

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تطوير المهارات

الاجتماعية عند الفصامي

دراسة حالة

أ. بلمهدي فتيحة

الجامعة العليا للأساتذة. بوزريعة

ملخص :

يعتبر العلاج المعرفي والذي غالبا ما يكون مقرون بتقنيات العلاج السلوكي ذو فاعلية عالية في علاج مختلف المشاكل النفسية كالإكتئاب والقلق. فهذه التقنيات العلاجية أيضا فعالة في علاج مرض الفصام الذي غالبا ما يكون مصحوبا بعجز معرفي ووظيفي معتبر. فالعلاج السلوكي المعرفي والتدريب على المهارات الاجتماعية هو تقنية متطورة تساهم في زيادة التفاعل الاجتماعي لمرضى الفصام كما. تحسن الإدراك المعرفي ولتسليط الضوء على فعالية هذه التقنيات سنعرض دراسة حالة حول مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تطوير المهارات الاجتماعية لمرضى الفصام مقدمة من طرف الدكتور باتريك ليجيرو الذي يعتبر من أشهر رواد العلاج المعرفي السلوكي.

Abstract: Cognitive psychotherapy, often incorporating behavioral therapy techniques, has been found to be effective in treating several specific types of psychological problems, including depression and stress. This combination of treatment techniques is also effective in the treatment of schizophrenia which is associated with significant cognitive and functional deficits.. so Cognitive Behavioral and Social Skills Training (CBSST) is a developed therapy that increases the frequency of social activities among patients with schizophrenia. It also ameliorates the cognitive perception. So to highlight the usefulness of such techniques we are going to display a case study about developing social skills in people with schizophrenia presented by Dr Patrick Legeron who is one of the most famous leaders of the Cognitive Behavioral therapist.

يعتبر مرض الفصام أكثر الأمراض الذهانية خطورة . حيث يسبب تصدع في الشخصية ، ويؤدي إلى تدهورها التدريجي . كما يؤدي إلى انفصال المريض عن العالم الخارجي .

«و مصطلح الشيزوفرينيا schizophrenia مشتق من لفظين schizo ومعناها انقسام وphrenia وتعني العقل . وهو الانسحاب من الواقع والشعور بالأوهام والهلاوس والهذيان والاضطرابات في الإدراك ويتكون عند المصاب عالم خيالي وهمي غير واقعي» (رشيد حميد زغير 2010 ص 255)

ويعرف سانفورد F Sanford الفصام على أنه أحد الأمراض العقلية وفيه يتصف المريض بالابتعاد عن عالم الحقيقة، وفي الغالب ما يتضمن هذا المرض الهلاوس، والأفكار الزائفة أو الهذيان ، والانسحاب والاضطراب الحاد في الحياة الانفعالية للمريض . (عبد الرحمن العيسوي 2004 ص 121)

أما خليل أبو فرحة 2000 (عن جيمس دريفر) فيضيف أن من خواص الفصام هو وجود تفكك في الحياة العقلية والحياة الانفعالية للمريض وهو من اخطر الأمراض العقلية وأكثرها انتشارا.

فحسب أحمد عكاشة 1997 تبين الإحصائيات المختلفة أن المرض ينتشر في الأماكن المكتظة بالسكان حيث الفقر والجريمة والانحرافات الاجتماعية. أما نظام أبو حجلة 2007 فيؤكد أن الفصام من أكثر الأمراض النفسية خطورة وهو يصيب 1 ٪ من أفراد المجتمع.

ونظرا للآثار السلبية التي يتركها المرض على الفرد والمجتمع عكف، الباحثون على استقصاء أهم الأسباب التي تعود وراء انتشاره. فهناك من يؤكد على المنشأ الوراثي لمرض الفصام وهناك من يرجح دور البيئة في انتشاره، بينما يذهب البعض إلى افتراض تدخل عوامل بيوكيميائية.

فحسب أحمد عكاشة 1980 تلعب الوراثة دورا هاما في نشأة هذا المرض، أي أن الإنسان يولد وعنده الاستعداد الذاتي لتكوين هذا الاضطراب، وذلك معناه أن ينقل على المورثات اضطرابات كيميائية فسيولوجية تجعله عرضة لأن يقع فريسة لهذا المرض.

و يؤكد هذا الاتجاه العديد منهم عادل صادق 2005 الذي يضيف انه إذا كان الوالدان مصابين بالفصام فإن احتمال ظهور المرض بين الأبناء يصل إلى 40 ٪ .

بالمقابل، لا يمكن إنكار دور العوامل البيئية والاجتماعية التي قد تساهم في استفحال الاضطراب. فحسب عمر شاهين ويحيي الرخاوي 1977 يرى بعض الباحثين أن الفصام ليس سوى تجمع عادات سيئة نتيجة التفاعل الخاطئ مع البيئة، فتصبح هذه العادة من صفات الإنسان الثابتة فإذا زاد الضغط الخارجي اشتدت عادات الهروب وظهر المرض، ومن أمثلة هذه العادات الخاطئة : العجز عن تقبل الواقع ، والانطواء ، والاستغراق في أحلام اليقظة ... إلخ .

«أما ليدز فيعتقد أن الفصامي ما هو إلا احد أفراد عائلة مريضة خاصة عندما يكون احد الوالدين ضعيفا غير ناضج، سلبيا والآخر سائدا، قويا ومسيطرًا. وان يسود بين الوالدين الطلاق العاطفي».

(وداد الموصل 2007 ص 226)

أما العوامل البيوكيميائية فتتمثل في اضطراب هرمونات بعض الغدد الصماء . وبالرغم من تنوع واختلاف أعراض الفصام بدرجة كبيرة إلا أن هناك اتفاقا على أن الشخص الفصامي تظهر عليه كثير من الأعراض التالية حسب سيد محمود الطواب 2011

- صعوبة التركيز
 - التفكير غير المنظم
 - التشوه الانفعالي
 - الأوهام والهلوسة
 - الانسحاب من الواقع
 - غرابة السلوك واضطراب الكلام (سيد محمود الطواب 2011 ص 105)
- وتكمن خطورة المرض في انسلاخ المريض عن واقعه ومجتمعه واستغراقه في عالمه الوهمي حيث يؤدي ذلك إلى فقدانه القدرة على التواصل . فحسب Robert Paul et all, 2005 «أعراض المرض تبدأ في الظهور في المراحل الأولى للمراهقة أي قبل أن يصل المريض إلى الدور الاجتماعي المقبول أو ما يسمى بالوظيفة السوسيو اجتماعية، يعاني الفصامي من سوء توافق اجتماعي وعج في التواصل مع الآخرين».
- مما يستدعى إيجاد تقنيات علاجية تخفف من حدة الاضطراب وتساهم في توافق المريض مع بيئته

ويرى Frank Rohrichst and Sfehan Priebe, 2006 أن التدخل المبكر للتكفل بالمرضى ضروري لتفادي تفاقم الحالة، حيث غالبا ما يقرن العلاج الكيميائي مع علاجات أخرى. فرغم التطور الذي شهده العلاج الكيميائي لمرض الفصام إلا أن المرضى غالبا ما يشتكون من معاودة الأعراض واستمرارها «ما يستلزم ضرورة التكفل النفسي للمريض حيث اظهر التحليل العاملي أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في خفض أعراض الفصام».

(Corinne Cather et all, 2004 , 207)

فالعلاج النفسي يهدف إلى تنمية الجزء السليم من الشخصية وإعادة تنظيم الشخصية والتعلم والاهتمام بإزالة أسباب المرض وشرحها وتفسيرها وإشباع حاجات المريض وتنمية بصيرته وتخفيف القلق وإعادة ثقته بنفسه ، مع التركيز دائما على أهمية العودة إلى العالم الواقعي حسب حامد عبد السلام زهران 1977.

وللتأكيد على دور العلاج النفسي المعرفي السلوكي سنعرض حالة المراهق ((بول)) المقدمة من طرف الطبيب Patrick Legeron 1989 حيث يشرح بالتفصيل المراحل التي تتبع في العلاج.

دراسة حالة : تطوير المهارات الاجتماعية عند فصامي.

مقدمة من طرف Patrick Legeron 1989 طبيب مساعد في مستشفيات الطب العقلي بمركز

الاستشفاء Villeneuve – Saint –Georges France

الفصام هو أحد الاضطرابات العقلية التي تصيب الإنسان وتتضح في اضطراب الأفكار والعواطف والتصرفات ولا تتجاوز نسبة انتشاره 1٪ من أفراد المجتمع . وعادة ما تبدأ أعراضه في الظهور في سن 15 و هو مرض دماغي مزمن يصيب عدداً من وظائف العقل وهو مجموعة من الاستجابات الذهانية تتميز باضطراب أساسي في العلاقات الواقعية وتكوين المفهوم، واضطرابات وجدانية وسلوكية وعقلية بدرجات متفاوتة كما تتميز بميل قوي للبعد عن الواقع وعدم التناغم الانفعالي، والاضطرابات في مجرى التفكير والسلوك.

إن التكفل النفسي بالفصامي يرمي إلى إكسابه القدر الكافي من التواصل الاجتماعي الذي يفتقر إليه كما يهتم بمجموع السلوكيات الاجتماعية التي يحتاج إليها في بيئته.

وفي دراسة حالتنا هته سنأخذ مثال «بول» الذي يبلغ من العمر 18 سنة، يخضع للعلاج في المستشفى منذ حوالي بضع أسابيع نتيجة اضطرابات فصامية شخصت على أنها ذات درجة متوسطة (EY1973) حيث تتميز بفتور ملحوظ تناذر التفكك وغياب العلامات الظاهرة للهاء في هذه المرحلة.

يعد «بول» وحيد والديه حيث عاش في محيط عائلي ضيق، يعمل أبوه في مؤسسة للمياه وهو شخصية غير ملفتة للانتباه، كتوم، ويتجنب التواصل الاجتماعي. أما أمه فبعد عدة محاولات للعمل فضلت البقاء في البيت وتكريس وقتها لتربية ابنها والقيام بأشغال البيت.

عن الجانب الصحي يتمتع الوالدان بصحة جيّد. والسابقة العائلية الوحيدة في الأمراض العقلية التي لوحظت في العائلة تتعلق بأحد الأجداد الذي انتحر منذ أكثر من 20 سنة عن عمر يناهز 50 سنة بعد مكوثه لسنوات طوال في مستشفى الأمراض العقلية.

لقد كان «بول» دائما طفل مرهف وحساس وموضوع اهتمام وقلق والديه وخاصة أمه منذ طفولته الأولى. فطالما عان من التهابات بلعوميه متكررة مما اضطره إلى عدم الانتظام في الذهاب إلى المدرسة طبعاً وفقاً لتعليمات طبيب العائلة. كانت أمه تفرط في حمايته وتقلق كثيراً على صحة ابنها، حتى أنها كانت تمنعه أحياناً من الخروج من المنزل خوفاً من أن يصاب بنزلات البرد. فمنذ نعومة أظافره، تعلم «بول» البقاء وحده في المنزل واللجوء إلى المطالعة.

في مرحلة الدراسة في المتوسطة، وجد صعوبات كبيرة في إقامة صداقات وربط علاقات مع أصدقاءه، فنحافته وقصر قامته سببت له الإزعاج وأعاقته عن الدخول في علاقات صداقة لأنه كان يبدو أصغر من سنه وبالتالي يتجنب إزعاج الآخرين. أما عن دراسته فقد كانت نتائجها إلى حد غير بعيد مشرفة، لكن بدأت بالتدريج تتراجع، كما بدأ أساتذته يقلقون لذلك، حيث تساءلوا عن ظهور مفاجئ للامبالاة وعدم الاكتراث. بعدها ظهر سلوك التجنب والانعزال الاجتماعي حيث أصبح يقضي ساعات عديدة منغلقة في غرفته، بل حتى نهايات الأسبوع بكاملها.

ونظرا لظهور هذه الأعراض، استنجد الوالدان بالطبيب الذي خلص إلى أن بول يعاني من حالة اكتئاب عارضة، لكن الأعراض بقيت مستمرة وزادت حدتها، فبعد خروجه من عزلته تبنى سلوكيات عدوانية اتجاه أمه التي وصلت إلى حد ضربها عدة مرات وحالة قلق شديدة. مما اضطر الأهل إلى إبقائه في المستشفى وذلك من أجل إخضاعه إلى العلاج بالمهدئات . فالعلاج الدوائي مرحلة مبدئية ضرورية في الحالة الذهائية خصوصا إذا كانت الأعراض ظاهرة كحالة «بول»، إذ تعمل المهدئات على استقرار الحالة في الوضعية التي تسمح بالتدخل للعمل أكثر دقة على مستوى المشكلات المحددة من طرف المختص في العلاج السلوكي الذي يعمل على إرجاع المريض إلى الحالة التي كان عليها قبل المرحلة الحرجة. فهذا الاتجاه ليس خاص بالنظرية السلوكية فقط إذ أنه من غير المعقول بداية العلاج النفسي في مرحلة الاضطراب الحاد للمرض الذهاني.

- خرج بول من مرحلة الأعراض الحادة، بفضل العلاج الكيميائي بعد عدة أسابيع وبإمكانه الآن الالتحاق بالكفالة النفسية من طرف مختص سلوكي بهدف تعليمه اكتساب المهارات والسلوكيات الاجتماعية التي يفتقر إليها. ستخصص الجلسات الأولى من التكفل النفسي لتحديد العجز السلوكي عن طريق التحليل الدقيق لمشاكل وصعوبات المريض التي تشكل موضوع تدخل المختص النفسي وتقييم تلك المشاكل.

تحديد السلوكيات المضطربة :

إن مجال التواصل الإنساني والبيشخصي معقد لدرجة أنه يستحيل التحديد بدقة كل الحالات التي يبدي فيها المريض صعوبات كبيرة، وينطبق الأمر على حالة «بول» إذ سنحاول من جهة استخراج مجموعة من المواقف التي يظهر فيها عجز سلوكي ومن جهة أخرى حالة التجنب في مواقف أخرى. ففي هذه المرحلة يلعب المختص دور مهم وذلك من خلال جلسات منظمة مع «بول» والمحيطين به (العائلة، الأصدقاء، الأساتذة). إن بعض الكتاب كـ (Brown et Brown 1999) ينصحون باستعمال مقاييس خاصة، تسمح بحصر الحالات المهمة. وفي ما يخص حالة «بول» ثم الاعتماد على سلم (Rathus 1973 Assertive) حيث يتكون من 30 بندا كافيا لتشخيص وتقييم المشاكل موضوع العلاج. هذا بالإضافة

للملاحظة المباشرة للمختص النفسي لسلوكات المريض التي يبدئها في واقعه المعاش أو بطريقة تمثيلية من خلال لعب الأدوار.

بدايتا يعمل المختص على تحديد المواقف التي تحتاج للتدخل المستعجل، «بول» لا يستطيع أبداً الدخول في محادثة مع الغرباء أو الاشتراك والتسجيل في جمعيات كما أنه لم يعد يتردد على المدرسة، بالإضافة إلى أنه لا يرد أو يرد بجمل قصيرة عند توجيه الحديث إليه، لا يعبر عن مشاعره ولا يقول ما يريد، يذهب بمفرده إلى السينما ويتجنب المرور أمام التجار الذين يعرفونه ويتوقع أن يتحدثون معه . نادراً ما يذهب للتسوق، يترك والديه يجيبون على الهاتف، لا ينظر إلى الأشخاص عندما يتحدث إليهم، لا يستفسر أبداً أو يطلب معلومات في الشارع... الخ .

بما أنه يستحيل التدخل في كل هذه المواقف تمّ تحديد أربع خصائص تساعدنا على حصر أولويات التدخل، فالمختص يجب أن يكون حذراً اتجاه المشاكل التي :

- (1) تسبب الكثير من القلق للمريض أو إلى المقربين إليه.
- (2) لها نتائج سلبية أكثر إذا لم يتم التطرق إليها بسرعة.
- (3) يمكن أن تُحل بسهولة في ما يخص عامل الزمن، تشكل صعوبات بالنسبة للمريض أو توفر البيئة الملائمة .

(4) المشاكل التي حلوها تفتح باباً لحلول مشاكل أخرى .

بالاتفاق مع الشاب «بول» وعائلته تمّ أيضاً انتقاء بعض المشاكل الخاصة :

- (1) نادراً ما يدخل «بول» في حديث مع الأشخاص المألوفين لديه وخاصة مع الغرباء وإجاباته تكون مختصرة إذا ما تحدث إليه الآخرون .

المعيار الأول : يشكو «بول» من عدم معرفته للناس الآخرين .

المعيار الثاني : يجب أن تتوفر لـ «بول» البيئة الغنية بالمناسبات (للتعارف) .

- (2) لا ينتمي «بول» لأي من الجماعات الاجتماعية فهو لا يمارس أي رياضة، ليس له أي نشاط ترفيهي يقوم به .

المعيار الأول : والداه جدّ قلقين اتجاه سلوك الانعزال وانغلاق «بول» في غرفته .

3) لم يذهب « بول » إلى المدرسة لأكثر من 4 أشهر .

المعيار الأول : يعتبر هذا أكثر المواضيع التي تشغل والديه .

المعيار الثاني : من المحتمل ان يرسب بول في امتحاناته .

المعيار الثالث : من العبث محاولة تحسين نتائج « بول » المدرسية إذا لم يعد إلى المدرسة .

تقييم السلوكات المشككة المتتقة : المرحلة الثانية التي تأتي بعد تحديد المشاكل السلوكية لـ « بول » هي مرحلة تقييم العجز السلوكي الذي يساعد في التعرف بدقة على مشاكل « بول » من جهة ومن جهة أخرى التهيئة للتدخل العلاجي . فهذه المرحلة تجيب على حاجتين ضروريتين :

1) التقييم العام لمستوى التوظيف الاجتماعي لـ « بول » حيث أظهر كل من Wallance & « Col »

1980 أن هذا التقييم العام يمكن أن يتخذ عدة أشكال ويهتم بوحدة أو عدة خصائص من

الخصائص التالية :

- وضع خريطة للسلوكات . أي نوعية السلوكات اللفظية والغير لفظي التي يصدرها بول .

- تحقيق الأهداف المحددة من طرف المريض أو معه .

- إدراك الآخرين للتوافق الاجتماعي لـ « بول » .

- الأحاسيس الداخلية ومنها القلق التي يشعر بها المريض .

2) أما الحاجة الثانية فتتمثل في إعطاء صورة تتعدى الانطباع العام عما يقوم به المريض في المواقف

المحددة سابقاً التي تشكل لديه مشاكل والتي تعتبر موضوع التدخل العلاجي الخاص .

سنرى إذن فيما يخص « بول » كيف سيتم تقييم أحد مشاكله المتتقة .

1) ندرة المواقف التي يبادر فيها بالحديث .

2) اختصار وقصر الأجوبة التي يقدمها لسائليه .

سيشارك « بول » بنفسه في إبدال السلوكين المختارين عن طريق المبادرة تلقائياً في الحديث والإجابة المطولة

والمفصلة التي يقدمها الآخرين . حيث سيقوم بمساعدة نفسه عن طريق بطاقة نقدمها له والتي سيسجل

عليها يومياً علامة (+) لكل تفاعل اجتماعي أي تبادل حديث قام بينه وبين شخص آخر .

- يقوم «بول» بوضع علامة (+) في خانة صباح الخير عندما يتعلق الأمر باتصال لفظي من نوع (صباح الخير)، (إلى اللقاء)، (كيف حالك)، (شكراً) ... إلخ .
- يضع علامة (+) في الخانة (معلومات) عندما يتعلق الأمر باتصال لفظي، حين يقوم بطلب شيء ما (السؤال عن الساعة، الطريق ... إلخ) .
- يضع علامة (+) في الخانة (حر) عندما يتعلق الأمر بتبادل الحديث مع شخص ما لوقت محدد .
- يضع علامة (+) في الخانة (يبادر) عندما يكون هو المبادر في الحديث .
- فيما يخص تقييم المشكلتين 2 و 3 والمتعلقتين بعدم انضمامه إلى جماعة اجتماعية وعدم تردده على المدرسة فتعتبر العملية سهلة نسبياً، لأن كلا السلوكين غائبين وهذا ما لا يستدعي أي تقييم .
- في هذهثناء من الضروري استعمال وسيلة للتقييم قصد ملاحظة التغيرات عند حدوث السلوكين ولهذا قررنا تدوين عدد الأيام التي سيقوم بها «بول» بنشاط مدرسي في الأسبوع (مثل التردد على الملاعب، درس في التنس، أو اجتماع مهما كان) .
- و أيام الأسبوع التي يعود فيها إلى المدرسة . إلى حدّ الآن هذين الرقمين هما 0 ويشكلان الخطان القاعديان الموضوعان انطلاقاً من المعلومات التي يوفرها والد «بول» .
- جلسات التدريب:

التاريخ : 17 مارس 1982				
الاسم : بول				
اسم الشخص	صباح الخير	معلومات	حر	يبادر
الأب	+		+	
الأم	+++	+		+
رجل معروف	+			
امرأة معروفة				
رجل معروف				
امرأة معروفة				

مثال عن البطاقة اليومية لـ "بول"

حسب ما تقتضيه حالة «بول»، تتطلب عملية تحديد وتقييم السلوكيات من 5 إلى 6 مقابلات. حيث يمكن من خلالها وضع استراتيجيات للتدخل والتي تستدعي استعمال التقنيات السلوكية للتدرب على المهارات الاجتماعية. وهي نفس التقنيات المستعملة في تأكيد الذات والتي عرفت تطوراً مدهشاً وهائلاً في الضفة الأخرى من المحيط الأطلسي (الو.م.أ) لأنها قابلة للتطبيق على عدد هائل من المواضيع باستثناء الأمراض العقلية. فقد وصف «Lieberman» & «Col» بدقة الطريقة التي يتم من خلالها التحكم في التقنيات السلوكية للتدرب على المهارات الاجتماعية بهدف المساعدة على تحسين التوافق الاجتماعي .

ويمكن أن نذكر في هذا السياق أن «Lieberman» طبق هذه التقنيات بصفة خاصة على الفصامين في مركز البحث العيادي للصحة العقلية للدراسات حول الفصام في Camarillo بكاليفورنيا و التي نستعملها نحن أيضاً وسنرى كيف ستجري الجلسات التدريبية .

بداية، سيقوم «بول» بلعب أدوار بين شخصية مع المعالج أو شخص آخر والذي يمثل موضوع التدريب وهو القدرة على المبادرة في الدخول في حديث مع شخص ما، ويجب أن يكون هناك تحديد ووصف مسبق للموقف التالي: (اقتربت للحديث مع جارك الساكن في نفس الطابق) هنا التدرّب يكون على دور أقل واقعية من «عندما كنت داخلاً إلى بيتك التقيت بـ جارك مع كلبه الكبير فتوجه له الحديث أمام صناديق البريد» بعد انتهاء المشهد يكون موضوع التعليقات عناصر التواصل اللفظي وغير اللفظي فقط .

على المستوى اللفظي سنرى مع «بول» ما هي مواضيع المحادثات المناسبة للموقف التي تمكنه من بدء وتوجيه الكلام إلى جاره (الحديث عن الكلب مثلاً أو صناديق البريد) .

أمّا المؤشرات غير اللفظية فلها أهمية غالبية بل وتعتبر من الأهداف الهامة للتدريبات التي يقوم بها «بول» والتي تتمثل في تعليمه بصفة جيّدة للتقنيات الملاحظة بسهولة والقابلة للتقدير الكمي والتي يمكن أيضاً أن تستعمل غالباً كشاهد موضوعي على مستوى المهارة الاجتماعية .

إن عناصر التوصل غير اللفظي متعددة وعفوية في الجلسات التدريبية وسنأخذ بعين الاعتبار 6 عناصر، فقد حدّد «Serber» بدقة الخصائص أو المعايير التي تمكن كل عنصر من هذه العناصر غير اللفظية أن ترتبط بسلوك تأكيد الذات .

- 1) حدة الصوت : هل صوت المريض مسموع ؟ هل يصرخ بحدة ؟
 - 2) سلاسة الحديث : هل كان كلامه متسلسلاً ؟ هل هناك لحظات صمت، أو على العكس سرعة في وتيرة الحديث ؟
 - 3) التواصل البصري : هل كان ينظر إلى مخاطبه وجهاً لوجه ؟ هل كان ينظر دون أن يركز نظره فيه ؟ هل كان يتهرب بصرياً ؟
 - 4) تعبيرات الوجه : هل كان يبدو متفتح الوجه وهادئاً ؟ هل كان معبراً ومبتسماً أم مضطرباً ؟
 - 5) وضعية الجسم : هل كان واقفاً أم جالساً ؟ هل كان المريض مرتخي أم مشدوداً ؟ كم كانت المسافة بينه وبين مخاطبه ؟
 - 6) حركات الجسم : هل كان مسمرًا في مكانه وجامداً دون حركة ؟ هل كان يعبر بحركات غير متناسقة أو يرفق حديثه بحركات بيده ؟
- فبالنسبة لكل من العناصر اللفظية وغير اللفظية لتقنية الأدوار لـ «بول»، يتمسك المعالج بالخصائص الإيجابية التي يعمل على تعزيزها ويركز بصفة خاصة على ما يمكن تطويره، كما هو الحال بالنسبة لوصف مشاهد اللعب حيث يجب أن تكون التعليمات واضحة . كذلك عوض أن نقول له «كن أكثر راحة عندما توجه الحديث إلى جارك» ، يفضل المعالج أن يقول «توجه مباشرة إليه موجهًا بنظرك إلى عينه».
- يعاد لعب المشهد، يحاول «بول» أن يلتزم بالتعليمات المقدمة من طرف المعالج ويكون هذا اللعب موضوع تعليقات إيجابية متمركزة حول التطور الملحوظ ويجب أن يكون النقد دائماً بناءً .
- إن المتتالية (المشهد الملعوب تعليقات إيجابية) يمكن أن تعاد عدة مرات إلى أن يصل إنجاز المريض إلى المستوى المحدد مسبقاً . أثناء ذلك يجب أن تأخذ التدريبات بعين الاعتبار التدرج في الصعوبة والتي تسمح بالتطور التدريجي متجنبين بذلك الفشل، مصادر القلق وخيبة الأمل .
- أثناء لعب الأدوار هناك مجموعة من التقنيات السلوكية تحت تصرف المعالج لتسهيل عملية اكتساب السلوكات الجديدة .
- المفعول الرجعي أو التغذية الرجعية (Retroaction) الذي من خلاله يعلم المعالج بأداء المريض ومسار تعلمه، هذه التغذية الرجعية يمكن أن تقدم من طرف المعالج بحيث لا يكون لها مدلول نقدي

من خلال وسائل سمعية بصرية (Magnétophone magnetos cope) أو عن طريق المريض نفسه الذي يوفر من خلال تقديره الخاص لإنجازاته معلومات مفيدة للتقييم الجيد لمشاكله .

- أمّا التعزيز فيختلف عن التغذية الرجعية في أنه يضم تعليقات إيجابية أو سلبية حول السلوك (التعزيز اللفظي) فالتعزيز الإيجابي بدون انقطاع من طرف المعالج الذي يستهدف أي تطوّر مهما كان بسيطاً فهو من أهم خصائص أو بالأحرى عناصر التقنية السلوكية ، إذ يسمح بتشكيل تدريجي (تطوري) للسلوك الذي يبنى خطوة خطوة .

Le modeling: التقليد الذي يعني ملاحظة نموذج أكثر كفاءة في نفس الموقف بحيث يبدو غالباً فعالاً وناجحاً . يمكن أن يكون المعالج نفسه النموذج، ويجدر الإشارة إلى أن تقمص المريض لشخصية النموذج يتحدد بصفة أكثر من خلال فعالية هذا التعلم عن طريق التقليد . وأنّ هذا التقمص يكون أسهل عندما يكون هناك تشابه في الجنس والسن بين المريض والنموذج كما يجب ألا تكون مهارات هذا الأخير بعيدة عن متناول المريض . وهذا ما يفسر إمكانية استعانة المعالج بشخص آخر تتوفر فيه الصفات المذكورة سابقاً ليكون كنموذج .

تعميم السلوكات خارج الجلسات :

إنّ التطوّر الملحوظ الذي يديه المريض في جلسات تحسين المهارات الاجتماعية لا يمكن أن يكون ذات فائدة وأهمية إن لم يعمم في الوسط الطبيعي، فهذا التعميم هو تحويل فعلي للمكتسبات العلاجية التي يسهل أدائها من خلال إعطاء المريض واجبات محدّدة يقوم بها في الوسط الحقيقي (الواجبات المنزلية) حيث يجب أن يراعي التدرج في إعطاء هذه الواجبات من الأسهل إلى الأصعب لتجنب الفشل ويسهل التحكم فيها عن طريق التعزيزات الإيجابية .

إذ تحدد هذه الواجبات غالباً في آخر كل جلسة على أن يقوم بتطبيقها في الواقع (الحياة اليومية) و تكون موضوع النقاش في بداية الجلسة المقبلة، أين يرى المريض نفسه يهنئ بحرارة على النتائج المتحصل عليها من خلال نقله لما اكتسبه من المواقف المصطنعة إلى الحياة الواقعية.

من خلال 12 جلسة استطاع «بول» أن يتعلم التحكم بصفة جيّدة في العناصر السلوكية للمحادثة وأن يبدأ في انجاز عدّة مهام للتواصل الخارجي كطلب معلومات من التجار، مخاطبة الغرباء في مواقف متعددة والمبادرة في الحديث مع والديه .

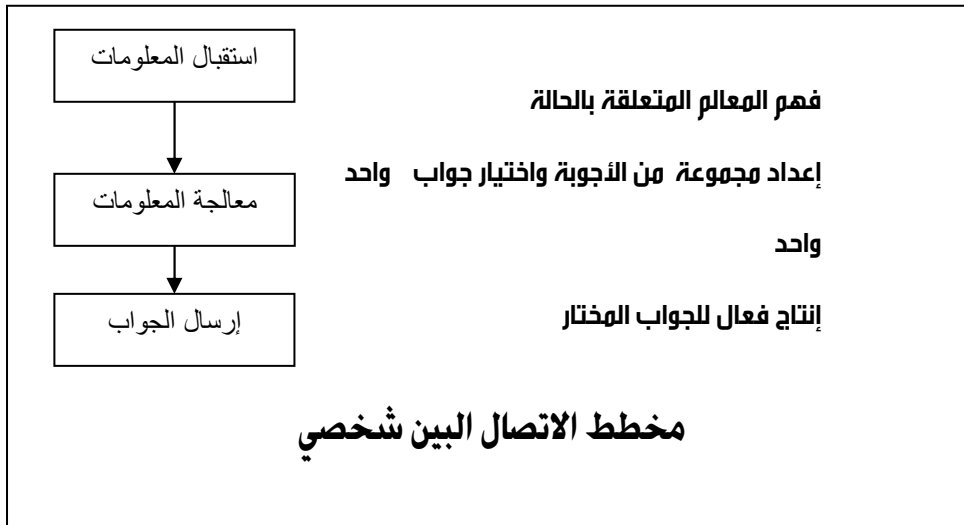
العلاج الجماعي:

حتى الآن لم نسطر أثر الجلسات التي اعتمد فيها على تقنية لعب الأدوار في مجموعة، إذ هناك 3 مرضى ذهانيين آخرين تمّ التكفل بهم في آن واحد .

في الواقع لا يختلف سير الجلسات الجماعية إلا نادراً عن الجلسات الفردية، لكن يفضل معظم الكتاب الجلسات الجماعية لعدّة اعتبارات أين تعمل التعزيزات الكثيرة على توليد التفاعلات في المجموعة، هذا بالإضافة إلى إمكانية استعمال النماذج المتعددة التي تسهل تعميم المكتسبات العلاجية.

إنّ اختصار المهارة الاجتماعية في الاستعمال الجيّد لعناصر الاتصال اللفظي وغير اللفظي ليس كافٍ، ولهذا السبب تمّ تقديم جلسات تركز على العوامل المعرفية الضرورية لوظيفة اجتماعية جيّدة، ولهذا تمّ تفكيك الاتصال البين شخصي إلى 3 أقسام، يمكن أن يكون كل قسم موضوع تدريبات خاصة (Liberman et al 1980-1990) :

(1) استقبال المعلومات. (2) معالجة المعلومات. (3) إرسال الجواب.



إنّ التقنيات السلوكية البسيطة للعب الأدوار التي تمّ تعلمها لا تخصّ إلاّ المرحلة الثالثة (إرسال الجواب) لكن الجواب والسلوك المتعلم في موقف ما لا يمكن أن يكون له مصداقية إذا لم يتوافق مع الموقف، فهذا الجواب السلوكي هو نتيجة اختيار عدّة خيارات التي تنتجها سيرورات معرفية خاصة هي (حل المشكلات).

من هنا تتمثل تقنية حل المشكلات في تعليم المريض إستراتيجية معرفية تهتم بتوسيع دائرة الأجوبة المحتملة، تقييم نتائج كل جواب على نحو صحيح ، اختيار الأكثر ملائمة للموقف ومعرفة الجواب الذي يوفر التعزيزات الممكنة ويطمح إلى أهدافه .

- ومن هنا سيقوم «بول» من خلال مواقف لعب الأدوار بتوجيه الحديث أو رد الجواب لعدة أشخاص متقمصاً دور أبيه، أمّه، صديق، أستاذ... إلخ .

و سيعمل المعالج في كلّ دور على التأكد من الاستقبال والمعالجة الجيدة للمعلومات عن طريق طرح مجموعة من الأسئلة مثل : مع من تتكلم؟ ماذا قال لك؟ ما هي أهدافك؟ ماذا فعلت؟ وما هي الأفعال الأخرى التي يمكن أن تقوم بها؟ مع التركيز دائماً على تعلم العناصر غير اللفظية للتواصل في هذه المواقف في بداية هذه التدريبات تكون المواقف سهلة ثم تتعقد شيئاً فشيئاً ، يمكن أن تعتمد على المواقف النموذجية (standard) لأنها لا تعكس مباشرة مشكلاً حقيقياً للمريض .

للتخلص من الشحنات الانفعالية التي يمكن أن تولد صعوبات حقيقية عاشها المريض من قبل، يمكن أن يركز المريض على عناصر العملية التي وصفناها له لضمان إتقان تدريجي لها. بعدها سنتطرق إلى المواقف الحقيقية.

تقييم وتعليقات :

بعد 20 جلسة تمّ التكفل بـ «بول» مؤقتاً كما كان الحال بالنسبة لأعضاء المجموعة التي كانت معه منذ بداية التدريبات.

إن هدف إرجاع «بول» إلى الوسط المدرسي لم يحقق، إذ أنه لم يكن هدف التدخلات الخاصة في الجلسات لكن من جهة أخرى، فكرنا مسبقاً أن «بول» سيستفيد من تعميم النتائج المتحصل عليها في المجالات الأخرى.

إنّ تقييم سلوك المحادثة لـ «بول» أظهرت بالنسبة للخط القاعدي الذي انطلقت منه الكفالة أن هذا السلوك تضاعف 5 مرات مقارنة بعدد التفاعل الذي كان يقوم به يومياً مع أي شخص .

بصفة أدق، أصبح يوجه حديثه إلى الغرباء، يبدأ غالباً المحادثة، ويتكلم لوقت أطول مع الآخرين، كل هذه الأشياء التي لم يكن يقوم بها أبداً من قبل .

أمّا السلوك الثالث موضوع التقييم هو مشاركة «بول» في مجموعة اجتماعية، فقد تمّ أيضاً تعديله، حيث حضر «بول» تظاهرات رياضية مختلفة كما بدأ يتردد على مكتبة البلدية في حيّه، فقد زاد عدد الأيام التي كان يقوم بها بهذه النشاطات المدرسية من 0 قبل التدخل السلوكي إلى 2-3 في الثلاث أسابيع التي تمّ فيها التكفل .

مقارنة بما كان عليه الحال في 6 أشهر من قبل يمكن التأكيد على النتائج الجيدة على مستوى الحديث كمهارة اجتماعية. من جهة أخرى عاد «بول» إلى الثانوية تحت ضغط والديه، لكنه وجد بعض الصعوبات في متابعة المقررات الدراسية، بالمقابل أصبح «بول» يتجنب من جديد أن يجد نفسه مقحماً في نشاطات اجتماعية في مجموعة .

قبل التطرق بصفة عامة إلى الصعوبات والمشاكل التي واجهتنا في التكفل بمريض فصامي، يجب التأكيد على السهولة التي ميزت سير الجلسات مع «بول»، حيث كان جواً متوازناً عن طريق العلاج الكيميائي (المهدئات العصبية). لم نجد أنفسنا أبداً أمام مرحلة حرجة (الأعراض الفصامية) التي بدون شك كانت ستؤثر على السير الحسن للجلسات العلاجية، لأنه من الأسئلة المهمة التي تطرح هي مدى إزعاج أعراض المريض الفصامي للمريض بالتحديد عند اكتسابه مهارات اجتماعية جديدة، بتعبير آخر هل يمكن للاضطرابات العقلية التي يعرفها بول هن تسمح له بالتكيف مع تكفل نفسي توجيهي ومنظم؟ في كثير من الحالات تكون الإجابة نعم، لكن مع بعض المرضى لا يبدو الأمر كذلك ويجب إقصاؤهم من الكفالة النفسية حسب معايير يبقى تحديدها بصفة دقيقة.

أثناء العلاج كان تحفيز «بول» ضعيفاً خصوصاً في بداية الكفالة، حيث كان يتميز بالبلادة وعدم المبالاة حول ما كان يجري حوله، كما كان يبدو أنه لم يمكن دائماً يفهم الدعابة أثناء التدخل العلاجي، لم يكن

عدوانياً بل كان يتفاعل إرادياً مع البرنامج المقترح، أحياناً كان أقل تعاوناً خصوصاً عندما يتعلق الأمر بإنجاز بعض المهام الموجهة إليه والتي كان يتناسى القيام بها. ولقد ساهمت فترة مكوثه في المستشفى في حل هذه الصعوبات ففي الواقع قمنا بإعداد مجموعة من المعززات المادية الممكنة لتحفيزه للقيام بالمهام المطلوبة منه، ومن تلك المعززات السماح بإجراء مكالمات هاتفية خارجية خارج الأوقات المعتادة لذلك، البقاء لمدة أطول في سريره صباحاً. من جهة أخرى تحققنا أن معظم برامج تطوير المهارات الاجتماعية مع المرضى العقليين في الو.م.أ تكون مرفقة بإجراءات عملية للتلطيف من حدة الاستشارة .

مناقشة :

إنّ العمل المدهش خلال 6 أعوام على 102 من المرضى ذوي أمراض مزمنة خطيرة جعل & Lentz «Paul» 1977 يخلصون إلى القول أن برنامج علاجي مبني على التعلم الاجتماعي أفضل ليس فقط من الاتجاه الكلاسيكي (الاستشفاء)، لكن أيضاً العلاج التدريبي حيث يوفر للمريض استقلالية أكثر، اتصال أفضل وقدرات اجتماعية متزايدة .

لكن رغم تحسن الوظيفة الاجتماعية للمريض الفصامي، هل الإجراءات السلوكي لتطوير المهارة الاجتماعية يؤدي من جهة أخرى إلى تحسن جوهري في ميادين أخرى ؟ أو بتعبير آخر هل ننتظر من هذا العلاج المتمحور حول استجابة اجتماعية مرضية للمريض أن يعمم على أنواع أخرى من استجابات الأمراض النفسية العقلية كسلوكات الهذيان والهلاوس مثلاً. لا توجد أي دراسات قدمت إلى حدّ الآن خصوصاً في الو.م.أ توفر أجوبة قاطعة لهذه الأسئلة، حتى لو كان المفعول على مستوى الأعراض إيجابي كما سبق وأن شاهدناه.

من جهة أخرى إن سير التدريبات الذي اختصر في جلسات التعلم لم يركز إلا على عامل محدد لاكتساب السلوكات الاجتماعية والمتمثل في Savoir faire (المهارة، اللباقة)، في حين مع كثير من الكتاب نعتقد أن هناك ميكانيزمين على الأقل يتدخلان في تفسير العجز الملاحظ في التوظيف الاجتماعي للفرد . تتمثل أولاً في المعوقات المعرفية التي تستحق أن تحلل عند المرضى الذين يعانون من سير فكري جد مضطرب .

فالتائج الواعدة للمقاربة المعرفية السلوكية في بعض الأمراض العقلية كالاكتئاب أظهرت تطور دراسات عديدة حول العلاقة الموجودة بين تحلل الوظيفة المعرفية عند المريض الفصامي مستوى توافقه الاجتماعي وتطور مرضه .

كما تتمثل أيضاً في القلق الذي يظهر كعنصر طاغٍ في بعض السلوكات الاجتماعية غير متكيفة، فقد أكد «Wolpe» 1958 أنّ بعض المرضى وهذا ينطبق أيضاً على المرضى العقلين الذين يستجيبون بقلق على بعض المثيرات وهي المواقف البين شخصية. أصبح القلق العدو للدود للسلوك الاجتماعي المتكيف الذي يعمل على كفه، لكن من بين العوامل التي يجب أن ينتبه إليها المعالج هي بيئة المريض خاصة، هذه البيئة التي تتدخل على الدوام عند المريض الفصامي يجب أن تكون هدف التدخل العلاجي .

لقد رأينا عن طريق استعمال إجراءات عملية كيف كان ممكناً جعل البيئة أكثر ثراء وتساعد المريض في ظهور وتطوير سلوكات جديدة.

لكن في الوسط الإستشفائي أو المؤسسات إجمالاً هو وسط اصطناعي كما أن بعض الدراسات أظهرت أن التحسن الحقيقي للمريض لا يتحقق دائماً عندما يكون الوسط الحقيقي الذي سيجد المريض نفسه فيه هو غالباً مريض ومسبب للمرض

يتمثل العلاج العيادي في ما يلي: ليس تسليح المريض لمواجهة الصعوبات فقط،، لكن التقليل من العناصر (التأثيرات السالبة للبيئة). فذلك لا يكون بخلق جو مصطنع للمريض، بل من خلال العمل على البيئة الحقيقية التي يتعامل معها المريض يومياً لتكون متوافقة معه. فهذا ما حاول كل من (Falloon et Liberman 1979) من خلال التدخل على مستوى العائلي. حيث كانت تهدف محاولاتهم إلى تعليم كل أفراد العائلة تنظيم أكثر رضا وتوافق ويكون ذلك باستعمال مجموعة من التقنيات السلوكية يأتي على رأسها التعزيز الإيجابي من أجل تحسين الاتصال في المجموعة وإكساب كل فرد مهارات حل المشكل بسهولة والتعامل مع المواقف والصراعات بطريقة أقل تهديمية.

هذه المقاربة الأولى للبيئة العائلية يجب أن تفتح المجال لتدخلات أخرى، ففي هذا المجال من المرضى مشاهدة المجهودات الدائمة التي تبذل للتكفل النفسي بالمريض الفصامي في المجتمع مثلما هو الحال في

الولايات المتحدة الأمريكي في مراكز الصحة الاجتماعية وبعض المنشآت المدججة في قطاع الطب العقلي في فرنسا.

فهل يمكن جعل هذه المراكز وسيلة انتقالية تسمح بإعادة إدماج تدريجي للمريض في بيئته ونموه؟
لسوء الحظ إلى حد الآن لم نصل إلى هذا المستوى أين يتم تطبيق برامج أكثر عملية حيث يجد فيها إلى المختص السلوكي مكانه الطبيعي للتدخل.

خاتمة:

إن العجز الكبير للوظائف الاجتماعية والتي تشكل إعاقة لديه كانت ولوقت طويل تعتبر نتيجة لمرضه. كما أهملت كهدف للتدخل العلاجي المتخصص من طرف الأخصائيين لأن نتائجه في اعتقادهم ضعيفة.
إن الوظيفة الاجتماعية للمريض في بيئته تحتاج إلى اهتمام متزايد حسب DSM III والذي يعتبر واحد من خمس محاور للتقييم. ولهذا يجب التأكيد على أهمية الاستعانة على المقاربات العملية لعدد من الأمراض العقلية واستعمالها في الفصام.

يجد طبيب الأمراض العقلية كل من يعمل معه في حقل الصحة العقلية تحت تصرفهم وسائل متنوعة للعمل على إعادة بناء المريض الفصامي المحطم وذلك من خلال : العلاج الكيميائي الذي أصبح أكثر تطوراً، العلاج النفسي المتنوع الذي كان متنوعاً في السابق، التكفل في المؤسسات المختصة والحماية الاجتماعية. وبدون شك حان الوقت الآن لرؤية أكثر وضوحاً، فالأمر لا يتعلق باتخاذ موقف الحسرة والألم، إصدار أحكام مسبقة أو تفنيد ونقد أفعال بدون تقييم جاد، بل يجب محاولة تحديد عناصر هذه العلاجات المتعددة والمتنوعة بدقة التي يمكن أن تخفف من معاناة المريض الفصامي والمقربين إليه ومحاولة التنسيق بينها في خليط فعال بطرق تهدف إلى تحسين الحياة اليومية والاجتماعية للمرضى المسجلين بكثرة في هذه الإجراءات.

الأستاذة بلمهدي فتيحة.

المرجع:

- 1) أحمد عكاشة : علم النفس الفسيولوجي ، الطبعة الخامسة ، دار المعارف ، القاهرة ، 1980 .
- 2) حامد عبد السلام زهران: الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتب، الطبعة الثانية، القاهرة، 1977.
- 3) خليل أبو فرحة: الموسوعة النفسية ، دار أسامة للنشر والتوزيع ،الأردن عمان، 2000.
- 4) رشيد حميد زغير: الصحة النفسية والمرض النفسي والعقلي دار الثقافة للنشر والتوزيع ،عمان الأردن 2010.
- 5) عادل صادق: في بيتنا مريض ، مؤسسة طيبة للنشر ، القاهرة ، مصر، 2005.
- 6) عبد الرحمن العيسوي: الصحة النفسية من المنظور القانوني، منشورات الحلبي، بيروت، لبنان، 2004.
- 7) عمر شاهين، يحيى الرخاوي : مبادئ الأمراض النفسية ، مكتبة النصر الحديثة، القاهرة، 1977.
- 8) سيد محمد الطواب: الصحة النفسية والإرشاد النفسي ، جامعة الإسكندرية، مصر، 2011.
- 9) نظام أبو حجلة : الطب النفسي التشخيص والعلاج، دار زهران للنشر والتوزيع ،عمان، الأردن، 2007.
- 10) وداد الموصلي حسن عبد الغني محمود: الصحة النفسية، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان ، الأردن 2007.
- 11) O.Fontaine /J. Cottraux /R.Ladouceur, La clinique de thérapie comportemental.Pierre Mardaga éditeur ,Galerie Des Princes , Bruxelles,1989, 245
- 12)Corinne Cather et all, Apilot study of functional cognitive behavioral (FCBT) therapy in schizophrenia, Schizophrenia researches, N 74 ,2004 ,205-209
- 13)Frank Rohrichst and Sfetan Priebe, Effect of body oriented psychological therapy on negative symptoms in schizophrenia controlled trail, psychological medicine ,2006, N 36 ,669 – 678
- 10) Robert Paul et all, Recovery from schizophrenia a concept in search of research, PS psychiatry online, June2005, Vol, 56 N 6,735 –742 .