

حنان الفايز: العلاج البين شخصي: مراجعة للأدبيات العلمية

## العلاج البين شخصي: مراجعة للأدبيات العلمية

د. حنان محمد الفايز<sup>(1)</sup>

(قدم للنشر 1445/3/19- وقيل 1445/6/14 هـ)

المستخلص: يهدف العلاج النفسي لمساعدة الأفراد على معالجة الصعوبات النفسية، وتحسين الصحة النفسية بشكل عام. ويعد العلاج البين شخصي (Interpersonal Therapy IPT) أحد العلاجات القائمة على الأدلة، وهو علاج محدود زمنياً ومثبت تجريبياً في علاج الاكتئاب وعدد من الأمراض والاضطرابات النفسية الأخرى. ويركز هذا المنهج العلاجي – تحديداً- على تنمية مهارات الاتصال والفعالية الشخصية، حيث يستند في فكرته على أن العديد من المشكلات النفسية ناتجة عن قصور في العلاقات أو صراعات في الأدوار. وعلى الرغم من انتشار هذا المنهج العلاجي بشكل كبير في المجتمعات الغربية إلا أنه ما زال محدود الانتشار في المجتمعات العربية، وقد يكون سبب ذلك هو ضعف الموارد التعليمية والتدريبية لهذا النوع المتخصص من العلاج. لذا تهدف المراجعة الحالية إلى تسليط الضوء على منهج العلاج البين شخصي من حيث نشأته، وتاريخه، والنظريات التي يستند عليها، وأيضاً توضيح للهيكل العام لهذا المنهج العلاجي والاستراتيجيات المستخدمة فيه، كما سوف يتم استعراض حدود استخداماته في علاج الأمراض والاضطرابات النفسية المختلفة وتوضيح الفرق بينه وبين العلاج المعرفي السلوكي، بالإضافة إلى أن هذه المراجعة سوف تشير إلى توصيات لدراسة العلاج البين شخصي مستقبلاً في المجتمعات العربية.

الكلمات المفتاحية: العلاج البين شخصي - الاكتئاب - الفقد - العجز الشخصي - العلاقات الشخصية.

### Interpersonal Therapy (IPT): Literature Review

Hanan M. AlFayez<sup>(1)</sup>

(Submitted 04-10-2023 and Accepted on 27-12-2023)

**Abstract:** Psychotherapy aims to help individuals deal with psychological difficulties and improve Mental Health in general. Interpersonal Therapy (IPT) is an Evidence-Based, time-limited, and empirically proven treatment for Depression and several other Mental Illnesses and disorders. This therapeutic approach focuses specifically on the development of communication skills and personal effectiveness, as it is based on the idea that many psychological problems result from deficiencies in relationship or conflicts in roles. Although this therapeutic approach is widely spread in Western societies, it is not well known in Arab societies, and the reason for this may be the limited educational and training resources for this specialized type of treatment. Therefore, the current review aims to shed light on the Interpersonal Therapy approach in terms of its origin, history, and the theories on which it is based on, as well as an explanation of the general structure of this therapeutic approach and the strategies used in it. It will also review the limits of its uses with various mental disorders and clarify the difference between IPT and Cognitive Behavioral Therapy (CBT). In addition, this review will indicate recommendations to study Interpersonal Therapy in the future in Arab societies.

(1) Department of Psychology – King Saud University

(1) قسم علم النفس – جامعة الملك سعود

E-mail: [Halfayez1@ksu.edu.sa](mailto:Halfayez1@ksu.edu.sa)

## مقدمة

تؤثر في ظهور المشكلات النفسية، وكذلك في استمراريتها، من هنا أدرك مؤسسو العلاج البين شخصي أهمية معالجة العوامل الاجتماعية والشخصية في العلاج، جنباً إلى جنب مع الجوانب المعرفية والسلوكية (Markowitz et al., 2012). وهذه الطريقة من العلاج تركز على أربعة جوانب رئيسية: الجانب الأول هو الفقد (Grief) حيث يرى هذا التوجه العلاجي بأن الفقد والحزن الذي لم يتم التعامل معه، وعلاجه يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب، ويساعد هذا النوع من العلاج الأفراد على معالجة فقدانهم والتكيف مع تغيرات الحياة الناتجة عن هذه الفجوة. أما الجانب الثاني، فيتناول نزاعات الأدوار (Role Disputes) حيث يمكن أن تساهم النزاعات والخلافات في العلاقات بحدوث ضائقة نفسية. لذا، يساعد العلاج البين شخصي الأفراد على تحديد أنماط المشكلة في تواصلهم داخل علاقاتهم ومساعدتهم على معالجتها. الجانب الثالث يتناول التغيرات الكبيرة في الحياة أو ما يعرف بانتقالات الأدوار (Role Transitions) مثل: الزواج أو الطلاق أو التقاعد، وغيرها من التغيرات التي يمكن ان تسبب تحديات للأفراد فيساعد العلاج البين شخصي هؤلاء الأفراد في الانتقال ما بين هذه التحولات والتكيف مع الأدوار والمسؤوليات الجديدة. أما الجانب الرابع والأخير فهو خاص بالعجز الشخصي (Interpersonal Deficits) حيث يفتقر بعض الأفراد المهارات الاجتماعية اللازمة لتكوين العلاقات أو المحافظة عليها فيشعرون بعزلة اجتماعية، فيهدف العلاج البين شخصي إلى تعزيز شبكات الدعم الاجتماعي وتحسين الأداء الشخصي. (Stuart & Robertson, 2012).

### مشكلة الدراسة

يعد العلاج البين شخصي من العلاجات النفسية شائعة الاستخدام في العالم الغربي (Cuijpers et al., 2004; Mufson et al., 2013)، إلا أنه لا يحظى بالانتشار نفسه في العالم العربي، وقد يكون هذا عائقاً لعدة

العلاج النفسي مصطلح واسع، يشمل مجموعة من الأساليب العلاجية التي تهدف إلى مساعدة الأفراد في معالجة الصعوبات النفسية وتحسين الصحة العقلية وتعزيز الرفاهية العامة. فهو ينطوي على علاقة تعاونية بين معالج مدرب وعميل، بهدف تخفيف الضيق، وتعزيز النمو الشخصي، وتسهيل التغيير الإيجابي. وأيضاً يعتمد على أطر نظرية مختلفة، وقد تطورت طرق العلاج النفسي بمرور الوقت، ولعل من أشهرها العلاج النفسي التحليلي، والعلاج السلوكي المعرفي، والعلاج الإنساني، والعلاج الأسري والعلاج البين شخصي (Norcross, & Lambert, 2011).

فالعلاج البين شخصي (Interpersonal therapy- IPT) هو علاج نفسي منظّم ومحدود زمنياً (من 12-16 أسبوعاً) بثلاث مراحل: المرحلة الأولى (1-3 جلسات)، والمرحلة الوسطى، والمرحلة النهائية كل منهما (4-5 جلسات). ويركز هذا المنهج على تحسين العلاقات بين الأشخاص ومعالجة المشكلات النفسية المرتبطة بها (Markowitz & Weissman, 2004). وتم تطويره في السبعينيات من قبل كليمان Klerman، وكان مصمماً في البداية كعلاج للاكتئاب ولكن تم تكيفه منذ ذلك الحين لمختلف حالات الصحة العقلية والنفسية الأخرى (Klerman & Weissman, 1994) مثل: اضطرابات القلق (Borkovec et al., 2002) واضطرابات الأكل (Wonderlich et al., 2014) واضطرابات الشخصية الحدية (Bateman & Fonagy, 2001; Bozzatello et al., 2023). كما أثبت فعاليته كعلاج مستقل أو بالاشتراك مع الأساليب العلاجية الأخرى (Cuijpers et al., 2011; Rajhans et al., 2020).

ويمكن إرجاع نشأة هذه الطريقة في العلاج النفسي منذ بداية معرفة أن العلاقات الشخصية وأحداث الحياة

Weissman بإجراء أبحاثهم حول علاج الاكتئاب، وقد أدركوا - من خلالها- الطبيعة الشخصية للاكتئاب، واستهدفوا تطوير نهج علاج منظم، يعالج بشكل مباشر المشكلات الشخصية الكامنة وراء أعراض الاكتئاب، ومن ثم تمّ تصميم العلاج البين شخصي كبديل للعلاجات التحليلية النفسية التقليدية وطويلة الأمد (Markowitz & Weissman, 2004; Weissman, 2006). كما قاموا بالتحقق من فعاليته كمنهج علاجي للاكتئاب؛ من خلال القيام بعدد من الدراسات، وانتهوا بكتاب أوجز الأسس النظرية والتقنيات العلاجية للعلاج البين شخصي (Klerman & Weissman, 1994). وتم تكييف العلاج البين شخصي على مر السنين، وتوسيعه لمعالجة العديد من حالات الصحة النفسية الأخرى. ولم يعد محصوراً فقط باضطراب الاكتئاب، مثل: اضطرابات القلق (Gloster et al., 2011; Mennin et al., 2005)، واضطرابات الأكل (Wonderlich et al., 2014)، واضطراب ثنائي القطب (Miklowitz et al., 2007)، واضطراب ما بعد الصدمة (Markowitz et al., 2015). كما تم تعديل منهج العلاج البين شخصي ليناسب مجموعات سكانية مختلفة، مثل: المراهقين وكبار السن. (Markowitz & Weissman, 2012). وقد شكّل ظهور العلاج البين شخصي تحولاً كبيراً في العلاج النفسي، حيث ركّز على السياق الشخصي لمشكلات الصحة النفسية، وقدم إطاراً منظماً للتدخل المستهدف. ولقد تم الاعتراف به كعلاج قائم على الأدلة وتم تضمينه في إرشادات العلاج لمختلف اضطرابات الصحة النفسية. (Weissman & Markowitz, 2007) وحتى اليوم، ما زالت الدراسات والأبحاث مستمرة في صقل العلاج البين شخصي والبحث فيه، مع الجهود المستمرة لتكيفه مع السياقات الثقافية المختلفة ودمجه مع الأساليب العلاجية الأخرى.

اعتبارات؛ لعل أهمها نقص الموارد البشرية وعدم وجود أخصائيين نفسيين مدربين على هذا النوع من العلاج، بالإضافة إلى نقص في الدراسات والأبحاث العربية التي تتناول هذا الجانب حيث لم تجد الباحثة - في حدود علمها - دراسات نشرت حول فعالية هذا العلاج في العالم العربي باستثناء دراسة واحدة، هدفت إلى تقييم تأثير العلاج البين شخصي على الاكتئاب والشعور بالوحدة بين كبار السن المقيمين في منازل دور الرعاية. وأشارت النتائج إلى تحسن ملحوظ في كل من: درجة الاكتئاب، والوحدة، والتفاعل الاجتماعي، والمهارات المعيشية، اليومية، وأنماط النوم بعد تطبيق العلاج البين شخصي لمدة شهر؛ مما يؤكد على فعالية العلاج البين شخصي لمعالجة مثل هذه الحالات (El-Bilsha, 2019). أهداف الدراسة

تهدف المراجعة الأدبية الحالية إلى تسليط الضوء على ماهية العلاج البين شخصي، وتوضيح الهيكل العام لهذا المنهج العلاجي، والاستراتيجيات والفنيات المستخدمة، وأطره النظرية، وتوضيح استخداماته وحدوده مع الاضطرابات النفسية عبر مراجعة الدراسات والأبحاث الأجنبية السابقة التي تناولت هذا الموضوع. وبالتالي سوف تساهم هذه الدراسة بإثراء الأدبيات النظرية النفسية والممارسة الإكلينيكية لهذا النوع من العلاج لا سيما في المملكة العربية السعودية والعالم العربي.

#### الخلفية التاريخية للعلاج البين شخصي

يمكن إرجاع أصل العلاج البين شخصي إلى أعمال سوليفان Sullivan خلال عشرينات وأربعينات القرن الماضي، والذي شدّد فيه على أهمية العلاقات الشخصية في تشكيل الصحة النفسية للأفراد ورفاهيتهم النفسية. حيث أرست أفكاره ومساهماته الأسس لتطوير العلاج البين شخصي من خلال تسليط الضوء على السياق الشخصي للضيق النفسي. ثم في ستينات القرن الماضي قام كل من: كلرمان ووايسمان & Klerman

## الهيكل العام للعلاج البين شخصي

(3) الجلسات الأسبوعية Weekly Sessions عادةً ما يتضمن العلاج البين شخصي جلسات أسبوعية، تستمر لمدة محددة، تتراوح عادةً من (12 إلى 16) جلسة. تستغرق كل جلسة عادة حوالي (45-50) دقيقة.

(4) التركيز على العلاقات الشخصية Interpersonal Focus

يقوم المعالج والعميل باستكشاف منطقة (مجالات) المشكلة الشخصية المحددة في كل جلسة. ويفحصان الديناميكيات والعواطف والأفكار المحددة المتعلقة بمنطقة المشكلة ويعملان على حل الصعوبات وتحسين الأداء الشخصي.

الفنيات والاستراتيجيات المستخدمة في العلاج البين شخصي:

يستخدم العلاج البين شخصي فنيات واستراتيجيات مختلفة مصممة خصيصًا لمنطقة المشكلة المحددة التي تتم معالجتها، تشمل التالي:

(1) التثقيف النفسي: Psychoeducation عنصر أساسي في العلاج البين شخصي، ويتضمن تزويد العملاء بالمعلومات والتثقيف حول حالتهم الصحية النفسية، وعملية العلاج، والعوامل النفسية والاجتماعية ذات الصلة التي قد تسهم في الصعوبات التي يواجهونها. فالهدف الأساسي للتثقيف النفسي -هنا- هو تعزيز فهم العميل لحالته، وزيادة دافعيته للعلاج. ويركز التثقيف النفسي في العلاج البين شخصي على عدة مجالات رئيسية، ذكرها كل من ستيوارت وروبرتسون Stuart & Robertson (2012) على النحو التالي:

أ. التشخيص والتوعية بالأعراض Diagnosis and Symptom Education: يقدم المعالج معلومات حول التشخيص المحدد للعميل وأعراضه.

ب. الأساس المنطقي للعلاج Treatment Rationale: يشرح المعالج الأساس المنطقي وراء استخدام العلاج

ووضح كل من: ماركويتز ووايزمان (Markowitz & Weissman, 2004) أنه على الرغم من أن العلاج البين شخصي يتبع نهجًا منظمًا مع إطار علاج محدد إلا أن الهيكل المحدد قد يختلف بناءً على احتياجات الفرد وأسلوب المعالج. ويتكون العلاج البين شخصي عادة من المكونات التالية:

(1) التقييم الأولي Initial Assessment قوم المعالج بإجراء تقييم أولي لجمع المعلومات لتحديد التشخيص وشدته، بالإضافة لمراجعة أنماط العمل في العلاقات والقدرة على الحميمية، حيث يساعد هذا التقييم في تحديد مجالات المشكلات الشخصية المحددة التي يجب استهدافها أثناء العلاج.

(2) التركيز العلاجي Treatment Focus بناءً على التقييم، يختار المعالج والعميل بشكل تعاوني واحدًا أو أكثر من مجالات المشكلات الشخصية الأساسية الأربعة في العلاج البين شخصي، ومنها:

أ. الفقد: عندما يعاني العميل من حزن لم يتم حلّه، أو يتعلق بخسارة كبيرة، ليكون التركيز على المعالجة والتكيف مع الخسارة.

ب. نزاعات الأدوار: عندما تسهم النزاعات أو الخلافات في العلاقات المهمة في الضيق، وينصب التركيز على معالجة هذه الخلافات وحلها.

ج. انتقالات الأدوار: عندما تؤدي التغييرات في الحياة أو التحولات إلى صعوبات وضيق، يكون التركيز على التكيف مع الأدوار الجديدة والتغييرات المرتبطة بها في العلاقات.

د. العجز الشخصي: عندما تسهم أوجه القصور في المهارات الشخصية والصعوبات في تكوين العلاقات والمحافظة عليها في حدوث ضائقة، ينصب التركيز على تحسين المهارات الاجتماعية وبناء شبكات الدعم.

أ. تحديد المواقف الشخصية التي تسبب مشكلة Identifying Problematic Interpersonal Situations: يعمل المعالج مع العميل لتحديد مواقف شخصية محددة مرتبطة بالضيق أو الصراع أو عدم الرضا. قد تشمل هذه المواقف أفراد العائلة أو الأصدقاء أو غيرهم.

ب. جمع المعلومات التفصيلية Collecting Detailed Information: يقوم المعالج بجمع معلومات مفصلة حول المواقف الشخصية المحددة بما في ذلك المشاركين في هذا الموقف والسياق والأحداث والتبادلات التي تحدث.

ج. تحليل أنماط الاتصال Analyzing Communication Patterns: يقوم المعالج والعميل بشكل تعاوني بفحص أنماط الاتصال في هذه المواقف واستكشاف محتوى الاتصال (ما يقال)، وكذلك الأسلوب (كيف يقال) والإشارات غير اللفظية.

د. تحديد الأنماط غير القادرة على التكيف Identifying Maladaptive Patterns: يساعد المعالج الفرد على تحديد أنماط الاتصال غير القادرة على التكيف، والتي قد تسهم في سوء الفهم أو الصراع أو المشاعر السلبية. ويمكن أن تتضمن هذه الأنماط أمورًا، مثل: التجنب، أو إلقاء اللوم، أو استراتيجيات حل المشكلات غير الفعالة.

هـ. استكشاف استراتيجيات بديلة Exploring Alternative Strategies: استنادًا إلى أنماط سوء التكيف المحددة، يعمل المعالج مع العميل لاستكشاف وتطوير استراتيجيات اتصال بديلة تكون أكثر تكيفًا، ومن المرجح أن تؤدي إلى نتائج أكثر إيجابية.

و. ممارسة مهارات الاتصال الجديدة Practicing New Communication Skills: يتم تشجيع الفرد على ممارسة مهارات الاتصال الجديدة في البيئة

البين شخصي مع توضيح تركيزه على العلاقات الشخصية وكيف يمكن أن يؤدي تحسين الأداء الاجتماعي إلى تخفيف الأعراض وتعزيز التعافي.

ج. نموذج العلاقات الشخصية Interpersonal Model: يقدم المعالج النموذج الشخصي الكامن وراء العلاج البين شخصي والذي يسلط الضوء على الروابط بين العلاقات الاجتماعية وأحداث الحياة والصحة النفسية. ويتعلم العميل كيف يمكن للمشكلات الشخصية أن تسهم في محنته الحالية، وتبرز أهمية حل هذه المشكلات لتخفيف الأعراض.

د. تطبيع الخبرات Normalizing Experiences: يتضمن التثقيف النفسي تطبيع تجارب العميل من خلال توضيح أن أعراضه وصعوباته شائعة، ويمكن معالجتها من خلال العلاج مما يساعد على تقليل لوم الذات ووصمة العار وتعزيز الشعور بالأمل والتفاؤل. هـ. استراتيجيات التكيف Coping Strategies: يقدم المعالج معلومات حول استراتيجيات التأقلم المحددة التي يمكن للعميل استخدامها لإدارة الأعراض والتحديات الشخصية، ويشمل ذلك فنيات لتقليل التوتر وتنظيم الانفعالات والتواصل الفعال.

و. منع الانتكاسة Relapse Prevention: يركز التثقيف النفسي أيضًا على منع الانتكاس وتزويد العميل بالمعرفة والمهارات لتحديد علامات الانتكاسة ووضع استراتيجيات للمحافظة على المكاسب التي تحققت في العلاج.

## 2) تحليل الاتصال Communication Analysis :

تحليل أنماط الاتصال والتفاعل داخل العلاقات يعتبر استراتيجية رئيسة لتحديد الأنماط غير القادرة على التكيف واستكشاف البدائل، وهو عادة يتضمن الخطوات التالية حسب ما ورد عند كل من كليرمان و ايزمان (Klerman & Weissman, 1994) ، وكذلك عند وايزمان وآخرون (Weissman et al.,2000) :

د. التعبير العاطفي وتنظيم الانفعالات Emotional Expression and Regulation: يسمح لعب الأدوار للعميل بالتعبير عن مشاعره وتنظيمها في بيئة خاضعة للرقابة حيث يمكنه استكشاف الحالات العاطفية المختلفة، وممارسة التعبير العاطفي، وتعلم كيفية إدارة المشاعر الشديدة أثناء التفاعلات الشخصية.

هـ. ربط العلاج بمواقف الحياة الواقعية Bridging Therapy to Real Life Situations: يُعد لعب الأدوار بمثابة جسر بين جلسات العلاج، والتفاعلات في الحياة الواقعية. من خلال ممارسة مهارات واستراتيجيات جديدة في بيئة علاجية، ويمكن للعميل اكتساب الثقة ونقل تعلمه إلى حياته اليومية. ويساعد لعب الأدوار العميل على تعميم مهارته وتطبيقها في سياقات شخصية مختلفة.

#### 4) تحليل القرار Decision Analysis:

استكشاف عمليات صنع القرار والعواقب المحتملة في العلاقات الشخصية. والهدف الأساسي من تحليل القرار هو تعزيز قدرة الفرد على اتخاذ قرارات فعالة لا سيما في المواقف الشخصية التي قد تسبب الضيق أو الصراع (Klerman & Weissman, 1994). ومن خلال استخدام هذه الاستراتيجيات يمكن للأفراد اكتساب الوضوح وتقليل عدم اليقين وتحسين مهارات اتخاذ القرار لديهم. هذه الاستراتيجيات مفيدة بشكل خاص عندما يواجه الشخص خيارات صعبة أو تكون هناك صراعات شخصية تتطلب اتخاذ قرار متأن. ويتم تنفيذ تحليل القرار في العلاج البين شخصي بالخطوات التالية:

أ. تحديد القرار Identifying the Decision: الخطوة الأولى هي تحديد القرار الذي يجب اتخاذه بوضوح، ويتضمن ذلك تحديد المشكلة أو القضية المحددة وفهم السياق الذي تنشأ فيه. ويعمل المعالج مع العميل بشكل تعاوني لضمان فهم شامل للقرار الذي يجب معالجته.

العلاجية، وفي مواقف الحياة الواقعية، ويمكن استخدام تقنيات لعب الأدوار لتعزيز التعلم والتطبيق.

#### 3) لعب الأدوار Role playing

هو أسلوب شائع الاستخدام في العلاج البين شخصي لمساعدة العملاء على تحسين مهاراتهم الشخصية، ومعالجة الصعوبات الشخصية. الغرض من لعب الأدوار - هنا - هو توفير بيئة آمنة ومنظمة للعملاء؛ لممارسة طرق جديدة للتفاعل مع الآخرين وتطوير استراتيجيات تواصل وحل المشكلات أكثر فاعلية. وذكر كل من: وايزمان و ماركويتز (Weissman, & Markowitz, 2007) أنهم استخدموا لعب الأدوار على النحو التالي:

أ. تطوير المهارات Skills Development: يسمح لعب الأدوار للعميل بالمشاركة بنشاط في محاكاة التفاعلات الشخصية. ومن خلال تولي أدوار مختلفة يمكن للعميل ممارسة مهارات جديدة، وتجربة الاستجابات البديلة، وتطوير طرق أكثر تكيفاً للتواصل مع الآخرين. مما يساعد على بناء الثقة وزيادة القدرة على التعامل مع المواقف الاجتماعية الصعبة.

ب. زيادة الوعي Increasing Awareness: يمكن أن يساعد لعب الأدوار العميل على اكتساب نظرة ثاقبة لأفكاره ومشاعره وسلوكياته في التفاعلات الشخصية. هذا الوعي الذاتي المتزايد يمكن العميل من تحديد الأنماط غير المفيدة والعمل على إجراء تغييرات إيجابية.

ج. حل المشكلات Problem Solving: يوفر لعب الأدوار فرصة للعميل لتطوير مهارات حل المشكلات في السياق العلاجي. يمكن للعميل ممارسة إنشاء حلول بديلة، والموازنة بين إيجابيات وسلبيات الأساليب المختلفة، وتقييم النتائج المحتملة لاختياراته. وهذا يساعد العميل على بناء مهارته في حل النزاعات وإدارة الخلافات وإيجاد حلول مرضية للطرفين.

## 5) تعزيز الدعم الاجتماعي Enhancing Social Support:

تحديد وتعزيز شبكات الدعم الاجتماعي لتحسين الأداء الاجتماعي العام وتقليل العزلة، وهو يُعدُّ أحد الاستراتيجيات الرئيسة المستخدمة في العلاج البين شخصي؛ لمساعدة العميل حيث يؤكد هذا المنهج العلاجي على أهمية العلاقات الاجتماعية في المحافظة على الصحة النفسية (Klerman & Weissman, 1994). ويتضمن تعزيز الدعم الاجتماعي تحديد وتقوية الشبكات الاجتماعية للعميل وأنظمة الدعم، حيث يهدف المعالج إلى مساعدة العميل على بناء وتحسين العلاقات، وكيفية طلب الدعم من الآخرين، وزيادة توافر الأفراد الداعمين في حياتهم. ومن خلال القيام بذلك يمكن للعميل تطوير نظام دعم موثوق به للتعامل مع ضغوط الحياة المختلفة (Stuart & Robertson 2012). ويمكن للمعالج تنفيذ هذه الإستراتيجية من خلال الطرق التالية:

أ. التقييم/Assessment: يقوم المعالج بتقييم شبكة الدعم الاجتماعي الحالية للعميل؛ بما في ذلك العائلة والأصدقاء والعلاقات المهمة الأخرى. ويساعد هذا التقييم في تحديد العلاقات الداعمة الموجودة والمجالات المحتملة للتحسين.

ب. التعليم/التثقيف: Education: يقوم المعالج بتثقيف العميل حول أهمية الدعم الاجتماعي وتأثيره على الصحة النفسية. ويمكن أن يساعد ذلك العميل في التعرف على الفوائد المحتملة لتعزيز شبكة الدعم الاجتماعي الخاصة به.

ج. تحليل الشبكة الاجتماعية Social Network Analysis: يعمل المعالج والعميل معاً لتحديد العلاقات الرئيسية في حياة العميل، وتقييم جودتها، ومستوى دعمها. ويمكن أن يكشف التحليل عن أي عجز أو مجالات محتملة للتحسين.

د. حل المشكلات Problem Solving: يساعد المعالج العميل في تحديد مشكلات شخصية معينة أو

ب. توليد الخيارات Generating Options: في هذه الخطوة يعمل المعالج مع العميل معاً لتوليد مجموعة من الخيارات أو الحلول الممكنة، حيث تسمح عملية العصف الذهني باستكشاف واسع للبدائل. ومن المهم –هنا- تقييم العواقب قصيرة وطويلة الأمد لكل خيار.

ج. تقييم الإيجابيات والسلبيات Assessing Pros and Cons: بمجرد إنشاء قائمة بالخيارات المحتملة، تتضمن الخطوة التالية تقييم مزايا وعيوب كل خيار، حيث يساعد هذا التحليل الفرد على اكتساب فهم أفضل للنتائج والعواقب المحتملة المرتبطة بكل خيار.

د. مراعاة القيم والأهداف Considering Values and Goals: يؤكد تحليل القرار في العلاج البين شخصي على أهمية مواءمة القرارات مع قيم الفرد وأهدافه. وفي هذه الخطوة يساعد المعالج الفرد على استكشاف كيفية توافق كل خياراً مع قيمه الشخصية، وأهدافه بعيدة المدى؛ من خلال النظر في هذه العوامل يمكن للفرد اتخاذ قرارات أكثر أصالة وتماشياً مع رفاهه النفسي العام.

هـ. اتخاذ القرار Making the Decision: بعد إجراء تقييم شامل للخيارات، وموازنة بلالإيجابيات والسلبيات والنظر في القيم والأهداف الشخصية يتم تشجيع الفرد على اتخاذ القرار. ويقدم المعالج الدعم والتوجيه، ويساعد العميل في استكشاف أيّة شكوك أو مخاوف. ومن الضروري تمكين الفرد من اتخاذ قراره والثقة في حكمه. ج.

و. تقييم القرار Evaluating the Decision: بعد تنفيذ القرار، يمكن للعميل والمعالج تقييم النتائج وتقييم ما إذا كان القرار فعالاً ومتوافقاً مع توقعاتهم أم لا. وتوفر عملية التقييم هذه فرصة للتعلم والتعديل إذا لزم الأمر (Stuart et al., 2012).

- تحديات قد تعيق تطوير العلاقات الداعمة أو المحافظة عليها. ثم يتم تطوير استراتيجيات لمعالجة هذه المشكلات. هـ. التدريب على مهارات الاتصال Communication Skills Training: قد يقدم المعالج إرشادات حول تحسين مهارات الاتصال، والحزم والتوكيدية، وطرق حل النزاعات. حيث يمكن لهذا المهارة أن تعزز قدرة العميل على التعبير عن احتياجاته وطلب الدعم بشكل فعال.
- و. لعب الأدوار Role Play: قد يستخدم المعالج تمارين لعب الأدوار لمساعدة العميل على ممارسة مهارات الاتصال الحازم وحل المشكلات، مما يتيح له اكتساب الثقة وتطبيق هذه المهارات في تفاعلات الحياة الواقعية.
- ز. التفاعل الاجتماعي Socialization: يشجع المعالج العميل على الانخراط في الأنشطة الاجتماعية أو الانضمام إلى مجموعات الدعم أو المشاركة في الأحداث المجتمعية لزيادة فرص التفاعل الاجتماعي وتطوير العلاقات الداعمة من خلال تعزيز الدعم الاجتماعي، ويمكن تخفيض شعور العزلة لدى العميل وزيادة الدعم العاطفي وتحسين احترام الذات وزيادة الشعور بالانتماء، حيث يمكن أن تسهم هذه العوامل في تحسين الصحة النفسية والرفاه النفسي بشكل عام (Weissman, & Markowitz, 2007).
- 6) لإنهاء ومنع الانتكاس Termination and Relapse Prevention:**
- يعتبر الإنهاء ومنع الانتكاس من الجوانب المهمة في العلاج بين شخصي، والتي تساعد العميل على تعزيز المكاسب التي تحققت أثناء العلاج والمحافظة على تقدمه على المدى الطويل (Klerman & Weissman, 1994):
- أ. الإنهاء: يحدث هذا -عادةً- عندما يحقق العميل أهدافه العلاجية، ويلاحظ تخفيف الأعراض، ويطور مهارات أكثر فاعلية في التعامل مع الآخرين. ويشمل التركيز على الإنهاء في العلاج بين شخصي ما يلي:
- مراجعة التقدم Reviewing Progress: يفكر المعالج والعميل في تقدم العميل خلال العلاج، فهما يحددان التغييرات الإيجابية والمهارات المكتسبة والأهداف التي تم تحقيقها.
  - تعزيز المكاسب Consolidating Gains: يساعد المعالج العميل على دمج الأفكار والمهارات المكتسبة أثناء العلاج في حياته اليومية، مما يضمن أنه يمكنه الاستمرار في تطبيقها بشكل مستقل.
  - معالجة المشكلات التي لم يتم حلها Addressing Unresolved Issues: تتم معالجة أيّة مشكلات أو مخاوف متبقية بين الأشخاص أثناء الإنهاء. ويعمل المعالج والعميل معًا لتطوير استراتيجيات لإدارة هذه التحديات للمضي قُدُمًا.
  - مناقشة الدعم المستقبلي Discussing Future Support: يناقش المعالج والعميل أهمية الدعم الاجتماعي المستمر، ويستكشفان طرقًا للمحافظة على شبكة دعمهم وتوسيعها بعد العلاج (Klerman & Weissman, 1994).
- أ) منع الانتكاس: يهدف منع الانتكاس في العلاج بين شخصي إلى تزويد العملاء بالمهارات والاستراتيجيات للتعرف على النكسات أو الانتكاسات المحتملة في صحتهم النفسية وإدارتها، ويتضمن العناصر التالية:
- تحديد علامات التحذير Identifying Warning Signs: يساعد المعالج العميل على تحديد علامات الإنذار المبكر لتدهور الصحة النفسية أو احتمال تكرار الأعراض. وقد يشمل ذلك تغييرات في المزاج أو السلوك أو أنماط العلاقات الشخصية.
  - تطوير استراتيجيات التكيف Developing Coping Strategies: يتعلم العميل ويمارس مهارات تأقلم محددة لإدارة التوتر، والصراعات الشخصية، وغيرها من المحفزات التي يمكن أن تؤدي إلى الانتكاس. وهذا يشمل تطبيق المهارات الشخصية المكتسبة أثناء العلاج.



سياق العلاج البين شخصي توفر النظرية الديناميكية النفسية إطارًا لفهم كيفية تأثير الصراعات، التي لم يتم حلها والخبرات المبكرة على العلاقات الشخصية الحالية، والضيق النفسي الذي يشعر به الفرد حيث يدرك العلاج البين شخصي أن الخبرات السابقة يمكن أن تشكل أنماطًا للفرد فيما يتعلق بالآخرين، وتؤثر على تطور الأعراض، مثل: الاكتئاب، أو القلق، أو صعوبات التعامل مع الآخرين. (Farber, 2019; Klerman & Weissman, 1994)

## 2) نظرية التعلق Attachment Theory

يتضمن العلاج البين شخصي مبادئ من نظرية التعلق لفهم كيف تشكل تجارب التعلق المبكرة العلاقات الشخصية، وتؤثر في الصحة النفسية. إذا تركز نظرية التعلق على جودة العلاقات المبكرة وتأثيرها في قدرة الفرد على تكوين علاقات آمنة مع المحافظة عليها طوال الحياة. ويدرك المعالج البين شخصي أهمية الديناميكيات المرتبطة بالتعلق في تطوير واستمرار الضيق النفسي. وتشير نظرية التعلق إلى أن الارتباطات الآمنة في مرحلة الطفولة لدى الفرد توفر أساسًا للتنظيم العاطفي والمرونة وللأداء الصحي بينه وبين الآخرين. وفي المقابل، يمكن أن تسهم التعليقات غير الآمنة في حدوث صعوبات في العلاقات والرفاهية النفسية. لذلك يستخدم المعالج البين شخصي نظرية التعلق لاستكشاف كيفية تأثير أنماط التعلق والاضطرابات على الأداء الشخصي الحالي للعميل، حيث يعمل كل من المعالج والعميل بشكل تعاوني لفحص تجارب العميل المتعلقة بالتعلق وكيف يمكن أن تسهم في الصعوبات الشخصية الحالية وتطوير طرق أكثر تكيّفًا للتواصل مع الآخرين وتحسين صحتهم النفسية العامة (Klerman & Weissman, 1994; Luyten & Blatt, 2013)

## 3) النظرية الاجتماعية Social Theory

يتمثل العلاج البين شخصي دور العوامل الاجتماعية في تشكيل الصحة العقلية والعلاقات الشخصية؛ حيث

- تعزيز الدعم الاجتماعي Enhancing Social Support: يؤكد المعالج على أهمية المحافظة على شبكات الدعم الاجتماعي واستخدامها لإدارة التحديات ومنع الانتكاس. ويتم تشجيع العميل على مواصلة رعاية العلاقات وطلب الدعم عند الحاجة.

- إنشاء خطة لمنع الانتكاس Creation a Relapse Prevention Plan: يقوم المعالج والعميل بشكل تعاوني بتطوير خطة للوقاية من الانتكاس من خلال تحديد الاستراتيجيات والإجراءات التي يجب اتخاذها في حالة حدوث علامات الانتكاس. هذه الخطة بمثابة خارطة طريق للعميل لتجاوز الصعوبات المحتملة في المستقبل (Stuart & Robertson, 2012).

## نظريات العلاج البين شخصي:

يعتمد العلاجي البين شخصي (IPT) على العديد من الأطر النظرية لتوجيه فهمه للعلاقات بين الأشخاص وتطور الاضطراب النفسي، وتشمل الأسس النظرية الأساسية للعلاج البين شخصي التالي:

## 1) النظرية النفسية الديناميكية Psychodynamic Theory

يتم دمج العلاج البين شخصي المبادئ الديناميكية النفسية من خلال التأكيد على دور العمليات اللاشعورية، وخبرات الحياة المبكرة، والصراعات الداخلية في تشكيل الديناميكيات الشخصية والصحة العقلية، كما يدرك تأثير الصراعات التي لم يتم حلها وأنماط التعلق والدفاعات في تكوين الأعراض والضيق من منظور النظرية الديناميكية النفسية، ويقوم كل من المعالج والعميل باستكشاف خبرات العميل السابقة، وعلاقات الطفولة، والصراعات اللاشعورية لاكتساب فهم عميق للصعوبات الحالية التي يواجهها العميل، حيث يعتقد أن هذه الأفكار تؤدي إلى زيادة الوعي الذاتي وفهم الديناميكيات الأساسية التي تؤثر على الأفكار والمشاعر والسلوكيات، وبدورها يتم حل الصراعات اللاشعورية وتحسين مفهوم الذات وتعزيز النمو الشخصي. أما في

المعرفي السلوكي نفسهما، حيث أظهرت جميع العلاجات الثلاثة نتائج أفضل مقارنة بالعلاج الوهبي. كما أكدت نتائج دراسة واسمان وآخرين (Weissman et al, 2000) على فعالية العلاج البين شخصي المستمر في منع انتكاسات الاكتئاب من خلال متابعة طويلة الأمد للمشاركين مقارنة بالعلاج الدوائي والوهبي. وهدفت دراسة كويجبرز وآخرون (Cuijpers et al., 2011) إلى إجراء تحليل بَعْدِي لتقييم فعالية العلاج البين شخصي للاكتئاب مقارنةً بالعلاجات النفسية الأخرى، وكشفت النتائج أن العلاج البين شخصي كان فعالاً بدرجة معتدلة للحد من أعراض الاكتئاب مقارنةً بالعلاجات الأخرى القائمة على الأدلة، مثل العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي. ومن ناحية أخرى، أشارت الأبحاث إلى أن فعالية العلاج البين شخصي قد تتأثر ببعض الخصائص الشخصية لدى المرضى حيث وجد كوين وآخرون (Coyne et al., 2022) أن العلاج المعرفي السلوكي يتفوق على العلاج البين شخصي لدى مرضى الاكتئاب الذين يعانون من مشاكل شخصية تتعلق بالتضحية بالنفس وإيثار الآخرين، كذلك يستفيد مرضى الاكتئاب الذين لديهم مستويات أعلى من التعلق التجنبي من العلاج المعرفي السلوكي بشكل أكبر من العلاج البين شخصي (McBride et al., 2006) ومن ناحية أخرى لم تجد المراجعة المنهجية التي قام بها دي ميلو وآخرون (De Mello et al., 2005) أي فرق في فعالية كل من العلاج البين شخصي والعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، حيث كان كلا العلاجين فعالين في الحد من أعراض الاكتئاب، حيث لم يكن هناك فرق كبير في النتائج بين العلاجين. ومع ذلك، فإن المقارنة ما بين العلاجين غير حاسمة وما زالت هناك حاجة إلى مزيد من البحث لفهم دور العوامل الديمغرافية والخصائص الشخصية للمرضى في تحديد فعالية هذه العلاجات بشكل أفضل.

يعتمد على النظريات الاجتماعية للاضطرابات النفسية لفهم كيف يسهم السياق الاجتماعي وأحداث الحياة وشبكات الدعم الاجتماعي في تطور ومسار الضيق النفسي. إذ يدرك العلاج البين شخصي أن العوامل الاجتماعية تتفاعل مع نقاط الضعف الفردية وديناميكيات العلاقات الشخصية للتأثير على الصحة النفسية للفرد. حيث تسلط النظريات الاجتماعية الضوء على أهمية العوامل السياقية مثل المعايير الثقافية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، وأنظمة الدعم الاجتماعي في تشكيل تجارب الأفراد ورفاهيتهم النفسية، ويأخذ العلاج البين شخصي في الاعتبار هذه العوامل عند استكشاف البيئة الاجتماعية للعميل وكيفية ارتباطها بأعراضه وأدائه الشخص (Stuart & Robertson, 2012)

#### استخدامات العلاج البين شخصي

تمّ استخدام فنيات واستراتيجيات العلاج البين شخصي في علاج كثير من الاضطرابات، والأمراض النفسية، منها ما يلي:

#### 1) اضطراب الاكتئاب الجسيم Major Depressive Disorder

العلاج البين شخصي (IPT) هو شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يركز على العلاقات الشخصية للأفراد وتأثيرها على الصحة النفسية. وقد تم استخدامه في المقام الأول لعلاج الاكتئاب. ويعتمد هذا المنهج العلاجي على الاعتقاد بأن الصعوبات في العلاقات والتحوللات الحياتية يمكن أن تسهم في تطوّر أعراض الاكتئاب واستمرارها. (Klerman, & Weissman, 1994)، من أهم الدراسات التي تناولت فعالية العلاج البين شخصي مع الاكتئاب، دراسة إلكين وآخرين (Elkin et al., 1989) والتي قارنت ما بين العلاج البين شخصي، وكل من: العلاج الدوائي ايمبرامين (imipramine) والعلاج الوهبي، (placebo) والعلاج المعرفي السلوكي، (CBT) في علاج اضطراب الاكتئاب الشديد. وأظهرت النتائج أن العلاج البين شخصي كان فعالاً بقدر فعالية العلاج الدوائي، والعلاج

الانتحار وتحسين الأداء الاجتماعي لدى الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية. كما تم إجراء دراسات مقارنة ما بين العلاج البين شخصي والعلاج الجدلي (DBT) لاضطراب الشخصية الحدية وأشارت نتائج إحدى الدراسات إلى أن كلا العلاجين نجحا في خفض السلوكيات الانتحارية وإيذاء النفس والاكنتاب بشكل متقارب. (Clarkin et al., 2007) في حين أشارت نتائج دراسة أخرى أنه على الرغم من أن كلا العلاجين كانا فعالين في الحد من السلوكيات الانتحارية وتحسين الأداء الاجتماعي إلا أن العلاج الجدلي السلوكي كان فعالاً أكثر في خفض أعراض إيذاء الذات والاكنتاب مقارنة بالعلاج البين شخصي (McMain et al, 2009).

#### 4) اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة Postpartum Depression

أظهر العلاج البين شخصي فعالية في علاج اكتئاب ما بعد الولادة من خلال معالجة العوامل الشخصية والاجتماعية التي تسهم في تطور أعراض الاكتئاب والمحافظة عليها في فترة ما بعد الولادة، حيث أشارت نتائج دراسة ستيوارت وآخرين (Stuart et al., 2001) إلى أن النساء اللواتي تلقين العلاج البين شخصي انخفضت لديهن أعراض الاكتئاب بشكل كبير مقارنةً بالمجموعة الضابطة. كما قارنت إحدى الدراسات فعالية العلاج البين شخصي والعلاج المعرفي السلوكي في علاج اكتئاب ما بعد الولادة، وأظهرت النتائج عدم وجود فرق كبير ما بين العلاجين حيث إن كليهما أدّى إلى انخفاض كبير في أعراض الاكتئاب (O'hara et al., 2000). وفحصت المراجعة المنهجية التي أجراها دينيس وكريدي (Dennis & Creedy, 2004) مختلف التدخلات النفسية والاجتماعية للوقاية من اكتئاب ما بعد الولادة، بما في ذلك العلاج البين شخصي كتدخل علاجي لاكتئاب ما بعد الولادة، وأظهرت المراجعة أن هناك نتائج واعدة للعلاج البين شخصي في تقليل وقوع اكتئاب ما بعد الولادة، كما ارتبط بانخفاض معدلات أعراض الاكتئاب عند مقارنته بالرعاية

2) اضطراب الشره العصبي Bulimia Nervosa  
الاضطراب النفسي الثاني الذي أثبت العلاج البين شخصي فعاليته معه هو الشره العصبي، حيث وجد أنه مفيداً في تقليل نوبات الأكل بهم وتحمين أعراض اضطراب الأكل بشكل عام لدى الأفراد المصابين بالشره العصبي. على سبيل المثال قارنت دراسة فيربورن وآخرين (Faiburn et al., 1993) فعالية العلاج البين شخصي (IPT) والعلاج المعرفي السلوكي (CBT) في علاج الشره المرضي العصبي، حيث أشارت النتائج إلى أن كلا العلاجين كانا فعالين في الحد من الإفراط في تناول الطعام وسلوكيات التطهير. كما فحصت دراسة أخرى الآثار طويلة المدى للعلاج البين شخصي للشره العصبي من خلال متابعة المشاركين الذين تلقوا هذا العلاج على مدى خمس سنوات، ووجد أن العلاج البين شخصي كان مرتبطاً بالتحسن المستمر في أعراض اضطراب الأكل وتقليل الأعراض النفسية المصاحبة له (Wonderlich et al., 2014) من جهة أخرى، قارنت دراسة أجراس وآخرين (Agras et al., 2000) بين كل من: العلاج البين شخصي والعلاج المعرفي السلوكي، وتدخل المساعدة الذاتية الموجه (Guided self-help intervention) لعلاج اضطراب الشره العصبي، وأظهرت النتائج فعالية متماثلة في الحد من الإفراط في سلوكيات تناول الطعام والتطهير لكل من العلاج البين شخصي والعلاج المعرفي السلوكي، كما أدى تدخل المساعدة الذاتية الموجه إلى نتائج مماثلة مما يشير إلى فعاليتها بالقدر نفسه في حالات معينة.

#### 3) اضطراب الشخصية الحدية Borderline Personality Disorder

أظهر العلاج البين شخصي نتائج واعدة في تحسين الأداء الشخصي، وتقليل أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وتعزيز الرفاهية العامة للأفراد المصابين بهذه الحالة. حيث أكدت نتائج دراسة بيتمان وفوناجي (Bateman & Fonagy, 2001) فعالية هذا التوجه العلاجي في الحد من سلوكيات إيذاء الذات ومحاولات

صعوبات شخصية محددة، مثل: الصراعات، أو الخسائر، أو التحولات الكبيرة في الحياة، والتي بدورها قد تؤدي إلى ظهور أو تفاقم الأعراض المزاجية، فيهدف العلاج البين شخصي من خلال تحسين مهارات الاتصال، وحل المشكلات، وشبكات الدعم الاجتماعي إلى تعزيز الأداء العام لمرضى اضطراب ثنائي القطب، وتقليل مخاطر الانتكاس. فعلى سبيل المثال قيّمت دراسة فعالية هذا العلاج كعلاج مساعد للاضطراب ثنائي القطب، وأشارت النتائج إلى أن العلاج البين شخصي عند اقترانه بالأدوية يؤدي إلى تحسينات كبيرة في أعراض الاكتئاب والأداء العام للأفراد المُشخّصين باضطراب ثنائي القطب (Miklowitz et al., 2007). كما أكدت دراسة فرانك وآخرين (Frank et al., 2005) أن كلاً من العلاج البين شخصي والعلاج المعرفي السلوكي فعّالان في الحد من أعراض الاكتئاب مع عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ما بين العلاجين، كما أشارت إحدى الدراسات أنه على الرغم من وجود فعالية للعلاج البين شخصي في تحسين أعراض الاضطراب ثنائي القطب إلا أنه لا يتفوق على غيره من العلاجات في هذا الشأن (Lam et al., 2003).

#### 7) اضطرابات القلق Anxiety Disorder

فيما يخص اضطرابات القلق بشكل عام، فتُظهِر الدراسات (Borkovec et al., 2002; Markowitz et al., 2014) بعض النتائج الواعدة إلا أنه لا يظهر أي مزايا خاصة للعلاج البين شخصي لاضطرابات القلق مقارنةً بالعلاجات الأخرى، وقد يكون سبب ذلك صعوبة تقييم العلاج البين شخصي في مجال يسيطر عليه العلاج المعرفي السلوكي. ومن بين اضطرابات القلق، ما يلي:

#### أ. اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder

قارنت دراسة بوركوفيك وآخرين (Borkovec et al., 2002) بين فعالية العلاج البين شخصي والعلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب القلق العام، وأشارت النتائج إلى أن كلاً من العلاج البين شخصي والعلاج المعرفي السلوكي

القياسية، إلا أنه من المهم الإشارة أنه ما زالت هناك حاجة للقيام بأبحاث بأحجام عينات أكبر لإثبات الفعالية طويلة الأمد.

#### 5) اضطراب ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder

يركز العلاج البين شخصي على أحداث الحياة التي تثير/ تتبع الحالات الانفعالية للمرضى. ويبدو أن اضطراب ما بعد الصدمة كتشخيص محدد يحدث في الحياة مناسباً للتدخل بالعلاج البين شخصي، حيث يعاني مرضى اضطراب ما بعد الصدمة من التبعاد العاطفي، والانسحاب الاجتماعي، وعدم القدرة على الثقة بمشاعرهم. وعلى عكس العديد من علاجات اضطراب ما بعد الصدمة القائمة على فنية التعرض، فإن العلاج البين شخصي علاج لا يعتمد على فنية التعرض لاضطراب ما بعد الصدمة، حيث إن التركيز هنا ليس على استعادة ذكريات الصدمة والتعود عليها، ولكن على التناغم العاطفي باستخدام مشاعر الفرد لقياس وإدارة العلاقات في الحياة اليومية (Markowitz et al., 2014). حيث فحصت دراسة ماركويتز وآخرين (Markowitz et al., 2015) فعالية العلاج البين شخصي في علاج اضطراب ما بعد الصدمة المرتبط بهجمات 11 سبتمبر الإرهابية، وأظهرت النتائج أن العلاج البين شخصي أدى إلى انقطاع كبير في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وتحسين الأداء العام للمشاركين إلا أن دراسة أخرى قارنت ما بين العلاج البين شخصي وعلاج التعرّض المطوّل (Prolonged exposure therapy PE) في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، وكشفت النتائج أن علاج التعرض كان متفوقاً على العلاج البين شخصي في الحد من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. (Krupnick et al., 2008).

#### 6) الاضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorder

عادة ما يتم استخدام العلاج البين شخصي مع مرضى اضطراب ثنائي القطب لتحديد، ومعالجة

تلخيصاً لما سبق، يظهر العلاج البين شخصي كنهج علاجي قيم، خاصة في علاج الاضطرابات المزاجية تحديداً الإكتئاب، وبعض الاضطرابات غير المزاجية مثل اضطرابات الأكل. إن تركيز هذا التوجه العلاجي على العلاقات الشخصية ومهارات الاتصال يجعلها مناسبة بشكل خاص للأفراد الذين ترتبط ضائقتهم النفسية بهذه الصعوبات الشخصية.

العلاج البين شخصي مقابل العلاج المعرفي السلوكي: من المهم عند مقارنة العلاج البين شخصي مع العلاج المعرفي السلوكي ملاحظة أن كلا المنهجين عبارة عن علاجات قائمة على الأدلة مع نقاط قوة فريدة. يعتمد الاختيار ما بين العلاج البين شخصي والعلاج المعرفي السلوكي على عدد من العوامل، مثل: طبيعة الصعوبات الفردية، والتفضيلات الشخصية، وخبرة المعالج. وفي بعض الحالات قد يكون الجمع بين كلا العلاجين مفيداً، حيث يمكن علاج جوانب مختلفة تحقق الرفاهية النفسية للشخص مع ملاحظة أن قرار الجمع بين العلاجات يجب أن يتم على أساس كل حالة على حدة، وفيما يلي مقارنة ما بين المنهجين في بعض الجوانب:

- التركيز: يركز العلاج البين شخصي بشكل أساسي على حل المشكلات الشخصية، وتحسين الأداء الاجتماعي، ومعالجة تأثير العلاقات الشخصية على الصحة النفسية؛ في حين يركز العلاج المعرفي السلوكي على تحديد وتعديل الأفكار، والمعتقدات، والسلوكيات غير القادرة على التكيف التي تسهم في الضيق النفسي (Stuart & Robertson, 2012; Agras et al., 2000)

- النظرية الأساسية: العلاج البين شخصي متجذر في الاعتقاد بأن تحسين العلاقات الشخصية يمكن أن يخفف الأعراض، ويعزز الشفاء، ويؤكد على الروابط بين السياق الاجتماعي وأحداث الحياة والصحة النفسية للفرد. أما العلاج المعرفي

أدبياً إلى انخفاض كبير في أعراض القلق، مع إظهار العلاج البين شخصي نتائج مماثلة للعلاج المعرفي السلوكي. كما أكدت دراسة مينين وأخرين (Mennin et al., 2005) فعالية العلاج البين شخصي في علاج اضطراب القلق العام، من حيث التحسن الملحوظ في شدة القلق، والضيق المرتبط بالقلق، وأعراض القلق العامة. إلا أنه ظهرت نتائج معاكسة حينما قارنت إحدى الدراسات بين فعالية العلاج البين شخصي والعلاج المعرفي (CT) في علاج اضطراب القلق العام. وكشفت النتائج أن العلاج المعرفي أدى إلى انخفاض أكبر في شدة وأعراض القلق مقارنة بالعلاج البين شخصي (Westra et al., 2009).

ب. اضطراب القلق الاجتماعي Social Anxiety  
تم إجراء عدد من الدراسات (Lipsitz et al., 1999; Lipsitz et al., 2008; Stangier et al., 2011) فعالية العلاج البين شخصي لاضطراب القلق الاجتماعي، وأظهرت النتائج بشكل عام؛ أن العلاج البين شخصي استطاع تخفيف أعراض القلق الاجتماعي إلا أنه لم تظهر مزايا للعلاج البين شخصي على غيره من العلاجات الأخرى لعلاج القلق الاجتماعي، وما زالت فعالية العلاج البين شخصي لاضطرابات القلق الاجتماعي محل شك. (Lipsitz et al., 1999; Lipsitz et al., 2008; Stangier et al., 2011)

ج. اضطراب الهلع Panic Disorder  
ثبت أن العلاج البين شخصي فعال في علاج اضطراب الهلع، حيث أظهرت الدراسات نتائج واعدة في تقليل أعراض القلق، وتحسين الأداء العام لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع، حيث قارنت دراسة جلوستر وأخرين (Gloster et al., 2011) فعالية العلاج البين شخصي والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطراب الهلع، وأشارت النتائج إلى أن كلا العلاجين فعالين في الحد من أعراض الهلع وتحسين الأداء العام مع عدم وجود فرق كبير بين العلاجين.

الأفراد الذين يركزون على عمليات التفكير والانماط المعرفية بشكل أفضل لجوانب إعادة الهيكلة المعرفية في العلاج المعرفي السلوكي. أيضا من خلال النظر إلى أساليب التكيف التي يلجأ إليها المرضى، حيث غالبا ما يركز العلاج المعرفي السلوكي على التشوهات المعرفية والسلوكيات الغير قادرة على التكيف مما يجعله مناسباً أكثر للأفراد الذين لديهم توجهات معرفية تظهر في سلوكيات التكيف والتأقلم الخاصة بهم (Beck, 1979)، في حين قد يكون العلاج البين شخصي مناسباً أكثر لأولئك الذين يتأقلمون من خلال طلب الدعم الاجتماعي من الآخرين. ومن الجانب الآخر، أشارت ليدون وآخرون (Liddon et al., 2018) إلى أن الجنس يلعب دوراً في تفضيل أنواع معينة من العلاج، حيث أكدت دراسة هولواي وآخرون (Holloway et al., 2019) إلى أن النساء يفضلن التركيز على الانفعالات والعلاقات مما قد يجعل العلاج البين شخصي أكثر مرغوباً لهن، في حين يفضل الرجال النهج الأكثر تنظيماً وحل المشكلات في العلاج المعرفي السلوكي. كما أثبت العلاج البين شخصي للمراهقين (IPT-A) فعاليته في معالجة الاكتئاب بين المراهقين. حيث يعتمد هذا النهج العلاجي على فرضية أن تحسين الأداء بين الأشخاص يمكن أن يخفف من أعراض الاكتئاب التي قام بها تشو وزملائه بفعالية العلاج البين شخصي للمراهقين أكثر من العلاج المعرفي السلوكي (Zhou et al., 2015)

#### الخاتمة:

يعدُّ العلاج البين شخصي خياراً علاجياً قيماً وفعالاً لمختلف الاضطرابات النفسية. ويكمن أساسها في فهم أن العلاقات بين الأشخاص تؤثر بشكل كبير في رفاهيتنا النفسية. وبعبارة أخرى، يهدف العلاج البين شخصي إلى تخفيف الأعراض، وتعزيز الشفاء من خلال

السلوكي، فيعتمد على النظرية المعرفية التي تؤكد على أن أفكارنا ومعتقداتنا وتفسيراتنا تؤثر بشكل كبير على مشاعرنا وسلوكنا، لذا يهدف إلى تحديد وتحدي أنماط التفكير المشوّهة لإحداث التغيير. (Beck et al., 1979; Klerman, & Weissman, 1994; Clarkin et al, 2007)

- التركيز العلاجي: العلاج البين شخصي يستهدف أربعة مجالات، وهي: الفقد، النزاعات الشخصية، انتقالات الأدوار، والعجز الشخصي. حيث ينصب التركيز على تحسين المهارات الشخصية، وحل هذه القضايا المحددة. في حين يعالج العلاج المعرفي السلوكي مجموعة واسعة من حالات الصحة النفسية من خلال استهداف أعراض محددة، وإدراك وسلوكيات مضطربة مرتبطة بهذه الحالات. (Stuart & Robertson, 2012; Borkovec et al., 2002)

- الفنيات والاستراتيجيات: تشمل استراتيجيات العلاج البين شخصي: التثقيف النفسي، وتعزيز الدعم الاجتماعي، وحل المشكلات، والتدريب على مهارات الاتصال، ولعب الأدوار، حيث يساعد المعالج العميل على تطوير طرق جديدة للتواصل مع الآخرين وحل الصعوبات الشخصية. أما العلاج المعرفي السلوكي فيستخدم فنيات مختلفة، مثل: إعادة الهيكلة المعرفية والتجارب السلوكية، والعلاج بالتعرض، والتدريب على المهارات، وينصبُّ التركيز على تحديد وتعديل التشوهات المعرفية وتنفيذ التغييرات السلوكية. (Beck et al., 1979; Klerman, & Weissman, 1994)

- من المهم أيضاً النظر إلى الخصائص الشخصية والديمغرافية للمرضى عند اختيار المنهج العلاجي، فعلى سبيل المثال المرضى الذين يعانون من صعوبات في التعامل مع الآخرين قد يجدون العلاج البين شخصي فعالاً بشكل خاص، في حين يستجيب

النظر في المعايير الثقافية والقيم وأساليب الاتصال السائدة في المجتمع السعودي ومعالجة الاعتبارات والحساسيات الثقافية ذات الصلة بتقديم خدمات الصحة النفسية في المملكة العربية السعودية. وهذا بدوره يؤكد على أهمية تطوير برامج تدريبية متخصصة للعاملين في مجال الصحة النفسية لتعزيز كفاءتهم في تقديم العلاج البين شخصي وضرورة توفير الموارد من خلال إنشاء مراكز متخصصة للعلاج البين شخصي، بالإضافة إلى توفير الدعم المالي لتنفيذ وتوسيع خدمات العلاج البين شخصي. ومن جانب آخر، توصي هذه المراجعة بإجراء المزيد من الدراسات لتقييم فعالية العلاج البين شخصي ضمن السياق الثقافي السعودي وتحديد المتغيرات الديمغرافية مثل تأثير دور الجنس والعمر وكند الخصائص الشخصية للأفراد التي قد تستجيب بشكل أفضل لهذا النوع من العلاج بالإضافة إلى تصميم العلاج لتلبية الاحتياجات المحددة للسكان. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يركز البحث على توسيع قاعدة الأدلة الخاصة بالعلاج البين شخصي في الاضطرابات النفسية المختلفة السائدة بشكل خاص في العالم العربي.

في الختام، لا يمكن التقليل من أهمية العلاج البين شخصي، خاصة في الحالات التي لم تنجح فيها العلاجات الأخرى. إن تركيزه على العلاقات الشخصية إلى جانب فعاليته المثبتة في مختلف الاضطرابات النفسية، يضعه كخيار علاجي قيم. من خلال الاعتراف بالحاجة إلى علاجات فعالة للصحة النفسية، لا سيما في المملكة العربية السعودية والعالم العربي.

معالجة المشكلات الشخصية الأساسية. ومن خلال هذه المراجعة للأدبيات استكشفنا الإطار النظري للعلاج البين شخصي (IPT) وخصائصه المميزة عند مقارنته بالعلاج السلوكي المعرفي (CBT). حيث يركز على العلاقات الشخصية، بينما يركز العلاج المعرفي السلوكي على الأفكار والسلوكيات. ويعد فهم هذا التمييز أمرًا بالغ الأهمية في تحديد النهج العلاجي الأنسب للمرضى. ويتضح تنوع استخدامات العلاج البين شخصي في تطبيقه الناجح عبر الاضطرابات النفسية المختلفة. سواء تعلق الأمر بالاكتئاب، أو القلق، أو اضطرابات الأكل، أو غير ذلك من الحالات، فقد أثبت العلاج البين شخصي فعاليته في خفض الأعراض وتحسين الأداء الشخصي. ويعتبر نهج العلاج هذا ذا قيمة خاصة عندما تكون التدخلات الأخرى غير فعالة، مما يمنح الأمل للمرضى الذين ربما شعروا في السابق بالإحباط.

#### التوصيات

في السياق الثقافي للمملكة العربية السعودية والعالم العربي، هناك حاجة متزايدة إلى علاجات فعالة للصحة النفسية، ويمكن أن يلعب العلاج البين شخصي دورًا مهمًا في تلبية هذه الحاجة. ويتزايد الوعي بالصحة النفسية باطراد، ويأتي معه اعتراف متزايد بأهمية العلاجات القائمة على الأدلة. ويتمشى تركيز العلاج البين شخصي على العلاقات الشخصية بشكل جيد مع القيم الثقافية والديناميكيات الأسرية السائدة في العالم العربي. لذا توصي الدراسة الحالية بتكليف هذا المنهج العلاجي لضمان فعاليته في السياق السعودي من خلال

## المراج

- De Mello, M. F., de Jesus Mari, J., Bacaltchuk, J., Verdelli, H., & Neugebauer, R. (2005). A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 255, 75-82.
- Dennis, C. L., & Creedy, D. (2004). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, (4).
- Duffy, F., Sharpe, H., & Schwannauer, M. (2019). The effectiveness of interpersonal psychotherapy for adolescents with depression—a systematic review and meta-analysis. *Child and adolescent mental health*, 24(4), 307-317.
- El-Bilsha, M. A. (2019). Effect of interpersonal psychotherapy on the depression and loneliness among the elderly residing in residential homes. *Middle East Journal of Age and Ageing*, 16(1), 14-25.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., ... & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 971-982
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50(6), 419-428.
- Farber, E. W. (2019). Interpersonal psychotherapy and brief psychodynamic therapies. *Essential psychotherapies: Theory and practice*, 407-422.
- Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 48(6), 593-604.
- Gloster, A. T., Wittchen, H. U., Einsle, F., Lang, T., Helbig-Lang, S., Fydrich, T., ... & Arolt, V. (2011). Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: a randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 406.
- Holloway, K., Seager, M., & Barry, J. A. (2018). Are clinical psychologists, psychotherapists and
- Agras, W. S., Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 459-466.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of psychiatry*, 158(1), 36-42.
- Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70(2), 288.
- Bozzatello, P., Blua, C., Marin, G., Rocca, P., & Bellino, S. (2023). Group interpersonal psychotherapy (IPT-G) for borderline personality disorder: A randomized controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 168, 157-164.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American journal of psychiatry*, 164(6), 922-928.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>
- Coyne, A., Constantino, M., Ouimette, K., Gaines, A., Atkinson, L., Bagby, M., Ravitz, P., McBride, C. "Replicating patient-level moderators of CBT and IPT's comparative efficacy for depression." *Psychotherapy* 59, no. 4 (2022): 616.  
<https://doi.org/10.1037/pst0000458>
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581-592.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds III, C. F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *World psychiatry*, 12(2), 137-148



- psychotherapy for PTSD. *American journal of psychiatry*, 172(5), 430-440.
- McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L. C., & Bagby, R. M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: a randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1041.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1041>
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365-1374.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281-1310.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.008>
- Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Kogan, J. N., Sachs, G. S., ... & Wisniewski, S. R. (2007). Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1340-1347.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07020311>
- Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of general psychiatry*, 61(6), 577-584.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.6.577>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). *Psychotherapy relationships that work II* (Vol. 48, No. 1, p. 4). Educational Publishing Foundation.
- O'hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of general psychiatry*, 57(11), 1039-1045.  
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.11.1039>
- Rajhans, P., Hans, G., Kumar, V., & Chadda, R. K. (2020). Interpersonal Psychotherapy for Patients with Mental Disorders. *Indian journal of psychiatry*, 62(Suppl 2), S201.  
[https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_771\\_19](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_771_19)
- counsellors overlooking the needs of their male clients. *Clinical Psychology Forum*. 69, 1-18.
- Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1994). *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy*. Jason Aronson, Incorporated.
- Krupnick, J. L., Green, B. L., Stockton, P., Miranda, J., Krause, E., & Mete, M. (2008). Group interpersonal psychotherapy for low-income women with posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy Research*, 18(5), 497-507.
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., ... & Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Archives of general psychiatry*, 60(2), 145-152.
- Liddon, L., Kingerlee, R., & Barry, J. A. (2018). Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(1), 42-58
- Lipsitz, J. D., Gur, M., Vermes, D., Petkova, E., Cheng, J., Miller, N., ... & Fyer, A. J. (2008). A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25(6), 542-553.L
- Lipsitz, J. D., Markowitz, J. C., Cherry, S., & Fyer, A. J. (1999). Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 156(11), 1814-1816.
- Luyten, P., & Blatt, S. J. (2013). Interpersonal relatedness and self-definition in normal and disrupted personality development: retrospect and prospect. *American Psychologist*, 68(3), 172.
- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2004). Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry*, 3(3), 136.
- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2012). Interpersonal psychotherapy: past, present and future. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(2), 99-105.
- Markowitz, J. C., Lipsitz, J., & Milrod, B. L. (2014). Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 31(4), 316-325.
- Markowitz, J. C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P. E., Zhao, Y., Hembree, E., ... & Marshall, R. D. (2015). Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal

- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Basic Books.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. (2008). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Basic Books.
- Westra, H. A., Arkowitz, H., & Dozois, D. J. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders, 23*(8), 1106-1117.
- Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Smith, T. L., Klein, M. H., Mitchell, J. E., & Crow, S. J. (2014). A randomized controlled comparison of integrative cognitive-affective therapy (ICAT) and enhanced cognitive-behavioral therapy (CBT-E) for bulimia nervosa. *Psychological medicine, 44*(3), 543-553.
- Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., ... & Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World psychiatry, 14*(2), 207-222.
- Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M., & Clark, D. M. (2011). Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 692-700.  
<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.67>
- Stuart, S., & Robertson, M. (2012). *Interpersonal psychotherapy 2E a clinician's guide*. CRC Press.
- Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'hara, M. W., & Gorman, L. (1998). Postpartum anxiety and depression: onset and comorbidity in a community sample. *The Journal of nervous and mental disease, 186*(7), 420-424.
- Weissman, M. M. (2006). A brief history of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals, 36*(8), 553.
- Weissman, M. M., & Markowitz, J. C. (2002). Interpersonal psychotherapy for depression. *Handbook of depression, 404-421*.
- Weissman, M., & Markowitz, J. (2007). *Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy*. Oxford University Press

≡