

برنامج علاجي نفسي تدعيمي مقترح لتخفيف أعراض الاضطرابات النفسية والعقلية في
مرحلة الشيخوخة

د.مبروك وداد

جامعة الجزائر 2

ملخص:

يهدف هذا البحث إلى معرفة دور العلاج النفسي التدعيمي في تخفيف الاضطرابات النفسية في مرحلة الشيخوخة، فمن خلال الدراسات السابقة التي تناولت فعالية هذا النوع من العلاجات وهو العلاج النفسي التدعيمي لمختلف الفئات الإكلينيكية، توصلنا نظريا إلى تأكيد أهمية ومساهمة هذا العلاج في تخفيف العديد من الأعراض الناتجة عن مشكلات الشيخوخة واضطراباتها. الكلمات المفتاحية: الشيخوخة-الاضطرابات النفسية-الاضطرابات العقلية-التدعيم-العلاج النفسي التدعيمي.

abstract :

This study aims at identifying the role of psychotherapy in alleviating the psychological disorders in the old age. Through previous studies on the effectiveness of this type of treatment, which is the psychological treatment of the various clinical groups, we theoretically confirmed the importance and contribution of this treatment in alleviating many of the resulting symptoms About the problems of aging and its disorders.

مقدمة:

إن التقدم الصحي والاجتماعي جعل الفرد يعيش مدة أطول ويقضي فترة من حياته وهو مسن، ويتعرض للإصابة بأمراض نفسية وعصبية وجسمية، ويمر بتجارب الوحدة والعزلة ودخول المستشفيات. ويتطلب كل ذلك رصد ثروة قومية لضمان إعانة ورعاية الشيخوخة بالإضافة إلى توفير الأيدي الطبية الفنية لعلاجها.

واختيار العلاج المناسب لهذه الفئة من المجتمع سواء كان علاجاً طبياً أو نفسياً،
فازدياد مشاكل المسنين النفسية قد يكون بسبب واحد أو أكثر من العوامل التالية:

- التركيز والاهتمام على هذه الأمراض وتشخيصها.
- الازدياد الفعلي لأمراض الشيخوخة العقلية.
- لزيادة معدل عمر الإنسان بسبب المدنية الحديثة وتحسن الخدمات الصحية التي دفعت بأمراض أواسط العمر إلى التأخر والتراكم في الشيخوخة.
- زوال الحرج والخجل من دخول المستشفى من قبل الأفراد بصورة عامة.(فخري الدباغ، 1982، ص291).

مصطلحات الدراسة:

مفهوم الشيخوخة:

الشيخوخة ليست مرضاً، فهي مرحلة حياتية طبيعية أمام الإنسان. وليس من الضروري أن تصحب الشيخوخة اضطرابات ذهنية أو عاطفية أو نفسية، إلا أن هذه المرحلة تتميز ببعض الصفات التي تجعلها تختلف عن باقي مراحل نمو الفرد الأخرى(الطفولة، الشباب، الكهولة) وهي:

- 1- هبوط في النشاط وحيوية الجسم، مع بطء في الحركة والتنقل والمشي.
- 2- تبدل في السمات الجسمية، كتجعد البشرة وسقوط الشعر وتلين العظام وانخفاض حدة الرؤية والسمع.
- 3- انخفاض في وزن الدماغ العام وقلّة في نسبة الأوكسجين المستعمل هناك.
- 4- بطء في الأداء الحركي والحسي وبطء في التعلم الجديد.
- 5- صعوبة الاحتفاظ بالذاكرة الحديثة.
- 6- ميل إلى العزلة والانطواء وتضييق حلقة النشاط الاجتماعي.
- 7- التمسك بالتقاليد والعادات والتحفّظ الذي يصل إلى حد التعصب والجمود.

- 8- برودة العواطف وتصلبها، مع هبوط في الرغبات الجنسية.
9- انفعال من نوع الكآبة أو القلق حول هذه التغيرات الحاصلة.(نفس المرجع السابق،ص292).

العوامل المؤثرة في الصحة النفسية للمسنين:

بالإضافة إلى ما ذكرناه من تحول طبيعي في جسم ونفسية المسن، فإنه يتعرض إلى عوامل أخرى قد تكون السبب في إحداث اضطراب عقلي عنده وهي:

-الشدائد الجسمية:قلة حدة البصر والسمع والتذوق، وضعف العضلات وقوة البدن والتهابات المفاصل، وتلين العظام، وحدوث أمراض عضوية تتعلق بالكبر كتصلب الشرايين وأمراض القلب والتبول السكري وارتفاع ضغط الدم.

-الشدائد النفسية: حوادث الفراق والحرمان والموت بين الأقارب والأحباء والزلاء من ذوي العمر المتقارب، انحدار القوى الجنسية، الخوف من المرض والموت اللذين يبدوان على الأبواب.

-الشدائد الاجتماعية: إذ يتعرض المسن إلى تغير اجتماعي حاد.فأسرته الكبيرة سابقا تبدأ بالتناقص، ويتزوج أولاده أو يتعدون إلى الوظائف والكليات، هذا بالإضافة إلى حوادث التقاعد، والعزلة، وانعدام التواصل الاجتماعي، الشعور بتدهور المكانة الاجتماعية، افتقاد الاحترام، الترمل، الطلاق.

-الشدائد الاقتصادية:في الشيخوخة يحتاج الإنسان إلى الشعور بالاطمئنان والضمان، والضمانات المادية لا تقل أهمية عن الضمانات النفسية.والخوف من فقدان العمل أو التقاعد الزهيد يهدد الكثيرين.كما أن الكثير من المسنين يكونون في حالة فقرمدقع.(فخري الدباغ، 1982، ص293).

مفهوم الاضطرابات النفسية والعقلية:

اضطرابات الشيخوخة النفسية والعقلية ليست دائما امتدادا لأمراض الكهولة. فللشيخوخة بحد ذاتها ظروفها الخاصة التي تؤدي إلى مختلف الاضطرابات العقلية. وكان يظن أيضا أن ضمور الدماغ وتصلب الشرايين يقف وراء تلك الاضطرابات. إلا أن الدراسات الحديثة التي تفرغت للمسنين أظهرت أن نسبة من تلك الأمراض يمكن أن تنشأ بدون التغيرات العضوية وأنها اضطرابات أصيلة تخص الشيخوخة. E.W,Anderson ,W.H,Trethowan ,1973,p140

أ- مفهوم الاضطرابات النفسية:

تسمى أيضا بالاضطرابات العصبية: The Neuroses هي مجموعة من الاضطرابات النفسية تنشأ عن صراعات نفسية مختلفة، وتشارك جميعها في صفات عامة، وغالبا ما تكون اضطرابات العصاب في مرحلة الشيخوخة استمرارا لنوبات سابقة حدثت في الشباب والكهولة. إلا أن بعضا منها يحدث في الشيخوخة لأول مرة. وتكون أعراض العصاب بشكل توتر، وقلق ووساوس جسمية، وعدم استقرار، وخوف وحصر-قهري.

أما أعراض الهستيريا التقليدية فنادرة الحدوث، وان ظهرت فإنها قد تكون علامة عن الزهان أو المرض العضوي للدماغ (كزهري الدماغ، وتصلب الشرايين، والصددمات والارتجاج الدماغى).

ويمكن إرجاع كل الأعراض الأنفة الذكر إلى عوامل متعددة: كالمريض الجسدي، والعجز والحرمان العاطفي بالموت والفراق، والتقاعد والحاجة، والطلاق. Ibid, p142

-الكآبة الانفعالية أو العصبية: هي خفيفة الوطأة وتحدث كرد فعل للمرض الجسدي يطغى على الكآبة ذاتها (عادة ما يكون المرض الجسدي من نوع الوسواس والأوهام) او للمصاعب الحياتية كالفراغ والتقلب. فيعاني المريض من تغير في طبيعة النوم، وقلق واضح، ونرفزة، وتكثر الكآبة العصبية بين ذوي الشخصيات العصبية

في مراحل سابقة وان لم يسبق تعرضها لنوبة كآبة نظرا للتوازن والتوافق الذي أحاط به المصاب نفسه، وهنا تظهر عوامل المحيط والمجتمع في إحداث الكآبة. Arieti, 1959, p73.

ب- مفهوم الاضطرابات العقلية (الذهانية): Psychosis

تسمى أيضا بالاضطرابات الذهانية: هي عبارة عن اضطراب عميق وخلل في تفكير و وجدان الإنسان يغير من نظرتة وإدراكه للعالم والحياة ويؤثر في طبيعة سلوكه وإنتاجه بصورة خطيرة. وتنقسم الاضطرابات الذهانية إلى قسمين:

ا- اضطرابات ذهانية وظيفية The functional: psychosis

يعتقد أن أسبابها ليست نفسية مباشرة على الأكثر بل عضوية كيميائية مهمة داخلية أو وراثية الطابع. ولعدم توفر أدلة علمية كافية على حدوث تغير ما في الجهاز العصبي المركزي، فان هذا النوع من الاضطرابات سمي ذهانا وظيفيا أي غير العضوي.

أ- الاضطرابات الوجدانية: Affective Disorders

-الكآبة الذهانية: بما فيها من تباطأ نفس حركي، وشعور بالإثم، وتحقير للذات، وأفكار الوسواس وأوهام العلل البدنية، واضطراب النوم آخر الليل.

-الهوس الدوري: حيث أن المسن يبدو مرحا فارغا ويفتقد ذلك التسلسل السريع الخفيف في حديثه. كما انه يميل إلى الغضب والأفكار العدائية التي توجي بالفصام أو وجود مرض عضوي.

ان الاضطراب الوجداني في الشيخوخة يتحسن إذا كان الدماغ يخلو من أي مرض عضوي.

ب-البارافرينيا(فصام الشيخوخة):

ذهان يحدث في الشيخوخة، وغالبا بين النساء وفي شخصية متماسكة غير متدهورة، ويتميز بالهلوس السمعية والأفكار والأوهام الاضطهادية. وعادة ما تكون المصابة ثقيلة السمع أو فاقدة للبصر. كما أن ذهان الشيخوخة هو فصام جزئي او غير متكامل. Ibid, p76

اضطرابات ذهانية عضوية:

الذهان العضوي Organic Psychosis أو تناذر الدماغ العضوي Organic Brain Syndrome، هو مجموعة من الاضطرابات العقلية المرتبطة سببيا بأمراض جسمية واضحة. يمكن إثباتها بالفحص السريري أو بالتحليلات الطبية الأخرى. L.Bovet, 1951, p120

أ- خرف الشيخوخة: Senile Dementia

أو عته الشيخوخة، هو حالة من الضمور والموت المستديم لخلايا الدماغ والتي لا يمكن إيقافها أو عكس مجراها، وتؤدي بالنتيجة إلى تدهور عام في القوى الذهنية للشخصية. من بين أعراضه، تدهور في الذكاء، اضطرابات وجدانية، اضطرابات سلوكية، اضطرابات ذهانية، اضطرابات الشخصية، أعراض جسمية.

ب- الخرف المبكر: Presenile Dementia

-الزهايمر: Alzheimer's Disease يحدث ضمور في الفص الجبهي والصدغي والجداري والمخيخ والمهاد، من أعراضه اضطراب الذاكرة القصيرة المدى، صداع وارق، تأثر وحساسية، نقص الإدراك لماهية الأشياء، فقد معاني الحركات، شلل متنوع المواضيع، اختلاجات صرعية، وفي المرحلة الأخيرة من المرض يحدث خرف ونحول جسسي شديد، تشوهات وتقلصات بالعضلات والمفاصل، تسرع في الحركات وتضرب في الوعي.

-مرض بيك: Pick's Disease

أعراض هذا المرض تقارب مرض الزهايمر، إلا أن في بيك نجد اضطرابا أوسع في السلوك الأخلاقي من كذب وسرقة، بينما تكون الأعراض العصبية من قلة إدراك وشلل وصرع متأخرة الظهور.

-مرض جاكوب-كروتزفيلد: Jakob-Greutzfeldt Disease خرف مبكر

مصحوب بإصابة في قشرة الدماغ والألياف الحركية. وهو سريع التطور والانحدار خلال سنوات ولذلك يظهر في المصاب شلل تشنجي في الأطراف السفلى بصورة مبكرة. هذا المرض نادر جدا.

-مرض كوربا هنتكتون: Huntington's Chorea ضمور في خلايا الدماغ في

المناطق الجبهوية، من أعراضه حركات شبه إرادية سريعة وغير منتظمة تبدأ في الوجه والشفاه والأطراف، خرف مبكر، اضطرابات عقلية كالتعرض للكآبة الشديدة التي تصل حدود الانتحار.

-أمراض اخرى: قد ينتج الخرف المبكر عن أمراض عضوية أخرى تصيب

الدماغ في أواخر الشباب وأواسط العمر منها مثلا: أورام الدماغ، زهري الدماغ، نقص هرمون الغدة الدرقية. Ibid, p123

مفهوم التدعيم: Conception of Support

التدعيم قد يكون حاجة Need أو دافعا Motive، وليس المرضى فقط هم الذين يحتاجون للتدعيم فقط. بل الأسوياء أيضا، وقد يكون قدرة Ability أي القدرة على منح التدعيم سواء للغير أم الذات، وتوجد فروق فردية في تلك القدرة بين الأشخاص، وقد يكون قيمة Value من القيم الإنسانية والأخلاقية والاجتماعية. وقد يكون مبدأ Principle سواء على المستوى الإنساني أم على المستوى العلاجي، وقد يكون أسلوب أو تقنية علاجية Technique يستخدم مع علاجات أخرى نفسية، وقد يكون منهجا أو طريقة Method من طرق العلاج تمثل

مدرسة ما، أو تيار ما، وقد يكون نموذجاً Model من النماذج العلاجية أو الإرشادية، أو مرحلة Stage or Phase من مراحل العلاج النفسي تستوجب التدعيم، كما أن التدعيم هو عملية Process من عمليات الإرشاد والعلاج النفسي الفردي والجماعي لها دينامياتها وتبايناتها، وهو نسق System علاجي له مكوناته وأبعاده ومحاوره وإطاره وتسلسله وشبكة متغيرات، ويعتبر التدعيم أيضاً غاية أو هدف Goal علاجي يسعى له المعالج حتى يصل بمرضاه إلى درب الشفاء.

والعلاج النفسي التدعيمي ليس مجرد علاج مكمل أو ثانوي، بل هو علاج فعال لأصعب الأمراض حتى العقلية المزمنة. ويعبر التدعيم الاجتماعي عن تكامل العلاقات الاجتماعية بين الأفراد. ولا يتمثل التدعيم في سماع عبارات تدعيمية، أو إظهار بعض السلوكيات المساندة منه، وإنما يكون التدعيم أيضاً في سماع تعبيرات المريض.

أهداف العلاج النفسي التدعيمي: Goals of Supportive Therapy

_ إحداث توازن انفعالي سريع للمرضى.

- تحسين الأعراض، وتخفيف حدتها، أو إزالتها، إحداث توظيف ملائم للواقع، بناء الأنا وتقويته وتنظيم الذات، زيادة التحمل، إعادة الإمساك بزمام الأمور وإعادة السيطرة والسيادة، الملمة المرضى النفسية، بمعنى جمع شتات الشخصية من التبعض اثر الضغوط والأزمات، تحسين العلاقة بالموضوع لدى المرضى. (حامد زهران، 1978، ص178).

دراسات سابقة عن فعالية العلاج النفسي التدعيمي: Supportive Therapy

Significancy Studies أثبتت عديد من الدراسات مدى فعالية العلاج النفسي التدعيمي لدى عديد من الفئات الإكلينيكية نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر:

- 1- دراسة بينر نوك، وفيدكا، (1989) التي أثبتت فعاليتها لدى جماعة علاجية بلغ قوامها خمس نساء مطلقات تراوح عمرهن ما بين (30-42) سنة، فضلا عن تحسن حالاتهن خلال برنامج علاجي استمر لمدة تسعة شهور.
- 2- دراسة تايلور، وجاكسون، (1990) والتي أوضحت فعاليتها ومدى تأثيره في استمرار أو توقف تعاطي الكحوليات وخصوصا النساء.
- 3- دراسة ركستر مع آخرين (1991) والتي أكدت فعاليتها في زيادة تقدير الذات، وكان العلاقة بينهما طردية.
- 4- دراسة فاين مع آخرين (1991) والتي أسفرت عن فعاليتها في تشافي (66) مريضا شابا بالاكتئاب.
- 5 دراسة كارمودي، (1992) والتي أثبتت أن العلاج التدعيمي يعد مكونا مهما في برامج الوقاية من الارتكاس.
- 6- دراسة سميث، وفراولي، (1992) والتي أكدت ضرورة استخدامه حتى بعد انتهاء المقرر العلاجي المعتاد نظرا لمغزاه وفعاليتها.
- 7- دراسة اسبينا مع آخرين، (1994) والتي أثبتت فعاليتها، وأكدت أهميته في علاج حالات القلق والاكتئاب لدى الأزواج والزوجات من ذوي الأطفال المضطربين سلوكيا، كما يعد مفيدا في علاج حالات هؤلاء الأطفال الذين يعانون من التوحد، والإدمان.
- 8- دراسة وليامز مع آخرين، (1994) والتي كشفت عن أن المرأة الحامل المدمنة تحتاج إلى علاج تدعيمي لها، ولجنينها أو وليدها.

9- دراسة ماكنامي مع آخرين، (1995) والتي أسفرت عن فعاليته في زيادة مستوى تقدير الذات، وتقليل معدل الاكتئاب، وزيادة المهارات الوالدية لدى عينة من الأمهات المضطربات.

10- دراسة روبين مع آخرين، (1996) والتي أظهرت ان نقص جرعة التدعيم العلاجي قد يكون عاملا من عوامل الارتكاس المرضي. M.F. Alvares, 1997, p196-197.

برنامج علاجي تدعيمي مقترح لمشاكل الشيخوخة واضطراباتهما:
خطوات البرنامج:

- 1- حجم المراحل العلاجية: 5مراحل،
- 2- عدد الجلسات: 14 جلسة،
- 3- مدة كل جلسة: 60 دقيقة،
- 4- قيادة الجلسة: المعالج النفسي،
- 5- طبيعة المرضى: مسنين مصابين باضطرابات نفسية أو عقلية مما سلف ذكره،
- 6- حجم الجماعة العلاجية: 6_8 افراد،
- 7- تواتر الجلسات: ثلاث جلسات اسبوعيا،
- 8- مدة المقرر العلاجي: خمسة اسابيع (تقريبا)..

ونوجز الحديث عن ذلك فيما يلي:

المرحلة الأولى: الإعداد القبلي: Pre-grouping Preparation

وتهدف إلى إعداد الجماعة وتهيئتها لتلقي المقرر العلاجي، وزيادة توجهها واستعدادها للاستفادة من الجلسات العلاجية، ويمكن الاستعانة بالمقابلات

الفردية لكل فرد في الجماعة على حدة، ثم استخدام الألفة الجماعية لزيادة المعرفة والثقة والأمان وتقليل حدة القلق، وقد يستغرق هذا جلسة واحدة.

المرحلة الثانية: التقييم القبلي وتحديد المشكلة: Pre-evaluation and

Problem Identification

وتهدف هذه المرحلة إلى تحديد المشكلة أو المشكلات الخاصة بأفراد المقياس المناسبة لذلك، ويكون هذا القياس بمثابة التقييم القبلي للأعراض المتعلقة بالمشكلات التي تم تحديدها بداية. وتستغرق هذه المرحلة جلستين.

المرحلة الثالثة: الغزو والتدخل العلاجي: Therapeutic Intervention

وتهدف هذه المرحلة إلى الغزو والتدخل العلاجي لحل المشكلات التي تم تحديدها، وإعطاء أفراد الجماعة المقرر التدعيبي الذي تم تحديده أيضا في المرحلة السابقة.

ولهذه المرحلة تسعة مستويات يمكن بلوغها في ست إلى تسع جلسات وفقا لمدى نضج الجماعة، واستعدادها، وتعاونها، ونجاحها في تلقي المقرر واستيعابه، وإحراز التقدم المرجو. وتلك المستويات التسعة هي:

المستوى الأول: تهيئة الجماعة للتدخل العلاجي،

المستوى الثاني: التدعيم الفيزيقي،

المستوى الثالث: التعبير الانفعالي،

المستوى الرابع: التدعيم الوجداني،

المستوى الخامس: التدعيم المعرفي،

المستوى السادس: التدعيم الاجتماعي،

المستوى السابع: التدعيم الأسري،

المستوى الثامن: نسق التدعيم المجتمعي،

المستوى التاسع: التدعيم الذاتي.

المستوى الأول:الإعداد للتدخل Pre-Intervention Preparation

الاستراتيجيات:Strategies

- إعطاء المريض أو الجماعة مشروب، احجب الجماعة عن أية مثير خارجي،
- تجنب مهاجمة المريض أو الجماعة على الإطلاق، تجنب المقاطعات الخارجية،
- تجنب الاستفزازات المباشرة، وكذلك عدم إعطاء النصائح حالياً
- اللطف والعطف والمرونة والود، والاقتراب من الجماعة كلما استطعنا ذلك، ومحاولة خلق جو من الهدوء والسكينة والأمان، وتشجيع أفراد الجماعة للمساعدة في ذلك،
- تجنب إصدار أية أحكام ، وعدم لعب دور القاضي الآن،
- عدم طرح أسئلة متعددة المعنى أو جارحة، وعدم التورط في إجابات أو حلول سريعة لمشكلات الجماعة، وعدم الوعد بما لا نستطيع الوفاء به، لأن هذا شرك يقع فيه المعالج حديث الخبرة المهنية،
- منح الجماعة الاحترام والتقدير والاعتبار، والتعامل معها من منطلق إنساني متسامح، ومحاولة إشاعة هذا الجو بين أفرادها،
- إظهار ميل واضح للمرضى، وإخلاصا صادقا لهم فهم في محنة وأزمة وهم في الوقت ذاته أذكاء بالقدر الكافي لاكتشاف مدى مشاركة المعالج لهم في محنتهم، وتقديم لهم الاعتبار الكافي والمناسب،
- منح كل مريض قطعة حلوى صغيرة أو هدية رمزية، أو زهرة في الصباح خاصة لإناث الجماعة العلاجية، وان أتيحت للمعالج الفرصة لتناول وجبة مع أفراد الجماعة فلا يتردد في ذلك

- تقديم الترحيب الكافي لأفراد الجماعة، وتوسيع الصدر لهم برحابة وبشاشة، ومن الممكن التنويه ببعض عبارات المدح والثناء والمجاملة الرقيقة المناسبة، فهي أحيانا تشفي دون دواء، ولتكن المجاملة مناسبة دون إفراط أو تفريط

- تقويم أفراد الجماعة في نهاية هذا المستوى، على أساس إكلينيكي أو سيكومتري وذلك وفقا للخطة العلاجية، كما يستحسن أن يكون إكلينيكي فقط بالملاحظة لان أفراد الجماعة ليست في حالة تسمح لهم بالإجابة عن أسئلة أو مفردات مقياس نفسي أيا كان A.Artigas, 1998, p218.219

المستوى الثاني: التدعيم الفيزيقي: Physical Support:

التربيت على الكتف، المصافحة، المعانقة، إيماءة الوجه، اتصال العين، تدريب الاسترخاء.

المستوى الثالث: التعبير الانفعالي عن المشاعر: Feelings Expression

ويهدف هذا المستوى إلى مساعدة الجماعة على التعبير عن المشاعر، والفضفضة، والبوح الذاتي والجماعي.

- دفع المرضى للحديث عن شكاوهم بلطف ورفق وتدرجيا، وزيادة دافعيهم على ذلك،

- توفير جو امن، هادئ، وتهدئة روعهم ،

- توفير الثقة، والتصديق الفعلي لهم، لان المرضى في بداية الأمر ينتابهم الشك في أنفسهم وفيمن حولهم،-توفير الحماية اللازمة للمرضى والأمن الكافي والمناسب، والحفاظ على السرية التامة لان مستوى القلق والخوف لديهم يكون مرتفعا،

- تقديم التشجيع الملائم في كل وقت،- الصبر مع المرضى قدر المستطاع،

- زيادة التفاعل بين أفراد الجماعة، والزيادة من قوة المناقشات لديهم

- الحديث عند الضرورة، وبهدوء وبطاء وبعبارات واضحة، فالمريض ليس في حاجة إلى غموض أكثر مما هو عليه

- استخدام مصطلحات المرضى، وعباراتهم حتى يصبح الحديث مشتركاً، وعدم التورط في مصطلحات علمية متخصصة، أو غامضة، ومخاطبة المرضى على قدر عقولهم، وعلى مستوى ادراكاتهم،

- التحلي بحسن الإنصات، والإصغاء، والاستماع، فالمريض أحياناً لا يريد من المعالج أكثر من الإنصات باهتمام وعناية، البداية من حيث انتهى المريض في الحديث، وتكرار بعض عباراته لتعلمه أننا معه قلباً وقالبا، ومحاولة تفهمه جيداً فهذه فرصة مناسبة للمعالج، لأن الأعراض الباثولوجية في أغلبها تظهر في الحديث والتفاعل بين أفراد الجماعة العلاجية،

- إعطاء كل مريض فرصة عادلة للحديث عن شكواه وآلامه،

- تجنب الجمود والصلابة، والحذر من الدفاعية عن الذات أمام المرضى إن كان هناك هجوم من أحدهم،-انتهاز الفرصة لتقوية الرابطة بين المعالج والمرضى، وتقديم الاهتمام الحقيقي بمشكلاتهم، والانتباه الجيد اليقظ، والتعاطف معهم،

- تلمس العذر للمرضى قدر المستطاع، وعدم الإقدام على لوم أي منهم مهما أساء للمعالج أو للآخرين داخل الجلسة.

- بالإمكان الآن إعداد المرضى بحذر لتقديم أي عون شريطة أن يقوم المرضى أيضاً بمساعدة أنفسهم في هذا الأمر،

- تقويم المرضى في نهاية هذا المستوى لتقدير مستوى التقدم الذي أحرزته

الجماعة. Y.Ariyoshi, 1999, p110

المستوى الرابع: التدعيم الوجداني: Affective Support

ويهدف هذا المستوى من التدخل إلى تقديم التدعيم الانفعالي والوجداني للجماعة.

- إزاحة أي شعور بالتهديد، وتقليل الشعور بالتوتر،

- فتح المجال للمرضى للتعبير عن غضبهم الظاهر، والكامن، وعن مخاوفهم وألامهم،

- مساعدة المرضى على أن يتعرفوا على حقيقة مشاعرهم، وأن يلمسوا تلك المشاعر والأحاسيس بأنفسهم،

- إذا بكى المريض ندعه يبكي، ولا نوقفه، وأن لم يبك ورأينا أنه يريد البكاء فنساعده على ذلك، فأحياناً يريد المريض البكاء ولكن يمنعه حياؤه أو مكابرتة، وفي كثير من الأحيان يكون البكاء وسيلة للتفريغ وفض الشحنة الانفعالية الداخلية، ومحاولة الاحتفاظ بجو من التقدير في مثل هذه المواقف تجنباً لحدوث سخرية أو استهزاء أو ضحك على مريض يبكي، ومحاولة كذلك الاحتفاظ بمناديل ورقية أو مناشف لإعطائها للمريض حين يبكي، أو ليحفظ بها عرقه فهذا يعطيه انطباعاً لمدى اهتمامنا به،

- مساعدة المرضى على إخراج جميع المشاعر السلبية والسينة والمشوهة والمؤلمة

- محاولة رؤية المشكلة من وجهة نظر المرضى على الأقل في البداية،

- عدم التورط في الدخول مع المرضى في صراعاتهم الداخلية المعقدة والمتشابكة، فهذا المقرر العلاجي ليس تحليلي، أما إن كان في الإمكان التعرف إلى بعض الصراعات الداخلية البسيطة والتي في مقدور المعالج ومقدور الجماعة التعامل معها لإزالتها فلا حرج في ذلك،

- الاشتراك في المناقشات التي تدور بهدوء وفعالية، ودون إقحام المعالج نفسه في فرض وجهة نظره حتى لا يتأزم الموقف- دعم دفاعات المرضى الايجابية الصحية،

- تقديم التعزيز الوجداني من خلال التأكيد الايجابي،

- الارتقاء بالروح المعنوية لهم-الارتقاء بتقدير الذات للمرضى وذلك بزيادة الثقة، وإشاعتها في ذواتهم أو إقناعهم بان في إمكانهم تخطي تلك الأزمة بنجاح،

- مساعدة المرضى على تقوية شعورهم بوجودهم،

- تقديم المشاركة الوجدانية من جانب المعالج ومن جانب الجماعة لكل فرد منها،

-تقديم المرضى بعد نهاية هذا المستوى. Ibid, p111

المستوى الخامس: التدعيم المعرفي: Cognitive Support

- توفير التفهم الايجابي للمرضى، والتقبل العقلي،

- إظهار القيمة الايجابية في أزمات المرضى مراعين الخصائص المعرفية والثقافية والتربوية والحضارية لديهم،

- تقديم المعلومات والشروح والتفسير اللازمة من خلال الإطار التدعيمي، حتى يتفهم المرضى طبيعة الأزمة بشكل بسيط وتدريجي،

- توفير للمرضى التوجه الايجابي للمعرفة التي تم تحصيلها،

- تصحيح المفاهيم الخاطئة للمرضى،

- ضبط التوقعات السالبة لهم،-كف السلوك الخاص بالأفكار الانهزامية والتي تعبر عن يأس المرضى وشعورهم بالقنوط المصاحب للالتزامات والمحن، مساعدة المرضى بالتدريب على مقاومة مثل هذه الأفكار والمعتقدات، والتعامل بايجابية مع سلوك إدانة الذات،

- تقديم اقتراحات جيدة مناسبة، ومساعدة الجماعة على تقديم اقتراحات نابغة من أفرادها للتغلب على الأزمة، مع تقديم بدائل واختيارات ذات مغزى،
- الارتقاء بمستوى التعامل مع الحقيقة والواقع،
- تقديم ملاحظات تدعيمية باستخدام عبارات تدعيمية ،
- التعليق الايجابي، ومحاولة الحصول على تغذية مرتدة من أفراد الجماعة العلاجية، فبالإمكان منح المرضى واجبا منزليا يتدرب أفرادها فيه على ما تم عمله من مهارات في الجلسات السابقة،
- تقويم المرضى في نهاية هذا المستوى. K.Andres, 2000, p220

المستوى السادس: التدعيم الاجتماعي: Social Support

- عدم القيام بتدعيم مريض في الجماعة على حساب مريض آخر، أو على حساب الجماعة ذاتها،
- تدريب الجماعة العلاجية على كيفية تقديم العون والمساعدة والتدعيم لأفرادها
- مساعدة الجماعة على تفهم سلوكيات الأفراد داخلها، مع التدريب على مهارات التسامح والتفهم والتقبل والتواصل والمشاركة،
- تجنب التدعيم الأحادي في الجماعة،-زيادة تدعيم الرفاق بعضهم بعضا،
- محاولة مساعدة الجماعة على زيادة التواصل مع الأفراد ذوي القيمة العلاجية لأفرادها،
- محاولة توزيع جرعات التدعيم بالتساوي وبعادل بين أفراد الجماعة،
- خلق جو من التدعيم الجماعي المريح،
- تأكيد أهمية إسهام كل فرد إلى الآخر في الجماعة،-تقديم كل العون لكل فرد في الجماعة،

- تقويم الجماعة العلاجية في نهاية هذا المستوى، وتسجيل التقدم والتطور
الملاحظ. Ibid, p221.

المستوى السابع: التدعيم الأسري: Family Support

ويتعلق هذا المستوى بالاستفادة من خدمات الأسرة في تدعيم المرضى،-توفير الاتصالات الهاتفية بين الأسرة والمريض بعد تهيئة الأسرة لهذا الدور لتقديم التدعيم المناسب للمريض خاصة ان كان موجودا بأحد المؤسسات العلاجية الداخلية

- توفير للأسرة فرصة زيارة المريض إن أمكن ذلك،

- التعرف على الشخصية الرئيسية في الأسرة، وطلب العون منه لمساعدة المريض،

- مساعدة الأسرة الخاصة بكل مريض على تعديل الاتجاهات السالبة نحوه خصوصا في هذه الآونة،

- مساعدة المريض لزيارة منزله بنفسه في اقرب الآجال بعد تهيئته وتهيئة المنزل والموقف ككل،

- حث الأسرة على تقديم اقرب وأسرع وادفأ جرعة من الود والمحبة والتعاطف مع المريض،

- تدريب الأسرة على كيفية التدعيم المناسب في الوقت المناسب الآن وفي المستقبل،

- منح المريض عطلة منزلية لعدة أيام، أو في عطلات الأسبوع ليقضيهما مع أسرته ليستعيد نشاطه، وثقته بها،

- إقناع الأسرة وتذكيرها دائما بان مساعدة المريض تبدأ من المنزل. (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2002، ص229).

المستوى الثامن: نسق التدعيم المجتمعي: Community Support System

- ويتعلق هذا المستوى بالاستفادة من نسق التدعيم داخل المجتمع الخارجي،
- التوفير للمريض ولأفراد الجماعة ككل الإقامة الصحية في المستشفى، والرعاية الصحية المستمرة.
 - تعريف المرضى بالمراكز الحكومية لتقديم الخدمات الاجتماعية والنفسية.
 - مساعدة المرضى على ارتياد المكتبات، والنوادي الاجتماعية الإصلاحية، ومراكز التوظيف،

- تعريف المرضى على اقرب دور للتدعيم والتي تقدم خدمات نفسية وعلاجية لأصحاب الاضطرابات السلوكية. وللمرضى الذين يحتاجون إلى تدعيم نفسي، حيث المحاضرات التعليمية، وتحديد المشكلات، وتحديد المهام العلاجية، والاستراتيجيات المتعلقة بمواجهة المشكلات، والتخطيط للمستقبل.

المستوى التاسع: التدعيم الذاتي: Self-Support

- إضافة خبرات المعالج الخاصة والمهمة والمفيدة الى خبرات الجماعة،- المحافظة على التوازن في تقديم التدعيم الذاتي،
- عدم التقليل من قيمة جهود أفراد الجماعة، والاستمرار في تشجيعها،
- مساعدة الجماعة العلاجية على التعلم والاستفادة من الأحداث الراهنة،
- مساعدة كل مريض في الجماعة على إحراز التغيير الايجابي بنفسه.
- مساعدة كل مريض في الجماعة على الاعتماد على نفسه، والثقة بقدراته وإمكاناته،
- زيادة قدرة كل مريض في الجماعة على مساعدة ذاته، وتدعيم نفسه،
- توفير تدريبات خاصة متعلقة بمهارات تدعيم الذات، والمهارات الاجتماعية للمواجهة والتأقلم الجيد السوي،

- إمكانية وضع كل مريض في تجربة اختبارية، وموقف تجريبي لبيان مدى قدرته على المرور بسلام وتدعيم ذاته،

- تقويم المرضى عند نهاية هذا المستوى، ووضع تقرير لمعرفة مدى استفادة المرضى من اجتياز المستويات السابقة، ومحاولة إكمال النقائص، وسد أية ثغرة مازالت مفتوحة تجنب لأية عاقبة سيئة. (نفس المرجع السابق، ص230).

المرحلة الرابعة:

وتتعلق بإتمام الاستبصار Insight، والتقويم البعدي Post- evaluation، تستغرق جلسة واحدة وفيها يضع المعالج اللمسات الأخيرة التوكيدية على نجاح أفراد الجماعة في استيعاب مشكلاتهم وحلولها وقدراتهم على مواجهة مثيلاتها مستقبلاً، وعلى نمو قدراتهم على التدعيم بكافة أنواعه وخاصة التدعيم الذاتي، ويقوم المعالج بإعادة تطبيق بطارية المقاييس التي تم تطبيقها في البداية وتسجيل الفروق والملاحظات.

المرحلة الخامسة:

وتتعلق بالإنتهاء Termination وتستغرق جلسة واحدة، والمتابعة Follow Up إن أمكن لبعض أفراد الجماعة الذين يرغبون في متابعة المعالج من حين لآخر وفقاً لسياسة البرنامج العلاجي الخاضع للمؤسسة العلاجية المعنية بالأمر. (نفس المرجع السابق، ص، 231).

المراجع:

المراجع العربية:

- 1-أبو زيد مدحت عبد الحميد، (2002). العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية:المجتمعات العلاجية والمحيط، الجزء الثالث، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، القاهرة.
- 2-الدباغ فخري،(1982)، أصول الطب النفساني، ط3، دار الطليعة، بيروت.
- 3-زهرةان حامد،(1978)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم الكتب، القاهرة.

المراجع الاجنبية:

- 1-Alvarez .M.F, (1997), Using REBT and supportive psychotherapy with post-stroke patients,*journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*,15(3),p231-245.
- 2-Anderson.E.W,Trethowan.W.H,(1973),*Psychiatry,concise Medical Textbooks*,Bailliere,tindall and Cassel,London.
- 3-Andres. K,and al,(2000),Effects of a coping-oriented group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients,A pilot study,*Acta Psychiatrica*,101(4),p318-322.
- 4-Arieti Silvano,(1959),*American Handbook of Psychiatry*,Basic Books,New York.
- 5-Ariyoshi.Y,(1999),Resent advances of supportive therapy for cancer patients,*Gan. To. Kagaku. Ryoho*,26(1),p60-69.
- 6-Artigas.A,and al,(1998),The American-European consensus on ARDS,Pharmacologic, supportive therapy,study desing strategies, a related to recovery and remodeling acute respiratory distress, *American journal of Respiratory and Critical Cate Medecine*,157(4),p1332-1347.
- 7-Bovet.L,(1951),*Psychiatric Aspects of Juvenile Delinquency*,WHO Monograph Series,Geneva.