المجلة الدولية للتنمية - المجلد االثامن العدد الاول (2019):35-51
International Journal of Development, Vol.8, No.(1) (2019):-35-51
ISSN: 2314-5552 e-ISSN: 2314-5560 (Online)
www. ijd.byethost13.com e-mail: ijd_fas@yahoo.com

فعالية برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكي لتحسين مستوى التوافق النفسي لمرضى الاضطرابات السيكوباتيه : دراسة على عينة من المشخصين بمستشفى الصحة النفسية بالطائف

ضيف الله محيسن السفياني ، السيد خالد إبراهيم مطحنه
مستشفى الصحة النفسية بالطائف

المستخلص

تهدف الدراسة إلى قياس مدى فعالية البرنامج المقترح في تحسين مستوى التوافق النفسي لذوي الاضطرابات السيكوباتيه، و التعرف على مدى استمرار فعالية البرنامج العلاجي المقترح في التخفيف من مستوى الاضطرابات السيكوباتيه . تكون مجتمع الدراسة من مرضى الاضطرابات السيكوباتيه من بين المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف وتكونت عينه الدراسة من (20) مريضا تم تقسيمهم الى مجموعتين: ضابطه (ن= 10) ، وتجريبية (ن=10). وتم استخدم المنهج التجريبي ، والأدوات التالية : مقياس ايزنك ومقياس التوافق النفسي والبرنامج العلاجي.

أظهرت نتائج الدراسة:

1- وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في التوافق النفسي قبل وبعد تطبق البرنامج لصالح بعد تطبيق البرنامج .

2- وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية .

3- عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في التوافق النفسي في القياس البعدي والقياس التتبعي .

الكلمات المفتاحية: برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكي ، تحسين مستوى التوافق النفسي ، مرضى الاضطرابات السيكوباتيه ، الطائف، المملكة العربية السعودية.

المقدمة

تعد دراسة الشخصية من أهم الموضوعات في علم النفس وأعقدها وذلك لأن التعرض لدراسة الشخصية يشمل جميع الصفات الجسمية والانفعالية والعقلية والاجتماعية والأخلاقية،فالشخصية في حالة تفاعل مع بعضها البعض في أي شخصية تعيش في بيئة اجتماعية معينة وتتعرض لأساليب تربوية وتنشئة أسرية معينة . ومن خلال دراسة الشخصية يمكن معرفة جوانب السلوك السوي ، وجوانب السلوك غير السوي من خلال المواقف التي تمر بها هذه الشخصية ، ولا شك أن هناك العديد من المواقف التي تظهر فيها جوانب اللاسواء في الشخصية سواء من خلال خلل في الجانب البيولوجي أو الجسمي أو العضوي للشخص. أو كان هذا الخلل في الجوانب الذاتية النفسية للشخص والتي تتمثل في التعاسة الذاتية مثل عدم الثقة بالنفس أو عدم المرونة الاجتماعية، فالشخص خلال مواجهته لأحداث الحياة يحاول من خلالها إشباع مختلف حاجاته وفي سبيل ذلك يقوم بسلسلة من التوافقات منها التوافق الأسري و التوافق النفسي والتوافق الاجتماعي ، وعلى مستوى مكونات الشخصية نجد أن التوافق الذاتي والاجتماعي يمثلان الأساس في عملية التوافق[1] .

ويمكن وصف مظاهر اللاسواء في السلوك باضطراب الشخصية : إذا كان هناك خلل في ناحية التفكير أو الانفعال أو السلوك بالإضافة إلى وجود خلل واضطراب في علاقة الشخص مع الآخرين ، ويعني ذلك سوء توافق الفرد مع نفسه ومع الواقع الاجتماعي الذي يعيش فيه مع فقدان الشخصية لاتزانها وثباتها الانفعالي أو تميزها بالسلبية والاعتمادية والعدوانية[2].

ويطلق مصطلح اضطراب الشخصية على الشخص الذي يصعب عليه التكيف والتوافق مع ذاته ومع الآخرين و يسبب ذلك الإخفاق وعدم القدرة على الاندماج والتفاعل مع الآخرين الذي يعد مطلباً أساسياً لإشباع الحاجات الأساسية للفرد وهذا يولد سلسلة لا تنتهي من الفشل ، حيث يؤدي نقص الاندماج وعدم القدرة على التواصل الجيد مع الآخرين إلى عدم القدرة على الوفاء بحاجات الفرد الثانوية (الحب والأهمية) الأمر الذي يؤدي به إلى انكار هذه الحاجات مما يؤدي به إلى انكار المسؤولية وهذا يؤدي بدوره إلى إبعاد الشخص عن الاندماج الناجح مع الآخرين ، وتبدأ هذه الدورة مرة أخرى[3].

وقد أجريت عده دراسات على مجتمعات أجنبيه في كل من أمريكا ونيوزلندا ووجد أن معدلات انتشار اضطرابات الشخصية تتراوح بين 10- 13 % بمعنى أن واحدا من ثمانية إلى عشره أشخاص ربما يعاني من اضطراب في الشخصية وقد تم الحصول على هذه المعدلات من دراسات مسحية لمنظمه الصحة العالمية[4].

وهناك إحصائية أخرى لاضطرابات الشخصية وُجِدَ فيها أننسبه انتشار اضطرابات الشخصية ما بين 6% إلى 9% ويبدأ اضطراب الشخصية عند الأطفال باضطراب في الطباع وتبدأ في الظهور أواخر مرحلة المراهقة ، وبداية سن الرشد ويمكن أن تتساوى نسبة إصابة الذكور مع الإناث في اضطرابات الشخصية[5] ومن بين تلك الاضطرابات اضطراب السيكوباتية.

وذكر عبد الرحمن(4) ان نسبه انتشار اضطراب السيكوباتيه بحوالي 3% بين الذكور ، 1 % بين النساء وهو أكثر شيوعا في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا والذين تنتشر بينهم الأميه أوالإفراط في تعاطي العقاقير وتتراوح نسبه انتشار الاضطراب بين الحالات الاكلينيكيه3% - 30 %.

وهناك دراسة أجريت على نزلاء السجون ووجد أن حوالي 54 % من المسجونين سيكوباتيين بينما حوالي 20 % منهم ذهانيين فعلا وحوالي 18 % لديهم أعراض الذهان. وتوصلت الدراسات إلى أن هناك إجماع على أن الجريمة لا يأتيها إلا القاصرون عقليا فهم عاجزون عن إدراك الجوانب الأخلاقية ومعنى القيم وان لديهم استعداد خاص بحيث تكون الجريمة منهم فعلا تلقائيا وهذا الاستعداد يختلف من مجرم إلى أخر فأحيانا يكون الاستعداد بيولوجيا باعتبار البنية وتأثيرها في تكوين المجرم وأحيانا تكون الظروف الاجتماعية هي الجانب الأكبر في التأثير على الاتجاه الإجرامي عند الشخص وليس لكل المجرمين سوابق عندما كانوا أطفالاً ولكن السلوك الإجرامي ليس إلا عرضاً لسوء تنظيم كامن داخل الفرد فمثلا لصوص المحلات يمكن أن يدرجوا ضمن صنف المجرمين وقد لا يكون لديهم سلوك إجرامي سابق ، ومثلهم مدمنوا الخمر والمخدرات وقد يرجع بعضهم السلوك الإجرامي بسبب وجود كروموسوم زائد في تكوين المجرم المنحرف وقيل أن سببه فرط في إفراز الهرمون الذكوري ، ويرجع بعضهم إلى عوامل تكوينيه من شانها أن توقع المجرم في مشاكل اجتماعيه وتأتي له بسوء التوافق[6] .

وبمراجعه ثماني دراسات عن معدل انتشار اضطرابات الشخصية تناولت هذه الدراسات عينه تقترب من 1400 مريض تم تشخيصهم في ضوء معايير DSM IV وتراوحت نسبه انتشار اضطرابات الشخصية الفصامية وهي الأقل بنسبه (2%) واضطراب الشخصية الحدية وكانت نسبه الانتشار (21 %) وهي الأكثر انتشارا وكانت عينه المرضى من المترددين على العيادات الخارجية وهي الأقل من المرضى المنومين التي وصلت إلى أقصاها بنسبه (64 %) لكل من اضطرابات الشخصية الحدية وفصاميه النمط وفي إحدى الدراسات التي أجريت على عدد من المرضى السيكوباتيين تم تقييمهم خلال سبع سنوات (1983 – 1989) وكان اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (السيكوباتية) يمثل حوالي (20 %) واضطراب الشخصية الحدية حوالي (15 %)[4] .

والسيكوباتية هي مجموعة من الانحرافات الشخصية التي يكون الفرد فيها عاجزاً عن تعلم العادات الاجتماعية وامتصاص المعايير الاجتماعية والقيم والقوانين المجتمعية وصاحب هذه الشخصية يكون لديه عدوان يقوم بتوجيهه إلى المجتمع وذلك من خلال عدم احترام القانون والأخلاق ، وتفسر على أنها ضعف في تكون الأنا الأعلى وهؤلاءالأشخاص لا يستطيعون تأجيل إشباع رغباتهم.كما أن السيكوباتية أو السلوك اللااجتماعي تعني الخروج عن أخلاقيات المجتمع وتقاليده وقيمه ، ونسبة كبيرة من السيكوباتين في مستوى جيد من الذكاء مع ظهور روح العدوانية لديهم[7].

وأصحاب هذا الاضطراب في الشخصية يجدون صعوبة في التوافق مع مجتمعهم وتعني كلمة سيكوباتي مريض اجتماعي ويصنف هذا الاضطراب ضمن الاضطرابات العصابية ، فهذه الشخصية هي شخصية عدوانية لا تتعلم من أخطائها ولا تتورع عن تكرار العدوان، ويظهر هذا النوع من الشخصية بين متعودي الاجرام. وتعاني هذه الشخصية من عدم القدرة على تكوين صداقات لأنهم افراد تعودوا على الكذب وكثيراً ما يقعون في الأخطاء ولا يتعلمون منها فيكررون نفس الخطأ . ويظهر خطر هذه الشخصية في انها تظهر بمظهر الصدق والأمانة والإخلاص والحماس والإيمان ولكن يثبت عكس ذلك وخطورته أنه ينجح دائماً في خداع من يتعامل معه[8] .

ومن الدراسات التي أجريت لقياس السلوك السيكوباتي دراسة عبدالرحمن [4] وقد أن هناك علاقة بين السلوك الإجرامي والشخصية المضادة للمجتمع وهذه العلاقة لاتوجد على المستوى النظري فقط ولكن على المستوي العملي والتطبيقي وتحقق نتائجه الفحص الإكلينيكي فهما مرتبطان ولكن ليسا نفس الشي وهم يوصفون على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية بأنهم محتالون تافهون ، يضللون ويخدعون غيرهم خلال مسار حياتهم حتى لا يعتقلون في جريمة كبرى .

وهناك بحوث ودراسات في هذا المجال تؤكد على أن المشاعر الانهزامية المدمرة للذات سببها الرئيسي اعتناق المعتقدات غير العقلانية والتمسك بالأفكار غير المنطقية لدي السيكوباتين. ودور المعالج في هذا النوع من العلاج يكون من خلال الحوار والإقناع بتغيير الأفكار غير العقلانية والمعتقدات غير المنطقية وإحلال مكانها أفكار أخرى أكثر إيجابية وواقعية وتنمية القدرة على ضبط النفس وان يكون لدى الشخص القدرة على اكتساب مهارات التعامل مع الضغوط ومصادر التهديد[9].

ويستخدم هذا النوع من العلاج في الحالات العصابية كالقلق والخوف والاكتئاب وفي الهستريا ويستخدم أيضاً مع الجانحين والسيكوباتيين ، كما يستخدم في حالات وجود خلافات ومشاكل زوجية وأسرية وكذلك يستخدم مع المشكلات الجنسية وحالات الإدمان [10] .. كما يمكن استخدامه أيضاً في علاج الغضب وسلوك المقاطعة [9] وسوء توافق الحياة الزوجية[11] .

وأكدت نتائج الدراسات التي قامت باستخدام العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي فعالية هذا النوع من العلاج في علاج الأفكار غير العقلانيه وغير المنطقيه وقد تعددت البحوث والدراسات في البيئات الاجنبيه إلا أن هذا النوع من العلاج قليل الاستخدام في البيئة العربية ، وينبغي الاهتمام بهذا النوع من البحوث للتأكد من امكانية استخدامه في البيئات العربية ومعظم الدارسات التي أجريت في البيئات الأجنبية كانت على طلبه الجامعات ، كما أوضحت نتائج هذه الدراسات وجود علاقه ارتباطيه بين التفكير اللاعقلاني والعديد من الاضطرابات والأمراض النفسية[9] .

مشكلة الدراسة:

لوحظ تزايد أعداد المرضى السيكوباتيين والمراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف. الأمر الذي دعا الباحثين إلى التفكير فى تقديم برنامج علاجي عقلاني معرفي سلوكي لتحسين مستوى التوافق النفسي لدى هذه الشريحة من المجتمع . ولذا جاءت مشكلة الدراسة الحالية متمثلة في السؤال الرئيسي التالي:

ما مدى فعالية برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكه في تحسين مستوى التوافق النفسي لمرضى الاضطرابات السيكوباتية؟ .

ويندرج تحت هذا السؤال عدة تساؤلات وذلك عند اتخاذ تصميم تجريبي وهذه التساؤلات هي:

1- هل يختلف مستوى التوافق النفسي لدى المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي عنه بعد تطبيق البرنامج؟

2- هل يختلف مستوى التوافق النفسي لدي المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي عنه لدي المجموعة الضابطة ؟

3- هل يختلف مستوى التوافق النفسي لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد مرور فترة من الزمن (التطبيق البعد بعدي أو التتبعي؟).

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة الحالية نظرياً فى أنها تأتي استجابة للزيادة فى أعداد مرضي الاضطرابات السيكوباتية ووجود نقص فى الدراسات العربية التى تناولت التعامل مع أصحاب هذه الفئة من الاضطرابات.

ومن الناحية التطبيقية إعداد برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكي لتحسين مستوي التوافقالنفسي لدي هذه الفئة مما يزيد من تفاعلهم مع الآخرين.

مصطلحات الدراسة:

التوافق النفسي: Psychological Compatibility

هو حالة من التواؤم والانسجام بين الفرد ونفسه وبينه وبين بيئته، تبدو في قدرته على إرضاء أغلب حاجاته وتصرفه تصرفاً مرضياً إزاء مطالب البيئة الاجتماعية، ويتضمن التوافق قدرة الفرد على تغيير سلوكه وعاداته عندما يواجه موقفاً جديداً، أو مشكلة مادية أو اجتماعية أو خلقية أو صراعاً نفسياً ويتغير تغيراً يناسب هذه الظروف الجديدة. فإن عجز الفرد عن اقامة هذا التواؤم والانسجام بينه وبين بيئته ونفسه قيل أنه سيء التوافق أو معتل الصحة النفسية [12].

ويعرفه الباحثين بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس التوافق النفسي المستخدم في الدراسة الحالية (من اعداد الباحثين)

السيكوباتية: Cycopatism

هي انحراف الشخص عن السلوك السوي والانخراط في السلوك المضاد للمجتمع والخارج عن قيمة ومعاييره ومثله العليا وقواعده ، ولهذا فإن السيكوباتية تشمل انحراف في السلوك والخلق، والشخص السيكوباتي يكون على خلاف دائم مع المجتمع ويبدو عاجزاً عن التكيف مع المجتمع ، وقد يكون لديه ذكاء متوسط أو فوق المتوسط، ويفشل في التعامل مع الناس لأنه لا يقدر ولا يحترم مشاعرهم ، بالإضافة إلى أنه لا يحافظ على المواعيد ويعتمد إهانة أصدقائه علناً ، ودائماً ما يصطدم بالقانون ، والشخص السيكوباتي يفتقد إلى مشاعر اللوم أو الشعور بالذنب أو تأنيب الضمير أو تعنيف الذات تجاه أعماله التي يقوم بها[1] .

ويعرف اجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس السيكوباتيه المستخدم في الدراسة الحالية (إعداد احمد محمد عبدالخالق).

العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي: Emotional rational and behavioral therapy

هو علاج مباشر وموجه يستخدم فنيات معرفية وسلوكية لمساعدة المريض على تصحيح معتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي إلى معتقدات عقلانية يصاحبها انضباط في السلوك والانفعالات[13] .

ويعرف أيضاً بأنه شكل من أشكال الإرشاد والعلاج النفسي يقوم على استخدام نظرية ألبرت أليس وفنياته المختلفة، والتي تركز على أن أسباب الاضطرابات لدى الأشخاص اعتناق معتقدات لاعقلانية، وأن هناك علاقة قوية بين التفكير والانفعال بحيث أنهما يعملان معاً في نفس الوقت بحيث لا ينفصل أحدهما عن الآخر ويتم ذلك بطريقة دائرية[14] .

وهو يقوم في الأساس على معرفة الأفكار لدى الأشخاص فإذا كانت منطقية وترتبط بالذات تؤدي إلى مشاعر الارتياح طالما هم على وعي برغباتهم، وإذا كانت الأفكار غير واقعية وغير منطقية قد تؤدي إلى مشاعر غير سارة مثل الحزن والانزعاج والهم وعدم السعادة وذلك نتيجة لعدم تحقيق الفرد ما يصبو إليه[15].

وتؤكد نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على أن الإنسان لديه الاستعداد لأن يكون عقلانياً عندما يفكر بطريقة منطقية ، وكذلك يكون لدى الإنسان الاستعداد لأن يكون غير عقلاني عندما يكون تفكيره غير منطقي وغير واقعي ، ويمتلك الإنسان أرضية نفسية من بداية حياته هدفها الحفاظ على الذات والحب والتفكير والتفاعل مع الآخرين وتحقيق الذات ، وأيضاً لدى الإنسان الاستعداد والميل إلى تدمير الذات وعدم التسامح وتجنب التفكير السليم عندما يفكر بطريقة سلبية ومن الأشياء الأساسية في هذه النظرية أن الإنسان غير معصوم من الخطأ وهذا يساعده على تقبل نفسه ويتعلم كيف يعيش بسلام مع نفسه ومع من حوله[16] .

علاج السيكوباتية:

من أهم الطرق العلاجية : العلاج النفسي وفيه يحاول المعالج أن يقيم علاقة وثيقة بينه وبين المريض ويقدم له المساندة مع فهم دوافعه واعطائه الفرصة لتفريغ انفعالاته واكسابه النضج تدرجياً . والعلاج السلوكي حيث يستخدم المعالج مبدأ الثواب والعقاب واستخدام العلاج المعرفي السلوكي لمساعدته على التخلص من السلوك السيئ والثبات على السلوك الجيد ، ويمكن استخدام العلاج بالتنفير مع الشخصيات المضادة للمجتمع والتي تدمن الخمر . والعلاج البيئي وفي هذا العلاج يتم معرفة الضغوط التي تواجه المريض والتحقق منها أو حلها سواء أكانت أكاديمية أو مهنية أو أسرية . والعلاج بالعقاقير وهذا النوع من العلاج ذو تأثير محدود حيث أنه لا يفيد إلا في علاج الأعراض الطارئة مثل التوتر والقلق والاكتئاب[17] .

وقد لا يفيد استخدام العقاب مع المرضي السيكوباتين لأن المريض لا يتعلم كثيراً من تجاربه ومن العقاب وبالتالي يكون للعقاب أثر قليل على تغيير السلوك وفي الغالب تصعب معالجة تلك الاضطرابات، وقد تستعمل بعض الأدوية المهدئة للتخفيف من درجة العدوانية ولكن من المفيد أحياناً في المساعدة على تغيير السلوك زرع الاحساس بالذنب وتأنيب الضمير تجاه الأعمال العدوانية ، أي جعل المريض يكون عنده حسن الضمير ، وهذا ليس بالأمر السهل ، ويعتمد نجاح الخطة العلاجية على درجة تجاوب المريض وتعاونه ولكن في الغالب يرفض المريض تدخل الآخرين ويقاوم كل عون ونصيحة ، وفي بعض الحالات يستعمل أسلوب العلاج الجماعي حيث يعيش عدد من هذه الشخصيات مع بعضهم البعض وتوضع لهم بعض برامج العلاج الجماعي وفي بعض الحالات المتقدمة لا بد من وضع هذه الشخصيات في السجن أو المستشفيات النفسية ، وتوضع لهم أنظمة شديدة وصارمة لمنعهم من القيام بالأعمال المؤذية للآخرين أو لأنفسهم [18].
وعلاج السيكوباتية أصعب من علاج مرضى العصاب لأن السيكوباتية وثيقة الصلة بعنصر اللذة (لذة الخمر مثلاً) ومن ثم يرتطم العلاج النفسي بعقبه من أكبر العقبات التي تحول دون علاجه وهي رفض ذلك الشخص التنازل عن لذاته ورغباته ، ويمكن وضع هؤلاء في مؤسسة ليست مثل السجن لأنهم ليسوامجرمين وليست مثل المصحة فما هم بمرضى فهم عاديين ولكن المؤسسة تجمع بين الحرية المقيدة والسلوك تحت الإشراف وبين وسائل الفحص والعلاج وفي هذه المؤسسة سيلقى النزلاء دراسة كل حالة على حده ويوضع لها خطة علاجية خاصة بها، ولا بد في هذه المؤسسة من وجود التشجيع والمساند للإفصاح عن إمكانياتهم وقدراتهم وتدريبهم ووضع خطوات لهم لمساعدتهم على الاتزان والتكيف مع من حولهم، وفي هذه المؤسسة لابد أن تصمم لهم وسائل العلاج النفسي والاجتماعي بشكل متناسق ومتآزر على أن تجعل هؤلاء النزلاء أكثر تقديراً للحياة وأكثر نضجاً ، ومساعدتهم على غرس الثقة بأنفسهم[19] .

مفاهيم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

يشير اليس إلى أنه اكتشف من خلال خبرته في هذا المجال عدداً من المفاهيم الهامة في العلاج النفسي وكان لها أهمية في ظهور وبلورة نظريته في الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي وهي : -

1- التحدث إلى الذات : إن القلق والإحباط والاكتئاب والاضطرابات الانفعالية هي نتيجة لما يردده الشخص لنفسه من أفكار ومعتقدات لا عقلانية .

2- التقييم الذاتي : يلجأ الفرد في بعض الأحيان إلى تقييم نفسه بعد قيامه بعمل معين ويتصف هذا التقييم بالسلبية وشدة لوم النفس ولا يعتمد على الموضوعية أو العقلانية وهذا يساهم في حدوث الاضطرابات النفسية ولكن حين يفكر الفرد ويتصرف بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية ويشعر بالسعادة والكفاءة .

3 -المساندة الذاتية : يميل الفرد في بعض الأحيان إلى مساندة ذاته في مواقف عديد وهذه صورة من صور التدعيم الذاتي ويتخلى عنها في مواقف أخرى وعندما تكون تلك المساندة باستخدام مهارات اجتماعية غير منطقية وتفتقر للتفكير العقلاني فإن ذلك يؤثر على انفعال الفرد وسلوكه[20] .

وفى دراسة القحطاني [21] بدراسة عن فعالية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لتنمية القدرة على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من المصابين بالأمراض النفسية من المترددين على مستشفى الصحة النفسية بالطائف .هدفت إلى التحقق من مدى فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في تنمية القدرة على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة ومن ثم التخفيف من آثارها السلبية لدى بعض المصابين بالأمراض النفسية (السيكوسوماتيه) المترددين على مستشفى الصحة النفسية بالطائف . وتكونت عينة الدراسة من (20) مريضاً من المرضى مرتادي العيادات الخارجية بمستشفى الصحة النفسية ممن شخصت حالتهم طبياً بأمراض نفسجمية (سيكوماسوماتية) واستخدم الباحث قائمة كورنيل للنواحي العصبية والسيكوسوماتية والبرنامج العلاجي ومقياس أحداث الحياة الضاغطة من إعداد الباحث وتوصلت الدراسة إلى فاعلية هذا البرنامج في تنمية قدرة أفراد المجموعة التجريبية في مواجهتهم الأحداث الحياة الضاغطة واستمرار فاعليته حتى بعد ما يقارب الشهر والنصف من انقضاء فترة البرنامج العلاجي .

فروض الدراسة

من خلال الاطار النظري والدراسات السابقة تم صياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

"توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في التوافق النفسي قبل البرنامج عنه بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح بعد تطبيق البرنامج".

"توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التوافق النفسي بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية".

"لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في التوافق النفسي في القياسين البعدي والتتبعي".

إجراءات الدراسة

منهج الدراسة :

المنهج الذي يتناسب مع الدراسة الحالية هو المنهج التجريبي الذي يعني بإدخال تعديلات أو متغيرات معينة (المتغير المستقل) وملاحظة أثره على متغير آخر(المتغير التابع) و البرنامج العلاجي هو المتغير المستقل والمتغير التابع هو التوافق النفسي لدى ذوي الاضطرابات السيكوباتية.

اختيارعينة الدراسة:

تماختيار عينة عشوائية من المرضى المراجعين لمستشفى الصحة النفسية والمشخصين إكلينيكيا بأنهم مرضى اضطراب الشخصية السيكوباتية (ن= 20) تم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية (ن= 10) ومجموعة ضابطه (ن=10) وتمت المكافأة بينهما فى بينهما فى (العمر – الحالة الاجتماعية – المستوي التعليمي – الحالة الاقتصادية).

يمكن النظر إلى عينة الدراسة فى إطار عينتين:

1-عينة الاستطلاعية : مكونة من (50) مريض من مراجعي مستشفى الصحة النفسية بالطائف المشخصين باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع (السيكوباتية) بغرض تقنين أداتي الدراسة والتحقق من صلاحية استخدامها عن طريق حساب الصدق والثبات لها باستخدام المعالجات الإحصائية المناسبة لها.

2-عينه أساسية: مكونة من: (20) مريضاً من المرضى المشخصين باضطراب الشخصية (السيكوباتية) من مراجعي العيادات بمستشفى الصحة النفسية بالطائف ، وذلك وفق المصادر التالية: أن يكون هؤلاء المرضى قد شخصوا طبياً على أنهم مصابون باضطراب الشخصية (السيكوباتية) ويثبت ذلك سجلاتهم الطبية التي تتضمن مجموعة من الإجراءات التشخيصية التي تدل على وجود الاضطراب لديهم بالفعل .

توصيف عينة الدراسة:

يتكون أفراد العينة الفعلية من (20) مريضاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى وهي المجموعة التجريبية وتضم (10) مرضى والمجموعة الثانية وهي الضابطة وتضم (10) مرضى وجميعهم من فئة الذكور وقد تمت المجانسة أيضاً بين المجموعتين في متغيرات(العمر- الحالة الاجتماعية – المستوي التعليمي – الحالة الاقتصادية) وقد تراوحت أعمار عينة الدراسة بين 20-49 سنة أغلبها من الفئة العمرية 30-39 سنة(35%) وجاءت من أصحاب الحالات الاجتماعية(أعزب – متزوج – مطلق – أرمل وكان أكثرهم من المتزوجين(30%) ومن المؤهلات (متوسط – ثانوي) بنسبة (35% ، 30%) وأغلب أفراد العينة من أصحاب شريحة الدخل (3000 – 5000 ريال) بنسبة (45%).

ادوات الدراسة :

استخدم الباحثين في الدراسة الحالية الأدوات التالية :

1 - مقياس أيزنك (بعد السيكوباتية). ترجمه (احمد محمد عبدالخالق)
2 - مقياس التوافق النفسي من إعداد الباحثين .
3 - البرنامج العلاجي من إعداد الباحثين .

أولاً: مقياس أيزنك للشخصية: قام الباحثين في الدراسة الحالية بحساب صدق وثبات المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية حيثاختار الباحثين بعد السيكوباتية من المقياس وقاما بتطبيقه على عينة قدرها (50) مريضاً من المرضى المنومين بمستشفى الصحة النفسية بالطائف وذلك للتأكد من صدق وثبات المقياس.

صدق المقياس:

قام الباحثين بحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معامل ارتباط بيرسون وقد تراوحت معاملات الارتباط بين 0.775 – 0.281 وجميعها دالة عند مستوي (0.01 ، 0.05) .

وقد تم حذف كلا من الفقرات (1 ، 3 ، 7 ، 10 ، 14 ، 15 ، 16 ، 17 ، 20 ، 23) وذلك لارتباطها الضعيف غير الدال بالدرجة الكلية .

ثبات المقياس:

حيث قام الباحثين بحساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ وصلت قيمته 0.88 ، كما استخدمت طريقة التجزئة النصفية حيث جاءت قيمة معامل الثبات 0.74 . وبذلك يتضح ان المقياس يتمتع بدرجه عاليه من الثبات .

ثانياً: مقياس التوافق النفسي (إعداد الباحثين):

أ- وصف المقياس :

يتكون المقياس في صورته الأولية من (51) فقره وتقيس أربعة أبعاد هى التوافق الشخصي وله 12 عبارة من 1- 12، والتوافق الاجتماعي 16 عبارة من 13- 28، والتوافق الأسري 14 عبارة من 29- 42 ، والتوافق الانفعالي 9 عبارات من 43 – 51 .

ب- خطوات بناء المقياس:

لإعداد المقياس اتبع الباحثين الخطوات التالية:

الخطوة الأولى: الاطلاع على كل ما هو متاح في موضوع الدراسة والمقاييس السابقة للاستفادة منها .

الخطوة الثانية: استطلاع آراء العاملين في المجال النفسي من أطباء نفسيين وأخصائيين نفسيين واجتماعيين كذلك رأى الباحث أهمية الأخذ بآراء أساتذة الجامعة حول المقياس ووجهة نظرهم.

الخطوة الثالثة: إجراء مقابلات إكلينيكية مع عدد من المرضى الذين يعانون من اضطرابات في الشخصية (السيكوباتية).

الخطوة الرابعة: التحديد المبدئي لأبعاد المقياس والأوزان التقديرية ودرجات الاستجابات على الفقرات .

ج- تصحيح المقياس

تتراوح درجة الإجابة على المقياس بين (0-4) درجة وكانت الاختيارات (لا يحدث – نادراً – أحياناً - غالباُ – دائماً) وبذلك تكون أقل درجة هى صفر وأعلي درجة هى 208 .

د- زمن الإجابة :قد يستغرق زمن الإجابة على المقياس مدة تتراوح ما بين 10-15 دقيقة

هـ- الخصائص السيكومترية للمقياس.

- صدق وثبات المقياس

تم حساب صدق وثبات المقياس وذلك بعد تطبيقه على عينة استطلاعية من مجتمع الدراسة والتي بلغ عددها (50) مريضاً من أولئك الذين تم تشخيصهم بالسيكوباتية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف .

اولاً: صدق المقياس

تحقق الباحثين من صدق المقياس بالطرق التاليه :

1- الصدق الظاهري (صدق المحكمين)

قام الباحثين بعرض المقياس في صورته الأولية والمكون من (52) فقرة على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس والأخصائيين النفسيين(ن= 9)، وذلك للتحقق من مدى صدق المقياس وملائمته للدراسة وإبداء آرائهم

وملاحظاتهم ، وبعد فترة من الزمن تمكن الباحث من جمع آراء المحكمين وما تفضلوا به من ملاحظات كانت على النحو التالي:

1 -فصل بعض العبارات ووضع كل متغير في عبارة مستقلة.
2 -إضافة فقرات جديدة للمقياس.
3 -تعديل صياغة بعض العبارات .

2-صدق الاتساق الداخلي:

قام الباحثين بحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس من خلال إيجاد قيم معاملات الارتباط بين درجات الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية للمقياس على العينة الاستطلاعية والجدول التالي يوضح النتيجة:

قام الباحثين بحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معامل (ارتباط ، بيرسون)، وتراوحت معاملات الارتباط فى بعد التوافق الشخصي بين (0.456 – 0.726) وجميعها دالة عند مستوي(0.001)، وفى بعد التوافق الاجتماعي تراوحت معاملات الارتباط بين(0.457 – 0.777)وجميعها دالة عند مستوي(0.001) وفى بعد التوافق الأسري تراوحت معاملات الارتباط بين(0.360 – 0.738) وهى دالة عند مستوي(0.01- 0.001)، وفى بعد التوافق الانفعالي تراوحت معاملا تالارتباط بين(0.431 – 0.719) وهى دالة عند مستوي(0.001).

وقد تم حذف الفقرة رقم (12) من بعد التوافق الاجتماعي لعدم دلالتها، فأصبح بذلك عدد فقرات المقياس في صورته النهائية (51) فقره

ثانياً: ثبات المقياس

قام الباحثين بحساب ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ حيث كانت قيمة معامل ألفا كرونباخ لبعد التوافق الشخصي(0.817) ولبعد التوافق الاجتماعي (0.902) ولبعد التوافق الأسري (0.868) ولبعد التوافق الشخصي (0.770). وباستخدام معامل ثبات جتمان، كانت معاملات التجزئة النصفية لبعد التوافق الشخصي (0.789) ولبعد التوافق الاجتماعي(0.881) ولبعد التوافق الأسري(0.876) ولبعد التوافق الانفعالي(0.791). وبذلك يتضح ان المقياس يتمتع بدرجه عالية من الثبات .

البرنامج العلاجي:

قام الباحثين بإعداد البرنامج العلاجي الحالي في ضوء نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وفنياته المتعددة ، وقد مر البرنامج بعدة خطوات ، وسار على أسس علمية راعى فيها الباحث طبيعة المرضى من أفراد المجموعة التجريبية وأعمارهم ومستوياتهم التعليمية والاجتماعية والاقتصادية .

خطوات بناء البرنامج:

لإعداد البرنامج قام الباحثين بعدة خطوات منهجية ومحددة هذه الخطوات هي :

الاطلاع على أهم ما كتبه رائد هذا النوع من العلاجات النفسية " ألبرت ألس " للتعرف على نظريته وتوضيح طبيعة العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك وكذلك التعرف من ناحية تطبيقية على الفنيات التي يستخدمها المرشد والمعالج النفسي في تحقيق أهداف العملية الإرشادية أو العلاجية . وكذلك الملكى[22] برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكي لخفض الاكتئاب الاكلينيكي لدى المستفيدات من برنامج الاعانات بوزاره الشؤون الاجتماعيه

الاطلاع على عدد من البحوث والدراسات السابقة التي تناولت برامج علاجية في ضوء نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ، ومن أبرز هذه البحوث والدراسات القحطاني[21] لتنميه القدره على مواجهه أحداث الحياة الضاغطة لعينه من المرضى المترددين على مستشفى الصحة النفسية بالطائف

بعد ذلك تم التخطيط والتجهيز لإعداد محتوى البرنامج " الجلسات العلاجية " من حيث:

أ. تحديد المدة الزمنية للبرنامج.
ب. تحديد الموضوعات (عناوين الجلسات) .
ج. تحديد الأنشطة الخاصة بكل جلسة (التدريبات) .
د. تحديد نوع الجلسات .
هـ . تحديد عدد الجلسات .
و. تحديد وقت كل جلسه .

ز. اختيار الفنيات اللازمة .
ح. اختيار الوسائل (الوسائط التعليمية) المناسبة .
تم عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين من أساتذة علم النفس والأخصائيين النفسيين(ن= 9)، وذلك للتحقق من مدي مناسبته لعينة الدراسة ومن محتوي الجلسات وعددها والفترة الزمنية لكل جلسة والفنيات المستخدمة فى الجلسات. وتم الأخذ بارائهم فى الاعداد النهائي للبرنامج.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:
حرص الباحثين على بناء البرنامج على أسس روعي فيها كافة الجوانب النفسية والاجتماعية والأخلاقية وأسس أخرى عامة من شأن هذه الأسس مجتمعة أن تؤسس لبناء برنامج على نحو منهجي قويم يضمن الحد الأعلى من النجاح المأمول لهذا البرنامج ، وهذه الأسس هي كالتالي :

1- الأسس العامة :
أُخِذَ في الاعتبار عند إعداد البرنامج العلاجي بمبدأ تميز السلوك الإنساني بالثبات النسبي والمرونة أيضاً ، وبالتالي قابليته للتعديل ، كذلك حاجة الفرد المستمرة خلال مراحل العمر المختلفة للمساعدة الإرشادية أوالمساعدة العلاجية في بعض الحالات ، فهو في مواجهة مستمرة لضغوطات الحياة ومشكلاتها وضرورة مساعدته على المواجهة الفعالة ، وتنمية قدرته في هذا الجانب كحق مكتسب لا خلاف عليه ، كذلك استعداد الفرد ودافعيته نحو معرفة ذاته والاستبصار بما يواجهه من عقبات وسعيه الدؤوب دوماً نحو القضاء على كل ما يعكر صفو حياته أو يقضي على آماله .

2- الأسس النفسية:
من أهم الأسس التي أخذت في الاعتبار لأهميتها مراعاة الفروق الفردية بين المرضى وتفاوت قدراتهم العقلية وسماتهم الانفعالية واستعداداتهم وبالتالي التباين في استجاباتهم حيال ما يواجهونه من مشكلات ، وقدراتهم في هذا الجانب الأمر الذي يستدعي وقوف الباحثين على مستوى معاناة كل فرد من أفراد المجموعة كل على حدة وهذا ما سوف توفره الجلسات ذات الطابع الفردي.

3- الأسس الاجتماعية
لم يغب عن ذهن الباحثين عند إعداد للبرنامج العلاجي أهمية استيعاب المحيط البيئي والاجتماعي للمستفيدين من البرنامج العلاجي والتأكيد على أهمية دور الجماعة في تقديم المساندة الاجتماعية (معنوية – مادية) عند مواجهة الفرد للمواقف الصعبة .
حيث أن الاعتبارات الاجتماعية لا تقل أهمية عن الفروق الفردية من حيث الوعي التام بالدور الذي يلعبه المجتمع في تشكيل ثقافة الفرد ورغبته في مسايرة الآخرين والتوافق معهم ، وما قد ينتج من آثار سلبية حين يفشل في تحقيق هذا التوافق من مشكلات قد لا يستطيع مواجهتها ، لهذا تم اخذ ذلك في عين الاعتبار خلال الجلسات العلاجية بما يضمن نجاح العلاقة العلاجية وتحقيق أهدفها .

4 - الأسس الأخلاقية:
من منطلق أن العمل العلاجي الإرشادي يتطلب الالتزام بمجموعة من المبادئ والتي هي في حقيقتها تعد دستوراً وقانوناً يؤكد عليه الميثاق الأخلاقي الذي يجب الالتزام بكافة بنوده من قبل المعالجين والمرشدين النفسيين .
لهذا حرص الباحثين على أن تكون العلاقة العلاجية بالمرضى تسودها الثقة والاحترام المتبادل ، والالتزام بسريه المعلومات وأن يثق المريض بالمعالج من حيث التزامه بعدم إفشاء أسراره الخاصة .

أهداف البرنامج:
يهدف البرنامج العلاجي الحالي إلى تحقيق هدف عام وأهداف أخرى إجرائية نوعية هى :

1- الهدف العام
يهدف هذا البرنامج إلى تحسين مستوى التوافق النفسي لدى عينة من مرضى الاضطرابات السيكوباتية ، وذلك من خلال تطبيق فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي في شكل جلسات علاجية يتم فيها تدريب المرضى لزيادة توافقهم النفسي وتعليمهم بعض الأساليب التكيفية التي تساعدهم على مواجهة أفكارهم الغير صحيحة.

2- الأهداف النوعية والإجرائية :

وهي على النحو التالي:

أ- أن يتعرف المرضى على مجموعة من المفاهيم التي احتواها البرنامج وهي : (التوافق النفسي ، السيكوباتية ، الأفكار اللاعقلانية والأفكار العقلانية ، تقبل الذات ، الضبط الذاتي ، نموج (ABCDE)، أسلوب حل المشكلات ، الاسترخاء الذهني والعضلي ، حديث الذات) .

حتى لا يكون الجهل بهذه المفاهيم عائقًا يحول دون الاستفادة من محتوى البرنامج العلاجي
ب- أن يدرك المرضى العلاقة بين اضطراباتهم الانفعالية وأفكارهم .
ج- أن يدرك المرضى أهمية استبدال أفكارهم اللاعقلانية بأفكار أخرى عقلانية .

د- أن يدرك المرضى حقيقة أن تفكيرهم اللاعقلاني هو المسئول عن استمرار اضطراباتهم
هـ- أن يتقبل الفرد نفسه ومجتمعه وأسرته ويتعامل معهم بواقعية .
و- إكساب المرضى مجموعة من المهارات الفنية التي تعينهم على زيادة التوافق النفسي والتقليل من أعراض العدوانية لديهم ومن أهمها : التوكيد الذاتي ، الضبط الذاتي ، تبديل الأفكار ، دحض الأفكار غير العقلانية ، الأسلوب النموذجي لحل المشكلات .

الفئة المستهدفة :
عينة من المرضى المراجعين بمستشفى الصحة النفسية بالطائف ممن هم مشخصين بمرضى السيكوباتية .
الفترة الزمنية لتنفيذ البرنامج: عشرة أسابيع
مكان الجلسات:
تم تحديد أماكن تطبيق الجلسات العلاجية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف في الأماكن التالية:
-العيادة النفسية رجال .
-قاعة مركز العلاج النفسي.
-النادي الترفيهي الاجتماعي .

العدد الإجمالي للجلسات: تم تحديد عدد الجلسات العلاجية بـ (10) جلسات علاجية وذلك على مدار (10) أسابيع بواقع جلسه واحده أسبوعيا .

نوع الجلسات: جميع الجلسات فرديه ابتداءً من الجلسة التمهيدية الأولى وانتهاء بالجلسة العاشرة والختامية

الفترة الزمنية للجلسات: تتراوح الفترة الزمنية للجلسات حسب نوع محتوى كل جلسة وحجم التدريبات والتمارين وتستغرق الفترة الزمنية من 45 دقيقة إلى 60 دقيقة .

الفنيات المستخدمة: اعتمد في سبيل تحقيق أهداف البرنامج العلاجي على مجموعة فنيات وأساليب للعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وهى:
أ: فنيات معرفية :
1- المحاضرة :
يتمثل المضمون التعليمي لهذه الفنية أولاً الأسلوب المستخدم في تقديم المعلومات اللازمة والضرورية عن عدة مفاهيم احتواها البرنامج أبرزها(العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ، والتوافق النفسي ومرض السيكوباتية) حتى لا يعيق عدم الفهم لهذه المفاهيم استفادة المريض من البرنامج العلاجي .
2- الحوار والمناقشة:
يتمثل المضمون التعليمي لهذه الفنية في تعليم المريض كيفية تقبل الأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه وتعليمه كيف يتقبل أسرته ومجتمعه وتأثير ذلك على توافقه النفسي والاجتماعي ، ويكون ذلك عن طريق أسلوب حل المشكلات بحيث يتم تعليمه على النموذج (ABCDE) وخلال هذه العملية التعليمية يتم أيضاً توجيه المريض وإمداده بالتعليمات والنصائح والتوجيهات في سبيل أن يفحص ويعدل من أفكاره اللاعقلانية ومعتقداته الخاطئة.

3- التحليل المنطقي للأفكار :
يتمثل المضمون التعليمي لهذه الفنية في مساعدة المريض على البحث عن الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وما يرتبط بها من المفاهيم الإلزامية مثل (حتماً ، مفروض) ، (يجب) ، (لا بد) ، وتلك الاستنتاجات والإعزاءات والتعليلات الخاطئة وذلك بطريقة تحليلية تمكنه من تمييزها عن الأفكار اللاعقلانية الأخرى .
4- تفنيد الأفكار :
يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في الكشف عن الأفكار اللاعقلانية وذلك من خلال المناقشة ثم توضيح عدم منطقيتها وتبيان عدم جدواها ، وتبصير المريض بأضرار اعتناقها على مسيرة حياته .

5- وقف الأفكار :
يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في إيقاف ومنع زيادة استدعاء الأفكار اللاعقلانية حتى يستطيع المريض أن يتعامل معها بشكل فعال وعقلاني ، يتم هذا الإيقاف بواسطة منبه مفاجئ حقيقي حيث يطلب المرشد من المريض أن يغمض عينيه وأن ينخرط في أفكاره الغير مرغوبة ثم يصرخ المرشد بصوت عال (قف .. قف) ويودي ذلك بالعميل إلى وقف الأفكار الغير مرغوبة ويكرر ذلك مع المريض عدة مرات . ثم يطلب المعالج من المريض أن يقوم بذلك بنفسه عدة

مرات بصوت عال ويكرر ذلك في المنزل أيضاً أو يقوم المريض بتخيل منبه خيالي كأن يتخيل نداء بصوت عال يأمره بالتوقف عن هذه الأفكار قائلاً له (توقف .. توقف) .

6- إعادة البناء المعرفي :

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة المريض على إعادة بنائه المعرفي وبالتالي إعادة تقييم رؤيته اللاعقلانية لمواقف الحياة الأسرية والاجتماعية وأن يدرك أن حقيقة نفوره ومعاداته للمجتمع بسبب أفكاره اللاعقلانية .

7- حديث الذات :

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في جعل حوار المريض مع ذاته حواراً إيجابياً يعزز من قدرته ويزيد من التوافق النفسي لديه ليكون أكثر تكيفاً مع المجتمع الذي يعيش فيه بدلاً من أن يكون حديثه سلبياً ويزيد من تفاقم المشكلة لدية

8- **الدحض والإقناع :**

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في توضيح المعتقدات والأفكار اللاعقلانية التي يتمسك بها المريض وتؤدي به إلى انهزام الذات مما يجعل المريض غير منسجم مع واقعه الاجتماعي ، لذلك يسعى الباحث إلى إقناع المريض بضرورة التخلي نهائياً عن هذه الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأخرى عقلانية .

9- نموذج ABCDE :

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تدريب المريض على الربط بين أفكاره وانفعالاته وسلوكه ويدرك نظرياً وتطبيقياً العلاقة بين هذه العناصر الثلاثة ، وذلك على ضوء نموذج ABCDE حيث (A) يتمثل في الموقف أو الحدث الذي يدركه المريض بأنه حدث ضاغط ، و (B) الأفكار أو نظام المعتقدات و (C) الاستجابة الانفعالية او السلوكية و(D) الدحض والمناقشة (E) الأثر وهو إحلال أفكار أكثر عقلانية .

10- أسلوب حل المشكلات :

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في إكساب المريض مهارة حل المشكلات التي تواجهه خاصة تلك المشكلات التي يجد صعوبة بالغة في حلها مما يشكل ضغوطاً متزايدة عليه والتدريب على هذه المهارة ليس لحل هذه المشكلة فقط ، ولكن ينتهج هذا الأسلوب مع كل ما يواجهه من مشكلات مهما كانت شدتها .

ب : فنيات انفعالية :

1- التقبل الغير مشروط:

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تقوية العلاقة العلاجية التي تنشأ بين المعالج والمريض من خلال التقبل المتبادل بين طرفي العلاقة فالباحث يتقبل المريض تقبلاً غير مشروط ، بمعنى أن يتقبله كما هو وليس كما ينبغي أن يكون فهو يقبله لشخصه ولا يقبل أفكاره اللاعقلانية بل يعمل على مساعدته على دحضها ومقاومتها حتى يصبح المريض أكثر انفتاحاً على خبراته وأكثر ملامسة لها ولذاته ، مما يمنحه الثقة لشعوره بدفء ومودة العلاقة القائمة التي يظهر فيها الباحث للمريض احتراماً واعتباراً ايجابياً غير مشروط لذاته أو للأدوات سواء كان ذلك داخل المجموعة العلاجية أو خارجها .

2- **النمذجة:**

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنيه في مساعدة المريض على التعبير عن اتجاه (فكري – شعوري سلوكي) جديد وإيجابي يتفق مع الواقع الاجتماعي وينسجم معه بدرجة تشجعه على الإقدام وعدم الاحجام عن الدخول في أي موقف من مواقف الحياة التي يخشاها وذلك بدرجة عالية من الثقة بالنفس وبطريقة انفعالية وسلوكية مناسبة .

ج: فنيات سلوكية :

1- التعزيز :

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تعزيز ما اكتسبه المريض من سلوكيات ايجابية وذلك تحفيزاً له لزيادة توافقه النفسي والاجتماعي .

2- التوكيد الذاتي:

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تنمية قدرة المريض على التفاعل الاجتماعي الناجح والمعزز لدافعتيه نحو التعبير عن مشاعره الايجابية لكي يزيد من توافقه مع مجتمعه لأن ضعفه في توكيد ذاته يؤدي إلى مزيد من المتاعب النفسية .

3- الواجب المنزلي :

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في تكليف المريض بتكرار ما تعلمه خلال الجلسات من مهارات وفنيات لتثبيتها وتعميم التغيرات الايجابية التي أتقنها مع الباحث خلال الجلسات ، فأسلوب أو فنية الواجب المنزلي تمثل الرابط المباشر بين محتوى كل جلسة وذلك في سبيل تحقيق الأهداف العلاجية .

4- **الاسترخاء** :

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة المريض على تحقيق الاسترخاء العضلي للتغلب على الانفعالات السلبية كالغضب , والضيق ، والتوتر والتأكيد على أهمية المداومة على تمارين الاسترخاء .

5- الضبط الذاتي :

فعالية برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكي لتحسين مستوى التوافق النفسي لمرضى الاضطرابات السيكوباتيه : دراسة على عينة من المشخصين بمستشفى الصحة النفسية بالطائف

يتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في مساعدة المريض على ضبط مشاعره وتصرفاته دون اندفاع شديد أو انسحاب على نحو يزيد من قدرته على التحكم في وطأة الأحداث والشدائد ، والتقليل من آثارها السلبية التي يؤدي إلى الضيق والتوتر وبالتالي يتعود المريض على ضبط الاستجابات الانفعالية .

خامساً: الوسائل (الوسائط العلمية المستخدمة) :

تم الاستعانة بمجموعة من الوسائل (الوسائط) العلمية المستخدمة وهي:

1 وسائل سمعية بصرية (جهاز كمبيوتر محمول " LAPTOP" – شاشة عرض كمبيوتر لعرض مواد علمية مبرمجة ومسجلة على أقراص CD

2 لوحات ورسومات توضيحيه (ورقية) .

3 نشرات (مطويات) علمية .

سادساً: مراحل تطبيق البرنامج :

يمر البرنامج العلاجي بخمسة مراحل أساسية كما هو موضح بالجدول (1) .

جدول (1). يوضح مراحل تطبيق البرنامج العلاجي :

رقم المرحلة	نوع المرحلة	محتوى المرحلة	جلسة التنفيذ
الأولى	**مقدمه**	التعارف والتمهيد بين الباحث والمرضى وشرح أهداف البرنامج وتعليمات الجلسات ، ومن ثم التحضير للدخول في صلب الجلسات العلاجية للبرنامج .	الجلسة الأولى
الثانية	**انتقالية**	إلقاء الضوء على المشكلة الأساسية لتعريف المريض بها ومحاولة علاجها أو التقليل من حدتها ، وهي مشكلة العدوانية التي لدى هذه الفئة من المرضى وعدم تقبلهم لأسرهم أو مجتمعهم ، الأمر الذي يقلل من توافقهم الشخصي والاجتماعي ومساعدة المريض على دحض الأفكار السلبية والعدوانية واستبدالها بأفكار عقلانية والتوضيح لهم أن النتيجة سوف تكون إيجابية .	الجلسة الثانية
الثالثة	**بنائية**	تدريب المريض على عدة مهارات لتزيد من مستوى التوافق النفسي الاجتماعي لديه .	الجلسات من الثالثة وحتى التاسعة
الرابعة	**نهائية**	الوقوف على الأهداف التي حققها البرنامج وإعادة تطبيق القياس البعدي.	الجلسة العاشرة
الخامسة	**تتبعيه**	متابعة المرضى (أفراد المجموعة التجريبية) بعد انتهاء البرنامج لمدة لا تقل عن شهر تقريباً من تطبيق البرنامج للتأكد من استمرار أثر البرنامج .	جلسات لاحقه.

سابعاً: خطوات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي :

كان الاعتماد في بناءالبرنامج العلاجي من حيث المنطلقات النظرية ، والفنيات العلاجية على نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وبعد إقناع المرضى بمنطق وجدوى هذا النوع من العلاجات ، شُرِعَ في العلاج والمتمثل في الخطوات التالية:

الخطوة الأولى : تم فحص أفكار المريض ليكتشف الأفكار اللاعقلانية منها ومساعدته ليقوم بالكشف عنها من خلال مراقبة ذاته ، وأن يبين للمريض أنه غير منطقي بسبب طريقته في التفكير . وما يحمله من أفكار لا عقلانية وأن يساعده على فهم كيف ؟ ولماذا هو كذلك ؟

الخطوة الثانية : تم التوضيح للمريض العلاقة بين تقديره المعرفي المبني على أفكاره اللاعقلانية وأن يقوم بتغييرها واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية .

مثال : هذا الموقف قد يحدث لأي فرد ويمكن مواجهته بفاعلية والتخلص من آثاره السلبية فمثل هذه الأفكار من شأنها أن تغير التقدير المعرفي للموقف وتجعله أقل تأثيرا على الفرد .

الخطوة الثالثة : بين الباحثين للمريض بأن مواجهته السلبية لأسرته ومجتمعه سوف يستمر تأثيراتها النفسية والاجتماعية عليه طالما استمر في التفكير بطريقة لا عقلانية في مواجهتها ، وأنه هو المسئول عن حالته .

الخطوة الرابعة: ساعد الباحثين المريض على تغيير تفكيره والإقلاع عن الأفكار اللاعقلانية ليفكر بطريقة عقلانية (لأن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يقرر أن التفكير الغير منطقي يكون مغروساً لدى المضطرب بدرجة لا يمكنه تغييرها اعتماداً على نفسه) .

الخطوة الخامسة : تم فيها اكتساب المريض فلسفة للحياة أكثر عقلانية تحميه من الوقوع ضحية أفكار أخرى غير منطقية وعندما يتوقع ذلك بالدرجة الكافية فإن من المتوقع أن يزيد ذلك من مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لديه وتقل عدوانيته تجاه مجتمعه وأسرته.

ثامناً : مجمل محتوى الجلسة العلاجية :

1- الترحيب بالمرضى أفراد المجموعة التجريبية ، وشكرهم على الحضور والالتزام بتعليمات الجلسات العلاجية .
2- التمهيد لموضوع الجلسة بطرح مجموعة من الاسئلة التي تدور حول الموضوع لتشجيعهم على استنتاج عنوان للجلسه .
3- عرض موضوع الجلسة .
4- التدرب على الأساليب والمهارات التي يهدف لها البرامج : وذلك باستخدام (الوسائط التعليمية) الطرق المناسبة لكل جلسه .
5- طلب تقييم للجلسة من قبل ا لمرضى .
6- التأكيد على موعد ومكان الجلسة القادمة ، يتم هذا في نهاية كل جلسة من جلسات البرنامج العلاجي ويضاف للجلسة الأولى تطبيق القياس القبلي وفي الجلسة العاشرة (الأخيرة) القياس البعدي .

تاسعا : تقويم البرنامج :

بهدف التأكد من استفادة أعضاء المجموعة التجريبية من البرنامج العلاجي تم إعداد استمارة تقييم الجلسات العلاجية ليتم إعطائها للمريض في نهاية كل جلسه علاجيه للاطمئنان على استيعاب المريض لما احتوته الجلسة العلاجية.

النتائج والمناقشة

استخدم الباحثين برنامج (Spss (Statisticl Package for Social Sciences الإصدار (20) لأغراض التحليل الإحصائي وقد استخدمت الأساليب الإحصائية التالية:
اختبار (مان – وتني) اللامعلمي للعينات المستقلة . واختبار (ويلكوكسون) اللامعلمي لعينتين مرتبطتين.
وقد تمت المجانسة بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي احصائياً باستخدام اختبار (مان – ويتني) اللامعلمي لحساب الفروق بين متوسطات درجات المجموعتين في القياس القبلي على مقياس التوافق النفسي والأبعاد الفرعية المكونة له وكانت النتائج كما في الجدول (2).

جدول (2). يوضح استخدام اختبار (مان-ويتني) اللامعلمي للفروق بين متوسطات درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي لمقياس التوافق النفسي والأبعاد الفرعية المكونة له.

	أبعاد مقياس التوافق النفسي				
	الشخصي	الاجتماعي	الأسري	الانفعالي	الدرجة الكية
قيمة الاختبار (مان-ويتني)	28,50	36	44,5	48	35
مستوى الدلالة	,101	,289	,676	,879	,256
التفسير	غير دالة إحصائياً	غير دالة إحصائياً	غير دالة إحصائياً	غير دالة إحصائياً	غير دالة إحصائياً

يوضح الجدول (2) نتائج اختبار مان-ويتني اللامعلمي لاختبار الفروق بين متوسطي العينتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي لمقياس التوافق النفسي وأبعاده الفرعية، حيث أظهر أن جميع قيم الاختبار جاءت كبيرة وجاءت مستويات الدلالة كبيرة (أكبر من 05,) مما يعني عدم معنوية الفروق بين متوسطات العينات المستقلة الضابطة والتجريبية في مقياس التوافق النفسي وفي أبعاده الفرعية، وبالتالي فإنه لا توجد فروق معنوية بين المجموعتين مما يدل على تكافؤ المجموعتين في التوافق النفسي وإمكانية إجراء التجربة العلاجية عليها

النتائج الخاصة بفروض الدراسة:

1- الفرض الأول:
وينص على ما يلي:
"توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في التوافق النفسي قبل البرنامج عنه بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح بعد تطبيق البرنامج".

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثين بالمقارنة بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي وذلك على مقياس التوافق النفسي باستخدام اختبار ويلكوكسون للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات القياس القبلي والقياس البعدي.

يوضح الجدول (3) نتائج اختبار (ويلكوكسون) اللامعلمي لعينتين مرتبطتين (القياس القبلي – القياس البعدي) للدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي وأبعاده الفرعية للمجموعة التجريبية، حيث نجد الآتي:

بالنسبة لبعد التوافق الشخصي، قيمة الاختبار بلغت (-2.668) بقيمة احتمالية (0.008) والتي تشير إلى أن متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في التوافق الشخصي يختلفان معنوياً، ومن خلال متوسط ومجموع الرتب الموجبة والتي تشير إلى أن المتوسط في القياس البعدي أكبر من المتوسط في القياس القبلي، بمعنى أن متوسط درجة التوافق الشخصي بعد تطبيق البرنامج أعلى من متوسط التوافق الشخصي قبل تطبيق البرنامج ، أي أن البرنامج العلاجي قد رفع من مستوى التوافق الشخصي، ومن ثم ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في التوافق الشخصي قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي مما يدل على فعاليه البرنامج في تحسين مستوى التوافق الشخصي .

جدول (3). يوضح إختبار(ويلكوكسون) اللامعلمي لعينتين مرتبطتين (Two Related Samples Test) (القياس القبلي – القياس البعدي) للدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي وللابعاد الفرعية للعينة التجريبية.

البعد	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة الاختبار ويلكوكسون	مستوى الدلالة
التوافق الشخصي (القبلي - البعدي)	السالبة	0.00	0.00	2.668-	0.008
	الموجبة	5.00	45.00		
التوافق الاجتماعي (القبلي - البعدي)	السالبة	1.50	1.50	2.654-	0.008
	الموجبة	5.94	53.50		
التوافق الأسري (القبلي - البعدي)	السالبة	2.50	2.50	2.550-	0.011
	الموجبة	5.83	52.50		
التوافق الانفعالي (القبلي - البعدي)	السالبة	1.50	3.00	2.312-	0.021
	الموجبة	6.00	42.00		
الدرجة الكلية للمقياس (القبلي - البعدي)	السالبة	1.00	1.00	2.547-	0.011
	الموجبة	5.50	44.00		

وبالنسبة لبعد التوافق الاجتماعي، قيمة الاختبار بلغت (- 2.654) بقيمة احتمالية (0.008) والتي تشير إلى أن متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في التوافق الاجتماعي يختلفان معنوياً، ومن خلال متوسط ومجموع الرتب الموجبة والتي تشير إلى أن المتوسط في القياس البعدي أكبر من المتوسط في القياس القبلي، بمعنى أن متوسط درجة التوافق الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج أعلى من متوسط التوافق الاجتماعي قبل تطبيق البرنامج ، أي أن البرنامج العلاجي قد رفع من مستوى التوافق الاجتماعي، وبالتالي فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في التوافق الاجتماعي قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي مما يدل على فعالية البرنامج في تحسين مستوى التوافق الاجتماعي .

وبالنسبة لبعد التوافق الأسري، قيمة الاختبار بلغت (-2.550) بقيمة احتمالية (0.011) والتي تشير إلى أن متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في التوافق الأسري يختلفان معنوياً، ومن خلال متوسط ومجموع الرتب الموجبة والتي تشير إلى أن المتوسط في القياس البعدي أكبر من المتوسط في القياس القبلي، بمعنى أن متوسط درجة التوافق الأسري بعد تطبيق البرنامج أعلى من متوسط التوافق الأسري قبل تطبيق البرنامج، أي أن البرنامج العلاجي قد رفع من مستوى التوافق الأسري، وبالتالي فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في التوافق الأسري قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي مما يدل على فعاليه البرنامج في تحسين مستوى التوافق الاسري.

وبالنسبة لبعد التوافق الانفعالي، قيمة الاختبار بلغت(-2.312) بقيمة احتمالية (0.021) والتي تشير إلى أن متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في التوافق الانفعالي يختلفان معنوياً، ومن خلال متوسط ومجموع الرتب الموجبة والتي تشير إلى أن المتوسط في القياس البعدي أكبر من المتوسط في القياس القبلي، بمعنى أن متوسط درجة التوافق الانفعالي بعد تطبيق البرنامج أعلى من متوسط التوافق الانفعالي قبل تطبيق البرنامج ، أي أن البرنامج العلاجي قد رفع من مستوى التوافق الانفعالي، وبالتالي فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في التوافق الانفعالي قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي مما يدل على فعالية البرنامج في تحسين مستوى التوافق الانفعالي.

وبالنسبة للدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي، قيمة الاختبار بلغت (- 2.547) بقيمة احتمالية (0.011) والتي تشير إلى أن متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في التوافق النفسي ككل يختلفان معنوياً، ومن خلال متوسط ومجموع الرتب الموجبة والتي تشير إلى أن المتوسط في القياس البعدي أكبر من المتوسط في القياس القبلي، بمعنى أن متوسط الدرجة الكلية للتوافق النفسي بعد تطبيق البرنامج أعلى من متوسط الدرجة الكلية للتوافق النفسي قبل تطبيق البرنامج، أي أن البرنامج العلاجي قد رفع من مستوى التوافق النفسي، وبالتالي فإنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في التوافق النفسي قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس البعدي مما يدل على فعالية البرنامج في تحسين مستوى التوافق .

ويرجع الباحثين تحسن أفراد المجموعة التجريبية بأنه جاء بسبب استفادتهم من البرنامج العلاجي وما احتواه من أنشطة وتدريبات حيث كان تركيز البرنامج بدرجة كبيرة على أساسيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي والذي أسهم في تحسن التوافق النفسي والتخلي عن الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأخرى عقلانية ومن ثم إعادة صياغة البناء المعرفي لهم كما يعزي الباحثين هذه النتيجة الإيجابية إلى طبيعة المستفيدين من أفراد العينة والذين كانوا على قدر عال من الدافعية والرغبة في التخلص مما يعانون منه فكانوا أكثر إقبالاً على البرنامج وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة القحطاني (2014) .

الفرض الثاني:

"توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التوافق النفسي بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية".

للتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحثين بالمقارنة بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا برنامجاً علاجياً ومتوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة (اللذين لم يتلقوا البرنامج) وذلك على مقياس التوافق النفسي باستخدام اختبار (مان – وتني) (Two Independent Samples) للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين حسب الجدول (4).

جدول (4) . يوضح نتائج اختبار مان ويتني اللامعلمي لنتائج الدرجة الكلية للقياس البعدي للعينتين الضابطة والتجريبية لمقياس التوافق النفسي وأبعاده الفرعية.

البعد	المجموع	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة الاختبار مان-ويتني	مستوى الدلالة
التوافق الشخصي	الضابطة	7.20	72.00	17.00	0.012
	التجريبية	13.80	138.00		
التوافق الاجتماعي	الضابطة	6.35	63.50	8.50	0.002
	التجريبية	14.65	146.50		
التوافق الأسري	الضابطة	6.60	64.00	9.00	0.002
	التجريبية	14.60	146.00		
التوافق الانفعالي	الضابطة	6.85	68.50	13.50	0.006
	التجريبية	14.15	144.50		
الدرجة الكلية للمقياس	الضابطة	6.55	65.50	10.50	0.003
	التجريبية	14.45	144.50		

يوضح الجدول (4) نتائج اختبار (مان-ويتني) اللامعلمي لعينتين مستقلتين (الضابطة – التجريبية) للدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي وأبعاده الفرعية، حيث نجد الآتي:

بالنسبة لبُعد التوافق الشخصي، قيمة الاختبار بلغت (17.00) بقيمة احتمالية (0.012) والتي تشير إلى أن متوسط الدرجات البعدية للمجموعتين الضابطة والتجريبية في التوافق الشخصي يختلفان معنوياً، ومن خلال متوسط ومجموع الرتب والتي تشير إلى أن متوسط التوافق الشخصي لدى المجموعة التجريبية والتي تم تعريضها للبرنامج العلاجي أعلى من متوسط التوافق الشخصي لدى المجموعة الضابطة والتي لم تتلقى البرنامج العلاجي، بمعنى أن البرنامج العلاجي يزيد من التوافق الشخصي، وبالتالي ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التوافق الشخصي بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية.

وبالنسبة لبُعد التوافق الاجتماعي، قيمة الاختبار بلغت (8.50) بقيمة احتمالية (0.002) والتي تشير إلى أن متوسط الدرجات البعدية للمجموعتين الضابطة والتجريبية في التوافق الاجتماعي يختلفان معنوياً، ومن خلال متوسط ومجموع الرتب والتي تشير إلى أن متوسط التوافق الاجتماعي لدى المجموعة التجريبية والتي تم تعريضها للبرنامج العلاجي أعلى من متوسط التوافق الاجتماعي لدى المجموعة الضابطة والتي لم تتلقى البرنامج العلاجي، بمعنى أن البرنامج العلاجي يزيد من التوافق الاجتماعي، وبالتالي ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التوافق الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية.

وبالنسبة لبُعد التوافق الأسري، قيمة الاختبار بلغت (9.00) بقيمة احتمالية (0.002) والتي تشير إلى أن متوسط الدرجات البعدية للمجموعتين الضابطة والتجريبية في التوافق الأسري يختلفان معنوياً، ومن خلال متوسط ومجموع الرتب والتي تشير إلى أن متوسط التوافق الأسري لدى المجموعة التجريبية والتي تم تعريضها للبرنامج العلاجي أعلى من متوسط التوافق الأسري لدى المجموعة الضابطة والتي لم تتلقى البرنامج العلاجي، بمعنى أن البرنامج العلاجي يزيد من التوافق الأسري، وبالتالي ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التوافق الأسري بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية.

وبالنسبة لبُعد التوافق الانفعالي، قيمة الاختبار بلغت (13.50) بقيمة احتمالية (0.006) والتي تشير إلى أن متوسط الدرجات البعدية للمجموعتين الضابطة والتجريبية في التوافق الانفعالي يختلفان معنوياً، ومن خلال متوسط ومجموع الرتب والتي تشير إلى أن متوسط التوافق الانفعالي لدى المجموعة التجريبية والتي تم تعريضها للبرنامج العلاجي أعلى من متوسط التوافق الانفعالي لدى المجموعة الضابطة والتي لم تتلقى البرنامج العلاجي، بمعنى أن البرنامج العلاجي يزيد من التوافق الانفعالي، وبالتالي ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التوافق الانفعالي بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية.

وبالنسبة للدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي، قيمة الاختبار بلغت (10.50) بقيمة احتمالية (0.003) والتي تشير إلى أن متوسط الدرجات البعدية للمجموعتين الضابطة والتجريبية في التوافق النفسي ككل يختلفان معنوياً، ومن خلال متوسط ومجموع الرتب والتي تشير إلى أن متوسط التوافق النفسي لدى المجموعة التجريبية والتي تم تعريضها للبرنامج العلاجي أعلى من متوسط التوافق النفسي لدى المجموعة الضابطة والتي لم تتلقى البرنامج العلاجي، بمعنى أن البرنامج العلاجي يزيد من التوافق النفسي، وبالتالي ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في التوافق النفسي بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية.

ويتضح مما سبق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا برنامجاً علاجياً ومتوسط رتب أفراد المجموعة الضابطة وكانت لصالح المجموعة التجريبية مما يشير الى أن رتب افراد المجموعة التجريبية في مقياس التوافق النفسي أعلى من رتب أفراد المجموعة الضابطة وذلك في القياس البعدي وهو ما يشير إلى تحقق الفرض وهذه النتيجة تتفق مع دراسة القحطاني[21] .

ويرجع الباحثين هذه النتيجة الإيجابية إلى ما يميز العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي من حيث استخدامه بطريقة فردية حيث كانت جميع الجلسات بالبرنامج فردية حيث استطاع الباحثين من خلالها تكوين علاقة تبادلية بينهما وبين المريض من ناحية التفكير والانفعالات ، ومن المميزات لهذه النظرية أنها تقوم على نموذج تعليمي ، واقناعي ، وتوجيهي يتيح الفرصة للمستهدفين من البرنامج أن يدركوا تماماً كيف أن أفكارهم غير المنطقية هي التي تقف خلف اضطرابهم وعدم توافقهم ومن ثم يسعى إلى الكشف عن معتقداتهم اللاعقلانية كما يقوم المعالج بتعليم المريض كيف يغير أفكاره تغييراً فلسفياً وعميقاً لكي لا يحصل له انتكاسات في المستقبل.

الفرض الثالث:

"لاتوجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في التوافق النفسي في القياسين البعدي والتتبعي".

للتحقق من صحه هذا الفرض قام الباحثين بمقارنة متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي ومتوسطات رتب أفراد المجموعة نفسها في القياس التتبعي وذلك على مقياس التوافق النفسي باستخدام اختبار (ويلكوكسون).

يوضح الجدول (5) نتائج اختبار (ويلكوكسون)اللامعلمي لعينتين مرتبطتين (القياس البعدي – القياس التتبعي) للدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي وأبعاده الفرعية للمجموعة التجريبية، حيث وجد أن جميع قيم الاختبار جاءت صغيرة وتبعاً لذلك جاءت قيم مستويات الدلالة أكبر من (0.05) مما يعني عدم معنوية الفروق، بمعنى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في التوافق النفسي في التطبيق البعدي والتتبعي.

جدول (5). يوضح الرتب لنتائج العينة التجريبية (القياس البعدي – القياس التتبعي) للدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي وللابعاد الفرعية باستخدام اختبار ويلكوكسون.

البعد	الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة اختبار ويلكوكسون	مستوى الدلالة
التوافق الشخصي (البعدي - التتبعي)	السالبة	8.50	34.00	0.665-	0.506
	الموجبة	3.50	21.00		
التوافق الاجتماعي (البعدي - التتبعي)	السالبة	5.42	32.50	1.191-	0.234
	الموجبة	4.17	12.50		
التوافق الأسري (البعدي - التتبعي)	السالبة	5.25	31.50	1.067-	0.286
	الموجبة	4.50	13.50		
التوافق الانفعالي (البعدي - التتبعي)	السالبة	4.81	38.50	1.126-	0.260
	الموجبة	8.25	16.50		
الدرجة الكلية للمقياس (البعدي - التتبعي)	السالبة	5.50	33.00	1.246-	0.213
	الموجبة	4.00	12.00		

ويتضح من نتائج الجدول (5) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا برنامجاً علاجياً في القياس البعدي ومتوسطات رتب درجاتهم في القياس التتبعي على مقياس التوافق النفسي وهذا يشير إلى تحقق الفرض . ويعني ذلك أن أفراد المجموعة التجريبية مازالوا يحتفظون بمستوى توافق نفسي مرتفع بعد انقضاء مدة تطبيق البرنامج العلاجي وبعد مرور فترة زمنية قدرها (30) يوما كانت تفي للحكم على أن أثر المعلومات والتدريبات التي تلقوها في جلسات البرنامج العلاجي مازالت مستمرة وفعالة . وتتفق هذه الدراسة مع دراسة القحطاني[21] ويرجع الباحث هذه النتيجة الى أن المرضى كانوا في حاجه لمثل هذا البرنامج وعندما تعرضوا له احتفظوا واستفادوا مما حدث لهم واستمد ذلك بعد انتهاء البرنامج.

وبهذا اتضح أن نتائج الدراسة الحالية بعد تطبيق البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي السلوكي قدحققت جميع فروضها ، وبذلك يكون قد تحققت فعالية البرنامج المستخدم في الدراسة في زيادة مستوى التوافق النفسي لأفراد المجموعة التجريبية واستمرار فاعليته بعد شهر تقريباً ، حيث استمر أفراد المجموعة التجريبية محتفظين بما تعلموه واكتسبوه من خلال البرنامج وفي المقام الأول ترك تلك الأفكار والأحاديث الذاتية السلبية والتي تشكل مصدر ازعاج لهم ، كذلك اتقانهم لمعظم الفنيات التي تم تدريبهم عليها والقيام بها كواجبات منزلية ، ساعدت جميعها في تحسن مستوى التوافق النفسي .

المراجع

1 - الهوارنه ، معمر نواف (2018). الشخصية وانحرافاتها، ط1 ، عمان : دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
2 - العنزي ، فريح عويد (1998). علم نفس الشخصية ، ط1 ، الكويت : مكتبه الفلاح للنشر والتوزيع.
3 - مقدادي ، يوسف (2015). الإرشاد النفسي ، ط1 ، الرياض : قرطبة للنشر والتوزيع.
4 - عبدالرحمن ، محمد السيد (2009). علم الامراض النفسيه (الاسباب – الاعراض – التشخيص – العلاج)
5- Harold, W. and Benjamin, B. (1996). Pochet handbook of clinical psychiatry, New York , 2nd edition ,Williams & Wilkins
6 - - هريدي ،عادل محمد ، وقليوبي ، خالد محمد (2014). علم نفس الشخصية ، ط1 ، جده : خوارزم العلميه
7 - عبيد ، ماجدة بهاء الدين السيد (2008). الضغط النفسي ، ط1 ، عمان : دار صفاء للنشروالتوزيع .
8 - حقى ، الفت محمد (1979) علم النفس المعاصر ، القاهرة : مركز الاسكندريه للكتب
9 - عبدا لله ، هشام إبراهيم (2008). العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ، القاهرة : دار الكتاب الحديث
10 حسين ، طه عبدا لعظيم (2008) الإرشاد النفسي _ النظرية _ التطبيق _ التكنولوجيا ط2 ، عمان : دار الفكر
11 -سري ، إجلال محمد (1990). علم النفس العلاجي ، ط1 ، القاهره.
12 -عبدالخالق ، احمد (1993). أسس علم النفس ، الاسكندريه : دار المعرفة الجامعية.
13- Ellis , A. (2004). Rational Emotive Behavior Therapy – it works of can work for you, New York promethium.
14 -زهران، سناء حامد (2004). إرشاد الصحة ألنفسيه لتصحيح مشاعر ومعتقدات الاغتراب ، ط1 ، القاهرة : عالم الكتب.
15- Dryden , W.(1996). Rational Emotive Behavior Therapy . In W. Dryden (Ed) , Handbook Of Individual Therapy , New – Delhi, sage Publication.
16 -الخفش ، سامح وديع (2011) النظريه والتطبيق في الارشاد والعلاج النفسي ، ط1 ، عمان : دار الفكر.
17 -علي ، السيد فهمي (2010). علم النفس المرضي ، الاسكندريه : دار الجامعة الجديدة.
18 -مبيض ، مامون (1995). المرشد في الإمراض النفسية واضطرابات السلوك ، ط1 ، بيروت : المكتب الإسلامي.
19 -محمد ، إبراهيم جابر السيد (2011). السيكوباتيه ، ط1 ، عمان : دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

20 -عبدا لله ، سمير محمود أمين (2010) الإرشاد النفسي لذوي الاحتياجات الخاصة ، ط1، القاهرة : دار الفكر العربي
21 -القحطاني ، مسفر يحي (2014) فاعليه العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لتنميه القدرة على مواجه احداث الحياه الضاغطه لدى عينه من المصابين بالامراض النفسجسميه من المترددين على مستشفى الصحة النفسية بالطائف ، رساله دكتوراه ، كليه التربيه ، جامعه عين شمس
22 -المالكي ، ساميه محمد (2016) فعاليه برنامج علاجي عقلاني انفعالي سلوكي لخفض الاكتئاب الاكلينيكي لدى المستفيدات من برنامج الاعانات بوزاره الشؤون الاجتماعيه ، رساله ماجستير ، كليه العلوم الاجتماعيه، جامعه نايف العربيه للعلوم الامنيه

The Effectiveness of a Behavioral Sensational Behavioral Therapeutic Program to improve the Psychological Compatibility level of patients with Psychopathic Disorders : A Study on a Sample of the diagnostic patients in the Psychiatric Hospital in Taif

DaifAllah Alsofiane and Elsayed k. Mathana
Psychiatric Hospital in Taif

ABSTRACT

The study aims to measure the effectiveness of the proposed program in improving the level of psychological compatibility of people with Psychopathic Disorders. The study population were patients with Psychopathic Disorders who were referred to the mental health hospital in Taif. The sample consisted of (20) patients divided into two groups: Control group (n=10) and experimental group (n=10). The researchers used the experimental design. And the following tools: the Eysenck scale (prepared by Ahmed abdulkalek), the measure of psychological compatibility prepared by the researchers and also The program is prepared by the researchers. The results of the study showed that:

1-there were differences between main scores of the experimental group in the psychological compatibility of the experimental group before and after the program in the direction after application of the program.

2- There are statistically significant differences between the mean of the experimental group and the control group in the direction of the experimental group.

3- There are no statistically significant differences between the average scores of the experimental group in the psychological compatibility in the measurement of distance and follow – up.