن بعض المرونة في البرنامج الإرشادي أو العلاجي التدريبي يحتاج إلى مرونة وتكيف لاحتياجات المتدربين انطلاقاً من مصلحة التدريب الضرورية للنمو الأمثل في الجانب التدريبي للمتدربين. وتشمل بعض الأمثلة حول كيفية ضمان البناء العام للبرنامج التدريبي الفردي ما يلي:

١- مراجعة عقود التدريب لكل متدرب على أساس احتياجاته للتدريب، وكفاءته ومستوى النمو المهني العملي لديه.

٢- تحديد أهداف برنامج التدريب العلاجي أو الإرشادي لكل متدرب، والتواصل بالمشرفين على التدريب على مدار مدة التدريب، وعدد الحالات التي يعالجها في مركز التدريب، ويجب أن تكون متسقة من احتياجات المتدرب واهتماماته التدريبية.

٣- مساهمة المتدربين واهتماماتهم وأفضلياتهم في مهام الإشراف التدريب الأولي، أي المشكلات أو الأساليب الإرشادية التي يرغبون بالتدريب عليها، مثل: إرشاد الأطفال، الأسر، المراهقين، كبار السن... الخ) تحت إشراف المدرب، والانتقال بعد ذلك إلى مرحلة الإشراف شبه الكامل من حيث وضع برنامج علاجي أو إرشادي لحالة معينة والسير فيها من بدايتها إلى نهايتها، وتقديم تقرير مفصل إلى لجنة الإشراف على التدريب لتقييم كفاءته حسب المعايير المنصوص عليها في تقييم تلك الكفاءات.

٤- زيادة فرص المشاركة للمتدربين في الأنشطة التوعوية والتشاورية حول المجالات أو الموضوعات ذات الاهتمام بالمتدرب (قلق، اكتئاب، إدمان مخدرات)، فضلاً عن التعاون بين المشرفين والمختصين الآخرين على أساس مصالح التدريب في المركز واحتياجاته (Milhem et al, 2014).

والمحتوى الرئيسي للنمذجة في العلاج النفسي الإيجابي هو مفهوم إنساني لإعطاء صورة إيجابية عن المتدرب الذي من المحتمل أن يكون قادراً على تطوير قدراته ومهاراته. ولاستيعاب هذا المفهوم، يحدد تغيير الصورة الذاتية الإيجابية في أربعة من العناصر الآتية:

أولاً- النضج الانفعالي:

- ١- الاعتقاد بقدرات المرء ("أنا" مفهوم).
 - ٢- القدرة على اتخاذ القرارات والتصرف ليس على أساس النموذج، ولكن على مضمون سلوك الشريك (يمكن فهمك).
 - ٣- الانفتاح على الآراء المختلفة، وقبول المجموعات الأخرى الاجتماعية (عبر الثقافات/ النهج عبر النظري) ("نحن" في علاقة تقاهمية وتعاونية).
 - ٤- الوعي بالغرض والمعنى من الإجراءات العلاجية الخاصة ونتائجها.
- ويولد هذا النضج التوازن الدينامي لأبعاد الاستجابات تجاه الصراع، وكذلك ما يسمى بالسمة (مجموعة القدرات الفعلية في مراحل مختلفة لتطويرها). ونتيجة لذلك، يمكن لمستويات القلق أن تخفض الصراعات الجديدة والأعراض على نحو كبير وحلها، ويمكن تمثيلها وتنفيذها برؤية بناءة . وتتمثل النتائج المتوقعة من الضبط في الآتي:
- ١- حل الصراع الفعلي في الوضع العلاجي (معالج نفسي/ الصراع الداخلي للمريض وفعالية العلاج).

- ٢- تطوير عوامل النضج الانفعالي التي تساعد المعالج على بناء علاقة علاجية بالمريض.
- #### ثانياً- التدريب في العلاج الجماعي:

يضع المشرفون على البرنامج التدريبي قيمة عالية للممارسة والتدريب على التدخلات في المجموعة، وهي عملية موجهة نحو المجموعات العلاجية، فضلاً عن المجموعات النفسية التربوية، أو مجموعات الدعم المفتوحة جانباً أساسياً في تقديم الخدمات، حيث يحصل المتدربون على ساعتين أسبوعياً تحت الإشراف لتدخلات المجموعة. كما يتم إقران المتدربين مع المشرفين كمجموعة الميسرين. كما يخدم المشرف بصفته المسؤول الرئيسي لعمل التدخل الجماعي، ويلتقي مع المتدرب لمدة (٣٠) دقيقة، قبل كل جلسة مع المجموعة، ومدة (٣٠) دقيقة بعد كل جلسة جماعية، أي ساعة واحدة في كل أسبوع. ويقوم المتدربون في أثناء العمل

في المجموعة بالتشاور" بينهم وبين منسق المجموعة والمشرفين الآخرين الذين تم تعيينهم للانضمام إلى مجموعة التشاور في كل أسبوع. ويعرض المتدربون خلال مجموعة التشاور جلسات مسجلة بالفيديو لجلسات العلاج/ التدخل الجماعي، وإعطاء وتلقي الاستجابات، ومحتوى الجلسات ذات الصلة بالعملية، فضلاً عن المشكلات والتحديات التي ظهرت في أثناء التدخل العلاجي الجماعي.

وبعد ذلك، يقوم المشرفون بملاحظة المتدربين لاكتسابهم الخبرة في ظل الإشراف على مستوى الماجستير في مجال التدريب. وعادة يبدأ التدريب العملي المتقدم في برنامج الإرشاد في المدرسة، أو في مركز الإرشاد الطلابي في الجامعة، حيث يتلقون التوجيهات من المشرف المسؤول عن التدريب لمدة ساعتين أسبوعياً. ويشمل الإشراف مناقشة ومعالجة القضايا التي تنشأ داخل العلاقات الإرشادية، وعرض تسجيلات الفيديو في أثناء الجلسات، وإعطاء وتلقي ردود الفعل والاقتراحات والدعم فيما بينهم، وكذلك يضع مدير التدريب التصورات حول المهام التي تم إنجازها وخيبات الأمل في تحقيق النتائج المرجوة نتيجة لعيوب في استخدام تقنيات الإرشاد أو العلاج الجماعي في المجموعة (Safavi, 2008).

ثالثاً-مجالات التدريب العلاجي/ المهني:

في محاولة لإلقاء الضوء على الطريقة التي تحقق فائدة الفلسفة الأساسية للمجالات الخاصة بالتدريب، لا بد من الحديث عن كل مجال والأهداف العامة، والاختصاصات التدريبية العامة والخاصة. وأخيراً، الأساليب التي سيتم التوصل إليها لمناقشة الأهداف في ضوء أدنى معايير الأداء للانتهاء من التدريب بنجاح. وملخص بناء أو هيكل التدريب الشامل الذي يناسب كل مجال وظيفي، والذي يتم في ضوء الآتي:

توفير الخدمة العلاجية:

الأهداف: أن يكون المتدرب قادراً على العمل بمستوى تقديم الخدمات النفسية والمهام ذات الصلة.

الأهداف والاختصاصات:

١- مواصلة تطوير المعرفة وترسيخها والمهارة والوعي الذاتي ذات الصلة بتوفير العلاج النفسي الفردي من خلال:

أ- الاستمرار في تطوير المعرفة والقدرة على تطبيق النظرية النفسية، ومبادئ العلاج النفسي، والبحوث التجريبية في الممارسة العلاجية.

ب. الاستمرار في تطوير القدرة على تطبيق المنهج العلمي في الممارسة العلاجية في ضوء:
- جمع البيانات للتقييم.

- صياغة فرضيات/ التصورات، التي يتم جمعها من البيانات العلاجية ومن المعرفة النظرية والبحوث التطبيقية في هذا المجال.

- التحقق من الفرضيات وإجراء التعديلات المناسبة.

- اختيار التدخلات على أساس تقييم فعالية التدخلات وإجراء التعديلات المناسبة.

ج- تحقيق قدر أكبر من التعمق والتعقيد في صياغة تصورات الحالة، والانطباعات حول التشخيص والتخطيط للعلاج.

د- تحقيق قدر أكبر من المهارة والمرونة في اختيار التدخلات وتنفيذها، بما في ذلك: -

• الاهتمام بقضايا التوقيت/ سرعة التدخلات.

• الوعي بقدرة العميل لاستقبال ودمج التدخلات.

• الاهتمام بالمقاومة/ الدفاعات، والنقل أو التحويل مقابل الديناميات المحتملة.

• الاهتمام بالقضايا الفردية والثقافية.

• الاهتمام الفعال باستخدام مسائل إنهاء الجلسة.

هـ - تطوير القدرة على التفكير الذاتي وزيادة الوعي الذاتي، بما في ذلك تطوير فهم أكبر لكيفية تكوين الافتراضات والقيم، والخبرات، وردود الفعل لدى الفرد لقضايا التحويل التي تؤثر على عملية العلاقة العلاجية.

٢- ترسيخ المعرفة والمهارة في إجراء مقابلة في التقييم النفسي/العلاجي:

أ. أن يكون المتدرب قادراً على جمع المعلومات الكافية ذات الصلة واتخاذ القرارات حول توصيات العلاج.

ب. أن يكون قادراً على تقديم توصيات العلاج المناسبة.

ج. أن يكون قادراً على توصيل العلاج الفعال للعميل.

د أن يكون قادراً على الاستخدام الفعال للاختبارات النفسية في عملية التقييم العلاجي.

٣-توصيات العلاج:

- مراجعة النظريات الأساسية والبحوث وراء استخدام الاختبارات النفسية من أجل التخطيط للتدخل الإرشادي والعلاجي، ومن ثم تقييم النتائج.
- تحديد أدوات التقييم المناسبة لغرض تقييم معين.
- إدارة فعالة وتفسير نتائج الاختبار .
- التواصل الفعال حول نتائج الاختبار، والتوصيات اللفظية، والوضوح في كتابة تقرير نتائج الاختبار.

٤-تطوير الكفاءة في تقييم التدخل في الأزمات:

- أ-إجراء تقييمات شاملة حول الأزمة على نحو شامل.
- ب- إصدار الأحكام السريية السليمة، بما في ذلك متى وكيف يكون التشاور مع المهنيين الآخرين.
- ج-وضع استراتيجيات ملائمة للتدخل في الأزمات وتنفيذها، بما في ذلك السلامة والنقل الطوعي أو القسري إلى المستشفى لمزيد من التقييم، والمتابعة الصحيحة.
- ٥- تطوير الكفاءة في توفير الخدمات الاستشارية (الاستشارات الصحية النفسية في تخصصات معينة):

- أ- الحصول على الألفة مع مختلف النماذج وعمليات التشاور.
- ب- تطوير القدرة على توفير أشكال مناسبة للتشاور قائمة على المعرفة لعمليات التشاور، وتقييم دقيق لاحتياجات المرضى.
- ج- تقييم التدخلات الاستشارية والعلاقات على نحو كاف وإخضاعها للتعديلات المناسبة.

٦- تطوير الكفاءة في توفير طرق لتدخلات العلاج الجماعي. ويتم من خلال:

- أ-تطوير المعرفة بطرق العلاج الجماعي، عن طريق:
- زيادة المعرفة حول مختلف أشكال التدخلات الجماعية، بما في ذلك عملية العلاج الجماعي الموجه، وبناء جماعات التنقيف النفسي.
- دمج المجموعة من الناحية النظرية، والبحوث الجماعية، والممارسة لتطوير أكبر فهم

للعوامل في تدخلات العلاج الجماعي.

• أن يكون قادراً على مقارنة مبادئ العلاج الجماعي الفعّال بنماذج العلاج الفردي.

ب. **فعالية تنفيذ المهام الأساسية المتعلقة بتشكيل المجموعة.**

• مسح أعضاء الجماعة المناسبين واختيارهم.

• تقييم أهداف العمل واحتياجاته، والدافعية وتوافق المجموعة فيما بينهم.

• إعداد العملاء للمشاركة في المجموعة، بما في ذلك تحديد أهداف العمل في المجموعة وتثقيفه على نحو كاف حول شكل المجموعة وعملها.

ج- **تصور عملية المجموعة**، يقوم على آليات الفرد، والعلاقات الشخصية، ومراحل تطور الجماعة، وتسهيل تنمية المجموعة وفقاً لذلك، من خلال:-

• **المرحلة الأولى:** إنشاء القواعد الأساسية وتعزيز بنية الجماعة.

• معالجة قضايا الحدود، والسلامة، والثقة، وتسهيل "وضع النماذج" والتماسك بين أعضاء المجموعة.

• **المرحلة الوسطى:** تسهيل مشاركة أعضاء المجموعة في الأنشطة/ العملية للمجموعة؛ والمساعدة الفردية والجماعية باعتبارها خطوة نحو كامل درجة من الصدق والثوقية لتجنب المخاطر والضعف.

• **مرحلة الإقحام لتطوير المجموعة:** تسهيل مرحلة العمل النشطة ومساعدة الأعضاء في المضي قدماً نحو أهداف العلاج.

• **مرحلة الإنهاء:** تسهيل وتعزيز مكاسب العلاج؛ وتسهيل الاهتمام بإنهاء العلاج والانتقال للتخطيط في الحياة المستقبلية. والاعتراف والتميز بالديناميات الفردية والجماعية بأنها ديناميات لها وظائف متكاملة.

د- **تحقيق اختيار أنواع مختلفة من التدخلات لدى المجموعة العلاجية وتنفيذها.**

• الاعتراف بتطبيق المعرفة لديناميات الشخصية والجماعة.

• الاستفادة على نحو فعال على حد سواء من مستوى عمليات التدخل ومحتواها، كالتثقيف

النفسي، والأنشطة المنظمة اعتماداً على احتياجات العميل وأهداف العلاج.

• الاستفادة على نحو فعال من التدخلات الفردية والشخصية والجماعية.

• الاهتمام الفعّال بقضايا التوقيت وسرعة التدخل العلاجي.

هـ- العمل بفعالية مع زملاء المعالجين.

• المشاركة في التواصل الصادق واحترام زملاء المعالج، بما في ذلك الاستقبال وتوفير التغذية الراجعة السليمة.

• تحديد ديناميكية العلاقة وأثرها على علاج المجموعة.

• العمل التعاوني على تخطيط التدخلات الجماعية وتنفيذها.

٧-زيادة الوعي والقدرة على تطبيق المعايير الأخلاقية والمهنية لتوفير الخدمات العلاجية والتفاوض في العلاقات المهنية.

أ- المعرفة بالمبادئ الأخلاقية لـ (APA) والقدرة على تطبيق هذه المبادئ.

ب- معرفة المبادئ التوجيهية والقانونية، وأين/ وكيفية الحصول على المعلومات والتوضيحات، كالوعي بقوانين الصحة النفسية، ومشاورة مجالس الترخيص، وما إلى ذلك.

ج- زيادة النمو في الإدراك والتفكير من خلال القضايا الأخلاقية والمعضلات، وإصدار الأحكام الأخلاقية السليمة.

د-الحفاظ على جودة الرعاية للعميل، بما في ذلك إدارة القضايا العاجلة والوثائق السريرية المناسبة.

هـ. الحفاظ على الحدود المهنية المناسبة والعلاقات المحترمة مع العملاء والزملاء والمشرفين والمرؤوسين والمتدربين الآخرين، وموظفي الدعم.

و-إظهار الشعور بالمسؤولية المهنية للعملاء والزملاء والموظفين، والمتدربين، والمؤسسة، والمجتمع المحلي.

٨-الاستمرار في تطوير الكفاءة وزيادة النمو والوعي في الثقافات المختلفة، والتنوع في الممارسة السريرية:

أ- تطوير حساسية أكبر لتأثير قضايا التنوع على العديد من الخبرات الشخصية والاجتماعية للعملاء أو المتعالجين.

ب-دمج فعال للمعلومات للمشكلات الفردية والثقافية المفاهيم، والتدخل في تقييم العملاء.

- ج- تطوير حساسية أكبر لتأثير الفروق الفردية والثقافية والتشابه في عملية العلاقة والعلاج.
- د- تقدير لدمج قضايا التنوع في محتوى العملية العلاجية واحترامها.
- هـ- زيادة الوعي بقضايا تأثير العوامل الفردية والثقافية على خبرات العميل وقيمه وردود فعله، وآثارها المحتملة على العلاقة العلاجية.
- و- تطوير الوعي حول كيفية تأثير القضايا الفردية والثقافية على سير العلاقات المهنية بين الموظفين والمتدربين الآخرين.
- ٩- تطوير الكفاءات على نحو واضح، والتواصل المباشر حول العمل العلاجي لفظياً وكتابياً.
- ١٠- الشعور بمزيد من الهوية المهنية:
- أ- البدء في ترسيخ هذا النهج العلاجي الشامل الذي ينسجم ومعنى الشخصية الذاتية للفرد، وقيمه، ونقاط قوته، وحدوده.
- ب- وضع تقدير وتقييم للنمو الشخصي والمهني المستمر، وفلسفة التعلم مدى الحياة.
- (Tannenbaum & Yukl, 1992).

رابعاً - التدريب التعليمي

يتم تدريب المتدربين أو الطلاب في مستوى الدكتوراه على كيفية تنفيذ البرامج التدريبية في القاعات الأكاديمية. وتتطلب هذه البرامج عادة لا يقل عن أربع إلى خمس سنوات، ويتضمن محتواه الدورات التعليمية والخبرات التدريبية المتكاملة في مجموعة متنوعة من المجالات الإرشادية (أطفال، مرهقين، راشدين، كبار السن، أسر، أزواج).

ويرى بيشوب (Bishop, 1994) أن هذه البرامج تضم عادة برامج الإرشاد النفسي في جمعيات علم النفس أو في كليات التربية، ويمنح الاعتماد لبرامج الدكتوراه في علم النفس الإرشادي الوافي بمعايير معينة فيما يتعلق بأعضاء هيئة التدريس، والمناهج الدراسية، والمرافق، والاعتبارات الأخرى، ويركز التطبيق العملي في مستوى الدكتوراه على تطوير الإرشاد، والعلاج النفسي، والتقييم، ومهارات التشاور، والتدخلات العلاجية.

خامساً - التدريب التجريبي

يعني، الإشراف على مجموعة من المتدربين في مركز إرشادي لتنفيذ بعض محتويات البرنامج التدريبي، والطلب من المتدربين تنفيذ بعض أجزاء البرنامج، مثل: مقابلة العملاء أو الطلبة، وتنفيذ بعض تقنيات أو فنيات البرنامج، ومن ثم يقوم المشرف بتقييم أداء الطلبة على

ذلك الإنجاز في ضوء المعايير المعدة مسبقاً لهذا الغرض. ثم يقوم المشرف بعقد ورشة عمل لتناول موضوع إرشادي أو علاجي ضمن محتويات البرنامج لتحقيق الفائدة للمتدربين. وعادة يتم التقييم من خلال:

- أ- ردود فعل الطلبة حول إجراءات تنفيذ المهمة في ذلك الجزء من البرنامج.
- ب- تقييم كتابي رسمي للتدريب العملي لكل من المتدرب والمشرف، حيث يقوم المشرف بإعداده أو القسم الذي يتبع إليه الطلبة.
- ج- مراجعة أهداف التدريب، ومناقشة التطوير المهني المستمر في هذا المجال (Carver, 1996).

نموذج لأسلوب منظم للتدريب

يتناول العمل التدريبي بطريقة منهجية مراحل وعمليات مترابطة، وهي عبارة عن أهداف تنظيمية ومنهجية، وتحليل الاحتياجات التدريبية، ووضع أهداف وغايات التعلم، وتصميم استراتيجية التدريب وتنفيذها، والتحقق من الصدق الداخلي والخارجي للتدريب، وأخيراً تقييم استراتيجية التدريب. وذلك كما هو مبين بوضوح في المخطط أدناه:

- ١- **الهدف التنظيمي:** فهم أهداف المنظمة واحتياجاتها وكيفية تحقيق الأهداف من طريق مجموعة الوظائف الموجودة في المنظمة.
- ٢- **تحليل الاحتياجات التدريبية:** معرفة ما يحتاج الناس إلى معرفته. يتم ذلك بطريق:
 - ♦ تحليل المعارف والمهارات والمواقف / السلوكيات التي تتطلب كل وظيفة.
 - ♦ تقييم درجة الكفاءة لأصحاب العمل (المعالجين أو المدربين) لتلبية تلك الاحتياجات.
- ٣- **وضع أهداف التعلم وغاياته:** تحديد طبيعة المتدربين الذين يجب أن يكونوا قادرين على القيام بالعمل نتيجة للتدريب.

٤- تصميم استراتيجية التدريب: اتخاذ قرار بشأن الاستراتيجية لتلبية الاحتياجات التدريبية، على سبيل المثال، من خلال تصميم دورات / وحدات، مما يشير إلى منهجيات مختلفة.

٥- تنفيذ استراتيجية للتدريب: وضع التدريب موضع التنفيذ.

٦- التحقق من الصدق: الداخلي/ الخارجي.

٧- تقييم نوعية التدريب وفعاليته.

وهذا النموذج التدريبي يمثل المخطط الآتي:



شكل (١) عناصر التدريب

ويتم تغطية العملية العلاجية برمتها من قبل نهج منظم للتدريب، ويمكن تصوره على النحو الآتي:

١- تحديد الاحتياجات التدريبية: فكل استراتيجية للتدريب في البداية رغبة من القائمين عليها في التعرف إلى الفئات المستهدفة وتقييم احتياجاتهم من التدريب.. في سياق ملاحظة القضايا المختلفة نجد أنه تم تحديد مجموعات من المتدربين أهدافاً مناسبة للتدريب، مثل: إرشاد الأطفال، الإرشاد في مواقف الأزمات، العلاج الأسري، تعاطي المخدرات، طلبة جامعات... الخ. وبعد التعرف إلى الاحتياجات التدريبية الدقيقة لكل من هذه المجموعات المختلفة عن الآخرين سواء من حيث المحتوى والتركيز، وينبغي أن يتم تحليلها باستخدام أدوات تحليل الاحتياجات التدريبية.

٢- **وضع أهداف التدريب:** بعد تحديد الاحتياجات التدريبية نحن بحاجة إلى صياغة الهدف من التدريب ووضع مجموعة من الأهداف، حيث يرتبط الهدف بتصميم احتياجات التدريب. فالأهداف أحياناً كثيرة ذات قيمة كبيرة في تصميم التدريب الفعلي، لأنها تعطي ما يكفي من معلومات حول ما سيتعلمه المتدربون خلال تدريبهم. وأبعد من ذلك، قدرتهم على القيام بالتطبيق بعد الانتهاء من التدريب. وهذا يتطلب صياغة الأهداف لنجاح البرنامج التدريبي.

٣- **تصميم التدريب وتخطيطه:** تصميم البرنامج التدريبي هو عنصر مهم من عناصر نهج منظم للتدريب، ويجب أن يتم تصميمه تجنيد المشاركة للنشطة للمتدربين في مستويات متفاوتة. وإذا كان ذلك ممكناً، فيجب استشارة خبراء التدريب حول منهجية التدريب والتصميم. ويجب أن يتضمن تصميم برنامج الأهداف المحددة للأفراد أو المجموعات. وعادة ما تكون البرامج التدريبية مضبوطة لأكثر من غرض واحد، مثل: توفير المعرفة وتعزيز المهارات التقنية وإحداث تغييرات في المواقف. وقد يتم التركيز على غرض معين في البرنامج، مثل كيفية تنمية التواصل البصري مع المريض. ومع ذلك، يختلف التصميم من برنامج لآخر اعتماداً على عوامل مثل: نوع المتدربين، ومستوى المشاركين. كما ينطوي على تحديد الأشخاص ذوي الخبرة والأساليب المناسبة، وكذلك اختيار وتقنيات للتدريب. أي، أن تصميم البرنامج لتدريب المدربين يجب أن يكون مبنياً على تعزيز المهارات التعليمية للآخرين لنقل المعرفة وتجويد المهارات والكفاءات في هذا الموضوع.

٤- **التطابق بين أهداف تصميم التدريب وأساليبه:** يجب أن يكون التدريب مصمماً لتحقيق أهداف وضعت بشكل مناسب للمتدربين ومستواهم التدريبي، كما يجب اعتماد الأساليب التدريبية المناسبة لتحقيق الأهداف على نحو فعال (Virginia Beach , 2016).

المبادئ التوجيهية لتصميم البرامج التدريبية وتنفيذها

في النظر إلى المبادئ التوجيهية لبرامج التدريب، فقد أوصت منظمة الصحة النفسية والدعم النفسي Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support (MHPSS) بالمبادئ التوجيهية الدائمة والإجراءات الأساسية الضرورية لإعداد البرنامج التدريبي لجميع العاملين في المجال الإنساني في حالات الطوارئ بما في ذلك العاملين في مجال الصحة النفسية، والمتضمنة مايلي:

١- إعداد خطة استراتيجية شاملة وواقعية للتدريب في الوقت المناسب، وتنسيق الخطة على نحو متكامل بالتوافق مع المتدربين واتباع إرشادات (MHPSS) الدائمة والمشاركة بين مؤسسات الصحة النفسية.

٢- تحديد دوافع المدربين والمتدربين، حيث يتم اختيار المدربين من ذوي الخبرة والمعرفة عندما يكون لديهم المعرفة والمهارات اللازمة للقيام بهذا الإجراء.

٣- تمتع المدربين باستخدام المنهجيات التي تسهل التطبيق الفوري والعملي للتعليم والتعلم. ويتم ذلك من خلال استخدام:

- استخدام أسلوب التدريس القائم على المشاركة.

- استخدام نماذج التعلم لدى المشاركين من المدربين والمتدربين على حد سواء.

- استخدام الوسائل السمعية/البصرية وتكييفها مع الظروف المحلية.

- استخدام الفصول الدراسية للتعليم النظري والممارسة العملية الأولية للمهارات.

- استخدام التدريب العملي والميداني لممارسة المهارات في مواقع العمل، مثل مراكز الصحة النفسية، والمستشفيات، وغيرها من المراكز التي تقدم خدمات الصحة النفسية للمحتاجين إليها. - توزيع مواد مرجعية مكتوبة بلغة سهلة.

- إجراء التقييمات الفورية للتدريب (من قبل المدربين، المتدربين والآخرين الذين يساعدونهم في ذلك).

كما توصي المبادئ التوجيهية لجنة المعايير المشتركة Conformance with Inter

Agency Standing Committee(IASC) بمطابقة احتياجات تعلم المتدربين مع الطرق المناسبة للتعلم. وكذلك استخدام ندوات توجيهية قصيرة (نصف يوم أو يوم كامل للحلقات الدراسية) التي توفر المعرفة الأساسية بالمهارات المتعلقة بالاحتياجات النفسية والمشكلات والموارد المتاحة لجميع العاملين في كل مستوى من مستويات الاستجابة. وتوفر الحلقات الدراسية التدريبية المزيد من المعرفة والمهارات الواسعة الموصى بها لأولئك الذين يعملون في مجال التدريب، كما ينبغي دائما أن يتبع حلقات دراسية تدريبية مع دعم المشرف، وأن يكون لدى المتدربين الوقت الكافي لدمج التدريب في ممارسة حياتهم اليومية حتى يتمكنوا من تقديم الرعاية الصحية النفسية.

وتقدم هذه الخدمات التدريبية للعديد من المتدربين الذين يرغبون بممارسة مهنة الصحة النفسية خدمة للأفراد المحتاجين إليها. وتتضمن هذه الدورات مستويات أربع، كما ذكرتها المبادئ التوجيهية للصحة النفسية والدعم النفسي، وهي:

١- **خدمات الأمن الأساسية**، وهي خدمات وقائية وتدعيمية لإشباع حاجات الناس في البيئة المحلية وتعزيز الدعم النفسي والاجتماعي.

٢- **دعم الأسرة والمجتمع**، مثل: برامج الأبوة والأمومة الداعمة، والأنشطة التعليمية الرسمية وغير الرسمية وأنشطة كسب الرزق وتفعيل الشبكات الاجتماعية، من خلال المجموعات النسائية ونوادي الشباب.

٣- **التركيز على الخدمات غير المتخصصة**، حيث تقدم إلى الأشخاص الذين يواجهون مشكلات في التكيف.

٤- **وأخيراً، الخدمات المتخصصة**، وتشمل التدريب على مواجهة الاضطرابات النفسية الشديدة. ويمكن تمثيل تلك الدورات في النموذج التالي:



شكل (٢) خدمات التدريب

IASC MHPSS (2007) Intervention Pyramid for Emergencies

التدريب في ضوء مناهج الإرشاد والعلاج النفسي

أولاً-التدريب في التحليل النفسي

استخدمت جمعية التحليل النفسي الأمريكية للتدريب والإشراف للمختص النفسي في المعاهد المعتمدة لتحديد العمليات، والتعديلات اللازمة للتدريب في مجال التحليل النفسي، من

أهمها ما يلي:

١- **المسؤولية:** هي مسؤولية مشتركة وفق المعايير المهنية للجمعية الأمريكية للتحليل النفسي والمتمثلة في:

- إنشاء المعايير وصيانتها لتعليم التحليل النفسي والتدريب السريري هي مسؤولية مجلس الجمعية في وضع المعايير المهنية، كما هو محدد في النظام الداخلي لجمعية التحليل النفسي الأمريكية .

- مشاركة المعاهد المعتمدة والمراكز التدريبية للتحليل النفسي في زيارات ميدانية دورية لمعاهد ممارسة التحليل النفسي للمساعدة في تعزيز برامجها للعودة إلى الامتثال الكامل.

٢- **اختيار المرشحين لتعلم التحليل النفسي والتدريب:** حيث يتطلب من المنتسب إلى دورات التحليل النفسي أن يقدم الطلب للترشح. ويستند الاختيار على أحقية مقدم الطلب، واستعداده ومناسبته نفسياً وصحياً لممارسة التحليل النفسي. ويحصل جميع المتقدمين والمقبولين على التدريب السريري، وفي النهاية يحصلون على الترخيص بممارسة مهنة التحليل النفسي.

٣- **أهلية المتقدمين:** المتقدمون الذين يحملون درجة الدراسات العليا هم المؤهلون للتدريب السريري الذين تتوافر فيهم الشروط الآتية:

أ- الأطباء الذين تخرجوا من مدرسة طبية معتمدة، وأكملوا أو اقتربوا من الانتهاء من الإقامة في الطب النفسي وفق معايير التعليم والتدريب في مجال التحليل النفسي.

ب- العاملون في مجال الصحة العقلية الذين أكملوا مستوى درجة الدكتوراه في برنامج الصحة العقلية المعتمدين، ما لا يقل عن (٣٠٠٠) ساعة لمدة سنتين بدوام كامل من الخبرة السريرية للصحة العقلية في مرحلة ما بعد التخرج .

ج- العاملون في مجال الصحة العقلية الذين تخرجوا من برنامج الماجستير المعتمد والمعترف به في العمل الاجتماعي والتمريض النفسي، أو الزواج، والإرشاد الأسري، وأكملوا سنتين على الأقل تحت الإشراف، إضافة إلى سنة من التدريب التعليمي والسريري بما في ذلك ٣٠٠٠ ساعة في العلاج النفسي الديناميكي تحت الإشراف (Lacan, 1977).

٤- **الجاهزية:** وتتضمن ما يلي:

أ- المتقدمين الذين استوفوا الشروط المطلوبة يجب أن يفوا بالمعايير المطلوبة مسبقاً من حيث

التعليم الأكاديمي والخبرة السريرية المحددة أعلاه.

ب- أن يكون المتقدم قادراً على إظهار بعض المعرفة في التحليل النفسي فضلاً عن القدرة على تلبية المطالب الأساسية في التدريب النفسي.

ج- تحديد الاستعداد الشخصي والمهني من خلال عملية التطبيق باستخدام المقابلات ومراجعة المواد الطبية المقدمة. وقد يتم تقييم الأفراد المقبولين في دورات التحليل النفسي في ضوء مهاراتهم ومستواهم التعليمي.

٥- **الملاءمة والتوافق:** يجب على المتقدمين البرهنة على وجود مستوى من النضج، وكذلك النزاهة الشخصية والمهنية والأخلاقية اللازمة للتدريب على طرق التحليل النفسي وفنياته.

مكونات تعلم التحليل النفسي والتدريب السريري

يتضمن التعليم والتدريب النفسي التحليلي على ثلاثة عناصر أساسية:

١- **التدريب على تحليل البوح:** ينبغي أن يتضمن التدريب التحليلي إجراء تحليل مشكلات المريض من خلال الأريكة، ويفضل أن تكون خمس جلسات أسبوعياً. حيث يبدأ التدريب التحليلي للمرشح في موعد أقصاه شهر أكتوبر من العام الدراسي الأول من التدريب، ويجب أن يستمر فيما لا يقل عن ثلاث جلسات أسبوعياً لمدة ٣٠٠ ساعة على الأقل.

٢- **منهج التحليل النفسي:** يجب أن يوفر المنهج المتكامل لدراسة التحليل النفسي الشامل فهماً لأساسيات العلاقة بين نظرية التحليل النفسي والممارسة السريرية، ويجب على المتدرب أن يتعلم التفكير النقدي حول تاريخ بناء المفاهيم التاريخية والتطورات النظرية للتحليل النفسي والممارسة. وينبغي أن تشمل خبرة التدريب المشاركة في وقت واحد مع العمل التعليمي تحت الإشراف. وعند حدوث مشاركة المرشح في ندوات خلال مدة لا تقل عن سنة من الخبرة السريرية المثلى. ويتكون المنهج التعليمي سلسلة من الندوات المقررة والموزعة على مدة لا تقل عن أربع سنوات أو ما لا يقل عن ٤٥٠ ساعة، وتشمل الموضوعات التالية:

أ- **التحليل النفسي وتقنيات التعامل مع الحالة:** وتشمل: دراسة التحليل النفسي والتشخيص والعلاج، المؤشرات المناسبة للتحليل النفسي، بناء الوضع النفسي، والقضايا النظرية والتقنية ذات الصلة بالتمتية ويمكن الكشف عنها بالتحليل النفسي. ويمكن أن تشمل الجوانب المفاهيمية والتقنية للتحليل النفسي وغيرها من التدابير وطرق المشاركة العلاجية (مثل الأزواج والأطفال،

أو العلاجات الأسرية).

ب- نظرية التحليل النفسي: المفاهيم الأساسية للتحليل النفسي ونماذج رئيسية للفكر التي تدرس من منظور تاريخي، وذلك من خلال الكتابات الأساسية لفرويد والتحليل النفسي للمنظرين الآخرين.

ج- الأمراض النفسية: هنا يتم تطوير فهم دينامي لمجموعة واسعة لعلم النفس المرضي، وندوات حول الأمراض النفسية تأخذ في الاعتبار السياق التاريخي ونظريات التحليل النفسي المعاصرة للعصاب، واضطرابات الشخصية، اضطرابات الشخصية الحدية، والنرجسية، والاضطرابات الانفعالية، والنفسية، والذهانية. وأمثلة سريرية توضح معايير الجمعية للتدريب والتعليم في مجال التحليل النفسي للعوامل الحيوية والبنائية، والوراثية التي تؤدي إلى تشكيل الصورة السريرية للاضطراب.

د- التطوير: فهم الطرق وبناء الوظائف النفسية التي تظهر، وتستمر عبر مراحل الحياة أمر ضروري للتحليل النفسي لفهم العقل البشري، وهي ضرورية لفهم الحالة السريرية في ضوء التحليل النفسي. وينبغي أن تتضمن المناهج دراسة نظريات التحليل النفسي: النمو النفسي والاجتماعي بدءاً من خبرة الآباء للحمل وامتدادها لمرحلة البلوغ (Lacan, 2013). هذه الندوات والمؤتمرات الطبية: تهدف الندوات التدريبية والأنواع الأخرى من المؤتمرات الطبية لتقديم فرص للتعلم لعملية التحليل النفسي العميق إضافة إلى مراحل العلاج. وهنا ينبغي أن تقدم عروضاً لمجموعة واسعة من الممارسات على اختلاف الطرق والنهج السريرية في حالات خاصة .

و- الإشراف على الكبار: يجب تعلم الإشراف على الحالات التحليلية العلاقة بين النظرية والتقنيات العملية، وتوفير المعرفة والمهارات اللازمة لإجراء العلاج النفسي الفعال. ووفق النموذج الأصلي APSaA " يتطلب التدريب ثلاثة مشرفين، وينبغي لمشرف التحليل النفسي إجراء علاج لمريض على الأريكة لمدة أربع جلسات أسبوعياً في أيام منفصلة .

ز- تقييم تقدم المرشح: يتم تحديد تقدم مرشح تجاه التخرج من خلال تقييم شامل للكفاءة المتطورة لفهم التحليل النفسي وإجرائه من قبل المدربين والمشرفين عنصراً أساسياً للعملية التعليمية. وغالباً يتم ذلك دورياً حول تقدم المرشح من قبل لجنة التدريب، وينبغي أن يشمل

أداء المرشح في الندوات التعليمية والعمل العلاجي، وتقييم مدى التقدم في العمل بالتنسيق مع التقدم التعليمي عموماً .

وينبغي أن تتضمن عناصر تقييم المرشحين ما يلي:

- ١- تقييم إتقان المرشح للمواد الدراسية، والقدرة على العمل بفعالية مع زملاء الدراسة، والتفكير النقدي، والكفاءة في تقديم المواد السريرية، وتقييم أعضاء هيئة التدريس للمرشح.
- ٢- كتابة التقارير لتقييم التقدم المحرز المرشح في إجراء العمل العلاجي حداً أدنى سنوياً.
- ٣- تشجيع جميع المعاهد استخدام الندوات الأكاديمية لتقييم الكفاءة والتقدم.
- ٤- يتطلب من المرشح تقديم حالة واحدة على الأقل إلى لجنة الإشراف قبل التخرج، وفق معايير الجمعية الأمريكية للتحليل النفسي مصدراً إضافياً للتعليم والتدريب في مجال التحليل النفسي. وبعد الانتهاء من التدريب يصبح المرشح قادراً على مزولة المهنة وفق المتطلبات الأساسية لمعايير الجمعية الأمريكية للتحليل النفسي.

Approved by the Board on Professional Standards of the American Psychoanalytic Association. January 14, 2015

ثانياً-التدريب في النهج المعرفي السلوكي

ثمة معايير أساسية تبنتها الجمعيات العالمية القائمة على العلاج المعرفي السلوكي في تدريب الراغبين بممارسة هذه المهنة، وهي توضح الحد الأدنى من التدريب، والخبرة والممارسة والحاجة الماسة للمعالجين لتحقيق معايير الكفاءة المطلوبة من أجل ممارسة هذا النهج مستقبلاً. وتستخدم هذه المعايير لتقييم المتقدمين للممارسة العلاجية اعتماداً على الدورات التدريبية.

وتهدف هذه المعايير إلى:

- أ- توفر عدد من الأفراد الراغبين في التدريب وفق المعايير الأساسية المتوقعة ضمن البرنامج التدريبي الشامل للعلاج المعرفي السلوكي.
- ب- تقديم دورات تدريبية CBT مع دليل لاحتياجات التدريب التي سوف تحقق أهداف البرنامج التدريبي.
- ج- تقدم لجنة الاعتماد والتسجيل للبرنامج التدريبي المعيار اللازم فيما إذا كان المتقدم قد تلقى التدريب اللازم لممارسة العلاج المعرفي السلوكي وفق معيار متفق عليه من الكفاءة.

د-يزود المشرفون على البرنامج التدريبي كل متدرب بالمعايير الخاصة للنجاح في التدريب على تطبيقات العلاج المعرفي/ السلوكي.

BABCP MINIMUM TRAINING STANDARDS For the Practice of Cognitive Behavioural Therapy (2012)

المتطلبات الأساسية:

١- يتضمن تدريب المتدربين على مفاهيم العلاج المعرفي السلوكي المهني، كعلم النفس التطبيقي، والطب النفسي، والتمريض، وتقديم المشورة، والعلاج المهني، والعمل الاجتماعي، والتعليم. وهذه المقررات عادة تستكمل في مدة لا تقل عن سنتين بعد المعرفة النظرية والتدريب المؤهل.

٢ - خبرة وكفاءة المتدربين في العمل العلاجي.

٣- التأكد من الصفات الشخصية التي تجعل المتدربين مناسبين لممارسة العلاج المعرفي/ السلوكي.

٤- يستخدم المعالجون لتدريب المتدربين في العلاج المعرفي أو العلاج السلوكي ما يتماشى مع الأدلة التطبيقية المتاحة قاعدة رئيسية، أو واحداً من النماذج العلاجية الرئيسة للعلاج المعرفي/ السلوكي.

التدريب النظري على المهارات

عادة، يكون التدريب بما في ذلك التدريب المهني الأساسي والخبرة المعرفية ذات الصلة بالتدريب العلاجي ما لا يقل عن أربع سنوات، وتتضمن الآتي:

١- التدريب النظري على المهارات، ويشمل مدة التدريب للحصول على فهم نقدي لأهمية دراسات التنمية البشرية، في علم النفس المرضي، وعلم النفس، والسياق الاجتماعي والممارسة القائمة على الأدلة. وفهم الأساس النظري للعلاجات المعرفية/ السلوكية.

٢ -التدريب على المهارات هو عنصر أساسي لاكتساب المعرفة والخبرة، وينبغي أن تشمل العلاج المعرفي السلوكي، وأقل من ٥٠٪ من إجمالي البرنامج التدريبي للمتدرب، على ألا تقل عن (٢٠٠) ساعة تدريبية. ويستخدم في هذه الدورات التدريبية الوسائل السمعية البصرية المتزامنة مع توضحات المشرفين وشروحهم حول طبيعة البرنامج ومحتوياته.

٣-يقوم المتدربون بمعاملة بعض الحالات، مثل مرضى القلق والاكتئاب وغيرها، بتشخيص هذه الحالات، وتقديم برنامج علاجي أو إرشادي مناسب، وتقييم تلك الحالات بعد الانتهاء

منها، ثم عرضها على المشرفين. ثم يقوم فريق الإشراف على البرنامج بتقييم كفاءة المتدرب على نحو كامل بدءاً من استلام تلك الحالات وعبر مراحل التدخل، وإنهاءً بتقديم التقرير النهائي لكل حالة، ويتضمن (٢٠٠٠ إلى ٤٠٠٠) كلمة تلي المعايير كما ذكرها دليل البرنامج التدريبي. ثم تقوم لجنة البرنامج بتقييم عمل المتدرب لإثبات كفاءته على العمل العلاجي حسب المعايير المنصوص عليها في البرنامج التدريبي للعلاج المعرفي السلوكي.

ومن أمثلة أشكال التدريب البديلة، هي:

أ- التدريب عبر سكايب، ومؤتمرات / فيديو.

ب- دي في دي (DVD) أو الفيديو التعليمي المعتمد من الجمعية البريطانية للعلاج السلوكي والمعرفي BABCP حيث يتبع بعد العرض الشريط التسجيلي مناقشة من قبل أعضاء مجموعة التدريب مع المشرف لمحتويات الشريط.

ج- يجب أن يحقق المتدربون المهارات اللازمة ليكونوا قادرين على فهم نتائج البحوث ذات الصلة وتفسيرها ، وهذا من شأنه أن يتحقق عادة خلال متطلبات التدريب الرسمية المذكورة أعلاه.

ثالثاً-التدريب وفق النهج الإنساني

التعاطف والمساعدة الذاتية أولاً، هما أهم جوانب العلاج الإنساني. حيث تركز هذه الفكرة على قدرة المعالج على رؤية العالم من خلال عيون العميل. وبدون ذلك، يمكن للمعالجين إجبارهم على تطبيق إطار خارجي للإشارة عندما لم يعد المعالج يفهم أفكار العميل كعميل. ويشمل التدريب على التعاطف، الاحترام الإيجابي غير المشروط، والتقبل، والصدق كالعناصر الأساسية لعلم النفس الإنساني. ويشير التقدير الإيجابي غير المشروط إلى الرعاية التي يحتاج إليها العميل من المعالج. وهذا يعني، بأن المعالج لم يعد صاحب القرارات النهائية في رسم الأهداف والتدخل العلاجي، بل المشاركة في المعلومات، فضلاً عن وجود علاقة تعاون بين الاثنين. وإن ممارسة المعالج للعلاج الإنساني يحتاج إلى إبداء استعدادة للاستماع وضمنان الراحة للمريض، حيث قد تكون المشاعر الحقيقية مشتركة بينهما، لكن العملية العلاجية ليست عملية إجباراً أو قسراً لمعالجة العميل أو شخص ما. ويُعدُّ "مارشال روزنبرغ" واحداً من طلاب "كارل روجرز" الذي يشير إلى أن التعاطف في العلاقة مهمة جداً في العملية الإرشادية أو

العلاجية، وأنه يفوق أهمية التقنيات العلاجية مهما تكن فعّالة في معالجة اضطراب ما. لذلك، فإن الشروط التي وضعها روجرز وأتباعه تعد مادة غنية ومفيدة في تدريب المعالجين أو المرشدين على فنيات العلاج الإنساني وخصوصاً العلاج المتمركز حول العميل. ولوسي جوديسون "Sheila Ernst and Lucy Goodison استخدام بعض الأساليب الإنسانية الرئيسية في جماعات المساعدة الذاتية Self support في علم النفس الإنساني الذي ينطبق على الاعتماد الذاتي، لأنه موجه نحو تغيير سلوك العميل، حيث يمكن المريض من تحسين أو تغيير طرق تفكيره حول نفسه عندما يقرر مساعدة نفسه، وما ينظر إليه هذا النهج كشخص مشارك في تقديم الإرشاد أو العلاج. وقد استخدم روجرز أساسيات العلاقة، والتعاطف الوجداني، وانعكاس المشاعر في دورات تدريبية لتدريب المتدربين كان لها تأثير قوي على أشكال أخرى من العلاج الشعبي، كما استخدم التقنيات السمعية والبصرية، لتسجيل جلسات الإرشاد والعلاج لحالات مرضية متنوعة، حيث يقوم المتدربون بعد مشاهدة الجلسات المسجلة على الأقراص المدمجة، بتمثيل هذه الأسس التدريبية من خلال لعب الأدوار بين المتدربين، وبعد ذلك يقوم المعالج أو المشرف على البرنامج بتقييم أعمال المتدربين وتعزيز المهارات الجيدة التي توصل إلى التقدم المحرز في تعلم المهارة.

أما الخطوة الثانية، فقد يطلب المعالج من المتدربين القيام بدراسة حالة حقيقية وتسجيل جلسات البرنامج بالفيديو، ثم عرض هذه الجلسات على مشرف البرنامج الذي يقوم بمناقشة عمل المتدربين، وعرض النقاط الإيجابية والسلبية من تعلم المهارات، وهكذا، حتى يتعلم المتدربون المهارات الأساسية للعلاج المتمركز حول العميل. والجدير بالذكر أن المؤلف قام بتطبيق مهارات العلاج المتمركز على العميل من خلال التدريب والعلاج النفسي باستخدام تقنية العلاج بالفيديو في عام (١٩٩٨) وتعد هذه الخبرة هي الأولى من نوعها في هذا المجال في البحوث العلاجية العربية.

أما الشروط الأساسية لاستخدام الجلسات التدريبية المسجلة بالفيديو، فهي كالآتي:

- وضع الأهداف التعليمية والتدريبية وتحديدها بما يُسهل تحققها في أثناء ممارسة المتدربين عملهم الإرشادي أو العلاجي.

- تسجيل معلومات ومهارات واتجاهات وإرشادات يقدمها مشرف البرنامج بهدف التعليم واكتساب المهارات الأساسية في الإرشاد المتمركز حول العميل.
- تسجيل مادة التدريب ليُشاهدتها المتدربون ثم يناقشون المادة المسجلة.
- نماذج لتوضيح مهارة سلوكية وتنفيذها يقوم بعرضها المشرف على المتدربين، ثم يقوم المتدربون بعملية المحاكاة هذه النماذج من خلال تطبيقه وفق أسلوب تبادل الأدوار.
- تسجيل أداء المتدربين في موقف تدريبي لمهارة من المهارات، ثم إعادة عرض المهارة المسجلة بالفيديو لتقويمها، والإشارة إلى الملاحظات الواجب تلافيتها في أثناء تقديم المهارة، وهذا مما يساعد على تعزيز اكتساب المهارة والخبرة لدى المتدربين كلما ظهر السلوك المرغوب، والتعليق على هذا السلوك مع استئناف عرض الشريط وتكرار العملية.
- تصوير المتدربين لخبرات سلوكية واقعية مع بعض المتدربين الآخرين تتضمن العلاقة والإصغاء الإنعكاسي، ثم يقومون مع المشرف بتحليل نقاط الضعف لنقوتها، وتعزيز نقاط القوة.
- تصوير مواقف بأسلوب لعب الدور لأشخاص يشاهدونها، ثم يقومون بتحليلها. (يمكن النظر إلى بحث تقنيات العلاج النفسي باستخدام الفيديو للمؤلف والمنشور في مجلة البصرة للعلوم والفنون، وكذلك في الشبكة العنكبوتية).
- ويقترح روجرز أن تدريب المتدربين على مهارات العلاج والإرشاد المتمركز حول العميل من طريق الفيديو، إنه بعد مشاهدة الفيديو ومراجعة ملخص النهج العلاجي في هذا التدريب، يقسم المشاركون إلى مجموعتين، حيث يقومون بفنية لعب الأدوار باستخدام الأسلوب الراجري، وذلك بمقتضى حالة العميل المرضية. فقد يبدأ متدرب من المجموعة التدريبية كمعالج، ويكون متدرب آخر كعميل، ومن ثم دعوة المشاركين لتبادل الأدوار فيما بينهم. فقد يرغب المشاركون في أثناء ممارسة فنية لعب الأدوار في الحديث عن أي شيء يرغبون في الحديث عنه، ثم بعد ذلك يتم تشجيعهم على ما قاموا به من مهارات إرشادية.
- وعادة تبدأ الجلسات التدريبية بالتركيز في المقام الأول على الشروط الأساسية الثلاثة من النهج العلاجي: التطابق، التقدير الإيجابي غير المشروط، والفهم التعاطفي، مع التركيز على هنا والآن بدلاً من تقديم أي شيء للعميل، مثل النصح، وتقديم اقتراحات أو حلول

جاهزة من وجهة نظر المعالج. كما يمكنه أن يقوم بتقنية الإصغاء الإنعكاسي Activelistening على نحو متكرر في أثناء جلسة الإرشاد أو تلخيص ما يمكن سماعه من مقولات العميل، ولكن مرة أخرى، يجب أن يكون التركيز على الاستماع إلى العميل بدلاً من التركيز على ما يود قوله للعميل.

ويمكن أن يكون هناك مجموعات فرعية ثلاث: المعالج والعميل ومراقب، وكل منهم يتقاسم جزءاً لاستخلاص المعلومات. وثمة خيار آخر هو أن يقوم متدرب وحده بعمل لعب الدور مع عميل مفترض أمام المجموعة بأكملها، وبقيّة المجموعة يمكن مراقبة هذا النشاط، وبعد ذلك يقدم تقريراً إلى المشرف واصفاً إجراءات لعب الدور في تنفيذ المهمة التي قام بها.

وقبل نهاية الدورة، يكون المشرف قد حصل على التغذية المرتدة لفريق المراقبة عن عمل المتدرب ثم مناقشة المجموعة حول التحديات ومزايا التدريب. وبعد لعب الأدوار، يطلب المدرب أو المشرف من كل المشاركين مناقشة الخبرات التي قدموها حول تلك الفنيات الخاصة بالنهج الوجودي، مثل: لعب الأدوار، وانعكاس المشاعر، والإصغاء الانعكاسي، ثم الاستماع إلى ردود فعل المتدربين ومشاعرهم حول ما قاموا به من عمل علاوة على ملاحظات المشرف على البرنامج.

فهل يشعرون بأن لديهم فهماً ومهارة مقبولة لتلك الفنيات؟ وهل شعروا أن المدرب التزم موقفاً حقيقياً لهذا النهج؟ وهل شعروا بأن المدرب كان يحاول رؤية العالم من خلال عيون العملاء؟ هل حقاً استخدموا التقدير الإيجابي غير المشروط لعملائهم؟ إذا كان الأمر كذلك، كيف فعلوا ذلك؟ هل كان التطابق والفهم التعاطفي متسقاً في عمل المتدرب مع العميل؟ ما الطرق المفضلة لدى المتدرب لنقل الفهم التعاطفي للعملاء، وما هو التحدي الذي واجه هذا التعاطف؟ (Ali Miller, 2012).

وأخيراً، وبعد كل ذلك، يقوم المشرف على البرنامج التدريبي بمناقشة عامة حول استفادة المشاركين من البرنامج التدريبي، ومزايا النهج الذي يتمحور حول شخص في العلاج النفسي. كذلك تنطبق الشروط المذكورة أعلاه على المعالجين الذي عليه تلقي التدريب الرسمي والإشراف. ويتضمن البرنامج التدريبي وفق النهج الوجودي ما يلي: التاريخ وفلسفة الإرشاد أو العلاج المتمركز حول العميل، المبادئ الأساسية، شكل وبناء الدورة. مثل نماذج مسجلة

بالفيديو، التنسيق والتعاون بين أعضاء المجموعة التدريبية. ولعب الأدوار، الممارسة مع ردود الفعل المسجلة بالفيديو. كما يمكن اعتبار المعالجين مدربين ومؤهلين عندما يحققوا (٨٥٪) من تقييم كفاءة المهارة التي اكتسبوها.

رابعاً-التدريب في الإرشاد والعلاج الإيجابي

يعدّ التدريب العمود الفقري في تطبيق مبادئ علم النفس الإيجابي، وأن عملية الضبط في هذا التوجه يجب أن تتم من خلال التدريب والممارسة (Seligman,2007,266). وثمة مجموعة محدودة من الأدلة الدامغة حول فعالية التدريب باستخدام أساليب علم النفس الإيجابي، على اعتبار أن التدريب يحتاج إلى النمو والاستمرار لنجاح التدخلات الإيجابية في المستقبل، بدلاً من أن يصبح هذا التدخل بدعة زائفة.

وتقوم فلسفة التدريب والتدخل على أن المدرب ينبغي عليه فهم كيفية مساعدة العملاء على تحقيق مزيد من الرفاه من خلال التدخلات الإيجابية القائمة على المشاركة البناءة، والمساعدة على تحسين مستوى العميل من السعادة والرفاه والازدهار. كما يرى سليغمان أن المدربين والممارسين في مجال التدخل الإيجابي عليهم فهم العناصر الأساسية المتمثلة في المنهج التجريبي والفلسفة القائمة على هذا المنهج من أجل مساعدة العملاء في المشاركة البناءة لإحداث عملية التغيير، علاوة على إدراك المفاهيم الأساسية التي تمكنهم من السعي إلى تحقيق أهداف العملاء، على اعتبار أن فهم مبادئ علم النفس الإيجابي والتدريب بشكل جيد هما البناء العام والمفيد للمدرب (Seligman,2007,266).

وبناء على ذلك، ظهرت العديد من التعريفات للتدريب في مجال علم النفس الإكلينيكي الإيجابي. فقد أشار هيدسون (Hudson,1999) وايتيرمن Whitmore1992، ووايتيمور (Waterman, 1995)) إلى أن التدريب (Coach) يلعب دوراً مهماً في تنمية المدرب مهنيّاً وشخصياً، وتيسير تعلم العميل من خلال اكتشاف ذاته وتحقيق غاياته ومقاصده، والتوجه به نحو المستقبل.

ويرى سليغمان (Seligman,2007,266) أن التدريب في علم النفس الإيجابي يعد العمود الفقري، ويوجد عمودان فكريان للتدريب هنا: العلمية، التي تستند إلى أرضية نظرية لمبادئ علم النفس الإيجابي التي تتناول الانفعالات الإيجابية، والمشاركة، والمعنى. والعملية القائمة على

البحوث التجريبية والتقنيات والتدخلات التي تساعد على تحديد حدود ممارسة التدريب المسؤول. كما أن التدريب يوفر مجموعة من المقاييس المناسبة، وذلك لمعرفة أثر التدخل العلاجي المستند على البيانات، ونقطة مرجعية يمكن من خلالها تطوير التدريب الهادف من شأنها المساعدة في رسم حدود ممارسة التدريب المسؤول.

الأهداف، المهام للتدريب الإيجابي

قبل وصف أهداف ومهام التدريب في علم النفس الإيجابي (PPC)، فإنه من المفيد استكشاف التدخلات الرامية لزيادة الرفاه الذي بإمكان المعالج الإيجابي زيادة الثقة لدى العميل والرضا عن حياته من خلال مقاييس الرفاه النفسي (Boniwell, et al, 2008) وأن التدخلات الرامية إلى ذلك يمكن أن توفر فوائد قابلة للقياس من المتوقع أن تمتد إلى أبعد من ذلك "الشعور الجيد" Feeling Good. لقد تم اختبار ذلك من خلال تحليل أكثر من (350) دراسة باستخدام منهج تحليل ما وراء المعرفة Mata Analysis، وبالرغم من أشار إليه هذا التحليل من نتائج بأن الشعور الجيد هو خبرة مؤقتة يمكن أن تساعد الانفعالات أو المشاعر الإيجابية على بناء مصادر الشخصية الدائمة؛ فالمشاعر الإيجابية تعزز الجوانب المعرفية والوجدانية والبدنية، كما توسع الذخيرة الفكرية والسلوكية إيجابياً. كما أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين الانفعال الإيجابي والنتائج، مثل الرضا، والإبداع، والتفكير الناضج، والصحة البدنية، والمشاركة الفعالة مع الآخرين (Lyubomirsky et al, 2005).

إضافة إلى ما سبق، فقد يتم توجيه هدف آخر للتدريب الإيجابي من أجل التغيير الهادف لدى العملاء، مما يسهل في جزء منه استخدام نماذج الانتقال الناجح. فجميع النماذج الدالة لتغيير السلوك الإنساني تم مناقشتها ضمن مراحل عديدة، مثل: التأمل، الإعداد، العمل، الحماية (Paachaska et al, 1994). ويتمثل إسهام المعالج في مساعدة المتدربين من خلال عملية التغيير، ومواجهة التحديات، والدعم الذي يكون مناسباً للمرحلة الحالية للمتدربين (المعالجون الذين يتدربون على التمكن في تقنيات العلاج النفسي الإيجابي) من أجل التغيير، والتدخلات القائمة على أساس من علم نفس الأمل، وتزويده برؤية مهمة لتسهيل التغيير مع التركيز على التعامل مع المعالج المتدرب الذي لديه حد أدنى من المقاومة في جميع مراحل

التغيير . لذلك، فإن تطبيق التدخلات الإيجابية يرمي إلى تعزيز الرفاه، وهذا يكون له أثر مهم في مساعدة العملاء على تحقيق فوائد ملموسة للرفاهية، وتيسير التغيير الدائم.

نماذج من التدريب العلاجي الإيجابي

من الأمثلة التدخلات الإيجابية التي تكون متكاملة مع عملية التدريب المستمرة، التي يمكن اعتبارها تمارين قائمة بذاتها، غايتها مساعدة المدرب والعميل على تحقيق الأهداف المرجوة. ومع ذلك، كثيراً ما يتم تقديم هذه الأدوات جزءاً من عملية التدريب المستمرة، ودمجها في مجموعات كبيرة من التدخلات العلاجية الأخرى، كالعلاج المعرفي . السلوكي وغيرها من التدخلات وخصوصاً الإنسانية منها.

أولاً. المشاعر الإيجابية في الماضي، التي تتضمن مايلي:

أ. ثلاثة أشياء جيدة Three Good Things

ب. زيارة الامتنان أو الشكر Gratitude Visit

ثانياً. المشاعر الإيجابية في الحاضر، وتتضمن:

أ. لذيذ المذاق Savoring: يلاحظ أن التلذذ يعد من مباحج الحياة الأساسية سواء الظاهرة منها أو الخفية التي يمكن أن تعزز بقوة السعادة والرفاه. ويمكن أن يستخدم هذا التدريب في التلذذ في جلسة عشاء حلوة المذاق مع الإصدقاء. ووفقاً لتعبير لـ براينت وفيروف (Bryant & Veroff, 2007) فإن الناس لديهم قدرات للتقدير والاهتمام بتعزيز الخبرات الإيجابية التي يعيشونها، لذلك يشجع المدربون العملاء على اكتشاف الخبرات الإيجابية المحددة في حياتهم، والتركيز عليها.

ب. المشاركة Engagment: ينطوي هذا التمرين على اختيار نقاط القوة الأفضل لدى الفرد وتطبيقها بطريقة جديدة في كل يوم ولمدة أسبوع. في اليوم الأول، يحدد العميل ببساطة الحالات التي تحدث بالفعل، مثل الشجاعة، والحكمة في التعامل مع المواقف، ثم يضع العميل الأفكار الجديدة، وتحديد أسلوب تطبيق نقاط القوة هذه في الحياة الواقعية. وهذا التدريب يساعد على التقليل من القلق، ويزيد من الحب والمثابرة.

ثالثاً . المشاعر الإيجابية في المستقبل

يشبه هذا التدريب المعجزة المستقبلية، حيث يطلب من المدربين تصور أن كل شيء تم تحقيقه من الأماني والرغبات الخاصة بهم، ويطلب منهم أيضاً تصور أنفسهم في المستقبل وقد حققوا تلك الأماني والأهداف التي رسموها لأنفسهم. وقد يساعد هذا التدريب على توضيح الأولويات والأهداف، ويعزز التفاؤل، وزيادة السعادة.

- ويلخص بيريدج (Berridge, 2011) فوائد التدريب للمدرب والعميل من خلال الآتي:
- يساعد على كيفية ترتيب المدرب للذكريات وتسجيل البيانات، وكيفية محاربة الأفكار السوداوية الهدامة، وكيفية الحصول على مزيد من الغرض من الحياة.
 - يساعد أيضاً في استخدام التقنيات المناسبة التي تساعد المدرب على تحديد الأهداف والتصورات لما يمكن أن يقوم به من تدخل مع العملاء حسب طبيعة مشكلاتهم.
 - يصبح المدرب أكثر عمقاً وفعالية في التعامل مع مشكلات العميل السلبية والإيجابية.
 - التعرف إلى الطرائق الخاصة ومفاهيمها بتقنيات علم النفس الإكلينيكي بأسلوب سهل.
 - استخدام الأدوات البصرية أثناء التدريب قد يعزز المشاركة والتفاعل بين المعالج والعميل، ويزيد من قدرة العميل على التفكير في سماته الإيجابية، كما يحسن الذاكرة.
 - يساعد التدريب على استخدام الرسوم على بناء معنى مشترك بين الاثنين، ومساعدة العميل على التعرف على اتجاهاته وميوله.
 - دعم الخطة العلاجية.

وقد عرضت حالات للتحقق من قائمة الإشراف تم تجميعها من قبل بوسمان (2001) Boesmann في العلاج النفسي الإيجابي وفقاً لخمس مراحل متتالية على غرار الأسلوب العلاجي لـ نوسرات (1987, Nossrat). ويصف برايور (1997, Braeuer) تلك المراحل على النحو الآتي:

- ١- المراقبة: تعكس تقارير المتدرب حالة من العلاج النفسي (عادة، مرة واحدة بعد أربع جلسات من العلاج، وقال: إنه يتلقى الدعم والقبول والتشجيع، وفرصة لمراقبة الوضع الذي قُدم فيه، بما في ذلك عدم التوازن من نمط ردود فعل الصراع: الجسم، والإنجازات، والاتصالات، والأوهام/ المستقبل) كما يتضح من ردود الفعل للمجموعة.

٢- التوضيح: يحاول كل من المشرف والمتدرب طرح مجموعة من الأسئلة . :

أ- توضيح المشكلات في القدرات الفعلية التي تسهم في مقاطعة الصراعات من:
-الحياة العاطفية/ المادية للمريض.

-التنفيذ العملي للطريقة التي يقوم بها المعالج النفسي.

ب- اكتشاف الصراع (نموذجاً للنمذجة) التي يؤثر على الصراع الأساسي (التحليل التفاضلي).

٣- تشجيع شروط القدرات المعلنة التي يعيد المتدرب عملها على أنه قادر على التعامل مع الوضع بحكمة باستخدام رؤية جديدة، واستخدام القدرات الفعلية الواعية و/ التجارب العاطفية السلوكية البديلة في الحالات الشائعة التي تقدمها كل من المجموعة والمشرف في ردود الفعل.
٤- ينطوي التعبير اللفظي لأعضاء المجموعة والمشرف على الأنشطة التي مضمونها الصراعات الفعلية، والتعليم الأساسي والداخلي للمريض.

٥- أهداف التوسيع أو الامتداد: في هذه المرحلة إثراء جميع المشاركين رؤية فرضية العلاج البديل، والنهج والاستراتيجيات والتقنيات للتدخلات العلاجية، ودعم أعضاء المجموعة لمعرفة وجهات النظر، والتشجيع لمواصلة العمل مع القضية، والتخطيط لتطبيق بعض التدخلات. وأخيراً، يمكن التأكيد على مجموعة من التوصيات في برامج الإرشاد والعلاج النفسي للتقليل من التأثيرات الضارة المحتملة في عملية التدريب، وذلك كما يبينها الجدول (٤) الآتي:

توصيات عامة	أمثلة لتوصيات خاصة
المبادئ العامة	-إخبار المتدرب بقائمة العلاجات التي يمكن أن تكون ضارة، وتشجيعه على عدم استخدامها، فالتركز على تدخلات محدودة قد يكون لها آثار ضارة على نحو خاص، فضلاً عن غيرها من الجوانب التي قد لا تكون ضارة لجميع العملاء . -مساعدة المتدرب على تعلم التغيير ومراقبته لدى العميل، وعدم التحسن، وتدهور المساعدة بتعلم إجراء تقييم نفسي شامل.
تعزيز العلاقة العلاجية	-مساعدة المتدرب على تحديد نوع العلاج الجيد. -مساعدة المتدرب على إنشاء تحالف علاجي جيد والحفاظ عليه. -مساعدة المتدرب من خلال خبرته في التواصل المتعاطف مع العميل.
استخدام التقنيات العلاجية بمهارة ودقة، بما في ذلك التدخلات	-مساعدة المتدرب على تعزيز التعرض الكافي للحالات غير السارة عند إجراء العلاج السلوكي. -مساعدة المتدرب على تعلم تقديم تفسيرات بعد بناء التحالف الجيد في العلاج الدينامي.

- مساعدة المتدرب على قياس مستوى التحالف واستكشاف الإسهام الذاتي لمشكلات التحالف ، مثل العدائية تجاه العميل. -مساعدة المتدرب أن يصبح مشاركاً ومراقباً لعملية العلاج. - مساعدة المتدرب على تجنب مشكلات التحالف عند العمل مع العملاء من ثقافات مختلفة. - مساعدة المتدرب على زيادة الوعي الذاتي بمهارات إدارة الطرح. -مساعدة المتدرب على تجنب استخدام المواجهة للكشف عن ذات العميل. -مساعدة المتدرب بأن يصبح على بينة في الحالات كلها أو العملاء الذين يتفاعلون مع التقنيات بمرونة	المنصوص عليه في العلاجات المدعمة تجريبياً
-مساعدة المتدرب أن يكون على بينة بأن بعض العملاء المشخصين باضطراب الشخصية يمكن أن يكونوا على درجة من الكمال، ومن المرجح أن يتطلبوا أشكالاً من العلاج النفسي طويلة الأمد. - مساعدة المتدرب أن يكون على بينة بأن خصائص العميل الأخرى، مثل: عدم وجود اكتئاب أو قلق، ومستوى عال من التبعية قد يتطلب منه تبني توقعات معقولة حول نتائج التحالف. -مساعدة المتدرب أن يكون على علم بأن العملاء لديهم مستويات عالية من ردود الفعل غير المحتملة، ويمكن الاستفادة من أشكال العلاج المباشر، مقارنة بالعملاء الذين لديهم مستويات منخفضة والذين لا يستفيدون من العلاج غير المباشر. - مساعدة المتدرب على أن يكون على علم بأن بعض العملاء لديهم مستويات منخفضة من النمو قد لا يستفيدون من العلاجات التي تعزز لاستبصار.	اختيار العلاج والتنفيذ والذي يتوقع من خلاله تعديل خصائص أو مشكلات العميل
-مساعدة المتدرب على نمط التعلق القلق، بحيث يصبح على وعي بانخراطه في تحالف أقل تعاطفاً. -مساعدة المتدرب على زيادة الوعي الذاتي لعدائيته أو سلبية، ومن المحتمل أن توجه العلاج النفسي إلى العلاج الشخصي. -مساعدة المتدرب أن يدرك أن نقاط الضعف الأخرى، مثل الحاجة المفرطة، لأن يكون محبوباً، ومثيراً للإعجاب، وعدم القدرة على تحمل النقد، وصعوبة في تحمل المشاعر السلبية قد تقلل القدرة على مساعدة العميل أو الإضرار برفاهيته.	بعض المعالجين أقل فاعلية وأكثر ضرراً من غيرهم
Castonguay et al,2010, American Psychologist Vol. 65, No. 1, 34-49	المصدر

عملية اختيار المتدربين المبتدئين في الإرشاد في مواقع العمل

تتم الموافقة على اختيار الأفراد المبتدئين للتدريب على بعض برامج الإرشاد المختلفة في الأغلب في المؤسسة التي يرغبون باكتساب المهارات التدريبية فيها حسب احتياجاتهم التدريبية المحددة، ومتطلبات مؤسسة التدريب سواء كانت مؤسسة صحية أو تربوية أو مهنية.

ويشارك جميع المتدربين المبتدئين في خبرة التدريب العملي عامة، على أن يختار كل منهم بيئة مجتمعية معينة تلبي المتطلبات الآتية:

أ- يجب أن تكون المؤسسة التي تستقبل المتدربين المبتدئين واحدة من ضمن البيئات التالية:

- جهة حكومية.
- مدرسة، كلية، جامعة.
- مؤسسة صحية غير ربحية، مثل الهلال الأحمر، ومؤسسة التنمية البشرية، وغيرها من المؤسسات التي تقدم مثل هذه الخدمات.
- مصحة للأمراض العقلية والنفسية.

- مصحة لإعادة التأهيل الاجتماعي والنفسي (مؤسسة أحداث الجانحين).

- مصحة الإدمان على المخدرات أو التعافي من تعاطي المخدرات أو المكيفات.

ب- يجب أن تركز المؤسسة الخاصة بتدريب المرشدين المبتدئين كي يصبحوا مرشدين أو معالجين حسب اهتماماتهم وتخصصهم في مجال معين من التدريب، كالإرشاد الأسري، أو الأطفال، أو الإدمان على المخدرات، أو إعادة تأهيل الشباب المهمشين أو جنوح الأحداث... بحيث يكون برنامج التدريب في الزمان المناسب والمكان المناسب لتحقيق الهدف المنشود للمتدرب.

ج- يجب أن يكون لدى مؤسسة التدريب الوثائق اللازمة للتحقق من هوية كل متدرب واحتياجاته التدريبية، ومستوى مهاراته في المجال الذي يرغب في العمل فيه.

د- يجب أن توفر المؤسسة التدريبية أعلى جودة من الإشراف من حيث المشرفين المهرة الذين يقومون بعملية تدريب المرشدين المبتدئين، وامتلاكها الحد الأدنى من متطلبات التدريب الضرورية للمتدربين.

هـ- يجب أن يكون لدى مؤسسة التدريب أسلوب صارم وعلمي لتوجيه المتدربين وإرشادهم، وكذلك وجود خطة لإدارة الطوارئ لتفادي الأخطاء المتوقع أن يرتكبها المتدربون في علاج المرضى.

و- يجب أن يكون لمؤسسة التدريب القدرة على الامتثال للحد الأدنى لمتطلبات الساعات المعتمدة في التدريب الإرشادي والعلاجي وغيرها من واجبات وأدوات ومستلزمات التدريب الضرورية.

ز- يجب على المؤسسة السماح للمتدربين المبتدئين استخدام فنيات الإرشاد والعلاج وبرامجه المختلفة للتعامل مع الحالات في أثناء جلسات تطبيق البرنامج الإرشادي التدريبي، وتسجيل هذه الجلسات بالفيديو أو عن طريق الوسائل السمعية. ويستثنى من هذا الشرط حالات العنف المنزلي أو الجنسي أو الإدمان على المخدرات، بحيث يكون هناك حالات قضائية ضد تصوير العملاء في حال لم يأخذ المتدرب موافقتهم. ويجب أن تتم معالجة الاستثناءات لهذه القاعدة للتصوير بالفيديو من خلال مدير التدريب الذي قد يسمح بتسجيل المتدرب جلسات البرنامج الإرشادي التدريبي من طريق التسجيل الصوتي Roberts,et (al.1985).

معايير اختيار المتدرب والإجراءات

يطلب من المتقدمين للتدريب تلبية الشروط التالية التي ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار، وهي:

١- الحد الأدنى من المتطلبات:

أ- (٨٠٠) ساعة حداً أدنى من المجموع كتدريب عملي، و(٥٥) ساعة إجمالي ساعات التدخل
ب- ثلاث سنوات حداً أدنى من تدريب الخريجين في برنامج الدكتوراه علم النفس العلاجي أو تقديم المشورة.

ج- الامتحانات الشاملة مطلب ضروري للحصول على رخصة ممارسة المهنة.

د- برنامج الدراسات العليا حسب ما أكدته (APA) يمكن اعتماده للتدريب أيضاً.

هـ- إقرار من قبل رئيس القسم في شأن استعداد المتدربين للتدريب.

٢- أفضل المعايير:

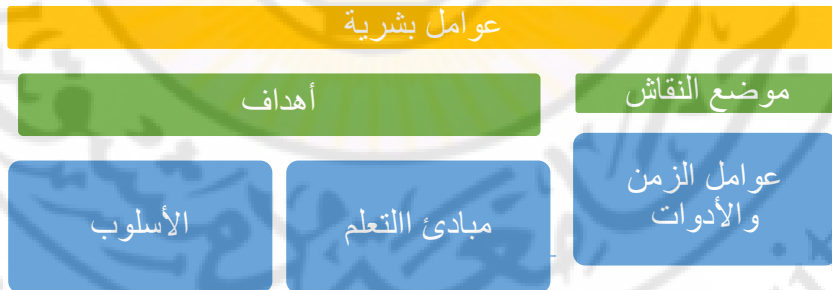
أ - أشرف ل (٤٠٠) ساعة في العلاج النفسي (الفردى، الجماعى) في مستوى الدراسات العليا للدخول في التدريب العملي.

- ب- خبرة في العلاج النفسي مع السكان البالغين مماثلين لسن طلبة الجامعة.
- ج- توفير الخبرة الموجهة في العلاج الفردي والجماعي.
- د- تجربة تقديم خبرة من الخدمات لفئات من المرضى المختلفين في مشكلاتهم وتنوعهم الثقافي.
- هـ- خبرة معتمدة من إحدى مراكز الإرشاد النفسي.
- و- خبرة إضافية ذات صلة.

العوامل التي تؤثر في اختيار أساليب التدريب

وتتضمن الآتي:

- أ- عوامل بشرية: مرشد، مدرس، متدرب، خبير.
- ب- موضوع النقاش: موضوع محدد، موضوع متعدد التخصصات.
- ت- أهداف: معارف، مهارات، اتجاهات ومواقف.
- ث- عوامل الزمن والأدوات: أدوات ووسائل، مرافق تعليمية، وزمن التدريب.
- ج- مبادئ التعلم: دافعية، أسلوب فردي، تغذية راجعة، تنمية أنشطة، مشاركة فعالة، تسلسل وبناء اتجاهات، تعليقات، أو انتقال إلى عمل آخر.
- ح- أسلوب المدرب في التدريب وسماته الشخصية.
- ويمكن تمثيل ذلك في المخطط (٣) الآتي:



Reproduced from the book "An Introductory Course in Teaching and Training Methods for Management Development," International Labour Office, Geneva (1981)

المدرّب لديه مجموعة واسعة من أساليب التدريب للاختيار فيما بينها، فهو يمزج بين أكثر من أسلوب واحد ليناسب البرنامج التدريبي، مثل: محاضرة، مناقشة، دراسة حالة، لعب الدور، التدريب على الحساسية، العصف الذهني، التعلم بمساعدة الحاسوب، الاسترخاء، الأنشطة، اللعب، التعلم المبرمج، مشروع عمل.

فهدف التدريب والنتائج الذي يسعى إليها المدرب لتحديد اختيار طريقة التدريب ذات أهمية كبيرة في برامج التدريب، فعلى سبيل المثال، إذا كان الهدف هو تطوير المهارات التقنية أو الفنيات العلاجية، فثمة حاجة للممارسة والتدريبات العملية، حيث يتم التركيز على المهارات المفاهيمية أولاً، ثم دراسة الحالة أسلوباً تطبيقياً، وإذا كان التوجيه في المواقف هو المقصود فقد يكون لعب الدور هو الأسلوب المناسب.

تقييم النتائج:

القص من التدريب هو مساعدة الناس والمنظمات الذين يواجهون مشكلات صعبة. فالنوايا لا يمكن قياسها، لكن يمكن أن تكون النتائج هي التي تكون الغاية في التعرف إلى فاعلية البرنامج التدريبي، ومن ثم، فإن استخدام تقنيات القياس المناسبة هي التي تقيّم النتائج بناء على:

♦ نوعية التدريب المقدم.

♦ تحسين الأداء.

♦ التقنية أو الأسلوب المستخدم في التدريب.

مثال لتقييم البرنامج التدريبي:

البرنامج التدريبي	ممتاز	جيد جداً	جيد	متوسط
المحتويات				
العرض				
الصلة بالموضوع				
الأشخاص والأدوار				

في نهاية الدورة، يقول المشاركون: إن البرنامج التدريبي قدم لهم فوائد جيدة، وملاحظاتهم لا تساعد فقط في تقييم البرنامج التدريبي، لكنها تساعد أيضاً في تحسين البرامج المستقبلية. وينفس القدر من الأهمية للمدرب في تقييم نفسه، ومدى استفادته من تدريب. لهذا الغرض، يمكن لمنظمي برنامج التدريب بإجراء "اختبار معلومات لممارسة القدرة لدى المشاركين في التدريب بعد الانتهاء منه، حيث يعطون (٢٠) سؤالاً، تتناول الجوانب الرئيسية لجلسات مختلفة،

التي يجيبون عنها ضمن مدة زمنية محددة. بعد ذلك، توزع الأوراق وتصحح الإجابات بحيث يمكن للمشاركين من تقييم أدائهم، وكذلك أداء المدربين (Roberts & Sobel 1999).

التدريب في السياق الجامعي

كما لوحظ، أن معظم البرامج السريرية في أقسام علم النفس والإرشاد النفسي تتم في الأغلب في أروقة الجامعات. ومع ذلك، فإن هيكل برامج التدريب العلاجي يمكن أن تتضمن برنامج التدريب الجامعي القائمة بذاتها ضمن مسار البرنامج العلاجي العام في الجامعة أو الكلية، لتوفير فرص حقيقية لاكتساب الخبرة الخاصة بالمتدربين. فهناك عدة دراسات استقصائية أجريت على مدى السنوات الـ (٣٠) الماضية حول البرامج العلاجية الأكاديمية التي تتميز من برامج التدريب السريري في المراكز ومشافي الصحة النفسية (Mannarino & Fischer, 1982; Roberts, 1992; Zeman, Nangle, & Sim, 1999)، وهذا التنوع لا يزال موجوداً لهذا اليوم. فأكثر من نصف برامج العلاج (٥٣، ٢٤٪) توفرها مسارات التخصصات العلمية في الكلية، ولكن (٤٠٪) توفرها المراكز والمشافي الخاصة. ومع ذلك، فالبرامج خارج المسارات الرسمية قد جذبت عدداً قليلاً من الطلاب المتدربين للعمل في المراكز والمشافي النفسية الخاصة بتقديم المساعدات النفسية للأطفال والمراهقين، وأقل من (٣٠٪) من الطلاب المهتمين بمعالجة الأطفال هم من طلاب الطب النفسي للأطفال. فعلى سبيل المثال أعدت جامعة نيويورك برنامجاً لطالبة الدراسات العليا لتدريبهم على ممارسة العلاج النفسي الذي يوفر الفرص لهم لاكتساب المزيد من الكفاءة في مجموعة من الطرق والتقنيات العلاجية والتقييم لمجموعات واسعة من المرضى من مختلف الأعمار والثقافات والاضطرابات النفسية، وكذلك مستويات متباينة من الأداء. ويسعى البرنامج إلى تسهيل انتقال المتدرب بأساس أكاديمي قوي إلى معالج مهني خبير. وكذلك تدريبهم وإعدادهم لممارسة الإرشاد والعلاج النفسي وفقاً للمعايير المهنية والأخلاقية التي وضعتها الجمعية الأمريكية لعلم النفس. ويشدد التدريب على اكتساب المهارات السريرية المتقدمة ودمجها في سياق الممارسة الثقافية في المجتمع، حيث يلتزم الطلبة بالممارسة الميدانية لمدة سنة، وبعد ذلك يخضعون لاختبار شامل أمام لجنة فاحصة للتأكد من كفاءة كل متدرب في الممارسة العملية، وانخراطه في مختلف الأنشطة العلاجية والمهنية التي تضم معظم الخبرات والمهارات الآتية:

- الانخراط لحوالي (٥-١٠) ساعة في الأسبوع للاتصال السريري المباشر ومشاهدة جلسات التقييم/ الاستشارة (المرحلة الأولى من التدريب) وأداء الأنشطة السريرية على مستويات متزايدة من الحكم الذاتي.

- تمارين تنمية المهارات التنظيمية والخبرات (أي تمثيل الأدوار، والفيديو / جلسات عملية مسجلة بالصوت والصورة لتقييم التدخل الإرشادي) القائمة على فنيات البرنامج، وتقييمهم للحالات التي تم علاجها سواء كانت علاجات أسرية أو فردية. وبعد انتهاء العمل يقوم مدير البرنامج بتقديم الملاحظات حول سير عمل كل متدرب في هذه الحالات، وكتابة تقرير حول الكفاءات التي اكتسبها في هذا البرنامج، ونقاط الضعف في التدريب.

- تعزيز المهارات التشخيصية بما في ذلك وصف التشخيص على كل محور من محاور الدليل التشخيصي DSM-IV، وخصوصاً إذا كان المتدرب يتبنى النموذج الطبي النفسي التقليدي.

- تطوير مهارات تصور حالة (المريض) لإظهار القدرة على دمج منهجيات سليمة وتطبيقها من الناحية النظرية إلى التدخلات العلاجية، وتعلم كيفية تطوير أهداف العلاج وتنفيذها. - إظهار القدرة على التواصل الفعال شفويًا وكتابيًا.

- إعطاء الملاحظات بشأن الحالات العلاجية من المشرفين وتلقيها. - المشاركة في المشكلة مع فريق العمل من أصحاب التخصصات المتعددة ضمن اجتماعات الفريق العلاجي.

- حضور ورشات العمل التعليمية في المدارس والمراكز الصحية الأخرى لاستكمال المعرفة السريرية وتمثلها وممارستها في الميدان العملي.

- الانخراط في بروتوكولات الأبحاث حيث تكون الفرص المناسبة لتعزيز تلك المعرفة والمهارات (Hersen & Gross, 2008).

كذلك، فقد وضعت جامعة نبراسكا لنكولن (UNL) برنامجاً للخدمات النفسية، والغرض منه تدريب المختصين في علم النفس على الممارسة العلاجية وعكس المعرفة التي تعلموها في الكلية على اكتساب المعرفة والوعي والمهارات الأساسية لممارسة العلاج والإرشاد النفسي.

دورات التدريب في برامج الإرشاد والعلاج النفسي

ثمة عدد من الدورات التدريبية التي يخضع لها المرشد أو المعالج المتدرب لامتلاك المبادئ العامة لعملية التدريب على نموذج معين من التدخلات الإرشادية والعلاجية وفق مدرسة علاجية معينة، إضافة إلى امتلاك المهارات اللازمة في تصميم البرنامج الإرشادي، وتنفيذه وتقويمه بطريقة تتم عن فهمه الدقيق لحيثيات العملية العلاجية بكاملها، والظروف التي تعوق تطبيق مثل هذا البرنامج على العينة المستهدفة. وقد جرت العادة في عملية تدريب المرشدين المبتدئين أن يقسم العمل إلى عدة مراحل أو دورات.

وفيما يلي عرض لهذه المراحل أو الدورات التدريبية:

الدورة الأولى: ما قبل الشروع بالتدريب:

في هذه الدورة، وهي جزء من البرنامج التدريبي، يبدأ المرشدون المبتدئون بإجراء مقابلات أولية مع العملاء أو المرضى أو المستنصحين، وذلك بناء على حاجة هؤلاء للتدخل الإرشادي أو العلاجي أو التوجيهي وخصوصاً الذين يقيمون في مؤسسات مختلفة (مستشفى، مركز إرشادي، مركز الإرشاد والتوجيه الجامعي أو المدرسي)، وبناء العلاقة مع المسترشدين من خلال المقابلة التمهيدية الأولى، وحيثيات ومتطلبات هذه العلاقة وفقاً للأساليب الإرشادية المختلفة. وقد يتم التدريب على بناء العلاقة في الجلسة التمهيدية الأولى أكثر من أربع إلى خمس جلسات، حيث يتضمن:

أولاً: تدريب المرشدين المبتدئين من قبل مشرف البرنامج على محتوى الجلسة التمهيدية الأولى وآلياتها وفقاً للاتجاهات الإرشادية والعلاجية المختلفة، ثم بعد ذلك يقدم بعض النماذج لهذه المقابلات الأولى المسجلة بالفيديو، وطلب المشرف من المرشدين المتدربين القيام بالتعليق على هذه الجلسات وإبداء ملاحظاتهم حول إمكانية تنفيذها في الواقع، ثم الطلب منهم القيام بالتدريب عليها من خلال تبادل الأدوار بين المتدربين، بحيث يكون أحدهما مرشداً والآخر مريضاً أو مسترشداً، ويتم هذا التدريب حتى الانتهاء من جميع المتدربين الذين يتتوبون على الدورين (مرشد، مسترشد)، ثم مناقشة تلك التدريبات وتقييمها من قبل المشرف وبقية المتدربين. وبعد ذلك يقوم المرشد أو المعالج بتقييم أداء المتدربين من خلال استمارات خاصة بذلك.

ثانياً: وفي المرحلة الثانية من التدريب، يقوم المتدربون بالتدرب على كيفية بناء العلاقة الإرشادية مع المسترشدين المتباينين ثقافياً حسب أعمارهم المختلفة، وطبيعة المشكلات التي يواجهونها، وذلك وفق توجهات الأساليب الإرشادية المختلفة، وذلك من أجل استكشاف الذات لدى المسترشد، مما يساعده على تحديد أهدافه من العملية الإرشادية واحتياجاته لنوع معين من المساعدة والتدخل الإرشادي أو العلاجي، وأخيراً تقييم إجراءات بناء العلاقة التي قام بها المرشدون المبتدئون مع المسترشدين أو المرضى من قبل المشرف على البرنامج. وقد تستغرق هذه المرحلة خمس جلسات تدريبية، مدة الجلسة بحدود (٤ - ٦) ساعات يومياً.

الدورة الثانية: بداية التدريب الميداني على تقنيات وفتيات البرنامج

يقدم هذا المسار التدريبي الجزء الأول من خبرة العمل السريري في الإرشاد والعلاج النفسي تحت الإشراف في المؤسسات الصحية النفسية المناسبة، وهذا بالطبع سوف يزيد من الفرص والخبرات والمهارات لدى المتدربين من حيث:

- أ- تطوير وعي المرشد المبتدئ بأساليب التقييم النفسي والشخصي باستخدام أدوات القياس والحكم الإكلينيكي.
- ب- تطوير أنماط الإرشاد الشخصي.
- ت- تطوير مهارة كتابة تقرير الحالة وخطة العلاج المقترحة وفهماها.
- ث- المشاركة في الإشراف على مجموعة من الحالات.
- ج- المشاركة في مجموعة دعم الأقران.
- ح- اكتشاف القضايا المهنية والنمائية.
- خ- تطوير مهارات عرض الحالة (المسترشد).
- د- اكتشاف القضايا الشخصية للحالة (المسترشد، المستصح، المريض، المتعالج) من خلال عملية التدخل، بما في ذلك اكتساب الوعي بالقضايا الشخصية التي قد تؤثر على العلاقة العلاجية.
- ذ- الوعي والدراية بالمسائل القانونية والأخلاقية عند التعامل مع الحالات على اختلاف أنواعها.

ودليل ذلك، تم تقيّم برنامج تدريبي لقادة جماعات العلاج النفسي التعبيري التديمي من قبل كلاسرين وآخرين (Classen et al,1997,211-218) للعاملين في مجال مرضى سرطان الثدي والبالغ عددهم (٢٤) عاملاً، وبعد الانتهاء من عملهم تم اختبارهم لقدرتهم ومهاراتهم في التعامل مع النموذج العلاجي، وتعزيز فهم المشاركين نتيجة للبرنامج. وتوضح هذه الدراسة، أن البرنامج التدريبي المختصر يمكن أن يُحسن فهم المعالرين لنمط العلاج، والوسائل الفعالة للتقييم التي تساعد هؤلاء العاملين في المستقبل على دراسة كيفية أداء هذه الاختبارات والتدخل السليم، وتعميم ذلك على أدائهم المستقبلي.

تقديم عملية التدريب العملي

يتم هذا العمل بالطبع تحت الإشراف من طرف الخبير السريري أو العلاجي في ضبط الحالات المرضية التي هي بحاجة إلى خدمات الصحة النفسية التي يمكن أن يتعامل معها المتدربون، بالإضافة إلى الفرص المتاحة في الإرشاد، والمتدربون سوف يصبحون مهرة في: ١. جعل تصورات الحالة تبيين قدرتهم على التكامل بين الفهم النظري للإرشاد والعلاج والممارسة لهذه الأطر النظرية.

٢-إجراء تكوينات ثقافية لضمان الاستراتيجيات والتقنيات المستخدمة والمناسبة للبيئة الثقافية للمسترشدين.

٣-استخدام مناسب في وضع خطط للعلاج عند الحاجة.

٤-وضع تصورات للمشكلة في المستقبل.

٥-الامتثال للوائح والمعايير الأخلاقية.

أشار جرين (Greben,2004,238) إلى أن تأثير العوامل التكاملية في عملية التدريب على مبادئ الإرشاد والعلاج النفسي ذات أهمية بالغة للتدريب في مجال العلاج النفسي التكاملي لدى المتدربين على المدى الطويل، وتعليمهم أسس التنقيف النفسي والصحي بعد مراجعة الأدبيات العلاجية على نحو منهجي صارم من التخطيط العلمي المبني على الأدلة في معالجة المشكلات المتنوعة التي يعاني منها المرضى، وذلك من خلال مجموعة من : المواقف والحالات المتنوعة حسب العمر وطبيعة المشكلة، وقاعدة معرفية من التقنيات الإرشادية والعلاجية، إضافة إلى المهارات والمهام النمائية، والتحديات والعوامل التي تعوق

عملية التدريب الشامل. ويمكن أن تقسم القضايا العلاجية التدريبية أربع فئات هي: المحتوى، والشكل، والعملية، والتسلسل، إضافة إلى تطوير أعضاء هيئة التدريب علمياً وعملياً في التعامل بالحالات المختلفة.

متطلبات تحسين التدريب في العملية الإرشادية

برامج الممارسة الإرشادية هي صعبة للغاية لتطويرها وتنفيذها بنجاح؛ فهي تتطلب من أعضاء هيئة التدريس مصادر دعم واسعة، بما في ذلك عيادات التدريب والمرافق البحثية. هذه الاحتياجات تؤدي في كثير من انخفاض في أداء المؤسسة العلمية التي تخلق التفكك بين مصادر العلم والممارسة والواقع التطبيقي. فالعديد من المؤسسات غير قادرة على إنشاء عيادات تدريبية شاملة أو مرافق دعم البحوث ذات الصلة. وأدوار أعضاء هيئة التدريس والإدارات و/أو دعم الجامعة هي أيضاً من العوامل الحاسمة في تنفيذ البرامج التدريبية للمتدرب والممارس في علم النفس الإرشادي. وأدوار أعضاء هيئة التدريس هي بالضرورة كثيرة ومتعددة، وتشمل: التدريس، والإشراف، وتقديم المشورة، وأنشطة الإرشاد. ومن المرغوب فيه بالنسبة لمعظم أعضاء هيئة التدريس في الإرشاد النفسي أن يكونوا قادرين على دمج أبحاثهم، والأنشطة الخاصة بالممارسة العلاجية بالطرق التي تسمح للطلاب بالتفاعل والمراقبة من جانب أعضاء هيئة التدريس الذين يعملون عبر هذه المهام.

إن التوصيات المذكورة أعلاه هي مجموعة أساسية من التوصيات التي يرى Tuma (1986) أنها داعمة أكثر لتدريب الطلاب على العمل بطريقة تكاملية كالمعالج الخبير في جميع أحواله المهنية: -

- ١- يجب على الطلاب أن يدرسوا منطق نموذج المعالج الخبير عبر الدورات والتطبيق العملي مع التركيز على كيفية التفكير الذي يسمح علمياً للابتكار والتقدم سواء في البناء الشكلي للقواعد المعرفية الموثوقة بها وفي إقامة علاقة فاعلة بالعملاء في أثناء تقديم خدمات المشورة.
- ٢- أن يكون التدريب متكاملاً مع البحوث والتطبيق العملي لبرامج الطلاب.
- ٣- يتطلب في البرامج التدريبية توفير الإشراف العلمي الدقيق.
- ٤- أن تدمج البحوث والتطبيق العملي المتعلقة بالأبحاث والمشاريع البحثية الفردية في برنامج الممارسة خلال جلسة كاملة من التدريب.

٥- تقبل التنوع المنهجي الشامل، عندما تسمح أساليب متنوعة للتقدم العلمي نحو زيادة فهم ظاهرة معينة.

٦- أن يدرس الطلاب كيفية مراجعة الأدبيات المهنية والبحث بطريقة الخبير الناقد مع التركيز على الدورات والتطبيق العملي للمساعدة في فهم القضايا أو المشكلات المحددة، بالإضافة إلى استعراض نظريات الإرشاد النفسي الأساسية وإجراءاتها التنفيذية.

٧- تعلم الطلاب كيفية تطبيق إجراءات العمل العلاجي على العملاء أو المستهدفين بالخدمة.

٨- على الطلاب إجراء الاستعراضات النقدية وتقديمها للتحقق من صحة العلاجات التجريبية التي يجب أن تدرس، ويستخدمها المشرفون في التطبيق العملي على نحو كاف.

٩- ينبغي على الطلاب أيضاً إجراء تقديم الاستعراضات النقدية لمجالات جديدة ومثيرة للجدل للبحوث المتعلقة بالممارسة.

١٠- وأخيراً، ينبغي أن يشارك أعضاء القسم المختص شخصياً في جميع جوانب الإعداد للتدريب، بما في ذلك التطبيق العملي (Terry et al, 2000). (Ollendick, ET AL, 1988) وقد تناولت عدداً قليلاً من الدراسات القضايا المتعلقة بالمهارات والتدريب والتأهيل للعاملين في الإرشاد والعلاج النفسي التي نشرت هذه الدراسة في عام (١٩٩٢) من قبل CEDEFOP والتي تمت في (١٢) مجتمع أوروبي، وتم تحليل النتائج من حيث المؤهلات والكفاءات المطلوبة في التدريب الإرشادي، وهي:

أ- إدارة معلومات: التعليم والتدريب والمهن وسوق العمل، وخدمات الدعم.

ج- العمل مع الجماعات: التدريس/ التعليم المهني، وتقديم الإرشاد الجماعي، وتسهيل جماعات المساعدة الذاتية.

د- التنسيق: الاتصال بمقدمي الخدمات، والتدريب/ العرض الذاتي، الإدراج. هـ- المتابعة.

و- التواصل: دعم مصادر التوجيه غير الرسمية، والدعوة، وردود الفعل لمقدمي الخدمات، وتخطيط الخدمات وتقييم البرامج، والعلاقات الخارجية.

خلاصة واستنتاج

رغم من أن المرضى في مجال العلاج النفسي، والمستقبل العلاجي للمعالجين والمرضى يبدو واعدًا. لذا ركز هذا الفصل الحديث عن أهمية التدريب في الممارسة العلاجية والإرشادية، وأهداف البرامج التدريبية، والمعايير الخاصة ثم الحديث عن بعض النماذج التدريبية في ضوء المدارس الإرشادية والعلاجية، مثل التحليل النفسي والمعرفي والإنساني، والإيجابي، وتم توضيح مهام وأطوار العملية التدريبية في كل نهج علاجي، والتدريب، ومستويات ما بعد الدكتوراه. ثم تطرق الحديث عن نماذج وأشكال التدريب والأدلة التي تؤكد أهمية برامج التدريب وفعاليتها في الممارسة العلاجية.

أسئلة مراجعة

- ما هو مفهوم التدريب في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، وهل يختلف عن ورشات العمل أو المحاضرات؟
- ما متطلبات التدريب في برامج الإرشاد النفسي؟
- ما معايير الكفاءات المطلوبة لتمكين المتدربين من إتقان المهارات التدريبية؟
- قارن بين بعض نماذج التدريب وفقاً لمدرستين من المدارس العلاجية؟
- ما نماذج وأشكال التدريب في برامج الإرشاد؟
- ما طرق التدريب في برامج الإرشاد النفسي؟
- اختر نموذجاً إرشادياً وعلاجياً، ثم قم بتصميم برنامجاً تدريبياً يتضمن الأهداف والأهمية، والمهارات، والتقييم.

مراجع الفصل

- Ali Miller, (2012). Instructor's Manual for Carl Rogers on Person centered Psychotherapy.net, LLC. All rights reserved.
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. Retrieved September 11, 2007, from <http://www.apa.org/ethics/code.html>.
- American Psychological Association. (2005). Guidelines and principles for accreditation of programs in professional psychology. New York: Author.
- American Psychological Association. (2006a). Committee on accreditation policy statements and implementing regulations. New York: American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2006b). Disclosure of education/training outcomes and information allowing for informed decision-making to prospective doctoral students. Retrieved December 7, 2006, from <http://www.apa.org/ed/accreditation/rev disclosure.html>.
- American Psychological Association. (2006c). Division 54: Society of Pediatric Psychology. Retrieved December 7, 2006, from <http://www.apa.org/about/division/div54.html>.
- Association of Psychology Postdoctoral and Internship Centers. (2006). 2006 APPIC match statistics. Retrieved January 9, 2007, from <http://www.appic.org/match/52218matchaboutstatistics> Approved by the Board on Professional Standards
- Bahlis, P.Eng(٢٠٠٨) Six Steps for Aligning Training with Organizational Goals ج bahlis@bnhexpertsoft.com
- Berridge L.Peter .(2011). From Coach to Positive Psychology Coach, University of Pennsylvania.
- Bashir, N. A & Jehanzeb, K.,. (2013). Training and development program and its benefits to employee and organization: A conceptual study. European Journal of Business and Management, 5(2), 243-252.
- Becoming Qualified and Accredited as a Cognitive Behavioural Psychotherapist, (2014). www.babcp.com Forester-Miller, H., & Davis, T. (1996). A practitioner's guide to ethical decision making. Alexandria, VA: American Counseling Association. Retrieved from http://www.counseling.org/docs/ethics/practitioners_guide.pdf?sfvrsn=
- Bishop, J. (1994). The impact of previous training in schools and on jobs on productivity, required OJT, and turnover of new hires. Private Sector and

Skill Formation: International Comparisons, edited by Lisa Lynch, National Bureau of Economic Research, Chicago: Univ. of Chicago Press, 161-200.

- Boesman, William. (2001). Science and Technology in the Former Soviet Union: Capabilities and Needs. In *The Former Soviet Union in Transition*, ed. Richard Kaufman and John P. Hardt. Armonk: M.E. Sharpe pp. 610–628.
- Boniwell, I., Osin, E., Linley, P. A., & Ivanchenko, G. (2009). A question of balance: Examining relationships between time perspective and measures of well-being in the British and Russian student samples. *Journal of Positive Psychology*, 5(1), 24-40.
- Bryant, F. & Veroff, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. , Inc., Mahwah, N.J
- Carver, R. (1996). Theory for practice: A framework for thinking about experiential education. *Journal of Experiential Education*, 19 (1), 8-13.
- Castonguay G Louis. and James F. Boswell .(2010).Training Implications of Harmful Effects of Psychological Treatments, *American Psychologist*, Vol. 65, No. 1, 34–49.
- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *Clinical Psychologist*, 49, 5–18.
- Classen C1, Abramson S, AClassen C, Abramson S, Angell K, Atkinson A, Desch C, Vinciguerra VP, Rosenbluth RJ, Kirshner JJ, Hart R, Morrow G, Spiegel D (1997).Effectiveness of a training program for enhancing therapists' understanding of the supportive-expressive treatment model for breast cancer groups. *J Psychother Pract Res*. Summer;6(3):211-8.
- Frances Devine. 2007. “Skills and training in the hotel sector: The Case of front office employment in Northern Ireland”. *Tourism and Hospitality Research* Vol: 7, pp: 269–280
- Fouad, Grus, Hatcher, et al’s (2009)(Clinical Training Manual Department of Psychology Suffolk University Fall 2015<http://www.apa.org/ed/graduate/competency.aspx>.
- Greca, A. M., Stone, W. L., & Swales, T. (1989). Pediatric psychology training: An analysis of graduate, internship, and postdoctoral programs. *Journal of Pediatric Psychology*, 14, 103–116.
- Greco, P., La Greca, A., Ireland, S., Wick, P., Freeman, C., Agramonte, R., et al. (1990). Assessing adherence in IDDM: A comparison of two methods [Abstract]. *Diabetes*, 39(Suppl. 1), 108A

- Hersen M& Gross,M.(2008) Handbook in clinical psychology for children and adolescents. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey
- Hudson, F. M. (1999) The Handbook of Coaching: a comprehensive resource guide for managers, executives, consultants and human resource professionals, Jossey-Bass, San Francisco.
- La Greca, A. M., & Hughes, J. N. (1999). United we stand, divided we fall: The education and training needs of clinical child psychologists. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 435–447.
- Lacan Jacques (2013). A psychoanalysis, whether standard or not, is the treatment that one expects from a psychoanalyst. Australian Centre for Psychoanalysis Psychoanalytic training.
- Lacan, Jacques, .(1977. 'Excommunication', in *The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis* (London: Tavistock,), 2. 'Excommunication', in *The Four Fundamental Concepts of Psychoanalysis* (London: Tavistock), 2.
- Lyubomirsky, S., Sheldon, K. M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology*, 9, 111-13
- Jehanzeb Khawaja & Nadeem Ahmed Bashir .(2013). Training and Development Program and its Benefits to Employee and Organization: A Conceptual
- McFall, R. M. (2006). Doctoral training in clinical psychology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 21–49. Study, *European Journal of Business and Management* ,Vol.5, No.2, 2013.
- Michael Armstrong. 2000. "Understanding training. *Human Resource Management Practice*. 8th Edition. Kogan page limited, London. pp:543
- Michael Armstrong.(1997). *A Handbook of Personnel Management Practice*, reproduced in *Personnel in Practice*, Currie, Donald: Blackwell Business (Oxford, UK.
- Murrock, N.L., Alcorn, J., Hesacker, M. & C. (1998). Model training program in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 23, 658–672.
- North Carolina Counseling Association Conference, February 2013 21, Greensboro, NC
- Pachana -Nancy A. Pachana , Analise O'Donovan & Edward Helmes.(2007). Australian clinical psychology training program directors survey Page 168-178

- Prochaska, J. O., Velicier, W. F., Rossi, J. S. & Goldstein, M. G. (1994). 'Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviours', *Health Psychology*, vol. 13, no. 1, pp. 39-46.
- Roberts, M. C., & Sobel, A. B. (1999). Training in clinical child psychology: Doing it right. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 482–489.
- Roberts, M. C., & Steele, R. G. (2003). Predoctoral training in pediatric psychology at the University of Kansas Clinical Child Psychology Program. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 99–103.
- Roberts, M. C., Erickson, M. T., & Tuma, J. M. (1985). Addressing the needs: Guidelines for training psychologists to work with children, youth, and families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 14, 70–79.
- Roberts, M. C., Erickson, M. T., & Tuma, J. M. (1985). Addressing the needs: Guidelines for training psychologists to work with children, youth, and families. *Journal of Clinical Child Psychology*, 14, 70–79.
- Roberts ,Lisen and Franzo, Tiffany.(2014). Requiring Personal Therapy for Counselors-in-Training: Application of an Ethical Decision-Making Model, Paper based on a program presented at the
- Rogers, C. R. & Stevens, B. (1967). *Person to person: To problem of being human: A new trend in psychology*. Walnut Creek, CA.
- Safavi, A. A. (2008). Developing countries and e-learning program development. *Journal of Global Information Technology Management*, 11 (3), 47-64.
- Seligman, L. (2006). *Theories of counseling and psychotherapy: Systems, strategies, and skills*. (2nd ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education, Ltd
- Seligman, M. E. P., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2007). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35(3), 293-311.
- Tannenbaum, S. I., & Yukl, G. (1992). Training and development in work organizations. *Annual Review of Psychology*, 43, 399–441.
- Terry M. Pace et al.(2000). Training Models in Counseling Psychology: gScientist-Practitioner Versus Practitioner-Scholar, *The counseling psychologist* 28 No. 5, September 2000 622-640
- Tuma, J. M. (1986). Clinical child psychology training: Report on the Hilton Head conference. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 88–96.
- Virginia Beach .(2016). *Handbook clinical (2016-2017, (Psychology) University Drive, Virginia 23464*.

- Wajdi Milhem ,Khalil Abushamsieh& Pérez Aróstegui Maria.(2014). Training Strategies, Theories and Types, Journal of Accounting – Business & Management vol. 21 (1),12-26.
- Waterman, A. S. (1995). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. Journal of Personality and Social Psychology, 64, 678-691
- Zeman, J., Nangle, D. W., & Sim, L. (1999). Incorporating a developmental perspective in doctoral training: Survey of clinical psychology training programs and introductions to the special section. Journal of Clinical Child Psychology, 28, 426–434.



الفصل الثالث

برامج الإرشاد المعرفي السلوكي (الموجة الثالثة)

مفهوم الموجة الثالثة في العلاج المعرفي

نماذج الموجة الثالثة في العلاج المعرفي

العلاج بالقبول والالتزام

التنشيط السلوكي

نظام التحليل المعرفي السلوكي للعلاج النفسي

العلاج الجدلي السلوكي

العلاج ما وراء المعرفي

العلاج المخطط

العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية

أولاً-برنامج علاجي معرفي قائم على اليقظة العقلية

ملخص واستنتاج

أسئلة مراجعة



الفصل الثالث

برامج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي (الموجة الثالثة)

يهدف هذا الفصل إلى إكتساب الطالب المعارف والخبرات الآتية:

- تعرف الموجة الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي والتي أصبحت الوجه الجديد للعلاج المعرفي السلوكي.
- تعرف أهم النماذج العلاجية التي تشملها الموجة الثالثة، ومزايا كل نموذج في علاج بعض الاضطرابات النفسية.
- كيفية تصميم برنامج علاجي قائم على اليقظة العقلية في خفض الاكتئاب.
- تعرف نظرية الأمل والأبعاد الأساسية التي تتضمنها ضمن نموذج العلاج المعرفي.
- كيفية تصميم برنامج إرشادي أو نمائي قائم على نظرية الأمل في العلاج النفسي.

تعد الموجة الثالثة في العلاج النفسي المعرفي السلوكي جيلاً جديداً في العلاجات النفسية التي تستخدم على نحو متزايد في علاج المشكلات النفسية، إضافة إلى مجموعة غير متجانسة من العلاجات، بما في ذلك العلاج بالقبول والالتزام، والتنشيط السلوكي، وأنظمة التحليل السلوكي للعلاج النفسي، والعلاج السلوكي الجدلي، والعلاج ما وراء المعرفة، والعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، والعلاج المخطط... الخ. كما أنها تضم مجموعة من الأساليب العلاجية الناشئة التي تمثل امتداداً للأساليب المعرفية السلوكية التقليدية. وهذه الأساليب تهدف إلى النهوض الشامل بالصحة والرفاه النفسي للفرد، والحد من الأعراض النفسية والانفعالية، وذلك من خلال استخدامها العديد من الاستراتيجيات والتدخلات المستخدمة لزيادة فاعلية التدخلات المعرفية السلوكية التقليدية، بمعنى آخر تسعى إلى مساعدة الناس على عيش الخبرة الكاملة في رضى أكثر. وقد أجريت العديد من الدراسات القائمة على الممارسة المستندة إلى الأدلة في دراسات طويلة وعرضية للعديد من الاضطرابات النفسية، إذ تبين من هذه النماذج في السنوات الخمس الماضية فعاليتها في الحد من أعراض الاضطرابات النفسية المختلفة. ونتيجة لهذا النجاح، فقد فتحت هذه الأساليب العلاجية آفاقاً لعلاج العديد من المرضى الذين يعانون من اضطرابات، مثل: اضطراب الشخصية الحدية، والاكتئاب المزمن أو اضطراب القلق العام. وتسمح الأدلة البحثية المتاحة النظر في جميع علاجات الموجة الثالثة التي تم تدعيمها تجريبياً من خلال برامج الإرشاد والعلاج النفسي في الممارسة القائمة على الأدلة أو البراهين العلمية حول فاعليتها وكفاءتها في التصدي للعديد من الاضطرابات النفسية.

العلاج السلوكي له جذوره العلمية والتطبيقية منذ عام (١٩٥٠) ويسمى "الموجة الأولى"، وهو يركز على تغيير سلوك العميل من خلال الانخراط في سلوك إيجابي، أو تعزيز اجتماعي، من حيث استخدام مبادئ التعلم لتحقيق ذلك، مثل التعرض، وخفض الحساسية، والإشراف الكلاسيكي، والإجرائي، والتعلم الاجتماعي (Miltenberger, 2012). بمعنى آخر، يركز العلاج السلوكي على تعديل السلوك وليس تعديل سمة الشخصية. بينما تميّزت الموجة الثانية بتركيزها على معالجة المعلومات العلاج المعرفي الكلاسيكي باعتباره أسلوب العلاج النفسي السائد في جميع أنحاء العالم في ذلك الوقت. ومع مرور أكثر من (٤٥) عاماً من الخبرة في العلاج المعرفي، أظهرت النتائج التجريبية فاعليته ونفوقه في تحسن أعراض الاكتئاب والحد من الانتكاس مقارنة بالعلاج الدوائي. ومع ذلك، رغم من الخبرة الواسعة للمعالجين في العلاج المعرفي التقليدي، وفاعليته التقنيات العلاجية في التصدي لبعض الاضطرابات النفسية، إلا أنه ثمة حدود لهذه الممارسة التي يمكن أن نبينها في الآتي:

١- إنه مماثل لغيره في علاج الاضطرابات النفسية من حيث تأثيره المحدود في إحداث التحسن النوعي لدى المرضى.

٢- لم يتم العثور على فوائده التطبيقية في العديد من الاضطرابات النفسية وفقاً لما أشار مستخدموه إلى ذلك.

٣- بيانات مفقودة لدعم التدخلات الرامية إلى محتوى المنحنى المعرفي التي هي عناصر أساسية للعلاج المعرفي التقليدي، مع وجود أدلة قليلة للتدخلات التي تركز على المحتوى المعرفي، مثل الأفكار المضطربة، وزيادة كبيرة في فاعليته. ويشير التحليل إلى أن فاعلية العلاج المعرفي تعتمد على نحو حاسم على التنشيط السلوكي تدخلاً وحيداً.

وتتميز الموجة الثالثة من العلاجات المعرفية السلوكية بموضوعات جديدة للعلاج السلوكي، مثل: ما وراء المعرفة، الاندماج المعرفي، والانفعالات، والقبول، واليقظة العقلية، والديالكتيك السلوكي، والقضايا الروحية، والعلاقة العلاجية، بالرغم من تضمينها أساليب وتقنيات غير متجانسة، لكنها تركز قواسمها المشتركة على محتوى التدخلات المعرفية، واستخدام النماذج الجديدة بغية سد العجز في المهارات المعرفية اللازمة للحفاظ على آليات معالجة اضطرابات معينة.

وتشترك علاجات الموجة الثالثة ببعض الخصائص، منها: التركيز على خفض الضغوط القائمة على اليقظة العقلية Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990)، والقبول والالتزام Acceptance and commitment (ACT) استخدمها هايز ستروسهل وولسون، Hayes، Strosahl, & Wilson, 1999 التنشيط السلوكي، Behavioral Activation والعلاج المعرفي القائم على التحليل السلوكي Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy والعلاج الجدلي السلوكي Dialectical behavior therapy (DBT؛ Linehan, 1993)، والعلاج ما وراء المعرفة Metacognitive therapy (CBASP؛ McCullough, 2000)، والعلاج المخطط Schema therapy، والعلاج التحليلي الوظيفي Functional analytic psychotherapy (FAP ; Kohlenberg & Tsai, 1991) والعلاج التكاملي للأزواج Integrative behavioral couple therapy، والعلاج القائم على ما وراء المعرفة Meta-analysis وقيم المريض في الحياة، والعلاقات، والأساس المنطقي لكيفية إجراء النهج العلاجي المعرفي الحديث، والعلاقة بين المريض والمعالج. وقد أجريت دراسات عديدة حول فاعلية هذه النماذج العلاجية، التي بينت نتائجها القائمة على الأدلة العلمية أنها ذات كفاءة عالية في الحد من أعراض اضطرابات نفسية عديدة. لذلك، تعد نماذج الموجة الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي مجالاً مهماً في مواجهة مشكلات نفسية وانفعالية لم تكن تعالج بالأساليب المعرفية التقليدية، مثل، اضطرابات الفقد والحزن، والطلاق، وأمراض السرطان والسكري وغيرها. وقد تم إضافة هذه النماذج العلاجية الحديثة إلى العلاجات المعرفية التي تسمى الآن الموجة الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي، وقد لقيت دعماً تجريبياً لعلاج الاضطرابات النفسية من خلال هذه النماذج المقدمة وفتحت آفاقاً واسعة لعلاج مجموعة من الاضطرابات النفسية، مثل: اضطرابات الشخصية الحدية، والاكتئاب المزمن، أو اضطرابات القلق العام الذي لقي اهتماماً قليلاً في الماضي (انظر كتابنا الموجة الثالثة للعلاج المعرفي السلوكي. عمان: دار الإصدار العلمي، ٢٠١٦).

ومن ثم، ويمثل العلاج السلوكي التقليدي الموجة الأولى للعلاج النفسي القائم على أساس علمي، بينما الموجة الثانية فتتمثل في العلاج المعرفي الذي قدمه أرون بيك Aaron Beck في عام (١٩٧٠) في تناوله لعلاج الاكتئاب واضطرابات القلق والأكل (Hayes, 2004). في أواخر

عام (١٩٨٠) وأوائل عام (١٩٩٠) تمت مصاهرة بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي، حيث سمي بالعلاج السلوكي المعرفي (CBT)، وهذا هو شكل من أشكال العلاج القائم على قاعدة من البيانات والممارسة المبنية على الأدلة (Roth & Fonagy, 2005).

ويرى هايز (Hayes, 2004, 659) أن إعادة صياغة العلاج المعرفي السلوكي في الموجة الثالثة من خلال دمج الأجيال السابقة من العلاج السلوكي والمعرفي وتطويرها ضمن تقنيات وأساليب لمواجهة مشكلات جديدة سبق معالجتها في المقام الأول من قِبَل التقاليد العلاجية أخرى، على أمل تحسين العمل في كل من الإجراءات والنتائج العلاجية.

وهنا، لا بد من تقديم رؤية مختصرة عن نماذج الموجة الثالثة في العلاج السلوكي المعرفي ليتسنى للقارئ والباحث الاطلاع على مزايا كل نموذج من هذه النماذج، ثم الانتقال إلى تقديم بعض البرامج الإرشادية والعلاجية على أنها نماذج لبعض الاضطرابات النفسية التي تناولتها هذه النماذج بناء على الدراسات المضبوطة وفق التحليل ما وراء المعرفة التي تم نشرها بعد عام (٢٠٠٧)، وأهم هذه النماذج ما يلي:

أولاً - العلاج بالقبول والالتزام Acceptance and commitment therapy

تُعد نظرية العلاج بالقبول والالتزام (ACT) إحدى العلاجات المعرفية السلوكية التي تعتمد على الجمع بين الاستراتيجيات الأساسية للقبول واليقظة العقلية للتأثير على تغيير السلوك عن طريق المرونة النفسية. وقد طوّر هذا الأسلوب العلاجي في بداية عام (١٩٨٠) عن طريق كل من هايز، يلسون وستروساهل Hayes, Wilson, and Strosahl حيث تركز على ست عمليات أساسية هي: (القبول، التعميم المعرفي، الذات، الآن، القيم، العمل)، وتسعى جميعها إلى تحقيق هدف عام هو المرونة النفسية. وتشير النتائج القائمة على الأدلة إلى أن نموذج المرونة النفسية يزودنا بنموذج موحد لتغيير السلوك وتنمية الشخصية بما يتلاءم تماماً والافتراضات الأساسية لعلم النفس الإرشادي (Hayes, et al, 2012).

وتقوم هذه الطريقة في العلاج على إطار النظرية البنائية الوظيفية والعلائقية Functional. contextualism and the relational frame theory pragmatism وفقاً لوليم جيمس (1907) William James حيث تنظر السياقية إلى الأحداث النفسية على أنها أفعال مستمرة للكائن الحي بمجمله وتتفاعل مع السياقات المحددة موقفاً وتاريخاً. وهذه الأفعال هي أحداث

كاملة من الممكن فصلها فقط من أجل الأهداف البراغمية، وليس من أجل الأهداف الوجودية. على اعتبار أن هذه الأهداف تركز حول كيفية تطبيق محك الحقيقة البراغماتية للسياقية. لذلك، فإن السياقية الوظيفية تختلف عن التنوعات الأخرى في تضمينها أهدافاً أخرى (2, 2006, Hayes et al).

وفقاً لهذا المنظور، الوحدة التحليلية هي "النشاط ضمن سياقه"، خلافاً لأكثر الافتراضات النموذجية النمطية المشتركة في مجال العلوم التجريبية، فإنه من وجهة نظر السياقية: الفعل يستمد المعنى من سياقه، تاريخه، هدفه، والوضع الحالي. وفي السياق الوظيفي، فإن الهدف هو التنبؤ والتأثير في الأحداث النفسية. كما تفترض أن العمليات النفسية التالية بوصفها عناصر أساسية لاضطرابات نفسية: (١) الانصهار المعرفي، (2) التجنب التجريبي، (3) تعلق تصور الذات لفظياً، (4) عدم وجود قيم أو اضطراب الأهداف والقيم، (٥) وأخيراً غياب السلوك الملتزم الذي يتحرك في اتجاه القيم المختارة.

ويعرف أربنجد (Arabnejad, 2014, 89) القبول والالتزام بأنه "منهج علاجي يعتمد على القبول والالتزام، واعتماد اليقظة العقلية وتبديل السلوك بهدف توليد المرونة النفسية لدى المتعالجين. وهذا النهج لا يعتمد على وجود الأعراض المرضية، بل يؤمن بأن العقل السليم والإدراك وعمليات اللغة والتفكير هي التي توجه الإنسان ليتجنب الخبرات، وهذا التجنب بدوره يؤدي إلى مشكلات تسبب معاناة الإنسان". ويوضح رويز (Ruiz, 2010) أن العلاج بالقبول والالتزام من أشهر العلاجات فيما يسمى بالموجة الثالثة للعلاج السلوكي. وهذا العلاج هو نموذج للتدخل العلاجي الذي يتأصل من الناحية الفلسفية في السياقية الوظيفية Functional Contextualism ويتأصل من الناحية النظرية في نظرية الحالة الذهنية الاتصالية Relational Frame Theory. وينظر إلى العلاج بالقبول والالتزام على أنه علاج لاضطراب التجنب التجريبي الذي يُعد نموذجاً وظيفياً للمرض النفسي (Ruiz, 2010, 126).

فهذا النموذج من العلاج لا يهدف إلى تخفيف حدة وتكرار الانفعالات والأفكار المكدرية فقط، بل لزيادة الفعالية السلوكية، بغض النظر عن وجود الأفكار والانفعالات المحزنة ذات المستويات المتنوعة من الحدة. ويمكن تحديد أهداف هذا العلاج في:

- ١- استيضاح القيم التي يتمسك بها العميل، والأهداف التي يحاول تحقيقها بصورة شخصية.
- ٢- زيادة فعالية العميل وإثراؤه في التحرك اتجاه هذه القيم والأهداف.

ويركز هذا العلاج على ست عمليات، هي:

١- **القبول** Acceptance : هو التبنى الفعّال للخبرات الداخلية دون تغيير شكلها أو تكرارها.
٢- **التشويه المعرفي** Cognitive Defusion: أي ملاحظة الأفكار بدلاً من أخذها حرفياً، بهدف التقليل من مصداقيتها وتأثيراتها.

٣- **أن تكون حاضراً** Being Present: الاستجابة بوعي للحظة الراهنة.

٤- **ملاحظة الذات** Noticing Self : وعي المرء بخبراته الخاصة دون التعلق بها، والتمييز بين الذات وبين المحتوى النفسي المتجنب.

٥- **القيم** Values: هي اتجاهات الحياة الشخصية ذات المعنى التي تم اختيارها على نحو حر.

٦- **العمل الملتزم** Committed Action: هي النشاطات الفعالة الموجهة قيماً (Ciarrochi et al., 2010, 5).

ويسعى هذا العلاج إلى تحقيق هدف عام هو المرونة النفسية، وتشير إلى قدرة الفرد على التواصل مع اللحظة الراهنة على نحو كامل وواع، وتغيير سلوكه أو الاستمرار فيه بما يتماشى بقيمه ومعتقداته الحياتية.

وهناك العديد من التجارب العشوائية (المضبوطة) لاختبار فعالية (ACT) في الحالات السريرية غير المتجانسة. فقد أظهرت النتائج علاقة (ACT) بالحد من أعراض الاكتئاب لدى الرجال والنساء الذين يعانون من الاكتئاب، وكان هذا اللون من العلاج متوقفاً على تدريب الاسترخاء التدريجي في الحد من أعراض اضطراب الوسواس القهري، وكذلك الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات، وتحسن كبير في الإقلاع عن التدخين. وقد تبين أنه فعال في خفض مستويات الإجهاد والإرهاق، وفي الألم، واضطرابات الأكل، واضطراب القلق العام، والأعراض الانفعالية في الاضطرابات الذهانية.

ثانياً العلاج بالتنشيط السلوكي Behavioral activation therapy

التنشيط السلوكي هو أسلوب من أساليب الموجة الثالثة لعلاج الاكتئاب وغيره من الاضطرابات النفسية. وقد تبين من دراسات تحليل المكونات الضرورية للعلاج المعرفي الكلاسيكي أن التنشيط السلوكي هو عنصر قائم بذاته له فعالية مماثلة أو متوقفاً مقارنة مع العلاج المعرفي (Jacobson et al, 1996). وقد تطور هذا النهج العلاجي من التقاليد

السلوكية التي تسعى إلى زيادة التعزيز الإيجابي من طريق جدولة سلوكيات المريض المناسبة، وتحقيق عمل مضاد للاكتئاب. كما يسهم في تغيرات مهمة مقارنة بالإصدارات السابقة لتحويل الأنشطة "السارة" إلى الأنشطة ذات القيمة، تحولاً يتأثر بقوة القانون واعتماد مفهوم "العمل المعاكس" للعلاج السلوكي الجدلي. والهدف من ذلك هو جعل المريض على اتصال بمصادر متنوعة ومستقرة لها قيمتها من التعزيز الإيجابي. ويشمل التنشيط لسلوكي: التقيف النفسي، ورصد النشاط، وجدولة الأنشطة المضادة للاكتئاب، واستكشاف الأخطاء وإصلاحها.

ويعرف التنشيط السلوكي (BA) بأنه العملية العلاجية التي تؤكد على محاولات بناء لزيادة إدماج السلوكيات العنلية التي تمكن المريض من الاتصال الاجتماعي لتعزيز الطوارئ البيئية وإنتاج تحسينات مماثلة في الأفكار، والمزاج، وجودة الحياة عموماً (Jacobson, et al, 2001, 255-270) كما يُعرّف أيضاً، بأنه نهج من أساليب العلاج السلوكي لعلاج الاكتئاب، وواحد من العلاجات النفسية للتحليل الوظيفي القائم على النموذج النفسي السكينري Skinnerian لتغيير السلوك المشار إليه عموماً بتحليل السلوك التطبيقي. وهذا المجال أيضاً هو جزء مما يسمى بتحليل السلوك الإكلينيكي (CBA) Clinical Behavior Analysis، الذي يؤلف واحداً من الممارسات الأكثر فاعلية لدى الممارس المهني لتحليل السلوك.

ويساعد التنشيط السلوكي الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب لتحسين مزاجهم والذي يمكن أن يُحسن عن طريق مهارات التعلم لمساعدتهم على تعديل سلوكياتهم اليومية، وإقامة أنماط جديدة بدلاً من أنماط التجنب والانسحاب والخمول التي هي أنماط قابلة للتغيير. وهذا يساعد على تقليل المشاعر الاكتئابية. كما يهدف إلى تعلم مهارات محددة لزيادة المشاركة في الأنشطة الإيجابية، وهذا سوف يؤدي إلى تعزيزات إيجابية أكبر للعميل وأقل اكتئاباً، وقد يؤثر على عمليات التفكير السلبية، والذي بدوره يمكن أن يحد من مشاعر الاكتئاب (Lejuez, et al. 2001).

ويستند التنشيط السلوكي على النظرية القائلة بأنه كلما أصبح الأفراد مكتئبين، فإنهم يميلون إلى الانخراط في التجنب والعزلة، ومن ثم تفاقم الأعراض والحفاظ عليها. والهدف من العلاج هو العمل مع الأفراد المكتئبين تدريجياً لتجنب العزلة وزيادة مشاركتهم في الأنشطة التي

تساعدهم على تحسين المزاج. وفي كثير من الأحيان تشمل هذه الأنشطة: ممارسة الهوايات التي كانوا يتمتعون بها قبل إصابتهم بالاكتئاب، والأنشطة ذات الصلة التي لها قيمة لديهم ، مثل: الخروج لتناول العشاء، وتحسين العلاقات بين أفراد الأسرة، والعمل لتحقيق أهداف متصلة بعمل محدد، وتعلم مهارات وأنشطة جديدة، والاستحمام بانتظام... ومن المهم أيضاً تعليمهم عادات النوم، والأكل، والعمل على تطبيع تلك السلوكيات الجيدة (Hopko, 2004).

ويتضمن التدخل في برامج التنشيط السلوكي الطلب من المشاركين بناء التسلسل الهرمي لتعزيز الأنشطة التي تحتل مرتبة أقل صعوبة إلى أكثر صعوبة، وتتبعهم لأهدافهم الخاصة جنباً إلى جنب مع المعالجين الذين يستخدمون الاقتصاد الرمزي لتعزيز النجاح في الانتقال من خلال التسلسل الهرمي للأنشطة؛ تم قياس مهارة المشاركين قبل وبعد التدخل باستخدام مقياس الاكتئاب. وبعد ذلك مقارنة النتائج بنتائج المجموعة الضابطة التي لم تحصل على نفس المعالجة. وأظهرت نتائج أولئك الذين تلقوا العلاج بالتنشيط السلوكي كانوا متفوقين على نحو ملحوظ مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة .. ويمكن وصف برنامج العمل بـ (تقييم السلوك/ المزاج، واختيار الاستجابات البديلة، وتجريب لتلك الردود بديلة، ودمج هذه البدائل، وملاحظة النتائج ، وأخيراً التقييم ... وكل ذلك، من أجل فهم العلاقة بين الأفعال والعواقب الانفعالية، واستبدال أخرى متكيفة بنظم الأنماط المضطربة، بالإضافة إلى ذلك، يتم التركيز على نوعية النوم، وتحسين الأداء الاجتماعي في هذا التدخل العلاجي (Dimidjian, et al. 2006).

ورغم من أن نتائج الدراسات الأولية تؤكد عموماً على فاعلية التدخلات القائمة على التنشيط السلوكي، إلا أنها ما زالت في مهدها، لكن بعض الدراسات القليلة أظهرت وقف حالات التدخين المرتبطة بالاكتئاب، وانخفاض أعراض الاكتئاب لدى المسنين، وأعراض الاكتئاب المصاحبة لسرطان الثدي، واضطرابات الاكتئاب المزمنة، وحالات الانتحار.

ثالثاً - نظام التحليل المعرفي السلوكي للعلاج النفسي

تم تطوير نظام التحليل المعرفي السلوكي للعلاج النفسي Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) من طرف جيمس ماك كولوف (McCullough 2000, 2006) في جامعة فرجينيا بين عامي (2000-2006) وذلك لعلاج المرضى الذين يعانون من الاكتئاب المزمن، كما يُعد نموذجاً تكاملياً يجمع بين الإجراءات

السلوكية والمعرفية، والمتغيرات النفسية والشخصية. ويركز هذا النهج في المقام الأول على مساعدة الشخص المكتئب على فهم أو إدراك كيفية تأثير المشكلات في سلوكه نتيجة لأوضاعه الشخصية. ويتم تحليل أمثلة محددة لمثل هذه الحالات، بما في ذلك العلاقة العلاجية تفصيلياً من أجل تحسين مهارات التعامل مع الآخرين، إضافة إلى تعليم المزيد من المشاركة الفعالة في البيئة الاجتماعية (McCollough, 2000).

وفقاً لهذا النموذج، فالمرضى الذين يعانون من الاكتئاب المزمن ينقطعون أو يعزلون عن بيئتهم، ويحصل لديهم انخفاض في ردود الفعل المهمة لأنماط المشكلات ذات الصلة بالعلاقات الشخصية. وتستخدم العلاقة العلاجية بنشاط لمساعدة المرضى على توليد السلوك التعاطفي، وتحديد وتغيير أنماط الشخصية المتعلقة بالاكتئاب، وشفاء الصدمة الشخصية. ويتكون العلاج القائم على (CBASP) من ثلاث تقنيات: (١) التحليل الظرفي، وهي تقنية لحل مشكلة تهدف إلى مساعدة المريض على إدراك عواقب سلوكه الناتج عن الآخرين وتعديله، (٢) تمارين العلاقات البينية للتمييز وفحص الخبرات المؤلمة الماضية مع الآخرين والتمييز بين العلاقات الصحية، (٣) والتدريب على المهارة السلوكية / بروفة، مثل التدريب على تأكيد الذات، ومواصلة مساعدة الأفراد المكتئبين على تعديل سلوكهم غير المتوافق. ويوصي ماك كولوف (McCollough, 2008) بشدة كافة المرضى الذين يبدؤون العلاج CBASP أن يبدأوا أولاً باستخدام الأدوية المضادة للاكتئاب.

وقد أظهرت الأدلة القائمة على الممارسة أن فاعلية هذا النموذج العلاجي يماثل فاعلية العلاج التدعيمي، والعلاج الدوائي في خفض أعراض الاكتئاب، إضافة إلى تحسين قدرة المرضى على حل المشكلات الاجتماعية المعقدة، كما له أثر فعال في تخفيف أعراض الاكتئاب لمدد طويلة من الزمن.

رابعاً - العلاج الجدلي السلوكي Dialectical Behavioral Therapy

هو العلاج الشامل الذي يمزج بين العلاج المعرفي السلوكي، والنهج القائم على التسامح والممارسات التأملية التي تجسدها تدريبات الزن اليابانية وغيرها من الممارسات. ولب فلسفة العلاج هو الديالكتيك الجدلي، الذي يؤكد على قيمة البحث في الكشف عن التوترات بين التوليفات الطبيعية من أجل تحقيق التغيير. وينطوي العلاج الجدلي السلوكي DBT على

تحقيق التوازن بين التركيز العلاجي على استراتيجيات التغيير والقبول، وتشجع العملاء على الاعتراف وقبول الخبرة الانفعالية من جهة، والعمل على كبح المشاعر السلبية ومنعها من الظهور من جهة أخرى. ويتمحور الهدف الأساسي للعلاج الجدلي السلوكي خصوصاً في المرحلة الأولى من العلاج عندما يعاني الفرد من نقص في الضبط السلوكي، وبالتالي الاختلال والانخراط في السلوكيات التي تهدد الحياة. وتشمل هذه المرحلة أربعة أنماط أساسية للعلاج، وتم عرضها في جلسات علاجية فردية تركز على تحسين دوافع العميل للعمل للحصول على تأكيد بأن الحياة جديرة بأن تعاش. وهذا اللون من العلاج تم تطويره من قبل مارشا لينهان Marcha. Linehan، في أواخر ١٩٨٠ وأوائل ١٩٩٠م في جامعة واشنطن، حيث ركزت في البداية على حالات الانتحار، ونماذج إيذاء الذات للمرضى النفسيين الذين لديهم تاريخ من اضطرابات متنوعة، والمُشخصين في الأغلب وفق معايير اضطراب الشخصية الحدية (Borderline Personality Disorder (BPD)). يفترض DBT أن العجز في المهارات في مجال تنظيم الانفعال هو مؤشر وسيط لهذه الاضطرابات. وفقاً لذلك، طور هذا اللون العلاجي مجموعة واسعة من المهارات في مجالات اليقظة العقلية والتسامح مع الشدائد، وتنظيم الانفعال والفعالية الشخصية (Linehan.1993b).

ولسنوات طويلة استخدمت (لينهان) نهج العلاج المعرفي السلوكي في علاج هذه الفئة من المرضى، حيث وجدت أن بعض جوانب هذا العلاج غير مناسبة لمعالجة هذا الاضطراب من حيث تركيزه على تغيير معتقدات الفرد وسلوكياته وأفكاره، كادت أن تشجع العملاء لترك العلاج. كما أدركت لينهان أن العلاج الفردي لا يكفي لعلاج العملاء الذين يعانون من مخاطر عالية، وإنما يمكن وضع نهج متعدد الأوجه يضم العلاج الفردي والجماعي، والتدريب والاتصال الجانبي بين الجلسات، ومجموعة الإشراف ودعم المعالجين لعلاج العملاء. فقد افترضت أن العلاج النفسي شرط ضروري لتلبية خمس وظائف مهمة:

- ١- إنه يحافظ على دافعية العميل للتغيير (يعمل العملاء بالتعاون مع المعالجين حيث يتم إعطاؤهم مجموعة واضحة من المبادئ التوجيهية والحدود لسلوكهم) ويعززها.
- ٢- تعزيز قدرات العميل (من خلال مجموعات المهارات والتدريب عبر الهاتف، ومهام التدريب على التعامل مع التغيرات الجسدية، إضافة إلى الواجبات المنزلية).

٣-تشجيع العميل على تعميم قدراته المكتسبة حديثاً.

٤- تعزيز دافعية المعالج لمواصلة العلاج، وتعزيز مهاراته وقدراته أيضاً من خلال مجموعة التشاور والتشجيع بين المعالجين الآخرين.

٥-توفير بيئة علاجية تساعد على التدخل العلاجي في إحداث التغير المطلوب، فقد تحتاج الأسر إلى الانخراط في العلاج للعمل على تكوين علاقة علاجية أيضاً مع المريض(Matthew McKay,et al,2007).

ويستخدم هذا اللون من العلاج أساساً لعلاج المشكلات المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية، مثل: ١-تكرار إيذاء الذات؛ ٢-محاولة الانتحار؛ ٣-استخدام الكحول أو المخدرات للسيطرة على الانفعالات، ٤-مشكلات تناول الطعام، مثل الشرهية عند تناول الطعام، ٥- العلاقات غير المستقرة(Linehan,1993b).

وقد أثبت هذا النموذج فاعليته في الحد من العجز في المهارات الأساسية وانخفاض في مستوى السلوك الانتحاري، مستوى الاكتئاب وتحسين السيطرة على الغضب إضافة إلى الحد من أعراض الشخصية الحدية، كما قورنت فاعليته بالعلاج الدينامي والدوائي للحد من أعراض الاكتئاب بطريقة العلاج الجماعي، حيث أثبتت النتائج تحسينات كبيرة لهذا النهج وانخفاض معدلات التسرب من العملية العلاجية.

خامساً - العلاج ما وراء المعرفي Metacognitive Therapy

يستند العلاج ما وراء المعرفة Meta-cognitive Therapy (MCT) إلى نموذج معالجة المعلومات للأمراض النفسية، مثل القلق والاكتئاب والوسواس المتسلط، وتعاطي المخدرات وقد تناوله بالبحث كل من ويلز & ماثيوز (Wells & Matthews, 1994). وهذا النموذج هو أسلوب في التفكير المحدد، يسمى متلازمة الانتباه المعرفي Cognitive attentional syndrome (CAS). وهذه المتلازمة تتميز بمستويات عالية من القلق/ الاجترار واستراتيجيات الانتباه غير المفيدة، واستراتيجيات المواجهة بنتائج عكسية. ويسترشد كل مكون من مكونات (CAS) بالمعتقدات المعرفية ما وراء المعرفة. والعلاج ما وراء المعرفي (MCT) هو النهج القائم على العلاج النفسي المعرفي السلوكي الذي يملك أدلة وخلفية نظرية متينة لفهم الآليات التي تساعد على استمرار أي اضطراب نفسي

وشرحها. ويوفر MCT منظوراً جديداً لعلاج الاضطرابات النفسية التي تؤكد على أهمية كيف يفكر الشخص، بدلاً من مجرد التركيز على محتوى المعرفة. وصياغة القضية وتقنيات محددة من MCT هي السمات المميزة الرئيسية لهذا النهج العلاجي، الأمر الذي يضعه في موقف فريد من نوعه بين أساليب العلاج المعرفية السلوكية CBT الأخرى (Wells, & Sembi, 2004).

ويُعرف ويلز (Wells, 2009) العلاج ما وراء المعرفة بأنه معرفة حول المعرفة والتفكير حول التفكير، ويعد مهماً لفهم كيف تعمل المعرفة وتتشكل لدفع الفرد إلى الاهتمام أو ضبط التقييمات والتأثيرات وراء أنماط استراتيجيات الشخص الذي يستخدم تنظيم أفكاره وسلوكياته.

والهدف الأساسي من وراء ذلك، هو تنمية الوعي بما وراء المعرفي، باعتباره القدرة على تجربة الإدراك والعواطف عن الأحداث النفسية التي تمر عبر العقل، وقد تكون أو لا تكون ذات صلة بالواقع الخارجي. وينصب التركيز على عدم تغيير الأفكار "المضطربة" ولكن لتعلمهم التجربة عن الأحداث الداخلية وفصلها عن الذات.

ويمثل العلاج ما وراء المعرفي تطوراً حديثاً لفهم أسباب مشكلات الصحة النفسية وكذلك معالجتها، وترجع أصوله النظرية إلى علم النفس النمائي والتربوي. فمنذ عام (١٩٧٩) تم الاعتراف بأن المعتقدات ما وراء المعرفة Beliefs Metacognitive تسهم إسهاماً حاسماً في كيفية تعلم الناس، وأن التدريب في مجال السيطرة على المعتقدات ما وراء المعرفة يمكن أن يؤدي إلى تعلم أكثر فعالية (Flavell, 1979)، إلا أن البداية الحقيقية للعلاج النفسي ما وراء المعرفي جاءت على يد كل من أدريان ويلز وماثيو (Mathews & Wells, 1994) حيث وضعوا نموذجاً لما وراء المعرفة في العلاج النفسي لعلاج اضطراب القلق العام Anxiety Generalized Disorder، حيث أثبت نجاحاً واضحاً. وتوالت بعد ذلك النجاحات (Wells, 1995-2000) حتى أصبح لتقنيات العلاج ما وراء المعرفة الآن دعماً في العديد من الأبحاث والدراسات، وما يزال الإبداع والتجديد مستمراً في هذا المجال.

وتتم أساليب التدخل لهذا اللون من العلاج عبر اكتشاف ما يعتقد المريض حول أفكارهم الخاصة، وكيفية التعامل مع أفكارهم ومعتقداتهم، وتسمى المعتقدات ما وراء المعرفة Metacognitive beliefs. ويتم تقديم المريض حول كيف تؤدي هذه المعتقدات إلى استجابات غير مفيدة للأفكار وتعمل على إطالة أمد غير قصدي أو تفاقم الأعراض. وأخيراً توفير طرق بديلة للاستجابة للأفكار من أجل السماح للحد من الأعراض. وفي الممارسة العلاجية يتم استخدام العلاج القائم على ما وراء المعرفة لعلاج اضطرابات القلق، مثل القلق الاجتماعي، والقلق حول الصحة، والوساوس القهرية، واضطراب ما بعد الصدمة، وكذلك الاكتئاب. بمعنى أنه يركز على العوامل النفسية الشائعة للأفكار من أجل الحفاظ على هوية جميع هذه الاضطرابات النفسية.

ويؤكد نموذج ما وراء المعرفة (Wells, 1995, 1997) أن الأفراد الذين يعانون من القلق العام (GAD)، لديهم المعتقدات الإيجابية عن القلق باعتباره وسيلة فعالة للتعامل مع التهديد. ومع ذلك، يتم استخدام القلق وسيلة غير مرنة للتعامل مع هذه التهديدات، ولهذا قد يصبح مشكلة عندما تتطور المعتقدات السلبية حول الأخطار، مما يؤدي إلى استراتيجيات تعامل غير مفيدة. ويتم في هذا النموذج في الوقت الحالي تسمية نوعين فرعيين من القلق: حيث يشير النوع الأول إلى القلق حول الأحداث الخارجية والأعراض الجسدية، ويمكن تمييزه من النوع الثاني الذي يتعلق بالتقييمات السلبية للقلق (Wells, 2007).

وقد وجدت الدراسات السريرية، بما في ذلك الدراسات التجريبية العشوائية المضبوطة لعلاج ما وراء المعرفة إلى إحداث تحسينات مهمة سريرياً عبر مجموعة من اضطرابات الصحة النفسية، رغم أن عدداً من العينات كانت صغيرة الحجم إلا أن تحليل ما وراء المعرفة مؤخراً وجد أن هناك حاجة إلى مزيد من الدراسة قبل الحصول على استنتاجات قوية يمكن استخلاصها بشأن فعالية العلاج ما وراء المعرفة لكل من القلق والاكتئاب والوساوس المتسلطة، كما وجدت دراسات انخفاض في معدلات الانتكاس مع هذا النموذج العلاجي.

سادساً - العلاج المخطط Schema Therapy

العلاج المخطط (أو بشكل أكثر دقة العلاج المعرفي المتمركز على التخطيط) هو نهج متكامل للعلاج الذي يجمع بين أفضل الجوانب المعرفية/ السلوكية، التجريبية، والعلاقات الشخصية والعلاج النفسي في نموذج واحد موحد، حيث يركز على مساعدة الناس على تغيير الأنماط السلبية (سببة التكيف مع المجتمع) التي عاشوها لفترة طويلة حتى عندما تكون السبل وغيرها من الجهود التي حاولت قبل ذلك ناجحة إلى حد كبير.

والعلاج المخطط هو العلاج النفسي التكاملي الذي جمع بين النظرية والتقنيات من العلاجات موجودة سابقاً، بما في ذلك العلاج المعرفي السلوكي، ونظرية العلاقات مع موضوع التحليل النفسي، ونظرية التعلق، والعلاج الجشطالتي (Scott & Young, 2006).

وقد تم تطوير العلاج المخطط في الأصل من طرف جيفري يونغ Jeffrey E. Young لعلاج اضطرابات الشخصية وغيرها من الاضطرابات النفسية المزمنة، وهو نموذج مشتق من العلاج المعرفي الكلاسيكي، ويضم طائفة واسعة من تقنيات الوسائط لمعالجة الانفعالات، والإدراك والسلوك في الحياة الحاضرة للمريض، وما يتصل بها من أحداث وخبرات الماضي. كما يستخدم تقنيات تنشيط المشاعر التي تنتمي إلى الجشطالت والدراما النفسية. وقد أثبت هذا النهج فاعليته في علاج اضطراب الشخصية (Young, Klosko, & Weishaar, 2006).

سابعاً - العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)

نشأ هذا النموذج العلاجي من الخبرات في مجال تطبيق تقنيات التأمل للحد من عدد من الانتكاسات لدى المرضى الذين يعانون من الاكتئاب الشديد، حيث يستخدم أساليب التنقيف النفسي وتشجيع المرضى على ممارسة التأمل العقلي. والهدف الأساسي هو تنمية الوعي بما وراء المعرفة، والقدرة على خبرة الإدراك والانفعالات عن الأحداث النفسية التي تمر عبر العقل، وقد تكون أو لا تكون ذات صلة بالواقع الخارجي. وينصب التركيز على عدم تغيير الأفكار "المختلة" ولكن لتعلم الأحداث الداخلية وفصلها عن الذات. وتعرف "نيف" (Neff, 2003c, 312-318) اليقظة العقلية بأنها "حالة من الوعي المتوازن الذي يجنب الفرد النقيضين من التوحد الكامل في الهوية الذاتية، وعدم الارتباط بالخبرة، ويتبع رؤية واضحة لقبول الظاهرة النفسية والانفعالية كما تظهر. وتعني أيضاً الانفتاح على عالم الأفكار والمشاعر

والأحاسيس المؤلمة والخبرات غير السارة لدى الفرد، ومعايشة الخبرة في اللحظة الحاضرة على نحو متوازن".

ويبدو من ذلك، أن الموجة الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي هي مجال مهم لتطوير العلاج النفسي الحديث، حيث أضافت - إلى حد كبير - طيفاً واسعاً من العلاجات المدعّمة تجريبياً في علاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية، كما تشمل مجموعة من التقنيات الجديدة التي فتحت آفاقاً جديدة للعديد من المرضى، مثل: اضطراب الشخصية الحدية، والاكتئاب المزمن، أو اضطراب القلق العام، والألم المزمن الذي لم يلق اهتماماً في الماضي وسوف نتناول في هذا الفصل برنامجين من البرامج الإرشادية والعلاجية القائمة على الموجة الثالثة في علاج بعض الاضطرابات النفسية، وهما البرنامج العلاجي المعرفي القائم على اليقظة العقلية، والبرنامج الإرشادي القائم على تنمية الأمل.

أولاً - برنامج علاجي معرفي قائم على اليقظة العقلية

العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (MBCT) هو برنامج صمم للاستخدام في الوقاية من انتكاس الاكتئاب الشديد. وهدفه تعليم المشاركين الانسحاب من تلك العمليات المعرفية التي قد تجعل المرضى عرضة للنوبات في المستقبل. ومن المعروف أن هذه العمليات المعرفية نفسها أيضاً هي المسؤولة عن ظهور أعراض الاكتئاب. وقد تم إجراء مراجعة سريرية لاستكشاف استخدام MBCT لدى المرضى الذين يعانون من الاكتئاب ولا يستجيبون للعلاجات التقليدية تماماً. وقد أظهرت النتائج لهذا اللون من العلاج أنه ذات فعالية عالية مقارنة بالعلاجات النفسية التقليدية الأخرى، علاوة على العلاجات الدوائية في الحد من أعراض الاكتئاب ومنع الانتكاس.

تحدث العديد من العلماء عن مفهوم اليقظة العقلية هو عيش اللحظة الحالية بإدراك وإع ودون الحكم على الانفعالات والأفكار والمشاعر، بل تقبلها ومعالجتها بطريقة واعية. ويعرف لانجر (Langer, 1989) اليقظة العقلية بأنها "مجال مرن للقدرة العقلية يكون غير مرتبط بوجهة نظرة خاصة، ويسمح برؤية جيدة ومنفتحة على كل الخبرات العقلية والحسية للشخص، ومن دون إصدار أحكام" (Segal, Williams & Teasdale, 2002, 125).

وأطلق لانجر Langer,1993 على هذا المفهوم باليقظة الفردية، بينما أشار إليه "هوي" (Hoy,2004) بـمسمى الذهن التنظيمي الذي يساعد الفرد على إنشاء أفكار جديدة، والانفتاح على الخبرات الجديدة، والقدرة على تكوين وجهات نظر متعددة. ولأهمية اليقظة العقلية وأثرها الإيجابي على حياة الفرد وصحته النفسية تمكن العلماء من استثمارها وتطبيق عناصرها كأساليب علاجية. وخير من اهتمت بهذه الرؤية الموجه الثالثة من المدرسة المعرفية (الجيل الثالث)، حيث ساعدت البحوث الإكلينيكية على وضع العديد من الفنيات الخاصة بها. لذلك سوف نتناول أسلوب العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية في الحد من أعراض الاكتئاب (نموذجاً) بهدف التعرف على طبيعة هذا الأسلوب في الحد من المشكلات النفسية والانفعالية والجسدية.

طبيعة البرنامج العلاجي وآلياته

طورَ تيسديل وآخرون (Teasdale et al,1999) مؤخراً العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (MBCT) بهدف الحد من الانتكاس المتكرر لدى الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب أحادي القطب Unipolar major depression وذلك من خلال برنامج مدته ثمانية أسابيع قائم على تقنيات اليقظة العقلية في خفض الضغوط (MBSR) الذي طوره "كابات زين" (Kabat-Zinn, 1990).

والعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (MBCT) هو جزء من سلسلة الممارسات القائمة على البراهين التي جرى تقييمها من خلال فاعلية البحوث المقارنة التي تهدف إلى إبلاغ الممارسين وصناع القرار الذين يفكرون في اعتماد الممارسات القائمة على الأدلة في مؤسساتهم الصحية والتربوية. كما يزود هذا البرنامج بمعلومات عامة عن (MBCT) ونتائج دراسات تقييم فاعليته جنباً إلى جنب مع التفاصيل المتعلقة بالتكلفة، وأمثلة التدخلات والتنفيذ في الرعاية الصحية الأولية ومواقع الصحة السلوكية. ويسترشد قرار المعالج في اعتماد الممارسات القائمة على الأدلة على العديد من العوامل التي قد لا تكون مشمولة هنا وتنفيذها. ونأمل أن يساعد هذا البرنامج في اتخاذ قرار واضح بشأن تنفيذ هذا النموذج برنامجاً علاجياً. وتتضمن استراتيجياته: اليقظة العقلية والتأمل الذهني، وبعض الأساليب المعرفية، كتثقيف المشاركين للتعامل مع أعراض الاكتئاب. فاليقظة والتأمل الذهني هدفهما التركيز على

أن يصبح المريض على بينة من كل الأفكار والمشاعر الواردة في عقله وقبولها، ولكن دون الاستجابة لها بدفاعية. فالأفراد الذين يعانون من الاكتئاب المزمن يشعرون بالأسى، ويعودون إلى العمليات المعرفية التلقائية التي يمكن أن تؤدي إلى اكتئاب. والهدف من (MBCT) هو أن يقطع المريض عن طريق العمليات التلقائية هذه وتعليمه التركيز على الاستجابة للمحفزات الواردة وقبولها ومراقبتها دون الحكم عليها لا سلباً ولا إيجاباً، وتسمح ممارسة اليقظة العقلية للمريض أيضاً بملاحظة العمليات التلقائية التي تحدث وتغيير ردة فعله بطريقة أكثر انفتاحاً على الفكر، وهذا يؤدي إلى خفض أعراض الاكتئاب. كما وضع "شولجروس وآخرين" (Shallgross, et al, 2013) على سبيل المثال بعض العناصر المساعدة لبرنامج العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، والمتضمنة: عنصر النشاط البدني، وتمارين الحركات الفنية التي تركز على تحسين التوازن والاستقرار الأساسي، والتثقل. وهذه المكونات تهدف إلى تحسين اللياقة البدنية للقلب والأوعية الدموية، والأنشطة القائمة على حركة التوازن، وكذلك التأمل في أثناء المشي بهدف تعزيز الوعي غير الحكمي للأحاسيس الجسدية، وجلسات العلاج بالموسيقى، وكتابة أغنية، وعزف موسيقى، ورسم. وقد صممت هذه التدريبات لتناسب مسح الجسم في MBCT.

وتركز ممارسة اليقظة العقلية في برامج الإرشاد والعلاج النفسي على:

١- الوعي، ٢- الخبرة الحالية، ٣- القبول.

ويرى جيرمر وآخرون (Germer, et al, 2005) أن جميع المكونات الثلاثة لليقظة العقلية يمكن أن يستخدمها الفرد في اللحظة الآنية عند التعامل مع المواقف التي تتطلب منه مواجهة الشدائد أو الأخطار المحدقة به حتى يكون على وعي كامل برؤية الموقف من جميع جوانبه الإيجابية والسلبية، معالجتها بحكمة.

الأساس النظري

إن الأساس النظري والمنطقي لهذا النهج يتمثل في الآتي: إن مهارات الانتباه التي يكتسبها الفرد من خلال ممارسة اليقظة العقلية من شأنها أن تسهل الكشف المبكر عن المزاج والأفكار السلبية. ولقد وضع "تيسديل" Teasdale نموذجاً متعدد المستويات للعقل يسمى "منظومة التفاعل المعرفي" ويستند على نظرية برنارد (Barnard and Teasdale's (1991 القائلة بأن

العقل له وسائط متعددة تكون مسؤولة عن تلقي المعلومات الجديدة معرفياً وانفعالياً ومعالجتها، وتقتزن نظرية برنارد وتسديل (Barnard and Teasdale's (1991) في ضعف الفرد للاكتئاب بالدرجة التي يعتمد فيها على عنصر واحد فقط من وسائط العقل، ومنع من غير قصد وسائط أخرى. وتشمل أهم وسيلتين للعقل "وضع العمل" و"وضع الإجراء". هذا الوضع هو ذاته موجه نحو هدف معين، ويتم التشغيل (الإجراء العملي) عندما يتطور التناقض العقلي بين كيف تسير الأمور؟ مقابل كيف يتمنى العقل أن تكون الأمور؟ ويتمثل الأسلوب الرئيسي الثاني للعقل (وضع الإجراء) في عدم التركيز على تحقيق أهداف محددة، ولكن "القبول والسماح لما هي"، من دون أي ضغوط فورية لتغيير ذلك. فالأفراد - مع الوعي بما وراء المعرفة - قادرون على تجنب الاكتئاب وأنماط التفكير السلبية أكثر سهولة في مواقف الحياة المجهدة، مقارنة بالأفراد ذوي الوعي ما وراء المعرفي المنخفض. وينعكس الوعي ما وراء المعرفة بانتظام من خلال قدرة الفرد على ابتعاده عن المركز، باعتباره القدرة على إدراك الأفكار والمشاعر على حد سواء للحوادث غير الدائمة في العقل. وقد أثبتت الدراسات فاعلية هذا النهج العلاجي مقارنة بالعلاجات المعرفية/ السلوكية التقليدية (CBT) في علاج الاكتئاب المزمن (Segal et al, 2002).

وبناء على ذلك، يقوم هذا اللون من العلاج بتدريب المرضى الذين يعانون من الاكتئاب على المهارات القائمة على مجموعة من التقنيات لتمكينهم من تعلمها منعاً لتكرار الاكتئاب. وهو مستمد من تقنيات الحد من التوتر القائم على اليقظة العقلية. وقد أثبت البرنامج فاعليته في تخفيف المعاناة لدى الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة. كما أثبت العلاج المعرفي - السلوكي للاكتئاب الحاد فاعليته أيضاً في الوقاية من انتكاس الاكتئاب، وتمكين المرضى بأن يكونوا أكثر وعياً بالأحاسيس الجسدية، والأفكار، والمشاعر المرتبطة بانتكاس الاكتئاب على نحو بناء في هذه الخبرات، وقبول التحديات في موقف التعاطف الذاتي، واستخدام الوعي الجسدي لتحويل خبراتهم إلى خبرات إيجابية.

ويعتمد العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (MBCT) للحد من الضغوط على نحو كبير من خلال ممارسة التأمل الذاتي، حيث ينفق المشاركون زمن قدره (٤٥) يوماً لتوجيه الاهتمام بطرق محددة، في مقابل العلاج السلوكي الجدلي، والعلاج بالقبول والالتزام المعتمد

على تشكيلة واسعة من التمارين القصيرة، وذلك من خلال ممارسة مهارات متعلقة باليقظة العقلية دون الانخراط بالضرورة في ممارسة التأمل. ويدعم الأدب التجريبي العديد من الأبحاث لتعزيز فاعلية هذه التدخلات في الحد من الأعراض المرضية التي سوف نناقشها في هذا البرنامج.

طُوّر "سجل وماك وليامز" (Segal & Mark Williams) عام (١٩٩٥) العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، وأجروا العديد من الدراسات حول فعاليته، وذلك من خلال المنح المقدمة من مؤسسات علمية في أمريكا والمملكة المتحدة. ويستند هذا البرنامج جزئياً على مكونات خفض الضغط القائم على تقنية اليقظة العقلية Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) الذي أشار إليه جون كابات زين Jon Kabat Zinn. والمبدأ الأساسي لكل من (MBCT) و (MBSR) هو أن اليقظة العقلية هي الحالة النفسية لإدارة الفرد لهدف بوعي بما يحدث في اللحظة. فجلسات العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية وتمارينها تساعد المشاركين على تحديد كيفية الاستجابة بفعالية لمشاعر حزينة لمنعها من أن تؤدي إلى الاكتئاب المتكرر. وقد وصم هذا البرنامج لمساعدة الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب الأساسي المتكرر ومنع الانتكاس. فهو يدمج بين أفكار العلاج المعرفي في مواقف ممارسة التأمل وتعزيز اليقظة العقلية. والهدف النهائي لهذا البرنامج هو منع انتكاس الأعراض الاكتئابية من طريق تغيير الاستجابة للإحساسات الجسدية والمشاعر والأفكار والأعراض.

الأهداف العامة للبرنامج

- يستغرق تطبيق هذا اللون من العلاج ثمانية أسابيع لمساعدة المشاركين الذين يعانون من الأعراض الاكتئابية، حيث يسعى إلى تحقيق الأهداف الآتية:
- ١- تعلم المهارات لمساعدة المشاركين (المتعالجين) على منع الأعراض الاكتئابية من العودة مرة ثانية.
 - ٢- يصبح المشاركون أكثر وعياً بالإحساسات الجسدية والمشاعر والأفكار لحظة بلحظة.
 - ٣- تطوير طريقة مختلفة ذات صلة بالأحاسيس والأفكار والمشاعر. وعلى وجه التحديد القبول والاعتراف بالمشاعر والأفكار غير المرغوب فيها، وقبولها على نحو تلقائي دون النظر إلى الاستجابات المبرمجة سابقاً لدى المشارك.

- ٤- اختيار أفضل الاستجابات بمهارة لمعظم الأفكار والمشاعر أو المواقف غير السارة التي يواجهها المشاركون (Kuyken et al, 2010).
- ٥- مساعدة المشاركين في التعرف إلى العلاقة بين التفكير والشعور، وكيف يستطيع المشاركون الاعتناء بنفسه في أثناء هجمة الاكتئاب.
- ٦- مساعدة المشاركين على قطع الصلة أو الروابط بين الحالة المزاجية والتفكير السلبي.
- ٧- السعي إلى بقاء المشاركين على تواصل باللمحة الحاضرة دون الحاجة إلى اجترار الماضي أو القلق بشأن المستقبل.
- ٨- تطوير قدراتهم على السماح للأفكار والأحاسيس المؤلمة أن تدخل إلى الوعي والخروج منها دون الحاجة إلى الدخول في صراع معها (Ma and Teasdale, 2004).
- إضافة إلى ما سبق، يتعلم المشاركون من النموذج العلاجي (MBCT) القدرة على التعرف إلى المؤشرات (الأعراض الاكتئابية) المحتملة للانتكاس والاستجابة لها من طريق تحويلها بعيداً لمنع حدوثها ويمكن أن تدهور حالتهم النفسية، والتعامل مع الأعراض الأولية يمكن أن تتكاثر وتعمق، وتحويلها بعيداً حتى لا تؤدي في النهاية إلى الانتكاسة وعودة الأعراض الاكتئابية مرة أخرى (Piet, & Hougaard 2011).
- والمعالج المتنبني هذا الأسلوب يساعد المشاركين على معالجة المعلومات المتعلقة بالاكتئاب بطرق تقلل من هجمة الأعراض الاكتئابية، مثل تدريب المشاركين على معالجة المعلومات القائمة على اليقظة العقلية، وذلك من خلال تعليمه الفصل بين أسلوب العمل Doing mode 'والدخول أسلوب عمل آخر' Enter the being doing. ويوضح الجدول (٥) الآتي الفرق بينهما:

١- يتم تشغيل هذا الوضع عندما يسجل العقل التناقضات بين فكرة عن كيف تسير الأمور وفكرة عن الكيفية التي ينبغي أن تكون الأمور. وضع موجه نحو الهدف، مدفوعاً إلى تقليص الفجوة بين كيف تسير الأمور وكيف نود لها أن تكون. ويخصص الانتباه إلى التركيز الضيق على التناقضات بين الحالة المنشودة والفعلية.

٢- على العكس من "وضع العمل" وليس بدافع الحاجة إلى تحقيق أهداف معينة. بدلاً من ذلك، يتم التركيز على قبول والسماح لما هو، دون أي ضغط مباشر لتغييره. يتميز أسلوب الكينونة التي بالفورية، بالتجربة الحميمة المباشرة في الوقت الحاضر، مع التركيز على انقطاع الفكر والشعور عن العمل ذات الصلة بالهدف ٢.

أسلوب أو صيغة العمل	أسلوب أو صيغة العمل
التركيز على انقطاع الأفكار والمشاعر ذات الصلة بالهدف	أهداف موجهة
التركيز على القبول والسماح لما يكون، دون ضغط مباشر لتغييره	السعي لتخفيف الفجوة بين كيف تسير الأمور وكيف نود لها أن تكون؟
المباشرة الفورية لخبرة حميمة مع الحاضر.	يحدد الانتباه إلى أن يكون مركزاً على الضيق والتناقضات بين الحالة المرجوة والفعالية.

المصدر Segal, Williams & Teasdale

والهدف من الجلسات المبكرة هي تعليم المشاركين التعرف إلى الأسلوب العمل (Doing Mode) في كثير من ظواهره البدء في زراعة أو تعزيز "الأسلوب الإجرائي، وممارسة اليقظة العقلية الرسمية بطريقة مكثفة. وقد صممت تمارين اليقظة العقلية والواجبات المنزلية للمساعدة في التعرف على المشاركين عندما لم يكن الأسلوب موجوداً، وذلك لفك الارتباط بالوضع، والعودة إلى الوضع الجديد باعتباره إجراءً للوضع العقلي. ويحدد دليل العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية مسار التدريب المكثف للتأمل في حالة اليقظة العقلية وذلك على النحو التالي:

- ١- توفير التدريب المكثف في التأمل العقلي.
- ٢- زيادة وعي المريض في الحاضر والخبرة لحظة بلحظة.
- ٣- الإدراك عندما تكون الانفعالات السلبية في الحياة اليومية، وردود الفعل على الزناد، وتعلم كيفية الانسحاب من هذا الوضع والدخول في وضع آخر.
- ٤- يوفر للمرضى الذين يعانون من استراتيجيات المواجهة مجموعة من الاستجابات للرد بشكل فعال على المشاعر السلبية.
- ٥- دمج كل هذه المهارات من خلال استمرار ممارسة اليقظة العقلية والبقاء في حالة جيدة لمنع الانتكاس في المستقبل.

المستفيدون من البرنامج

تم تصميم هذا البرنامج للبالغين الذين يعانون من الاكتئاب المتكرر والحالات التي تم ذكرها سابقاً؛ فجلسة توجيهية أولية مع كل مشارك من أجل تحديد ما إذا كان مناسباً للمشاركة

في هذا البرنامج، بحيث يكون عدد المشاركين في البرنامج بين (٩-١٥) مشاركاً. وقد تتم في شكل مجموعة من الجلسات الأساسية الضرورية لطبيعة البرنامج التعليمية والعملية، وعدد الجلسات الموصي بها في هذا البرنامج بين (٩-١٥) جلسة، وقد تميل معظم الجلسات العلاجية لأخذ الطابع الفردي بدلاً من العلاج الجماعي.

مصادر تدريبية للمدربين

يشدّد برنامج التدريب على أهمية ممارسة التأمل الخاصة بالمعالج، ويسعى من خلاله إلى تحقيق الذات باتّباع استراتيجيات: لعب الأدوار، والمحاكاة، واللقاءات بالمريض. ويستكشف التدريب التطبيق الفعلي لممارسات اليقظة العقلية في العمل مع العملاء، بحيث يتم دمج التدريب التعليمي والعمل في مجموعات صغيرة تتضمن تأملات يومية، واليوغا والحركة. كما تشمل البرامج التدريبية مجموعة متنوعة من الأنشطة، بما في ذلك لعب الأدوار، والمحاضرات، وأوقات من الصمت.

الأدوات والوسائل الخاصة بالبرنامج

عادة يستخدم هذا البرنامج العديد من الأدوات والوسائل المساعدة لتحقيق أهدافه، وتقييم فاعليته في نهاية البرنامج، وأهم الوسائل المساعدة في ذلك ما يلي:

. أساليب التفكير الاكتئابية (Depressive thinking styles. Segal et al. (1999, 2006)

. مقياس اليقظة العقلية. (Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS)

. قائمة مهارات اليقظة العقلية: (Inventory of Mindfulness Skills (Baer et al., 2004)

وقد قام المؤلف بترجمته إلى اللغة العربية.

. مقياس الشفقة بالذات: Self-Compassion Scale ، وقد قام المؤلف بترجمته إلى اللغة

العربية، وتم استخدامه في العديد من الدراسات العربية والمحلية.

. كاسيت للتدريب على ممارسة اليقظة العقلية.

. كاسيت لممارسة اليوغا.

. كاسيت لممارسة الاسترخاء والتنفس العميق.

. مقياس الإحساسات الجسمية.

. المؤشرات الفيزيولوجية، كضغط الدم ودقات القلب.

مصادر تنفيذ البرنامج

- . استعدادات تحفيزية: احتياجات البرنامج، واحتياجات التدريب، والضغط من أجل التغيير.
- . المصادر الأساسية: المكاتب، والتوظيف، والتدريب، والمعدات.
- . خصائص القائمين على البرنامج: النمو والفعالية والتأثير والقدرة على التكيف، والتوجيه.
- . المناخ التنظيمي: وضوح الرسالة والأهداف، والتماسك، والاستقلالية والانفتاح على الاتصالات، والإجهااد، والانفتاح على التغيير.
- . تكلفة المواد والتدريب والإشراف وفقدان الساعات المرتبطة بالتدريب والإشراف؛ (تكاليف سداد الممارسات، المنظمات والأفراد المهتمين في تنفيذ برنامج MBCT كما يجب النظر في جوانب التدخل المختلفة، بالإضافة إلى مؤشرات الجاهزية التنظيمية المذكورة أعلاه).

المكونات الأساسية للبرنامج (MBCT)

يتكون البرنامج من جلسة توجيهية أولية واحدة لكل شخص من أشخاص المجموعة العلاجية، وثمان جلسات أسبوعياً تعد أساسية في البرنامج على نحو جماعي، مدة الجلسة ساعتان. ثم يعقب ذلك أربع جلسات إضافية، مدة كل جلسة ساعتان بعد (٤-١٢) شهراً من الانتهاء من تنفيذ جلسات البرنامج الأساسية (الجلسات الثمانية)، وذلك لتعزيز ما تعلمه المشاركون خلال تطبيق البرنامج. والآتى شرح مفصل لهذه الجلسات:

المقابلة التمهيدية الأولية:

مدة هذه الجلسة حوالي ساعة، وتتضمن تقديم تعليمات للمشاركين في البرنامج حول آلية تنفيذه، وشرح مفصل لجوانب الاكتئاب، وأهداف البرنامج (MBCT) وفوائده، وشرح خلفيته النظرية، والتعرف كذلك إلى العوامل الفردية المرتبطة ببداية الاكتئاب لكل مشارك، والطلب من المشاركين الاستمرار في تنفيذ جلسات البرنامج لتحديد الفائدة التي يحصلون عليها من هذا الأسلوب العلاجي.

ويتم تقديم الجلسات الثمانية الأساسية مرة واحدة أسبوعاً جماعياً مع الواجبات المنزلية التي يقومون بتنفيذها بين الجلسات، وذلك باستخدام الأقرص المدمجة مع الاسترشاد بتدريبات التأمل التي تدعم المشاركة الفعالة للمشاركين خارج الجلسات. وضمن كل جلسة من جلسات البرنامج ينخرط المشاركون في العديد من الأنشطة بما فيها ممارسة التأمل الذهني، ومناقشة

القضايا ذات الصلة بالواجبات المسندة إليهم.

ملاحظة: يولي تعلم المشاركين اهتماماً مركزاً من بداية الجلسة الأولى وحتى الجلسة الرابعة.
أهداف الجلسات الأولى:

الجلسة الأولى (الطيران التلقائي أو الخبرة التلقائية Automatic Pilot): وتتضمن، مقدمة عن ممارسة اليقظة العقلية والاعتراف بكونها رؤية تلقائية (سريعة). وللخروج من هذه الخبرة يتطلب التعامل مع الأبواب الآتية: باب الجسد (الوعي بالإحساسات)، باب الأفكار (جعل القرار بأفكارك الخاصة على نحو مختلف)، العمل بمهارة (افتح لتأخذ بعض الأعمال المعتبرة)، باب الممارسة (أغلق باستمرار ممارسة اليقظة العقلية).

الجلسة الثانية (التعامل مع العوائق، Dealing with barriers): تبدأ الجلسة بالتركيز التام على الجسم ليظهر على نحو أكثر وضوحاً من دون ثثرة عقلية، وكيفية السيطرة على ردود الفعل لأحداث الحياة اليومية.

الجلسة الثالثة (اليقظة العقلية للتنفس، Mindfulness of the breath): وبمزيد من الوعي كيف يمكن للعقل أن يكون مشغولاً بالأفكار المتناقضة والمتناثرة، حيث يتعلم المشاركون التركيز على التنفس.

الجلسة الرابعة (البقاء في الحاضر Staying Present): يتعلم المشاركون اليقظة العقلية كي يبقوا حاضري الذهن لتعميق وجهة نظرهم حول كيفية ارتباطها بالخبرات. ويتم التركيز في الجلسات من (٥ إلى ٨) على تعليم المشاركين كيفية التعامل مع نوبات المزاج باستخدام الأسلوب المعرفي واليقظة العقلية كذلك.

الجلسة الخامسة (السماح Letting be, Allowing): السماح لكل المشاركين بإظهار أي خبرة أو انفعال يشعرون به، على أن تكون مجردة من أي حكم، أو محاولة لجعلها مختلفة تماماً عما يألفه كل مشارك عنها. وفي هذا الأسلوب يسمح للمشاركين برؤية الأشياء على نحو واضح، وأن يقرروا فما إذا كان أي شيء يحتاج إلى تغيير في مشاعرهم وأفكارهم لهذه الخبرات والانفعالات.

الجلسة السادسة (الأفكار ليست حقائق Thoughts Are Not Facts): يتعلم المشاركون الاعتراف بالأفكار كما هي، وأن الأفكار هي مجردة وليست حقيقة واقعة. ويمكن أن تحد

الأفكار السلبية من قدرتنا على التواصل على نحو مختلف عن الخبرة

الجلسة السابعة (كيف يمكنني الاعتناء بنفسى على نحو أفضل How Can I Best Take Care of Myself?)

في هذه الجلسة يتعلم المشاركون استراتيجيات محددة، ويمكن أن يقوم بها المريض عندما يكون أكثر عرضة للاكتئاب، وسيكون كل مشارك قد تعلم آليات الحد من الانتكاس، ومساعدة الآخرين، ووضع الخطط للرد على تلك الأعراض الاكتئابية.

الجلسة الثامنة: استخدام ما تعلمه المشارك للتعامل مع المزاج مستقبلاً.

يتعلم المشارك المحافظة على التوازن في الحياة من خلال ممارسة اليقظة العقلية العادية. وقد تصمم أربع جلسات إضافية على نحو جماعي، حيث يمكن تقديمها بعد (٤-١٢) شهراً لتعزيز الجلسات الثمانية الأساسية بمعدل ساعتين أسبوعياً، وذلك لتدعيم مهارات اليقظة العقلية والمعرفة المكتسبة خلال الجلسات الأساسية، وتحديد أي عقبات أمام ممارسة العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية، ووضع استراتيجيات لاستمرار تعزيز تلك المهارات، هذا من جانب، وأن تكون دالة لتخبرنا عن فعالية هذا الأسلوب العلاجي من جانب آخر، Piet & Hougaard (2011).

مقارنة فعالية الأسلوب العلاجي بالأبحاث والمرجعيات المنهجية

من المسلم به أن هذا الأسلوب خضع للممارسة القائمة على الأدلة Evidence-Based Practice (EBP)، حيث تم تقييمه علمياً في العديد من البحوث والدراسات، وأظهرت النتائج فعاليته في الحد من أعراض الاكتئاب ومقاومة الانتكاس مرة أخرى، إضافة إلى فاعليته في التخفيف من أعراض القلق، والوساوس المتسلطة، والضغط النفسية، وخصوصاً أعراض اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). ونتيجة لهذا أصبح هذا النوع من العلاج معترفاً به من قبل المؤسسات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية وغيرها من المؤسسات الطبية باعتباره لوناً من ألوان العلاج قائم على الأدلة. وقد تم تقييم فعاليته في عشرات الدراسات، بما في ذلك البحوث المقارنة، حيث تم مقارنة العلاجات البديلة للاكتئاب مثل، الرعاية الطبية المعتادة واستخدام الأدوية المضادة للاكتئاب.

والدراسات المقارنة لفعالية هذا الأسلوب تم استخدامها للتعرف على فوائد التدخلات والاستراتيجيات المختلفة ومضارها لتشخيص المرض وعلاجه ومنع الانتكاس، ومراقبة صحة

المجتمع ونظام الرعاية الصحية. وقد أشارت نتائج هذه البحوث إلى أن لهذا الأسلوب فوائده واستخداماته الإيجابية من طرف الأطباء، والعملاء، وواضعي السياسات والخطط الصحية، وذلك من حيث قوته في خفض أعراض الاكتئاب والقلق وتحسين مؤشرات جودة الحياة، وخصوصاً لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي. كما وجدت دراسة كايكن وآخرين (Kuyken et al, 2008) أن المرضى المشاركين في هذا الأسلوب العلاجي مقارنة بالعلاج الدوائي (الأدوية المضادة للاكتئاب) أعطوا نتائج أفضل للحد من أعراض الاكتئاب واضطراب الاعتلال المشترك للأمراض النفسية، وتحسين جودة الحياة.

مراجعات منهجية لفعالية النهج

أ- يمكن أن يكون هذا النهج العلاجي متوافقاً مع العلاجات الأخرى لعلاج الاكتئاب. إذ تشير الدراسات إلى أنه عندما يتم الجمع بين هذا النهج والرغبة المعتادة من قبل المريض، فإن نتائج العلاج تكون متفوقة على نماذج الرعاية المعتادة في علاج الاكتئاب.

ب- إنه فعال في الحد من أعراض القلق لدى الأفراد الذين تم تشخيصهم باضطراب نفسي آخر، مثل اضطراب ثنائي القطب أو اضطراب القلق العام.

ج. قد يكون فعالاً ووقائياً، مثل الأدوية المضادة للاكتئاب لدى الأفراد المعرضين لخطر الانتكاس المتكرر للاضطراب الاكتئابي، وفعال على نحو خاص مع ثلاثة أو أكثر من اضطرابات الاكتئاب الأساسية.

وقد تم الاعتراف بالعلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية من قبل المعهد الوطني للصحة والرعاية السريرية في المملكة المتحدة كعلاج فعال للوقاية من الانتكاس لدى الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب ثلاث مرات أو أكثر. كما تم وصفه بأنه علاج فعال ومعزز بالأدلة العلمية من قبل إدارة العقاقير وخدمات الصحة النفسية في السجل الوطني للبرامج القائمة على الأدلة.

تكتيكات النهج في العالم الحقيقي

لتلبية الاحتياجات المحددة لفريق الرعاية الصحية والعملاء الذين يخدمهم هذا النهج، فقد تم تقييمه من خلال فئات معينة من السكان بما في ذلك كبار السن الذين لديهم تاريخ في علاج حالات الاكتئاب الشديدة، والقلق، والسلوك الانتحاري، والأطفال الذين يعانون من

مشكلات السلوك والانتباه. وفي الآونة الأخيرة، تم تقييم هذا النهج لدى البالغين الذين يعانون من ظروف طبية أخرى بما في ذلك اضطراب توهمات المرض Hypochondriacs، وإعادة تأهيل مرضى القلب، ومرضى باركنسون (الرعاش)، ومرضى السرطان، بالإضافة إلى استخداماته الواسعة في المستشفيات التعليمية وعيادات الصحة النفسية، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، والمستشفيات العامة، وقد ترجمت مواد هذا الأسلوب العلاجي إلى العديد من اللغات العالمية، مثل الفرنسية والإيطالية والإسبانية.

استخدامات البرنامج

١- **السرطان:** بحث "قولي وزملاؤه" فعالية هذا اللون من العلاج وأثره في الشدة النفسية (الضغوط) وجودة الحياة لدى مرضى السرطان. وقد تم تعديل التدخل لهؤلاء المرضى بما في ذلك المعلومات التعليمية على أعراض السرطان، وإجراء تعديلات لطول الجلسة اعتماداً على تعب المريض، ومقارنة النتائج بالمجموعة الضابطة. وأظهرت النتائج أن المرضى الذين خضعوا لبرنامج (MBCT) حدث لديهم انخفاض في مستوى الاكتئاب والقلق.

٢- **تأهيل مرضى القلب:** النظر في تأثير الأعراض مثل: التوتر والقلق مما تكون لدى المرضى الذين يعانون إعادة التأهيل القلبي. وتناولت مجموعة من الباحثين فعالية MBCT لهذه الفئة من المرضى، حيث شملت الإجراءات التدريبية للبرنامج معلومات حول الانفعالات لدى الأفراد الذين يعانون من مرضى القلب، وتمارين التنفس بدلاً من اليوغا، وتعديل الموقف التأملية. وقد أفاد المشاركون في نهاية جلسات البرنامج زيادة في الوعي الذي أدى إلى خفض التوتر والقلق.

٣- **اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب:** تم تكييف البرنامج من خلال التركيز على القلق وأعراض الاكتئاب للمرضى من اضطراب ثنائي القطب، حيث أشارت الدراسات إلى أن هذا البرنامج كان فعالاً في التخفيف من حدة الاكتئاب والقلق، ويساعد كذلك في التخفيف أو الحد من الأفكار الانتحارية.

٤- **مضاعفات مرض باركنسون:** يمكن أن يكون لمضاعفات مرض باركنسون آثاراً جسدية ونفسية كبيرة. على سبيل المثال، تم تشخيص الاكتئاب في (٤٠%) لدى هؤلاء المرضى، وأظهرت نتائج البحوث حول مرض باركنسون تأثير الأدوية المضادة للاكتئاب لمرضى الشلل

الرعاش غير الواضحة. لذلك يقدم البرنامج (MBCT) بديلاً مجدياً لمعالجة أعراض الاكتئاب. حيث وجدت دراسة نوعية لـ (١٢) مريضاً بالشلل الرعاشي الذين تلقوا MBCT أن هذا التدخل قد يكون مفيداً على أساس مشاركة المرضى في كل من الجلسات الرئيسية للبرنامج وكذلك جلسات المتابعة.

٥- **للمرضى الذين يعانون من الأرق:** كما تم فحص MBCT للمرضى الذين شخصوا سابقاً بالقلق أو الاكتئاب والذين يعانون من الأرق. وتشير النتائج أن MBCT قد يكون فعالاً في الحد من أعراض الأرق باستخدام تقنيات اليقظة العقلية لمعالجة القلق والاكتئاب المرتبطين بالأرق.

٦- **مرضى الوسواس القهري:** أجرى كولز ورفاقه (٢٠١٤) دراسة حول فعالية هذا اللون من العلاج لعينة من الأفراد الذين يعانون من الوسواس القهري. وقد تم تطبيق هذا البرنامج على عينة مكونة (١٢) مريضاً، بواقع (٨) جلسات، وقد أظهرت النتائج أن العلاج المعرفي (CBT) دون استخدام أدوية مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRI) هو الأسلوب المفضل، وذلك من خلال نتائج مقياس بيل براون للوسواس القهري، ومقياس أعراض الاكتئاب وجودة الحياة، وأظهرت النتائج فعالية MBCT للمرضى الوسواس القهري.

تسهيلات التنفيذ وعوائقه

هنا سوف نعرض وجهات النظر المرضى باستخدام التحديات الأساسية الستة في تحسين الجودة (البنائية، والسياسية، والثقافية، والتعليمية، والانفعالية، والجسدية / التكنولوجية) باعتبارها الإطار المرجعي للبرنامج (Bate et al, ٢٠٠٨).

التحدي البنائي: بناء البرنامج هو جودة الجهود لتحسين دمجها ضمن النسيج التنظيمي للمشاركين، فعدة الجلسات لتنفيذ البرنامج تهدف لدعم البرنامج MBCT، بتوفير الاعتماد في بعض الأحيان على معالج واحد، وكيفية مناسبة البرنامج وفعاليته بطرق العلاج الأخرى، وقضايا التقييم، وإدراج معايير استبعاد المشاركين، وساعات التواصل معهم، وإدارة المخاطر والمتابعة.

التحدي السياسي: التفاوض على سياسة التغيير والتنفيذ للبرنامج، وتأمين الاتفاق على الأهداف المشتركة، والتعامل مع الصراعات والتناقضات، وبناء علاقات جديدة لتمكين البرنامج من تنفيذه بصورة جيدة.

التحدي الثقافي: بناء فهم مشترك والتزام جميع العاملين على تنفيذه بحرفية.

التحدي التعليمي: تمكين القائمين على تنفيذه من اكتساب المعارف والمهارات ذات الصلة بدعم تنفيذ البرنامج.

التحدي الانفعالي: تحفيز العاملين فيه على الحفاظ على عملية تنفيذ البرنامج.

التحدي المادي/ التكنولوجي: دعم البنية التحتية اللازمة لإدارة جلسات البرنامج وتنفيذها، وتهيئة المكان المناسب والأدوات الأخرى، مثل: الأقراص المدمجة المساعدة على ممارسة التأمل، وإشراف العاملين على البرنامج في تلقي الدعم الإداري من القائمين على البرنامج.

وأخيراً يمكن القول: إن العلاج المعرفي القائم على اليقظة العقلية (MBCT) هو برنامج للعلاج والحد من انتكاسة أعراض الاكتئاب وذو فعالية موثوقة بالنسبة للأشخاص الذين لديهم تاريخ من الاكتئاب المتكرر، وقد أثبتت البرامج الإرشادية والعلاجية القائمة على الأدلة الأثر الإيجابي لهذا البرنامج لدى فئات عمرية متباينة في الحد من أعراض الاكتئاب واضطرابات أخرى، وكان له أثر كبير في منع تراجع الأعراض أو انتكاسها بعد التدخل العلاجي. وبناء على ذلك، فإن المعالج النفسي الذي يتبنى هذا النهج عليه أن يكون خبيراً وملماً من حيث التدريب على تقنيات العلاج المعرفي التي تستخدم تقنيات اليقظة العقلية والوسائل المساعدة في ذلك، وإلا أصبح التدخل العلاجي شكلاً من أشكال العلاج التقليدي.

ثانياً - برنامج معرفي تدريبي لتنمية الأمل

النموذج المعرفي لمكونات الأمل الثنائية التي وصفها سنايدر ورفاقه Snyder et al (1996) هو استعراض لمفهوم الأمل الذي يعرف بأنه القدرة على استخلاص مسارات التفكير لتحقيق الأهداف، والتحفيز الذاتي (الإرادة) عبر التفكير الواقعي والحفاظ على التقدم بطول مسارات التفكير للوصول إلى الأهداف المرجوة. وقد وصفت مكونات الأمل جنباً إلى جنب مع أوجه التشابه والاختلاف بين نظريات الدافعية والانفعالية بما في ذلك التفاوض والكفاءة الذاتية وتقدير الذات وحل المشكلات.

في هذا القسم من الفصل، سوف نناقش سبل غرس التفكير بالأمل وتعزيزه لدى العملاء الذين يتلقون العلاج المعرفي. فالعديد من المهارات المرتبطة بالأمل، هي بالفعل موجودة في علاجات تجريبية. على سبيل المثال، العلاجات التي تركز على تحديد الأهداف المناسبة (هدفاً)، وتقنيات حل المشكلات (مسارات)، والإرادة (طاقة). ولذلك، تتضمن تقنيات الأمل أطراً علاجية إضافية قائمة بالفعل، وكثيراً ما تكون اقترافاً بسيطاً نسبياً. في الواقع، يمكن أن يسهم التفكير بالأمل إسهاماً رئيسياً في كل مرحلة تقريباً من العلاج المعرفي. حيث يقسم العلاج الفعال إلى ثلاثة مراحل: التقييم، والتوجيه assessment/orientation والإنهاء وتقديم أمثلة على استثمار تقنيات نظرية الأمل في كل مرحلة من مراحل العلاج.

التفكير المأمول في تقييم الفكرة وتوجيهها

يمكن التفكير في الأمل أن يسهم إسهاماً مهماً في العلاج المعرفي، وفي جلسات التقدير والتوجه. فمعظم الجلسات العلاجية تؤكد التخفيف من حدة الأعراض الشديدة أو تحسينها. وفقاً لذلك، يركز التقييم عادة على طرق التفكير التي يعاني منها الفرد. ويرى سنايدر ولوبيز (Snyder & Lopez, 2007) أنه من وجهة نظرنا، من المؤسف أن معظم عمليات تقييم علم النفس المرضي لا تشمل إجراء تحقيق شامل في القوة والنجاح، سواء في الماضي والحاضر. فهناك على الأقل سببين، هما:

أولاً: يظهر البحث أن نتيجة المشاعر الإيجابية لتحقيق الأهداف (Omodei, 1990) من المرجح أن يسفر في بعض الأحيان عنها تدفق الانفعالات الإيجابية حتى في جلسة التقييم الأولى. كما لوحظ من قبل فرانك (Frank, 1975). فالعديد من العملاء الذين ادخلوا العلاج، وهم في حالة من الانهيار النفسي والأخلاقي بسبب عدم التغلب على العقبات في حياتهم. لذلك، فإن التركيز على النجاحات السابقة قد يكون الخطوة الأولى نحو إعادة بناء أو إبداع أفكار جديدة في مثل هذه الحالات. هذه العمليات تشبه التكهّنات الأخيرة حول فائدة التفكير بالمنفعة ثانياً: من دون فهم سليم لنقاط القوة لدى العميل عند بداية العلاج، فمن الصعب معرفة ما إذا كانت القدرات الموجودة حالياً يمكن الاعتماد عليها أو يمكن أن تبدأ بالظهور ببناء المهارات الإضافية.

إن وضع جدول أعمال وتحديد الأهداف هي أيضاً سمات مشتركة نسبياً للجلسات في

وقت مبكر من العلاجات الأكثر معرفية. هذا هو مثال آخر في النظرية التي نأمل أن تكون مفيدة. بالإضافة إلى تحديد الأهداف لإزالة الشدة، نأمل أن تشجع النظرية الممارسين على تحديد الأهداف الخاصة بالعملاء. مثل تشجيع العميل ليس فقط "إصلاح" صعوبات، ولكن أيضاً تتميته فردياً، وتمتد لتحديد مجالات أخرى إلى جانب الحد من الأعراض. على سبيل المثال، إذا قدم طالب جامعي للعلاج، وهو يعاني الاكتئاب، فقد يكون هناك هدفاً واحد لتخفيف الاكتئاب، وتعزيز العودة إلى حالته الصحية السابقة. فالهدف قد يمتد أبعد من ذلك، فقد تكون نتيجة لزيادة الدرجات الطلاب غير المكتئبين في الفصل الدراسي مقارنة بنتائجه. في الواقع، يمكن لوجود سمة الأمل لديه في حصوله على أفضل الدرجات في الفصل القادم، أو يكون هدف آخر لزيادة الترابط الاجتماعي من خلال الانخراط في اتحادات تقدم خدمة للمجتمع. باستمرار، وضع أهداف قابلة للتحقيق ليس في معالجة المشكلة، لكن في الانتقال نحو الذات بحيث تصبح أكثر قوة وإيجابية في تلك المواقف، كما تشمل تلك الأهداف جعل الشخص يشعر لماذا الحياة تستحق أن تعاش، ويستحق القيام بهذا العمل.

وبعد أن يتم تحديد الأهداف، والعلاجات المعرفية لكيفية التحقق الفعال للهدف الذي يسعى إلى الحد من الأعراض. هنا، لا بد من الحديث عن مسارات التفكير في الأمل التي تسهم إسهاماً مهماً في هذا الجانب، ومثال ذلك اضطرابات القلق. ويبدو أن التعرض الواقعي للمثيرات أمر ضروري للتخفيف من هذه الأعراض (كعدم الراحة، وازدياد القلق مؤقتاً، الخ)، ومهمة لاستمرار التقدم العلاجي. فالعلاجات المعرفية التي تم تصميمها لعلاج الفئات الأخرى من الاضطرابات. كما تقدم أيضاً مسارات محددة جيداً. بالرغم من أن تعليم العملاء مسارات فعالة ومهمة للحد من أعراضهم في العمل، لا بد من تصميم مسارات العمل التي تمتد إلى ما بعد من العلاجات الأولية التي تركز على الهدف باعتبارها طريقة أخرى لزيادة التفكير في الأمل.

وإذا تصورنا أن تخطيط بطل الرواية الذي يحاول الوصول إلى نقطة النهاية على وجه الخصوص باستخدام طريق واحد، تخيل كيف يمكن لهذا الطريق في الواقع أن يمتد إلى أبعد من ذلك أصلاً ليكون نقطة النهاية. هذا التمديد هو الانتقال للحد من أعراضه لتعزيز الأداء الفعلي للرضا، وهذا الأخير هو في صميم علم النفس الإيجابي. حيث يطلب من العميل رسم

مسارات (أي مسارات رسم الخرائط) أن تكون أداة قوية في العلاج. قد يكون مزية قوية عندما يشجع العملاء لرؤية الماضي من نقطة النهاية "شعور أفضل" لبديل نقطة النهاية لتعزيز المهارات. باستخدام رسم الخرائط ومسارات بالتزامن مع أهداف تمتد لتساعد في نهاية المطاف على تحديد نقطة نهاية حقيقية للعميل لتطوير نقاط القوة، والمضي قدماً لتحقيق التفكير في مرحلة العلاج النشط.

هنا، يتم تحديد أهداف العلاج، وبناء المسارات، والعمل بنشاط لتحديد المسارات. برغم من أن العلاجات المعرفية أظهرت العديد من فعالية المسارات (الاستراتيجيات) للحد من الأعراض. فمن المرجح أن الكثير من العملاء الذين يفكرون إلى الروح المعنوية لا يستثمرون هذه المسارات بطريقة موضوعية، لأن معظم هذه الاستراتيجيات تعطي تعليمات محددة لكيفية تقديم علاج منطقي، أو استخدام هذه الاستراتيجيات لتحفيز العملاء وتنشيطهم على استخدام هذه المسارات في العلاج. هذه الاستراتيجيات من المتوقع لها زيادة التفكير من خلال ثلاث قوى:

أولاً: إن مكونات الأمل لها تأثير تفاعلي مع بعضها البعض، فقد يعاني العميل زيادة غير مباشرة في الطاقة من خلال الزيادة في مسارات التفكير.

ثانياً: من المتوقع زيادة خبرة العميل بمراقبة طاقة أو قوة المعالج كنموذج للتفكير المتفائل. وهذا ما يساعد على وضع خطة واضحة المعالم، والتعبير عنها بحماس. وعلى المعالج توفير الشفافية والإنسانية الحقة في كيفية تحقيق هذه المفاهيم.

ثالثاً: استخدام استراتيجيات لتحديد التزام المتقاني للعميل في العملية العلاجية وتشجعه على التعبير عن هذا الالتزام، حتى عندما يواجه مجموعة من العقبات، وذلك من خلال تكرار عبارات مثل "أريد أن أفعل هذا"، "سوف أفعل ذلك" و"أنا أعلم أنني يمكن أن أفعل هذا" يمكن أن تولد زيادة ووقاية وطاقة للفكر. وبالتالي، تحقيق النموذج المتوازن للتفكير التفاعلي مع التشجيع القوي للتعبير عن الالتزام المحتمل في طاقة التفكير وزيادتها، وفي نهاية المطاف، المزيد من النجاح في استراتيجيات العلاج التقليدية.

من بين أهم استراتيجيات العلاج المعرفي الترقب والتحدى التلقائي للأفكار المختلة وظيفياً، التي تنضوي تحت مسمى علم النفس الحديث في التفكير. وبالمثل، العلاج بالأمل هو نوع

من العلاج النفسي الحديث حول نوع التفكير الذي له أثر عميق، رغم حقيقة أنه في كثير من الأحيان لا يمكن ملاحظته " حديث ذاتي". فقد يكون الحديث ميؤوس منه، مثل عبارات "لا أستطيع أن أفعل هذا" طاقة الهدف راكدة، في حين حديث النفس بعبارات مأمولة مثل "أعتقد أنني أستطيع أن أفعل ذلك" رفع الطاقة وتنشيط المسارات لتحقيق الهدف.

وثمة استراتيجيات أخرى مثل المراقبة الذاتية واختبار الفرضيات، ومن المرجح أيضاً زيادة الأمل بالحديث الذاتي. ومن ثم، فإن الكثير من العمل المعرفي يزيّد الطاقة وينشط مسارات تحقيق الهدف.

ويتضمن آخر ما استخدم في منهج العلاج المعرفي تحديد الأهداف الفرعية. فمن غير المرجح أن المعالج الماهر يشير إلى أن العميل الذي يعاني من القلق الاجتماعي فعليه تحديد هدف واضح ليصبح أفضل خطيباً في جلسة العمل كاملة بحلول الجلسة القادمة. بدلاً من ذلك، فإن المعالج المعرفي يعمل والعمل على تطوير تدرج هرمي للأهداف الإضافية. إن عملية بناء الأهداف الفرعية هذه، أو التسلسل الهرمي للأهداف، من المرجح أن تزيد التفكير في الأمل لدى العميل. وحول هذه النقطة، وجد سنايدر (١٩٩٤) أن الأفراد الذين لديهم مستويات عالية من الأمل وأهداف صعبة، يقومون بتفريعها أو تقسيمها إلى أهداف أكثر قابلية للإدارة في إنجازها، وربما يرتبط هذا على حد سواء بطريقة فعالة لمسار الأهداف الفرعية التي تم وضعها، وما ينجم عنها زيادة مستمرة في طاقة النجاحات على طول الممرات.

التفكير في مرحلة الإنهاء

التفكير بالأمل لا يقل أهمية عن مرحلة إنهاء العلاج كما هو خلال تقييم مراحل العلاج الفعال. وهناك نوعان من الأهداف الرئيسية في مرحلة إنهاء العلاجات المعرفية:

أولاً- إشراك العملاء والمعالجين في عملية الاستعراض، وتسليط الضوء على تعزيز مكاسب العلاج. في أثناء هذه العملية، يسعى المعالجون لتذكير العملاء بالتغيرات والأعراض التي حصلت لديهم في حياتهم فقط، بل أيضاً بالمهارات التي تعلموها في أثناء جلسات العلاج. **الثانية-** تطبيق المعالجين التقنيات المصممة لمنع الانتكاس. وينطوي هذا عادة على إشراك العملاء في مناقشات حول كيفية الحفاظ على المكاسب التي تعلموها في أثناء الجلسات العلاجية مستقبلاً.

وفقاً للنظرية، الأمل الناجح الملحوظ في تحقيق الأهداف يؤدي إلى إيجابية في طاقة العواطف المتزايدة. وهكذا، فاستعراض المكاسب يزيد الطاقة. وتضمن الزيادة في الطاقة بهذه الطريقة أن يظل الدافع لدى العميل قوياً للحفاظ على المكاسب ومواصلة وضع أهداف قابلة للإنجاز والتحقق من أجل تحقيق مكاسب إضافية بعد العلاج.

ومن ناحية أخرى، فتقنيات الوقاية، وبناء المسارات. من أجل منع الانتكاس، وتشجيع المعالجين في كثير من الأحيان في التفكير ملياً بالسبل "سوف تستمر للحفاظ على المكاسب بعد نهاية العلاج. بالإضافة إلى ذلك، يطلب المعالجون من العملاء تخیل المشكلات التي من المحتمل أن تظهر لهم في المستقبل، جنباً إلى جنب مع كيفية استخدام المهارات المكتسبة في العلاج للتعامل معها. إن إشراك العملاء في مناقشات بشأن طرق للتغلب على مشكلات المستقبل تساعد على بناء مسارات بديلة حتى قبل أن تنشأ مثل هذه الصعوبات. وهذا يوفر للعملاء استراتيجيات المواجهة والتفكير الإيجابي التي تساعد على مواجهة الصعوبات، ومن ثم المزيد من الحد من احتمال الانتكاس.

وهكذا، فإن مرحلة الإنهاء تتضمن تقنيات قوية لزيادة كل من الطاقة (من قبل استعراض المكاسب) والمسارات (من خلال ممارسة منع الانتكاس). ومن المهم أن نلاحظ، أنه من النادر أن تحدث هذه الأمور في مرحلة الانتهاء وذلك باعتراف المعالجين والعملاء. والقيام بذلك، ينبغي أن يتم تلقي العملاء بعد نهاية العلاج جرعة كبيرة من الأمل.

في هذه الفصل حاولنا تقديم لمحة موجزة عن العديد من الاستراتيجيات المستخدمة في هذه الدراسات، وتبسيط الضوء على تحديد الطرق أو الاستراتيجيات المعرفية التي يمكن دمجها في طرق العلاج بالأمل. فعندما نحدد، ونقدر ونراعي نقاط القوة ومهارات العملاء، فإننا لا يمكن إلا القيام بعمل أفضل للمساعدة على التخفيف من الألم النفسي، ولكننا أيضاً يمكن أن نساعدهم على زيادة إنتاجيتهم والرضا عن الحياة. هذه الخاصية الأخيرة هي قوة للعمليات المتعلقة بتطبيق علم النفس الإيجابي في العلاج عموماً، جنباً إلى جنب مع نظرية الأمل والنظريات المعرفية على وجه الخصوص.

جلسات برنامج لتنمية الأمل

يتكون هذا البرنامج من خمس جلسات أسبوعية، وذلك لمساعدة الطلاب على تنمية وتعزيز الأمل وتعزيزه، وهي:

الجلسة الأولى: التفكير بالأمل يعكس عملية تعلم المعاملة:

تعليم تنمية الأمل مخصصاً لإدخال نظرية الأمل ذات الأهمية في عملية التغيير الإيجابي (مثل تعلم المفردات المستخدمة في النموذج رغم أن العميل يتصرف بدافع الأمل في المواقف المختلفة).

الجلسة الثانية: البناء:

تشجيع المشاركين حول كيفية التعرف إلى الأهداف، والمسارات، ومكونات طاقة الأمل، والعقبات، وتحديد الأهداف الشخصية القابلة للتحقيق. ويتم ذلك خلال أربعة أسابيع لتحديد أهداف التعلم، والعقبات، وطاقة مسارات التفكير في قصص أو أمثلة).

الجلسة الثالثة: بناء أهداف إيجابية محددة لممارسة النموذج:

يتحدث المشاركون عن آماله وأهدافه، وصلها عملياً من أجل أن تكون أكثر تحديداً، وأكثر وضوحاً وإيجابية من مسارات متعددة للأفكار والإرادة من خلال تحديد هدف لكل منها وإعادة تنظيم الأهداف في ورقة عمل، وتحسين الهدف من خلال جعله أكثر تحديداً وإيجابية.

الجلسة الرابعة: نقاش موضوع :

قد يتعزز نموذج الأمل باستعراض الأهداف الشخصية من خلال نموذج عرض عملي، كقصة أمل شخصية (على سبيل المثال، متابعة التقدم في تحقيق الأهداف من خلال "أصدقاء مجلة الأمل").

الجلسة الخامسة: استعراض أهداف المستقبل وتطبيقها

تشجيع المشاركين لتبادل القصص الشخصية حول الأمل والتخطيط لخطوات مستقبلية (على سبيل المثال، تقييم المناقشة العملية في ضوء الأهداف المستقبلية للأمل بالأصدقاء وفريق العمل).

تبدأ كل جلسة بعرض شريحة نموذجاً مخصصة لمدة (١٠) دقائق لتطوير رغبة المشاركين في البرنامج وزيادة حماسهم لتعزيز ما قد تعلموه من أفكار في الجلسة السابقة.

ومن الأمثلة على الأهداف الشخصية التي تم اختيارها من قبل المشاركين زيادة الأداء في المقررات المدرسية على سبيل المثال، وتحسين العلاقات الشخصية والمشاركة في المناهج والأنشطة الإضافية. ويستند البرنامج إلى العمل النظري (Snyder, 1994) والعمل التطبيقي لوبيز وآخرون (a, 2000). ويدمج هذا البرنامج التقنيات التي تركز على الحل، والسرد المعرفي السلوكي. وتقديم تدريبات نفسية على المهارات التعليمية، وتشمل مكونات عمل المجموعة:

أ. بناء الأنشطة، الأدوار، والمناقشة الموجهة.

ب. تصميم بناء الأمل المستقبلي السلوكي (BHF) من أجل زيادة اهتمام المجموعة بالبرنامج، والدعم الاجتماعي، ومناقشة مكونات الأمل، وتبادل الأفكار والمشاعر بين الأقران، والمشاركة في جلسة الأنشطة.

التدخل الإرشادي (آليات التنفيذ)

يحضر جلسة الإرشاد بالأمل مجموعة من الأعضاء مكونة ما بين (8-12) شخصاً، إضافة إلى المرشد، والمساعد (طالب من طلاب الدراسات العليا)، حيث يقوم المرشد بشرح أهداف البرنامج وأهميته، ثم توضيح مفهوم الأمل ومكوناته والأرضية النظرية، ويتم عرض هذه القضايا في الجلسات من الثانية حتى الخامسة.

يهدف تصميم دليل الآباء، ودليل المعلمين إلى:

١. زيادة وعي الآباء والمعلمين بمبادئ الأمل وتعزيز قدراتهم، وتحديد الأهداف السلوكية التي يمكن أن تمثلها.

٢. نقل هذه المبادئ إلى الأبناء لتعزيز إرادتهم، وأهدافهم الواضحة للوصول إلى غايتهم بنجاح.

وقد أوضح علماء النفس ثلاثة أجزاء لدليل الوالد، حيث خصص:

الجزء الأول: لتعلم مفهوم الأمل (على سبيل المثال، مفهوم الأمل، والبحث عن الأمل، وكيف يمكن تنمية الأمل، واستراتيجيات أو مسارات التفكير؟)

الجزء الثاني: هدفه، غرس الأمل، والتقييم الذاتي باستخدام مقياس الأمل لسنايدر (1991) وكيفية بناء مكونات الأمل.

الجزء الثالث: خصص هذا الجزء لزيادة الأمل، وتعزيزه (الخطوات الأساسية المرتبطة بتعزيز الأمل) (استراتيجيات وتدريبات عملية لتحسين الأمل الخاصة بهم لدى الأطفال / الطلاب).

أشارت التغييرات المهمة لدى الأطفال إلى مقياس الأمل، ومقياس الرضا عن الحياة، والثقة بالنفس إلى أن التدخلات الرامية إلى زيادة نقاط القوة لدى المشاركين (في هذه الحالة، الأمل)، وتحسين التأثير النفسي وزيادة في الأمل المتوقع في تعزيز الأهداف الموجهة للتفكير. وهدف هذا التدخل للقوة الموجهة المشاركين تحقيق الأهداف من أجل حياة أكثر هدوءاً، وأنه لزيادة الرضا عن الحياة باعتباره نتيجة ثانوية لزيادة في التفكير الموجه نحو الأهداف بين الآباء والأبناء وبالتالي الرضا والصحة النفسية وزيادة في التحصيل الدراسي. وتشير النتائج العلمية إلى أن التدخل يهدف إلى تعزيز الأمل لدى الطلاب عامة، ويمكن أن تنتج عنه فوائد نفسية عديدة، كزيادة الأمل، والرضا عن الحياة، وتقدير الذات، والنجاح الأكاديمي، والتوافق النفسي. إن التدخلات الرامية إلى تعزيز الأهداف الموجهة التفكير تؤيد بقوة تطبيق المنهج القائم على التفكير لرفع الأمل لجميع المشاركين، وذلك من خلال ترتيب البيئة المدرسية عن طريق تحسين وسائل التفكير للوصول إلى الأهداف. على سبيل المثال، فالتدخل التوجيهي لديه القدرة على معالجة قضايا فعالية للوصول إليها بسهولة (الطلاب، والمعلمين، وأولياء الأمور) وبتمتية مستدامة منخفضة التكلفة لتقديم الدعم النفسي الإيجابي لتعزيز الأمل لدى الأفراد. ومن ثم، نحن نأمل أن تكون هذه الرؤية خطوة أولى لتحفيز مزيد من البحث لتنمية الأمل إيجابياً في سياقات تربوية واجتماعية أفضل ولدى الحالات المرضية علاوة على ذلك. فبرغم من ضغوط العمل اليومية الروتينية، فإن هذه التدخلات توفر معلومات ذات أهمية حاسمة للمربين والأطباء الذين يسعون لفهم وتطوير نقاط القوة النفسية الإيجابية لدى الإنسان. يمكن زراعة الأمل من خلال خلق بيئة ملائمة للمراهقين من خلال ما يلي:

- . يزيد من قدرة المراهقين على صنع القرار (الحكم الذاتي).
- . يزيد العلاقات المهمة ويدعمها بين الأقران والمعلمين (الانتماء).
- . زيادة الاهتمام في التعلم (المشاركة).
- . إعداد قائمة من المشاريع باعتبارها محفزات مناسبة للصحة النفسية للمراهقين.

وقد أظهرت الدراسات أنه يمكن زيادة التفكير بالأمل، وقد تم تنفيذ برامج ناجحة للأزواج وجماعات أخرى. وفي دراسة لمجموعة من كبار السن على مدى عشر جلسات جماعية، تعلمت أفراد المجموعة الذين كانوا يعانون من الاكتئاب كيفية تحسين أولويات لغتهم وتحديد الأهداف، جنباً إلى جنب مع كيفية تعزيز قدراتهم على إيجاد مسارات للأهداف المرجوة منها، وتحفيز أنفسهم لاستخدام تلك الطرق. بالنسبة للمجموعة الضابطة - من الشيوخ الذين خضعوا لعلاج ذكريات الماضي، أظهرت النتائج تخفيف حالة الاكتئاب بدرجة واضحة. وفي دراسة أخرى، تم إجراؤها في العيادات الخارجية للصحة النفسية، أشارت النتائج إلى تحسن التعليم تحسناً كبيراً على مدى العلاج في وقت لاحق. وعلاوة على ذلك، أنتجت البرامج التعليمية للهدف الموجه إلى التفكير في المدارس الابتدائية حتى المرحلة الجامعية تحسناً في مستوى الأمل. مثل هذه الدراسات أثبتت صحتها عبر مجموعة متنوعة من العلاقات (على سبيل المثال، مع الأطباء النفسيين ومرضاها، والأطباء ومرضاها والمعلمين وطلابهم والمدرسين واللاعبين، والموظفين، وما إلى ذلك). لذا، فالأمل هو عملية أساسية مشتركة تسهل تغييرات إيجابية لرفع الأمل لدى أشخاص.

ملخص واستنتاج

يبدو أن للبرنامج (MBBT) كما كشفت عنه العديد من الدراسات والأبحاث فاعلية إيجابية في الحد من أعراض الاكتئاب ومنع الانتكاس، إضافة إلى الحد من كثير من الأعراض المرضية المشار إليها أعلاه. كما أن البرنامج يساعد على زيادة الشفقة بالذات واليقظة العقلية، جنباً إلى جنب مع فصل العلاقة بين التفكير الاكتئاب السلبى وزراعة الشفقة بالذات لصالح الشفقة بالذات واليقظة العقلية. إلى أن ينفذ البرنامج بصورة دقيقة وتقييم نتائجه بموضوعية، ينبغي على القائمين على تنفيذه أن يملكو المهارات اللازمة على المستوى النظري والتطبيقي لهذا الاتجاه العلاجي، إضافة إلى اختيارهم لأدوات التقييم المناسبة من خلال: تدريبات الاسترخاء والتأمل الذهني واليوغا، علاوة على أدوات القياس السيكمترية، مثل: مقياس الشفقة بالذات واليقظة العقلية، وقد قام المؤلف بإعداد نماذج يمكن الاستفادة منها في عملية إجراء تقييمات دقيقة لنتائج التدخل لدى فئات تعاني من اضطراب الاكتئاب أو الوسواس القهري أو غيرها من الاضطرابات النفسية. وكثيراً ما يستخدم هذا النوع من العلاج جنباً إلى جنب مع

العلاجات الأخرى من أجل تسهيل التقدم الكامل والسريع لتضميد الجراح، وسوف يستخدم المشاركون أو العملاء هذه التقنية في كثير من الأحيان عندما يواجهون الشدات النفسية أو عندما يتعرضون لحالات قد تسبب لهم فقدان إحساسهم وانفصالهم عن أفكارهم. ونأمل أن يستفيد من هذا البرنامج العاملون في مجال الصحة النفسية والاستفادة منه في أثناء عملهم على الحالات التي تعاني من اضطرابات مختلفة، والذين يقومون بدراسات علاجية مقارنة بين هذا اللون من العلاج وأشكال علاجية أخرى للتأكد من فعاليته في إحداث التغير المطلوب في الأفكار والمشاعر والإحساسات الجسدية لدى المرضى الذين يعانون من أعراض الاكتئاب الشديدة. كما أن برامج زراعة الأمل أو تنميته لاقت قبولاً وتأيداً من قبل العاملين في مجال علم النفس وخصوصاً أصحاب الاتجاه الإيجابية في علم النفس لما لها من أهمية في تعزيز نقاط القوة والسمات الإيجابية لدى الأفراد بدلاً من التركيز على نقاط الضعف. لذلك، إذا كان لدى المربي أو المرشد النفسي في المدارس الرغبة في تنمية الأمل لدى المرضى أو الطلبة، فعليه القيام بتوفير الأساس المنطقي لتحديد الأهداف، وهذا يساعد المريض أو الطالب على فهم اتجاه العلاج؟ وكيف يسعى للمشاركة في هذه العملية؟ إضافة إلى استخلاص النتائج المرجوة. وهذا ينطوي على المعالج في مساعدة المريض في تحديد الأهداف وتحديد أسباب حضوره إلى العلاج.

أسئلة مراجعة

- لماذا سميت الموجة الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي بهذا الاسم؟
- ما السمات البارزة لهذه الموجة عن غيرها كالموجة الأولى والثانية؟
- ما النماذج العلاجية الأكثر وروداً في الموجة الثالثة في العلاج المعرفي السلوكي؟
- كيف تصمم برنامجاً إرشادياً قائماً على نموذج العلاج القائم على التخطيط في معالجة اضطراب ما بعد الصدمة؟
- عرف الأمل وهل يختلف هذا المفهوم عن المفاهيم الأخرى، مثل التفاؤل والكفاءة الذاتية وغيرها.
- ما هي النقاط الأساسية التي ذكرها سنايدر ولوبيز في نظرية الأمل؟
- صمم برنامجاً إرشادياً لتنمية الأمل الأكاديمي عند الطلاب المتعثرين دراسياً.



مراجع الفصل

- Allen, M., Bromley, A., Kuyken, W., & Sonnenberg, S. J. (2009). Participants' experiences of mindfulness-based cognitive therapy: "It changed me in just about every way possible". *Behav Cogn Psychother*, 37, 413-430.
- Arabnejad Sahar, Behrooz Birashk, Khadijeh Abolmaali Alhosseini.(2014). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on increasing Marital Intimacy and decreasing Marital Conflicts between the Couples of Tehran, *Journal of Social Issues & Humanities*, 2, 8.89-93.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 10, 125-143.
- Baer, R. A. (2005). *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. Academic Press Inc. [Edited book covering the science and practice of a range of mindfulness-based approaches.
- Baer, R. A. (2011). Measuring mindfulness. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 241- 261.
- Bate, P., Mendel, P., & Robert, G. (2008). *Organizing for quality: the improvement journeys of leading hospitals in Europe and the United States*. Oxford: Radcliffe.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Carlson, L. E. & Garland, S. N. (2005). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on sleep, mood, stress and fatigue symptoms in cancer outpatients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 278-285.
- Ciarrochi-Joseph & Diane L. Whiting et al.(2012).Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for Psychological Adjustment afer Traumatic Brain Injury: Reporting the Protocol for a Randomised Controlled Trial.
- Dimidjian, S. & Linehan, M. M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 10, 166-171.
- Dimidjian, S.; et al. (2006). "Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults With Major Depression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 74 (4): 658–670..

- Elliston, P. (2001). Mindfulness in medicine and everyday life. *British Medical Journal*, 323, 7322.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford. {Good chapters on mindfulness for psychotherapists and working with children}
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- Hayes Steven C., Pistorello Jacqueline, and Levin Michael E. (2012): Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change, *The Counseling Psychologist*. 40(7) 976-1002.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance*. New York: Guilford. Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*, 78, 169-183.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25.
- Hopko, D.R.; Lejuez, C.W.; Lepage, J.P.; Hopko, S.D. & McNeil, D.W. (2004). "A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression" (PDF). *Behavior Modification*. 27 (4): 458–469.
- Jacobson, N.S.; Martell, C.R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255–270.
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to Our Senses: Healing Ourselves and the World Through Mindfulness*. Piatkus Books.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L. et al. (1992). Effectiveness of A Meditation-Based Stress Reduction Program in the Treatment of Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G. et al. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- KelloggH Scott. Jeffrey E. Young.(2006). Schema Therapy for Borderline Personality Disorder. *J OF Clinical psychology*, Vol. 62(4), 445–458

- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E. R., Holden, E. R., White, K., 106 Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., Teasdale, J.D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 966-978.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R., & Hopko, S.D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25(2), 255-286.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Ma, S. H. & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- Matthew McKay, Jeffrey C. Wood, and Jeffrey Brantley.(2007). *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook*, New Harbinger Publications, Inc
- McCullough, Jr., J.P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System ofPsychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
- McCullough, Jr., J.P. (2008). *The Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: A valueadded strategy for chronic depression*. *Psychiatric Times*, 25(10).
- Miltnerberger, R. G. (2012). *Behavior modification: Principles & procedures* (5th ed.). Belmont,CA: Wadsworth.
- Omodei, M. M., & Wearing, A. J. (1990). Need satisfaction and involvement in personal projects: Toward an integrative model of subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 762- 769.
- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032-1040. [Recent meta-analysis of all MBCT trials].
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nded). New York: Guilford Press.
- Ruiz J.Francisco.(2012).*Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and*

- Meta-analysis of Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 12, 2, 333-357, 2012.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press. {The MBCT Manual.}.
 - Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free Press.
 - Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Thousand Oaks, CA: Sage.
 - Snyder, C. R., Sympson, S. C., Ybasco, F. C., Borders, T. F., Babyak, M. A., & Higgins, R. L. (1996). Development and validation of the State Hope Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 321–335.
 - Teasdale, J. D. (1999). Meta-cognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
 - Thompson, L.W., Coon, D.W., Gallagher-Thompson, D., Sommer, B., & Koin, D. (2001). Comparison of desipramine and cognitive/behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild to-moderate depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(3), 225-240.
 - Wells Adrian.(2007). Cognition About Cognition: Metacognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia, *Cognitive and Behavioral Practice* 14 (2007) 18—25.
 - Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307–318
 - Young, J. E., Klosko, J., & Weishaar, M. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York.

الفصل الرابع

برامج الإرشاد النفسي القائمة على النهج الإنساني

الرؤية والتوجه التطبيقي لنظرية كارل روجرز
أهداف برامج الإرشاد الراجري
الخطوات الرئيسة لبرامج الإرشاد الراجري
برامج الإرشاد المتمركزة حول الشخص أو العميل
الفنيات العلاجية
عملية التغيير في العملية الإرشادية
نموذج لبرنامج علاجي متمركز حول الشخص
خطة البرنامج
تحديد المشكلة
الأهداف وبناء خطوات العمل
مثال لجلسات العلاج الراجري في القلق الاجتماعي
مراحل التغيير
تقييم التغيير والمراحل المصاحبة لفاعلية التغيير
ملخص واستنتاج
أسئلة مراجعة



الفصل الرابع

برامج الإرشاد النفسي القائمة على المنهج الإنساني

يسعى هذا الفصل للتحقق من الأهداف الآتية:

- تصور نظري للنهج الإنساني في العلاج النفسي.
- تصور العلاج المتمركز حول الشخص للعملية الإرشادية والعلاجية.
- متطلبات البرنامج العلاجي في العلاج الوجودي.
- تقديم برنامج علاجي وفق نظرية العلاج الوجودي.
- تعرف خطوات العمل ومراحل التغير العلاجي وتقييمه
- تقديم تصور لبرنامج حول العلاج بالمعنى

إن مصطلح "القوة الثالثة" هو في الواقع تصنيف عام لعدة توجهات أساسية في علم النفس. فعناصر القوة الثالثة هي الإنسانية، الظواهرية، أو الوجودية، حيث تتكون هذه الحركة المتعددة الأوجه من مكونات متنوعة ومتضاربة، إلا أنها جاءت ردًا فعل على النظرية السلوكية والتحليل النفسي. إنها في الواقع، كيان ودليل علمي للعيش؛ فالكائن الحي هو في حركة على طريق تحقيق ذاتي، وليس بقبول مجموعة من المبادئ والمعتقدات المتجانسة.

المصطلح الأكثر عمومية الذي يتبع لحركة علم النفس الإنساني، يمكن رؤية ذاته من خلال الظواهر الوجودية كأشكال فرعية لعلم النفس الإنساني، وذلك من خلال إصداراته الأمريكية الأكثر حداثة للتطور الإنساني المعلن عنها من قبل علماء النفس أمثال: إبراهيم ماسلو وكارل روجرز اللذين يُعدّان من علماء النفس الأوائل اللذين كان لهما اليد الطولى لهذا النهج في الممارسة العلاجية. ورغم ذلك، فعناصر الإنسانية يمكن العثور عليها في فكر التحليل النفسي لفروم، وكارهن هورني، وحتى يونغ وأدلر، رولو مايو صاحب الاتجاه الوجودي، الذي وضع العديد من المبادئ الإنسانية.

ويركز أقطاب الإرشاد الإنساني على الخبرات الذاتية الواعية للعملاء الذين يكون لهم أثر فعال في العملية العلاجية من حيث وضع الأهداف، واتخاذ القرارات التي توافق مع أطرها المرجعية الداخلية... الخ. كما يركزون أيضاً في أثناء العملية العلاجية على الحاضر (هنا، الآن) بدلاً من التركيز على الماضي.

ويشمل علم النفس الإنساني عدة طرق لتقديم الإرشاد والعلاج النفسي. ومن بين أقرب الأساليب نجدها في النظرية النمائية لـ "إبراهيم ماسلو" Abraham Maslow، التي تركز على التسلسل الهرمي للاحتياجات والدوافع، وعلم النفس الوجودي "رولو ماي" Rollo May التي تدعو إلى الاعتراف باختيار الإنسان والجوانب الأساسية للوجود الإنساني، والعلاج النفسي المتمركز حول العميل أو الشخص (PCT) Person- Client Centered Therapy لكارل روجرز Carl Rogers، الذي يركز على قدرة العملاء على التوجه الذاتي وفهم نموهم الشخصي. وتشمل الأساليب الأخرى: العلاج الجشطالتي Gestalt therapy، والعلاج النفسي الإنساني Humanistic Psychotherapy، والعلاج العميق Depth Therapy والصحة الشاملة، مجموعات المواجهة Encounter Groups والتدريب على الحساسية Sensitivity Training والعلاجات الزوجية والأسرية، وعمل الجسم Body Work، والعلاج النفسي الوجودي للميدارد بوس Existential Psychotherapy والعلاج النفسي الوجودي-التكاملي Existential-integrative psychotherapy، الذي يعد تطوراً جديداً نسبياً من أعمال "كيرك شنايدر" (2008) Kirk Schneider في العلاج الإنساني والوجودي. وقد وصفت "شيليا إرنست ولوسي جوديسون" Sheila Ernst and Lucy Goodison استخدام بعض الأساليب الإنسانية الرئيسية في جماعات المساعدة الذاتية تُعدُّ شكلاً من أشكال الإرشاد بالمشاركة، وهو نهج يعتمد الذات بكل معنى الكلمة، ومقبولاً في علم النفس الإنساني. وقد تلقت النظرية الإنسانية أهمية كبيرة في مجال العلاج النفسي، منها: إعادة التقييم الإرشادي من طرف هارفي Harvey وأعمال كارل روجرز (2009, Elkins).

ويميل علم النفس الإنساني إلى النظر إلى أبعد من النموذج الطبي من أجل فتح آفاق للنظر إلى الإنسان من وجهة نظر غير مرضية. وهذا يعني عادة، أن المعالج يقلل من اهتمامه بالجوانب المرضية في حياة الشخص لصالح الجوانب الصحية. وهناك عنصر أساسي في

هذا النهج، المتمثل في العلاقة أو التحالف العلاجي بين المعالج والعميل وإمكانيات الحوار . والهدف لكثير من أساليب العلاج الإنسانية هو المساعدة الذاتية للعميل، وتسمى أيضاً تحقيق الذات. وكل هذا، هو جزء من الدافع الإنساني ليُكون العلم الخبرة الإنسانية الفعلية للعميل (Clay, Rebecca , 2002).

ورغم تعدد الاتجاهات الفكرية الإنسانية في تقديم الخدمات النفسية للعملاء، مثل العلاج الوجودي، والعلاج القائم على الحاجات، والعلاج المتمركز حول العميل... إلخ إلا أن العلاج المتمركز حول الشخص أو العميل الذي تم تطويره من قبل روجرز يعد من بين العلاجات الإنسانية الأكثر شهرة في المجال التطبيقي للإرشاد والعلاج النفسي في المجالات المتعددة في الحياة الإنسانية.

لذلك، سوف نتناول في هذا الفصل التطبيقات الإرشادية للعلاج الإنساني المتمثلة في أعمال روجرز الذي كان له الفضل في ترجمة فلسفة هذا التوجه النظري وأفكاره ونقله من حيز النظرية إلى الواقع التطبيقي من خلال العديد من النماذج الإرشادية والعلاجية التي استخدمها مع المرضى على اختلاف حالاتهم النفسية بطريقة فردية أو جماعية. كما نقدم نموذجاً مختصراً للعلاج بالمعنى حسب أسلوب فرانكل 1973.

الرؤية والتوجهات النظرية لنظرية كارل روجرز

يلخص "كارل روجرز" Rogers فلسفته في العلاج المتمركز حول الشخص أو العميل بأنها طريقة إلى السيرة، تجد مسلكها في تلك الاتجاهات والسلوكيات التي تهيب مناحاً محفزاً للنمو، وهي فلسفة أكثر مما تكون تكتيكاً أو طريقة، وعندما تصل هذه الفلسفة أو الطريقة إلى الكينونة المتمركزة حول العميل ضمن مسار التدخل العلاجي، فإنها تقوده إلى عملية استكشاف الذات وإلى تعرية الذات وتقييمها من خلال خلع الأفعنة المزيفة عنها. وبقدر ما يعيش المعالج هذه الشروط في العلاقة المهنية أو العلاجية، فإنه يصبح رفيقاً للعميل في هذه المرحلة تجاه تنمية الذات وتطويرها لديه (Rogers.1951,56).

ويصف روجرز نظريته في العلاج النفسي بأنها نظرية في تغيير ونمو الشخصية نتيجة التدخل العلاجي القائم على تقبل العميل بدون شروط مسبقة، حيث يفترض أنه إذا كان المعالج لديه الخبرات الإيجابية غير المشروطة والفهم التعاطفي Empathic understanding تجاه العميل، فإنه بذلك سوف يقوم بعملية تواصل إيجابي في ضوء

الإطار المرجعي للعمل، وأن هذا النجاح في التواصل بالعمل ضمن هذه الاتجاهات الإيجابية في العلاقة، سوف تجعل العمل يستجيب لذلك من خلال إحداث تغييرات بنائية في تنظيم شخصيته (Rogers,1957,1959b)؛(Corsini and Wedding,2010,163-164). (Rogers, 1980).

أهداف البرنامج الإرشادي الراجري

لكل حالة من حالات الإرشاد لها أهداف خاصة في أي برنامج إرشادي، لكن السياق العام لأهداف البرنامج الراجري غالباً تسير حسب التصور الفلسفي والتطبيقي للإرشاد المتمركز على الشخص. ويمكن إجمال هذه الأهداف في الآتي:

- أ- التركيز الرئيس في التدخل الإرشادي على الشخص وليس المشكلة.
- ب- السماح للعمل أو المسترشد بإعادة التواصل مع ذاته لاكتشاف الخبرات المنكرة أو المشوهة للذات.
- ت- مساعدة العميل على التعامل مع مشكلاته الحالية بفاعلية، فضلاً عن المشكلات التي يمكن أن تتطور في المستقبل.
- ث- مساعدة العميل أن يصبح على بيئة من حقيقة ذاته الصحيحة، وتطوير التوافق بين الذات والخبرة.

الخطوات الرئيسة لبرامج العلاج الراجري

- ذكر روجرز مجموعة من الخطوات لقيام المعالج النفسي أو الميسر (Facilitator) بعمله العلاجي وفق السياق النظري الذي تبناه، وأهم هذه الخطوات:
- ١- رغبة العميل في تلقي العلاج: ويعني ذلك، أن يأتي العميل إلى المعالج لتلقي العلاج بشكل طوعي دون إجبار أو إكراه، وليس مدفوعاً من أحد، لأن هذه الرغبة تتطلب منه المسؤولية فيما يتخذ من قرارات بشأن نموه النفسي.
 - ٢- تحديد طلب المساعدة: ويتطلب ذلك، أن يحدد العميل طبيعة مشكلته، وأن المعالج ليست مهمته الإجابة عن كل الأسئلة التي يطرحها، ولكن دوره في توفير الشروط المناسبة التي تساعد على اكتشاف مشكلته وخبراته.

٣- يشجع المعالج العميل للتعبير عن خبراته ومشاعره بحرية تامة: ويتحقق ذلك إلى حد كبير بما يُظهره المعالج من اهتمام واستقبال طيب للعميل.

٤- يتقبل المعالج العميل بكل مشاعره وخبراته السلبية مهما كان نوعها: لا بد للمعالج هنا من توفير المناخ المناسب الذي يشعر العميل فيه، بأنه لا بد أن يعي هذه المشاعر السلبية ويتقبلها على أنها جزء من ذاته، وأنه لا بد من إظهارها حتى يستطيع تقديم المساعدة له.

٥- تقديم المعالج التعاطف الوجداني المناسب الذي يساعد العميل على النمو: إن تعبير العميل عن المشاعر السلبية في الجلسة العلاجية دون أن يتبعها نوع من الدعم والمساندة والتعاطف اللازم قد يسبب للعميل الإحباط وعدم الرغبة في البوح عن مكونات مشاعره التي لا تلقى صدى من قبل المعالج.

٦- أن يتقبل المعالج ويعترف بأحاسيس العميل الإيجابية بالقدر الذي يعترف بمشاعره السلبية: إن قبول المعالج لكل الدوافع الناضجة وغير الناضجة وغيرها من دوافع العميل قد يساعده على ألا يقف موقفاً دفاعياً من مشاعره السلبية.

٧- إذا سارت الخطوات السابقة كما ينبغي لها، فإنها قد تساعد العميل على الاستبصار والبوح بخبراته ومشاعره دون قيود.

٨- سعي العميل للاستفادة من الاستبصار في التقدم نحو توسيع مداركه، والبحث بعمق عن دوافع سلوكه، وهذا يدفعه إلى النضج والتحسين والتوافق النفسي.

هذه الخطوات العامة والأساسية تمهد الطريق نحو تنشيطها ضمن خطوات إجرائية أثناء التدخل الإرشادي والعلاجي، ونعني بها التكنيكات أو الفنيات التي تترجم في العملية العلاجية (العاسمي، ٢٠١٥).

ومثال على التعاطفية:

العميل : أشعر بأنه لا يوجد أحد يهتم بي، وأشعر أنني أعيش وحيداً.
استجابة التعاطف: إذن أنت تشعر بالوحدة في هذه اللحظة، وكأن لا أحد يهتم بك.
استجابة التعاطف: أنا آسف، إن كنت تشعر بهذه الطريقة.

برامج العلاج المتمركزة حول الشخص أو العميل

لم يقدّم روجرز نموذجاً لطبيعة برامج الإرشاد والعلاج لمواجهة مشكلات المسترشدين أو العملاء كما هو معمول به في المناهج العلاجية الأخرى، على اعتبار أن التوجه الراجري يخالف التصورات المنهجية السابقة من حيث النظرة إلى الإنسان، ومشكلاته، والتشخيص، والتدخل والعلاقة. لذا، اتبع روجرز نهجاً مخالفاً ركز فيه على العلاقة فقط بينه وبين المسترشد. تلك العلاقة التي يمكن أن تتبع منها العديد من الأساليب التي يستخدمها المسترشد في عملية البوح الذاتي، واكتشاف مكونات الخبرة المشوهة للذات والاستبصار بها، ثم البحث عن إجراءات وأساليب لكيفية دمجها في مفهوم الذات، أو إبعادها وعزلها ببصيرة واعية. كما أن روجرز لم يركز على التكنيكات بقدر تركيزه على العلاقة التي قد تطول أو تقصر. إضافة إلى ذلك، فإن الأهداف التي يضعها المعالج أو المرشد هي نابعة من قناعات المسترشد واحتياجاته، وليس مفروضة عليه من طرف المعالج. لذلك، فالعملية العلاجية أو الإرشادية بيد المسترشد لا بيد المعالج الذي يسعى من خلال مساعدة المعالج له على توضيح بعض المسائل غير الواضحة وانعكاسها بطريقة يدركها المسترشد بحيث تزيد من وعيه وإدراكه لذاته. ومع ذلك استخدم روجرز بعض الإجراءات لمساعدة المسترشد أو العميل للوصول إلى درجة من النمو الذاتي، وأهم هذه الإجراءات أو كما يسميها بعض العلماء التكنيكات أو الفنيات ما يلي:

الفنيات العلاجية

لم يستخدم روجرز أي أساليب خاصة في الإرشاد والعلاج النفسي، مثل التداعي الحر الطليق، وتفسير الأحلام، واستخدام الرموز، والتتويم المغناطيسي. فالاتجاه الراجري في التدخل الإرشادي والعلاجي (البرنامج) يحدده العميل، في الوقت الذي نجد أن تعليمات التحليل النفسي هي (مثل ما يرد على بالك) نجد التعليمات في إرشاد روجرز - إن وجدت هذه التعليمات - فإنها تقوم أصلاً على (تحدث عن ما تريد) هاتين المجموعتين من التعليمات المختلفتين جداً. فالعمليل يحدد ما يريد مناقشته، ومتى يتم ذلك، وإلى أي مدى؟ فروجرز، على سبيل المثال يؤكد بقوة أن عملاءه لديهم القدرة على فهم مشكلاتهم واكتشافها في ظل وجود العلاقة العلاجية المناسبة التي تمكنه من السير في طريق تحقيق ذاته أو الشخص كامل الفاعلية.

ويرى ثورن (Thorne , 1990) أنه لا توجد تقنيات قائمة على النهج المتمركز على الشخص، وسير العلاج النفسي قائم في الأساس على الخبرة والتواصل بين المعالج والعميل في الموقف العلاجي الذي لا يمكن وصفه بالتقنيات. وفي نقطة سابقة لتاريخ هذا النهج، كان هناك مد وجزر من حيث التركيز على ذلك في المقابلة العلاجية، والتي يتم الحصول عليها من دراسة التغيرات لكل من المعالج والعميل في الموقف العلاجي، ومع ذلك يميل التركيز على استجابات المعالج التي تؤثر على العميل، التي كثيراً ما توصف بأنها تقنيات لانعكاس مشاعر العميل، وهي في المقام الأول مسألة تكرار للكلمات الأخيرة التي قالها العميل. والمواقف المطلوبة من المعالج أن يكون لديه مستوى جيد بمعرفة الذات وتقبلها، ونقل هذا القبول والصدق في ذات المعالج إلى العميل. ويوضح "جندلين" Gendlin . وهو من المطورين لنظرية روجرز . بالقول: إن ثمة تكنيكات متعددة وكثيرة في نظرية روجرز يمكن أن تستثمر كليا لتحقيق شروط العملية الإرشادية، ولكن لا يمكن أن نسيماها حرفياً بتكنيكات، فهناك بعض القصور، فبعض التكنيكات غير متناسقة أو غير متناغمة مع هذا التوجه (العاسمي، ٢٠١٥).

وفي ضوء ذلك، اكتشف روجرز أن أغلب استجابات العملاء تقع ضمن واحدة من المجموعات الخمس الآتية:

١- **الاستجابة التعمقية Probing Response**: تهدف هذه الاستجابة إلى جمع معلومات إضافية عن العميل، فالواحد يسأل: ما الشيء الذي يخيفك بالنسبة للعملية العلاجية. فهذه الاستجابة قد ينظر إليها العميل محاولة للكشف عن خصوصياته؛ فقد تكون استجابته على سبيل المثال "إن ذلك لا يخصك". ويوصي روجرز بأن استجابة سبر الغور أو تقديمها بطريقة تتيح للمتحدث (العميل) فرصة الخيار بين الاستجابة أو تغيير الموضوع إن أراد ذلك.

٢- **الاستجابة التقييمية Evaluative Response**: تضع حكماً تقيماً لمعتقدات ومشاعر ورغبات وسلوكيات العميل. وتظهر هذه الاستجابات عندما يسأل العميل عن رأيه أو رغبته في الكشف عن اتجاهاته أو قيمه الخاصة تجاه هذه القضية أو تلك. ويعتقد روجرز

أن الاستجابات التقييمية توصل دائماً الأبواب تجاه أي اتصالات إضافية بدلاً من فتحها، بل قد تؤدي إلى ردة فعل دفاعية عند العميل.

٣- **الاستجابة التأويلية:** Interpretative Response هي محاولة من جانب المعالج لاطلاع العميل على ماهية مشكلته الحقيقية، أو كيف يشعر حقيقة اتجاه ذلك الوضع أو الموقف. ويعد هذا التفسير أسلوباً يتم توظيفه في العلاج المكثف مرات عديدة تحت إشراف المعالج الماهر، ومساعداً ذا قيمة لتطوير البصيرة أو الاستبصار.

٤- **استجابة التطمين** Reassuring Response تحاول هذه الاستجابة أن تلطف مشاعر العميل، حتى لا يشعر بالخوف؛ فالمعالج قد يستجيب لتساؤلات العميل بالقول: عدد من الناس قد تجاوزوا هذه العملية بسلام. وهذه الاستجابة تجعل العميل يعرف كيف أنه مقبول، كما يقوم بتشجيعه على تجربة القيام بسلوكيات جديدة قد تساعد على حل المشكلة.

٥- **الاستجابة الانعكاسية** Reflective Response تهدف إلى الحصول على المشاعر المتعمقة التي يعبر عنها في الاتصال الحقيقي بين المعالج والعميل، وأن الإفادة الانعكاسية لا تمثل ببساطة أو حل محل الاعتقادات أو الكلمات الأصلية للعميل، لكنها قد تكون ذات فاعلية وتأثير فيما لو أن المرشد استخدم كلماته وعباراته، واستجاب بأسلوب يتوافق بعمق الاتصال الأصلي أو في مستواه (أنجلر، ١٩٩١).

مثال: انعكاس للمشاعر

العميل: لم أكن أعرف ما يجب القيام به، وكنت في حيرة، وغاضباً جداً.
المرشد أو الميسر: لذلك كنت تشعر بالحيرة والخط بين الأمور والغضب نتيجة ذلك.

لذلك، فإن فنيات العلاج المتمركز حول العميل (CCT) هي أوجه النشاط التي يقوم بها المعالج المتبني طريقة روجرز في العلاج. كما أنها لا تكون بأية حال شرطاً جوهرياً للعلاج، وإنما تعمل قناة يتم من خلالها تحقيق الشروط الأساسية المسهلة للعملية العلاجية وإيصالها إلى العميل، وتهدف أيضاً إلى التأكد لتحقيق هذه الشروط والمتمثلة في: التعاطف الوجداني، والتقبل، والاعتبار الإيجابي غير المشروط عبر علاقة علاجية ناجحة. وقد أشار روجرز صراحة إلى هذا بالقول: "أنا اعتقد أن كيفية المقابلة العلاجية أو اللقاء بالعميل هي أكثر

أهمية على المدى الطويل من معرفتي الأكاديمية، ومن تدريبي، ومن توجهي الإرشادي غير الموجّه، ومن التكنيكات أو الفنيات التي استخدمها في المقابلة" (Rogers, 1961, 416-429). رغم ذلك، فإن هذه الفنيات أو التكنيكات تقيد المرشد المبتدئ في تحديد مسار عمله مع العميل والجوانب التي ينبغي التركيز عليها في أثناء العملية العلاجية، على اعتبار أنها تساعد كل من المعالج والعميل على تقييم العملية بالكامل في ضوء خطوات محددة. وهذا الاتجاه بالذات تم تدعيمه كل من: بورتر Porter, 1950 وباترسون Patterson, 1959 حيث فضلوا استخدام هذه الفنيات العلاجية في عملهم؛ لأنها تركز على الجوانب الانفعالية، وعلى جوانب الشعور المتعلقة بالموقف العلاجي أكثر من تركيزها على الجوانب العقلية. وهذه الجوانب هي جوهر فلسفة العلاج المتمركز حول العميل، ولذلك، فإنه ليس بغريب أن تكون الفنيات التي صاغها روجرز موجهة في الجانب الأعظم منها نحو مشاعر العميل. وأهم هذه الفنيات أو التكنيكات هي التالية:

أولاً. تقبل المشاعر: Feeling Acceptance Technique

تتلخص هذه الفنية بضرورة العمل على إقامة علاقة مخلصّة بين المعالج والعميل، تتطوي على جو من الثقة والتقبل والتعاطف لمشاعر العميل الموجبة التي يعبر عنها، والكيفية التي يتقبل بها المشاعر السلبية، بحيث تسمح للعميل بتحريره من كل أنواع التهديد الداخلي والخارجي، بشرط ألا تتم مقابلة المشاعر الإيجابية بالمدح أو الثناء؛ بل يتم تقبلها جانباً من شخصيته، بحيث لا تقل ولا تزيد قدرًا عن المشاعر السلبية.

ومثال: أسئلة مفتوحة

العميل: لقد صدمت سيارتي سيارة رجل آخر، وخرج الرجل من سيارته وأساء إليّ.
المرشد: وكيف كان شعورك حيال ذلك؟

ثانياً. تفريغ المشاعر السلبية Outpouring Negative Feeling

وتعني هذه الفنية قيام العميل في ظل الشروط التي يوفرها المعالج في الموقف العلاجي كما أشرنا إليها سابقاً بالتعبير عن مشاعره وأحاسيسه السلبية المدفونة في أعماق ذاته والتي ولدتها تلك الخبرات المؤلمة، بهدف الحد من شدتها واستبدالها بخبرات أكثر إيجابية. وكل ما

يذكره ويوضح به العميل خلال الجلسات المتقدمة من العلاج هو نتيجة لتلك العلاقة القائمة على الثقة والتعاطف الوجداني.

ثالثاً. انعكاس أو تأملات المشاعر Feelings Refection

وتعني استجابة مساعدة لتحديد انفعالات العميل على نحو دقيق والمبنية على أساس مقولاته اللفظية وغير اللفظية باستخدام عبارات بسيطة. أي، إعادة صياغة مقولات العميل ومشاعره بألفاظ أخرى مع الحفاظ على المعنى، واستخدام التعبيرات المشابهة لهذه المشاعر، أو تكرار المقاطع الأخيرة التي يقولها العميل، أو إعادة محتواها، أو جانب مما يقوله بنبرة صوت تبين للعميل فهم المعالج له، من دون أن تفقد تلك المقولات التي تحدث عنها العميل في محتواها. بحيث يكون المعالج مرآة لفظية صادقة من خلال التوضيح، والتلخيص لها، وبالطريقة التي يعبر بها العميل عن تلك المشاعر.

مثال لانعكاس المشاعر:

العميل: لقد شعرت بالاكئاب خلال الشهرين الماضيين عندما اختلفت مع شريكي، ومن وقتها أواجه مشكلة في النوم وقد أضرت بتركيزي في عملي.
المرشد أو الميسر: Facilitator: هذا هو الشعور الذي جعلك في حالة اكتئاب والذي أثر على حياتك اليومية.

رابعاً. توضيح المشاعر Feeling Clarification

والمعالج في ضوء ما سبق، لا يقف عند حد تقبل المشاعر وعكسها، بل يجب عليه توضيحها، وتعني توضيح المشاعر وإعادة التعبير عن محتوى ما يقوله العميل، أي، أنه عندما يختلط الأمر على العميل في محاولته التعبير عن مشاعره، فإن مهمته تكون عندئذ متمثلة في مساعدته على توضيح المشاعر حتى يتسنى له التعبير عنها بوضوح، ولكن بشرط ألا يتجاوز المعالج مقولات العميل بالفعل. إذا يمكن أن يقع هناك أمر مربك للعميل إذا حاول المعالج عكس مقولات العميل بطلاقة أو بأسلوب لا يستطيع العميل إدراكها أو استيعابها (Rogers, 1951). ومثال ذلك:

العميل: أشعر بالبكاء ولا أعرف ما يجب القيام به.
المرشد: هاه، أنا أرى أنك لديك الكثير من منغصات الحياة التي لم تستطع تحديد أيها أكثر إيلاًماً.
العميل: يقول لي والديّ على الدوام "ولد سيء" لإغاظتي لأخي الصغير، "أنا لا أحب أن أغيظ أخي الصغير، مع أنه في واقع الأمر يفعل ذلك، لذلك أخشى أن أخسر استحسان والديّ.
المرشد: اعتقد أن والديك أكثر إيلاًماً لك من أخيك الصغير.

خامساً . اكتشاف الذات والتبصر بها Self-discovery

يعني اكتشاف الذات، إمعان النظر في الذات، واختبارها، وتفحصها بدقة، وهي تعني أيضاً فعلاً وتعلماً واكتشافاً أشياء جديدة عن الذات. ويرى "كرخوف" أن اكتشاف الذات ليس خبرة تامة، بل أن هناك أنواعاً وأشكالاً من مستويات العمق ترتبط بهذه العملية. ويتضمن مستوى التعمق بالذات الذي يشعر به العميل من خلال بعدين، هما:
أ. نوع المعلومات التي تتم مشاركته فيها بينه وبين المعالج.
ب. ماذا يستفيد العميل من هذه المعلومات.

سادساً . معايشة الخبرة وتعميق الوعي بها Coexistence with experience

ومعنى ذلك، إحضار العميل الخبرات المنكرة والمشوهة إلى دائرة وعيه، وإعادة تنظيمها ضمن إطار مفهومه عن ذاته. ففي ظل العلاقة الوطيدة بالمعالج يستطيع العميل فحص المظاهر المتنوعة لخبراته ومشاعره كما يحس بها بالفعل في هذه اللحظة، ويتقبلها بكل تنوعاتها وتناقضاتها.

سابعاً . اللاتوجيهية Nondirectiveness

تعني عدم توجيه العميل، وعدم نصحه أو إرشاده بطريقة مباشرة، بل السماح لنزعة تحقيق الذات لدى العميل أن تظهر. فالمعالج لا يفعل أي شيء لتوجيه مقولات العميل التي يتم التعبير عنها. بمعنى، أنه لا يطرح أي تساؤلات من شأنها توجيه المقابلة، ولا يطلق أي تقييمات من شأنها إعاقة التعبير. ويكون أثر المعالج مقصوراً على استجابات العميل وعكسها وتوضيحها، وينصت للعميل باهتمام بالغ لكل ما يقوله، ويعرف أين وكيف ومتى يتدخل؟

وماذا يقدم لمساعدة العميل على زيادة وعيه وإدراكه؟ كما أنه يتحسس صورة مفهوم الذات لدى العميل ليحدد أين هو وماهية وجهته؟ (فضة: ١٩٩٥، ٥٣).

عملية التغيير في العلاج The change process in therapy

عندما يذهب العميل إلى العلاج النفسي سوف يتحرك من موقع مفهومه الذاتي المتدني الذي يعززه تقييم الذات السلبي، والرغبة في التحول إلى موقف يقترب أكثر من قيمة ذاته الأساسية، ومفهوم ذات أكثر إيجابية أيضاً. فتصرف العميل عادة يبدأ في التفكير في تحسين زيادة إدراكه لنفس وتعزيزها. وقدرة المعالج في العملية العلاجية هنا، هي بناء علاقة فيها المواقف التيسيرية الثلاثة (التقبل، والشفافية، والتعاطف) التي تسهم إسهاماً كبيراً على الدوام في تحديد مدى قدرة العميل على التحرك نحو تصور أكثر إيجابية لنفسه، لدرجة أنه يكون قادراً على التواصل بالتقنيات الذاتية.

فإذا كان العلاج ناجحاً، فإن العميل قد يدرك أيضاً كيف يكون معالجه الخاص. وعندما يكون المعالج لديه أصالة ورعاية واهتمام وتقدير من قبل الآخرين، فإنه قد يبدأ باتخاذ الموقف نفسه تجاه ذاته. باختصار، قد يبدأ العميل بالشعور العميق بأنه ربما يستحق كل العناية - وأنه يتلقى الاستماع المركز والفهم التعاطفي الذي يميز استجابة المعالج لبورة موقف الاستماع لدى العميل تجاه نفسه. يبدو الأمر، كما لو كان تدريبياً، ويصبح العميل أقل خوفاً للحصول على اتصال بما يجري في داخله، ويجرؤ على الاستماع بانتباه إلى مشاعره الخاصة Rogers (1954, & Dymond).

في ضوء ما سبق، وضع روجرز مجموعة من الشروط في العلاقة العلاجية لتحقيق التقدم أو التحسن الذي يحدث عند العميل، ويمكن تلخيص تلك العملية في الآتي:

أ - غياب التهديد للذات أو التعرض للخطر والاقتراب أكثر فأكثر من مشاعر الفرد الذاتية ووعي الذات وتقبلها واختلافها عن ذوات الآخرين.

ب - الانفتاح على خبرات الآخرين والثقة بإدراكات الفرد الواقعية والأفكار الخاصة به.

ج - تبادل العلاقات بالآخرين مما يسهم في خلق التوازن بين البحث الزائد في العلاقات الاجتماعية والاستجابة المرضية لها.

يبدو أن أشكال العلاقات التواصلية بين الأفراد أو الجماعات تسعى إلى تحقيق هدف مشترك بينهم، وهذا التفاعل التوافقي يمكن إدراكه من خلال النتائج التي طُرحت في نظرية العلاج المتمركز حول العميل، وأهمها مايلي:

- إن أي تواصل بين المعالج والعميل ينبغي أن يتميز بدرجة ما من التوافق.
- كلما زاد التوافق بين الخبرة والإدراك والتواصل عند المعالج كلما ازداد إحساس العميل وخبرته بالتواصل على أنه واضح.
- كلما كانت الاتصالات بين المعالج والعميل كلما رد العميل بوضوح. وهذا يعني أن العميل في بعض الأحيان غير متوافق بخبرته حول الموضوع المراد مناقشته، لكن ردوده ستكون أكثر وضوحاً وأكثر توافقاً حتى لو وصلته خبرة تواصل المعالج الغامضة.
- كلما ازداد توافق المعالج في الموضوع الذي يتواصلان بصدد قل التجاؤه إلى الدفاع عن نفسه في هذا الصدد، وكلما زادت قدرته على الإصغاء الدقيق لرد فعل العميل.
- عندما يدرك العميل أنه مفهوم على نحو تعاطفي من المعالج، ويحس أنه له الحرية بالتعبير عن نفسه، فقد يفهم فهماً دقيقاً أنه يرى نفسه موضوعاً محل نقاش.
- إحساس العميل أنه مفهوم من قبل المعالج، ويدرك أن المعالج يعمل لصالحه باعتباره شخصاً يقدره تقديراً إيجابياً، ويفهمه فهماً متعاطفاً، ومتكاملاً في العلاقة معه.
- ونتيجة إحساس العميل بهذه الخبرة في الموقف العلاجي، فإنه يزيل كل الحواجز الدفاعية، ويبدأ بالانفتاح على خبراته والكشف عنها والتعاشي معها عقلياً وانفعالياً.
- وعندما يدرك العميل أن له الحرية في التعبير عن نفسه تقل دفاعاته، ويصبح أكثر توافقاً مع خبراته، حيث يسعى من الآن فصاعداً ليقوم بعملية مصالحة بين خبراته ومفهومه عن ذاته.

نموذج لبرنامج متمركز حول الشخص

المقابلة التمهيدية:

بشكل عام، المقابلة، خلافاً للمحادثة، تتم في وقت محدود، ولها مهمة أو هدف. ومن المهم أن يكون المعالج قادراً في الحفاظ على الغرض من المقابلة لاستخدام الوقت بشكل

فعال. هل لهذه المقابلة تقييم أولي؟ إذا كان الأمر كذلك، فسيكون هناك تركيزاً مختلفاً مما لو كان هذا في الجلسة وجه لوجه مع العميل.

والغرض من المقابلة البدء في التحالف مع العميل، أو يتم التركيز في المقابلة على تعميق التحالف القائم بالفعل، والحصول على معلومات حول قضايا لعلاج العميل. فقد يقول المعالج يجب أن أكون قادراً على تحديد الأولويات وإدارة الوقت بشكل جيد، والخروج من المقابلة، من أجل إنجاز مهماتي. هل لديّ ما يكفي من الوقت للمقابلة؟ هل جاء العميل للعيادة في وقت متأخر؟ بالرغم من محدودية الوقت، فهل يمكنني القيام بجميع المهام مع العميل؟ ما هو الشيء الأكثر أهمية لإنجازه؟ فهل هناك متسع من الوقت بعد المقابلة لملء التفاصيل حول المشكلة، مما يعطي للمعالج المزيد من الوقت لبناء التحالف العلاجي؟ وخلال المقابلة أنه من المهم للحفاظ على العميل بطريقة صحيحة، وإذا كنت ترغب في تطوير تحالف أو علاقة مع العميل، عليك أيضاً أن تكون قادراً على بناء المقابلة إذا كان يحتاج العميل ويرغب بالتركيز على الموضوعات المهمة قبل أن نهي المقابلة في الوقت المحدد. لذلك يجب عليّ (المعالج) أن أكون قُدوة عن طريق الحفاظ والالتزام بالوقت. " لاحظ أن لدينا حوالي خمس دقائق أكثر، فهل هناك شيء مهم عليك أن تقول له لي أو يمكننا المضي قدماً لتحديد موعد في المرة القادمة؟ "بطبيعة الحال، فإنه ليس من الممكن دائماً التركيز على الوقت المحدد للقاء آخر الذي ربما يتغير حسب ظروف كل من المعالج والعميل. وبعد ذلك يشرح المعالج للعميل معلومات عن العلاج كمبادئ موجهة، مثل:

البعد الأول: إمكانية الانسحاب أو التخلي عن العلاج.

البعد الثاني: الظروف الطبية والمضاعفات الحيوية.

البعد الثالث: المضاعفات الانفعالية/السلوكية أو الشروط المعرفية.

البعد الرابع: الاستعداد للتغيير.

البعد الخامس: استمرار الانتكاس وإمكانية ظهور مشكلات أخرى.

البعد السادس: الاستعداد لمعيشة البيئة.

أهداف المقابلة الأولى:

- ١- البدء في تأسيس العلاقة أو التحالف مع العميل.
- ٢- تعرف إلى تركيز العميل للعلاج وذلك من خلال الأبعاد الفرعية لمقياس مرغوبة العلاج.
- ٣- تحديد مراحل التغيير لكل بعد من أبعاد المشكلة.
- ٤- البدء بفهم نظرية العميل والتغيير وأساس بناء الاتفاق على الأهداف ومهام العلاج.
- ٥- تحديد تصنيفات الخطورة وتقييمها في جميع الأبعاد والبدء في تطوير عبارات المشكلة، وحشد قوى العميل للتصدي لها.
- ٦- تأكد من وجود أي قضايا للتحالف من خلال التصدي لمشكلات عدم الاهتمام.

بناء التحالف:

تذكر أن التحالف العلاجي هو علاقة عمل، فهو ليس مجرد علاقة؛ إنه موقف تعاطف حقيقي، واهتمام واحترام. والمكونات الأساسية للتأكيد من وجود علاقة جيدة ليست هي مكونات للتحالف العلاجي الناجح Successful Treatment Alliance ويتوقف هذا التحالف على ثلاثة عوامل يجب أن تكون موجودة جنباً إلى جنب مع الصفات المعروفة باسم "العلاقة"، وهذه العوامل، هي: (١) الاتفاق على المهام وأهداف العلاج، (٢) الاتفاق على الأساليب التي يتم استخدامها لتحقيق الأهداف والمهام، (٣) تفهم العميل بأن المعالج يدرك مشكلاته في ضوء إطاره المرجعي أو حياته الخاصة.

يمكن أن يساعد العلاج المتمركز حول العميل في الحفاظ على تركيزه في العملية العلاجية التي يمكن استخدامها من قبل المعالج أو المرشد لتوجيه العميل إلى أهدافه الحقيقية، أو تحديد الوقت لإنشاء أرضية جديدة للانطلاق لاستيعاب ذاته. وهذه الأمور تساعد المعالج على تحديد عبارات المشكلة السلوكية للعميل على نحو واضح، مع أهداف تعاونية مجزية، قابلة للتحقيق، وكل ذلك يمكن أن يبني خطوات عمل مفيدة نحو إيجاد حل لمشكلة معينة.

إجراء مقابلات مع العملاء:

ثمة مجموعة من الشروط التي يجب أن يتبعها المعالج أو المرشد مع العميل تساعد على بناء علاقة مهنية إيجابية، إضافة إلى تحقيق التقدم المحرز في معالجة مشكلة العميل:-

- استفسر إذا كنت تستطيع مساعدة العميل في أي مشكلات أو احتياجات فورية من شأنها أن تساعد على الاسترخاء والتركيز.
- هل لديك تواصل جيد بالعنيين مع العميل (لا تحاول إغماض الطرف بعيداً عن الموقف).
- استخدام لغة الجسد التي تعكس الانتباه المركز (تجنب- في كثير من الأحيان- الابتعاد عن العميل، أو النظر في ساعة الحائط، أو التثهد).
- تجنب التخمين في بيانات العميل، وتصوراته، وخبراته، وما إلى ذلك، ولا تفرض تسمية تشخيصية لمشكلة العميل، مثل ("أنت في حالة إنكار، أو قلق أو اكتئاب...").
- لا تقم بالرد بقوة على أي مقولة سلبية صادرة من العميل.
- حاول الاستماع أكثر من الكلام.
- لا تحاول إلقاء محاضرات وخطب لتتقيف العميل لتوصيل رسالة بمعرفتك وإمكاناتك الواسعة.
- لا تستخدم جلسة للحديث عن خبراتك الشخصية الإيجابية، (أنت لست عصاً يمكن قياسها لخبرات العميل).
- لا تستخدم التهديدات العقابية لانتزاع المعلومات، ("أنا ذاهب لاستدعاء زوجتك أو ضبط سلوكك").
- لا تكن ساخراً عند الاستجابة لاحتياجات العميل، ("أنت لا تهمني عندما تقوم بهذا العمل").
- طرح أسئلة مفتوحة لمساعدة العميل في الاستقاضة بشرح إجاباته.
- قم بتوضيح استجابات العميل لبناء صرحاً من التفاهم الإيجابي.
- ضع في اعتبارك عدم التحرك بسرعة من مجال إلى آخر من استجوابك لمشكلة ما لتوفير الوقت.
- كن على بينة من الأمور التي تؤثر في مزاج العميل خلال المقابلة.
- كن على علم بالتناقضات بين مزاج العميل وما يمكن أن تقوله، وحاول استكشاف هذه التناقضات في الوقت المناسب، مع متابعة الاستجواب من أجل فهم العميل.
- ضع في الاعتبار الدلائل اللفظية وغير اللفظية في أثناء التفاعل مع العميل، (هل يبدو العميل حائراً؟ هو قد يقول: إنه على ما يرام، ولكن يظهر علامات جسدية مقلقة").
- احرص على عدم استخدام اللغة التي هي فوق فهم قدرات العميل.

• احرص على عدم أن تكون لغتك مهنية، ولكن يجب أن تكون مبسطة يستطيع أن يعيها العميل.

• كن على علم بأن العميل يقول شيئاً واحداً حول عملية التغيير في ذلك السلوك الذي يرغبه، ولكن عندما تشرح له أن ذلك سوف يظهر في مرحلة أخرى من التغيير.

والتحالف العلاجي هو تلك العلاقة الأكثر دقة لفهم تصور العميل للعلاقة العلاجية. فوظيفة المعالج هي مساعدة العميل في عملية التغيير من خلال العمل معه داخل العلاقة العلاجية. واحدة من البديهيات الأولية للفاعلية العلاجية للتغيير هي أن المعالج هو المسؤول في النهاية عن التحالف العلاجي، باعتباره الشخص الذي يملك المهارة والعزيمة، والموقف، والجهود التي تحافظ على التحالف العلاجي. في كثير من الأحيان، يكون من الضروري بالنسبة للعلاقة العلاجية تعديلها أو إعادة تشكيلها. فالإحباط والغضب وسوء الفهم، والأخطاء، كثيراً ما تحدث في عملية المعالجة، ومن دون إصلاح العلاقة فمن المرجح أن تنتهي العملية العلاجية وتصل إلى طريق مسدود. إن عدم الثقة، والشك، وعدم الاهتمام، والأساليب الدفاعية قد تمنع قدرة العميل على التقدم العلاجي. في هذه الحالات، لن يكون هناك سوى الامتثال السطحي من قبل العميل. فإصلاح العلاقة يعد بمثابة مهارة أساسية للمرشد الفعال للحفاظ على العلاقة، وتعزيز دافعية العميل لتلقي العلاج، والتوضيح له أن المعالج يحترم تجربته في العمل العلاجي.

جلسات فردية (وجهاً لوجه):

تتطلب الجلسات الفردية الوعي بطبيعة العلاقة الحميمة للمعلومات التي يتم تقاسمها بين المعالج والعميل، مثل: مشاعر المتناقضة، الانتكاس، والانفعالات الصامتة. وتحدث هذه الجلسات على فترات التدخل العلاجي لتقييم ورصد عملية التغيير وفق المبادئ التحفيزية الخمس التالية باعتبارها مهارات المعالج لتسهيل جلسات فردية فعالة.

١- عبّر عن التعاطف

❖ شجع قبول التغيير

❖ الاستماع الفعال أمر أساسي.

٢-التناقض أمر طبيعي.

- نمو التناقض.

-خلق الوعي لدى العميل للصراعات بين أهدافه التي أعرب عنها والعواقب المحتملة لتصرفاته.

٣-تجنب الجدل

-المقاومة هي إشارة إلى تغيير الاستراتيجيات.

-وضع الإشارات التي لا لزوم لها.

- لا تفرض نموذج العفة أو الوقار أو المثالية الزائدة في أثناء التعامل مع العميل.

٤-دعم الكفاءة الذاتية

- تحديد العميل وتعزيزه.

- القوة والقدرة في التأثير على التغييرات التي يرغب فيها.

٥-المجادلة مع المقاومة:

- تجنب مجادلة العميل عندما يكون رافضاً لمقولاتك.

- تجنب المجادلة في الموضوعات التي ليس لها علاقة بمشكلة العميل.

- توقف عن المجادلة عندما يريد العميل الانسحاب من الجلسة.

أنواع المقاومة:

١-المجادلةArguing: في صراعات العميل الدقيقة، مع الخبرة، وسلامة المعالج وقدرته على العلاج.

٢- المقاطعة Interrupting: أو الصمت، أو الدفاعية المفرطة.

٣-الحرمان Denying: يعبر العميل عن عدم الرغبة في الاعتراف بالمشكلات، والتعاون، وقبول المسؤولية، أو أخذ النصيحة.

٤- التجاهل Ignoring: العميل هو شخص غامض، يقدم استجابات غير واضحة، ويظهر الدليل على عدم اتباع العلاج.

فإذا كنت تفكر في ذلك، فخبرك هي على الأرجح مشابهة جداً لمعظم المعالجين الآخرين، وأن العملاء الأكثر صعوبة هم دائماً العملاء الذين "لا نريد علاجهم" و"لا يتعاونون مع

علاجهم". وتتميز هذه بصراع العلاج بين السلطة وتبادل الحجج والمجادلات. وكثيراً ما تؤدي هذه المقاومات في جلسات فردية إلى موقف محبط وغير مرضٍ. كيف يمكن تجنب المعالج هؤلاء العملاء المحاصرين بهذه العضلات؟ كيف يمكنك البقاء بعيداً عن الجدل " واللف والدوان" مع المقاومة"؟

وقد حدد "ميلر وروولنيك"؛ وميلر وآخرون (Miller & Rollnick 1991; Miller et al) أربعة أمثلة لطرق الاستجابة على نحو ملائم للعملاء في هذه الحالات كالاتي: ١- **الانعكاس البسيط** Simple Reflection: وهي الطريقة الأبسط رد الفعل على المقاومة من خلال الاعتراف ما قاله العميل، والأسباب التي أدت إلى الآراء التي أعرب عنها وسيلة لإضفاء الشرعية على مقولات العميل، وربما لانتزاع استجابة عكسية. **العميل:** أنا لا أخطط لإنهاء التدخين في وقت قريب. **المعالج:** لا أعتقد أن الامتناع من شأنه أن يعمل لك الآن.

٢- **التركيز بعيداً** Shifting Focus: يمكنك أيضاً الحد من المقاومة عن طريق مساعدة العميل لتحويل التركيز بعيداً عن العقبات والحواجز. وهذا الأسلوب يوفر فرصة للتأكيد على اختيار شخصي للعميل فيما يتعلق بسير حياته.

العميل: لا أستطيع التوقف عن التدخين، بينما جميع أصدقائي يفعلون ذلك. **المعالج:** أنت الطريق الهادي لي. فنحن لا نزال نكتشف مخاوفك حول أهدافك لمواصلة التعليم الخاص، فنحن لسنا مستعدين بعد لنقرر ما إذا كانت هذه الأهداف تتطلب منك أن تتخلى عن الماريجوانا.

٣- **إعادة صياغة:** Reframing هي استراتيجية جيدة للاستخدام عندما ينفي عميل مشكلات شخصية، ونقدّم استراتيجية إعادة صياغة تفسيراً جديداً وإيجابياً للمعلومات السلبية التي يقدمها العميل.

٤- **تقديم توضيح مبسط:** والهدف من ذلك تحفيز إجراءات المقابلة والمبادرة للروح الذاتي للخبرات.

العميل: زوجي الذي يشرب الكحول مزعج لي دائماً، وأنه مدمن على الكحول، إنه غير طيب في علاقته معي.

المعالج: يبدو أنه لا يهتم بك مما يشعرك بالقلق، رغم أنه يعبر عن ذلك بطريقة يجعلك غاضبة، وهذا أمر سيئ للغاية، وربما يمكننا مساعدته على تعلم كيفية يقول لك إنه يحبك، ويشعر بالقلق عليك وسيلة مقبولة وأكثر إيجابية.

خطة العلاج

يحدد مقياس خطط العلاج جوانب قلق العميل الخاصة، وتحديد شدة كل جانب عبر الأبعاد الستة التي تساعد المعالج في تحديد الاحتياجات الفورية العميل التي من شأنها أن توفر الأساس لخطة العلاج وتقييمها.

وتمثل المناقشة التالية لخطط العلاج ومعياري الرعاية" في نظام معالجة الراشدين في ما يخص خلق خطة العلاج المناسبة باستخدام حدود المشكلة، وخطط العمل، والأهداف. وخطط العلاج هي واحدة من أهم الأدوات للاستفادة منها عند محاولة إشراك العميل في العلاجات التي ينبغي أن تكون تشاركية، إبداعية، تدفع العميل للعمل بنشاط مع المعالج الذي يركز على وجهة نظر العميل من مشكلاته المعلنة. كما يركز محور العلاج على بناء علاقة بين المعالج والعميل، حيث تبدأ عادة بالتحالف العلاجي من خلال مرحلة تقييم معالجة مشكلات العميل. فالعلاقة هي تعزيز أو خفض التوتر استناداً إلى مستوى "شراء" خبرات العملاء في مرحلة التخطيط العلاجي. والعميل يكون مدفوعاً للمشاركة في خطة العلاج الفردية باعتبارها الأساس لفعل حسن المعاملة وتعطي للعميل شعوراً بالإنجاز والنجاح.

من المهم أن تنشئ، عبارات المشكلة الفردية لمدة وجيزة، لأنها تساعد في وضع أهداف مفيدة، وخطوات العمل سوف تتبع بسهولة. ويجب أن يكون المعالج متعاطفاً ومنتهماً لمشكلة العميل من خلال هذه العملية الإبداعية. فعندما يستخدم المعالج التدريب، والإبداع، والمهارات الشخصية، يمكن أن يبنى جواً من التعاون يمكن أن يعزز دوافع العميل في النظر إلى مشكلاته الحالية ذات الصلة والتي تدفعه إلى المشاركة في خطة العلاج.

وفيما يلي عرض أكثر تفصيلاً لبرنامج الإرشاد القائم على الشخص أو العميل ضمن المجالات التالية: بيان المشكلة، مراحل التغيير، الأهداف، وخطوات العمل:-

أولاً-تحديد المشكلة:

يتم إنشاء عبارات المشكلة نتيجة مباشرة لتقدير العلاج من خلال استخدام المقياس المكوّن من ستة أبعاد، وتقييم المعاملة يساعد المعالج على فهم نقاط القوة والضعف لدى العميل. والصفحة الأخيرة من تقييم المعالجة تحتوي على قائمة المشكلة التي يستخدمها المعالج لتحديد احتياجات العميل الأكثر إلحاحاً. وتخدم القائمة في تحديد بيانات المشكلة لرسم استراتيجية خطة العلاج. وهناك طريقة جيدة للتحقق من ذلك، هي مقارنة خطة العلاج بعد الانتهاء من تقييم العلاج؛ وعلى المعالج أن يجد كل مشكلة من خطة العلاج واردة ضمن ستة أبعاد قائمة المشكلة، وعليه التأكد من وضع المشكلات في خطة العلاج في مكانها الصحيح. (انظر في دليل العلاج المتمركز على العميل لتجد المقياس الذي يساعد المعالج على تحديد مشكلة, (Amado, and Bride, 2001)).

أ- العميل "في شراء" المشكلة:

دائماً يسأل المعالج ما إذا كان العميل يوافق على خطة العلاج. وما يعتقد المعالج بأن مشكلة العميل ليس هي المشكلة الأساسية التي طرحها. فقد يقدم العميل في البداية مشكلة وهمية غير واقعية لحالته، بهدف اكتشاف مصداقية المعالج في تقديم الخدمة له بنزاهة. وهذه المرحلة يمكن وصفها لدى العميل بمرحلة ما قبل التأمل، فإذا وجد الوفاء والإخلاص لدى المعالج واهتمامه بمشكلته، فإنه ينتقل إلى الخطوة الثانية وتدعى عادة بمرحلة التأمل، حيث يبدأ بالبوح بجزء من خبراته الحقيقية والكشف عنها بهدف مساعدة المعالج لتحديد طبيعة المشكلة. وعندما تتكشف للعميل بعض الحقائق عن بعض جوانب ذاته المتناقضة في جو من الأمان ضمن العلاقة مع المعالج، فإنه يسعى إلى الإعداد النفسي للشروع بوضع خطة للعمل لكشف ذلك التناقض والرغبة والاستعداد لتغيير تلك الخبرات المشوهة في الذات. مثال على هذا التناقض: إن العميل في مرحلة التأمل يقدم المشكلة التالية: "تعاطي المخدرات يسبب لي الذهاب إلى السجن". والهدف: "فهم لماذا تعاطي المخدرات يسبب لي الذهاب إلى السجن". ومن الواضح أن المعالج يعتقد بأن العميل لديه مشكلة، لكن العميل من المحتمل لا يوافق على ذلك، ومن ثم ليس بمقدوره "شراء خطة العلاج". وهذا يخلق عدم الثقة في علاقة المعالج بالعميل الذي يصعب اصلاحها. ومن شأن تحديد المشكلة على نحو أوضح. ويعبر العميل

عن ذلك بالقول: "اعتقد أنني احتاج لعلاج تعاطي المخدرات، لكنني أعتقد أنني بحاجة للمساعدة". والهدف من ذلك حتى أثبت للمحكمة أنني بحاجة إلى مساعدة للتخلص من الإدمان". فالعميل الآن، هو أكثر عرضة لشراء الخطة لهذه المشكلة، والهدف أيضاً يعزز التحالف مع المعالج لإنجاح الخطة.

ب- جذور المشكلة:

مهارة المرشد أو المعالج قد تستغرق وقتاً لتطوير الممارسة باعتبارها فناً ومعرفة، وذلك للوصول إلى جذور المشكلة. فالاستمرار في طرح العميل المزيد من الأسئلة حول لماذا لديه مشكلة. ويمكن أن يطلب من العميل "ما الذي يجعلك تقول ذلك؟" أو "قل لي أكثر، ما الذي يزعجك؟" "العملاء في البداية يطرحون القضايا البسيطة والسطحية في كثير من الأحيان. يقول العميل مثلاً: "أشعر بالذنب بشأن تركي لأطفالي لكي يدخلوا العلاج". إذا أدرك المرشد أن المشكلة في ظاهرها بهذا الشكل، فإنه سيبحث عن المشكلة لمساعدة العميل على التخفيف من الشعور بالذنب. كما أن الذهاب أعمق في هذه المسألة، قد يجد المرشد أن الأطفال الذين يعيشون مع أحد الأقارب يشعرون بالأمن والسلامة. لذلك فالمسألة الأكثر إلحاحاً هي أبعد من ذلك.

ج- المشكلة التي تحتاج إلى تحسين مقابل الإعلان عن الحقائق:

هناك مشكلة في حاجة إلى تحسين هي مصدر قلق للمعالج، ومشاركة المعالج في الخطأ يجعل المشكلة الحقيقية بعيدة عن التدخل، بينما هو يواجه ويتدخل بمشكلات ثانوية. اسأل نفسك، "هل لا تزال هذه المشكلة واقعة اليوم؟" ربما قد يستأنف العميل أخذ العلاج ولكن لا يستمر عليه، لكنه ما زال يعاني من الأعراض. هذا، سيكون أكثر دقة أن تقول: إن العميل يعاني من مشكلة غير محددة، ويبدو ذلك كما هو موضح في الجدول (٦) التالي:

مشكلة ليست على ما يرام	الشرح
عندما توقفت عن أخذ مزاجي وأسرت في استخدام الدواء.	تشير هذه الحالة لحقيقة خبرة العميل قبل الدخول للعلاج ولا تصف مسألة حالية.

أعراض القلق الخاصة بي تزيد رغبتني الشديدة في استخدام الدواء.	هذه المشكلة في البعد الخامس هي الحالية.
إنني أخذ علاجي بصفتي شخص يهتم بنفسه.	لا يوجد ما يكفي من معلومات محددة حول سبب هذه المشكلة.
رغم أخذني الدواء الخاص بي، ما زلت أشعر بالعصبية والخوف.	هذه المشكلة واضحة وتؤدي إلى هدف وخطوات واضحة.

ثانياً - أهداف خطة العلاج:

يحدد العميل في نهاية المطاف الهدف أو الأهداف التي يسعى لتحقيقها من التدخل العلاجي حسب الخطة المتبعة المتفق عليها في البرنامج مع المعالج. ومع ذلك، يستخدم المعالج المقابلات وتقديم المشورة للمساعدة في توجيه العميل نحو الهدف الذي يمكن تحقيقه والمتعلق بمشكلته والمرحلة المحددة للبدء بالتغيير، على أن تكون هذه الأهداف فردية، ومحددة، وقابلة للتطبيق تبعاً لاحتياجات العميل وقدراته. وينبغي أن يكون العميل قادراً على معرفة كيف يعمل من أجل ذلك الهدف لمساعدته على حل المشكلة المذكورة. وهذا يعطيه شعوراً بالثقة بالذات، ويساعده على الشعور بأنه يحقق شيئاً مجدياً نحو التركيز على العلاج. فهدفه على سبيل المثال، أن يصبح ممتعاً عن تعاطي المخدرات غير المشروعة. هذا الأمر يكون صعباً في مرحلة الاستكشاف بما فيه الكفاية لعمل في أي مرحلة أخرى. على سبيل المثال (أدناه): يريد هذا العميل التوقف عن استخدام المخدرات لمدة من الزمن قبل ذهابه إلى المحكمة؛ وقال: إنه لا ينوي التوقف عن استخدامه تماماً، ويحب أصدقاءه، ولا يريد تغيير نمط حياته. والمرحلة الثانية هي تحديد الهدف للتخلص من المشكلة التي تتبع خطوات عمل قابلة للقياس وتوفير حل مفيد لمشكلته.

ثالثاً - خطوات العمل:

خطوات العمل هي المسامير لخطة العلاج، وهي العناصر المحددة التي تجمع بين مشكلة معينة وإحداث التغيير، مثل: تحديد المشكلة، والأهداف. ويجب أن تكون خطوات العمل ذات صلة بالعمل، وقابلة للتحقيق خلال جلسة العلاج. ويجب التذكير هنا، أن

خطوات العمل تكون جيدة إذا كانت غنية بالمعلومات للعلاج وتوضح اتجاه العلاج، وإلا كانت مجرد لقاء غير مفيد (إرشاد المصاطب).

كيفية بناء خطوات العمل:

الآن، المعالج والعميل قد أكملوا التقييم، ويدرك المعالج تماماً أن العميل يركز على مرحلة التغيير في العلاج. وتحديد المشكلة أو المشكلات، والأهداف التي يمكن الاسترشاد بها في مرحلة تغيير تلك المشكلة (العمل أو التدخل)، وطرح كل من العميل والمعالج أفكاراً جديدة حول كيفية التخلص من الإدمان التي من شأنها أن تساعد العميل على تحقيق الهدف. وهنا يستخدم المعالج خبراته لصياغة عمله بخطوتين بحيث يرتبطان مباشرة بالمشكلة باستخدام مهام محددة لتمكين العميل من إحراز تقدم نحو أهدافه التي رسمها. لذلك ينبغي أن تكون خطوات العمل متدرجة من الأسهل إلى الأصعب وقائمة فيما بينها على أسس منطقية لتتمكن العميل من تحقيقها. وقد تم وضع تصور للخطوة أو البرنامج الإرشادي القائم على الشخص من خلال الآتي:

- خريطة العلاقة: يحدد فرص الدعم الشخصي والمساعدة.
- خريطة الأماكن: يصف نمط الحياة اليومية الحالية.
- خريطة الخلفية: لمحة عامة عن خبرات حياة الشخص وأسرته.
- خريطة التفضيلات: تصف التفضيلات الشخصية والهدايا والمصالح، وكذلك أوضاع التجنب.
- خريطة الأحلام: تصف الأفكار حول الأحلام الشخصية والرغبات للمستقبل وتحدد الإطار الزمني لعمل.
- الآمال والمخاوف: تصف كيف يشعر الناس حول الفرص والعقبات التي يرى لجعل الأمور واضحة؟
- خريطة الخيارات: تصف القرارات التي يتخذها شخص والقرارات التي يتخذها أشخاص آخرون، وتوضح احتياجات المساعدة الشخصية.
- خريطة الصحة: تصف الظروف التي تعزز أو تهدد الصحة.

-خريطة الاحترام: يصف الخصائص الشخصية التي يمكن أن تخلق حواجز ل قبول المجتمع.

-خرائط أخرى: يخترعها الميسر للمساعدة في وصف أنماط حياة الشخص. وكل ذلك يمثلها المخطط (٣) الآتي:



وبعد إنجاز كل خريطة بالكامل، ينبغي أن يعكس المعالج المحاور الرئيسية حول حياة الشخص، كشف سيرته المحددة في هذه الخريطة. هل يحتاج المعالج إلى استخلاص موضوعات أو قضايا معينة للمجموعة؟ سواء في الطريقة التي يتم بها رسم خريطة أم في نقاش؟

١-خريطة العلاقة:

- ما هي الأنماط والموضوعات الرئيسية في شبكة العلاقات؟
- ما هي المجالات الأخرى ذات العلاقة المفقودة؟ ما المهم في بناء العلاقة؟
- هل هناك أصدقاء قدامى أو معارف من الماضي، والعمل يود التركيز على إعادة الاتصال؟
- هل هناك أصدقاء أو معارف في المجتمع يمكن دعوتهم للانضمام إلى تخطيط الدائرة؟
- أين يمكن العثور على أفراد المجتمع الذين يرغبون في الحصول على معرفة هذا الشخص؟

٢-خريطة الأمكنة:

- ما هي الأنماط والموضوعات الرئيسية في خريطة الأماكن؟
- هل هناك مناطق مفقودة؟

- هل يميل الشخص إلى التركيز في الذهاب إلى العديد من الأماكن مع مجموعة صغيرة؟
- هل الشخص حقاً يتبادل الأماكن في المجتمع، أو مجرد زيارة لها مثل سائح؟
- كيف يمكن الاستفادة منها لاستخدام الشخص أماكن المجتمع لتعزيز العضوية في مجتمعه؟
٣- خريطة تاريخية:

- كما يمكنك رسم الخريطة، ويمكنك التصوير بيانياً بعض المواضيع - على سبيل المثال -
العيش في العديد من الأماكن لمدة زمنية قصيرة، أو الانفصال عن الأسرة، وما إلى ذلك؟
٤- بعد الخريطة كاملة، مراجعة:

- هل تعرف المجموعة حقاً كيف كانت حياة هذا الشخص؟
- كيف تشعر في أوقات مختلفة، وهل حياتك كلها على النمط نفسه؟
- ما هو فهم مجموعة لما هو مهم لتاريخ هذا الشخص ؟
- ما هي بعض المواضيع الرئيسية من حياته؟
- هل هناك أمور إضافية يحتاج إلى معرفتها في الحياة؟
٥- خريطة الموضوعات الشخصية:

- ما يمكن عمله؟ المصالح، والهدايا، وغير ذلك؟
- ماذا لا يعمل؟ ابحث عن الموضوعات التي من شأنها أن تكون مهمة في بناء رؤية للمستقبل. على سبيل المثال، إذا كان الشخص لا يحب الضوضاء الصاخبة أو شخص يقول له: ماذا تفعل؟ ما هو المهم مستقبلاً من أجل عيش حياة رغيدة؟
توجيه واضح للخطة العلاجية العامة:

معظم العملاء في العلاج بحاجة إلى مساعدة في الوقاية من الانتكاس أو بيئة آمنة وداعمة للعيش، لكن تقادي الوقوع في شرك استخدام خطوات العمل نفسها مراراً وتكراراً لكل عميل قد تؤدي التدخل العلاجي والنتائج المرجوة منه. فتكرار المشكلات والأهداف وخطوات العمل قد تخلق خطأً وبرامج علاجية عامة التي لا تأخذ في الاعتبار الفروق الفردية في العلاج، ولا يمكن قياس استجابة العميل في أثناء عملية العلاج، ويكون بالتالي إخفاق العلاج واضحاً، لأن الدوافع الشخصية للعميل تكون مغيبة في العملية العلاجية، على اعتبار أي تدخل علاجي أو إرشادي لا يأخذ احتياجات العميل في الاعتبار، فإن العلاج سيكون

محكوماً عليه بالإخفاق مسبقاً، وهذا ما أشرنا إليه بالتفصيل في الفصل الأول من هذا الكتاب.

استخدام إبداعك: التفكير في الشخص الذي تكتب إليه مثلاً، إذا كان في مرحلة التعافي من التغيير لمشكلة معينة، سيكون لك أن توفر له الوسائل لمساعدته على تحقيق هدفه. على سبيل المثال، فإن الخطوة عمل "وضع خطة لمنع الانتكاس"، ليس تدريجية، فقد تكون بعض الخطوات التالية مساعدة في ذلك: (١) قراءة نشرة تصف طرق منع الانتكاس، (٢) صحة اختيار الأفكار لمنع الانتكاس المدرجة ومناقشتها والكيفية التي يمكن استخدامها، (٣) البدء بمزاولة أفكار الوقاية من الانتكاس وإرسال مذكرة موجزة يومياً عند استخدامها. وقد تبدو الخطوة التالية مثل: تدخلات المعالج في العمل السريري وطرقه وتقنياته الإبداعية مفيدة لمساعدة العميل لإحراز التقدم الملموس لدى العميل (Gibbard & Hanley, 2008).

باختصار، خطوات العمل المستخدمة في برامج الإرشاد والعلاج الوجودي هي مساعدة العملاء في الوصول إلى أهدافهم، والملاحظات التي تقدم من طرف العملاء أو المرضى يجب أن تعكس أياً من التدخلات (خطوات العمل)، وتصف على وجه التحديد ما الذي يعمل به العميل لاكتشاف التحسن الإيجابي لحالته النفسية حتى هذه اللحظة.

مثال: برنامج متركز حول العميل لعلاج القلق الاجتماعي

رغم أن العلاج الإنساني يعود إلى روجرز (١٩٥٧) فهو لا يثق عموماً بتشخيص الأمراض النفسية لكونها معيبة من الناحية النظرية. فجمعية الطب النفسي الأمريكية الأمريكية (١٩٩٣) على سبيل المثال لا تحتوي على معلومات وصفية مفيدة حول الظروف التي تجعل الناس يدركون قلقهم على أنه إشكالية. لذلك يتضمن البرنامج المراحل التالية:-

- المرحلة الأولى: الجلسات التمهيديّة (البداية) :** بناء التواصل بين المعالج والعميل (١-٣) جلسات.

١- تشكيل التحالف أو العلاقة العلاجية .

٢- العقد الإرشادي للتعاون (السرية، العمل، التعاطف) .

المرحلة الثانية: العمل مع انشغاقات أو اضطرابات القلق (٤-٧) جلسات.

- تسلسل المهام:

- ١- الكشف المنهجي لحلقات القلق الاجتماعي، ويؤدي إلى:
- ٢- عمل كرسيين لانشقاقات القلق (ردود الفعل الثانوي للقلق / الخوف). (هذه الطريقة حسب نظرية الغشتالت الكرسي الخالية في العلاج، حيث يجلس المريض على كرسي ويتخيل نفسه في الكرسي الخالي ويبدأ بالحديث معه).
- المرحلة الثالثة: التعميق: العمل انشقاقات أعمق (٦-٩) جلسات.
- تسلسل المهام :

- ١- الكشف المنهجي لحلقات القلق الاجتماعي، ويؤدي إلى:
- ٢- عمل كرسيين لانشقاقات القلق (ردود الفعل الثانوية للقلق / الخوف) تؤدي إلى:
- ٣- عمل كرسيين + العلاقة الداخلية مع التركيز على انقسام أعمق:
- أخاف مواجهة ذاتي، الناقد المعيب (الخجل الخوف من عدم التوافق الأولي أو الأساسي).
- المرحلة الرابعة: التغيير العاطفي: خمس خطوات متكاملة: (٨-١٥) جلسة.
- تسلسل المهام:

- ١- كشف منهجي حلقة القلق الاجتماعي، يؤدي إلى:
- ٢- كرسي عمل لانشقاقات القلق، ويؤدي إلى:
- ٣- كرسي عمل مع ناقد مرعب، يؤدي إلى:
- ٤- كرسي عمل فارغ مع أهمية نمائية (الفضح / المسيء / إهمال آخرين ، يؤدي إلى (ألم الأساسي، لم يلبي الحاجة)، يؤدي إلى:
- ٥- الشفقة (التهدة الذاتية، العواطف الأولية المتكيفة):
- ربط الحزن والغضب الواقعي، والاستكشاف الفضولي.
- تكرار حسب الحاجة داخل وخارج جلسات.
- المرحلة الخامسة: التوطيد والطمأنة والانتهاء (١٥ - ٢٠ جلسة).
- ١- التناقص التدريجي في المعدل خارج جلسات العلاج (تطبيق كل ذلك في الواقع).
- ٢- مساعدة العميل على التقدم خطوة إلى الأمام نحو التغيرات الإيجابية وتمثلها في الحياة.
- ٣- الإعداد من أجل عملية إنهاء العلاج (Elliott . 2013).

مراحل التغيير

يأخذ المعالج في الاعتبار عند كتابة خطط العلاج الفعّال كل المشكلات التي تعتري العميل وتحتاج إلى تعديل، وهذا مما يسمح بتحديد للمشكلة، ووضع الأهداف، وإجراءات العمل التي تساعد على: (١) تطابق تصور العميل الخاص بالمشكلة، (٢) توفر التحفيز الشخصي لمعالجة الوضع، (٣) وضع الإجراءات والمهام في إطار مفهوم ومعقول للعميل. في نموذج مراحل التغيير الذي يصف عملية التغيير في خمس مراحل، ويجب أن يمر بها العميل في البرنامج المتمركز على الشخص، وهذه المراحل هي التالية: -

١- **ما قبل التأمل:** العميل ليس لديه نيّة للتغيير، ويرجع ذلك في كثير من الأحيان إلى عدم وجود الوعي الكافي بوجود مشكلة لديه. فالعميل عادة يقدم معطيات تعاطيه المخدرات في هذه المرحلة بسبب التأثيرات الخارجية، ومع ذلك، لا يعترف بوجود مشكلة لديه تتعلق بالإدمان.

٢- **التأمل:** العميل هو على استعداد للنظر بأن هناك مشكلة، ولكن لا يعتقد أن لديه مشكلة إدمان. وهنا قد يبدأ العميل في النظر إلى وجود مشكلة لديه، وقد يرغب في التغلب عليها، ولكن في أحسن الأحوال لا يزال في حالة تناقض حول التغيير.

٣- **الإعداد:** هذه المرحلة يجمع العميل بين وجود نيّة للتغيير وتعريف واضح للمشكلة السلوكية. وقد يلتزم العميل بخطة العمل العلاجية في المستقبل القريب.

٤- **العمل:** عند هذه النقطة في عملية تعديل العميل لخبراته وسلوكياته، أو بيئته للتغلب على مشكلة أو المشكلات التي تواجه هذا التناقض بين مفهوم الذات وخبراته، ويعمل على ترميز كل الخبرات المتطابقة ومفهوم الذات وإقصاء الخبرات المشوهة للذات.

٥- **الصيانة أو الحماية:** سعي كل من العميل والمعالج في المحافظة على التقدم المحرز في تحسين التوافق بين الذات والخبرة، ويسعى العميل بكل السبل لمنع الانتكاسة لتلك المشكلات السلبية التي كانت تعترض نموه الإيجابي نحو تحقيق ذاته الحقيقة، إضافة إلى تعزيز المكاسب المتحققة.

٦- **الانتكاس:** إذا حصل أن العميل قد حدث لديه تراجع في المكاسب التي حققها خلال مرحلة العمل، فعندئذ يتطلب من المعالج بالتعاون مع العميل تقييم حالة العميل مرة أخرى

لتحديد المسببات وتداعياتها والسعي إلى ترميم تلك الثغرات ومعالجتها بعدد من الجلسات الإضافية (Boy & Pine, 1982).

تقييم المرحلة العالية للتغيير

في المرحلة الراهنة من التغيير يمكن أن تكون مهمة التقييم صعبة؛ فالمعلومات تأتي من الاستماع إلى وصف العميل للمشكلة، كما يراها، ومن طرح الأسئلة من طرف المعالج التي تعطيه تحديداً أكثر وأكثر للمعلومات حول سلوكه ومشكلته.

عموماً، في تحديد مرحلة تغيير لمشكلة معينة هي فكرة جيدة لتحديد ما إذا كان العميل هو في مرحلة: ما قبل التأمل، التأمل، الاستكشاف أو "استعادة" (إعداد، والعمل، الصيانة والانتكاس) وهنا، يعطي العملاء أو المسترشدون في الأغلب انطباعاً بأنهم في مراحل التحسن أو الشفاء عند أول دخول في مرحلة العلاج. ومن المهم جداً في ذلك الوقت البحث في العمق أكثر والاستماع للعميل دون وجود حكم للمشكلة كما يدركها العميل. من المهم هنا، المقارنة بين ما يقوله العميل وسلوكياته غير اللفظية. وكثيراً ما توفر السلوكيات غير اللفظية معلومات دقيقة للغاية بخصوص سلوكيات محددة، أي الاستجابات أو ملاحظة الفرق بين ما يقوله العميل وما يقوم به من عمل، من حيث تزويد المعالج بثروة من المعلومات المفيدة عن سلوك العميل الفعلي في الحياة الواقعية.

ويمكن للمعالج أن يوظف بعض الاستراتيجيات الأساسية في العمل مع كل مرحلة من مراحل التغيير. فهناك بعض التدخلات المحددة إلى حد ما والمستخدم في مجال علاج تعاطي المخدرات لكل مرحلة من مراحل التغيير، على سبيل المثال، المؤيدون والمعارضون أو التكلفة والعائد" لممارسة الناس تمارين التأمل. هذه أمثلة يمكن أن تساعد المعالج على استخدام مراحل التغيير أداة تقييم وكذلك لتخطيط التدخل العلاجي.

المراحل المصاحبة لفاعلية التغيير

ذكر "دي كليمنتي وسكوت" (DiClemente & Scott 1997) المراحل التي يمر بها العميل في أثناء عملية التدخل العلاجي، وهي: مرحلة ما قبل التأمل (لا يعترف حتى الآن بأن هناك مشكلة تحتاج إلى تغيير)؛ مرحلة التأمل (التسليم بأن هناك مشكلة ولكن ليس مستعداً بعد أو متأكداً من الرغبة في إحداث التغيير)؛ ومرحلة الإعداد (الاستعداد للتغيير)؛

ومرحلة العمل/ قوة الإرادة (تغيير السلوك)؛ مرحلة الحماية (الحفاظ على تغيير السلوك)، وأخيراً، مرحلة الانتكاس (العودة إلى السلوكيات القديمة والتخلي عن التغييرات الجديدة). كما ذكرها الأغراض وأساليب التدخل، وذلك كما يوضحه الجدول (٧) الآتي:

الغرض	التدخل
زيادة في الوعي من طريق المعلومات حول هذه المشكلة.	الملاحظات والتفسيرات، القراءة.
إعادة التقييم الذاتي وتقييم مدى شعور العميل وتفكيره في نفسه فيما يتعلق بالسلوكيات غير السوية.	توضيح القيم، مما يشكل تحدياً للمعتقدات أو التوقعات.
التحرر الذاتي، يعني الاختيار والتصرف أو الاعتقاد في القدرة على التغيير.	تقنيات تعزيز الالتزام، وصنع القرار.
تكيف البدائل للتعامل مع القلق الناجم عن السلوكيات المرتبطة بتعاطي المخدرات.	التدريب على الاسترخاء، الحساسية، والتأكيد، والمعلومات عن الذات الإيجابية.
السيطرة: يعني التحفيز التجنيبي أو مواجهة المثيرات المسببة للمشكلة.	تجنب الإشارات ذات المخاطر العالية، وإزالة المصادر المؤلمة من بيئة الفرد.
إدارة الذات ومكافأة الذاتية من قبل الذات والآخرين لإحداث التغيير.	تحديد الطوارئ، والتعزيز العلني والسري.
يتم إنشاء علاقات مساعدة من خلال الانفتاح والثقة حول المشكلات مع ذوي الأهمية بالنسبة للعميل.	جماعات المساعدة الذاتية والدعم الاجتماعي والعلاقة العلاجية.
الاستئارة الانفعالية والدراماتيكية التي تعبر عن المشاعر العميل حول المشكلة.	تقديم الحلول المقترحة لها.
إعادة التقييم البيئي كعملية تقييم لها تأثير على مشكلات العميل الشخصية والبيئية.	التدريب على التعاطف مع الآخرين واستخدام الأفلام الوثائقية.
التحرر الاجتماعي الذي ينطوي على البدائل المتزايدة عن السلوك غير المشكل.	الدعوة إلى المؤسسات الاجتماعية لتقديم الدعم والمساندة.

المصدر Scott 1997

التطبيقات العلاجية

يمكن تطبيق نهج العلاج المتمركز حول الشخص في العمل مع الأفراد والجماعات والأسر، وقد أثبتت الدراسات أن هذا النهج كان ناجحاً في علاج المشكلات بما في ذلك اضطرابات القلق، وإدمان الكحول، والمشكلات النفسية، كالخوف من الأماكن المكشوفة، والعلاقات الشخصية، والاكتئاب، واضطرابات الشخصية. كما يمكن أن يستخدم أيضاً مع المرض المزمن، والفقد والحزن لأحد الأحبة مقارنة بغيره من العلاجات، مثل العلاجات التي تركز على الهدف. وقد تبين أن العلاج النفسي المتمركز حول الشخص أن يكون فعالاً

لجميع هذه الحالات (Corey, 2005). وقد أشار سليغمان (Seligman, 2006) إلى أن العلاج النفسي المتمركز حول الشخص هو نهج غير التوجيهي، وهو علاج يركز على قدرة العميل لإجراء تغييرات في حياته، وأن العملاء يسعون إلى تحقيق الذات من وراء ذلك.

استخدام العلاجات الإنسانية والوجودية المختصرة

يمكن لهذه المناهج العلاجية أن تكون مفيدة في جميع مراحل الانتعاش لخلق أساس لاحترام العملاء والقبول المتبادل لأهمية خبراتهم. ومع ذلك، فبعض الأساليب العلاجية الإنسانية قد تصلح لشخص أو أكثر؛ ويمكن استخدام العلاج النفسي المتمركز حول العميل -على سبيل المثال- لإقامة علاقة، وتوضيح القضايا طوال جلسات العلاج. كما يمكن استخدام العلاج النفسي الوجودي على نحو أكثر فعالية عندما يكون العميل قادراً في الوصول إلى الخبرات الانفعالية أو عندما يجب عليه التغلب على العقبات لتسهيل دخوله العملية العلاجية والمحافظة على التحسن المحرز. ويمكن استخدام العلاج السردى للمساعدة في علاج تصور العميل لفرصة البدء في "فصل جديد" في الحياة. ويمكن أيضاً استخدام النهج الجشطالتي في جميع جوانب العملية العلاجية لتسهيل لقاء حقيقي مع المعالج والبوح بخبرات العميل الخاصة. ويمكن أن يعزز العلاج عبر الشخصية التنمية الروحية من خلال التركيز على الجوانب غير الملموسة من الخبرة الإنسانية، والوعي بالقدرات الروحية غير المحققة. هذه الأساليب تزيد من الوعي الذاتي هي التي تعزز الثقة بالنفس، وتسمح لمزيد من المسؤولية الشخصية للعميل، ومن ثم إعطاء العميل الشعور بالضبط الذاتي، وإتاحة الفرصة لعمل خيارات مناسبة. ويمكن استخدام كل هذه الطرق العلاجية لدعم أهداف العلاج في مواجهة الاضطرابات النفسية لدى العملاء.

وبشكل أكثر تحديداً، وراء الالتزام الأولي، فالنهج الوجودي يعمل، ولا يبقى ثابتاً ضمن أهداف أو استراتيجيات محددة. بدلاً من ذلك، هناك عملية مستمرة لدى المعالجين للاستجابة لاهتمامات العملاء، من حيث التركيز على الإطار المرجعي للعملاء، بتسليط الضوء دائماً خاصة على مسؤولية العملاء الذين لديهم مشكلات شديدة. وقد أشار يالوم (١٩٨٠) إلى الاستعداد لقبول المسؤولية التي تختلف اختلافاً كبيراً من عميل لآخر، "ذلك يتطلب من المعالج أن يساعد العملاء على تحمل المسؤولية من أجل التغيير، وهذا الإجراء يمكن أن

يصبح الجزء الأكبر في البرامج العلاجية القائمة على التصور الوجودي" (العاسمي، ٢٠١٥، ١٢٤).

بينما تركز وجهة النظر الإنسانية من قبل روجرز على افتراض تجسيد الذات في تنمية الشخصية. فالشخص أو العميل هو محور هذا النهج، الذي يشار إليه أحياناً بالنهج المتمركز حول العميل. ورغم الاختلافات المهمة لهذه المناهج الإنسانية إلا أن تتفق على الافتراض المركزي بأن الطبيعة البشرية "جديرة بالثقة بطبيعتها، والموجهة نحو النمو، وتسترشد بالاختيار (اليوت وآخرون، ٢٠٠٤، ٤٩٣). هذه المبادئ لها آثار مهمة لفهم الدفعية في الدخول إلى العملية الإرشادية. فقد قال روجرز (١٩٥٧) على وجه التحديد: إن العلاقة العلاجية التي تتميز بالأصالة، والتعاطف، والتقدير الإيجابي غير المشروط... يمكن أن تيسر التغيير الإيجابي والنمو من خلال خلق بيئة يمكن أن تدعم دوافع العميل الأصيلة نحو المعرفة. كما افترض روجرز أن هذه الظروف تسهل عملية تغيير أصيل، مثل: التعاطف، والقبول الإيجابي غير المشروط، وهي شروط ضرورية وكافية لإحداث التغيير العلاجي الإيجابي والدائم (Kirschenbaum & Jordan, 2005).

وقد ركز روجرز على أهمية فهم دافعية العميل من خلال مفهوم العميل عن ذاته، إذ ميّز بين كيف يفكر الناس في الواقع عن أنفسهم، وما يمكن أن يصفوا ذاتهم، وكيف يودون أن يكونوا مثاليين. علاوة على ذلك، الفجوة بين الذات الواجبة والحقيقية والمثالية تعد بمثابة مقياس مهم للثقة بالذات: إن عمق الفجوة، وانخفاض احترام الفرد لذاته، تقلل من دافعية العميل للعلاج. واعتبر أن تضيق الفجوة بين الوعي الذاتي الحقيقي والمثالي غالباً يسهم إسهاماً رئيسياً في تحفيز الناس للسعي لتلقي الإرشاد والعلاج النفسي. ودعماً لهذه المطالبة، فعدد من الدراسات المبتكرة لروجرز وزملائه قدمت دعماً تجريبياً لارتباط التناقضات بين مفهوم الذات والرفاه النفسي والشخصي.

تقييم الفاعلية العلاجية

يرى كثير من الباحثين أن العلاج المتمركز حول العميل له الكثير من الفوائد العلاجية على اعتبار أن روجرز يتبع المنهج الإنساني في تعامله مع القضايا والمشكلات التي يعاني منها البشر من رؤية نفسية وليس من وجهة نظر طبية كما هو الحال لدى أصحاب توجهات

العلاجات النفسية الأخرى، مثل التحليلية، والمعرفية وغيرها. فقد أشار تاوش المتبني هذا التوجه في العلاج في ألمانيا إلى أن هذا اللون من العلاج يعد اليوم بالنسبة ليّ متعدد الطرق، أي توليف للعروض العلاجية المختلفة التي أثبتت صلاحيتها في كثير من الاضطرابات النفسية. وطبقاً لذلك، فإن سلوك المعالج في (CCT) لا يتجه كثيراً نحو التأثير الهادف على المتعالج من خلال استخدام تقنيات أو تدخلات محددة، وإنما تنمية سيرونة التعديل عند المعالج والموجهة ذاتياً من خلال جو معين من العلاقة. وقد كان لوجهة نظر روجرز في ضرورة قيام المعالج النفسي بإعداد مناخ نفسي يساعد على التوجه الذاتي نحو النمو الشخصي بدلاً من مجرد تقديم تفسيرات مبتكرة عن نظريات التحليليين الجدد. كما يعد روجرز من المؤكدين على مصطلح الذات وما ترتب على ذلك من دراسات، وتأكيداته أيضاً على السواء والعمليات النفسية الداخلية مما جعله رائد الاتجاه الإنساني في علم النفس. ويرى هول وليندزي أن نظرية روجرز التي صاغها في المجال العلاجي وكذلك في المجال البحثي الذي طور من خلالها البحث في مفهوم الذات وقد أنتجت العديد من البحوث التجريبية في الستينيات والسبعينيات من القرن الماضي، رغم أن البحوث تتفق كثيراً مع الأطر النظرية التي صاغها، إلا أنها تعد أول محاولة لفهم السلوك الإنساني من طريق فهم الإطار المرجعي للعميل. وقد قدمت العديد من البرنامج الإرشادية والعلاجية لعلاج القلق والاكتئاب والاعتراّب النفسي والإدمان على المخدرات، كما لها فوائد تطبيقية عديدة في مجال الصناعة، والتربية والتعليم، والتواصل الإنساني. فقد أشارت نتائج دراسة (Conway (1994). O'Brien, & Lovett (1996) P Quality, Inc. إلى أن الإرشاد المتمركز حول الشخص يكون فعالاً للعملاء الذين يواجهون مشاكل الصحة النفسية الشائعة، مثل القلق والاكتئاب، كما أنه لا تقتصر فاعليته على الأفراد الذين يعانون من أعراض خفيفة إلى معتدلة التي ظهرت مؤخراً، ولكن يمتد إلى الأشخاص الذين يعانون من أعراض متوسطة إلى شديدة لمدة أطول. نظراً لفاعلية العلاج بالمعني فقد أظهرت دراسات كثيرة (Deurzen, 2011 etal فاعلية في خفض العديد من الاضطرابات النفسية، مثل: القلق الوجودي والاعتراّب النفسي، ومشكلات الأكل، والاضطرابات النفسية، وغيرها من مشكلات الطفولة والشيخوخة. وقد تم التحقق من فاعلية هذا العلاج بالمقارنة بالأساليب العلاجية، مثل العلاج

المعرفي والعلاج الإنساني والعلاج الفلسفي، حيث وجد كوهين أن العلاج المنطقي أو العلاج بالمعنى له فاعلية عالية في التصدي لمشكلات خواء معنى الحياة، واضطراب فلسفة المرء في التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة، علاوة عن القلق والاكتئاب والمشكلات العاطفية.

ملخص واستنتاج

إن محاولة لتقييم الخبرة العلاجية القائمة على العلاج المتمركز حول العميل تقوم على إعادة تنظيم المواقف وإعادة توجيه السلوك من قبل العميل أو المتعالج الذي تفترض أنه له دور أكبر في العملية العلاجية. ويبدو أن هذه الظاهرة لإيجاد تفسير غير كاف من حيث الحتمية التي هي الخلفية الفلسفية السائدة في معظم العمل النفسي. فقدرة المتعالج على إعادة تنظيم مواقفه وسلوكه بطرق لا تحدده العوامل الخارجية ولا العناصر السابقة في تجربته الخاصة، ولكن تحددها بصيرته الخاصة لتلك العوامل، وهي قدرة مثيرة للإعجاب، لأنها تتطوي على العفوية الأساسية التي على استعداد للاعتراف بالتفكير العلمي. يمكن تلخيص الخبرة السريرية بالقول: إن سلوك الكائن البشري قد تحدده التأثيرات التي تعرض لها، ولكن يمكن أيضاً أن تحدد من قبل البصيرة الإبداعية والتكاملية للكائن الحي نفسه. هذه القدرة لدى شخص لاكتشاف معنى جديداً في القوى التي تؤثر عليه، والقدرة على تغيير سلوكه بوعي سلوكه في ضوء هذا المعنى الجديد.

لذلك، نجد هذا النهج هو مجرد وسيلة للتعامل مع مشكلات عدم التكيف البشري التي تجبرنا على إعادة تقييم المفاهيم الفلسفية الأساسية لدينا. ومن وقائع الخبرة العلاجية والبحوث في هذا المجال لدينا تنبؤنا بوجود إمكانيات جديدة ومثيرة يحمله المستقبل لنا، يبدو واضحاً بالفعل أننا نتعامل مع مواد ذات طبيعة جديدة ومهمة، وتتطلب استكشاف أكثر تفثاً وشمولاً. فبعض المواقف والمهارات الأساسية يمكن أن تخلق الجو النفسي الذي يطلق ويحرر ويستخدم القوة العميقة لدى العميل؛ لأن هذه القدرات هي أكثر حساسية وأكثر وعورة حتى الآن، وإذا تم البوح عنها في عملية منظمة، فيمكن التعامل معها بحكمة وشفافية لصالح استبصار العميل بمشكلاته والتخلص من التشوهات والخبرات التي تعكر صفو مفهوم الذات الحقيقي والمنسجمة والخبرة الذاتية لديه. وبالنظر إلى النهج الوجودي المتمثل في أعمال فرانكل ومي وياكوم May

Yalom,1989" نجد أن هذا النهج يركز على حرية الإنسان ومعنى الحياة، وأن حرية الفرد لا يمكن أن تسلب رغم المعاناة

التي يعيشها. وأكد فرانكل أن تحقيق القيمة من المعاناة هو معنى فقط عندما تتوفر إمكانات إبداعية عندما تكون هذه المعاناة أمر لا مفر منه . ومعظم الناس يمكن أن يستفيدوا من العلاج المتمركز على المعنى، حتى لدى الأفراد الذين لديهم الحرية والرغبة في إيجاد معنى، لكنهم لم يفعلوا ذلك دائماً النجاح؛ فمجموعة متنوعة من العقبات الداخلية والخارجية قد تحبط الفرد في البحث عن وجوده، وتتفاقم المشكلة أبعد من ذلك؛ فأهداف الحياة كثيراً ما تكون مضللة. ويعتقد بعضهم أن المعنى لا يأتي إلا من الوصول إلى أعلى السلم. ويعتقد آخرون أن الحياة لها معنى فقط عندما يكون الشخص ثرياً. للأسف، هذه الأهداف كثيراً ما تؤدي إلى الشعور بالفراغ وخيبة الأمل . والعلاج بالمعنى يسعى إلى مساعدة الأفراد على اكتشاف السمات الحقيقية لحياتهم. ويبدو هذا أن هذا النهج يتوافق مع العديد من الأساليب العلاجية الأخرى، كالعلاج السلوكي المعرفي والعلاج الإيجابي. وثمة تطور جديد يتمثل في تطبيق العلاج المنطقي logotherapy في الرعاية الصحية وغيرها من أساليب الدعم النفسي. والتطورات الأخيرة التي أدخلها فرانكل ومي في الولايات المتحدة على النموذج العلاجي هذا لها فاعلية مهمة في مجالات بحثية جديدة في العلاج النفسي.

أسئلة مراجعة

- ما القضايا المنهجية التي يتميز بها هذا النهج من غيره من الأساليب العلاجية الأخرى؟
- ما إسهام العميل والمعالج في برامج العلاج القائمة على هذا النهج؟
- ما الفنيات المستخدمة في هذا النهج لتحقيق الاستبصار لدى العملاء أو المرضى؟
- صمم برنامجاً إرشادياً، قائماً على العلاج المتمركز حول العميل لخفض أعراض الاغتراب النفسي لدى العملاء، مبيناً فيه أهدافه، وخطواته، ومحتوى التدخل، وإجراءات التقييم.
- صمم برنامجاً علاجياً للحد من ظاهرة الاغتراب النفسي لدى الشباب أو ظاهرة تعاطي المخدرات وفق طريق العلاج بالمعنى أو العلاج المنطقي.

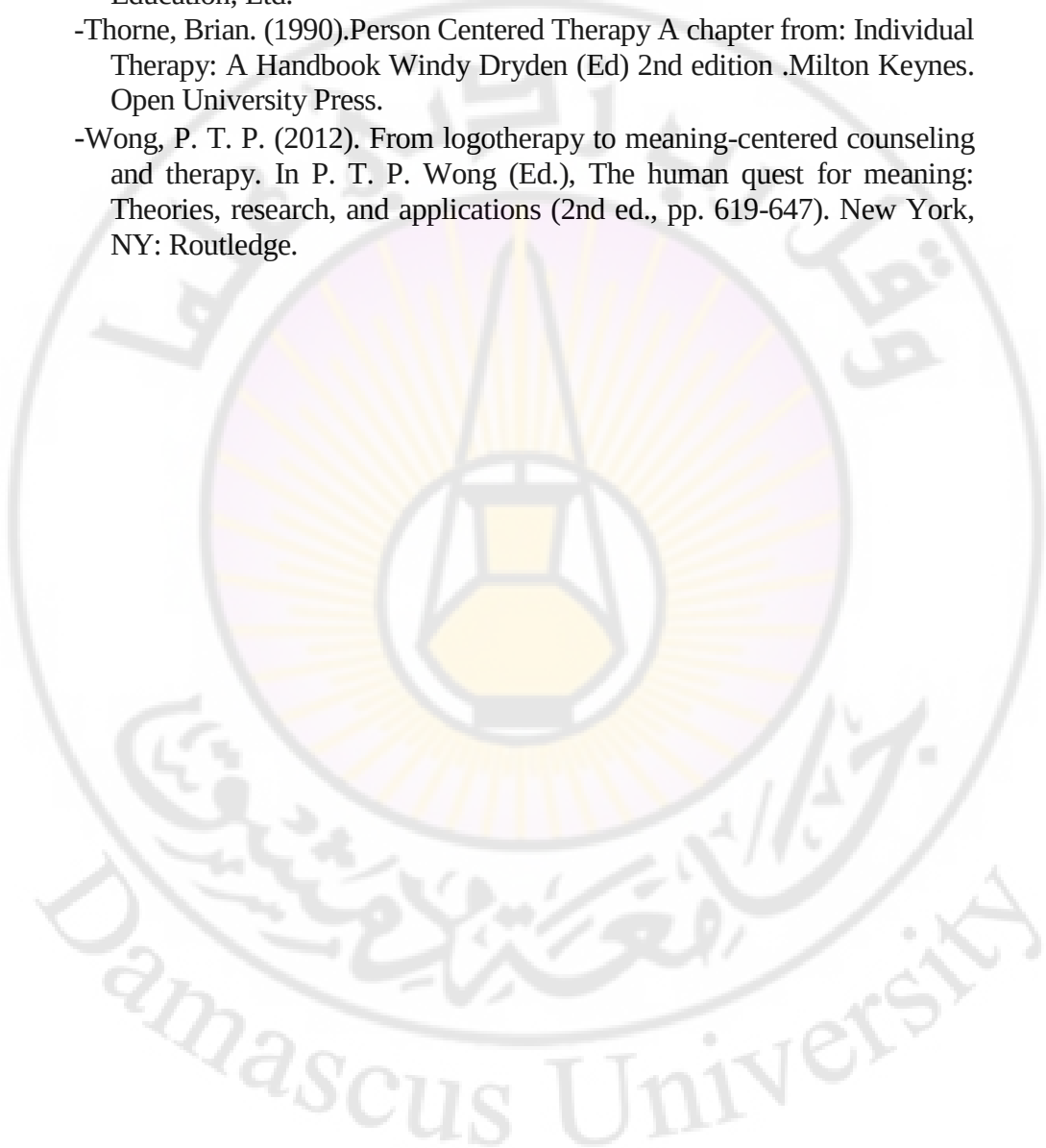
مراجع الفصل

- أنجلر، باير (١٩٩٩). **مدخل إلى نظريات الشخصية**. ترجمة: فهد دليم. الطائف: دار الحارثي.
- حميدة، سامي (٢٠٠٣): **فعالية برنامج للعلاج بالمعنى في خفض مستوى العصابية لدى عينة من الشباب الجامعي السعودي ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة عين شمس .**
- روجرز، كارل (٢٠٠٩). **أن تصبح إنساناً . العلاج بالتحليل النفسي من وجهة نظر المعالج**. ترجمة: أسامة القفاش، القاهرة: دار الكلمة.
- روجرز، كارل (٢٠١٠). **طريقة حياة**. ترجمة: أسامة القفاش. القاهرة: دار الكلمة.
- الشعراي، صالح فؤاد محمد . (٢٠١٠). **فاعلية العلاج بالمعنى في تحسين جودة الحياة لدى عينة من الشباب الجامعي ، بحث منشور ، في كلية تربية بنها .**
- الضبع فتحي (٢٠٠٦): **فعالية العلاج بالمعنى في تخفيف أزمة الهوية وتحقيق المعنى الإيجابي للحياة لدى المراهقين المعاقين بصرياً ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية بسوهاج ، جامعة جنوب الوادي .**
- فرانكل ، فيكتور (١٩٨٢). **الإنسان يبحث عن المعنى**، ترجمة: طلعت منصور . الكويت: دار القلم.
- العاسمي، رياض (١٩٩٨). " أثر العلاج النفسي المصاحب للتغذية الراجعة في خفض حدة اضطراب القلق العام لدى المترددين على العيادة " ، **رسالة دكتوراه ، غير منشورة ، كلية التربية ، جامعة القاهرة .**
- العاسمي، رياض (٢٠١٥). **الإرشاد النفسي المتمركز حول الشخص بين الخبرة ومفهوم الذات**. عمان: دار الإعصار العلمي.
- عبد الكريم، جمال (٢٠٠٧). **الفراغ الوجودي والقلق وعلاقتهما ببعض المتغيرات لدى عينة من المقيمين بدور الرعاية الاجتماعية ومدى فاعلية الإرشاد بالمعنى في تخفيف حدتهما ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية بقنا ، جامعة جنوب الوادي .**

- فضة، حمدان (١٩٩٥). العلاج المتمركز على الشخص ومدى فاعليته في تحسين القلق، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية فرع بنها، جامعة الزقازيق.
- محمد، سيد (١٩٩٨). أثر الإرشاد بالمعنى في خفض الشعور باليأس لدى عينة من المكفوفين، مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، العدد الثامن، السنة السادسة، ٢٩٥-٣٢٣.
- Amado, A. N. and Mc Bride, M. (2001), Increasing Person-Centered Thinking: Improving the Quality of Person-Centered Planning: A Manual for Person-Centered Planning Facilitators. Minneapolis, Minnesota: University of Minnesota, Institute on Community Integration.
- Angela Novak Amado, Ph.D. and Marijo McBride, M.Ed, (2001). A Manual for Person-Centered Planning Facilitators, Institute on Community Integration UAP University of Minnesota.
- Boy A V, Pine G J (1982). Client-Centered Counselling: A Renewal. -Allyn and Bacon, Boston. Clay, Rebecca A. (September 2002). "A renaissance for humanistic psychology. The field explores new niches while building on its past." American Psychological Association Monitor, 33(8).
- Conway Quality, Inc. (1994). Team Leader & Facilitators Workshop (page 13-14-Reprinted with permission from the Center for Community Inclusion, Person-Centered Planning: A Guide for Facilitators, University of Maine (1995)
- Corey, C. (2005). Theory and practice of counseling & psychotherapy. (7th ed.). Belmont, CA: Thomson Learning.
- Deurzen, E. v. and Adams, M. (2011). Skills in Existential Counselling and . Sage Publications Ltd, London.
- DiClemente CC, Scott CW.(1997). Stages of change: interactions with treatment compliance and involvement. NIDA Res Monogr. 1997;165:131-56.
- Corsini Raymond & Wedding,(2010). Current Psychotherapies, 10th Edition Danny Wedding California School of Professional Psychology University of Hawaii.
- Elkins, David (2009). Humanistic psychology: A clinical manifesto. Colorado Springs: University of the Rockies Press.
- Elliott .R.(2013). Person-Centered/Experiential Psychotherapy for Anxiety Difficulties: Theory, Research and Practice, Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 12, 14-30.

- Fine, Gail (2011). *The Oxford handbook of Plato*. Oxford: Oxford University Press. 1. 76,77.
- Frankl, V. E. (1973). Meaninglessness: A challenge to psychologists. In T. Millon (Ed.) *Theories of psychopathology and personality* (2nd ed., pp. 231-238). Philadelphia, PA: Saunders.
- Frankl, Viktor .(1988). *The Will to Meaning: Foundations and Applications of Logotherapy*. Meridian. ISBN 978-0-452-01034-5.
- Gibbard & Hanley.(2008).A five-year evaluation of the effectiveness of person-centered counselling in routine clinical practice in primary care, *Counselling and Psychotherapy Research*,; 8(4): 215-222.
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The status of Carl Rogers and the person-centered approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 37-51.
- Leath, Colin (1998): The experience of meaning in life from Psychological Perspective.
- Lukas, E. (1986). *Meaning in suffering: Comfort in crisis through logotherapy*. Berkeley, CA: Institute of Logotherapy Press.
- May, R., & Yalom, I. (1989). *Existential psychotherapy*. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies* (4th ed.). Itasca, IL: F. E. Peacock Publishers, Inc.
- Miller, WR & Rollnick, S., (2002). *Motivational Interviewing* (2nd Ed.), The Guilford Press,
- O'Brien, J. & Lovett, H. (1996). What is Person-Centered Planning? *Inclusion News*.
- Patterson, C. H. (1986). *Theories of counselling and psychotherapy* (2nd ed.). New York, NY: HarperCollins).
- Rogers CR. (1951). *Client centered therapy Its current practice*. London: Constable.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. London: Constable.
- Rogers, C. R., & Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C.R (1959). A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships, as Developed in the Client-centered Framework, "in S. Koch, ed., *Psychology: A Study of Science* (New York: McGraw-Hill, study I, Conceptual and Systematic, vol. 3, Formulations of the Person and the Social Context, pp. 184-256.

- Rogers, C. R. (1980). A way of being. Boston: Houghton-Mifin.
- Seligman, L. (2006). Theories of counseling and psychotherapy: Systems, strategies, and skills. (2nd ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education, Ltd.
- Thorne, Brian. (1990). Person Centered Therapy A chapter from: Individual Therapy: A Handbook Windy Dryden (Ed) 2nd edition .Milton Keynes. Open University Press.
- Wong, P. T. P. (2012). From logotherapy to meaning-centered counseling and therapy. In P. T. P. Wong (Ed.), The human quest for meaning: Theories, research, and applications (2nd ed., pp. 619-647). New York, NY: Routledge.



الفصل الخامس

برامج الإرشاد القائمة على العلاج النفسي الإيجابي

مفهوم علم النفس الإيجابي

ركائز علم النفس الإيجابي

افتراضات علم النفس الإيجابي

تطبيقات علم النفس الإيجابي

التقنيات العلاجية

كيفية تنفيذ برامج الإرشاد والعلاج الإيجابي

برنامج إرشادي قائم على نقاط القوة

برنامج لتنمية نقاط القوة لدى الطلاب

برنامج قائم على الشفقة بالذات

فاعلية العلاج الإيجابي

ملخص واستنتاج

أسئلة مراجعة



الفصل الخامس

برامج الإرشاد

القائمة على العلاج النفسي الإيجابي

يسعى هذا الفصل لتحقيق ما يلي:

- مفهوم علم النفس الإيجابية وأهميته بين المناهج النفسية الأخرى.
- أبعاد علم النفس الإيجابي التي يمكن أن تكون القاعدة والأساس في موضوعات علم النفس الإيجابي وركائزها.
- مفهوم العلاج النفسي الإيجابي في مجال التدريب والتدخل في التعامل مع مشكلات متعددة لتنمية نقاط القوة الإيجابية.
- افتراضات علم النفس الإيجابي، وكيف يعمل هذا النهج في الحالات المتنوعة وعملية التدخل الإيجابية
- أمثلة لبعض البرامج القائمة على النهج العلاجي الإيجابي، مثل تنمية نقاط القوة، والشفقة بالذات وتنمية التفكير الإيجابي.

إنَّ الإيجابية في علم النفس هي مسعى مركزي لتحقيق الذات وإمكانيات الفرد في جوانب حياته المختلفة. فالإيجابية كما يراها مخيمر (١٩٦٨، ٤) هي صميم الإنسان، لأن صميم الإنسان هو الإيجابية، ودونها يكون الفرد عاقراً. فالإيجابية والمستقبل عاشقان وليس لأحدهما أن يوجد بغير الآخر، وليس للحياة أن تعرف الازدهار بغيرهما، مما يدعو إلى تنمية العناصر الإيجابية للشخصية، والطريق إلى ذلك ينحصر في التسليم بأن لدى الكائن البشري ما يسمى "إمكانيات فريدة"، هذه الإمكانيات الفريدة هي التي تميز الإنسان من أعضاء المملكة الحيوانية، وتنمية هذه الإمكانيات هو المعيار العام للصحة النفسية، وعلى قدر تحقيق الفرد لإمكانياته يكون مدى توافقه إيجابياً. وصميم التوافق هو إيجابية خلاقة للقرار والمضي به وبالأخرين إن لزم الأمر إلى حيز التنفيذ إشباعاً للحاجات في الواقع، وذلك في مواجهة المواقف الجديدة دون إضرار بالآخرين. هذا الأمر يساعد على إيجاد الشخصية السوية المتوافقة التي تتمتع بمظاهر سلوكية خارجية عديدة، منها: الراحة النفسية والطمأنينة والكفاية في العمل والتحمس له، وواقعية الفرد فيما يتعلق بقدراته ومستوى طموحه، والقدرة على ضبط الذات وتحمل المسؤولية، والالتزان الانفعالي، والتوافق أو القدرة على تحمل الإحباط، وانخفاض مستوى القلق.

علم النفس الإيجابي تيار أو اتجاه فكري في علم النفس حديث المولد، ظهر على يد العالم الأمريكي مارتن سليغمان Seligman أستاذ علم النفس في جامعة بنسلفانيا وصاحب نظرية العجز المكتسب، ويعده كثير من الكتاب الأب العلمي لعلم النفس الإيجابي. وفي عام (1998) عندما تم تسلّمه رئاسة الجمعية الأمريكية لعلم النفس، حثّ سليغمان علماء النفس أن يتذكروا مهمات وأهداف علم النفس التي نسيت وأصبحت في طيّ النسيان بعد أن كانت الركيزة والقاعدة لانتشار علم النفس بعد الحرب العالمية الثانية لما ذاقه الناس وقتذاك من ويلات الحرب والمجاعة، وإهدار كرامة الإنسان، وهي بناء قوة الإنسان ورعايته والحفاظ على كرامته وسماته الشخصية الإيجابية. ومن أجل معالجة هذا الإغفال في علم النفس عمد سليغمان لخلق اتجاه جديد وواضح لعلم النفس، ودعا من خلاله علماء النفس إلى التركيز على المنطقة الإيجابية في النفس البشرية، وإثرائها بالدراسات والبحوث. ونتيجة لهذا التوجه، شهدت الآونة الأخيرة تزايداً في الدراسات التي تُعنى بنقاط القوة النفسية والصحية لدى الإنسان بدلاً من نقاط الضعف باعتبارها الأساس لسعادة الإنسان ورفاهيته. وقد كتب سليغمان حول مواضيع عديدة في علم النفس الإيجابي، مثل: الطفل المتقائل، لعبة أطفال، التفاوض المتعلم، ازدهار السعادة. وكان هدفه من وراء ذلك تنشيط الفاعلية الوظيفية والكفاءة والصحة الكلية للإنسان، بدلاً من التركيز على الاضطرابات النفسية وعلاجها. إنه، بذلك، يحوّل المنظور ومركز الاهتمام من المرض المعوق (علم نفس العجز والضعف) إلى المعاني الفعّالة، وكيفية تعظيم فاعليتها من خلال بناء القوة والمتعة والصحة في الإنسان المعافى وصولاً إلى المزيد من تحقيق ذاته.

ويعرف "ميحالي وهيدت" (Mihali, & Haidt, 2005) علم النفس الإيجابي "بأنه الدراسة العلمية الموضوعية للظروف والعمليات التي تسهم في ازدهار أو رفاهية الفرد والجماعات والمؤسسات التي تمكنهم من الأداء الوظيفي الفعّال أو المثالي. كما يُعرّف سليغمان وآخرون (Seligman et al, 2005, 630) في وقت لاحق علم النفس الإيجابي بأنه: "الدراسة العلمية للخبرات والسمات الفردية الإيجابية، من أجل تطويرها ونمائها؛ فالأشخاص الذين يعانون من مشكلات نفسية كثيرة في حياتهم غالباً ما يهتمون بحالتهم، ويطلبون المساعدة من الآخرين من أجل الوصول إلى درجة من السعادة والرضا عن أنفسهم؛ إنهم يريدون بناء عناصر قوية لشخصيتهم، وليس مجرد تصحيح ضعفها، إنهم يريدون حياة مشبعة لها معنى وهدف. وهذه

الحالة لا تأتي ببساطة تلقائياً عند إزالة المعاناة، بل يجب أن تعزز المشاعر والانفعالات الإيجابية لبناء الشخصية الإيجابية بشكل مباشر أو غير مباشر لتخفيف المعاناة وقطع جذور أسباب المشكلة."

وفي ضوء التعاريف المقدمة لعلم النفس الإيجابي من قبل سليغمان ورفاقه، لا بد من النظر إلى الأداء الأمثل لدى الأفراد في مختلف الجوانب البيولوجية والشخصية والاجتماعية والثقافية والمؤسسات الاجتماعية بدلاً من دراسة:-

أ - العلاقات الدينامية بين هذه الجوانب.

ب- قدرة الأفراد على خلق نظام اجتماعي ذي معنى، وذلك رداً على الشدائد والضغوط النفسية التي يتعرض لها البشر ولا مفر منها.

ج- البحث عن وسائل الحياة الجيدة في تلك الجوانب لحياة الإنسان.

د- التركيز على مصادر الصحة النفسية بدلاً من التركيز على المرض والاضطراب.

وتقوم فلسفة علم النفس الإيجابي على المبادئ التالية:

- ١- إن تنمية المشاعر الإيجابية عند الأبناء من شأنها أن تساعد في نمو قدراتهم العقلية وبناءها ومهاراتهم الاجتماعية ولياقتهم البدنية التي تكون شخصياتهم فيما بعد.
- ٢- إن استثارة المشاعر الإيجابية وبثها لدى الطفل تساعد على تنشيط سلسلة من العمليات التي من شأنها أن تدعم أيضاً هذه المشاعر وتضعيدها.
- ٣- إن السمات الإيجابية التي يظهرها الطفل هي في الأساس فطرية وبيولوجية، مثلها مثل السمات السلبية.

ركائز علم النفس الإيجابي

يضم أبعاد علم النفس الإيجابي مجموعة من مجالات الاهتمام الواسعة؛ بعضها استخدمت وأوسعاً لتحديد أبعاد المجال الجديد عموماً، وبعضها الآخر استخدم على نطاق ضيق، مثل التدفق Flow. ومن أجل رعاية المواهب وجعل الحياة أكثر إشباعاً. لذا، فلم النفس الإيجابي يركز على ثلاثة مجالات للخبرة البشرية (Seligman & mihalyi, 2000) والتي تساعد على تحديد مجال واتجاه هذا المنظور.

١. المستوى الشخصي Subjective level

ينظر هذا المستوى إلى الحالات الانفعالية الإيجابية للفرد، مثل السعادة الارتياح والفرح مع الحياة، والاسترخاء، والعلاقة الحميمة، والحب، والهناء، وتشمل الحالات الإيجابية للشخصية أيضاً، مثل: الأفكار البناءة عن الذات، والمستقبل، والتفاؤل والأمل. ويمكن أن تشمل الشخصية الإيجابية أيضاً، المشاعر الحيوية، والطاقة، والثقة، أو الآثار الانفعالية الإيجابية، مثل الضحك.

٢. المستوى الفردي Individual level

يركز دراسة صفات الفرد الإيجابية الأكثر ديمومة واستمراراً لأنماط السلوك التي ينظر إليها الناس في معظم الوقت. وقد تشمل دراسة الصفات الفردية هذه: الشجاعة، والثبات، والصدق، أو الحكمة. كما تتضمن دراسة الصفات والسلوكيات الإيجابية التي كانت تستخدم تاريخياً لتحديد "نقاط القوة" أو الفضائل، التي تشمل أيضاً القدرة على تطوير إمكانيات الحساسية أو الإبداع الجمالي للسعي إلى تحقيق التميز.

٣. مستوى الجماعة أو المجتمع Group or societal level

يتناول هذا المستوى قضايا التنمية، وبناء وصيانة المؤسسات الإيجابية، مثل تنمية الفضائل المدنية، وبناء أسرة صحية ودراسة بيئة العمل الصحية، والمجتمعات الإيجابية. ويمكن أن يشارك هذا النهج في التحقق من كيفية قيام المؤسسات الاجتماعية بعملها على أكمل وجه في دعم الرعاية الاجتماعية الإيجابية للمواطنين. ولذلك، في نواح كثيرة، على اعتبار علم النفس الإيجابي هو بمثابة الدراسة العلمية لأداء الإنسان وازدهاره وتقدمه في المستويات البيولوجية والشخصية والاجتماعية، والثقافية والعالمية (Seligman. & Csikszentmihalyi, 2000).

ومن المواضيع المحتملة لتلك المجالات، هي: الإيثار والتعاطف، وبناء المجتمعات وإثرائها، والإبداع، والغفران والرحمة، وأثر المشاعر الإيجابية في الرضا الوظيفي، وتعزيز جهاز المناعة، ونماذج تنمية الشخصية الإيجابية، وأساليب العلاج النفسي التي تؤكد على الإنجازات والصفات الإيجابية، وتعزيز الفضائل وسيلة لزيادة السعادة النفسية الأصلية،

والتأمل (الزن) (Peterson, & Seligman, 2004). والجدول التالي يبين مستويات علم النفس الإيجابي.

العلاج الإيجابي Positive Therapy

العلاج النفسي الإيجابي متجذر في العمل كريس بيترسون Chris Peterson حول نقاط القوة الشخصية، وقد دمج الأعراض السريرية بقوة الشخصية، والمصادر بالسلوكيات المحفوفة بالمخاطر والأمال باليأس، والقيم الفاضلة بالسلوك المتهور. وهذا النوع من العلاج يرى الفرد بوصفه أكثر توازناً من المعتاد من "النهج العلاجي الموجه إلى العجز". كما يشير سليغمان ووايت (Seligman & Wyatt, 2008) إلى أن العلاج النفسي الإيجابي ينطوي على شخص يكتشف البصيرة، والذهاب أبعد من الألم والمعاناة لهذه العملية، بينما العلاجات الأخرى (وخصوصاً عندما تتحدث عن الأحداث الصادمة في مرحلة الطفولة) يمكن أن تكون مؤلمة، مثل "تمزيق الفطرة الطبيعية للإنسان". وقد دلل سليغمان على فاعلية نهجه في التدخل من خلال العديد من الدراسات التي قام بها وغيره من الباحثين، فقد نشر ورفاقه Seligman et al., 2006) عملاً أظهر فيه آثار العلاج النفسي الإيجابي من خلال تقديم العلاج الفردي والجماعي للطلاب انخفاضاً طويلاً للأمد لحالات كثيرة ممن يعانون من الاكتئاب. والمزيد من البيانات والتقييمات الأخيرة تضافرت مع العديد من الدراسات الصغيرة التي أشارت إلى أن العلاج النفسي الإيجابي يمكن أن يكون له تأثير إيجابي كبير، وجزء من مجموعة واسعة من التدخلات النفسية والشخصية للرفاه الذاتي الذي يمكن أن يتعزز من طريق هذا النهج القائم على التنمية والوقاية بالدرجة الأولى. من هذا، يرى رشيد (Rashid, 2008) في العلاج النفسي الإيجابي نهجاً مدعماً تجريبياً لبناء نقاط القوة للفرد وتنمية مشاعره وقيمه الإيجابية، وزيادة المعنى في حياته للتخفيف من حدة الأمراض النفسية وتعزيز السعادة. ويوفر الأساس النظري والعلمي للمعالجين الإيجابيين لإثارة واستحضار الانفعالات والذكريات الإيجابية في مناقشاتها مع العملاء، بينما يشاركون أيضاً بالمقولات التي تتعلق بمشكلات العميل بهدف دمج الانفعالات الإيجابية والسلبية معاً، بحيث يتكون العلاج النفسي الإيجابي من (١٤) جلسة مع الواجبات المنزلية. فعلى سبيل المثال، تركز الجلسة الأولى والثانية على تحديد هوية العملاء لنقاط القوة الشخصية، وجلسات أخرى تتناول مفاهيم الامتتان والمغفرة والتقاؤل والحب والتعلق، لذيق المذاق، والمعنى.

وهذه الانتقادات التي أوسىء فهمها للنهج الإيجابي في التدخل الإرشادي أو العلاجي من قبل المعارضين، تمت مواجهتها بالأدلة المقنعة، حيث كانت ردود كثير من الباحثين ترى أن علم النفس الإيجابي هو امتداد منطقي لجذور نهج علم النفس الإنساني، وهذا لا يمنع من التكامل في الممارسة العلاجية أو الإرشادية للوصول إلى درجة من التكامل والرضا عند كل شخص، بدليل أن علم النفس منذ أيام ويليام جيمس لم يكن إلاً إيجابياً، وليس سلبياً، لكن عندما تجاوز الأطباء النفسيون حدودهم المهنية، ودخلوا في مظلة علم النفس حرفوا مسيرة توجهات هذا العلم التي انطلقت من الرؤية الإيجابية للإنسان، وذلك بدمجهم بالتوجه البيولوجي الذي يؤكد على أن الصحة النفسية هي غياب الأعراض المرضية لدى الإنسان، وكون هذا الغياب الكامل، فإن الإنسان لديه العديد من المشكلات النفسية والانفعالية، لذا، يجب النظر إلى هذه المشكلات ونقاط الضعف، وليس النظر إلى جوانب القوى لديه، وهذا ما أشار إليه فرويد صاحب الاتجاه البيولوجي في الطب النفسي بقوله: "نحن حفارو القبور ونحاتو الصخور". وهذه المقولة تؤكد أن علم النفس كان إيجابياً في البداية، ويبقى إيجابياً. فعلى سبيل المثال العلاج النفسي الإيجابي يسعى إلى التقليل من الأعراض السلبية، بالإضافة إلى تنمية المشاعر الإيجابية ونقاط القوة المثلى للشخص؛ إنه على عكس التدخلات التقليدية لعلاج الاكتئاب؛ لأن المشاعر الإيجابية والمشاركة الفعالة هي محور رئيسي للعلاج النفسي الإيجابي، بدلاً من أعراض الاكتئاب أنفسها (Seligman, Rashid, & Parks, 2006).

جدول (٨) يوضح مجالات علم النفس الإيجابي

مجال الخبرة الإيجابية (مستوى ذاتي)	مجال الشخصية الإيجابية (مستوى شخصي)	مجال السياق الاجتماعي (مستوى اجتماعي)
موضوعاته	موضوعاته	موضوعاته
-السعادة -الهناء - الذاتي -التفاؤل -الرضا -القناعة -تدفق - المشاعر -الأمل	-الحب الشجاعة -تنظيم الذات ، التوجه الذاتي -الأداء المتميز مثل: -الأصالة والإبداع العفو (الصفح) -المتابعة ، الموهبة التسامح ،التدين	-الوسط (البيئة) النمائي، - تشجيع النمو الخبرة - الإيجابية -الأنشطة التطوعية وأثرها - في تنمية الموارد النفسية - للشباب

-العلاقة بين الانفعالات الإيجابية والصحة الجسمية -الثقة في الذات	-الصدق، الحكمة ، التوافق الزواجي -الذكاء الانفعالي،الأمانة ،المرح -الرؤية المستقبلية	-الأسرة كمؤسسة اجتماعية وأثرها في نمو المواهب . -المسؤولية ، الإيثار، المرح -التحمل وأخلاقيات العمل -التواد مع الآخرين. -الكياسة . الصبر
--	---	---

واقترح سليغمان (2000) فكرة مفادها: إذا كانت السعادة مفهوماً من المفاهيم الدراجة في كتابات الفلاسفة والأدباء وعلماء النفس... وتم النظر إليها انفعالاً إيجابياً، ويسعى إليها الفرد في حياته اليومية. فهل يمكن النظر إلى مفهوم السعادة من منظور جديد في علم النفس والسيطرة عليه وإخضاعه للتجريب والقياس والتنمية؟ وبناء على ذلك، حاول سليغمان تحليل السعادة إلى ثلاثة مكونات يمكن التحكم فيها، وهي:

أ. العاطفة أو المشاعر الإيجابية (اللطف بالحياة).

ب. المشاركة (حياة المشاركة).

ج. المعنى (الحياة ذات المعنى).

وقد قام سليغمان بتصميم مقياس للتأكد من مصداقية كل ذلك، حيث يرى أن السعادة يمكن تناولها في ميادين علم النفس الأخرى، وربما هي البداية الحقيقية للتحقق من هذا الأنموذج وفائدته في مجال الوقاية والعلاج النفسي.

وجهة النظر التي تركز على فكرة العلاج التعزيزي التي تساعد الناس على التحرك من خلال مراحل "يجري" وراء معرفة الأمراض النفسية المكتملة وأعراض الصحة النفسية غير المكتملة. والعلاج النفسي تقليدياً تم التفكير فيه باعتباره ممارسة علاج الأمراض فقط.

والعلاج النفسي الإيجابي (PPT) في نظر رشيد (Rashid, 2006) هو أسلوب علاجي في علم النفس الإيجابي يسعى إلى توسيع نطاق العلاج النفسي التقليدي من خلال تنمية المصادر الإيجابية للقوة، والمعنى، بالإضافة إلى علاج الأعراض المرضية النفسية، وإبراز المصادر الإيجابية التي قد تخدم العملاء على نحو أفضل عندما يواجهون تحديات الحياة الصعبة، على اعتبار أن العقل البشري هو الأساس الثابت في الاستجابة بقوة للمشاعر الإيجابية أكثر من

السلبية؛ فعندما يتعرض الفرد للمشكلات النفسية أو الاضطراب، فإن تقاوم المشكلات السلبية تغطي على المشكلات الإيجابية. وبناء عليه، فإن تجميع نقاط القوة لدى العميل واستثمارها وتعزيزها يخفف من المشاعر السلبية، ويُحد من الأعراض السلبية على المستوى النفسي والفيزيولوجي، وذلك من خلال تحقيق مسعى التوازن بين الاهتمام بالمصادر الإيجابية لدى العميل التي تتجلى في الانخراط في حوار بين المعالج و العميل يتركز على اللطف والشفقة، والأمل والتفاؤل، والثناء والتواضع والانسجام، والفهم التعاطفي للآلام المرتبطة بالصدمة. وجنباً إلى جنب مع التشاؤم، والغطسة والكراهية، من أجل اكتشاف إمكانيات النمو.

لذلك يمكن القول: إن العلاج (PPT) يستند في المقام الأول على مفاهيم سليغمان حول الرفاه وقد قام بتحليله وقياسه علمياً، والتحكم بمكوناته، مثل: المشاعر الإيجابية، والمشاركة، والعلاقات، ومعنى الإنجاز.

ويمكن تعريف العلاج النفسي الإيجابي، بأنه العلاج الذي يركز على الموضوعات والجوانب الإيجابية في حياة الأفراد والجماعات، وخصوصاً العملاء الذين هم بحاجة للمساعدة، ودون الاهتمام كثيراً بالمشكلات النفسية الشديدة".

تقنيات العلاج الإيجابي

يعتمد العلاج النفسي الإيجابي على مجموعة من التقنيات أو الاستراتيجيات الجديدة، ومن أهمها:

1. غرس الأمل Instilling Hope وبناء القوة الحاجزة (التحصين النفسي):
هذه القوة تعمل جهاز مناعة ضد تعرض الفرد للإصابة بالاضطرابات النفسية والعقلية. ومن هذه القوة المستخدمة في العلاج الإيجابي: الشجاعة، المهارة بين الشخصية، والاستبصار، والتفاؤل، وحل المشكلات، وتحديد الهدف، والقدرة على السعادة (الفجري، 2008، 42).
2. بناء نقاط القوة:

عموماً، فإن نقاط القوة هي سمات الشخصية الإيجابية، وتدخلات القوة هي الأنشطة التي تنطوي على تحديد واستخدام وتطوير نقاط القوة. فبناء نقاط القوة الواقعية في مواجهة المرض هي استراتيجية من استراتيجيات العلاج النفسي الإيجابي، ويمكن استخدامها وتطبيقها من قبل

المعالجين، الذين يبدأون بفهم وتحديد ما لدى العميل من نقاط قوة لمساعدته على بناء العديد من السمات الإيجابية الأخرى، ولا يكتفون باستخدام فنيات محددة للشفاء من الاضطراب.

3. فنية القصة أو السرد (الفضفضة Narrative)

تستند فنية "السرد" على فكرة أن لدينا "قصصاً كثيرة" تسهم إسهاماً مهماً جداً في حياتنا. واحدة من الأشياء المركزية لممارسة السرد، هي أن الطرق التي نروي بها تجاربنا يكون لها تأثير كبير على الطريقة التي نشعر بها ونفكر، وكيف نرى أنفسنا وعلاقاتنا، وكيفية تواصلنا مع الآخرين. وهذه الفنية، تسمح للفرد أيضاً بسرد تاريخ حياته بنفسه، التي تسمح له باكتشاف ما هو مشوه أو محرّف من الأحداث التي مر بها، وتنمية ما هو إيجابي. لا يقتصر السرد هنا، على العلاج النفسي الإيجابي فقط، ولكنه يُستخدم في العديد من أشكال العلاجات الأخرى، كالعلاج التحليلي والعلاج المعرفي. فالسرد الذي يقوم به العميل يسهم كثيراً في استبصاره بما هو إيجابي من حياته أيضاً، وهنا تتحقق الغاية والهدف الأسمى من العلاج النفسي، وهو تنمية القوى الإنسانية والسمات الإيجابية الكامنة في الفرد (اسبنيول وستودينجر، 2006، 429). ويقول سليغمان في هذا: اعتقد أن سرد القصص في حياتنا تجعلنا نشعر بأننا نضفي معنى لحياتنا، والنظر إلى أنفسنا وحياتنا انطلاقاً من أرضية الإحساس بالقوة والقيمة والجدارة الشخصية بدلاً من اعتبار أنفسنا وحياتنا ضحية لمقصلة الظروف، في حين يبدو نظر الآخرين مجرد كلام غير منسق أو فوضوي (Mihalyi, 2000). وأعتقد أن جميع قوى العلاج النفسي الأكثر فعالية مثل السرد، وهذه المضادات التي تحسن الفرد من الاضطراب النفسي، وتمارس عملها بنفس الطريقة التي يمارس بها الأمل عمله. ومع ذلك، فإن السرد ليس الموضوع الرئيس في بحوث العلاج النفسي. بمعنى، أنه ليس لدينا فئات للسرد أو الفضفضة، لذلك لا نرغب بتدريب طلابنا عليها، ولا نشجع المهنيين على استخدامها.

عموماً، نموذج تدخلات القوة هو نفسه: إذ يأخذ الفرد ثلاثة اختبارات للقوة، ويتلقى ردود الفعل من المعالج على نقاط قوته، ومن ثم يغيّر سلوكه من أجل استخدامه في مواقف الحياة الواقعية رغم أن "مؤسسة غالوب" Gallup استخدمت النموذج القائم على نقاط القوة في الممارسة العملية في العديد من سنوات (Hodges & Clifton, 2004)، وكانت أول دراسة تجريبية لاستخدام هذا النموذج ما قام به (Seligman Steen, Park & Peterson, 2005) حيث وجدوا

أن عملية تحديد واستخدام سمة قوة لدى الفرد تؤدي إلى زيادة في السعادة، وتقلل من أعراض الاكتئاب بعد شهر من ممارسة التدريب، وهذه المكاسب استمرت لستة أشهر من المتابعة بين أولئك الأفراد الذين واصلوا التدريب. إن الاستخدام الفعلي للقوة تتجاوز التعلم، وهي عبارة عن عنصر أساسي من هذا النشاط؛ حيث يتم تقييم المشاركين من أجل إخبارهم بنقاط قوتهم، ولكن لم يطلب منهم معرفة الغاية من استخدام تلك المعلومات حتى لا يتمكنوا من تمييزها من تلك الأنشطة الوهمية التي تمارس من قبل المشاركين. وقد سُمي هذا النشاط "بالخدمة الإيجابية"، حيث يضع الفرد كل طاقته لاستخدام نقاط قوته من أجل خدمة شيء أكبر منه، مثل التدريب على السعادة الحقيقية Authentic Happiness بما في ذلك "شجرة قوة العائلة Strengths Family Tree حيث يتعلم الفرد نقطة القوة خاصة به فيما يتعلق بنقاط قوته ضمن أعضاء الأسرة وتاريخ القوة،" لدى اثنين أو أكثر من الناس بتنسيق النزهة، الحدث، أو المشروع الذي يسمح لكل عضو من أعضاء المجموعة باستخدام نقاط القوة. كما ذكر سليغمان وآخرون مجموعة من الفنيات التي تعزز نقاط القوة لدى الإنسان، وهي:

- أ. ممارسة السيطرة الوهمية: ويتمثل هذا التدريب في طلب المعالج من المشاركين أن يكتبوا ذكرياتهم في كل ليلة ولمدة أسبوع. وبعد ذلك يطلب منهم عرضها ومناقشتها أمام المجموعة.
- ب. زيارة الامتنان أو الشكر Gratitude Visit الطلب من المشاركين تقديم رسالة شكر لصديق ما لمدة أسبوع.
- ج. ثلاثة أشياء جيدة في الحياة: يطلب من المشاركين كتابة ثلاثة أشياء جيدة حدثت معهم في اليوم، مع ذكر أسبابها وتفسير سببي لها.
- د. تحديد نقاط القوة الخاصة بالمشارك: يطلب من المشاركين تحديد نقاط قوتهم، واستخدامها في حياتهم اليومية، ويمكن تطبيق استبيان نقاط القوة الإيجابية للتعرف إلى تلك النقاط التي يملكها المشارك.
- هـ. نعي السيرة الذاتية: تخيل أنك قد وافتك المنية بعد أن عشت حياة مثمرة ومرضية. ماذا تريد القول؟ عليك بكتابة مقال بحدود صفحة تلخص فيه ما كنت ترغب في تذكره.
- ح. التذوق: قم لمرة واحدة في اليوم، بالاستمتاع بتناول وجبة طعام أو السير على الأقدام، وعندما تنتهي، اكتب ما كنت قد قمت به، وكيف فعلت ذلك بطريقة مختلفة، وكيف تشعر بذلك؟

كما وضعت تاراجونا (Tarragona, 2012) برنامجاً إرشادياً للمرضى الذين يعانون من مشكلات وانفعالات سلبية من خلال استخدام تطبيقات السرد Narrative Practices و تم تطبيقه على مدار ستة أسابيع، ويتضمن الأنشطة التالية: كتابة قصص عن حياة كل فرد، وكيفية التعامل مع المشكلات، وتحديد النقاط الإيجابية في الحياة، المشاركة الاجتماعية واكتساب المهارات اللازمة لتنمية نقاط القوة، وتستند تلك الفرضية بأننا نعطي معنى لعالمنا وعلاقاتنا بالآخرين، الرفاه وعلاقته بالهوية الشخصية، والغرض من الحياة، والإنجازات الشخصية.

وباختصار، يبدو أن هناك أدلة كثيرة على أن الأمر يستحق الاهتمام لتحديد وتعزيز وتنمية نقاط القوة الإيجابية، وأن هذه الفوائد على المستوى النفسي والتحفيزي – تساعد على تنمية نقاط القوة وتشعر الناس بأنها مجزية في جوهرها، وهكذا فهم يسعون إلى التحرك أكثر للانخراط في عملية تنمية نقاط القوة. ومع ذلك، فإن استخدام نقاط القوة على نحو مناسب في كثير من الأحيان يساعد الأفراد على تجاوز العقبات التي يواجهونها في حياتهم، فعلى سبيل المثال النكته، يمكن أن تكون أداة لا تقدر بثمن لبناء العلاقات والتعامل مع الضغوط إذا استخدمت على نحو لائق، أي بشرط ألا تكون جارحة لمشاعر الآخرين.

كيفية ينفذ التدخل الإيجابي

يصف الجزء التالي تفعيل PERMA في التدريبات PPT الواضحة، ويشرح عملية إجراء هذه النفاعلات، وتمارين PPT وعلاقتها بنقاط القوة المختلفة، وافترض كريس بيترسون وسليغمان (٢٠٠٤)، استجابات كما هي موضحة في الجدول الآتي الذي تم التحقق من تدريبات نقاط القوة في مجالات علم النفس الإيجابي مع العملاء الذين يعانون من أعراض متوسطة إلى شديدة من الاكتئاب في الأوضاع الفردية والجماعية، وتم تكييفها لتلبية الاحتياجات المحددة أو يمكن إدراجها في تمارين لعلاجات أخرى. فقد تناولت هذه المجالات ضمن دراسات تجريبية تم تطبيق (PPT) لعلاج أعراض الاكتئاب، والقلق، والذهان، واضطراب الشخصية الحدية، ودعم وقف التدخين.

ويمكن تقسيم PPT إلى ثلاث مراحل. تركز المرحلة الأولى على استكشاف السرد المتوازن للعمل واستكشاف نقاط القوة المتوقعة لديه من وجهات نظر متعددة، وتفعيل هذه القوة إلى أهداف ذات معنى شخصي. وتركز المرحلة المتوسطة على زراعة المشاعر الإيجابية والتعامل

بطريقة تكيفية مع الذكريات السلبية. بينما تشمل المرحلة النهائية التدريبات على تعزيز علاقات إيجابية ذات معنى وهدف.

والعلاقة العلاجية هي واحدة من أهم العوامل في العلاج النفسي (Norcross, 2002). منذ البداية، يستمع المعالج على نحو متعاطف مع مخاوف العملاء لبناء والحفاظ على علاقة علاجية قائمة على الثقة، وفي الوقت نفسه، يبحث المعالج عن فرص لمساعدة العملاء على تحديد وتملك نقاط قوتهم الإيجابية على طول جلسات العلاج الإيجابي على نحو متوازن بين الإيجابيات والسلبيات. على سبيل المثال، لمناقشة الجريمة المدركة لبعض الأشخاص أو الظلم الشخصي، يمكن استدعاء على نحو متوازن الأفعال الأخيرة من اللطف التي يظهرها العملاء. فوجود التعاطفية في هذا التصور يخفف الآلام المصاحبة للصدمة، ولكن يساعد أيضاً على استكشاف إمكانات النمو من الصدمات النفسية وكلما كان ذلك مناسباً. وأن استكشاف القوة وتضخيمها لا تأتي على حساب الرفض أو التقليل من مشكلات ونقاط الضعف.

ويسهم استدعاء الذكريات الإيجابية إسهاماً مهماً في تنظيم المزاج، كما يتيح للأفراد إلى "تنوq" هذه المشاعر الإيجابية على اعتبار أن العواطف الإيجابية، وخاصة في المرحلة الأولى من العملية العلاجية، قد تكون مؤشراً قوياً للتغيير العلاجي من قبل العملاء الذين ينظرون في تلك الأفكار من رؤية جديدة، ويمكن بناء المصادر المتراكمة لهذا على المدى الطويل. فإذا ساعد المعالج في رفع مستوى تفكير العميل في البداية العلاج حول هذا الاستدعاء للذكريات الإيجابية لمثل هذا التذكير، فمن المرجح أن تتولد المشاعر الإيجابية، وبالتالي تسهل هذه العملية، اهتمامات العملاء التعاطفية في أثناء عرض مشكلاتهم وتشجيعهم على تقديم أنفسهم من خلال قصة لواقع الحياة التي دعت للحصول على أفضل شيء في حياتهم ذي مغزى شخصي، أو من خلال قصة للتغلب على التحدي أو الشدائد المؤلمة. فالممارسة أو التدريب المعروف باسم الممارسة الإيجابية في إطار المجموعة إلى تحفيز الآخرين، وأيضاً تبني الثقة بين أعضاء المجموعة. وكثيراً ما يبدأ العملاء هذه العملية في الجلسة العلاجية أو الإرشادية أو التدريبية وذلك حسب طبيعة المشكلة، ولكن بعد ذلك يمكن أن يكمل العملاء الواجبات المنزلية باستخدام ورقة عمل أكثر تنظيماً. ويتم تشجيع العملاء على أوجه التشابه القصة التي سردها ومواقف الحياة الحالية. ودون تقديم أي قائمة لنقاط القوة، ولكن يطلب من

العملاء استنتاجها من خلال قصصهم. والهدف من ذلك السرد، هو مساعدة العملاء لتمييز نقاط عجزهم وقوتهم. ومن خلال تقديم العملاء الإيجابي يصبحون قادرين على معرفة مشكلاتهم بالتعاون مع المعالج، وعلى دمج أجزاء من الذات التي قد غابت عن وعيهم بسبب الجمود المعرفي، وعدم الاستقرار الانفعالي، أو انعدام الأمن في علاقاتهم فيما بينهم أيضاً. ويتم تشجيع العملاء لجعل السرد أكثر وضوحاً وإذا صلة بالشخصية والتحديات الحالية، وهذا يمكن تسهيله من خلال العديد من الرسوم التوضيحية للوسائط المتعددة والقصص والرسوم التوضيحية للقضية أو المشكلة.

وبعد التركيز على المقدمة الإيجابية التي يعرضها المعالج للعملاء، يتم تركيز PPT على نقاط القوة الشخصية، بدلاً من نهج بسيط ومباشر لتحديد واستخدام خمس نقاط القوة الأولى التي يتم معايرتها مع تقييم القوة الشاملة. حيث يطلب من العملاء قراءة وصفية موجزة لنقاط القوة (٢٤) دون عناوين أو أسماء، وبعد ذلك يقومون بترتيبها حسب شخصياتهم، ويطلب منهم كذلك أن يقوم اثنان آخران (أحد أفراد العائلة / أو صديق) لإكمال إجراء تقييم مماثل لهم، وعودة ورقة العمل للعملاء في مظاريف مختومة. كما يكمل العملاء مقياس التقدير الذاتي عبر الانترنت لمقياس عمل نقاط القوة (VIA)، الذي أعده بيترسون وسليغمان، (٢٠٠٤)، ويقدم عند الانتهاء منه ملاحظات حول أفضل خمس نقاط لقوتهم. ويتم تجميع البيانات من جميع هذه المصادر لتحديد مواطن القوة للعميل. وهنا، يشجع المعالج العملاء لتبادل الذكريات والخبرات والقصص من واقع الحياة، كالحكايات، والإنجازات، والمهارات التي توضح نقاط القوة المميزة لهم. وفي الوقت نفسه، يطلب المعالج من العملاء وضع تصور حول قضايا عرضهم كما نقصت أو زادت نقاط قوتهم، ويتم تشجيع العملاء على تطوير القوة الرئيسية والمرونة النفسية، وهي القدرة على التكيف مع تقلبات المطالب الطرفية، وإعادة تشكيل المصادر العقلية بما في ذلك القوة، وتحويل التصورات إلى تحقيق متوازن بين الرغبات المتنافسة، والاحتياجات، ومجالات الحياة).

في PPT، يساعد المعالج العملاء بعناية لإعادة التصور، فبعض التحديات يمكن أن تكون راجعة إلى المطالب المتنافسة لاثنتين من نقاط القوة (مثل ينبغي للمرء أن يكون صادقاً مع أحد الأصدقاء المقربين الذين قد يكون لهم علاقة بسلوك غير أخلاقي)؛ وقد يتوافق التنظيم الذاتي

في مجال واحد من الحياة (مثل تناول الطعام أو ممارسة الرياضة) مع ضعف العلاقات الشخصية . وقد يؤدي الخوف من الفشل أو التخلي عنه إلى الاستمرار مع الأهداف التي قد تكون غير واقعية. وتكثيف هذه سمة من فكرة بيترسون (٢٠٠٦) لمفاهيم علم النفس المرضي وصولاً (A) ، مقابل (O) ، ومبالغة (E) معاً ، (AOE) سمات نقاط القوة . واحدة من الميزات المشتركة للاضطرابات النفسية هي عدم القدرة على تنظيم فعال للانفعالات وتقييمات الذات في سياقات مختلفة (APA,2013) . والعلاج النفسي الإيجابي يساعد العملاء على تنظيم الانفعالات وتعزيز التقييم الذاتي في سياقات مختلفة عن طريق تعليمهم الدقة في درجات التباين والمعايرة واستخدامها في السياق لكل من الإيجابيات والسلبيات. على سبيل المثال، قد تكون دوافع الخبرة للعملاء تعزيز المشاعر السلبية التي قد تكون أكثر فائدة من الإيجابية، فقد يشير الغضب، والإحباط، أو خيبة الأمل إلى المخالفات من قبل شخص آخر؛ فالثقة عند عدم استكمال المهمة دون المستوى الأمثل من القلق قد تتحول إلى التسويف، وأن تجنب الاعتراف بالخسارة والحزن واللجوء إلى وسائل التعامل غير الصحية (مثل المخدرات والجنس، والتسوق) قد يمنع العملاء من فهم معنى الخسارة والتفكير في السرد الشخصي المنقح الذي قد يكون ضرورياً للتعامل التكيفي مع PPT . وقد لا يتطلب العملاء بالضرورة استخدام القوة محددة أكثر من ذلك؛ بدلاً من ذلك، يعمل العملاء في تفكير أعمق متى وكيف يعبرون عن القوة المحددة التي من الممكن أن تكون لديها القدرة على التعامل أو التكيف؟ وبعد تقييم نقاط القوة يتعاون العملاء والمعالج في وضع أهداف ذات مغزى شخصي والتي عادة ما ترتبط هذه بصورة مباشرة في الحد من الضيق النفسي، وزيادة الرفاه، وتحسين الأداء اليومي. فتوافق المعالج والعملاء على رصد التقدم المحرز وتعديلها وفقاً للاحتياجات الظرفية، ويناقشون بانتظام التعامل، المعايرة في سياقها، والمرونة في استخدام قوة التوقيع بحيث يمكن للعملاء تعلم المهارات تدريجياً لتلبية الاحتياجات المتنوعة لمختلف الحالات. وتواصل المعالجين يسلط الضوء على أن الأعراض يمكن تفسيرها أيضاً، إما من طريق نقص القوة وإما فائضها. ونظراً لضيق المساحة، بدلاً من تلك المقولات السريية المختصرة. وفيما يلي بعض الأمثلة لأول خبرة مباشرة للتعبير لمساعدة العملاء لوضع تصور للأعراض؛ كالشعور الميؤوس منه نتيجة لعدم وجود الحماس والمرح . ويظهر القلق مفرداً نظراً لعدم وجود الامتتان أو عدم القدرة على

السماح بالذهاب إلى أبعد من ذلك، والتردد من عدم وجود التعيين أو التحديد . بينما الأفكار الدخيلة المتكررة بسبب عدم وجود اليقظة العقلية، والنرجسية بسبب قلة الحياء . والشعور غير الكافي ناتج عن عدم الكفاءة الذاتية، وصعوبة اتخاذ القرارات بسبب وجود فائض من الحكمة والمعرفة. وعلاوة على ذلك، يشير المعالجون أيضاً إلى أنه في بعض الأحيان يقع العملاء في ورطة الإفراط في الحب والغفران (يحدث أمراً مفروغاً منه)، والاستخدام الكافي للتنظيم الذاتي في مجال معين من الحياة (تساهل)، أو الإنصاف في عدد قليل من الحالات أو العمل الجماعي فقط مع مجموعة المفضلة (التحيز والتمييز). ورصد المعالج والعملاء طوال مدة العلاج التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف وإجراء التغييرات اللازمة، وكذلك استكشاف مستمر للفروق الدقيقة لنقاط القوة، وخاصة حول مواجهة التحديات من خلال قياس نقاط القوة. وهنا يتعلم العملاء تحديد الانفعالات والذكريات المزعجة من خلال تسخير الذكاء الاجتماعي الخاص بهم. والتخفيف من الأحقاد من طريق الوصول إلى ذكريات إيجابية لحالات محددة للأفراد أو الخبرات؛ وأنه بدلاً من تجنب المواقف الصعبة، فإنهم يحتاجون إلى حشد الشجاعة والتنظيم الذاتي لمواجهتها.

في حين أن الأهداف الشخصية باستخدام قوة التوقع تهدف إلى الحد من أعراض القلق، وتركز عدداً من تمارين PPT واضحة على زراعة المشاعر الإيجابية مثل: الامتنان، لذيذ المذاق، والفكاهة، بينما المشاعر السلبية فهي ذات صبغة معرفية ضيقة في الانتباه والموارد الفسيولوجية للتعامل مع التهديد المباشر للمشاعر الإيجابية ليس فقط للتراجع عن آثار المشاعر السلبية، ولكن أيضاً لتوسيع مصادر البحوث المعرفية (Fredrickson, 2001-2009) لذلك، طوال PPT، لا يساعد المعالجون العملاء فقط للاحتفال، ويقرون تسمية الانفعالات الإيجابية ولكن أيضاً مناقشة العملاء الجدد حول إمكانيات توليد طرق بديلة لحل مشكلاتهم عندما يشعر العملاء بخبرة المشاعر الإيجابية.

وتمارين PPT مثل العرض الإيجابي، مجلة العرفان، الشكر ورسائل زيارة، وإغلاق الباب، وفتح الباب... تسهل زراعة المشاعر الإيجابية طوال مدة العلاج. ففي مجلة العرفان على سبيل المثال قبل ذهاب العملاء إلى السرير، يكتبون ثلاثة أشياء جيدة- صغيرة أو كبيرة - حصلت لهم في أثناء النهار. ومعظم العملاء يجدون أنها مفيدة ليس فقط في التعامل مع

الخبرات السلبية، بل أيضاً في تدعيم العلاقات من خلال ملاحظة شكل الأفعال الصريحة والإيماءات للأصدقاء والعائلة. ففي دراسة مذكرات قدامى المحاربين في حرب فيتنام تم تشخيص اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، حيث وجدت أن الامتتان ذا الصلة في أكثر الأيام يؤدي تأثيراً إيجابياً لتقدير الذات يفوق آثار الأعراض. كما وجدت فريدريكسون (Fredrickson, 2001, 2009) أن ازدهار Flourishing الأفراد كانت نسبة الإيجابية في ثلاث دراسات إيجابية مقابل دراسة واحدة عبر فيها الأفراد عن الاكتئاب. فنسبة الأفراد الإيجابيين الذين يسعون إلى العلاج أقل من سمة سلبية. في الواقع، العملاء الذين يرغبون في العلاج عادة يقدمون مجموعة من المشاعر السلبية عن خبراتهم للعلاج. وبعد مساعدة العملاء لزراعة الانفعالات الإيجابية الأصلية، قد ينتج عنها تخفيف الضائقة النفسية الحادة. ففي المرحلة المتوسطة من العلاج يتم تشجيع العملاء لكتابة الضغائن والذكريات المريرة، أو الاستياء ثم البحث عن علاج آثار التمسك بها. ومن خلال إعادة التقييم الإيجابي، يهدف PPT لمساعدة العملاء على فك الأحقاد والضغائن من خلال ما يمكن تسميته بالتقييم الإيجابي الذي يشمل أربع استراتيجيات: (أ) الفضاء النفسي: إرسال ذكرى مريرة من منظور الشخص الثالث. (ب) إعادة الوحدة: اذكر الجوانب الدقيقة والدقيقة لذكرى مريرة في حالة استرخاء. (ج) وضع التركيز في الاعتبار: مراقبة الذاكرة السلبية بدلاً من الاستجابة. (د) التحويل: إشراك السلوك القسدي في مهمة لا علاقة لها بالغاية. كما يطلب من العملاء الدعوة للمواجهة والنظر أيضاً في عملية المغفرة.

أولاً- برنامج إرشادي قائم على نقاط القوة

أساليب مساعدة الناس على التغير من مهن المساعدة في علم النفس الإيجابي الذي ينمو تدريجياً من منظور العجز الذي يركز على المشكلة أو الاضطراب إلى منظور نقاط القوة والفضائل الإنسانية التي تؤكد على المصادر والقدرات. ومع ذلك، فقد يتضح في أدب الإرشاد النفسي والخدمات الإنسانية بعض الالتباس حول ما المقصود بنقاط القوة. وتتطلب وجهة نظر علماء النفس معرفته -بغض النظر عن المضطهدين أو المرضى، وخصوصاً العملاء الذين نجوا من أزمة ما، وقد تحسنت حالتهم الصحية والنفسية وازدهرت تحت أسوأ الظروف- وذلك لأن بعض الناس يستدعون قوتهم عندما يشعرون بالتهديد، وكأنهم

يتعاملون مع الموقف كعملية البحث عن الذات. لماذا لدى الناس بعض هذه الفضائل دون غيرهم؟ أي لماذا لدى بعض الناس ما لم يكن لديهم أن يفعلوه ولا يستطيعون القيام به في أوقات أخرى فقد يكونون ناجحين في مثل هذه الحالات بدلاً أن يكونوا مخفقين؟

ثمة عشر مراحل مستندة إلى الإرشاد القائم على نقاط القوة يمكن الاستفادة منها في مهن المساعدة الإنسانية الأخرى، لأن كل التصاميم العلاجية تسعى إلى تغيير حياة الناس الذين يفكرون، ويشعرون، ويتصرفون على نحو مختلف، وذلك هو محور قوة فريدة للإرشاد الذي يميزه من غيره من العلاجات القائمة على نقاط القوة. وتتمثل مراحل بناء نقاط القوة في الآتي:

أولاً - بناء التحالف العلاجي

يقوم الإرشاد المتبني استراتيجية نقاط القوة في الآتي:

- يبنى علاقة بالعملاء من خلال مساعدتهم على تحديد نقاط القوة والكفاءات لمواجهة الصعوبات والمحن.
- التركيز على نقاط القوة لخلق الشعور بالأمن والأمان ضمن العلاقة الإرشادية.
- التركيز على مشاعر القبول والاحترام وعدم الحكم سلبياً على سلوكيات العميل.
- مناقشة نقاط القوة بالتحقق من صحة العملاء بالطرق الإيجابية بشراً فاعلين.
- تقييم علاقة المرشد بالعملاء من خلال القبول والاحترام.

ثانياً - تحديد مواطن القوة:

وتتضمن هذه المرحلة:

- أ. تعليم العملاء أن يذكروا روايات عن حياتهم الشخصية من منظور القوة.
- ب. أن يعرض العميل في هذه القصة أحد الشجعان بدلاً من كونه الضحية. وهنا ينبغي تدريب المرشدين على مساعدة العملاء على سرد قصصهم.
- ج. المساعدة على إعطاء المجموعة خبرة التماسك والقواعد والمعنى.
- د. المساعدة على الخروج من مشكلاتهم والنأي عنها، وتشجيعهم على البحث عن الاستثناءات، وتعرف هذه العملية بإيجاد الاستثناءات.
- هـ. التركيز على نقاط القوة بدلاً من التركيز على المشكلات والتغلب عليها.

إن العثور على نقاط القوة قد لا يكون سهلاً في كثير من الأحيان، لأن القوة تحجب الأعراض المرضية أو الظروف القمعية (Bretton1993). كما يساعد المعالج العميل على الكشف عن نقاط القوة البيولوجية والنفسية والاجتماعية والثقافية، والتغذية والامتثال للدواء، والوضع الصحي، وممارسة الرياضة، وملء وقت الفراغ... بينما تشمل نقاط القوة النفسية التي يمكن تقسيمها إلى فئات: المعرفية، كالذكاء، والقدرة على حل المشكلات. أما الانفعالية، فتتمثل في احترام الذات، والمزاج المستقر، والتعاؤل، والمهارات التكيفية الجيدة، والاعتماد على الذات، والانضباط البيئي. أما نقاط القوة الاجتماعية فتتمثل في المعتقدات والقيم، والإحساس بالهوية والانتماء للمجتمع، والهوية الثقافية. أما القوة الاقتصادية، فتتمثل في المال الكافي والسكن الملائم. وأخيراً القوة السياسية، فتتمثل في تكافؤ الفرص، والعدالة الاجتماعية. ويساعد المعالج على تجديد نقاط القوة لدى العميل عن طريق طرحه للموضوعات الإيجابية التي تؤدي إلى استمرارهم في علاقاتهم بالآخرين، ومثال ذلك:

. كيف تمكنت من البقاء على قيد الحياة؟

. ماذا تفعل غالباً لتكون إنساناً جيداً؟

. كيف يتطلع إليك الآخرون؟

. ما هي الصفات البارزة لديك؟

. كيف تبني التحالفات، ومع من؟

. كيف تكون قادراً على التغيير؟

. ما هي الخصائص أو المواهب التي تميزك من الآخرين.

المرحلة الثالثة: تقييم عرض المشكلات

تُعرف هذه المرحلة أنها قياس تلك الانفعالات والسلوكيات والمهارات والخصائص التي تخلق الشعور بالإنجازات الشخصية، والإسهام في العلاقات الإيجابية بأفراد الأسرة والأقران، وكبار السن، وتعزيز قدرة الفرد على التعامل مع الشدائد، وتعزيز الشخصية الأكاديمية وتتميتها (Epstein&Sharma,1983)، ورغم أن الإرشاد القائم على نقاط القوة يركز على إيجاد الحلول، كما أنه يجب أن يأخذ وقتاً للتوصل إلى فهم واضح لتصورات العملاء خلال التقييم.

ويقدم سليكمان (Selekman,2005) المزيد من الأمثلة لتقصي المشكلات الحرجة؛ فالعلاج القائم على الأدلة قد يتطلب من العملاء ما يلي: إذا كان هناك سؤال واحد، فإنك على ما يرام أن تسألني عن مشكلاتك، فيما إذا كان السؤال الآتي:

. كيف يمكن أن أكون مفيداً بالنسبة لك؟

. ما هي نظرتك لذلك فيما إذا كانت لديك مشكلة؟

. إذا كان لديك سؤال واحد، يمكن تأمله؟

. ما هذا السؤال؟

المرحلة الرابعة: تشجيع الأمل وغرسه:

في ضوء تعزيز المبدأ السلوكي الإيجابي، يتم تعريف التشجيع، بأنه رد فعل يؤكد تحسين جهد الأفراد بدلاً من النظر إلى نتائج جهدهم. وعلم النفس يعزز العملاء إيجابياً على حضورهم للعلاج طوعية أو كرهاً من خلال التأكيد على نقاط قوتهم.

والتشجيع عملية تطوير الموارد الداخلية للفرد وتوفير الشجاعة لاتخاذ قرارات إيجابية. والأمل أيضاً هو حجر الزاوية القائمة على الإرشاد القائم على نقاط القوة، لأن الأمل هو جدار عازل ضد المرض النفسي. فالأشخاص الذين لديهم درجة من الأمل في أنفسهم ومستقبلهم لديهم آمال كبيرة عن أهدافهم وتفكيرهم الدائم للحصول على الأهداف (Snyder&Lopez,2002). وعلى العكس من ذلك، فالأشخاص الذين لديهم أمل أقل، لديهم صعوبة في تحقيق التنمية والتمكين في تحقيق أهدافهم الحياتية. ومثال ذلك:

ما الحياة التي جعلت ظروفهم يشعرون بالأمل؟

. كم مرة شعرت بالأمل؟

. ماذا يدور في حياتك ويجعلك تشعر بالأمل؟

. ما هي الأشياء الثلاثة التي تجعلك تشعر بالأمل؟

. كيف يمكن للأمال الخاصة بك أن تغير وضعك الحالي؟

. ماذا تعمل للحفاظ على أملك مدى الحياة؟

. ما هي نقاط القوة لديك شخصاً لتحافظ على آمالك الثلاثة؟

المرحلة الخامسة: تشكيل الحلول

المعالج المتبني نقاط القوة الإيجابية يدرك أنه يحتاج إلى حل المشكلات لإيجاد حل للموضوع المقلق. والمفيد أن تقنية الإرشاد في هذه المرحلة هي حالة استثنائية، ويبدو أن علم النفس يعمل بنشاط للحصول على استثناءات لحدوث المشكلة، ويساعد العملاء على إيجاد حلول عملية يمكن اعتمادها خلال جدول زمني لكيفية معالجة المشكلات بدلاً من النظر إلى المشكلات نفسها. ويقدم علماء النفس الإرشادي القائم على نقاط القوة في تحديد وسائط العمل الماضية وتقييمها لمواجهة مصادر الدعم الحالية لمواجهة القضايا. ومثال ذلك:

. كيف بإمكانك حل المشكلة؟

. هل هناك وقت لتذكر المشكلة عندما تكون خارجاً منها؟

. ماذا تتوقع من حياتك إن لم تكن لديك مشكلة؟

. ما الأسئلة التي تحرك العمل تجاه المشكلة الممكنة والصعوبات التي يواجهها؟

تقنية المغفرة:

المغفرة أو الغفران أو العفو Forgiveness عملية مقصودة طوعية تجاه الجاني، وهي عملية تغيير في المشاعر والسلوك، بعيداً عن الرغبة في الانتقام، مع القدرة على احترام الجاني. فالعفو يختلف عن التغاضي (عدم رؤية الجاني الذي يحتاج إلى مغفرة المجني عليه). وك مفهوم قانوني، فالعفو رفع القضية وعدم البت فيها والتصالح مع الجاني. أما من الناحية النفسية، فيعد العفو من الفضائل الكبرى في النفس الإنسانية.

وتقنية العفو تشجع العملاء على التفريغ عن الانفعالات السلبية تجاه الآخرين. ففي كثير من الأحيان يشعر المجني عليه بالمرارة والخيانة واليأس والمشاعر المنهكة. ولمساعدة العملاء على التخلص من المشاعر السلبية يجب أن يكون المعالج قادراً على مساعدة الآخرين حول التسامح والاعتراف بتحقيق المغفرة، ويتطلب الإفراج عن الطاقات المحاصرة التي سببها عدم الغفران (Holeman, 2004).

المرحلة السادسة: بناء الكفاءة:

يطلب الناس الكفاءة ونقاط القوة عبر دورة الحياة. وتشمل نقاط القوة التي يمكن بناؤها من خلال العلاج النفسي: الشجاعة، التفاؤل، المثابرة، وضع المشكلات في التصور، وإيجاد

الغرض (Walsh,1998). وخلال مرحلة الكفاءات، فإن المعالجين الذين يساعدون العملاء يدركون أنهم ليسوا عاجزين عن إحداث تغيير في حياتهم؛ فهم يساهمون في الاعتراف بالشعور في الحكم الذي يعلم العملاء كيفية إيجاد حلول لمشكلاتهم. وتنقسم الكفاءات إلى فئتين: داخلية وخارجية:

الخارجية: هي خبرات الحياة الإيجابية التي يحصل عليها العملاء من المواقف الموجودة في بيئتهم. والمرشد المتبني نقاط القوة الإيجابية يسعى إلى تطوير برامج الإرشاد التي تتضمن الأصول الخارجية الآتية:

- ١- تقديم الدعم والرعاية والحب للعملاء وأسرتهم ومجتمعهم.
 - ٢- التمكين، ليشعر الشباب بالقيمة من طرف مجتمعهم، وذلك مما يشعرهم بالأمان والأمان.
 - ٣- الحدود والتوقعات، ليعرف العملاء ما هو متوقع منهم، وما الأنشطة والسلوكيات المطلوبة والمقبولة اجتماعياً.
 - ٤- لاستفادة من الوقت.
- الأصول الداخلية:** تستلزم رعاية الشعور بالكفاءة التركيز على الغرض، وتركيز المرشد المدرسي على سبيل المثال على تنمية الكفاءة لدى الطلاب في ضوء الآتي:
- . الالتزام بالتعلم:
 - . القيم الإيجابية التي توجه خياراتهم.
 - . الكفاءة الاجتماعية التي تساعدهم على اتخاذ خيارات إيجابية وبناء العلاقات والنجاح في الحياة.
 - . الهوية الإيجابية من أجل خلق إحساس قوي خاصاً بهم بالاستقلالية والكفاءة الذاتية والغرض والاستحقاق والوعد.

المرحلة السابعة: التمكين

يستخدم الممارسون مفهوم التمكين Empowerment أو التمكين Mastery للإشارة إلى الممارسة لتطوير إطار يمكنهم من التعرف إلى ظروف الأفراد والجماعات في المجتمع، وهو

يمثل محاولة لجعل الترابط بين الحقائق الشخصية والسياسية عن طريق تحويل الطاقة إلى عمل. والتمكين هو عملية إدراك وتعزيز سير العمل من خلال التعاون بينه وبين المرشد في أثناء عملية الإرشاد. وخلال عملية التمكين يعمل المعالج في التركيز على الوعي النقدي حول الترابط بين حياة العميل والواقع الاجتماعي.

يسعى المعالجون إلى تمكين الأصول الاجتماعية واستكشافها لعمل العملاء من خلال تركيزهم على السياق الذي وقعت فيه المشكلة لدى العملاء مع اعترافهم أن المشكلات ليست بالضرورة هي مشكلات شخصية، وأن العميل على الأرجح يحاول حل كل مشكلة ضمن سياقات من النجاح أو الإخفاق بدرجات متفاوتة. والمرشدين في الأغلب يساعدون على تفعيل مصادر القوة لدى العملاء ومجتمعهم (Lee, 2001).

المرحلة الثامنة: التغيير

يفهم المرشدون القائمون على نقاط القوة أن التغيير هو عملية ليست معزولة عن الحدث، وينظر إلى نقاط القوة لدى العملاء على أساس صنع التغييرات المطلوبة طوال تقديم الإرشاد. ويتحدث علماء النفس بلغة التغيير مع عملائهم، ويتكون تغيير الحدث عن طريق حوار مثمر مما يساعد العملاء على أن يصبحوا على بيئة من أهمية التعديلات التي تجعلهم يسعون إلى تحسين حياتهم ووصف نقاط قوتهم وجعلها متغيرة ونامية باستمرار.

إن مساعدة العملاء على تحديد أهدافهم الواضحة هي جزء من الحديث عن التعبير في أثناء العملية العلاجية، وينبغي أن تكون الأهداف واضحة وإجرائية وواقعية وقابلة للتحقيق ضمن وقت محدد، ويمكن ملاحظتها وقياسها. ويساعد العلاج العملاء على خطوات لإنجاز الأهداف، وأنها تساعد في التعرف إلى العقبات التي تعيق مسارات الأهداف، وتوفر لهم التشجيع من خلال الاعتراف بجهود الأفراد وإنجازاتهم حتى عندما تتراجع الأهداف جزئياً.

المرحلة التاسعة: بناء المرونة

يسعى المرشد النفسي المتبني نقاط القوة إلى مساعدة العملاء على بناء المرونة التي من شأنها تحصينهم من تكرار نفس المشكلات أو عزل أنفسهم عن مشكلات مماثلة. بعض المرونة لها أهداف شخصية من أجل تطوير الكفاءة الاجتماعية والخروج من دوامة المشكلات الأسرية.

المرحلة العاشرة: تقييم الإنهاء

خلال هذه المرحلة يقوم المعالج بتشجيع العميل للمحافظة على التقدم المحرز، لأن العميل أنجز أهدافه، والذي يمكن أن يعزو التغيرات إلى التدخل ومساعدته على تحقيق أهدافه، وفي النهاية يسعى المرشد إلى طرح أسئلة، مثل:

. هل تم إنجاز ما هو متعاقد عليه للقيام به؟

. ما هي العوامل التي أدت إلى التغيير لدى العميل؟

. هل يوحى الوضع الراهن بمزيد من الإرشاد؟

أسس قوة إرشاد المجموعة

رغم التأكيد على أن مبادئ الإرشاد الفردي تنطبق أيضاً على الإرشاد الجماعي. وفقاً لـ يالوم (Yalom, ١٩٩٥)، العمل الجماعي يساعد الأفراد كي تصبحوا أقوى، وخاصة المراهقين والأطفال الصغار. وتوفر المجموعة القبول أو الشعور بأن الفرد ليس وحده، وهو مكان لاختبار القيم والأحكام الجديدة. وعلاوة على ذلك، فإن تقديم الإرشاد الجماعي يسمح بمساعدة الناس الآخرين وتشجيعهم على تطوير شبكة الدعم الإيجابية. كما أن تفاعل الأعضاء فيم البعض له معانٍ جديدة، وربما تكون الحلول التي تم العثور عليها. فالعمل الجماعي القائم على نقاط القوة يشدد على تحديد مرونة الأعضاء والإقرار بمشكلات العملاء. فقد يوجه المرشد انتباه المجموعة حول وقوع المشكلات وكيفية تعامل الأعضاء معها.

وثمة تقنية أخرى في تنظيم المجموعة حول تحديد سبعة نقاط قوة للمرونة (البصيرة والاستقلال، والعلاقات، المبادرة، والإبداع، والنكتة، والآداب) وهي نقاط مفصلية وكوسيلة لأعضاء المجموعة في التعبير عن نقاط قوتهم.

في العمل الجماعي، يعلم المرشد أعضاء الجماعة لغة القوة، ليتمكن الحديث عن عوامل الحماية الذاتية الخاصة بهم. وفي أثناء الجلسات الجماعية يشجع المرشد أعضاء الجماعة على بناء ما لديهم وما يرونه في أنفسهم من خلال تعزيز تقدير نقاط القوة التي تساعدهم على البقاء قيد الحياة. كما يصبح أعضاء المجموعة على بينة لنقاط القوة التي لدى الأعضاء الآخرين، وهذا يساعدهم على المزيد من اكتساب البصيرة في أنفسهم للبحث عن نقاط قوتهم. ثم أنهم قد يبدأون في النظر في استخدام القوة لإحداث التغييرات المطلوبة. ويمكن أيضاً أن

يستخدموا مجموعة الصراع لوجهات نظر غير دقيقة لعملائهم لضعفهم في إيجاد نقاط قوتهم. إن تقديم أعضاء الجماعة الدعم بعضهم لبعض من شأنه أن يسمح لهم بتغيير سلوكهم تدريجياً، يستخدم الأعضاء نقاط قوتهم اختباراً مرة أخرى لتغيير المواقف الضاغطة التي يواجهونها في حياتهم بطرق إيجابية.

التنمية القائمة على نقاط القوة

ما هي التنمية القائمة على القوة؟ وما هي الأدلة العلمية التي تدعم ممارستها؟ للإجابة على هذه الأسئلة، يتم مراجعة نقاط القوة البحثية والنظرية ومراجعة آثار التدخلات النمائية القائمة على القوة في مجالات عدة من التعليم وتلخيصها، والرعاية الصحية، والجماعات الدينية، ورجال الأعمال. ويتم استكشاف العلاقات بين التنمية القائمة على القوة ومشاركة الموظفين، والأمل، والرفاه الشخصي، والثقة. وتقتصر الاتجاهات البحثية والتطبيقية للتنمية القائمة على القوة في المستقبل.

"الناس لا تتغير كثيراً، لا تضيقوا الوقت في محاولة لوضع ما تم إهماله. وإنما محاولة استخلاص ما تبقى منه، وهذا هو صعب بما فيه الكفاية" (Buckingham & Coffman, 1999, 57). هذه الكلمات، لخصت مقابلات وعشرات الآلاف من كبير مديري مؤسسة غالوب Gallup Organization

والتعبير بوضوح فكرة بسيطة تقوم عليها التنمية القائمة على القوة. بدلاً من قضاء الوقت في مساعدة الأفراد كي يكونوا قادرين على التخلص من مشكلاتهم على نحو تقريبي، فالعديد من المديرين في العالم قد يستثمرون نقاط قوتهم بدلاً من ذلك الوقت في التعرف على المواهب الفردية لكل من أقرانهم، وإدارة تلك المواهب الفريدة في الاعتبار. هذا المفهوم لا ينطبق فقط على المديرين، ولكن ينطبق على المعلمين والإداريين والطلاب ومندوبي المبيعات، وقادة المجتمعات الدينية، وكل شخص يرغب في زيادة الوعي الذاتي وتغيير نموده الخاص به حتى يصبح في المتوسط من المتفوقين في عدد قليل من المجالات الوظيفية في حياته.

إذا كان العديد من أفضل المديرين في العالم يوافق على هذه الفرضية البسيطة، ثم يجب على الجميع أن يفكر بهذه الطريقة، فقد طلبت مؤسسة غالوب من المديرين الإجابة عن السؤال التالي: "هل البحث عن نقاط القوة لديك من شأنها أن تساعدك على أن تكون أكثر

نجاحاً في حياتك؟ ما هي معرفتك بنقاط الضعف الخاصة بك؟ وكيف تحاول تحسين نقاط الضعف لديك ؟ أو ما هي نقاط القوة الخاصة بك وكيف تحاول تعزيز نقاط قوتك؟ ما هو الشيء الذي يساعدك على تحسين حالتك أكثر؟ هل التركيز على نقاط القوة وتنميتها أو التركيز في نقاط الضعف والعمل على الحد منها ؟

ثانياً- الصورة المصغرة لبرنامج نقاط القوة

يهدف البرنامج Quest Strengths إلى تشجيع الطلاب على الوعي بإمكاناتهم ومساعدتهم في الاقتراب من جميع جوانب الإنجاز من منظور تصميم البرنامج القائم على القوة، وزيادة مشاركة الطالب من خلال فلسفة القوة في الحرم الجامعي. وأخيراً، تمكينهم من وضع خطط عملية يمكن استخدامها على نحو أكبر لتنمية مواهبهم وبناء نقاط القوة لديهم.

ويتكون البرنامج من ثلاثة عناصر مصممة لمساعدة الطلاب على تحقيق هذه الأهداف: أولاً: إكمال الطلاب تقييم كليفتون Strengths Finder لنقاط القوة عبر الانترنت من أجل استكشاف توقعات الطالب للمجالات الكبرى في الموهبة.

ثانياً: يتم تعريف الطلاب ببرنامج تقييم نقاط القوة Strengths Quest: اكتشاف نقاط القوة الخاصة بهم وتطويرها: الأكاديمية والوظيفية، حيث يساعد الطلاب على فهم مواهبهم، ويعلمهم كيفية بناء القوة، ويقدم نظرة ثاقبة كيف يمكن أن تنطبق على المواهب ونقاط القوة لدى الأكاديميين، في الوظائف المتعددة، ومواقف الحياة عموماً.

ثالثاً: تعريف الطلاب بموقع ويب Strengths Quest مما يسهل تعلم الطلاب وتطوير استخدام مزايا تفاعلية، وحدات التعلم، وخطط العمل، ومنتدى للنقاش.

Strengths List – StrengthsFinder® Themes.(www.strengthsquest.com)

ويعرض كشاف نقاط القوة الذي أعده كليفتون (١٨٠) بنداً، وكل بند يسرد زوج من الصفات الذاتية، مثل: أقرأ التعليمات بعناية"، أو "أحب الوصول إلى الأشياء مباشرة". وتوضح هذه الصفات سلسلة متصلة لنهاية إيجابية.

ويطلب من المشارك تحديد أفضل وصف ذاتي من كل زوج. وتشير قوة الجواب، إلى أي مدى وصف الفرد بأنه أفضل من الآخر. ويعطي المرشد للمشاركين عشرين ثانية للرد على

كل بند قبل أن يتحرك إلى البند التالي. للإشارة إلى الشدة، يختار المفحوص استجابة من بين ثلاثة خيارات لكل وصف ذاتي، ويتم بعد ذلك تعيين قيمة لكل فئة استجابة.

رابعاً-برنامج تدريبي لتنمية التفكير الإيجابي لدى الطلبة

تؤكد تدخلات التفكير الإيجابي الوجودي على تحسين القدرات الفردية لمواجهة الحالات السلبية والتركيز على المهارات الإيجابية (Stallard,2008) والغرض من تدريس هذه المهارات هو أن الطلاب يمكن أن يحققوا موقفاً واقعياً تجاه الذات والحياة من خلال جعل أحكامهم دقيقة عن المشكلة الحقيقية. في الواقع، تدريس هذه المهارات يساعد الطلاب ليكون لديهم مقبول واحترام للذات، وفاعلية في إقامة علاقات سليمة بالآخرين، ومواجهة موضوعية لمشكلات الحياة، وعندما تنشأ المشكلات فإن الطريق للحفاظ على روح اتخاذ القرارات الصحيحة، يجعل الفرد يمر بمراحل حياته بسلام وفرح (Raeisi, 2003).

إن تعليم مهارات التفكير الإيجابية للناس، ولا سيما الأطفال والمراهقين يعزز تحسين الذات الإيجابي، ويبني علاقات طيبة بالآخرين والعالم والحياة، وكذلك زيادة قدرتهم على حمايتهم أنفسهم في الحالات الطارئة، واحترام النجاح الأكاديمي الذي يصبح فعالاً ومفيداً. كما أن تدريس هذه المهارات للطلاب يساعدهم على تحديد أنفسهم ويكونوا فضوليين حول آرائهم عن الذات والعالم. وقد يساعد تدريس النقاؤل الإيجابي الطلبة على التعرف إلى مصالحهم وخبراتهم (Barkhordi, Refahi and Farahbakhsh, 2010). ولذلك، يمكن توقع أن تلك المكونات في نهج التفكير الإيجابي تساعد المتعلمين في الحد من خبرة النضوب الأكاديمي عن تطبيق التفكير الإيجابي في العلاج النفسي الذي أشار إليه (Khodayarifard, 2004) بأن التدخل الإيجابي على أساس تعزيز التصالح الشخصي الإيجابي يمكن أن يؤدي إلى زيادة السمات الفردية الإيجابية، علاوة عن تمتع الطالب بتقدير ذات مرتفع، وانخفاض في مستوى الاكتئاب والمشكلات الأسرية ولذلك، من أجل أن يكون الطلاب لديهم معنويات إيجابية حول أنفسهم والآخرين والعالم، والتعرف على أنفسهم، ويمكن أن يستمر مدى الحياة مع النقاؤل في الموقف أكثر واقعية. وبين سميث وتروث (Smith and Troth,1975) أن تعليم التفكير الإيجابي هو فعال في تنمية الدافعية، كما أن الانفعالات الإيجابية إيجابية تغير مجرى التفكير والخصائص السلوكية لدى البشر نحو الاتجاه الإيجابي. بينما يرى سليغمان،

ستين، وبارك وبيترسون (Seligman, Steen, Park and Peterson, 2005) أن تعليم العلاج الإيجابي يزيد في سعادة الأفراد ويزيل أعراض الاكتئاب والمشكلات الأكاديمية، كما أن العلاج النفسي القائم على الانفعالات يكون مناسباً لطلاب المرحلة الثانوية والجامعية لحمايتهم من أعراض المشكلات والاضطرابات النفسية، مثل الاكتئاب والقلق والتسويق الأكاديمي مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي.

وصف البرنامج:

يتكون البرنامج الإرشادي القائم على تنمية التفكير الإيجابي من عشر جلسات إرشادية، موزعة على مدار شهرين ونصف، بواقع جلسة إرشادية أسبوعياً، ومدة الجلسة بحدود ساعتين. ويمكن أن يكون المشاركون في البرنامج من طلاب المرحلة الثانوية. ويستخدم لتقييم أثر التدخل الناجم عن البرنامج مجموعة من الأدوات، مثل مقياس التفكير الإيجابي، ومقياس الاحتراق الأكاديمي، ومقياس القلق، ومقياس الاكتئاب.

وصف مختصر لجلسات البرنامج:

الجلسة الأولى: تقديم نبذة مختصرة عن التفكير والتفكير الإيجابي وأثره في دعم الصحة النفسية وتقدير الذات على المستوى الشخصي والأكاديمي، والإجابة عن تساؤلات المجموعة حول مسألة التفكير والتفكير الإيجابي.

الجلسة الثانية: المبادئ الأساسية في التفكير الإيجابي، والتعرف إلى أعراض التفكير الإيجابي وعلاماته، وتحليل وجهة نظر المشاركين في البرنامج حول خصائص التفكير الإيجابي ومعوقاته وسماته.

الجلسة الثالثة: دحض الأفكار السلبية، وتغيير الصور العقلية النمطية في التفكير واستبدال صورة منفتحة على الخبرة وإيجابية في التعامل مع المواقف المتنوعة.

الجلسة الرابعة: استخدام لغة مبسطة، وإعادة التفكير حول المعتقدات؛ والحفاظ على السلوكيات الإيجابية.

الجلسة الخامسة: حب الذات؛ الاحترام في تقرير الذات، والدفاعات الداخلية المقلقة.

الجلسة السادسة: خلق التناؤل، والغبطة، والثقة بالنفس، واختيار الأهداف.

الجلسة السابعة: مراقبة الانفعالات والأحاسيس (إزالة الشعور بالذنب، والسيطرة على

الغضب، والتعامل بالقلق، وتجنب الغيرة، وتوكيد الذات.

الجلسة الثامنة: خطوات بسيطة لإثبات الذات قول "لا".

الجلسة التاسعة: خلق بيئة إيجابية، والحفاظ على الصحة وأثرها في الموقف، وبناء علاقات جيدة بالآخرين.

الجلسة العاشرة: التعامل مع مشكلات الحياة الروتينية والسيطرة على أحداث الحياة الضاغطة.

وأظهرت دراسات سنايدر (Snyder,2005) أن تدخلات التفكير الإيجابي تؤدي إلى تحسين تقدير الذات ومعنى الحياة، وكذلك الحد من القلق والكآبة لدى الطلبة، بينما أظهر بحث بيرسون (Pearson,2008) أن الأمل له علاقة سلبية بالقلق، وأن الأفراد بمستوى عال من الأمل يتمتعون باستراتيجيات دعم كبيرة لمكافحة القلق. كما ذكر التقدم الأكاديمي أن أحد الأهداف الرئيسية المهمة في النظام التعليمي عموماً هو تنمية التفكير الإيجابي بهدف الحد من الاحتراق والتسويق الأكاديمي، لأجل تحقيق أهداف لها معنى لدى الطلبة، ومن ثم، فإن هذا البرنامج يمكن أن يكون له أهمية خاصة في زيادة معرفتنا ببعض سمات الشخصية الإيجابية التي تحدث عنها علم النفس الإيجابي، وهي التفكير الإيجابي. فتعليم مهارات التفكير الإيجابي يساعد على خفض معدل الاحتراق الأكاديمي وزيادة الدافعية والتحصيل الدراسي لدى الطلبة.

الدراسات القائمة على الأدلة لفاعلية برامج العلاج الإيجابية

كُلُّ يملك الدلائل القاطع صراحة بأن العلاج النفسي الإيجابي يملك العديد من فاعلياته العلاجية كما أشارت إليه العديد من الدراسات التجريبية. فقد نشرت العديد من هذه الدراسات كتدخلات علاجية لفئات اجتماعية مختلفة، حيث تم عرض ثمان دراسات تجريبية عشوائية، وتوسع دراسات نشرت في مجلات الأقران، وثلاث أطروحات علمية، وسبع من هذه الدراسات عالجت عينات من المجتمع الكندي والصيني والتشيلي وفرنسا والولايات المتحدة (العيادات الخارجية في مستشفى العيادات العامة المعنية بالصحة العقلية) وتناولت المخاوف المرضية بما في ذلك الاكتئاب، والقلق، واضطراب الشخصية الحدية، والذهان، واعتماد النيكوتين. وقارنت أربع دراسات للعلاج النفسي الإيجابي مع اثنتين من العلاجات الأخرى، العلاج النفسي الجدلي السلوكي (DBT) والعلاج المعرفي السلوكي (CBT). وسوف نلخص دراستين بارزتين

قاما بها سليغمان عن طريق العلاج الجماعي والفردى لحالات تعاني من الاكتئاب، وذلك من خلال برنامج إرشادي مكون من (١٢-١٤) جلسة علاجية، ودراسة أخرى تم مقارنة العلاج الإيجابي الفردي بالعلاج الدوائي لعلاج حالات الاعتماد على المخدرات. عموماً، أشارت النتائج إلى أن العلاج الجماعي كان له تأثير فعال في تلك الدراستين في تخفيض أعراض الاكتئاب.

وفي الآونة الأخيرة، قام سليغمان وزملاؤه (Seligman et al., 2006) بمقارنة PPT بالعلاج المعرفي السلوكي لثمانية عشر مريضاً يعانون من وجود اضطراب اكتئابي كما حدده المحور الأول، (DSM-IV)، ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس الشدة النفسية، ومقياس أكسفورد للسعادة، ومقياس العافية، حيث تم استخدام تسعة أشخاص للعلاج الإيجابي ومثلهم للعلاج المعرفي السلوكي، وتم وضع برنامج إرشادي لكل من النموذجين العلاجين مكون من (١٢) جلسة، وأظهرت النتائج أن العلاجين لم يختلفا في معالجة أعراض الاكتئاب، ولكن وجد أن PPT أكثر فعالية في زيادة السعادة. كذلك وجدت دراسة أخرى بمقارنة العلاج الإيجابي بالعلاج الجدلي السلوكي لعينة مكونة من (١٦) مريضاً، واستخدم في هذا البرنامج مقياس الشدة النفسية، والتقلبات الانفعالية. وأشارت النتائج إلى أن كلا العلاجين كان فعالاً في الحد من الاكتئاب، لكن المجموعة التي تلقت العلاج الإيجابي كانت أكثر سعادة وتسامحاً من نظيرتها التي تلقت العلاج الجدلي. وقام كالر وآخرون (Kahler et al, 2014) بتكييف برنامج قائم على العلاج الإيجابي للإقلاع عن التدخين، وقدم العلاج من خلال جلسات فردية. وأظهرت النتائج أن معدلات حضور الجلسة والرضا عن العلاج كان مرتفعاً، وأفاد ثلث المشاركين الاستفادة من التدريبات (PPT) قد امتنعوا عن التدخين لمدة ستة أشهر بعد قرارهم الإقلاع عن التدخين. وفي الآونة الأخيرة تم نشر بحثين حول فاعلية التدخلات الإيجابية باستخدام التحليل ما وراء المعرفة لـ (٥١) دراسة تناولت التدخلات الإيجابية بما في ذلك العينات السريرية وغير السريرية التي أجراها (Sin and Lyubomirsky, 2009) حيث أظهرت أن التدخلات الإيجابية كانت فعالة، مع حجم تأثير معتدل في على نحو كبير خفض أعراض الاكتئاب وتعزيز رفاه.

وقد أجرى سيلغمان وآخرون (Seligman, et al, 2006) دراسة حول فعالية العلاج النفسي الإيجابي في خفض الاكتئاب، من خلال التركيز على الانفعالات الإيجابية بدلاً من الانفعالات السلبية لأعراض الاكتئاب. وأسفرت نتائج الدراسة بأن التدريبات النفسية الإيجابية أسهمت على نحو كبير في خفض أعراض الاكتئاب على نحو ملحوظ. كما قام سنايدرولوبز (Snyder and Lopez, 2007) بكتابة مقالة حول مبادئ علم النفس الإيجابي وتطبيقاتها في الإرشاد النفسي على المستوى الفردي والجماعي. وقد أكدت المقالة أن تقنيات المتضمنة في علم النفس الإيجابي، والمتمثلة في التدفق Flow والاستفسار الفاعل، تسهم في زيادة العواطف الإيجابية، وتسهم في تنمية القوى البشرية، وهذا أيضاً يُسهم في زيادة فاعلية الإرشاد النفسي القائم على مبادئ علم النفس الإيجابي.

باختصار، للعلاج النفسي الإيجابي فاعليته في الحد من أعراض الاكتئاب، والقلق، والإقلاع عن التدخين، وتخفيف آلام العصب العاشر الحائر، واضطرابات الضغوط ما بعد الصدمة، وزيادة في الرفاه الذاتي والسعادة، وتنمية المشاعر الإيجابية، وتحسين العلاقات الاجتماعية، ويمكن لهذا النهج أن يكون وسيلة فعالة نسبياً من حيث التكلفة المنخفضة لتقديم خدمات الصحة النفسية رعاية غير سريرية، واستراتيجية وقائية، وكذلك لمساعدة الأطباء والمعالجين النفسيين على استخدام التدخلات الإيجابية في الممارسة والاستفادة من تطبيقات العلاج الإيجابي في الممارسة العلاجية والوقائية والنمائية للعديد من الحالات السريرية وغير السريرية، كذلك الاستفادة من تقنيات هذا النهج وأدواته السيكمترية للتحقق من تقييم فعالية التدخلات المستخدمة باستخدام العلاج الجماعي أو الفردي أو التكاملية بتقنيات علاجية أخرى مستوحاة من مناهج علاجية أخرى.

ملخص واستنتاج

رغم المدة الزمنية القصيرة لظهور هذا النهج الجديد في العلاج النفسي ويعد نهجاً واعداً في المستقبل، إلا أنه يحتاج إلى تحقق أكثر دقة ومصداقية في نتائج تلك الدراسات من طرف خبراء خارج هذا النهج. وعندما نسأل عن الآثار المترتبة على علم النفس الإيجابي في العلاج، نجد أن حركة علم النفس الإيجابية الحالية تثير تساؤلات حول الافتراضات الأساسية حول الطبيعة البشرية، ونرى أن النهج العلاجي الإيجابي القائم على مفهوم الميل الإجرائي باعتباره

القوة المحفزة للتنمية البشرية المثلى. وهذه المقاربة العلاجية لديها صلة قربة بتقليد علم النفس الإنساني وعمل كارل روجرز وإبراهيم ماسلو على وجه الخصوص. كما أن الفكرة التي تحتوي على النفس المبادئ الطبيعية أو الكامنة الخاصة التي تعزز النمو والتكامل، وحل التناقضات والصراعات النفسية ليست أمراً جديداً. ومع ذلك، إنها فكرة قوية يتردد صداها مع المبادئ النفسية الإيجابية وتدعمها الأدلة البحثية الناشئة، وهي الفكرة التي لها نتائج ثورية للعلاج، مما يوحي أنها مهمة للمعالج في المساعدة في الاستماع إلى أصوات عملائه من داخلهم، وليس كما يراه المعالج. فالبرامج الإرشادية والعلاجية القائمة على التدخلات الإيجابية كما عرضنا بعضاً منها (كنماذج) تساعد على تحفيز النمو والتنمية والظروف البيئية الاجتماعية وتكون قادرة على إطلاق سراح نقاط القوة الإيجابية الداخلية لكل عميل. وهذه الأسئلة البحثية هي ذات قيمة عميقة، لأنها توفر نظرة ثاقبة أساساً للطبيعة البشرية كما ينظر إليها من منظور نفسي إيجابي .

أسئلة مراجعة

- ١- كيف تقارن علم النفس الإيجابي نهجاً جديداً ببقية المناهج العلاجية الأخرى؟
- ٢- ما الركائز التي يستند إليها علم النفس الإيجابي؟
- ٣- ما هي افتراضات علم النفس الإيجابي؟
- ٤- ما تطبيقات العلاج النفسي الإيجابي وفنياته؟
- ٥- كيف تنفذ برامج العلاج النفسي الإيجابي؟
- ٦- صمم برنامجاً لتنمية التفاؤل والأمل عند الأطفال الذين يواجهون صعوبات في مواجهة متطلبات الحياة اليومية.

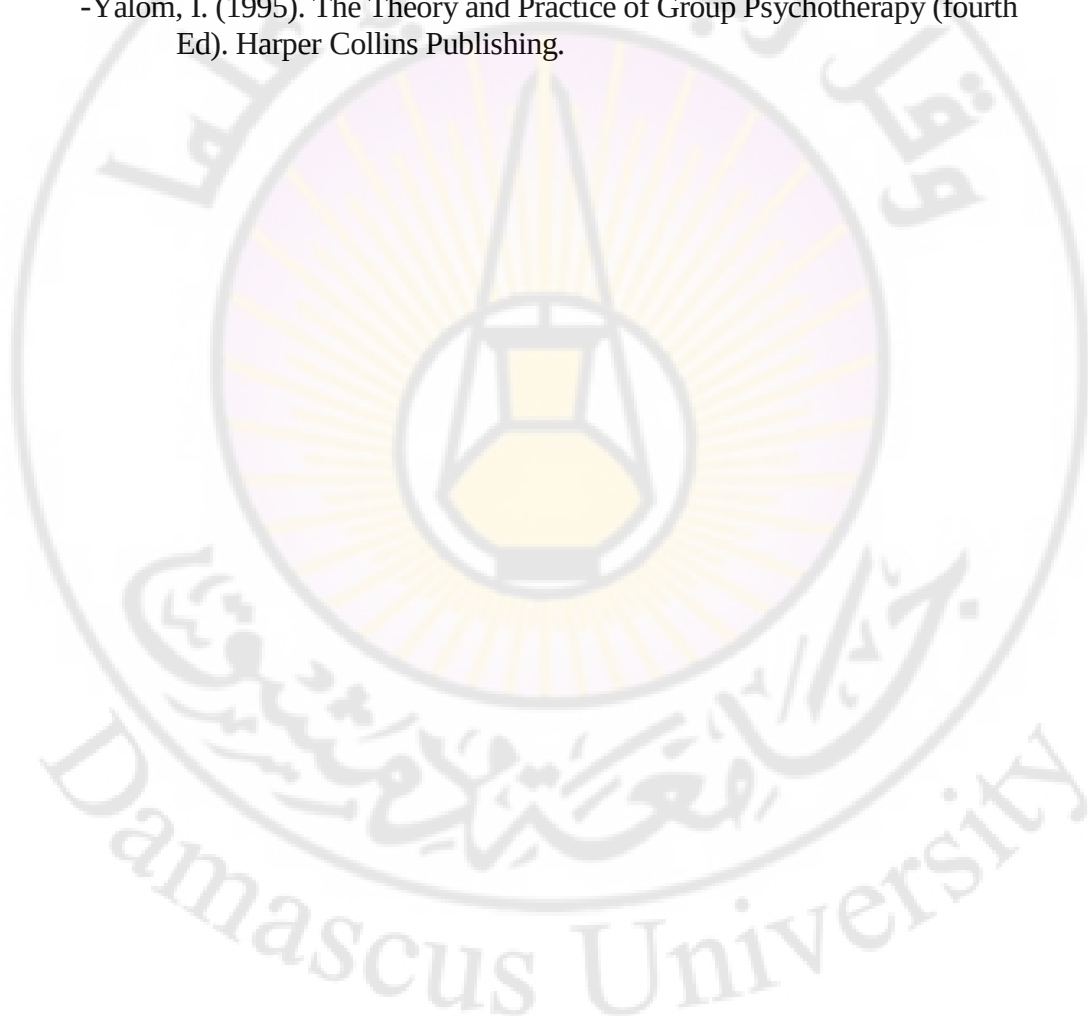


مراجع الفصل

- إسبنبول وأورسولا ستودينجر (٢٠٠٦). سيكولوجية القوى الإنسانية، ترجمة صفاء الأعسر وآخرون. القاهرة. المجلس الأعلى للثقافة.
- العاسمي، رياض نايل (٢٠١٥). علم النفس الإيجابي الإكلينيكي. الجزء الأول. عمان: دار الإعمار العلمي.
- الفنجري، حسن عبد الفتاح (٢٠٠٨). فاعلية استخدام بعض استراتيجيات علم النفس الإيجابي في التخفيف من قلق المستقبل. المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد الثامن، العدد (٥٨): ٣٧-٧٧.
- Bretton, M. (1993). Relating competence-promotion and empowerment. Journal of Progressive Human Services, 5, 27-44.
- Buckingham, M., & Clifton, D.O. (1999). Now, discover your strengths. New York: The Free Press.
- Csikszentmihalyi, M. (2000). The costs and benefits of consuming. Journal of Consumer Research, 27, 267-272.
- Epstein, M. J., & Sharma, J. (1998). Behavioral and Emotional Rating Scale: A strength-based approach to assessment. Austin, TX: Pro-Ed.
- Fredrickson, B. L. (2009). Positivity: Discover the ratio that tips your life toward flourishing. New York, NY: Crown.
- Harris, A. H. S., Thoresen, C. E., & Lopez, S. J. (2007). Integrating positive psychology into counseling: Why and (when appropriate) how. Journal of Counseling & Development, 85, 3-13.
- Hodges, T. D., & Clifton, D. O. (2004). Strengths-based development in practice. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), Positive psychology in practice (pp. 256-268). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Holeman, V. T. (2004). Reconcilable differences: Hope and healing for troubled marriages. Downers Grove, IL: Inter Varsity Press.
- Kahler, C. W., Spillane, N. S., Day, A., Clerkin, E. M., Parks, A., Leventhal, A. M., & Brown, R. A. (2014). Positive psychotherapy for smoking cessation: Treatment development, feasibility, and preliminary results. The Journal of Positive Psychology, 9, 19-29.
- Khodayarifard, M. 2004. The application of positivism in psychotherapy by emphasis on Islamic perspective, Journal of Psychology and Education, 5,1, 1-24.
- Lee, J. A. B. (Ed.). (2001). The empowerment approach to social work practice. New York: Columbia University Press.

- Neff D. Kristin. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250.
- Neff D. Kristin. (2003b). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–101.
- Peterson C(2009)(VIA) Survey of Character Strengths or VIA Survey), which assesses your own strengths of character.
- Pearson, B. (2008). Effect a cognitive behavioral play intervention on children's hope and school adjustment. Doctoral Dissertation, Department of Psychology Case Western University.
- Peterson Park, & Seligman, M. E. P. (2004). Strengths of character and wellbeing. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23, 603-619.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Raeisi, Z. (2003). *Positive thought: a way to believe self*. Tehran: Folasd publications.
- Rashid, T. (2008). Positive psychotherapy. In S. J. Lopez (Ed.), *Positive psychology:Exploring the best in people* Vol. 4, 187-217).
- Rashid, T. (2015). Positive psychotherapy: A strength-based approach. *The Journal of Positive Psychology*, 2015Vol. 10,.(1), 25–40.
- Selekman, M. D. (2005). *Pathways to change: Brief therapy with difficult adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Seligman ME1, Csikszentmihalyi M.(2000).Positive psychology. An introduction. *Am Psychol.*;55(1):5-14.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61, 774-788.
- Seligman, E .P. & Steen, T.A., & Park, N., & Peterson, C.(2005). Positive psychology progress. (Electronic version). *Journal of American Psychologist*, 5, 410 – 421.
- Seligman, M.E.P., & Wyatt, R. C. (2008). *Positive psychology and psychotherapy* [DVD]. Available from <http://www.psychotherapy.net>
- Sin, N. L., & Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 467–487.
- Smith, R.L. & Troth, W. A. (1975). Achievement Motivation: An rational approach to Psychological education. *Journal of Counseling Psychology*, 75, 500-503.

- Snyder, C. R. (2000). Genesis: The birth and growth of hope. In C.R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 25-57). San Diego, CA: Academic Press.
- Stallard, P.(2008). University of bath, national positive thinking trial aims to prevent childhood depression. *News RX Health & science*, 98.
- Tarragona, M. (2012). Review of Positive Psychologists on Positive Psychology, *International Journal of Wellbeing*, 2(2), 143–145.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford
- Yalom, I. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (fourth Ed). Harper Collins Publishing.





الفصل السادس

البرامج الإرشادية

القائمة على الإرشاد التدعيمي

مفهوم العلاج النفسي التدعيمي وتعريفه
الأهداف العلاجية
افتراضات العلاج التدعيمي
مبادئ العلاج التدعيمي
مبادئ العملية العلاجية
عناصر العلاج التدعيمي وتقنياته
الاستراتيجيات الأساسية لديناميات العلاج التدعيمي
عملية العلاج التدعيمي
إجراءات التدخل
التقنيات الداعمة
نموذج حالة لبرنامج قائم على العلاج التدعيمي
مراحل العلاج التدعيمي
فاعلية العلاج التدعيمي القائم على الأدلة والبراهين.
خلاصة واستنتاج.
أسئلة مراجعة



الفصل السادس

البرامج الإرشادية

القائمة على الإرشاد النفسي التدميمي

يتناول هذا الفصل المسائل الآتية:

- الأهمية العلاجية للعلاج النفسي التدميمي مقارنة بغيره من المناهج العلاجية الأخرى.
- أهداف العلاج التدميمي على مستوى العلاج طويل الأجل وقصيرة (المختصر).
- المبادئ التي يقوم عليها العلاج التدميمي.
- عناصر العلاج التدميمي والاستراتيجيات المستخدمة في التدخلات العلاجية وتقنياته.
- نماذج وأمثلة لكيفية العمل ضمن هذا النهج.
- الممارسة القائمة على الأدلة لفاعلية العلاج التدميمي في التصدي للعديد من الاضطرابات النفسية.

تم تطوير العلاج النفسي التدميمي Psychotherapy Supportive في وقت مبكر من القرن العشرين لوصف أسلوب العلاج الأكثر تحديداً وأهدافه مقارنة بأهداف التحليل النفسي. ففي البداية، كانت أهداف العلاج التدميمي لم تكن لتغيير شخصية المريض على النحو المحدد، بل لمساعدته على التعامل لمنع الانتكاس من الأعراض النفسية شديدة الخطورة، أو مساعدته في التوصل إلى تكيف أو توافق مع مشكلة عابرة. وفي السنوات الأخيرة، أصبح مجال العلاج النفسي التدميمي أكثر استخداماً لدى المختصين في مهن العلاج النفسي الذي يستمد أصوله من التحليل النفسي. والتعريف القاموسي للدعم Support يشير إلى تحمل الوزن، الحماية من السقوط، "والحفاظ على التعزيز في أثناء الفشل". (The American Heritage Dictionary of the English Language 2014, 4th edition)

ويُعدُّ روبرت نايت (Kight, 1949) أول من استخدم مفهوم العلاج التدميمي ضمن إطار الحديث عن مفاهيم التحليل النفسي، واقترح كوبر Copper أن العلاج التدميمي يناسب علاج

الناس الذين يطلبون المساعدة من العيادات النفسية. وقد مرَّ العلاج التدعيمي بثلاث فترات زمنية، هي الآتية:

١- ما قبل تدوين تاريخه (١٩٥٠-١٩٥٠): رغم اختراع مفهوم العلاج التدعيمي في الخمسينيات، فقد استخدم بطريقة مماثلة لاستخدامه لاحقاً لمفهوم العلاج الداعم، لذلك يجدر النظر في عصور ما قبل تاريخ مفهوم العلاج التدعيمي في بداية عصر التحليل النفسي كان هناك سعي من وجهة نظر المحللين إلى اعتبار أن التحليل النفسي طريقة مقبولة للعلاج، لكن المنافسون الآخرون سعوا في مجال العلاج النفسي لخفض قيمة التحليل النفسي من خلال مقارنته بأساليب شعبية داعمة، واقترحوا بضرورة التمييز بين التحليل النفسي عن أساليب المعالجة الداعمة.

٢- مرحلة التعريف (١٩٥٠ - ١٩٦٠): وفقاً لإرشيف الجمعية الأمريكية لعلم النفس PsycINFO فإن أول ورقة عمل مفهومة تحمل عبارة "العلاج التدعيمي ظهرت في ورقة الفواتير Billings عام ١٩٣٩). وفي ذلك الوقت، فإن هذا المفهوم يشار به إلى عمل الأخصائي الاجتماعي بدلاً من عمل الطبيب النفسي. وكان روبرت نايت (١٩٤٩) أول من استخدم مفهوم العلاج التدعيمي في الإطار المرجعي للتحليل النفسي. في الخمسينيات، كانت حركة التحليل النفسي في ذروتها في الولايات المتحدة الأمريكية، فقد كان تركيزها على وظائف الأنا، وعمليات الدفاع والتكيف، كان من الممكن تحويل تقنيات التحليل النفسي في العلاج النفسي الدينامي، وجعل رؤية فرويد في ذلك كالأذهب الخالص الذي ينبغي أن تكون مختلطة بالنحاس ليتناسب العلاج النفسي للناس العاديين الذين يطلبون المساعدة في العيادات النفسية.

٣- مرحلة التأسيس (١٩٦٠-١٩٩٠): كان التحليل النفسي مهيمناً على العلاج النفسي في هذه الأوقات، وأصبح العلاج النفسي التدعيمي والمعرفي الخلفية له، حيث ظهر العلاج التدعيمي قبل العلاج الأسري التحليلي، وناقش "بن" (1984, pine)) كيفية استخدام أربعة أنواع تقنيات لاستخدام العلاج النفسي التدعيمي، من أشهرها: تقنية الضرب عندما يكون الحديد بارداً، أي مناقشة المسائل الساخنة عندما تكون درجة الحرارة منخفضة.

٤- المرحلة التكاملية (١٩٩٠-٢٠٠٧) : من وجهة نظر العلاج التدعيمي، فقد شهد العقد الأخير قبل الألفية الثالثة عملاً مكثفاً نحو التكامل لتقاليد العلاج النفسي التحليلي، حيث ركز الباحثون جهوداً كبيرة لتحويل العلاج النفسي التدعيمي إلى الخطوط الأمامية في العلاج، مع عناصر العلاج السلوكي المعرفي، ورؤية متكاملة مع تقليد التحليل النفسي. وأشار بنسكر، وروزنتال وماكولويلرشتاين، أن العلاج التدعيمي يجب أن يكون نوعاً من العلاج النفسي الأساسي؛ الخيار الأول عندما يسأل الناس عن العلاج النفسي بسبب التركيز على العلاقة الحقيقية، والعلاج النفسي التدعيمي هو الخيار المفضل من أكثر أشكال العلاج النفسي التعبيري (Sjoqvist, 2007).

ويقوم العلاج التدعيمي على تقنية الدعم النشط غير المتخصصة لتوجيه المريض نحو الزيادة في مهاراته وكفاءته النفسية، وهو منهج علاجي يسعى إلى وضع خطوات تصحيحية لمسار العلاقات الاجتماعية بالآخرين، وذلك عبر: التشجيع، وتقبل الفرد لحالته، وتحسين الأفكار الخاطئة وتصحيحها حول الذات. فالعلاقة التدعيمية إذن، هي علاقة واقعية تنشأ بين طرفين على أساس المشاركة الوجدانية والمساعدة على اتخاذ منهج جديد في الحياة، أو تصحيح موقف اجتماعي خاطئ.

ينتمي العلاج التدعيمي إلى فئة التدخلات في المواقف العرضية أو الطارئة، مثل العلاج المختصر وعلاج الكوارث، وهو نوع من العلاجات المسكّنة. فعندما لا تكون هناك أدوية فعالة، فإن العلاج التدعيمي يساهم في علاج الألم وتحسين جودة الحياة، وتجنب الوحدة والاستمتاع بالحياة. ويتضمن الدعم والمساندة والمواساة. ويتيح للمريض التعبير عن مشاعره وهمومه، ويحفزه ويطمئنه. ويتجلى هدفه في أن يسمح للمريض بتحسين حياته الاجتماعية، واستعادة تقديره لذاته، ويجمع هذا النهج من العلاج بين الفهم والاستماع والتعاطف. وهذا الانخراط في العلاقة الإنسانية الداعمة لا تعني أن يصبح المعالج صديقاً، إذ ينبغي عليه أن يكون واعياً بطبيعة هذا الدعم وحدوده. والعلاج التدعيمي لا يرمي إلى تعديل الشخصية كما في العلاج النفسي التحليلي، بل يساعد المريض على مواجهة آلامه ومشكلاته وتقديم الدعم الأخلاقي. ولا يقتصر أيضاً على تقنية نوعية، بل يستند إلى قواعد مشتركة، مثل:

- بناء التحالف العلاجي.

- التعبير عن الانفعالات المؤلمة المكبوتة.

- تنمية مهارات وقدرات جديدة.

- زيادة الأمل.

- التكيف مع المرض.

- الدعم وتخفيف ألم المريض.

- تعزيز قدرات التكيف أو التعامل في المواقف المختلفة.

وفي السنوات الأولى من القرن العشرين، كان التحليل النفسي العلاج الرسمي الوحيد في الطب. وكان ينظر إلى كل أسلوب علاجي لا يأخذ مبادئ التحليل النفسي بأنه تشويه للعملية العلاجية، باعتباره النهج الأساسي في ذلك الوقت، وقد أستخدم بنجاح في كثير من الأحيان لعلاج الهستيريا. وكلما زاد عدد المعالجين النفسيين المدربين في العلاج النفسي التدعيمي أو غيره من العلاجات الأخرى على جيد، كلما قل عدد المعالجين الذين يستخدمون النهج التحليلي. ويُعرف العلاج النفسي التدعيمي الآن على نطاق أوسع، حيث أصبح العلاج المقدم للغالبية العظمى من المرضى الذين تم فحصهم في العيادات ومراكز الصحة النفسية".

وقد عبر ويرمان (Werman1984,12) عن هذا التحول من التحليل النفسي إلى العلاج التدعيمي بالقول: " قد تستمر اجتماعات المريض والمعالج لفترة طويلة على نحو غير منظم تحت مسمى "وهم" العلاج النفسي الموجه بالبصيرة، وهو في الواقع لعبة تحرّ، في حين المريض والمعالج في الحقيقة يقومون بمجرد لعب تمثيلي" (Winston,et al,2012,3).

مفهوم العلاج التدعيمي وتعريفه

يستخدم العلاج النفسي التدعيمي على أنه العلاج الأولي لخفض أعراض الاضطرابات النفسية خلال مدة قصيرة لدى بعض الحالات المرضية، عندما يكون هناك نقص في وسائل الأساليب السلوكية المنهجية. ومن الأمثلة على هذه الحالات ما يلي: أحداث الحياة اليومية الضاغطة، والضغط ما بعد الصدمة، والأزمات المتعددة، مثل أعراض الوفاة والفقد، كالفجعة والحزن الشديد، والكوارث والحروب، ويمكن أن يستخدم عن طريق الإنترنت باعتباره نوعاً من العلاج الذي يتميز بوجود جلسة أولية لمدة ساعتين بين العميل والمعالج، ثم جلسات دورية يجريها المعالج عبر البريد الإلكتروني أو الهاتف (Appelbaum, 2008).

وكثيراً ما يستخدم مصطلح العلاج التدعيمي في الدراسات غير الطبية Non-Psychiatric للدلالة على تحديد نهج ينطوي على إبداء الاهتمام، والانتباه إلى خدمات ملموسة، والتشجيع والتفاؤل، ويستند هذا على التقييم التشخيصي، وإجراءات المعالج المتعمدة التي تسعى إلى تحقيق أهداف محددة. إضافة إلى علاقات داعمة بالعائلة والأصدقاء، وزملاء العمل، ورجال الدين. وهذا النهج - هو في الأساس - علاقة مهنية داعمة يجب أن يكون الدافع الأساسي لهذا النهج من العلاج تلبية احتياجات المريض.

إن المفهوم الأساسي للعلاج النفسي التدعيمي (SP) هو علاج ضروري للمرضى من الدرجة الثانية، والهدف منه هو معالجة المرضى الذين يتلقون العلاج بالتحليل النفسي، لكنهم يتركون هذا العلاج لعدم قدرتهم على الاستماع إلى تفسيرات المعالج أو المحلل النفسي، وخصوصاً مرضى الفصام العصابي الكاذب Pseudoneurotic schizophrenia ، ولكن بعد ذلك، أصبح العلاج التدعيمي يخرج من مظلة التحليل النفسي ويندمج بالعديد من أشكال العلاج النفسي الأخرى، مثل العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج غير الموجه، والعلاج الجدلي السلوكي ، والعلاج بين الشخصي (Interpersonal Psychotherapy (IPT). وقد تم استخدام هذا النهج على نطاق واسع ضمن أشكال مختلفة من العلاجات النفسية في الوقت الحاضر، وذلك لأهميته العلاجية إلى جانب العلاجات الأخرى.

ويعرف العلاج التدعيمي حسب موسوعة ويكيبيديا بأنه الأسلوب الذي يتكامل مع نماذج العلاجات المعرفية السلوكية، ونظرية الشخصية، والعلاج البين شخصي"، وقد يوصف بأنه علاج غير مفيد وعنيد، لكن الوصف الخاص الذي يستخدمه الأخصائيون الاجتماعيون، بأنه علاج يتميز بالتعامل الوجداني والاهتمام العاطفي الشديد للمعالج بمرضاه. ورغم ذلك فهذا التعريف غير دقيق من وجهة النظر العلمية لهذا النوع من العلاج.

http://en.wikipedia.org/wiki/Supportive_psychotherapy, accessed 5/12/13

كما يعرف العلاج النفسي التدعيمي أيضاً، بأنه علاج دينامي يستخدم إجراءات مباشرة لتخفيف الأعراض المرضية، والحفاظ على الصحة النفسية، واستعادة أو تحسين تقدير الذات، ووظيفة الأنثى، والمهارات التكيفية. ولتحقيق هذه الأهداف، فالعلاج قد ينطوي على دراسة العلاقات الحقيقية أو المنقولة، وفحص كل الأنماط السابقة والحالية للاستجابة الانفعالية أو السلوكية. وينطوي تقدير الذات على إحساس المريض بالفعالية والثقة والأمل، والتقدير الذاتي.

وتشمل وظائف الأنا بالنسبة إلى الواقع: التفكير، وتشكيل الدفاعات، وتنظيم الوجدان، والوظيفة التركيبية وغيرها، كما وردت من قبل "بيريس" و"بيلاك" (Beres, 1956)؛ (Bellak, 1958)، وغيرهم من المؤلفين. ويمكن بدلاً من ذلك أن تسمى وظائف (الأنا) بالوظائف النفسية، لأنها تعالج من قبل المعالجين السلوكيين والمعرفيين الذين صاغوا وظيفة الأنا بحيث تشمل عناصر جهاز النفسي. وأغلب ما تصنف وظائف الأنا باسم "البناء النفسي" (Psychic Structure). والعلاج التدميمي قصير المدى قد لا يعني شيئاً أكثر من التعبير عن الاهتمام، والانتباه لخدمات ملموسة وتشجيع والتأول. هذا التعبير هو علاقة داعمة أو اتصال داعم، وليس علاجاً نفسياً تدميمياً. لتوضيح هذا، يستند العلاج النفسي التدميمي على التقييم التشخيصي، وإجراءات المعالج التي تهدف إلى تحقيق غايات محددة. ومع ذلك، قد لا تنطبق الاتصالات والعلاقات الداعمة عليها صفة العلاج النفسي الفعال، وقد يستمر التحسن فيه لأوقات طويلة. فالعلاقات مع العائلة والأصدقاء وزملاء العمل والجيران قد توصف في كثير من الأحيان بالعلاج النفسي الداعم (Strupp & Hadley 1979).

ويرى "وينستون وآخرون" في الكتاب الذي أعده بعنوان "مقدمة في العلاج النفسي التدميمي" أن ثمة خلطاً متبادلاً بين العلاج الداعم Supportive Therapy والعلاج النفسي التدميمي Supportive Psychotherapy. هذه المقاربة هي أمر مؤسف للغاية، لأن العلاج الداعم غير محدد وغير فعال لتحسن المرضى الذين يعانون من مشاكل طبية أو جراحية حتى نقول بأنه علاج نفسي تدميمي. ومُسَوِّغات ذلك، يرى دونالد ميسش (Misch, 2000) أن المعالج النفسي حين يقوم بعملية التدميمي عليه أن يفهم لماذا، ولماذا ظهرت هذه المشكلة عند المريض الآن. والمعالج حتى يدرك ذلك لا بد له من فهم النماذج النظرية للعلاجات النفسية حتى يستطيع فهم طبيعة المشكلة عند المريض، وبعد ذلك، يضع العلاج المناسب لهذه الحالة أو تلك. هذا من جهة، ومن جهة أخرى، الإنسان كائن معقد على نحو كبير في تفكيره، وشعوره وسلوكه، ومن أجل التوصل إلى فهم حقيقي وعميق لشخص آخر لا يحدث هذا الأمر بسهولة على الفور. فالأمر يتطلب بعض الوقت والصبر والجهد والخبرة، واختبار الفرضية بعقل منفتح. وبمجرد أن يأتي إلى الفرد تقدير واهتمام عميق من الأصدقاء والزملاء بمرور الوقت، فإن هؤلاء ليس لهم دراية عميقة بمشكلة المريض حتى نطلق عليهم معالجين داعمين.

وهذا يعني، أن صياغة الحالة أو التصور تكون في كثير من الأحيان غير دقيقة. لذلك، يسمى هذا النوع من الخدمات "خدمات الدعم الاجتماعي" أو "التدخل البيئي" Environmental intervention. فالمعالج النفسي التدميمي، إذن، هو معالج جيد يقوم دائماً بفهم المريض في ضوء استراتيجيات علمية دقيقة". فالشخص الداعم ليس بالضرورة أن يشترك مع المريض لوضع لتصور لحالته المرضية، وليس هو المريض الذي يشترط أن يكون لديه الفهم نفسه للقضايا الرئيسية كما يفعل المعالج. وما يقوم به هذا الشخص الداعم، إنه ينقل حالة انفعالية إيجابية إلى المريض دون أن يعرف المشكلة الحقيقية لهذا المريض، إنه "إرشاد المصاطب" كما هو معمول به في العديد من مؤسسات الدعم النفسي التي تقوم على أنشطة ومهارات غير مضبوطة، وليس لها غايات على المستوى البعيد على النمو الشخصي، بل هي نوع من "وجبات العجة المخلوطة بالعلس" التي لا تضر ولا تنفع في كثير من الحالات. ولكن النقطة المهمة في هذا التفريق هي أن المعالج التدميمي يختلف عن الدعم الاجتماعي، بأن لديه صياغة لقضية منهجية منظمة لفهم مشكلة المريض وتشخيصها بأبعادها المختلفة، وسير هذا المرض أو المشكلة، وتوقعات بمآلها في حالة معالجتها أو عدم ذلك من أجل توضيح صيغة الحالة المناسبة وكيف يمكن استخدامها في تنفيذ العلاج النفسي التدميمي. لذلك، سوف نستخدم في هذا الفصل مفهوم العلاج النفسي التدميمي، وليس العلاج الداعم، وذلك للتأكيد على الخدمات النفسية المنهجية التي يتم توفرها في سياق الصحة النفسية من قبل المعالج المدرب في ضوء نظريات الصحة النفسية وممارساتها.

إذن، فالإرشاد والعلاج التدميمي هو أسلوب علاجي يدمج نماذج وتقنيات للمتغيرات النفسية والمعرفية/ السلوكية للتعامل مع الآخرين بطريقة علمية منظمة قائمة على استراتيجيات تم التحقق منها بطريق الممارسة القائمة على الأدلة في الكثير من الحالات المرضية. وفي ضوء ذلك، قام وينستون ورفاقه (Winston, et al.2004) بوضع مجموعة من التعاريف للعلاج النفسي التدميمي التي تتركز على ثلاثة محاور:

١- ما يأمل المعالج تحقيقه من (الأهداف) - على سبيل المثال، الحفاظ على احترام المريض أو تحسين احترام الذات لدى المريض، التقليل أو منع تكرار مثل هذه الأعراض،

وتعظيم قدرات المريض على التكيف أو التوافق ((American Association of Directors of Psychiatric Residency Training 2003).

٢- ما يريده المريض لتحقيق (الأهداف) على سبيل المثال، الحفاظ على احترامه أو إعادة أفضل مستوى ممكن من الأداء قياساً للقيود المفروضة على شخصيته، والقدرة على التعامل مع ظروف الحياة (Ursano and Silberman 1999).

٣- هو شرح لعناصر العلاج التعبيري كما هو موضح في العرض النظري الذي قدمه "ديوالد" (Dewald 1994, 1971).

وفي ضوء هذه المحاور يرى وينستون ورفاقه (٢٠٠٤) أن العلاج النفسي التدعيمي Supportive Psychotherapy هو وسيلة علاجية إضافية يقصد بها إعادة التوازن الانفعالي للفرد، والعمل على إزالة أو التقليل من أعراضه المرضية . إن أمكن . بطريقة سريعة، دون الوصول إلى مستوى إعادة التعلم أو إعادة بناء الشخصية . وهذا العلاج هو من أكثر الطرق انتشاراً في معظم دول العالم، نظراً لإمكانية تطبيقه عملياً، إضافة إلى اختصار الزمن في أثناء تقديم العملية العلاجية. ومن أهم مقوماته:

١. الغرض من العلاج، الحد من الأعراض، وحل المشكلات الحالية.
٢. عدم محاولة البحث بعمق عن صدمات الطفولة إلا في حدود معقولة.
٣. تفسير الأعراض بطريقة واضحة دون الاستعانة بالفاظ ضخمة مثل: عقدة أوديب، الاحتجاج الذكري، وعقدة الغيرة القضيبيية، التثبيت الأبوي، الجنسية المثلية الكامنة... الخ.
٤. تعتمد طريقة العلاج على سلسلة من الجلسات النفسية.
٥. لا مانع من استعمال طرق العلاج الأخرى العقاقير المهدئة... الخ.
٦. يستخدم هذا اللون من العلاج مع المرضى الذين يعانون من حالات شديدة من الإدمان على المخدرات، وكذلك الشره المرضي العصبي، والتوتر النفسي، والأمراض النفسية الأخرى (Litz., Engel Bryant., Papa, 2007).

يُعرف نوفاليس وآخرون (Novalis et al, 1994) العلاج التدعيمي بأنه العلاج الذي يقوم به المعالج بنشاط توجيهي لمساعدة المريض، ورفع كفاءته لقيامه بوظائفه النفسية، وزيادة مهاراته في مواجهة الأحداث الصاغطة. ومحور الاهتمام بهذا اللون من العلاج هو تحسين

السلوك والمشاعر الذاتية دون التطرق إلى عملية الاستبصار الذاتي أو التعامل مع القيم الذاتية للمريض.

وفكرة العلاج النفسي هو علاج باهظ الثمن إذا أُجري من قبل عدد من المهنيين المدربين تدريباً عالياً وطبق بطريقة جيدة ، وذلك باستخدام أساليب العلاج النفسي المختلفة، وتشمل تقنيات العلاج التفسيري المستبصر للمقاومة، والأحلام، وآليات الدفاع، وتحويل وردود الفعل إلى المعالج. وهذه العملية طويلة نسبياً.

الأهداف العلاجية:

تم تكييف أهداف العلاج النفسي التدميمي على المدى الطويل والقصير الأجل لكل مريض، من خلال تقديم التدخلات العلاجية بمرونة وهي تسمح لهذه التدخلات بمعرفة الاحتياجات المتغيرة للفرد في مرحلة المرض والشفاء. ويتم تحقيق الأهداف العلاجية من خلال تطويرها وصياغتها على نحو متناسق بالتعاون مع المريض (Alanen, et al, 1997).

ومن الأهداف العلاجية للتدخل النفسي التدميمي على المدى الطويل ما يلي:

- ١- ترسيخ التحالف العلاجي، ومراعاة الحواجز العملية النفسية للمشاركة.
- ٢- الاحتواء والمتابعة (بين المريض والفريق العلاجي) .
- ٣- تعزيز الوعي بقضايا التحويل (مع العميل والفريق العلاجي).
- ٤- تخفيف اضطراب السلوك والمعاناة النفسية.
- ٥- حل الأزمت والصراعات الحادة، مثل الفقد والحداد والحزن، والانتحار، والمشكلات ذات الصلة بالمرض العضوي، مثل السرطان والسكري وأمراض القلب.
- ٦- التقليل من العمليات الفكرية ومحتوى السلوكيات الانهزامية والتدمير الذاتي.
- ٧- تحسين مهاراته في التعامل مع الآخرين، وقدرته كذلك على مواجهة الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها.
- ٨- تقوية وسائل دفاعاته النفسية، واكتشاف الخبرات الداخلية، وإعادة تشكيل شخصيته.
- ٩- تعزيز الثبات من خلال تحسين التوافق والتعامل، وكذلك الحد من الانتكاسات والاستخدام غير المناسب للخدمات التي قد تضر بصحة المريض.
- ١٠- تيسير النضج للدفاعات، وتعزيز التكيف بصورة أفضل مع الواقع.

بينما تشمل العلاقة التدعيمية على المدى القصير مايلي:

- ١- اختيار الواقع وتعلم سلوكيات جديدة للمواجهة.
- ٢- التعلم المعرفي والتعلم عن طريق الخبرة.
- ٣- دعم تقدير الذات من طريق تنمية التمكن والكفاءة في الحياة العملية.

افتراضات العلاج التدعيمي

اعتمد العلاج التدعيمي بشأن التدابير المباشرة، التي يفترض أن تحسن الوضع كمنتج ثانوي لاكتساب المعرفة. وهناك مبدأ رئيس للعلاج التحليلي هو أن الصراع اللاشعوري من شأنه أن ينتج أعراضاً تصبح شعورية، ويتم العمل من خلال الأعراض التي سوف تختفي بعد حل الصراع اللاشعوري. أما في العلاج التدعيمي، فإن المشكلات الشعورية سوف تعالج الصراعات وتحليلها، بينما الصراعات الكامنة في اللاشعور، فالعلاج التدعيمي يعدها حالة عارضة (Dewald 1994). فمن وجهة النظر التحليلية، دفاعات المريض هي التي تدعم العلاج التدعيمي عندما يكون العلاج معتبراً في المقام الأول، حيث يتم تحديد الدفاعات والصراعات الكامنة التي تجعل الدفاعات ضرورية.

ومن وجهة نظر هذا العلاج، فالعلاقة بين المريض والمعالج هي علاقة بين شخصين بالغين لتحقيق هدف مشترك، حيث يوفر المعالج احتياجات المريض في معظم نواحي العلاقة المهنية الأخرى. إن المعالج شخص محترف يقدم للمريض أو العميل الاحترام والاهتمام الكامل، والصدق، وجهود حثيثة لتحقيق الهدف المعلن باستخدام المعارف والمهارات المهنية. والالتزام بهذا الانضباط يعرف بالبقاء ضمن حدود العلاقة العلاجية القائمة على التفاعل والود، لكن المعالج والمريض لا يصبحان أصدقاء. وأهم هذه الافتراضات:

١-متابعة العلاج النفسي The Psychotherapy Continuum

ينظر إلى العلاجات النفسية الفردية على أنها عبارة عن سلسلة متصلة تمتد من العلاج النفسي التدعيمي إلى التحليل النفسي، كما هو مبين في الجدول (١٠).

ضعف دائم	ضعف متوسط	ضعف قليل
تدعيمي	تدعيمي/ تعبيرى	تعبيرى

فبعض المعالجين يضعون الإرشاد التدعيمي إلى يسار العلاج التدعيمي، أي من اليسار إلى اليمين. ويبدأ التواصل بالعلاج التدعيمي الذي يتقاطع بالعلاج التحليلي مروراً بالتدعيمي، وأخيراً العلاج التحليلي. وقد استخدم مصطلح العلاج التعبيري مفهوماً للعلاج التحليلي ضمن الأساليب الرامية إلى التغيير في شخصية المريض من خلال تحليل العلاقة بين المعالج والمريض، وذلك في ضوء نظرة ثاقبة للمشاعر والأفكار والصراعات والاحتياجات غير المعترف بها سابقاً. وبعد ذلك، يحاول المريض حلها، ويقرب من نقطة الوسط. هذه السلسلة بين النموذجين، تصبح الفروق غير واضحة ومتباعدة بشكل كاف، وحتى في أكثر الأشكال الاستكشافية التعبيرية للعلاج الذي يشمل التعبير وتوسيع العمليات العقلية الواعية للمريض، وإشراك عناصر من تقنيات استكشافية (Dewald 1994, 505). والتميز بين العلاجات التعبيرية (التحليلية) والعلاج التدعيمي يوضحها الجدول (١١) الآتي:

العلاج التدعيمي	العلاج التعبيري
التحالف العلاجي هو من الأهمية القصوى.	التحالف العلاجي هو من الأهمية القصوى.
يشجع المريض وفق الأسلوب التخابطي ويكون ذا هدف موجه	تدفق محتويات اللاشعور أمر مهم، وحديث المريض لكل ما يدور في عقله
أسلوب المعالج هو استجابي	أسلوب المعالج هو تحليل مكونات اللاشعور
التركيز على الفهم	التركيز على المشاعر.
استخدام تدابير ومقاييس مباشرة لتعزيز ثقة العميل بنفسه (الثناء والتشجيع)	يحسن تقدير الذات باعتباره وظيفة للتحرر من الأعراض.
تجنب القلق المتعلق بالعلاج ودعم الدفاعات التكيفية مع المجتمع	القلق المتعلق بالعلاج قد يساعد على الكشف عن الدفاعات النفسية.
التوضيح والمواجهة تكون مستخدمة	توضيح المواجهة والتفسير يكونا أساس العمل
فحص التحويل السلبي، التحويل إيجابي لا يتم التطرق إليه.	تحليل التحويل هو الشيء الضروري في هذا النهج.

٢- التحالف العلاجي Therapeutic Alliance

تُعد مكونات التحالف العلاجي المتشكلة من نقل أو التحويل مقابل، العلاقة الحقيقية، والتحالف العلاجي (Greenson 1967) بالرغم من أن هذه العناصر الثلاثة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً، وتشكل وحدة متماسكة، ومناقشة كل عنصر على حدة وتقديم المزيد من الوضوح؛ فقضايا النقل والعلاقة الحقيقية تلعب دوراً مهماً في كل تدخل في إطار العلاقة العلاجية. في أوقات معينة قد تكون جوانب النقل أكثر أهمية. بينما في أحيان أخرى، قد تسود قضايا العلاقة الحقيقية الأولية. من وجهة النظر هذه، وجود تواصل بين القضايا النقل وقضايا العلاقة الحقيقية التي تتوافق مع استمرارية العلاج التدعيمي. ويضع العلاج التعبيري المزيد من التركيز على النقل، في حين أن العلاج التدعيمي يركز أكثر على العلاقة الحقيقية.

لذلك، يعد التحالف العلاجي ضمن العوامل غير النوعية التي تسهم في نجاح العلاج، كما تم قياسه بالوسائل التجريبية للتنبؤ بنجاح العلاج. لذلك، فالتحالف العلاجي هو عبارة عن علاقة تنشأ بين المريض والمعالج بشأن أهداف وطرق العلاج، وتحديد الأدوار التي يقوم كل منهما لتحقيق تلك الأهداف؛ كأن يقدم المعالج العون للمريض، ويقوم الثاني بقبوله. فالعلاقة العلاجية النفسية المهنية هي فريدة من نوعها، وهي تقوم على المساواة المتبادلة، وهدفها تلبية احتياجات المريض بطريقة ملموسة وداعمة نحو التوجه النفسي الإيجابي. وهناك العديد من الدوافع الداعمة في الحياة الاجتماعية وفي العلاقات المهنية التي تسعى جميعها إلى تقديم خدمات للمرضى وفقاً لاحتياجاتهم، منها:

أ- قيام المعالج باستخدام التقنية من خلال تقديم المشورة للمريض للحصول على التشجيع، والطمأنينة، والتعليم. ويصف العنصر الأخير الهدف أو آمال المعالج لإنجازه:

ب- إن الهدف من ذلك، هو مساعدة المريض في تحقيق الشعور بالأصالة والنفرد، بحيث تقتصر الأهداف الرسمية للعلاج التدعيمي على الأعراض وأفضل السبل للتكيف.

وقد وصف بنسکر وميش ونوفاليس (Pinsker (1997) and others (Misch 2000; Novalis et al, 1994) المبادئ العامة للعلاج التدعيمي التي تربط علاقة المريض مع المعالج. وفيما يلي بعض من هذه المبادئ:

- ١-المشاعر الإيجابية تجاه التحويل Transferences الإيجابي للمعالج، وهي مرتكز العلاج التدميمي من أجل الحفاظ على التحالف العلاجي.
- ٢- المعالج هو دائماً في حالة تأهب للاستجابة لردود فعل سلبية من أجل استباق وتجنب حدوث خلل أو سوء فهم في التدخل.
- ٣- عندما لم يتم حل مشكلة المريض من خلال المناقشة مع المعالج، ينتقل المعالج إلى مناقشة العلاقة العلاجية.
- ٤- تعديل المعالج التصورات المشوهة لدى المريض باستخدام التوضيح والمواجهة وليس التفسير.
- ٥- إذا فشلت الوسائل غير المباشرة لمعالجة التحويل السلبي أو المازق العلاجي، فقد يكون له ما يبرره لمناقشة أكثر وضوحاً حول هذه العلاقة.
- ٦- يستخدم المعالج فقط التقنية التعبيرية اللازمة لمعالجة النقل السلبي.
- ٧- قد يسمح التحالف العلاجي مع المريض الاستماع إلى مقولات المعالج الذي من شأن المريض عدم قبولها من شخص آخر.
- ٨- عند اصدار تقرير بأن المريض سوف يستشعر بمثل هذا النقد؛ فإن المعالج أحياناً سوف يصيغ تقريره أو مقولاته في بطريقة مناسبة أو داعمة كاقترح أولي لتوجيه استباقي.

٣-العلاج التدميمي وتدريب المعالجين

إن الخبرة السريرية لتعلم العلاج التدميمي قد تتحقق من خلال الإشراف للعديد من الأساليب العلاجية ولفئات معينة من المرضى، بالإضافة إلى ورشات العمل والحلقات الدراسية. والكفاءة هي المطلوبة لدى المتدربين للوصول إلى معايير الممارسة الناجحة. وفي الأغلب، يتطلب التدريب على هذا النهج من العلاج: إلمام المتدرب بالمعرفة الدقيقة بأسس واستراتيجيات وتقنيات العلاج التدميمي، إضافة إلى المهارات، واتجاهات المتدربين من ممارسة العلاج التدميمي، مثل: تحسين الأداء النفسي وتعزيز القدرات التكيفية وربط الأسس النظرية بالعلاج النفسي الداعم. والتعرف إلى مؤشرات وموانع للعلاج التدميمي، والحفاظ على التوافق العلاجي الإيجابي والتفاعل مع المريض القائم على التعاطف، والاحترام، واستجابة له بطريقة غير مهددة.

وقد وضعت الجمعية الأمريكية لإدارة الطب النفسي American Association of Directors of Psychiatric Residency مجموعة من المعايير لتدريب المقيمين من الأطباء لرفع كفاءتهم في ممارسة العلاج التدعيمي، وأهم هذه المعايير مايلي:

أولاً-المعرفة:

- ١- إن الأهداف الرئيسة للعلاج التدعيمي هي الحفاظ على ذاته، أو تحسين احترام الذات لدى المريض، وتقليل أو منع تكرار مثل هذه الأعراض، وتحقيق أقصى قدر من قدرات التكيف.
 - ٢- فهم طبيعة ممارسة العلاج التدعيمي التي تُستخدم عادة في العديد من اللقاءات العلاجية.
 - ٣- معرفة المقيّم بأن العلاقة بين المعالج والمريض هي أمر بالغ الأهمية.
 - ٤- معرفة مؤشرات العلاج التدعيمي ومعوقاته.
 - ٥- يظهر المقيّم أن التعليم المستمر في العلاج التدعيمي ضروري لمزيد من تنمية المهارات.
- ثانياً-المهارات، أن يكون المعالج المقيم قادراً على:
- ١- بناء العلاقة والحفاظ على التوافق العلاجي.
 - ٢- تحديد أهداف العلاج.
 - ٣ التفاعل بطريقة مباشرة وغير مهددة للمريض.
 - ٤- الاستجابة للمريض وإبداء الرأي والمشورة عند الاقتضاء.
 - ٥ فهم المريض باعتباره شخصاً فريداً من نوعه في أسرته والمجتمع والثقافة المجتمعية.
 - ٦- تحديد التدخلات التي هي الأفضل لمصلحة المريض، وتوخي الحذر حول استناد التدخلات إلى معتقداته وقيمه الخاصة.
 - ٧- تعريف العميل بمشكلاته.
 - ٨-مواجهة السلوكيات بطريقة تعاونية قد تؤلف خطراً أو ضرراً على المريض.
 - ٩- توفير الطمأنينة للحد من الأعراض، وتحسين الروح المعنوية والتكيف معه، ومنع الانتكاس.

١٠- دعم وتشجيع، والتعرف على قدرات المريض في تحقيق الأهداف التي من شأنها تعزيز له الرفا

١١- توفير استراتيجيات لإدارة المشكلات مع تأثر التنظيم، والأفكار والاضطرابات، وضعف اختبار الواقع.

١٢- توفير التعليم والمشورة حول حالة المريض النفسية، والعلاج، والتكيف مع الأنظمة المحددة في المجتمع من الرعاية والقضايا الاجتماعية والثقافية.

١٣- إثبات أن رعاية المرضى الذين يعانون من اضطرابات مزمنة ينبغي توجيه انتباههم إلى المهارات التكيفية، والعلاقات، والروح المعنوية، والمصادر المحتملة للخوف أو القلق.

١٤. مساعدة المريض في تطوير مهارات التقييم الذاتي.

١٥- السعي إلى التشاور و /أو الإحالة المناسبة للعلاج المتخصص.

ثالثاً-المواقف والاتجاهات:

١-يكون المقيم ذا شخصية متعاطفة، ويتحلى بالاحترام والتقدير، ومنفتح على الجديد، وغير حكمي في مقولاته، وتعاوني، وقادر على تحمل الغموض وتقديم الثقة حول فعالية العلاج التدعيمي.

٢-يكون ذا حساسة للقضايا الاجتماعية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية، والتعليمية التي تنشأ في العلاقة العلاجية.

٣- أن يكون منفتحاً ولديه معرفة بالتكنولوجيا التعليمية، كالوسائل السمعية البصرية واستخداماتها في توضيح سير الجلسات العلاجية وتحليلها.

Source. American Association of Directors of Psychiatry Residency Training 2001

مبادئ العلاج التدعيمي

يرى ونستون وريمونينثال (Winston& Rosenthal,2001,1)) أن المقيمين يحتاجون ابتداءً من محاولة ممارسة العلاج التدعيمي إلى مبادئ توجيهية واضحة للسلوك والتقدم في العلاج النفسي من البداية إلى النهاية. وفقاً لذلك، فقد قدموا أربعة مجالات رئيسية من المبادئ التوجيهية الواضحة لمساعدة المبتدئين لممارسة العلاج التدعيمي، هي ما يلي:

أ-الحفاظ على التوافق العلاجي الإيجابي.

ب- فهم مشكلات المرضى وصياغتها.

ج- تحديد أهداف العلاج على نحو واقعي.

د- معرفة ماذا يمكن أن يقوله المعالج للمرضى (تقنية).

إن مفهوم العلاج التدعيمي القائم على هذه المبادئ الأساسية وموقف العلاج النفسي التدعيمي يسير وفق سلسلة متصلة على أساس مدى مشكلات المريض ومستوياتها. ويتم تصنيف تدخلات العلاج التدعيمي المتاحة للمعالج، وكيفية إجراء تقييم شامل لحالة المريض وتشخيصها، ويقوم المعالج بعد ذلك بوضع أهداف واقعية للمريض. إن الإطار العام للمؤشرات التشخيصية، بما في ذلك العلاج التدعيمي، ومراحل العلاج، يشمل القضايا العلاجية (النقل، التحويل مقابل، التحالف العلاجي) والمبادئ التوجيهية التي تساعد في الكشف عن ذات المريض واليوق الذاتي بخبراته ومشكلاته.

وقد تم تطوير العلاج النفسي التدعيمي نهجاً لمعالجة الصعوبات على المدى الطويل للمرضى الذين يعانون من أمراض وشكاوى مزمنة (Fenton, 2000). وتم تحديد الخطوط العريضة لمبادئه في العمل مع اضطرابات الشخصية (Van Marle & Holmes, 2002) وتلخيص لإعادة التأهيل النفسي (Davenport, 2006). ويتم التركيز خاصة على تحقيق الفهم الدينامي النفسي للعمل والصعوبات التي يواجهها، وكذلك إعطاء الاعتبار لمهام أكثر لعملية إدارة التقييم. ومن المهم للغاية تطوير علاقة علاجية طويلة الأمد مع العملاء، وتوفير الدعم لهم عبر مراحل مختلفة من الانتعاش (والانتكاس)، وكذلك تقديم الاستشارات والدعم والإشراف من الآخرين المعنيين على نحو وثيق في مجال الرعاية الفردية.

الأسلوب العلاجي

يتبنى العلاج التدعيمي أسلوب التخاطب، حيث يعمل المعالج على إنشاء تحالف علاجي على أساس العلاقة بالمريض. واستخدام أسلوب التخاطب باعتباره أمراً ضرورياً لتطوير علاقة إيجابية، وذلك وفق النمط الآتي:

١- طرح أسئلة توجيهية.

٢- السماح بتغيير نغمة الصوت.

٣- الاهتمام بالحركات.

٤-مناقشة الآراء .

٥-الإصغاء الانعكاسي.

٦-التواصل التعاطفي.

٧-البيانات الداعمة.

٨-أسئلة عامة جداً، هدفها الحصري مساعدة المشاركين لمواصلة المريض للتعبير عن ذاته وحياته، وتسمح بتحليل عميق لفهم حالة المريض.

وبعض المعالجين لا يرتاحون لهذا النمط، لأنهم يشعرون بمزيد من "الشفافية" في أثناء الممارسة أو الإشراف؛ فالمعالجون الذين يتبنون الأسلوب التدميمي في علاج المرضى في كثير من الأحيان يتعلمون أن أسلوب التخاطب يسمح لهم بأكبر قدر من العفوية والإبداع.

أولاً- مجموعة العمل:

العلاج التدميمي على المدى الطويل هو الأنسب للعمل والأفراد الذين لديهم هلاوس معقدة والمقاومين للعلاج. وهناك ثلاث حالات أكثر فائدة للعلاج التدميمي على المدى البعيد: ١ معاناة العميل من صعوبة في الصحة النفسية الشديدة والدائمة (مثل، اضطراب عاطفي ثنائي القطب أو انفصام الشخصية طويل الأمد) مع أعراض إضافية مذكورة في الإطار أدناه:

- الالتزام الضعيف بالمعالجة، بما في ذلك عدم القيام بالواجبات المنزلية.

- عدم الرغبة أو القدرة على تحمل المسؤولية لمعالجة المشكلات.

- تعزيز دور المرض.

- عدم وجود تركيز ثابت على المشكلة.

- استمرار المريض بحماية مشكلته أو أعراضه المرضية وانخراطه.

٢ إذا كان هناك اضطراب شديد في التنمية الشخصية، فقد يؤدي ذلك إلى خصائص غير سوية في الشخصية، وإلى أنماط سائدة من الانفعالات والسلوكيات التي تمنع الانتعاش. والخصائص الشخصية التي تحول دون الانتعاش أو التحسن، هي الآتية:

- الاستراتيجيات، مثل تلك المتعلقة بالآخرين طلباً للمساعدة، وتلقي الرعاية، وتحقيق الأهداف أو التعامل مع الضغوط البسيطة.

- الاستجابات والتفسيرات للأحداث الدائمة، وتكثيف الصعوبات والاحتياجات القائمة من قبل.

• عدم وجود مرونة في مواجهة الضغط الشخصي، فمن المرجح أن الفرد قد يعود إلى الأساليب المرضية القديمة للمواجهة مع ضعف السيطرة على الانفعالات والسلوكيات.

٣ - استجابات الفريق العلاجي غير مفيدة، مثل تحديد اسقاطي للمشاعر والأفكار غير المناسبة، وأغلبها يكون نتيجة لـ (١ و ٢) فتصبح العقبات دون المشاركة في تقديم الرعاية. وينبغي أن يحدد التقييم الشامل البعيد الأهداف، وكذلك الأساليب العلاجية (المتعلقة بالنتيجة) التي من المحتمل أن تكون مفيدة للغاية. كما يتطلب أيضاً تسهيل الإشراف والتشاور بين المعالجين ومناقشة ذلك مع فريق الرعاية المسؤول، إضافة إلى الإحباط في العمل مع العميل، ويمكن أن يكون أسلوباً مفيداً للحصول على مزيد من المعلومات، فضلاً عن تقييم القضايا النقل أو الطرح.

إن استخدام العديد من المحاور التوجيهية المشتركة لصياغة المشكلة، ووضع العلاج المناسب لدى المرضى قد يكون أفضل مثال لدراسة الحالة التالية، التي يتم رسمها في العمل العلاجي الروتيني بدقة ومن المحتمل أن تعكس المواضيع والقضايا في اللقاء العلاجي.

إطار صياغة متعددة المحاور:

المحور الأول: الظروف الأخرى للاضطرابات المرضية التي قد تكون محط الاهتمام.

المحور الثاني: اضطرابات الشخصية الناجمة عن التخلف العقلي.

المحور الثالث: الظروف الطبية العامة.

المحور الرابع: المشكلات النفسية (الماضية والحاضرة).

المحور الخامس: التقييم الشامل لمخلص أداء المريض (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ١٩٩٤).

ثانياً - التقييم والصياغة:

ينبغي على المعالج أو المرشد أخذ التاريخ الشخصي والنفسي الدقيق والشامل في الاعتبار عند تقييم مشكلة المريض أو العميل، ومن ثم تحديد الأهداف والمجالات بطريقة واقعية التي يحتاجها العمل للقيام بتحديد الجهة (بما في ذلك العميل)، وبصفة خاصة العملاء من ذوي الاحتياجات البالغة الصعوبة، هو أمر جد مهم لمنع وتعزيز الخدمات والتبعية. ومشاركة متكاملة لعمل صياغة محاور متعددة تدريجياً مع أعضاء فريق التوعية، مع اثنين من النتائج الرئيسية

لفهم الفريق وأسلوب العلاج، وهي، أولاً: تشجيع فهم أعمق لصعوبات المحور الثاني، وتمكن أعضاء الفريق في الوقوف مرة أخرى على التفاعلات، والتعرف إلى القضايا المهمة للنقل والمشكلات العلاجية المحتملة. وثانياً، مساعدتهم على تحديد أهداف علاجية أكثر واقعية.

مبادئ العملية العلاجية

- وصف بنسكر (Pinsker, 1997) وغيره من الباحثين المبادئ العامة للعلاج التدعيمي التي تربط العلاقة بين المعالج والمريض. وفيما يلي بعض من هذه المبادئ:
1. المشاعر الإيجابية تجاه التحويل الإيجابي للمعالج هي عموماً يركز عليها العلاج التدعيمي من أجل الحفاظ على التحالف العلاجي.
 - 2-المعالج هو في حالة تأهب لإبعاد ردود الفعل السلبية من أجل استباق حدوث خلل في العلاج وتجنبه.
 - 3-عندما لا يتم حل مشكلة المريض-المعالج من خلال مناقشة عملية، ينقل المعالج المناقشة إلى العلاقة العلاجية.
 - 4- يمكن للمعالج تعديل تصورات المريض المشوهة باستخدام توضيح المواجهة وليس التفسير.
 5. إذا أخفقت الوسائل غير المباشرة لمعالجة التحويل السلبي أو المأزق العلاجي، فقد يكون له ما يبرره لمناقشة أكثر وضوحاً حول هذه العلاقة.
 6. يستخدم المعالج تحديد التقنية التعبيرية اللازمة لمعالجة التحويل أو النقل السلبي.
 7. قد يسمح التحالف العلاجي للمريض بالاستماع إلى مقولات المعالج التي من شأنها ألا يقبلها المريض من أي شخص آخر.

عناصر العلاج التدعيمي وتقنياته

أولاً- العناصر:

حدد روكلاند (Rockland ١٩٨٩)، عناصر العلاج التدعيمي في الآتي: المناقشة، والإيحاء، والنصيحة، والتتويم، والإقناع، والاسترخاء، وحث قوة الإرادة. بينما أضاف "موريس وآخرون" إلى القائمة السابقة العناصر التالية: استعمال الأدوية، والعلاج التطميني، واتباع الروتين اليومي، والحزم السلطوي، والتوعية، وتوفير مصادر مقبولة اجتماعياً، وتجاهل بعض

الأعراض والمواقف، وإشباع الحاجات، والتنفيس الانفعالي، وخفض الحساسية المنظم. بينما يرى "بيرنج" أن العلاج التدعيمي يشمل الإيحاء والتفريغ الانفعالي، والمعالجة والتوقع والتفسير، وأن العلاج التدعيمي يختلف عن العلاج الدينامي في عدم اقتصره على التفسير فقط. هذا، وتتضمن عناصر الأسلوب التدعيمي، مايلي:

- أ. تبني أسلوب التخاطب.
- ب. تعزيز النقل أو التحويل الإيجابي.
- ج- الحد من القلق.
- د- تعزيز الثقة بالنفس.
- هـ -تعزيز آليات التكيف وتعزيز الشخصية.

١-تبني أسلوب التخاطب:

يحدد أسلوب التخاطب في العلاج النفسي التدعيمي الإجراء والتفاعل، وليس في المقام الأول تعلم الدروس، وليس استكشاف المحتوى العقلي، أو استجواب المرضى. فهم يتعلمون كيفية اتخاذ قرارهم قبل الاستجواب، وهذا هو أسلوب التخاطب القائم على طرح سلسلة من الأسئلة.

وضع المرضى مع هذا النهج، لا يتم عادة عن طريق الاستجواب الذي يشعرون بأنهم أفضل حالاً. فأسلوب التخاطب يختلف تماماً عن التداعي الحر، و"قول ما يتبادر إلى الذهن" تقنية التحليل النفسي، التي تتمثل في الهدف المباشر لفهم الحياة النفسية للمريض. إلا أن استخدام أسلوب التخاطب لا يعني أن المعالج هو المسؤول عن كل ذلك في كل مرة، عندما يتوقف المريض عن الكلام، وبعد انتظار يسمع المعالج من المريض ما يأتي بعد ذلك من حديث غير مفيد كما هو الحال في العلاج الداعم والتعبيري، لكنه موقف تدعيمي. فالمعالج هنا، لا ينتظر طويلاً وفي أثناء انتظاره يفكر، "هل هناك أي سبب لماذا لا ينبغي لي أن أتكلم؟" بينما المعالج التعبيري، من ناحية أخرى، يفكر، "هل هناك مؤشر لي لكي أتكلم؟" فنشاط المعالج يكشف الكثير للمريض، وبهذه الطريقة، يتم التقليل من تشويه التحويل على اعتبار أن الاهتمام والقبول وحدهما في نظر المعالج التدعيمي لا يكفي قبل أن يكون مستجيباً، ويعطي المعالج شيئاً للمريض. وباستثناء الأفراد النرجسيين الذين يبدو عليهم الارتياح من

وجود الجمهور، والناس يريدون أن يعطوا شيئاً في مقابل ما أعطى. وهذا العطاء من قبل شخص ذكي مهتم يبعث على الارتياح والاطمئنان.

٢- تعزيز التحويل الإيجابي:

ثمة علاقة إيجابية ضرورية للتحالف العلاجي. ففي معظم الحالات، يطور المريض على نحو طبيعي مشاعر طيبة تجاه المعالج مع مرور الوقت نتيجة للتبادل التعاطفي المتكرر. وفي العلاج النفسي الداعم، قد يتم التعرف إلى هذه المشاعر الطيبة، ولكن لا يمكن تفسيرها على أساس لاشعوري. ومعالجة التحويل أو نقل المشاعر إذا كانت سلبية. فإذا كان المريض يطور العداء أو الغضب تجاه المعالج، فإن المعالج يستخدم تقنيات لتحسين العلاقة، مثل:

- الاعتراف بصحة مشاعر غضب المريض.

- الحصول على فهم أثر المعالج في الصراع والاعتذار بصدق.

- تقديم حلول لتحسين الصراع.

- توفير الاطمئنان والعمل لحل الصراع وتعزيز العلاقة العلاجية.

هذه التقنيات، عموماً لا تشمل تفسير المقاومة أو الصراعات اللاشعورية. ومع ذلك، يستفيد المرضى أحياناً من مراجعة أدورهم وتصوراتهم في الصراع بمجرد أن يهدأ غضبهم، كما أن عملية الانتظار في التحويل السلبي للمشاعر تجاه المعالج لا يساعد على حل المشكلة، بل يعد هذا من الاستراتيجيات غير الجيدة.

٣- الحد من القلق:

لا يعتزم المعالج النفسي التدعيمي التعامل مع القلق العلني والأعراض فقط، بل العمل لمنع ظهور القلق. وقد سبق بيان بعض التدابير الرامية إلى تحقيق هذه الأهداف، مثل الطمأنينة والتشجيع. ويبذل كل جهد لتجنب أسلوب الاستفهام، الذي ينطوي على طرح الأسئلة المستمرة، وإعطاء القليل، وليس جعل القصد من الأسئلة معروفة للمريض كأسلوب المحامي في استجواب الشاهد.

والهدف الأساسي في العلاج التدعيمي هو تخفيف معاناة المريض. رغم أن المريض أحياناً لا يرغب في الحديث عن الموضوعات المجعدة أو المؤلمة، لذا، يتطلب من المعالج مساعدته على القيام بذلك بطريقة مقبولة، والتركيز على جعل الأمر أكثر سهولة بالنسبة

للمريض لإجراء مثل هذا الحديث. علاوة على ذلك، فالحد من القلق لا يعني فقط مساعدة المريض على الحديث عن المسائل المؤلمة، ولكن أيضاً السماح له لتجنب المواضيع غير المريحة للغاية التي لا يمكن تحمل آثارها الانفعالية الشديدة. وهنا مطلوب من المعالج دائماً وضع "علامة مميزة" أو "نقاط علام" لمجالات الاهتمام للمناقشة في وقت سابق. هذا التشكيل من القلق يتسق مع نهج علاقات الكائن الذي اقترحه "كوهوت" Kohut والذي بواسطته يتم الألم الانفعالي كأجزاء صغيرة من المشاعر النفسية يمكن التحكم فيها."

٤- تعزيز تقدير الذات:

شخص واحد يساعد شخصاً آخر على احترام الذات من طريق القبول والموافقة عليه، والفائدة، والاحترام، أو الإعجاب. فبعض الأشخاص في الحياة اليومية والعلاقات الاجتماعية يفقدون أو يعانون من نقص في هذه الصفات. فالمريض الذي لا يستطيع تكوين علاقات بالآخرين، ويتجنب الآخرين على نحو خاطئ أو صحيح، وأن الناس ينظرون إليه باستهجان". لذلك، فالمعالج التدعيمي عليه أن يقبل المريض كما هو ويهتم به من طريق جعله يتذكر أحاديثه، وما قاله ويتبعد عن الجدل، وتشويه سمعته، والتفاعل اللفظي لانتقاد مؤلم. لذلك، فجميع المرضى في العلاج التدعيمي تقريباً يعانون من تدني تقدير الذات. لذلك، فمن المفيد لمساعدتهم وجعلهم يشعرون على نحو أفضل عن أنفسهم، وقيامهم بإسهام فعال في استخدام التعليقات الإيجابية والاعترافات، وكذلك المجاملات عند الضرورة، لأن لديهم في الأغلب تدنياً في تقدير الذات وغيوباً في القدرة على الرعاية أو الشفقة بأنفسهم (تهدئة النفس). ويتم تعزيز هذه القدرة لدى المرضى من طريق:

١- الاعتراف عند الاقتضاء.

٢- تصحيح تشوهات الذات السلبية أو لوم الذات

٣- تثقيف المرضى حول كيفية استرضاء أنفسهم ومكافأتها.

٤- بعض المرضى غير قادرين على القيام بذلك دون دعم خارجي من أحد أفراد الأسرة، وفريق الدعم والعاملين في مجال الرعاية الصحية الآخرين. في مثل هذه الحالات، يمكن مساعدة المريض للخروج من هذا الأمر باستخدام الدعم الذي يعد حاجة ضرورية لتوفير الهدوء والاسترخاء العقلي والجسمي.

٥- تعزيز آليات التكيف:

يعمل المعالج في العلاج التدعيمي مدرباً، وإعطاء اقتراحات للمرضى حول كيفية التعامل مع المسائل الصعبة جزءاً من العلاج، فإن تعيين الواجبات المنزلية للمريض وإرشاده لممارسة استراتيجيات المواجهة المحددة تعد من القضايا المهمة لعملية التدخل العلاجي.

ثانياً- التقنيات العلاجية

العلاج النفسي مهارة صعبة، قد يستغرق الأمر سنوات بالنسبة لمعظم المعالجين ليصبحوا قادرين على سماع ما كان المريض يود قوله ومراقبة كلماته وأفكاره الخاصة. في حين أن إجراء العلاج على شكل سلسلة من الأسئلة لا يؤدي إلى التفاعل الجاد؛ فالمعالجون في البداية الذين قد تغلب عليهم هذه العادة لطرح الأسئلة ومتابعتها أكثر عرضه للوقوع في خطر عدم القبول، والاستجابة دائماً له على ما قاله. على سبيل المثال، المعالج يسأل سؤالاً، والمريض يعطي إجابة جزئية، ثم ينتقل إلى موضوع آخر، والمعالج يسأل سؤالاً عن الأهداف وطريقة العمل حول هذا الموضوع، وتكرر عملية المعالج، وهذا الأمر لا يتيح للطرفين التعامل مع مشكلة المريض بجدية.

وينظر العديد من الباحثين إلى أن الإرشاد والعلاج التدعيمي ليس له أرضية نظرية مميزة من غيره من أساليب العلاج المختلفة، علاوة على أن تقنياته وممارسته مستوحاة من النظريات الأخرى. ورغم ذلك، فإنه لا يمكن أن يعد من العلاجات التكاملية أو الانتقائية في العلاج النفسي، بل هو نوع من العلاج المختصر السطحي الذي يتناول بقايا المشكلات التي تم علاجها بطرق مختلفة، والحد من هذه المشكلات وتدعيم الجوانب التكيفية للفرد. وتقنيات هذا النهج حسب قول فرانك (Frank, 1982) هي إعادة التأهيل أو إعادة التصنيع، مؤكداً على التوافق والتعامل مع الأعراض والصعوبات الدائمة والمستمرة، وهي منسجمة مع فلسفة الانتعاش "تعلم كيفية العيش، وكيفية العيش بشكل جيد لمواجهة الأعراض القابلة للظهور بشكل دائم" (Roberts & Wolfson, 2006, 18).

هذه الأهداف والأساليب العلاجية ليست بالطبع فريدة من نوعها لهذا النهج. والعناصر التي يمكن العثور عليها في كثير من طرق العلاج النفسي هي ذات نوعية جيدة للرعاية الروتينية الشاملة. ومع ذلك، فهي مدعومة بقوة كما يقول مارجيسون (Margison, 2005) ممارسو العلاج التدميمي على المدى الطويل، والتي يشار إليها في إطار صياغة مشتركة للعديد من المحاور الأولية المعتمدة ذلك لضمان إجراء تقييم كاف لاحتياجات الفهم المشترك وتعزيزه للمريض الذي يواجه مختلف الصعوبات المعقدة، وكيف يمكن التعامل معها. لذلك، فالمبادئ العلاجية التوجيهية على حد سواء هي عملية توجيه وترجمة الصياغة النظرية إلى تخطيط برنامج الرعاية، وإعداده وإدارته على نحو فعال. ومن أهم التقنيات العلاجية التدميمية على المدى البعيد، ما يلي:

أ- أسلوب تواصل مميز للتحقق من الصدق التعاطفي، والثاء والمشورة، والمواجهة المعتدلة.
ب- التدخلات البيئية، مثل تعزيز الصحة، مما يتيح الوصول إلى مصادر الدعم في المجتمع.

ج- التنقيف النفسي، بما في ذلك تحديد وإدارة إشارات الإنذار المبكرة للانتكاس.

د- تحسين الوعي الذاتي، مثل الدفاعات على سبيل المثال، وتطوير استراتيجيات التوافق لتعزيز الشعور بالقوة والسيطرة وإدارة الذات.

هـ- أسلوب تكييف الاحتياجات: التركيز على تعزيز نمو الشخصية، والانفصال والتميز، أو التركيز على الحماية، ومنع تدهور والانتكاسات الطارئة.

الاستراتيجيات الأساسية لديناميات العلاج التدميمي

Formulate the Case: صياغة الحالة: الأولى -

إن مجرد ذكر كلمة الصياغة كثيراً ما تخلق المعالجين النفسيين المبتدئين والقدامى على حد سواء، ويمكن وصفها بأوهام الحاجة لبناء فهم تحليلي مطول وشامل للحياة العقلية للمريض، بدءاً من الولادة (أو ربما حتى قبل الولادة) واستمراره إلى الوقت الحالي. وتخدم صياغة الحالة أغراضاً أخرى مهمة فضلاً عن المعالج الداعم. وهو يتيح للمعالج الحفاظ على الرؤية الشاملة للنظر في المشكلة. وللتأكد من ذلك، المعالج والمريض على أنهما يسيران في الاتجاه الصحيح، وعلاوة على ذلك، فإن المعالج يعمل على تنظيم المشكلات والتدخلات الرئيسية. كما يقترح

فرضيات لمزيد من الاختبار: "أحتاج إلى مزيد من المعلومات"، أو "ربما هذا هو السبب في أن المريض لديه مشكلة في هذا المجال". ومن خلال اختبار هذه الفرضيات يرى المعالج أن فهمه للقضية يمكن أن يكون مفيداً للمريض ويمكن أن يستند إلى هذا الفهم تدخلات العلاج النفسي المفيدة.

المريض: أنا غبي جداً. كان كل هؤلاء الناس تناولوا العشاء، وأنا لم يسمح لي الوقت الكافي لطهي الطعام، وكنت أعتقد أنني كنت ذكياً لتحضير السلطات في وقت مبكر، ولكن بعد ذلك لم يكن هناك مساحة كافية في الثلاجة، وأنا لا أعتقد أن أطلب من الجميع إذا كانوا يأكلون اللحوم؟

المعالج: يبدو هذا دليل عادل لتنظيم مشكلتك التي كنا قد تحدثنا عنها، وقد أحرزت تقدماً في هذا.

الاستراتيجية الثانية- أن يكون الوالد جيداً Be a Good Parent

لعل مفهوماً واحداً مفيداً للغاية في توجيه التدخلات العلاجية للمعالج التدعيمي لعرض العلاقة بين المريض، مثل العلاقة بين الوالدين والطفل. مثل هذا التشبيه لا يعني أن المريض في العلاج التدعيمي هو طفل أو يجب رعايته من قبل المعالج. بدلاً من ذلك، تؤكد الملاحظة التجريبية أن المرضى النفسيين-على الأقل- في بعض المجالات كثيراً ما يعتقدون لأنهم يتصرفون مثل الأطفال بدلاً من البالغين. ما الذي يعنيه أن "يكون أحد الوالدين جيداً" في هذا السياق؟ يقيم المعالج الدعم النمائي باستمرار للمريض فيما يتعلق بالقوة والعجز والضغوطات التي يواجهها عند الاقتضاء، ويطمئن المريض وتهنئته نفسياً. في أوقات أخرى، يعمل المعالج على التشجيع والرعاية والتأكد من صحتها في مناسبات أخرى، ومع ذلك، يجب أن يواجه المريض فيما يتعلق بسلوكيات التدمير الذاتي؛ فالحماية المناسبة، والاحتواء، ووضع حد متوازن مع تعزيز الحكم الذاتي والاستقلالية.

الاستراتيجية الثالثة- تعزيز التحالف العلاجي وصيانتته:

ما يجب على الطبيب المعالج القيام به هو احترام المريض شخصياً (رغم عدم احترام سلوك ذلك الشخص بالضرورة)، وهو الشخص الذي يكافح قضايا الحياة نفسها، مثل أي

شخص آخر سليماً عقلياً. ويقوم المعالج بتعزيز المريض وحماية التحالف العلاجي معه في جو من الرحمة والتعاطف، والتزام.

الاستراتيجية الرابعة: إدارة التحويل عند المرضى الذين لديهم مشاعر سلبية عن المعالجين.
رغم أن معظم المعالجين يميلون بداية إلى التفكير في طرح مشاعر سلبية تجاههم من قبل المريض. على سبيل المثال، "أنت تشبه تماماً مثل والدي صعب المراس"، وقد يتم طرح المشاعر الإيجابية أيضاً. في الحالة الأخيرة، يمكن النظر إلى المعالج على أنه أكثر ذكاءً، وأكثر قوة، أو أكثر حبا في تعامله مع المريض.

الاستراتيجية الخامسة: عقد يحتوي على مفاهيم المريض:

وهذا العقد يحتوي على محاولات المعالج ليكون أحد الوالدين الجيدين من خلال توفير التعاطف والتفاهم، والتهنئة اللفظية. كما هو الحال مع أحد الوالدين، لكن، لا ينبغي أن تكون هذه القرارات كإجراءات طرح عقابية حازمة، بل يجب أن توضع التدخلات بهدوء من أجل مصلحة المريض.

الاستراتيجية السادسة: إعادة البنية النفسية:

يمكن توسيع مفهوم إعادة البنية النفسية لتشمل الحد من (الأنا العليا) أو ببساطة ضميره. فبعض المرضى يحتاجون إلى التشجيع على الاسترخاء من القيود التي فرضها ضميرهم على أنفسهم.

الاستراتيجية السابعة- تعظيم ميكانيزمات التعامل:

في كل أشكال العلاج النفسي، بما في ذلك العلاج التدعيمي، وهو هدف مهم لزيادة مهارات التعامل مع المريض واستخدام آليات التعامل التي تشمل: العقلنة، الترشيح، والنكته، والإيثار، والتسامي. في المقابل، تتضمن أكثر آليات الدفاع غير القادرة على التعامل: الإنكار، الانشقاق، والإسقاط. وهدف المعالج التدعيمي ليس زيادة استخدام الآليات الإيجابية والتقليل من استخدام الآليات السلبية، بل تسوية سليمة للمريض من الضغوطات الحالية. ومن الأمثلة الذهاب للنزهة، دعوة صديق، غمر نفسه في العمل، وتطبيق تقنيات الاسترخاء، والتحدث إلى المعالج، وهكذا دواليك.

الاستراتيجية الثامنة: تقديم نموذج يحتذى به للتحديد:

قد تُظهر النتيجة الطبيعية لاستراتيجية المعالج لإضفاء بنية نفسية واضحة للمريض، ولكن الأمر يستحق التأكيد نظراً لأهميته في العلاج التدعيمي. وينبغي أن يوفر المعالج للمريض عن طيب خاطر نفسه باعتباره نموذجاً يحتذى به، ولا ينصح المريض أن يعيش حياة مماثلة لتلك التي يعيشها المعالج. على سبيل المثال، اعتناق آراء المعالج أو تناول نفس الهوايات. وبدلاً من ذلك، يتم عرض للمريض الفرصة لتحديد البنية النفسية لوظيفة المعالج الصحية، وخاصة فيما يتعلق باختبار الواقع، والتعديل، والسيطرة على الانفعالات، وحل المشكلات، والتفاعل بينه وبين الآخرين.

الاستراتيجية التاسعة: ضعف الوعي الانفعالي Alexithymia

يشير المصطلح إلى عدم القدرة على إدراك، أو المعرفة بمشاعرهم وعدم تحديد والتعبير عنها على نحو واضح سواء بالنسبة لانفعالاته ومشاعره أو لانفعالات الآخرين ومشاعرهم. يشير مصطلح عدم قدرة الفرد على تسمية لما يشعر به. وأياً كان هذا التعريف الذي يقبله فرد ما، إلا أنه في الواقع عجز قد يكون موجوداً لدى أي شخص على حد سواء، وهو أكثر من مجرد العجز المعرفي البسيط. بالإضافة إلى ذلك، فإن القدرة على تحديد المشاعر اسم يجعل من الأسهل التفكير في تلك المشاعر، فضلاً عن مناقشتها مع الآخرين. وأخيراً، فإن ضعف تحديد الانفعالات على نحو كبير يجعل من الصعب جداً الانخراط في الاستراتيجية الأساسية التالية المبينة أدناه: فالشخص لا يمكنه إجراء اتصالات بين المشاعر والأفكار، والسلوكيات، أو الأحداث إذا كان الفرد غير قادر على التعرف إلى تلك المشاعر. وهكذا، فإن ضعف الوعي الانفعالي هو الهدف المناسب للتدخل العلاجي التدعيمي من خلال مساعدة المريض على الاعتراف، وتحديد مشاعره وانفعالاته وتسميتها.

الاستراتيجية العاشرة: تنمية العلاقات

من السهل التقليل من الصعوبات التي قد يكون الأفراد المعاقون نفسياً في عمل تواصل فعال مع الناس الأصحاء في الحياة اليومية. وهذا التواصل بين الأفكار والمشاعر، وبين الأحداث والأفكار اللاحقة أو مشاعر، وبين سلوك الفرد والاستجابة للآخرين، هما أمران

حاسمان للقدرة على التفاوض في العالم الحقيقي. إن قدرة المعالج لتعزيز كفاءة المريض في جعل هذا التواصل ذا فوائد جمة في أداء المريض والرضا عن حياته.

الاستراتيجية الحادية عشرة: تعزيز تقدير الذات

تسعى جميع العلاجات النفسية لتنمية تقدير الذات لدى المرضى، ورغم أن العديد من المناهج المختلفة (على سبيل المثال، الحديث عن النفس، وتصحيح التشوهات المعرفية، وكشف الشعور بالذنب لفاقد الوعي) قد اتخذت من أجل تحقيق هذا الهدف. ومع ذلك، فإن وسائل أقوى ربما الأكثر شيوعاً، وكثيراً ما تزيد الثقة بالنفس هي تعزيز كفاءة الفرد في المهارات الحقيقية. في الواقع، لا شيء أكثر فعالية في مساعدة المريض لكي يشعر على نحو أفضل من نفسه.

ما هي الأساليب المفيدة في تعزيز كفاءة الفرد أو إتقانه؟ لعل أهم خطوة نتخذها هي العمل على تحديد ما يصل المريض للنجاح بدلاً من الإخفاق. وبعبارة أخرى، فإن المعالج يرشد المريض من خلال الخطوات الفردية ذات حجم مناسب، وتعالج المتغيرات لزيادة احتمالات النجاح في كل خطوة.

الاستراتيجية الثانية عشرة: الحد من اليأس

اليأس لدى الأفراد المصابين بأمراض نفسية كثيراً ما يرتبط بانقباض معرفي، بمعنى، وجود عدد قليل من الخيارات في حياة المريض. في هذا الصدد، إزالة الغمّة، إذا صح التعبير يزيد إلى حد كبير الأمل لدى المريض بالمستقبل، وتعلم المزيد من الخيارات المتاحة.

الاستراتيجية الثالثة عشرة: التركيز على هنا والآن

العلاج النفسي التدعيمي ليس "علم النفس الكلاسيكي العميق" الذي يحاول المعالج من خلاله استكشاف خبرات الطفولة للمريض من أجل فهم تأثير تلك الخبرات في أفكاره ومشاعره وسلوكياته في الوقت الحاضر. هذا لا يعني، أن مثل هذا الاستكشاف قد لا يكون مناسباً ومفيداً في العلاج التدعيمي، إلا أن التركيز الأساسي يجب أن يكون على "هنا والآن" بدلاً من "هناك وبعد ذلك".

الاستراتيجية الرابعة عشرة: تشجيع نشاط المريض

من الأهمية بمكان أن المعالج يساعد المريض ليصبح نشطاً، "ليفعل" بدلاً من مجرد القول سواء في المكتب مع المعالج أو في الحياة الاجتماعية كل يوم، ويتم تشجيع المريض لتجريب طرق جديدة في التفكير والشعور والتصرف. ومثال ذلك يقول مريض: "أريد أن أكون سعيداً" أو "أريد أن أكون شخصاً أفضل". في الواقع هي أهداف مشروعة، لكنها واسعة بحيث يكون من الصعب تحقيقها. بالإضافة إلى ذلك، هذه الأهداف العامة تجعل تقييم التقدم المحرز من الصعوبة بمكان تحقيقه.

الاستراتيجية الخامسة عشرة: تثقيف المريض (والأسرة)

التعليم جزء كبير ومهم لعمل المعالج التدميمي. وباستخدام مفهوم ولغة غير تقنية وتوظيف حساسية فيما إذا كان المريض يمكن وما لا يمكن أن يتسامح لسماعه في وقت معين، ويحاول المعالج مساعدة المريض على التعلم عن إصابة شخص بمرض ما، كالاكتئاب. ويناقش المرض والأعراض، والتشخيص. وينبغي توجيه اهتمام خاص نحو مسببات المرض، كحالات معينة، الأوقات من السنة، والظروف العصبية، وتعاطي الكحول أو المخدرات، وكذلك أعراض المنذرة (على سبيل المثال، انخفاض النوم، وتغير في الشهية) بمرض وشيك. فالقوة والمعرفة لمسببات الأعراض التحذيرية لمرض معين هي محددة في ظروف معينة، ويمكن للمريض أن يتخذ خطوات لمنعها، أو على الأقل تخفيف الانهيار النفسي. إذا يوصف للمريض الأدوية النفسية، أو أنه يجب تثقيف نفسه فيما يتعلق بمؤثرات التدخل الدوائي، مثل: الفوائد والمخاطر والآثار الجانبية. ففي جميع مراحل العملية المستمرة لهذا النوع من التعليم، من المهم للمعالج أن يحافظ على الأمل لدى المريض، وتحقيق التوازن لواقع المريض وظروفه مع التفاؤل المناسب للمستقبل.

الاستراتيجية السادسة عشرة: التعامل في البيئة

تم بالفعل تسليط الضوء على بعض الاختلافات بين العلاج التدميمي والعلاج الدينامي النفسي، والتحليل النفسي أو العلاجات الموجهة بالبصيرة. وهناك اعتبار آخر في هذا الصدد يتعلق برغبة المعالج لمعالجة البيئة المحيطة بالمريض. فالمعالج التدميمي، على عكس المعالج التقليدي قد يتدخل مع الأشخاص أو الهيئات الأخرى لمساعدة المريض، ومرة أخرى مع إيلاء

الاعتبار لاستقلالية المريض وخصوصيته. ومن ثم، فإن المعالج قد يحاول تحقيق أقصى قدر من الدعم الأسري من خلال العمل وأفراد الأسرة، ويجند المساعدات من مختلف وكالات الخدمة الاجتماعية، والتحدث مع صاحب العمل لشرح حالة المريض، والتواصل مع نظام المحاكم، وربما حتى مرافقة المريض إلى مكتب الضمان الاجتماعي إذا لزم الأمر (Misch,2000,173-189).

عملية العلاج التدعيمي

يمكن القول بداية، إن العلاج التدعيمي هو عملية علاجية واضحة مدعمة بأهداف وجدول أعمال واضح، وهو يختلف عن العلاج التعبيري التقليدي Expressive وقد يتم تحديد جدول الأعمال سواء من قبل المريض أو المعالج. وهنا يمكن أن يضع المعالج جدول الأعمال من أجل متابعة المشكلة غير المكتملة عند المريض أو لتعلم العملية العلاجية لدى المريض. فالحد من القلق هو الهدف العام للعلاج التدعيمي، لذلك، من المهم النظر إلى السبل التي يمكن أن تمارس فيها العلاجات التقليدية الروتينية لتوليد القلق، مما تسمح للمريض برؤية خريطة العمل قبل استكشاف الآلية التي تقلل من القلق. لذلك يمكن القول: إن عملية العلاج التدعيمي هي عملية تعاونية على المستوى العقلي. ويمكن توضيح العملية العلاجية التكاملية في ضوء المحددات والعناصر الرئيسة لها، كما هي موضحة في الجدول (١٢) الآتي:

العناصر	الإجراءات	النتيجة
الأهداف	البصيرة	خفض الأعراض
أسلوب المعالج	غير شفاف	المحادثة الحقيقية
التحويل أو النقل	الفحص	تعزيز التحويل الإيجابي
النكوص	تحسين	الخفض
اللا شعور	الاستكشاف	التركيز على المواد الواعية
الدفاعات	التفسير	تعزيز الدفاعات الناضجة

Battaglia (2007).5 27-34

وتعد العلاقة التذعيمية مهمة في العملية العلاجية من خلال البرامج المعدة إعداداً علمياً دقيقاً وهي تقدّم لمساعدة الآخرين في الحد من مشكلاتهم المختلفة، لذا، يمكن تقسيمها إلى العديد من الجوانب التي تشمل:

أولاً-نظام الجلسة العلاجية: ويتضمن هذا النظام ما يلي:

أ . نشاط الطرفين (المعالج والمريض) على نحو فعال.

ب . تواصل متبادل بين الطرفين.

ج . الهيكل العلاجي.

د . الاستعانة بالأدوية.

هـ . الاستعانة بوسائل وفيات علاجية أخرى.

ثانياً- المعالج

ينبغي على المعالج أن يراعي عند التعامل مع المريض في أثناء الجلسات العلاجية ما يلي:

أ- الاهتمام الإيجابي وقبوله وتقدير لقدراته وإطارة المرجعي الثقافي والشخصي.

ب- الرغبة في الدخول في علاقة فعلية وواقعية مع المريض والمشاركة فيها على نحو فعال.

ج- الطرح الإيجابي للأفكار والسلوكيات والمشاعر.

د- التعاطف الوجداني مع المريض.

هـ- تقبل حالة المريض الراهنة على علاتها.

و- دعم جهود المريض التوافقية السليمة.

ز - احترام إنسانية المريض، والاهتمام الصادق بحياته ونشاطاته ورفاهيته.

ثالثاً- المريض

أ- الاستعداد للحديث عن أحداث حياته.

ب- تقبل الإسهام التذعيمي الذي يقوم به المعالج.

ج- الاستعداد للمشاركة في البرنامج العلاجي واحترامه والالتزام بتنفيذ جميع محتوياته.

ورغم هذه العناصر كما أوردها وينسكتون وريمونينثال وبنسيكر Winston,Rosenthal&

((Pinsker,2012)) إلا أن المعالج ينبغي عليه الانتباه والحذر للعوامل السابقة، وعليه أيضاً

رعاية جهود المريض التوافقية. فالمعالج يكون أشبه بالألم في نظر المريض، لكن المعالج ينتقده ويحرص في الوقت نفسه على تشجيع نموه النفسي والصحي على المدى البعيد. إجراءات العلاج التدعيمي:

١- اختيار المرضى:

لا يصلح العلاج التدعيمي لكل الفئات، بل قد يكون استخدامه في بعض الفئات المرضية نوعاً من مضيعة الوقت. لذا، فاختيار المرضى الذين يصلح معهم تطبيق هذا النوع من العلاج مهم جداً، لأنه يصلح في التعامل مع المشكلات والاضطرابات النفسية الآتية: الاكتئاب، الفصام، اضطرابات الشخصية، القلق، المخاوف المرضية، التكيف مع زراعة الأعضاء. أما الحالات التي لا يفيد فيها هذا العلاج فهي: الهذيان، مراحل الخرف المتأخر، أي اضطرابات تصيب الذاكرة.

٢- وضع الخطة العلاجية:

يشمل تخطيط العلاج تخصيص الإمكانيات وتطبيقه مرحلياً للتعامل مع مشكلات المريض، حيث يقوم المعالج ب:-
- إعداد قائمة بمشكلات المريض.
- ربط المشكلات بالأهداف العلاجية والتدخلات اللازمة لتطبيقها، ومناسبة التدخلات لخصائص الفرد.
- التفاوض بين المعالج المريض حول الأهداف العلاجية، حيث يُشرك المعالج- المريض في وضع الخطة.
- تعديل الخطة إذا لزم الأمر وفقاً لظروف معينة يتطلبها الموقف.

توقيت المعالجة

يجب تحديد توقيت فترة المعالجة من خلال موافقة المريض والمعالج، بشرط تغيير المواعيد على أساس الحاجة السريرية للمريض. على سبيل المثال، عندما تنشأ أزمة ما لدى المريض، فمحاولة العلاجات التعبيرية لتلبية المثل الأعلى لمدة وزمن ثابت، لكن في العلاج النفسي التدعيمي، فإن تواتر الزيارات قد يكون أقل ثباتاً. ومع ذلك، تحديد وقت محدد، وتواتر اللقاءات

لتلبية الحد من القلق يتطلب وجود نية لمعالجة داعمة. وبالمثل، ينبغي عموماً أن تكون ثابتة طول الجلسة، ولكن تخضع للتغيير عند الاقتضاء.

التقنيات الداعمة

١- **الانضمام إلى المقاومة:** تهدف المعالجة التدميمية لدعم الدفاعات ما لم تكن قادرة على التأقلم. ومرة أخرى، المبدأ الأساسي في العلاج التدميمي هو دعم التحالف العلاجي عندما يكون المريض مقاوماً لبحث أنماط من اضطرابات مختلطة. والحقيقة أن المعالج يعكس يأس المريض، واليأس أو التعاطف مع حالة يجد فيها المريض صعوبة في الحياة قد تعطي المريض شعوراً قوياً بأن يكون مفهوماً، ومن ثمّ، زيادة استعداده للعمل في العلاج. ويمكن أن يوفر العلاج التدميمي الدعم دون إكراه، والتعاطف النشط مع بيئة داعمة تعزز أهداف المريض. ففي المعالجة الداعمة-التعبيرية، عندما يكافح المريض بالاعتراف والتعبير عن مشاعره الخاصة يمكن للمعالج متابعة تقدم المريض والتعبير عن تعاطفه حول مدى الصعوبة وإثارة القلق لمساعدته على البوح بها (Messer 2002).

٢- **خفض القلق لتسهيل المناقشة:** يقدم المعالج للمريض الخريطة العلاجية قبل استكشاف المشكلة، وتكرار ذلك عبر مشاركة التعاونية مع الاتفاق على الأهداف. وغالباً ما يتضاءل القلق عندما يصبح المريض على علم بذلك.

٣- **إعادة تأطير المقاومة كتأكيد ذاتي صحي:** يمكن للمعالج أن يعالج مقاومة المريض له، وجهود تأطير الوظيفة الصحية لحاجة المريض للمراقبة وتوكيد الذات. وقد يقلل المعالج من أهمية المقاومة قبل أن يصبح أكثر تقبلاً وأصالاً من طرف المريض (Beutler et al. 2002a).

٤- **التعامل مع المسافة وانسحاب المرضى:** في كثير من الأحيان يظهر المرضى مقاومة في الجلسة العلاجية من خلال الانسحاب وعدم التفاعل، لأن الاستجابة اللفظية جزءاً من المعالجة هي سمة العلاج التدميمي؛ فالمعالج لا ينتظر الأشياء حتى تتكشف إذا كان المريض صامتاً. لذلك فإن دعم المقاومة قد يزيد قلق المريض. وعندما يكون المريض صامتاً أو لا يستجيب لمقولات المعالج التي طرحها هي المشكلة الأساسية، فقد تكون هذه مسألة مرتبطة مباشرة بالمريض لعدم قدرته على التفاعل اللفظي الذي يرغب بأن تكون معالجة المعالج له بطريقة غير مباشرة، أو عن طريق التحول إلى موضوع آخر تماماً. وهنا، يجب أن يكون المعالج

في حالة تأهب وقادراً على استباق حدوث أي مشكلة في التدخل العلاجي وتجنبه. والمعالج يجب أن يقرر إذا كان من الضروري أن يتدخل من خلال المواجهة المباشرة أو غير المباشرة بالوسائل الكافية، ويجب عليه دائماً تقدير ذلك من خلال التأمل، ويقرر بعد ذلك إن كان المريض لا يرغب في المشاركة في طرح المشكلة بصورة تفصيلية (Robbins, 2000).

٥- **التحويل أو الطرح المقابل: Countertransference** "المطلوب من المرضى إخبار المعالج ماذا يريدون الحديث عنه، وهذا يتطلب طاقة من المعالج للتفاوض بلباقة وإدارة التحويل مقابل التفاوض بينه وبين المريض " (Clever and Tulsy 2002, . 893).

٦- **تعريف تحويل المواجهة:** عندما يناقش المعالج تحويل أو طرح المواجهة، من المهم عندئذ التمييز بين ردود الفعل الانفعالية لسلوك المريض التي هي نتيجة لقضايا المعالج، وردود فعل انفعالية التي هي بمثابة استجابة المعالج لمحاولة إثارة استجابات لاشعورية لدى المريض وقد تكون مظهراً من مظاهر تحويل قادم من العالم الداخلي للمريض. فالنوع الأول من النقل أو تحويل المواجهة يمكن وصفه بالنظرة الضيقة أو الكلاسيكية عندما يقوم المعالج بنقل المواجهة إلى المريض حول موضوعات ذات الصلة. أما عندما يفتر المعالج إلى الخبرة أو يكون نوع العلاج ليس مفيداً لمشكلة المريض، عندئذ يكون المعالج يسير في طريق لتحديد مشاعر سيئة عن المريض، وهذا يزيد من مقاومة المريض، وهنا يصبح المعالج والعلاج غير فعال في نظر المريض.

٧- **التعامل مع انخفاض القيمة:** يتم تخفيض القيمة من قبل المريض عندما تكون الخبرة مؤلمة، وهي خبرة متكررة لدى المعالجين في أثناء العمل مع المرضى الذين لديهم سمة شخصية حدية أو نرجسية. والاستجابة التكيفية للمعالج في هذا الموقف هي في محاولة حصول المريض على فهم استجابة المعالج كاستجابة مفيدة ومتسقة وأهداف العلاج بدلاً من أن تكون انتقامية (Robbins 2000).. ويجب على المعالج أن يربط بين أثر ردود نقل المواجهة مع الهجوم بما في ذلك الغضب لعرض المريض لنرجسيته.

وأخيراً ، نقدم الشروط الخاصة بالعلاج التدعيمي، وما يجب أن يعمل وما لا يجب، إضافة إلى مفردات الالتزام بالعلاج التدعيمي المختصر كما أشار إليها ماركوويتز وآخرون (Markowitz, et al, 2005)، وذلك على النحو الآتي:

أولاً-الأمر الواجب العمل بها من قبل المعالج التدعيمي والأمر التي لا قيمة لها، وذلك كما يوضحها الجدول (١٣) التالي:-

لا تعمل	تعمل
حل مشكلة المريض	تكوين ارتباط انفعالي بالمريض
بناء الجلسة	اتباع الأثر والمشاعر
أن تكون نشيطاً في الجلسة	اترك المريض على سجيته
تفسير التحويل أو النقل	بناء التحالف
عمل الواجبات المنزلية	التأكيد على نقاط القوة للمريض
تفسير مشاعر المريض وعدم مقاطعة مشاعره	تشجيع التنفيس الانفعالي لدى المريض

ثانياً -الالتزام بالعلاج التدعيمي المختصر:

- ١-عندما تكون المشاعر الشخصية مثارة لدى المريض، فإن ذلك يسهل للمعالج مناقشتها مع المريض دون أن يقدم إطاراً نظرياً لذلك.
- ٢-ينقل المعالج إحساساً بأنه غير حكمي، وعليه أن يدعم أي مناقشة يرغب المريض بطرح موضوع لها.
- ٣-دور المعالج حول اهتمامات المريض كوسيلة لتسهيل مناقشة المريض عن هذه الاهتمامات.
- ٤-يقدم المعالج التشجيع دون إطار نظري(عليك ضبط أعراض الاكتئاب).
- ٥-يربط المعالج ما دار في الجلسة الماضية إلى الجلسة الحالية وخصوصاً الموضوعات المهمة.
- ٦-تجنب تقنيات محددة، مثل تحليل الوضع Situation analysis.

نموذج حالة لاضطراب ما بعد الصدمة

وليام هو ضابط في الشرطة يبلغ من العمر (٤٤) عاماً، يعاني من القلق، ومشاعر الاكتئاب، وعدم القدرة على العمل، والصعوبة في التمتع بأي شيء في حياته، وهو طويل القامة، مفتول العضلات. في الجلسة الأولى، قال: إنه مؤخراً اكتشف بأن لديه تجربة مؤلمة. الجلسة الأولى:

المعالج: ما يزعجك؟

وليام: لقد كان الكثير من المشكلات لديّ؛ لا أستطيع أن أعمل أي شيء حيالها، لا أستطيع النوم نتيجة لذلك. وأنا لا أتمتع بأي شيء في حياتي بعد الآن. (يذكر شكاوى متعددة).
المعالج: لذا كنت تواجه مشكلة في العمل والنوم، وليس الحصول على المتعة والراحة في حياتك. منذ متى بدأت الصعوبات لديك؟ (تلخص الوثيقة ومحاولات لمعرفة متى بدأت الصعوبات لدى وليام؟).

وليام: حوالي ستة أشهر، لكنها أصبحت أكثر سوءاً خلال الشهرين الماضيين.
المعالج: أرى أن مشكلاتك بدأت قبل ستة أشهر. ماذا حدث في حياتك في ذلك الوقت؟ (يبدأ في التركيز على بداية المرض).

وليام: حدث قبل فترة. عندما أرسلت إلى هناك مع ثلاثة من رجال شرطة آخرين. كان الحدث فظيماً، ما زلت لا أستطيع تصديق ما حدث. (يبدأ في الحديث عن الأحداث المؤلمة التي وقعت في ١١ سبتمبر ٢٠٠١).

المعالج: من المهم أن نذهب إلى هذا بشيء من التفصيل، هل بإمكانك أن تخبرني ماذا حدث عندما وصلت إلى مركز التجارة العالمي؟ (محاولات للحصول على تفاصيل الحدث الصادم وتأثيرها على وليام).

وليام: قيل لي أن انتظر في الخارج، وذهب بعضهم الآخر ولم يخرجوا أبداً. خرج. . . . وكان ينبغي أن يكون هناك معهم. [يبدأ في البكاء] (هل العاطفة الجياشة، أم الشعور بالذنب؟)
المعالج: هذا أمر صعب للغاية بالنسبة لك. (يستجيب بطريقة تعاطفية).

توضح هذه المحادثة القصيرة جزءاً من عملية تقييم المريض الذي هو في حالة الأزمة، ولديه اضطراب ما بعد الصدمة. في المدة المتبقية للتقييم، يكتشف المعالج مشاعر الذنب عند وليام في البقاء خارجاً، في حين ذهب زملاؤه إلى داخل المبنى، وقد أصبح لديه مستوى من القلق، والاكتئاب.

وقد يتم فحص الوضع العائلي الحالي لوليام، وكذلك التاريخ الشخصي، حيث أظهر المعلومات التالية:

كان وليام قلقاً للغاية ولديه خبرات صادمة كثيرة. وقال: ذهب جئته وإياباً إلى منزله والتفكير باستمرار حول ما حدث له في ١١ سبتمبر. وأصبح لديه ردود فعل مفاجئة لضوء صاخبة،

لها ذكريات الماضي حول انهيار المبنى، والناس يقفزون، ورؤية زوجته وابنه. لدى وليام كوابيس تجنبه من النوم. وقال إنه لم يعد يستطيع التركيز، لا يملك إلا القليل من الطاقة، ويشعر بالعجز، وأنه لم يعد يتمتع بأي شيء في حياته، ولم يتمكن من العودة إلى العمل، ويحاول تجنب أي شيء قد يذكره بأحداث ذلك اليوم المشؤوم.

لذلك كان الأهم في هذه الجلسة، إنشاء التحالف العلاجي القوي، وهناك عدد من الأساليب المنهجية للتدخل في الأزمات.

الأساليب المنهجية للتدخل في الأزمات هي أولاً تقدير ضغوط العمل، وسلامة المريض، وبناء علاقة، والأمل، والتدخلات الداعمة، والإجراءات والخطط الإيجابية. فأهمية التقييم وبناء العلاقة وتعزيز الأمل هي مهمة في كل أشكال العلاج النفسي، وهي عوامل رئيسة في تعزيز التحالف العلاجي، والذي يعد أفضل مؤشر لنجاح العلاج النفسي.

الجلسة الثانية:

توضح عملية العلاج التدميمي على نطاق واسع لنهج التدخل في الأزمات. وقد تبدأ في إعطاء الجرعة تدريجياً لزيادة مستوى الوعي لدى المريض في أثناء التدخل العلاجي. في الجلستين القادمتين موجهتين على نحو رئيسي إلى تشكيل التحالف العلاجي الآمن والإيجابي من خلال استخدام التدخلات التدميمية.

وليام: زوجتي أخبرتني بأنني لا أهتم بها بعد الآن، أنا اتجاهلها ... ولكن لا أشعر برغبة في فعل أي شيء... وأنا لا أشعر بالكلام. (يبدأ بالشكوى عن زوجته بدلاً من الاستمرار مع الحدث الصادم، وقد يكون هذا رد فعل دفاعي).

المعالج: الأسبوع الماضي في أول لقاء لنا، اكتشفنا ما حدث لك في ذلك اليوم الرهيب، وشيئاً عن حياتك الماضية، وقليلاً حول علاقتك بزوجتك وابنك. دعنا نلقي نظرة على العلاقة الحالية بزوجتك.

وليام: قد لا أكون مستعداً في الوقت الحالي).

المعالج: لذلك، فمن الصعب عليك أن تتحدث. ربما هناك بعض الأشياء التي سيكون من الأسهل بالنسبة لك للحديث عنها. (يرد بطريقة تعاطفية، ويسأل وليام التركيز على المجالات التي هي أقل إيلاماً، استفرار القلق، التناقض).

وليام: من الصعب أن نتحدث عن ١١/٠٩ . . . ولكن أحب أن أتحدث عن ابني، أشياء أرغب بالقيام بها في منزلي ... والحديقة....

الجلسة الثالثة:

قرر المعالج أن العلاقة العلاجية الجيدة التي قد تم تأسيسها خلال الجلسات الثلاث الأولى لويليام كانت دافعة لاستمرار العلاج. لذلك؛ فعلاج التعرض ضمن إطار داعم يسعى الآن لتمكين المريض من البوح عن تجربته المؤلمة:

المعالج: اعتقدت أننا قد نعود ونستكشف ما حدث لك في ١١/٩. إذا كان لنا أن ننظر في خبرتك معاً، ينبغي أن نساعدك على التعامل بشكل أفضل مع حالتك، والمضي قدماً في حياتك. كيف تشعر حيال ذلك الآن؟ (يسأل عن اتفاق وليام لاستكشاف خبرته المؤلمة. يسأل عن اتفاق تشكيل تقنية داعمة لإعداد جدول الأعمال.

وليام: إذا كان بإمكانك أن تساعدني. .. أعتقد أنني أكثر استعداداً.

المعالج: من الجيد أن تشعر بأنك مستعد وقادر على المضي قدماً. دعنا نعود إلى ذلك اليوم عندما ذهبت إلى مركز التجارة العالمي، هل أنت موافق؟
وليام: موافق.

الجلسة الرابعة:

تبدأ الجلسة بمناقشة مستوى قلق المريض خلال المدة الفاصلة بين الجلسات. وهذه المعلومات مهمة، لأنها تهدف إلى الحفاظ على مستوى القلق عند أدنى مستوى ممكن. وليام يدل على أنه لم يخبر قدراً كبيراً من القلق.

المعالج: هل تشعر الآن أنك على استعداد لمواصلة استكشاف ما حدث؟ (لمعرفة ما إذا كان وليام مستعداً لمواصلة التعرض للعلاج. مرة أخرى يستخدم تقنية داعمة لجدول الضبط).
وليام: نعم .. أستطيع الاستمرار.

المعالج: هل لديك القوة والمرونة. دعونا نقدم النقاط الأساسية التي تحدثنا عنها حينما غادرنا الجلسة الماضية: بعد ما رأيت زوجتك وابنك. هل هذا جيد؟ (تقديم تدخل داعم ثم يستأنف التقييم عن خبرة وليام المؤلمة).

وليام: نعم، بدأت أدرك أنني ربما لم أكن ميتاً، وبدأت ابتعد عن الأشياء التي تؤلمني
(يستمر دون صعوبة كبيرة)

المعالج: إذن أنت بدأت تدرك أنك لم تكن ميتاً، ورأيت كيف؟

وليام: شعرت بعض الراحة فكرت، والحمد لله، أعتقد أنني على ما يرام. ثم نهضت ورأيت امرأة على ركبتها، كانت تنزف من فروة رأسها. لقد ساعدتها وحملتها إلى منطقة الإنقاذ.
المعالج: رغم وجود أفكار في ذهنك، إنك تعتقد أنك كنت ميتاً.

في وقت سابق لبضع دقائق، كنت قادراً على سحب امرأة من تحت الأنقاض وإنقاذها! (عروض الشاء والتعبير عن الامتتان والإعجاب علنحو واضح للوضع الذي قام به في إدارة الحوادث).

مراحل العلاج

البداية:

خلال بداية العلاج، دفع المعالج اهتماماً خاصاً لدعم تشكيل التحالف العلاجي، لأن مثل هذا التحالف يزيد من احتمال أن يبقى المريض في العلاج، وسوف يكون له نتائج جيدة. فخلال الجلسات القليلة الأولى يجب على المعالج محاولة التوصل إلى فهم معقول لشكاوى وهدف المريض وأعراضه، واكتساب معرفة عملية للمستوى العام للمريض ووظيفة الأنا، وكذلك نقاط القوة على التكيف والعجز. من هذه البيانات التي يجمعها المعالج لصياغة القضية وافترض مجالات العجز الحادة والمزمنة في العمليات الدفاعية والمهارات التكيفية لدى المريض. كما يحصل المعالج على معرفة المريض بشكل أفضل، فإنه بذلك يصقل فهم المريض للعمل. وقد تستغرق هذه المرحلة مدة طويلة من الوقت من أجل أن يطور المعالج فهماً واضحاً للقضايا عن المريض الذي يعاني من ضعف معرفي بسبب الذهان، أو التفكير الاستحواذي الشديد، أو اضطراب المزاج، أو مع المرضى الذين يعانون القلق أو اضطراب الهوية. لذلك يركز المعالج في هذه المرحلة على بعض التفاصيل:

أولاً- المقابلة التمهيديّة، وتتضمن:

أن يشرح للمريض الأساليب التي يتم استخدامها، والمدة التي يستغرقها العلاج ونفقاته، وحدود الجلسات العلاجية ومدتها، وتحديد مشكلات المريض، وبناء العلاقة التعاطفية بالمريض القائمة على التقبل والاحترام.

وقد يتم فحص المرضى قبل التدخل للتأكد من أن الأهداف وتوقعات المريض والبرنامج متوافقة مع حالة المريض. ويكون ذلك مكتوباً في العقد العلاجي للتفاهيم بين المريض والمعالج. هذا الاتفاق هو خطوة مهمة نحو ضمان استدامة البرنامج وجودة الخدمات. ويشمل الاتفاق غالباً على العناصر أدناه.

- ١- معلومات تعريفية: هذا يحدد ببساطة اسم المريض وعنوانه ورقم هاتفه.
- ٢- التنازل عن المسؤولية/ تنويه: يحدد هذا القسم نية المريض الالتزام بالتعليمات والإجراءات والمبادئ التوجيهية.
- ٣- طبيعة الخدمات: تصف المسؤوليات الخدمية الأساسية، وتوفير المعلومات الدقيقة حول العلاج بموضوعية .
- ٤- السرية: تحدد هذه الفقرة التزام المرضى في الحفاظ على السرية لجميع البيانات والاستخدام المناسب منها في الحالات التي تستدعي البوح بها.

المراحل المتوسطة Middle Stages

يعد العلاج النفسي التدميمي بمثابة الأساس لتلقي العلاج بدلاً من أن يكون وسيلة للتغيير (Hellerstein et al. 1998). ومن ثم، فإن المعالج يراقب التحالف العلاجي بالمريض في أثناء العلاج ومحاولات لتحسين هذا التحالف باستخدام نفس الاهتمام الذي يستخدمه في الجلسات الأولى. هذا النوع من التناغم العلاجي للمريض يسهم في تجربة المريض بأن يكون مفهوماً ومدعماً من خلال تعامل المعالج معه. وفي المرحلة المتوسطة من العلاج، إذا كان العلاج يسير جيداً، من ابتداء المريض بقبول أن المعالج قادراً حقاً على فهمه وتقديم الدعم له.

وهنا يقوم المعالج باتباع الاستراتيجيات الضرورية للعمل للتخفيف من مشكلاته المختلفة، ويمكن إبراز أهمها في الآتي:

- ١- التوجيه: يلعب التوجيه دوراً مهماً في حل مشكلات الفرد الخاصة بالتعليم أو المهنة أو في حياته الزوجية، وكذلك علاقاته مع الناس. ويأتي التوجيه ضمن الفئات الآتية أو الأصناف التالية: الصحة، العلاقات الاجتماعية، التاريخ الاجتماعي، الإرشاد، عملية التعلم.

ويتركز التوجيه هنا، حول مشكلة معينة يحتاج الفرد إلى المساعدة فيها، وذلك للحد من مشكلة تفرقه تحول بينه وبين التكيف وتؤثر على نشاطه اليومي.

٢. **ضبط التوتر:** تعني حالة التوتر شعوراً بالشدة والإجهاد وتؤدي إلى اختلال التوازن لتهيئة المريض لتغيير سلوكه لمواجهة عامل مهدد في الموقف. ويقتزن التوتر بالعوامل الانفعالية في الشخصية، ويمكن اعتباره حالة شعورية إذا كانت المشاعر المرتبطة به من قلق وعدم الرضا متجهة نحو جانب معين من الموقف ونحو تحقيق أهداف في هذا الموقف يدركها المريض ويعيها، وذلك لضبط التوتر الذي يستطيع أن يتعلم أو يتقن الفنيات الآتية:

- . الاسترخاء الذاتي.

. التنويم المغناطيسي الذاتي.

. العلاج بالاسترخاء.

. التأمل.

٣ - **الإيحاء بأهمية الشخص:** طريقة معروفة من قديم الزمان، ويهدف المعالج من خلالها إلى إشعار المريض بأهميته؛ ففي كل علاقة علاجية نجد أن الإيحاء يسهم إسهاماً مهماً في عملية العلاج، وكلما كان المعالج يمثل للمريض مركزاً يبدو فيه متسلطاً عليه، كان من الممكن استعمال الإيحاء في إزالة بعض الأعراض المرضية. ويرى بعض المعالجين أنه يمكن إزالة بعض الأعراض المرضية عن طريق الإيحاء بقوة الفرد وأهميته، الأمر الذي يكون له أثر في تعديل الشخصية كلية، وليس فقط بتعديل الأعراض وحدها. وهكذا، تعود شخصية الفرد بعد زوال الأعراض إلى أداء سلوكه بطريقة سليمة سوية. فالفرد الذي يعاني من اللزمات الهستيرية، إذا أمكن علاجه منها عن طريق الإيحاء بأهمية شخصيته، فقد تتغير أساليب توافقه تغييراً كبيراً لدرجة تسمح له بأن يعود مرة ثانية إلى التفاعل الاجتماعي بعد أن كان يخل من الاتصال بغيره.

٤ - **الإقناع:** يستعمل العلاج بالإقناع على أساس أن لدى المريض قوة داخلية تساعد على أن يعدّل من اضطرابه الانفعالي من طريق الفهم والمنطق. والإقناع ليس إلا عرضاً أو فكرة على شخص يكون مشغوعاً في الوقت نفسه بما يعد في نظره أساساً معقولة تسوغ قبوله.

٥ - **تناول البيئة بالتغيير:** يرى المعالج أحياناً أن تغيير أو تعديل البيئة التي أسهمت في مشكلة المريض مسألة لازمة، وفي ذلك يستعين دائماً بالعاملين في الخدمة الاجتماعية والنفسية لتعديل ظروف البيئة التي تتضمن: النواحي المالية، السكن، الزواج، الأولاد، العمل، وسائل الترفيه... الخ.

٦ - **التشجيع:** يجب على المعالج تشجيع المريض على التكيف ومواجهة الواقع والصمود أمام الضغوط.

٧ - **المعاضدة والتدعيم:** أي الاهتمام بأعراض المريض ومشاركته دون انفعال واضح، وأنه ثمة من يستطيع فهم شكواه.

٨ . **التنفيس الانفعالي:** يكون التنفيس لكل مشكلات المريض، وانفعالاته ومخاوفه وشعوره بالذنب أو تأنيب ضمني، لأن التعبير عن هذه الإحساسات يجعله ينظر إليها بطريقة موضوعية أخرى.

٩ . **الخبرات الانفعالية:** يأتي ذلك بإقامة علاقة تقدير بين المعالج والمريض الذي لا يصح أن يعلق أو ينفذ تصرفات الأخير، ويجب على المعالج ألا يأخذ موقفاً سلبياً في بدء العلاج، وألا يتسرع في إعطاء النصيحة أو إبداء الحكم على موقف ما، لأنه مع مناقشته للمريض سيتخذ الأخير الحل المناسب، ومن ثم يكون قد بدأ الاعتماد على ذاته واتخاذ قراراته بنفسه دون تردد. وهذه المرحلة ليست منفصلة عن العلاج بل قيمتها تتوقف عن تقييم ما حدث، وهل يشعر المريض بالتحسن فعلياً، وأن معاناته أصبحت أقل من الماضي. لذا، فعلى المعالج عدم الاهتمام بالاستبصار وتحسنه أو فهم المريض لطبيعة حالته طالما خفت معاناته وتحسن التخفيف من اضطرابه.

المرحلة الأخيرة: الإنهاء

عملية الإنهاء الرسمي ليست جزءاً من العلاج النفسي التدعيمي. فالعلاج قد ينتهي عندما يتم تحقيق أهداف العلاج أو عندما المريض يرفض عدم الاستمرار. إذا اعتقد المعالج أن القرار لوقف العلاج هو نتاج اضطراب وظيفية الأنا (على سبيل المثال، جنون العظمة)، أعراض (اليأس)، أو خلل المهارات التكيفية (عدم القدرة على إدارة الجلسات المنتظمة)، ومحاولات المعالج دون مجادلة لاستكشاف المشكلة. حتى عندما يكون المعالج لديه فرضية أن المتغيرات

النفسية حول دوافع المريض يجب أن تكون متوازنة. هذه الفرضية ضد اقتراح العلاج النفسي التدعيمي، وأن المريض هو حر لوقف العلاج عندما يرغب. وقد يكون إنهاء العلاج أيضاً بسبب عوامل خارجية مثل نقل أو حدوث أمر طارئ في حياة أخرى يفرض حداً للعمل الحالي. في نهاية العلاج، تتلخص المكاسب ويتمحور العمل دون زيارات منتظمة من طرف المريض للمعالج. ومن المهم بالنسبة للمريض التفكير في قدرته على أنه قادر على تحقيق التوافق المطلوب.

ملخص واستنتاج

أخيراً، يمكن القول: إن العلاج التدعيمي (Supportive psychotherapy (ST هو العلاج الموحد (المعير) الذي يشجع المريض على التعبير عن مشاعره وأفكاره، وتقييم حياته، وخصوصاً أولئك الذين يعانون من اضطرابات مزمنة، مثل الذهان، والسكري وغيرها، ويمكن أن تؤثر على نحو كبير على جوانب حياتهم الأساسية، مثل الجوانب الاجتماعية والمالية والمهنية والترفيهية. وهذه المشكلات يمكن أن تؤثر تأثيراً سلبياً على حياتهم، حيث يشعرون نتيجة لذلك بالإحباط والعجز والاكتئاب، والاعتماد على غيرهم. والفرضية الرئيسة التي تكمن وراء العلاج التدعيمي (ST)، هي أن يقدم العلاج للمرضى الذين يتأثرون بمشكلاتهم الصحية والنفسية والاجتماعية لتوضيح كيف تؤثر هذه المشكلات على حياتهم. وهذا النوع من العلاج قد يؤدي إلى نوع من التقاهم مع أنفسهم وقبول ظروفهم. إن واحداً من أهداف هذا العلاج لديه آثار مفيدة على المدى البعيد لحسن التعامل مع مشكلاتهم، مثل مرض السكري على سبيل المثال، ومن خلاله يستطيع المرضى تحديد ما إذا كانت هذه العملية للتعبير عن مشاعرهم حيال مرضهم. عموماً، يمكن أن تؤثر على سلوكيات الرعاية الذاتية، مثل تناول الطعام الصحي، وخفض مستويات أعراض السرطان، والمخاوف النوعية والقلق الاجتماعي، والاعتراب النفسي. لذا، نضع في اعتبارنا أن هناك العديد من الأساليب العلاجية والتعليمية لمساعدة الناس على إدارة الأمراض المزمنة، علاوة على الاضطرابات النفسية.

أسئلة مراجعة

ما هو العلاج التدعيمي، وما الأرضية النظرية التي يستند إليها؟
- ما الفرق بين العلاج التدعيمي والعلاج الداعم؟

- ما الأهداف العامة للعلاج التدعيمي؟
- ما مبادئ العلاج التدعيمي التي يستند إليها؟
- ما المبادئ الأساسية وعناصر العلاج التدعيمي؟
- ما إجراءات التدخل في هذا النهج العلاجي وفقاً للاستراتيجيات العلاجية التي يتبناها؟
- صمم برنامجاً علاجياً أو إرشادياً قائماً على نظرية العلاج التدعيمي في خفض الأعراض النفسية لمرض السكري.

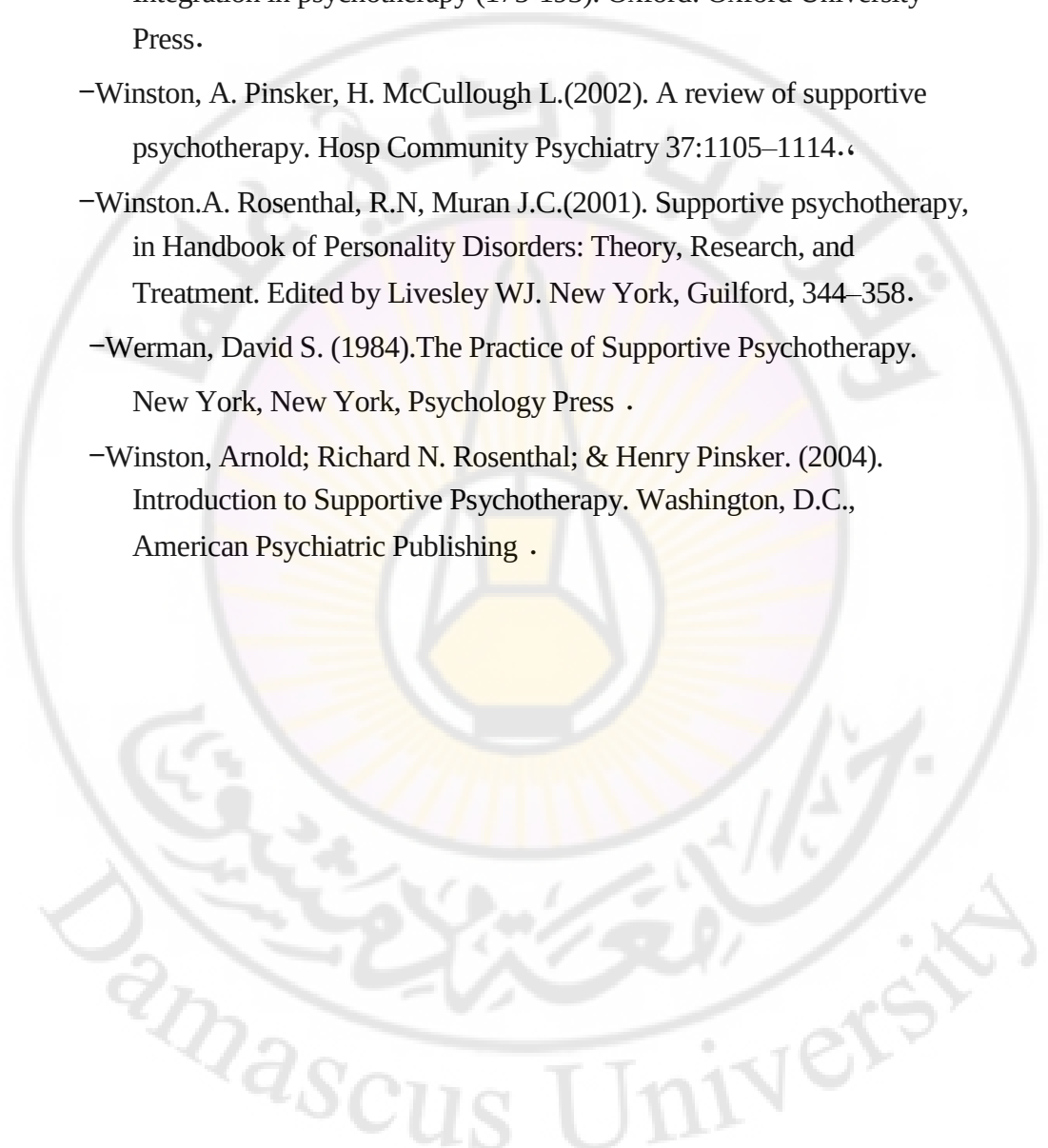


مراجع الفصل

- غانم، محمد حسن (٢٠١٠). اتجاهات حديثة في العلاج النفسي، مكتبة الكتب العربية الالكترونية. WWW.Kotobarabia.com
- نوفاليس، بيتر؛ بيل، روجر (١٩٩٨). العلاج النفسي التدعيمي، ترجمة لطفي فطيم وعادل الدمرداش. القاهرة: لمجلس الأعلى للثقافة، المشروع القومي للترجمة.
- Alan, Meaden. & Susie, Van Marle. (2008).When the going gets tougher: the importance of long-term supportive psychotherapy in psychosis, Advances in Psychiatric Treatment (2008), vol. 14, 42–49.
- Alanen, Y. O. (1997).Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment. Karnac -American an Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM–IV). APA .
- Appelbaum, Ann (2008). "Supportive Psychotherapy for Borderline Patients". Social Work in Mental Health 6: 145–155.
- Battaglia j .(2007).5 keys to good results with supportive psychotherapy Current Psychiatry. ;6(6):27-34 .
- Beutler LE, Moleiro C, Talebi H. (2002a).Resistance in psychotherapy: what conclusions are supported by research. J Clin Psychol 58:207–217.
- Bellack AS, Mueser KT .(1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. Schizophr Bull 19:317–336.
- Beres, D.(1956). Ego deviation and the concept of schizophrenia, in The Psychoanalytic Study of the Child, Vol 11. New York, International Universities Press, pp; 164–235.
- Clever S.L, Tulskey J.A. (2002).Dreaded conversations: moving beyond discomfort in patient-physician communication. J Gen Intern Med.; 17:893–

- Davenport, D. S. &Chen, S. W. (2006). Cognitive-behavioral therapy with Chinese American clients: Cautions and modifications. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 42, 101-110.
- Dewald PA .(1994).Principles of supportive psychotherapy. *Am J Psychother* 48:505– 518 .
- Douglas C .J. (2008).Teaching supportive psychotherapy to psychiatric residents. *Am J Psychiatry*; 165:445–452.
- Fenton, W.S. (2000).Evolving perspectives on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1):47-72
- Frank, J. D. (1982) Therapeutic Components Shared by All Psychotherapies. American Psychological Association.[http://www.caps.utoronto.ca/Services-Offered/Individual Psychotherapy/Supportive-Psychotherapy.htm](http://www.caps.utoronto.ca/Services-Offered/Individual-Psychotherapy/Supportive-Psychotherapy.htm)
- Hellerstein. D.J, Pinsker .H. Rosenthal. R.N, et al.(1994).Supportive therapy as the treatment model of choice. *J Psychother Pract Res*; 3:300–306.
- Litz B.T., Engel C.C., Bryant R.A., Papa A. (2007) ."A randomized, controlled proof-of-concept trial of an Internet-based, therapist-assisted self-management treatment for posttraumatic stress disorder." *Am J Psychiatry*; 164:1676–1683.
- Margison, F. (2005). Integrating approaches to psychotherapy in psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 972–981 .
- Markowitz JC, Kocsis JH, Bleiberg KL, Christos PJ, Sacks MH: A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for “pure” dysthymicpatients. *J Affect Disord* 2005; 89:167–175.
- Messer, S.B.(2002). A psychodynamic perspective on resistance in psychotherapy: vive la résistance. *J Clin Psycho.l* 58:157–163.

- Misch .A.Donald. .(2000).Basic Strategies of Dynamic Supportive Therapy, J Psychother Pract Res. 2000 Fall; 9(4): 173–189.
- Novalis .P.N. & Rojcewicz. S.J. (1994). Peele R: Clinical Manual of Supportive Psychotherapy. Washington, DC, American Psychiatric Press .
- Pinsker. H. A. (1997).Primer of Supportive Psychotherapy. Hillsdale, NJ, the Analytic Press .
- Robbins, B.(2000). Under attack: devaluation and the challenge of tolerating the transference. J Psychother Pract Res. 9:136–141 .
- Robbins, M.S, Liddle. H.A, Turner. C.W ,Dakof .G.A, Alexander J.F, Kogan SM. (2006).Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. Journal of Family Psychology; 20:108–116.
- Roberts, G. & Wolfson, P. (2006). New directions in rehabilitation: learning from the recovery movement. In Enabling Recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry (Eds G. Roberts, S. Davenport, F. Holloway, et al), pp. 18–37.
- Rockland, L.H.(1989).Supportive Therapy: A Psychodynamic Approach. New York, Basic Books.
- Sjoqvist, S.(2007).On the History of Supportive Therapy, Nordic Psychology, 2007, 59 (2) 181-188.
- Strupp, H.H. Hadley. S.W. & Gomes-Schwartz. B. (1979).Psychotherapy for better or worse: The problem of negative effects. New York: Aronson..
- Ursano, R.J, Silberman EK (1999). Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, andsupportive psychotherapy, in The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry, 3rd Edition. Edited by Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. Washington, DC, 1157–1183.

- 
- A large, faint watermark of the Damascus University logo is centered in the background. It features a circular emblem with a yellow sunburst in the center, surrounded by Arabic calligraphy. The words "Damascus University" are written in a serif font along the bottom arc of the circle.
- Van Marle, S. & Holmes, J. (2002). Supportive psychotherapy as an integrative psychotherapy I J. Holmes & A. Bateman (Eds.), Integration in psychotherapy (175-193). Oxford: Oxford University Press.
 - Winston, A. Pinsker, H. McCullough L.(2002). A review of supportive psychotherapy. Hosp Community Psychiatry 37:1105–1114.
 - Winston.A. Rosenthal, R.N, Muran J.C.(2001). Supportive psychotherapy, in Handbook of Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. Edited by Livesley WJ. New York, Guilford, 344–358.
 - Werman, David S. (1984).The Practice of Supportive Psychotherapy. New York, New York, Psychology Press .
 - Winston, Arnold; Richard N. Rosenthal; & Henry Pinsker. (2004). Introduction to Supportive Psychotherapy. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing .

الفصل السابع

برامج الإرشاد المدرسية الشاملة

التعريف ببرنامج الإرشاد المدرسي الشامل

فلسفة البرنامج

أهداف البرنامج

فوائد البرنامج الإرشادي الشامل

معايير برامج الإرشاد الشامل في المدرسة

نظام التوزيع في البرنامج الشامل

خطوات تنفيذ البرنامج

العناصر التي تُكوّن فاعلية البرنامج

تصميم وتنفيذ البرنامج وتنفيذه.

تقويم البرنامج وتقييمه وعوائق التقييم

ملخص واستنتاج

أسئلة مراجعة



الفصل السابع

برامج الإرشاد المدرسية الشاملة

يهدف هذا الفصل إلى ما يلي:

- التعريف ببرامج الإرشاد المدرسية الشاملة.
- التمييز بين البرامج التقليدية والبرامج الشاملة.
- الأسس التي تقوم عليها برامج الإرشاد الشاملة في المدارس.
- تشكيل فريق البرنامج الإرشادي الشامل.
- محتوى برنامج الإرشاد المدرسي الشامل.
- معايير برامج الإرشاد الشاملة في المدارس وكيفية تصميمها وتقييمها.

إن التوجيه والإرشاد النفسي لا يمكن فصله عن العملية التربوية، إذ إن هذه العملية هي في أمس الحاجة إلى خدمات التوجيه والإرشاد النفسي، وذلك بسبب الفروق الفردية بين طلبة المدرسة، واختلاف المناهج، وازدياد أعدادهم، وكذلك المشكلات السلوكية والأكاديمية والاجتماعية والنفسية لدى بعض منسوبي المدارس على اختلاف مراحلهم التعليمية. لذلك، فبرامج الإرشاد المدرسي الشاملة التي بصدد الحديث عنها هنا، تعتمد في تصميمها على المنهج النمائي والوقائي، وتعكس أسلوباً شاملاً لإدارة البرنامج وإنجازه، ومسؤوليات القائمين عليه. وقد تم تصميمها للتأكد من أن كل طالب سوف يحصل على فوائد كثيرة منه. وتاريخياً، قضى العديد من مرشدي المدارس الكثير من وقتهم للاستجابة لاحتياجات نسبة صغيرة من الطلاب الذين يعانون من مشكلات تتعلق بالتوافق المدرسي على المستوى الأكاديمي والشخصي والاجتماعي، إلا أن النتائج في كثير من الحالات تكون مخيبة للآمال. بينما برامج الإرشاد النفسي المدرسية الشاملة فإنها توفر خدمات مباشرة أو غير مباشرة لجميع الطلاب في المدرسة من أجل تحسين مهاراتهم وقدراتهم وصفاتهم الشخصية الإيجابية في البيئة

المدرسية وخارجها وتعزيزها.

إن برامج الإرشاد المدرسية الشاملة توفر إطار عمل لتشجيع وتعزيز أفضل الممارسات التي يقوم بها المرشد المدرسي، من خلال خلق وحدة من التنوع لبرنامج الإرشاد، والذي يعد مرجعية لتحسين برامج الإرشاد في المدارس. وتهدف هذه البرامج إلى: دمج أفضل الممارسات الإرشادية لتطوير نموذج وقاية شامل لجميع الطلاب في المدارس، إضافة إلى إنتاج نموذج فعال قابل للتقييم والتعديل في ضوء احتياجات طلبة المدارس، وتوفير لغة مشتركة بين المرشدين في المدارس حول أدوار المرشد المدرسي وما يقوم به من إجراءات لتحسين مستوى الطلاب أكاديمياً ومهنياً وشخصياً. بمعنى آخر، وجود خطة عمل ومنهج مشترك يتفق عليها جميع المرشدين العاملين في حقل الإرشاد المدرسي، فإذا افترضنا جدلاً أن العديد من المرشدين في مدارسنا اليوم لديهم تخصصات ومهارات وخلفيات ثقافية ونقاط قوة متباينة. وهذا التنوع قد يسبب ارباكاً وصراعاً فيما بينهم حول كيفية ممارسة الإرشاد في المدارس في ضوء تصوراتهم وقدراتهم وخلفياتهم التعليمية والتدريبية، ومع ذلك، فإن هذه البرامج تقدم رؤية شاملة وموحدة لتطبيق خدمات الإرشاد في المدارس. لذلك، يمثل البرنامج الشامل أداة تنظيمية لتحديد أولويات عناصر خطة إرشادية لجميع طلبة المدارس بدءاً من المرحلة الابتدائية وحتى الجامعية وترتيبها، فهو يصف مكونات البرنامج، وآليات التنفيذ، والتقييم، والتطوير. ويسعى إلى تحقيق النجاح الأكاديمي والشخصي والاجتماعي لتحفيز دافعية الطلبة للتعلم، ونمو مهاراتهم الشخصية والاجتماعية.

والغرض من البرنامج هو نقل مهارات وفرص التعلم بطريقة وقائية، وضمان جميع الطلبة لتحقيق النجاح في المدرسة، من خلال تنفيذ هذا البرنامج في الفصول الدراسية أو في ورشات العمل خارج أوقات العمل المدرسي، وبالتنسيق مع المهتمين بهذا الجانب من الأفراد والمؤسسات الاجتماعية لتنمية وتطوير أربعة مجالات أساسية، هي: المجال الأكاديمي، المتمثل في إكساب الطلبة المعارف والمهارات والخبرات التي تسهم في التعلم الفعّال في المدرسة، بتوظيف الاستراتيجيات لتحقيق النجاح في المدرسة. أما المجال المهني، فيتضمن إكساب الطلبة المهارات والمعارف اللازمة لتحقيق أهداف مهنية والسعي إلى تحقيقها في المستقبل. أما المجال الشخصي/ الاجتماعي، فيتمثل في إكسابهم المعارف والمهارات

الشخصية والاجتماعية التي تساعدهم في التوافق الشخصي والاجتماعي بالمدرسة وخارجها، وذلك من خلال احترام الذات والآخرين.

تعريف ببرنامج الإرشاد المدرسي الشامل

تم عرض خدمات الإرشاد المدرسي جزءاً من برنامج النمائي والشامل، ويتناول عنوان: النمو الأكاديمي/ التعليمي، والمهارات والمهنية والكفاءات الشخصية /الاجتماعية استناداً إلى بيانات مهمة يتم الحصول عليها من المدرسة، ويتم توفيرها لكل طالب، فضلاً عن المعلومات التي يقدمها أعضاء الهيئة التعليمية والإدارية في المدارس، علاوة على معلومات مصدرها الأسر، والمجتمع كله. وتقدم هذه الخدمات الإرشادية جزءاً من نظام التعليم بصفة عامة، وتخضع خدماته لمبادئ الوقاية والتقييم بطريقة إيجابية منتجة من خلال التعاون المستمر بين المرشدين والإداريين، والمعلمين، والآباء، وأفراد المجتمع للمشاركة في التخطيط والتقييم.

ويُعرف هندرسون وجيسبرز (Gysbers.&Henderson ,1998) البرنامج الإرشادي المدرسي الشامل بأنه برنامج متكامل للجوانب الأكاديمية والمهنية، والتنمية الشخصية/ الاجتماعية، مما يعكس نمواً لتطوير قدرات الطالب ومهاراته بدءاً من مرحلة الروضة حتى نهاية المرحلة الثانوية، ويتم تقديمه في ضوء خدمات مناهج التوجيه والتخطيط الفردي وحسب احتياجات الطلاب، إذ يقوم بتنفيذه وتقييمه مرشدو المدارس المعتمدين ضمن فريق عمل يقوم على المشورة والتشاور والتعاون والتنسيق وإدارة القضايا، والمناهج الدراسية الإرشادية، كما يساعد البرنامج على ضمان تكافؤ الفرص لجميع الطلاب للمشاركة على نحو كامل في العملية التعليمية. والغاية من كل ذلك، توفير فرصة لاستفادة كل طالب من هذا البرنامج الشامل، وتوظيف الاستراتيجيات لتعزيز مهارات أعضاء هيئة التعليم والإداريين، وتوفير الوعي الوظيفي، وتطوير الاستعداد للعمل، وتشجيع الوعي الذاتي، وتعزيز الاتصال بين الأشخاص، ونقل مهارات النجاح في الحياة لجميع الطلاب (Savage, 2004)، وهذه الغاية هي عنصر حاسم لخبرة المدرسة في تنمية كل طالب من طلابها، وذلك حسب احتياجاته الخاصة.

لذلك، فبرنامج الإرشاد المدرسي الشامل، هو برنامج مخصص لكل طالب، يركز على المهارات والمعارف والمواقف والاتجاهات اللازمة لتحقيق النجاح الأكاديمي، والنمو المهني، والشخصي والاجتماعي، بحيث يقوم المرشد المدرسي بتطبيقه بطريقة منهجية لتحقيق أقصى قدر من الفوائد لكل طالب يتلقى البرنامج. والأهم من ذلك، إنه برنامج تم تصميمه وفق المنهج النمائي والوقائي، وليس وفق المنهج العلاجي.

فلسفة البرنامج

الطفولة والمراهقة ليستا مجرد وقت البراءة و"الشب عن الطوق"، ولكن وقت الشباب يجب مواجهته، وإتقان عدد لا يحصى من المهام، مثل: إتقان المهارات الأكاديمية الأساسية، وبناء مفهوم الذات الإيجابي والوعي بقدراتهم، استعداداتهم، ومصالحهم. والتعلم الفعال للحصول دعم الأقران بحيث يصبح الطالب متسامحاً ومدرراً للفروق الفردية بين المجموعة. وأخيراً التركيز الموجه نحو المستقبل، والوعي والاستعداد للتعليم العالي، أو الدخول في عالم العمل. إن الفلسفة التي يستند إليها البرنامج ترتكز على الاعتقاد بأن التعليم يقدم مجموعة من الخبرات ذات مغزى تعمل على إعداد أبنائنا لكي ينمو في بيئة صحية، ويحققوا النجاح في عالم متغير. كما ترى هذه الفلسفة أن جميع الطلاب لديهم استعداد وقدرة على تحقيق الإنجاز الأكاديمي المطلوب عندما يقدم لكل طالب الدعم المناسب؛ فإن لكل طالب يصبح له قيمة وكرامة؛ فمن خلال العمل التعاوني المشترك بين المرشدين وأولياء الأمور وأعضاء الهيئة التدريسية في المدرسة أو في المجتمع يستطيعون أن يكونوا قادرين على ضمان إيصال كل طالب إلى أهدافه في ضوء إمكاناته وقدراته.

وتتمثل فلسفة البرنامج في الآتي:

- جميع الطلاب لديهم استعداد وقدرة على تحقيق أهدافهم إذا أُتيح لهم الدعم المناسب.
- لدى جميع الطلاب قيمة وكرامة.
- ينبغي أن يكون لكل طالب الفرصة لتحقيق النجاح الأكاديمي بغض النظر عن الفروق الثقافية والجنسية (ذكر، أنثى) والاجتماعية والاقتصادية .
- جميع الطلاب لديهم الرغبة في التخطيط وتنفيذ برنامج الإرشاد المدرسي.
- جميع الطلاب لديهم الحق بالمشاركة في برنامج الإرشاد المدرسي الشامل.

- يركز البرنامج الشامل على المعارف والمهارات والاتجاهات اللازمة لتحقيق النجاح الأكاديمي والمهني والشخصي والاجتماعي.
- يقوم البرنامج على أساس أهداف واضحة تتفق وأهداف المدرسة.
- يستخدم ويستثمر الوقت على نحو فعال ليحقق البرنامج أقصى قدر من الفوائد.
- مواصلة رصد البرنامج نتائج الطلاب وأهداف المدرسة.
- تقييم البرنامج سنوياً بالتنسيق مع المرشد النفسي وفريق العمل الإرشادي، بما يتفق والمعايير الأخلاقية للعمل الإرشادي (Campbell., & Dahir, 1997).

أهداف برامج الإرشاد النفسي المدرسية الشاملة

أهداف عامة:

- إقامة علاقة عمل قائمة على الثقة والسرية بكل طالب أو مجموعة من الطلبة، وذلك بهدف المساعدة على تحديد الأهداف، أو إجراء تعديل أو تغيير في السلوك غير السوي.
- التركيز على حل المشكلات وصنع القرار، والتنمية الاجتماعية والانفعالية، والشخصية، ومعالجة المخاوف التي يمكن أن تؤثر على التعلم والنمو.
- الاستفادة من نظريات الإرشاد وتقنياتها لمساعدة الطلاب على التحصيل الأكاديمي، والمهني، والنجاح الشخصي والاجتماعي.
- تحليل السلوكيات والمواقف التي تؤثر في قدرة الطالب على الأداء الناجح في مجتمع التعلم واستكشافها.

ويقول طالب في المرحلة الإعدادية على سبيل المثال: إن مرشدي المدرسي هو مثلي الأعلى، فهو يساعدني على حل مشكلاتي، بحيث يمكنني من القيام بأعمالي بجد ونشاط بعد التحدث معه".

تنسيق الخدمات: Coordination of Services وتتمثل في الآتي:

- تحديد أهداف برنامج الإرشاد المدرسي، وتحديد الآليات والمصادر التي بحاجة إليها لتنفيذ الأهداف.

- إعطاء الأولوية للتنظيم، وتسليم مكونات البرنامج، مثل الإرشاد الفردي أو الجماعي، ودروس توجيه الصف، والخدمات الاستشارية والمهنية والأكاديمية، وتقديم المشورة والدعم النظامي.

القيادة: Leadership

- أن يكون المرشدون بمثابة القيادة الذين يشاركون في بناء التغيير على نطاق المدرسة لضمان نجاح كل طالب.
- مساعدة كل طالب في الإعداد الأكاديمي الجيد الذي من شأنه أن يزيد فرص التحصيل الدراسي.
- تعزيز نجاح الطالب من طريق تزويده بالمعلومات والفرص التي تساعد على معالجة تلك المشكلات أينما وجدت.
- تعاون المرشدين مع غيرهم من المهنيين في المدرسة لمعالجة المشكلات ذات العلاقة بتوافق الطلاب لإحداث التغييرات المطلوبة في النظام المدرسي.

التأييد أو الدعم: Advocacy

- التأكد من معالجة الاحتياجات الأكاديمية والشخصية والاجتماعية والمهنية لكل طالب على نحو دقيق.
- العمل مع كل طالب على نحو استباقي لإزالة العقبات التي تقف حجر عثرة في وجهه أمام تعلمه.
- الاعتراف بالتنوع والدعوة إلى القبول والتسامح، والعمل والتعاون معاً في العمل.

التعاون والعمل بروح الفريق: Collaboration and Teaming

- تشجيع التعاون الصادق بين جميع العاملين في المدرسة نحو العمل المشترك لتحقيق أهداف وصول كل طالب إلى النجاح الأكاديمي.
- العمل مع جميع العاملين في المدرسة لدعم التحصيل لدى كل طالب.
- بناء الاحساس بالانتماء للمجتمع المدرسي من خلال فهم وتقدير جميع العاملين في المدرسة ودورهم الإيجابي في تنقيف جميع الطلاب.

إدارة المصادر: Managing Resources

- استخدام الإبداع لتحديد أشكال الدعم الداخلية والخارجية، وإشراك جميع العاملين في المدرسة في تنفيذ برنامج الإرشاد المدرسي.
- استخدام الوقت والمصادر بكفاءة لخدمة كل طالب.

الإبلاغ عن بيانات الممارسة الإرشادية: Data Informed Practice

- تحليل البيانات لتحديد الاستجابة لاحتياجات الطلاب وتفسيرها.
- استخدام البيانات للعمل جنباً إلى جنب مع مدير المدرسة وأعضاء الهيئة التدريسية لمعالجة الفجوة التحصيلية لدى الطلاب.
- رصد حضور الطلاب وأداء الصف، ووضع الاستراتيجيات التي من شأنها تمكين كل طالب في تحقيق النجاح الأكاديمي.
- إظهار كيف يمكن للبرنامج الإرشادي المدرسي أن يؤثر إيجابياً على التحصيل العلمي للطلاب، والمشاركة المسؤولة في تحسين المدرسة من خلال الموارد المتاحة.

استخدام التكنولوجيا: Use of Technology

- استخدام التكنولوجيا لأنها وسيلة ناجعة وفعالة لنشر المعلومات وتحليل النتائج.
- تطبيق مهارات القراءة والكتابة على الكمبيوتر، ومعرفة مصادر الانترنت والبرامج المتعلقة بالإرشاد المدرسي.
- الاستفادة من مكاتب التوجيه الافتراضية التي تساعد الطلاب في الدخول إلى الانترنت، والاستفادة من المواضيع المتعلقة بالتوجيه المهني، ومصادر دعم برامج الإرشاد والتوجيه.
- اتخاذ التدابير المناسبة والمعقولة للحفاظ على سرية الطالب.
- تعاون أعضاء الهيئة التعليمية لتعليم الطلاب الممارسات الآمنة عند استخدام التكنولوجيا (Bentler, and Goliath. 2000).

فوائد برامج الإرشاد الشاملة

بالإضافة إلى الفوائد التجريبية للإرشاد النفسي، يمكن الاستفادة من هذا البرنامج ليست المدرسة فحسب، بل الحي، وأصحاب المصلحة العامة والخاصة لتنفيذ البرنامج الإرشاد الشامل، وهم:

الطلاب: Students:

- المشاركة في المناهج الدراسية ذات الصلة والتخطيط لكل طالب على حدة، وتأمين الخدمات غير الموجودة في المدرسة.
- المشاركة في الاستراتيجيات والتدخلات الاستباقية لتقليل الاستجابة، والقضاء على المشكلات التعليمية.
- تنمية فرص متعددة لتطوير المهارات في مجالات الإرشاد الثلاثة: المهنية، والأكاديمية الشخصية، والاجتماعية.

المدرسة: School:

- الاستمتاع بعلاقات إيجابية وتعاونية بين مرشدي المدارس والطلاب وأولياء الأمور والمعلمين.
- تلقي الدعم المباشر من الفصول الدراسية لتحصيل الطلاب أكاديمياً.

الإدارة: Administration:

- تلقي الدعم من المرشد المدرسي وأصحاب المصلحة باعتبارهم من ذوي الاهتمام الحقيقي في النهوض بالعملية التعليمية.
- الحصول على بيانات لوضع خطة لتحسين وتعزيز المناخ المدرسي وتعزيز أداء الطالب.
- تلقي مداخلات بشأن فرص التطوير المهني.

الآباء وأولياء الأمور: Parents and Guardians

- المشاركة في الدورات التعليمية والإعلامية.
- المشاركة في التواصل المستمر بين الوالدين، والمعلمين، والإداريين، والمرشد المدرسي.
- الاستمتاع بزيادة فرص الحصول على مصادر المدرسة والمجتمع.

المجتمع: Community:

- المشاركة في إقامة شراكة بين القائمين في المدرسة.
- المساعدة في الوصول إلى مصادر المدرسة والمجتمع.

- تواصل أصحاب المصلحة بالمدرسة والطلاب الذين لهم تأثير فعال في الرفاهية المدرسة والمجتمع.

اللجان المدرسية: School committees

- فهم ومشاركة والتزام المرشد المدرسي بتحصيل الطالب الأكاديمي.
- اكتساب المعرفة من خلال وجهة نظر أولياء الأمور فيما يتعلق بتطلعاتهم حول تنمية أبنائهم.
- رؤية مشتركة بين الأهداف الجزئية مع تركيز المرشد المدرسي على تصميم وتنفيذ وتقييم برامج الإرشاد المدرسية الشاملة.

توافق أهداف البرنامج مع البيئة الاجتماعية

من أجل أن يكون للبرنامج فعالية حقيقية في البيئة المدرسية، ينبغي أن تكون أهدافه متوافقة وثقافة المجتمع المحيط بالمدرسة، ولا يمكن بأي حال من الأحوال أن ينجح البرنامج في تحقيق أهدافه، ما لم يأخذ قيم وعادات المجتمع، ذلك المجتمع الذي تمثل المدرسة جزءاً منه. إضافة إلى ما سبق، يجب أن تكون أهداف البرنامج متوافقة مع النظام المدرسي وفلسفته. ومن هنا، يرى كل "راي وسباركس" (Rye and Sparks, 1991) أن التوافق القوي بين فلسفة البرنامج وفلسفة المجتمع والمؤسسة التعليمية هو القاعدة والأساس لأي جهد متماسك في بناء وتصميم أي برنامج إرشادي. وعلى المرشد أن يأخذ هذا الأمر في الاعتبار عندما يقوم بتصميم برنامج إرشادي مدرسي. فعلى سبيل المثال وضع (Alan Ingram, 2008) برنامج إرشادي مدرسي لطلاب المرحلة الثانوية في ولاية ماساتشوستس وذلك لمعرفة توقعات المدرسة من التحصيل الدراسي للطلاب. وقد استخدم لهذا الغرض المحكات لتحديد الأهداف والاستراتيجيات، هي التالية:

- تحسين تحصيل الطلاب.
- رعاية البيئة التعليمية الآمنة.
- تنظيم الأداء المرتفع.
- التعلم الاجتماعي.
- المساءلة عن النتائج.

وقد تم ذلك من خلال مشاركة جميع العاملين في المدرسة، إضافة إلى أفراد من المجتمع المحلي، ومرشدي المدارس في المنطقة الذين قاموا بتحقيق أهداف البرنامج الشامل المتوافق وثقافة المجتمع المحلي.

أولويات استراتيجية البرنامج الإرشادي المدرسي الشامل:

- . يتمثل دور المرشد في تحسين تحصيل الطلاب.
- . المساهمة في تشجيع رعاية التعلم في بيئة آمنة.
- . المشاركة والمساءلة من أجل تحقيق النتائج.
- . تسهيل التواصل الفعال بالمؤسسات ذات الصلة.

المبادئ التوجيهية لبرنامج الإرشاد المدرسي الشامل:

- يستفيد كل طالب من برامج الإرشاد المدرسي النوعية والنمائية الشاملة والتي تعد أمراً حيوياً للنجاح الأكاديمي.
- أن يكون كل طالب مشاركاً إيجابياً لقادة المجتمع المحلي.
- أن يكون كل طالب على استعداد لبناء علاقات ذات معنى بالأقران والراشدين.
- تزويد كل طالب برعاية التعلم في ظل بيئة آمنة.
- أن يكون كل طالب على استعداد لتقديم كل التحولات الناجحة بدءاً من المرحلة الابتدائية إلى ما بعد الجامعة أو في عالم العمل.

محتوى برنامج الإرشاد المدرسي الشامل

تم تصميم برنامج الإرشاد المدرسي الإيجابي الشامل (CSCPG) في معظم المدارس العامة الأمريكية، بهدف تقييم المدرسة، والإرشاد النفسي. وتحديدًا، يتضمن البرنامج ما يلي:

- ١- الأسس،
- ٢- توزيع العمل،
- ٣- نظام إدارة،
- ٤- مساءلة المسؤولين عن البرنامج،
- ٥- التنفيذ،
- ٦- الموارد أو المصادر،
- ٧ - مجموعة الأدوات.

ويسلط برنامج الإرشاد المدرسي (SCP) The School Counseling Program الضوء على العديد من الخدمات الإرشادية والأنشطة المباشرة وغير المباشرة التي هي جزء لا يتجزأ من برنامج الإرشاد المدرسي الشامل، والتأكد أن كل طالب يحصل على الخدمات الإرشادية لتحقيق النجاح في المدرسة وخارجها. ويوضح البرنامج أيضاً أدوار المرشد ومسؤولياته،

ومصادر الدعم، ومعالم البرنامج؛ الذي يتم استخدامه بدءاً من المرحلة الابتدائية وحتى المرحلة الثانوية، والتي تتفق أهدافه وأهداف المدرسة عموماً.

هذا، ويتضمن برنامج الإرشاد المدرسي الشامل خمس خطوات رئيسية هي الآتية:

١. يستخدم تقييمات الاحتياجات، ويستخدم البيانات المدرسية لتحديد الاحتياجات والمعايير والمهام.

٢. تطبق أهداف البرنامج على نحو واضح لتحديد احتياجات.

٣. أن تتسجم الأهداف ومعايير نموذج الجمعية الأمريكية للإرشاد المدرسي.

٤. تقييم التقدم المحرز لكل جهود القائمين عليه.

٥. تحديد الفوائد للطلاب وأصحاب المصلحة .

هذه الخطوات، تتسق الخدمات الإرشادية الشاملة ذات القيمة للطلاب والمجتمع المدرسي؛ لأنها تركز على حياة كل طالب من خلال المحافظة على راحته في بيئة التعلم وتحديد الطرق التي تساعد الطلاب على اكتساب الكفاءات والمهارات والمعرفة المناسبة والمواقف، والسلوكيات، بحيث تصبح منتجة أعضاء المدرسة والأسرة والمجتمع (Brown & Trusty, 2005).

انتقال الإرشاد من التقليدية إلى الممارسة العملية

إن الإرشاد النفسي المدرسي المعاصر هو رؤية استباقية شاملة لمواجهة كل التحديات والعقبات النمائية التي قد تعترض الطلاب، رغم أن الصحة النفسية التقليدية تركز على التدريب المقدم لمرشدي المدارس خلال العقود الماضية على تنمية المهارات اللازمة لمساعدة الطلاب على مواجهة التحديات الشخصية والاجتماعية، إلا أنها لم تكن كافية لمساعدة الطلاب على النجاح الأكاديمي في ظل التغيرات الاجتماعية المتنامية. لذلك يجب على المرشدين الأكاديميين أن يكونوا مستعدين للعمل ليس دعاة لرفع التحصيل الدراسي في المجالات الأكاديمية والمهنية وحسب، بل أن يكونوا على استعداد لتحفيز الطلاب وأولياء الأمور والزملاء من المعلمين والمرشدين وإلهامهم من أجل التوافق النفسي والاجتماعي للطلاب أيضاً.

إن التفاعل بينه وبين الطلاب في غرفة الصف أو في باحة المدرسة، أو العمل معاً في حل مشكلة ما أمر مهم للمرشد النفسي الذي يتبنى النظرة الشمولية في الإرشاد. لكن المرشدين

لا يكونون في تلك الأماكن لأسباب تتعلق بالنظام المدرسي أو انحصار عملهم في غرفة الإرشاد. ولكن الواقع العملي في الحياة المدرسية يقول عكس ذلك، فالمرشد يجب أن يكون له دور مهم في المدرسة، وعلى اتصال دائم مع الطلاب على مدى اليوم الدراسي باعتباره شخصاً مسؤولاً عن ملاحظة سلوكيات الطلاب المختلفة وتقديم المساعدة للتنمية أو الحد من السلوكيات التي تعيق نموهم أو تؤثر في رسالة المدرسة التربوية.

في عام ١٩٩٧ نشرت الجمعية الأمريكية للإرشاد المدرسي مشاركتها في هذه الرؤية من خلال: المعايير الوطنية لبرامج الإرشاد المدرسي التي تم تحديدها في مجالات النمو الاجتماعي والشخصي والمهني والأكاديمي، حيث وضعت الجمعية أسساً لتنظيم برامج الإرشاد المدرسي على نحو استباقي لتطوير الطلبة ويتوافق أيضاً مع توقعات تطوير المدارس. ويركز عمل المرشد المدرسي في التعرف إلى نظم أو إطار العمل في المدرسة والصعوبات والتحديات التي تواجهها المدرسة. وفيما يلي تحدد مهام كل من المرشد التقليدي وغير التقليدي في المدرسة كم يوضحه الجدول (١٤) الآتي:-

ممارسة المرشد التقليدي	ممارسة المرشد المدرسي الإيجابي
• الإرشاد • الاستشارة • التوجيه • نموذج الخدمات المقدمة	• الإرشاد • توجيه الخدمات • الاستشارة • القيادة • العدالة الاجتماعية • تغيير أنظمة المؤسسة • التعاون كفريق • إدارة الموارد • معالجة البيانات التطبيقية • استخدام التكنولوجيا • نموذج مستند إلى المعايير والبيانات المقدمة

(Education Trust, 1997)

معايير برامج الإرشاد النفسي المدرسية الشاملة

تتكون معايير برامج الإرشاد النفسي المدرسية الشاملة من تسعة معايير كما أقرتها الجمعية الأمريكية لبرامج الإرشاد النفسي (ASCA, 1997)، وذلك لدعم مهمة وزارة الإرشاد النفسي ورؤيتها. وتلك المعايير يجب على الطلاب أن يكونوا قادرين على وصفها وتمثلها والمشاركة في البرنامج الإرشادي المدرسي، ويتبع ثلاثة مجالات مقبولة عالمياً: الأكاديمية، والمهنية، والنمو الشخصي الاجتماعي. وتساعد كفاءات الطلاب على تحديد المهارات لديهم ومعرفتها، وأهم هذه المعايير:

معايير مرحلة قبل المدرسية:

مستوى A

المعيار الأول: النمو الأكاديمي Academic Development

- يهدف هذا المعيار إلى اكساب الطلبة الاتجاهات، المعارف، والمهارات التي تسهم في فعالية التعلم في المدرسة عبر مراحل نموهم المختلفة. حيث يصبح الطلاب:
- أكثر وعياً بمهارات الاتصال من أجل معرفة التوقيت، متى وكيفية طلب المساعدة للحصول على المعرفة.
- يصبحون أكثر وعياً وعلماً بالقوانين وأنظمة المدرسة، والتوقعات، وتحمل المسؤولية الناتجة عن أفعالهم.
- تنمية موقف إيجابي من المدرسة، والرغبة في التعلم وتطويره.

المعيار الثاني: النمو المهني Career Development:

- يسعى هذا المعيار إلى اكساب الطلاب المهارات اللازمة لتحقيق الذات في عالم العمل فيما يتعلق بمعرفة ذاته واتخاذ القرارات المهنية الواضحة. ويصبح الطلاب:
- على بيئة من عالم العمل، وكيف يختار الناس أعمالهم.
- تطوير وفهم احتياجات الأسرة، والمهام والوظائف.
- التعرف على أنواع المهن والأعمال التي يقوم بها الناس في البيت، والمدرسة، والمجتمع.

المعيار الثالث: النمو الشخصي/ الاجتماعي Personal/ Social Development

اكتساب الطلاب المعارف والمهارات اللازمة في المواقف التي تتطلب التعامل مع الآخرين لمساعدتهم على فهم الذات والآخرين واحترامهم، ويصبح الطلاب:

- على وعي بالفرق بين السلوك المناسب وغير المناسب (السوي، وغير السوي).
- تحديد المشاعر والتعبير عنها.
- تحديد صفات الصداقة.
- أوجه التشابه والاختلاف بين الفرد والآخر.

في المرحلة الابتدائية: المستوى A

المعيار الأول: النمو الأكاديمي:

يهدف هذا المعيار إلى اكتساب الطلاب الاتجاهات، المعارف، والمهارات التي تسهم في فعالية التعلم في المدرسة وعبر مراحل العمر المختلفة. حيث يصبح الطلاب قادرين على:

- تحمل مسؤولية أفعالهم.
- تعلم العمل على نحو مستقل وكذلك بالتعاون مع الآخرين.
- تعلم كيفية استمرار الجهد وتأثيره الإيجابي على التعلم.
- تعلم مهارات الاتصال للحصول على مساعدة معرفية.

المعيار الثاني: النمو المهني

يسعى هذا المعيار إلى إكساب الطلاب المهارات اللازمة لتحقيق الذات في عالم العمل فيما يتعلق بمعرفته ذاته، واتخاذ القرارات المهنية الواضحة. ويصبح الطلاب:

- قادرين على تعلم كيفية العمل في الفريق.
- تعلم اتخاذ القرارات السليمة.
- تعلم وضع الأهداف.
- تعلم أهمية الاعتمادية والاستقلالية والمسؤولية، والالتزام بالمواعيد، والنزاهة والجهد في جميع جوانب الحياة.
- الاستفادة من الوقت ومهارات إدارة المهام.
- تنمية الوعي بالقدرات الشخصية: المهارات، الاهتمامات، والدوافع.

المعيار الثالث: النمو الشخصي/ الاجتماعي

اكتساب الطلاب المعارف والمهارات اللازمة في المواقف التي تتطلب التعامل مع الآخرين لمساعدتهم على فهم احترام الذات والآخرين. يصبح الطلاب قادرين على:

- تطوير موقف إيجابي للذات
- تعلم الفرق بين السلوك اللائق وغير اللائق.
- تعلم كيف يقدر التنوع
- تعلم الحديث المناسب، والاستماع أو الإصغاء، والسلوكيات غير اللفظية.
- تعلم تحديد الهوية الشخصية، والتعبير عن المشاعر.
- تعلم كيفية تكوين الصداقات والاحتفاظ بالأصدقاء.

مستوى المدرسة المتوسطة:

مستوى A

المعيار الأول- النمو الأكاديمي:

يهدف هذا المعيار إلى اكتساب الطلاب الاتجاهات، والمعارف، والمهارات التي تسهم في التعلم الفعّال في المدرسة وعبر مراحل العمر المختلفة. ويصبح الطلاب قادرين على:

- تعلم العمل على نحو مستقل بالتعاون مع الآخرين.
- تعلم كيفية التأثير الإيجابي للجهد والمثابرة في التعلم.
- تحمل الطلاب المسؤولية الكاملة عن أفعالهم.
- مهارات إدارة الوقت ومهارات إدارة المهام.
- مهارات التواصل لمعرفة الأوقات المناسبة وكيفية طرح أسئلة للحصول على مساعدة.

المعيار الثاني- النمو المهني:

يسعى هذا المعيار إلى اكتساب الطلاب المهارات اللازمة لتحقيق الذات في عالم العمل فيما يتعلق بمعرفته عن ذاته، وجعل القرارات المهنية واضحة. ويصبح الطلاب قادرين على:

- ممارسة العمل في الفريق.
- ممارسة اتخاذ قرارات جيدة.

- ممارسة وضع الأهداف ذات العلاقة بالمهنة المستقبلية.
- تنمية الوعي بالقدرات الشخصية، والمهارات، والاهتمامات، والدوافع.
- فهم أهمية المسؤولية والاعتمادية.
- الالتزام بالمواعيد، والجهد والنزاهة في مكان العمل.

المعيار الثالث- النمو الشخصي/ الاجتماعي:

إكساب الطلاب المعارف والمهارات اللازمة في الموقف التي تتطلب التعامل مع الآخرين لمساعدتهم على فهم احترام الذات والآخرين. بحيث يصبح الطلاب قادرين على:

- تنمية موقف إيجابي للذات.
- التمييز بين السلوك اللائق وغير اللائق.
- تقدير التنوع.
- معرفة أساليب التواصل اللفظي وغير اللفظي، والإصغاء الفعال.
- احترام وجهة نظر الآخرين.
- القدرة على التعبير عن المشاعر والانفعالات.

مستوى المدرسة الثانوية: مستوى A

المعيار الأول- النمو الأكاديمي:

يهدف هذا المعيار إلى إكساب الطلاب الاتجاهات، والمعارف، والمهارات التي تسهم في التعلم الفعّال في المدرسة وعبر أطوار العمر المختلفة. وسوف يقوم الطلاب بـ:

- العمل على نحو مستقل ومتعاون مع الآخرين.
- وصف كيفية استمرار الجهد لإحداث تعلم إيجابي.
- تحمل الطلاب المسؤولية الكاملة عن أفعالهم.
- وصف إدارة الوقت، ومهارات إدارة المهام.

المعيار الثاني- النمو المهني:

يسعى هذا المعيار إلى إكساب الطلاب المهارات اللازمة لتحقيق الذات في عالم العمل فيما يتعلق بمعرفة ذاته وجعل القرارات المهنية واضحة. حيث يصبح الطلاب قادرين على:

- وصف العمل الجماعي (ورشة عمل).
- اتخاذ قرارات جيدة.
- وضع الأهداف.
- المسؤولية والاعتمادية، والالتزام بالمواعيد، والسلامة والجهد المبذول في المدرسة والعمل.
- وصف المهارات الوظيفية، مثل: مهارات العمل في الفريق، وحل المشكلات، والمهارات التنظيمية.

المعيار الثالث - النمو الشخصي/ الاجتماعي:

- إكساب الطلاب المعارف والمهارات اللازمة في المواقف التي تتطلب التعامل مع الآخرين لمساعدتهم على فهم احترام الذات والآخرين. وسوف يقوم الطلاب بـ:
- بامتلاك اتجاه إيجابي نحو الذات.
- ضبط الذات.
- قبول التنوع وتقديره.
- وصف الحديث، الاستماع (الإصغاء) والسلوك غير اللفظي الفعال.
- احترام وجهة النظر الأخرى.
- تحديد الأدوار الشخصية والاجتماعية المتغيرة ومناقشتها. Bentler and Goliath. 2000. Brown, D., & American School Counselor Association. (2005). Trusty, J. (2005).

نظام التوزيع أو تقديم الخدمات

- الغرض من هذا هو تقديم عرض موجز لنظام توزيع برنامج الإرشاد الشامل. وتتضمن المكونات الخاصة بالتوزيع ما يلي:
- خطة الطلاب الفردية.
- نماء مناهج الطالب (المناهج الإرشادية).
- الخدمات الاستجابية.
- نظام الدعم.
- وثمة أربعة عناصر لتقسيم برامج الإرشاد المدرسي الشاملة: الدمج الأكاديمي، والنمو المهني والشخصي/ الاجتماعي.

وداخل منظومة التوزيع ثمة أربعة عناصر هي:

. خطة الطالب الفردية.

. الخدمات الاستجابية.

. نماء مناهج الطالب.

. دعم النظام.

الجدول التالي (١٥) يوضح تقديم مبادئ توجيهية لتلك العناصر في التخطيط الفردي

لطلاب المرحلة الابتدائية والإعدادية والثانوية.

العنصر	الابتدائية	الإعدادية	الثانوية
مخطط الطالب الفردي	%١٠.٥	%٢٠.١٥	%٣٥.٢٥
خدمات استجابية	%٤٠.٣٠	%٤٠.٣٠	%٣٥.٢٥
تطوير مناهج الطالب	%٤٥.٣٥	%٤٠.٣٠	%٢٥.١٥
دعم النظام	%١٥.١٠	%١٥.١٠	%١٥.٢٠

مقتبس من Gysbers,2000

أولاً . التخطيط الفردي للطالب:

يطوّر المرشد المدرسي وينسق ويراقب خطة (أداء) الطالب الفردية وسيلة لضمان التفوق الأكاديمي. وتتكون الخطة بالتنسيق بين جميع الأنشطة النظامية المقدمة في البيئة المدرسية بالتركيز على النمو الأكاديمي والمهني، والشخصي/ الاجتماعي. ويستطيع المرشد من خلال خطة الطالب الفردية مساعدة الطلاب في مراقبة الخطة، وإدارة تعليمهم وسلوكهم الخاص. وتوفر الخطط الفردية للطلاب بناءات لتعزيز الانتقال الناجح من مدرسة إلى مدرسة أخرى، أي من الابتدائية إلى الإعدادية على سبيل المثال.

. توضع الخطة الفردية للطالب حسب احتياجاته الخاصة في كل مرحلة تعليمية.

ويمكن أن توزع الخطة وفق الطرق التالية:

١. فردية: مقابلة الطالب لنمو الخطة ومراقبتها.

٢. مجموعة صغيرة: توفر تقديم الخدمات في إطار مجموعة صغيرة تركز على تطوير

الخطة ومراجعتها وتنفيذها.

٣. **الفصول الدراسية:** متشاوره أعضاء هيئة التدريس على مراقبة الخطة وتطويرها.

٤. **إدارة معالجة الحالة:** مراقبة تقدم الطالب من خلال لقاءات الفردية مع الطلاب، واستعراض خطة العمل بالتدريج، وتقييمها من خلال بطاقات التقدير، ومشاركة أعضاء هيئة التدريس.

٥. **التدخل في الأزمات:** يتم ذلك حسب حاجة الطالب أو عن طريق خطة الإدارة للوقاية السلوكية.

٦. **أولياء الأمور:** معاونة أولياء الأمور لتقديم خطة للطالب المحتاج إلى مساعدة إرشادية، بحيث يكون هناك اجتماع بين ولي الطالب والمرشد والطالب نفسه، فيتم الحديث عن التخطيط للمجالات الأكاديمية، والمهنية والشخصية/ الاجتماعية.

٧. **التخطيط الأكاديمي:** عبارة عن استعراض خبرات التعليم العام، وتحديد نقاط القوة والضعف.

٨. **التخطيط المهني:** ويتكون من استخدام أدوات التقييم المهني، وتحديد نقاط القوة والضعف، وتنمية التعليم الثانوي المهني، ووضع خطة مهنية قبل التخرج.

٩. **النمو الشخصي/ الاجتماعي:** ويتألف من تكوين الوعي الذاتي، واحترام الآخرين، ويتم تقييمها من طريق مهارات إدارة الشخصية، واستراتيجيات معالجة المشاعر والعواطف، وحل المشكلات والنزاعات، وتنمية خطط إدارة السلوك ورصدها.

ثانياً . تطوير مناهج الطالب الدراسية:

أ . تطوير مناهج التوجيه والإرشاد:

يعزز هذا التطوير المعرفة والاتجاهات والمهارات من خلال التعلم في ثلاثة مجالات: التحصيل الدراسي، والنمو المهني، والنمو الشخصي والاجتماعي. ويكون المنهج مخططاً له بدقة وفق رؤية منهجية واضحة، بحيث تسعى الخطة إلى تحسين واقع المدرسة، ومعايير الإرشاد، ومدخلات المدرسة، وأصحاب المصلحة في المجتمع. وتقسم الدروس من خلال الطرق التالية:

١ . **التدريس في الفصول الدراسية:** يوفر مرشدو المدارس التعليم بالتعاون مع معلمي الفصول الدراسية والموظفين وغيرهم من أصحاب المصلحة حول المواضيع التي تدفع إلى

تحديد الأهداف، وصنع القرارات، والتخطيط المهني، واحترام الذات والآخرين، وضغط الأقران، وقرارات الصراع، وما إلى ذلك من المناهج القائمة. كما يمكن استخدام إدارة السلوك جزءاً من المنهج في الفصول الدراسية.

ب . تطوير مناهج متعددة التخصصات: يعمل المرشدون جنباً إلى جنب وهيئة التدريس لتطوير الدروس التي تربط محتوى المنهج الدراسي بحاجات الطلاب التوجيهية والإرشادية. ومن الأمثلة على ذلك: المهارات الدراسية والتنظيمية، واستراتيجيات التعامل مع الاختبارات والامتحانات، وخدمة المجتمع...الخ

ج . نشاطات المجموعة: يوفر مرشدو المدارس التعليم للطلاب في مجموعات صغيرة من خلال جدول خارج الفصول الدراسية، وهذه الدروس لها أهداف مختلفة عن تقديم الاستشارة النفسية. فالدروس الصفية وأنشطة المنهج الدراسي هي جزء لا يتجزأ من برنامج الإرشاد المدرسي الشامل لتنمية كل طالب من الناحية الانفعالية. ومن المهم لمرشدي المدارس تنظيم جدولهم اليومي لتقديم الإرشاد، ولكن إذا كان لديهم متسع من الوقت إشراك الطلاب في جميع جوانب برنامج الإرشاد المدرسي بما في ذلك الخدمات الاستجابية، والتخطيط الفردي للطلاب.

ثالثاً . الخدمات الاستجابية:

تركز هذه الخدمات على الاحتياجات الفورية للأفراد والجماعات، حيث يقدم المرشد المدرسي الإرشاد الفردي والجماعي، والاستشارة، والتدخل TTD في أثناء الأزمات المدرسية لتوفير خدمات استجابية واستباقية Proactive ويمكن لهذه الخدمات أن توفر ضمان الحلول المتاحة للمشكلات الأكاديمية والمهنية والشخصية والاجتماعية لكل طالب في الوقت المناسب. وتبدأ الخدمات الاستباقية من خلال رغبة الطالب بالإحالة الذاتية إلى المرشد المدرسي أو فريق العمل الإرشادي لتقديم الاستشارة والمساعدة في حل المشكلة التي يعاني منها. وتشمل استراتيجيات الاستجابة:

- **الإرشاد الفردي Individual Counseling:** يعد الإرشاد الفردي فرصة لتحديد مصدر القلق لتوجيه وتوضيحه الطالب نحو النمو الفردي السليم.
- **إرشاد المجموعات الصغيرة Small Group Counseling:** وهي مجموعة الاستشارات التي تركز على قضايا الوقاية والمعالجة Mediation.

• **الإحالة: Referral** وقد تكون الإحالة إلى داخل المدرسة أو خارجها للتعامل مع الأزمات الطارئة.

• **إرشاد الأزمات: Crisis Counseling** الوقاية والتدخل ومتابعة خدمات الطلاب في الحالات الطارئة.

• **الاستشارة: Consultation**: وهي عملية تبادل الخبرات بين المدرسة والمهنيين في المجتمع المحلي من الآباء والأمهات لوضع خطة لنجاح الطالب.

• **حل الصراع: Conflict Resolution** في هذه الحالات يقدم المرشدون الخدمات المباشرة للطلاب المشاركين في الصراع أو الوسطاء من الأقران للمساعدة في حل الصراع.

• **رابعاً. نظام الدعم: System Support**
يتكون نظام الدعم من الأنشطة التي تحدد برنامج الإرشاد المدرسي الشامل وتعززه كجزء من العملية التعليمية عموماً. ويمكن أن يتضمن دعم النظام ما يلي:

• **النمو التخصصي (المهني) Professional Development**
المشاركة في تقديم خدمات التدريب في أثناء الخدمة والانتساب إلى الجمعيات المهنية، والاستمرار في مرحلة الدكتوراه، وإعداد البحوث، والمشاركة في ورشات العمل.

• **الاستشارة/التعاون كفريق Consultation Collaboration Teaming**
التشاور والتعاون مع أعضاء هيئة التدريس وأولياء الأمور والمعنيين من أفراد المجتمع وأعضاء المنظمات المحلية ذات العلاقة من أجل تلبية وتوفير احتياجات الطالب وتلقي المعلومات لدعم برنامج الإرشاد المدرسي الشامل.

• **المشاركة في اللجان المدرسية: Participation in School Committees**
يسعى المرشدون في المدرسة إلى تقديم خدمات مهمة في اللجان المدرسية التي تخدم قضايا إرشاد الطلاب.

• **الندوات وورش العمل: Workshop & Seminars**
التخطيط والتنفيذ لمدة ما بعد المدرسة، مثل البرامج المسائية لأولياء الأمور والطلاب وأعضاء الهيئة التدريسية. (Brooke Brown, 2011).

نظام الإدارة Management System

هو عبارة عن الهيكل التنظيمي والتخطيطي لبرنامج الإرشاد المدرسي الشامل، ويتألف

من:

- . المرشد المدرسي والمعاون الرئيسي.
- . القرار المتمركز على المدرسة حول اتخاذ القرار (فريق المجلس الاستشاري).
- . المنظمة.
- . تقارير ربع سنوية.
- . ملخص التقرير السنوي للبرنامج.
- . رسم خريطة البرنامج.

أولاً . التنظيم Organization

يكمّن نظام إدارة برنامج الإرشاد المدرسي الشامل في التنظيم، وذلك لضمان مشاركة جميع الطلاب في البرنامج، فمن المهم هنا وضع قائمة تقويمات للأنشطة المنفذة التي يقدمها المرشد المدرسي لتكون التقييمات لكل جوانب المدرسة: المنهج الدراسي، والتخطيط الفردي، وخدمات الاستجابة، ودعم النظام التعليمي. ويجتمع فريق العمل لتقييم خدمات الإرشاد في المدرسة وخصوصاً الخدمات المباشرة للطلاب واحتياجاتهم، والحاجة إلى تقديم الدعم اللازم لإنجاح البرنامج، واتخاذ القرارات اللازمة لذلك.

ثانياً. القرار المتمركز على المدرسة وفريق المجلس الاستشاري:

تتخذ كل مدرسة قراراً يرتكز على جعل القرار بيد إدارة المدرسة بتشكيل فريق استشاري من شأنه أن يكون بمثابة المجلس الاستشاري لبحث جميع جوانب المساعدة لإنجاح البرنامج الإرشادي المدرسي الشامل، والممثل من المرشد النفسي ومدير المدرسة وأولياء الأمور، وإدارة المدرسة، وأعضاء الهيئة التدريسية في المدرسة، إضافة إلى أعضاء مهتمين بجوانب الإرشاد يتم اختيارهم من المجتمع المحلي، بحيث يجتمع أعضاء المجلس الاستشاري كلما دعت الحاجة إلى ذلك.

ثالثاً . التقارير الربع السنوية Quarterly Reports

يقدم مرشدو المدارس تقارير ربع سنوية للمدرسة، يحدد فيها عدد الطلاب الذين يتلقون خدمات إرشادية، وتصنف هذه الخدمات على النحو الآتي: خدمات الإرشاد الفردي، وخدمات الإرشاد الجماعي، والتوجيه الصفي، وورش العمل الرئيسية، وأنشطة الإرشاد الأخرى. ويقدم المرشدون التقارير ربع السنوية ببيانات عن تقييم تلك الخدمات المقدمة للطلاب واحتياجاتهم الإرشادية.

رابعاً . ملخص التقرير السنوي للبرنامج: Annual Program Summary Report

يقدم مرشدو المدارس تقريراً يتضمن ملخصاً عن الأنشطة المدرسية التي تعكس مسؤوليات المرشد، وتقديم الأنشطة الإرشادية، والمسؤوليات، ومعلومات عن البرنامج، وخطط الدراسة.

خامساً . رسم الخرائط Mapping

تساعد عملية رسم الخرائط على تحديد الكفاءات على مستوى الفصل الدراسي، والاستراتيجيات اللازمة لتنمية وتعزيز عملية الإرشاد في الصف وفي المدرسة كلها. ويمكن

رفع المستوى التحصيلي لدى الطلبة	- مدير المدرسة. - المعلمون . - المشرف التربوي.	التبرعات المدرسية .	طوال العام الدراسي.	- ارتفاع مستوى التحصيل لدى الطلاب و تحسن أدائهم وظهور اتجاهات إيجابية تجاه المدرسة.	الأنشطة المرتفعة للمعلمين وعدم تعاون البيت و المدرسة .
توظيف أساليب تدريس متنوعة و مدروسة خلال المواقف الصفية .	- مدير المدرسة. - المعلمون . - المشرف التربوي.	التبرعات المدرسية .	طوال العام الدراسي.	الاهتمام بالتخطيط اليومي والفصلي لدى المعلمين والتنوع في أساليب التدريس وزيادة الدافعية لدى الطلبة .	عدم اهتمام المعلم ومتابعته لأساليب التدريس الحديثة وضعف دافعية المعلم تجاه التدريس.
تنمية مهارات التخطيط والتقييم واستخدام الوسائل التعليمية .	- مدير المدرسة. - المعلمون . - المشرف التربوي.	التبرعات المدرسية .	طوال العام الدراسي.	التخطيط الجيد لدى المعلمين واستخدام الوسائل التعليمية المناسبة .	ضعف الاستعداد والقابلية لدى المعلمين .
تطوير المهارات اللغوية المختلفة لدى الطلبة كالنطق والكتابة والإملاء والتعبير والقراءة الصحيحة المعبرة .	- مدير المدرسة. - المعلمون . - المشرف التربوي.	المنهاج الدراسي و المكتبة المدرسية .	طوال العام الدراسي.	تحسن مستوى الطلبة في المهارات اللغوية على نحو جيد وملحوس في اللغتين العربية والإنجليزية .	تدني مستوى الطلبة الأكاديمي وضعف التأسيس .

لرسم الخرائط التعرف إلى الثغرات الموجودة في البرنامج، والأنشطة المحددة التي لما تنجز في البرنامج، ومعرفة أسباب ذلك.

ومن فوائد رسم الخرائط أنها تعين الطالب والمرشد المدرسي على توفير جدول زمني للخدمة الشاملة، ويمكن أن توضع الخرائط ابتداء من المرحلة التحضيرية وحتى المرحلة الثانوية على نحو متسلسل، وذلك لتحديد وتسجيل وتنفيذ جميع مكونات النظام التعليمي بما في ذلك تطوير مناهج الطلاب.

نظام المسؤولية The Accountability System

الغرض من هذا، تقديم لمحة عامة عن نظام المساءلة حول برنامج الإرشاد المدرسي الشامل الذي يبرز أهمية الدور الأساسي للإرشاد المدرسي في تحصيل الطلاب، والجهود المبذولة لتحسين جودة المدارس في مدخلاتها ومخرجاتها. وعلى وجه التحديد بصورة أوضح، فإن هذه النظام المسؤولية يقدم أساليب لجمع البيانات وتحليلها واستخدامها فتظهر أثر خطة الإرشاد في المدرسة. ويظهر الجدول (٩) خطة الإرشاد الشاملة في المدرسة عموماً، تظهر أهمية هذه النظام في الجوانب الآتية:

• عملية تطوير المدرسة.

تسعى المدرسة إلى تنشئة جيل واعٍ مؤمن بربه ، قادر على التكيف مع متطلبات العصر الحالي، واثق من نفسه، مبدع ومفكر وقادر على مواجهة التحديات والصعاب ومواكبة التكنولوجيا والتفاعل مع معطيات العصر بعيداً عن الخرافات والأساطير. مع المحافظة على تراث الأمة وأصالتها في إطار من العقلانية والمنطق بعيداً عن الجدل وفلسفة الأمور في ظل الإمكانيات المتوفرة. وتتمثل عملية تطوير المدرسة في الجدول السابق:-

• استخدام البيانات وتنظيمها وتوظيفها.

• القياس.

تقع مسؤولية المرشد المدرسي في المشاركة في تحسين جهود المدرسة على المستوى المحلي والتشديد على مساءلة المرشد عن البيانات المهمة في معالجة مشكلات الطلاب، ومعرفة التباين في نتائج البرنامج في التحسن المحرز لدى الطلاب. فقد تكون المساءلة للمرشد وبعض القائمين على تنفيذ أجزاء من البرنامج عن هذا التباين.

فالبرنامج الإرشادي المدرسي الناجح يتيح للمرشدين قياس فعالية خدمات البرنامج من خلال تحديد الطرق التي تسعى إلى تحسين الخدمات. ويلزم لتطوير خطة المدرسة أن تشمل

بيان الرسالة والأهداف، للمساهمة في تحقيق وتحسين مستوى المدارس. فالخطة لتحسين المدرسة تستلزم معرفة احتياجات الطلاب، وتقديم أساليب البرنامج الإرشادي التي تتماشى والغايات والأهداف التي تعتمدها المدرسة لتتقيد الطلاب وأولياء الأمور وأفراد المجتمع دعمه لتطوير العملية التعليمية وتحسينها.

تطوير العملية التعليمية في المدرسة

لتقييم البرنامج الإرشادي المدرسي وإظهار المسؤولية، يجب على مرشدي المدارس جمع البيانات التي تربط البرنامج واستخدامها بتحصيل الطالب وتطوير المدرسة. وتشمل مسألة المرشد قياس البيانات وجمعها، واتخاذ القرارات، وتركيز التقييم على التحصيل العلمي للطلاب والإسهام في تطوير أهداف النظام المدرسي. كما يقوم المرشدون أيضاً برصد تقدم الطلاب نحو تحقيق المعايير الخاصة بعملية الإرشاد في المدرسة، إضافة إلى وجهة نظر المرشدين حول استخدام الاستراتيجيات الإرشادية لدعم التحصيل الأكاديمي لكل الطلاب. والتقدم يكون ضرورياً من أجل تحليل بيانات الطالب التحصيلية والتحقق من تلك البيانات، وذلك من خلال رصد التقارير الذاتية للطلاب، وتقارير الدرجات المسجلة على بطاقة الطالب الخاصة. وتتضمن جهود الرصد والمراقبة:

1. **البيانات الديمغرافية Demographic Data** وتتضمن: الجنس، واللغة، والمنطقة، والمستوى الاجتماعي/الاقتصادي، ومعدل التنقل من مدرسة إلى أخرى، الأهلية، ومستوى التغذية، وطبيعة السكن، عدد أفراد الأسرة.... الخ

2. **البيانات الأكاديمية Academic Data** وتتضمن: درجات الاختبارات، ومعدلات التسرب، والترقيات والجوائز، والرسوب، ونماذج من درجات الطلاب، والنسبة المئوية لدرجات الإخفاق، والحضور الدائم إلى المدرسة... الخ.

3. **البيانات المناخية Climate Data** مثل الإحالات الانضباطية، المشاركة في الأنشطة غير الصفية، متابعة الدراسات المسحية، والملاحظات، وتقييم الاحتياجات، وتدخل الأهل، والمشاركة في نشاطات المدرسة الإضافية.

4. **استخدام البيانات Using Data** يتكون برنامج الإرشاد المدرسي الشامل من بيانات موثقة، وتوظيفها في إحداث تغيير في النظام المدرسي باعتباره جزءاً لا يتجزأ من ضمان

نجاح الطالب. ويجب على المرشدين المدرسين أن يكونوا على دراية بجمع البيانات وتحليلها وتفسيرها. فالمرشدون يرصدون تقدم الطلاب من خلال جمع أنواع مختلفة من البيانات. ويتم ذلك من خلال:

♦ **بيانات عملية** Process Data: عرض دليل على نشاط أو حدث، على سبيل المثال: يجب على المرشدين تقييم الطلاب بشكل فردي أو من خلال مجموعات، أو من خلال موقع الطالب في صفه.

♦ **بيانات مدركة** Perception Data: هل تم جمع هذه البيانات من خلال تقييم المرشد لاحتياجات الطلاب، أو من خلال عمليات المسح، أو آراء الآخرين، والزمن الذي تم فيه جمع المعلومات.

♦ **نتائج البيانات** Results Data: وهذا يتطلب الإجابة عن السؤال الآتي: ماذا تعني هذه النتائج؟ إنها يجب ألا تتضمن تزويد الطالب بدليل عن عدم إتقانه للمهارات بكفاءة، بل التركيز على الأشكال الأخرى من السلوك، مثل معدل التخرج، التحقق من المعرفة، الحضور، والسلوك، والتحصيل الأكاديمي (ASCA, 2003).

♦ **بيانات النمو المدرسي** School Improvement Data فالمرشد النفسي هنا، يعرض صورة الوضع الحالي للمدرسة لاحتياجات الطلاب، والإنجازات والتقدم، والإعلان عن نتائج برنامج الإرشاد المدرسي الفعال، هذه البيانات هي خطوة ضرورية لمسؤولية المرشد على الصعيدين الداخلي والخارجي وخصوصاً أصحاب المصلحة من خارج المدرسة كشركاء في تحسين المدرسة وتتميتها. ويرى ستون وداهر (Stone & Dahir, 2004) أنه عندما يؤثر برنامج الإرشاد المدرسي على بيانات تطوير المدرسة وتحسينها، فالفعالية تكمن في الممارسات المعتمدة في تحفيز الطلاب إلى مستويات مرتفعة من النجاح.

القياس: Measure

يجب أن تكون المقاييس متكيفة مع البيئة التي يتم تطبيقها فيها. فقد وضع Merrill Prentice-Hall ست خطوات يمكن أن تؤثر في نجاح برنامج الإرشاد في المدرسة أو إخفاقه ، وخصوصاً البيانات التي نحصل عليها من تطبيق المقاييس، كما يبين كيف أن المرشدين قد يكونون عامل تغير نوعي في البيئة المدرسية وخارجها، من حيث الدعم والجودة

والدقة باعتبارها القاعدة في هذا العمل. ومن أجل القيام بذلك، فإن التمثيل الناقص للطلاب الآن يمثل فرصة لاكتساب المهارات اللازمة للتعليم بالمشاركة الكاملة في القرن الواحد والعشرين، حول المسؤولية وتقدم الإرشاد المدرسي الذي يعتمد على بيانات البرنامج، وينظر إلى المرشدين شركاء متعاونين بقوة في تحسين مهمة كل مدرسة وتحقيقها، لتصبح مسؤولية المرشد المدرسي مقياساً لنجاح الطالب.

وتتمثل إجراءات دعم القياس على نحو مسؤول كمكون من النموذج الوطني للجمعية الأمريكية للمرشدين المدرسيين (ASCA, 2003, 2005) وينقل المرشد المدرسي من نظام مهام العد إلى مواءمة برنامج الإرشاد المدرسي والمعايير القائمة على إصلاح القياس، باعتباره وسيلة لاستخدام المعلومات، مثل نتائج الاختبارات، والمعدلات بعد المرحلة الثانوية لتنمية استراتيجيات محددة لربط الإرشاد المدرسي بجدول المساءلة أو المسؤولية لمدارس اليوم.

العناصر Elements

يعد تحديد عناصر البيانات المعيارية مهمة جداً للمهتمين بالبرنامج الإرشادي في المدرسة وخارجها. ويمكن العثور على العناصر البيانات المعيارية في العادة من المدرسة، الحي، أو بناء على بطاقة الطالب (بيانات المساءلة)، والمناطق التعليمية في العادة تقوم بجمع وتخزين تلك البيانات الأكاديمية والديمغرافية التي يمكن أن يرجع إليها المرشد النفسي عند الحاجة.

١ التحليل Analyze

تحليل العناصر التي تمت مناقشتها بدقة بهدف دراسة العوائق البيئية أو المؤسسية التي يمكن أن تعوق إنجاز الطالب. والبيانات في واقع الأمر لا تروي القصة بكاملها، ولكن من المهم تفصيل البيانات الحرجة أو المعيارية التي تركز على كيفية يمكن أن تنظم تلك البيانات وتفسيرها من حيث العرق، والجنس، الحالة الاجتماعية/الاقتصادية. أو عن طريق تسليط المعلم على مجالات النجاح، أو المجالات التي بحاجة إلى مساعدة. لذلك يمكن القول: إن عناصر البيانات تؤثر على نحو قاطع على خطة تحسين المدرسة بحيث تصبح أكثر وضوحاً.

٢- أصحاب المصلحة: Stakeholders

تحديد مشاركة أصحاب المصلحة وتوحيدها في التصدي لتحسين القضايا والجوانب المدرسية، ووضع الاستراتيجيات مع المرشدين والعاملين في المدرسة لمعالجة المشكلات التي قد تقع في المدرسة، وتنفيذ الاستراتيجيات التعاونية لنقل البيانات باتجاه إيجابي.

٣- النتائج

اختبار النتائج، ومدى تأثير المرشد فيها، وإعادة النظر بتتقيق الاستراتيجيات وإعادة التركيز على جهود المرشد دورياً لاستعراض البيانات والاستراتيجيات لمعرفة ما تحقق من الأهداف، وكذلك الكشف عن الاستراتيجيات التي تحدد سبب عدم النجاح في التدخل الإرشادي وتؤثر على البيانات إيجابياً.

٤- التثقيف Educate

مشاهدة الأثر الإيجابي لبرنامج الإرشاد المدرسي الشامل في تحسين مستوى الطالب الأكاديمي وتحقيق أهداف خطة الدراسة. (Brown, D., & Trusty, J. (2005).

٥- التنفيذ

الهدف من التنفيذ هو تحديد الخطوات الأساسية لتنفيذ البرنامج الناجح.

خطوات التنفيذ الناجح للبرنامج

. الاستفادة من برنامج الإرشاد المدرسي الشامل من اقتراحات المجلس الاستشاري الذي يتيح فرص التعاون معه، ومدخلات المدرسة وأصحاب المصلحة في المجتمع.
. سوف يحصل المرشدون الجدد على الدعم والتوجيه من المعلومات وأدوات القياس في عملية التوجيه.

. التركيز على أنشطة الاستشارة المحددة وخدماتها التي تسمح للمرشدين بالتركيز على أولويات البرنامج من خلال خفض الرسوم على خدمات الإرشاد غير الرسمية.
. يضع برنامج الإرشاد المدرسي الناجح من أولوياته نجاح الطالب، ويتم تشجيع المرشدين من قبل المدرسة في الانضمام إلى المنظمات المهنية، وحضور المؤتمرات، وورشات العمل لاكتساب المهارات وصقلها.

. الإرشاد المدرسي هو جزء لا يتجزأ من تعليم الطلاب، ويجب تمكينهم من تحقيق الإمكانيات الكاملة لكي يعيشوا حياة هائلة مدى الحياة لتحقيق هذه الأولويات:

- تحسين التحصيل الدراسي للطلاب، ورعاية آمنة، وإدارة الأداء العالي في بيئة التعلم.
- مجتمعات التعلم غير المنحازة.
- المسؤولية عن النتائج.
- اتصالات فعالة.

أولاً . النظام الأساسي Foundation System: الرسالة، والرؤية، والمبادئ الموجهة للطلاب، وبرنامج الإرشاد المدرسي، والمعايير، وأولويات (النمو الأكاديمي، والمهني، والشخصي/ الاجتماعي).

هذا العنصر من دليل البرنامج هو أساس برنامج الإرشاد المدرسي الشامل، حيث يخبر عن تطوير فلسفة ورؤية، ومعايير الإرشاد المدرسي. وتستند المعايير الوطنية لبرامج الإرشاد المدرسي حسب (ASCA,1997) عن المجالات الثلاثة الآتية: تنمية الطالب: النمو الأكاديمي والمهني، والشخصي/ الاجتماعي، وتتحدد من خلال ما يلي:

أ . أولويات نمو الطالب:

❖ النمو الأكاديمي:

- (١) يدعم نجاح الطالب في الدراسة والمهارات المقاسة.
- (٢) يساهم في تحسين حضور الطلاب.
- (٣) يضمن تلقي الطلاب دعم التدخل الأكاديمي.
- (٤) يضمن للطلاب وأسرهم معرفة للوصول إلى متطلبات التخرج وتعزيزها.
- (٥) التركيز على زيادة معدلات التخرج.
- (٦) يستخدم ممارسة البيانات المعلومة الأكثر دقة لزيادة الفرص وتعزيز التحصيل.
- (٧) يدعم المعلمين في عملهم في تحديد مهنة الطالب في المرحلة ما بعد الثانوية.

❖ النمو المهني بعد المرحلة الثانوية:

- (١) يساعد الطلاب على اكتشاف الخيارات ما بعد المرحلة الثانوية بما في ذلك خيارات اختيار الكلية أو المهنة.
- (٢) يسهل عملية الالتحاق بالكلية.
- (٣) يساعد الآباء في المشاركة في التخطيط التربوي والمهني لأبنائهم.
- (٤) يساعد الآباء والأمهات لتمثل مهمة المدرسة في العملية التعليمية.
- (٥) يوفر المهارات اللازمة لنجاح الطالب في المدرسة والمجتمع وعالم العمل.
- (٦) ربط الأهداف المهنية بالأهداف التعليمية.

❖ النمو الشخصي/ الاجتماعي:

- (١) التركيز على الحد من معدلات الإحالة إلى المرشد النفسي، أو الإحالات التأديبية.
- (٢) التأثير إيجابياً في المناخ المدرسي.
- (٣) مساعدة الطلاب على إكتساب المهارات بمرونة.
- (٤) تشجيع الصفات الإيجابية لتنمية الشخصية.
- (٥) تعزيز انتقال الطالب الناجح من صف إلى آخر.
- (٦) يعلم الطلاب مهارات الوساطة وتسوية الصراعات.
- (٧) يسهل الوصول إلى مصادر المعرفة المختلفة في المجتمع.
- (٨) يشجع الدافعية الإيجابية والطموح.

ثانياً . نظام التقديم أو التوزيع: Delivery System

يتم توزيع برنامج الإرشاد الشامل في الأغلب من خلال أربعة عناصر:

١. خطة الطالب الفردية، ١. تطوير مهنة الطالب، ٣. الخدمات الاستجابية، ٤. نظام الدعم.
- ويجب أن تتماشى جميع أنشطة الإرشاد المدرسية وواحدة من مجالات العناصر الأربعة الأنفة الذكر.

أ-خطة الطالب الفردية: يطور المرشدون المدرسيون، وينسقون، ويرصدون خطط الطالب الفردية وسيلة لضمان التميز الأكاديمي لجميع الطلاب. وتتكون الخطط لتنسيق كل الأنشطة المنهجية المقدمة من داخل المدرسة مع التركيز على النمو المهني والأكاديمي، والشخصي/

الاجتماعي من خلال خطة الطالب الذاتية، ويمكن للمرشد مساعدة الطلاب في التخطيط والرصد، وإدارة العملية التعليمية وسلوكهم الخاص.

وتوفر خطط الطالب الفردية المهارات لتعزيز الانتقال الناجح من مدرسة إلى مدرسة أخرى، ومن المدرسة إلى المهنة، أو من المدرسة إلى التعليم العالي. ويمكن توزيع خطط الطالب الفردية وفق الطرق الآتية:

- ❖ **فردية:** لقاء المرشد مع الطالب لوضع الخطة ومراقبتها.
 - ❖ **مجموعة صغيرة:** يمكن للمرشد تقديم خدمات إرشادية في إطار مجموعة صغيرة من الطلاب يعانون من مشكلة محددة مع التركيز على استعراض الخطة، وتمييزها، وتطبيقها.
 - ❖ **الفصول الدراسية:** يتشاور المرشد النفسي وأعضاء الهيئة التدريسية لمراقبة خطط الطلاب وتطويرها.
 - ❖ **إدارة الحالة:** يتم ذلك من خلال لقاءات فردية تتم بين المرشد والطلاب بشكل فردي لاستعراض مدرج تنفيذ الخطة، والتقييم، وبطاقات التقرير، والتشاور وأعضاء الهيئة التدريسية بهذا الخصوص.
 - ❖ **التدخل في الأزمات:** وهدفه توفير استجابة التدخل السريعة في الأزمات حسب حاجة الطالب أو عن طريق خطة وقائية لإدارة السلوك.
 - ❖ **أولياء الأمور:** تنسيق توزيع خطط الطالب الفردية ومقابلة المرشد وولي الأمر والطلاب لتنمية خطط الطالب وتعزيزها.
- وعلاوة على ذلك، فخطة الطالب تحدث في المجالات الثلاثة: التنمية الأكاديمية والمهنية والشخصية الاجتماعية.
١. تتكون الخطة الأكاديمية من استعراض وجهات نظر الخبرات السابقة في هذا المجال، وذلك للتعرف إلى نقاط القوة والضعف والثقة بها (في المرحلة الثانوية).
 ٢. تتكون الخطة المهنية من استخدام أدوات التقييم المهنية، وتحديد نقاط القوة والضعف، وتطوير مهنة التعليم الثانوي، أو الخطة الدراسية قبل التخرج.

٣. تتكون الخطة الشخصية والاجتماعية من تحديد الوعي الذاتي واحترام الآخرين، وتقييم مهارات الإدارة الشخصية، وتطوير استراتيجيات معالجة الانفعالات والمشاعر، وحل الصراعات وتسويتها، وتنمية خطط إدارة السلوك ورصدها (Stevenson, 1995).

ثالثاً - تطوير منهج الطالب الإرشادي:

يعزز هذا التطوير المعرفة والاتجاهات والمهارات من خلال التعليم في ثلاثة مجالات: الأكاديمية، والمهنية، والشخصية الاجتماعية للمقرر الدراسي بوحدة منهجية تدريسية أخرى. وهذا المنهج يتضمن خطة لتحسين برنامج الإرشاد المدرسي، ومعايير الإرشاد، ومدخلات المدرسة وأصحاب المصلحة في المجتمع.

وتوزع الدروس من خلال الطرق التالية:

١. **التدريس في الفصول الدراسية:** يقوم مرشد المدرسة بتوفير التعلم بالتعاون مع معلم الصف والموظفين أو من أصحاب المصلحة حول مواضيع وضع الهدف، وصنع القرار، والتخطيط المهني، واحترام الذات والآخرين، وضغط الأقران، وقرارات الصراع... الخ. والمنهج الآخر مثل الخطوة الثانية، يتضمن الخطوات اللازمة لاحترام الذات، وتقدير المراهق، مهارات نجاح الطالب، والسلوك الإيجابي، ويمكن أيضاً أن تستخدم الإدارة المدرسية التدريس في الفصول الدراسية.

٢. **تطوير مناهج متعددة التخصصات:** فالمرشد المدرسي يعمل جنباً إلى جنب والموظفين في المدرسة لتطوير الدروس وربطها بمجالات محتوى المنهج الإرشادي. ومن الأمثلة على ذلك: مهارات تنظيم عادات الدراسة، واستراتيجيات التعامل مع الاختبارات، وخدمة المجتمع... ٣. **أنشطة المجموعة:** يوفر المرشد المدرسي التعلم للطلاب في إطار التعلم في مجموعات

صغيرة خارج الفصول الدراسية.

رابعاً . الخدمات الاستجابية:

يركز هذا العنصر على نظام التوزيع أو تقسيم الاحتياجات الفردية للأفراد والجماعات. ويستخدم المرشد المدرسي الإرشاد الفردي والجماعي، وإرشاد الجماعات (المارثون)، والاستشارة، والتدخل في الأزمات لتوفير خدمات استجابية استباقية (أي قبل وقوع المشكلة). وهذه الخدمات تعد مهمة لضمان استجابات مناسبة، وفي الوقت المناسب في المجالات

الأكاديمية والمهنية والشخصية المتاحة لكل طالب. وكثيراً ما تقدم هذه للطلاب من خلال الإحالة الذاتية Self - referral، كما يمكن للمعلمين والطلاب وأولياء الأمور أن يساعدوا المرشد في تقديم تلك الخدمات إذا اقتضت الضرورة بذلك.

وتشمل استراتيجيات الاستجابة السريعة، ما يلي:

- الإرشاد الفردي: لتحديد وتوضيح مصادر القلق لدى الطالب، وتقديم المساعدة له من أجل النمو السوي.

- الإرشاد الجماعي لمجموعات صغيرة: وتتضمن مجموعة الاستشارات التي تركز على قضايا الوقاية، وتقدم الخدمات داخل المدرسة وخارجها للتعامل مع الأزمات الطارئة.

- الإرشاد في الأزمات الطارئة: الوقاية والتدخل، ومتابعة خدمات الطلاب في حالات الطوارئ.

- حل الصراعات: يمكن أن يوفر المرشد خدمات مباشرة للطلاب المشاركين في الصراع أو الوسيطاء للمساعدة في عملية حل الصراع.

نظام الدعم

يتكون هذا النظام من الأنشطة التي تحدد برنامج الإرشاد المدرسي وتحميه وتعززه، باعتباره جزءاً من البرنامج التعليمي عموماً. ويمكن دعم النظام من خلال مايلي:

- النمو المهني: المشاركة في تقديم خدمات التدريب في أثناء الخدمة، والعضوية في الجمعيات المهنية، واستمرار التعليم العالي والبحث العلمي.

- التعاون بروح الفريق: أي التعاون بين أعضاء فريق برنامج الإرشادي المدرسي الشامل من أجل تلبية احتياجات الطلاب، وتوفير المعلومات الضرورية ذات الصلة لهم.

- إدارة البرنامج والعمليات: يدعم التخطيط وإدارة المهام الأنشطة لتطوير برنامج الإرشاد المدرسي الشامل، بما في ذلك تحليل البيانات.

- المشاركة في اللجان المدرسية: مشاركة المرشد بجميع اللجان الطلابية في المدرسة.

- ورش العمل والسمينار: يبدأ تخطيط وتنفيذ ضمن ورشات مسائية يحضرها المرشد، وأولياء الأمور، والطلاب، وأعضاء الهيئة التدريسية في المدرسة.

نظام الإدارة: Management System

إن مفتاح نجاح البرنامج الإرشادي المدرسي الشامل يتضمن التنظيم والبناء. ويشمل هذا المكون الهيكل التنظيمي والتخطيطي لتقديم البرنامج كما يلي:

- المرشد المدرسي والمساعدين الرئيسيين.
- قرار متمركز على المدرسة حول فريق عمل المدرسة (المجلس الاستشاري).
- التنظيم.
- التقويمات Calendars
- التقارير ربع السنوية.
- ملخص تقارير البرنامج السنوية.
- رسم خرائط البرنامج.

المكونات أعلاه، هي الضمان للتخطيط ووضع الأهداف التي تكون مشتركة، ويتم تأكيدها من خلال مداخلات أعضاء المدرسة والمجتمع، ووضع جدول زمني لتقديم خدمات البرنامج التي تتماشى ومعايير الإرشاد المدرسي، وتطوير أهداف المدرسة. إن عملية رسم خرائط البرنامج تحدد الاستراتيجيات ومستوى الكفاءات، وتساعد كذلك في تحديد الثغرات في أثناء تقديم الخدمات. كما تقيد الطالب والمرشد أيضاً في المساعدة على تحديد كافة الخدمات لنظام توزيع المهام وتشمل التخطيط الفردي وخدمات الاستجابة للطلاب.

نظام المساءلة أو المسؤولية: Accountability System

يوزع المرشد المدرسي المسؤوليات لتحسين تعلم الطالب الأكاديمي ونجاحه، كذلك يفيد في تنفيذ الاستراتيجيات لتضييق فجوة التحصيل لدى الطلاب. وعندما يعمل المرشد ومرشدون آخرون في وضع البيانات وتفسيرها وتحليلها، فإن المسؤولية تقع على كاهلهم لنتائج الطلاب، بخصوص: المساهمة في نقل البيانات المهمة في الاتجاه الإيجابي، ودرجات الاختبار، ومعدل التخرج، وارتفاع معدل تشجيع الطلبة، ومعدلات الالتحاق الجامعي، وما إلى ذلك من نظام المسؤولية والذي يشمل أيضاً على:

- الانحياز Alignment لعملية تطوير المدرسة.

- استخدام البيانات.
- أداة القياس (خطة العمل).

يتيح برنامج الإرشاد المدرسي الناجح للمرشد القدرة على قياس فعالية الخدمات المقدمة، أو تحديد الطرق التي يمكن من طريقها تحسين تلك الخدمات. ويتم في كل عام تقريباً وضع أهداف قابلة للقياس في الجوانب الأكاديمية والمهنية في المدرسة من قبل المجلس الاستشاري استناداً إلى بيانات المدرسة وخططها تطويرها. ولتقييم البرنامج وتحديد المسؤولية يجب على المرشد المدرسي جمع البيانات واستخدامها للربط بين برنامج التحصيل الدراسي وتطوير المدرسة على حد سواء. وتشمل مسؤولية المرشد في قياس وجمع المعلومات واتخاذ القرارات والتقييم التي تركز على التحصيل العلمي للطلاب، والمساهمة في تطوير أهداف المدرسة (Stone, & Dahir, 2006).

العناصر التي تشكل فعالية برنامج إرشادي آمن

إن دمج جميع العناصر في الممارسة الفعالة هي طريقة للتأكد من أن البرنامج الإرشادي يتمتع بجودة عالية، ولكي نفهم تنفيذ العناصر بمجملها قد يستغرق وقتاً طويلاً اعتماداً على القائمين على البرنامج إضافة إلى التمويل الخاص بالبرنامج أيضاً، ولكن هذه الإجراءات قد تكون مفيدة للبدء بالأشياء الصغيرة من أجل الانتقال إلى الأشياء الدقيقة الأكثر أهمية في البرنامج باعتبار أن البرنامج مازال بحكم التجريب المبدئي، فمن المستحسن أن يبدأ البرنامج الجديد بالدراسات الاستطلاعية قبل أن يصبح جاهزاً للنشر والتطبيق العام. ويمكن تنظيم هذه العناصر في أربع مجموعات أو فئات، وأهمها ما يلي:

١. تصميم البرنامج وتخطيطه:

يعد هذا العنصر من التصميم والتخطيط العنصر الأساسي في بناء البرنامج؛ لأن التصميم هو مخطط سوف يتبع تنفيذ جميع الجوانب الأخرى من البرنامج. وعند الانتهاء من التصميم والتخطيط، يبدأ القائمون بعملية بناء البرنامج باتخاذ القرارات الآتية:

- . عدد الأفراد الذين يخدمهم البرنامج، ونوع الإرشاد المقدم لهم، وطبيعة الجلسات.
- . طبيعة الأفراد الذين يجندون لتنفيذ هذا البرنامج (متخصصين، وكبار الموظفين في المدرسة أو في الشركة، طلاب الجامعات...).

. أهداف البرنامج والنتائج المتوقعة من قبل المرشدين، ومتلقي الرعاية، وكذلك المنظمات
الرعاية أو الداعمة للبرنامج.

. متى وكيف يجتمع المرشدون مع المسترشدون؟

. ما طول الجلسات المتوقعة لإتمام البرنامج؟

. أغراض برنامج الإرشاد(مثل: التنشئة الاجتماعية، الدعم الأكاديمي، فرص العمل، التوجيه
المهني...).

. إعداد البرنامج الإرشادي، على سبيل المثال: إعداد البرنامج المستند إلى الأدلة، وتنظيم

المجتمع، والمدرسة، والجامعة، ومكان العمل).

. أصحاب الاهتمام بالبرنامج.

. كيفية تعزيز البرنامج الخاص بك.

. أفضل طريقة لتقييم البرنامج ونجاحه.

. بروتوكول أو عقد لضمان أن موظفي البرنامج يتواصلون بانتظام مع العملاء، وكيفية سير

علاقتهم معهم.

٢. إدارة البرنامج:

إن التأكيد على إدارة البرنامج الإرشادي على نحو جيد هو أمر بالغ الأهمية. فالإدارة
الجيدة للبرامج تعزز الكفاءة والدقة، وتضع مصداقية مناسبة، بحيث يمكن المرشد من قياس
التقدم على نحو فعال نحو تحديد المجالات التي تحتاج إلى التحسن. وإذا كان قادراً على
اتباع المبادئ التوجيهية في مرحلة التنفيذ، فسوف يبني خطة صلبة لإدارة البرنامج، وتتضمن
واحداً من العناصر التالية:

. مجموعة استشارية.

. نظام شامل لإدارة معلومات البرنامج.

. خطة تنمية الموارد أو المصادر التي تسمح بجمع التبرعات المتنوعة لإتمام البرنامج.

. نظام مراقبة البرنامج.

. استراتيجيات لتنمية قدرات الموظفين والعاملين على تنفيذ البرنامج.

. جهود الدعوة القوية المؤيدة للإرشاد في كل من القطاعين العام والخاص.

. فعالية العلاقات العامة وجهود الاتصالات.

٣. إجراءات البرنامج:

إن إجراءات تنفيذ البرنامج بما يتفق والحياة اليومية هي مسألة مهمة لنجاح أي برنامج إرشادي، فكيف يشارك الأفراد في البرنامج والقيام بمسؤولياتهم على أكمل وجه من دون أن يشعروا بالملل أو التعب، وهل هم مستقرون جسدياً وعقلياً، وما هي توقعاتهم، ودوافعهم الإيجابية والسلبية؟

وتقدم الاستراتيجيات التي أثبتت فعاليتها في الوظائف الإجرائية التالية:

. توظيف المرشدين، وغيرهم من المتطوعين المتدربين.

. اختيار الموجهين الأكفاء والعملاء.

. تقديم توجيهات وتدريبات لكل من المرشدين والعملاء والآباء ومقدمي الرعاية.

. المشاركة والدمج بين المرشدين والعملاء.

. إحضار المرشدين والعملاء بعضهم مع بعض إلى الأنشطة والجلسات التي تحدد على

نحو كامل ضمن إحصائيات البرنامج.

. الدعم والإشراف ومراقبة العلاقات الإرشادية.

. إعادة التعلم والتفسير لكل مبادئ البرنامج وأأسسه.

. مساعدة المرشدين والعملاء على انفتاح بعضهم لبعض . Campbell, & Dahir.

(1997).

ما هي الخطوة التالية؟

والآن بعد أن أخذت لمحة عامة عن العناصر الأساسية لبرامج التوجيه والإرشاد وفهم الأنواع الخمسة من الإرشاد، وأنت على استعداد للشروع في خلق رؤية للشروع ببرنامجك الإرشادي، فإن التالي سوف يتناول كيفية تصميم وتخطيط لبرنامج التوجيه والإرشاد. كما كنت قد رأيت العناصر الأولية التي ترتبط فيما بينها على نحو معقد بأشكال برامج التوجيه، وإن تطبيق هذه الإجراءات الخاصة بالتصميم والتطبيق تنطبق على مختلف برامج الإرشاد، وكيفية تنفيذها.

تصميم برنامج الإرشاد النفسي المدرسي الشامل وتخطيطه

إذا كنت على استعداد للشروع في هذا العمل المهم جداً في تصميم وتخطيط برنامج إرشادي، يجب أن تسأل الأسئلة التالية: لمن Who، ولماذا What ومتى When، وأين Where وكيف How في البرنامج الإرشادي الخاص بك، وذلك من خلال اتخاذ الوقت اللازم للتفكير بعمق لجميع جوانب البرنامج، فإنك يمكن أن تكون قادراً على تقديم المساعدة الإرشادية للمحتاجين إليها على نحو فعال، والحفاظ على التحسن لدى العملاء على المدى الطويل.

إن تصميم البرنامج الإرشادي وتخطيطه قد يمكنك في صنع خارطة طريق حول كيفية القيام به في إدارة وتنفيذ وتقييم البرنامج الإرشادي، كما يمكنك أن تقوم بتعديل بعض أجزاء من البرنامج إذا استدعى ذلك الأمر. فعلى سبيل المثال القرارات التي تأخذها في هذه المرحلة سوف تتأثر ببعض المواقف التي تواجهها عند تطبيقك للبرنامج، أو إذا كنت في شراكة مع مجموعة أو مؤسسة مسؤولة عن آليات التطبيق البرنامج، مثل وضع السياسات، والإجراءات، ووضع الخطة المالية، وتنفيذها وتقييم البرنامج الإرشادي الخاص بك، يمكنك أن تكون على يقين من أن البرنامج يحتاج إلى تعديلات إضافية أو طبعة ثانية وثالثة. وتوفير المعلومات والموارد أكثر تفصيلاً حول كيفية وضع خطتك موضع التنفيذ.

البداية مع الحاجة

إن قرارك للبدء من تصميم البرنامج ينبع من إيمانك أن هناك حاجة ماسة لمثل هذا البرنامج، ولكن قبل أن تتمكن من جمع الدعم اللازم الذي سوف تحتاج إليه للانطلاق نحو تصميم برنامجك، عليك التحقق من أن الحاجة موجودة في الواقع، ويمكنك أن تحدد طبيعة هذه الحاجة، بمعنى آخر: كيف تحدد طبيعة هذه الحاجة (نفسية، اجتماعية، أكاديمية، نمائية) وذلك من طريق إجراء مسح شامل للبيئة أو المؤسسة التي تطبق فيها البرنامج للتعرف على احتياجات الأفراد للخدمات الإرشادية التي يمكن أن تقدمها لهم، وذلك بهدف الحصول منهم على المعلومات الضرورية لتأكيد اقتراح برنامجك أنه يمكن أن يستفيدوا منه في ضوء الأولويات والحاجات والفرص في السياق الاجتماعي والاقتصادي الحالي.

أيهما الطريقة التي تقرر فيها استخدام تلك المعلومات لتأكيد أن المبادرة المقترحة من جانبك لتقديم البرنامج الإرشادي الخاص بك وهي يمكن أن تجيب عن الحاجة الواضحة للعيونة المستهدفة في مجتمعك؟ كما يجب أن تكون متأكداً من أن الناس أو العينة المستهدفة مستعدة لاستثمار هذا البرنامج (مالياً، وبشرياً وغير ذلك لدعم البرنامج)، وهذا الاستعداد وذلك الدعم يجب أن يكون مستمراً لنهاية البرنامج. وأخيراً، يجب أن تحتاج إلى تحديد ما إذا كان لديك التنظيم والقدرة على الالتزام لتفعيل أو تشغيل برنامج الإرشاد بكفاءة عالية.

معالم تصميم البرنامج

إن مرحلة تصميم البرنامج تساعدك على تحديد ما يلي:

- أ. أي الأفراد من المجتمع سوف يخدمهم البرنامج؟
 - ب. أي نوع من الإرشاد سوف يقدم لهم؟
 - ج. أين سيجتمع القائمون على البرنامج بأفراد العينة المستهدفة؟
 - د. ما هي المؤسسة الاجتماعية التي يخدمها البرنامج (المدرسة، المصنع، الشركة، المجتمع القائم على الإيمان)؟
 - هـ. لمن ينتمي المستشارون والموظفون المشاركون في البرنامج؟
- للبدء بتصميم برنامجك عليك استخدام (١٢) مرحلة من إجراءات تصميم البرنامج والتي تساعدك على تشكيل البرنامج وأدواته، وأهم هذه المعالم:

١. التعرف إلى الناس الذين يخدمهم البرنامج:

بناء على نتائج الاحتياجات والتقييم، عليك أن تكون قادراً على تحديد الخصائص العامة والشخصية للأفراد الذين سوف يستفيدون من هذا البرنامج. والآن، اسأل نفسك: من هم الأشخاص الذين يحتاجون لمثل هذا البرنامج؟ من الأشخاص الذي يخدمهم البرنامج بالفعل؟ من هم؟ هل البرنامج قادر على تقديم الخدمة للأطفال والمراهقين؟

لذلك، يجب عليك في هذه المرحلة أن تأخذ بعض العوامل الأخرى في الاعتبار:

أ. العمر Age: هل برنامجك يمكن أن يخدم الفئة العمرية في المرحلة الابتدائية أو الإعدادية أو الثانوية؟

ب. الجنس Gender: هل هذا البرنامج موجهاً إلى الذكور أو إلى الإناث أو كليهما؟

ج . **الحاجة إلى الإرشاد:** Mentoring Need هل برنامجك سوف يساعد الشباب على تحسين قدراتهم على القراءة، أو تحسين تحصيلهم الأكاديمي؟ أو إنك تبحث لمساعدتهم لتحسين مهاراتهم الاجتماعية في علاقاتهم بالآخرين؟ أو أنك تركز على مساعدتهم على تعلم طبيعة العمل، والمسارات الوظيفية المحتملة والمهارات التي سوف تحتاجها للنجاح؟

د . **الخصائص المشتركة:** Common characteristic هل أنت تعمل مع جمهور محدد - على سبيل المثال، الشباب المعاقين أو الأفراد الأصحاء بدنياً، أو مع شريحة ذات دخل مادي معين؟ وإذا كنت تبدأ بتطبيق البرنامج في مكان العمل، هل تبحث ليشمل البرنامج الشباب من بعض الفئات العمرية؟ وهل يمكن تطبيقه على فئة من الأفراد الذين لديهم عقائد دينية مختلفة، العقيدة الإسلامية أو المسيحية أو أية عقيدة أخرى، وهل تكون العينة من جماعة معينة أو من دين معين؟

٢ . تحديد أنواع الأفراد الذين سوف تجندهم للعمل مشرفين على تنفيذ البرنامج:

فإذا كنت قد قررت أن يكون برنامجك هو من أجل تحسين التوافق النفسي لدى الشباب، فيمكنك تحسين واختيار المعايير الخاصة بك حول نوع الأشخاص الذين سوف تجندهم أو ترغب بتوظيفهم مشرفين على تطبيق البرنامج. وفي هذه الحالة يمكن أن يكون المعلمون من الأشخاص الأكثر كفاءة عندما يكون هدف برنامجك هو تحسين التوافق الاجتماعي وتعلم المهارات الأساسية في التعامل مع الآخرين لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية التي تمكنك من تحسين المعايير الخاصة ببرنامجك، وربما يكونون من كبار السن من المواطنين في عملية الاختيار عندما تبحث عن مساعدة شباب الجامعة على تحسين مهاراتهم الأكاديمية، أو إذا كنت ترغب بمساعدتهم في الاختيار المهني والدخول في عالم العمل. وإذا كان تركيز برنامجك على تعريف الشباب على الخيارات الوظيفية المحتملة في سوق العمل، فإن تجنيد الموظفين من القطاعين العام والخاص هو الأسلوب الحكيم في هذا التجنيد.

٤- تقييم البرنامج

تم إعداد النموذج المنطقي استناداً إلى تحليل للجمعية الأمريكية للمرشد المدرسي (American School Counselor Association (ASCA, 2012) الذي يوفر التوجيه لمبادرات تقييم البرامج (زيادة تحصيل الطلاب/ الفجوة التحصيلية، زيادة مصادر برنامج الإرشاد

المدرسي، وتغيير النظامي وتحسين المدارس)، وقد تم تحديد النموذج المنطقي بثلاث نتائج وسبعة مخرجات (تغيير الطالب، وإشراك الوالدين، وكفاءة المعلم، والسياسات والإجراءات المدرسية، وكفاءة المرشد المدرسي، وتطوير برنامج الإرشاد النفسي المدرسي، ودعم الإدارة)، وست مجموعات رئيسية من الأنشطة (الخدمات المباشرة، الخدمات غير المباشرة، تقييم مرشدي المدرسة كأفراد، عمليات إدارة البرامج، عمليات تقييم البرامج، وتطبيق البرنامج)، واثنين من المدخلات (العناصر الأساسية، ومصادر البرنامج). وتم تحديد هذه المكونات كمنطلق لنموذج برنامج الإرشاد المدرسي الشامل باستخدام الروابط بين هذه المكونات لتحديد عدد من الدراسات التقييمية اللازمة والمهمة.

ويسترشد هذا النموذج بأربعة أسئلة:

١. ما هي النتائج المرجوة الأساسية للنموذج؟
 ٢. ما هي الأنشطة الأساسية للنموذج وكيف ترتبط هذه الأنشطة بالمخرجات؟
 ٣. ما هي المخرجات الأساسية للنموذج وكيف يمكن لهذه النتائج أن ترتبط بالنتائج المرجوة؟
 ٤. ما هي المدخلات الأساسية للنموذج وكيف يمكن لهذه المدخلات أن ترتبط بالأنشطة؟
- (Martin & Carey, 2012)

أمثلة للتسلسل المنطقي المتعلق بعناصر النموذج ونتائجه والموضحة في الجدول (١٦)

التالي:-

أسئلة تقييم البرنامج الإرشادي الشامل

الخدمات المباشرة: هل تنظم خدمات الإرشاد المدرسي المباشرة وتقديمها، وفقاً للنموذج المعمول به في الجمعية الأمريكية لمرشدي المدارس مناسباً للعمل به في مدرستك؟
هل المبادئ التوجيهية لبرامج الإرشاد الشاملة تؤدي إلى زيادة في جوانب مهمة لسلوك طلاب المدارس المرتبطة بالإنجاز الأكاديمي؟
هل مبادئ تنظيم الخدمات غير المباشرة وتقديمها تؤدي إلى زيادة في مشاركة الوالدين؟
هل تنظيم وتقديم الخدمات غير المباشرة الإرشاد المدرسي تؤدي إلى زيادة في قدرات المعلمين على العمل بفعالية مع الطلاب؟
هل تنظيم الخدمات غير المباشرة وتقديمها الإرشاد المدرسي تؤدي إلى تحسينات في سياسات المدرسة وإجراءاتها التي تدعم إنجاز الطالب؟

مرشد المدرسة
تقييم الموظفين
هل ينفذ الموظفون في المدرسة الإجراءات الموصي بها من قبل الجمعية الأمريكية للمرشد المدرسي في زيادات الكفاءة المهنية لمرشدي المدارس؟
هل عمليات إدارة العمليات الإدارية تنفيذها تؤدي إلى تحسينات قابلة للإثبات في برنامج الإرشاد المدرسي؟
هل تنفيذ عمليات تقييم البرامج يؤدي إلى تحسينات قابلة للإثبات في برنامج الإرشاد المدرسي؟
هل الدعوة لممارسة تنفيذ البرنامج يؤدي إلى زيادة في دعم المسؤول عن البرنامج؟

تقييم فعالية برامج الإرشاد

إن الحاجة إلى تقييم إضافي أفضل لا يتم رسمياً في معظم برامج الإرشاد. فهي تعتمد اعتماداً كبيراً على تقارير المعلومات المتحيزة لتحديد فعالية البرنامج. وقياس تغيير نتائج المشاركين هي واحدة من الوسائل الرئيسية لإظهار فاعلية البرنامج. ومثال ذلك، فقد يستخدم البرنامج طلاب الجامعات (مدربين) لمساعدة أطفال المدرسة الابتدائية الذين يعانون من الإخفاق الدراسي. هذا البرنامج يتم قياس فعاليته استناداً إلى تقارير المعلم عن السلوك الإيجابي في المواقف المختلفة، وتغييرات صورة الذات في المشاركة بجلسات الإرشاد التي تحفز هذه التغيرات غير الواضحة.

وتطبيق العديد من المجالات التي تهم التقييم والتوجيه، وأدوات تقييم للبرامج النمائية هي الآتية:

- أولاً . عدد قليل من نتائج دراسات المتابعة الطويلة الأجل ضرورية لتحديد ما إذا كان هناك استمرار في ثبات التحسن الذي حصل عليه المسترشدون جراء التدخل الإيجابي.
- ثانياً . تستخدم الاختبارات نتائج مختلفة في تقييم البرامج المختلفة. فالاختبارات المتسقة تسمح بنتائج يمكن تقييمها وتفسيرها، والمقارنة بطريقة ذات معنى بين نتائج البرامج المختلفة.
- ثالثاً . توصف دراسات التقييم بأنها تكون غير شاملة بما فيه الكفاية. ويحتاج الوصف الكامل للبرنامج إلى تصميم يسمح للقارئ بتقييم مستقل لإنجازات البرنامج، ومقارنة نتائجه الختامية (Vernon, 2004).

ويبدو أن هناك عدة مشكلات حول بيانات البرنامج تجعل من الصعب تقييم فعاليته في تحسين النتائج التعليمية والسلوكية، بالإضافة إلى الحاجة إلى توحيد متطلبات جمع البيانات والنظر إلى تحليلها على المدى الطويل. وأن الأسلوب الإرشادي يكون بديلاً في الأغلب في تقييم فعالية البرنامج، وهذه الأساليب توفر المبادئ التوجيهية التي تستند إلى أفضل الممارسات في برامج الإرشاد النفسي، وهذا يتطلب الحاجة الماسة إلى إجراء بحوث أفضل ولاسيما تقييم أثر التدخل.

عوائق التقييم

في كثير من الأحيان، ثمة عائق رئيسي أمام إجراء تقييم البرامج الإرشادية هو عدم وجود التمويل اللازم للتصميم الجيد للبرنامج. فنتائج التقييمات والدراسات هي مكلفة للتصميم والتنفيذ والمتابعة. وعائق آخر هو أن العديد من البرامج لا تعد التقييم أولوية في عملها، والسبب في ذلك هو أن العديد من القائمين على هذا البرنامج يرون أن هذا الإجراء يأخذ وقتاً وجهداً كبيراً في جمع البيانات، وملء التقارير وغيرها. لكن هذا العائق يعد مسألة عديمة الفائدة لنجاح عمل البرنامج، لأن التقييم الجيد يساعد في تحديد الإنجازات التي حققها البرنامج، وتقديم الاقتراحات لإدخال التحسينات عليه.

وقد حدد المعهد الوطني للعدالة ثلاثة مبادئ لتحديد أولويات التمويل لتقييم برامج الإرشاد التي تستهدف إلى منع الجريمة. ويمكن لهذه المبادئ أن تطبق على مجموعة واسعة من برامج التوجيه.

أ. ليس كل برنامج يتطلب إنفاق أموال كافية للتقييم على اعتبار أن البرنامج أكثر فعالية بكثير من حيث إنفاق كميات كبيرة من المال لتقييمات ضعيفة.

ب. ينبغي الحفاظ على أموال التقييم لتقييم الأثر.

ج. محدودية التمويل في كثير من الأحيان يفرض اختيار بين العديد من عمليات التقييم الوصفي أو تأثير تصميم برنامج جيد قليل الفائدة (النتيجة). ومن شأن التقييم لبرنامج مصمم جيداً أن تكون هناك مجموعة ضابطة، وأدوات قياس معيّنة، ومتابعة على المدى الطويل.

د. ينبغي إجراء تقييمات الأثر، باستخدام ما لا يقل عن مستوى الحد الأدنى من المنهجية العلمية (مثل التصميم التجريبي مع الحالة الضابطة). ويرى بعضهم أن أساليب التقييم التجريبية

ليست ممكنة أو مناسبة لتقييم كل برنامج إرشادي، والأسلوب الوحيد الممكن أو المناسب لتقييم البرنامج هو مقارنة نتائجه بنتائج برامج مماثلة من حيث الأرضية النظرية، والعينة، وإجراءات القياس، والتدخل. والبديل الثالث هو اتباع أسلوب متكامل بناء على الأبحاث السابقة. ويشمل ذلك الإطار النظري دراسة ربط الإطار النظري بالنتائج، وأدوات متسقة والإطار لتقييم مؤشرات قياس برنامج. رغم أن الأسلوب النظري لا يثبت تأثيره مباشرة بوصفه برنامجاً نوعياً لتقييم النتائج، لكنه يوفر الكثير من المعلومات الأساسية اللازمة لتطوير برنامج الإرشاد (Friedman, 2007).

ملخص واستنتاج

أخيراً يمكن القول: إن مصادر حصول المرشدين كمشرفين على تنفيذ البرنامج تكاد تكون بلا حدود، مثل العاملين في الشركات، والمنظمات المدنية، والمؤسسات الحكومية؛ الشرطة، ومراكز الإطفاء؛ وكبار مجموعات من المواطنين؛ بينما هناك مصادر للمرشدين من خريجي الكليات في أقسام علم النفس والإرشاد النفسي. ويجب أن تأخذ في الاعتبار لمرونتهم وقدرتهم واهتماماتهم والرغبة والمعرفة الدقيقة في التعامل مع محتويات البرنامج، وكيفية تقديم تلك الفعاليات والأنشطة للمستفيدين منها. وهذا يتطلب جمع بيانات تفصيلية عنهم لاكتشاف تلك الخيارات وتجنيدهم على نحو فعال.

وإن برامج الإرشاد المدرسية الشاملة تساعد المرشدين والمؤسسة التعليمية على العمل سوية لتطوير فلسفة المدرسة ورسالتها من خلال النظر إلى كل جنبات العملية التعليمية، بما فيها الطالب الذي يأخذ حيزاً كبيراً في هذه البرامج وتسعى دائماً إلى تنميته أكاديمياً ومهنياً وشخصياً واجتماعياً للوصول إلى درجة من التوافق على المستوى النفسي والاجتماعي وتحقيق الرفاهية له ولغيره من خلال التركيز على نقاط القوة الإيجابية في المدرسة بطريقة تكاملية.

أسئلة مراجعة

- عرف برامج الإرشاد النفسي الشاملة.
- قارن بين برامج الإرشاد النفسي التقليدية والشاملة؟
- ما فوائد برامج الإرشاد المدرسي في المكونات البشرية للبيئة المدرسية؟
- ما المبادئ التوجيهية لبرامج الإرشاد المدرسي؟

- ما هي معايير برامج الإرشاد المدرسي الشامل في مراحل التعليم المختلفة؟
- ما هي خطوات تصميم برامج الإرشاد المدرسي الشاملة وتنفيذها؟
- ما هي مهام المرشد المدرسي في برنامج الإرشاد الشامل؟
- ما هي العوائق التي تحد من فاعلية برنامج الإرشاد المدرسي الشامل؟
- كيف يقيم البرنامج المدرسي الشامل؟



مراجع الفصل

- العاسمي، رياض نايل (٢٠١٥) . مقدمة في برامج الإرشاد النفسي والمدرسي. عمان: دار الإعصار العلمي.
- العاسمي، رياض نايل (٢٠١٥). برامج الإرشاد النفسي (٢)، أملية في كلية التربية، جامعة دمشق.
- American School Counselor Association. (1997). Executive summary: The national standards for school counseling programs. Alexandria, VA: Author.
- American School Counselor Association. (2003). The ASCA National model: A framework for school counseling programs. Alexandria, VA: Author.
- American School Counselor Association. (2005). The ASCA National model: A framework for School Counseling Programs, Second Edition. Alexandria, VA: Author.
- American School Counselor Association. (2012). National model: A framework for School Counseling Programs, Second Edition. Alexandria, VA: Author.
- Bentler, L. David and Goliath.(2000). When empirical and clinical standards of practice meet. American Psychologist, 55, 997-1009.
- Battistich, V. (2001). Effects of an elementary school intervention on pupils' 'connectedness' to school and social adjustment during middle school. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, Seattle.
- Brown D,&Trusty .J.(2005). Designing and leading comprehensive school counseling program.Library of congress . U.S.A.
- Brown, D., & Trusty, J. (2005). School counselors, comprehensive school counseling programs, and academic achievement: Are school counselors promising more than they can deliver? Professional School Counseling, 9(1), 1-8. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/213358889?accountid=12164>
- Brooke Fezler and Chery Brown.(2011). The International Model For School Counseling Programs. Sponsored by AASSA and the U.S. State Department Office of Overseas Schools
- Campbell, C. & Dahir, C. (1997). Sharing the vision: The national standards for school counseling programs. Alexandria, VA: American School Counselor Association.

- Education Trust .(1997).The national guidance and counseling reform program. Washington .DC;Auther.
- Friedman, T. L. (2007). The world is flat: A brief history of the twenty-first century. New York: Picador/Farrar, Straus and Giroux.
- Gysbers , N.C. & Henderson, P. (Eds.) (2008). Developing and managing your school guidance program: Alexandria.VA. American counseling Association.
- Gysbers, N. C., & Henderson, P. (2006). Developing and managing your school guidance and counseling program (4th ed.). Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Martin, P.J. & Carey, R. M. (2012). Transforming school counseling in the transforming school counseling initiative. Washington, DC: The Education Trust.
- National Center for Educational Statistics <http://nces.ed.gov/> (student's classroom)
- Savage, R. (2004). Lecture notes. School counseling program. Johns Hopkins University.
- Stevenson, Robert G. (1999). The response of schools and teachers. In: Kenneth J. Doka, Ed; et al. Living with grief after sudden loss: Suicide, homicide, accident, heart attack, stroke. Taylor & Francis Hospice Foundation of America: Washington, DC,USA Washington, DC, USA. p. 201-213 of viii, 261pp.
- Stone, C. & Dahir, C. (2006). School Counselor Accountability: A Measure of Student Success. 2nd edition, Upper Saddle River, N.
- Vernon, A. (2004). Counseling children & adolescents (3rd ed.). Denver, CO:

الفصل الثامن

البرامج القائمة على التكامل في الإرشاد النفسي

- مفهوم التكامل العلاجي وتعريفه
- المنطلقات الفلسفية للتكامل العلاجي
- مبادئ التكاملية في العلاج النفسي
- شروط تبني المعالج الأسلوب التكاملي
- مراحل نمو نظرية متكاملة في العلاج
- أنواع التكامل النفسي
- أسس البرنامج التكاملي وقضاياه
- النهج القائم على النظرية في التدخل التكاملي
- تنفيذ العلاج التكاملي
- التدريب والإشراف
- تخطيط برامج الإرشاد التكاملي
- دور المعالج التكاملي.
- برنامج علاجي قائم على التكامل العلاجي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة
- فاعلية العلاج التكامل، القائم علم، الأدلة



الفصل الثامن

البرامج القائمة على التكامل في الإرشاد النفسي

يتناول هذا الفصل المسائل الآتية:

تعريف بالتكاملي العلاجي في التصدي للاضطرابات النفسية.
المنطلقات الفلسفية وشروط تطبيق النهج القائم على الأدلة.
تدريب المعالجين على النهج التكاملي.
عرض أمثلة تطبيقية لنهج التكاملي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة.

أشار نوركورس (Norcross, et al.2005b) إلى أن أبحاث الدراسات العلاجية في الوقت الحالي تتجه نحو نهج العلاج التكاملي، فإذا سألت طبيباً أو معالجاً: ما الأسلوب الذي تستخدمه في معالجة مرضاك، جاءت الإجابة في كثير من الأحيان بأنها التكاملية أو الانتقائية، على اعتبار أن هذا النهج يتضمن جميع الأساليب التي تتوافق والطبيعة المعقدة للسلوك البشري. ويفترض هذا اللون من العلاج أن العديد من طرق العلاج يمكن أن تكون مفيدة في العمل مع مختلف العملاء . ومن المتوقع أن الدراسات القائمة على الأدلة سوف يكون لها تأثير مهم في تدعيم التكامل في العلاج النفسي في نظرية واحدة. والحركة التكاملية" في علم النفس السريري في واقع الأمر تتحرك إلى الأمام في ثلاثة اتجاهات منفصلة ولكنها متداخلة. الأولى: الانتقائية الفني (Lazarus, 1989, 1992) وتنص على أنه ربما يكون هناك تقنيات هي أكثر فاعلية لبعض الأعراض أو الاضطرابات، والثانية: نظرية العامل، (Garfield1980; Arkowitz, 1992; Beitman, 1989; Beitman, 1992)، التي تلتزم بالاعتقاد بأن هناك احتمالاً للعوامل المشتركة بين المناهج المختلفة، وأن تلك العوامل المشتركة هي التي تجعل الواقع النفسي أكثر فاعلية، والثالثة: التكامل النظري، وأصحابه(Prochaska 1983, DiClemente&Norcross, 1994)؛ الذين حاولوا الجمع بين أفضل جوانب النظريات المختلفة في نهج واحد متماسك عن طريق المزج على المستوى

النظري. في حين أن هناك من الدعاة الأقوياء الذين يعتقدون بوضوح أن النموذج التكاملي في النظرية والتطبيق هو النموذج المفضل والمتفوق على المناهج الأخرى من حيث فاعليته في العلاج النفسي.

رغم ما يقرب من خمسة وستين عاماً على الأفكار التكاملية الأولى داخل التكامل في العلاج النفسي Psychotherapy integration مجالاً في العلاج بطريقة دراماتيكية، وهي حركة علمية لديها تاريخ يقارب ١٥ عاماً فقط. وتمثل جمعية استكشاف التكامل النفسي Society for The Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) . في الوقت الحاضر أكثر من (٢٨) بلداً في جميع أنحاء العالم، والعديد من المعالجين يميلون إيجابياً تجاه توقعات الجمعية وأهدافها. وبحلول عام (١٩٩٥) كان هناك أكثر من (١٥٠) برنامجاً تدريبياً ودورات وورشات عمل تم تنفيذها في التكامل العلاجي في جميع أنحاء العالم، وكثير منها تم تخصيصها لبرامج الدراسات العليا على مستوى الدكتوراه في علم النفس العلاجي والإرشادي أو المدرسي، أو الطب النفسي (Norcross & Kaplan, 1995) . وفي العقود الأخيرة من القرن العشرين كان هناك تحول في اللغة من العلاج النفسي الانتقائي Psychotherapy Eclectic إلى العلاج النفسي التكاملي Integrative Psychotherapy لكن المفهوم الأكثر حداثة هو تكامل العلاج النفسي Psychotherapy integration. وقد أوضح واشتل (Wachtel, 2010) الصعوبات التي واجهت العاملين في العلاج النفسي لاستكشاف تكامل العلاج النفسي عند تحديد معنى التكامل. يعني التكامل العلاجي: عملية، بينما يعني العلاج التكاملي المنتج. ويشير "واشتل" إلى أن تكامل العلاج النفسي هو المفضل لدى العديد من المعالجين النفسيين؛ لأن هدفه ليس تهيئة المنتج النهائي للعلاج، وإنما تسهيل عملية يقوم بها المعالج النفسي من خلال التفكير النقدي لتخطيط العلاج حسب احتياجات المرضى بدلاً من تركيب نظام مغلق (انتقائي) لعلاج للمريض. بعبارة أخرى، إن التكامل أو الاندماج Integrating هو هدف أو جهد مستمر لوجهة ما، والذي قد لا يكون معروفاً أو مرئياً لنقدم الفرد. لذلك، يفترض العديد من المعالجين أن التوجه النظري الواحد في النظر إلى مشكلات المريض هي كالرؤية الاسطوانية التي تسلط الضوء على عرض من أعراض المريض ونسج خيوط المخطط العلاجي عليها، وذلك في سبيل التضحية بالرؤية السريرية الكاملة أو الشمولية

لمشكلات المريض. ومن هذا، فمن المرجح أن يكون المعالج في الحالة الأولى أكثر تعقيداً وصعوبة في فهم حالة المريض تماماً من زاوية واحدة. بينما النظرة المتعددة الأبعاد لمشكلة العميل وأعراضه وآليات التكيف التي يستخدمها المعالجون مع اضطراب ما بعد الصدمة المعقد، (Complex PTSD) يبدو لها أهمية خاصة، بهدف توسيع الصورة السريرية وطرق العلاج عن طريق تكامل العلاج النفسي.

ويحتضن التكامل في العلاج النفسي موقفاً موضوعياً وعملياً تجاه ممارسة العلاج النفسي الذي يؤكد على القيمة الكامنة لكل فرد يستجيب على نحو فعال ومناسب لجميع المستويات الوجدانية والسلوكية والمعرفية والفيزيولوجية، وكذلك البعد الروحي للحياة. وقد كانت الحركة نحو التكامل في مختلف مدارس العلاج النفسي لعدة عقود من الزمن، لكن استخداماتها لم تكن بالصورة التي نلمسها اليوم في الحركة الجديدة لتكامل العلاج النفسي. ومع ذلك؛ فالتكامل النفسي وفقاً لتلك الروى التطبيقية على مستوى الممارسة في نظريات العلاج التقليدية أعادت التنافس والمنافسة بين مختلف المدارس للوصول إلى رؤية شاملة ومتكاملة لعملية العلاج النفسي. هذا التنافس، يمكن أن يعزى بقدر ما إلى "سيجموند فرويد" والخلافات التي نشأت بينه وبين تلاميذه حول الإطار المناسب لوضع تصور لمشكلات المريض. هذا الخلاف في الاتجاهات الفكرية داخل حركة التحليل النفسي، مثل علم النفس الفردي لـ آدلر، وعلم النفس الجمعي، الشعوري واللاشعوري (يونغ)، وكل معالج يدعي أنه وجد أسلوباً علاجياً أفضل من غيره. وقد نشأت المعارك المحتدمة بين أنظمة العلاج المختلفة، فعندما قدمت السلوكية إلى الميدان، وقعت خلافات بين التحليل النفسي وعلماء السلوك.

وقد مال المعالجون خلال السنوات (٤٠، ٥٠، ٦٠) من القرن العشرين إلى العمل في المقام الأول إلى إبراز رؤية واحدة في التعامل مع مشكلات الإنسان، فرؤية "دولارد وميللر (Dollard & Miller, 1950) في كتابهما الشخصية والعلاج النفسي يُعد واحداً من المحاولات التي تجمع بين نظرية التعلم والتحليل النفسي. وفي عام (١٩٧٧) نشر "بول واشتيل" Paul Wachtel كتاب العلاج النفسي التحليلي والسلوكي نحو التكامل Therapy: Toward Psychoanalysis and Behavior an Integration ، كما عرض جيمس بروشاسكا (Prochaska, 1979) النهج النظري للعلاج النفسي كأول محاولة لإنشاء إطار نظري واسع

للعلاج النفسي. وبعد فترة نشرت المجلة الدولية (١٩٨٢) العلاج النفسي الانتقائي
International Journal of The Eclectic Psychotherapy، وغيرت اسمها فيما بعد إلى
المجلة التكاملية الانتقائية للعلاج النفسي. وبحلول عام (١٩٩١) بدأ بنشر مجلة تكامل العلاج
النفسي Journal of Psychotherapy Integration.

مفهوم العلاج التكاملي وتعريفه

مصطلح "التكاملية" Integrative في العلاج النفسي لدية العديد من المعاني؛ فهو يشير
إلى عملية دمج مكونات الشخصية: العاطفية والإدراكية والسلوكية، والنظم الفسيولوجية في
الشخص، مع الوعي بالجوانب الاجتماعية عبر النظم الشخصية المحيطة بالفرد. وتستخدم
هذه المفاهيم ضمن منظور التنمية البشرية. ففي كل مرحلة من مراحل الحياة يحدث فيها تقدم
في المهام التنموية المتزايدة، والاحتياجات والأزمات الحساسة، والفرص المتاحة للتعلم الجديد.
والاتجاه التكاملي في الإرشاد والعلاج النفسي اتجاه أو حركة فكرية يسعى إلى التكامل بين
النظريات العلاجية المختلفة سواء على مستوى التنظير أو مستوى انتقاء الفنيات العلاجية أو
مستوى العوامل المشتركة بين النظريات المختلفة، وهو بصورة عامة يُعدّ منحى علاجياً بحيث
لا يتقيد ولا يلتزم بنظرية علاجية محددة في أثناء عملية التدخل العلاجي، بل يتجاوز حدود
النظرية الواحدة مستفيداً من إسهامات النظريات العلاجية ودمجها في نموذج علاجي تكاملي
بشرط أن يكون هناك انسجام وتناسق بين ما يختاره النموذج التكاملي من نظريات أو تقنيات
مختلفة (نمر، ٢٠٠٨، ٨).

يأخذ العلاج النفسي التكاملي في الاعتبار العديد من الآراء للأداء البشري الكلي وليس
الجزئي؛ فمعظم المدارس العلاجية ركزت على جوانب محددة من شخصية العميل دون النظر
إلى النظام الكلي للإنسان في تفاعله مع الأحداث الحياتية. أي، تقدم كل نظرية علاجية تفسيراً
جزئياً لتعزيز السلوك ودمجه على نحو انتقائي بالجوانب الأخرى لنهج المعالج. وتستند تدخلات
العلاج النفسي المستخدمة في تكامل العلاج النفسي في مجال
البحوث والنظريات التي تصف الدفاعات النفسية التي تستخدم عندما يكون هناك انقطاع في
تطور النمو الطبيعي. والهدف من العلاج هو تسهيل الكمال، بحيث يعمل على جودة الوجود

الشخصي داخل الذات، والشخصية والاجتماعية إلى أقصى حد ممكن بمراعاة حدود الشخصية لكل فرد والقيود الخارجية.

وقد يخطئ كثير من الباحثين بأن تكامل العلاج النفسي هو نفسه العلاج الانتقائي الذي ذكره "ثورن" Thurn ورفاقه في نظريته، ولكن الواقع غير ذلك؛ فهذان النموذجان مختلفان عن بعضهما تماماً. فالنهج الانتقائي يمثل مزيجاً لنموذج واحد أو أكثر من نظريات العلاج النفسي، وقد يكون نهجاً هجيناً، لأنه لا يملك الأسس والمعايير النظرية الثابتة للممارسة، بينما النهج التكاملي، فيسعى إلى تجميع طرق العلاج المختلفة فنياً ونظرياً في ظل نظام موحد في ضوء العوامل المشتركة التي لها قوة تأثيرية في العلاج، وأن يقدم هذا النهج لكل مريض وفقاً لأغراضه ومشكلاته الشخصية.

في المقابل، كما يرى "كراتوشفيل" (Kratochvíl, 1994) أن النهج الانتقائي أكثر خصوصية، حيث يستخدم المعالج مجموعة من التقنيات المتنوعة التي لا يوجد ترابط بين عناصرها لتقديم أفضل خدمة للعميل بغض النظر عن مشكلاته وشخصيته، كما يتضمن مجموعة من الاحتمالات العلاجية. إضافة إلى ذلك، فالنهجان مختلفان في أساليب العلاج وفنياته، وكيفية تقديمها للمرضى. بمعنى آخر، إن العلاج الانتقائي هو عبارة عن مجموعة من التحف الفنية المفصولة فيما بينهما ولا يوجد بينها تناسق في غرفة العلاج. بينما العلاج التكاملي هو عبارة عن قطع من الأدوات المتناسقة في الصورة والخلفية (جشطالت) ليعطي رؤية متكاملة عن الصورة العلاجية.

يقول "ستريك وجولد" (Stricker, & Gold, 1996) في هذا: إن الانتقائية ببساطة ليست كافية للنمو الفعال لكلا المجالين والعلماء، وأن حركة التكامل في العلاج النفسي اكتسبت شعبية علمية بسرعة في العقود القليلة الماضية، لأنها تتفق وما يحدث في العلاج، وما هو مفيد للمرضى.

وبمثال على اتباع النهج المتكامل، يستشهد نهج العلاج المعرفي السلوكي (CBT) المعتقد أنه يشارك في أكثر الحركات التكاملية من أي شيء آخر. إنه بحق يعد محاولة منهجية موضوعية لتحقيق نظريات وممارسات متكاملة فيما بينها. ويرى ويشتل (Watchel, 2010) وهو شخصية مرموقة في الحركة التكاملية منذ السبعينيات من القرن الماضي أن الانتقائية

تميل إلى التركيز على "ما يمكن عمله"، وتعتمد على نحو كبير على التحليل الإحصائي التجريبية لاكتشاف ما يبدو عليه العمل العلاجي. كما أن النقص في هذه النظرية القائلة بالانتقائية القائلة بدماج الممارسة في العمل على حساب النظرية، وحرى بنا القول: ليس فقط ما يعمل، لكن لماذا يعمل هذا اللون من العلاج، والإجابة عن لماذا يعمل ذلك؟ فالتكاملية هي أنسب نهج للإجابة عن ذلك، على اعتبار أن النهج التكاملي رسم تاريخه النفسي في عدة مراحل: في الأولى، مرحلة "الكمون"، حيث بدأت في عام (١٩٣٠) ولكن لم يكن مجالاً محدداً من الفائدة، كما يقول. وشهد عام (١٩٧٠) ترسيم حدود هذا النهج وأصبح أكثر وضوحاً للتكامل كمنشأ، مع بذل المزيد من الجهود المتضافرة التي تبذل في التقارب عبر الحدود. والمرحلة الانتقالية، تميزت بإطلاق جمعية الاستكشاف النفسي التكاملي (SEPI). وفي عام ١٩٨٣، تزايد الاهتمام بمجموعة واسعة من المواضيع في التكامل واللغات النظرية والسريية المشتركة. والمرحلة الثالثة، بدأت بالقرن الجديد، وفي حال نجاحها، سوف نرى تكامل العلاج النفسي ينتقل من مجال ذي أهمية لتخصص علمي يعتد به في الممارسة العلاجية المتكاملة لمشكلات العملاء المتعددة والمتنوعة. لذلك، فنهج التكامل في العلاج النفسي ليست مدرسة جديدة، كما يقال، لكنه إضافة للمدارس التكاملية الجديدة، حيث تعتمد على التكامل المنهجي بين أكثر الأفكار المفيدة التي يمكن أن نجدها في المدارس الأخرى. وبناء على ذلك، يعرف هنري هولاندرز (Hollanders,2000a) التكامل في العلاج النفسي باسم عملية جلب الأشياء معاً مع الآثار المترتبة على صنع الأشياء الجديدة كلياً.

ورغم أن حركة التكامل النفسي موجودة منذ ما يقرب من عشرين سنة، يبقى السؤال: "ما هو التكامل النفسي؟" ويرد أركوستر (Arkowitz, 1992)، على ذلك، فمن الأسهل القول: إن التكامل النفسي ما ليس الثنائي في نهج علاجي معين واحد، لكنه محاولة "لننظر إلى أبعد من حدود رؤية المدارس الفردية لأجل رؤية ما يمكن تعلمه من وجهات نظر أخرى". وعلاوة على ذلك، تتميز التكاملية بالانفتاح على مختلف طرق النظريات والتقنيات المتنوعة ودمجها. لذلك، "تكامل العلاج النفسي هو" بمثابة مظلة عبارة بموجبه يمكن أن تؤدي الطرق المختلفة إلى التكامل. في محاولة لدمج العديد من النظريات والتقنيات والاستراتيجيات المختلفة العاملين. ومع ذلك، هناك ثلاث طرق مقبولة عموماً في تكامل العلاج النفسي، وهي الانتقائية التقنية،

ونهج العوامل المشتركة للتكامل النفسي، والتكامل النظري، وجميعها تتميز بالأسلوب من خلال السعي لهدف زيادة الفاعلية العلاجية وإمكانية تطبيقها من خلال النظر خارج حدود نهج المدرسة الواحدة، ومع ذلك، فإنها تختلف على نحو كبير في الوسائل المقترحة على تلبية هذا الهدف.

ويُعد "نوركروس" (Norcross, 2005) من العاملين الأوائل في مجال هذه الحركة الجديدة في العلاج النفسي، حيث يرى التكامل في العلاج النفسي PsychotherapyIntegration بمثابة عملية نمائية تعترف بالقيود في أي نظام علاجي، وتشجع على النمو والقبول للنظريات والتقنيات الأخرى نتيجة لما يواجهه المعالجون والأطباء من أوجه القصور الحقيقية في استخدام نظرية واحدة في الإرشاد والعلاج، والاتفاق على مجموعة وجهات النظر التي يمكن أن توفر الفائدة في تحالفات العلاج الفعال. ووفقاً لبوزيل وزملائه (Boswell et al. 2010) فإن كثيراً من الأطباء والمعالجين النفسيين يتضامنون مع هذا التوجه التكاملي في العلاج والممارسة العلاجية. ومع ذلك، مجال العلاج النفسي في حد ذاته، يرفض الخضوع لأي تعريف متفق عليه، والعلاج التكاملي هو على قدم المساواة من التحدي لهذا التعريف الأحادي الجانب للعلاج النفسي.

ويشير نوركروس في تعريفه التالي لتكامل العلاج النفسي بأنه: عملية اختيار المفاهيم والأساليب من مجموعة متنوعة من النظم أو الاستراتيجيات العلاجية. فمن الناحية المثالية، النهج التكاملي هو إبداع متميز لمجموعة فريدة من التوجهات النظرية المختلفة، ودمج المفاهيم والتقنيات العلاجية التي تناسب التفرد الشخصي لمشكلة المريض وأسلوب شخصية المعالج (Norcross, 2005, 65).

بينما قدّم جيلبرت و أولانس (Gilbert and Orlans (2011 أربعة تعريفات واسعة وشاملة للتكامل: التكامل الفردي: سلوكياً وروحياً وجسدياً؛ ودمج النظريات والمفاهيم والنظريات والتقنيات؛ تكامل الشخصية والمهنية: وعي المعالج الذي لديه انقسام ذاتي في لقائه مع المريض أو العميل؛ وأخيراً، دمج البحوث والممارسة. والمعالج هو الباحث في الممارسة العملية. هذه التعاريف تشمل صدى المربي، والممارس والمشرّف. وعلى ما يبدو حسب قول "جيلبرت وأولانس" إنه يشمل الشخصية فضلاً عن الممارسة المهنية".

بعبارة أخرى، التكاملية في العلاج النفسي هي محاولة للجمع بين مفاهيم والتدخلات الإرشادية لأكثر من أسلوب علاجي (Stricher, 2000). وهو ليس مزيجاً معيناً من نظريات الإرشاد، لكنه يتألف من إطار لتطوير دمج النظريات التي تجد أكثرها جاذبية ومفيدة للعمل مع العملاء. وحسب "نوركروس" (Norcross, 2005b, 3-4) العلاج النفسي التكاملي بعدم الرضا عن أساليب العلاج المدرسية الفردية، والرغبة المصاحبة للبحث عبر حدود المدرسة لرؤية ما يمكن تعلمه من الطرق الأخرى حول شروط العلاج وإجراءاته.

وتكامل العلاج النفسي هو في نهاية المطاف تحقيق التكامل بين عناصر من مدارس علاجية مختلفة في علاج مشكلات العميل. كما يشير أيضاً إلى عملية تكامل الشخصية، أي، توحيد كل من الأنظمة الوجدانية والمعرفية والسلوكية والفسيولوجية داخل الشخص".

وقد لخص "نوركروس ونيومان" (Norcross and Newman, 1992) الحركة التكاملية في علم النفس من خلال تحديد ثمانية متغيرات مختلفة تساعد على تعزيز نمو التكامل في العلاج النفسي، وهي: أولاً، إن هناك نظريات في الإرشاد منفصلة في أساليبها، بينما تمثل حركة العلاج النفسي التكاملية تحولاً بعيداً عن الجو السائد حول التنافس بين العلاج النفسي وخطوة نحو الحوار والتعاون. ثانياً، إن الممارسين يعترفون على نحو متزايد بعدم كفاية نظرية واحدة قادرة على الاستجابة لجميع العملاء ومشكلاتهم المتباينة. وليس هناك علاج واحد أو مجموعة من العلاجات أثبتت فاعلية متفوقة على نحو ملحوظ بالمقارنة بأي نظرية أخرى. ثالثاً، كان هناك ضعف واضح لنجاح أي نظرية لشرح كاف للتنبؤ بعلم الأمراض، والشخصية، أو تغيير السلوك. رابعاً، كانت الزيادة في عدد العلاج القصير المدى الذي يجمع أكثر من تقنية لمعالجة مشكلة العميل وأهميته بدلاً من استخدام نظريات متعددة للوصول إلى التحسن المطلوب. خامساً، بدأ كل من الأطباء والأكاديميين المشاركة بمزيد من التواصل فيما بينهم مما كان له الأثر الجيد لزيادة استعدادهم لإجراء الخبرات التعاونية (نوركروس ونيومان، ١٩٩٢). سادساً، بدأ الأطباء المتصلح مع اقحام علاج الدعم الاجتماعي والاقتصادي المحدود من قبل أطراف ثلاثة لطرق العلاج النفسي التقليدية (التحليلية، السلوكية، المعرفية)، على المدى الطويل. سابعاً، "تحديد العوامل المشتركة الناجحة المتعلقة بتأثير العلاج المتكامل. على نحو متزايد، بدأ المعالجون الاعتراف أن هناك عوامل مشتركة تتقاطع عبر المدارس العلاجية المختلفة.

ثامناً، تطوير المؤسسات المهنية لشبكة المعلومات للتوافق بين بعض العلاجات النفسية، وقد تم تدعيم ذلك من خلال المؤتمرات، والمجلات المخصصة لمناقشة التكامل النفسي ودراسته التي أسهمت أيضاً في نمو الحركة. وبالتحديد قد تحولت الحركة في اتجاه التكامل النظري بدلاً من الولاء لنهج علاجي واحد. حيث كان هناك حركة منسقة نحو التكامل للنظريات المختلفة (Prochaska & Norcross, 2003).

ولتأييد هذه الرؤية، ما قام به كل من "توما وكاسرو" (Thoma & Cacero, 2009) من خلال دراسة استقصائية للكشف عن مدى استخدام المعالجين النفسيين للتقنيات المختلفة حسب التوجهات العلاجية المتباينة، وذلك على عينة حجمها (٢١٠) معالجاً لديه الخبرة الكافية في العلاج النفسي، وقد كشف الاستطلاع أن العديد من المعالجين يستخدمون العديد من تقنيات من أساليب علاجية مختلفة، كالمعرفية، والسلوكية، والإنسانية، والعلاج المنظومي. وهذه التقنيات تستمد جذورها من الرؤية التكاملية أو الانتقائية في العلاج. كما أشار الاستطلاع إلى أن المعالجين يستخدمون تقنيات عديدة مستوحاة من أساليب علاجية مختلفة، فقد يستخدمون التعاطف من الإنسانية، والتعامل مع صعوبات التكيف من المعرفية، والتخطيط السلوكي البديل من النهج السلوكي، وتنمية البصيرة ومعنى الحياة من الوجودية، ونظرية النظم لدراسة أنماط الأسرة غير القادرة على التكيف من العلاج الأسري. كما أشار الباحثون إلى وجود رغبة شديدة لتأييد استخدام التقنيات خارج حدود الإطار النظري للمعالج (التوجه النقي)، وبالتالي، فإن هذا ليس مؤشراً على أن جميع المعالجين يستخدمون التكامل في العلاج النفسي فحسب، بل هو إشارة إلى الاعتراف بأن المرضى قد يستجيبون على نحو مختلف للتدخلات المتفاوتة، ويستجيبون عملياً وبمرونة لتوجهات المعالج المتنوعة. ويمكن القول إذن: إن عملية التكامل العلاجي أصبحت أكثر إلحاحاً في علاج متلازمات مترابطة فيما بينها وليست منفصلة (نقية)، مثل اضطرابات ما بعد الصدمة.

كما كشفت دراسة للمعالجين في المملكة المتحدة من قبل هولاندا وماكلويد (Hollanders, 1999 & McLeod) تناولت الإجابة عن سؤال حول استراتيجيات التدخل، فقد وصف (٩٥٪) من الأطباء أنهم يستخدمون تقنيات انتقائية في علاجهم، وقد أكدت دراسة "توما وكاسرو" في الولايات المتحدة تلك النتائج، مما يدل على أن "المشاركين استخدموا عدداً كبيراً

من التقنيات خارج توجهاتهم النظرية. كما وجدت دراسة نوركورس لامبرت & Norcross (Lambert, 2011) التي تمت على عدد من علماء النفس الأمريكيين والمستشارين والأخصائيين الاجتماعيين أن الأساليب التكاملية والمعرفية كانت أعلى التوجهات الأساسية في الممارسة والتدريب، مع (٢٤٪) للتحليل النفسي، و(١٦٪) للعلاج الدينامي النفسي، بينما (٩٪) كانت فقط للمناهج الإنسانية. وتؤكد هذه الإحصاءات بالتنبؤ وتقديره في عام (١٩٩٢) بأن العلاج التكاملية سوف يصبح من الأشكال المزدهرة في المستقبل. وبالإضافة إلى ذلك، فهناك (٨٠٪) من المستطلعين يرون أن تدريب المدربين في الولايات المتحدة يعتمدون على النموذج التكاملية الذي يعد الشرط اللازم والكافي لعلاج مجموعة متنوعة من العملاء وقد أثبتت فعاليتها، من أي وقت مضى، وأنه أكثر انتشاراً في الممارسة والتدريب بدلاً من استخدام نظرية أو ممارسة واحدة لا تكفي لفهم تعقد مشكلات المريض، ولا المسارات المحتملة لرفاهيته وانتعاشه.

المنطلقات الفلسفية للتكامل العلاجي

هناك العديد من الأسس الفلسفية التي يعتمد عليها التكامل العلاجي، منها، الآتي:

- ١- **فلسفة متعددة الرؤى:** وهي فلسفة العلم الحديث، والانفتاح على الجديد، ودراسة التراث العلمي القديم.
- ٢- **توجهات العلاج التكاملية:** يعتمد العلاج التكاملية على العديد من التوجهات، منها: اختيار الحالات المناسبة، والجمع بين جوانب السلوك الثلاثة، والأخذ بالأركان الأربعة الكبرى في التعلم، والتعديل ليس التغيير السلوكي أو الفكري أو الانفعالي هو الحل، بل نضوج الشخصية وتكاملها هو الهدف والغاية القصوى لهذا التوجه، لا شيء يبدأ من الصفر، والعلاج يُنبت الخصوصية الثقافية، والانتقال من فقر الثنائية القطبية إلى رحاب التعددية الخصب، والاهتمام بإرشاد الأزمت أو الطوارئ، والتنبؤ الإكلينيكي ليس صنواً للتنبؤ الإحصائي، وتجفيف منابع الاضطراب هو الحل، وضبط جرعة القلق المثار وتحقيق مستوى الصداقة المثلى بين الأفراد.
- ٣- **ممارسات العلاج النفسي:** يعتمد العلاج النفسي التكاملية على عديد من الممارسات التي يضعها المعالج نصب عينيه أثناء مساعدة المريض على الوعي بها واكتسابها وهي :

- أ- **تبني فلسفة للحياة:** يُقصد منها أن يتعلم الفرد تبني فلسفة ما، حيث يمكن أن يحدد أي منها أحداث عارضة، وأي منها مهمة، مثل أن يَعتقد الإنسان بأن كل ما يتمناه لن يتحقق، ولا يسعى الإنسان وراء أهدافه ويخسر نفسه.
- ب- **السعادة تنتزع ولا تستجدي:** إن السعادة تتبع من داخل الإنسان وليس من الخارج، وأن هناك اتجاهًا نلاحظ فيه أن الفرد السعيد في موضوع ما سوف يكون سعيداً في حياته.
- ج- **تبني السلوك الإيجابي لا الاستجابي:** ويعني أن الحياة لا تحكم على فرد وتحدد سلوكه في المستقبل، وأن الفرد يمكنه الاختيار لما ستكون عليه حياته.
- د- **حتمية الاختيار الحر:** نجد أنها تتحدث عن الحتميات وتأثيرها على مستقبل الفرد، ومحاولة الفرد الخروج من هذا القدر سواء كان وراثياً أو بيئياً أو نفسياً والاستفادة من خبرته مع حتمية ما.
- هـ- **القرار هو قرار الفرد:** يقتصر دور المرشد على توضيح جوانب القوة الإيجابية وجوانب الضعف السلبية في أي موضوع.
- و- **التوجه المستقبلي بديلاً عن التوجه نحو الماضي:** وهو يكمل المنظومة السابقة بأن يتجه الإنسان إلى المستقبل مستفيداً من خبراته السابقة.
- ز- **منهج التفكير أهم من نواتج التفكير:** أي ملاحظة خطوات حل المشكلة بدلاً من الاهتمام بنتيجة المشكلة.
- ح- **زرع ثقافة التقويم:** ويُقصد بها قدرة الفرد على تعديل مساره وليس الاتجاه في خط واحد.
- ط- **تنمية القدرة على تحمل الغموض:** فلا يتعجل الفرد بالإجابة عن كل سؤال في رأسه.
- ك- **الموازنة بين نقاط القوة والضعف:** تعلم القدرة على الموازنة بين نقاط القوة والضعف في كل موضوع.
- ل- **التمييز بين الاستراتيجية والتكتيك:** بأن يفرق الفرد بين خطوات الوصول إلى الحل والحل نفسه.
- ش- **ويتم تدريب المختصين في التكامل العلاجي لعلاج كل من الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات والأمراض النفسية الخطيرة.**

ق- يتم التعامل مع الاضطرابات التشاركية بطريقة حكيمة بمختلف الخدمات التي تقدم في مراحل مختلفة.

ر- استخدم التدخلات التحفيزية لعلاج المرضى في جميع المراحل، وخصوصاً في مرحلة الإقناع (Lanktree, and Briere. 2008).

مبادئ التكاملية في العلاج النفسي

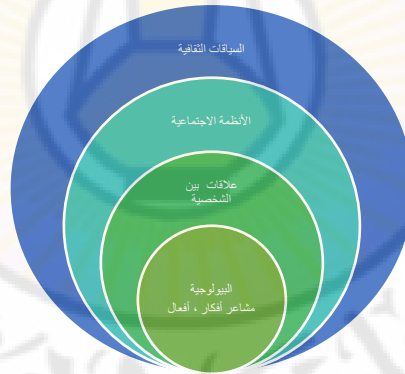
قدم بروكس-هاريس (Brooks-Harris (2008) خمسة مبادئ للتكامل في العلاج النفسي، وتشمل (١) التكامل المتعمد أو المقصود Intentional Integration، (٢) التكامل متعدد الأبعاد، (٣) التكامل النظري متعدد الأبعاد، (٤) التكامل القائم على الاستراتيجية، وأخيراً (٥) التكامل العلائقي.

ويرى المبدأ الأول أن التكامل العلاجي ينبغي أن يستند على الخيارات المتعمدة أو المقصودة، وأدلة المعالج قد تساعده على اختيار: الاستراتيجيات، والمفاهيم، والتدخل وأنماط العلاقة. كما أن المعالج يستخدم الأفكار والاستراتيجيات في التقاليد النظرية المختلفة، وأن تكون هذه الخيارات قائمة على النظرية والخبرة والبحوث، وينبغي أن يكون التكامل قصدياً وليس عشوائياً، وأن يعرف المعالج لماذا هذا الاختيار المحدد لتلك الاستراتيجيات، والقدرة على التعبير عن مبررات المهارات التي يستخدمها مع كل عميل على حدة. ويمكن تمثيل ذلك في المخطط (٣) التالي:



ويستند التكامل المتعدد الأبعاد Multidimensional Integration على أن المعالجين يعترفون بالتفاعل المفيد بين الأبعاد المتعددة في حياة الأفراد. ويدعم العلاج التكاملية التكيف

متعدد الأبعاد في صور أفكار وظيفية، وإجراءات فعّالة، والمشاعر التكيفية تسمح للعملاء بالتكيف مع السياقات البيولوجية، والشخصية، والنظامية، والثقافية. ويتم تنظيم الخطة العلاجية أو التدريبية حول نموذج متعدد الأبعاد للعمل الإنساني. وهذا النموذج يسلط الضوء على إسهام تفاعلي للأبعاد السبعة التي ما ترتبط بالمشاعر النفسية، وتمثل تأكيدات من نظريات مختلفة للعلاج النفسي (1) وتحديد الخواطر، (2) الإجراءات، و (3) المشاعر. وهذه الأبعاد المترابطة تشكل المقدمة لهذا النموذج. وينظر إلى هذه الجوانب من الحياة في تفاعل مستمر فيما بينها، وخصوصاً الأفراد الذين يفكرون ويتصرفون ويشعرون. وتشكل هذه الأبعاد الخلفية السياقية لنموذج متعدد المحاور تؤثر على العمل المترابطة: (4) البيولوجيا، (5) أنماط التعامل مع الآخرين، (6) النظم الاجتماعية، و (7) السياقات الثقافية. كما يجب أن تشمل الخيارات المتعمدة في العلاج النفسي واللبت في الأبعاد الأكثر ملاءمة لقلق تقديم العميل والتركيز على هذه الأبعاد بطريقة تفاعلية.



شكل (٤) النماذج الخمسة لتكامل العلاج النفسي

ويؤكد المبدأ الثالث Multitheoretical Integration أن المعالجين ينبغي عليهم الأخذ في الاعتبار نظريات مختلفة لفهم عملائهم وتوجيه تدخلاتهم. وهذا التكامل يتناول مايلي: الاستراتيجيات المعرفية التي تتعامل مع البعد البؤري لاضطراب الأفكار الوظيفية للعملاء. والبعد السلوكي الذي يتضمن مهارات الاتصال الفعالة لتشجيع أنشطة العميل بفاعلية لمواجهة التحديات. والتدخلات التجريبية التي تؤدي إلى مشاعر التكيف، والاستراتيجيات البيولوجية

النفسية التي تؤكد استخدام الممارسات الصحية للتكيف.

بينما تؤكد مهارات العلاج الديناميكي النفسي التعامل مع الآخرين لاستكشاف أنماط شخصيات العملاء وتعزيز التصورات غير المشوهة. أما تدخلات النظم البنائية فتلعب دوراً مهماً في دراسة تأثير النظم الاجتماعية ودعم الخبرات الشخصية للتكيف. كما ينبغي أن يكون المعالجين النفسيين قادرين على الاستفادة من الحكمة الجماعية للنظريات المختلفة، وكيفية استخدام النظريات المختلفة لفهم مختلف العملاء أو يمكن استخدامها لوجهات نظر مكملية لفهم الجوانب المختلفة للشخص ذاته، والاعتراف بالفائدة النسبية لنظريات مختلفة لفهم أبعاد مختلفة من الأداء البشري. ويوضح ذلك الجدول (١٦) أعلاه.

والمبدأ الرابع، يتعلق بالتكامل القائم على الاستراتيجية Strategy-Based Integration

حيث يستفيد المعالج التكاملي من مجموعة من الاستراتيجيات النوعية المستمدة من التقاليد النظرية المختلفة، وينبغي اختيار تلك الاستراتيجيات المستندة إلى النظريات المتعددة الأبعاد، وكذلك معرفة علامات الاستراتيجية والنتائج المتوقعة. وهنا، يكتسب المعالج التكاملي المهارات المستمدة من العديد من النظريات التقليدية المختلفة داخل مجال التدخل العلاجي. ويعد الحصول على ذخيرة متنوعة من الاستراتيجيات لتنمية العميل مدى الحياة. والعلامات هي خصائص العميل التي تدل على الفائدة المرجوة من هذه الاستراتيجيات، وتتضمن توقع النتائج المكتسبة عندما يتم الجمع بين استراتيجيات العلاج النفسي المختلفة للعملاء التي تقوم على الخيارات المقصودة ضمن فلسفة براغماتية للنظريات الأساسية التي يجب التوفيق بينها.

والمبدأ الخامس هو التكامل العلائقي: Relational Integration ينبغي تنفيذ العلاج

النفسي في إطار علاقة علاجية فعالة. ويمكن تطوير أنماط مختلفة من العلاقات مع العملاء على أساس الاحتياجات والتفضيلات الفردية التي ينبغي القيام بها، وتطوير علاقة واختيار نمط معين على الخيارات المتعمدة. ويبدأ النهج النظري المتعدد للتكامل العلائقي بملاحظة أن مختلف الأساليب النظرية تؤكد أنواعاً مختلفة تم التحقق منها في تلك العلاقات. وكل من هذه الأنماط هي علاقة صالحة، ويمكن أن تكون مفيدة في ظل ظروف، وهي تمثل أنماط العلاقة وفق التوجهات النظرية التي يمكن توضيحها من خلال الجدول (١٦) التالي:

أنماط العلاقة	المناهج النظرية
المشاركة التجريبية	المعرفية
التعزيز الاجتماعي	السلوكية
تنمية التعاطفية	التجريبية
تعزيز الصحة	البيولوجية النفسية الاجتماعية
الملاحظة التشاركية	الدينامية النفسية
الخريطة الاجتماعية	النظامية
الاستشارة الثقافية	متعدد الثقافة

المصدر: Brooks-Harris, 2008: 64.

وقد قدّم بروكس-هاريس (٢٠٠٨) نموذجاً لخطة جيدة للمعالجين، هدف من خلالها إلى تنفيذ نهج التكامل النظري المتعدد الأبعاد، كما حدد الاستراتيجيات لكل من المجالات الأساسية السبعة. على سبيل المثال، يجب أن تشجع الاستراتيجيات المعرفية الأفكار الفنية التي هي عقلانية تعزز التكيف السليم مع البيئة. إضافة إلى ذلك، فقد وضع بروكس-هاريس دليلاً مكوناً من (١٥) استراتيجية معرفية، والذي اشتمل على: تحديد الأفكار، وتوضيح تأثير الأفكار، مما يشكل تحدياً للأفكار اللاعقلانية، وتوفير التنقيف النفسي، والدعم بالقراءة. وقد أشار إلى أنه لدمج العلاج السلوكي في ممارسة واحدة يتطلب بعض الخدمات من الاستراتيجيات الرئيسة الآتية: تحديد الواجبات المنزلية، وبناء تسلسل هرمي، وتوفير التدريب والتمرين، وتحديد خطوط الأساس (الخطوط القاعدية للمشكلة أو المشكلات التي يواجهها المريض)، وأخيراً جداول التعزيز.

شروط تبني المعالج الأسلوب التكاملي

ثمة مجموعة من الخطوط العريضة التي تساعد المعالج على اختيار النظرية التي يتبناها للوصول إلى النهج التكاملي في الممارسة الإرشادية والعلاجية، وأهم هذه الشروط ما يلي:

- ١- يجب على المعالج أن يكون قادراً على معرفة كيفية العمل في نظرية معينة وفق استراتيجياتها وأهدافها وسير عملية المعالجة، التي يمكن من خلالها وصف لماذا كل نظرية

مهمة وضرورية لتكون بمثابة دليل لعمل المعالج التكاملي وتساعد على كتابة نهج متكامل خاص به في أثناء تقديم الإرشاد أو العلاج لمرضاه.

٢- يجب أن يبرهن على وجود توازن بين معرفته بالنظريات التي يحددها على نحو دقيق، ولماذا كل نظرية مهمة وضرورية وتكون بمثابة الطبيب المعالج.

٣- بعد أن يتم تحديد العمل بالنظرية التي اختارها المعالج، عليه أن يأخذ في الاعتبار النظرية أو الطريقة الأساسية به لفهم العالم . فنظرة المعالج قد يكون لها تأثير كبير على طريقة التدخل الإرشادي أو العلاجي.

من المهم أن يدرس المعالج بعمق الأسباب التي دفعته لاختيار كل نظرية. والأسئلة الآتية مصممة لمساعدة المعالج على التفكير في نظرية الإرشاد أو العلاج الأساسية التي يتبناها منذ البداية:

- ١- ما هي المفاهيم الأربعة الأساسية للنظرية التي تتبناها المعالج قاعدة له؟
- ٢- ما شكل المشكلة في نظرية الإرشاد الأساسية الخاصة به؟
- ٣- ما أهداف المشورة للنهج النظري الذي اختاره؟
- ٤- من الذي يحدد الأهداف في المشورة؟
- ٥- ما طبيعة العلاقة بينه وبين العميل؟
- ٦- ما الكفاءات التي يجب أن يكون لديه لتنفيذ دوره معالجاً / مرشداً؟
- ٧- ما مسؤوليات العملاء خلال الإرشاد؟ وما المتوقع من العملاء القيام به؟
- ٨- ما الذي يمكن للعميل أن يتوقعه من المعالج؟
- ٩- ما موقف المعالج من الكشف عن الذات؟
- ١٠- ما هي بعض القيم الرئيسية التي تساعد على تبني تلك النظرية ؟
- ١١ هل النظريات التي اختارها لتكون متكاملة تساعد في نهج العلاج الخاص به، وكيف يريد أن يكون معالجاً؟
- ١٢- كيف يعبر عن انفعالاته خلال جلسات الإرشاد؟
- ١٣- ما هي شخصيته والتاريخ الشخصي الذي يقوده إلى الاعتقاد بأن نظرية معينة أو مجموعة من النظريات تشكل أرضية مناسبة لعمله العلاجي؟

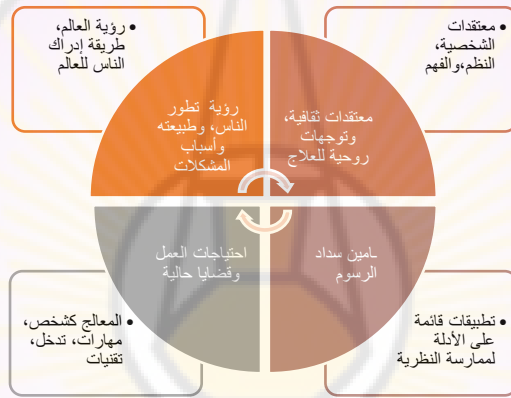
١٤- ما هي سماته الشخصية، وخبرات الحياة التي تتأثر باختياره الشخصي لنظرية الإرشاد؟

١٥- ما هي الأساليب التي سيستخدمها في النظرية أو مجموعة النظريات التي يختارها؟

١٦- كيف تأخذ نظريته في الاعتبار الجماعات الثقافية المتنوعة؟

١٧- كيف تأخذ نظريته في الاعتبار العوامل السياسية والاجتماعية والاقتصادية التي تقع خارج حدود العميل؟

ويتضح كل ذلك من خلال المخطط (٥) الآتي:



مراحل نمو نظرية متكاملة في العلاج

الأسئلة الواردة فيما سبق ليست شاملة، فهي تمثل نقطة البداية بالنسبة للمعالج الذي يفكر في نفسه كي يصبح معالجا نفسياً، ويرى المعالج أنه عمله العلاجي ليس مسألة سهلة، وهناك قدر كبير من العمل الواجب تنفيذه، بما في ذلك الكثير من التأمل الذاتي، والخبرة، والتدريب. وقد يكون من المفيد أحياناً لفهم هذه الرحلة كي يصبح المعالج أو المرشد متمكناً في أداء عمله العلاجي. لذلك، فالمراحل التالية هي نموذج مختصر يمر به المعالج في تطوير النهج العلاجي المتكامل الخاص به.

المرحلة الأولى: الطريق نحو التكامل في العلاج النفسي: شخص يدخل إلى برنامج الإرشاد أو العلاج التكامل مع توجه نحو الذات والآخرين، والنظرة الشاملة للثقافة، ونظام المعتقد الشخصي.

المرحلة الثانية: تشديد التدريب العلاجي على بعض المهارات والنصائح والتقنيات.
المرحلة الثالثة: الاعتماد على العلاج الفردي من حيث النظرية، التدريب، التدخل، وابتناها إلى حد كبير في البرنامج التدريبي.

المرحلة الثالثة: التكامل الاستيعابي، ويمر بعدة خطوات:
الخطوة الأولى: يشارك المعالج الحقيقي في خبرة الإرشاد والعلاج النفسي، فيسعى إلى الاعتماد على تقنيات خارج توجيه البرنامج التدريبي.

الخطوة الثانية: السعي إلى وجود أساس راسخ في نظام واحد للعلاج، لكن الأدلة حول استعداد البرامج لاستيعاب الممارسات في المدارس العلاجية الأخرى.

الخطوة الثالثة: ممارسة التأمل: يقوم المعالج بتتبع التوجه النظري على أساس:
(1) - خبرات معالجة العالم الحقيقي؛ (2) - الدراسات القائم على الأدلة المفيدة في العلاج. فقد تم تبديد الطريق نحو التكامل العلاجي لتحسين قدرة المعالج لتحديد أفضل علاج لمشكلة العميل من خلال استخدامه استراتيجيات متنوعة دون أن تعوقه الاختلافات النظرية.

الخطوة الرابعة: ممارسة التأمل: يسعى المعالج إلى تحقيق التوافق بين متطلبات التدريب والتعلم المستمر، الأمر الذي يؤدي إلى توسيع نطاق تقنيات تقديم الإرشاد وزيادة التكامل في العلاج النفسي.

المرحلة الخامسة: يشارك المعالج في تكامل النظرية عملياً على أساس قدرتها على العمل، والتقارير المستندة إلى الأدلة، وتدريباً إضافياً، وزيادة الخبرة السريرية، وتنقيح المعتقدات.

المرحلة السادسة: استمرار المعالج في التنمية المهنية الذي يتبنى الرأي القائل إن نهجه في العلاج ينمو لهذا النمط من الشخصية في العلاج النفسي، وهذا يجعله يشعر بالراحة. ورغم أن المعالج منفتح على التغيرات، وتوحيد التكامل النفسي، إلا أنه قد يحدث إجراء تغييرات طفيفة بعد هذه النقطة عادة نتيجة لحضور ورش عمل لمواصلة الاستمرار في التعلم والتنقيف النفسي (Norcross & Goldfried, 2005).

أسس البرنامج التكاملي وقضاياه

وتتضمن هذه الأسس مايلي

- يقوم على وحدة المعرفة الإنسانية وتكاملها حيث يستفيد من جميع الأطر النظرية بفنياتها المختلفة ودمجها في نماذج تكاملية متناسقة.
- النهج التكاملي أكثر واقعية وأكثر ارتباطاً بمشكلاته التي يواجهها الفرد في حياته.
- الأسلوب التكاملي يتفق ونظرية الجشتالت، حيث إن المتعلم يدرك الكل قبل الأجزاء، والعموم قبل الخصوص.
- يراعي النهج التكاملي خصائص النمو النفسي والتربوي للتلاميذ، من حيث مراعاة ميولهم واهتماماتهم واستعداداتهم فيما يقدم لهم من معارف وخبرات ومعلومات متكاملة، مما يخلق لهم الميل والدافع لدراسة هذه المعلومات.
- يعمل النهج التكاملي على تنمية المرشد مهنيًا وعلميًا، حيث يجد المرشد نفسه بحاجة دائمة لتطوير نفسه وتنويع معلوماته، وذلك لانتاسب المعلومات المتشعبة والمتنوعة التي يقدمها لمرضاه.
- شمولية المشكلات المجتمعية والحياتية وطبيعتها المتكاملة وصعوبة تجزئتها.
- وحدة المعرفة الإنسانية وتكاملها.

القضايا المرتبطة بالبرنامج

يمكن تنظيم القضايا التكاملية لبرنامج الإرشاد أو العلاج لأهميتها التربوية والنفسية إلى خمس فئات رئيسية: مجموعة المواقف، والقاعدة المعرفية، والتقنيات السريرية والمهارات، والمهام النمائية وتحدياتها، وعوامل الإدارة النظامية (Geben, 2004, 238).

أ- **مجموعة المواقف:** تتميز بمرونة المعالج أو المرشد التكاملي في أثناء التعامل مع العميل منذ الجلسة الأولى إلى إقامة أو بناء التحالف العلاجي والتدخل والإنهاء، إذ تجعله يتفرد عن وجهة النظر الضيقة التي ترتبط عادة بالعلاجات أحادية الاتجاه. وهذا الانفتاح يمهده بالتوافق والتكامل المحتمل في التعامل مع منظومة المفاهيم المتباينة سواء المتعلقة منها بإجراءات التدخل أو أعراض المريض أو العميل المتباينة. وقد أُستُخدم مصطلح التقارب لوصف محاولات الجمع بين أساليب المدارس العلاجية المميزة التي سبقت أو رافقت الحركة التكاملية. كما أن

المرونة هنا لإضفاء الطابع الشخصي لهذا النهج لتلبية الاحتياجات الآمنة للمرضى، وتحديد نقاط قوتهم وضعفهم.

ب- **القاعدة المعرفية**، فهي تعني القدرة على إجراء تطبيق برنامج العلاج التكاملي، الذي يتطلب قاعدة معرفية من نظريات متعددة في العلاج النفسي، وفهم الأساس الفكري للطرق العلاجية الفردية والجماعية باعتباره مطلباً ضرورياً لجهود دمج هذه الفنيات واستخدامها على نحو فعال فعال ضمن محتويات البرنامج والتي تتناسب احتياجات المريض أو العميل. كما أن هناك مجموعة من النظريات ذات صلة بالنهج التكاملي على وجه التحديد، حيث تبدأ عادة بالنظرية النسبية التي تميل إلى أوجه التشابه والاختلاف في المجالات الفكرية والأسس الفلسفية للنظريات البديلة. لذلك، فالأساس المنطقي للتكامل والأهداف يسعى إلى زيادة فاعلية العلاج التكاملي بدلاً من العلاج الأحادي.

ج - **التقنيات والمهارات السريرية**: إلى جانب قضايا المعرفة بنظريات متعددة للعلاج النفسي يتطلب من المعالجين التكاملين قاعدة من مهارات متعددة الوسائط باعتبارها الشرط الضروري للقيام بعمل ما، مثل بناء التحالف العلاجي الإيجابي، والتخطيط الفردي الذي يتضمن كذلك طرق متعددة، إضافة إلى التدخل العلاجي الذي يستخدم فيه المعالج العديد من التقنيات المختلفة المستمدة من أساليب علاجية متباينة، مثل التحليل النفسي، والمعرفي، والسلوكي والإنساني وغيرها من الأساليب، مما يساعده على صياغة مشكلة المريض بصورة واضحة على أساس نظرية متعددة الاتجاهات للوصول إلى رؤية متكاملة لتشخيص المشكلة والقدرة على صنع القرار التكاملي في علاجها.

د- **القضايا التربوية**: تهتم التحديات التربوية بالجهود الرامية إلى تعزيز الكفاءة في جوانب الممارسة التكاملية بعد تكييفها على نحو واضح في البيئة التربوية، وكذلك توظيف البرنامج من حيث المحتوى وشكل العملية وتطوير أعضاء هيئة التدريس وتمييزها في استثمار هذا البرنامج وتنفيذه في البيئة التربوية، وتبسيط الضوء على الشكوك والمعضلات التعليمية الأساسية.

أنواع التكامل النفسي

يرى العديد من المعالجين النفسيين الذين يزعمون وجود نوع معين من النهج التكاملي، ومن المهم هنا أولاً تحديد أنواع مختلفة من التكامل النفسي في الأدب العلاجي. فهناك أربعة مناهج سائدة للتكامل، وتشمل:

(أ) التقنية الانتقائية المدركة Technical/Prescriptive Eclecticism

(ب) التكامل النظري Theoretical Integration

(ج) التكامل الاستيعابي Assimilative Integration

(د) نهج العوامل المشتركة للتكامل Common Factors approach to integration

وهناك أنواع أخرى متباينة من العلاجات مما سبق ذكره، مثل مبدأ التكامل القائم على الاستيعابية. ومن أجل التبسيط، سيتم استكشاف الأنماط التكاملية الأربعة الأكثر انتشاراً في الآتي (Norcross & Halgin, 2005):

(أ) **التقنية الانتقائية المدركة:** هي الأسلوب التكاملي لتحديد أفضل طريقة لعلاج الشخص ومشكلاته" (Scaturo, 2012, 185) على سبيل المثال، إذا كان المعالج الانتقائي قد قرأ العديد من الدراسات في هذا المجال، وقال إنه سوف يختار النهج العلاجي الذي يناسب احتياجات مرضاه، بينما معالج آخر يختار العلاجات التي أظهرت فاعلية جوهرية في تحسين حالة المريض الذي يشكو من هذا الاضطراب.

ب-التكامل النظري: وهو على النقيض من النوع الأول، حيث يحاول المعالج مزج اثنين أو أكثر من الأساليب العلاجية بهدف التوصل إلى شكل علاجي أفضل. وقد أثبتت الدراسات فاعلية نهج التكامل النظري، مثل المزيج بين النهج المعرفي السلوكي والعلاج المتمركز على الانفعال، أو يمكن للمعالج أن يمزج بين العلاج النفسي الديناميكي والعلاج بخفض حساسية العين (EMDR)، وهناك مزيج بين اثنين أو الاقتراب أكثر إلى نهج جديد ومتماسك، وسليم نظرياً للعلاج. ونموذج التكامل النظري هو العلاج الدينامي التجريبي المسرع Accelerated Experiential Dynamic Therapy (AEPD) الذي وصفه "فوشا" (Fosha, 2000) في هذا الأسلوب العلاجي الذي يقوم على قاعدة نظرية لإجراء العمل والجوانب المدركة للمتغيرات النفسية لبناء نموذج علاجي فريد.

ج- التكامل الاستيعابي: في حين التكامل النظري يعمل نحو المزج بين اثنين أو أكثر من الطرق العلاجية المتناسكة نظرياً على نحو جيد، فالعلاج التكامل الاستيعابي "يحاول التوصل إلى توليفة بأساس راسخ في أسلوب واحد للعلاج مع الاستعداد ليشمل بشكل انتقائي بعض وجهات النظر العلاجية. وذكر بوصويل وآخرون (Boswell et al, 2010) أن "النهج التكامل الاستيعابي" هو نهج منظم حول تحديد القواسم العلاجية المشتركة ومبادئ التغيير التي تتقاطع وتوجهات مختلفة. واستخدام هذه المبادئ لتحديد متى وكيفية استيعاب التقنيات الخارجية في المرحلة الابتدائية لإطار المعالجة. والتكامل الاستيعابي الذي لديه أساس راسخ في العلاج السلوكي المعرفي يبدأ بدمج تقنية التقيب عن التعاطف للمرضى الذين لا يستحيون للتعرض لأوقات طويلة. كما أن المعالج يقرر دمج تقنية خارجية، مثل التعاطف في العملية العلاجية لدرجة أن المريض قد لا يزال يعيد معالجة الصدمة لكن بوسيلة أقل خطراً. ولمزيد من توضيح لهذا النهج درس "رينجل" (Ringel 2012) حالة مريض، حيث استخدم معها نموذج العلاج التكامل الاستيعابي للصدمة. وأظهرت النتائج أن علاج المعالج يعد أساساً راسخاً في العلاج الدينامي النفسي العلائقي لعلاج الصدمة، لكن النتائج جاءت متأخرة (بعد مضي سنتين من العلاج)، وعندما تم إدراج العلاج بخفض حساسية حركة العين EMDR التي تستهدف على وجه التحديد معالجة الذكريات المؤلمة المخزنة في الطرف الأيمن لنصف الكرة المخية للمريض.

د- نهج العوامل المشتركة للتكامل: وهذا النهج مختلف تماماً عن الأشكال المذكورة أعلاه. ويؤكد أن المكونات التي هي عبارة عن أشكال مختلفة في العلاج لديها قواسم مشتركة مع العلاجات الأخرى، "كالتحالف العلاجي" (Boswell et al., 2010, 185). عموماً، جميع التوجهات لديها قواسم مشتركة معينة لحساب التباين في معظم الدراسات البحثية. والقاسم المشترك الأساسي هو العلاقة العلاجية. وتشمل العوامل التي تؤثر في معظم الأحيان. فالعلاقة العلاجية، تتضمن الأصالة، والتعاطف، والتقدير الإيجابي غير المشروط باعتبارها من الشروط المهمة في العلاقة الإرشادية كما صرح بذلك روجرز. إذًا، فالقواسم المشتركة في علاج الصدمة النفسية، تتمثل في العلاج المعرفي السلوكي من خلال استخدام تقنية التعرض بالواقع، ويستخدم العلاج الوجودي "المواجهة بالتصور أو تقنية الاستكشاف

التعاطفي"، ويستخدم نموذج خفص الحساسية لحركة العين لاستحضار الذكريات المؤلمة، ويستخدم العلاج السيكوندينامي للكشف عن الصدمة وكيفية إعادة تمثيلها في العلاقات المختلفة بمرور الوقت. على هذا النحو، فالقاسم المشترك عبر الدراسات التجريبية في معالجة الصدمة هو العنصر الرئيس الفعّال في علاج اضطرابات ما بعد الصدمة. وبناءً على ذلك، فإن هذا النهج يكون معتمداً على دمج أشكال مختلفة لمعالجة اضطراب الصدمة ضمن استراتيجية العلاج.

النهج القائم على النظرية في عملية العلاج التكاملي

نظراً لتنوع أساليب العلاج التكاملي والفوائد السريرية المحتملة للانخراط في عملية تكامل العلاج النفسي، فإن هذا الجزء سوف يهدف إلى التعامل مع النهج الاستيعابي التكاملي لفهم الرؤية أو التصور لاضطرابات ما بعد الصدمة التي تتجلى من خلال تقديم رؤية لوجهة نظر المريض. ووفقاً لذلك، فالمعالجة التكاملية الفعّالة يمكن أن تؤدي إلى:

أ- إدراك الرؤية الشاملة للعمل العلاجي وفقاً لاحتياجات المريض الآتية واللاحقة (أي تصور شامل استناداً لبيانات سريرية يتم جمعها من المريض عن طريق المقابلة والاختبارات النفسية).
ب) تنفيذ العلاج، بحيث يكون هناك مستوى معين من الالتزام اتجاه المريض، في حين يتضمن النهج أيضاً تقنيات التدخل القائمة على البحوث التي من شأنها استكمال العلاج على نحو مناسب.

تقييم الحالة وتصورها

في الواقع، لا توجد أدوات نفسية تم تصميمها خصيصاً لتقييم وجود اضطراب ما بعد الصدمة، ومع ذلك، من الضروري إجراء تقييم شامل من أجل تكوين صورة واضحة لأداء المريض في كل مجال من المجالات التالية: (الوجدانية والمعرفية، بين الأشخاص، داخل الشخص نفسه، الجسدية والسلوكية) من أجل تطوير فهم شامل لاحتياجات المريض التي يمكن أن تتحقق من خلال التدخل العلاجي التكاملي وتصورها. وبعبارة أخرى، فهم شامل لمشكلة المريض الحالية هو أمر ضروري من أجل وضع خطة العمل العلاجي، سواء كانت تلك الخطة واضحة للمريض أم لا. وإسهام المعالج هنا، يقوم مبدئياً بتعريفه بمشكلاته وحدوده. على سبيل المثال، ذكر كورتوا وفورد (Courtois and Ford, 2009) فيما يتعلق بتقييم الأفراد

الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة وعلاجهم، إنه "من الواضح الارتباط بين أهداف العلاج المتكامل ونتائج التقييم واحتياجات العميل المحددة". هذا التقييم للاحق لتصور الحالة، وبعد ذلك يتم الإعداد لتنفيذ العلاج.

تنفيذ العلاج

في حالة القيم يتم التحقق من بعض الفهم النظري لاحتياجات المريض وأهداف العلاج، حيث يترتب على ذلك أن يقوم المعالج باستخدام هذا الفهم لتكييف العلاج لهذا المريض بالذات. على سبيل المثال، إذا كانت بيانات التقييم موجهة إلى التاريخ الوجداني للمريض أو مشكلة تنظيم الشخصية، فقد يكون من مصلحة المريض أن يبدأ المعالج بالعلاج من خلال التدريب على المهارات في الجوانب الوجدانية والتنظيم البين شخصي (Stair; Cloitre, Cohen, & Koenen, 2006). فقد يصاب مرضى آخرون بفرط التنظيم الذاتي الذي يؤثر على التدخلات التي من شأنها تسهيل الخبرة والتعبير عن الذات ببصيرة وقادة. ولا يزال بعضهم الآخر يعاني من تفكك في الشخصية وتبددها أو الغربة عن الواقع. وهنا يجب أن يولي العلاج هذه العوامل اهتماماً خاصاً من خلال تمارين قائمة على العمل الجسدي Body work. (Landes Garovoy, & Burkman, 2013)

هذا لا يعني، أن التوجه النظري المتباين من الضروري أن يستخدم لمعالجة أعراض كل مجال مختلف. على العكس من ذلك، كل توجه له طرق معالجة لكل من هذه المجالات لأعراض ما بعد الصدمة إلى حد ما. فقد أشار بوزويل وآخرون (٢٠١٠) إلى أن "العديد من التقنيات من أصول متباينة يمكن أن تكون قادرة على علاج وظيفة للذات". على سبيل المثال، إذا كان المريض يعاني من صدمة ويتصرف بطريقة غير منطقية، وأعراضه تبدو سلبية للذات والآخرين، فقد يستخدم المعالج العلاج المعرفي السلوكي لإعادة البناء المعرفي لتغيير الأفكار والمعتقدات غير القادرة على التعامل أو التكيف. والمعالج النفسي الدينامي يمكن أن يحقق الهدف العلاجي نفسه من خلال استكشاف العلاقة النقل أو التحويل من خلال تقديم التفسيرات التي تصل خبرة العميل السابقة من خلال إدراكه أو تصوره الحالي لخبرته مع ذاته والآخرين. هل يعني هذا، أن كل اتجاه يمكن إنجاز الوظائف العلاجية نفسها عن طريق التلاعب أو التحايل العلاجي التقني البارع؟

على مستوى الدراسات العليا (ماجستير):

تستخدم سلسلة من الندوات التعريفية المركزة ضمن المنهج الدراسي للأمراض النفسية الأساسية للبدء في تعزيز المواقف تجاه العلاج النفسي ضمن الممارسة التكاملية، وعقب الجلسة التعليمية الأولية الخاصة بمقارنة نظرية العلاج النفسي في أثناء التدخل في الحالات السريرية. وفي ندوات متتالية، يقدم كبار المشرفين أربع توجهات نظرية مميزة (العلاج الديناميكي النفسي، المعرفي السلوكي، نظم الأسرة، والعلاقات الشخصية) وصياغة القضية نفسها على أسس نظرية مختلفة، ومناقشة المتدربين كيف يوضح النهج تطبيق الجوانب الأساسية لمنظور النظرية؟ ويتبع هذا الأمر بحلقة نقاش تفاعلية بوساطة المشرف الذي يولي اهتماماً لقضايا التكاملية، ويطلب من الطلاب الإجابة عن الأسئلة حول الجلسات التدريبية السابقة، وذلك بهدف تحقيق التوازن بين استقطاب البيانات حول الاختلافات الجوهرية للعلاجات في موقف الانفتاح والتقارب فيما بينها. كما يهدف إلى التعرف إلى التوترات الحقيقية التي توجد في الواقع العملي (الميدان) وتشجيعهم على البدء في وقت مبكر للنظر كيف يتعاملون مع مثل هذه التوترات.

عموماً، ومع ذلك، فكل مريض هو فريد من نوعه، وسوف يستجيب لمختلف التقنيات المتباينة. وبناء على ذلك، فإن النهج التكاملية الاستيعابي للعلاج قد يكون واحداً من هذه العملية التي يسمح المعالج من خلالها لنفسه أن يكون مرناً في التصميم أو خياطة العلاج لتلبية الاحتياجات الفردية للمريض. فإذا كان المعالج النفسي الديناميكي يستكشف الانتقال أو التحويل من أجل كشف وجهات النظر الدينامية الذات والآخرين، ويجد في نفسه علاج المريض الذي لا يستجيب بشكل جيد لهذا النهج من التدخل. على سبيل المثال، المريض الذي لديه مرونة منخفضة، ولا يمكن أن يتسامح مع التدخل قد يثير بعضاً من درجات انخفاض تقديره لذاته، فقد يكون هذا المريض أكثر مرونة، ومتكيفاً والتدخلات الأخرى التي قد تكون أكثر ملاءمة لأشخاص بعينهم. فمن الممكن، مع ذلك، أن هذه التعديلات في التدخلات قد تكون مفيدة مؤقتاً في العلاج لتلبية الاحتياجات الفردية. وبمثال أكثر تحديداً، الأشخاص الذين يعانون من

اضطرابات ما بعد الصدمة يحتاجون إلى إعادة معالجة الصدمة التي تعرضوا لها (وظيفة علاجية مقصودة). فإذا لم يكن المريض يستجيب للتدخل، مثل التعرض لأوقات طويلة (كما هو الحال في ارتفاع معدلات التسرب)، واتباع نهج أقل فاعلية ينبغي أن يستخدم المعالج، على سبيل المثال الأسلوب التعاطفي لاستكشاف الصدمة.

وقد أظهرت التوجهات النظرية المختلفة الواردة في البحوث النفسية فعالية العلاج التكاملي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة. وهكذا، في حين قد كل اتجاه لديه وسيلة لمعالجة مجالات لأعراض مختلفة، كل منها لديه توجه نظري مقتنع من القوة النسبية، وضعف في تصور كل الأعراض واستهدافها. على سبيل المثال، باستخدام العلاج القائم على الانفعال Emotion Focused Therapy على المستوى النظري والعملي في أغلب الأحيان المشاعر نظرياً على الأرجح، ويسلك فهماً أكثر عمقاً للعمليات الانفعالية في التعامل مع أولئك الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة. على هذا النحو، فهذا النهج من المرجح أن يكون أكثر فاعلية في استراتيجيات التدخل للوصول إلى الانفعالات المرتبطة بالصدمة. بينما العلاج النفسي الديناميكي على المستوى المفاهيمي من المرجح أن يكون أكثر عمقاً وفاعلية في فهم العمليات داخل النفس، وكيفية إعادة الخبرات الصادمة المنسية. ونتيجة لذلك، فالعلاج الدينامي من المرجح أن يكون أكثر فاعلية في استكشاف العالم الداخلي للذات لدى المريض وربطه بأنماط علائقية. أما العلاج المعرفي السلوكي -على الأرجح- يكون لديه فهم أكبر عن التشوهات المعرفية والتدخلات لاستهداف هؤلاء المرضى. وأخيراً، EMDR على الأرجح لديه فهم أكبر لعمليات الدماغ بما في ذلك نظم الذاكرة، وكيف يمكن لتلك للذكريات تفعيلها وتكاملها عن طريق التحفيز الثنائي.

وبالتالي، يجب على المرء أن يكون متنوعاً في حياته، ويجب أن يكون النهج العلاجي متنوعاً أيضاً طالما أن المعالج يدرك الفهم المحدد لتكوين التدخلات التي تكون فعالة في إدارة مختلف المشكلات النفسية. مع ذلك، فالهدف من العلاج ليس محاكمة كل نهج خاطئ حيث يستخدم المعالج كل الضمادات لكل الأعراض من طريق استخدام تقنيات نظرية متباينة. بدلاً من ذلك، هذه الاعتبارات الأولية والتدخلات تهدف إلى "دعم" المصادر الداخلية والخارجية للمريض ومواصلة تطوير القدرات الكامنة (على سبيل المثال، التأثير والتنظيم بين الأفراد،

والتكامل العقلي) والانتقال إلى مراحل لاحقة من العلاج (أي إعادة معالجة الصدمة)، وهناك ضرورة من جانب المعالج أن يكون ضليعاً في مجموعة أساليب التدخل القائمة على الأدلة لمختلف المشكلات النفسية. ومع ذلك، يجب على المعالج أن يستخدم التوجه العلاجي الذي يعتقد أنه فعال، ولديه معرفة فيه. وعندها فقط، يمكن لتدخلات المعالج أن تتسبب لنهج توجهات نظرية متباينة في العلاج النفسي. من خلال ذلك، يحافظ على مستوى التكامل والتماسك في ذاته الذي من شأنه أن يؤدي أيضاً إلى إشعار المريض أن العلاج لا يتم من خلال تقسيم مصطنع ومفكك، بل متكامل وفقاً لتنوع الأعراض المرضية المتداخل ضمن وحدة الشخصية. وبعبارة أخرى، إذا كان المعالج، في وضع غير منضبط، وينفذ العديد من التقنيات العلاجية دون إطار نظري صلب، فإن المريض على الأرجح سوف يشعر في نهاية المطاف بعدم التنظيم، والخلط، ويساء فهمه في وقت لاحق. وهذا هو السبب في أنه من المرجح أن يكون النهج التكاملي الاستيعابي الأنسب لأولئك الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، لأنه يفسح المجال لدرجة معينة من السيولة لاستهداف ظهور أعراض مرضية متعددة الأوجه لأولئك الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة في الوقت نفسه، كما أنه يحافظ على التمسك في التوجه النظري الخاص بالمعالج والذي سوف يكون في وقت لاحق من ذوي الخبرة للتنظيم المتكامل الذي يتناول كيان المريض كله.

التدريب والإشراف العلاجي

التدريب والإشراف في العلاج التكاملي القائم على النظرية المتعدد الأبعاد (MTP) يوفر طريقة شاملة للمعالجين والاستشاريين للتدريب. ويصف (بروكس-هاريس، ٢٠٠٨، ٤٥٤-٤٦٧) اثنين من السمات المميزة للتدريب، حيث يطلق على العنصر الأول استراتيجيات التدريب التي ينبغي على المعالجين تعلمها وممارستها، واستخدامها مع العملاء أو المرضى. وهذا أسلوب من التدريب يساعد على ترجمة النظرية إلى الممارسة، ويسمح للمعالجين ببناء ذخيرة من المهارات المستمدة من نظريات مختلفة. وتسمى هذه الميزة الثانية من التدريب في الخطة متوسطة الأجل للتكامل في العمل، ويتعلم المتدربون من خلالها كيفية تفكير العملاء بطريقة متعددة الأبعاد، وصياغة تصورات نظرية متعددة الأبعاد، وتعلم كيفية ممارسة العلاج

التكاملي من خلال الجمع بين المهارات من مختلف الأساليب النظرية. ويمكن أن تستخدم هذه الخطة المتوسطة الأجل أيضاً في الإشراف العيادي لوضع تصور لتخطيط العلاج. ومن المسلم به، أن التكامل هو عملية يحتاج المعالجون من خلالها إلى الالتزام. وهناك تركيز على التكامل الشخصي للمعالجين. ومع ذلك، رغم أن التركيز على نمو الشخصية لدى المعالج أمر ضروري وهناك حاجة ملحة أيضاً إلى أن يكون الالتزام والسعي وراء المعرفة في مجال العلاج النفسي والمجالات المرتبطة به. فهناك التزام أخلاقي خاص لدى معالجي النهج التكاملي للحوار مع الزملاء للتوجهات المتنوعة، وأن يكونوا دائماً على دراية بالتطور العلمي في هذا المجال.

استراتيجيات التدريب الرئيسية

يوفر التدريب الاستراتيجيات الرئيسية بطريقة منظمة لمعرفة كيفية ترجمة نظريات العلاج النفسي إلى المهارات العملية وتتضمن الخطوات التالية: (١) مراجعة نظرية، (٢) مقدمة عن الاستراتيجية، (٣) الاستكشاف، (٤) مناقشة، (٥) خطة الممارسة، و (٦) ممارسة لعب الأدوار.

رسم لبرنامج تدريب في العلاج النفسي التكاملي:

في هذه الفقرة نتناول الخطوط العريضة لنموذج استراتيجية التدريب للعوامل المشتركة التي يمكن استخدامها لإرشاد طلاب علم النفس العلاجي وغيرهم من المهنيين في مجال الصحة النفسية في مرحلة الدكتوراه، والتدريب ما بعد الدكتوراه. وسوف نتناول فقط مكونات العلاج النفسي للمناهج التدريبية، دون ذكر المتطلبات الأكاديمية النموذجية، على سبيل المثال المقررات الأساسية والتدريب، والبحوث، والامتحانات شاملة.

ومن المهم التأكيد هنا أنه رغم من العوامل المشتركة (أي مبادئ التغيير) تسهم إسهاماً مركزياً، لم يتم تصميم هذا البرنامج خصيصاً لتعليم العلاج التكاملي، بل الهدف الأساسي منه هو تعليم الممارسة العلاجية أو الإرشادية ضمن إطار تكاملي. وسوف يشمل البرنامج تدريب الطلاب في العلاجات الأساسية (النقية)، رغم أن جميع الطلاب سوف يتعرضون للحد الأدنى لبعض المناهج التكاملية الحالية؛ فالعديد منهم لم يتلقوا تدريباً مكثفاً في أي من هذه الطرق. ومع ذلك، يتوقع جميع الطلاب تدريبهم على إدماج هذا التدريب في حياتهم السريرية وفق التوجهات المختلفة (في سياق نظرية تكاملية قائمة بالفعل ضمن نموذجهم الخاص بالعلاج).

ويستند التدريب العلاجي المقترح على النموذج التنموي للتدريب الذي يتضمن خمس مراحل: الإعداد، والاستكشاف، وتحديد الهوية، والتوحيد، والتكامل. وفيما يلي وصفاً موجزاً لهذه المراحل:

١ - الإعداد:

لا يوجد خلاف في معظم برامج التدريب الحالية في علم النفس العلاجي بأن السنة الأولى من كلية الدراسات العليا (ماجستير) تركز لإعداد الطلاب لإسهامهم في عملية العلاج، حيث يتم التركيز على تعلم النقييم الأساسي، على سبيل المثال، المقابلة والتشخيص والمهارات العامة، والعلاقات الشخصية، مثل: التعاطف والدفع شروط مطلوبة للعمل السريري. فالطلاب في هذه المرحلة لا يتعاملون مع العملاء أو المرضى بغرض العلاج، ولكن يمكن أن يشاهدوا أشرطة فيديو يتم إعدادها من قبل طلبة الدكتوراه أو المعالجين الخبراء لمعالجات من مختلف الأساليب النظرية. وفي ضوء ذلك، سوف يقوم الطلاب أيضاً بمراجعة الافتراضات النظرية والأسس الرئيسية لخمسة من التوجهات العلاجية، هي: العلاج الديناميكي، والعلاج المعرفي السلوكي، والإنساني / الوجودي، النظامي، والتكاملية. علاوة على ذلك، سوف يتعرض الطلاب لمبادئ التغيير كالتي صاغها جولدفريد (Goldfried) المتقاطعة مع هذه التوجهات المختلفة للوصول إلى حالة من التكامل في العلاج النفسي والتي يمكن أن ترسم حدود التدريب. وأخيراً، سيتم تعريف الطلاب بالنتائج الرئيسية والقضايا المتعلقة بالبحث، مثل الإيجابيات والسلبيات المصاحبة للعلاج المدعم تجريبياً، أو النتائج المتاحة التي يمكن تقديمها كوصفة علاجية لأشكال محددة من العلاج للمشكلات النوعية التي يتصدى لها هذا الأسلوب العلاجي أو ذاك.

٢ - الاستكشاف:

بدلاً من إجبار الطلاب على التدريب في اتجاه واحد على حساب النماذج العلاجية الأخرى، فإن البرنامج المقترح يسمح للطلاب بالحصول على ما لا يقل عن الحد الأدنى من الخبرة مع كل من الأساليب النفسية العلاجية الرئيسية. والأساس المنطقي لمرحلة الاستكشاف هذه، واستناداً إلى نتائج الدراسات العلاجية في هذا الجانب التي تشير إلى فاعلية علاج شكل واحد من تلك الأساليب يكون متفوقاً على كل الأشكال العلاجية الأخرى لمعالجة جميع أشكال

الاضطرابات. وفقاً لذلك، ليس هناك نهج علاجي واحد حتى الآن يمكن أن يتم التدريب عليه باعتباره النهج الأكثر فاعلية عن غيره من العلاجات النفسية الأخرى، لأن أيّاً من تلك الأساليب في الوقت نفسه لا يتم العثور على فاعلية كافية لمجموعة كبيرة ومتنوعة من العملاء، ولا يوجد مبرر تجريبي لمنع الطلاب من تلقي تدريب منهجي في أي من التوجهات الرئيسية.

بطبيعة الحال، فإن بعض الطلاب يتدربون على أسلوب علاجي واحد، لأن مثل هذا التدريب يساعدهم على الالمام بهذا النهج العلاجي، واستخدامه إذا تطلب الأمر في أساليب علاجية أخرى في المستقبل. ومع ذلك، فإن الاختيار الحصري للتدريب الإرشادي من قبل الطلاب في وقت مبكر من تدريبهم قد يكشف تحيزاً غير مبرر والذي قد يعكس على الأرجح أيديولوجية المعالجين أو المرشدين في المؤسسة الجامعية، أو التعرض المحدود لجانب من الأدب العلاجي فقط. وهذا ينبغي أن يشير بأي حال من الأحوال إلى أنه من غير الملائم لطلاب الدراسات العليا وضعهم في وقت مبكر أو أثناء الدراسة الجامعية على تفضيل التدريب على التوجه النظري المحدد في العلاج النفسي على تدريب تفضيل لتوجه النظري معين قبل أن يتمكنوا اختيار مناسب لما يصلح لهم ولعملاتهم. ومع ذلك، ف لديهم رؤية لتطبيق أشكال مختلفة من العلاج في السياق العلاجي، وإشراف سليم من الناحية النظرية. ومنذ البحث في العملية التدريبية، فقد أظهرت النتائج أن هناك اختلافات كبيرة بين ما يقوله المعالجون وما يفعلونه في الواقع في العلاج (Cyr & Lecomte, 1983). وهنا، ينبغي إعلام المتدربين أن ممارسة طريقة معينة من العلاج هو التأكد لنوع التأثير الذي يمكن أن يحسن العمل والذي قد يكون مختلفاً أكثر عن تعليمهم في المرحلة الجامعية الخاصة بالكتب المدرسية، على أساس المعاملة بالمثل، والاختيار الحصري لنهج واحد من قبل.

ويشير البرنامج التدريبي إلى أن المسؤولين عن الإشراف العلاجي لا يدركون أن معظم الأشكال الرئيسية التي تقدّم تلقى الدعم والفاعلية لكل هؤلاء، ويمكن أن يحدث فيها تحسن إلى حد كبير، وهذا يعود إلى نفي الوضع الراهن في الأدب نتيجة لعلامة الجهل والغطرسة العقائدية لنظرية علاجية يتبنّاها المعالجون (Castonguay & Goldfried, 1997).

ومن الناحية المثالية، ينبغي أن تأخذ مرحلة الاستكشاف مكانها خلال السنة الثانية والثالثة من الدراسات العليا، فمن المتوقع أن يطبق الطلاب أدلة العلاج المرتبطة بكل توجه رئيسي

بما لا يقل عن واحد أو اثنين من العملاء، كما يمكن أن تكون بحاجة أيضاً إلى قراءة قائمة على الأدلة العلاجية المرتبطة بهذه المناهج العلاجية. ولتجنب الازدحام غير الضروري يمكن أن يظهر هذا أثناء التفكير والممارسة في سياق الأطر النظرية المختلفة، وسيتم التشديد هنا على مبادئ التغيير بدلاً من التركيز على التقنيات، لأن التدخلات التقنية يمكن أن تدرس خلال الإشراف، لكنها ستقدم كأمثلة محددة عن استراتيجيات التغيير الشاملة التي تتقاطع مع التوجهات المختلفة.

٣- الهوية:

بناء على خبرات الطلاب في أساليب مختلفة خلال مرحلة الاستكشاف، سيكون من المتوقع لهم في السنوات الأخيرة من الدراسات العليا، تحديد التوجه العلاجي الذي يشعرون بالراحة من الناحية النظرية والعملية. ويستند هذا على افتراض أنهم قبل مغادرة الدراسات العليا وبدء التدريب، يجب أن يكونوا قادرين على تطوير تركيبات حالة شاملة ومتناسكة على نحو مستقل، وضع خطط لعلاج مجموعة متنوعة من الاضطرابات المرضية. في حين أن الالتزام بنموذج نظري في البداية قد يعكس أي تدريب نفسي على المستوى الرسمي التحيز غير المبرر أو الفهم السطحي أو قصر النظر المؤسف للأساليب العلاجية العديدة في مرحلة لاحقة من التدريب والذي يعكس أو يؤدي إلى عدم التركيز العلاجي.

ولتحقيق مستوى كبير من الخبرة في أي اتجاه رئيسي، يجب مساعدة الطلاب على أن تكون الفرصة المناسبة لاكتساب قدر كبير من الخبرة في نهج أو أسلوب واحد من الأساليب العلاجية، فضلاً عن فرصة لاكتساب قاعدة عريضة ومصدر عميق من المعرفة لأسس المفاهيم التقاربية بين الأساليب بهذا الخصوص. وفي محاولة لتجاوز قراءة الكتب المدرسية وعلاج العوامل المشتركة؛ فمن المتوقع من الطلاب قراءة العديد من الكتيبات الحديثة المرتبطة بنهج واحد مفضل لديهم، وسوف يحتاجون أيضاً التعرف إلى الأدب التجريبي حول عملية تلك التوجهات المنبثقة عنها ونتائجها. الأهم من ذلك، سوف يتم تحديد الطلاب من أجل التعامل مع عدد من العملاء تحت الإشراف، وذلك من أجل عملية التدريب على الأسلوب العلاجي المفضل لكل طالب.

٤- التوحيد أو الاندماج Consolidation

في هذا البرنامج التدريبي المقترح لطلبة الدكتوراه وكذلك لمعظم طلاب التدريب الذين يرغبون بممارسة الإرشاد القائم على التكامل بهدف صقل معارفهم المتعلقة بتوجه إرشادي أو علاجي معين والذي يتم اختياره من قبل الطلاب أنفسهم. في نهاية هذه المرحلة، يجب أن يكون الطلاب قادرين على التعبير بوضوح حول الموقف العلاجي من خلال الجلسة التي عقدها بينهم وبين العميل (أي دورهم والمسؤوليات المتوقعة من العميل)، وجودة العلاقة العلاجية (مع وجود فهم واضح لكيفية التعامل مع القضايا الشخصية المعقدة مثل التحالف، نقل أو التحويل، والحدود العلاجية)، والفلسفة القائمة على التدخل (طرق تفكيرهم في العلاج، وأهدافه، وعملية التغيير). ويجب على الطلاب أيضاً أن يكونوا قادرين على إثبات وجود المرونة والكفاءة لاستخدام التقنيات الفعالة، فضلاً عن فهم واضح لحدود التوجه المفضل لديهم.

ولتسهيل هذه العملية للتوحيد، سيتم تشجيع الطلاب على استخدام التدخلات العلاجية التي يفضلونها في العديد من المواقف. فعلى سبيل المثال، المرضى المنومون في المشافي، أو في العيادات الخارجية يستخدم معهم المتدرب بالمشاركة مع المعالج مهاماً علاجية مختلفة تناسب طبيعة مشكلات المرضى، كما أن الطلبة المتدربين بمستوى جيد من الخبرة قد يساعدون الطلبة الأقل خبرة في هذا المجال.

٥- التكامل Integration

في هذا البرنامج التدريبي المقترح، عندما يتم إثبات قدرة الطلاب ومهاراتهم وخبراتهم بأنهم أصبحوا ضمن حدود المعايير المطلوبة لممارسة أسلوب علاجي واحد، يبدأ الطالب بتكامل تلك الأساليب المنهجية الأخرى التي تشجع على تبني أسلوب تكاملي في العلاج. ونظراً لمستوى الخبرة المطلوبة، فإنه من غير المتوقع في هذه المرحلة التدريبية الأخيرة أن تكون هذه الخبرة الأخيرة لهؤلاء المتدربين (طلبة الامتياز في العلاج النفسي)، على الأقل بالنسبة لمعظم الطلاب، قبل وقت التدريب وحتى خلال الإشراف ما بعد الدكتوراه. ينبغي أن يستمر التدريب التكاملي في أمكنة عديدة، وذلك حسب النموذج النمائي لبياجيه Piaget's developmental model الذي يتضمن الاستيعاب والتكيف في المكان العلاجي (مشفى، مركز، عيادة خاصة)

يكون المتدرب على دراية جيدة باستخدام صياغة القضية وتخطيط العلاج ضمن نهج واحد، ويطلب من الطلاب تجديد استكشافهم لتوجهات أخرى . وقد يتم تشجيعهم على إجراءات ومهارات وخبرات جديدة أو يولون اهتماماً نوعياً لآليات التغيير التي يفترض أن تكون مسؤولة عن فاعلية مناهج أخرى. في البداية، قد ترسو الخبرة السريرية والاستكشاف النظري (أو استيعابهم) ضمن الأطر التي وجهت للطلاب منذ نهاية مرحلة الاستكشاف الخاصة بهم، وإعادة النظر في أشكال جديدة من العلاج. لذلك، لن تحتاج هذه الخبرة للتخلي عن فهم واضح المعالم للأمراض النفسية والتغيير النفسي. على سبيل المثال، بعد تدريبهم على نطاق واسع في التدخلات المعرفية السلوكية في الكلية، يمكن أن يرتب المعالج التدريب على العلاج الدينامي تحت إشراف المشرف في أثناء التدريب، ويؤدي ذلك إلى زيادة الاعتراف من طرف المعالج باثر الظواهر السريرية التي تم تجاهلها عادة في أدلة العلاج المعرفي السلوكي، مثل أهمية الخبرة العاطفية، وإن لم يكن مؤكدة سريرياً. وأهمية هذا التأثير لا تتضارب والتطورات الحديثة للنظرية السلوكية كما يرى "قوا وكوزاك (Foa & Kozak, 1986). وهكذا، يمكن أن يكون المتدرب قادراً على زيادة الوعي الانفعالي أو العاطفي باعتبارهما آليتين محتملتين للتغيير في إطار النهج المعرفي السلوكي.

٦- التكيف في الإقامة Accommodation

مع المزيد من الخبرة في المناهج المختلفة، والتغيرات الاستيعابية للنموذج الحالي قد يؤدي هذا تدريجياً إلى المزيد من التحولات الجذرية في التوجه النظري. على سبيل المثال، يقول هاير وآخرون: لقد اكتسبت المزيد من الخبرة في العلاج النفسي الديناميكي، وأصبحت أكثر تناقضاً من الناحية النظرية بين النماذج المعرفية السلوكية التقليدية والنماذج المعرفية السلوكية الحديثة وذلك من خلال الملاحظة السلوكية (Safran and Segal 1990) حيث كانت الملاحظات تمزق التحالف، النقل، والمقاومة، والتعلق بمقدمي الرعاية المبكرة التي تأخذ دوراً أكثر انتشاراً في الممارستين حتى لدى طالبي العلاج المعرفي السلوكي. وبالإضافة إلى ذلك، تمت هذه القضايا أيضاً في الظهور مؤشراً كبيراً للتغيير في العلاج المعرفي السلوكي (Castonguay et al., 1996), (Hayes et al. 2007).

إن استيعاب الخبرات الجديدة في نماذج CBT التقليدية أثبتت أن تكون أكثر صعوبة، وما نتج عن هذه الخبرة والتدريب من تناقضات نظرية في البحث عن النموذج الأكثر شمولاً للأداء

البشري. ومن المرجح أيضاً أن معظم المراحل المذكورة أعلاه لا تقتصر على تدريب المعالجين "في مرحلة الدراسات العليا، بل تتعداها إلى ما بعد التخرج، لأن هذا التوجه التكاملي هو حالة من الديمومة والصبر في أهدافه ونتائجه البحثية في الممارسة السريرية. فقد يكون من المناسب لبناء تسلسل في دورات التدريب/ التعلم التي تكرر نفسها مراراً وتكراراً، ولكن الاستراتيجيات الجديدة سوف تطعم وعي الممارس وخبرته بكفاءات لمواجهة مشكلات مستحدثة لدى بعض المرضى. وفي هذا السياق، يمكن أن ينظر إلى تكامل العلاج النفسي، مع درجة مختلفة من التعبير باعتباره خطوة مستمرة في عملية ركوب الدراجات للتغيير في ممارسة العلاج النفسي أو طرق العلاج المختلفة كالعلاج الزوجي، والعلاج الجماعي، (Castonguay, 2000).

مهارات تقييم العمل

تصف الخطة متوسطة الأجل (١٢-١٦) من الاستراتيجيات الرئيسة لكل من المناهج النظرية السبعة. وهذه الخطة تسمح للمشرفين على البرنامج بتقدير وتيرة كل مهارة وإتقانها واستخدامها. ويمكن استخدام خطة العمل هذه في المناهج السبعة في جميع محتويات تدريب المتدربين لاكتساب استراتيجيات مستمدة من نظريات مختلفة. ويوفر استخدام الخطة المتوسطة الأجل لتنظيم عملي أو ندوة متدرب للتدريب العملي أو التدريب سياقاً مثالياً لتحقيق التكامل. كما توفر الخطة إطاراً للتفكير في الممارسة وتوسيع المعارف والمهارات، ودمج النظريات على أرض الواقع. ويحدد تنفيذ الخطة فصلين دراسيين يقدم فيهما مفاهيم تكاملية للاستراتيجيات الرئيسة لسبعة مناهج نظرية، أي مدارس علاجية. إن استخدام الخطة متوسطة الأجل لتنظيم العروض لأفضل حالة لتعلم طريقة التكامل في العلاج النفسي القائمة على النظرية المتعدد الأبعاد، وتنفيذ ذلك مع العميل من حيث وصف الحالة، كما وتحدد هذه الخطة في هذه المرحلة خمسة أجزاء لعرض المشكلة، وهي: (١) وصف العميل، قلق التقديم، والتاريخ ذات الصلة بالمشكلة؛ (٢) مسح متعدد الأبعاد؛ (٣) أبعاد الاتصال؛ (٤) صياغة التصور؛ (٥) وأخيراً استراتيجيات التدخل.

وفي حالة تقديم مثال عن طريق توضيح هذه الخطة لطالب الدراسات العليا من أجل تنفيذها في اتجاه واحد مع العميل، عليه تعلم كيفية التعلم العلاجي، وعرض حالة المتابعة، وهذا كله يمكن أن ينظم استخدام النهج التكاملي ويعززه.

تسلسل الجلسة الواحدة:

يمكن أن يستخدم الإشراف لتشجيع المتدربين لممارسة التكامل العلاجي، وتوضح هذه الجلسة كيف أن المفاهيم والأدوات ذات الصلة بالخطة يمكن أن تستخدم في جلسة إشراف واحدة باتباع الخطوات التالية: (١) التحديد والتركيز على الوقت الراهن، (٢) إجراء مسح متعدد الأبعاد، (٣) تحديد أبعاد مركزية للمشكلة، (٤) صياغة المفاهيم وتركيزها، (٥) تحديد الاستراتيجيات الرئيسية، (٦) تخصيص استراتيجيات رئيسة للتدخل.

التدريب خلال البرنامج:

إن اكتساب المهارات من عدة نظريات مختلفة وتعلم الجمع بينها في ممارسة مهمة معقدة؛ فأفضل طريقة لتعلم الطلاب ليصبحوا معالجين نفسيين وفق النهج التكاملي هي غرس واستيعاب جميع محتويات المناهج الدراسية لطلبة الدراسات العليا. وتوضح الجلسة التدريبية في هذا المجال: المفاهيم وأدوات الخطة التي يمكن استخدامها في الفصول الدراسية والخبرات التالية: (١) التدريب على المهارات قبل التدريب العملي، (٢) دراسة نظرية، (٣) وندوات حول الأساليب الفردية، (٤) والتدريب العملي، (٥) والتكامل النفسي.

الدرس الأول - المبادئ الخمسة للتكامل في العلاج النفسي

تصف الخطة خمسة مبادئ يمكن تطبيقها على كل متدرب في العلاج النفسي، وهي التالية:

١ - **النهج المعتمد:** ينبغي أن يستند تكامل العلاج النفسي إلى الخيارات المتعمدة في النهج العلاجي.

٢ - **متعددة الأبعاد:** اعترافاً بالتفاعل الغني بين الأبعاد.

٣ - **النظرية المتعددة الأبعاد:** الاستفادة من النظريات المختلفة لفهم العملاء وتوجيه التدخلات.

٤ - **الاستراتيجية:** تستند إلى الجمع بين استراتيجيات محددة من نظريات مختلفة.

٥ - **العلائقية:** تنفذ الاستراتيجيات الخاصة بالتدخل في إطار علاقة علاجية فعالة.

الدرس الثاني- العمل على تطبيق الأفكار والمشاعر على نحو تفاعلي

إن الأفكار المضطربة والإجراءات غير الفعالة، والمشاعر غير القادرة على التعامل والتفاعل يمكن أن تساعد المعالجين على فهم أدوار عملهم وفق نموذج تفاعلي متعدد الأبعاد، مع العلم أن التغيير في مجال واحد سوف يكون له تأثير على الأبعاد المتعددة للمشكلة التي بصدد التصدي لها عند المريض أو المتعالج. وهذا الدرس أو الجلسة التدريبية تتضمن مايلي:

- أ- التركيز على المناهج النظرية بأبعادها المختلفة يمكن أن تساعد في التأثير والحد من مشكلة المريض حسب العوامل المشتركة لهذه المناهج.
- ب- استخدام الاستراتيجيات المعرفية لتعزيز الأفكار.
- ت- تشجيع المهارات السلوكية والإجراءات الفعالة.
- ث- من المرجح أن يؤدي كل ذلك إلى مشاعر التكيف الإيجابي في أثناء التدخلات التجريبية.

الدرس الثالث- الاستكشاف البيولوجي، العلاقات الشخصية، والسياقات الثقافية

ثمة سؤال يطرح في هذا السياق: من أين تأتي الأفكار غير القادرة على التعامل، والإجراءات، والمشاعر؟ ترتبط مشكلات الأداء الحالي في كثير من الأحيان بصعوبات في التكيف والظروف البيولوجية، والشخصية، والنظم الاجتماعية، أو الثقافية. ومن أجل تشجيع التغيير الإيجابي، فمن المهم للمعالجين والمرشدين استكشاف هذه السياقات وتعزيز التكيف من خلال:

- أ- التركيز على النظريات المختلفة في سياقات مختلفة.
- ب- التركيز على الاستراتيجيات البيولوجية النفسية الاجتماعية، وتشجيع الممارسات الصحية القائمة على التكيف .
- ج- استكشاف المهارات المتغيرات النفسية، والعلاقات الشخصية وأنماط الشخصية وتعزيز المفاهيم غير المشوهة.
- د- تدخلات الأنظمة البنائية التي في سياق النظم الاجتماعية ودعم الخبرات الشخصية للتكيف.
- هـ- استكشاف استراتيجيات متعددة الثقافات-النسوية في السياقات الثقافية وتشجيع تنمية

الهوية.

الدرس الرابع - تخطيط التكامل العلاجي

تصف الخطة المتوسطة الأجل طريقة خطوة بخطوة لتخطيط التكامل العلاجي، من خلال:

- أ- التركيز على مشاهدة علاجات متعددة الأبعاد.
- ب- إجراء مسح متعددة الأبعاد.
- ج- التركيز على بناء خطة علاجية تكاملية لواحد أو اثنين من المناهج العلاجية.
- د- صياغة ووضع تصور علاجي قائم على التكامل النظري المتعدد الأبعاد.
- هـ- اختيار التدخلات من دليل الاستراتيجيات الرئيسة للتكامل في العلاج النفسي.

تخطيط برنامج العلاج التكامل

يقدم هذا المخطط في البرامج التكاملية القائم على نموذج التكامل النظري المتعدد الأبعاد (MTP) وذلك ضمن الخطوات التالية كطريقة المشاركة في تخطيط برنامج علاج تكاملي. وتؤكد الخطوات الثلاث الأولى على استخدام نهج النظرية المتعددة الأبعاد، وحاجة المعالج لجعل الخيارات المتعمدة حول استخدام الاستراتيجيات. وتؤكد هذه الخطوات على استخدام الاستراتيجيات الرئيسية خلال عملية التدخل العلاجي النفسي، وتتضمن الخطوات الثلاث الآتية:

الخطوة الأولى: تتضمن رصدًا لعلامات التركيز المتعددة الأبعاد للعملاء أو المرضى، ووصف همومهم، واستماع المعالج لتلك الشكاوى والعلامات التي تكشف عن مجالاتهم لديهم. كما يركز على تلك الشكاوى التي يقوم بمناقشتها مع المريض.

الخطوة الثانية: ينطوي على إجراء مسح متعدد الأبعاد لاستكشاف الأبعاد السبعة بطريقة منظمة: (١) الأفكار، (٢) والإجراءات، (٣) ومشاعر، (٤) والعوامل البيولوجية، (٥) وأنماط الشخصية، (٦) والنظم الاجتماعية، و (٧) والسياقات الثقافية. ويشير بروكس-هاريس إلى أن المعالج يقوم بإجراء مسح متعدد الأبعاد (دراسة المجالات السبعة لتحديد أي مجال هو الأكثر إثارة لقلق العميل).

الخطوة الثالثة: تؤكد على إقامة التركيز التفاعلي على اثنين أو ثلاثة من الأبعاد. وبعد أن يقوم المعالج بمسح أو استقصاء مشكلات العميل في الأبعاد السبعة، يحدد المعالج والعميل اثنين أو ثلاثة أبعاد بارزة يتم التركيز الأولي عليها في العملية العلاجية.

الخطوة الرابعة: تتبع صياغة تصور النظرية المتعددة الأبعاد، وتقديم تقرير مختصر لما أنجز من هذه الأبعاد، والتحديات التي تقف في طريق تحقيقها.

الخطوة الخامسة: تتطوي على اختيار التدخلات من خلال دليل الاستراتيجيات الرئيسية لكل من المجالات السبعة لأداء العميل.

ويعطي هذا النموذج للتكامل العلاجي القائم على النظرية المتعددة الأبعاد مثلاً لفتاة يابانية تعيش في أمريكا، تدعى "كلير"، عمرها (٥٠) سنة، تعاني من أعراض الاكتئاب بعد وفاة والدتها قبل أكثر من عام. والمسح المتعدد الأبعاد لدراسة كلير ضمن الخطوط العريضة للمجالات السبعة الأساسية، هي الآتية:

كلير: "أواجه صعوبة في الذهاب من دون أمي".

الإجراءات: الانسحاب والعزلة الاجتماعية من الأسرة والأصدقاء .

مشاعر: اليأس، والشعور بالذهول.

تغيرات بيولوجية: قلة الشهية واضطرابات في النوم.

الشخصية: تركيز كلير لكونها الطفل المفضل لوالدتها وتنافس كلير وأخواتها.

النشأة الاجتماعية: كان والدها بارداً عاطفياً.

النشئة الثقافية: الاعتناء بالتقاليد اليابانية الأمريكية، هو اهتمام والدها الأساسي، وضعف الدعم الاجتماعي في ظل غياب والدتها.

يختار المعالج النهج النظري القائم على الأبعاد الرئيسية للتعامل مع الشعور لتصور مشاعر كلير للمشكلة، ويختار المعالج العلاج التكاملي المناسب بهدف مساعدة كلير على الاستكشاف والتعبير عن حزنها في أكثر الطرق تكيفاً للتعامل مع جوهر موضوع الصراع بين ذاتها ووالدها، حيث يستخدم المعالج تصورات المتغيرات النفسية، ويحدد موضوعات العلاقة مع كلير من خلال استكشاف خبرات الطفولة والتكيف مع فقدان الآخرين، إضافة إلى استخدام المعالج

الاستراتيجيات الرئيسية التالية: ١- المشاركة ٢- والإقناع ٣- والمعالجة الفعالة. ٤- والوقاية من الانتكاس. وهذه الاستراتيجيات يمكن شرحها هنا باختصار :-

أولاً-المشاركة:

يتم دمج الصحة النفسية والعلاج لتلبية احتياجات الناس الذين يعانون من المشكلات التي تحدث اضطرابات شائعة، حيث إن أكثر من (٥٦%) من الأشخاص الذين يعانون من الأمراض النفسية الخطيرة يتعاطون المخدرات في حياتهم (Regier et al, 1990). ومع ذلك، فإن معظم المرضى الذين يعانون مثل هذه الاضطرابات يتلقون علاجات مختلفة. وهذه الأنواع من العلاجات ليست بينها تكامل في كثير من الأحيان، مما يؤدي في النهاية إلى نتائج سلبية للمريض. وتتفق هذه النتائج مع الدراسات بأن المرضى الذين يعانون من اضطرابات مختلفة، ويكون أسلوب العلاج قائماً على الإرشاد أو العلاج الجماعي تعطي فرصة أفضل للشفاء لهذه الاضطرابات السلوكية عندما يحصلون على الرعاية الصحية بطريقة متكاملة من طرف أخصائي العلاج التكاملي، بما في ذلك المساعدة الذاتية، والأسرية، والاجتماعية. ومثال ذلك:

وضع برنامج العلاج النفسي في جامعة تورنتو معايير محددة لتدريب طلاب الدراسات العليا في العلاج النفسي ضمن الأهداف التدريبية للموقف التكاملي الشامل نحو العلاج النفسي، بالإضافة إلى الأهداف التربوية بشأن الموقف والمعارف والمهارات، وتمكينهم من تحقيق الأهداف المحددة. وتتم مهام التدريب عبر مجموعة واسعة من الطرق، تشمل: الأشكال الفردية، والدينامية النفسية، والمعرفية السلوكية، والعلاقات الشخصية، ونظم الأسرة. والقصد من وراء ذلك، هو إضفاء الطابع الرسمي على تجسيد مبادئ متكاملة ضمن البرنامج للطلبة وأعضاء هيئة التدريس على حد سواء، مما يجعل هذه المبادئ التوجيهية أكثر وضوحاً على أنها جزء من المحاولة لتعزيز جو من الانفتاح من وجهة النظرية التكاملية.

دور المعالج التكاملي

وبناء عليه، يكون إسهام المعالج التكاملي خلال العملية العلاجية أو الإرشادية في البرامج القائمة على هذا النهج زيادة استبصار المريض بدفاعاته الذاتية، وإدراك كل ما حوله، وعيش حاضره في اللحظة الآنية التي هو فيها الآن(الجشطات) ويدعم كل سلوك إيجابي يقوم به

المريض (السلوكية)، ويعدل من أنماط التفكير السلبية (المعرفية)، ويقوم بتدريب المريض على المهارات الاجتماعية، وتحسين التفاعل البين شخصي لديه (علاج روجري)، ويتناول المنظومة الأسرية بالتحليل (علاج أسري). كما يركز على وجود الفرد وحتمية الاختيار (علاج وجودي). وبذلك، يمكن دمج العلاجات النفسية في إطار تكاملي ومتناسق (زهران، ٢٠١٠، ٧).

وأياً كان النهج المتبع، فمن الضروري للممارسة المختصة الفعالة أن تتضمن للمعالج إطاراً متماسكاً لفهم ما يحاول تحقيقه. ويحاول ماكلود (McLeod, 2013b) تحديد أربعة أنواع من المعرفة للمعالج النفسي التكاملي للسير الصحيح في العملية العلاجية: -

١- **المعرفة الشخصية:** وتتضمن الوعي والفهم لمستوى الخبرة الحالية، والعمليات الأساسية للإنسان، مثل الحب والضياع والخوف، وهذا يعني صنع أشياء جديدة وخبرة إبداعية بدلاً من الخبرة التقليدية. "وهذه هي خبرة المعالج لهذه الأحداث عند التعامل مع المرضى.

٢- **المعرفة العملية:** وتعني الدراية بالمعرفة الإجرائية التقليدية الجديدة لكيفية اكتسبتها من خلال التدريب والتوجيه والإشراف، وردود الفعل، والملاحظة المباشرة وغير المباشرة.

٣- **المعرفة النظرية:** وهذه تتضمن النصوص، والاستدلال والروايات التي نستخدمها لتساعدنا على التنبؤ، وتوقع كيف تسير الأمور التي يمكن اكتشافها، وعملية الربط والفهم المنطقي بين الملاحظات والرؤى المختلفة.

٤- **المعرفة بالبحوث:** وهي الوثائق المتراكمة للبحث في المجال الذي تم جمعه من خلال عدة آلاف من الدراسات على مدى سنوات عديدة.

٥- **الممارسة القائمة على الأدلة:** وذلك لمعالجة مشكلة معينة تتحدى تفكير المعالج في النهج التكاملي، ومدى مناسبة تلك التقنيات التي يستخدمها مع المريض للوصول إلى مستوى من التحسن الواضح في جنبات الشخصية المتعددة.

برنامج قائم على العلاج التكاملي لاضطرابات ما بعد الصدمة:

الأعراض والتقييم والحكم الإكلينيكي والعلاج لاضطراب ما بعد الصدمة للمراهقين تم التحقق منه تجريبياً في العديد من الدراسات والبرامج الإرشادية والعلاجية والتي أثبتت الأدلة القائمة على الممارسة فاعلية بعض الأساليب العلاجية في التحقق من صحتها في تخفيف أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة. ومع ذلك، لا توجد أدلة حول صحة وثوقية العلاجات المرتبطة

بالظواهر والأعراض ذات الصلة باضطرابات ما بعد الصدمة المعقدة، حتى لا توجد أي رؤية في الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية حول فاعلية العلاجات المختلفة في علاج اضطرابات ما بعد الصدمة المعقدة (Complex PTSD)، إضافة إلى ذلك، هناك عدد قليل من البرامج والدراسات التجريبية لإثبات فاعلية الأساليب العلاجية المختلفة للتدخل الفعال في علاج اضطرابات ما بعد الصدمة المعقدة. ومن ثمَّ، فإن هذا النوع من العلاج قائم على التكامل العلاجي في التدخل في اضطرابات ما بعد الصدمة المعقدة وكيفية استخدامه وتطبيقه في ضوء هذا النهج.

تم تطوير هذا البرنامج لمساعدة المعالجين والمرشدين في تقييم علاج المراهقين الذين عانوا من أشكال متعددة من صدمات نفسية في سياق الظروف المعيشية السلبية التي يعيشونها، مثل: الفقر والحرمان والتمييز الاجتماعي. والمهمشين اجتماعياً، فأغلب ما يعاني هؤلاء المراهقون من صدمة مضاعفة نتيجة لتقاطع ظاهرتين ضاريتين: حيث يستمر التعرض لكف في البيئة الاجتماعية، والآثار التراكمية لسوء المعاملة المتكررة - في بعض الحالات ففي وقت مبكر للإهمال النفسي والحالات متعددة الإيذاء بين الأشخاص. والخلفية الاجتماعية والحرمان الاقتصادي، وكذلك التمييز على أساس الجنس، والتشرد، وليس فقط إنتاج الآثار السلبية الخاصة بهم على الأطفال والكبار. على سبيل المثال، يرى باسوك وآخرون Bassuk,et (2003) أن تزايد تعرض المراهقين للصدمات قد يكون لها آثار شديدة، مثل الإيذاء النفسي والجسدي. وبنفس القدر من الأهمية، فإن مثل هذا التهميش يعني عادة أن الشباب الذين لديهم أقل قدرة في الوصول إلى خدمات الصحة النفسية، وهي النتيجة العامة للأدب العلاجي بأن الأشخاص الذين يعانون من الوضع الاجتماعي السيء هم أكثر عرضة من غيرهم ليكونوا ضحايا لصدمات نفسية. وبين الصدمات المشتركة لذوي الوضع الاجتماعي والاقتصادي الأقل: الاعتداء الجنسي على الأطفال والاعتداءات البدنية من قبل أقرانهم، أو عنف العصابة أو المجتمع، أو إطلاق النار والسرقة والاستغلال الجنسي عن طريق البغاء، والصدمات النفسية المرتبطة بوضع اللاجئين، ومشاهدة العنف المنزلي، والخسارة المرتبطة بمقتل أحد أفراد العائلة أو صديق لهم. وعندما يشاهد الفرد أشكال متعددة من الصدمات الحادة، والنتائج النفسية، وأغلب ما تكون متعددة وحادة كذلك؛ وبالتالي، يمكن أن يشار إلى الظاهرة في بعض

الأحيان إلى اضطراب ما بعد الصدمة من النمط المعقد. ويمكن تعريف الصدمة النفسية المعقدة بأنها مجموعة من الأحداث المؤلمة في وقت مبكر وتأخر ظهور أعراضها المتعددة، أو ظهورها مباشرة، وذلك حسب الطبيعة الشخصية. ففي معظم الحالات، تشمل هذه الصدمة التعرض لسوء المعاملة في مرحلة الطفولة المتكررة: الجنسية والجسدية أو النفسية، (وإن لم يكن دائماً) تظهر في سياق الإهمال العاطفي وما يصاحبه من البيئات الاجتماعية الضارة (Briere et al, 2012; Cook, et al., 2005). وتأثير الصدمة المعقدة تشمل القلق والاكتئاب، التفكك في الشخصية. والعلاقات الاجتماعية المضطربة، والهوية، واضطراب التنظيم الذاتي للأنفعالات، والتشوهات المعرفية، والجسدية. والسلوكيات الظاهرة مثل: تشويه الذات والعنف؛ الاضطراب الجنسي؛ تعاطي المخدرات. اضطرابات الأكل؛ التعرض لمعاودة إيذاء الذات، وصدمة الفجيرة المرتبطة بفقدان أحد أفراد الأسرة وغيرهم من الشخصيات المتعلقة بهم الفرد على نحو كبير (Briere & Lanktree, 2008).

مفهوم اضطراب ما بعد الصدمة المعقد وتعريفه:

قدم العديد من علماء النفس تعريفات متباينة لهذا المفهوم رغم تباينها في بعض القضايا، إلا أن السمات المشتركة بينها تكون واحدة، حيث ينظر "ماك فورتلان ويسيث" McFarlane & (Weisaethe, 1996) إلى اضطراب ما بعد الصدمة المعقد على أنه متلازمة ناتجة من صدمات شديدة ومتكررة لمدة طويلة يعاني منها بعض الأفراد، وتشكل خطراً على الصحة النفسية والعقلية والجسدية والاجتماعية. أما التعريف الآخر الذي قدمه بريير وسكوت Briere & (Scott, 2006) فيشير إلى أنه يشمل إضافة إلى ما سبق ذكره في التعريف السابق، إساءة معاملة الأطفال، والتعذيب والاحتجاز أو الاعتقال في مخيم، أو الاعتداء المزمّن للزوج. ويتتصف بأنه متلازمة منفصلة، لها ميزات مرتبطة بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وتختلف أعراضه من شخص لآخر. أما كورتويز وفورد (Courtois & Ford, 2009) فيعرفان اضطراب ما بعد الصدمة المعقد بأنه الإجهاد الناجم عن الصدمة النفسية (١) أن يكون متكرراً أو لفترات طويلة (2). تتطوي على ضرر مباشر أو الإهمال والهجر من قبل مقدمي الرعاية أو المسؤولين الكبار في الظاهر (٣) تحدث في أوقات الضعف النمائي في حياة الضحية، مثل الزواج المبكر أو مرحلة الطفولة؛ (٤) لديه إمكانات كبيرة لتقديم للتأثير بشدة على نمو

الطفل. أما "بايفيو ووياسكول ليون" (Paivio and Pascual-Leone (2010) فيعرفان اضطراب ما بعد الصدمة المعقد، بأنه التعرض المتكرر لخطر العنف بما في ذلك العنف الاجتماعي والسياسي من خلال الحرمان والتعذيب، والعنف المنزلي والاعتداء الجسدي أو الجنسي على الأطفال والكبار .

الرؤية التشخيصية السريرية لاضطراب ما بعد الصدمة المعقد:

بمزيد من الدعم، قال هيرمان (Herman (1992a) إن الناجين من الإيذاء الذي طال أمده، عادة يستخدم لعلاج العديد من العلاجات نتيجة لتعدد وتنوع الأعراض مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من الصدمة في وقت مبكر. وأضاف هيرمان (١٩٩٢) (a) أن الناجين لديهم مستويات من الشدة هي أعلى عادة من الأفراد الذين لم يتعرضوا لسوء المعاملة، وأن الأعراض عادة ما تكون موجودة في مجالات متعددة، بما في ذلك الجسدية والمعرفية، الوجدانية والسلوكية والعلائقية. وقد خصص هيرمان سبع فئات لوصف الأعراض المصاحبة لاضطراب ما بعد الصدمة المعقد: (أ) التغيرات في تنظيم الاندفاعية الوجدانية (ب) وتغيرات في الانتباه والتركيز؛ (ج) وتغيرات في تصور الذات؛ (د) وتغيرات في النظرة إلى الجاني؛ (هـ) وتغيرات في العلاقة مع الآخرين؛ (و) الجسدية أو مشكلات طبية؛ (ز) وتغيرات في أنظمة المعنى؛ (ك) الألم المزمن، والذهول، وشلل في أجزاء الجسم (Cloitre et al., 2011).

النماذج العلاجية وأساليبها:

عبارة عن جلسات متسلسلة على مستوى بنية العلاج النفسي الذي يركز على اضطراب ما بعد الصدمة المعقد. وقد وصف هذا البرنامج القائم على التقنيات والتوجهات المختلفة للمعالجة المعرفية الانفعالية، والعلائقية للذاكرة المؤلمة ضمن منهج العلاج التكاملي. وبناء على التقييم الأولي والمستمر لتقييم المعالجة، ونوع التدخل ومداوم أي مراهق معين، بحيث يمكن الشباب من معالجة صعوبات محددة بطريقة ممنهجة باستخدام مكونات ذات الصلة بالعلاج التكاملي للصدمة النفسية لدى المراهقين.

عموماً، فإننا نقترح أن العلاج للمراهقين المصابين بصدمة نفسية تتطوي على جلسة فردية واحدة بحدود (٥٠-٦٠) دقيقة في الأسبوع، بالإضافة إلى مجموعة أو الجلسات الأسرية التي

قد تحدث أسبوعياً. وفي قليل من الحالات قد تتم الإشارة إلى جلسة عمل فردية أكثر من جلسة في الأسبوع، وفي بعض الحالات، العلاج الأسري أو الجماعي قد يكون أكثر تواتراً.

آلية العمل:

يمكن أن يكون بناء مجموعة العلاج الجماعي المركز مفتوحاً أو منظماً أو مغلقاً. وقد يعترف أعضاء المجموعة في أي وقت من الأوقات بانضمام أي فرد إلى المجموعة العلاجية رغم أن برنامج العلاج التكاملي لم يكن محدداً بعدد من الجلسات المخطط لها، وعادة لا يعالج قضية واحدة محددة في أي جلسة ما - أيأ كان أعضاء المجموعة لديه الرغبة بمناقشة القضايا المتعلقة بالصدمة. وعادة تستمر الجلسات الجماعية لمدة ساعة ونصف إلى ساعتين، ورغم أن بعضها قد يكون مقيداً لوقت أكبر أو أقل. وتكون جلسات برنامج العلاج الجماعي عادة متسلسلة ضمن سياق المحتوى لهذه الجلسات. وتتكون جلسات البرنامج الإرشادي التكاملي للمراهقين في كثير من الأحيان، خصوصاً ممن يتعرضون لصدمات نفسية بين (٨ إلى ١٦) جلسة، رغم أن بعض المعالجين يضعون وقتاً أطول للجلسة العلاجية. وسوف نذكر تصوراً لبرنامج علاجي تكاملي لحالة من الإناث الناجيات من الاعتداء الجنسي اللواتي تتراوح أعمارهن بين (١٣ - ١٥) . (Hernandez & Watkins, 2007).

الجلسة الأولى: مقدمة للمجموعة الإرشادية عن البرنامج

تتضمن الجلسة الأولى التي يديرها المعالج أو المرشد وأفراد المجموعة العلاجية من الفتيات الناجيات من الاغتصاب الجنسي مقدمة حول العلاج التكاملي، والموضوعات والأنشطة التي تتم في جلسات القادمة (ليس هناك علاج شاف يزيل الحالة، ولكن طرق المعالجة يمكن التحكم من خلالها في الأعراض المرضية)، ومنها:

١-برامج تعديل السلوك، ٢ -العلاج الدوائي ٣ -العلاج النفسي ٤-العلاج الغذائي -البرامج التربوية ٦-برامج الإرشاد الأسري)، ونظرة عامة للمجموعة حول السرية، وبناء العلاقة / الثقة.

ملاحظة: إن جميع الفتيات الملتحقات بالبرنامج هنّ ممن تعرضنّ لاعتداءات جنسية. وغالباً تتم مراجعة قواعد السرية، لأن بعض الفتيات قد يذهبن إلى المدرسة معاً أو المنقاعات فيما بينهن في مجال سياقات اجتماعية أخرى ربما يقمن بإفشاء هذه السرية للآخرين. لذا، يطلب منهنّ عدم الحديث عن ذلك خارج المجموعة.

الجلسة الثانية- المحاضرة والتثقيف عن الاعتداء الجنسي

تتناول هذه الجلسة الموضوعات والأنشطة حول معرفة الآثار الناجمة عن الاعتداء الجنسي، والتثقيف النفسي للمراهقات من أعضاء المجموعة بشأن ردود الفعل الأخرى الشائعة للاعتداء الجنسي، بما في ذلك تعاطي المخدرات، وتعلم الأفكار والمشاعر التي كثيراً ما تكون ذات صلة بالصدمة الجنسية للمراهقات لحظة الاغتصاب. ويطلب من أعضاء المجموعة المشاركة في الحديث عن الأعراض التي لوحظت لديهن في أثناء الاعتداءات الجنسية الأخرى.

الجلسة الثالثة- التعرف إلى المشاعر المتعلقة بالصدمة والتعبير عنها:

المواضيع والأنشطة: ويتم فيها التعبير واستكشاف المشاعر لدى أعضاء المجموعة فيما يتعلق بالانفعالات والمشاعر والأفكار قبل وقوع الصدمة أو في أثناء التعرض للاغتصاب، وبعد التعرض، واستكشاف تلك الأعراض والمشاعر.

الجلسة الرابعة- الاستكشاف النوعي للمفاهيم ذات الصلة بالصدمة الجنسية:

المواضيع والأنشطة: رؤية الحدث بمنظور كلي: "كيف يرى كل عضو مصدوم جنسياً الآخرين، وكيف يرى نفسه من الداخل (الحديث الداخلي والاستبطان الذاتي ، وكيف ينظر إليهن الآخرون؟"

الجلسة الخامسة- الاستكشاف النوعي للأحداث المؤلمة الناتجة عن الصدمة الجنسية

المواضيع والأنشطة: كتابة قصصية لما حدث معهنّ، أو سرد لتاريخ الإساءة.

الجلسة السادسة- متابعة واستكشاف خبرات ومشاعر معينة للصدمة:

المواضيع والأنشطة: تبادل الخبرات والمواقف المؤلمة الناتجة عن الصدمة الجنسية بين أعضاء المجموعة (تقاسم بعض الخبرات المؤلمة بين أعضاء المجموعة صراحة، كما تمت الإشارة إليه بصورة جزئية في الجلسة الخامسة).

الجلسة السابعة- معالجة الأفكار والمشاعر حول الجنس والحياة الجنسية.

المواضيع والأنشطة: يتم ذلك عن طريق السرد لمساعدة كل عضوة في الحديث عن الجنس، وكيفية دمج خبراتها في حياتها، إضافة إلى مناقشة القضايا الجنسية الحالية، والاعتداء الجنسي المحتمل.

الجلسة الثامنة- بدء استكشاف حل المشكلة.

المواضيع والأنشطة: مناقشة عامة فيما إذا كان هناك أشياء للمشاركة يمكن القيام بها لتحسين حياتهنّ، وانخفاض حدوث مزيد من الإيذاء المحتمل، وتنمية مشاعر إيجابية في لحظات عودة تلك المشاعر المؤلمة.

الجلسة التاسعة- التعلم عن السلامة والحدود.

المواضيع والأنشطة: تطوير خطة سلامة محددة بشأن إمكانية ارتكاب انتهاكات في المستقبل أو غيرها من الصدمات العلائقية.

الجلسة العاشرة: زيادة تقدير الذات.

المواضيع والأنشطة: استكشاف وتحديد الصفات الإيجابية لكل عضوة من أعضاء المجموعة العلاجية، ومناقشة محتملة للنتائج "الإيجابية" نتيجة لتعرضهنّ للإيذاء الجنسي. على سبيل المثال، كيف جعلت منهنّ تلك الخبرة الصادمة والمؤلمة قوة وصلابة ومرونة في مواجهة التحديات، والفكرة لذلك، ("إذا حدث معي مثل تلك المواقف، فإني أستطيع التعامل مع هذا بشكل مختلف...").

الجلسة الحادية عشرة- بناء استراتيجيات الإيجابية لمواجهة الذكريات المؤلمة.

المواضيع والأنشطة: تعلم كيفية تحديد الآثار المحتملة عندما يحصل لشخص ما اعتداء جنسي من هذا النوع في المستقبل لا يمكن تجنبه، وكيفية التعامل معه لتجنبه. ويشمل ذلك، مجموعة من الأسئلة والتوقعات لما يحدث للضحية مرة ثانية في المستقبل، وكيفية التعامل مع الآخرين وكيفية تجنب أن يكون ضحية مرة أخرى.

الجلسة الثانية عشرة: مجموعة المعالجة.

المواضيع والأنشطة: خلاصة موجزة ونظرة عامة حول التقنيات المتعددة التي تمت في الجلسات السابقة، والتعبير والإفصاح الفردي حول ما اكتسبته كل حالة من أفراد المجموعة من خبرات تساعدنّ على التنقيص الانفعالي للمواقف والمشاعر والأفكار السلبية، وتعزيز الذات من أجل مواجهة مثل تلك الأحداث الصادمة في المستقبل.

تسلسل الجلسات على مستوى بنية العلاج في التركيز على الصدمة:

وصف هذا البرنامج التقنيات والتوجهات المختلفة للمعالجة المعرفية والانفعالية، والعلائقية للذاكرة المؤلمة. وبناء على التقييم الأولي المستمر لمخطط العلاجي التقييمي (ATF) Assessment-Treatment Flowchart، وتطبيق مشكلات شبكة المكونات (PTC)، Problems-to-Components Gr ينصح المعالج بتخصيص نوع التدخل لأي مرافق معين، بحيث يُمكن الشباب من معالجة الصعوبات المحددة بطريقة ممنهجة باستخدام مكونات ذات صلة بالعلاج التكاملي للشباب الذين يعانون من الصدمة ITCT. وفي الوقت نفسه، كانت الفلسفة لهذه المبادئ التوجيهية تركز على العلاقة العلاجية باعتبارها الدعم اللازم للعمل الجاد لمعالجة الصدمات النفسية، فضلاً عن المتطلبات التقنية من أجل حل الصعوبات الشخصية/العلائقية لكثير من الناجين من الصدمات لدى لمرافقين. ورغم أن المعالجة الفعلية لأعراض الصدمة تختلف عادة من جلسة إلى أخرى، وبعض الجوانب العامة لتقنية العلاج التجاوزي أو لتقنية التأمل التجاوزي^٢، Transcendental Meditation في حد ذاتها، فإنه من الصحيح أيضاً أن علاج الناجين من الصدمة يعملون على نحو أفضل عندما يتفق ذلك مع البنية الأساسية للعلاج. ويسمح هذا الإطار للمعالج لتقييم الاحتياجات الحالية للمريض، وتوفير أنشطة عملية ذات الصلة حسب الحاجة، وإعادة تقييم الوضع الحالي للعمل، وعدم تصعيد الاستجابات العاطفية، إذا لزم الأمر، وتوفير نهاية لإغلاق الجلسة.

عموماً، يتضمن علاج المرافقين المصابين بصدمات نفسية جلسة فردية واحدة، بزمّن قدره بين (٥٠-٦٠) دقيقة في كل جلسة أسبوعية، بالإضافة إلى مجموعة جلسات قد تحدث أسبوعياً أو على أساس شهري. في حالات قليلة، قد تتم الإشارة إلى جلسة عمل فردية أكثر من جلسة في الأسبوع، وفي بعض الحالات مثل العلاج الأسري أو الجماعي قد تكون أكثر تواتراً.

١ = العلاج بالتنفس العميق أو التجاوزي: هي معالجة نفسية مأخوذة من تطبيقات الأديان الشرقية القائمة على أهمية تجاوز الإنسان لكل ما يشعره بمحدونيته ويطلق خياله وينسيه واقعه ويجعله يستمد ما يعتقدونه من "الطاقة الكونية" ويسمونها (البرانا) أو (الهو) وينخلها في جوفه ليتجاوز بها خصائص الإنسان العادي. وتقوم هذه المعالجة على تمارين تركز يتم فيها التنفس من الفم ومن الأنف بالتناوب بين الفتحين بصورة عميقة جداً لإدخال أكبر كمية ممكنة من الأكسجين إلى الدماغ وخلايا الجسم مما يساعد على الدخول السريع في مرحلة الاسترخاء الكامل شبه غيبوبة ويستخدم العلاج بالتنفس العميق منفصلاً أو متصلاً بأنواع العلاجات الأخرى ويعدّه المدربون عليه خطوة لازمة للشعور بالنشوة والخروج من الواقع وتأثيره ، والدخول في حالات الوعي المغيرة التي يعدونها أساس العلاج النفسي الفاعل !

وقد قام برير وسكوت (٢٠٠٦) بتعديل أو تكيف برنامج لمعالجة اضطراب ما بعد الصدمة المعقد، وهو المناسب لجلسات العلاج الفردي:

قبل الدورة: تقديم رؤية عن أهداف ومتطلبات الجلسة العلاجية. وقد تتغير هذه الأهداف حسب احتياجات المريض، ولكن لا ينبغي التخلي عنها إلا عند الضرورة.

افتتاح (٥-١٥ دقائق):

١. قضاء بضع دقائق مما يجعل الاتصال بالمريض ذا فائدة حقيقية، وينبغي التعبير عن ذلك في وقت مبكر من الجلسة، ويتكرر بعد ذلك حسب الاقتضاء.
 ٢. استفسار عن أي تغييرات في حياة المريض منذ الجلسة الماضية.
 - هل كانت هناك أي صدمات جديدة أو إيذاء؟
 - هل العميل يشارك في أي السلوكيات المضطربة أو التدمير الذاتي؟
 - هل كل ما سبق ذكره يبعث على القلق، والعمل لضمان أو زيادة السلامة الجسدية الحالية للعميل.
 - هل تم من قبل معالجة الصدمات النفسية؟
 ٣. الكشف عن خبرة المراهق الذاتية منذ آخر جلسة، مثل أعراض اقتحامية أو تجنب زيادة كبيرة منذ الجلسة الأخيرة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، وتمثل التجربة والتحقق من صحة الأعراض، مثل المعالجة الداخلية للصدمات النفسية. إذا كان الاقتحام أو ردود التجنب جوهرياً، يمكن النظر في خفض شدة التعرض والتنشيط في الجلسة الحالية.
 ٤. بناء معلومات حول إتاحة الجلسة، والمراجعة لأهداف جلسة العلاج -إذا لزم الأمر.
- منتصف الجلسة (٢٠-٣٠ دقيقة):**

١. توفير معالجة الذاكرة العاطفية والمعرفية، والبقاء داخل النافذة العلاجية المحتملة كلما أمكن ذلك. وتسهيل مناقشة المريض عن تاريخ الصدمة، وتحديد الدعم والتعبير عن العواطف عندما يكون ذلك ممكناً.
- ٢-التواصل؛ الرعاية والدعم والتنشيط النفسي، والمناقشة عامة، أو التركيز على التدخلات المعرفية.

٣. تجنب الأنشطة التي تركز على تفسير المعالج، أو إلقاء المحاضرات، والمحافظة على التواصل دون إطلاق أحكام وقبول الموقف.

في الوقت التالي من الجلسة (١٥-٢٥ دقيقة):

١. استخلاص المعلومات، والتطبيع، والتحقق من صحة أي معلومات (معرفية، أو انفعالية) أو استجابات المريض التي برزت خلال الجلسة.
٢. استفسار عن الخبرة الداخلية للمريض من خلال المعالجة الانفعالية أو المعرفية، فضلاً عن أية أفكار أخرى أو شعور ظهر خلال الجلسة.
٣. إعادة النظر في البيئة المعرفية والتشوهات المعرفية الإضافية التي برزت خلال استخلاص المعلومات.

٤. إذا بقي مستوى انفعالات المريض مرتفعاً، فيمكن نزع فتيل الاستثارة الانفعالية. وقد يشمل ذلك زيادة التركيز على القضايا غير الانفعالية، ويتم ذلك من خلال التنفس/ الاسترخاء العميق.

إنهاء (آخر ٥-١٥ دقائق):

١. تنكير العميل (إذا لزم الأمر) حول آثار التأخير المحتملة لمعالجة الصدمات النفسية، بما في ذلك زيادة ذكريات الماضي، والكوابيس. والمرضى أو العملاء الراغبين في متابعة جلسات البرنامج عليهم تجنب تعاطي المخدرات أو السلوكيات غير السوية.
٢. إذا كان ذلك مناسباً، فالتحقق من صحة أي تنشيط أو معاملة علائقية قد حدثت في الجلسة، وإعادة صياغة أو التعامل مع أي صراع أو تشوهات علائقية دليلاً محتملاً للتفاعل العلاجي الجيد.

٣. توفير سلامة التخطيط (إذا لزم الأمر) بشأن المخاطر التي تم تحديدها في الجلسة، أو أي سلوك مدمر للذات والآخرين قد يحدث بين الجلسات.

٤. تلخيص الجلسة والتشجيع.

٥. الإشارة صراحة إلى وقت انعقاد الجلسة المقبلة وتاريخها.

فاعلية العلاج

أشارت القائمة على نهج الممارسة القائمة على الأدلة والبراهين إلى فاعلية هذا النوع من البرامج العلاجية والإرشادية في خفض العديد من الاضطرابات النفسية المصاحبة للعديد من

الأعراض النفسية الأخرى (غير نقية). وقد أظهرت نتائج الدراسات فاعلية هذه البرامج سواء باستخدام المكيفات (المخدرات) بأنوعها المختلفة، على اعتبار أن هذا التعود أو الإدمان له أعراض متعددة، نفسية، وسلوكية، ومعرفية، واجتماعية وجسمية. حيث أشارت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA Task Force on Evidence Based Practice, 2006, 273) أن التكامل من أفضل البحوث المتاحة مع الخبرات السريرية في سياق خصائص المريض والثقافة والتفضيلات. كما أشارت دراسة (Bulik CM, Sullivan, 2009) إلى فاعلية العلاج التكاملي في خفض أعراض الإدمان على المورفين. كما أظهرت نتائج الدراسات أيضاً أن المرضى الذين تلقوا الرعاية من مؤسسات الصحة النفسية لعلاج تعاطي المخدرات والذين تلقوا الخدمات في أنظمة الخدمات النفسية على النهج التكاملي كانوا أقرب إلى الشفاء بالمقارنة بنظرائهم الذين تلقوا العلاج غير التكاملي. كما أثبتت هذه البرامج فاعليتها في الحد من العنف عند الأطفال، وذلك من خلال اتباع النهج التكاملي في العلاج. فقد أشار "تورنير وآخرون" (Tournier et al., 2009) إلى أن العديد من البرامج القائمة على العلاج التكاملي تملك الأدلة الكافية للتنفيذ الدقيق لخفض مستوى العنف عند الأطفال والمراهقين، وأن هذه البرامج تشجعهم في التعرف إلى مجموعة كاملة من الاستراتيجيات المناسبة لاحتياجاتهم، إضافة إلى تكييفها مع الظروف المحلية، والثقافة. كذلك أشارت نتائج الدراسات أن هذه البرامج قد تكون فاعلة لدى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب، والتهاب الكبد الوبائي، وأمراض أخرى (Drake et al., 2001). وأشارت نتائج الأبحاث القائمة على الأدلة فاعلية البرامج التكاملية في مجال العمل الاجتماعي وميدان التربية والتعليم (Edmond et al., 2006)، علاوة على اضطرابات الأكل، واضطرابات مابعد الصدمة المعقدة، وسوف نورد لها نموذجاً كاملاً في هذا الفصل.

ومما لا شك فيه، أن هذه البرامج أصبحت ذات شهرة واسعة لدى العديد من المعالجين النفسيين الذين يستخدمونها في التعامل مع المشكلات التي واجهت صعوبات أو انتكاسات في التحسن باستخدام نماذج علاجية وحيدة التوجه. كما أن المراكز البحثية والجامعات في العديد من دول العالم اعتمدت هذه البرامج الإرشادية والعلاجية في التعامل مع العديد من المشكلات النفسية المتعددة لدى المرضى، حتى بعض المعالجين قد تنبأوا بأن هذا اللون من

العلاج سوف يصبح النموذج المثالي الأكثر استخداماً في العقود القادمة نتيجة لفاعليته الكبيرة في التسريع في عملية الشفاء.

ملخص واستنتاج

ستكون معاناة الفرد من اضطرابات ما بعد الصدمة المعقد للعلاج على نحو مختلف. إنه سوف يظهر عدد وافر من الأعراض الخفيفة والحادة ذات الطابع الوجداني والمعرفي والجسدي والسلوكي لدى الشخص نفسه، بين الأشخاص، لأن معظم النهج الشامل والمتكامل للعلاج يكون واحداً في تناول مجموعة الأعراض في أثناء تقديم المريض وينبغي أن ينظر إليها على نحو كلي بدلاً من النظر لخليط من الأعراض. إن التكاملية هذه، يمكن تحقق للبرنامج النتائج المرجوة وذلك من خلال تقييم شامل لاحتياجات المريض لتصميم العلاج وتنفيذه لتلبية أفضل الاحتياجات، ولا يتحقق ذلك من خلال معالجة أعراض معينة عن طريق استخدام التدخلات النظرية المتنوعة دون أساس واحد لنهج معين، ولكن من خلال التكامل ضمن اتجاه واحد في نظرية موحدة. وهذا النهج سوف يوفر شعوراً بالكفاءة والتماسك. وقد تناول هذا الفصل بالشرح والتفصيل فاعلية العلاج التكاملي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة المعقد. وهناك مثل في اللاتينية القديمة ينص على: "كن حذراً من الرجل الذي يقرأ كتاباً واحداً". ويطبق هذا مفهوم على المرضى وغيرهم من "المحتاجين للصحة النفسية"، وقال: "كن حذراً أيها المعالج من دليل واحد لإقامة الحجة على معالجة مريض ما".

أسئلة مناقشة

- عرف العلاج التكاملي وقارن بين التكامل في العلاج النفسي والعلاج التكاملي والانتقائي؟
- ما هي المنطلقات الفلسفية للتكامل في العلاج النفسي؟
- ما هي الأسس والقضايا التي ينطلق منها التكامل في العلاج النفسي؟
- ما هي الأسس التي يقوم عليها التدريب في التكامل العلاجي؟
- كيف يمكن تنفيذ العلاج التكاملي في معالجة الاكتئاب أو اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة، أو الإدمان على المخدرات، أو الاضطرابات الجنسية.



مراجع الفصل

زهران، أيمن رمضان (٢٠١٠). فاعلية العلاج التكاملي في تنمية بعض مهارات الحياة لدى عينة من الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز.

- نمر، أبو بكر (١٩٩٢). مدى فاعلية برنامج علاج تكاملي في علاج الاكتئاب، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة المنوفية، كلية التربية.

- APA Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. American Psychologist, 61, 271–285.
- Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. In D. K. Freedheim (Ed), History of Psychotherapy: A Century of Change. Washington DC: American Psychological Association.
- Bassuk, E. L., Donelan, B., Selema, B., Ali, S., Cavalcanti de Aguiar, A., Eisenstein, E., Vostanis, P., Varavikova, E., & Tashjian, M. (2003). Social deprivation. In B. L. Green, M. J. Friedman, J. T. V. M. De Jong, S. D. Solomon, T. M. Keane, J. A. Fairbank, B. Donelan, & E. Frey-Wouters (Eds.). Trauma interventions in war and peace: prevention, practice, and policy (pp. 33-55), New York, NY: Kluwer/Plenum
- Boswell, J.F., Nelson, D.L., Nordberg, S.S., McAleavey, A.A., & Castonguay, L.G. (2010). Competency in integrative psychotherapy: Perspectives on training and supervision. Psychotherapy, 47, 3-11.
- Briere, J., & Scott, C. (2012). Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brooks-Harris Jeff E (2008) Integrative Multitheoretical Psychotherapy Boston: Houghton-Mifflin www.multitheoretical.com.
- Bulik CM, Sullivan PF, Fear JL, Pickering A, Dawn A, McCullin M.(2009). Fertility and reproduction in women with anorexia nervosa: a controlled study. J Clin Psychiatry.;60(2):130-5; 135-7.
- Castonguay, L.G. (2000). A common factors approach to psychotherapy training. Journal of Psychotherapy Integration, 10, 263-282.
- Courtois, C. A. & Ford, J. D. (Eds.). (2009). treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide. New York: The Guilford Press.
- Castonguay, L.G., & Goldfried, M.R. (1997). Psychotherapy integration: An idea whose time has come. Applied & Preventative Psychology, 3, 159-172.
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRosa, R., References Hubbard, R Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. Psychiatric Annals, 35, 390- 398.

- Creswell J.W. & Plano Clark V.L. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. (2nd edition). CA: Sage.
- Cyr, M., & Lecomte, C. (1983, August). Practitioners: What they do versus what they think they do. Paper presented at the Annual Convention of the American Psychological Association, Anaheim California.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York, NY: Guilford.
- Fosha, D. (2001). The dyadic regulation of affect. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 57 (2), 227–242.
- Gilbert and Orlans .(2011). *Integrative Therapy (100 Key Points)* Paperback – 17 Nov. London: Routledge.
- Gilbert M & Orlans V (2011). *Integrative Therapy: 100 Key points and techniques*. London: Routledge.
- Grebien DH.(2004).Integrative dimensions of psychotherapy training. *Can J Psychiatry*.;49(4):238-48.
- Hayes, A.M., Feldman, G.C., & Goldfried, M.R. (2007). The change and growth experiences scale: A measure of insight and emotional processing. In L.G. Castonguay & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 231-253). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hernandez & Watkins, (2007).Group therapy for sexual abused female. *Dec;90(6):305-14*
- Hollanders, H & McLeod J. (1999). Theoretical orientation and reported practice: A survey of eclecticism among counsellors in Britain. *British Journal of Guidance and Counselling*, 27 (3), pp. 405-414.
- Hollanders, H. (1999). Eclecticism and integration in counselling: Implications for training. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27 (4), pp. 483-499.
- Hollanders, H. (2000a). Eclecticism/integration: Historical developments. In Palmer & R. Woolfe (Eds), *Integrative and Eclectic Counselling and Psychotherapy*, (pp 1-30). London: Sage Publications. *Integration*, 2nd Edn. Oxford: Oxford University Press
- Kratohvil .S (1994).Eclectic, synthetic and integrative psychotherapy,*Cesk Psychiatr. Dec ;90 (6):305-14*
- Landes SJ, Garovoy ND, &Burkman KM.(2013).Treating complex trauma among veterans: three stage-based treatment models. *J Clin Psychol.*;69(5):523-33.
- Lanktree, Chery. and Briere John.(2008).*Integrative Treatment of Complex Trauma for Children (ITCT-C): A Guide for the Treatment of Multiply-Traumatized Children Aged Eight to Twelve Years*.
- McLeod, J. (2013b). *An Introduction to Counselling*. (5th edition) Buckingham: Open University Press.
- Norcross J. & Goldfried M.R. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. (2nd edition). New York: Oxford University Press.

- Norcross JC, Goldfried MR. (1992). Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books; Goldfried MR, Newman CF. A history of psychotherapy integration. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. Handbook of psychotherapy integration. New York: Basic Books; 1992. p 46 –93.
- Norcross, J. C. (2005). A primer on psychotherapy integration. In M. R. Goldfried & J. C. Norcross (Eds.), Handbook of psychotherapy integration (2nd ed., pp. 3–23). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (1992). Handbook of Psychotherapy Integration. New York: Basic Books.
- Norcross, J. C., & Halgin, R. P. (2005). Training in psychotherapy integration. In M. R. Goldfried & J. C. Norcross (Eds.), Handbook of psychotherapy integration (2nd ed., pp. 439–458). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Kaplan, K. J. (1995). Training in psychotherapy integration I: Integrative/ eclectic programs. *Journal of Psychotherapy Integration*, 5(3).
- Norcross, J. C., & Newman, C. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In J. C. Norcross and M. R. Goldfried. (2005b). Handbook of psychotherapy integration (pp. 3–45). New York: Basic Books.
- Norcross, J.C. & Lambert, M.J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *APA Psychotherapy*. 48 (1), 4-8.
- Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy Relationships That Work*, New York: Oxford.
- Norcross JC, Martin JR, Omer H, Pinsof WM, Rapp H. (1996). When (and how) does psychotherapy integration improve clinical effectiveness? A roundtable. *Journal of Psychotherapy Integration*;6:295–332.
- Norcross, J.C., VandenBos, G.R. & Freedheim, D.K. (2011). *History of Psychotherapy: Continuity and change*. London: APA.
- Passmore, Jonathan; (2009) : *Integrative coaching*, London: Kogan M. Grant, Anthony; (2012) : *An integrated model of goal-focused coaching: An evidence-based framework for teaching and practice*, The British Psychological Society – ISSN: 1750-2764.
- Prochaska, J. P., & Norcross, J. C. (1994). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Prochaska, J.O. & Norcross, J. C. (2003). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*, 5th ed. Pacific Grove, CA: Brooks Cole.
- Regier, D.A.; Farmer, M.E.; Rae, D.S.; Locke, B.Z.; Keith, S.J.; Judd, L.L.; and Goodwin, F.K. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264:2511-2518.
- Ringel, S. (2012). *Trauma: Contemporary Directions in Theory, Practice, and Research* (1-12). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. Retrieved from

<http://knowledge.sagepub.com/view/traumacontemporary/n1.xml>

- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). Interpersonal process in cognitive therapy. New York: Basic Books.
- Stricker, G., & Gold, J. R. (1996). Psychotherapy integration: An assimilative, psychodynamic approach. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 47–58.
- Tournier, M., Moride, Y., Crott, R., duFort, G.G., Ducruet, T., Tournier, M., et al. (2009). Economic impact of non-persistence to antidepressant therapy in the Quebec community-dwelling elderly population. *Journal of Affective Disorders*, 115, 160-166.
- Wachtel, P. L. (1977a). *Psychoanalysis and Behavior Therapy: Toward an integration*. New York, NY: Basic Books.
- Wachtel, P. L. (2010). Beyond “ESTs”: Problematic assumptions in the pursuit of evidence-based practice. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 251–272.
- Wachtel, P. L. (2010a). One-person and two-person conceptions of attachment and their implications for psychoanalytic thought. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91, 561–581.
- Wachtel, P.L. (2010). Psychotherapy integration and integrative psychotherapy: Process or product? *Journal of Psychotherapy Integration*, 20 (4), pp. 406-416.

الفصل التاسع

تقييم برامج الإرشاد في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة

مفهوم البرامج الإرشادية والعلاجية القائمة على الأدلة
الممارسة القائمة على الأدلة مقابل البرامج القائمة على الأدلة
أهمية برامج الممارسة القائمة على الأدلة
تحديد عناصر الممارسة القائمة على الأدلة في العلاجات النفسية
الحكم على البرامج القائمة على الأدلة
نموذج تقييمي للبرامج القائمة على الأدلة
تحديد مجال البرامج القائمة على الأدلة
عوائق استخدام الأدلة في الممارسة العلاجية
تقييم والتخطيط العلاجي والحكم الإكلينيكي
استخدامات البرامج القائمة على الأدلة
الاتجاهات المستقبلية
ملخص واستنتاج
أسئلة مراجعة



الفصل التاسع

تقييم برامج الإرشاد في ضوء الممارسة القائمة على الأدلة

أصبح مصطلح "البرامج القائمة على الأدلة" Evidence-based programs شائعاً جداً في الخدمات الإنسانية الوقائية والعلاجية. ومع ذلك، لا يزال هناك الكثير من الاهتمام من أجل التعرف إلى أهمية البرامج المستندة على البيانات لفهم ما يوصف بأنها "المسندة إلى البيانات". وقد تبدو اللغة المستخدمة في ذلك غير واضحة لهذه المسألة. فشروط البرامج القائمة على الأدلة تستند إلى البحوث التي هي برامج واعدة لخطة البرامج أو الممارسة المستندة إلى العلم. وكثيراً تستخدم الفاعلية، والفعالية في هذه البرامج بالتبادل. وقد اعتمدت المؤسسات العلمية المختلفة معايير متباينة لتحديد ما إذا كان أو لم يكن البرنامج قائماً على الأدلة. ويقول ديمينغ Deming "إنه لا يكفي أن تفعل أفضل ما لديك، فعليك أولاً أن تعرف ما يجب القيام به، ومن ثم القيام بأفضل ما عندك".

أصبحت حركة الممارسة القائمة على الأدلة سمة من نظم الرعاية النفسية والصحية وسياساتها. وفي هذا السياق، فقوة العمل الرئيسة للجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA, 2005)، بشأن تعريف الممارسة القائمة على الأدلة ومناقشتها في علم النفس (EBPP) Evidence-based practice in psychology أصبحت المحك والمقيّم الأساسي للنظر في تلك البحوث والبرامج القائمة على الأدلة. ويصف تقرير فرقة العمل تكامل العلم والممارسة والالتزام الأساسي في علم النفس بتطوير الممارسة القائمة على الأدلة التي أخذت في الاعتبار مجموعة كاملة من علماء النفس وصناع القرار الذين يبحثون في الأدلة العلمية التي يجب اتباعها منهجاً أو أسلوباً علاجياً. ويتم دعم البحوث والخبرات السريرية وخصائص المرض، والنتائج الجيدة عند الاقتضاء. وتعزز الأدلة في علم النفس ذات الفاعلية لتحسين الصحة النفسية من خلال تطبيق مبادئ إرشادية مدعومة تجريبياً للتقييم النفسي، وتشكيل الحالة، والعلاقة العلاجية، والتدخل... الخ. ويقدم التقرير مسوغات النقاش الموسع لفائدة الممارسة العلاجية والإرشادية من خلال تدخلات البرامج الإرشادية لمعالجة مجموعة من الأمراض النفسية التي أثبتت

الخبرات السريرية فاعليتها في الحد من أعراضها. وهذه الأدلة تم تبنيها من قبل الجمعية الأمريكية لعلم النفس في شهر آب عام ٢٠٠٥.

والممارسة القائمة على الأدلة (EBP) هي نهج متعدد التخصصات في الممارسة السريرية تم اعتمادها رسمياً على أرض الواقع العلمي في عام (١٩٩٢) ، حيث بدأت هذه الممارسة القائمة على الأدلة في الطب (EBM) وامتدت إلى مجالات أخرى مثل: السمع، النطق واللغة علم الأمراض، وطب الأسنان، والتمريض، وعلم النفس والعلاج النفسي، والعمل الاجتماعي، والتعليم، وعلوم المكتبات والمعلومات. وتتطلب هذه الممارسة اتخاذ قرارات جزيئة حول الرعاية الصحية المبنية على أفضل ما هو متاح، وتكون صادقة في أدلتها، وينبغي اتخاذ مثل هذه القرارات من قبل الذين يستقبلون هذه الرعاية، وهي أبلغ من المعرفة الضمنية والصريحة من تلك الرعاية التي تقدم في سياق المصادر المتاحة. وقد أثبتت مجموعة متزايدة من البحوث في مجال العلوم السلوكية وبعض المناهج والاستراتيجيات قدرتها للعمل مع الشباب وأسرهم ويمكن أن تؤثر إيجابياً على مشكلات اجتماعية مهمة، مثل: الجنوح، وتعاطي المخدرات والعنف الأسري، حيث تم استخدام العديد من هذه الأساليب والاستراتيجيات الفعالة في البرامج الإرشادية والعلاجية التي تستهدف تحقيق نتائج محددة للأفراد والمدارس والأسر والمجتمعات. وغالباً تكون هذه البرامج الإرشادية أو العلاجية القائمة على الأدلة تكون فاعلة على أساس نتائج التقييمات "القائمة على الأدلة" (Cooney et al, 2007).

يستكشف هذا الفصل سلسلة من القضايا، بما في ذلك ما يلي: (١) لماذا ينبغي أن تستخدم EBT في علاج تعاطي المخدرات؟ (٢) ما هي أنواع العلاج EBT، وكيف يتم تحديدها؟ (٣) أين يمكن تنفيذها في EBT؟ ما مستويات تقديم الخدمة؟ (٤) متى تستخدم EBT؟ و (٥) كيف يتعلم المعالجون EBT؟ وما المزالق المحتملة لتنفيذ EBT.

مفهوم البرامج العلاجية القائمة على الأدلة وتعريفها

في الواقع، لا يوجد تعريف شامل لمصطلح البرامج القائمة على الأدلة؛ فعادة يستخدم هذا المفهوم بشكل مترادف مع البحوث القائمة على الأدلة، والبرامج القائمة على العلم. تعابير شائعة أخرى لاستخدام مثل: البرامج الواعدة، البرامج النموذجية، والبرامج الفعالة، والبرامج المثالية. وكل هذه المصطلحات لها معاني مختلفة، وتكون معرفة بشكل مختلف من قبل

منظمات ومؤسسات علمية عديدة. فهناك على الأقل (٢٣) منظمة ومؤسسة علمية وضعت معايير لتقييم البرامج الإرشادية والعلاجية الفعالة، على سبيل المثال، إساءة استخدام العقاقير، وإدارة خدمات الصحة النفسية التي تستخدم مصطلح البرامج القائمة على أساس علمي، وتُعرف بأنها البرامج الذي تم مراجعتها من قبل الخبراء في هذا المجال وفقاً لمعايير مقبولة من البحوث التجريبية. وتعتمد هذا البرامج على "العلم المنهجي" من الناحية المفاهيمية والمتسقة داخلياً، وتملك بحوث عديدة مترابطة منهجياً آثاراً واضحة للأحداث أو المتغيرات غير الدخيلة على البرنامج نفسه (Kyler, Bumbarger & Greenberg, 2005, 2).

ويستخدم مصطلح برنامج بحثي قائم على أسس علمية كنموذج لوجود أدلة موثوقة تمارس عملها بفاعلية". فقد يكون لكل مؤسسة معايير مختلفة لتحديد ما إذا كان برنامج ما قائم على أساس من البيانات الدقيقة، والممارسات استخدامه لمعايير قياس جودة البحوث والاستعداد لنشرها. وينظر العديد من الباحثين إلى جودة معايير البحث في الآتي: "الصدق، والثبات، والإخلاص، واستنزاف البيانات المفقودة، والمتغيرات التي تثير اللبس، ومناسبتها للتحليل، والاستعداد لنشر المعايير التالية:

- ١- توفر مواد لتنفيذ البرنامج.
- ٢- موارد التدريب والدعم.
- ٣- إجراءات ضمان الجودة.

وقد تم استعراض مداورات فرقة العمل التابعة للجمعية الأمريكية لعلم النفس، حيث عرّفت البرامج القائمة على الأدلة في علم النفس (Evidence-based practice in psychology) (EBPP) بأنها التكامل لأفضل الأبحاث العلمية ذات الخبرة السريرية في سياق خصائص المريض وثقافته، وأفضليته (APA, 2005).

هذا التعريف للـ EBPP يوازي بشكل وثيق تعريف الممارسة المبنية على الأدلة من قبل معهد الطب (Institute of Medicine, 2001) المعتمد كما تم اقتباسه من ساكت، شتراوس، ريتشاردسون، روزنبرغ، وهابنر، & Sackett, Straus, Richardson Rosenberg, Haynes, 2000, 147) بأنها تكامل أفضل الأدلة البحثية لذوي الخبرة السريرية وقيم المريض. ويتبنى علم النفس تعريف معهد الطب من خلال تعميق دراسة الخبرة السريرية وتوسيع وجهة النظر في خصائص المريض" (Levant, 2005, 5). والغرض من الممارسة

القائمة على الأدلة في علم النفس (EBPP) Evidence-based practice in psychology هو تعزيز الممارسة النفسية الفعالة وتعزيز الصحة النفسية العامة من خلال تطبيق مبادئ دعمت تجريبياً عن طريق التقييم النفسي، وصياغة الحالة، والعلاقة العلاجية، والتدخل. ويُعرّف بوسي ويسلي Buysse and Wesley من معهد تنمية الطفل FPG في جامعة نورث كارولينا تشابل هيل الأمريكية Child Development Institute at the University of North Carolina Chapel Hill التي تدمج أفضل الأدلة البحثية المتاحة مع الأسرة، والحكمة المهنية والقيم". عملية صنع القرار التي تدمج أفضل الأدلة البحثية المتاحة مع الأسرة، والحكمة المهنية والقيم". وتُعرف الممارسة القائمة على الأدلة (EBP) تقليدياً، بأنها عبارة عن دمج ثلاثة مبادئ أساسية هي: (١) خير دليل للبحوث المتاحة التي ينظر إليها فيما إذا كانت ذات فائدة في العلاج، (٢) والخبرة السريرية (الحكم والخبرة السريرية) لتحديد حالة المريض الصحية الفريدة، والتشخيص والمخاطر والفوائد المحتملة للتدخلات الفردية، (٣) وتفضيلات قيم العميل وأدائه (Oxman, 1993).

الممارسات القائمة على الأدلة مقابل البرامج القائمة على الأدلة

يستخدم العديد من الباحثين مصطلحي: "البرامج" و"الممارسات" بالتبادل، ويميز العديد من الباحثين والممارسين بين هذه الشروط. ويتم تعريف الممارسة القائمة على الأدلة، بأنها أداء أو عملية قوة تقليدية أو اعتيادية أو شيء مهني لأجل تحقيق نتيجة إيجابية. وعلى نحو أكثر تحديداً، وفقاً لفيكسن وآخرين (Fixsen et al. 2005, 26)، فإن الممارسة القائمة على الأدلة هي المهارات والتقنيات والاستراتيجيات التي يمكن استخدامها لدى معالج أو مرشد يتفاعل مباشرة والعميل. وتسمى أحياناً مكونات التدخل الأساسية عند استخدامها في سياق برنامج أوسع، أو برامج دمج الممارسات المختلفة في مواقف محددة للعملاء المستهدفين.

وينظر إلى تعريف البرامج المستندة إلى الأدلة في ضوء الآتي:

"تدخلات منظمة متعددة الأوجه، مصممة لخدمة الأفراد المحتاجين إليها الذين يعانون من مشكلات معقدة. مثل هذه البرامج. على سبيل المثال، قد تسعى لدمج تدريب المهارات الاجتماعية والإرشاد الأسري والمساعدة التعليمية بطريقة شاملة أو فردية حيثما يتطلب ذلك، وتقوم على نظرية محددة بوضوح من أجل التغيير، وتحديد العناصر الفاعلة في التغيير والمثبتة بالتأييد المنظم اللازم" (Fixsen et al., 2005, 82).

لذلك، ينبغي لنا التفريق بين هذين المصطلحين بصورة أوضح، وذلك في ضوء الآتي:

أ- البرنامج المبني على الأدلة (EBP):

تتألف البرامج من مجموعة منسقة من الخدمات/ الأنشطة التي تثبت فعاليتها على أساس البحث. وتعتمد معايير التصنيف على هذا النحو لتفعيل التصنيف الشامل وتنشيطه. وقد تتضمن البرامج القائمة على الأدلة عدداً من الممارسات في تقديم الخدمات في نهج وإطار تنظيمي ممنهج، ومجموعة من الأفكار أو المفاهيم والمبادئ والاستراتيجيات المعتمدة التي تدعمها البحوث.

عموماً، فكرة البرامج القائمة على الأدلة هي جديدة تماماً، بل لعلها أكثر حداثة في ساحة العلوم النفسية والاجتماعية. لكنها نشأت في المجال الطبي. وكان معلماً واحداً في التحرك نحو إنشاء البرامج القائمة على الأدلة هو إدارة الغذاء والدواء، وهي المسؤولة عن اختبار سلامة العلاجات الطبية (Leff, 2002). وكان معلماً آخر في استخدام دراسات الضبط العشوائية. إلا أنه في عام (١٩٤٨) جرت أول دراسة من هذا القبيل حول فاعلية الستربتومايسين في علاج السل. ومنذ عام (١٩٦٠) بلغ عدد الدراسات العشوائية مضبوطة المئات، واليوم هناك عشرات الآلاف التي تحدث كل يوم (Dodge, 2006).

وتشير هذه البرامج إلى تدخلات منظمة ومتعددة المكونات وروابط محددة بوضوح بين المكونات الأساسية والنتائج المتوقعة لفئة مستهدفة من السكان المحتاجين إلى هذه الخدمات بناء على الدعم التنظيمي اللازم لتنفيذ البرنامج. فبرامج الإرشاد أو العلاج بعدأوقات الدوام المدرسي القائمة على الأدلة تشير إلى مجموعة من التدخلات متعددة العناصر التي تسعى للتأثير على النتائج المختلفة التي تم تقييمها تجريبياً. وبناء على ذلك، تعد فاعلة في تحقيق

أهدافها التي وضعت من أجلها. فعلى سبيل المثال، يمكن أن تكون الغاية من البرنامج القائم على الأدلة في الحد من السلوكيات العدوانية في المدرسة، إذ يشمل البرنامج: بناء المهارات، والإثراء التعليمي، ومكونات تنمية الشباب، وبعد الانتهاء من البرنامج وإجراء تقييم دقيق لكافة مكونات البرنامج المادية والفنية والبشرية يمكن التحقق من فاعليته في الوقاية من السلوكيات العدوانية على اعتبار أن بعض مكونات البرنامج مقيمة على نحو دقيق وشامل، مثل استراتيجيات بناء المهارات الاجتماعية وتنمية التسامح والعفو Forgiveness وغيرها من الممارسات القائمة على الأدلة.

وعندما يبدأ الممارسون بتطبيق الممارسات القائمة على الأدلة في برامجهم، فقد يتبنى العديد منهم ممارسات منفصلة، وقد يختار غيرهم تعديل البرنامج القائم على أدلة لتلبية احتياجات مجتمعهم، وبعضهم الآخر يعتمدون برنامجاً جاهزاً دون أية تعديلات. ونظراً لهذا، يبدو أنه ليس هناك خط فاصل واضح بين البرامج والممارسات القائمة على الأدلة. كما أن هناك مزيداً من الارتباك بسبب استخدام الممارسة على الأدلة في بعض الأحيان على نحو مترادف مع مصطلحات، مثل الممارسة المبنية على البحوث، وأفضل الممارسات، رغم عدم وجود أي تعريفات رسمية، وأن أفضل الممارسات تشير إلى التدخلات الموصى بها لعدد من الأسباب، على سبيل المثال: الأخلاق، والخبرة الشخصية، رأي الخبراء، والبحوث، ورغم أن بعض أفضل الممارسات تم التحقق من صحتها تجريبياً، والعديد منها لم تصل لهذا المستوى من التحقق. في الواقع، وصفت بعض الأساليب بأنها "أفضل الممارسات"، إلا أنها في الواقع غير فعالة أو حتى ضارة. فالممارسة المبنية على الأبحاث تعني الممارسة المعتمدة من قبل البحوث، وهذا يبدو مهماً، لكنها قد لا تعني الكثير كما قد يتصوره المرء - أحياناً البحوث التي تدعم الممارسة يمكن أن تكون واهية وغير مقنعة، وكثيراً من الأحيان الأبحاث التي تدعم عناصر محددة فقط من الممارسة أو البرنامج بدلاً من أن تظهر تنفيذ البرنامج بأنه غير فعال. في حين لم يتم حتى الآن استخدام معايير منهجية لتحديد أفضل الممارسات القائمة على البحوث من قبل المنظمات والعلماء المهنيين بموضوعية دقيقة لتحديد الممارسة القائمة على الأدلة على سبيل المثال، (Chambless et al,1998) ؛ مجلس الطفولة الاستثنائي، (2014). Council for Exceptional Children، (Harris,et al ,2008)

وضعوا مجموعة من المعايير المختلفة تماماً، بغرض:

١- **تصميم البحوث:** عادة، تدرس فقط باستخدام تصاميم البحوث التجريبية التي تثبت العلاقة السببية فقط، لكنها في الواقع لا تقتصر على التجارب العشوائية المضبوطة أو بناء الصدق الداخلي.

٢- **جودة البحوث:** عادة، تعد فقط دراسات مصممة بأن تكون ذات منهجية كافية أو نوعية.

٣- **عدد من الدراسات:** عادة يتم اعتماد الدراسات المتعددة ذات الجودة العالية؛ فالدراسات التجريبية يجب أن تدعم ممارسة فعالة على اعتبار أن بعض المعايير المحددة لا تملك جودة عالية، ويمكن أن تكون نتائجها سلبية، أو عدم وجود أي فاعلية تذكر، رغم أن أفضل الممارسة هي القائمة على البحوث، والممارسة القائمة على الأدلة ليست مفاهيم مترادفة، وأغلب ما يتم استخدامها عشوائياً للإشارة إلى الممارسات التي يعتقد أن تكون فعالة. للأسف، إن شعبية الممارسة القائمة على الأدلة نمت، "أدلة على أساس" استخدامها على نحو متزايد كأداة للتسويق، وليس مؤشراً لدعم صلاحية البحوث .

٤- **الاعتماد من قبل هيئات البحوث:** تشير هذه النقطة إلى أنها ليست مدعومة على الصعيد العالمي، بل من قبل مؤسسات علمية، وهذا لا يعني أن بعض الممارسات هي فعالة أكثر من غيرها.

٥- **المعايير:** يختلف تحديد معايير الممارسة على الأدلة من مؤسسة علمية إلى أخرى، وهذا يعني أن الممارسة يمكن تحديدها باعتبارها معايير قائمة على الأدلة قبل مؤسسة واحدة فقط من مؤسسات متعددة.

٦- **التحديد:** إن تحديد الممارسة القائمة على الأدلة هي مجرد بداية، والممارسين بحاجة إلى دعم كبير للتنفيذ والحفاظ على استخدامها.

لذلك، تحتاج الممارسة القائمة على الأدلة إلى عناصر حاسمة لتنفيذها مع بإخلاص لها، وكذلك تصميمها لتحقيق الآثار الإيجابية التي أعلنت عنها الدراسات البحثية، كذلك يحتاج الممارسون إلى التعامل مع العناصر غير المهمة للممارسات القائمة على الأدلة لتحسين خبراتهم المهنية وتنفيذها بفاعلية لإحداث التحسينات المطلوبة في نتائج التعلم. كما أن الأدوات التي يمكن أن تجعل الممارسين جيدين وأكثر فاعلية، ينبغي ألا تستخدم لضبط

التعليمات أو المنهج. لذلك، تتطوي الأدلة القائمة على الممارسة السلوكية (EBBP) على سبيل المثال على اتخاذ القرارات حول كيفية تعزيز الصحة أو توفير الرعاية من خلال دمج أفضل الأدلة المتاحة من ذوي الخبرة للممارسين وغيرهم من المصادر، ومع خصائص الحالة، والاحتياجات والقيم والتفضيلات لأولئك المتضررين. ويتم ذلك بالتوافق مع السياق البيئي والتنظيمي. والدليل هو نتائج البحوث المستمدة من جمع البيانات المنظمة من خلال الملاحظة والتجربة وصياغة الأسئلة واختبار الفرضيات.

وفي مجال علم النفس، ليس لديه مظهر خاص لدراسة فاعلية العلاجات، فإن المسؤولية تقع على عاتق العاملين في الميدان البحثي على برامج فعالة. في الواقع، لم يكن حتى (١٩٩٠) أي فكرة قد بدأت في التوسع بمساعدة قانون إعادة تنظيم الصحة النفسية لسنة (١٩٩٢) لتعاطي الكحول والمخدرات وإساءة استعمال المخدرات وخدمات إدارة الصحة النفسية (SAMHSA)، التي ساعدت في نشر برامج / فاعلية خدمات الأبحاث بشأن السلوكيات التي تسبب مشكلات في الدور. وفي عام (١٩٩٩) أنشأت الجمعية الأمريكية لعلم النفس فرقة عمل لهذا الغرض الرئيسي للترويج للعلاجات العلمية، والعلاجات التي تم وصفها بأنها مدعمة تجريبياً (Dodge, 2006).

ب-الممارسة القائمة على الأدلة

تشير هذه الممارسة إلى المهارات والتقنيات والاستراتيجيات المستخدمة من قبل الممارسين عندما يتعاونون مع مشرفي البرنامج على نطاق واسع، ويمكن اعتبارها ممارسات قائمة على الأدلة؛ لأنها تتناول مكونات البرنامج واستراتيجياته الأساسية في التقييم. وتشير البرامج الإرشادية بعد أوقات الدوام المدرسي للأطفال إلى الاستراتيجيات أو الأنشطة المنفصلة التي تستخدمها البرامج جزءاً من تدخل أكبر. فعلى سبيل المثال، يسعى هذا البرنامج إلى التنمية الأكاديمية والوقاية من المشكلات السلوكية في سن المراهقة، وتتضمن ممارسات مماثلة في أماكن مختلفة (أي استراتيجيات محددة أو مكونات رئيسية) لتوظيف البرنامج أسلوباً وقائياً استباقياً لمشكلات الشباب، إضافة إلى بناء مهاراتهم في مواقف الحياة المتباينة، أو اشراك الآباء في البرنامج، ومع هذا، فإن نتائج هذا البرنامج وأهدافه قد تكون متباينة حسب ظروف التطبيق وأمكنته والعينة المستهدفة.

وتعتمد الممارسة المبنية على الأدلة، أولاً وقبل كل شيء على نتائج البحوث التي نشرت في المؤلفات العلمية بما في ذلك، على الأقل، عملية العلاج ونتائج البحوث. وجميع منهجيات البحث لديها القدرة على تقديم الأدلة ذات الصلة، ولكن في دراسة تفضيل الأدب العلمي يجب أن تعطى دائماً إلى الدراسات التي تعتمد على منهجيات البحث قدر الإمكان، وتهديدات التحكم بصدق نتائج البحوث. وتمشياً والتدريب الأكاديمي يتوقع علماء النفس تقييم الأدبيات العلمية بعناية، والاعتراف بالقيمة التطبيقية ومحدودية المعرفة الحالية. ويتوفر عدد من السبل لعلماء النفس للحفاظ على معرفتهم بالمؤلفات العلمية ذات الصلة، بما في ذلك الاعتماد على الدراسات الأولية، والمراجعات المنهجية، والمبادئ التوجيهية للممارسة العلاجية.

هذا، ويجمع الممارس بين العناصر الآتية في ظروف الممارسة:

- ١- استخدام نتائج البحوث والتقييم إلى أقصى حد ممكن لتحديد تقنيات التدخل والإجراءات الأخرى التي تملك أدلة على فعاليتها.
 - ٢- الرصد المنظم وتقييم الممارسة في كل حالة، ولا سيما من خلال استخدام تصاميم منهج واحد، وهذا هو قلب الممارسة الذي يساعد على التقييم.
 - ٣- وجود المهارات والمواقف والالتزام والحفاظ على التعلم والبحث عن طرق جديدة أكثر فاعلية خدمة للمرضى.
 - ٤- الحفاظ على الالتزام في الأقوال والأفعال إلى الأخلاق والقيم المساعدة المهنية أو الرغبة في الرعاية، والحرص على الرفاه والحقوق والكرامة للعملاء وغيرهم.
- بعبارة أخرى، إن الممارس العلمي هو الشخص الذي يشعر بالاهتمام بقوة لمساعدة الآخرين من منطلق إنساني عن طريق تقنيات يتم توفيرها بطريقة أكثر فاعلية. وكل عنصر من تلك العناصر أعلاه، تعزز الممارسات وشحن التفكير لدى الممارس، وتقديم الأفكار التي لا يمكن بسهولة أن تتحقق بطرق أخرى. ومع ذلك؛ فالهدف الرئيس من التقييم هو تحسين الممارسة التي تساعد المعالج على التفكير بوضوح والعمل بفاعلية نيابة عن المريض أو المستهلك الذي يقدم له الخدمات النفسية.

أهمية الممارسة القائمة على الأدلة

رغم البداية الحديثة لنهج الممارسة القائمة على الأدلة في بداية الألفية الثالثة، ظهر اتجاهان متعارضان لأهمية هذه الممارسة في مختلف العلوم العلمية/ التطبيقية، وكل اتجاه يبرز أدلته على ذلك.

فالانتجاه المعارض لهذا النهج يرى أصحابه أن الباحثين في الخدمات الاجتماعية والنفسية نقلوا عن الطب كل ما اعتبروه مزايا لهذا النموذج الجديد، ولم يذكروا ما أشار إليه الأطباء من عيوب، وأهمها أنه يقتل الفطنة والخبرة والبديهة الخاصة بالممارس، ويهدد في صنع القرار بالضياح، وأنه يحول الممارسة إلى كتاب طبخ تافه، ولا يكون أمام الممارس سوى اتباع الوصفات المكتوبة والمقررة من قبل أشخاص آخرين، ويتساوى فيها حديث الخبرة بالتخصص بقديم الخبرة، ويستوي فيها الأستاذ والباحث حديث التخرج. كما يرى دعاة هذا النموذج من الأطباء: "إذا كانت الممارسة المستندة إلى الأدلة تهدف إلى إيجاد الممارس / الباحث القادر على تقديم المساعدة التي يحتاجها العميل، وأن توجه البحث للمعرفة لا يعتمد على ما يعود عليه، بل يسعى لتطوير أساليبه، ومهاراته ومعرفته متجنباً الأخطاء المهنية، فإن المهتمين باستراتيجية البراهين من الأطباء يرون أن تطبيقها سوف يسهم في تدني مستوى الممارسين الاكلينيين نظراً لعدم وجود الحوافز للتجديد والابتكار والمنافسة في تطوير الخدمات الصحية". كما يضيف المتشككون في قدرة المؤسسات على تبني النظام الجديد ومن ثم الحاجة إلى المساعدة. ويحتاج تطبيق هذا النموذج الجديد من الممارسة إلى أنظمة معلومات شاملة ومتراصة وسريعة، كما يحتاج أيضاً إلى إلزام كل المؤسسات العاملة في ميدان الرعاية والخدمة الاجتماعية والنفسية بالاحتفاظ بسجلات موحدة لكل عميل يتم التعامل معه، ويشترط أن يكون التسجيل فيها قائماً على معايير أربعة موحدة: المصطلحات، والإجراءات، والتصاميم، والأداء". ويتساءل "النقاد": كم يحتاج تطبيق هذا الأمر من السنوات في ميدان الرعاية النفسية عموماً؟ أضف إلى ذلك، عدم وجود مراجع بحثية دقيقة في المجالات العلمية حتى يستطيع الممارس القائم على الأدلة التعرف إلى فائدة هذا النهج أو ذاك، كما أن الكاتب أو المؤلف الذي يعد كتاباً في هذا المجال، فإنه يحتاج إلى وقت طويل لإخراجه ونشره واستفادة الآخرين منه، وبذلك يكون في هذا الوقت ظهور العديد من الأفكار الجديدة في الممارسة التي لا يمكن

معها الاستفادة من معلومات قديمة. ويستشهد "المعارضون" في تأييد وجهة نظرهم بتوصل بعض الأطباء إلى إدراك خطورة هذا المخطط، وتصريحاتهم بأن هناك أصابع خفية وراء السعي لفرض نموذج " الطب المبني على البراهين" على مهنة الطب، فقالوا ما نصه: " هذا النموذج مجرد خدعة فرضت على مهنة الطب من قبل قوى خارجية مثل الإدارة، وشركات التأمين والحكومات وأصحاب المهن الأخرى ذات العلاقة بالرعاية الصحية للمريض ". ومن هنا يظهر للمعارضين هنا أن وراء هذه المؤامرة كبار الرأسماليين من المصرفيين والصناعيين وأصحاب الثروات الذين يمسكون بالقرار الحقيقي ويتحكمون في كل مقدرات البلاد، وهم الذين يسيطرون على رؤوس الأموال والشركات، وهم الذين يحركون عجلة التصنيع، وهم الذين يوقفونها فيكون الركود الاقتصادي، وهم الذين يحركون الاقتصاد كما يشاؤون. ولهذا يرى المعارضون أن صاحب المصلحة الحقيقية وراء الترويج لهذا النموذج هم رجال الأعمال في ميدان تقنية نظم المعلومات الالكترونية الذين يسعون إلى التشكيك في جدوى الممارسات التقليدية للعلوم التي تعتمد على الكتب والمراجع والدوريات العلمية والتعليم المستمر ثم السعي إلى زيادة اعتمادها على تقنية المعلومات والنشر الإلكتروني لتحقيق مكاسب مادية. وفي النهاية يرى هؤلاء المعارضون إن الممارسة القائمة على الأدلة والبراهين ما هي إلا محاولة لتدمير خبرة الممارسين الطويلة، وليس إثراء هذا العلم وتقدمه (خضر، ٢٠١٢).

بينما يرى أصحاب الاتجاه المؤيد للممارسة العلاجية والإرشادية في الطب وعلم النفس القائمة على الأدلة والبراهين العلمية أن أهمية هذا النهج أو هذه الحركة العلمية في تقدم مضطرد واهتمام بالغ الأهمية بالنسبة لكثير من الممارسين في حقول المعرفة التطبيقية المختلفة، ويدللون على ذلك، أنه في عام (٢٠١٥) أجري مسح عبر المواقع الالكترونية، حيث وجد (Cook, 2015) أكثر من (١٣٩) زيارة لمواقع تشير إلى الممارسة القائمة على الأدلة، إضافة إلى تضمين (٦٨) بحثاً في العديد من المؤتمرات العلمية في عام (٢٠١٥) حول الممارسة العلاجية القائمة على الأدلة ". ومع ذلك، هناك أسباب منطقية لهذه الأهمية وتتجلى في شعبيته الواسعة خلال هذه المدة القصيرة من ظهوره على الساحة العلمية، علاوة على أهميته في الممارسة التطبيقية في مجال التعليم والتدريب وتنفيذ الخطط العلاجية. ويبدو من هذا، أن منطق الممارسة القائمة على الأدلة واضحة نسبياً في جميع حقول المهن المختلفة

(Cook, Smith, & Tankersley, 2012) بما في ذلك الطب، حيث نشأت الممارسة القائمة على الأدلة المعاصرة نتيجة لوجود فجوة في نقل البحوث إلى الممارسة التي أظهرت بعض الممارسات فاعليتها من طريق البحث العلمي، لكنها نادراً ما تستخدم في الحالات التطبيقية، وتتخذ بعض الممارسات عادة دون التحقق من صحتها تجريبياً وقد تكون غير فعالة أو حتى ضارة، لأن البحث العلمي، خصوصاً عندما يتم توليفها عبر مجموعة من الدراسات التجريبية ذات الجودة العالية تكون عموماً المصدر الأكثر أهمية للأدلة لتحديد ما يمكن عمله، وتحديد أولويات هذه الممارسات المستندة إلى الأدلة على نهج غير فعال نسبياً يمكن أن يؤدي إلى زيادة نتائج المتعلم . ومع ذلك، رغم وعود للممارسة القائمة على الأدلة، فإن إمكانية تحقيق هذه الفائدة تكمن في التفاصيل.

واحدة من التفاصيل المحيرة المتعلقة بمصطلحات الممارسة القائمة على الأدلة. فالعديد من أصحاب المصلحة ببساطة لا يفهمون ماذا تعني الممارسة القائمة على الأدلة. ويستخدم هذا المصطلح عادة بطريقتين ذات الصلة ولكنهما متمايزتان. الممارسة المبنية على الأدلة يمكن أن تدل على عملية صنع القرار في الممارسة (أي التعليم) والمدعوم من قبل الأدلة البحثية ذات مصداقية . ومن المهم أن نلاحظ عدم إملاء اتخاذ القرارات المبنية على الأدلة التي كتبها الأدلة البحثية هو أمر مجحف للغاية. في الواقع، دعاة الممارسة المبنية على الأدلة يؤكدون أن عوامل مثل القيم، والخبرة، وأصحاب المصلحة السريرية ينبغي النظر إلى جانب الأدلة البحثية عند اتخاذ القرارات. على سبيل المثال يشير ساكت وآخرون (Sackett, et al. 1996) إلى أن الممارسات المبنية على الأدلة (EBPs) تشير أيضاً إلى البرامج والممارسات التعليمية الخاصة بدعم فاعلية البحوث ذات المصداقية، رغم من أن بعضها لا يتم كتابتها بالضرورة والتي تكون متضمنة في أدلة برامج علاجية أو إرشادية تتميز بإجراءات تعليمية قابلة للتكرار يجب عدم النظر إلى سياسات واسعة في الأطر التعليمية على سبيل المثال، كالتصميم الشامل للتعليم العلاجي، والفلسفات التربوية كالسلوكية القائمة على الأدلة، لأنها يمكن تنفيذها في عدد من الطرق. ومن أجل الوضوح، استخدام مصطلحات مثل التعليم القائم على الأدلة أو علم النفس القائم على الأدلة أهميته على عملية صنع القرارات المدروسة من قبل الأدلة البحثية في مجال معين من الدراسة، وعند الإشارة إلى الممارسات والبرامج

المحددة التي تدعمها الأدلة البحثية ذات مصداقية باعتبارها ممارسات فعالة. بعبارة أخرى، مثل هذه العلاجات يتم التحقق من صحتها تجريبياً، وتستخدم أيضاً للإشارة إلى الممارسات المحددة التي تدعمها البحوث ذات مصداقية عالية على المستوى الداخلي والخارجي. فقد ذكر كل من يونجبلت وبرتون (2001) Brooten & Youngblut مجموعة من المسوغات لأهمية نهج الممارسة القائمة على الأدلة، وأهمها ما يلي:

- ١- المعرفة الدقيقة بالعلوم الأساسية والمعرفة العلاجية، التي تعد بمثابة أدلة فاعلة للمعالج النفسي في الممارسة المضبوطة والقائمة على الأدلة.
- ٢- اختلاف البيئات والمواقع الجغرافية للممارسات القائمة على نتائج البحوث، قد لا توفر الأرضية الكافية لممارسة علاجية دقيقة قائمة على مثل هذه البحوث التي لا تمت بصلة إلى هذه البيئات والمشكلات المتعددة التي تظهر بين سكانها.
- ٣- قدرتها على رعاية المريض وخفض أعراضه، وتحسين أدائه.
- ٤- إعادة التأهيل للممارسين الذين يقدمون الرعاية على أساس واحد من التدريب، وليس على أساس خبرات وتدريبات متباينة. بمعنى آخر، إنها أهم دليل لتحسين الرعاية المقدمة من المعالج ولو كان من الخبرات المؤهلة تأهيلاً جيداً.
- ٥- إن زيادة دهاء المريض حول خيارات العلاج والرعاية من المحتمل أن يجعل المعالج يقدم للمريض نوعية العلاج في ضوء الممارسات على الأدلة.
- ٦- إقامة علاقة وثيقة بين الباحثين والمعالجين والمرضى.
- ٧- تعظيم الآثار المترتبة على الحكم السريري عند استخدام الأدلة لتحديد أفضل الممارسات، وليس لدعم الممارسة القائمة.
- ٨- إن الرعاية النفسية المتواكبة مع أحدث التطورات التكنولوجية قد تستفيد من أحدث التطورات العلمية الجديدة. بينما تشمل إجراءات التقييم الصارمة عادة شكلين من التصميمات: إما التصميم التجريبي (مثل تلك المستخدمة في التجارب العشوائية)، وإما التصميم شبه التجريبي. ففي التصميم التجريبي، يتم تعيين أشخاص عشوائياً إما إلى مجموعة العلاج التي تشارك في البرنامج، وإما إلى المجموعة الضابطة، وبعد الانتهاء من البرنامج تتم مقارنة نتائج هاتين المجموعتين. وهذا النوع من تصميم البحوث يساعد على ضمان أن أي اختلافات

ملحوظة في النتائج بين المجموعتين هي نتيجة للبرنامج وليست ناتجة عن عوامل أخرى . نظراً إلى أن التوزيع العشوائي فليس من الممكن دائماً استخدام التصميم شبه التجريبي في بعض الأحيان . فالتقييمات باستخدام هذا التصميم تتم مقارنة المشاركين في البرنامج بمجموعة من الناس مماثلين في العديد من الطرق . ومع ذلك، لأن التصميم شبه التجريبي لا يحدد عشوائياً المشاركين في البرنامج والمشاركين في المجموعات الضابطة فهو ليس قوياً في نتائجه مثل التصميم التجريبي، وذلك لوجود فروق غير ملحوظة بين المجموعتين اللتين تتعرضان للمقارنة. وهذا التصميم أيضاً لا يسمح لمقيمي البرنامج التحقق من أن البرنامج نفسه كان مسؤولاً عن النتائج المتحققة. فالتقييمات التي لا تتضمن عادة أي نوع من مجموعة المقارنة، على سبيل المثال، لا تسمح بأي استنتاجات حول ما إذا كانت التغييرات لدى المشاركين في البرنامج ترتبط أو ناجمة عن البرنامج. ومع ذلك، تظهر هذه الدراسات في بعض الأحيان أنها ذات فاعلية في تحقيق أهداف البرنامج، وأن البرنامج أدى إلى تحسين لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، لكن هذه النتائج لا تسمح للبرنامج بتصنيفه على أنه برنامج قائم على الأدلة، لكن مثل هذه البرامج مع أدلتها أقل ضبطاً، وكثيراً ما يشار إليها بالبرامج الواعدة.

تحديد عناصر الممارسة القائمة على الأدلة في العلاجات النفسية

إن احترام كرامة الأشخاص أمر ضروري في الممارسة المبنية على الأدلة؛ فعمل علماء النفس هو التعامل مع المرضى على وضع خطط وتنفيذ خدماتهم العلاجية. لذلك، فهم لديهم معرفة بأدبيات البحوث التي تشكل الأساس لتطوير خيارات العلاج التي تبين للعميل أن لها خصائص معينة، وتقدير لقيمة خبرات العملاء المعاشة بما في ذلك الأعراض السابقة أو خبرات العلاج، والأفضليات والتحفيز. والتواصل بين المعالج والمريض هو الأمر الحاسم في عملية تحقيق الموافقة المستنيرة، التي تعكس أفضل الممارسات على أساس الأدلة الحالية. ويوصي دليل الجمعية الكندية لعلم النفس الممارسين العلاجين باتباع نهج الممارسة العلاجية القائمة على الأدلة في ممارستهم والكشف عن نتائج أفضل البحوث في العلاج النفسي ذات الصلة بالمشكلة. وتتضمن تلك التوصيات مايلي:

❖ قبل توفير العلاج، يجب على علماء النفس النظر إلى التسلسل الهرمي من الأدلة المتاحة لخيارات العلاج.

❖ يجب على علماء النفس الاستفادة من أفضل الأدلة المتاحة (البرهان الذي هو الأعلى في التسلسل الهرمي) والذي يتضمن النتائج التي تم تكرارها في جميع أنحاء الدراسات التي استخدمت منهجيات لمواجهة تهديدات الصدق الداخلي، مثل: التجارب العشوائية لمعالجة تهديدات الصدق الداخلي؛ الدراسات الطبيعية لمعالجة تهديدات الصدق الخارجي.

❖ في الحالات التي قد يكون هناك القليل أو أي علاج لبحوث ذات الصلة، فإن المبادئ التوجيهية للممارسات التي تم تحديدها من قبل مؤسسات رسمية قد توفر الأساس لاتفاق الرأي بين الخبراء.

❖ يجب على علماء النفس أن يرصدوا على نحو متكرر ومنتظم ردود فعل المرضى والأعراض خلال مدة العلاج. كما يجب عليهم أن يكونوا على استعداد لتغيير العلاج استناداً إلى بيانات من الملاحظة المستمرة لنتائج العلاج، والمناقشات مع المريض، وإعادة النظر في التسلسل الهرمي ذات الصلة بالأدلة (Canadian Psychological Association, 2012, 6).

وهنا، من المهم توضيح العلاقة بين الأدلة القائمة على الممارسة السلوكية (EBPP) والعلاجات المدعمة تجريبياً (تقنيات البيئة السليمة). فالممارسة القائمة على الأدلة في علم النفس هي مفهوم يشمل التقنيات البيئية السليمة التي يقوم بها العلاج عند البحث عما إذا كان اضطراب معين أو مشكلة ما تظهر في ظل ظروف محددة. وهنا، يبدأ EBPP مع المريض ويسأل ما هي الأدلة البحثية (بما في ذلك النتائج ذات الصلة للسياق البيئي للمريض) ومساعدة المعالج في تحقيق أفضل نتيجة. وبالإضافة إلى ذلك، فتقنيات البيئة السليمة هي العلاجات النفسية المحددة التي ثبت أن تكون فعالة في التجارب السريرية التي يمكن ضبطها، في حين EBPP تشمل مجموعة واسعة من الأنشطة السريرية (على سبيل المثال، التقييم النفسي، وحالة المريض، والعلاقات العلاجية). على هذا النحو، يتبنى EBPP عملية صنع القرار لدمج تيارات متعددة لبحث الأدلة بما في ذلك البناء البيئي للمريض في عملية التدخل. إن استكشاف الأجزاء التالية بمزيد من التفصيل على العناصر الرئيسية الثلاثة لهذا التعريف لأفضل الأبحاث العلمية، والخبرة السريرية، وخصائص المريض.

وتتطوي الأدلة القائمة على الممارسة السلوكية (EBBP) على اتخاذ القرارات حول كيفية تعزيز الصحة أو توفير الرعاية من خلال دمج أفضل الأدلة المتاحة من ذوي الخبرة للممارسين وغيرها من المصادر مع خصائص الحالة، والاحتياجات والقيم والتفضيلات لأولئك المتضررين. ويتم ذلك بطريقة توافق السياق البيئي والتنظيمي. والبرهان على ذلك هو نتائج البحوث المستمدة من جمع البيانات المنظمة من خلال الملاحظة والتجربة وصياغة الأسئلة واختبار الفرضيات. ويتم تحديد العلاج المدعم تجريبياً (التكنولوجيات السليمة بيئياً) في بعض المرافق الصحية بأنها "العلاج النفسي المحدد بوضوح وقد ثبت أن يكون فعالاً في الأبحاث المضبوطة"، وذلك في ضوء ما يلي:

أولاً: يمتلك المعالج النفسي حديث التخرج العديد من المعلومات النظرية مقابل خبرة عملية قليلة مما يستوجب ضرورة الاهتمام بالإرشاد المبني على الأدلة.

ثانياً: المعالج النفسي الذي مرّ على تخرجه مدة كبيرة ويمتلك خبرة عملية كبيرة مقابل معلومات نظرية تم نسيان معظمها بسبب انشغاله الدائم أو بسبب تقدم العمر، لذلك فهو بحاجة إلى الإرشاد المبني على الأدلة.

ثالثاً: التطور السريع للإرشاد النفسي وكافة مقالات المهن التي تنشر سنوياً في المجالات النفسية؛ فهناك آلاف المجالات العلمية المتخصصة ولا يوجد وقت لدى أي معالج نفسي للإحاطة بالمستجدات العلمية والعلاجية في مجال الإرشاد، وما يتعلق بعمله مع المسترشدين، وهذا مما يستدعي ضرورة إلمامه بالإرشاد المبني على الأدلة.

وتعرف برامج الفاعلية في ضوء الآتي:

هي البرامج التي تحاول أن تعمل كل شيء من أجل الجميع، وتعكس تصاميمها وإجراءاتها أولويات وأهدافها الواضحة في مصطلحات لنمط أو نوع معين من مشكلات الأفراد المستهدفين الذين يسعون لتحقيقه، وأنواع الخدمات والدعم والأنشطة التي يقدمها البرنامج" (Promising of effective practices network, 2001).

إن البحوث التي تتطوي على تطبيق إجراءات منهجية صارمة وموضوعية للحصول على المعرفة الموثوقة والصحيحة ذات الصلة هي برامج قائمة على التعليم والأنشطة، وتحليل بيانات كافية لاختيار الاستنتاجات العامة المدركة وتسويغها. كما أن القياسات والأساليب

الخاصة بالرصد توفر بيانات صحيحة وموثوقة عبر المقيمين والمراقبين من طريق القياسات والملاحظات والدراسات المتعددة، وتقييمها باستخدام التصاميم التجريبية وشبه التجريبية التي تم تحديدها للأفراد ضمن أنشطة أو برامج مختلفة تتناسب ظروفها مختلفة مع ضوابط مناسبة. ويتم تقديم نتائج الدراسات التجريبية المفصلة والواضحة بما يكفي للسماح بتعميمها أو نسخها المماثل، أو تتيح الفرصة لبناء منهجي قائم على النتائج التي توصلوا إليها، ومراجعتها بموضوعية علمية دقيقة. وكون المؤسسات العلمية تستخدم معايير مختلفة للبرامج القائمة على البيانات، فمن المهم للغاية أن الممول أو مقدم البرنامج أن يدرك تحديد تصنيف البرنامج، والكيفية التي يتم بها تعريف ذلك. لذلك، فالممارسة المبنية على الأدلة تقف على النقيض من النهج الذي يقوم على التقليد أو المعتقد أو الأدلة الكلامية Anecdotal Evidence

ويمكن تمثل الممارسة على الأدلة من خلال المخطط (٦) التالي الذي يتناول عناصرها:



ورغم الاعتراف على نطاق واسع بأهمية الممارسة القائمة على الأدلة، فإن هناك استمراراً في الغموض وعدم اليقين بشأن اتجاه البرامج التدريبية المحددة التي يجب اتخاذها لإعداد الطلاب ليكونوا مؤهلين على نحو جيد في تنفيذ الممارسة هذه. لناخذ مثلاً واحداً، يعترف بمجال الصحة النفسية بوضوح بوجود علاج نفسي مدعم تجريبياً، وقد تم إنفاق (اثني عشر مليار دولار) لنشر العلاجات القائمة على الأدلة من خلال بحوث رعاية الصحة اعتباراً من (٢٠٠٩)، وتشمل: إساءة استخدام العقاقير، والصحة النفسية، والخدمات الإدارية. حيث تم تقييم البحوث، وتطوير الاستراتيجيات ونشر البرامج لتحديد التدخلات ونتائجها النهائية (العاسمي، ٢٠١٥).

ويبدو مما سبق، أن الممارسة المبنية على الأدلة هي استخدام أفضل الأدلة العلمية المتكاملة مع الخبرة السريرية ودمج قيم المرضى وتفضيلاتهم في ممارسة رعاية الصحية للمرضى. وجميع العناصر الثلاثة هي مهمة للتحليل من أجل إبراز محاورها الموضحة بجانبها ويجب أن تكون متوازنة من الأدلة الراسخة على الخبرة السريرية، وتفضيلات المريض لتحقيق الممارسات السريرية القائمة على العلم ومقبولة لدى الأفراد الذين يقدمونها.

خصائص الممارسة القائمة على الأدلة:

وفي هذا الإطار يمكن صف بإيجاز بعض خصائص الإطار المرجعي والطرق التي توضح الممارسة القائمة على الأدلة وتعزيزها:

١- **المستندة إلى التجريبية:** إلى أقصى حد ممكن، يحاول هذا الإطار تعزيز التنمية للقاعدة التجريبية للممارسة المبنية على الأدلة؛ فالقاعدة التجريبية للممارسة المبنية على الأدلة لها معنيان: -

المعنى الأول: هو استخدام نتائج بحوث التقييم الكلاسيكية لتوجيه اختيار التدخلات التي أثبتت فعاليتها.

المعنى الثاني: هو إجراء تقييم دقيق ومنهجي لآثار التدخلات التي قام بها الممارس، وهذا يبرز إطار مجالات التخطيط والتواصل مع العملاء الذين يحتاجون إلى إجراء التقييم العلمي وقرارات قائمة على الأدلة. بكلمات أخرى، في كل مرة يخطط المعالج لمعرفة العميل، وكيفية التعامل معه بناء على الأدلة التجريبية حول جوانب التواصل، علسبيل المثال، المقابلة الأولى جد مهمة؛ وكذلك مقابلة الإنهاء.

٢- **التكاملية:** في تأثير نموذج تمجيد النموذج ثمة محاولات لدمج جميع أنشطة الممارسة والتقييم. هذا هو الأساس لتأكيدات سابقة تتضمن ممارسة تقييم جيد، ولا توجد تباين بين تقييم الأنشطة المختلفة المطلوبة في وصف كل خطوة. والممارسة وتأثيرها.

٣- **الانتقائية:** يستند هذا الإطار على افتراض أن المعرفة قاعدة الممارسة في مهن المساعدة على حد سواء التعددية وانتقائية. وتعني التعددية تلك المعرفة المتوفرة من مصادر عديدة. بينما تشق الانتقائية فقط من أفضل المعارف المتاحة من تلك المصادر. فالانتقائية تشير إلى استخدام معايير واضحة ودقيقة ومنتظمة لتحديد المعرفة . يتعلق هذا على وجه

الخصوص بالقاعدة التجريبية للممارسة المبنية على الأدلة في ذلك، كلما تتألف عملياً عملياً من مجموعة متنوعة من الإجراءات والتقنيات لتحديد فاعلية البرنامج على أساس الأدلة على فاعلية تطبيقه مع الناس والحالات فإن هذا البرنامج لديه فرصة جيدة للحصول على نتائج ناجحة.

٤- **المنهجية:** هذا الإطار هو محاولة لتنظيم الممارسة. وهذا يعني تحديد واضح لمراحل مختلفة من الممارسات وتنظيمها في تسلسل خطوة بخطوة. في الواقع، واحدة من أهم خصائص الممارسة القائمة على المنهجية هي في كيفية وضع أهداف لصدمة الأنداد، وآلية تقنيات التدخل المختارة، وكيفية رصد النتائج، وهلم جرى. ويبدو أيضاً أن يكون له معنى في محاولة لتنظيم أنشطة متنوعة للممارسة في تسلسل منطقي يمتد من أول اتصال حتى الإنهاء والمتابعة.

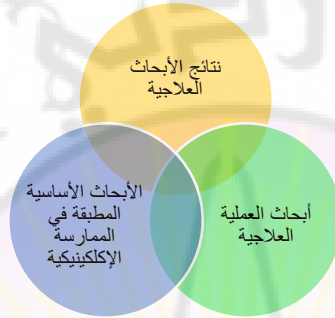
٥- **المساءلة:** هي محاولة لإضافته إلى المساءلة المهنية، فالممارس أو المعالج عليه أن يجلب إلى العملية برمتها التدقيق والمساءلة من قبل الآخرين. ويشير تقرير المساءلة إلى كيفية التنفيذ والتقييم المتعلقة بالنتائج لأن مسألة التقييم النتائج ضرورية في كل حالة، وهذه هي قلب المساءلة.

٦- **طريقة التفكير:** يهدف البناء النموذجي، ربما أكثر من أي شيء آخر، إلى توضيح وسيلة للتفكير في الممارسة وتعزيزها: فالمنهجية، والبيانات المستندة إلى الأدلة نتيجة لمنحى الدراسة، والتنظيم والمرونة تبعاً لاحتياجات العميل هي إجراءات يجب أن تكون مبنية على الأدلة، والاستمرار في عملية التقييم المستمر لهذه الإجراءات ، وذلك بالرجوع إلى الأدبيات ذات الصلة . ويرتكز كل هذا على القواسم الأخلاقية والحركة الإنسانية في عملية العلاج التي تقوم على فلسفة وممارسات المهن المساعدة.

مصادر الأدلة ومستوياتها

تعتمد الممارسة القائمة على الأدلة بشأن مصادر الأدلة المتنوعة ومستوياتها. أولاً يتضمن هذا الدليل قبل كل شيء نتائج البحوث التي نشرت في المؤلفات العلمية المقدمة من الباحثين للممارسة العلاجية النفسية، ويجب أن ينظر إلى الأدلة التي يمكن النظر في التوصيات المستمدة من مصادر متعددة، مثل نتائج البحوث العلاجية، وعملية ومنهج البحوث النفسية

الأساسية التي يمكن تطبيقها على الممارسة السريرية. وبعد البدء في العلاج، ينبغي الحصول على البيانات من الملاحظة المستمرة لردود أفعال العملاء وأعراضهم المرضية والتعامل معها. كما ينبغي أن تكون هذه البيانات مفيدة لاتخاذ القرارات حول المخطط العلاجي والتعديل، واستكمال إجراءات انتهاء العلاج. وذلك كما يوضحه المخطط (٧) الآتي:



ولتحديد قوة نتائج البحوث في الممارسة العلاجية وأهميتها ويجب على علماء النفس أن ينظروا إلى التسلسل الهرمي للأدلة المتاحة لخيارات العلاج قيد النظر. ورغم أن جميع منهجيات البحث لديها بعض القدرة على تقديم الأدلة ذات الصلة، كما يجب على علماء النفس النظر أولاً في النتائج التي يتم تكرارها عبر الدراسات التي استخدمت منهجيات تعالج الأخطار التي تهدد صحة النتائج التي تم الحصول عليها (على سبيل المثال، الصدق الداخلي والخارجي للنتائج، والتعميم، وإمكانية تطبيقها في مواقع متعددة وعلى حالات متباينة) وبالتالي، يجب عليهم أيضاً أن يبتعدوا إلى أفضل الأدلة المتاحة، وهي أعلى مستوى في التسلسل الهرمي من الأدلة البحثية. وينبغي النظر أيضاً في أدلة الأقل على التسلسل الهرمي فقط إلى الحد الذي لا وجود لأفضل الأدلة البحثية، أو إذا كانت هناك عوامل واضحة قد تخفف من استخدام أفضل برهان (على سبيل المثال، واضحة تفضيل المريض الواضح للعلاج). والتوليفات المعرفة المنهجية Systematic knowledge synthesis تكون في الأغلب في قمة الهرم، وتستند هذه على نتائج التحقيقات المتعددة. ويمكن أن تشمل مجموعة من المنهجيات، بما في ذلك المراجعات المنهجية systematic reviews ، تحليل ما وراء المعرفة meta-analyses التوليفات، التوليفات الواقعية Realist Syntheses والتوليفات السردية، والمبادئ التوجيهية للممارسات التي هي تجميع منهجي للأدلة. وعندما تكون توليفات المعرفة المنهجية ليست متاحة، يجب على علماء النفس الإشارة إلى الدراسة البحثية الأولية على أساس المنهجيات

التي تعالج التهديدات التي تتعرض لها مصدقية نتائج البحوث وقيمتها. على سبيل المثال، في البحث الكمي، يجب أن تكون التجارب العشوائية مضبوطة وتوفر دليلاً على قوة الصدق الداخلي. ففي مجال البحوث العلاجية، عادة تدرس الدراسات المعروفة الفاعلية. ومع ذلك، فمن المهم أيضاً لعلماء النفس النظر في الصدق الخارجي لنتائج البحوث، والنظر في نتائج دراسات مصممة ذات مصداقية خارجية عالية. أي التعميم؛ في مجال البحوث العلاجية، أغلب ما يشار إلى هذه الدراسات بأنها دراسات الفاعلية. فمن الناحية المثالية، يجب على علماء النفس أن يتبنوا الدراسات التي تحتوي على نسبة عالية من الصدق الداخلي والدراسات التي لها صدق خارجي مرتفع ويمكن توضيحها في المخطط الآتي:



شكل (٨) هرمية دلالة البحوث المرتبطة بالممارسة الإكلينيكية

ومن المرجح أن تكون البحوث العملية ذات الصلة بنتيجة العديد من العلاجات التي قدمت من قبل علماء النفس، ويتوقع أن تحافظ على وضعها الحالي فيما يتعلق بالتطورات الجديدة في مجال علم النفس. في تلك الحالات يكون هناك القليل من البحوث العلاجية ذات الصلة، وهي عبارة الخطوط الإرشادية للممارسة المتاحة التي تستند إلى توافق في الآراء بين الخبراء، وتم تحديدها من قبل مؤسسات رسمية. بالإضافة إلى ذلك، قد تكون خيارات أخرى ، رغم أن

أياً منها لا تعد حقاً من البحوث القائمة على الأدلة، لأن هذه الخيارات هي في أدنى مستوى في التسلسل الهرمي للأدلة، وتتضمن بيانات غير منشورة للممارسة القائمة على الأدلة في الخبرة العلاجية السابقة، والآراء المهنية التي لا تستند في الواقع إلى الأبحاث المنشورة. بغض النظر عن طبيعة أو قوة الأدلة التي استخدمت لاختيار العلاج والتخطيط له، وينبغي أن يكون علماء النفس على استعداد لتغيير العلاج الذي يقدم بناء على بيانات من الملاحظة العلاجية الحالية (بما في ذلك في ردود الفعل لدى العميل بين الجلسة والجلسة الأخرى والتغيرات في الأعراض والوظيفة). في كثير من الأحيان هذا سيشمل تعديل المحتوى، والتسلسل، والتوقيت، أو سرعة عناصر العلاج. وفي بعض الحالات يؤدي هذا إلى قرار محرج في التعاون مع العميل إلى التوقف عن العلاج ونقل الحالة إلى معالج آخر. في مثل هذه الحالات، يجب على علماء النفس أن يعيدوا النظر في التسلسل الهرمي ذي الصلة بالأدلة لتحديد الخيارات البديلة التي قد تكون ملائمة للعميل. إن عدم التحديد الواضح للبيئة وللمجتمع الذي تمثله البيئة؛ مما يحد من إمكانية تعميم النتائج التي يسفر عنها التجريب.

جدول (١٧) مصادر مهددات الصدق في تصاميم البحوث ماقبل التجريبية

م	التصميم	مصادر مهددات الصدق	
		الداخلي	الخارجي
١	تصميم المجموعة الواحدة اختبار بعدي فقط.	التاريخ، النضج، الاختيار، الإهدار.	التفاعل بين الاختيار والمعالجة.
٢	تصميم المجموعة الواحدة بقياس قبلي وقياس بعدي.	التاريخ، النضج، الاختيار، الإهدار، الاختبار، أداة القياس.	التفاعل بين الاختيار والمعالجة.
٣	تصميم مقارنة مجموعات قائمة.	التاريخ، النضج، الاختيار، الإهدار، الاختبار، أداة القياس، الانحدار الإحصائي.	التفاعل بين الاختيار والمعالجة.

مراحل الممارسة القائمة على الأدلة

هناك مجموعة من المراحل للتحقق من أي برنامج أو بحث قائم على الأدلة، لذا، سوف نعرض هذه المراحل بشيء من الاختصار:

١- **تطوير السؤال:** إن هذه المرحلة لدى الممارس ليست سهلة، فقد تكون المسألة معقدة، مثل: ما العوامل الرئيسية التي تؤثر على تشرد المراهقين؟ وما هو التدخل المفضل بالنسبة لمشكلة معينة؟ وما هي أنواع التدخلات التي تعمل على نحو أفضل مع اضطرابات القلق؟ كما يريد الممارس الحصول على إجابات للأسئلة حول ممارستا لخصائص العمل، إعداد البرنامج، الممارسة، التغيرات البيئية التي تسهم إسهاماً مهماً في الحصول على أفضل إجابات عن تلك الأسئلة. والتدخل الذي لا يمكن تعديله لمراعاة الفروق الثقافية بين المرضى قد لا يكون أفضل إجابة عن هذا السؤال.

٢- **العثور على البرهان أو الدليل:** هذه الخطوة تعد قلب الممارسة القائمة على الأدلة في عملية البحث، في محاولة الإجابة عن الأسئلة التي يتم طرحها. فالجزء الأكبر من الأدلة المتاحة على الممارسة مكرسة لهذه العملية. وهنا، يمكننا توفير ملخص لإجراءات التحقق. فهناك ثلاث طرق لاكتشاف الأدلة، وكل منها على اتصال بالنهج الذي يستخدمه الممارس سواء من خلال التقييم الذاتي أو مراجعة البحوث المنشورة على الشبكة العنكبوتية، أو مراجعة البحوث التي استخدمت المنهج نفسه والأدوات والعينة في معالجة اضطراب معين.

٣- **تحليل الأدلة:** يرى رابين (Rubin, 2007) ألا يكفي العثور على أدلة بالمرحلة السابقة؛ فالآن لدى الممارس رغبة في تحليل البرامج والدراسات الفردية، وهذا يعني وجود أكثر من وعي يمر لتصميم البحث ومنهجيته وكذلك الالتزام بوضع في وقت لتطبيق الدراسات وتحليلها. وهذا يعني معرفة شيء. أي، الفرق بين التصاميم التجريبية وشبه التجريبية، وأن هناك تسلسلاً هرمياً للأدلة التي يمكن للممارس أن يخرج باستنتاجات حول الفاعلية، بدءاً من التصاميم التجريبية لدراسات الحالة غير المضبوطة. كما يرى رابين أن وصفاً واسعاً لهذا التسلسل الهرمي وما يمكن استخلاصه من كل مستوى من الأدلة، هل يدرك أو يفهم ما إذا كانت الإحصاءات المستخدمة في الدراسة مناسبة أو غير مناسبة. وما إلى ذلك وهلم جرى. وهذا ما يسمى النزعة الاستهلاكية للبحوث؛ إنها واحدة من الأسباب في جميع برامج التعليم المهني في المساعدة في التركيز على إجراءات طرق البحث.

وكيف يمكن للمرء أن يكون مستهلكاً جيداً البحث. فيستند إلى الأدلة، لا يمكن للمرء تحليلًا صحيحاً للدراسات التي ستوجه القرارات؟

٤- **الجمع بين الأدلة وفهم للعمل والحالة:** رغم أن عملية التوصل إلى قرار الممارسة المبنية على الأدلة معقد جداً، فإنه يصبح أكثر إثارة للاهتمام عندما نفكر في كيفية التعامل مع بحوث الممارسة القائمة على الأدلة.

٥- **تطبيق الممارسة:** بمعنى من المعاني، هذا قد يكون كجزء من الممارسة القائمة على الأدلة؛ فبمجرد اتخاذ قرار تنفيذ الأدوات التي تعد قائمة على الأدلة، كل ما تبقى للقيام به هو تنفيذ تلك الأدوات.

وبطبيعة الحال، فالممارس الذي لم يكن لديه المعرفة بمعاونة العميل لتنفيذ تلك الأدوات فوراً، فإنه يواجه صعوبات وتحديات في تفسير النتائج والتقييم. وبالتالي، فإن مدة التعرف إلى المريض أو العميل تكون ضروري، وهذا يمكن أن يخفف إلى حد كبير من خلال المحافظة في امتلاك المرء بعض الكتب التي تقدم تقنيات التدخل من طريق الكتيبات أو عبر الانترنت التي تمثل إجراءات قائمة على الأدلة التي ذكرها بعض الباحثين مثل (Van Hasselt & Hersen, 1996) وغيره في هذا المجال.

٦- **رصد نتائج وتقييمها:** حتى مع التدخلات التي لديها قاعدة الأدلة صادقة، فإن تقييم التطبيق العملي أمر ضروري، والنتائج المثالية تكون مضمونة، وهذا هو كيف ولماذا تعبر الممارسة عن تقييم حاسم جداً للتطبيق المبني على الأدلة. وهنا يجب على الممارسين أن يكونوا دائماً مسؤولين عن الجهود في هذه الممارسة والطريقة الأساسية التي ينبغي أن نبرهن فيها على المساءلة، وذلك بعد تنفيذ القرار القائم على الأدلة، ويتم من خلال الرصد والتقييم المنهجي الدقيق لهذا التطبيق.

من الشخص الذي يقرر أن البرنامج سيكون قائماً على الأدلة؟

طورّت عدة وكالات حكومية ومنظمات بحثية وغيرها من الجمعيات الوطنية معايير لتصنيف البرامج، وأُستخدمت هذه المعايير عادة لتقييم البرامج على قاعدة صلبة من الأدلة التطبيقية في ضوء إجراءات التقييم. ويُطلق على البرامج وممارساتها التي تستوفي المعايير الأكثر صرامة تسميات مختلفة مثل:

أ- برامج أو ممارسات نموذجية.

ب- برامج تلبي بمعايير الأدلة.

ج- برامج أو ممارسات فعالة.

بينما تستخدم مختلف المؤسسات والمنظمات العلمية أسماء مختلفة لتحديد اختبار أكثر صرامة للبرامج، إلا أنهما يشتركان بمعايير مماثلة لهذه البرامج. ولا سيما البرامج والممارسات التي تعتمد على النظريات التي تم اختبارها معملياً باستخدام الدراسات التجريبية العشوائية. ويمكن أن تشمل معايير أخرى في بيئات تنفيذ هذه البرامج في درجة عالية من النزاهة للنموذج الأساسي للبرنامج.

إن ممارسة تنفيذ البرامج التي تلبي المعايير الأساسية يمكن أن تسمى تسميات مختلفة بما فيها:

١- ممارسة البرامج التي يمكن التعرف على أدلتها.

٢- الممارسات الواعدة.

٣- ممارسة البرامج المدعمة تجريبياً.

٤- الدليل القائم على الممارسة.

وبالنظر إلى البرامج والممارسات التي تلبي معايير أقل صرامة قد تبدو مفيدة في مجال تطور البرامج، لأن عدداً من الدراسات التجريبية المتواضعة يمكن ضبطها وجعلها قابلة للتعميم والتطبيق على أرض الواقع. فالكثير من أصحاب المصلحة في المجتمع يعبرون عن قلقهم من أن البرامج القائمة على البحوث لا تقي دائماً الاحتياجات والأولويات أو قيم المجتمع المحلي على وجه الخصوص؛ فكثير من فاعلية الأبحاث تقتصر إلى إدراج مختلف الأجناس والمجموعات الثقافية. وبناء على ذلك، فالنتائج الخاصة بالبرنامج لا يمكن تطبيقها أو ترجمتها إلى مختلف المجموعات العرقية والثقافية أو اللغوية. لذلك ينبغي لهذه البرامج القائمة على الأدلة أن تكون جسراً لسد فجوة البحوث في الممارسة عن طريق إسهام الممارسين من الأطباء والمعالجين النفسيين الذين يستخدمون منهجيات البحث العلمي الرصين لفحص جودة برامجهم والخدمات التي يقدمونها، وتحديد نماذج الخدمات المختصة التي تلبي احتياجات مجتمعهم المحلي.

وقد وصفت البرامج والممارسات التي ليست فعالة على النحو الآتي:

١- الإخفاق في إثبات تأثير.

٢- لا تلبي معايير الأدلة.

٣- تقتصر على دعم أو دليل إيجابي.

وأخيراً، فقد لاحظ الباحثون والممارسون أهمية اختيار المرضى عند تحديد الممارسات القائمة على الأدلة وتنفيذها. وعلى أقل تقدير، يجب على المشاركين في البرنامج أن يحصلوا على المعلومات حول أصول الممارسات والبرامج المستندة إلى الأدلة التي تنمي تصميم وقيادة البرامج المبنية على أسس النظريات العلمية القائمة على الأدلة في مواجهة الاضطرابات النفسية المختلفة، فعلى سبيل المثال، العلاج العقلاني الانفعالي لا يناسب حالات الخرف الشيخي أو علاج الأطفال الصغار كما جاء في كتابات هذا النهج، لأن العينة المستهدفة لا تملك البصيرة الكافية للتعامل مع المعالج. لذلك، فالمزيد من الاهتمام لدى الممارس الإكلينيكي في تطوير خبرته ومعرفته بالبرامج القائمة على الأدلة قد تسهم في بناء برامج ممارسات مدعومة بالأدلة العلمية القائمة على الأدلة الدقيقة كما أثبتتها الدراسات والبحوث العالمية والمصنفة في أدلة البحوث والممارسات القائمة على الأدلة لاضطراب معين أو تدخل علاجي مناسب لحالة معينة وفق تصور نهج علاجي معين. علاوة على ذلك، ليكون للبرنامج فاعلية في نتائجه مع الحالات المستهدفة يجب إشراك جميع الفئات في أثناء عملية التدخل وتقييم النتائج، مثل الأسرة، والأصدقاء، والمعلمين، وذوي الأهمية في المجتمع وذلك للتأكد من فاعلية البرنامج في تلبية احتياجات الحالات المستهدفة من البرنامج. وربما المسألة ذات الصلة والأكثر إلحاحاً هنا، أن لدى بعض الباحثين رغبة في تغيير برنامج / الممارسة بسبب الخبرة المهنية وحاجة العميل، وذلك حتى يكون هناك تغيير في سلوك العميل واعتقادات الممارس بناء التحسن يعود لفاعلية البرنامج، وهذا الأمر لا يمكن إثباته دون دراسة علمية دقيقة. فقد يكون التحسن في النتيجة عائداً إلى النضج أو بسبب مساعدة إضافية من العائلة والأصدقاء (ليف، ٢٠٠٢). وهذا يتطلب في الأغلب تغييراً في البرنامج / الممارسة، وإعادة بحث فاعليته مرة أخرى للتأكد من مناسبه لتلبية احتياجات المستهدفين.

الحكم على البرنامج ليكون دليلاً في الممارسة العلاجية:

يستند الحكم على فاعلية البرنامج على مجموعة من المحكات، أهمها ما يلي:

(أ) إذا بينت بحوث التقييم أن البرنامج ينتج عنه نتائج إيجابية متوقعة.
(ب) النتائج يمكن أن تعزى إلى البرنامج نفسه، بدلاً من العوامل أو الأحداث الغريبة الأخرى أو العوامل الوسيطة المتدخلة التي لا يمكن ضبطها.
(ج) التقييم هو عادة نظير مراجعة البرنامج من قبل خبراء في هذا المجال.
(د) برنامج هو "صادق" من قبل مؤسسة بحثية محترمة، ويندرج في قائمة البرامج الفعالة.
ويتم تحديد البرنامج الإرشادي أو العلاجي المدعم تجريبياً في بعض المرافق الصحية بأنه "البرنامج المحدد بوضوح والذي ثبتت فعاليته في الأبحاث المضبوطة". لكن هناك بعض المعوقات التي تحد من فعاليته، منها:-

أولاً: المعالج النفسي حديث التخرج يمتلك العديد من المعلومات النظرية مقابل خبرة عملية قليلة مما يستوجب ضرورة الاهتمام بالإرشاد المبني على الأدلة، وعندما يطبق برنامج ما فإن النتائج تكون في أغلب الأحيان متحيزة لعدم قدرته على الضبط الصارم لمتغيرات البرنامج الداخلية والخارجية.

ثانياً: المعالج النفسي الذي مرَّ على تخرجه مدة زمنية طويلة يمتلك الخبرة العملية الكافية في الوقت الحاضر في مقابل معلومات نظرية قديمة تم نسيان معظمها بسبب انشغاله الدائم بقضايا أخرى، أو بسبب تقدم العمر، أو بسبب تعقد المشكلات التي يواجهها ولا تتناسب ومهاراته وخبرته التقليدية. لذلك، لا يمكن أن نعد نتائج البرنامج فعالة في تحقيق أهدافه، وحتى نُقر بذلك، لا بد من الحاجة إلى الإطلاع والتدريب على الممارسة القائمة على الأدلة في ضوء البرنامج الذي يتعامل مع احتياجات المرضى أو المتعالجين.

ثالثاً: التطور السريع للإرشاد والعلاج النفسي وكافة المهن ذات الصلة التي تنشر سنوياً آلاف البحوث والدراسات في المجالات العلمية المتخصصة. وهذا الأمر يقف حجر عثرة أمام أي معالج أو مرشد نفسي للاطلاع على المستجدات العلمية في مجال تخصصه العلاجي لضيق الوقت إضافة إلى عمله الشاق مع المرضى. وهذه العقبة الصعبة يمكن تجاوزها من خلال ضرورة الالمام بالإرشاد أو العلاج المبني على الأدلة.

النموذج التطبيقي: يتألف النموذج التطبيقي للممارسة القائمة على الأدلة من خمس مراحل رئيسية، مكونة من ثمان عشرة خطوة. فيما يلي ملخص للمراحل والخطوات الثمان عشرة

المرحلة الأولى: ما قبل التدخل

- ١- تقييم السياق.
- ٢- عملية الإحالة.
- ٣- بدء الاتصال.
- ٤- بناء الأدلة القائمة على الممارسة.

المرحلة الثانية: التقدير

- ٥- تحديد المشكلة.
- ٦- تقييم السلوك.
- ٧- جمع معلومات أساسية.
- ٨- وضع أهداف.

المرحلة الثالثة: التدخل

- ٩- وضع خطة للتدخل.
- ١٠- وضع خطة التقييم.
- ١١- عقد التفاوض.
- ١٢- الاستعداد للتدخل.
- ١٣- تنفيذ التدخل.

المرحلة الرابعة: التقييم المنهجي

- ١٤- مراقبة وتقييم النتائج.
- ١٥- تقييم والتغلب على الحواجز.
- ١٦- تقييم تحقيق الهدف.

المرحلة الخامسة: الاستقرار

- ١٧- تحقيق الاستقرار وتعميم التغييرات.
- ١٨- تخطيط وتنفيذ إنهاء، والمتابعة (Fischer & O'Donohue, 2006) .

إن جميع القضايا الأخرى المتعلقة (EBP) متساوية، وهي القضية النهائية للممارسة على أساس البحث هو أن هذه الخاصية النموذجية تجسد المهنة أكثر من أي شيء آخر. فالمهنة

في الخدمات النفسية تتطلب تقديم تعريف تربوي للتنظيم الذاتي في المواقف المختلفة، والممارسة القائمة على هذه الخدمات هي جسد المعرفة الواسعة بشرط القيام بالإجراءات المطلوبة في التعليم المتقدم لكل الرعاية الصحية المهنية الآن لكثير من ممارسة المهنة لمستوى الدكتوراه على أساس مستوى الأبحاث هي أيضاً حتمية من أجل اكتمال التزاماتنا على أساس المهنة. وهذا المستوى لممارسة المهنية لتحقيق النجاح والاعتراف بها، وتمنحها مركز وثائق الاعتماد لإثبات التميز في خدمات النفسية والتمكن من معارف جديدة كمكان للابتكار الذي يجعل التوقعات الصريحة للممارسة تقوم على أدلة ذات جودة عالية.

هذا هو الجزء الأكثر تحدياً لتطوير نظم الممارسة القائمة على الأدلة المتكاملة، والنموذج التوجيهي يمكن أن يساعد هنا في وضع تصور لنموذج واحد يوضح تكامل الممارسة القائمة على الأدلة جزءاً من عملية التعرف على طبيعة هذه النظام. فقد وضع تيكور وآخرون (Tucker, et al. 200) خمس خطوات متكاملة للممارسة القائمة على الأدلة في الممارسة اليومية، وهي:

الخطوة الأولى: إنشاء قاعدة للممارسة القائمة على الأدلة أو البراهين العلمية في مجال الممارسة العلاجية.

الخطوة الثانية: تحديد مجالات الاهتمام.

الخطوة الثالثة: بناء الخبرة الداخلية.

الخطوة الرابعة: تنفيذ الممارسة المبنية على الأدلة.

خطوة الخامسة: المساهمة في البحث عن الأدلة.

وهذا يعني، أن يتم استخدام الأدلة في المؤسسة الصحية لدعم مجموعة من الأنشطة، بما في ذلك الرعاية المهنية المباشرة للمرضى، وتطوير الموظفين، والإدارة. عندما يتم تقييم المرشحين والمراجعين الذين يبحثون عن دلائل يمكن دمجها في جميع مجالات الممارسة المهنية. بعض الأسئلة التي طرحت في هذا المجال على سبيل المثال، "عندما يكون لديك سؤال، كيف يمكن حل المشكلة المرضية؟" و"كيف تقوم بالبحوث بتتبع قدرات الموظفين النظرية والعملية؟ ولكي يحتاج الباحثون في مجال العلاج النفسي والخدمات النفسية الأخرى لمثل هذه الإجابات لا بد من حاجتهم إلى دعم ملموس ومستمر، إضافة إلى تقييم عملهم، والتعرف إلى أهمية الممارسة القائمة على الأدلة. كما ينبغي أن تكون أنظمة معينة تقوم

بتحديد الأولويات، والإجابة عن الممارسة المبنية على الأدلة في مكان مع البناءات والعمليات ذات الصلة الرسمية التي يجب أن تطبق بما يكفي من الموارد لضمان النجاح (Turan, et, al 2006).

أفضل الأدلة البحثية المتاحة

يشهد جانب لا بأس به من الأدلة العلمية المستقاة من مجموعة متنوعة من تصاميم ومنهجيات البحوث على فاعلية الممارسات النفسية. وتشير أدبيات البحوث إلى تأثير التدخلات النفسية باعتبارها آمنة وفعالة في عدد كبير من الأطفال والشباب (Kazdin & Weisz, 2003) ومن كبار السن عبر مجموعة واسعة من المشكلات النفسية والصحية، والمشكلات ذات العلاقة بالإدمان. وقد أشارت الأبحاث التي أجريت أخيراً إلى مقارنة التدخلات النفسية بالنهج البديل، مثل الأدوية، والعلاجات البيئية تكون آثارها دائمة على نحو خاص (Hollon, Stewart, & Strunk, 2006). وعلاوة على ذلك، أظهرت الأبحاث أن العلاج النفسي كثيراً يدفع المريض إلى زيادة الإنتاجية، والرضا عن الحياة وأقل تكلفة مقارنة بالتكاليف الطبية. ويمتلك علماء النفس القوة المميزة في تصميم الدراسات البحثية التي يمكن أن توجه الممارسة المبنية على الأدلة وإجراءتها وتفسيرها. وعلاوة على ذلك، علم النفس، كعلم ومهنة، هو مميز في الجمع بين الالتزام العلمي والتركيز على العلاقات الإنسانية والفروق الفردية. على هذا النحو، فعلم النفس يمكن أن يساعد على تطوير وتوسيع وتحسين قاعدة بحثية عن الممارسة المبنية على الأدلة.

وهناك إجماع واسع على أن الممارسة النفسية تحتاج إلى أدلة علمية صارمة للقول بأن هذه النتيجة هي النتيجة المثلى لممارستها من طرف المعالجين لمرضاهم، كما تحتاج الأبحاث أيضاً لتحقيق توازن الصحة الداخلية والخارجية. والبحوث لا تعالج دائماً جميع احتياجات الممارسة؛ فالقضايا الرئيسية في دمج البحوث في الممارسة يوماً بعد يوم تتمثل في الآتي:

(أ) الوزن النسبي للحالة أو الاطلاع على طرق البحوث المختلفة.

(ب) الصلة التمثيلية لعينة البحث.

(ج) قدرة البحوث على توجيه الممارسة على مستوى مبادئ التغيير، واستراتيجيات التدخل، أو بروتوكولات محددة.

(د) التعميم وقابلية النقل للعلاجات المعتمدة في البحوث المضبوطة إلى الممارسة السريرية.
(هـ) الاعتماد على الأحكام بشأن إجراء اختيار العلاج عندما يكون عدد الجلسات ومدة العلاج محدودة.

(و) درجة فاعلية نتائج البحوث التي يمكن تعميمها لعينات سوية في المقام الأول مقارنة بالأقليات والفئات المهمشة. ومع ذلك، يمكن القول بأن البحث قد حقق فاعليته في الممارسة العملية لمثل هذه القضايا وتوفير الأدلة التي هي أكثر استجابة للممارسة يوماً بعد يوم. وهناك إجماع كافٍ للمضي قدماً مع مبادئ علم النفس القائمة على الأدلة EBPP. وقد أظهرت التحقيقات القائمة على الدراسات التحليلية ما وراء المعرفة منذ (١٩٧٠) أن معظم الممارسات العلاجية كثيراً ما تكون فعالة لعلاج مجموعة من المشكلات على نطاق واسع كما أشار إليها كل من (Lambert & Ogles, 2004; Wampold, 2001). في الواقع، يشير "بارلو" (Barlow, 2004) إلى أن حجم تأثير التدخلات النفسية للأطفال والبالغين وكبار السن كثيراً ما تكون متفاوتة أو تتجاوز تلك العلاجات الطبية المقبولة على نطاق واسع. ومن المهم ألا نفترض أن التدخلات التي لم يتم دراستها في التجارب المضبوطة غير فعالة. فالتدخلات المحددة لا يمكن إخضاعها للتجربة المنهجية لمشكلات محددة، ولا يمكن أن نفترض أن تكون إما فعالة وإما غير فعالة.

أنواع متعددة للأدلة البحثية

تشير أفضل الأدلة البحثية إلى النتائج العلمية ذات الصلة باستراتيجيات التدخل والتقييم والمشكلات السريرية، والمرضى في بيئة معملية كما أن النتائج ذات الصلة بالبحوث السريرية الأساسية في علم النفس والمجالات ذات الصلة تؤيد أنواعاً متعددة من الأدلة البحثية (على سبيل المثال، فاعلية التكاليف، فائدة من حيث التكلفة، والاضطرابات، واستخدام العلاج) التي تسهم في ممارسة نفسية فعالة. فتصاميم تلك البحوث المتعددة القائمة على بيانات الممارسة، والتصاميم البحثية المختلفة هي الأفضل لمعالجة أنواع مختلفة من الأسئلة (غرينبرغ ونيومان، ١٩٩٦)، مثل:

- الملاحظة السريرية في العلوم النفسية الأساسية (بما في ذلك دراسات الحالة الفردية) باعتبارها مصادر ذات قيمة لفرضيات مبتكرة (اكتشاف السياق العلمي).

● استخدام البحث النوعي لوصف غير موضوعي، ومعايشة خبرات المرضى، بما في ذلك خبرات المشاركين في العلاج النفسي.

● دراسات الحالة المنهجية هي مفيدة خاصة عندما يتم تجميعها كما هو الحال في شكل بحوث الممارسة لشبكات للمقارنة لكل مريض على حدة والآخرين ضمن خصائص مماثلة.

● التصاميم التجريبية للحالة الفردية هي مفيدة خاصة لإقامة علاقات سببية في سياق الفرد.

● الصحة العامة والبحوث الإثنوغرافية^٤ Ethnography هي مفيدة لاستخدامها لتتبع مدى توافر القبول لعلاجات الصحة النفسية، وكذلك تشير إلى سبل تغيير هذه العلاجات لتعظيم فائدتها في سياق اجتماعي معين.

● نتائج الدراسات في العمليات العلاجية، هي قيمة خصوصاً لتحديد آليات التغيير.

● دراسات التدخلات التي يتم العمل بها ضمن المواقف الطبيعية (فاعلية البحث) بشكل جيد، والمناسبة لتقييم صحة العلاجات البيئية.

● البحوث المضبوطة وما في حكمها منطقية (فاعلية البحث) هي المعيار لرسم الاستدلالات السببية حول آثار التدخلات (سياق التحقق العلمي).

● التحليل أداة منهجية لتجميع نتائج الدراسات المتعددة، واختبار الفرضيات، وتقدير حجم الآثار كمياً.

وفيما يتعلق بتقييم البحوث حول تدخلات محددة، تحدد السياسة العامة للجمعية البرلمانية الآسيوية الحالية اثنين من المقبول على نطاق واسع تقييم إرشادات العلاج (جمعية علم النفس الأمريكية، ٢٠٠٢):

البعد الأول: هو فاعلية العلاج، وتقييم منهجي وعلمي ما إذا كان العلاج يعمل.

البعد الثاني: هو الفائدة السريرية، والتطبيق والجدوى، وفائدة التدخل في وضع معين، ويشمل هذا البعد أيضاً تحديد إمكانية تعميم هذا التدخل الذي أحدث الفرق والفاعلية. وتشمل أنواع الأدلة البحثية فيما يتعلق بالبحث العلمي تدخل في ترتيب تصاعدي لمساهمته في استنتاجات حول فاعلية "الرأي العلاجي، والمراقبة، وتوافق في الآراء بين الخبراء المعترف

^٤ = الإثنوغرافيا/ تعني الدراسة الوصفية لطريقة وأسلوب الحياة لشعب من الشعوب أو مجتمع من المجتمعات خلال فترة زمنية محددة..... إذن يتحدد مفهوم الإثنوغرافيا -أكاديمياً- بأنه: الوصف الدقيق والمترابط لثقافات الجماعات الإنسانية.

بهم والتي تمثل مجموعة لاستخدامها في الميدان: "مراقبة ممنهجة السريرية" ، و "منهجيات متطورة تجريبياً، بما في ذلك الدراسات شبه التجريبية العشوائية المضبوطة أو ما يعادلها". وبين المنهجيات التجريبية المتطورة، "تجارب عشوائية مضبوطة تمثل وسيلة أكثر صرامة لتقييم فاعلية العلاج لأنها هي الطريقة الأكثر فاعلية لاستبعاد الأخطار التي تهدد الصدق الداخلي في تجربة واحدة". (الجمعية الأمريكية لعلم النفس، ٢٠٠٢، ١٠٥٤).

عوائق استخدام الأدلة في الممارسة العلاجية

ويتضح ذلك من خلال الجدول (١٨) الآتي:

العوائق	السبب
القيود الأدلة المستندة إلى نظم الممارسة	-الكُم المهول للمعلومات في الأدب الصحي -نتائج متناقضة في بعض الأحيان في البحوث
العوامل البشرية	-نقص في المعرفة حول الممارسة القائمة على الأدلة -نقص المهارات في تقييم نتائج الأبحاث ودراسات. - المواقف السلبية حول الأبحاث والرعاية المسندة بالبيانات -تصور أن البحث هو "الطب كتاب طبخ" -تصور أن البحث هو فقط للطب. -توقعات المريض (على سبيل المثال، المطالبة بالمضادات الحيوية)
العوامل التنظيمية	-عدم وجود استقلالية للأطباء لإجراء تغييرات في الممارسة. - التركيز على ممارسة الوضع بسبب "نحن دائماً نفعل هذا بالطريقة نفسها". - المطالبة بأعباء العمل مع أي وقت من الأوقات للأنشطة البحثية. - صراع في الأولويات بين عمل الوحدة والبحوث. -عدم وجود الدعم الإداري أو غياب الحوافز.

فالخطوة الأولى في تحديد الفرص المتاحة لأفضل الممارسات هي التشكيك في الممارسة الحالية. ويمكن تحقيق ذلك من خلال خلق ثقافة تقدر قيمة الممارسة القائمة على الأدلة، وتوقع دعمها. ورغم العوائق الكامنة في تنفيذ الممارسة المبنية على الأدلة في الممارسة السريرية، لا بد أن يكون لها الهياكل والعمليات للحد من هذه العقبات بغض النظر عن النظام

الذي يتبعه الممارسون؛ فهناك نهج منتظم لتوثيق أفضل الأدلة الممكنة من أجل الممارسة، وتنطوي العملية على تحديد السؤال السريري، وتحديد أفضل الأدلة الممكنة وتقييمه، واستخلاص استنتاجات حول أفضل الممارسات.

تحديد نطاق البرامج القائمة على الأدلة:

١. ما المقصود بهذا التدخل؟

- أ. ما هو التدخل الذي يهدف إلى معالجة؟
- ب. ما هو مستوى خطورة خط الأساس من عوامل الخطر والمشكلات؟
- ج. من الذي يقدم التدخل؟ وما شكل هذا التدخل؟ وكيف يتم في كثير من الأحيان، وإلى متى؟

٢. تحديد الجاهزية لتنفيذ EBP

- أ. اعتراف الأفراد في المنظمة بأن هناك حاجة لتغييرات؟
- ب. من هم الأفراد المستعدون والقادرين في المنظمة على تحديد أولويات التغييرات؟
- ج. من الذي يتخذ القرارات وكيفية إبلاغ تلك اتخاذ القرارات؟
- د. هل هناك عدد كاف من الموظفين لتنفيذ البرنامج EBP؟
- هـ. هل لدى الموظفين المهارات اللازمة لتنفيذ برنامج EBP؟
- و. هل هناك موارد كافية لأداء التكاليف المرتبطة بالبداية والحفاظ على EBP؟

٣. أين يطبق البحث EBP؟

- أ. هل يمكن لفريق العمل معرفة المزيد عن EBP؟
- ب. هل هناك مدارس أخرى تعتقد أنها نفذت EBP؟

٤. اختيار EBP

- أ. هل يمكن لفريق البحث الخاص التعرف إلى الأدلة حول EBP؟
- ب. هل تم اختبار EBP عدة مرات لتصميم دراسة صارمة؟
- ج. هل هناك وثائق واضحة لنتائج التنفيذ وقيمتها؟
- د. هل هناك وثائق واضحة أن نتائج التنفيذ كانت قيمة وصادقة للسكان والمكان، وأفراد عينة البحث؟

- هـ. هل يصلح EBP مع نقاط القوة واحتياجات السكان؟
- و. هل EBP مناسب ثقافياً؟
- ز. ما هي التعديلات الضرورية؟
- ح. ما هي ملامح الاستراتيجيات الخاصة بالبرنامج محددة جيداً؟
- ط. هل هذه المزايا تتناسب على نحو جيد في إطار الإعداد؟
- ي. ما هي المواد المتاحة؟
- ك. ما أنواع الدعم المتوفرة محلياً، أو من المطور للمساعدة في استخدام التدخل EBP؟
- ل. ماهي المزايا EBP، والأهداف، ونظرية التغيير بما يتفق و قيم أصحاب العلاقة؟
- م. هل البرنامج EBP متوافق مع EBPs وغيره من البرامج التي تستخدم في الإعداد؟
- ن. هل يتطلب EBP دعماً تنظيمياً قوياً وشاملاً ، أو إذا وجد عائقاً يعيق على نحو كبير عملية التنفيذ؟
- س. هل قوة العمل الحالية الكافية في حجم لتنفيذ EBP بشكل فعال؟ والحاجة الإضافية للموظفين الذين تم تعيينهم؟
- ص. ما هي المهارات الكافية للقوى العاملة الحالية لتنفيذ أو التدريب اللازم على EBP ، ؟
- ف. ما هي تكاليف البرنامج القائم على الأدلة بناء على ذلك. EBP ؟
٥. تتبع أثر البرنامج:
- أ. ما هي الإجراءات التي يمكن استخدامها لتحديد ما إذا كان البرنامج مفيداً في التدخل؟
- ب. ما العمل في حال أن البيانات تشير إلى أن البرنامج غير فعال؟
٦. رصد الصديق وطرق جودة تحسينه.
- أ. ما هي الإجراءات التي يمكن استخدامها لتحديد ما إذا كان البرنامج تم تنفيذه على النحو الذي خطط له حسب الغرض منه؟
- ب. ماذا يمكن القيام به إذا أشارت البيانات إلى أن EBP يتم تنفيذه مع صديق منخفض؟

١-العناصر المشتركة:

بالرغم من أن هذا قد يكون مربكاً، فمعظم التعاريف المستندة على الأدلة تتضمن عناصر مشتركة مثل: الأساس النظري القوي. المقصود بالنسبة لعدد السكان المناسبين من حيث النمو.

وإجراءات جمع البيانات النوعية؛ والأدلة على الفاعلية. إظهار فاعلية البرنامج، وعموماً يجب أن تكون هناك أدلة قوية على أن نتائج البرنامج هي نتيجة مباشرة لأنشطة البرنامج. وهذا يعني أن أي عامل أو عوامل أخرى تكون كبيراً في قدرتها على الاسهام في النتائج أو أن التغييرات لن تحدث عن طريق الصدفة. فعلى سبيل المثال، ف حين نتوقع أن برامج التعليم المبكر لإنتاج تأثيرات إيجابية على الأطفال، وقيم تقييماً علمياً سليماً؛ فالمطلوب من أجل معرفة ما إذا كانت التقييمات بقي بوعدها (Karoly, Kilburn and Cannon, 2005). القول حقاً، أن برنامجاً فعالاً، يجب أن يكون هناك تصاميم بحوث قوية لاختبار النتائج. وهذا يعني استخدام التجريبية / سمة الضبط العشوائية (Randomized Control Trial(RTC أو التصميم شبه التجريبي. فالتصميم التجريبي غالباً ما يشار إليه باسم "المعيار الذهبي" في مجال البحوث. في حين أن مناقشة متعمقة للتصاميم منهجية البحث خارج نطاق هذا العمل، ومن المهم أن نلاحظ أن هناك أنواع معينة من الدراسات اللازمة من أجل القول بأن البرنامج يعمل ويحقق نتائج محددة لمستوى الطفل.

ودون تقييم المقارنات للمجموعة التي تلقت البرنامج أو التدخل مع مجموعة أخرى لم تكن، فإنه سيكون من الصعب تحديد ما إذا كان برنامج / التدخل يسبب الفروق بين هاتين المجموعتين من الأطفال. أيضاً، إذا تم قياس الأطفال قبل وبعد تلقيهم العلاج، ثم لا يمكن القول إن المكاسب التي حققتها يمكن أن يحدث بالرغم من التدخل. فقد أشار "كارولي زملائه" (٢٠٠٥)، نحن لا نريد أن نتسب أي أثر إيجابي للبرنامج دون مقارنة مع ما كان يمكن أن يحدث في حالة عدم وجود هذا البرنامج، مثل وجود كل العوامل الثابتة الأخرى. في النهاية، نحن نريد الإجابة على السؤال "بالمقارنة مع من؟" لتحديد ما إذا كان البرنامج هو فعال؛ فالخصائص الأخرى لتصميم البحث الدقيق لحجم عينة كافية (وهذا يعني وجود عدد كاف من عينة البحث الذي تتلقى التدخل)؛ قياس المستمر؛ التكرار. وعلى قدر من المكاسب التي حصل عليها المشاركون من تغيرات في المعرفة والمواقف، والسلوكيات.

٢- الخبرة السريرية:

الخبرة السريرية أمر ضروري لتحديد أفضل الأدلة البحثية ودمجها في البيانات السريرية (على سبيل المثال، معلومات عن المريض للحصول على جلسة علاج) في سياق خصائص

المريض والأفضليات لتقديم الخدمات التي لديها أعلى التوقعات لتحقيق أهداف العلاج، وذلك من خلال تدريب المعالجين النفسيين فضلاً عن الممارسين. وميزة من التدريب النفسي هو أنه يشجع على اكتشاف الخبرات السريرية والعلمية للمعالج، والسماح له بفهم الأدب العلمي ودمجه، وكذلك تأطير الفرضيات واختبارها والتدخلات في الممارسة بأنها "عالم الإكلينيكي المحلي" (Stricker & Trierweiler, 1995).

وقد وجد علماء النفس المعرفيين أدلة ثابتة لوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الخبراء والمبتدئين للقيام بمهام معقدة في العديد من المجالات. ويعترف الخبراء بأنماط ذات معنى ويتجاهلون المعلومات غير ذات الصلة، واكتساب المعرفة الواسعة وتنظيمها بطرق تعكس فهماً عميقاً في المجال الخاص بهم، وتنظيم معرفتهم باستخدام مزايا وظيفية بدلاً من استرجاع المعارف وصفية ذات الصلة لهذه المهمة في متناول اليد تلقائياً، والتكيف مع الأوضاع الجديدة، والمراقبة الذاتية لمعرفة أدائهم، والتأكد عند معرفتهم أنها غير كافية، ومواصلة التعلم، وعموماً، تحقيق النتائج التي تناسب خبراتهم. لكن الخبراء ليسوا معصومين من الخطأ. فجميع البشر معرضون للأخطاء والتحيز. وبعضها ينبع من الاستراتيجيات والاستدلال المعرفي التي يمكن تكيفها بكفاءة بشكل عام. وقد ينبع غيرها من ردود الفعل الانفعالية التي توجه كذلك عادة السلوك التكيفي، لكنها يمكن أن تؤدي أيضاً إلى التفكير المتحيز أو بسبب مدفوع ذاتياً. وكلما استطاع علماء النفس المعالجة ضمن مجال البحوث أو الممارسة كان الانتقال خطوة من الملاحظات إلى الاستنتاجات والتعميمات، فقد تكون هناك مخاطر كامنة في التفسيرات، والإفراط في العموميات، والتحيز التأكيد، وأخطاء مماثلة في الحكم. وجزء لا يتجزأ من الخبرة السريرية إدراك حدود المعرفة للمعالج ومهاراته والانتباه إلى الاستدلال والتحيزات المعرفية والوجدانية على حد سواء مما يمكن أن تؤثر على الحكم السريري. فآليات مثل التشاور وردود الفعل المنهجي للمريض يمكن أن تخفف بعضاً من هذه التحيزات. فالمعالج لديه تأثير كبير على النتائج، سواء في التجارب السريرية وفي ممارسة الضبط. في الحقيقة، أن نتائج العلاج ترتبط بشكل منهجي بتوفير العلاج (وتتجاوز نوع العلاج) كدليل قوي على أهمية الخبرة لفهم الممارسة السريرية وسيلة لتعزيز نتائج المريض.

٣-مكونات الخبرة السريرية:

تشمل الخبرة السريرية عدداً من الكفاءات التي تعزز النتائج العلاجية الإيجابية. وتشمل هذه (أ) التقييم التشخيصي والحكم، وصياغة الحالة المنهجية، والتخطيط العلاجي. (ب) صنع القرار السريري وتنفيذ المعالجة، ورصد تقدم المريض. (ج) الخبرة الشخصية؛ (د) انعكاس مستمر للذات واكتساب المهارات؛ (هـ) التقييم المناسب واستخدام الأدلة البحثية في كل العلوم النفسية التطبيقية؛ (و) فهم تأثير الفروق الفردية والثقافية على العلاج؛ (ز) البحث عن المصادر المتاحة (على سبيل المثال، والتشاور، الدعم النفسي، أو الخدمات البديلة) التي يحتاجها المعالج في أثناء التدخل العلاجي؛ (ح) وجود الأساس المنطقي المقنع للاستراتيجيات العلاجية. والخبرة العلاجية تتطور من خلال التدريب السريري والعلمي والفهم النظري، والخبرة، والتأمل الذاتي، ومعرفة البحوث، والتعليم والتدريب التخصصي المستمر. ويتجلى ذلك في جميع الأنشطة السريرية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، تشكيل التحالفات العلاجية، وتقييم المرضى وتطوير بناء الحالة منهجياً، وتخطيط العلاج، وتحديد الأهداف، واختيار التدخلات، وتطبيقها بمهارة، ورصد التقدم المحرز بالصبر وضبط الممارسات تبعاً لذلك؛ ومعرفة وضعية المرضى في سياقهم الاجتماعي والثقافي؛ وتأمين الموارد المتاحة حسب الحاجة (على سبيل المثال، التشاور أو الخدمات البديلة).

التقييم والحكم التشخيصي ومنهجية صياغة الحالة وتخطيط العلاج

علماء النفس هم خبراء في العلاج والقادرون على صياغة واضحة ومتماسكة نظرياً لتصورات الحالة، وتقييم مشكلات المرضى وكذلك نقاط القوة ذات الصلة سريرياً، وفهم تصورات المريض المعقدة، وجعل أحكام التشخيص دقيقة. لذا، يتطلب من المعالجين الخبراء مراجعة تصورات قضيتهم في تقدم العلاج، والسعي إلى التأكيد أو عدم تأييد الأدلة. وتشمل الخبرة السريرية أيضاً تحديد المرضى ومساعدتهم على الاعتراف بالعمليات النفسية التي تسهم في محنتهم أو اضطرابهم الوظيفي.

بينما يشمل تخطيط العلاج تحديد الأهداف ومهام العلاج التي تأخذ في الاعتبار المريض شخصاً فريداً من نوعه، وطبيعة مشكلاته ومخاوفه، والتشخيص المحتمل والفوائد المتوقعة من العلاج، والموارد المتاحة.

ويتم وضع أهداف العلاج بالتعاون مع المريض والنظر إليه وإلى أسرته في السياق الاجتماعي والثقافي، واختيار استراتيجيات العلاج التي تتطلب معرفة التدخلات والبحوث الداعمة لفاعليتها، وكذلك البحوث ذات الصلة لمطابقتها مع تدخلات المرضى Norcross, (2002). وتتطلب الخبرة أيضاً المعرفة بعلم النفس المرضي، وعملية العلاج؛ واتجاهات المريض وقيمه، والسياق الاجتماعي - بما في ذلك السياق الثقافي الذي يمكن أن يؤثر على اختيار استراتيجيات العلاج الفعالة وتنفيذها.

صنع القرار العلاجي، تنفيذ العلاج، ورصد التقدم المحرز للمريض:

تتطوي الخبرة السريرية على تقديم التدخل العلاجي بمهارة ومرونة. وتتطلب المهارة والمرونة المعرفة والكفاءة في تنفيذ التدخلات النفسية والقدرة على التكيف في العلاج لحالة معينة. وتتجلى المرونة في البراعة، والتوقيت، والسرعة، وتأطير التدخلات؛ والحفاظ على توازن فعال بين تناسق التدخلات والاستجابة لردود فعل المريض، والانتباه إلى المعاني المعترف بها أوغير المعترف بها، والمعتقدات، والعواطف.

ويرى لامبرت، بيرجن وغارفيلد (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004) أن الخبرة السريرية تتطوي أيضاً على رصد التقدم المحرز لدى المريض (التغيرات في ظروفه - على سبيل المثال، فقدان وظيفته، ومرض خطير) وقد تشير إلى الحاجة لضبط العلاج. فإذا كان التقدم المحرز لا يسير على نحو كاف، واستخدم المعالج النفسي بعض الأساليب العلاجية الأخرى لمواجهة مشكلة المريض، مثل مشكلات في العلاقة العلاجية أو في تنفيذ أهداف العلاج حسب مقتضى الحال. وإذا كان التقدم في مواجهة المشكلة غير كافٍ. فهنا أمام المعالج عدة خيارات، منها: اللجوء إلى التشخيصات البديلة أو التشاور مع الآخرين أو إحالة المريض إلى معالج آخر. وقد ينهي المعالج العلاج مع المريض باتخاذ قرارات حول إنهاء العلاج بطرق مناسبة من حيث توقيتها من خلال تقييم تقدم المريض في سياق حياته، وأهداف العلاج، والموارد، وإمكانات الانتكاس. وصنع القرار الإكلينيكي يتضمن النقاط الآتية:

١- الخبرة الشخصية:

إن الأمر الحيوي والمركزي في الخبرة السريرية هو مهارة التعامل مع الآخرين، وتتجلى في تكوين العلاقة العلاجية، وفك التشفير والترميز للاستجابات اللفظية وغير اللفظية، وخلق

توقعات إيجابية واقعية، والاستجابة التعاطفية للخبرات والاهتمامات الصريحة والضمنية للمريض. وتتطوي الخبرة الشخصية على المرونة لتكون فعالة سريرياً مع المرضى من خلفيات متنوعة. وقدرة المعالجين النفسيين على تحدي المرضى في جو داعم يعزز استكشاف والانفتاح والتغيير. ويشجع المعالج السريري الخبير على انخراط المريض إيجابياً في العملية العلاجية، ويراقب التحالف العلاجي، ويواجه بعناية العوائق التي تحول دون الانخراط في العلاقة والتغيير. كما يعترف بالحواز التي تحول دون التقدم، ويعالجها بطريقة تتسجم مع البحوث النظرية، على سبيل المثال، استكشاف طرق علاجية مسدودة غير فعالة مع المريض ومعالجة مشكلات العلاقة العلاجية.

٢- انعكاس الذات المستمر واكتساب المهارات.

تتطلب الخبرة الإكلينيكية القدرة على عكس خبرة الفرد الخاصة، والمعرفة، والفرضيات، والاستدلالات، وردود الفعل الانفعالية، والسلوكيات، واستخدام ذلك الانعكاس لتعديل ممارسات الفرد وفقاً لذلك. وثمة جزء لا يتجزأ من إدراك الخبرة السريرية لحدود معرفة الفرد، ومهاراته، فضلاً عن الاعتراف بالاستدلال والتحيز (المعرفي والوجداني) التي يمكن أن تؤثر على الحكم السريري (على سبيل المثال، التحيزات التي يمكن أن تحول دون الاعتراف بالحاجة لتغيير تصورات الحالة هي استراتيجيات معالجة غير دقيقة أو معالجة لا تعمل). وتشمل الخبرة السريرية اتخاذ إجراءات صريحة للحد من آثار هذه التحيزات.

إن تطوير الخبرة السريرية وحمايتها وتطبيق هذه الخبرات على مرضى محددين يترتب عليها تأسيس مستمر للمعارف والمهارات الجديدة المشتقة من (أ) البحث والنظرية. (ب) مراقبة منهجية السريرية، لتحقيق الانضباط، واختبار الفرضيات. (ج) الانعكاس الذاتي والتغذية الراجعة لمصادر أخرى (مثل المشرفين والزملاء والمرضى وغيرهم من المهنيين الصحيين، وآخرين لهم معرفة بالمرضى)؛ (د) مراقبة حالة المريض الصحية. (هـ) التعليم المستمر وفرص التعلم الأخرى (على سبيل المثال، شبكات الممارسة، جماعات الدفاع عن المرضى).

التقييم واستخدام الأدلة البحثية

تشمل الخبرة السريرية في علم النفس الخبرات العلمية، وهي واحدة من السمات المميزة للتعليم النفسي وواحدة من مزايا التدريب. إن فهم المنهج العلمي يسمح لعلماء النفس النظر في

الأدلة لمجموعة واسعة من تصاميم البحوث، وتقييم الصدق الداخلي والخارجي للدراسات الفردية، وتقييم حجم الأثر عبر دراسات، وتطبيق البحوث ذات الصلة في الحالات الفردية. وتضم الخبرة السريرية أيضاً الموقف العلمي تجاه العمل السريري الذي يتميز بالانفتاح على البيانات والفرضية والفحص السريري، والقدرة على استخدام النظرية لتوجيه التدخلات دون السماح للتصورات النظرية المسبقة أن تتجاوز البيانات السريرية أو البحث.

١- تأثير الفروق الفردية والثقافية في العلاج:

تتطلب الخبرة السريرية الوعي الفردي، والسياق الثقافي الاجتماعي للمريض، لكنها لا تقتصر على السن والتنمية أو العرق أو الثقافة أو الجنس أو التوجه الجنسي، والالتزامات الدينية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي. وتسمح الخبرة السريرية لعلماء النفس أن يكتفوا بالتدخلات في مناخ علاجي يحترم وجهة نظر المريض، وقيمه، وأفضلياته وقدراته والخصائص الأخرى. وقد اعتمدت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA, 2004) المبادئ التوجيهية للممارسة العلاجية القائمة على الأدلة، وممارستها في الثقافات المتعددة، والتوجه الجنسي، وكبار السن، وذلك لمساعدة علماء النفس في تكييف ممارساتهم لفروقات المريض.

٢- البحث عن الموارد المتاحة حسب الحاجة:

يدرك المعالج النفسي أن الوصول إلى المصادر الإضافية يمكن أن تعزز أحياناً فاعلية العلاج النفسي. وعندما تشير الأدلة البحثية إلى قيمة خدمات المساعدة أو عندما لا يحصل المرضى على أي تقدم كما هو متوقع، فإن المعالج النفسي قد يسعى إلى التشاور مع الآخرين أو يقرر إحالة المريض إلى معالج آخر. إن الخدمات البديلة ذات الحساسية الثقافية التي تستجيب لسياق المريض أو وجهة نظره يمكن أن تكمل العلاج النفسي. إن تشاور المعالج النفسي مع الآخرين يعد وسيلة لمراقبة وصحية، إذا كانت التحيزات المعرفية والوجدانية ضرورية.

٣- خصائص المرضى، والثقافة، والتفضيلات:

البيانات المعيارية على "ما يصلح منها" توفر أدلة ضرورية لممارسة فعالة. ومع ذلك، في خدمات الممارسة النفسية من المرجح أن تكون فعالة عندما تكون الاستجابة لمشكلات المريض

محددة، ونقاط القوة، الشخصية، والسياق الاجتماعي والثقافي، والأفضليات (Norcross, 2002).

وتاريخ علم النفس طويل في دراسة الفروق الفردية والتغير النمائي، والأدب التجريبي المتزايد المتعلق بالتنوع البشري (بما في ذلك العلاج النفسي عبر الحضاري)، الذي وضعه في موقف قوي لتحديد طرق فعالة لدمج البحوث والخبرة السريرية لفهم خصائص المريض الأساسية لـ EBPP. وينطوي EBPP النظر في قيم المريض ومعتقداته الدينية، وجهات نظره الشاملة، والأهداف، والأفضليات لتلقي العلاج في خبرة المعالج النفسي وفهم البحوث المتاحة. عدة أسئلة لتأطير الجدل الدائر حالياً حول دور خصائص المريض في العلاجات القائمة على الأدلة في علم النفس EBPP.

أولاً: يتعلق الأول بمدى خصائص المريض عبر التشخيص، مثل السمات الشخصية أو المجموعات العديدة من الأعراض، والتخفيف من وطأة التدخلات المختبرة تجريبياً. ثانياً: مسألة ذات صلة تتعلق بمدى حاجة العوامل الاجتماعية والاختلافات الثقافية إلى أشكال مختلفة من العلاج أو، على العكس، إلى أي مدى التدخلات التي تم اختبارها على نطاق واسع لدى أغلب السكان يمكن تكييفها بسهولة للمرضى الذين يعانون من خلفيات عرقية أو اجتماعية وثقافية مختلفة.

ثالثاً: والسؤال الثالث، المتعلق بتعظيم مدى التدخلات المستخدمة على نطاق واسع لجميع الاعتبارات النمائية، سواء بالنسبة لثقافة الأطفال والمراهقين التي هي بناء متعدد الأوجه، التي لا يمكن فهم العوامل الثقافية بمعزل عن الاجتماعية، والطبقية، والخصائص الشخصية التي تجعل كل مريض فريداً من نوعه.

رابعاً: والسؤال الرابع فيتعلق إلى أي مدى تتغير العروض السريرية، مثل الاعتلال المشترك والأعراض، معتدل تأثير التدخلات. وراء كل هذه الأسئلة هي قضية فضلى في كيفية التعامل لعلاج المرضى الذين يعانون من الخصائص (مثل والجنس والهوية الجنسية، العرق والجنس والطبقة الاجتماعية، وحالة العجز، الجنسي التوجه) والمشكلات (على سبيل المثال، الاعتلال المشترك) قد تختلف من تلك العينات المدروسة في مجال البحوث. وهذا أمر من مناقشة

نشطة في هذا المجال، وهناك زيادة اهتمام الأبحاث إلى تعميم التدخلات النفسية وقابلية التعميم.

وتشير البيانات المتاحة إلى أن مجموعة من المتغيرات ذات الصلة بالمريض تؤثر على النتائج، وكثير منها هي الخصائص عبر التشخيص مثل: الوضع الوظيفي، والاستعداد للتغيير، ومستوى الدعم الاجتماعي، وخصائص أخرى للمريض هي ضرورية للنظر في تشكيل علاقة علاجية والحفاظ عليها، وفي تنفيذ تدخلات محددة. وتشمل هذه: (أ) التغيرات في عرض المشكلات أو اضطرابات، المسببات، الأعراض المتزامنة أو المتلازمات والسلوك؛ (ب) العمر الزمني، والتاريخ النمائي، ومرحلة الحياة؛ (ج) العوامل الاجتماعية والثقافية والعائلية (على سبيل المثال، الفروق بين الجنسين، الهوية الجنسية أو العرق أو الجنس أو الطبقة الاجتماعية أو الدين أو وضع الإعاقة، بنية الأسرة، والتوجه الجنسي)؛ (د) الإطار البيئي الحالي والضغوطات (على سبيل المثال، البطالة، وأحداث الحياة مؤخراً)، والاجتماعية العوامل (على سبيل المثال، فروق في الرعاية الصحية)؛ و (هـ) التفضيلات الشخصية والقيم والتفضيلات ذات الصلة.

العديد من الأعراض المقدمة سبيل المثال، الاكتئاب، والقلق، والفشل الدراسي...تشابه عبر المرضى. ومع ذلك، الأعراض أو الاضطرابات التي تتشابه ظاهرياً كثيراً ما تكون غير متجانسة فيما يتعلق بالمسببات، مثل: أحوال الطقس، والعمليات النفسية التي يمكن المحافظة عليها. وعلاوة على ذلك، فإن معظم المرضى الذين يعانون من أعراض متعددة أو متلازمات بدلاً من اضطراب واحد منفصل أو نقي، (Newman, Moffitt, 1998) على سبيل المثال وجود الظروف المتزامنة قد تعدل الاستجابة للعلاج، وتهدف التدخلات إلى علاج أعراض اضطراب واحد وكثيراً ما يؤثر على الأعراض الأخرى. وتشير الهيئة الناشئة للبحوث أيضاً إلى أن متغيرات الشخصية تكمن وراء العديد من المتلازمات النفسية وكجزء من الاعتلال المشترك بين متلازمات موثقة على نطاق واسع في مجال البحوث (بارلو، ١٩٩٨). ويجب على علماء النفس أن يقدموا للفرد الخيارات المعقدة الضرورية لوضع التصور، وتحديد الأولويات، وعلاج العديد من الأعراض.

استخدام برامج قائمة على الأدلة في علاج اضطرابات القلق

وضع العديد من الباحثين استخدام تقنيات التدخل العلاجي المناسبة لعلاج اضطرابات القلق كما أشارت إليها البحوث العلاجية القائمة على الأدلة، ويمكن وضع في الجدول (١٩) الآتي تصنيف اضطرابات القلق والتقنيات المناسبة لكل علاج:

العلاجات الداعمة القائمة على الأدلة	تصنيف اضطرابات القلق
علاج نشط، تقنيات الاسترخاء، علاج معرفي سلوكي	القلق العام
تقنية التعرض، منع الاستجابة، العلاج المعرفي السلوكي	الوساوس القهرية
التعرض في الواقع، العلاج المعرفي السلوكي، تدريبات الاسترخاء	اضطرابات الذعر
التعرض، الحد من الضغوط، تقنية EMDR	اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمة
تعلم مهارات اجتماعية، استرخاء، التعرض، التحصين التدريجي، علاج معرفي سلوكي	القلق الاجتماعي

الاتجاهات المستقبلية

رغم أن البحوث المتاحة أقل من ذلك بكثير حول الخبرة العلاجية أسساً مهمة واضحة للتدخلات النفسية، على سبيل المثال، تشير الأبحاث إلى أن صياغة الحالة والتشخيص والأحكام السريرية يمكن الاستدلال عليها، وتكون موثوقة وصحيحة عندما تتبىء بطرق تعظيم الخبرة السريرية (Westen & Weinberger, 2005). كما تشير الأبحاث إلى أن الحساسية والمرونة في إدارة التدخلات العلاجية تنتج أفضل النتائج عندما تطبق مبادئ الأدلة في البرامج العلاجية على نحو صارم.

إن استعراض البحوث عن التحيز والاستدلال قد اقترحت إجراءات الحكم السريري التي قد يستخدمها المعالجون في الحد الأدنى لتلك التحيزات، لأن أهمية التوافق في النتائج العلاجية وفهم سمات الشخصية والتدخلات من المعالجين يمكن أن تعزز العلاقة العلاجية باعتبارها أمراً ضرورياً لتحقيق أقصى قدر من الجودة لاهتمامات المريض (Ackerman & Hilsenroth, 2003). كما أن التعاون على أساس الاحترام المتبادل بين الباحثين والخبراء الممارسين يمكن أن يعزز دراسة إحصائية منهجية مفيدة في الخبرة السريرية.

والاحتياجات البحثية الأكثر إلحاحاً هي ما يلي:

- دراسة ممارسات المعالجين الذين يحصلون على أفضل النتائج في المجتمع، سواء في مشكلات عامة أو في حالات معينة من المرضى.
- تحديد المهارات التقنية المستخدمة من قبل المعالجين في إدارة التدخلات النفسية التي أثبتت أن تكون فعالة.
- تحسين الموثوقية والصلاحية، والفائدة السريرية من التشخيصات وحيثيات المشكلة.
- دراسة الظروف التي تزيد في الخبرة السريرية (بدلاً من التركيز في المقام الأول على حدود الخبرة السريرية).
- تحديد دراسة الأخطاء والتحيزات على نطاق واسع في الأدب التي ترتبط بالتناقضات في نتائج العلاج وكيفية تعديلها أو تصحيحها.
- وضع مقاييس معيَّرة على جيد يمكن للمعالجين استخدامها لتحديد أحكام التشخيص وقياس التقدم العلاجي بمرور الوقت، وتقييم العملية العلاجية.
- الخبرات المميزة المرتبطة بالعوامل المشتركة لمعظم العلاجات، والخبرة المحددة لأساليب علاجية معينة.
- يوفر المعالجون بردود فعل المريض الحقيقية قياس التقدم المحرز نتيجة للتدخل العلاجي، والأدوات السريرية التي تدعم ضبط العلاج حسب الحاجة.
- هناك حاجة إلى بحوث إضافية بشأن تأثير خصائص المريض على اختيار العلاج والعمليات العلاجية، والنتائج، إضافة إلى البحث عن الخصائص عبر التشخيص، والأعراض وفعالية التدخلات النفسية في مجموعة متنوعة ثقافياً لهو أمر مهم للغاية. لذا، نقترح الأولويات البحثية التالية:
- خصائص ملاحظة المريض للاستجابة للعلاج في الأوضاع الطبيعية.
- نتائج دراسات مستقبلية حول العلاجات والعلاقات مصممة خصيصاً للخصائص التشخيصية للمرضى، بما في ذلك الكفاءة، وتصاميم العلاج التفاعلي.
- فاعلية التدخلات التي تمت دراستها على نطاق واسع لدى أغلب السكان مع الشعوب الأخرى.

- دراسة طبيعة الصور النمطية الضمنية التي تم علاجها من قبل علماء النفس والمرضى والتدخلات الناجحة للحد من التنشيط أو التأثير الإيجابي أو السلبي.
- طرق لجعل المعلومات عن الثقافة والعلاج النفسي قابلة للوصول لعدد كبير من الممارسين.
- تعظيم الجوانب المعرفية والانفعالية للمعالج، واثار كفاءته في المرضى على اختلاف فئاتهم ومشكلاتهم.
- تحديد النماذج الناجحة لصنع قرار العلاج في ضوء تفضيلات المريض.

ملخص واستنتاج

إن الممارسة القائمة على الأدلة في علم النفس هي التكامل لأفضل البحوث المتاحة بالخبرة العلاجية في سياق خصائص المريض، وثقافته وأفضلياته. والغرض من هذه الممارسة هي تعزيز الممارسة النفسية الفعالة وتعزيز الصحة النفسية لعامة الناس من خلال تطبيق مبادئ تم تدعيمها تجريبياً في ضوء التقييم النفسي، وصياغة الحالة، والعلاقة العلاجية، والتدخل. وقد تم تعلم الكثير خلال القرن الماضي من البحوث النفسية الأساسية والتطبيقية، وكذلك من الملاحظات والفرضيات التي وضعت في الممارسة العلاجية. والعديد من الاستراتيجيات للعمل مع المرضى تم صقلها من خلال أنواع من المحاكمة والخطأ وتوليد فرضيات علاجية، تشكل الجانب العلمي الأكثر دقة في الممارسة السريرية. حتى الآن، اعتبار الفرضيات السريرية ولها حدود، ومن هنا جاءت الحاجة لدمج الخبرة العلاجية بأفضل الأبحاث العلمية. ولعل الرسالة الرئيسية لهذه القوة المهمة أكثر الجوانب تشجيعاً في العملية التي أدت إليها هي تحقيق التوافق بين مجموعة متنوعة من العلماء والأطباء وعلماء النفس لوجهات نظر متعددة حول الممارسة العلاجية القائمة على الأدلة في علم النفس وقد حظيت بتقدير كبير من الاهتمام بناء على مصادر متعددة من الأدلة العلمية. وتعكس هذه الرؤية، إعادة تأكيد علماء النفس أن يعرفوا: أن المنهج العلمي هو وسيلة للتفكير ومراقبة منتظمة، وهذا هو أفضل وسيلة لتعلم ما يصلح منه. وينبغي بذل القرارات السريرية بالتعاون مع المريض على أساس من أفضل الأدلة ذات الصلة بالعلاج، آخذين في الاعتبار التكاليف المحتملة، والفوائد، والموارد والخيارات المتاحة. إن العلاج النفسي هو الذي يجعل الحكم النهائي بشأن خطة التدخل... وأن قرار المريض النشط هو أبلغ عموماً على نحو حاسم لنجاح الخدمات النفسية. والمعالج

هنا لا ينبغي أبداً أن يتخذ القرارات من قبل أشخاص غير مدربين، وليس لديهم دراية بمشكلة المريض. وتتطوي الممارسة القائمة على الأدلة البحثية لمريض معين دائماً على الاستدلالات الاحتمالية للتطبيق والتي قد تتطلب من المريض قرارات وتدخلات لم تعالج بشكل مباشر في البحوث المتاحة. لذلك، فالرصد المستمر لتقديم المريض وتعديل العلاج حسب الحاجة ضرورة EBPPJ. وعلاوة على ذلك، يجب على علماء النفس أن يحضروا مجموعة من النتائج التي قد توحى أحياناً باستراتيجية واحدة وأحياناً بأخرى، ويجب عليهم أن يتعرفوا على القيود المفروضة على البحوث المتاحة وجهاً لوجه بطرق قياس مختلفة لتحقيق النجاح. وقد تشمل النتائج النفسية ليس فقط تخفيف الأعراض ومنع حلقة الأعراض في المستقبل، بل أيضاً جودة الحياة، والتكيف في العمل والعلاقات، والقدرة على اتخاذ خيارات مرضية في الحياة، وتغير في الشخصية، وغيرها من الأهداف التي تمت بالتعاون بين المريض والطبيب. وبناء على كل ذلك، فالممارسة القائمة على الأدلة في علم النفس هي وسيلة لتعزيز تقديم الخدمات للمرضى في جو من الاحترام المتبادل، وفتح التواصل والتعاون بين جميع أصحاب الاهتمام، بما فيهم الأطباء والباحثون والمرضى ومديرو الرعاية الصحية وصناع القرار.

أسئلة مراجعة

- عرف وقارن بين الممارسة القائمة على الأدلة والبرامج القائمة على الأدلة؟
- ما مراحل الممارسة القائمة على الأدلة؟
- ما خصائص الممارسة القائمة على الأدلة في برامج الإرشاد والعلاج النفسي.
- ما أهمية الممارسة على الأدلة في تقييم البرامج الإرشادية والعلاجية.
- ما عوائق تطبيق البرامج القائمة على الأدلة؟
- كيف نستخدم البرامج القائمة على الأدلة في علاج القلق العام؟
- صمم برنامجاً إرشادياً قائماً على الأدلة لفاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في علاج الأسري، مستنداً بذلك على مقارنة البحوث في هذا المجال حول أفضل التقنيات القائمة على الأدلة البحثية في معالجة المشكلات الأسرية.



مراجع الفصل

- خضر، عبد الباسط(٢٠١٣). الممارسة القائمة على الأدلة في العلوم لاجتماعية. بحث منشور في جامعة الملك عبد العزيز. جدة.
- العاسمي، رياض(٢٠١٦). العلاج النفسي. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33.
- American Psychological Association .(2005).Report of the Presidential Task Force on Evidence-Based Practice Ronald F. Levant, EdD, MBA, ABPP, President.
- American Psychological Association. (1995). Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders. Washington, DC.
- American Psychological Association. (2000). Guidelines for psychotherapy with lesbian, gay, and bisexual clients. *American Psychologist*, 55,1440–1451.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57, 1052–1059.
- American Psychological Association. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59, 236–260.
- Baez, T. (2003). A CBT and psychodrama based treatment group for public speaking anxiety with college students. Unpublished manuscript, University of Michigan.
- Bates, L. W., McGlynn, F. D., Montgomery, R. W., & Mattke, T. (1996). Effects of eye-movement desensitization versus no treatment on repeated measures of fear of spiders. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(6), 555–569.
- Bergin and Garfield.(2004). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* 5th Edition, New York, NY : Wiley.

- Barlow, D.H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869–
-
- Bernadette Mazurek Melnyk, .(2012).The Seven Steps of Evidence–Based Practice. 110,. 1.51–54.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits–Cristoph, P., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3–16.
- Cook et al.(2005). Implementation of Evidence–Based Treatment for PTSD. 26/ NO. 4 ISSN: 1050 –1835 • National Center for PTSD.
- Cook, J.M., Dinnen, S., Simiola, V., Thompson, R., & Schnurr, P. (2012). VA residential provider perceptions of dissuading factors to the use of two evidence–based PTSD treatments. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45, 136–142
- Cooney, S., Huser, M., et al. (2007). Evidence Based Programs: an Overview. What Works, Wisconsin Issue 6. University of Wisconsin–Madison and University of Wisconsin– Extension
- Dodge, K. A., Dishion, T. J., & Lansford, J. E. (2006). Deviant peer influences in programs for youth: Problems and solutions. New York: Guilford Press.
- Ennett, S.T., Tobler, N.S., Ringwalt, C.L., & Flewelling, R.L. (1994) How effective is Drug Abuse Resistance Education? A meta–analysis of Project DARE outcome evaluations. *American Journal of Public Health*, 84(9), 1394.
- Fischer, J. E., & O’Donohue, W. T. (Eds.). (2006). . New York: Springer.
- Fischer, J. & O’Donohue. (2009), Evaluating practice: Guidelines for the accountab professional (6th Ed.). Boston: Allyn and Bacon.452 Part 4
- Fixsen, D. Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Health Institute, The National implementation Research Network Health Institute, The National implementation Research Network.

- Harris, D.J, Eilers J, Harriman A, Cashavelly BJ, Maxwell C.(2008). Putting evidence into practice: evidence-based interventions for the management of oral mucositis. *Clin J Oncol Nurs*. 2008 Feb;12(1):141–52
- Hollon, S.D., Stewart, M.O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285–315.
- Institute of Medicine. (2003). *Unequal treatment: Confronting racial and ethnic disparities in health care* (B. D. Smedley, A. Stith, & A. R. Nelson, Eds.). Washington, DC: National Academies Press.
- Karoly L, Kilburn M, Cannon J. (2005). *Early childhood interventions: Proven results, future promise*. Santa Monica, CA: RAND.
- Kazdin et al.(2003). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents, Second Edition* 2nd Edition. New York: Guilford. USA
- Kyler, S., Bumbarger, B., & Greenberg, M. (2005). *Evidence-based programs: Technical assistance fact sheet*. University Park, PA: The Pennsylvania State University, Prevention Research Center. (ERIC Document Reproduction Service NO. ED496419).
- Lambert, J.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., 139–193). New York: Wiley.
- Leff, H. S. (2002). Section V: Insurance for Mental Health Care: Chapter 17. A Brief History of Evidence-Based Practice and a Vision for the Future. SAMHSA's National Mental Health Information Center. <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA043938/Chapter17>
- Levant, R.F. (2005, July 1). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. American Psychological Association.

- Newman, D. L., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Silva, P. A. (1998). Comorbidity disorders: Implications for treatment and sample selection. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 305–311.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Oman, K. S., Duran, C., & Fink, R. (2008). Evidence-based policy and procedures: An algorithm for success. *Journal of Nursing Administration*, 38(1), 47–51.
- (SAMHSA). (2005). SAMHSA model programs: Background. Retrieved February 7, from [http://www.modelprograms.samh.gov/fundamentals/Science-Based Substance Abuse and Mental Health Services Administration Comparison Matrix](http://www.modelprograms.samh.gov/fundamentals/Science-Based%20Substance%20Abuse%20and%20Mental%20Health%20Services%20Administration%20Comparison%20Matrix.pdf).
- (SAMSHA) (2002). Comparison matrix of science-based prev programs. Retrieved February 7, 2005 from <http://modelprograms.samhsa.gov/pdfs/C>
- SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP): Substance Abuse Prevention Programs (Ages 6–12; 13–17).
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71–72.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2 ed.). New York: Churchill Livingstone.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.

- Sackett ,D. L., Rosenberg,W. M., Gray,J. A., Haynes,R. B., Richardson,W. S. (1996).Evidence based medicine: What it is and what it isn't. British Medical Journal, 312, 71 72.
- Salbach, N.M, Jaglal SB, Korner-Bitensky N, Rappolt S, Davis D.(2007).Practitioner and organizational barriers to evidence–based practice of physical therapists for people with stroke. Phys Ther.;87(10):1284–303.
- Sexton, T. L. (1996). The relevance of counseling outcome research: Current trends and practical implications. Journal of Counseling and Development, 74, 590–600.
- Summerskill, W., & Pope, C. (2002). An exploratory qualitative study of the barriers to secondary prevention in the management of coronary heart disease. Family Practitioner, 19, 605–610.
- Tucker, J.A, Roth DL. (2006).Extending the evidence hierarchy to enhance evidence–based practice for substance use disorders. Addiction. 101:918–
- Turan .Janet. M .et al .(2006).challenges for the adoption of evidence based maternity care in Turkey. Social Science & Medicine 62(9):2196–204 .
- VanHasselt, V., & Hersen, M. (Eds.) (1996).
- Wampold, B.E. (2010). The basic of psychotherapy: An introduction to theory and practice. Washington D.C.: American Psychological Association.
- Westen, D., & Weinberger, J. (2005). In praise of clinical judgment: Meehl's forgotten legacy. Journal of Clinical Psychology, 61, 1257–1276.
- Youngblut, J., Brooten, D. Evidence–based nursing practice: Why is it important?. AACN Clinical Issues. 2001; 12:468–476.







A			
Accommodation	إقامة	Accountability System	نظام المساءلة
Analytic psychology	علم النفس التحليلي	Acceptance	قبول
Advocacy	التأييد	Attentive Listening	الإصغاء الانتباهي
Assessment	التقييم	A PA.	الجمعية الأمريكية لعلم النفس
Acceptance and commitment therapy	نظرية القبول والالتزام	Affect	الأثر
B			
Behavioral Modification	تعديل السلوك	– Behavioral Observations	الملاحظات السلوكية
Between Group Designs	تصميمات بين المجموعات	Behavioral Techniques	التقنيات السلوكية
Bereavement Reactions	ردود فعل التخلي	Behavioral Activation	التنشيط السلوكي
biofeedback therapy	العلاج بالتغذية الراجعة	Behavioral Therapy	العلاج السلوكي
Biofeedback	التغذية الراجعة	Behavior marital therapy	العلاج السلوكي الزوجي
clinical training	تدريب إكلينيكي	Breakdown and Disorganization	الانهيار وعدم الانتظام
C			
Coordination of Services	تنسيق الخدمات	Committed Action	العمل الملزم
Clinical Judgment	حكم إكلينيكي	Cognitive attentional syndrome	متلازمة الانتباهية المعرفية
Clinical Psychology	علم النفس السريري	cognitive behavioral analysis system of psychotherapy	التحليل المعرفي السلوكي للعلاج النفسي
Psychotherapist.	المعالج النفسي	Classical Conditioning	الاشتراط الكلاسيكي

Counseling	الإرشاد	Client Centered therapy.	العلاج المتمركز على العميل
Cognitive Behavioral Therapy	العلاج السلوكي المعرفي	-Clinical health Psychology	علم نفس الصحة الإكلينيكي
Cognitive Behavioral Perspectives	تصورات معرفية سلوكية	Cognitive Behavioral Therapy	العلاج المعرفي السلوكي
Clinical Psychology	علم النفس السريري	Client centered therapy	العلاج النفسي المتمركز على العميل
Congruence	التناقض	Conscious	الشعور
Counter conditioning	الإشراف المضاد	Client	العمل أو الزبون أو المتعالج
D			
Decisional Balance	ميزان اتخاذ القرار	Emerging Theories	النظريات الناشئة
Diagnostic Interview	المقابلة التشخيصية	Dialectical behavior therapy	العلاج الجدلي السلوكي
Evidence-based programs	البرامج القائمة على الأدلة	Evidence-based practice	البرامج القائمة على الأدلة
Existential and Humanistic Perspectives	التصورات الوجودية والإنسانية	Directive – Confrontation	المواجهة المباشرة
Delivery System	نظام التقديم	Dynamic	الدينامية
Discrepancy	تناقض	descriptive research	منهج وصفي
E			
Ethical Standards	المعايير الأخلاقية	Eclecticism	الانتقائية
External regulation	التنظيم الخارجي	Eclectics method	الطريقة الانتقائية
Environmental intervention	التدخل البيئي	Empathic Listening	الإصغاء التعاطفي
Experiments	الخبرات	Evaluation of Treatment	تقييم العلاج

Extremely Hostile	العدائية المفرطة	Effectiveness	الفاعلية
Effect-size techniques	تأثير حجم الأثر	Expectancy	التوقع
Evidence-Based Practice	الممارسة القائمة على البراهين	Evidence-Based_Therapy	العلاج المستند على الأدلة
expressive behavior	السلوك التعبيري	Ego Defense Mechanisms	آليات دفاع الأنا
F			
Family therapy	العلاج الأسري	family Systems	النظم الأسرية
Functional analytic psychotherapy	علاج النفسي للتحليل الوظيفي	Facilitator	الميسر
Functional conceptualism	السياقية الوظيفية	Flashback	تغذية راجعة سريعة
Free Association	التداعي الحر	Focusing	تركيز
G			
Group Therapy	العلاج الجماعي	Giving Directives	إعطاء توجيهات
Gratitude Visit	زيارة الامتنان	Group contagion	عدوى جماعية
H			
Helping Relationships	علاقات المساعدة	Homework Assignments	الواجبات المنزلية
Hypotheses	فرضية	Health care	رعاية صحية
I			
Integrative psychotherapy	العلاج التكاملية	Incongruence	التناقض
Integrated Treatment	العلاج المتكامل	Insight	التبصر
Implementation of Treatment	تطبيق العلاج	Individual therapy	العلاج الفردي
Instilling Hope	غرس الأمل	Implications	تطبيقات
Introjected regulation	تنظيم غير منضبط	Integrative Approach	أسلوب تكاملي

Integrative behavioral couple therapy	العلاج الزوجي القائم على التكامل السلوكي		
Logo therapy technique	تقنيات العلاج المنطقي		
M			
Management System	نظام الإدارة أو التعامل	Metacognitive therapy	علاج ما وراء المعرفة
Meditation.	التأمل	Mindlessness	الغفلة
Motivation	الدافعية	Meta –analysis	تحليل ما وراء المعرفة
Mastery	التمكن	Mindfulness	اليقظة العقلية
N			
Neurosis	العصاب	Narrative Approach	الأسلوب السردى
Naturalistic Observation	ملاحظة طبيعية	Narratibe	فنية الملاحظة
O			
Organization	تنظيم	Obsessive–Compulsive Disorder	اضطراب الوسواس القهري
Displacement	نقل، إزاحة		
P			
Psychotherapy	العلاج النفسي	Positive Therapy	العلاج الإيجابي
Psychiatry	الطب النفسي	Positive psychology	علم النفس الإيجابي
Pre– contemplation	ما قبل التأمل	Psychoanalytic Therapy	العلاج النفسي التحليلي
Prolonged Grief Disorder	اضطراب الحزن المعقد	Therapeutic Personality Change	تغير الشخصية العلاجية
Psychotherapeutic Intervention	تدخل علاجي	Psychotherapy Eclectic	الانتقائية العلاجي
Psychotherapy integration	تكامل علاجي نفسي	Pathway to psychotherapy integration	مسارات العلاج التكاملية
Personal/ Social Development	النمو الشخصي الاجتماعي	Psychic– Determinism	الاحتمية النفسية
R			

Relationship	علاقة	Rotational Methods	الطرق التبادلية
S			
School Counseling	الإرشاد المدرسي	System Support	نظام الدعم
Symptoms	الأعراض	Psychosomatic Disorder	الاضطرابات السيكوسوماتية
Self-Determination Theory	نظرية تعيين الذات	Self-efficacy	الكفاءة الذاتية
Self-Esteem	تقدير الذات	School Counseling Program	برنامج الإرشاد المدرسي
The Scholar- Practitioner model	نموذج الباحث الممارس	Self-Monitoring	مراقبة ذاتية
Scientist-Practitioner model	نموذج العالم الممارس	Syndromes	متلازمات
Self –Presentation	تقديم الذات	Schema therapy	العلاج المخطط
	الرؤية المسلسلة		التسامي
T			
Treatment	علاج	supportive psychotherapy	العلاج التديمي
Training Requirements	متطلبات التدريب	Traumatic experiences	الخبرات الصادمة
Therapeutic Contract	العقد العلاجي	Training Authority	هيئة التدريب
Termination and Fellow-up	الانتهاء والمتابعة	Third wave cognitive counseling	الإرشاد المعرفي للموجة الثالثة
Therapeutic Alliance	التحالف العلاجي	Transference	التحول
U			
Unconscious	اللاشعور	Understanding	فهم
Values in Action	القيم في العمل		



المقومون العلميون

الأستاذ الدكتور/ أحمد الزعبي

أستاذ في قسم الإرشاد النفسي

الأستاذة الدكتور/ أمينة رزق

أستاذة في قسم علم النفس

الأستاذ الدكتور/ علي نخيلي

أستاذ في قسم علم النفس

المدقق اللغوي

الدكتور عبد الكريم الحسين

قسم اللغة العربية بجامعة دمشق

حقوق الطبع والترجمة والنشر محفوظة لمديرية الكتب والمطبوعات الجامعية

