



المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية
National Center For Mental Health Promotion

Interpersonal psychotherapy (IPT)

العلاج النفسي الينشخصي

دليل النظرية والتطبيق



ح) المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية ، ١٤٤٧ هـ

العمري ، لينا عائض العمري - مراجعة: المركز الوطني لتعزيز الصحة
العلاج النفسي الـبنشخصي - دليل النظرية والتطبيق. / لينا
عائض العمري - مراجعة: المركز الوطني لتعزيز الصحة العمري -.
الرياض ، ١٤٤٧ هـ

..ص ؛ ..سم

رقم الإيداع: ١٤٤٧/١٥٧٥٧
ردمك: ١٥٠٧-١٥٠٩-٨٤٥٩-٦٠٣-٩٧٨

المعلومات الواردة في هذا الدليل (الأصدار) لا تعبر بالضرورة
عن رأي المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية

إعداد:

د. ليلى العمري

اختصاصية نفسية
دكتوراه في الإرشاد النفسي

اعتماد

لجنة مراجعة المحتوى بالمركز الوطني
لتعزيز الصحة النفسية

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرس الدليل:

3	نظرة عامة لمحتوى الدليل
4	الأهداف العامة – الأهداف الفرعية للدليل
5	الفئة المستهدفة
5	المصطلحات
8	الفصل الأول: مقدمة في العلاج النفسي بينشخصي
9	مقدمة
10	المبادئ الأساسية للعلاج النفسي بينشخصي
11	الخلفية النظرية للعلاج النفسي بينشخصي
17	الأهداف الأساسية للعلاج النفسي بينشخصي
18	تطبيقات العلاج النفسي بينشخصي
19	الفصل الثاني: مراحل العلاج النفسي بينشخصي
21	المرحلة الأولى: التشخيص والتقييم
29	المرحلة الوسطى: تخطيط وتنفيذ التدخلات العلاجية
46	المرحلة النهائية: تقييم تحقيق الأهداف العلاجية
48	مرحلة المتابعة: المحافظة على النتائج العلاجية
50	الفصل الثالث: الجودة والالتزام بتعليمات الممارسة
51	قياس الجودة والالتزام بتعليمات العلاج النفسي بينشخصي
52	شرح تعليمات تقييم ممارسة العلاج النفسي بينشخصي
54	مقياس الجودة والالتزام بالعلاج النفسي بينشخصي
60	الفصل الرابع: القضايا الأخلاقية والقانونية في العلاج النفسي بينشخصي
61	الحفاظ على السرية
61	التوعية بإجراءات الموافقة
62	الحفاظ على الحدود المهنية
63	استيفاء متطلبات التدريب والتعليم المستمر
65	المصادر
67	مواقع هامة

نظرة عامة لمحتوى الدليل

يُعد هذا الدليل مرجعًا علميًا حول العلاج النفسي الـبينشخصي (IPT)، حيث يجمع بين الأسس النظرية والتطبيقات العملية، ويقدم إطارًا شاملًا للمعالجين النفسيين الراغبين في إتقان هذا النموذج العلاجي القائم على الأدلة. يتناول الدليل في فصوله مختلف الجوانب المتعلقة بالعلاج النفسي الـبينشخصي، بدءًا من المبادئ النظرية والنماذج المفسرة للاكتئاب في سياق العلاقات الشخصية، وصولًا إلى مراحل التطبيق العملي وخطط التدخل ومقاييس الجودة والالتزام بتعليمات الممارسة، إضافة إلى القضايا الأخلاقية والقانونية المرتبطة بالتطبيق العلاجي.

كما يعرض الدليل مراحل العلاج النفسي الـبينشخصي بأسلوب تدريجي عملي، حيث يوضح كيفية التعامل مع المريض منذ مرحلة التقييم والتشخيص، والتي تركز على تحديد مجال المشكلات الشخصية المساهمة في استمرار الأعراض المرضية، مرورًا بتخطيط وتنفيذ التدخلات العلاجية خلال المرحلة الوسطى، وذلك باستخدام استراتيجيات مثل التعبير الانفعالي، وتحليل الاتصال، ولعب الدور، والتدريب على مهارات التواصل، وحل المشكلات، وصولًا إلى المرحلة النهائية لتقييم الأهداف العلاجية ومتابعة النتائج لضمان الحفاظ على المكاسب العلاجية ومنع الانتكاس.

ويتميز الدليل باستخدام الرسوم التوضيحية التي تعين المعالج النفسي على فهم سير العملية العلاجية بوضوح. حيث تُعد الرسوم التوضيحية أدوات عملية تساعد المعالج على توضيح مراحل العلاج، وتحليل المشكلات للعميل بشكل بصري منظم. تسهم هذه الرسوم في تسهيل فهم العميل لديناميات العلاقات الشخصية وأنماط التواصل، وتساعد على تتبع تطور الأعراض وعلاقتها بمشكلاته الشخصية بوضوح. كما تدعم الرسوم (مثل دائرة العلاقات، ومفترق الطرق، ومسار النزاع) القدرة على تحديد المشكلات وبناء خطط علاجية موجهة وفعّالة. وبذلك، تعمل الرسوم التوضيحية على تعزيز المشاركة النشطة للعميل داخل الجلسات، وتحفزه على إدراك مشاعره وتفاعلاته الاجتماعية بعمق، وبالتالي، فهي وسائل تفاعلية تعزز التحالف العلاجي وتسهم في تحقيق الأهداف العلاجية بكفاءة.

الأهداف العامة للدليل:

يهدف هذا الدليل إلى تمكين المعالجين النفسيين من تحقيق ما يلي:

• أولاً: فهم الإطار النظري للعلاج النفسي الـبينشخصي (IPT)

التعرف على الأساس النظري الذي بُني عليه العلاج النفسي الـبينشخصي باعتباره منهجاً قائماً على الأدلة، والذي يربط بين العلاقات الشخصية والصحة النفسية، كما يسهم في تفسير وعلاج الاكتئاب والاضطرابات النفسية الأخرى.

• ثانياً: تعزيز القدرة على استخدام استراتيجيات وتقنيات العلاج النفسي الـبينشخصي:

يسهم الدليل في تطبيق العلاج النفسي الـبينشخصي بشكل متسلسل وممنهج، بدءاً من تحديد المشكلات الشخصية المرتبطة بالأعراض المرضية، وصولاً إلى تدريب المرضى على مهارات التواصل وبناء شبكات الدعم الاجتماعي.

• ثالثاً: رفع جودة وكفاءة الممارسة المهنية للمعالج النفسي:

وذلك من خلال توفير إجراءات واضحة لمتابعة التقدم العلاجي، وتقييم تحقيق الأهداف العلاجية، مع مراعاة مبادئ الجودة والالتزام بتعليمات الممارسة القائمة على المقاييس المعتمدة عالمياً.



الأهداف الفرعية للدليل:

تتضح الأهداف الفرعية التي تركز على تمكين المعالج النفسي من تحقيق الاستفادة القصوى من هذا الدليل كما يلي:

تحسين مهارات التقييم السريري للعلاقات الشخصية لفهم ديناميكيات التعلق والاتصال وشبكات الدعم الاجتماعي للمريض، وربطها بالأعراض النفسية التي يعاني منها.

تعلم صياغة الحالة وفق مبادئ العلاج النفسي البينشخصي، مع التركيز على تحديد مجال المشكلات (النزاعات البينشخصية، تحول الأدوار، الفقد والحداد) وربطها بالخطة العلاجية المناسبة.

اكتساب مهارات تطبيق الفنيات العلاجية المركزية في العلاج النفسي البينشخصي مثل لعب الدور، تحليل الاتصال، التدريب على مهارات التواصل، والتعبير العاطفي، بما يساهم في تحسين العلاقات الشخصية وتقليل أعراض المرضية.

الاستعداد لمواجهة تحديات إنهاء العملية العلاجية والانتقال إلى مرحلة المتابعة؛ لضمان استدامة النتائج العلاجية ومنع الانتكاس لدى المرضى بعد انتهاء الجلسات.

إجادة استخدام مقاييس الجودة والالتزام بالتطبيق العلاجي لضمان تقديم خدمة علاجية عالية الجودة، مع مراعاة لمعايير الأخلاقية والقانونية في أثناء العملية العلاجية

الفئة المستهدفة:

هذا الدليل موجه إلى المتخصصين في الصحة النفسية والذين يدرجون ضمن الفئات التالية:

الاختصاصيون النفسيون والأطباء النفسيون الراغبون في التدريب على تطبيق العلاج النفسي البينشخصي وفق دليل منظم قائم على الأدلة.

المتدربون من طلاب برامج الماجستير والدكتوراه في علم النفس العيادي والإرشادي ممن يتعلمون مهارات تطبيق جلسات العلاج النفسي البينشخصي مهنيًا وضمن برامج مرخصة ومعتمدة.

المشرفون والمدرّبون في برامج تدريب العلاج النفسي البينشخصي المعتمدة، وذلك لاستخدام الدليل في الإشراف العيادي وضمان الالتزام بمعايير الممارسة.

يتم التعريف بالمصطلحات في سياق العلاج النفسي الينشخصي، وذلك كما يتضح في الجدول التالي:

"شكل منظم من أشكال العلاج النفسي محدود الوقت، يركز على تحسين الأداء الشخصي لتخفيف حدة أعراض الاضطرابات النفسية، وخاصة الاكتئاب" (World Health Organization, 2016)	العلاج النفسي الينشخصي Interpersonal Psychothera
وسيلة تقييم للعلاقات، تُجرى خلال المرحلة الأولى من العلاج النفسي الينشخصي، تتضمن مراجعة للعلاقات الشخصية الرئيسية للمريض، الماضية والحالية، بالإضافة إلى تقييم جودة العلاقات: الجوانب الإيجابية/السلبية من وجهة نظر العميل، مع التركيز على كيفية ارتباط هذه التفاعلات بالأعراض المرضية. (Stuart & Robertson, 2012)	سجل العلاقات الشخصية Interpersonal Inventory
فهم عملي لوضع المريض، قائم على أسس نظرية، يشمل معلومات حول التركيب البيولوجي والنفسي للمريض، ونمط تعلقه، وشخصيته، وسياقه الاجتماعي وثقافته وتوجهاته الروحانية، مما يشكل فرضية معقولة لتفسير الأعراض الحالية. (Stuart & Robertson, 2012)	صيغة الحالة الشخصية Interpersonal Formulation
وصف شخصي لضيق المريض، يشمل نقاط القوة، وأهداف المريض العلاجية، وهو وسيلة عملية للمضي قدماً نحو التغيير المطلوب (Stuart & Robertson, 2024).	ملخص الحالة الشخصية Interpersonal Summary
العلاقة التعاونية والداعمة بين المعالج والمريض، والتي تُبنى على الثقة، والتفاهم، والتعاون من أجل تحقيق أهداف العلاج (Weissman et al., 2018).	التحالف العلاجي Therapeutic Alliance
وضع في العلاقة مع شخص مهم في حياة الفرد، يتميز هذا الوضع بوجود صراعات وعدم توافق في وجهات النظر نتيجة وجود توقعات مختلفة، مما قد يؤدي إلى ضيق نفسي (Weissman et al., 2018).	النزاعات الينشخصية Interpersonal Dispute
تغير الوضع الشخصي، أو الاجتماعي، أو المهني، أو البيئي، أو الصحي، إلى وضع آخر يتطلب مجهود جسدي أو عقلي للتكيف معه، مما قد يؤدي إلى ضيق نفسي. (Stuart & Robertson, 2012)	تحولات الدور Role Transitions
عاطفة حزن عميقة يختبرها الشخص بعد موت شخص عزيز (Weissman et al., 2018).	حزن الفقد Grief
الإصابة بحزن مستمر نتيجة موت شخص عزيز، فيختبر الشخص حالة الفقد كحزن صادم، ويكون الشوق إلى المتوفى أو الانشغال به مستمراً، فينظر للفقد على أنه صدمة مصحوبة بصور اقتحامية (Weissman et al., 2018).	حزن الفقد المعقد Complicated Grief

وصف الوضع الحالي للأطراف المتنازعة حول مدى تفاعلهم وتواصلهم من خلال ثلاث مراحل: إعادة التفاوض أو توقف النقاش أو إنهاء العلاقة (Weissman et al., 2018).	مرحلة النزاع Stage of Dispute
فنية علاجية تعمل على فهم وتحديد تجربة المريض في أثناء تعبيره عن حالة الضيق، وذلك من خلال إعادة صياغة حديث المريض أو من خلال أسئلة فورية للتحقق من شكوى المريض. (Stuart & Robertson, 2012)	الإيضاح Clarification
استنباط المعالج للتجارب العاطفية للعملاء وتوضيحها عند ظهورها في سياقات شخصية، وذلك من خلال تشجيع العملاء على تحديد المشاعر المرتبطة بالأحداث المهمة والتعبير عنها وربطها بتفاعلاتهم وبالمشكلات الشخصية المحورية (النزاعات، تحولات الدور، حزن الفقد)، مما يعزز وضوح المشاعر، وتسهيل التواصل وحل المشكلات الشخصية وتخفيف الأعراض المرضية. (Stuart & Robertson, 2024)	التعبير العاطفي Use of Affect
التكيف بفعالية مع الضغوط العاطفية، والصدمات، والمواقف الصعبة، من خلال تنظيم المشاعر السلبية، والحفاظ على التوازن النفسي، والعودة إلى حالة الاستقرار بعد مواجهة التحديات والأزمات. (Southwick & Charney, 2012)	المرونة العاطفية Emotional Resilience
الكشف عن تفاعلات المريض، وفحص وتحديد مشكلاته في التواصل من خلال استخلاص المعالج سرداً مفصلاً لنقاش مهم يُوقش بين المريض وشخص مهم في حياته، وذلك لفهم حالة المريض النفسية وأنماط سلوكه التفاعلي، بالإضافة إلى ما تعنيه هذه المحادثة للمريض (Weissman et al., 2018).	تحليل الاتصال Communication Analysis
قدرة الفرد على الانخراط في حوارات واضحة ومتعاطفة وحازمة، تُعزز التفاهم، وتُحل النزاعات، وتُوطد العلاقات الشخصية في السياق العلاجي والاجتماعي. تمثل هذه المهارات محوراً للتدخل وألية للتغيير العلاجي (Weissman et al., 2018).	مهارات التواصل Communication skills
تشجيع المريض على لعب دور شخص آخر، وذلك من خلال ممارسة محادثة خيالية مع المعالج، وذلك بهدف تطوير مهارات المريض في التواصل والمواجهة والإفصاح عن الذات وتأكيداتها، مما يساعد في إعداد المريض للتفاعل مع الآخرين بصورة أكثر فاعلية (Weissman et al., 2018).	لعب الدور Role Play
نهج منظم لتحديد ومعالجة مشكلات شخصية محددة تُسهم في الضائقة النفسية للشخص، يتضمن ذلك تحديد مشكلة مُحددة، وتوليد حلول مُمكنة، وتقييم البدائل المتاحة، وتطبيق الحل الذي تم اختياره بالتعاون مع المعالج (Weissman et al., 2000).	حل المشكلات Proplem Solving
عملية عقلية منظمة يستخدم فيها الفرد العمليات المعرفية مثل الانتباه، والإدراك، والذاكرة، والاستدلال؛ لتحليل المعلومات، وحل المشكلات، واتخاذ القرارات على أسس منطقية واستنتاجات عقلانية (Ormrod et al., 2020).	التفكير المنطقي Logical Thinking

الفصل الأول:

مقدمة في علاج النفسي الينشخصي



مقدمة في العلاج النفسي الينشخصي

مقدمة:

يُعتبر العلاج الينشخصي (IPT) أحد نماذج العلاج النفسي المحدود زمنياً، ويستهدف تحسين الوظائف التفاعلية وتخفيف حدة المعاناة النفسية. يتمحور العلاج حول العلاقات الشخصية ومساعدة المرضى على تطوير مهاراتهم الاجتماعية وتغيير توقعاتهم حولها، كما يستهدف تعزيز الدعم الاجتماعي للمرضى مما يمكنهم من إدارة مشكلاتهم على النحو الأفضل.

وقد طوّر العلاج النفسي الينشخصي خلال سبعينيات القرن الماضي من قبل كلاً من كليمان ووايزمان (Klerman & Weissman) وهو من العلاجات المشتقة من العلاج السيكودينامي، حيث يعتبر علاجاً مركزاً للاكتئاب والاضطرابات الأخرى التي تتأثر بالمشكلات المتعلقة بالعلاقات الشخصية، وكيف يمكن لهذه المشكلات أن تتزامن مع الأعراض المرضية. ويستند الأساس النظري للعلاج النفسي الينشخصي على فكرة أن الاضطرابات النفسية تحدث في سياق العلاقات المضطربة، فغالبية المرضى يشيرون بصورة متكررة لربط تطور الأعراض الاكتئابية بالظروف الشخصية التي يعانون منها. (Frank & Levenson, 2010)

اعتمدت كلاً من الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) ومنظمة الصحة العالمية للعلاج النفسي الينشخصي كمنهج قائم على الأدلة والبراهين، ويعمل كعلاج أولي محتمل للاكتئاب. وتم تعريفه كما يلي: "العلاج النفسي الينشخصي هو شكل منظم من أشكال العلاج النفسي محدود الوقت، يركز على تحسين الأداء الشخصي لتخفيف حدة أعراض الاضطرابات النفسية، وخاصةً الاكتئاب". (World Health Organization, 2016)

في حين عرف ستيوارت وروبرتسون، وهما من أهم رواد العلاج النفسي الينشخصي، هذا النوع من النهج العلاجي بأنه "علاج قصير الأمد، يساعد المرضى على فهم القضايا الشخصية الكامنة التي تثير الاكتئاب والقلق، مثل حزن الفقد غير المحلول، والتغيرات في الأدوار الاجتماعية، والنزاع مع الأشخاص المهمين في حياة الفرد، وغيرها من المشكلات المتعلقة بالعلاقات الشخصية، حيث يساعد الأشخاص على تعلم طرق صحية للتعبير عن مشاعرهم، وتحسين اتصالاتهم، وكيفية ارتباطهم بالآخرين، وغالباً ما يستخدم لعلاج الاكتئاب". (Stuart & Robertson, 2012).

المبادئ الأساسية للعلاج النفسي الينشخصي:

تستند المبادئ الأساسية للعلاج النفسي الينشخصي إلى الاعتقاد بأن القضايا المتعلقة باضطراب العلاقات الشخصية يسهم في مشكلات الصحة النفسية، ومن خلال معالجة هذه القضايا وحلها، يمكن تخفيف الأعراض المرضية وتحسين الأداء بشكل عام. (Joel, 2019) وتوضح أهم مبادئ العلاج النفسي الينشخصي فيما يلي:

1. التركيز على الحاضر: يؤكد العلاج النفسي الينشخصي على التركيز على الوضع الراهن وكيف تؤثر العلاقات الشخصية الحالية على صحة الفرد النفسية. ويشمل ذلك استكشاف الصراعات وأنماط الاتصال وشبكات الدعم الاجتماعي.

2. استكشاف أنماط التواصل في العلاقات: يتضمن العلاج النفسي الينشخصي تحديد أنماط التواصل المتكررة في العلاقات التي قد تساهم في الضيق. ومن خلال فهم هذه الأنماط، يمكن للأفراد تعلم التغييرات اللازمة وإجراءها لتحسين علاقاتهم.

3. توضيح المشاعر: يساعد العلاج النفسي الينشخصي الأفراد على تحديد وتوضيح مشاعرهم المتعلقة بصعوباتهم الشخصية. ومن خلال استكشاف وفهم مشاعرهم، يمكن للأفراد تعلم طرق أكثر صحة للتعبير عن أنفسهم والتواصل بشكل فعال مع الآخرين.

4. بناء المهارات: يركز العلاج النفسي الينشخصي على تعليم الأفراد مهارات عملية لتحسين علاقاتهم الشخصية، مثل التواصل الفعال وحل المشكلات وتقنيات حل النزاعات. ومن خلال تطوير هذه المهارات، يمكن للأفراد تحسين جودة علاقاتهم وتقليل مشاعر الضيق.

5. تعزيز الدعم الاجتماعي: يشجع العلاج النفسي الينشخصي الأفراد على بناء وتعزيز شبكات الدعم الاجتماعي الخاصة بهم. ومن خلال تعزيز العلاقات الإيجابية والداعمة، يمكن للأفراد تجربة مرونة عاطفية أكبر وتقليل مشاعر العزلة.

علمًا بأن المرونة العاطفية (Emotional Resilience) تشير إلى قدرة الفرد على التكيف بفعالية مع الضغوط العاطفية، والصدمات، والمواقف الصعبة، من خلال تنظيم المشاعر السلبية، والحفاظ على التوازن النفسي، والعودة إلى حالة الاستقرار بعد مواجهة التحديات والأزمات. (Southwick & Charney, 2012)

وتتضح السمات الرئيسية للأشخاص ذوي المرونة العاطفية فيما يلي:

الوعي بمشاعرهم: فهم وتحديد ما يشعرون به ولماذا.

الكفاءة الذاتية: الثقة في قدرتهم على التعامل مع التحديات.

التفاؤل: الحفاظ على نظرة إيجابية، ومفعمة بالأمل.

الدعم الاجتماعي: التركيز على العلاقات الداعمة والحفاظ عليها.

المرونة المعرفية: القدرة على تعديل التفكير والسلوك بما يتناسب مع المواقف الجديدة.

الخلفية النظرية:

تلعب النظريات النفسية دوراً أساسياً في فهم المشكلات النفسية وتطوير أساليب العلاج الفعالة. ومن بين هذه النظريات، برزت عدة توجهات ساهمت في تشكيل أسس العلاج النفسي البينشخصي (IPT)، وتتشرك هذه النظريات في التركيز على تحسين العلاقات الاجتماعية وتأثيرها على الصحة النفسية. تشمل هذه النظريات ما يلي:

نظرية التعلق:

تصف نظرية التعلق الطريقة التي يُشكّل من خلالها الأفراد العلاقات مع الآخرين عبر مراحل نموهم، حيث اعتبر بولبي (Bowlby, 1988)، رائد نظرية التعلق، أن أسلوب التعلق بالآخرين هو بمثابة الأساس لسلوك التواصل بين الأشخاص، فتعتمد هذه النظرية على فرضية أن الحافز الداخلي في الإنسان يدفعه لتشكيل علاقاته الشخصية بناءً على الطريقة التي تم فيها بناء علاقته مع الوالدين أو مقدمي الرعاية خلال مراحل حياته الأولى، مما يدفع الفرد إلى البحث عن الرعاية والطمأنينة بطرقه الخاصة التي نشأ عليها خلال سنوات الطفولة الأولى، ويؤكد بولبي بأن رغبة الشخص في أن يحظى بالرعاية والحب هو جزء لا يتجزأ من الطبيعة البشرية طوال فترة نموه، فالتعبير عن هذه الرغبات هو أمر متوقع من كل شخص ناضج وخاصة خلال أوقات المرض والشدة، ولذلك فعندما يكون التعلق غير آمن وغير كافي خلال السنوات الأولى، فإن الأشخاص يكونون أكثر عرضة للشعور بالضيق في حالة حدوث نزاعات أو فقدان عزيز أو في حالات تحول الأدوار، وقد يتفاقم هذا الضيق نتيجة لنقص شبكات الدعم الاجتماعي المحيطة بهم.

وقد حددت نظرية التعلق أربعة أنماط من التعلق التي تميز علاقات الشخص مع الآخرين. ويوضح الجدول التالي الأنماط الأربعة من التعلق، والتي تتمثل أولاً في نمط التعلق الآمن والذي يقود إلى تشكيل علاقات صحية بناءً، توفر للفرد دعم اجتماعي كافي خلال أوقات الشدة أو المرض، في حين أن الأنماط الثلاثة الأخرى المتمثلة في التعلق القلق، والمتجنب، وغير المنتظم، تعتبر أنماط غير صحية تؤدي إلى تشكيل علاقات مضطربة وغير متوازنة مع الآخرين خلال مراحل العمر.

طبيعة العلاقات المتوقعة في مرحلة البلوغ	الأسلوب التربوي	نمط التعلق
<ul style="list-style-type: none"> ● يشعر بالراحة في العلاقات الحميمة، أو في حالة الاستقلالية. ● يتمتع بتقدير ذاتي إيجابي. ● يثق بالآخرين ويحافظ على علاقات مستمرة. 	<ul style="list-style-type: none"> ● استجابة متسقة، دافئة، وداعمة من الوالدين أو مقدمي الرعاية. ● تشجيع على الاستقلالية. 	<p>التعلق الآمن (Secure)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● يحتاج بشدة إلى القرب لكنه يخاف من الهجر. ● يتصرف أحياناً بتعلق مفرط أو تمكُّك. ● شديد الحساسية للاستجابات العاطفية. 	<ul style="list-style-type: none"> ● رعاية غير متسقة (أحياناً حنونة وأحياناً مهملة). ● تدخل مفرط أو حماية زائدة. ● تلاعب عاطفي (إشعار الطفل بالذنب في حالة عدم تلبية احتياجاته). 	<p>التعلق القلق - الانشغالي (Anxious - Preoccupied)</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● يجد صعوبة في التعبير العاطفي. ● يقلل من أهمية المشاعر. ● يفضل الاستقلالية على الاقتراب من الآخرين. 	<ul style="list-style-type: none"> ● برود عاطفي أو رفض من الأهل. ● دفع الطفل للاستقلال مبكراً ويفراط 	<p>التعلق التجنبي - الرافض ((Avoidant - Dismissive</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● يخاف التقرب من الآخرين أو تكوين علاقات. ● متردد أو متناقض في الاستجابة لردود الآخرين. ● يجمع بين سمات التجنب والقلق. 	<ul style="list-style-type: none"> ● بيئة أسرية مليئة بالإيذاء الجسدي، أو العاطفي، أو الإهمال، أو التهديد. ● سلوك غير متوقع من الوالدين. 	<p>التعلق غير المنتظم (Disorganized)</p>

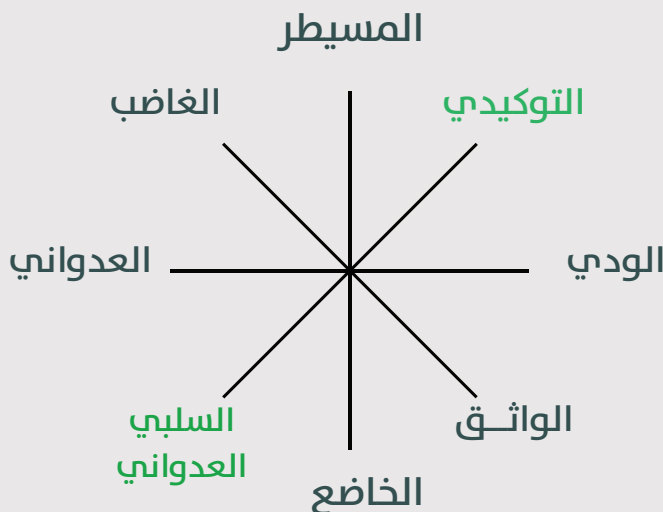
• نظرية العلاقات الشخصية التبادلية:

تفترض نظرية هاري ستاك سوليفان في العلاقات الشخصية أن السلوك البشري مدفوعٌ بالأساس بالعلاقات الشخصية. وقد طرح مفهوم "النظام الذاتي"، الذي يشمل "الأنا الجيدة" و"الأنا السيئة" و"الأنا غير الجيدة"، والتي تتشكل من خلال التفاعلات الاجتماعية، وتعمل على حماية الفرد من القلق. وأكد سوليفان أن تطور الشخصية والاضطرابات النفسية يتأثران بشكل كبير بديناميكيات العلاقات الشخصية. وتتحدى نظريته نموذج فرويد الغرائزي في تفسير الأعراض المرضية، وذلك من خلال تسليطه الضوء على السياق الاجتماعي باعتباره محور الأداء النفسي. (Evans, 2024)

• نظرية التواصل

يتم فهم طريقة التواصل عن طريق الأسلوب الذي يعبر عن خلاله الأفراد عن حاجاتهم إلى التعلق بأشخاص معينين؛ فالتعلق هو القلب الذي يحدث فيه الاتصال. وتعتمد نظرية التواصل على فكرة أن المشكلات البينشخصية تحدث نتيجة لبعض الاستجابات السلبية بين الأفراد. لذلك فإن أساليب التعلق غير المناسبة تؤدي إلى تواصل غير لائق، فيقف عائقاً أمام تلبية احتياجات الأفراد العاطفية. ويتأثر نمط التواصل بطبيعة الانتماء والمكانة الاجتماعية. فكل نمط اتصال يقابله استجابة متبادلة متوقعة من النمط الآخر. فالتواصل الذي يتميز بانتماء عالي يثير عادةً استجابات انتماء عالية وودية. في حين أن التواصل المهيمن يميل إلى استثارة استجابات أكثر خضوعاً، والعكس صحيح، وذلك كما يتضح في الشكل (1).

• أنماط التواصل



• نظرية الدور الاجتماعي

تفترض نظرية هاري ستاك سوليفان في العلاقات الشخصية أن السلوك البشري مدفوعٌ بالأساس بالعلاقات الشخصية. وقد طرح مفهوم "النظام الذاتي"، الذي يشمل "الأنا الجيدة" و"الأنا السيئة" و"الأنا غير الجيدة"، والتي تتشكل من خلال التفاعلات الاجتماعية، وتعمل على حماية الفرد من القلق. وأكد سوليفان أن تطور الشخصية والاضطرابات النفسية يتأثران بشكل كبير بديناميكيات العلاقات الشخصية. وتحدد نظريته نموذج فرويد الغرائزي في تفسير الأعراض المرضية، وذلك من خلال تسليطه الضوء على السياق الاجتماعي باعتباره محور الأداء النفسي. (Evans, 2024)

• النموذج الشخصي للاكتئاب:

يقترح هذا النموذج الذي طوره كليرمان ووايزمان (1984)، أن الصعوبات الشخصية التي يواجهها الفرد، مثل النزاعات حول الأدوار، والعجز الشخصي، والحزن، والتحولت الحياتية، هي عوامل رئيسية في تطور الاكتئاب والحفاظ عليه. يفترض هذا النموذج أن الاكتئاب غالبًا ما ينشأ في سياق أحداث الحياة الضاغطة التي تعطل العلاقات الاجتماعية. ومن هذا المنطلق، يهدف العلاج النفسي الينشخصي إلى معالجة هذه الضغوط الشخصية من خلال مساعدة الأفراد على تحديد ومعالجة القضايا الشخصية التي قد تساهم في ظهور أعراض الاكتئاب أو تفاقمها. غالبًا ما يُنظَّم العلاج حول مشكلات شخصية أساسية: حزن الفقد، والنزاعات، والتحولت في الأدوار، والعجز الشخصي (Weissman et al., 2018).

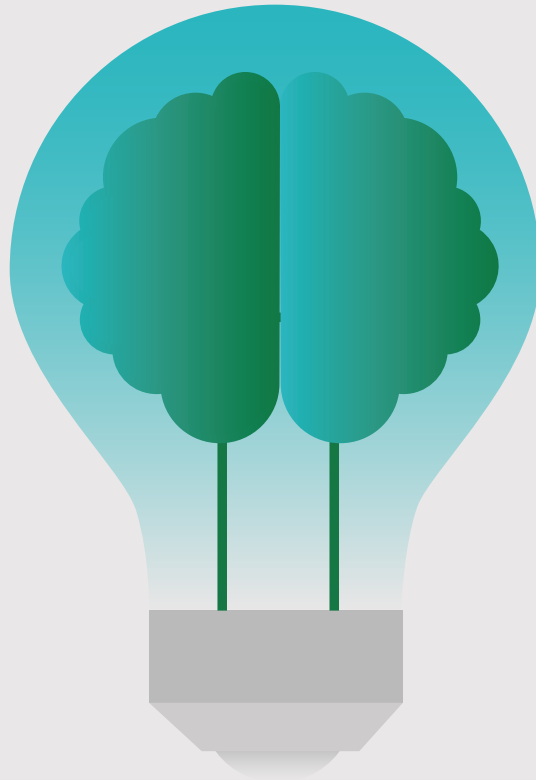
• نظرية الأنظمة الاجتماعية:

تعتمد نظرية الأنظمة على رؤية الأفراد في سياق أنظمتهم الاجتماعية الأوسع (على سبيل المثال، الأسرة، ومكان العمل، والمجتمع). تشير نظرية الأنظمة إلى أنه لا يمكن فهم الصراعات الشخصية وقضايا الصحة النفسية على المستوى الفردي فقط، بل يجب مراعاة ديناميكيات البيئة الاجتماعية والثقافية للفرد. فمن خلال التركيز على الشبكات الاجتماعية وأنماط التفاعل، تساعد نظرية الأنظمة العملاء على التعامل مع القضايا النظامية التي تساهم في الضيق الشخصي (Minuchin, 2012).

• النظرية المعرفية السلوكية:

يدعم العلاج النفسي الـبيـنـشـخـصـي النظرية المعرفية السلوكية فيما يتعلق بالتأثيرات التي تنتج عن التفكير غير الوظيفي، وكيف تسهم أنماط التفكير السلبية للأفراد حول مفاهيمهم للعلاقات في الضائقة العاطفية. في هذا السياق، يساعد العلاج السلوكي المعرفي العملاء على إعادة صياغة تفسيراتهم المعرفية للمواقف الشخصية وتعزيز طرق أكثر صحة وتكيفًا للتفاعل مع الآخرين. تتضمن إعادة الهيكلة المعرفية في العلاج السلوكي المعرفي تحدي المعتقدات غير الوظيفية المتعلقة بالتوقعات الشخصية وتعزيز مهارات الاتصال الأكثر فعالية. ومن هذا المنطلق، يهدف كلا العلاجين إلى تخفيف أعراض الاكتئاب من خلال تعزيز آليات التكيف وأنظمة الدعم لدى المريض (Wilhelm & May, 2017).

اعتمادًا على النظريات السابقة، صيغ النموذج البيولوجي، النفسي، الاجتماعي للعلاج النفسي الـبيـنـشـخـصـي، وذلك كما يتضح في الشكل (٢):



العوامل البيولوجية النفسية، الاجتماعية للاضطراب في العلاج النفسي الشخصي

عوامل نفسية: الخبرات المبكرة ونمط التعلق.

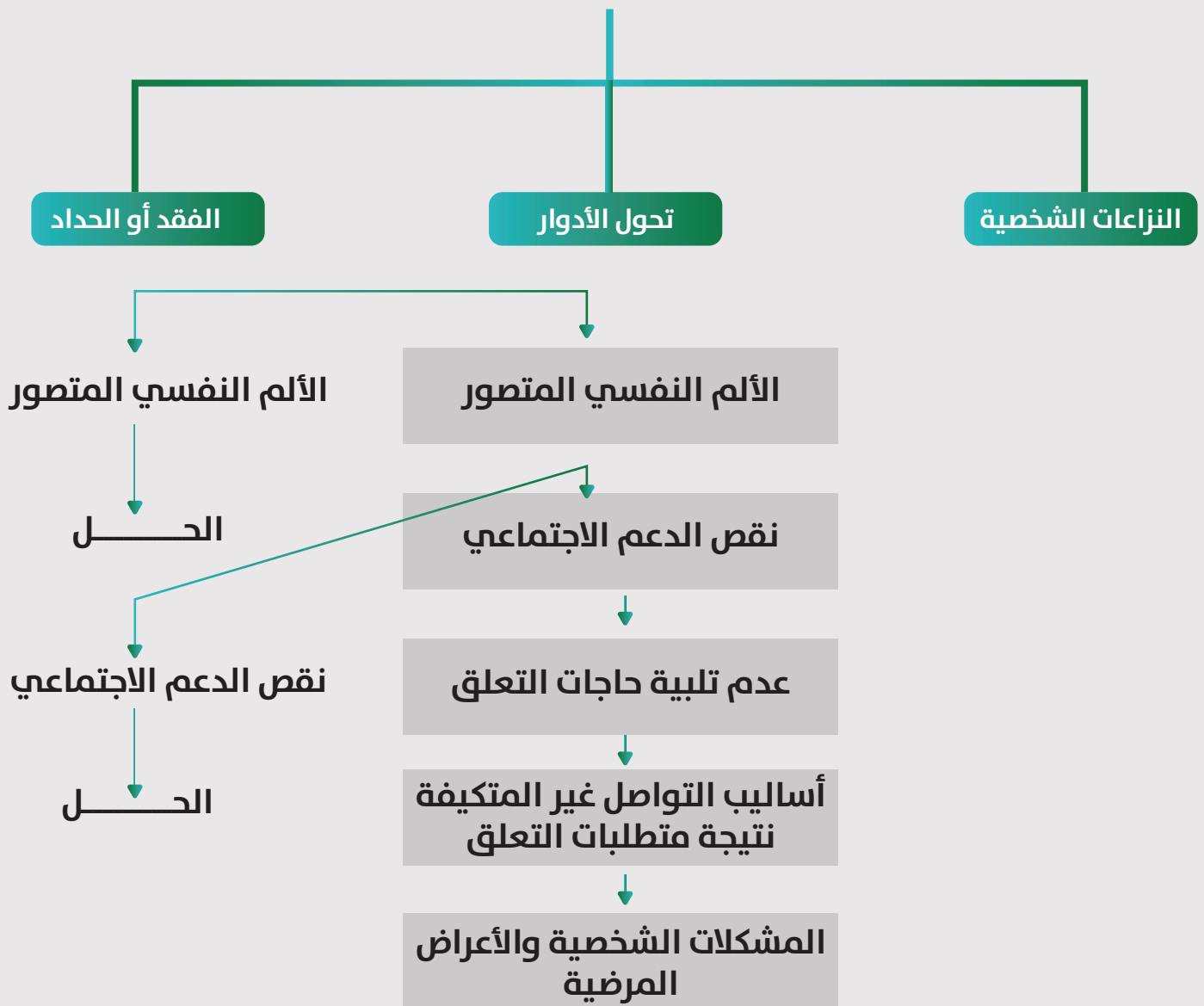
عوامل بيولوجية: الاستعداد الوراثي (الجيني) للتوتر والكرب النفسي

عوامل روحية

عوامل ثقافية

عوامل اجتماعية طبيعة العلاقات الاجتماعية الحالية، ونمط الدعم الاجتماعي.

مجال المشكلات الشخصية



الأهداف الأساسية للعلاج النفسي الـبـيـنـشـخـصـي:

تتركز الأهداف والأغراض المحددة لهذا النوع من العلاج حول تحسين العلاقات الشخصية، وتعزيز مهارات الاتصال، ومعالجة الصراعات الشخصية من أجل تخفيف حدة الأعراض المرضية. فمن خلال استهداف هذه المجالات يمكن تعزيز الرفاهية العاطفية وخلق تغييرات إيجابية دائمة في حياة الأفراد.

أحد أهم الأهداف الأساسية للعلاج النفسي الـبـيـنـشـخـصـي هو مساعدة الأفراد على تحديد ومعالجة الصراعات أو التحديات الشخصية التي ساهمت في إثارة أعراض القلق أو الاكتئاب. ويتضمن ذلك استكشاف كيفية تأثير التجارب السابقة أو العلاقات الحالية على صحة الفرد النفسية، والعمل على تطوير استراتيجيات لمعالجة هذه القضايا بطريقة بنّاءة. فمن خلال مساعدة الأفراد على اكتساب نظرة ثاقبة لديناميكيّتهم الشخصية، يمكن لـفـنـيَّات العلاج النفسي الـبـيـنـشـخـصـي تمكينهم من إجراء تغييرات إيجابية في علاقاتهم وأسلوب تواصلهم. (O'Leary, 2017)

وبما أنّ العلاج النفسي الـبـيـنـشـخـصـي يعمل على تحسين التعامل مع العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تدفع المريض إلى الشعور بالضيق والانزعاج، فقد لخص ستيفورت وروبرتسون (Stuart & Robertson, 2012) الهدف العلاجي الـبـيـنـشـخـصـي في النقاط التالية:

● الاهتمام بتحسين العلاقات الشخصية الحالية وتغيير التوقعات بخصوص تلك العلاقات كوسيلة للتغيير.

● المساعدة في تطوير شبكات الدعم الاجتماعي، من خلال تحسين مهارات التواصل.

● التركيز على اكتشاف الأهداف الشخصية، وكيفية التخطيط لها ومتابعتها.

تطبيقات العلاج النفسي الينشخصي:

يتوافق العلاج النفسي الينشخصي جيداً مع النموذج الطبي وما يتضمنه من استخدام مضادات الاكتئاب، ويتكيف بشكل أفضل مع المرضى الذين يعانون من الأعراض الاكتئابية. وقد وسَّع نطاق العلاج النفسي الينشخصي ليشمل مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية (Wilhelm & May, 2017)، وذلك على النحو التالي:

أولاً- فئات وسياقات محددة للاكتئاب:

- اكتئاب ما قبل الولادة وما بعدها.
- عسر المزاج.
- الاكتئاب المتكرر.
- الاكتئاب في مرحلة المراهقة.
- الاكتئاب في مرحلة الشيخوخة مع ضعف إدراكي خفيف.
- الاكتئاب في المناطق الريفية الأفريقية.
- الاكتئاب لدى مرضى فيروس نقص المناعة البشرية.
- الاكتئاب لدى مرضى سرطان الثدي.
- الاكتئاب لدى المرضى الذين لديهم تاريخ من الجرائم البسيطة.

ثانياً- اضطرابات أخرى:

- الاضطراب ثنائي القطب.
- اضطرابات القلق.
- اضطراب ما بعد الصدمة.
- تعاطي المخدرات.
- اضطرابات الأكل (فقدان الشهية، الشره المرضي، الوقاية من السمنة لدى المراهقين).
- اضطراب الشخصية الحدية.

الفصل الثاني:

مراحل العلاج النفسي البيئشخصي



مراحل العلاج النفسي الينشخصي

تمر إجراءات العلاج النفسي الينشخصي بأربعة مراحل:



الهيكل البنائي للعلاج النفسي الينشخصي:

تتضح مراحل العلاج النفسي الينشخصي من خلال الهيكل التالي كما يتضح في الشكل (3):

الهيكل البنائي للعلاج النفسي الينشخصي IPT

من 1 إلى 3 جلسات	←	المرحلة الأولى التقييم اكمال عملية التقييم النفسي سجل العلاقات الشخصية صياغة الحالة الشخصية ملخص الحالة الشخصية
من 4 إلى 16 جلسة	←	المرحلة الوسطى الفنيات العلاجية التركيز على أحد المشكلات الثلاث الخاصة بالعميل استخدام الفنيات العلاجية لزيادة الدعم الاجتماعي
من 1 إلى 4 جلسات	←	مرحلة إنهاء المعالجة
بناء على ما يتم الاتفاق عليه بين المعالج والعميل وبناء على خطر الانتكاسة	←	مرحلة المتابعة والمحافظة على النتائج العلاجية

المرحلة الأولى: التشخيص والتقييم

تنطوي المرحلة الأولى من العلاج النفسي الـبيـنـشـخـصـي على تحديد مدى ملاءمة المريض للعلاج ووضع أسس العلاج وأهدافه. تمتد هذه المرحلة عادةً من جلسة إلى ثلاث جلسات، وتتضمن ما يلي:

أولاً- التقييم النفسي الأولي:

• **تشخيص وتقييم شدة الاضطراب:** تأكيد التشخيص الأولي، الذي يشير مثلاً على وجود مجموعة من الأعراض التي تدل على اضطراب الاكتئاب الجسيم، وذلك اعتماداً على معايير موحدة كالدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5)، كما تُستخدم مقاييس الشدة مثل مقياس هاملتون لتصنيف الاكتئاب (Ham-D) أو مقياس بيك للاكتئاب (BDI) لتحديد شدة الأعراض.

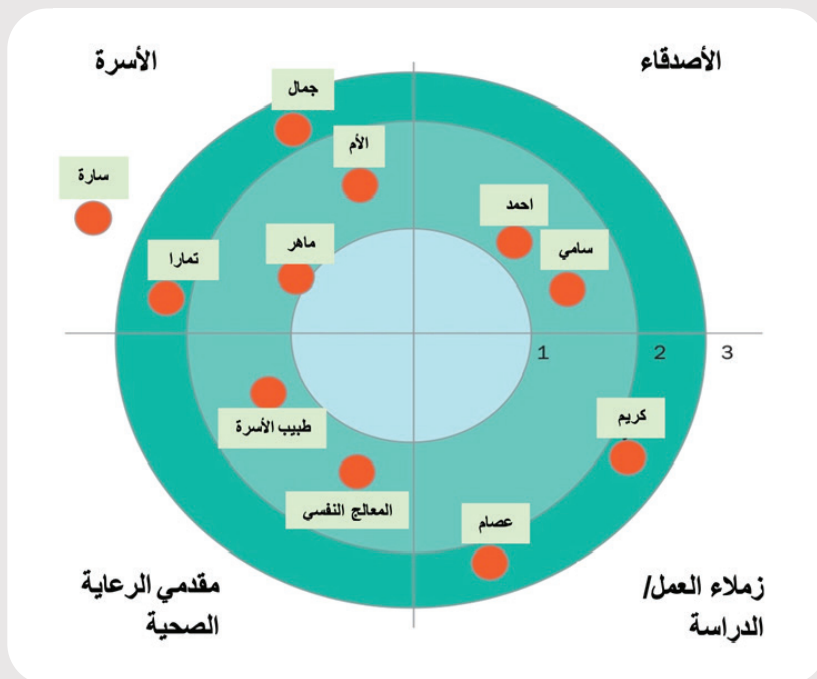
ينطبق الحال أيضاً على تشخيص الاضطرابات الأخرى الواردة في فقرة تطبيقات العلاج النفسي الـبيـنـشـخـصـي، فمن خلال إجراء المقابلة العيادية ودراسة الحالة، بالإضافة إلى المقاييس التي تقيس شدة الاضطراب، يُحدّد التشخيص، ثم يتضح خلال هذه المرحلة ما إذا كانت الأعراض المرضية تحدث بالتزامن مع وجود المشكلات الثلاث (النزاعات الـبيـنـشـخـصـية، الفترة الانتقالية، حزن الفقد)، وذلك بعد استكمال الإجراءات التالية من مرحلة التشخيص والتقييم (Weissman et al., 2018; Wilhelm & May, 2017).

• **سجل العلاقات الشخصية:** وهو أداة تقييم منظمة لجمع معلومات حول علاقات المريض الرئيسية (الماضية والحاضرة)، وصراعاته الشخصية، وأنظمة الدعم الاجتماعي. ويتمثل سجل العلاقات الشخصية من خلال دائرة العلاقات في الشكل (4) فيمكن أن يساعد هذا المخزون من المعلومات حول العلاقات على تحديد السياق الشخصي الذي يساهم في إثارة واستمرار الأعراض المرضية.

ويُعد سجل العلاقات الشخصية ميزة فريدة في العلاج النفسي الينشخصي، فهو مصمم لتنظيم عملية جمع المعلومات حول طبيعة العلاقات الاجتماعية وتقييمها إيجابياً أو سلبياً من وجهة نظر العميل، وذلك خلال المرحلة الأولى من العلاج، كما يعتبر هذا السجل قيد التطوير، حيث يجد معظم المرضى أنّ وجهات نظرهم تجاه العلاقات التي تم تحديدها في السجل قد تغيرت خلال مسار العلاج (Stuart & Robertson, 2012).



كما يستعرض الشكل (5) مثالاً توضيحياً لكيفية توزيع العلاقات الشخصية والتي تتدرج من العلاقات الأكثر ترابطاً ودعمًا (رقم 1) وحتى العلاقات الأقل دعمًا أو التي تمثل علاقات مضطربة تسببهم في تدهور الأعراض المرضية (رقم 2,3)، وذلك على صعيد الأسرة، والأصدقاء وزملاء العمل أو الدراسة، وكذلك مقدمي الرعاية الصحية.



• فهم أنماط العلاقات الشخصية للعميل: يُعد فحص أنماط العلاقات الشخصية للعميل من العناصر الأساسية للعلاج النفسي البينشخصي، والذي يشمل:

نمط التعلق: تقييم كيفية تأثير العلاقات المبكرة على السلوكيات الشخصية الحالية والاستجابات العاطفية.
أنماط التواصل: تحديد أنماط التواصل غير التكيفية التي قد تُسهم في صعوبات العلاقات الشخصية.
شبكات الدعم الاجتماعي: تقييم الروابط الاجتماعية للعميل ومدى ملاءمتها لتقديم الدعم.
إنَّ فهم المعالج لهذه الأنماط يُمكنه من تصميم تدخلات تُعالج الأسباب الجذرية للمشكلات الشخصية.

• **توضيح دور المرض:** يقدم المعالج تثقيف نفسي للمريض حول دور الاضطراب الذي شُخص في التأثير على وظائفه الحياتية. تسهم المعرفة بأنَّ الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والقلق العام لها أسباب وراثية وبيئية خارجية عن سيطرة المريض في تخفيف شعوره بالذنب حول عجزه. كما يعمل المعالج على توضيح كيف أنَّ إثارة الأعراض المرضية ترتبط بأحداث مهمة وصعوبات في حياة المريض، وفي العلاج النفسي البينشخصي ليس المهم هو إيجاد سبب للأعراض المرضية، بل مساعدة المريض على إدراك التزامن بين الحالة المزاجية والمشكلات الشخصية، وتعلم كيفية التعامل مع تلك المشكلات وفهم علاقتها ببداية الأعراض (Weissman et al., 2018).



ثانياً- صياغة تشخيص عملي لحالة العميل:

في العلاج النفسي الـبينشخصي يتم تطوير تشخيص عملي لحالة العميل (Stuart & Robertson, 2012) ، وذلك من خلال دمج معلومات التقييم السريري والمعلومات الخاصة بتاريخ علاقات العميل الشخصية، وذلك لتحديد ما يلي:

أ- تحديد مجال المشكلات الشخصية: يركز العلاج النفسي الـبينشخصي على مساعدة العميل على تحديد أي من مجالات المشكلات الثلاثة التالية تعمل على تطوير الأعراض المرضية:

1. النزاعات الـبينشخصية: يجب اختيارها كمشكلة عندما تسهم هذه النزاعات العلنية أو الضمنية في متاعب العميل في حياته الوظيفية. غالباً ما تكون النزاعات الضمنية غير المدركة كما هو الحال في عدم فهم العميل أنّ النزاعات المؤلمة للغاية لها دور في استمرار الأعراض المرضية لديه، أو كأن يعتقد بأنها مشكلة غير قابلة للحل، كالنزاعات الأسرية أو المهنية. ويظهر أثر شدة النزاعات في أثناء أداء المهمات الدقيقة أو الصعبة، ووفقاً لسيتورت وروبرتسون تتضمن هذه النزاعات ما يلي:

- الصراع العدائي الصريح العنف المنزلي الجسدي أو اللفظي.
- الإهانة أو التنمر أو الخيانة والبذاءة أو الولاعات المتضاربة أو المتعارضة ضمن أفراد الأسرة.
- خيبات الأمل، وعدم تحقيق التوقعات في المدرسة أو في التعليم أو العمل.
- كبح الصراعات أو الغضب من مرض أو إعاقة أحد أفراد الأسرة.

ويكشف نمط التعلق نوع الاضطرابات في العلاقات الحميمة للفرد، فتجعل الأفراد ذوي نمط علاقة القلق أو التجنبي أو غير المنتظم أكثر قابلية للمعاناة من الألم النفسي. كما أنّ معظم النزاعات البسيطة قد تُحل بواسطة الأفراد أنفسهم بمرور الوقت، ولا تشكل ضغوطات كبيرة في حياتهم. ولكن تعتبر النزاعات الـبينشخصية ذات أهمية إكلينيكية عندما يصبح حلها أبعد من إمكانيات العميل، فتصبح النزاعات الـبينشخصية ضاغطة للغاية وتثير الأعراض المرضية حتى في حالة إنهاء العلاقة.



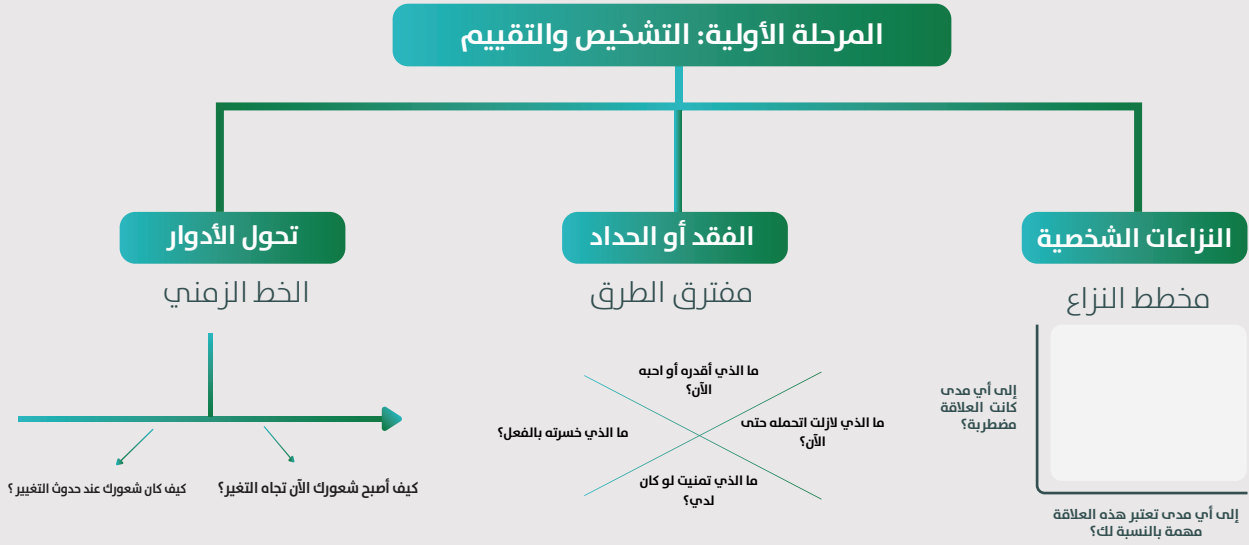
2. تحولات الدور (الفترة الانتقالية): إنَّ التكيُّف مع تغيير الظروف والأدوار الحياتية هو جوهر المرونة النفسية، ورغم أنَّ بعض التحولات في حياة الشخص، كالإصابة بالأمراض المزمنة أو الخبرات والتغيرات الصادمة، قد يُنظر إليها بشكل سلبي كلياً، فإنَّ معظم التغيرات قد تتضمن عناصر سلبية وإيجابية. ومن هذا المنطلق، يركز العلاج النفسي البينشخصي على عملية انتقال الأدوار كمشكلة عندما يطور المريض القلق النفسي في سياق التغيير، فيختبر المريض التغيير كخسارة محزنة أو فقد مؤلم، وتتضمن عملية انتقال الأدوار مجموعة من الظروف التي قد ينتج عنها تفاقم الأعراض المرضية، كما يلي:

- ظروف التحولات، كفقدان عمل أو الترقية، أو تخرج أو فشل دراسي، أو هجرة... إلخ.
- التحولات في العلاقة، كالزواج أو الطلاق، زواج الأم أو زواج الأب... إلخ.
- التحولات ذات الصلة بالحوادث أو الأمراض، كالأمراض المزمنة والمميتة، أو الإصابات التي تؤدي إلى تعطيل القدرات الجسدية.
- ما بعد حدوث التحولات، كأعراض ما بعد الصدمة، وحالات اللاجئين في حالة الحروب أو الأزمات الاقتصادية.

3. حزن الفقد: في مرحلة من الحياة، جميعنا يختبر الحزن والفقد بدرجات متفاوتة، ولكن قد تكون هذه العملية معقدة بسبب عوامل متنوعة تستلزم المواجهة العلاجية. ولا ينظر العلاج النفسي البينشخصي إلى الحزن الناتج عن فقد عزيز على أنه مجرد استجابة عاطفية طبيعية للفقد، بل كمصدر محتمل للقلق والاكتئاب المرضي، وذلك عندما يطول أمده ويُعيق الأداء اليومي، وبالتالي يعمل العلاج على مساعدة المرضى على التعبير عن مشاعرهم المتعلقة بالفقد، والتخلص من مشاعر الذنب والحزن، وإعادة بناء الروابط الاجتماعية التي تضررت بسبب الفقد. من خلال هذه العملية، يهدف العلاج إلى دعم التكيف وتقليل الأعراض المرضية (Stuart & Robertson, 2012).

وقد ميز العلاج النفسي البينشخصي بين نوعين من حزن الفقد: الأول حزن الفقد الطبيعي، ويتمثل في شعور الشخص بحزن عميق، وقد يفقد الاستمتاع بأنشطته ويعاني صعوبات في النوم وفقد الشهية وانخفاض الطاقة، وقد يعاني التشتت في أثناء أداء مهامه، إلا أنَّ هذه الأعراض الاكتئابية عادةً ما تزول أو تنخفض بمرور بضعة أشهر، وتعتبر هذه الحالة طبيعية وتكيفية ويجب تشجيعها. أمَّا النوع الثاني فيتضح في حزن الفقد المعقد وهو الإصابة بحزن دائم، فيختبر الشخص حالة الفقد كحزن صادم، ويكون الشوق إلى المتوفى أو الانشغال به مستمراً، فينظر للفقد على أنه صدمة مصحوبة بصور اقتحامية، وبالتالي يشعر الشخص بصعوبة في التخلص من شعور الفقد مما قد يعيق وظائفه الحياتية، وقد يصل الأمر بالمصابين إلى إبقاء أنفسهم منشغلين بإفراط بأنشطة أخرى كوسيلة لتجنب المشاعر المؤلمة الناتجة عن تذكر الخبرات المتعلقة بالفقد (Weissman et al., 2018).

ويتضح من الشكل (6) استعراض لكل أداة أو رسم بياني، والذي يمكن من خلاله توضيح تطور كل مشكلة شخصية:



ب- صياغة الحالة الشخصية: تشكيل إطار لحالة المريض يتضمن الجوانب البيولوجية والنفسية للمريض، ونمط تعلقه، وشخصيته، وسياقه الاجتماعي وثقافته وتوجهاته الروحانية، وبالتالي يتم تناول هذه المعلومات كفرضيات تربط الصعوبات التي يواجهها المريض بأعراضه المرضية، وذلك كما يتضح في الشكل (7). وتساعد هذه الصياغة في إرشاد المريض لتحديد مجال المشكلات التي سيتم معالجتها خلال الجلسات. وتستهدف صياغة الحالة تسهيل ما يلي:

- تأكيد تشخيص الحالة: توفير فهم أعمق للمسار المتوقع للعلاج والنتائج المحتملة.
- توجيه تركيز العلاج: توجيه التدخلات العلاجية نحو القضايا أو المشكلات الشخصية الأكثر أهمية بالنسبة للعميل.
- علماء بأن هذه الصياغة ديناميكية وقابلة للتطور مع تقدم العلاج وظهور معلومات

نموذج صياغة الحالة في العلاج النفسي الينشخصي

عوامل بيولوجية:

26 سنة
انخفاض في الوزن
اضطراب في النوم
صداع
أدوية طبية

عوامل اجتماعية:

غير متزوج/ة أو منفصل/ة
لا يوجد أطفال
صراعات مع الوالدين
منعزل/ة اجتماعياً
الأخوة أو الأخوات الداعمين
المستوى التعليمي لا يعمل / تعمل

عوامل نفسية:

انخفاض في المزاج تدني صورة الذات
القلق
البكاء
كثرة التفكير
الخوف من المستقبل
تمنيات أو أفكار تتعلق بالموت

عوامل ثقافية:

تمت التنشئة كمسلم / مسلمة ايمان قوي بعلم الطاقة

المشكلات النفسية الينشخصية المحددة

الاكتئاب الجسيم
النزاعات الينشخصية
انتقال الدور

عوامل روحية:

تمت التنشئة كمسلم / مسلمة ايمان قوي بعلم الطاقة

كما يقترح سيتورت وروبرتسون (2006) عددًا من الصفات الشخصية التي تزيد من قابلية العميل للعلاج بينشخصي مما يجعل المرضى أكثر استفادة من جلسات العلاج، إلا أنها ليست شروطًا أساسية لإجراء المعالجة، وتكمن هذه الاقتراحات فيما يلي:

- أن يكون نمط التعلق آمنًا نسبيًا.
- القدرة على تحديد بؤرة الضيق أو المشكلة بينشخصية.
- نظام من الدعم الاجتماعي الجيد.
- القدرة على الربط بين طبيعة علاقاتهم الشخصية وطرقهم المحددة في الاتصال الشخصي.

ثالثًا- التحالف العلاجي:

يتضمن التحالف العلاجي إبرام اتفاقية تعاون مع المريض بشأن أهداف العلاج وهيكله والفترة الزمنية التي يستغرقها. تُحدد هذه الاتفاقية مجالات التركيز وتحدد التوقعات العلاجية، وتتضمن عملية التحالف العلاجي ما يلي:

• **تحديد أهداف العميل:** في العلاج النفسي بينشخصي، يتم الكشف عن أهداف العميل من العملية العلاجية، فيتم مساعدته على تحديد أهداف لمواجهة الصعوبات الشخصية التي يواجهها، وبالتالي انخفاض شدة الأعراض المرضية. تتمحور الأهداف عادةً حول تحسين مهارات التواصل، وحل النزاعات الشخصية، وتعزيز الدعم الاجتماعي، وتسهيل انتقال الأدوار. وتُصمم هذه الأهداف خصيصًا لتناسب مشكلات المريض الشخصية، وتُعاد مراجعتها طوال فترة العلاج لمراقبة التقدم.

• **ملخص الحالة الشخصية:** يُقدّم نموذج يلخص حالة العميل من الناحية البيولوجية، النفسية، الثقافية، والروحية وذلك كما يتضح في الشكل (8). وتُوصف فيه حالة العميل من خلال كلمات العميل. حيث يؤدي هذا الملخص إلى الاتفاق على خطة علاجية تعاونية يفهمها العميل، بحيث يُعتمد عليها لمراقبة تحقيق الأهداف العلاجية.

مراقبة التقدم: المراقبة المستمرة ضرورية في العلاج النفسي الـبينشخصي، وذلك لتقييم فعالية التدخلات وإجراء التعديلات اللازمة. يتم تقييم التقدم العلاجي من خلال:

تتبع الأعراض: التقييم المنتظم لأعراض الاكتئاب وغيرها من المؤشرات النفسية ذات الصلة.
الأداء الشخصي: مراقبة التغيرات في ديناميكيات علاقات المريض وتفاعلاته الاجتماعية.
تحقيق الهدف: مراجعة مدى تحقيق الأهداف العلاجية المحددة.

يضمن هذا التقييم المستمر توافق العلاج مع احتياجات المريض، ويُسهّل إجراء التعديلات اللازمة على خطة العلاج في الوقت المناسب، وبما يتناسب مع ظروف المريض، مما يُعزز احتمالية تحقيق نتائج ناجحة.

ملخص الحالة

اضطراب النوم
انخفاض في الوزن
الصداع

الأهداف:

علاقة جيدة مع الوالدين
الحصول على عمل مناسب

انخفاض المزاج
تدني صورة الذات
العزلة الاجتماعية

افتقاد الدعم
من الوالدين

نقاط القوة
محاولة تعلم
لغة اجنبية
البحث عن عمل

كثرة التفكير
مخاوف تتعلق
بالمستقبل

المرحلة الوسطى: تخطيط وتنفيذ التدخلات العلاجية

في العلاج النفسي البينشخصي يتم التخطيط العلاجي بالتعاون بين المعالج والمريض، مع التركيز على المشكلات الشخصية الحالية التي تُسببهم في معاناة المريض النفسية. تبدأ العملية بتقييم شامل، يتضمن جردًا للتفاعلات الشخصية وفحص علاقات المريض وأدائه الاجتماعي. وبناءً على هذا التقييم الذي يتم في المرحلة الأولى، يحدد المعالج والمريض المشكلة الشخصية التي يجب معالجتها. تُحدد خطة العلاج الأهداف والاستراتيجيات والمدة المتوقعة للعلاج، والتي تمتد من 4 إلى 16 جلسة، أي جلسة واحدة في الأسبوع (Stuart & Robertson, 2024)، وتتضمن المرحلة الوسطى ما يلي:

أولاً- التخطيط العلاجي بناءً على الأهداف العلاجية:

يتم صياغة أهداف العميل بحيث تصبح أهداف علاجية واضحة وقابلة للتحقيق لتوجيه العملية العلاجية. تُصمم هذه الأهداف خصيصًا لمعالجة المشكلة الشخصية التي اختار العميل معالجتها. هذه الأهداف يجب أن تكون محددة وقابلة للقياس ومحددة زمنيًا، مما يوفر خارطة طريق للعلاج وأساسًا لتقييم التقدم، وغالبًا ما تشمل الأهداف على ما يلي:

- تحسين التواصل: تعزيز قدرة المريض على التعبير عن مشاعره واحتياجاته بفعالية.
- حل النزاعات الشخصية: معالجة الخلافات مع الأشخاص المهمين وتحسين ديناميكية العلاقات.
- التكيف مع تحولات الأدوار: تسهيل التكيف مع التغيرات في الأدوار الحياتية، مثل التغييرات الصحية أو المهنية أو الأسرية أو تغير المكانة الاجتماعية أو الاقتصادية.
- التعامل مع الحزن والفقد: مساعدة المريض على التعامل مع فقدان العلاقات المهمة والتكيف مع ظروف الفقد.

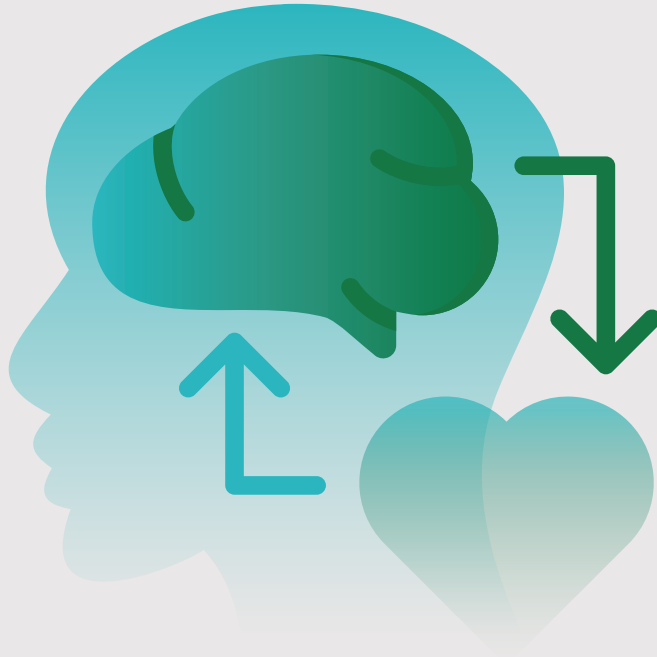
تُصمم هذه الأهداف خصيصًا لتناسب مشكلات المريض الشخصية، وتُعاد مراجعتها طوال فترة العلاج للتحقق من مدى تحقق الأهداف العلاجية

ثانيًا- اختيار استراتيجيات التدخل:

استراتيجيات التدخل في العلاج النفسي البينشخصي هي تقنيات قائمة على الأدلة تهدف إلى التخفيف من حدة الأعراض المرضية من خلال معالجة مجال المشكلة الشخصية الذي تم تحديده. تشمل الاستراتيجيات العلاجية ما يلي:

- العلاقة العلاجية: بناء الثقة والألفة لتعزيز التحالف العلاجي.
- التعبير العاطفي: تسهيل عملية التنفيس الانفعالي، من خلال تشجيع التعبير عن العواطف الصعبة الناتجة عن النزاعات أو تحول الأدوار أو الفقد غير المحلول.
- تحليل الاتصال: فحص أنماط تواصل المريض وتحسينها لتعزيز التفاعلات الشخصية.
- لعب الأدوار: ممارسة سلوكيات واستجابات جديدة في بيئة آمنة لبناء الثقة والكفاءة.
- مهارات التواصل الجيد: تعزيز الدعم الاجتماعي من خلال تعلم طرق التواصل الفعّال.
- حل المشكلات: وضع وتنفيذ استراتيجيات لمعالجة الصراعات من خلال استكشاف الخيارات وتقييمها، واتخاذ قرارات مستنيرة بشأن المشكلات الشخصية.

يتم اختيار وشرح كل استراتيجية فرديًا، مع مراعاة ظروف المريض الفريدة وطبيعة مشكلة العلاقات الشخصية.



ثالثاً- توجيه التدخلات العلاجية لمواجهة المشكلات الشخصية:

تُنَفَّذُ التدخلات العلاجية حسب المشكلة الشخصية التي قرر العميل معالجتها وذلك كما يلي:

النزاعات البينشخصية: تتمركز تدخلات العلاج النفسي البينشخصي في حل النزاعات مع الأشخاص المهمين في حياة العميل عن طريق مساعدته على إعادة النظر في أهمية وعملية حل هذه النزاعات، أو مساعدة العميل على التوجه نحو إنهاء العلاقة (Wurm et al., 2008).

وحتى يمكن إتمام هذه العملية، يشير وايزمان وآخرون (2018) إلى أن المعالج يجب أن يفهم أولاً حالة النزاع، وذلك من خلال تحديد مرحلة النزاع الحالية (Stage of Dispute)، فيتم تفصيل وضع النزاعات في واحد من الثلاث مراحل التالية:

- إعادة التفاوض (Renegotiation): وتعني أن الأطراف في العلاقة على تواصل دائم لحل خلافاتهما. أي أن هناك استعداد ومحاولات مستمرة من جميع الأطراف لإحداث التغيير.
- التوقف (Impasse): يتوقف النقاش بين المريض والشخص الآخر، ويسود استياءً مبطن وبسيط، واستسلام يائس، دون أي محاولة لإعادة التفاوض لحل الخلافات. قد يتعامل أطراف العلاقة مع بعضهم بعضاً باستخدام "المعاملة الصامتة".
- الإنهاء (Dissolution): وذلك عندما يقرر العميل أن حالة العلاقة غير قابلة للإصلاح، وقد تضررت بسبب حدة وطول النزاع ويحتاج لإنهائها، فيكون هدف العلاج مساعدة العميل على تخطي العلاقة وتقبُّل الدور الانتقالي.

علمًا بأن تدخلات العلاج البينشخصي في المراحل الأولى من النزاع تكون عن طريق تعزيز مهارات التواصل، ولعب الدور، وتعلم أسلوب حل المشكلات، وتعديل التوقعات من جانب المريض (Weissman et al., 2018).



2- **تحولات الدور:** وتتضمن تدخلات العلاج النفسي الـبينشخصي في مجال المشكلة المتعلقة بتحويلات الأدوار (Stuart & Robertson, 2024) مساعدة المرضى على ما يلي:

- تحديد الدور القديم والدور الجديد بطريقة متوازنة وواقعية، مما يساعد على تقبل العميل للدور الجديد.
- تقبل المشاعر التي تتضمن خسارة الدور القديم، وتقبل التحديات المتصورة للدور الجديد.
- تطوير مهارات حل المشكلات للتغلب على التحديات المتصورة للدور الجديد.

3- **حزن الفقد:** الأشخاص الذين يعانون بسبب فقدان عزيز قد يكون لديهم ردود عاطفية مختلطة كالحزن واليأس والغضب والقلق، فقد ينتهي بهم المطاف في الشروع في اهتمامات غير مناسبة أو علاقات جديدة يستبدل بها العلاقات التي فقدوها لتبديد الشعور بالحزن. وعطفاً على توضيح الفرق بين حزن الفقد الطبيعي والمعقد الوارد في مرحلة التقييم والتشخيص، فإن حزن الفقد المعقد الذي يستلزم المواجهة العلاجية يتضح في نوعين: الأول يتمثل في الحزن المؤجل والذي يستمر لفترة طويلة بعد الفقد. والثاني يتمثل في الحزن المشوّه هو عندما لا تشعر بالعواطف ولكن تُعاني أعراضاً أخرى مُرتبطة بالاكتئاب، مثل الأرق والتعب (Bylund-Grenklo et al, 2016).

ومن هذا المنطلق، تتركز المهام الأساسية في العلاج الـبينشخصي للتعامل مع حالة حزن الفقد فيما يلي:

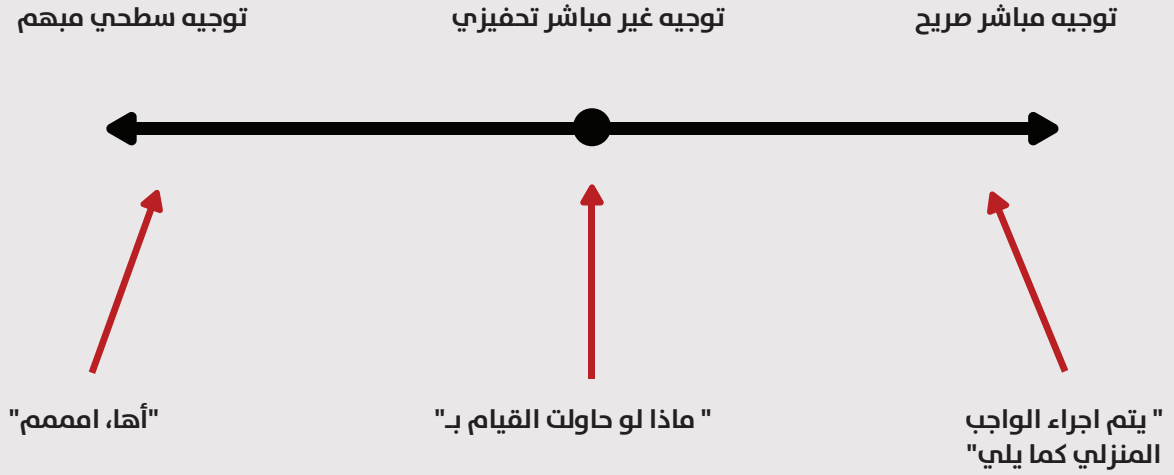
- مساعدة المريض على تقبُّل الخسارة للآخرين أو الحديث عنها.
- مساعدة المريض على تقبُّل تأثيرات الألم المرتبطة بالفقد والخسارة.
- ربط توقيت الفقد أو الخسارة مع بداية الأعراض.
- إنشاء علاقة متصورة مع المتوفى، فيتم تشجيع المريض على تخيل أنّ الشخص المتوفى لا يزال حياً ويجلس على الكرسي المقابل، ثم يتم تشجيع التعبير العاطفي من خلال الحديث عن موضوعات لم يستطع المريض مناقشتها بحرية في الماضي مع الشخص المتوفى.
- مساعدة المريض على استخدام الدعم الاجتماعي الموجود وتطوير روابط اجتماعية جديدة.

رابعاً- تعديل خطة العلاج حسب الحاجة:

طوال فترة العلاج، يتم مراجعة خطة العلاج وتُعدَّل بانتظام بناءً على تقدم المريض واحتياجاته المتغيرة. يراقب المعالج فعالية التدخلات، ويعالج أي مشكلات ناشئة، ويتعاون مع المريض لتعديل الأهداف والاستراتيجيات حسب الحاجة. يضمن هذا النهج الديناميكي استجابة العلاج لظروف المريض المتغيرة، ويواصل تسهيل تحسينات ملموسة في الأداء الشخصي.

إجراء التدخلات العلاجية:

يتم تنفيذ الفنيات العلاجية خلال المرحلة الوسطى من العلاج. علماً بأنّ العلاج النفسي الـبينشخصي يستلزم غالباً توجيه العميل بطريقة غير مباشرة، والتي تنطوي على تحفيز العميل على التفكير المنطقي نحو أسباب المشكلات الشخصية والتخطيط للحلول الممكنة. ويتم ذلك من خلال طرح الأسئلة النقدية في الوقت والسياس المناسب



علماً بأنّ التفكير المنطقي ليس فطرياً بالكامل، بل يُكتسب ويتطور من خلال التعلم والخبرة والمعالجة المعرفية المنظمة للمعلومات، وبالتالي فإنّ تدخلات العلاج النفسي الـبينشخصي المدعومة بالرسوم التوضيحية تساعد العميل على الإدراك وتحليل المعلومات للوصول إلى حلول ممكنة للمشكلة الحالية (Ormrod et al., 2020). يتم تنفيذ التدخلات العلاجية وفقاً للمشكلات الشخصية التي اختار العميل معالجتها، وتتمثل فنيات العلاج النفسي الـبينشخصي فيما يلي:



أولاً: العلاقة العلاجية

إنَّ العلاقة العلاجية في العلاجات النفسية التفاعلية ضرورية لتسهيل التقدم العلاجي، وفي العلاج النفسي الـبينشخصي تعتبر العلاقة العلاجية فنية علاجية بحد ذاتها، وذلك لأنها تمثل وسيلة أساسية لتسهيل ممارسة الفنيات العلاجية الأخرى، كما تعمل على معالجة التحديات الشخصية التي تساهم في الضائقة العاطفية. وتتمثل المكونات الثلاثة الرئيسية للعلاقة العلاجية من منظور العلاج النفسي الـبينشخصي فيما يلي:

بناء التفاهم: وهو خطوة أساسية في أي عملية علاجية، ويشير التفاهم إلى الرابطة أو الاتصال بين المعالج والعميل، والذي يسمح بالتواصل المفتوح والصادق والحساسية العاطفية. في العلاج النفسي الـبينشخصي، يتم إنشاء التفاهم في وقت مبكر من عملية العلاج، وذلك من خلال الاستماع المتعاطف والفهم والمشاركة النشطة. إنَّ قدرة المعالج على التواجد وإظهار الاهتمام وفهم المكون العاطفي للعميل يشكّل أمراً ضرورياً لبناء التفاهم الذي يقود العميل إلى الشعور بالتقدير والفهم والراحة مما يسمح بتعاون مثمر بين المعالج والعميل. (Smit, 2020)

بناء الثقة: هو حجر الزاوية في العلاقة العلاجية، وذلك لأن الثقة في المعالج تسمح للعملاء بالشعور بالأمان الكافي لاستكشاف جوانب شخصية عميقة ومؤلمة أو محرّجة من حياتهم، مثل الصراعات الشخصية، والخسائر، أو المشاعر غير المحلولة. وفي العلاج الـبينشخصي يتم تطوير الثقة تدريجياً، مع إظهار المعالج للموثوقية والشفافية والاتساق طوال عملية العلاج، ويتمثل العامل الرئيسي في بناء الثقة في قدرة المعالج على الحفاظ على السرية وخلق جو من التقبُّل دون إطلاق أحكام أو تعليقات سلبية. يحتاج العملاء إلى الشعور بأنهم يستطيعون مناقشة مشاعرهم وتجاربهم بصراحة دون خوف من التعرض للنقد أو التشكيك. كما تُسهّل هذه الثقة من خلال استعداد المعالج لتقديم ملاحظات صادقة، مما يساعد العملاء على فهم أعمق لأنماطهم الشخصية واستجاباتهم العاطفية والسلوكية (Shapiro et al., 2018).

بيئة آمنة: إنَّ خلق بيئة آمنة وداعمة هو أمر بالغ الأهمية في العلاج النفسي الـبينشخصي، لأنه يمكّن العملاء من معالجة المشاعر المعقدة ومناقشة الديناميكيات الشخصية الصعبة بصراحة. تتميز البيئة الداعمة بالتعاطف والترابط والتحقق والجو الذي يشعر فيه العملاء بالأمان العاطفي لاستكشاف مشكلاتهم دون خوف من الرفض أو الحكم. وبالتالي تسهيل مواجهة العميل للمشاعر المؤلمة مثل الحزن أو الغضب، أو الشعور بالحدة، والتي غالباً ما تكون موضوعات مركزية في العلاج النفسي الـبينشخصي (Parker et al., 2021). ويتضمن خلق هذه البيئة أكثر من مجرد سلوك المعالج، فهو يشمل أيضاً نهجاً منظماً وقابلاً للتنبؤ للعلاج. يقدم المعالج تفسيرات واضحة حول عملية العلاج والأهداف والتوقعات، مما يساعد على التعاون العلاجي وتخفيف القلق وبناء ثقة العميل في العملية العلاجية (Cohen & Pilling, 2018).

إنَّ تأمين هذه المكونات يعمل على ضمان شعور العملاء بالدعم العاطفي والدافع للعمل على حل صعوباتهم الشخصية. لقد أظهرت الأبحاث باستمرار أنَّ التحالف العلاجي القوي يؤدي إلى نتائج أفضل في العلاج النفسي التفاعلي.

وتعتبر فنية الإيضاح من أكثر الفنيات استخدامًا من أجل تشكيل تحالف بناءً، وأساس الإيضاح هو الاستماع الفعّال وطرح أسئلة مناسبة (أخبرني أكثر عن هذا الموضوع؟)، وذلك حتى يتمكن المعالج من فهم تجربة المريض، ويتمكن المريض أيضًا من فهم تجربته بشكل أفضل. وتعتبر نتائج التحالف العلاجي أكثر أهمية من أي إجراء آخر، فكل التدخلات العلاجية يجب أن تعزز التحالف العلاجي بين المعالج والمريض والعكس، وبالتأكيد يحتاج المعالج أن يرسم حدودًا للعلاقة عند الضرورة، ويتم تعزيز العلاقة العلاجية من خلال المهارات التالية (Stuart & Robertson, 2012):

- التوازن الفعّال بين الأنشطة والاستماع الفعّال، واسترسال حديث العميل.
- تقبُّل العميل كما هو، وعدم إصدار أي أحكام أو نقد تجاه العميل.
- ألا يُنظر للعلاقة العلاجية على أنها تمثل صعوبات، بل يتم مواجهة هذه الصعوبات من خلال (هنا والآن)، فمثلًا إذا كان العميل غاضبًا من تأخر المعالج يتم تشجيع العميل على التعبير عن انفعالاته بطريقه تعزز مهاراته الشخصية الموجودة، ويمكن من خلال ذلك استكشاف كيف أنَّ أسلوب العميل في التعبير عن الغضب قد يؤثر على علاقاته وشبكته الاجتماعية الواسعة.
- العلاقة العلاجية تستخدم كوسيلة لجمع المعلومات.
- تستخدم العلاقة العلاجية كوسيلة لأن يختبر العميل العلاقات الناجحة.
- يمكن للمعالج أن يستخدم العلاقة العلاجية كوسيلة للوصول على التغيير العلاجي، فالعلاقة العلاجية الجيدة التي تتضمن الثقة والتقبل تسهم في تسهيل إجراء المهام العلاجية من قبل العميل.
- إنَّ العلاقة العلاجية توفر خلفية آمنة ضد ما يحدثه التغيير.

ثانيًا: التعبير عن المشاعر

يُعد تسهيل التعبير عن المشاعر، وخاصةً تلك المتعلقة بالعلاقات الشخصية، أحد الجوانب الأساسية للعلاج النفسي الينشخصي. يشجع هذا العلاج المرضى على تحديد مشاعرهم ومعالجتها والتعبير عنها بطريقة بناءة. كما يُستخدم التعبير عن المشاعر خلال تقنيات علاجية أخرى مثل لعب الأدوار وتحليل التواصل. ويتم تنفيذ هذه الفنية من خلال:

- مساعدة العميل على إدراك تأثيره العاطفي الفوري، وتمييز مشاعره.
- مساعدة العميل على إيصال تأثيره أو تعبيره الانفعالي للآخرين بشكل أكثر وضوحًا.
- تسهيل تعرف المريض على تأثيره العاطفي الذي تم قمعه أو التي يجدها مؤلمة للاعتراف بها، ويمكن أن يستدل المعالج على المشاعر التي تم كبتها من خلال ملاحظة التناقض بين الحالة الوجدانية والمحتوى اللفظي للعميل.

فمن خلال النقاط السابقة يزداد وعي العميل بمشاعره، كالغضب أو الشعور بالذنب، فيشجع المعالج العميل على التعبير عن جميع مشاعره، وأن يكتشف مع العميل كيف أنّ هذه المشاعر يمكن التعبير عنها بطريقة آمنة خارج الجلسات، وذلك كوسيلة لحل النزاعات وتعزيز شبكاتهم الاجتماعية.

وفي حالة الشعور بالفقد والحداد يتم تشجيع العميل على التعبير العاطفي من خلال مساعدته على تنظيم وسرد قصته مع الفقد، وللكشف عن حاجته للتواصل مع الآخرين للحصول على الدعم المعنوي الفعال، بالإضافة إلى تعزيز لمهارته الاجتماعية. علماً بأنه يجب الأخذ في الاعتبار الأسلوب الديني أو الروحي والثقافي الذي يعطي معنى للشعور بالفقد وكيفية التعبير عنه، وكيفية تلقي الدعم الاجتماعي في سياق الفقد. ولمساعدة العملاء أكثر في الوعي بمشاعر الفقد والتعبير عنها اقترح ورم وآخرون (Wurm et al., 2008) أن يتم طرح الأسئلة التالية:

**بماذا تشعر وأنت تتحدث
عن الفقد؟**

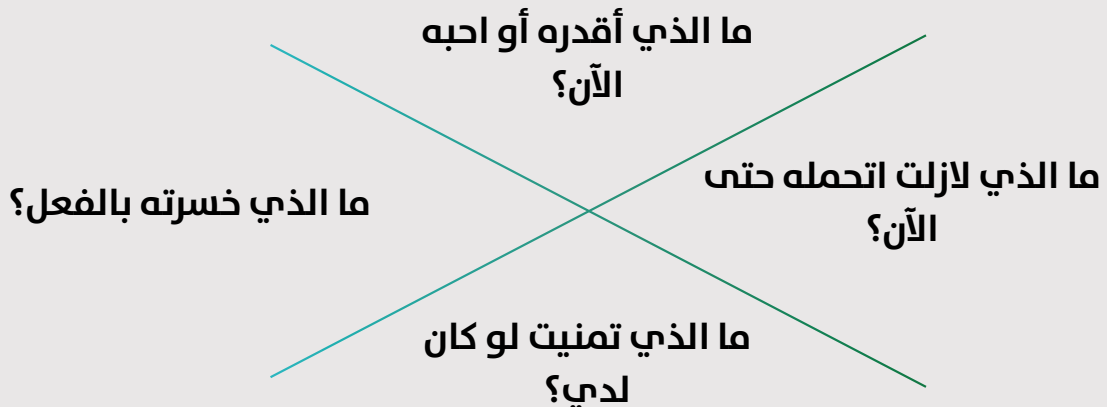
**ماهي مشاعرك التي
ارتبطت بالفقد؟**

**كيف كان التعايش مع
الفقد بالنسبة لك؟**

**ما هو نوع المساعدة التي تشعر
بأنها تفيدك في هذه الحالة؟**

ماذا تفعل الآن

كما يمكن تسهيل التعبير عن المشاعر في حالة حزن الفقد من خلال استخدام مخطط "مفترق الطرق" كما يتضح في الشكل (10). ويستعرض المخطط أسئلة قد تستثير عواطف مكتوبة لدى العميل لم يتم التعبير عنها بعمق من قبل.



أما فيما يتعلق بمجال النزاعات الشخصية، فيتم تشجيع العميل على التعبير الانفعالي المنظم من خلال مخطط "مسار النزاع"، والذي يحتوي على أسئلة تساعد العميل على الكشف عن حقيقة مشاعره تجاه الطرف الآخر، وكيف تغيرت عواطفه خلال فترات تطور الصراع كما يتضح في الشكل رقم (11).

إلى أي مدى
كانت العلاقة
مضطربة؟

إلى أي مدى تعتبر هذه العلاقة
مهمة بالنسبة لك؟

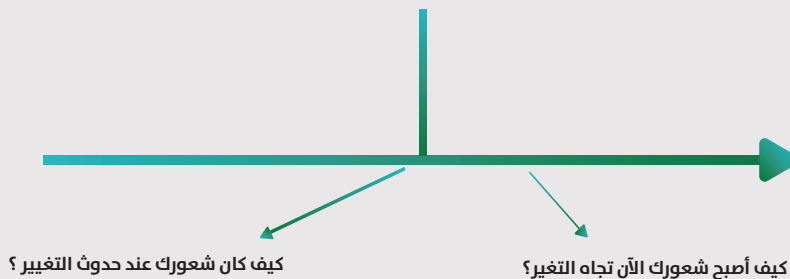
أما في حالة المشكلة المتعلقة بتحول الأدوار، فيتم تسهيل التعبير عن المشاعر من خلال التعاون مع العميل على رسم "الخط الزمني" للفترة الانتقالية، كما هو موضح في الشكل (12)، وكيف كانت الأمور قبل وبعد تحول الدور، أو التغيير الذي نتج عنه الألم النفسي. وفي هذا السياق أيضًا، يقترح سيتورت وروبرتسون (2012) عددًا من الأسئلة التي قد تسهم في وعي العميل بتطور توجهاته نحو تغيير الأدوار، وذلك على النحو التالي:

ما الذي فعلته خلال المراحل الأولى من التغيير؟

بتصورك ما هي السلبيات والإيجابيات التي يمكن أن تكون قد أدركتها قبل الحدث وبعده؟

ما هو نوع الدعم الذي تحتاجه؟ ومن من؟

كيف يمكن الحصول على هذا الدعم بتصورك؟



كما يمكن مساعدة العميل على الانفتاح والتعبير عن المشاعر بشكل متدرج حتى الوصول إلى درجة عميقة من التفريغ الانفعالي من خلال مجموعة من الأسئلة التي تقترحها ويلهم وماي (Wilhelm & May, 2017). وستشير هذه الأسئلة مشاعر تعكس مشكلات شخصية لم يتم حلها بطرق مرضية، وذلك كما يتضح في الجدول التالي:

الأسئلة المرتبطة بكل مجال

مجال المشكلة

- كيف تُعبّر عن غضبك للآخرين؟
- كيف تسير الأمور مع الشخص الذي أنت على خلاف معه؟
- هل تواجه صعوبة في التواصل مع...؟
- هل وجدت نفسك غير سعيد، أو خائب الأمل، أو غاضبًا نتيجة هذا الخلاف؟
- هل يمكنك إخباري عن الخلاف أو الاختلاف؟
- هل أنت راضٍ عن طريقة معاملة الناس لك؟
- إلى أي مدى تعتقد أنّ الناس يفهمونك؟
- في خلافك الحالي، ما هي المشكلة في نظرك؟ ما هو شعورك نحوها؟
- تتضمن بعض الخلافات جدالًا واختلافًا: هل تحتاج إلى إيجاد طرق جديدة لحل الأمور (مثل إعادة التفاوض)؟
- بعض الخلافات هادئة: ولكن هل تشعر بسوء الفهم، وعدم الاستماع، لكنك لا تتحدث عن ذلك، أو لا يتواصل أي منكما، كأنّ هذا الخلاف في طريق مسدود؟
- قد تشعرك بعض العلاقات كأنها على وشك الانتهاء، أو لا يمكن إنقاذها. هل يمكنك إعادة النظر فيما إذا كان هذا هو الوضع الحالي؟ إذا كان هذا هو الخيار الأمثل، هل تعتقد أنّ من الأفضل ضمان أقل قدر ممكن من التداخيات (الحل)؟

النزاعات الشخصية

- هل مررت بتغييرات في علاقاتك، حياتك، عملك، أو صحتك؟
- كيف تصف دورك القديم والجديد؟
- ما هي الإيجابيات والسلبيات في دورك القديم؟ وفي دورك الجديد؟
- كيف كنت قبل تغيير دورك؟ وكيف تتمنى أن تكون؟
- ما الذي يمكنك فعله لتحسين حياتك الجديدة؟
- من يدعمك في هذه التغييرات؟

تحول الأدوار

حزن الفقد

- هل يمكنك إخباري عن الشخص المتوفى؟
 - ماذا حدث؟ كيف كان شعورك وقتها؟ والآن؟
 - ما هي عاداتك الخاصة في الحزن؟ وهل مارست هذه العادات عند فقدان هذ الشخص؟
 - كيف كانت علاقتك بالشخص المتوفى؟
 - كيف تعاملت مع الأمر منذ الوفاة؟ كيف تغيرت حياتك بعد ذلك؟
 - هل حصلت على الدعم الذي أردته أو توقعته؟
 - هل كان هناك أشخاص يمكنك الاعتماد عليهم عند الوفاة؟
- تضمن الأسئلة اللاحقة إيجاد طرق لتذكر الشخص بالدور الجديد بعد فقدان شخص مهم، وقد يتضمن ذلك أسئلة حول تحول الأدوار.**

ثالثاً: تحليل الاتصال

يعتبر تحليل الاتصال أسلوب منظم لدراسة تفاعل الشخص مع الآخرين (Stuart, 2006)، حيث يفترض العلاج البينشخصي أن الاتصالات المضطربة أو الضعيفة أحد الأسباب الأساسية لتفاقم المشكلات البينشخصية التي ينتج عنها تفاقم الأعراض المرضية. لذلك يستهدف تحليل الاتصال مساعدة العميل على تحديد المكان الذي انصرف أو ساء فيه الاتصال أو التفاعل، وذلك من خلال تحديد أساليبه الخاصة في التواصل، ومدى مساهمته في إحداث الخلل في الاتصال، وتشجيعه على اكتساب مهارات التواصل الفعال، فيعمل المعالج مع العميل على تحليل الاتصال بشكل متسلسل عن طريق اتباع الخطوات التالية:

- 3- جمع معلومات تتعلق بعلاقات المريض البينشخصية وتحديد أنماط الاتصال والردود المستمدة من الآخرين، وهنا يطلب المعالج من المريض أن يسجل التواصل اللفظي وغير اللفظي الذي يحدث بينه وبين الآخرين سواءً في حالة العلاقات المضطربة أو العلاقات الجيدة. كأن يطلب المعالج من العميل أن يصف أسلوب التواصل الذي حدث خلال الشجار الأخير مع شخصية مهمة وأثره بالنسبة للعميل (كالزوج أو الزوجة، الوالدين، رئيس العمل، الأبناء...)، مع مراعاة سرد الحوار كما حدث وبدقة.
- 4- وضع فرضية تتعلق بالسبب الذي أدى لحدوث الخلل في التواصل (ما الذي تعتقد بأنه حدث في ذلك الموقف؟).

5- تحديد إسهام المريض في مشكلات الاتصال، مثل توجيه العميل لملاحظة ما يلي:

- طريقة التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- الحديث الغامض وغير المباشر.
- تحيزات العميل (آرائه الشخصية، قيمه، معتقداته الثقافية والاجتماعية).
- المرضى ذوي الاستنكار الذاتي الذين ينتقدون أنفسهم كثيراً.
- الإسقاط غير المدرك للمشاعر والأفكار الذاتية على الآخرين.

6- عرض الفرضية على العميل وتقييمه الذاتي على أسلوبه في التواصل (هل يساعدك هذا الأسلوب على الوصول إلى ما تريده؟).

7- تحفيز العميل على الاتصال الفعّال عن طريق تعلم مهارات الاتصال وذلك من خلال لعب الدور وطرق حل المشكلات.

8- يتجنب المعالج تماماً إعطاء تفسيرات لأسباب الخلل في الاتصال أو في حالة النزاع، بل يتم تشجيع العميل على ذلك.

رابعاً: لعب الدور

في هذه الفنية يقوم كلاً من المعالج والمريض بتفاعلات تجريبية لإعادة تمثيل الحوار المشكّل الذي حدث بين العميل وشخصية مهمة، بحيث يتبنى المعالج دور العميل بينما يتقمص العميل دور الشخصية المهمة التي وقع معها الصراع. وفي أثناء عملية تبادل الأدوار، يعمل المعالج على تقمص طريق التفاعل الوجداني للعميل بشكل مفصل، فتساعد هذه العملية العميل على فهم تجربة الآخرين في التواصل الاجتماعي معه بشكل أفضل (كيف ينظر الآخرون له خلال تواصله بطريقة غير فعالة). بعد ذلك يقوم المعالج بتخصيص مساحة لمناقشة وتجربة أسلوب التواصل الجيد، ثم إعادة تقييم التواصل من وجهة نظر العميل. وفي مستوى متقدم من فنية لعب الدور، يتم تشجيع العميل على تجربة أسلوب الاتصال الجيد مع الآخرين خارج الجلسات العلاجية كواجب منزلي وتقييمه لنتائج هذا التواصل. (Stuart, 2006).

كما يتم استخدام فنية لعب الدور لتدريب العملاء على إدراك حدودهم الشخصية في العلاقات وتعزيز تأكيد الذات، مما يدعم الاستقلالية والاحترام. يُرشد المعالجون العملاء في تحديد المواقف التي تُنتهك فيها الحدود، وكيف يمكن تطبيق هذه الحدود بفعالية. تُسهم هذه العملية في بناء علاقات أكثر صحة وتوازن.

خامساً: التدريب على مهارات التواصل

مهارات التواصل الفعّالة ضرورية لعلاقات صحية، إذ تُعزز التفاهم بين الأفراد وتُساعد على منع سوء الفهم. وقبل البدء بممارسة مهارات التواصل، يشرح المعالج للعميل الهدف من التواصل الفعال، والذي يتمثل في القدرة على جعل الآخرين أكثر تفهماً لمشاعره واحتياجاته، وبالتالي الحصول على الدعم الاجتماعي الذي يُسهم في خفض حدة الأعراض المرضية كالقلق والاكتئاب. وتشمل تقنيات التواصل الفعال (Stuart & Robertson, 2012) التي تُدرس خلال الجلسات على ما يلي:

- الاستماع والتعاطف والتفهم لرغبات الآخرين.
- تكرار ما قاله الشخص الآخر لضمان الفهم، والتعبير عن النفس بوضوح دون أن يكون الشخص عدوانياً أو سلبياً في نبرة صوته أو سلوكياته.
- خلال الحوارات الهامة أو المشحونة، يتم الحديث عن المشاعر والحالة العاطفية في حالة التعبير عن الاحتياجات، بحيث يتجنب العميل استخدام الضمائر التي تشير للأشخاص الذين يتم الحديث معهم مثل "أنت"، وذلك لأنها قد تشير إلى الاتهام أو اللوم، وبالتالي قد تثير مشاعر دفاعية أو هجومية لدى الطرف الآخر. وبدلاً عنها، يستخدم العميل ضمير المتكلم "أنا" وذلك للتعبير عن مشاعره واحتياجاته.
- الانتباه للغة الجسد والإشارات اللفظية وغير اللفظية الغامضة التي تساهم في تعزيز الصراع، وتذكير العميل أنّ الإشارات الغامضة تستقبل استجابات غير واضحة أو غير مطلوبة.
- استخدام عبارات داعمة أو ودية قدر الإمكان عند الحديث مع الأشخاص المهمين من أفراد الأسرة أو الأصدقاء.

وبناءً على ما سبق، يُعد التواصل الفعال عنصراً أساسياً في حل النزاعات الشخصية. ولذلك، يُركز العلاج النفسي الينشخصي على تطوير مهارات التواصل، بما في ذلك الاستماع الفعال، والحرص، والوضوح في التعبير عن الأفكار والمشاعر. غالباً ما يستخدم المعالجون تمارين لعب الأدوار لمساعدة العملاء على ممارسة هذه المهارات في بيئة آمنة، مما يعزز ثقتهم في التفاعلات الواقعية.

سادساً: حل المشكلات

في العلاج النفسي الـبينشخصي، تعد فنية حل المشكلات أسلوباً منطقيًا يُستخدم لمساعدة المرضى على إدارة صعوباتهم الشخصية الحالية، لا سيما في سياق النزاعات الشخصية وتحولات الأدوار. ووفقًا لـوايزمان وماركويتز (2017)، تتضمن العملية تحديد المشكلة الشخصية، وتوليد حلول محتملة بشكل تعاوني، وتقييم جدواها ونتائجها. تُركز هذه الطريقة على الخطوات العملية وتشجع المرضى على اتخاذ القرارات لتحسين علاقاتهم وظروف حياتهم. وتوضح الخطوات التفصيلية لفنية حل المشكلات كما يلي:

تحديد المشكلة: يتعاون المعالج مع العميل لتحديد مشكلة شخصية مُحددة تُسبب ضائقة، مثل نزاع مع أحد أفراد الأسرة أو تحديات في دور اجتماعي جديد.

توضيح المشكلة: من خلال أسئلة مفتوحة واستماع مُتأقّل، يُساعد المعالج العميل على التعبير عن المشكلة بوضوح، مما يضمن وجود تفاهم مُتبادل بين الطرفين.

توليد حلول بديلة: يُشجّع المعالج العميل على تبادل الأفكار حول استراتيجيات مُتعددة لمعالجة المشكلة المُحددة، مُشجّعًا التفكير الإبداعي ومُراعاة وجهات النظر المُختلفة.

تقييم البدائل: يُناقش كل حل محتمل من حيث جدواه ونتائج المحتملة وتوافقه مع قيم العميل وأهدافه.

اتخاذ القرار: يختار العميل الحل الأنسب، ويقدم المعالج التوجيه اللازم لضمان واقعية الاختيار وتوافقه مع قدراته.

تنفيذ الحل الذي تم اختياره: يتخذ العميل خطوات عملية لتطبيق الحل الأنسب له، ويقدم المعالج الدعم والتشجيع لتسهيل العملية.

المراجعة والتقييم: في الجلسات اللاحقة، يراجع المعالج والعميل نتائج الحل الذي تم تطبيقه، ويناقشان النجاحات ومجالات التحسين، ويُجريان التعديلات اللازمة.

إنَّ أسلوب حل المشكلات الفعّال في العلاج النفسي الـبينشخصي يتطلب من المعالجين الموازنة بين التعاطف والتوجيه، ومساعدة العملاء على توضيح الأهداف والتعامل مع النزاعات بشكل بناء. لا تقتصر هذه التقنية على إيجاد حلول فورية فحسب، بل تشمل أيضًا تعزيز مهارات التواصل مع الأشخاص والقدرة على التكيف لتحقيق تغيير طويل الأمد (Stuart & Robertson, 2024).

ويؤكد وايزمان وموتز (2024) أيضًا على قابلية فنية حل المشكلات للتكيف الثقافي ضمن العلاج النفسي الـبينشخصي. ويناقشون كيف يمكن تصميم هذه التقنية لتناسب مختلف الفئات الثقافية والاجتماعية، وذلك من خلال احترام المعايير الثقافية المتعلقة بالتواصل وحل النزاعات، وبالتالي زيادة قابلية تطبيق العلاج وفعاليتها على المستوى العالمي.

الواجبات العلاجية المنزلية والتوجيهات الأخرى:

الواجب المنزلي هو مهمة علاجية يُتوقع من المريض القيام بها بين الجلسات. تعمل الواجبات المنزلية في العلاج النفسي الـبينشخصي على زيادة احتمالية انخراط المريض في تغيير تـواصلي بـناءً، وتحسين أدائه الشخصي، وبالتالي المساعدة في انخفاض الأعراض المرضية. كما أن الواجبات المنزلية والتوجيهات الأخرى المتعلقة بها يجب أن تكون ذات طبيعة تفاعلية، بحيث تتوافق مع أساسيات وفنيات العلاج النفسي الـبينشخصي.

من المهم أيضًا التذكير بإمكانية استخدام مجموعة متنوعة من الفنيات الأخرى المتوافقة مع مبادئ العلاج النفسي الـبينشخصي. فعلى سبيل المثال، التدخل الذي يُطلب فيه من العميل جدولة أنشطة ممتعة سيكون خارج نطاق العلاج النفسي الـبينشخصي، ولكن التكاليف المنزلي الذي يُطلب فيه من العميل جدولة أنشطة ممتعة مع شريك حياته يقع ضمن نطاق العلاج النفسي الـبينشخصي. وبالمثل أيضًا، فإن الطلب من العميل بالانخراط في جلسة استرخاء كتدخل مستقل سيكون خارج نطاق العلاج النفسي الـبينشخصي، ولكن مطالبة العميل بشرح أهمية قضاء الوقت بمفرده والتأمل في علاقته بشخص مهم يتوافق تمامًا مع العلاج النفسي الـبينشخصي (Stuart & Robertson, 2012).

أهداف الواجبات المنزلية في العلاج النفسي الـبينشخصي:

- **تعزيز المفاهيم العلاجية:** من خلال تطبيق الفنيات العلاجية خارج الجلسات، يمكن للعملاء ترسيخ فهمهم لطبيعة هذه الفنيات وأهدافها وتحسين مهارتهم لإنجازها.
- **تعزيز مهارات التعامل مع الآخرين:** غالبًا ما تركز الواجبات على تحسين التواصل، وحل النزاعات، والتعبير العاطفي في العلاقات الشخصية.
- **متابعة التقدم:** تتيح المهام المنتظمة لكل من المعالج والعميل تقييم التحسينات وتحديد الجوانب التي تحتاج إلى اهتمام.
- **تعزيز الثقة بالنفس:** إن إكمال الواجبات بنجاح يعزز الشعور بالإنجاز ويشجع على مواصلة الجهد في العلاج.

تصنيف الواجبات المنزلية في العلاج النفسي الـبـينـشـخـصـي:

ووفقاً لستيوارت وروبرتسون (2012)، فإن المهام التي تتضمن التواصل والتفاعل مع الآخرين تندرج ضمن نطاق التدريب العملي المباشر. ويتم تصنيف الواجبات المنزلية ضمن ثلاث فئات: مهام التواصل المباشر، مهام التقييم، وكذلك مهام الأنشطة والسلوكيات التفاعلية

1. مهام التواصل المباشر:

قد تكون هذه المهام هي أكثر الواجبات المنزلية وضوحاً، وهي ببساطة تتطلب من العميل التواصل المباشر مع الآخرين. على سبيل المثال: قد يطلب من العميل الذي يواجه خلاف مالي مع شخص مهم في حياته (زوج، زوجة، صديق، فرد من الأسرة، مدير، زميل عمل) التحدث مع هذا الشخص حول مخاوفه في وقت محدد ومناسب لكل الأطراف. بينما شخص يعاني القلق الاجتماعي، فقد يطلب منه الذهاب إلى مناسبة اجتماعية، ثم مجرد محاولة التحدث مع شخص آخر حول أي موضوع اجتماعي. الهدف من هذا التكليف المنزلي هو مساعدة العميل على إجراء تواصل مباشر محدد.

2. مهام التقييم:

بدلاً من تكليف العميل بإجراء تواصل مباشر، قد يطلب المعالج من العميل مراقبة وتسجيل اتصالاته المتعلقة بعلاقاته المضطربة. ويهدف هذا التكليف إلى تحقيق أمرين هامين: أولاً، يوفر هذا الإجراء معلومات مهمة حول تفاعلات العميل وأنماط تواصله مع الآخرين. ثانياً، يعزز هذا الإجراء وعي العميل بطبيعة تواصله ونتائج هذا التواصل. وبالتالي، فإن تسجيل العميل لمحادثاته مع الشخصيات المهمة في حياته، يلفت انتباهه إلى كيفية تواصله مع الآخرين وما ينتج عنه، مما يحفز العميل على القيام بمراقبة ذاتية لتصرفاته. هذه المراقبة الذاتية قد تكون مهمة فعّالة نحو إجراء تغيير مرضي.

3. مهام الأنشطة والسلوكيات التفاعلية:

إنَّ إشراك المريض في أنشطة محددة، مثل التمارين الرياضية، يقع في حد ذاته خارج نطاق العلاج النفسي التفاعلي. هذا لا يعني أنَّه لا ينبغي القيام به، بل يُفضل اعتباره مكملاً للعلاج النفسي البينشخصي. لا شك أنَّ هذه الأنشطة قد تكون مفيدة جداً لمرضى محددين. فإذا رأى المعالجون أنَّ جدول الأنشطة ستكون مفيدة للعميل، فيمكن إضافتها بالتأكيد إلى العلاج النفسي البينشخصي. بالإضافة إلى ذلك، يمكن إدراج مهام كهذه ضمن نطاق العلاج النفسي البينشخصي من خلال التركيز على تحسين التواصل وبناء الدعم الاجتماعي. وبناءً عليه، فإنَّ مطالبة العميل بممارسة الرياضة بمفردها يُعدُّ خارج نطاق العلاج النفسي التفاعلي، بينما تكليف المريض بمهمة إيجاد شخص لممارسة الرياضة معه، أو الانضمام إلى نادٍ صحي بهدف مقابلة أشخاص آخرين بالإضافة إلى ممارسة الرياضة، يُعدُّ ضمن نطاق العلاج النفسي البينشخصي.

اعتبارات لتنفيذ الواجبات المنزلية بفاعلية:

- جاهزية العميل: يجب تكليف العميل بالواجبات المنزلية عندما يكون مستعداً وقادراً على المشاركة فيها جسدياً وذهنياً.
- الأهمية: يجب أن تكون الواجبات المنزلية ذات صلة بقضايا العميل الشخصية وتقود إلى تحقيق الأهداف العلاجية.
- الدعم: يجب على المعالجين تقديم التوجيه الواضح والمفهوم، بالإضافة لتقديم التشجيع والاستحسان لجهود العميل، وذلك لمساعدة العملاء على تجاوز العقبات في إكمال الواجبات المنزلية.
- المرونة: يجب أن تكون الواجبات المنزلية قابلة للتكيف مع ظروف العميل الحالية ومستوى تقدمه في العلاج.

باختصار، تُعدُّ الواجبات المنزلية ضمن العلاج النفسي البينشخصي جزءاً لا يتجزأ مع العملية العلاجية. حيث تعمل على سد الفجوات بين الجلسات مما تتيح للعملاء فرصاً لممارسة مهاراتهم الشخصية في بيئات واقعية. ومن خلال المشاركة في هذه المهام، يمكن للعملاء تعزيز علاقاتهم الشخصية وتحسين صحتهم النفسية، مما يؤدي إلى تحقيق نتائج علاجية أكثر فاعلية واستدامة.

المرحلة النهائية: تقييم تحقيق الأهداف العلاجية

في المرحلة النهائية من العلاج النفسي الـبينشخصي، تُعدُّ طريقة اختتام الجلسات العلاجية عملية محورية، والتي يمكن أن تمتد من جلسة واحدة إلى أربع جلسات، وتستهدف هذه المرحلة تعزيز المكاسب العلاجية وتُهيئ المريض للتعافي المستدام. وبالاستناد إلى الأطر الشاملة التي وضعها عدد من مطوري العلاج النفسي الـبينشخصي حول المرحلة النهائية (Weissman & Markowitz, 2017; Stuart & Robertson, 2024) يجب أن يتركز النقاش في الجلسات الختامية حول الموضوعات التالية:

1- تعزيز المكاسب العلاجية:

تُركّز الجلسات الأخيرة على تعزيز التقدّم المحرز طوال فترة العلاج. يعمل المعالجون بشكل تعاوني مع المريض لمراجعة التقدم في الأداء الشخصي وانخفاض الأعراض المرضية. تُعدُّ عملية تعزيز العميل أساسية لترسيخ المكاسب العلاجية وضمان شعوره بالثقة في الحفاظ على هذه المكتسبات بشكلٍ مستقر. فتلخيص التغييرات التي أحرزها المريض فيما يتعلق باتصالاته وتطويره لشبكات الدعم الاجتماعي يجب أن توضع في الاعتبار، والتأكيد على أنّ التغيير الإيجابي يُعزى لرغبة وجهد العميل.

2- الاستعداد للتحديات المستقبلية:

يشمل إنهاء العلاج مراجعة الصعوبات التي واجهها العملاء في أثناء تنفيذ التدخلات العلاجية وكيف تم التغلب عليها، والعمل على إعداد المريض للصعوبات الشخصية المحتملة في المستقبل. يساعد المعالجون المريض على تحديد استراتيجيات لإدارة التحديات القادمة، مما يقلل من خطر الانتكاس. يُزود هذا النهج الاستباقي المريض بالأدوات اللازمة للتعامل مع المشكلات الشخصية بفعالية.

3- مراعاة الثقافات عند إنهاء العلاج:

يجب التعامل مع إنهاء العلاج بحساسية ثقافية، لا سيما في البيئات المتنوعة. يُسلط وايزمان وموتز (2024) الضوء على أهمية فهم السياقات الثقافية عند إنهاء العلاج. يجب على المعالجين مراعاة المعايير والقيم الثقافية لضمان أن تكون عملية الإنهاء محترمة ومناسبة للمريض.

◀ 4- تقييم نتائج العلاج:

يُعد تقييم مدى تحقق الأهداف العلاجية أمراً بالغ الأهمية لتحديد فعالية العملية العلاجية. يتضمن هذا التقييم مراجعة انخفاض الأعراض، وتحسين العلاقات الشخصية، ورضا المريض بشكلٍ عام. كما أنّ هذه التقييمات ضرورية في التخطيط للعلاج المستقبلي.

◀ 5- التغذية الراجعة والتأمل:

يُتيح تقديم تغذية راجعة للعميل في أثناء انتهاء العلاج فرصةً للتفكير في العملية العلاجية. وفي هذه المرحلة يجب أن يستعرض المعالج التقدم الحاصل في العلاج وأن يقدم الكثير من التغذية الراجعة الإيجابية للمرض قدر الإمكان. تُقدم هذه التغذية الراجعة رؤىً قيّمة حول تجربة المريض، ويمكن أن تُرشد التعديلات في النهج العلاجي المستقبلي.

◀ 6- الانتقال إلى مرحلة المتابعة:

في الحالات التي يُقرر فيها كلاً من المعالج والعميل أنّ الدعم العلاجي الإضافي مفيد، يمكن النظر في الانتقال إلى مرحلة المحافظة على النتائج العلاجية. عادةً ما تكون جلسات المتابعة أقل تواتراً، وتركز على الحفاظ على المكاسب التي تحققت خلال الجلسات العلاجية في المرحلة السابقة. تتيح هذه المرحلة استمرار الدعم مع تعزيز استقلالية العميل.

باختصار، يُعدُّ اختتام العلاج في العلاج النفسي الـبيشخصي عمليةً متعددة الجوانب، تتضمن تعزيز المكاسب، والاستعداد للتحديات المستقبلية، ودراسة العلاج المحافظ، وضمان مراعاة الجوانب الثقافية، وتقييم النتائج، وتسهيل التغذية الراجعة. من خلال معالجة هذه العناصر، يُمكن للمعالجين دعم المرضى بفعالية في الانتقال من العملية العلاجية إلى الرفاهية طويلة الأمد.

مرحلة المتابعة: المحافظة على النتائج العلاجية

تُعد مرحلة المتابعة ذات أهمية خاصة للأفراد الذين يعانون من الاكتئاب المتكرر أو المعرضين لخطر الانتكاس. استناداً إلى رؤية ستيوارت وروبرتسون (2024)، تقوم مرحلة المتابعة كإجراء علاجي وقائي وفقاً لما يلي:

1- توضيح أهداف مرحلة المتابعة:

يشرح المعالج للعميل الأهداف التي يمكن تحقيقها من خلال جلسات المتابعة والتي تتضمن:

- منع الانتكاس: من خلال الحفاظ على التواصل العلاجي، يصبح المرضى أكثر قدرة على إدارة ضغوطات العلاقات الشخصية التي قد تسهم في إثارة الأعراض المرضية.
- الحفاظ على الأداء التفاعلي: تُساعد الجلسات المستمرة على تعزيز مهارات التواصل وآليات التأقلم، مما يضمن قدرة المرضى على مواجهة التحديات الاجتماعية بفعالية.
- مراقبة ومعالجة المشكلات الناشئة: تُتيح الجلسات المنتظمة فرصةً لتحديد ومعالجة أي صعوبات شخصية جديدة أو علامات تكرار الأعراض على الفور.

2- الاتفاق على هيكل جلسات الصيانة وتكرارها:

عادةً ما تكون جلسات الصيانة أقل تواتراً من جلسات العلاج الحاد. عادةً تُعقد هذه الجلسات شهرياً، وذلك حسب احتياجات المريض وعوامل الخطر. غالباً ما يتضمن هيكل هذه الجلسات ما يلي:

- مراجعة التقدم: تقييم العلاقات الشخصية الحالية للمريض وأي تغييرات منذ الجلسة الأخيرة.
- تحديد المشكلات الجديدة: مناقشة أي مشكلات شخصية أو ضغوطات ناشئة.
- تعزيز استراتيجيات التأقلم: مراجعة وممارسة مهارات التعامل الشخصي وآليات التأقلم المكتسبة سابقاً.
- التخطيط للتحديات المستقبلية: توقع الصعوبات الشخصية المحتملة ووضع استراتيجيات لمواجهتها.

3- الاعتبارات السريرية:

تؤثر عدة عوامل على مدة وتكرار مرحلة المتابعة كعلاج وقائي، وتتمثل هذه الاعتبارات فيما يلي:

- **شدة واستمرار الأعراض المرضية:** فعلى سبيل المثال، قد يستفيد المرضى الذين يعانون من اكتئاب حاد أو مزمن من جلسات مرحلة المتابعة بشكل أطول أو أكثر تكراراً.
- **خطر الانتكاس:** الأفراد الذين لديهم تاريخ من أعراض مرضية متكررة، هم أكثر عرضة للانتكاس وقد يحتاجون إلى علاج وقائي ممتد.
- **تفضيلات المريض:** يُعد اتخاذ القرارات بشكل تعاوني بين المعالج والمريض أمراً أساسياً لتحديد خطة العلاج الوقائي المناسب.

ويشدد ستيوارت وروبرتسون (2024) على أهمية المرونة خلال جلسات مرحلة المتابعة، مما يسمح بإجراء تعديلات بناءً على احتياجات المريض وظروفه المتغيرة. كما تدعم الأبحاث فعالية العلاج النفسي الوقائي في منع الانتكاس. فعلى سبيل المثال، أظهرت الدراسات أن المرضى الذين يتلقون علاجاً نفسياً وقائياً شهرياً أقل عرضة للانتكاس مقارنةً بمن يتلقون علاجاً وقائياً بشكل أقل أو لا يتلقونه على الإطلاق. بالإضافة إلى ذلك، ارتبط العلاج النفسي الوقائي المتمثل في مرحلة المتابعة بتحسين الأداء الشخصي وجودة الحياة بشكل عام.

الفصل الثالث:

الجودة والالتزام بتعليمات الممارسة



الجودة والالتزام بتعليمات الممارسة

• قياس الجودة والالتزام بتعليمات العلاج النفسي الينشخصي:

في ظل تزايد أعداد المتدربين في العلاج النفسي الينشخصي من المختصين في تقديم خدمات الصحة النفسية، ظهرت الحاجة لتصميم مقاييس تهدف إلى التحقق من جودة تطبيق العلاج النفسي الينشخصي وفقاً للإجراءات التي بُني عليها هذا النهج العلاجي. ومن أشهر هذه المقاييس التي يتم استخدامها على نطاق واسع في برامج التدريب والإشراف مقياس الجودة والالتزام بتعليمات الممارسة (Adherence and Quality Scale: IPT Institute, 2015)، صُمم هذا المقياس من قبل مؤسسة العلاج النفسي الينشخصي الأمريكية، وذلك ليستخدمه كلٌّ من المشرفين والمختصين المعتمدين في ممارسة العلاج النفسي الينشخصي. كما يمكن استخدامه للإشراف السريري، وكذلك كمقياس للالتزام بالعلاج النفسي الينشخصي وجودته في بيئات البحث والدراسة.

ويكون العلاج النفسي الينشخصي أكثر فعالية عندما يُقدم بطريقة تجمع بين الالتزام والجودة العالية، حيث صُمم المقياس لتسجيل ما إذا كان ينبغي (أو لا ينبغي) استخدام تقنيات معينة في جلسة معينة. على سبيل المثال، قد لا يكون تحليل التواصل قد استُخدم في جلسة معينة، وهو فنية مهمة في العلاج النفسي الينشخصي، لذلك كان ينبغي استخدامه لتحقيق أقصى قدر من الجودة والفعالية. كمثال آخر، ربما استُخدمت بالفعل تقنيات توجيهية محددة، مثل تكليف المريض بواجب منزلي، في الجلسة، ولكن لم يكن ينبغي استخدامها نظراً لعدم تمكن المريض من إكمالها أو لم يتقبل المريض التوجيه بأداء الواجب المنزلي. ولذلك، يسمح المقياس للمقيمين بملاحظة تفاصيل مهمة، لا تتعلق فقط بما إذا كانت التقنيات قد استُخدمت فحسب، بل ما إذا كان ينبغي استخدامها أيضاً.

يُركز المقياس بشدة على أدوات العلاج النفسي الينشخصي المحددة، مثل سجل العلاقات الشخصية، وصياغة ملخص الحالة، والجدول الزمني للعلاقات. بالإضافة إلى استخدام الرسوم البيانية أو المخططات التي توضح طبيعة ومسار المشكلات الشخصية.

الجدير بالذكر، أن مقياس الجودة والالتزام بتعليمات الممارسة يسمح بملاحظة التقنيات غير المرتبطة بالعلاج النفسي الينشخصي. وفي هذه الحالة، ينبغي تقييم هذه التقنيات بناءً على مدى نجاح المعالج في دمجها ضمن إطار العلاج النفسي الينشخصي. على سبيل المثال، قد يكون استخدام تقنيات المقابلات التحفيزية بهدف تطوير دعم اجتماعي أكبر للعميل (وهو هدف صريح للعلاج النفسي الينشخصي) مفيداً للغاية في جلسة العلاج النفسي الينشخصي. وبالمثل، يمكن أن يكون استخدام تقنيات التنشيط السلوكي لتفعيل المشاركة في الأنشطة الاجتماعية داعماً للتقدم العلاجي (وهو هدف آخر صريح للعلاج النفسي الينشخصي). في المقابل، قد تُلحق تقنية نفسية ديناميكية، مثل المناقشة الصريحة للانتقال، ضرراً بالنتائج، إذا لم تُدمج جيداً في إطار العلاج النفسي الينشخصي، وذلك كأن يتم تشتيت مسار العلاج بالتركيز على علاقات خارج نطاق المعالجة. وبناءً على ذلك، يمكن للمقيمين ملاحظة التقنيات الأخرى المستخدمة خلال الجلسات، بالإضافة إلى مدى دمجها بفاعلية في إطار العلاج النفسي الينشخصي.

شرح تعليمات تقييم ممارسة العلاج النفسي البينشخصي:

يتضمن مقياس الجودة والالتزام (IPT- Adherence and Quality Scale) الخاص بالعلاج النفسي البينشخصي إجراء عملية التقييم بناءً على أربعة محاور (روابط هامة، ص 60)، وذلك على النحو التالي:

1- جميع الجلسات - تقييم لكل الجلسات

(أ) **التقييمات العامة:** تقييم كل بند في كل جلسة باستخدام مقياس الجودة من 1 إلى 5.
(ب) **التقييمات الخاصة بالعلاج النفسي البينشخصي:** يصف كل بند من هذه البنود أسلوباً أو فنية علاجية ينبغي تطبيقها في كل جلسة علاجية. فيتم أولاً تدوين ما لم يتم إجراءه في الجلسة. ثم يتم تقييم كل بند متبقٍ لكل جلسة باستخدام مقياس الجودة من 1 إلى 5.
(ج) **التقييمات الإجمالية:** تقييم كل بند في كل جلسة.

2- تقييم جلسات المرحلة الأولى

الغيات العامة للعلاج النفسي البينشخصي - الجلسات الأولى: كما هو الحال في الفقرة السابقة، يصف كل بند من هذه البنود أسلوباً أو فنية علاجية ينبغي تطبيقها في كل جلسة علاجية. فيتم أولاً تدوين ما لم يتم إجراءه في الجلسة. ثم يتم تقييم كل بند متبقٍ لكل جلسة باستخدام مقياس الجودة من 1 إلى 5.

3- تقييم جلسات المرحلة الوسطى

(أ) الغيات العامة للعلاج النفسي البينشخصي- الجلسات الوسطى: كما هو الحال أيضاً في الفقرة السابقة، يصف كل بند من هذه البنود أسلوباً أو فنية علاجية ينبغي تطبيقها في كل جلسة خلال المرحلة الوسطى. فيتم أولاً تدوين ما لم يتم إجراءه في الجلسة. ثم يتم تقييم كل بند متبقٍ لكل جلسة باستخدام مقياس الجودة من 1 إلى 5.

(ب) غيات العلاج النفسي البينشخصي المخصصة لمشكلة النزعات الشخصية، أو تحول الأدوار أو حزن الفقد: يصف كل بند من هذه البنود أساليب علاجية ذات صلة بالمشكلة المحددة التي يتم مناقشتها في الجلسات العلاجية. يمكن معالجة مجال مشكلة واحدة أو أكثر في جلسة واحدة، وفي هذه الحالة يجب تقييم كل قسم من مجالات المشكلة. قد لا تكون بعض البنود المذكورة ضرورية لجلسة معينة- على سبيل المثال، قد لا يكون المريض قد وصل بعد إلى معالجة لب المشكلة، أي في بداية المرحلة الوسطى، فلا يكون فيها مستعداً لبدء إجراء تغييرات شخصية. قد تُوضع علامة "غير متوفر" على هذه البنود لتلك الجلسة المحددة. بعض الغيات، مثل ممارسة فنية الإيضاح لمشكلة انتقال الأدوار الذي تتم مناقشته، يجب أن تُطبق هذه الفنية في كل جلسة، وبالتالي يجب تقييمها في كل جلسة علاجية خلال المرحلة الوسطى.

4- تقييم الجلسات الختامية

الفنيات العامة للعلاج النفسي الـبينشخصي- الجلسات الختامية: يصف كل بند من هذه البنود أسلوباً أو فنية علاجية ينبغي تطبيقها في كل جلسة خلال المرحلة الختامية. فيتم أولاً تدوين ما لم يتم إجراءه في الجلسة. ثم يتم تقييم كل بند متبقٍ لكل جلسة باستخدام مقياس الجودة من 1 إلى 5.



• مقياس الجودة والالتزام بالعلاج النفسي الينشخصي:

للاطلاع على النسخة الأصلية من المقياس، انتقل إلى مواقع هامة -ص67.

تقييم جميع الجلسات العلاجية

• مقياس الجودة والالتزام بالعلاج النفسي الينشخصي:

الجودة-من منخفض (1) إلى عالي (5)

لم يتم إجراءه

التقييمات العامة (تقييم لكل الجلسات)

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

مهارة المعالج في بناء علاقة علاجية مع المريض.
مهارة المعالج في هيكله وتنظيم الجلسة.
مهارة المعالج في ربط هذه الجلسة بالجلسات السابقة.
مهارة المعالج في التعامل مع الآخرين (مثل: اللطف، والرحمة، والتعاطف، والصدق، والدفء).
مهارة المعالج في الاهتمام بعواطف المريض.
استخدام المعالج لمهارات علاجية غير محددة (مثل: التوضيح، والتأمل، والتحقق).
ثقة المعالج بنفسه.
مهارة المعالج في طمأنة المريض.
قدرته على بث الأمل.

الجودة-من منخفض (1) إلى عالي (5)

لم يتم إجراءه

التقييمات الخاصة بالعلاج النفسي الينشخصي (تقييم لكل الجلسات)

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

حافظ المعالج على توجه نظري ثابت للعلاج النفسي الينشخصي.
حافظ المعالج على أسلوب علاجي خاص بالعلاج النفسي الينشخصي (مثل: منفتح، فضولي، متاح شخصيًا).
تعاون المعالج مع المريض.
طلب المعالج ملاحظات المريض وكان متجاوبًا مع ملاحظاته.
تكيف المعالج مع نمط التعلق الخاص بالمريض.
قدّم المعالج نموذجًا لمهارات التواصل الجيدة.
كان المعالج شفافًا بشأن أهداف وإجراءات العلاج النفسي الينشخصي.
استخدمت صياغة العلاج النفسي الينشخصي لتوجيه الجلسة.
شرح المعالج الصياغة والملخص وأهميتهما للمشكلات الحالية.
تمت معالجة الأعراض/الضيق النفسي في سياق العلاقات الشخصية.
تمت معالجة مشكلات شخصية محددة.
تمت معالجة علاقات شخصية محددة.
ربط المعالج أي تجارب شخصية سابقة تمت مناقشتها بالسياق الشخصي الحالي.
تم تناول طرق تطوير دعم اجتماعي أفضل.
تم تحديد فرص التغيير.
تم تطوير استراتيجيات التغيير بشكل تعاوني.

التقييمات الإجمالية (لكل الجلسات)

الجودة-من منخفض (1) إلى عالي (5)

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

مهارات العلاج النفسي العامة.

مهارات العلاج النفسي الينشخصي.

التقييم الإجمالي لهذه الجلسة.

تقييم جلسات المرحلة الأولية

الجودة-من منخفض (1) إلى عالي (5)

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

لم يتم إجراءه

تقييم الفنيات العامة للعلاج النفسي الينشخصي الخاصة بالجلسات الأولية

أجري تقييم نفسي عام.

تم تعزيز التحالف العلاجي وتدعيمه.

تم تطوير جرد العلاقات الشخصية بشكل تعاوني واستخدامه لإنشاء فرضيات حول مواطن الخلل والدعم الاجتماعي.

تم تطوير صياغة العلاقات الشخصية وملخص العلاقات الشخصية بشكل تعاوني كوسيلة لفهم معاناة المريض.

تم تحديد مواطن الخلل الشخصية المحددة كأهداف للمرحلة المتوسطة.

تم تحديد أهداف علاجية محددة بشكل تعاوني.

تم تقديم تثقيف نفسي عام حول المرض/الضيق النفسي.

تم تقديم تثقيف نفسي حول العلاج النفسي الينشخصي وإطار العلاقات الشخصية.

تم مناقشة دور المريض كمشارك فعّال في عملية التعافي.

تم تطوير اتفاقية علاجية حول هيكل العلاج بشكل تعاوني (على سبيل المثال، وتيرة الجلسات، وعدد الجلسات، وما إلى ذلك).

تقييم جلسات المرحلة الوسطى

الجودة-من منخفض (1) إلى عالي (5)

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

لم يتم إجراءه

تقييم الفنيات العامة للعلاج النفسي الينشخصي الخاصة بالجلسات الوسطى

تم وضع جدول أعمال الجلسة بشكل تعاوني.

تمت مراجعة ملخص وأهداف العلاقات الشخصية واستخدامها لتوجيه العلاج.

تم تحديد مجالات المشكلات الشخصية بوضوح للجلسة.

تمت مراجعة المهام الشخصية من الجلسات السابقة.

تمت مراجعة الأعراض/الضيق ومناقشتها في سياق شخصي.

ربط المعالج أي تجارب شخصية سابقة تمت مناقشتها بالسياق الشخصي الحالي.

تمت مناقشة طرق تطوير دعم اجتماعي أفضل.

تمت ملاحظة فرص التغيير.

تم تطوير استراتيجيات التغيير بشكل تعاوني.

تقييم فنيات العلاج النفسي الـبينشخصي الخاصة بمشكلة تحول الأدوار

لم يتم
إجراؤه

الجودة-من منخفض (1) إلى عالي (5)

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

تم التركيز بشكل واضح على مشكلة تحول الأدوار ومتابعتها.
استند فهم/تصوّر تحول الأدوار إلى ملخص/صياغة العلاقات الشخصية.
تم تطوير و/أو مناقشة الجدول الزمني للعلاج الـبينشخصي.
تم مناقشة تفاصيل تحول الأدوار.
تم تحديد واستكشاف المشاعر المرتبطة بالانتقال أو تحول الأدوار.
تم تحديد ومناقشة الاحتياجات التي تمت تليبيتها في الأدوار السابقة.
تم استكشاف طرق يمكن للمريض من خلالها تطوير و/أو استئناف العلاقات والدعم الاجتماعي.
تم تشجيع المريض على مشاركة تجربة الانتقال مع الآخرين.
تم مناقشة التواصل الشخصي.
تم مناقشة التغييرات الشخصية التي ينوي المريض إجراؤها.

تقييم فنيات العلاج النفسي الـبينشخصي الخاصة بمشكلة النزاعات الشخصية

لم يتم
إجراؤه

الجودة-من منخفض (1) إلى عالي (5)

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

تم التركيز بشكل واضح على النزاعات الشخصية ومتابعتها.
استند فهم/تصوّر النزاعات الشخصية على ملخص/صياغة النزاعات الشخصية.
تم تطوير و/أو مناقشة مخطط النزاعات الشخصية.
تم مناقشة تفاصيل النزاع الشخصي.
تم تحديد واستكشاف المشاعر المرتبطة بالنزاع.
تم استكشاف طرق يمكن للمريض من خلالها تطوير و/أو استئناف العلاقات والدعم الاجتماعي.
تم مناقشة التواصل الشخصي.
تم استكشاف أنماط العلاقات.
تم استكشاف توقعات المريض من الآخرين.
تم تحديد الجوانب المرضية وغير المرضية للعلاقة.
تمت مناقشة التغييرات الشخصية التي ينوي المريض إجراؤها.

تقييم فنيات العلاج النفسي الـبينشخصي الخاصة بمشكلة حزن الـفقد

لم يتم
إجراؤه

الجودة-من منخفض (1) إلى عالي (5)

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

تم التركيز بشكل واضح على الحزن والـفقد، وتم اتباع ذلك.
يعتمد فهم/تصوّر الحزن والـفقد على الملخص/الصياغة الشخصية.
كان المعالج حاضرًا عاطفيًا مع المريض.
تمت مناقشة تفاصيل الـفقد.
تم تحديد واستكشاف المشاعر المرتبطة بالـفقد.
تم تحديد ومناقشة الاحتياجات التي تمت تليبيتها في العلاقات المفقودة.
تم استكشاف طرق يمكن للمريض من خلالها تطوير و/أو استئناف العلاقات والدعم الاجتماعي.
تم تشجيع المريض على مشاركة تجربة الـفقد مع الآخرين.
تم مناقشة التواصل الشخصي.
تم مناقشة التغييرات الشخصية التي ينوي المريض إجراؤها.

تقييم الجلسات الختامية

الجودة-من منخفض (1) إلى عالي (5)

لم يتم
إجراؤه

تقييم الفنيات العامة للعلاج النفسي الينشخصي الخاصة بالجلسات الختامية

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

تم وضع جدول أعمال الجلسة بشكل تعاوني.
تمت مراجعة ملخص/مياغة العلاقات الشخصية والأهداف واستخدامها لتوجيه العلاج.
تم تحديد استمرارية الجلسات السابقة.
تمت مناقشة نهاية العلاج بشكل صريح.
تمت مراجعة العلاج والتقدم المحرز فيه.
تم تحديد ومناقشة علامات التحذير من تكرار الحالة المرضية.
تم وضع اتفاقية علاج للمحافظة على النتائج العلاجية بشكل تعاوني.

تقييم فنيات العلاج النفسي الينشخصي وغيرها من الفنيات المستخدمة

الجودة-من منخفض (1) إلى عالي (5)

كان يجب
استخدامها

تقييم الفنيات العامة للعلاج النفسي الينشخصي الخاصة بالجلسات الوسطى

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

نعم	لا	نعم	لا

تمت مناقشة تواصل المريض.
تم إجراء تحليل التواصل.
تم تطوير تجربة شخصية لفهم التواصل.
تمت مناقشة تأثير المحتوى والعملية.
تمت مناقشة التواصل الضمني وغير اللفظي.
تم إجراء لعب الأدوار.
تم استخدام أسئلة التوضيح "كيف كان ذلك بالنسبة لك؟".
تم مساعدة المريض على التعبير عن تجربته.

الفنيات العلاجية العامة

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

تم استخدام تقنيات التوجيه (مثل: وضع الحدود، التثقيف، النصيحة المباشرة، تكليف الواجبات المنزلية).
قدم المعالج نصائح واضحة، نصائح وإرشادات.
قدّم المعالج إفشاءً ذاتياً ذا صلة.
استخدم المعالج روح الدعابة.

فنيات غير متعلقة بالعلاج النفسي الينشخصي

5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1
5	4	3	2	1

تم دمج نماذج/تقنيات نظرية أخرى استراتيجياً ضمن إطار العلاج النفسي الينشخصي.
النماذج/التقنيات المحددة المستخدمة هي:
تم استخدام نماذج/تقنيات نظرية أخرى بشكل غير مناسب ضمن إطار العلاج النفسي الينشخصي.
النماذج/التقنيات المحددة المستخدمة هي:

الفصل الرابع:

القضايا الأخلاقية والقانونية في العلاج النفسي البيشخصي



القضايا الأخلاقية والقانونية في العلاج النفسي الينشخصي

تتمحور القضايا الأخلاقية والقانونية التي يأخذها في الاعتبار العلاج النفسي الينشخصي عدة عوامل والتي تتمثل في: المحافظة على السرية، الموافقة المستنيرة، والحفاظ على الحدود المهنية، بالإضافة إلى متطلبات التدريب والتعليم المستمر. علماً بأن هذه الاعتبارات تتوافق مع قواعد السلوك الأخلاقي ومعايير الممارسة المهنية الصادرة عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Psychological Association, 2017).

أولاً: المحافظة على السرية

- **المبدأ الأخلاقي:** ينبغي على المعالج النفسي المحافظة على سرية المعلومات والمشكلات الشخصية للعميل، وتوثيق كل ما يتعلق بالجلسات العلاجية في سجلات المحكمة السرية والخصوصية (إلكترونياً أو ورقياً).
- **مراعاة المتطلبات القانونية للسرية:** أن تتوافق إجراءات السرية مع دليل السياسات وإجراءات الممارسة الصادر عن وزارة الصحة (Minster of health, 2023).
- **إدراك التحديات الناتجة عن العلاج النفسي الينشخصي:** التعامل بحذر مع المعلومات الحساسة التي قد يكشف عنها العلاج النفسي الينشخصي، بما في ذلك معلومات أطراف أخرى صلة بالعميل.
- **الاستثناءات من السرية:** الإفصاح عن المعلومات الشخصية يكون حسب ما تقتضيه الضرورة المتمثلة في وجود إساءة أو خطر على النفس أو الآخرين، أو لاعتبارات تتعلق بقضايا وأحكام قانونية. كما ينبغي إبلاغ العملاء بهذه الحدود القانونية منذ البداية

ثانياً: التوعية بإجراءات الموافقة

- توضيح آلية الموافقة: يجب أن يتلقى العملاء معلومات واضحة حول طبيعة العلاج وفنياته، وأهدافه، وما يمكن أن ينتج عنه من عواقب، وذلك قبل تقديم موافقتهم على البدء بالجلسات العلاجية.
- في العلاج النفسي الينشخصي، يجب أن يفهم العميل حدود ومدة العلاج، وكذلك دوره في تحقيق الأهداف العلاجية.
- التوثيق القانوني: موافقة العميل على العلاج يجب أن تتم من خلال مستند يتضمن طبيعة الإجراءات العلاجية، ويوثق فيه طرفي العملية العلاجية (المعالج والعميل). كما ينبغي تحديث مستند الموافقة في حالة إضافة أي تغيير أو تعديل على الخطة العلاجية

ثالثاً: الحفاظ على الحدود المهنية

- المبدأ الأخلاقي: المحافظة على حدود مهنية واضحة تنظم العلاقة بين المعالج والعميل، مما يضمن منع حدوث الاندماج العاطفي وازدواجية الأدوار.
 - إدراك العواقب: يقتضي العلاج النفسي البينشخصي التركيز على قضايا شخصية حساسة قد تعرض الحدود المهنية بين المعالج والعميل للتحديات، خاصةً في الجلسات المشحونة عاطفياً. لذلك ينبغي على المعالج استحضار قواعد السلوك الأخلاقي التي نصّت عليها الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) باستمرار خلال الجلسات، والتي تنص على تجنب التواصل غير العلاجي، أو المعاملة التفضيلية، أو الإكراه على الإفصاح.
 - معالجة قضايا التحويل والتحويل المضاد: بما أنّ العلاج النفسي البينشخصي هو أحد العلاجات السيكودينامية، يتم النظر إلى إدارة ديناميات التحويل والتحويل المضاد كأدوات مهمة في تحقيق نتائج علاجية إيجابية. يشير مفهوم "التحويل" إلى إسقاط العميل غير الواعي لمشاعره ومواقفه السابقة وتوقعاته على المعالج، وغالباً ما تنبع هذه الإسقاطات من علاقات سابقة في حياة العميل. أمّا فيما يتعلق بـ"التحويل المضاد" فيتمثل في ردود أفعال المعالج العاطفية تجاه العميل، والتي قد تتأثر بتاريخ المعالج الشخصي أو قضايا غير المحلولة أو استجابته لتحويل العميل. ويعد التعامل الفعال مع هاتين الظاهرتين أمراً جوهرياً لنجاح العلاج النفسي التفاعلي، نظراً لتأثيرهما المباشر في سير العملية العلاجية وتقدم العميل.
- وفي إطار العلاج النفسي البينشخصي، يُنظر إلى التحويل على أنه أداة علاجية هامة وليس عنصراً ينبغي تجنبه، وذلك لأن التحويل يُعتبر عدسة لكشف المشكلات الشخصية غير المحلولة لدى العميل، بما في ذلك أنماط السلوك، ومشكلات التعلق، أو الاستجابات العاطفية التي تشكلت خلال العلاقات المبكرة. ومن هذا المنطلق، يرتبط التحول مباشرة بالوظيفة الشخصية الحالية للعميل والقضايا المحورية التي يتم تناولها خلال الجلسات العلاجية
- (Markowitz, 2019).

وقد يظهر التحويل خلال الجلسات بعدة طرق، مثل تمجيد المعالج أو التقليل من شأنه، أو إسقاط مشاعر الهجر أو الرفض أو إعادة تمثيل ديناميات علاقات سابقة ضمن العلاقة العلاجية. ورغم أنّ العلاج النفسي البينشخصي لا يركز بشكل مكثف على تفسير التحويل كما هو الحال في العلاج التحليلي (Weissman et al., 2018)، إلا أنه من الضروري أن يكون المعالج واعياً بهذه الإسقاطات وأن يستخدمها لرفع وعي العميل بها وتوجيهه نحو التعبير عنها في الوقت الحاضر، مما يسمح للعميل باكتساب الوعي بأنماط تفاعله غير الوظيفية وكيفية تأثيرها على علاقته الحالية، مما يساهم في تحسين وتنظيم عواطفه وعلاقاته الحالية (Markowitz & Kocsis, 2017).

استيفاء متطلبات التدريب والتعليم المستمر:

قد تختلف شروط ممارسة العلاج النفسي بينشخصي وفقاً للبلاد والمؤسسة التي تقدم خدمات التدريب المعتمد، إلا أن الخطط العريضة المتعلقة بالمؤهل العلمي تظل شروط مشتركة في كل المؤسسات التدريبية. فوفقاً لمؤسسة العلاج بينشخصي البريطانية (IPTUK)، يعتمد التدريب على نموذج متدرج يتمثل فيما يلي:

- **المستوى التأسيسي (الاهتمامات):** يتضمن ورشة عمل تمهيدية لمدة يومين، بالإضافة إلى قراءة دليل العلاج النفسي بينشخصي.
- **المستوى الأول (الممارس):** يجب أن يكون المتدرب حاصلاً على مؤهل علمي معتمد في الصحة النفسية، ومن جامعة معترف بها دولياً، وأن يكون العمل تحت إشراف متخصصين في العلاج النفسي بينشخصي. كما يجب أن يكمل المتدرب أربع حالات تحت الإشراف، بحيث يتم تسجيل الجلسات مع تقديم ثلاث جلسات مسجلة لكل حالة.
- **المستوى الثاني:** أن يبدأ المتدرب في العمل العيادي من خلال إجراء العلاج النفسي بينشخصي على الأقل لحالتين سنوياً، بالإضافة إلى إشراف شهري ودورة تطوير مهني مستمر واحدة سنوياً.
- **المستوى الثالث (العمل الإشرافي والتدريبي):** بعد تحقيق المستويات السابقة، يتطلب العمل الإشرافي في العلاج النفسي بينشخصي الإشراف على ست حالات، بالإضافة إلى الإشراف المشترك على حالة واحدة، وحضور ورشة عمل للمشرفين. كما يتطلب هذا المستوى الحفاظ على نشاط التطوير المهني المستمر والتعامل مع العديد من الحالات الخاضعة للعلاج النفسي بينشخصي

أما فيما يتعلق بمؤسسة العلاج النفسي بينشخصي الأمريكية (IPT Institute)، بالإضافة إلى دليل وايزمان وآخرين للعلاج النفسي بينشخصي (مواقع هامة، ص) فتتضمن شروط اعتماد ممارسة العلاج النفسي بينشخصي ما يلي:

- الحصول على شهادة علمية معتمدة في الصحة النفسية، بالإضافة إلى خبرة لا تقل عن عامين في ممارسة العلاج النفسي العيادي، ويفضل أن تكون مع مرضى الاكتئاب.
- يجب إكمال ورشة عمل وتدريب ضمن مستويات التأهيل للممارسة، بالإضافة إلى قراءة الدليل الرسمي الصادر عن مؤسسة العلاج النفسي بينشخصي الأمريكية.
- إعداد حالتين عيادية على الأقل ضمن مستويات التدريب، بحيث يتم مراجعة العمل العيادي تحت إشراف متخصصين ذوي خبرة في العلاج النفسي بينشخصي.
- استخدام نهج منظم يشتمل على 12 إلى 16 جلسة أسبوعياً، مدة كلاً منها 45 إلى 50 دقيقة، تليها مرحلة المتابعة والمحافظة على النتائج العلاجية.

American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017).

<https://www.apa.org/ethics/code>

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

Bylund-Grenklo, T., Fürst, C. J., Nyberg, T., Steineck, G., & Kreicbergs, U. (2016).

Unresolved grief and its consequences. A nationwide follow-up of teenage loss of a parent to cancer 6–9 years earlier. *Supportive Care in Cancer*, 24(7), 3095–3103.

<https://doi.org/10.1007/s00520-016-3118-1>

Cohen, D., & Pilling, S. (2018). The Case for the Therapeutic Relationship in Interpersonal Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(3), 234–245.

Eagly, A. H., & Wood, W. (2012). Social role theory. In P. A. M. Van Lange, A. W.

Kruglanski, & E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (pp. 458–476). Sage Publications Ltd.

<https://doi.org/10.4135/9781446249222.n49>

Evans, F. B. III. (2024). *Harry Stack Sullivan: Interpersonal theory and psychotherapy* (2nd ed.). Routledge.

<https://www.routledge.com/Harry-Stack-Sullivan-Interpersonal-Theory-and-Psychotherapy/Evans-III/p/book/9781032305615>

Frank, E., & Levenson, J. C. (2010). Interpersonal psychotherapy. In J. Carlson, M.

Englar-Carlson, & E. Meidenbauer (Eds.), *Theories of Psychotherapy Series*.

Washington, DC: American Psychological Association.

IPT Institute. (2015). Interpersonal Psychotherapy Adherence and Quality Scale. IPT

Institute. Retrieved from <https://iptinstitute.com>

Joel, C. V. (2019). Interpersonal psychotherapy: A practical approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(4), 405–415.

Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Guilford Press.

Markowitz, J. C. (2019). *Interpersonal psychotherapy for depression: A comprehensive guide*. Oxford University Press.

Markowitz, J. C., & Kocsis, J. H. (2017). Interpersonal psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(6), e698–e704.

Ministry of Health. (2023). *Policies and procedures manual for psychological service departments*. Retrieved from

<https://www.moh.gov.sa/Ministry/MediaCenter/Publications/Pages/Policies-Procedures-Psychological-Service.pdf>

- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.
- O'Leary, K. (2017). *Interpersonal therapy (IPT)*. Good Therapy.
- Ormrod, J. E., Schunk, D. H., & Gredler, M. E. (2020). *Learning theories and instruction* (2nd ed.). Pearson.
- Parker, R. M., Farrow, J. A., & Griffiths, S. (2021). Creating a safe therapeutic environment in interpersonal psychotherapy. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(5), 453–461.
- Shapiro, D. A., Coyle, A., & Firth, M. (2018). Trust and honesty in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(4), 420–434.
- Smit, F. (2020). Building rapport in psychotherapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 27(4), 179–185.
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge University Press.
<https://doi.org/10.1017/CBO9781139013857>
- Stuart, S. (2006). Interpersonal psychotherapy: A guide to the basics. *Psychiatric Annals*, 36(8), 542–550.
- Stuart, S., & Robertson, M. (2012). *Interpersonal psychotherapy: A clinician's guide* (2nd ed.). London: Edward Arnold (Oxford University Press).
- Stuart, S., & Robertson, M. (2024). *Interpersonal psychotherapy 2E: A clinician's guide*. Routledge.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Basic Books.
- Weissman, M. M., & Markowitz, J. C. (2017). *The guide to interpersonal psychotherapy: Updated and expanded edition*. Oxford University Press.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2018). *The guide to interpersonal psychotherapy* (Updated and Expanded ed.). Oxford University Press.
- Weissman, M. M., & Mootz, J. J. (Eds.). (2024). *Interpersonal psychotherapy: A global reach*. Oxford University Press.
- Wilhelm, K. A., & May, R. (2017). Interpersonal therapy in the general practice setting. *Medicine Today*, 18(8), 41–49. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/319304217>
- World Health Organization. (2016). *Group Interpersonal Therapy (IPT) for Depression*.
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-MSD-MER-16.4>
- Wurm, C., Robertson, M., & Rushton, P. (2008). Interpersonal psychotherapy: An overview. *Psychotherapy in Australia*, 14(3), 46–54.

مواقع هامة:



• فيما يلي بعض المواقع الإلكترونية الهامة التابعة لأبرز المؤسسات الدولية التي تقدم أدوات تقييم الممارسة، بالإضافة إلى الدورات معتمدة في ممارسة العلاج النفسي البينشخصي (IPT) وذلك للراغبين من المتخصصين في الصحة النفسية:

الرابط	المحتوى
https://iptinstitute.com/wp-content/uploads/2015/09/IPT-Quality-Adherence-Scale.pdf	• مقياس الجودة والالتزام. (IPT- Adherence and Quality Scale) •
https://iptinstitute.com/ipt-training-overview/#courses	دورة المستوى التأسيسي (Level A) وما يعقبها من مستويات متقدمة يتم تقديمها من قبل مؤسسة العلاج النفسي البينشخصي الأمريكية.
Interpersonal Psychotherapy UK (IPTUK) Network	المؤسسة البريطانية للعلاج النفسي البينشخصي.
https://preventionservices.acf.hhs.gov/programs/833/show	دليل العلاج النفسي البينشخصي لوايزمان وآخرين. (Weissman, et al. Manual)
https://interpersonalpsychotherapy.org	دورات متعددة ومتخصصة في العلاج النفسي البينشخصي.

