# فعالية العلاج النفسي التحليلي الوظيفي (FAP) في خفض بعض المشكلات البينشخصية لدى عينة غير كلينيكية من طلاب الجامعة: دراسة حالة[1]

**د. عبير أحمد أبوالوفا دنقل**[2] — أستاذ الصحة النفسية المساعد — كلية التربية بقنا – جامعة جنوب الوادي

**د. هبه جابر عبدالحميد**[3] — أستاذ الصحة النفسية المساعد — كلية التربية– جامعة سوهاج

**مستخلص البحث**:

هدف البحث الحالي إلى اختبار فعالية العلاج النفسي التحليلي الوظيفي Functional Analytic Psychotherapy (FAP)، واختبار الآلية الأساسية للتغيير كما تم افتراضها في هذا النهج العلاجي في خفض بعض المشكلات البينشخصية لدى عينة غير كلينيكية من طلاب الجامعة، وقد تم إجراء تصميم خط الأساس المتعدد غير المتزامن A non–concurrent multiple baseline design كتصميم تجريبي للبحث الحالي والذي ينمتي إلى تصميمات دراسة الحالات الفردية Single subject design، لتقييم فعالية FAP على ثلاث حالات من طلاب الجامعة الذين يعانون من مشكلات في علاقاتهم وأدائهم البينشخصي، وتم تطبيق أدوات الدراسة ومنها قائمة المشكلات البينشخصية الصورة المختصرة (IIP– 64)، وأداة ترميز الأكواد للعلاج النفسي التحليلي الوظيفي (FAPRS)، ونموذج تصور الحالة ، وبرنامج التدخل العلاجي المبني على القواعد العلاجية ل FAP، وأسفرت نتائج البحث الحالي عن ما يلي:

- أن استخدام علاج FAP قد أنتج تغييرات ملحوظة ودالة في السلوكيات المستهدفة من العلاج كمياً ونوعياً داخل إطار الجلسات العلاجية متمثلة في السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة (CRBs)، وخارج إطار الجلسات العلاجية متمثلة في المشكلات السلوكية المتعلقة بمشكلات الحياة للحالات.
- جاءت قيمة متوسط حجم التأثير ل FAP عبر الحالات الثلاث متوسطة حيث بلغت ٠,٨١٤ وهي تعبر عن حجم تأثير جيد لعلاج FAP في خفض المشكلات البينشخصية لدى الحالات عينة البحث الحالي.
- المستويات المرتفعة من التعزيز الإجرائي من قبل المعالج في سياق علاقة علاجية قوية وداعمة هي المسئول الأساسي عن التغييرات الكلينيكية الحادثة في الصعوبات البينشخصية

---

[1] تم استلام البحث في ٢٠٢١/١/٢٠ وتقرر صلاحيته للنشر في ٢٠٢١/٢/٢٥

[2] ت: ٠١٠١٤٦٤٤٢٢٠ Email: abeer.a.donkol@gmail.com

[3] ت: ٠١١٥٠٠٥٢٦١٦ Email: dr_heba122012@yahoo.com

التي تعانيها الحالات، وهذا يدعم فرض النظرية بأن التعزيز هو الميكانيزم والآلية الأساسية للتغيير في FAP.

– ظلت التحسينات السلوكية لدى عينة البحث ثابتة أثناء وبعد انتهاء مرحلة المتابعة.

**الكلمات المفتاحية:** العلاج النفسي التحليلي الوظيفي– السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة– المشكلات البينشخصية.

# فعالية العلاج النفسي التحليلي الوظيفي (FAP) في خفض بعض المشكلات البينشخصية لدى عينة غير كلينيكية من طلاب الجامعة: دراسة حالة[٤]

د. عبير أحمد أبوالوفا دنقل[٥]
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية بقنا – جامعة جنوب الوادي

د. هبه جابر عبدالحميد[٦]
أستاذ الصحة النفسية المساعد
كلية التربية– جامعة سوهاج

**مقدمة**:

شهد العلاج النفسي في الآونة الأخيرة تطورات مهمة، حيث ظهرت نماذج علاجية جديدة أثبتت فعاليتها في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية، ولعل من أهم هذه النماذج بعد انحسار منظور التحليل النفسي منذ الخمسينيات كان النموذج السلوكي، والذي تم تطويره خلال ثلاثة أجيال علاجية، وقد أثبت فعاليته على نطاق واسع في علاج مختلف الاضطرابات مما ساعد على انتشاره في مختلف دول العالم نظراً لما يتميز به من سهولة فهمه وتطبيقه وقابليته للقياس، وكذلك إمكانية اخضاعه للمنهج العلمي لتقييمه، بالإضافة إلى أنه لا يتطلب وقتاً طويلاً حيث إنه مقتصد للجهد ويؤدي نتائجه سريعاً.

ومن أهم تطورات هذا النهج العلاجي السلوكي في موجته الثالثة هو العلاج النفسي التحليلي الوظيفي (FAP) Functional Analytic Psychotherapy، والذي طوره كل من Kohlenberg و Tsai عام ١٩٩١م، وتتأصل جذوره في السلوكية الراديكالية لسكينر، ومن ناحية أخرى يشبه FAP كلينيكياً التدخلات الديناميكية النفسية أكثر من العلاجات السلوكية التقليدية، وبالتالي يحتل FAP مساحة فريدة من حيث قدرته على الجمع بين طرق التدخلات السلوكية والنفسية الديناميكية معاً (Resenfarb, 2010, p.58).

وعلى عكس النهج السلوكي التقليدي والسلوكي المعرفي، فإنه لا يوجد في FAP نموذج مسبق للتفكير العقلاني أو التصرف الذي يجب أن يكتسبه العميل، ولا توجد تقنيات قياسية، ولكن يمكن أن تتخذ تدخلات المعالج شكل مشاركة ردود فعل وتفسيرات حقيقية بناءً على تحليل وظيفي مستمر بدلاً من مناقشة المعتقدات ومهارات التدريب التي يمكن ممارستها خارج إطار العلاج، وينصب التركيز على ما يحدث بالفعل في تلك اللحظة "هنا والآن" بين المعالج والعميل (Vandenberghe, Ferro & Cruz, 2004). كما يختلف FAP عن الطرق الديناميكية النفسية

---

[٤] تم استلام البحث في ٢٠٢١/١/٢٠ وتقرر صلاحيته للنشر في ٢٠٢١/٢/٢٥
[٥] ت: ٠١٠١٤٦٤٤٢٢٠ Email: abeer.a.donkol@gmail.com
[٦] ت: ٠١١٥٠٠٥٢٦١٦ Email:dr_heba122012@yahoo.com

في تركيزه على الأحداث البيئية كأسباب قصوى للسلوك بدلاً من المكونات العقلية كمحركات للسلوك، وكذلك تركيزه على المعنى السياقي للسلوكيات (أي السلوك نفسه مرضياً أو متكيفاً وفقاً للسياق الذي يحدث فيه (Hoekstra & Tsai, 2010, p. 246).

ويستخدم FAP المبادئ السلوكية لخلق مساحة مقدسة من الوعي والشجاعة والحب، حيث تكون العلاقة العلاجية هي الأداة الرئيسة لشفاء العميل وتحوله، ويشكل FAP فعالية العلاقات البينشخصية من خلال رعاية قدرات العملاء على التحدث، والتعرف ومساعدتهم على الانخراط في العلاقات الحميمية، وإعطاء وتلقي الحب بشكل كامل في إطار علاقة العلاج، حيث إن وجهة نظر FAP المركزية هي أن العميل يتفاعل مع المعالج بشكل مشابه للطريقة التي يتفاعل بها مع أشخاص مهمين أخرىن في حياته، وبالتالي فإن التغييرات السلوكية التي تحدث وتعزز في الجلسة العلاجية سيكون لها احتمال متزايد في التعميم على المواقف الاجتماعية الأخرى (Kohlenberg, Tsai & Kanter, 2009, p.2).

ويفترض FAP أن مشكلات الحياة اليومية للعملاء ستظهر أثناء الجلسة العلاجية؛ أي أن بيئة العلاج تشبه وظيفياً مواقف الحياة اليومية للعميل، وأن ردود الفعل الإجرائية للمعالج ستعزز بشكل طبيعي السلوك التكيفي الذي يمكن تعميمه على الحياة اليومية للعملاء (Hoekstra & Tsai, 2010, p.247).

ومن الأمور الأساسية في FAP هو التشكيل المباشر واكساب المزيد من السلوكيات التكيفية من خلال التعزيز الذي يستخدم بمعناه التقني العام في إشارة إلى كل العواقب أو الحالات الاجرائية التي تؤثر على (تزيد أو تنقص) قوة السلوك، ويجب أن يكون التعزيز بشكل طبيعي من قبل المعززات الموجودة في الجلسة في الأساس، ويقصد بها ما يتخذه المعالج من إجراءات تعزيزية وفورية للسلوك المستهدف (Kohlenberg & Tsai, 1991, p.p. 17, 18)، ولهذا يوفر هذا العلاج فرصة علاجية لتغيير السلوك مباشرة عند حدوثه، نظراً لأن التعزيز الفوري آلية فعالة للتغيير – ربما الأكثر فعالية– لإنتاج تحسينات كلينيكية عميقة ومهمة (Valero-Aguayo et al., 2011)

ويحدد FAP ثلاثة سلوكيات للعميل يمكن أن تحدث أثناء الجلسة العلاجية ولها أهمية خاصة ويشار إليها باسم السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة Clinically Relevant Behavior (CRB)، وهي كالتالي: مشكلات العميل التي تظهر أثناء جلسات العلاج (CRB1s)، وتحسينات العميل التي تحدث أثناء الجلسات العلاجية (CRB2s)، وتفسيرات العميل للسلوك وإعطاء أسباب منطقية له (CRB3s) (Kohlenberg, Tsai & Kanter, 2009, pp 12- 14).

ويعد FAP علاجاً تتوافق تقنياته مع توقعات العملاء الذين يبحثون عن تجربة علاجية مكثفة وعاطفية ومتعمقة، وهو مناسب تماماً للأفراد الذين لم يتحسنوا بشكل مناسب مع علاجات السلوك التقليدية، والذين يعانون من أنماط منتشرة وشائعة من صعوبات في إقامة علاقات قوية (حميمية)، و/أو الذين يواجهون مشكلات في علاقاتهم البينشخصية، ومن أجل التعامل مع تلك المشكلات يقود FAP المعالج إلى علاقة رعاية حقيقية وصادقة وحساسة ومشاركة وتعاطف مع العميل لمساعدته على تطوير علاقات بينشخصية جديدة أو ليكونوا أكثر قدرة على التكيف بين الآخرين (Dykstra, Shontz, Indovina & Moran, 2010, p. 206).

وقد أشار Tsai, Kohlenberg, Kanter, Kohlenberg, Follette and Callaghan (2009) أن FAP هو نهج للعلاج النفسي الفردي للبالغين المتجذر في العلاقات البينشخصية بين الأفراد، والذي تم تصميمه لتحسين الأداء الوظيفي البينشخصي للعميل من خلال تطبيق المبادئ التحليلية للسلوك مثل التشكيل والتعزيز.

ومن هذا المنطلق جاءت فكرة البحث الحالي في محاولة لاختبار فعالية FAP في خفض المشكلات البينشخصية Interpersonal Problems واستخدم في البحث الحالي قائمة المشكلات البينشخصية Inventory of Interpersonal Problems Manual (IIP- 64) (Horowitz, Adlen, Wigging & Pincus 2000)، وهي تصف أنواع المشكلات البينشخصية التي يمر بها الأفراد ومستويات الضغوط المرتبطة بها- قبل وأثناء وبعد العلاج النفسي، ومن ثم اختبار الفروض الخاصة بتلك النظرية العلاجية، والتي تمثلت في اعتبار العلاقة العلاجية وما يحدث من عمليات التشكيل والتعزيز الطبيعي و الطارئ للسلوك المستهدف من قبل المعالج آلية أساسية للتغيير الإيجابي وشفاء العميل، عندما يصبح السياق العلاجي بيئة آمنة للعميل يستطيع من خلالها أن يؤكد احتياجاته، ويعبر عن مشاعره، ويفصح عن ذاته في جو تسوده الألفة والحب والتعاطف والمساندة.

حيث أشارت رابطة الطب النفسي الأمريكية (American Psychiatric Association, 2000) أن المشكلات البيتشخصية تعد ضعفًا كلينيكيًا في الأداء الاجتماعي للفرد، بل ومكونًا متوقعًا وأعراضاً للعديد من الاضطرابات النفسية، حيث يتم النظر إلى المرض النفسي وقياس شدته في سياق الأداء البينشخصي للأعراض، وأصبح هناك اهتمام متزايد ببيئة المشكلات البينشخصية، وأهمية العوامل البينشخصية في علم النفس المرضي بل وكذلك في نتائجه العلاجية (Gurtman & Lee, 2009).

**مشكلة البحث**:

يعد السلوك البينشخصي للأفراد مؤشراً رئيساً على صحتهم النفسية، فقدرة الفرد على التفاعل مع الآخرين في مواقف الحياة المتنوعة هو أمر حيوي للاستقرار النفسي ومصدر أساسي للشعور بالسعادة، وفي المقابل فإن قصور قدرة الفرد على التفاعل السوي مع من حوله أو ضعف قدرته على إقامة علاقات بينشخصية قوية ومشبعة لاحتياجاته النفسية إنما ينتج عنها مشكلات بينشخصية تسبب للفرد الشعور بالضغط والاضطراب النفسي.

وتتميز تلك المشكلات البينشخصية بصعوبات في الأداء الاجتماعي ومشكلات تكوين علاقات صحية ذات مغزى مع الآخرين، وغالباً ما ترتبط تلك الصعوبات بالتقييمات السلبية أو المشوهة للذات، والسلوك التعويضي مثل الهيمنة والتطفل (اقتحام شئون الآخرين)، واللاتوكيدية، والتجنب الاجتماعي (Horowitz et al., 1988; Hartman, Zeeck & Barrett, 2010).

فتشير النماذج التكاملية في علم النفس المرضي إلى أن المشكلات البينشخصية يمكن أن تكون سبباً ونتيجة للاضطرابات الوجدانية (Newman & Erickson, 2010)، وهي شكوى أساسية للباحثين عن العلاج النفسي (Horowitz et al., 1988). ويواجه الفرد المشكلات البينشخصية عندما يكون عالقاً في نمط من التفاعلات البينشخصية غير المرغوب فيها والمحبطة (Horowitz, 1979)، ومهمة المعالج في تلك المشكلات هي كسر تلك الحلقة المفرغة بداية في العلاقة العلاجية ولاحقاً في المواقف الحياتية خارج إطار العلاج (Horowitz, 1996).

ويدعم ذلك نتائج الدراسات التي أشارت إلى أن المشكلات البينشخصية شائعة بين المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية، حيث وجدت علاقات ارتباطية مباشرة وقوية بين المشكلات البينشخصية والاكتئاب (Barrett & Barber, 2007; Schneider, 2014; Triscoli, Croy & Sailer, 2019). واقترحت عدة نظريات أن الاكتئاب ينشأ عندما يكون هناك إحباط للحاجات النفسية الأساسية لتشكيل والحفاظ على علاقات بينشخصية قوية ومستمرة (McFarquhar, Luyten & Fonagy, 2018).

وأظهرت نتائج بعض الدراسات ارتباط المشكلات البينشخصية بمدى واسع من الاضطرابات النفسية منها: اضطرابات الشخصية بأنواعها، واضطراب الوسواس القهري، والفوبيا الاجتماعية، واضطراب الهلع، وضغوط ما بعد الصدمة، وإساءة استعمال العقاقير والكحوليات، والاكسيسيميا (Girard et al., 2017; Zarei & Besharat, 2010). وأن المشكلات البينشخصية تلعب دوراً محورياً في تطوير وتعزيز اضطرابات الأكل بأنواعها (Carter, Kelly & Norwood, 2012; Jones, Lindekilde, Lubeck & Clausen, 2015). واضطراب صورة الجسم

(Dehbaneh, 2019).

وأشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن وجود بعض المشكلات البينشخصية لدى المرضى الذين يتعرضون لأنواع من العلاج النفسي يؤثر سلباً على النتائج العلاجية لأنواع العلاج المختلفة التي يتعرض لها هؤلاء المرضى على اختلاف وتنوع اضطراباتهم (Quilty, Mainland, McBride & Bagby, 2013; Olilla, Knekt, Heinonen & Lindfors, 2016; Newman, Jacobson, Erickson & Fisher, 2017)، وقد فسر هذا كل من McFarquhar, Luyten and Fonagy (2018) في دراستهم بأن الأفراد الذين يملكون بعض أنواع المشكلات البينشخصية يصعب عليهم تكوين علاقة الألفة العلاجية مما يؤدي إلى نتائج علاجية سيئة.

وعلى العكس من ذلك، فإن تطوير علاقة علاجية وتآلف علاجي جيد بين المعالج والعميل يعد من أهم المنبئات القبلية بنتائج علاجية أفضل و يستجيب العميل للعلاج بشكل أكثر إيجابية (Fluckiger et al., 2012)

وهذا ما أشار إليه كل من Kohlenberg and Tsai (1991) في بداية تطويرهما للعلاج النفسي التحليلي الوظيفي أنه يستخدم في المقام الأول لعلاج الاضطرابات النفسية التي تستند إلى العلاقات البينشخصية، وأنه علاج يضع تدفق العلاقات بين المعالج والعميل في مركز عملية التغيير وكآلية أساسية للشفاء. وهذا ما توصلت إليه دراسة Holman (2011) التي هدفت إلى اختبار فعالية التدخلات القائمة على إقامة علاقة علاجية قوية وآمنة، وذلك من خلال تطبيق بروتوكول FAP الذي يرتكز بالأساس على فرضية أن العلاقة العلاجية والتعزيز الفوري الطبيعي الإجرائي لسلوكيات العميل من قبل المعالج تساهم بشكل رئيس في النتائج العلاجية وتعديل قدرة الأفراد على إقامة علاقات بينشخصية وظيفية وصحية، وقد أثبتت FAP فعالية ذلك.

وكذلك ما توصلت إليه دراسة Maitland (2015) والتي هدفت إلى توضيح فعالية FAP في علاج بعض الأفراد الذين يعانون من مشكلات متعلقة بعلاقاتهم البينشخصية، والذين سجلوا انحرافاً على مقياس الخوف من العلاقات العاطفية القوية، وتوافقوا مع معايير التشخيص لاضطراب الاكتئاب الشديد أو اضطراب القلق العام أو القلق الاجتماعي أو بعض اضطرابات الشخصية، وزيادة الترابط الاجتماعي وتقليل الضغط النفسي الذي يعاني منه أفراد العينة، وأظهرت النتائج أن علاج FAP المختصر كان مفيداً لزيادة العلاقات البينشخصية وتقليل الضغوط النفسية لدى العينات الكلينيكية.

وفي ذات السياق، توصلت نتائج دراسة Munoz–Martinez and Follette (2019) إلى

فعالية FAP في الحد من الضغوط النفسية وصعوبات العلاقات البينشخصة المتعلقة بتأكيد الاحتياجات، والتواصل الثنائي، والإفصاح، والتقارب البينشخصي، والتعبير الانفعالي.

بالإضافة إلى ما سبق، أشار كل من Shin and Newman (2019) أن استخدام تدخلات تركز على معالجة صعوبات العلاقات البينشخصية مع أنواع العلاج النفسي الأخرى تعطي تأثيرات أكثر فعالية. وهذا ما توصلت إليه دراسة Montano, Montenegro and Munoz-Martinez (2018) بأن دمج FAP كعلاج معزز مع التنشيط السلوكي Behavior Activation (BA) قد زاد من وتيرة السلوكيات الصحية والحد من الأعراض الاكتئابية لدى أفراد العينة.

وفي ذات السياق، فإن استخدام تدخلات FAP كعامل مساعد مع العلاج بالقبول والالتزام ACT، قد أظهر تحسينات دالة في علاج أعراض المحنة النفسية والإرهاق النفسي والاكتئاب، والقلق والاجهاد لدى أفراد العينة (Macias, Valero-Aguayo, Bond & Blanca, 2019).

وفي ضوء ما تقدم، قد ارتأت الباحثتان من خلال الاطلاع على فلسفة FAP وأسسه النظرية، وكذلك نتائج الدراسات التي سبق عرضها، أن هذا العلاج من الناحية النظرية سيوفر من خلال العلاقة العلاجية بين العميل والمعالج ذلك السياق الآمن الذي سوف يتعلم فيه العميل كيف يتعامل مع ردود الأفعال العاطفية والبينشخصية مع الآخرين من خلال تصحيح الخبرات، وتشكيل السلوكيات التكيفية اعتماداً على مبادئ التعزيز للسلوك في إطار الجلسة العلاجية، ومن ثم قد يستطيع التغلب على ما يواجهه من مشكلات بينشخصية التي قد تكون هي الخطوة الأولى نحو انزلاق الأفراد في دائرة الاضطراب النفسي إذا لم يتم التحكم بها والسيطرة على اثارها.

وبمراجعة التراث السيكولوجي للدراسات العربية والمصرية -على وجه الخصوص- لاحظت الباحثتان- على قدر اطلاعهما- أنه لا توجد دراسات باللغة العربية قد قيمت هذه النظرية العلاجية في أدبيات الصحة النفسية، على الرغم من انتشار استخدامها في التراث السيكولوجي الأجنبي، وإثبات فعاليته في علاج مدى واسع من الاضطرابات النفسية، منذ تسعينيات القرن العشرين، مما دفع الباحثتين إلى فكرة البحث الحالي، والتي تم فيها تناول المشكلات البينشخصية كهدف لعلاج FAP لدى عينة غير كلينيكية من طلاب الجامعة، باعتبار أن هؤلاء الطلاب في تلك المرحلة العمرية الانتقالية بين المراهقة والرشد قد يتعرضون للعديد من الضغوط الناتجة عن تعاملاتهم مع من حولهم في بيئة اجتماعية جديدة، فقد يكونون قلقين بشأن قدراتهم على التواصل، وتكوين العلاقات مع الآخرين والمحافظة عليها في سياق علاقات آمنة ودافئة، مما قد يدفع بهم نحو الاضطراب النفسي.

ويمكن أن تتبلور مشكلة البحث الحالي في الأسئلة الآتية:

١- ما فعالية العلاج النفسي التحليلي الوظيفي في خفض المشكلات البينشخصية كما تحددها أبعاد قائمة المشكلات البينشخصية (IIP- 64) لدى عينة غير كلينيكية من طلاب الجامعة؟

٢- ما آلية التغيير الأساسية في العلاج النفسي التحليلي الوظيفي ؟

٣- ما مدى استمرارية فعالية العلاج النفسي التحليلي الوظيفي في تحسين الأداء البينشخصي لدي أفراد العينة بعد فترة المتابعة؟

**أهداف البحث**:

تمثلت أهداف البحث الحالي في:

١- اختبار فعالية العلاج النفسي التحليلي الوظيفي في خفض المشكلات البينشخصية لدى عينة غير كلينيكية من طلاب الجامعة.

٢- تحديد آلية التغيير المفترضة في FAP من خلال تحليل الاستجابات الطارئة للسلوكيات البينشخصية (CRBs) لأفراد العينة داخل الجلسات العلاجية.

٣- التعرف على مدى استمرارية فعالية العلاج FAP في تحسين الاداء البينشخصي لدى عينة البحث بعد فترة المتابعة.

**أهمية البحث**:

تكمن أهمية البحث الحالي في أنه:

١-يقدم هذا البحث دراسة تفصيلية من الناحية النظرية والتطبيقية عن نظرية علاجية حديثة تتأصل جذورها في السلوكية الراديكالية لسكينر، وهي نظرية العلاج النفسي التحليلي الوظيفي ، والتي توجه تقنياتها العلاجية لمساعدة هؤلاء الذين لم يستجيبوا لأنواع العلاج النفسي الأخرى، والتي أثبتت فعاليتها في علاج مدى واسع من الاضطرابات النفسية التي تستند بالأساس إلى العلاقات البينشخصية غير الوظيفية.

٢-توجيه الأنظار إلى المشكلات البينشخصية لدى الشباب الجامعي، فتلك المشكلات البينشخصية التي قد يعاني منها بعضهم قد تكون هي اللبنة الأولى في بناء الاضطراب النفسي لديهم ووقوعهم فريسة للمرض النفسي ومعاناة آلامه، حيث أكدت الكثير من الدراسات كما سبق الإشارة إلى أن تلك المشكلات في إقامة العلاقات البينشخصية المشبعة للاحتياجات النفسية لهؤلاء الشباب، قد تكون سبباً في معاناتهم من المرض النفسي كما أنها قد تقف كحجر عثرة في نجاح أ hي محاولة للعلاج النفسي حيث إن هؤلاء الذين يعانون مشكلات بينشخصية لا

يستطيعون تطوير علاقة علاجية ناجحة بالأساس، ما قد يؤدي إلى فشل العلاج.

٣-يوفر للباحثين والعاملين في مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي أدوات بحثية حديثة، حيث تم ترجمة قائمة المشكلات البينشخصية (IIP- 64) والتي تشتمل على ثمانية أبعاد فرعية، ومكونة من ٦٤ مفردة، كما يقدم البحث مجموعة من الأدوات الخاصة بعلاج ال FAP، وتم ترجمتها وهي نموذج صياغة الحالة في علاج FAP، وقائمة بأكواد الترميز الخاصة بالعميل والمعالج (Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRs، وقائمة بأسئلة FAP النموذجية لاستحضار وفهم CRBs، إلي جانب مجموعة من الأدوات الخاصة بكل مرحلة علاجية.

**المفاهيم الأساسية للبحث**:

تمثلت هذه المفاهيم في:

(١) **العلاج النفسي التحليلي الوظيفي** (FAP):

هو علاج له جذوره في التحليلية الوظيفية السلوكية الراديكالية، وهو نهج علاجي عبر تشخيصي ويستفيد بالكامل من التفاعلات التي تحدث في الجلسة العلاجية – "هنا والآن"- كسياق يقوم فيه المعالج والعميل بالتأثير بعضهما على البعض وفقاً لمبادئ التكيف الفعال والكلاسيكي (أي استحضار، وتنبيه، وتعزيز المحفزات). ويعد FAP علاجاً مناسباً للأفراد الذين يعانون من أنماط منتشرة وشائعة في صعوبات العلاقات البينشخصية، ويتم تنفيذ تدخلات FAP في سياق علاقة علاجية قوية وآمنة ورعاية حقيقية ومشاركة، حيث تكون العلاقة العلاجية هي الأداة الرئيسة للتغيير، فيجب أن يكتسب معالجو FAP المهارات اللازمة ليكونوا ملاحظين ممتازين لمشكلات عملائهم وتحسيناتهم والاستجابة بفعالية لهذه السلوكيات (CRBs) (Kohlenberg & Tsai, 1991, p.2; Kohlenberg, Tsai & Kanter, 2009, p.2; Kohlenberg & Callaghan, 2010, p. 32; Waltz, Landes & Holman, 2010, p. 52; Dykstra, Shontz, Indovina & Moran, 2010, p. 206).

(٢) **المشكلات البينشخصية** Interpersonal Problems:

هي شكاوى شائعة يقدمها العملاء للعلاج النفسي، وغالباً ما تنشأ تلك المشكلات البينشخصية، لأن بعض الأفراد يرغبون في التصرف بطريقة معينة، ولكنهم قلقون بشأن كيفية تفاعل من حولهم مع سلوكهم، وتتميز بوجود صعوبات في الأداء الاجتماعي، ومشكلات في تكوين علاقات صحية وذات مغزى مع الآخرين، وغالباً ما ترتبط تلك الصعوبات بالتقييمات المشوهة والسلبية للذات والسلوك التعويضي (كالهيمنة، واللاتوكيدية، والتجنب، والتطفل،

والتضحية بالنفس، والبرود العاطفي، والإذعان ، والانتقام)، كما حددتها قائمة المشكلات البينشخصية (IIP– 64) (Horowitz, Adlen, Wiggins & Pincus, 2000; Horowitz, 2004; Jones, Lindekilde, Lubeck & Clausen, 2015).

و في عام ١٩٥٧ ، قدم Timothy Leary نظريته عن الشخصية وكيفية ارتباطها بالأداء الوظيفي البينشخصي. واقترح أن أنماط الشخصية موجودة على طول سلسلة متصلة من أكثر إلى أقل وظيفية، ويمكن تلخيص أنماط الشخصية هذه في نموذج دائري مع محورين: الأول هو الاستبداد او الهيمنة Domineering مقابل اللاتوكيدية Nonassertive والمحور الثاني هو البرود العاطفي Cold مقابل التضحية بالذات Self–sacrificing. وقد تبنت الباحثتان في البحث الحالي هذا النموذج الذي بنيت على أساسه قائمة المشكلات البينشخصية المستخدمة بالبحث الحالي.

**الإطار النظري والدراسات السابقة للبحث**:

يرتكز الإطار النظري للبحث الحالي على استعراض المفاهيم النظرية الأساسية للعلاج النفسي التحليلي الوظيفي FAP، ولآلياته العلاجية وقواعده، ومسار العلاج ومراحله وأدوات التقييم المستخدمة فيه، كما يحتوي هذا الجزء من البحث على عرض موازي للدراسات السابقة لمتغيرات البحث الحالي متداخلا مع عرض الإطار النظري، وهذا حتى يتسنى للباحثتين التعويل على هذا الإطار النظري والدراسات السابقة في بناء البرنامج العلاجي وتفسير نتائج التدخل، كما يلي:

**العلاج النفسي التحليلي الوظيفي (FAP) وعلاج المشكلات البينشخصية:**

يعد FAP نهجًا تحليليًا سلوكيًا للعلاج النفسي الهدف الرئيس له زيادة قدرة الفرد على التواصل الاجتماعي الوثيق والآلفة وإقامة علاقات بينشخصية سوية داخل بيئتة الطبيعة، وهي جوانب مهمة للتجارب الإنسانية وترتبط مباشرة بالصحة البدنية والنفسية (Berkman, Glass, Brisette & Seman, 2000; Aranha, Oshiro & Wallace, 2020). وفي المقابل قد أشار سوليفان عام ١٩٧٣ أن كل الصور غير العضوية للاضطرابات النفسية (العصاب والذهان) ترجع الي أنماط سلوكية غير متوافقة في العلاقات البينشخصية (عبدالرحمن، ١٩٩٨، ص٢٦٠). وأن المجال البينشخصي يؤثر وبشكل كبير علي استعداد الفرد للإصابة بالعصاب وخاصةً الإكتئاب، والذي يعد نتيجة مباشرة لقصور توفير المساندة والتأييد من البيئة البينشخصية وفقدان الشعور بالأمان والتقبل (غريب ، ٢٠٠٧).

ويؤكد كل من Kohlenberg, Kohlenberg and Tsai (2009) أن انخراط الفرد في علاقات مُرضية وقوية يعد مصدراً مهماً للسعادة والرفاهية، وعلى العكس من ذلك، فإن كون

الفرد في علاقة محزنة يشكل عاملاً خطراً رئيساً للإصابة بالأمراض النفسية، كما أن صدمة الطفولة وإساءة المعاملة من قبل مقدمي الرعاية المقربين للفرد يمكن أن تؤدي إلى صعوبات كبيرة من التعامل مع الآخرين، بينما يمكن وصف العلاقة القوية المشبعة كدافع اجتماعي أساسي، ويشير إلى أن الأفراد يختلفون بشكل ملحوظ في قدرتهم على تحقيق هذه العلاقات، ولكنه أوضح أن تلك العلاقة الوطيدة يمكن أن تعزز النمو النفسي لجميع الأفراد وتوفر تجربة يمكن اعتبارها جرعات علاجية مكثفة وعميقة لأي شعور بالضيق أو الضغط.

و هذا ما قد توصلت إليه نتائج العديد من الدراسات والتي أشارت الي فعالية FAP في خفض بعض الاضطرابات النفسية والشخصية المتعلقة بالصعوبات البينشخصية ، وذلك من خلال تحقيق تلك العلاقة العلاجية الداعمة الوظيفية بين المعالج والمريض والتي تعد الآلية الأساسية للتغيير ومنها، دراسة Callaghan, Summers and Weidman (2003) التي هدفت إلى تقييم فعالية FAP في علاج بعض المشكلات السلوكية المتعلقة باضطراب الشخصية النرجسية والهستيرية والمرتبطة بالمشكلات البينشخصية للعميل، وكانت عينة الدراسة حالة واحدة لشاب يبلغ من العمر ثلاثين عاماً يعاني من أعراض اضطراب الشخصية النرجسية، وأعراض اضطراب الشخصية الهيستيرية ،وما يتعلق بهما من مشكلات، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن استخدام FAP قد أنتج تغييرات ملحوظة في السلوكيات المستهدفة من العلاج كماً ونوعاً، وأصبح لدى الحالة تحسن واضح خارج إطار الجلسات العلاجية، وأصبح أكثر انخراطاً ومهارة في علاقاته البينشخصية، وبذلك أكدت النتائج على فرضية أن العلاقة بالمعالج في حد ذاتها يمكن أن تعد من الآليات الأساسية للتغيير الكلينيكي، وقد تم التدخل العلاجي على مدار ٢٣ جلسة علاجية.

كما هدفت دراسة Busch, Callaghan, Kanter, Baruch and Weeks (2012) إلى اختبار فعالية FAP في الحد من أعراض اضطراب الشخصية الحدية لدى حالة واحدة في أواخر العشرينيات من العمر، وأظهرت علاقات بينشخصية فوضوية للغاية، وأنماط تعلق مندفعة تجاه الأقران الذكور، وكان أسلوب تعاملها مع من حولها يعبر عن السخط الاجتماعي والغضب المفرط والسعي إلى الاهتمام غير الملائم اجتماعياً عند الحاجة إلى الدعم، وتم تعرض الحالة إلى ٢٤ جلسة علاجية، وأثبتت النتائج أن العلاج يعمل على زيادة نسبة التحسن في سلوك الحالة حيث حدث انخفاض عام في CRB1s وزيادة في CRB2s.

كما أجرى Lizarazo, Munoz-Martinez, Santos and Kanter (2015) دراسة هدفت إلى توضيح تأثيرات FAP على السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة بمشكلات الحالة (CRBs) والسلوكيات الفعلية للعميل خارج الجلسة العلاجية، ومشكلات حياته اليومية المرتبطة

بصعوبات التعبير العاطفي، وشملت تلك العينة ثلاثة من المشاركين البالغين الذين يعانون من صعوبات في التعبير العاطفي وعلاقاتهم البينشخصية، وتم تضمين الحالات الأكبر من ١٨ عاماً ، وأظهرت النتائج تحسينات مرتبطة بمراحل علاج FAP في CRBs والسلوكيات خارج الجلسات العلاجية لدى اثنين من الحالات الثلاثة.

أما دراسة Maitland (2015) فهدفت إلى توضيح فعالية FAP في علاج بعض الأفراد الذين يعانون من مشكلات متعلقة بعلاقتهم البينشخصية والذين سجلوا انحرافًا على مقياس الخوف من العلاقات البينشخصية، وتوافقوا مع معايير التشخيص لاضطراب الاكتئاب الشديد، واضطراب القلق العام والقلق الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبية واضطراب الشخصية الاعتمادية، وتحديد فعالية FAP في زيادة الترابط الاجتماعي وتقليل الضغط النفسي لدى أفراد العينة، و التي تكونت من ٢٢ فرداً ، وأظهرت النتائج أن FAP مفيداً لزيادة العلاقات البينشخصية وتقليل الضغوط النفسية لدى العينات الكلينيكية، وتلقت مجموعة العلاج ٣٣ جلسة تم تطبيقهم بصورة جماعية.

كما هدفت دراسة Vandenberghe and Leite (2018) إلى اختبار فعالية وجدوى FAP عندما يطبق بصورة جماعية في الحد من المزاج المكتئب والأعراض المرتبطة به، وتكونت عينة الدراسة من مجموعة تجريبية واحدة عددهم ٢١ أنثى تراوحت أعمارهم من ٢١-٥١ سنة يعانون من أعراض مزاج اكتئابي ، وتعرض أفراد العينة إلى ١٦ جلسة علاجية، ومدة كل جلسة ساعتين، وتم متابعة أفراد المجموعة لمدة عام كامل بعد العلاج، وتوصلت النتائج إلى فعالية علاج FAP الجماعي في خفض أعراض الاكتئاب والحد منها لدى عينة الدراسة التجريبية، وقد فسرت تلك النتائج بأن إطار العمل الجماعي في FAP يسمح بأن تنشأ نفس المشكلات التي يمكن أن تواجهها الحالات في مواقف حياتهم اليومية مما يساعد في حشد التجارب الحقيقية في داخل المجموعة العلاجية كفرص للتعلم من أجل التعامل بشكل أفضل مع تلك القضايا ولتطوير علاج أكثر صحة لأفراد المجموعة وتعزيز التعاون والمشاركة والإفصاح كسلوكيات مستهدفة للعلاج للحد من الأعراض الإكتئابية لديهم.

وكذلك دراسة Munoz-Martinez and Follette (2019) والتي هدفت إلى تقييم آلية التغيير في العلاج النفسي التحليلي الوظيفي FAP وتقييم فعاليته في الحد من الضغوط النفسية وصعوبات العلاقات البينشخصية وإثبات العلاقة بين احتمال التعزيز وبين التغيرات الحادثة في العلاقات البنشخصية لدى عينة الدراسة، والتي تكونت من ثلاثة مشاركين يعانون من ضغوط نفسية حادة وصعوبات في علاقاتهم البينشخصية، وأكدت نتائج الدراسة الحالية الافتراض الأساسي

ل FAP بأن التعزيزات الإجرائية في إطار علاقة علاجية مكثفة وقوية هي التي تنتج التغيرات الكلينيكية المرجوة من العلاج، وأظهرت النتائج حدوث تحسينات واضحة في العلاقات البينشخصية لعينة الدراسة وانخفاضات ذات معنى في حدة الضغوط النفسية (الاكتئاب والقلق)، والصعوبات التي كانوا يعانون منها في حياتهم الاجتماعية.

واستخدمت دراسة كل من Aranha, Oshiro and Wallace (2020) العلاج النفسي التحليلي الوظيفي في علاج إساءة استخدام المواد المخدرة، أظهرت النتائج أنه مع إدخال FAP، وتحديداً استجابة المعالج لتقدم المشارك ، كان هناك انخفاض في استخدام المواد بعد ثلاثة أشهر لكل المشاركين، أظهر المشارك الذي قضى وقتاً أطول في العلاج النفسي فوائد أكبر في المتابعة وانخفاضاً أكبر في استخدام المواد المخدرة. كما أكدت تلك الدراسة علي أن FAPغيرت CRBsمن خلال تعزيز إيجابي للتقدم أثناء الجلسة وكان ذلك مرتبطًا بشكل كبير بالتحسين خارج الجلسة.

**التطبيق الكلينيكي للعلاج النفسي التحليلي الوظيفي** Clinical Application of FAP:

ستتم مناقشة التطبيق الكلينيكي ل FAP من حيث أنواع معينة من سلوك العميل وسلوك المعالج، وتلك السلوكيات تحدث أثناء جلسة العلاج، سلوكيات العميل هي مشكلاته وتحسيناتها وتفسيراتها، وسلوكيات المعالج هي طريقة علاجية تشمل استحضار سلوك العميل وملاحظته وتعزيزه وتفسيره.

**السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة** (Clinically Relevant Behaviors (CRBs:

هناك ثلاثة سلوكيات للعميل يمكن أن تحدث أثناء الجلسة، وتعد من الناحية الفنية فئات واستجابة سلوكية محددة وظيفياً ومستهدفة بواسطة FAP، وحددها Kohlenberg and Tsai (1991, p.p. 17, 18) و Kohlenberg, Tsai and Kanter (2009, pp. 12– 15) كما يلي:

**أ– مشكلات العميل التي تظهر أثناء الجلسات:** CRB1s

تمثل CRB1s مشكلات العميل التي يقدمها للعلاج ويستهدفها المعالج، والتي يجب أن تقل في تكرارها أثناء العلاج، وتظهر تلك السلوكيات التي تمثل مشكلات العميل داخل الجلسات العلاجية ويجب أن تكون تلك السلوكيات مرتبطة بمشكلات الحياة اليومية للعميل، وعادة تكون CRB1s تحت سيطرة المنبهات المشوهة وتتكون من ردود الفعل التجنبية.

**ب– تحسينات العميل التي تحدث أثناء الجلسات:** CBR2s

تمثل CRB2s التحسينات التي تحدث على سلوك العميل أثناء الجلسات، ويجب أن تزيد وتيرة

تلك السلوكيات على مدار العلاج الناجح، وخلال المراحل الأولى من العلاج تكون CRB2s نادرة الحدوث أو منخفضة القوة، ويجب أن ينتبه لها المعالج جيداً ويجب أن يميز العميل اهتمام المعالج بها رغم ضآلتها.

**ج- تفسيرات العميل للسلوك:** CRB3s

يشير CRB3s إلى نمو قدرة العميل على تحليل سلوكه ووضع التفسيرات لما يمكن أن يسببه، ويشمل إعطاء أسباب منطقية، وتتضمن CRB3s أن يصبح لدى العميل القدرة على أن يحدد أوجه التشابه بين ما يحدث في الجلسة وما يحدث في الحياة اليومية، وهذا ما يعرف بالتكافؤ الوظيفي بين السلوك داخل وخارج الجلسة العلاجية، وتتضمن كذلك ملاحظة سلوك العميل ووصفه وما يرتبط به من محفزات التنبيه والتمييز والتعزيز، يمكن أن يساعد هذا الفهم للجوانب الوظيفية للسلوك في الحصول على التعزيز في الحياة اليومية.

**آليات العلاج- القواعد الخمس:** Therapeutic Technique – The Five Rules

اقترح كل من Kohlenberg and Tsai خمس قواعد علاجية يجب على المعالج اتباعها حتى يصل إلى نتائج علاجية، وتتضمن تلك القواعد تحديد وإثارة وتعزيز وملاحظة تأثير التعزيز، وتفسير سلوك العميل، وهي كما يلي: (Tsai et al., 2009; David et al., 2009; Kohlenberg & Tsai, 1991)

أ- **القاعدة الأولى:** ملاحظة CRBs

هذه القاعدة تشكل جوهرFAP، ويفترض أن اتباع هذه القاعدة يحسن النتائج العلاجية، ويؤدي إلى ردود فعل عاطفية أقوى من المعالج والعميل لبعضهم البعض خلال الجلسة العلاجية، حيث تكون النتيجة الأولية لسلوك العميل هي رد فعل المعالج، فإذا لم يكن المعالج مدركاً للسلوكيات الكلينيكية المرتبطة بمشكلات العميل (CRBs) والتي تحدث أثناء الجلسة، فسيكون تعزيز التحسينات في وقت حدوثها غير مؤكد، ومن الناحية النظرية فإن اتباع القاعدة في حد ذاته هو أهم ما يلزم لعلاج ناجح، أي أن المعالج الذي يتمتع بالمهارة في ملاحظة حالات السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة عند حدوثها من المرجح أن يتفاعل بشكل طبيعي مع العميل فيعزز ويعاقب ويطفئ السلوك كلٌ حسب حالته بطريقة تعزز وتطور السلوك في الحياة اليومية للعميل.

ب- **القاعدة الثانية:** استحضار CBR1s

تثير العلاقة المثالية بين المعالج والعميل استحضار CBR1s وتعزز تطوير CBR2s، وتعتمد درجة تحقيق هذا على طبيعة مشكلات الحياة اليومية للعميل، وبشكل عام، يحتاج معظم العملاء إلى معرفة كيفية إقامة علاقات عاطفية قوية ، مما يعني أن العلاقة العلاجية يجب أن تثير سلوك

العميل الذي يمنع تلك العلاقات من التطور (CBR1s)، ومن ثم تعزيز قدرة العميل على تعلم السلوكيات التي تؤدي إلى تطوير قدراته على إقامة علاقة حميمة، فقد يستحضر المعالج النشط الذي يمتلك مشاعراً من الدفء نحو العميل ومشكلاته إلى حيز الجلسة العلاجية، ويمهد الطريق للتحسن.

ج- **القاعدة الثالثة:** تعزيز CBR2s

تتمثل اللحظات الأساسية في FAP عندما تحدث CBR2s (تحسينات العميل) ويتأثر المعالج بشكل طبيعي بهذا السلوك المحسن ويعبر المعالج عن الاستجابة الطبيعية له لمحاولة تعزيز السلوك المحسن، ومن الصعوبة التي تواجه المعالج هي وضع القاعدة الثالثة موضع التنفيذ، حيث إن التعزيزات الطبيعية الوحيدة المتاحة في حالة علاج البالغين هي العلاقات البينشخصية والتفاعلات بين المعالج والعميل، والتعزيز الطبيعي الإجرائي القريب في الزمان والمكان للسلوك المستهدف هو عامل التغيير الأساسي المتاح في الموقف العلاجي، وكما للتعزيز أهميته في النتائج العلاجية فإن أخطاء التعزيز تمثل المخاطرة الحقيقية على فعالية العلاج، ويتضمن التعزيز الطبيعي المفترض الاهتمام الجيد باحتياجات العميل والإحساس بالرعاية والاهتمام العميق بمصلحة العميل، وتضخيم المشاعر وإبرازها لزيادة إحساس العميل بها، وأن يكون كل رد فعل تعزيزي من قبل المعالج مطابقاً لتوقعات العميل وأهدافه.

د- **القاعدة الرابعة:** ملاحظة تأثيرات تعزيز CRB2s

تشجع القاعدة الرابعة المعالج على ملاحظة التغييرات السلوكية للعميل بمرور الوقت فيما يتعلق بمحاولات التعزيز، وتلك القاعدة مستمدة مباشرة من مبدئ التحليلية السلوكية التي تؤكد على أهمية عواقب السلوك على الاحتمالات المستقبلية لهذا السلوك، فتحدد تلك القاعدة ملاحظة المعالج للعلاقة المعززة بين سلوك المعالج – سلوك العميل، ويمكن للقاعدة الرابعة أيضاً أن تقود المعالج إلى البحث عن طرق لتعزيز تأثيرات ردود الفعل التي يمكن أن تعزز CRBs ولكن لم يلاحظها العميل.

ه- **القاعدة الخامسة:** توفير التفسيرات التحليلية الوظيفية وتنفيذ إستراتيجيات التعميم (التفسير والتعميم)

تمثل القاعدة الخامسة وصف العلاقات الوظيفية بين سلوك العميل والمتغيرات التي تتحكم فيه، وتتم في هذه القاعدة ما يعرف ب "الموازيات الخارجية" Out– to– in– parallels عندما تتوافق أحداث الحياة اليومية للعميل مع المواقف التي تحدث أثناء الجلسة، والموازيات الداخلية للحدث In– to– out– paralles تحدث عندما تتوافق الأحداث الداخلية أثناء الجلسة مع أحداث ومواقف

الحياة اليومية للعميل، تلك الموازيات تسهل عملية تعميم المكاسب التي تحققت في العلاقة بين العميل والمعالج والحياة اليومية، وكذلك تساعد في تحديد CBRs. ويجب أن تتضمن جلسة FAP الجيدة نسجاً كبيراً بين محتوى الحياة اليومية والمحتوى خلال الجلسة من خلال العديد من أوجه التشابه بين الداخل والخارج. ويعد تيسير التعميم أمراً ضرورياً، ويحدث هذا من خلال تكليف المعالج للعميل بمهام الواجبات المنزلية وهام جداً للقاعدة الخامسة، وأفضل الواجبات المنزلية في FAP هي عندما ينخرط العميل في CRB2s أثناء الجلسة، ويلتزم فيه العميل باتخاذ السلوك المحسن واختباره في مواقف الحياة اليومية.

**مسار العلاج: المراحل الأولى والمتوسطة والنهائية** The course of therapy: Beginning, Middle and End phase of FAP

حدد كل من Tsai, Kanter, Lands, Newring and Kohlenberg (2009) و Kohlenberg (2005) ثلاث مراحل لتطبيق قواعد FAP وهي كما يلي:

**أ- مرحلة بداية العلاج Beginning phase of therapy:**

الهدف من العلاج في المرحلة الأولى هو أن يقوم المعالج بالإثبات بتأسيس نفسه كداعم إيجابي لبناء علاقة علاجية قوية، وتمهيد الطريق لعلاج ذي معنى وتحولي، ويتبع بناء تلك العلاقة القدرة على استحضار وتعزيز CRBs، وهناك جزء من المهام المهمة للبدء في الجلسة الأولى كخلق الثقة والأمان وغرس الأمل، ويمكن اعتبار هذه المهام مهمة في أي نوع من أنواع العلاج النفسي، ولكنها مهمة بشكل خاص في FAP من حيث بناء أسس للعلاقة العلاجية.

كما تهدف تلك المرحلة إلى تقييم ووضع تصور لحالة العميل، ويتم ذلك من خلال استخدام أدوات خاصة ب FAP في تلك المرحلة.

وتعد أدوات العلاج في تلك المرحلة وسيلة لمساعدة المعالجين على أن يصبحوا أكثر انتباهاً للأنواع المختلفة من CRBs للعميل، فالعديد من النماذج والاستبيانات يمكن أن تساعد في توجيه العلاج في المرحلة الأولى من العلاج، حيث يبدأ العملاء في تقديم ملاحظات مكتوبة أسبوعية باستخدام نموذج FAP session Bridging Form ، ويتضمن هذا النموذج أسئلة عن شعور العملاء، وما كان مفيداً، وغير مفيد في الجلسة السابقة، وما الذي يترددون في قوله، وما هي التشابهات بين ما يحدث بالجلسة العلاجية ومواقف الحياة للعميل، كما يمكن الحصول على تقييم أكثر عمقاً للتقارب بين العميل والمعالج من خلال استبيان تجارب FAP عن قرب في العلاقة العلاجية Experiences in the Therapeutic Relationship (FAP- ECR)، تقرير جلسة المعالج- المريض Patient- Therapist Session Report (PTSR)، وبحلول الجلسة الثالثة

والرابعة يجب تطبيق استبيان بداية العلاج Beginning of Therapy Questionnaire، وفي نهاية المرحلة الأولى من العلاج (بين الجلسات ٥- ٨) يتم تقديم تصور الحالة Case Conceptualization Form إلى العميل للحصول على التعقيبات، وكل تلك الأدوات هدفها الأساسي هو التأكيد على CRBs.

ب- **المرحلة المتوسطة من العلاج Middle Phase of Therapy:**

منتصف العلاج هو في الأساس وبحلول هذا الوقت يجب أن تكون العلاقة العلاجية جيدة التنظيم، وأن CRBs التي تحدث في العلاج هي تلك التي من المحتمل أن تحدث في علاقة مستمرة في حياة العميل اليومية، ويركز المعالجون بشكل مباشر على CRB1s، ويشجعون على CRB2s، بما في ذلك تعزيز مهارات العلاقة، كما يجب أن تكون إستراتيجيات التعميم (القاعدة الخامسة) أكثر تركيزاً في تلك المرحلة المتوسطة من العلاج، ومن الاعتبارات السلوكية في هذه المرحلة من الناحية المثالية ينبغي أن يعزز معالج FAP التقريبات المتتابعة للسلوكيات المستهدفة التي يكتسبها العميل، ويعزز المعالج فئات استجابة واسعة مع تقدم العلاج، وفي هذه المرحلة من العلاج يركز المعالجون أيضاً بشكل أكبر على وظيفية سلوك العميل وسلوك المعالج، وعمليات التعزيز الفورية في اللحظة الراهنة بين المعالج والعميل.

في تلك المرحلة من العلاج يجب أن يحدث نموذج تفاعلي مثالي ل FAP، حيث يبدأ التفاعل المثالي بموازاة شاملة تستند إلى ملاحظة المعالج للتشابه بين مشكلة خارجية CRB1s (القاعدة الأولى)، وتتبع ذلك محاولات لإثارة CRB1s (القاعدة الثانية)، وعند حدوثها تعزز CRB2s بشكل طبيعي (القاعدة الثالثة)، ويقوم المعالج بعد ذلك بالتحقق من القيمة المعززة لاستجابته (القاعدة الرابعة)، ويوفر سلسلة من إستراتيجيات التعميم (القاعدة الخامسة)، بما في ذلك وصف وظيفي لما حدث للتو، وموازاة داخلية ومهمة منزلية ويتم تشجيع العميل على اتخاذ CBR2s على الطريق.

ومن الأدوات التي يستخدمها المعالج في تلك المرحلة الوسطى من العلاج FAP Rating Scales (FAPRS)، وأسئلة FAP النموذجية لاستحضار وفهم CRBs، واستبيان منتصف العلاج The Mid-Therapy Questionnaire.

ج- **المرحلة النهائية من العلاج End Phase of Therapy:**

كما في بداية العلاج، فإن المرحلة النهائية من العلاج في FAP لديها CRBs فريدة من نوعها، من المحتمل أن يكون إنهاء العلاج صعباً على كل من العميل والمعالج، لذا يجب مناقشة الإنهاء في وقت مبكر، ويجب أن ينظر إلى الإنهاء على أنه فرصة لمساعدة العميل على إنشاء

مرجعية جديدة للنهايات والنظر إليها باعتبارها فرصة لاستكشاف معناها حقاً، والشعور بها تماماً، لذا يسعى معالجون FAP لمثل تلك النهايات ذات المعنى والمغزى.

وأدوات نهاية العلاج هي استبيان نهاية العلاج End Phase of Therapy Questionnaire، ورسائل نهاية العلاج للعميل End of Therapy Letter to Client، وتلك الأدوات تساعد في عملية تعزيز المكاسب إلى جانب قول وداعاً ذا مغزى، ويجب أن يحصل المعالج في النهاية على تصور حالة متطور للعميل فلابد أن يحدد ما إذا كانت ردود العميل على الأسئلة الخاصة بالإنهاء هي CRB1s أو CRB2s ومن ثم الاستجابة لها بشكل مناسب.

**وتعقيباً على ما جاء في الإطار النظري و الدراسات السابقة**، فإن نظرية FAP تعطي التوجيه الموضوعي للمعالج على مستوى لحظة إلى لحظة، وتقدم له دليلاً وخطوات وأدوات موضوعية لإقامة علاقة علاجية مكثفة، وافترض واضعو هذا العلاج أن السلوكيات التي تمثل مشكلات للعميل سيتم استحضارها في إطار تلك العلاقة العلاجية، لأن من وجهة نظرهم أن المشكلات التي تؤدي إلى الضغوط والشعور بالضيق والقصور في أداء وظيفة الدور إنما هي نتيجة للعجز عن إقامة علاقات بينشخصية وظيفية، ويمكن جعل بيئة العلاج تحتوي على ميزات تشبه إلى حد بعيد الحياة اليومية للعميل (البيئة الطبيعية)، وهنا يتم استحضار CRBs ويحدث التغيير من خلال مساعدة المعالج للعميل على التمييز بين فرص التصرف بطرق أكثر تكيفاً، وتكوين مرجعية تكيفية لسلوك العميل من خلال تقديمه للتعزيز الطبيعي الشرطي عادة من خلال التبادلات اللفظية كاستجابة طارئة للسلوك في سياق العلاقة العلاجية البينشخصية القوية والتي تنتج التغيير الذي سيتم الحفاظ عليه في العلاقات البينشخصية خارج نطاق الجلسات العلاجية.

واكدت نتائج الدراسات السابقة علي فعالية العلاج النفسي التحليلي الوظيفي وآلياته العلاجية المتمثلة في اجراءات التعزيز الاجرائي والطبيعي لسلوك العميل المحسن في اطار العلاقة العلاجية القوية والداعمة، ومعالج يعد هو المصدر الاساسي في تغيير سلوك العميل، في علاج العديد من الاضطرابات النفسية والشخصية المرتبطة بصعوبات العلاقات البينشخصية، ومنها الاكتئاب والاجهاد والضغط النفسي والشعور المزمن بالالم والخوف من اقامة علاقات بينشخصية قوية ، الي جانب بعض اضطرابات الشخصية مثل اضطراب الشخصية الحدية والتجنبية والهستيرية والنرجسية.

تم الاستفادة من الدراسات السابقة في تحديد عمر العينة حيث يقدم هذا العلاج للبالغين فكانت اعمار العينات بالدراسات السابقة من ١٨ عاماً فأكثر. واستخدمت الغالبية العظمي من الدراسات طريقة التدخل الفردي ومنهج دراسة الحالة، وبناءاً عليه تم تحديد التصميم التجريبي للبحث.كما تم

تحديد عدد جلسات التدخل والمدة الزمنية للتطبيق وزمن كل جلسة بالبحث بناءاً علي ماسبق، حيث تراوحت عدد جلسات الدراسات السابقة من ١٤ الي ٤٨ جلسة، ومدة التدخل تراوحت من ٥ شهور الي عامين، وتم تحديد الجلسات بالبحث الحالي بعدد ٢٢ جلسة ومدة التطبيق شهرين وهذا مايتناسب مع خصائص العينة ( كونها غير كلينيكية) وطبيعة المشكلات البينشخصية لديهن، كما اعتمد البحث في تحديد ادواته التشخيصية والعلاجية علي الدراسات السابقة والاطار النظري للنظرية .

**فروض البحث**:

في ضوء الاطلاع على الإطار النظري والدراسات السابقة المرتبطة بموضوع البحث الحالي، يمكن تحديد فروضه بما يلي:

١-يخفض استخدام تقنيات العلاج النفسي التحليلي الوظيفي FAP المشكلات البينشخصية لدى عينة البحث الحالي والتي تم قياسها قبل العلاج وبعد الانتهاء منه باستخدام قائمة المشكلات البينشخصية (IIP-64) وذلك من خلال تشكيل السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة (CRBs) المستهدفة داخل الجلسات العلاجية.

٢-التعزيز الإجرائي المتمثل في استجابات المعالج (TCRBs) في إطار العلاقة العلاجية يعد هو الآلية الأساسية لتغيير السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة بمشكلات الحالات في العلاج النفسي التحليلي الوظيفي.

٣-يحسن FAP الأداء البينشخصي لدى أفراد العينة خارج إطار الجلسات العلاجية والتي تم تحديده كأهدافاً للحياة اليومية في نموذج صياغة الحالة بعد انتهاء التدخل ومرحلة المتابعة.

**إجراءات البحث**:

يتناول هذا الجزء عرضاً لمنهج البحث والعينة ووصفًا للأدوات كما يلي:

**أولاً: منهج البحث**

اعتمد البحث الحالي على المنهج التجريبي لمعرفة أثر المتغير المستقل (العلاج النفسي التحليلي الوظيفي FAP) على المتغير التابع (بعض المشكلات البينشخصية لدى الحالات عينة البحث الحالي) من خلال إجراء التصميم التجريبي للبحث الحالي، كما تم استخدام طريقة دراسة الحالة، والتي تعطي نتائج كيفية وتفاصيل أكثر عمقاً عن أفراد العينة، وتتيح الفرصة للتأكد من صحة التطبيق ودقته وتتبع التغيرات داخل وخارج الجلسات العلاجية.

**- التصميم التجريبي للبحث الحالي:**

تم إجراء تصميم خطوط الأساس (الخطوط القاعدية) المتعددة غير المتزامنة Non-

Concurrent Multiple Baseline Design عبر ثلاثة مشاركين (عينة البحث الحالي) مع مرحلة متابعة، ويساعد هذا التصميم على إجراء مقارنات بين الأفراد توضح ما إذا كانت المتغيرات المستقلة أثرت عليهم بنفس الطريقة أم لا، وينتمي هذا التصميم إلى تصميمات الحالة الواحدة Single– Subject Design والذي يندرج تحت التصميمات شبه التجريبية في المنهج التجريبي، وتستخدم تلك التصميمات مع حالة واحدة أو حالات قليلة (٣-٤ حالات على الأكثر)، وتناسب تلك التصميمات الدراسات الكلينيكية للحالات الفردية (فرج، ٢٠٠٨، ص ص ٢٥٠-٢٦٠؛ Gliner, Morgan & Leech, 2017, p.93).

في تصميمات خطوط الأساس المتعددة في المراحل الأولية من التدخل العلاجي يمكن تسجيل ما يصل إلى ثلاث خطوط أساس في وقت واحد، وقد تمثل خطوط الأساس تلك استجابات ثلاثة مشاركين مختلفين أو ثلاث استجابات سلوكية مختلفة لنفس المشارك، أو استجابات مشارك واحد في ثلاثة أوضاع مختلفة، ويقوم المعالج هنا بالتدخل في وقت يتم اختياره عشوائياً ويلاحظ التأثير على واحد فقط من خطوط الأساس، بينما يجب أن يكون الخطان الأساسيان الآخران دون تغيير، ويلغي هذا النوع من التصميمات احتمال أن يكون هناك حدث خارجي أخر مسئول عن تغيير السلوك لأنه سيؤثر على جميع المشاركين الآخرين أو السلوكيات أو الأوضاع الأخرى وليس واحداً فقط ، (McBurney &White, 2010, p. 333; Gliner, Morgan & Leech, 2017, p.93;

الخطيب، ٢٠٠٣، ص ص ١٦٥-١٦٧).

وتتضمن المرحلة الأولى من هذا التصميم تجميع سلوك خط الأساس للأفراد الثلاثة، وخلال المرحلة الثانية يتم إعطاء التدخل العلاجي إلى الفرد الأول ويتم الحفاظ على سلوكيات خط الأساس للفردين الآخرين، وفي المرحلة الثالثة يتم التدخل العلاجي مع الحالة الأولى والثانية والحفاظ على خط الأساس للحالة الثالثة، ثم في المرحلة الرابعة يتم إعطاء التدخل العلاجي للأفراد الثلاثة فإذا أظهر الشخص الذي تعرض لحالة العلاج تغييراً في السلوك ولم يكن هناك تغير سلوكي بالنسبة لأولئك الذين يواصلون تواجدهم عند خط الأساس فإذاً هناك أدلة تدعم فعالية هذا العلاج (Johnson & Christensen, 2004, p. 165). ويوضح الجدول التالي تصميم خطوط الأساس المتعددة غير المتزامنة (التصميم التجريبي للبحث الحالي) (McBurney & White, 2010, p. 317)

جدول ١ تصميم خطوط الأساس المتعددة غير المتزامنة

| أفراد العينة | المرحلة الأولى | المرحلة الثانية | المرحلة الثالثة | المرحلة الرابعة |
|---|---|---|---|---|
| A | خط أساس Baseline | تدخل علاجي Treatment | تدخل علاجي Treatment | تدخل علاجي Treatment |
| B | خط أساس Baseline | خط أساس Baseline | تدخل علاجي Treatment | تدخل علاجي Treatment |
| C | خط أساس Baseline | خط أساس Baseline | خط أساس Baseline | تدخل علاجي Treatment |

**ثانيا: عينة البحث**

تكونت عينة البحث الحالي الأساسية من ثلاث طالبات من طالبات كلية التربية بقنا- جامعة جنوب الوادي، الفرقة الثالثة شعبة التعليم الأساسي للعام الجامعي ٢٠١٩- ٢٠٢٠م، الحالة الأولي تبلغ من العمر ١٩عاماً وخمسة أشهر، والحالة الثانية ١٩عام وثلاثة أشهر، والحالة الثالثة ١٨عام وسبعة أشهر واشتملت استمارة دراسة الحالة لكل طالبة على بياناتها كاملة (ملحق:٨)، وتم اختيار حالات الطالبات الثلاثة بناءً على درجاتهم على أبعاد قائمة المشكلات البينشخصية حيث يعانين من مشكلات بينشخصية في علاقاتهم بمن حولهم بدرجات حادة.

**ثالثاً: أدوات البحث**

**١- قائمة المشكلات البينشخصية الصورة المختصرة (IIP- 64 SF) إعداد Horowitz, Adlen, Wiggins and Pincus (2000)، ترجمة: الباحثتان (ملحق: ١).**

تعد هذه القائمة أحد التقارير الذاتية الأكثر استخداما في أبحاث العلاج النفسي، حيث إنها أداة قياسية موثوق بها، صادقة وثابتة، تتكون من ٦٤ مفردة مقسمة إلى جزئين ، تبدأ المفردات ال ٣٩ الأولى منها (الجزء الأول) بعبارة "من الصعب بالنسبة لي" وهي تصف السلوكيات التي يصعب علي الفرد القيام بها أو أدائها بمشقة بالغة، وتبدأ ال ٢٥ مفردة التالية (الجزء الثاني) بعبارة "الأشياء التي أفعلها كثيرا"، وهي تصف السلوكيات التي يفعلها الفرد كثيرا ودون معاناة او تردد، ويتم تصنيف درجة الصعوبة أو الضغط على مقياس ليكارت الخماسي بدءاً من الدرجة صفر (Zero)، وهي تمثل: "لا على الإطلاق"، إلى الدرجة ٤ وهي تمثل: "كثيراً جداً"، ويتم حساب درجة لكل بعد من ابعاد القائمة.

وتقيس تلك القائمة الصعوبات البينشخصية الأكثر انتشاراً خلال علاقات الفرد بالآخرين، وتضم القائمة ثمانية أبعاد تمثل تلك المشكلات البينشخصية، وهي:

- الاستبداد (الهيمنة أو السيطرة) :Domineering ويميل فيه الفرد إلى أن يكون عدوانياً يتمتع بدرجة عالية من عدم الثقة وقصور في التعاطف مع الآخرين.

- الانتقام Vindictive: يشعر فيه الفرد بأنه مشبوه، وغير موثوق به، ولديه النزعة للانتقام من الاخرين.
- البرود العاطفي Cold: يكون الفرد قلقاً، وتوجد لديه مشكلات في الشعور بالمودة والتعاطف مع الآخرين.
- التثبيط الاجتماعي- التجنب Socially Inhibition– Avoidant: ويكون فيه الفرد يعاني قلقاً اجتماعياً وخجولاً.
- اللاتوكيدية Nonassertive: يفشل الفرد في أن يكون قوياً حاسماً.
- الإذعان المفرط- السذاجة Overly Accommodating– Submissive: يكون الفرد واثقاً جداً (ساذجاً) ومتساهل.
- التضحية بالنفس Self–Sacrificing: يكون الفرد حريصاً جداً على إرضاء الآخرين.
- الفضول Intrusive: يكون الفرد تدخلياً اقتحامياً، ويتلمس الاهتمام من الآخرن بشكل غير لائق.

**الخصائص السكومترية للقائمة:**

- **الثبات:**

للتحقق من ثبات القائمة، استخدمت الباحثتان طريقة آلفا كرونباخ، وذلك على عينة قوامها ١٠٠ طالب وطالبة من طلاب الجامعة بقنا، وتم حساب معاملات ثبات آلفا كرونباخ لأبعاد القائمة الثمانية، وقد تراوحت القيم ما بين ٠,٧٠٥- ٠,٨٥٤، وجميعها قيم دالة عند مستوي ٠,٠١، مما يشير إلى تمتع القائمة بدرجة جيدة من الثبات.

- **الصدق:**

تم التحقق من صدق القائمة باستخدام طريقة المقارنة الطرفية على ذات المحك، حيث تم تطبيق القائمة على عينة استطلاعية قوامها ١٠٠ طالب وطالبة من طلاب الجامعة بقنا، وتم حساب المقارنة الطرفية لأبعاد القائمة في الاختبار فقط، وذلك من خلال مقارنة درجات أعلى ٢٧% بدرجات أدنى ٢٧% على قائمة المشكلات البينشخصية، وتمت المقارنة من خلال حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين المتوسطين، وعندما تكون تلك الفروق ذات دلالة إحصائية واضحة دل ذلك على أن القائمة تميز بين الأقوياء والضعفاء في الميزان، ويعد هذا مؤشراً على صدق القائمة، وجاءت قيمة z للفروق بين متوسطي درجات المجموعتين (المرتفعين والمنخفضين) على أبعاد قائمة المكشلات البينشخصية دالة عند مستوى ٠,٠١، مما يدل على أن القائمة تميز تميزاً واضحاً بين المرتفعين والمنخفضين على نفس الميزان.

**٢- مقياس تقدير العلاج النفسي التحليلي الوظيفي (FAPRS) إعداد Callaghan, Follette, Ruckstuhl and Linnerooth (2008)، ترجمة: الباحثتان (ملحق: ٢).**

يعد FAPRS نظام ترميز تم تصميمه لملاحظة وتقييم السلوكيات داخل الأوضاع الكلينيكية تأسيساً على مبادئ التحليل السلوكي، وهو يوفر الرموز (الأكواد) المعيارية لملاحظة وتحليل التفاعلات بين المعالج والعميل أثناء العلاج، وتوثيق التغييرات في سلوك العميل كاستجابة وظيفية للاستجابة الطارئة للمعالج.

ويهدف استخدام نظام الترميز FAPRS إلى تقييم معدلات خطو الأساس ل CRBs وكذلك التغييرات في هذه المعدلات، مما يسمح بتتبع تقدم العميل أثناء العلاج، وكذلك يظهر هذا النظام الاستجابات الإجرائية للمعالج مما يمكن من ملاحظة التأثيرات الفعلية لتلك الاستجابات من المعالج على الحالات في زيادة أو نقصان معدل ال CRBs.

وفي هذا النظام يتم تحديد المعدلات الأساسية للرموز (الأكواد)، ويتم مقارنة احتمالية الكود (المعدل الأساس)، إحصائيا باحتمالية هذا الكود عندما يتبعه أو يسبقه كود معين، أي أن احتمالية حدوث CRB1 يجب أن تكون أقل عندما يستجيب المعالج بشكل إجرائي (TCRB1) عنه عندما تتبعه الرموز الأخرى أو عندما يحدث مع عدم استجابة المعالج وبالمثل يجب زيادة CRB2 إذا كان FAP يعمل كما هو مفترض عندما يعزز المعالج تلك الفئة من الاستجابة أي تلقى CRB2 عواقب يمثلها TCRB2.

**٣- برنامج العلاج النفسي التحليلي الوظيفي FAP (الخطة العلاجية) إعداد: الباحثتان (ملحق: ٣).**

**أ- الهدف العام للبرنامج:**

يتمثل الهدف العام لبرنامج العلاج النفسي التحليلي الوظيفي للبحث الحالي في خفض المشكلات البينشخصية التي يعاني منها بعض الشباب صغار السن من طلاب الجامعة في علاقاتهم بالآخرين من حولهم، وتسبب لهم الشعور بالضغط النفسي، مما يجعلهم عرضة لمعاناة الآثار السلبية لتلك العلاقات البينشخصية غير الوظيفية.

**ب- الأهداف الإجرائية للبرنامج**

تتمثل الأهداف الإجرائية التي يهدف إليها البرنامج العلاجي في البحث الحالي في أن تصبح كل حالة من أفراد العينة بعد انتهاء البرنامج قادرةً على أن:

- تعبر عن مشاعر المودة والتعاون مع الآخرين.
- تقبل ذاتها من خلال تنمية ثقتها بنفسها.

- تعبير عن مشاعرها السلبية بطريقة مقبولة.
- تعبر عن آرائها ووجهات نظرها بجرأة وبشكل لائق.
- تكون حاسمة قوية في اتخاذ قراراته دون خوف أو تردد.
- تسعى للمطالبة مما تراه حقاً لها حتى تحصل عليه دون المساس أو التعدي على حقوق الغير.
- تتروى في تصديق أي رواية تقال لها.
- ترفض الإذعان والاستسلام والانسياق وراء أقوال وأفعال الآخرين.
- تفكر بطريقة موضوعية ومستقلة عن الآخر.
- تؤكد احتياجاتها الذاتية وعدم التخلي عنها دون أسباب منطقية.
- تساعد الآخرين وتلبي احتياجاتهم بما لا يتعارض مع حاجاتها.
- تهتم برفاهيتها الشخصية.
- تكسب اهتمام الآخرين بطريقة لائقة وغير مزعجة لهم.
- تقتنع أن إرضاء الآخرين أمر محال.
- تتلطف مع الآخرين وتوجه النقد دون هجوم.
- تتسامح مع الآخر وتتخلى عن الرغبة في الانتقام منه.
- تفسر أسباب سلوكها وتضع التحليلات المنطقية له.
- تحدد بدقة الأحداث التي تسبب ظهور السلوك أو التخلص منه.

**ج- الأسس النظرية والفلسفية لبناء البرنامج:**

أسس التطبيق الكلينيكي لهذا العلاج على افتراض أنه:

- يمكن استخدام العلاقة العلاجية كأداة أساسية لتغيير السلوك.
- العلاقة العلاجية لها بعض أوجه التشابه الوظيفي لعلاقات الحياة اليومية للعميل، وأن العديد من الصعوبات التي تواجه العميل في حياته اليومية -وخاصة تلك المتعلقة بالصعوبات البينشخصية- تظهر أثناء التفاعل العلاجي ويمكن معالجتها عندما تنشأ عن طريق التركيز على اللحظة الآنية "هنا والآن"، وتشجيع تطوير طرق أكثر تكيفاً.
- يستطيع المعالج من خلال الاستجابة التعزيزية التفاضلية والطارئة لسلوك العميل أن يساعد العميل على تعميم تحسيناته على علاقاته خارج الجلسة.
- الأحداث البيئية (السوابق) تثير السلوك، وأن عواقب السلوك تؤثر على قوة (زيادة أو نقصان) السلوك أو الحفاظ عليه، وتعتبر جميع العواقب التي تؤثر على قوة السلوك بالزيادة أو

النقصان بأنها معززة حيث يتم التعزيز الإيجابي للسلوك التكيفي وعقاب للسلوك غير التكيفي (لكن يتم العقاب بحذر شديد).

د- **الفنية الأساسية للبرنامج:**

يركز هذا العلاج على التعزيز الإجرائي والطبيعي Natural Reinforcers كفنية أساسية وآلية جوهرية للتغيير في إطار العلاقة العلاجية المميزة في هذا العلاج، ويقصد به أن يظهر المعالج اهتمامه وعنايته وتعاطفه مع ما يشعر به العميل وأخذ رأيه على محمل الجد، بدلاً من إعطاء التعزيزات أو المكافآت المادية والتي تمثل دوافع خارجية للسلوك، بينما تمثل التعزيزات الإجرائية الطبيعية دوافع داخلية لتحسين سلوك العميل، حيث يشير الخطيب (٢٠٠٣، ص١٨٤) أن المعززات الطبيعية هي التوابع ذات العلاقة المنطقية بالسلوك والتي تبني السلوك دون تخطيط وتنظيم، وأن لتلك المعززات الطبيعية تأثير بالغ على السلوك فتقديم التعزيز بطريقة مدروسة أو نمطية روتينية يعرض الفعالية للخطر، لأن العميل قد يرى التعزيز قابلاً للتحكم خالياً من العاطفة وإنما يكون التعزيز فعالاً عندما يكون محكوماً فقط بتفضيلات العميل ومصالحه ومطابقًا لتوقعاته التي يهدف إلى الوصول إليها.

وهذا ما يعرف بالتحليل الوظيفي، أي يجب أن يستند استخدامنا للمعزات الطبيعية إلي تحليل الظروف البيئية التي يعيش فيها الفرد، ودراسة احتمالات التعزيز المتوفرة في تلك البيئة فذلك يساعد على التوظيف الجيد للمعززات الطبيعية ويزيد من احتمال تعميم السلوك المكتسب والمحافظة على استمراريته (المرجع السابق، ص١٩٨).

ه- **طريقة تقييم البرنامج:**

التقييم في FAP مستمر على مدار فترة العلاج، فالتقييم هنا لا يعد فقط مقدمة للعلاج أو نهاية له، ولكنه مستمراً ومرناً، فهو عملية تفاعلية وتكرارية لمراجعة الفرضيات حول سلوك العميل ووظيفيته على مدار التدخل العلاجي كاملاً، وهو هام جداً لأنه يوجه مسار العمل العلاجي ويؤثر تماماً على ما يفعله المعالج أثناء جلسات العلاج، ويركز التقييم هنا على السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة (CRBs) وعلى المتغيرات التابعة الأخرى المرتبطة طوال فترة العلاج، كما تركز عملية التقييم على ربط سلوكيات العميل باستجابات المعالج داخل الجلسة وخارجها.

ويمتلك FAP إستراتيجيات تقييم مصممة وفقاً للاحتياجات الفريدة لكل موقف، ويعمل معالجوا FAP على استخدام عدد من الأدوات التقيمية على مدار مراحل العلاج، كما تم توضيحه بالإطار النظري للبحث.

وتم تقييم البرنامج الحالي بطريقتين:

**(ه-١) الطريقة الكمية Quantitative method : وذلك من خلال:**

- مقارنة نتائج القياس قبل التدخل بنتائج القياس بعد التدخل للمشكلات البينشخصية التي يعاني منها الحالات عينة البحث كما خددها IIP-64SF.
- باستخدام FAPRS يتم تحديد معدلات خطوط الأساس ل CRBs ومعدلاتهم في مرحلة نهاية العلاج من خلال الملاحظة.
- يتم كذلك باستخدام FAPRS تحديد الآلية الأساسية للتغيير في FAP من خلال مقارنة احتمالية الرمز CRBs في المعدل الأساسي (خطوط الأساس القاعدية) إحصائياً باحتمالية هذا الرمز عندما يتبعه أو يسبقه رمز. TCRBs

**(ه-٢) الطريقة النوعية Qualitative method: من خلال:**

- عمل تطوير لصياغة الحالة على مدار العلاج في بدايته ووسطه وأخره، وتقديم التحليل الوظيفي لسلوك العميل وتوضيح كيف تم تطويره خلال مراحل العلاج، بدءاً من خطوط الأساس وصولاً إلى مرحلة نهاية العلاج.
- من خلال كتابة التقارير الذاتية المفتوحة من قبل أفراد العينة والتي يعبرون فيها عن مدى استفادتهم من جلسات العلاج، وكيف غيرت من حياتهم، وعلاقاتهم مع من حولهم ومع أنفسهم.
- ومن خلال الاستجابة على الاستبيانات الخاصة بكل مرحلة من مراحل العلاج، والتقييم النوعي لعلاقاتهم بالمعالج وكيف أثرت على حياتهم اليومية وتحقيق أهدافهم بعد انتهاء جلسات العلاج.

**و- الخطة الزمنية للبرنامج:**

تضمنت الخطة العلاجية ثلاث مراحل، هي:

المرحلة الأولي: مرحلة خط الأساس تألفت من ثلاث جلسات للحالة الأولي، وخمس جلسات للحالة الثانية، وست جلسات للحالة الثالثة، واستغرقت تلك المرحلة ١٥ يوماً، وكانت مدة الجلسة ٦٠دقيقة. تمثلت اهداف هذه المرحلة في تأسيس العلاقة العلاجية، وتحديد تاريخ الحياة للحالات، ووصف مشكلات الحياة اليومية، وتحديد CRBs المستهدفة من العلاج لكل حالة.

المرحلة الثانية: المرحلة المتوسطة من العلاج وتضمت ١٢ جلسة (من الجلسة٧ إلى الجلسة ١٨)، بواقع ثلاث جلسات ابوعياً، واستغرقت شهراً، وكانت مدة الجلسة ٩٠دقيقة. وتمثلت اهداف تلك المرحلة في استحضار CRBs إلى حيز الجلسات والإستجابة لها بشكل إجرائي، وتسهيل تعميم المكاسب التي تحدث في إطار العلاقة العلاجية إلى الحياة اليومية للحالات.

المرحلة الثالثة: المرحلة النهائية من العلاج، تضمنت ٤ جلسات بواقع جلسة واحدة

اسبوعياً (من الجلسة ١٩ الي الجلسة ٢٢)، واستغرقت شهراً، وكانت مدة الجلسة ٩٠ دقيقة. وتمثلت اهداف المرحلة النهائية من العلاج في تعزيز المكاسب السلوكية والانفعالية التم تم تطويرها خلال المرحلة المتوسطة من العلاج، وتمكين الحالات من إنشاء مرجعية جديدة للنظر إلى سلوكياتهم وما يرتبط به من احداث الحياة، وتمكينهم من تقديم تفسيرات وظيفيظ ومنطقية لسلوكياتهم وافكارهم ومشاعرهم، وصولًا الي تحقيق اهداف حياتهم اليومية المتمثلة في وجود علاقات بينشخصية وظيفية وذات معني.

وتم تطبيق البرنامج في الفترة من ٢٠١٩/١٠/١٣ إلى ٢٠١٩/١٢/٢٨.

٤- نموذج صياغة الحالة للعلاج النفسي التحليلي الوظيفي إعداد(2005) Kohlenberg، ترجمة: الباحثتان (ملحق: ٤).

٥- أسئلة FAP النموذجية لاستحضار CRBs إعداد (2005) Kohlenberg، ترجمة: الباحثتان (ملحق: ٥).

٦- استبيان بداية ومنتصف ونهاية العلاج إعداد (2005) Kohlenberg، ترجمة: الباحثتان (ملحق: ٦).

٧- استبيان تقييم فائدة العلاج إعداد (2005) .Kohlenberg، ترجمة: الباحثتان (ملحق: ٧).

٨-استمارة دراسة الحالة إعداد الباحثتان (ملحق:٨).

**٩-نتائج البحث ومناقشتها وتفسيرها**:

**١- عرض نتائج الفرض الأول**

ينص الفرض الأول على "يخفض استخدام تقنيات العلاج النفسي التحليلي الوظيفي FAP المشكلات البينشخصية لدى عينة البحث الحالي والتي تم قياسها قبل العلاج وبعد الانتهاء منه باستخدام قائمة المشكلات البينشخصية (IIP-64) وذلك من خلال تشكيل السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة (CRBs) المستهدفة داخل الجلسات العلاجية".

وللتحق من صحة هذا الفرض، وتحديد فعالية FAP في خفض المشكلات البينشخصية من خلال تشكيل CRBS تكيفية، تم إجراء التحليل الكمي للبيانات للحالات الثلاثة من خلال إجراء التحليل غير المتداخل لكل الأزواج A non-Overlap Analysis of All Pairs (NAP) وذلك لتحديد حجم التأثير للعلاج وفحص الأهمية الكلينيكية له، ويستخدم هذا النوع من التحليلات الإحصائية كواحد من أنواع التحليلات التي تستخدم لتحليل بيانات التصميمات التجريبية للحالات الفردية Single- Case Data (SCD)، حيث يقوم NAP بتقييم دقة وتمييز البيانات المتداخلة في التصميمات التجريبية للحالة الواحدة، حيث يتم في هذا التحليل حذف النقاط المتداخلة بين

المراحل المختلفة أثناء التدخل، وكلما قلت نقاط التداخل بين تلك المراحل كلما دل هذا على فعالية العلاج، وأعطى مؤشراً موثوقًا به لحجم التأثير (Parker & Vannest, 2009; Singh & O'Brien, 2017).

وتم اختبار هذا الفرض من خلال تطبيق NAP في عدة خطوات كما ذكرها (Parker & Vannest, 2009; Parker, Vannect, Davis & Sauber, 2011; Manolov & Moeyaert, 2016, 2017)، وهي كالتالي:

١- **الخطوة الأولي:** تم حساب متوسطات درجات كل حالة من الحالات الثلاث على أبعاد قائمة المشكلات البينشخصية في مرحلة خط الأساس BL (٣ قياسات)، ثم مرحلة التدخل العلاجي FAP (٦ قياسات).

وتوضح الجداول الثلاثة التالية نتائج تحليل NAP للمقارنة بين نتائج القياس في مرحلة خط الأساس ومرحلة التدخل لدى كل حالة من الحالات الثلاث على أبعاد قائمة المشكلات البينشخصية.

**جدول ٢ نتائج تحليل NAP للمقارنة بين نتائج القياس على أبعاد قائمة المشكلات البينشخصية في مرحلة خط الأساس ومرحلة التدخل للحالة الأولى**

| FAP / BL | ٢٩ | ٢٢ | ١٥ | ١٠ | ١٢ | ٨ | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ٣٠ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٦ |
| ٢٩ | ٠,٥ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٥,٥ |
| ٣١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٦ |
| حجم التأثير (*)(NAP Rang) = ١٧,٥ / ١٨ = ٠,٩٧<br>١- ٠,٩٧/ ٠,٥ = ٠,٩٤٤ | | | | | | | ١٧,٥ |

(*) NAP Ranges: Week Effect 0- 0.65

Medium 0.66- 0.92

Large Effect 0.93- 1.0

**جدول ٣ نتائج تحليل NAP للمقارنة بين نتائج القياس على أبعاد قائمة المشكلات البينشخصية في مرحلة خط الأساس ومرحلة التدخل للحالة الثانية**

| FAP / BL | ٣١ | ٢٧ | ١٦ | ١٢ | ١٣ | ١٠ | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ٣٠ | ٠,٥ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٥,٥ |
| ٢٩ | صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٥ |
| ٣١ | صفر | ٠,٥ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٤,٥ |
| حجم التأثير (NAP Rang) = ١٥/ ١٨ = ٠,٨٣<br>١- ٠,٨٣/ ٠,٥ = ٠,٦٦٦ | | | | | | | ١٥ |

**جدول ٤ نتائج تحليل NAP للمقارنة بين نتائج القياس على أبعاد قائمة المشكلات البينشخصية في مرحلة خط الأساس ومرحلة التدخل للحالة الثالثة**

| FAP / BL | ٣٢ | ٣٢ | ٢٢ | ٢٥ | ٢٠ | ١٧ | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ٣٢ | ٠,٥ | ٠,٥ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٥ |
| ٣٣ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٦ |
| ٣٣ | ١ | ٠,٥ | ١ | ٠,٥ | ١ | ١ | ٥,٥ |
| حجم التأثير (NAP Rang) = ١٦,٥/ ١٨ = ٠,٩١٦<br>١- ٠,٩١٦/ ٠,٥ = ٠,٨٣٣ | | | | | | | ١٦,٥ |

وبمراجعة الجداول الثلاثة السابقة يتضح أن قيم حجوم التأثير للعلاج النفسي التحليلي الوظيفي FAP على خفض المشكلات البينشخصية لدى الحالات الثلاثة لعينة البحث الحالي، قد تراوحت من متوسطة إلى مرتفعة، وكانت قيمة متوسط حجم الـتأثير للحالات الثلاثة مجمعة (٠،٩٤٤+ ٠,٦٦٦ + ٠,٨٣٣) / ٣ = ٠,٨١٤، وبمراجعة مدي NAP تعد تلك القيمة لحجم تأثير العلاج على المشكلات البينشخصية لدى الحالات عينة البحث الحالي قيمة متوسطة.

٢- الخطوة الثانية: تم حساب معدلات تكرارات السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة بمشكلات الحالات (CRB1s ، CRB2s، CRB3s) في مرحلة خط الأساس ومرحلة التدخل العلاجي لكل حالة من خلال استخدام FAPRS.

وتوضح الجداول التالية (جدول ٥، جدول ٦، جدول ٧) للحالة الأولى، (جدول ٨، جدول ٩، جدول ١٠) للحالة الثانية، (جدول ١١، جدول ١٢، جدول ١٣) للحالة الثالثة، نتائج تحليل NAP للمقارنة بين ملاحظات السلوك في مرحلة خط الأساس ومرحلة التدخل، وذلك بهدف الحصول على مؤشر لحجم تأثير العلاج وفعاليته في خفض معدلات تكرار CRB1s وتحسين معدلات تكرارات **CRB2s** و**CRB3s**.

**أ- الحالة الأولى:**

**جدول ٥ نتائج تحليل NAP للمقارنات الثنائية بين معدلات تكرارات CRB1s في مرحلة خط الأساس ومرحلة المعالجة للحالة الأولى**

| FAP / BL | ٩ | ٧ | ٩ | ٨ | ٢ | ٣ | ٢٢ | ١ | ٢ | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ١٥ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| ١٢ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | صفر | ١ | ١ | ٨ |
| ١٥ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | صفر | ١ | ١ | ٨ |
| حجم التأثير (NAP Rang) = ٢٥ / ٢٧ = ٠,٩٣<br>١- ٠,٩٣/ ٠,٥ = ٠,٨٦ | | | | | | | | | | ٢٥ |

**جدول ٦ نتائج تحليل NAP للمقارنات الثنائية بين معدلات تكرارات CRB2s في مرحلة خط الأساس ومرحلة المعالجة للحالة الأولى**

| FAP / BL | ١٠ | ١٣ | ٢٠ | ١٢ | ٢٢ | ١٤ | ٣٥ | ٣٠ | ٢٥ | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ٣ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| ١٣ | صفر | ٠,٥ | ١ | صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٦,٥ |
| ٥ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| حجم التأثير (*)(NAP Rang) = ٢٤,٥ / ٢٧ = ٠,٩١<br>١- ٠,٩١/ ٠,٥ = ٠,٨٢ | | | | | | | | | | ٢٤,٥ |

**جدول ٧ نتائج تحليل NAP للمقارنات الثنائية بين معدلات تكرارات CRB3s في مرحلة خط الأساس ومرحلة المعالجة للحالة الأولى**

| FAP / BL | ١٠ | ١٣ | ١٧ | ١٢ | ١٤ | ١٦ | ٢٨ | ٢٩ | ٢٠ | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| حجم التأثير (NAP Rang) = ٢٧ / ٢٧ = ١,٠٠<br>١- ١,٠٠/ ٠,٥ = ١,٠٠ | | | | | | | | | | ٢٧ |

وبمراجعة الجداول الثلاثة السابقة الخاصة بنتائج تحليل NAP للمقارنات الثنائية بين معدلات تكرارات السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة للحالة الاولي بمرحلة خط الأساس في مقابل مرحلة التدخل العلاجي يتضح أن قيم حجوم التأثير ل FAP تراوحت ما بين متوسطة إلى مرتفعة ، حيث بلغت قيمة حجم التأثير في خفض معدلات CRBs ٠,٨٦، وبلغت قيمة حجم التأثير في رفع معدلات CRBs2 ٠,٨٢، وقيمة حجم التأثير في رفع معدلات CRBs3 ١، وبذلك كانت قيمة متوسط حجم تأثير العلاج علي CRBs مجمعة هي ٠,٨٩٣ وبمدى NAP تعد تلك القيمة لحجم

تأثير FAP على تلك السلوكيات الكلينيكية لدى الحالة الأولى قيمة متوسطة.

**ب- الحالة الثانية:**

**جدول ٨ نتائج تحليل NAP للمقارنات الثنائية بين معدلات تكرارات CRB1s في مرحلة خط الأساس ومرحلة المعالجة للحالة الثانية**

| FAP / BL | ٣ | ١ | ١٦ | ٢٠ | ١٢ | ١٠ | ٥ | صفر | صفر | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ٣٠ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| ١٠ | ١ | ١ | صفر | صفر | صفر | صفر | ١ | ١ | ١ | ٥ |
| ٢٦ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| ٢٩ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| ٢٠ | ١ | ١ | ١ | ٠,٥ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٨,٥ |
| حجم التأثير (NAP Rang) = ٤٠,٥ / ٤٥ = ٠,٩<br>١- ٠,٩/ ٠,٥ = ٠,٨ | | | | | | | | | | ٤٠,٥ |

**جدول ٩ نتائج تحليل NAP للمقارنات الثنائية بين معدلات تكرارات CRB2s في مرحلة خط الأساس ومرحلة المعالجة للحالة الثانية**

| FAP / BL | ٢٥ | ٤٥ | ٢٥ | ٤٠ | ٣٠ | ٣٥ | ٢٠ | ٢٥ | ٣٥ | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| ٣ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| ٦ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| ٥ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| ٤ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| حجم التأثير (NAP Rang) = ٤٥ / ٤٥ = ١,٠٠<br>١- ١,٠٠/ ٠,٥ = ١,٠٠ | | | | | | | | | | ٤٥ |

**جدول ١٠ نتائج تحليل NAP للمقارنات الثنائية بين معدلات تكرارات CRB3s في مرحلة خط الأساس ومرحلة المعالجة للحالة الثانية**

| FAP / BL | ١٢ | ٣٠ | ١٦ | ٢٥ | ١٣ | ١٩ | ١٨ | ٢٠ | ١٩ | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٩ |
| حجم التأثير (NAP Rang) = ٤٥ / ٤٥ = ١,٠٠<br>١- ١,٠٠/ ٠,٥ = ١,٠٠ | | | | | | | | | | ٤٥ |

يتضح من الجداول الثلاثة السابقة الخاصة بتحليل NAP للمقارنات الثنائية بين معدلات تكرارت السلوكيات الكلينيكية CRBs للحالة الثانية، إن قيم حجوم التأثير تراوحت ما بين متوسطة إلى مرتفعة، حيث جاءت قيمة حجم التأثير ل FAP على خفض معدلات تكرارات CRB1s متوسطة حيث بلغت ٠,٨، بينما كانت قيم حجوم التأثير ل FAP على رفع معدلات تكرارات CRB2s وCRB3s جاءت مرتفعة، حيث بلغت قيمتها ١,٠٠، وكانت قيمة متوسط حجم التأثير على CRBs مجمعة لدى الحالة الثانية ٠,٩٣٣، وهي بمدى NAP تعد قيمة مرتفعة لحجم التأثير.

**ج- الحالة الثالثة:**

**جدول ١١ نتائج تحليل NAP للمقارنات الثنائية بين معدلات تكرارات CRB1s في مرحلة خط الأساس ومرحلة المعالجة للحالة الثالثة**

| FAP / BL | ٢٠ | ١٧ | ١٥ | ٢٠ | ٢١ | ١٤ | ١٠ | ١٢ | ٩ | ٥ | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ٣٣ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| ١٠ | صفر | صفر | صفر | صفر | صفر | صفر | ٠,٥ | صفر | ١ | ١ | ٢,٥ |
| ٢٩ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| ٢٠ | ٠,٥ | ١ | ١ | ٠,٥ | صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ٨ |
| ٣٤ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| ٣٠ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| حجم التأثير (NAP Rang) = ٥٠,٥ / ٦٠ = ٠,٨٤٢<br>١- ٠,٨٤٢/ ٠,٥ = ٠,٦٨٣ | | | | | | | | | | | ٥٠,٥ |

**جدول ١٢ نتائج تحليل NAP للمقارنات الثنائية بين معدلات تكرارات CRB2s في مرحلة خط الأساس ومرحلة المعالجة للحالة الثالثة**

| FAP / BL | ١٩ | ٢٠ | ٢٥ | ٢٣ | ٣٥ | ٢٠ | ٢٥ | ٢٣ | ٣٠ | ٣١ | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ٣ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| ٩ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| ٢ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| ٢ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| ٣ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| حجم التأثير (NAP Rang) = ٦٠ / ٦٠ = ١,٠٠<br>١- ١,٠٠/ ٠,٥ = ١,٠٠ | | | | | | | | | | | ٦٠ |

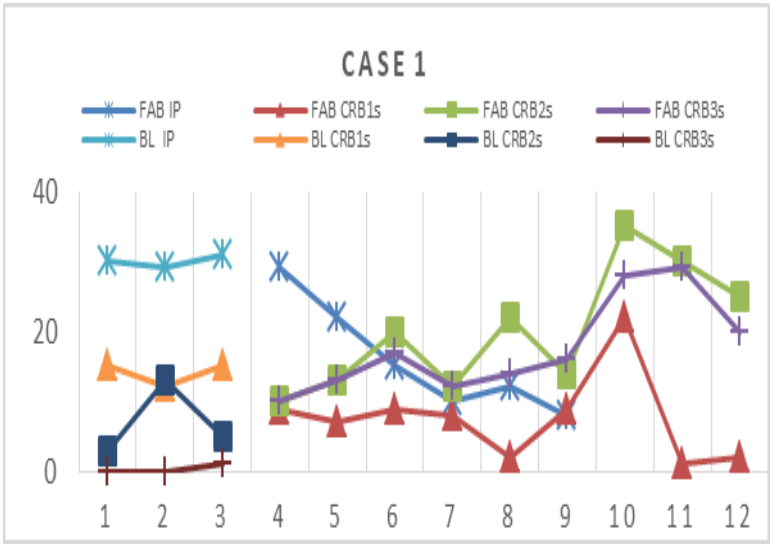
**جدول ١٣ نتائج تحليل NAP للمقارنات الثنائية بين معدلات تكرارات CRB3s في مرحلة خط الأساس ومرحلة المعالجة للحالة الثالثة**

| FAP / BL | ١٢ | ١٣ | ١٦ | ١٢ | ٢٥ | ١٩ | ١٩ | ٢١ | ٢٣ | ٢٥ | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| صفر | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١ | ١٠ |
| حجم التأثير (NAP Rang) = ٦٠ / ٦٠ = ١,٠٠<br>١- ١,٠٠/ ٠,٥ = ١,٠٠ | | | | | | | | | | | ٦٠ |

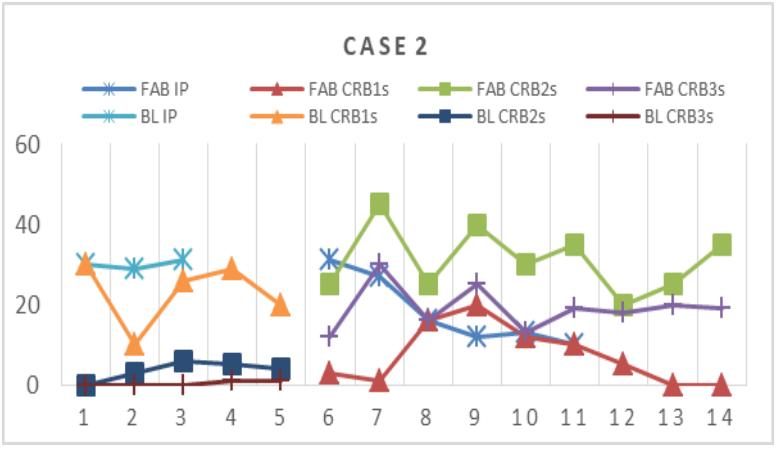
بمراجعة الجداول الثلاثة السابقة، والخاصة بنتائج تحليل NAP للمقارنات الثنائية بين معدلات تكرارات CRBs للحالة الثالثة في مرحلة خط الأساس مقابل مرحلة العلاج، يلاحظ أن قيم حجوم التأثير تراوحت ما بين متوسطة إلى مرتفعة، حيث جاءت قيمة حجم تأثير FAP في خفض معدلات CRB1s لدى الحالة متوسطة حيث بلغت قيمتها ٠,٦٨٣، بينما جاءت قيم حجوم تأثير FAP في رفع معدلات CRB2s وCRB3s مرتفعة حيث بلغت قيمتها ١,٠٠، وكانت قيمة متوسط حجوم التأثير في CRBs للحالة مجمعة ٠,٨٩٤، وهي قيمة متوسطة لحجم تأثير FAP على CRBs لدى الحالة الثالثة.

وتوضح الأشكال الثلاثة التالية تكرارات السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة بمشكلات الحالة (CRBs) وقياسات المشكلات البينشخصية خلال مرحلتي خط الأساس، والتدخل العلاجي. وبمراجعة الأشكال الثلاثة السابقة يمكن ملاحظة ما يلي:

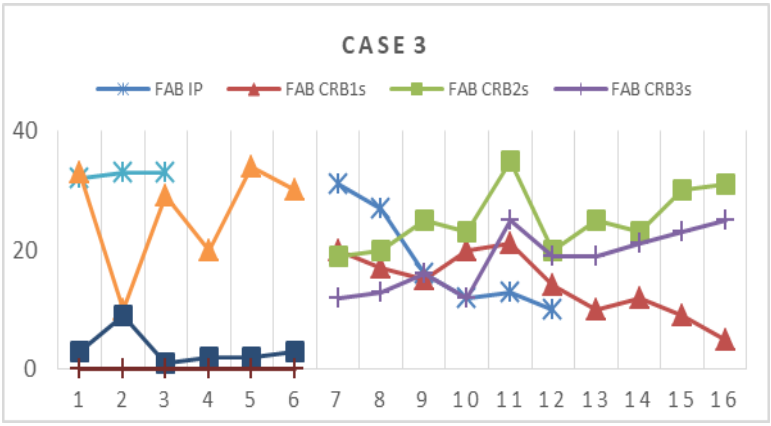
- معدلات تكرار CRB1s، والمشكلات البينشخصية لدى الحالات الثلاث في مرحلة خط الأساس كان مرتفعاً، وكانت معدلات CRB2s وCRB3s منخفضة، وهذا مع اختلاف طول مرحلة خط الأساس بالنسبة للحالات الثلاثة.


CASE 1
FAB IP
FAB CRB1s
FAB CRB2s
FAB CRB3s
BL IP
BL CRB1s
BL CRB2s
BL CRB3s
40
20
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

شكل ١


CASE 2
FAB IP
FAB CRB1s
FAB CRB2s
FAB CRB3s
BL IP
BL CRB1s
BL CRB2s
BL CRB3s
60
40
20
0
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

شكل ٢




شكل ٣

- يبدأ التحسن في معدلات تكرار CRB2s وCRB3s عند بداية التدخل، وهذا يعني أن طوال مرحلة خط الأساس والتي يتلقي فيها الحالات مجرد الاستماع الداعم من قبل المعالج دون استجابة ل CRBs، لا يحدث تحسن.
- يتبع زيادة معدلات CRB2s وCRB3s في مرحلة التدخل أيضاً انخفاض في معدلات تكرارات CRB1s، وانخفاض المشكلات البينشخصية.

- **مناقشة نتائج الفرض الأول وتفسيرها**:

أشارت نتائج هذا الفرض للحالات الثلاثة إلى تحقق هذا الفرض وقبوله، حيث يلاحظ أنه قد حدث انخفاض في حدة المشكلات البينشخصية التي يعاني منها الحالات الثلاثة، حيث أثبتت النتائج فعالية FAP في خفض حدة تلك المشكلات لدى عينة الدراسة، وجاءت قيمة متوسط حجم التأثير للعلاج على تلك المشكلات متوسطة، وقد تزامنت تلك الانخفاضات مع التغيرات الحادثة في معدلات تكرارات السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة بتلك المشكلات البينشخصية التي يعاني منها الحالات عينة البحث والتي يهدف FAP إلى علاجها من خلال تطبيق قواعد العلاج الخمسة خلال مرحلة التدخل العلاجي، وقد أثبتت النتائج بهذا الفرض أن FAP كان له حجوم تأثير تراوحت من متوسطة الي مرتفعة في خفض معدلات تكرارات CRB1 والتي تمثل مشكلات الحالات التي تظهر أثناء الجلسات العلاجية، تلك السوكيات يستهدفها المعالج بهدف التقليل من تكرارها أثناء العلاج، وهذا ما يحدث عند تطبيق القاعدتين ١، ٢ من قواعد العلاج (تم الإشارة إليهما تفصيلياً

بالإطار النظري للبحث).

كما أثبتت النتائج وجود حجوم تأثير من متوسطة إلى مرتفعة كذلك للعلاج في زيادة معدلات تكرارات CRB2 والتي تمثل التحسينات السلوكية التي تحدث أثناء الجلسات العلاجية من خلال تطبيق المعالج للقاعدتين ٣، ٤ من قواعد العلاج، والتي تستهدف تشكيل تلك السلوكيات الجديدة وزيادة وتيرتها من خلال استخدام التعزيز الإجرائي والطارئ لتلك السلوكيات المحسنة.

وقد أظهرت نتائج البحث كذلك حجوم تأثير من متوسطة إلى مرتفعة للبرنامج العلاجي على زيادة معدلات CRB3 وهي السلوكيات الكلينيكية التي تمثل نمو قدرة الحالات عينة البحث على تحليل سلوكياتهم ووضع تفسيرات منطقية لأسباب تلك السلوكيات، وقد حدث هذا من خلال تطبيق المعالج للقاعدة ٥ من قواعد العلاج.

ويمكن تفسير حدوث انخفاض في حدة المشكلات البينشخصية للحالات داخل الجلسات العلاجية، وتمكين الحالات من تحقيق الأهداف العلاجية داخل الجلسات والتي تم تحديدها كتحسينات لسلوك الحالات( CRB2s) من خلال تعزيز سلوك العميل الصحي داخل الجلسة العلاجية وخفض مشكلاته البينشخصية من خلال فهم الجوانب الوظيفية لسلوكه وما يرتبط به من محفزات التنبية والتمييز والتعزيز، وهذا ما أكد عليه سكينر في السلوكية الراديكالية التي بنى عليها هذا العلاج، حيث يمكن تفسير التحسن الحادث في CRBs المرتبطة بالمشكلات البينشخصية التي يعاني منها أفراد العينة، ومن ثم حدوث انخفاض لتلك المشكلات في حياتهم اليومية، ومن خلال الافتراض الأساسي لسكينر والذي كان يؤمن بأن ما يحدد درجة حدوث السلوك هو الأحداث التي تعقب هذا السلوك (الاقتران الإجرائي)، فيرى سكينر أن الفرد سيسلك في ضوء ما يعزز عليه من تصرفات، بينما السلوك غير المتبوع بتعزيز لن يقوى (عبد الرحمن، ١٩٩٨، ص ٥٢٨)، وهذا ما حدث أثناء الجلسات العلاجية FAP حيث لم يتم الاستجابة من قبل المعالج ل CRB1، وبالتالي بدأ هذا السلوك في الانخفاض، وفي المقابل، قام المعالج بالتركيز على CRB2 وCRB3 والاستجابة لهما وتعزيزهما، مما أدى إلى زيادة وتيرة تلك السلوكيات داخل الجلسات العلاجية.

وكذلك أكد سكينر على دور العوامل البيئية كعوامل محددة للشخصية وللسوك البشري، وأعطى للبيئة دور الريادة، فهي من وجهة نظره التي تحدد الطرق التي يسلك بها الفرد من خلال مواقف التعزيز، وأكد على أن الاختلافات البيئية هي السبب الرئيس للاختلافات الفردية (عبد الرحمن، ١٩٩٨، ص ٥٣٠)، وهذا ما يفسر التغير الحادث أيضاً في سلوك الحالات عينة البحث

الحالي، حيث إن وجود الحالات في بيئة داعمة من خلال علاقة علاجية يسودها التقبل والتفهم والوعي والحب وكذلك الشجاعة من قبل المعالج للحالات، ورعاية قدراتهم على التحدث والتعبير عن مشكلاتهم ومساعدتهم على الانخراط في العلاقات البينشخصية المشبعة لهم، وتنمية قدراتهم على إعطاء وتلقي الحب بشكل كامل في إطار تلك العلاقة أولاً، ثم مساعدتهم على تعميم تلك السلوكيات البينشخصية الصحية على حياتهم اليومية، وفي علاقاتهم خارج نطاق الجلسات العلاجية، وهذا ما أكدت عليه نتائج دراسة Carter et al. (2012) والتي أوضحت أن وجود علاقة قوية بين المعالج والمريض يحسن العلاقات الوظيفية لدي المريض ويجعله يبتعد عن التجنب ويتغلب علي مشكلات وصعوبات التعامل مع من حوله.

حيث إن تلك النظرية العلاجية تؤسس أن العميل يتفاعل مع المعالج بشكل مشابه للطريقة التي يتفاعل بها مع أشخاص مهمين آخرين في حياتهم، وبالتالي فإن التغيرات السلوكية التي تحدث وتعزز في الجلسة العلاجية سيكون لها احتمال متزايد في التعميم على المواقف الاجتماعية الأخرى، وهذا ما يفسر التحسن الحادث خارج نطاق جلسات العلاج وتحقيق أهداف الحياة اليومية للعميل كما جاءت بصياغة الحالة النهائية لكل حالة من الحالات عينة البحث الحالي ومن ثم انخفاض مشكلاتهم البينشخصية.

ويفترض FAP أن مشكلات الحياة اليومية للحالات ستظهر أثناء الجلسات العلاجية، حيث إن بيئة العلاج تشبه وظيفياً مواقف حياتهم اليومية، وأن ردود الفعل الإجرائية للمعالج واستجابته ستعزز بشكل إجرائي السلوك التكيفي الذي يمكن تعميمه على الحياة اليومية للحالات (Hoekstra & Tsai, 2010, p.24).

**٢- عرض نتائج الفرض الثاني**:

ينص الفرض الثاني على "التعزيز الإجرائي المتمثل في استجابات المعالج (TCRBs) في إطار العلاقة العلاجية يعد هو الآلية الأساسية لتغيير السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة بمشكلات الحالات في العلاج النفسي التحليلي الوظيفي".

لاختبار آلية التغيير ل FAP والتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء التحليل التتابعي أو ما يعرف بإجراء المقارنات المتتابعة (المتسلسلة) Lag-Sequential Analysis (LSA)، وفي هذا النوع من التحليلات يتم تجميع البيانات الكمية او الكيفية في مرحلة اولية (مرحلة خطوط الأساس) يتبعها جمع البيانات خلال المرحلة الثانية من التصميم التجريبي (مرحلة التدخل العلاجي)، والتحليل التتابعي هو طريقة تلخص التفاعلات بين سلوكيات الأفراد المختلفين بهدف

تحديد ما إذا كانت التتابعات (العواقب) السلوكية مشروطة (أي تابعة لما بعدها من استجابات)، وهو نوع من التحليلات الإحصائية الخاصة بتحليل البيانات اللابرامترية والتي تتناسب مع التصميم التجريبي للبحث الحالي Multiple Baseline Design، ويتناسب مع دراسة الحالات الفردية (Faraone & Dorfman, 1987; Bakeman & Quera, 1995; Vanlear, 2018).

وتم إجراء هذا التحليل لإثبات أن استجابة المعالج الإجرائية (TCRBs) لسلوك الحالة داخل الجلسة العلاجية هي الآلية التي تسبب التغيرات الحادثة للسلوكيات الكلينيكية ذات الصلة بمشكلات العميل، ويوضح الجدول التالي (جدول ١٤) متوسطات التكرارات والانحرافات المعيارية ل CRBs وTCRBs للحالات الثلاث عينة البحث الحالي خلال مرحلتي خط الأساس (BL) والتدخل العلاجي (FAP).

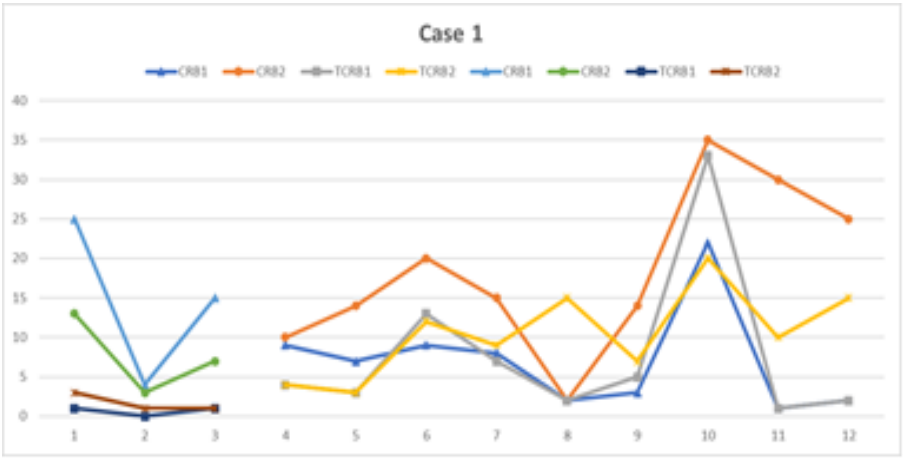
**جدول ١٤ متوسطات تكرارات CRBs وTCRBs خلال مرحلتي BL وFAP للحالات الثلاث**

| الرمز | الحالة الأولى | | الحالة الثانية | | الحالة الثالثة | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | BL | FAP | BL | FAP | BL | FAP |
| CRB1s | ١٤,٦٦ | ٧ | ٢٣ | ٧,٤٤ | ٢٦ | ١٥,٣٣ |
| CRB2s | ٧,٦٦ | ٢٠,٥٦ | ٣,٦ | ٣١,٤٤ | ٣,٣٣ | ٢٤,٤٤ |
| TCRB1 | ٠,٦٦ | ٨,٣٣ | ٠ | ١,٧٧ | ٠ | ٤,١١ |
| TCRB2 | ١,٣٣ | ١٠,٥٦ | ٠,٨ | ١٣,٧٧ | ٠ | ١٠,٢٢ |

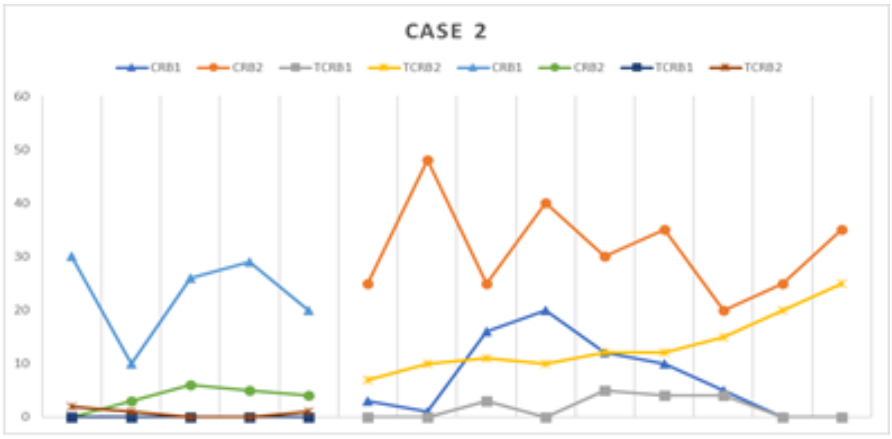
ويتضح من عرض نتائج الجدول السابق أن المقارنة بين مرحلة خطوط الأساس (استغرقت للحالة الأولى ثلاث جلسات، وللحالة الثانية خمس جلسات، وللحالة الثالثة ست جلسات)، ومرحلة التدخل العلاجي قد أوضحت زيادة معدل تكرارات السلوكيات المحسنة CRB2s للحالات الثلاثة عبر مراحل التدخل العلاجي، وتظهر نتائج الجدول السابق أن تلك التحسينات تزامن معها زيادة في معدل تكرار TCRB2s .

كما تظهر النتائج تأثيراً إيجابياً ل TCRB1s مما يقلل من CRB1s، ولم تشر النتائج بالجدول السابق إلى وجود ارتباط سالب بين CRB1s وCRB2s وهذا يعني أن زيادة معدل تحسينات الحالة لا تعني بالضرورة انخفاض معدل CRB1s.

وتوضح الأشكال الثلاثة التالية (شكل ٤، شكل ٥، شكل ٦) الفروق الحادثة لـ CRBs وTCRBs للحالات الثلاثة خلال مرحلة خط الأساس وخلال مرحلة التدخل.


Case 1
CRB1
CRB2
TCRB1
TCRB2
CRB1
CRB2
TCRB1
TCRB2
40
35
30
25
20
15
10
5
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12

شكل (٤)


CASE 2
CRB1
CRB2
TCRB1
TCRB2
CRB1
CRB2
TCRB1
TCRB2
60
50
40
30
20
10
0

شكل (٥)

شكل(٦)

ويظهر الشكل أن طوال مرحلة خط الأساس والتي لم يستجيب أثنائها المعالج لـ CRBs لم يحدث بها أي تغيرات في معدلات تكرارها، وأن السلوكيات بدأت في التغير فقط عندما بدأ المعالج بالاستجابة (TCRBs) في مرحلة التدخل العلاجي.

ولإجراء LSA تم إجراء عدة خطوات كالتالي:

- تم مقارنة معدلات تكرارات السلوكيات المستهدفة في مرحلة خط الأساس مع حدوثها بعد حدث آخر وهو استجابة المعالج (TCRBs)، وتلك الفروق الحادثة للسلوكيات المستهدفة بعد حدث سابق معين (بعد مرحلة خط الأساس) تم تسجيلها كدرجات معيارية (Z- Score).
- تم تلخيص التتابعات السلوكية للحالات الثلاث في مصفوفات احتمالية انتقالية Probability Transitional Matrices لتحديد الاحتمالية التي استجاب بها المعالج بشكل إجرائي نظراً لأن الحالة أصدرت سلوكاً كلينيكياً CRBs، ومن الناحية الرياضية تمثل المصفوفات الاحتمالية الانتقالية (P) احتمالية حدوث TCRBs (P TCRBs + 1) يحدد (CRBs T) CRBs في الوقت (TCRBs t+1/ CRB st(t+1)).
- تم إجراء تحليل مربع كاي ($x^2$) Chi– Square على مستوى فردي لتحديد ما إذا كان الترابط المتسلسل (توقف السلوك على الاستجابة) داخل مصفوفات التكرارات الانتقالية له دلالة، وتم إجرائه على مستوى المجموعة حيث اختبر Chi– Square الثبات (السكون) عبر التكرارات السلوكية في الجلسات المختلفة داخل نفس المرحلة لكل حالة، وتم حساب الدلالة الإحصائية للاحتمالات الانتقالية عن طريق حساب Z– Score.
- تم إجراء تحليل Yule's Q وهو مقياس إحصائي للعلاقة بين متغيرين ثنائيين من

المستوى الرتبي في جداول اقتران، والذي تم إجرائه لتقييم الاتساق الداخلي للثنائيات (Pairs)، وأيضاً يقدم مؤشرات عن حجم (قوة) الارتباط المتسلسل لسلوكيات الحالات CRBs، واستجابات المعالجين TCRBs، ويشير اختبار Yule's Q إلى اتجاه وحجم العلاقة التي تتراوح من −١ إلى +١ (Lioyd, Kennedy & Voder, 2013; O'Connor, 1999)، ومعايير تفسير حجم تأثير اختبار Yule's Q هي ( ٠,٢٣ صغيرة، ٠،٤٣ متوسطة، ٠,٦٠ كبيرة) (Rosenthal, 1996).

وتوضح الجداول الثلاثة التالية (جدول ١٥، جدول ١٦، جدول ١٧) نتائج التحليل LSA وقيمة Yule's Q للحالات الثلاثة عينة البحث الحالي:

**أ- الحالة الأولى:**

**جدول ١٥ نتائج التحليل LSA وقيمة Yule's Q للحالة الأولى**

| الجلسات | (P (TCRB1 s t+ CRB1 st)[a] | Yule's Q | (P (TCRB2 s t+ CRB2 st)[b] | Yule's Q | $X^2$ مربع كاي | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Inter-dependence | Stationarty السكون |
| | | | | | | FAP / BL |
| ١ | ٠,١٩* | ١,٠٠ | ٠,٣٣* | ١,٠٠ | ٢٧١,٨* | ٢٣٠,٥ / ٧٣,٤ |
| ٢ | ٠,٠٠ | ٠,٠٠ | ٠,٥٠* | ٠,٥٠ | ١٤٧,٣* | |
| ٣ | ٠,٢٩* | ١,٠٠ | ٠,٣٢* | ١,٠٠ | ٢١٧,٦* | |
| ٤ | ٠,٨٧* | ١,٠٠ | ٠,٧٥* | ١,٠٠ | ٢٨٤,٥* | |
| ٥ | ٠,٧٥* | ١,٠٠ | ٠,٣٧* | ١,٠٠ | ٣٢٥,٢* | |
| ٦ | ١,٠٠* | ١,٠٠ | ٠,٥٢* | ١,٠٠ | ٢١٤,٧* | |
| ٧ | ٠,٧١* | ١,٠٠ | ٠,٥٧* | ١,٠٠ | ١٩٣,٣* | |
| ٨ | ٠,٦٢* | ٠,٥٠ | ٠,٥٥* | ٠,٥٥ | ٢٢٠* | |
| ٩ | ١,٠٠* | ١,٠٠ | ٠,٤٠* | ١,٠٠ | ٤٤٢,٥* | |
| ١٠ | ٠,٨٩* | ١,٠٠ | ٠,٥٤* | ١,٠٠ | ٢٠١,٦* | |
| ١١ | ١,٠٠* | ١,٠٠ | ٠,٣٢* | ١,٠٠ | ١٦٨,٧* | |
| ١٢ | ١,٠٠* | ١,٠٠ | ٠,٥٦* | ١,٠٠ | ١٩٠,٣* | |

**الدلالة الإحصائية**

**(a) احتمالية TCRB1s المحددة ل CRB1s**

**(b) احتمالية TCRB2s المحددة ل CRB2s**

وبمراجعة الجدول السابق الخاص بالحالة الأولى يلاحظ ما يلي:

- أن الاستجابات الإجرائية ل CRB1 من قبل المعالج ارتبطت بشكل دال بالانخفاضات الحادثة في CRB1s.

- كذلك ارتبطت استجابات المعالج الإجرائية ل CRB2s بارتفاعات دالة ل CRB2s خلال الجلسات.
- كما جاءت قيم اختبار Yule's Q في المدى ما بين الصفر إلى +١، وتشير هذه القيمة إلى أن اتجاه وقوة العلاقة بين احتمالية حدوث TCRBs والتغيرات الحادثة في CRBs كبيرة، أي أن مؤشر حجم تأثيرات الاستجابات الشرطية من قبل المعالج ذات تأثير كبير على خفض المشكلات السلوكية الكلينيكية لدى الحالة (CRB1) وبالتوازي معها تشكيل السلوكيات المحسنة (CRB2s).
- جاءت قيم اختبار مربع كاي ($x^2$) جميعها دالة، مما يدل على وجود ارتباط متسلسل داخل مصفوفات التكرارات الانتقالية، وهذا يعني توقف سلوكيات الحالة (CRBs) على استجابات المعالج الشرطية لها (TCRBs).

**ب- الحالة الثانية:**

**جدول ١٦ نتائج التحليل LSA وقيمة Yule's Q للحالة الثانية**

| الجلسات | (P (TCRB1 s t+ CRB1 st) | Yule's Q | (P (TCRB2 s t+ CRB2 st) | Yule's Q | $X^2$ مربع كاي | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Inter-depen-dence | Stationarty | |
| | | | | | | BL | FAP |
| ١ | ٠,٠٠ | N. V.* | *٠,٠٧ | ١,٠٠ | *١٥٤,٨ | ٨٧,٦ | ٢٢٩ |
| ٢ | ٠,٠٠ | N. V.* | *٠,٠٩ | ١,٠٠ | *١٢٠,١ | | |
| ٣ | ٠,٠٠ | N. V.* | *٠,٠٤ | ٠,٩٥ | *٢٤٧ | | |
| ٤ | ٠,٠٠ | N. V.* | ٠,٠٠ | N. V.* | *١٦٧,٢ | | |
| ٥ | ٠,٠٠ | N. V.* | *٠,١٤ | ١,٠٠ | *١٧٧,٣ | | |
| ٦ | *٠,١٤ | ١,٠٠ | *٠,٣ | ١,٠٠ | *١٣٣,٨ | | |
| ٧ | *٠,٠٥ | ١,٠٠ | *٠,٢١ | ٠,٩٧ | *٢٢٠,١ | | |
| ٨ | *٠,٢٥ | ٠,٩٥ | *٠,٤٤ | ١,٠٠ | *٢٢٠,٢ | | |
| ٩ | *٠,٦٠ | ١,٠٠ | *٠,٢٥ | ١,٠٠ | *٢٥٩ | | |
| ١٠ | *١,٠٠ | ٠,٨٨ | *٠,٤٢ | ١,٠٠ | *٢١٤ | | |
| ١١ | *٠,٠٧ | ١,٠٠ | *٠,٢٤ | ١,٠٠ | *٢٣٣ | | |
| ١٢ | *٠,٠٧ | ٠,٩٤ | *٠,٥٨ | ١,٠٠ | *٢١٧ | | |
| ١٣ | N. V.* | N. V.* | *٠,٣٧ | ٠,٩٥ | *١٩٧ | | |
| ١٤ | N. V.* | N. V.* | *٠,٥٠ | ١,٠٠ | *١٥٥ | | |

**(*) N.V. تشير إلى أنه لا توجد قيمة تم رصدها**

وبمراجعة الجدول السابق الخاص بالحالة الثانية، يمكن استنتاج ما يلي:

- توجد ارتباطات دالة إحصائياً بين الاستجابات الشرطية للمعالج (TCRBs) وبين التغيرات الحادثة في سلوك الحالة (CRBs)، حيث ارتبطت تلك الاستجابات (TCRB1) بشكل

دال مع انخفاضات CRB1s، وكانت الارتباطات بين الاستجابات TCRB2s وCRB2s أيضاً دالة في معظمها ما عدا بعض الجلسات جاءت فيم معاملات الارتباط غير دالة.

- جاءت قيم اختبار Yule's Q في المدى ما بين ٠,٨٨ إلى +١، وتشير تلك القيم إلى أن اتجاه وقوة (حجم) العلاقة بين احتمالية TCRBs والتغيرات الحادثة في CRBs كبيرة، حسب معيار Rosenthal، وهذا يعني أن حجم تأثير الاستجابات الشرطية من قبل المعالج (TCRBs) كبير على خفض السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة بمشكلات الحالة CRB1s وتشكيل السلوكيات المحسنة CRB2s، والجلسات التي لا يستجيب فيها المعالج لسلوكيات العميل يأتي فيها مؤشر حجم التأثير Yule's Q دون أي قيمة، وهذا يعني أن قيمة حجم التأثير تظهر فقط عند استجابة المعالج لسلوك الحالة.
- كما جاءت قيم اختبار مربع كاي ($x^2$) جميعها دالة، ما عدا قيمة واحدة (الجلسة ٢)، مما يشير إلى وجود ارتباط متسلسل داخل مصفوفات التكرارات الانتقالية، وهذا يعني توقف سلوكيات الحالة (CRBs) على استجابات المعالج الشرطية لها (TCRBs).

**ج- الحالة الثالثة:**

**جدول ١٧ نتائج التحليل LSA وقيمة Yule's Q للحالة الثالثة**

| الجلسات | (P (TCRB1s t+ CRB1 st) | Yule,s Q | (P (TCRB2s t+ CRB2 st) | Yule,s Q | X2 مربع كاي | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Inter-dependence | Stationarty | |
| | | | | | | BL | FAP |
| ١ | ٠,٠٠ | N. V. | ٠,٠٠ | N. V. | *١٨٨ | ١٧,٦ | ١٨٠,٨ |
| ٢ | ٠,٠٠ | N. V. | ٠,٠٠ | N. V. | *١٠٣ | | |
| ٣ | ٠,٠٠ | N. V. | ٠,٠٠ | N. V. | *١٢٩ | | |
| ٤ | ٠,٠٠ | N. V. | ٠,٠٠ | N. V. | *١١٠,٥ | | |
| ٥ | ٠,٠٠ | N. V. | ٠,٠٠ | N. V. | *١٣٧,٢ | | |
| ٦ | ٠,٠٠ | N. V. | ٠,٠٠ | N. V. | *٢٠٧,٥ | | |
| ٧ | *٠,٢٧ | ١,٠٠ | *٠,٣٣ | ١,٠٠ | *٢٦٤,٩ | | |
| ٨ | *٠,٢٢ | ١,٠٠ | *٠,٣٥ | ١,٠٠ | *١٨٠,٥ | | |
| ٩ | *٠,٠٨ | ٠,٩٨ | *٠,٥٠ | ١,٠٠ | *١٤٨,٢ | | |
| ١٠ | *٠,١٧ | ١,٠٠ | *٠,٣٥ | ١,٠٠ | *١٨٠,٥ | | |
| ١١ | *٠,١٤ | ٠,٨٧ | *٠,٣٠ | ٠,٩٦ | *٢٥٩ | | |
| ١٢ | *٠,١٧ | ١,٠٠ | *٠,٠٤٢ | ١,٠٠ | *٢١٦ | | |
| ١٣ | *٠,٤٦ | ٠,٩٢ | *٠,٠٩ | ١,٠٠ | *٢٦٤ | | |
| ١٤ | *٠,٤٤ | ١,٠٠ | *٠,٣٥ | ٠,٨٨ | *١٤٨,٢ | | |
| ١٥ | *٠,٢٩ | ١,٠٠ | *٠,٥٠ | ١,٠٠ | *١٨٧ | | |

وبمراجعة الجدول السابق الخاص بالحالة الثالثة، يمكن استنتاج ما يلي:

- أن الاستجابات الشرطية لـــ CRB1s من قبل المعالج (TCRBs) ارتبطت بشكل دال بالانخفاضات الحادثة في CRB1s، وكذلك ارتبطت استجابات المعالج لـــ CRB2s (TCRB2s) بارتفاعات دالة لـــ CRB2s خلال مرحلة التدخل العلاجي.
- كما جاءت قيم اختبار Yule's Q في المدى ما بين ٠,٨٧ و+١، وتشير تلك القيم إلى أن اتجاه قوة (حجم) العلاقة بين احتمالية TCRBs والتغيرات الحادثة في CRBs كبيرة حسب معيار Rosenthal، وهذا يعني أن حجم تأثير الاستجابات الشرطية من قبل المعالج كبير في خفض السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة بمشكلات الحالة CRB1s وتشكيل السلوكيات المحسنة (CRB2s).
- جاءت قيم اختبار مربع كاي ($x^2$) دالة في معظمها، مما يعني وجود ارتباط متسلسل داخل مصفوفات التكرارات الانتقالية، وهذا يعني توقف سلوكيات الحالة على استجابات المعالج الشرطية لها.

وإضافة لما سبق، فإنه وبمراجعة الجداول السابقة (جدول ١٥، جدول ١٦، جدول ١٧) يلاحظ أن اختبارات السكون Stationarity للبيانات المجمعة خلال مرحلتي BL وFAP تشير إلى عدم الثبات بين أوضاع الحالات عينة البحث الحالي عبر المرحلتين، مما يعني أن التباين ومتوسط السلاسل الزمنية يختلفان بين مرحلة خط الأساس ومرحلة التدخل العلاجي، مما يؤكد حدوث تغيرات ذات معني لدي الحالات متعلقة باستجابات المعالج لسلوكياتهن وتعزيزها.

- **مناقشة نتائج الفرض الثاني وتفسيرها**:

تشير نتائج هذا الفرض للحالات الثلاث إلى تحقق هذا الفرض وقبوله، أي أنه يمكن اعتبار أن الآلية الأساسية للتغيير في FAP هو استخدام المعالج للتعزيز الطبيعي الشرطي والطارئ للاستجابة للسلوكيات الكلينيكية ذات الصلة بمشكلات الحالة CRBs في سياق علاقة علاجية داعمة وقوية.

وقد أتاح التصميم التجريبي للبحث الحالي التأكد من أن المعالجة هي التي سببت تغيير السلوكيات CRBs لدى الحالات، حيث تم تقديم المعالجة في أوقات مختلفة للحالات الثلاث لمعرفة ما إذا كانت بداية تغيير السلوك قد تزامنت مع بداية المعالجة أم لا، حيث يشير كل من Gilner, Morgan and Leech (2017) أن هذا النوع من التصميمات التجريبية (Multiple Baseline Design) يلغي احتمال أن يكون هناك حدث خارجي آخر مسئول عن التغييرات الحادثة بالسلوكيات لأنه سيؤثر على جميع المشاركين الآخرين وليس واحداً فقط، وهذا ما تم توضيحه

بالأشكال ٤، ٥، ٦ حيث لم يبدأ التحسن في الظهور (انخفاض CRB1، زيادة CRB2 وCRB3) إلا عند بدء التدخل المتمثل في استجابة المعالج ل CRBs المختلفة التي تصدر عن الحالة.

ومن خلال استخدام LSA ذلك التحليل الإحصائي الذي تم استخدامه لاختبار صحة هذا الفرض والذي يتناسب مع التصميم التجريبي للبحث الحالي، تم تحديد المعدلات الأساسية للرموز ، واقتصر البحث الحالي على تحديد CRB وTCRBs وتم مقارنة احتمالية الرمز (الكود) (المعدل الأساسي ل CRBs) إحصائياً باحتمالية هذا الكود عندما يتبعه حدث يمثله رمز أخر وهو TCRBs، وقد أشارت النتائج أن احتمالية حدوث CRB1s كانت أقل عندما استجاب المعالج بشكل شرطي (TCRB1) لهذه السلوكيات، بينما لا يحدث التغيير مع عدم استجابة المعالج، وبالمثل حدث زيادة في احتمالية حدوث CRB2 عندما عزز المعالج تلك الفئة الشرطية لها (TCRB2s)، وتلك النتائج تدعم بشكل أساسي أن آلية التغيير الأساسية لهذا العلاج (FAP) هي استجابة المعالج لسلوك الحالة بشكل شرطي باستخدام التعزيز الطبيعي الطارئ للسلوكيات الكلينيكية ذات الصلة بمشكلات العميل داخل إطار الجلسة العلاجية.

وجاءت تلك النتيجة في ذات سياق نتائج عدد من الدراسات السابقة التي تؤكد أن آلية التغيير في FAP هو الاستجابة المباشرة من قبل المعالج ل CRBs ( Aranha, Oshiro& Wallace,2020; Landes, 2008; Munoz–Martinez & Follette, 2019; Holman, 2011).

ويمكن تفسير التغيرات السلوكية لدى الحالات والتي تزامنت مع استجابة المعالج من خلال تطبيق القاعدة الأولى من قواعد علاج FAP، والتي تشكل جوهر هذا العلاج، حيث إن اتباع تلك القاعدة وهي الملاحظة الجيدة المباشرة الواعية تماماً لسلوك العميل (CRBs) داخل الجلسة يؤدي إلى زيادة الفعالية بين المعالج والعميل، ويقوي من ردود الأفعال العاطفية بينهم، وتصبح النتيجة النهائية لتطبيق تلك القاعدة هي تمكين المعالج من أن يتفاعل بشكل طبيعي وشرطي مع سلوكيات العميل، فيعزز ويعاقب ويطفئ ويشكل سلوكيات العميل كل حسب حالته وبطريقة تطور وتحسن السلوك إلى الأفضل.

وتثير تلك العلاقة المثالية العاطفية بين المعالج والعميل استحضار CRB1 (قاعدة ٢)، فالمعالج النشط الذي يمتلك مشاعراً من الدفء نحو العميل يستطيع أن يستحضر السلوكيات التي تمثل مشكلات للحالة إلى حيز الجلسة العلاجية، ويساعد الحالة على التعبير عن مشاعرها وتطوير قدراتها على إقامة علاقات عاطفية عميقة وذات معنى من خلال تطبيق القاعدة ٣، وهذا ما يفسر أنه خلال الجلسات المبكرة من العلاج (شكل٤، ٥، ٦) سبقت CRB1 بشكل حصري CRB2،

ويشير هذا إلى أنه تم استحضار السلوك المشكل في البداية ثم استجاب له المعالج بفعالية وبشكل إجرائي شرطي، ثم أدت عملية التشكيل تلك إلى سلوك أكثر فعالية في وقت لاحق من الجلسات.

ويمكن تفسير النتائج العلاجية ل FAP كذلك من خلال الوعي الجيد والتحديد المسبق من قبل المعالج بما سوف يتم تعزيزه من سلوكيات خلال الجلسات والتحديد الجيد للسلوكيات المستهدفة واستحضارها بشكل منظم ومقصود خلال الجلسات، ويتم ذلك باستخدام الأدوات الخاصة بهذا العلاج (مثل استخدام الأسئلة النموذجية لاستحضار CRB1، والاستبيانات المستخدمة لكل جلسة وكل مرحلة)، كما أن المعالج –من خلال استخدام تلك الأدوات – يستطيع أن يقيم بشكل موضوعي جداً تأثيره على العميل، وتحديد التفاعلات الأكثر تأثيراً عليه عن طريق أداة FAPRS، والتي تعد أداة ملاحظة غاية في الدقة لتقييم السلوكيات والتفاعلات داخل الجلسات العلاجية، ومن ثم يستطيع المعالج هنا أن يجزم تماماً بأن استجاباته التعزيزية هي التي تؤثر على سلوك العميل، وتعزز التغيرات الحادثة له.

ففي النهاية، يمكن القون بأن مجرد وجود علاقة علاجية قوية وداعمة قد لا يكون هو المؤثر الأساسي على سلوك الحالات، وهذا ما أظهرته النتائج في مرحلة خط الأساس، فلم يكن في تلك المرحلة سوى تأسيس لعلاقة علاجية قوية من خلال الاستماع الداعم للحالات، ولكن حدثت التغيرات فقط عندما بدأ المعالج في الاستجابة الإجرائية لسلوكيات الحالات التي تظهر داخل الجلسة وتعزيزها، وهذا ما يدعم صحة الفرض الثاني للنظرية والبحث الحالي، والذي يؤكد علي أن التعزيزات الإجرائية الطبيعية في إطار العلاقة العلاجية والمكثفة هي التي تنتج التغيرات الكلينيكية المرجوة من العلاج، وأن تلك المعززات الطبيعية تعد الالية الأساسية لتغيير سلوكيات الحالات داخل الجلسات وتعميم تلك المكاسب السلوكية خارج الجلسات.

**٣- عرض نتائج الفرض الثالث**:

ينص الفرض الثالث على: "يحسن FAP الأداء البينشخصي لدى أفراد العينة خارج إطار الجلسات العلاجية والتي تم تحديده أهدافاً للحياة اليومية في نموذج تصور الحالة بعد انتهاء التدخل ومرحلة المتابعة"

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم إجراء تحليل نوعي لنتائج تطبيق أدوات الدراسة الكلينيكية، والمتمثلة في نموذج تصور الحالة والذي تم تطبيقه أولاً في مرحلة خط الأساس ثم مراحل التدخل العلاجي، وأخيراً بعد انتهاء مرحلة المتابعة، وذلك لتتبع تطور النموذج من مرحلة إلى الأخرى لتقييم مستمر للنتائج العلاجية، ويهدف نموذج تصور الحالة إلى تحديد مشكلات الحياة اليومة للحالات، وتحديد CRB1s التي تمثل السلوكيات المشكلة وغير الصحية التي تميز نمط

سلوكيات الحالات داخل إطار الجلسات العلاجية (in– sessions)، وتظهر أثناء التفاعل بين المعالج والحالة، وترتبط ارتباطاً وثيقاً بمشكلات الأداء البينشخصي، ومن خلال صياغة تصور الحالة أيضاً تم تحديد CRB2s و CRB3s كسلوكيات صحية مستهدفة يسعى العلاج إلى تشكيلها لدى الحالات داخل إطار الجلسات العلاجية، وفي النهاية من خلال صياغة الحالة تم تحديد أهداف الحياة اليومية Daily Goals للحالات الثلاث، والتي تمثل السلوكيات المستهدفة للعلاج خارج إطار الجلسات العلاجية (out– sessions) والتي تمثل الناتج النهائي للعلاج، والذي يتحقق من خلال أداء الحالات لسلوكيات بينشخصية وظيفية في حياتهم اليومية.

وبمراجعة نموذج تصور الحالة للحالات الثلاث يمكن استنتاج ما يلي:

- أن **مشكلات الحياة اليومية Daily Problems** للحالات ترتبط لديهم بالمشكلات البينشخصية التي تم تحديدها لديهم باستخدام قائمة المشكلات البينشخصية، حيث أظهرت الحالة الأولى درجات مرتفعة على أربعة أبعاد وهي: اللاتوكيدية، والعزلة الاجتماعية، واسترضاء الآخرين، والسذاجة في التعامل مع الغير؛ وأظهرت الحالة الثانية درجات مرتفعة على ثلاثة أبعاد من القائمة وهي: اللاتوكيدية، والعزلة الاجتماعية، والبرود العاطفي؛ وأظهرت الحالة الثالثة درجات مرتفعة على أربعة أبعاد وهي: الاستبداد والهيمنة، والانتقام، والفضول، والبرود العاطفي.
- **تاريخ الحالة المرتبط Relevant History** قد أظهر أن الحالات الثلاث قد أتين من بيئات إلى حد ما تتصف بإهمال الحاجات الأساسية لأبنائها من حب واهتمام وتنمية مفاهيم إيجابية عن الذات وتدعيم الثقة بالنفس، كما تظهر بها أنماط من الإساءة العاطفية والجسدية وكثرة التوبيخ وتوجيه الانتقادات واللوم وقمع الآراء وعدم قبول الاختلاف، وقد ترتبط تلك الأنماط من المعاملة الوالدية بمشكلات الأداء البينشخصي لدى أبنائهم نظرياً.
- تم تحديد **السلوكيات الكلينيكية ذات الصلة بمشكلات الحالات في حياتهم اليومية**، والمتمثلة بمشكلات الأداء البينشخصي لديهم، وتمثلت تلك المشكلات في CRB1s وهي تمثل المشكلات السلوكية التي تظهر أثناء التفاعل العلاجي، ويعمد المعالج إلى استحضارها إلى حيز العلاج، وCRB2s وهي تمثل السلوكيات المحسنة التي يهدف المعالج إلى تشكيلها وتعزيزها داخل الجلسات العلاجية.
- تم تحديد أهداف الحياة اليومية التي تحققت لدى الحالات، تلك التي تمثل الناتج النهائي للعلاج بعد تعميم الخبرات السلوكية التي تم تطويرها داخل الجلسات إلى خارج نطاق الجلسات العلاجية، وفي إطار التفاعلات الحياتية للحالات وعلاقاتهم البينشخصية والتي ارتبط تحقيقها

لدى الحالات الثلاثة بانخفاض درجاتهم على أبعاد قائمة المشكلات البينشخصية (كما تحقق في الفرض الأول)، وتحسين أدائهم البينشخصي في تفاعلاتهم مع الآخرين في حياتهم اليومية، وهذا ما أظهره نتائج تطبيق الاستبيان الخاص بتقييم فائدة العلاج بعد نهاية مرحلة المتابعة لكل حالة كما يلي :

- أظهرت نتائج تطبيق الاستبيان الخاص بالحالة الأولى إلى أن الحالة قد أشارت إلى أن الخضوع إلى جلسات العلاج قد تركت على حياتها اليومية آثاراً إيجابية حيث استطاعت أن تتحكم في سلوكياتها وتتحرر من ضغوط العلاقات البينشخصية غير الصحية واستطاعت تحقيق علاقات مشبعة وغير مرهقة بالنسبة لها فهي الآن تستطيع أن تضع حدود صحية لاشباع احتياجاتها وتلبية احتياجات الآخرين أيضاً، وتستطيع أن تعبر عن مشاعرها وآرائها واستعادة ثقتها بنفسها، فهي الآن قادرة على اتخاذ قراراتها الشخصية، وأهم ما أكدت عليه الحالة أنها أصبحت تستطيع أن تفسر ما حدث لها في حياتها الماضية وسبب لها ما كانت تعانيه من مشكلات، وأصبحت قادرة الآن أن تفسر وتصف سلوكها بشكل جيد مما مكنها من إقامة علاقات وظيفية بشكل مناسب.
- وقد أشارت الحالة الثانية من خلال استجاباتها على استبيان تقييم فائدة العلاج لها في حياتها الشخصية خارج إطار الجلسات العلاجية بعد الانتهاء من مرحلة العلاج والمتابعة إلى أن الخضوع لجسات FAP قد غير من مجرى حياتها وشخصيتها إلى الأفضل، حيث استطاعت أن تقيم بالفعل علاقات بينشخصية صحية استطاعت من خلالها إشباع احتياجاتها، واستعادة ثقتها بنفسها وبقدرتها على التفاعل الصحي مع الآخرين، وأصبحت قادرة على اتخاذ قراراتها دون تردد، وقادرة على مواجهة المواقف والآخرين دون تجنب أو سلبية، مما جعلها تتحرر من ضغوط التعامل مع الآخرين، فهي كما أشارت أصبحت قادرة على تفسر سلوكياتها وما يؤدي بها إلى المعاناة فتبتعد عنه، وما يجعلها في حالة جيدة فتتجه إليه.
- كما أوضحت الحالة الثالثة في استجاباتها على استبيان تقييم فائدة العلاج لها أنها بعد الانتهاء من العلاج أصبحت أكثر ثقة في نفسها، لا تبحث عن رأي الآخرين أو نظرتهم لتصرفاتها، كما أنها أصبحت أكثر قدرة على التحكم في انفعالاتها عند تلقي النقد، وأنها تمارس ضبط النفس قبل أن تندفع بالتعبير عن مشاعرها السلبية تجاه الآخرين، وأصبحت أكثر اهتماماً بممارسة هوايتها وتنميتها وهي تشعر بأنها متقبلة لذاتها ومظهرها وسلوكها مما جعلها أكثر هدوءاً في انفعالاتها، وأكثر قدرة على التسامح مع وجهات نظر الآخرين وتحاول ضبط نفسها عن اقتحام ما لا شأن لها به، أو اقتحام أي مجموعة دون رغبة منهم، وهي تفسر

سلوكها وما يستثيرها وتتحكم في اندفاعاتها، وبذلك أصبحت علاقاتها بالآخرين أكثر ارتياحاً وهدوءاً عن ذي قبل.

- **تفسير نتائج الفرض الثالث**:

ما جاء بنموذج صياغة الحالة من أهداف للحياة وما عبرت عنه الحالات الثلاث عند الاستجابة على استبيان تقييم فائدة العلاج، من تحقيق لأهداف الحياة اليومية لديهم، واستمرار FAP في التأثير الإيجابي على حياتهن وتحسن أدائهن البينشخصي، وشعورهن بالتحرر من ضغوط العلاقات البينشخصية المرهقة لهم، بل وتطوير سلوكيات صحية لإبداء آرائهن بطرق توكيدية بعيدة عن السلبية أو العدوانية، وتعزيز الثقة بالنفس والقدرة على اتخاذ قرارات بتروي وهدوء، والتركيز على احتياجاتهن النفسية ليتمكنوا من إقامة علاقات مشبعة وغير مرهقة لهم، يمكن تفسيره من خلال تطبيق المعالج للقاعدة الخامسة من قواعد علاج FAP والتي تم من خلالها تنفيذ إستراتيجيات التفسير والتعميم، فقد ساعدت المعالج والحالات على استنباط ووصف العلاقات الوظيفية بين سلوكياتهم والمتغيرات التي تتحكم فيها (أي تحديد السوابق واللواحق بشكل واضح).

ومن خلال إجراء ما يسمى بالموازيات الخارجية والتي ركز عليها المعالج مع الحالات عندما تتوافق أحداث الحياة اليومية ومشكلاتها للحالات مع المواقف التي تحدث داخل الجلسات العلاجية، وكذلك إجراء الموازيات الداخلية عندما تتشابه الأحداث داخل الجلسات العلاجية ومواقف الحياة اليومية للحالات، فتلك الموازيات تسهل تعميم المكاسب السلوكية التي تحققت في العلاقة بين المعالج والحالات، ففي الحالة الأولى – على سبيل المثال– كانت تقاوم الحوار مع المعالج، وعدم إعطائه كل المعلومات وتحتج بأنها لا تتذكر الأحداث، هذا السلوك يمثل CRB1s للحالة عندما يظهر داخل إطار الجلسة العلاجية حاول المعالج أن يربط هذا السلوك بأحد المواقف التي تعاني منها الحالة وهي رفضها للتواصل مع أفكارها ومشاعرها ومن ثم شكواها الدائمة بعدم قدرتها على تحديد مشاعرها. فجلسة FAP كثيراً ما يعني فيها المعالج بأحداث هذا النسج بين محتوى الحياة اليومية ومشكلاتها وبين محتوى السلوك الذي يصدر عن الحالة داخل الجلسة، والمحاولة الدائمة لإيجاد أوجه التشابه بين الداخل والخارج لتسهيل عملية التعميم وتحقيق أهداف الحياة خارج الجلسة.

وأيضاً – على سبيل المثال– من المشكلات التي تظهرها الحالة الثالثة أثناء الجلسة هي أنها تصيح بصوت مرتفع لوقف أي حديث هي لا ترغب في إكماله مع المعالج، وهنا حاول المعالج أن يربط هذا السلوك بأحد المشكلات التي تعاني منها الحالة في حياتها اليومية وهي أنها كثيراً ما تحدث صخباً من حولها فتتحدث بصوت مرتفع، وتضحك بصوت مرتفع، وهذا يزعج

الآخرين منها ويجعلهم يرفضون الخروج معها رغم أنها اجتماعية وترغب في التواجد مع الآخرين، فهنا حاول المعالج أن يجد ويحدد لها التشابه بين الموقفين ويكسبها القدرة على ضبط السلوك وخفض الصوت وتعزيز ذلك وتشكيل سلوك التروي والهدوء في ردود الأفعال.

كذلك استطاع المعالج أن ييسر عملية التعميم من خلال تكليف الحالات بالواجبات المنزلية التي تتضمن مراقبة سلوكهن ومحاولة تفسيره، والتركيز على استخدام السلوك المحسن الذي كن يستخدمنه داخل الجلسة (CRB2s) وإعادة تكراره في المواقف المشابهة من الحياة اليومية، وتقترح نظرية FAP أن الاستجابة المعززة بشكل إجرائي وفعال من قبل المعالج لن تؤدي فقط إلى تعزيز CRB2s و CRB3s، وإنما تسهل التعميم على العلاقات الأخرى في حياة الأفراد اليومية مما يسحن أداءه البينشخصي (Baruch et al., p.22).

ويمكن كذلك تفسير استمرار FAP في التأثير الإيجابي على السلوك البينشخصي للحالات وتعميم المكاسب السلوكية التي تم تعلمها داخل إطار الجلسات إلى حياتهم اليومية من خلال إجراءات عمليات التعزيز الإجرائي التي هي لب وجوهر علاج FAP، والتي تتم في سياق علاقة علاجية داعمة وقوية، فمن خلال إجراءات التعزيز الإجرائي كالتشكيل والتعزيز التفاضلي للسلوك استطاع المعالج أن يخفض من CRB1s، وأن يشكل مجموعة جديدة من السلوكيات المحسنة CRB2s، وكذلك تعميم تلك التحسينات على الحياة اليومية للحالات.

فالتعزيز هو عملية هدفها الأساس تثبت السلوك المناسب واستمراريته، بل وزيادة احتمالات تكراره في المستقبل. فيرى سكينر في نظريته عن الإشراط الإجرائي أن التعلم يحدث عندما تعزز الاستجابات الصحيحة والتي تمثلها هنا CRB2s، وأن تلك الاستجابات المعززة تقوى احتمالات تكرارها مستقبلاً، وتلك التكرارات هي تمثل أهداف الحياة لحالة.

كما أشار القبلي (٢٠١٤، ص ١٢) إلى أن التعزيز ذو أثر إيجابي ليس فقط على السلوكيات وإنما كذلك على الحالة الانفعالية، فهو يؤدي إلى تجويد مفهوم الذات وتسحينها، وهو يستثير الدافعية ويقدم تغذية راجعة بناءة، وهذا قد يفسر التغيرات الانفعالية وتحسين الحالة المزاجية للحالات عينة البحث الحالي واللاتي عبرن عن شعورهن بهذا التغيير الإيجابي في حياتهن اليومية وحياتهن العاطفية الانفعالية، وأنهن أصبحن أكثر قدرة على إقامة علاقات مشبعة لهم وغير مرهقة ولا ضاغطة.

الاستنتاج Conclusion:

تلخيصاً لما سبق، وما توصل إليه البحث من نتائج أوضحت فعالية العلاج النفسي التحليل الوظيفي (FAP) في خفض بعض المشكلات البينشخصية لدى عينة غير كلينيكية من طلاب

الجامعة، من خلال الآلية الأساسية للتغيير في إطار هذا العلاج، وتعميم المكاسب العلاجيه التي تظهر داخل الجلسات العلاجية على حياة العميل اليومية ومدى ثباتها حتى بعد انتهاء مرحلة المتابعة.

فقد جاءت نتائج البحث الحالي داعمة للافتراضات الأساسية لعلاج FAP، وهي أنه يمكن اعتبار العلاقة العلاجية آلية أساسية للتغيير من خلال توفير المعالج لإجرءات التعزيز الإجرائي لتشكيل سلوك العميل، والافتراض بأن العديد من الصعوبات التي يواجهها العميل خارج العلاج تظهر أثناء التفاعل العلاجي، فبيئة العلاج من وجهة نظر FAP هي بيئة تشبه وظيفياً البيئة الحقيقية التي يعيشها العميل في حياته اليومية(Tsai et al., 2004).

ويضيف Valero– Aguayo, Ferro– Garcia, Kohlenberg and Tsai (2011) أن ما يجعل FAP علاجًا فريداً هو تطبيق التشكيل المستمر وتطبيق التعزيز الإجرائي خلال جلسة العلاج، وذلك من خلال الاستجابة المتزامنة من قبل المعالج لمشاكل العميل التي تحدث مباشرة في الجلسة، ويتم التعميم الوظيفي، حيث إن السلوك الظاهر داخل وخارج الجلسات الكلينيكية له نفس الوظائف، ويتم أيضاً من خلاله دمج السلوك المعرفي دون اعتباره ذا طبيعة ذهنية، بل سلوك يخضع لنفس المبادئ مثل جميع السلوكيات الأخرى، ويتم تحقيق هذا في إطار علاقة علاجية مكثفة وعاطفية بين المعالج والعميل على أن يكون المعالج واعياً ومثيراً للسلوكيات والأحداث ومعززاً لها بشكل إجرائي فعال.

**التوصيات والتوجهات المستقبلية**:

من خلال ما توصل إليه البحث الحالي من نتائج، ومن خلال الأدب النظري للبحث، توصي الباحثتان بما يلي:

- الاهتمام بتطبيق آليات علاج FAP، والذي يعد جزءاً من المنحى السلوكي المعرفي في موجته الثالثة، والذي يعد بناءً على نتائج البحث الحالي والدراسات السابقة علاجاً واعداً وفعالاً ولكنه لم يحظ بعد بالاهتمام في البيئة العربية.
- ضرورة الاهتمام بالتصميمات التجريبية لدراسات الحالات الفردية القادرة على توليد بيانات كمية حول تأثيرات التدخلات العلاجية للحالات الفردية بدلاً من الاعتماد على مجرد الوصف النوعي للتغييرات والحصول على بيانات كيفية فقط.
- إجراء البحوث التجريبية حول تأثيرات دمج FAP مع الطرق العلاجية الأخرى على النتائج العلاجية.
- إجراء البحوث التجريبية لمقارنة النتائج العلاجية ل FAP بالنتائج العلاجية للطرق التي

تم التحقق من فعاليتها تجريبياً.

- إختبار فعالية FAP في إطار العلاج الجماعي وليس الحالات الفردية.
- اختبار فعالية FAP مع الأعمار الزمنية الأقل من ١٨ عاماً، والوقوف على إمكانية الاستفادة من تطبيقاته مع عينات من شرائح زمنية أقل.
- توجيه البحوث المستقبلية للكشف عن المشكلات البينشخصية وآثارها على نتائج العلاج النفسي، وآثار أنواع العلاج النفسي عليها.

## المراجع


الخطيب، جمال (٢٠٠٣). *تعديل السلوك الإنساني*. الكويت: مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

عبد الرحمن، محمد السيد (١٩٩٨). *نظريات الشخصية*. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.

غريب، غريب عبد الفتاح (٢٠٠٧). الاضطرابات الاكتئابية: التشخيص، عوامل الخطر، النظريات والقياس. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ١٧(٥٦)، ٣٩- ٩٧.

فرج، صفوت (٢٠٠٨). *علم النفس الإكلينيكي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو.

القبلي، عناية حسن (٢٠١٤). *التعزيز في الفكر التربوي الحديث*. القاهرة: شركة أمان للنشر والتوزيع.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Aranha, A., Oshiro, C. & Wallace, E. (2020). A single-case quasi-experimental design of Functional Analytic Psychotherapy for substance abuse. *Psicologia: Teoria e Prática*, 22(3), 263-286.

Bakeman, R., & Quera, V. (1995). Log-linear approaches to lag-sequential analysis when consecutive codes may and cannot repeat. *Psychological Bulletin*, 118, 272–284

Barrett, M. & Barber, J. (2007). Interpersonal profiles in major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 247- 266.

Baruch, D., Kanter, J., Busch, A., Plummer, M., Tsai, M., Rusch, L, Landes, S. & Holman, G. (2009). Lines of evidence in support of FAP. In M. Tsai, R. Kohlenberg, J. Kanter, B. Kohlenberg, W. Follette & G.

Callaghan (Eds.). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love and Behaviorism* (pp.21- 36). New York: Springer.

Berkman, L., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science Medicine,* 51(6), 843-857.

Busch, A., Callaghan, G. & Kanter, J., Baruch, D. & Weeks, C. (2012). The Functional analytic psychotherapy rating scale: a replication and extension. *J Contemp Psychother.* 40,11–19.

Callaghan, G. & Follette, W. (2008). FAPRS MANUAL: Manual for the Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 1- 97.

Callaghan, G., Follette, W., Ruckstuhl, L. & Linnerooth, P. (2008). The Functional Analytic Psychotherapy Rating Scale (FAPRS): A Behavioral Psychotherapy Coding System. *The Behavior Analyst Today*, 9(1), 98- 116.

Callaghan, G., Summers, C. & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A Single-Subject demonstration of clinical improvement using functional analytic psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy,* 33 (4), 321- 339.

Carter, J., Kelly, A. & Norwood, S. (2012). Interpersonal problems in anorexia nervosa: Social inhibition sa defining and detrimental. *Personality and Individual Differences*, 53, 169- 174.

Dehbaneh, M. (2019). Effectiveness of acceptance and commitment therapy in improving interpersonal problems, quality of life, and worry in patients with body dysmorphic disorder. *Electronic Journal of General Medicine*, 16(1), 1-7.

Dyksta, T., Shontz, K., Indovina, C. & Moran, D. (2010). The application of FAP to persons with serious mental illness. In J. Kanter, M. Tasi and R. Kohlenberg (Eds.). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp.205- 224). New York: Springer.

Faraone, S. & Dorfman, D. (1987). Lag sequential analysis: Robust statistical methods. Psychological Bulletin, 101, 312-323.

Fluckiger, C., Del Re, A., Wampold, B., Symonds, D., Horvath, A. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *J. Couns Psychol*, 59, 10- 17.

Girard, J., Wright, A., Beeney, J., Lazarus, S., Scott, L., Stepp, S. & Pilkonis, P. (2017). Interpersonal problems acreoss levels of the psychothology hierarchy. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 53- 69.

Gliner, J., Morgan, G. & Leech, N. (2017). *Research methods in applied setting: An integreated approach to design and analysis* (3rd ed.). New York: Routledge.

Gurtman, M., & Lee, D. (2009). Sex differences in interpersonal problems: A circumplex analysis. *Psychological Assessment*, 21(4), 515-527.

Hartmann, A. , Zeeck, A. & Barrett M. (2010). Interpersonal problems in 2. eating disorders . *Int J Eat Disord*, 43, 619 – 627.

Hockstra, R. & Tsai, M. (2010). FAP for interpersonal groups. In J. Kanter, M. Tasi & R. Kohlenberg (Eds.). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp.247- 260). New York: Springer.

Holman, G. (2011). Development and preliminary evaluation of brief FAP-based relationship enhancement. *Unpublished doctoral dissertation*, University of Washington.

Horowitz, L. (1979). On the cognitive structure of interpersonal problems treated in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 5-15.

Horowitz, L. (1996). The study of interpersonal problems: A Leary legacy. Journal of Personality Assessment, 66, 283-300.

Horowitz, L. M. (2004). *Interpersonal foundations of psychopathology*. Washington, DC: nmerican Psychological Association.

Horowitz, L., Alden, L., Wiggins, J., & Pincus, A. (2000). *IIP - Inventory of Interpersonal Problems Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Horowitz, L.., Rosenberg, S.., Baer, B., Ureno, G., & Villasenor, V. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-892.

Johnson, B. & Chirstensen, L. (2004). *Educational reseach: Quantitative, qualitative, and mixed approaches* (2nd ed.). New York: Pearson Education, Inc.

Jones, A., Lindekilde, N., Lubeck, M. & Clausen, L. (2015). The association between interpersonal problems and treatment outcome in the eating

disorders: A systematic review. *Nord J Psychiatry*, 69(8), 563- 573.

Kohlenberg, B. & Callaghan, G. (2010). FAP and acceptance commitment therapy (ACT): Similarities, divergence, and integration. In J. Kanter, M. Tasi and R. Kohlenberg (Eds.). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp.31- 46). New York: Springer.

Kohlenberg, R. & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Springer.

Kohlenberg, R., Kohlenberg, B. & Tsai, M. (2009). Intimacy. In M. Tsai, R. Kohlenberg, J. Kanter, B. Kohlenberg, W. Follette & G. Callaghan (Eds.). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love and Behaviorism* (pp.131- 145). New York: Springer.

Kohlenberg, R., Tsai, M. & Kanter, J. (2009). What is Functional Analytic Psychotherapy?. In M. Tsai, R. Kohlenberg, J. Kanter, B. Kohlenberg, W. Follette & G. Callaghan (Eds.). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love and Behaviorism* (pp.1- 20). New York: Springer.

Landes, S.(2008). Functional Analytic Psychotherapy for comorbid depression and personality disorders. *Unpublished doctoral dissertation,* University of Wisconsin – Milwaukee.

Landes, S., Kanter, J., Weeks, C. & Busch, A. (2013). The impact of the active components of Functional Analytic Psychotherapy on idiographic target behaviors. *Journal of contextual Behavioral Science*, 2, 49- 57.

Lizarazo, N., Muñoz-Martínez, A., Santos, M. & Kanter, J. (2015). AWithin-Subjects Evaluation of the Effects of Functional Analytic Psychotherapy on In-Session and Out-of-Session Client Behavior. *Psychol Rec*, 65, 463–474.

Lloyd, B. P., Kennedy, C. H., & Yoder, P. J. (2013). Quantifying contingent relations from direct observation data: Transitional probability comparisons versus Yule's Q. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 46, 479-497.

Macías, J., Valero-Aguayo, L., Bond, F., Blanca, M. (2019). The effi cacy of functional-analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy (FACT) for public employees. *Psicothema*, 31(1), 24- 29.

Maitland, D. (2015). Functional Analytic Psychotherapy compared to

watchful waiting for enhancing social connectedness: A randomized clinical trial with a diagnosed sample. *Unpublished doctoral dissertation*, Western Michigan University.

Maitland, D., Kanter, J., Manbeck, K. & Kuczynski, A. (2017). Relationship science informed clinically relevant behaviors in Functional Analytic Psychotherapy: The Awareness, Courage, and Love Model. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6, 347- 359.

Maitland, D., Kanter, J., Tsai, M., Kuczynski, A., Manbeck, K. & Kohlenberg, R. (2016). Preliminary Findings on the Effects of Online Functional Analytic Psychotherapy Training on Therapist Competency. *Psychol Rec*, 66, 627–637.

Manolov, R. & Moeyaert, M. (2017). How can single-case data be analyzed? Software resources, tutorial, and reflections on analysis. *Behavior Modification*, 41(2), 179 –228.

Manolow, R. & Moeyaert, M. (2017). Recommendations for choosing single- case data analytical techniques. *Methodological*, 48, 97- 114.

McBurney, D. & White, T. (2010). *Research methods* (8th ed.). USA: Wadsworth.

McFarquhar, T., Luyten, P. & Fonagy, P. (2018). Changes in interpersonal problems in the psychotherapeutic treatment of depression as measured by the Inventory of Interpersonal Problems: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 226, 108-123.

Montaño, O., Montenegro, M., Muñoz-Martínez, A. (2018). Functional Analytic Psychotherapy enhanced behavioral activation for depression: A concurrent and non-Concurrent Between-Participants study. *The Psychological Record*, 68,27–37.

Muñoz-Martínez, A. (2019). Assessing the mechanism of Change of Functional Analytic Psychotherapy: An exploratory analysis of a process-based behavioral intervention. *Unpublished doctoral dissertation*, University of Nevada, Reno.

Newman, M. & Erickson, T. (2010). Generalized anxiety disorder. In J.G. Beck (Ed.), *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding psychopathology and treatment.* (pp. 235–259). Washington, DC: American Psychological Association.

Newman, M., Jacobson, N., Erickson, T. & Fisher, A. (2017). Interpersonal

problems predict differential response to cognitive versus behavioral treatment in a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 48, 56- 68.

O'Connor, B. (1999). Simple and flexible SAS and SPSS programs for analyzing lag-sequential categorical data. *Behavior Research Methods, Instruments*. & *Computers*,31 (4), 718-726.

Ollila, P., Knekt, P., Heinonen, E. & Lindfors, O. (2016). Patients' pre-treatment interpersonal problems as predictors of therapeutic alliance in long-term psychodynamic psychotherapy. *Psychiatry Research*, 241, 110- 117.

Parker, R. & Vannest, K. (2009). An improved effect size for single- case research: Nonoverlap of all pairs. *Behavior Therapy*, 40, 357- 367.

Parker, R., Vannest, K., Davis, J. & Sauber, S. (2011). Combining nonoverlap and trend for single- case research: Tau- U. *Behavior Therapy*, 42, 284- 299.

Quilty, L., Mainland, B., McBride, C. & Bagby, R. (2013). Interpersonal problems and impacts: Further evidence for the role of interpersonal functioning in treatment outcome in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorder*, 150, 393- 400.

Rosenfarb, I. (2010). FAP and psychodynamic therapies. In J. Kanter, M. Tasi & R. Kohlenberg (Eds.). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp.83- 96). New York: Springer.

Rosenthal, J. (1996). Qualitative descriptors of strength of association and effect size. *Journal of Social Service Research*, 21, 37-59

Schneider, B. (2014). Interpersonal distress and interpersonal problems associated with depression. *Unpublished doctoral dissertation*, Columbia University.

Shin, K. & Newman, M. (2019). Self-and other-perceptions of interpersonal problems: Effects of generalized anxiety, social anxiety, and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 66, 1- 10.

Singh, R. & O'Brien, W. (2017). A Quantitative Synthesis of Functional Analytic Psychotherapy Single-Subject Research, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1- 45, https://doi.org/10.1016/j.jcbs. 2017.11.004.

Triscoli, C., Croy, I., Olausson, H., Sailer, U. (2017). Touch between romantic partners: being stroked is more pleasant than stroking and

decelerates heart rate. *Physiol. Behav*. 177, 169–175.

Tsai, M., Kanter, J., Landes, S., Newring, R. & Kohlenberg, R. (2009). The course of therapy: Beginning, middle and end phases of FAP. In M. Tsai, R. Kohlenberg, J. Kanter, B. Kohlenberg, W. Follette & G. Callaghan (Eds.). *A guide to Functional Analytic Psychotherapy: Awareness, Courage, Love and Behaviorism* (pp.145- 166). New York: Springer.

Tsai, M., Kohlenberg, R., Kanter, J., Kohlenberg, B., Follette, W., & Callaghan, G. (2009). *A guide to functional analytic psychotherapy: Awareness, courage, love, and behaviorism.* New York, NY US: Springer Science + Business Media.

Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., Kohlenberg, R. & Tsai, M. (2011). Therapeutic Change Processes in Functional Analytic Psychotherapy. *Clínica y Salud*, 22(3), 209- 221.

Vandenberghe, L. & Leite, U. (2018). Functional Analytic Group Therapy (FAGT) for Depression: a Pilot Study.(ORIGINAL ARTICLE)(Case study). *The Psychological Record*, 68 (2), 1- 11.

Vandenberghe, L., Ferro, C., & Cruz, A. (2004). FAP-Enhanced Group Therapy for Chronic Pain. *The Behavior Analysis Today,* 4(4), 369-375.

VanLear, A. (2018). Lag Sequential Analysis. In M. Allen (Ed.). *The SAGE Encyclopedia of Communication Research Methods* (pp. 839-841). Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.

Waltz, J., Landes, S. & Holman, G. (2010). FAP and Dialectical Behavior Therapy (DBT). In J. Kanter, M. Tasi and R. Kohlenberg (Eds.). *The practice of Functional Analytic Psychotherapy* (pp.47- 64). New York: Springer.

Weber, K., Vance, J., Harrison, A. & Jenkins, S. (2018). Implicitly measured self definition and social definition relate to self-reported interpersonal problems circumplex scales. *SIS J. Proj. Psy. & Ment. Health*, 25, 92-101.

Zareia, J. & Besharat, M. (2010). Alexithymia and interpersonal problems. *Procedia Social and Behaviora*

# Effectiveness of Functional Analytic Psychotherapy (FAP) on reducing some of interpersonal problems for non-clinical sample of university students: A case study

Dr.Abeer Ahmad Abuelwafa Donkol
Assistant Professor Mental Health
South Valley university

Dr.Heba Gaber Abed Elhameed
Assistant Professor Mental Health
Sohag university

**Abstract:**

**This research aimed to test the effects and mechanism of change of Functional Analytic Psychotherapy (FAP) on reduce interpersonal problems for non-clinical samples of university students. A non-concurrent multiple baseline design was conducted to evaluate the effects of FAP in three participants with interpersonal difficulties was applied inventory of interpersonal problems (Short Form-c; IIP-64), functional analytic psychotherapy rating scale (FAPRS), FAP case conceptualization and the treatment program. The results of research showed that:**

- **The treatment (FAP) produced significant change in target behaviors in- sessions Clinically Relevant Behaviors (CRBs) and out-of-sessions client behaviors(daily) life problems.**
- **The mean effect size of FAP was 0.814 which is a moderate value and expresses a good effect of the treatment (FAP) in reducing the interpersonal problems.**
- **High levels of contingent reinforcement were responsible for clinical changes on interpersonal difficult in context of intimate therapeutic relationship.**
- **The behavioral changes were stable during and after a follow- up period.**

**Keywords: Functional Analytic Psychotherapy (FAP)- Clinically Relevant Behaviors (CRBs) – Interpersonal Problems**