

نشأة وتطور العلاج الجدلي . السلوكي 1



تأليف: Linehan, M. & Wilks, C. (2015)

د. محمد السعيد أبو حلاوة

أستاذ الصحة النفسية المشارك، كلية التربية، جامعة دمنهور - مصر

abou_halawa2003@yahoo.com

قائمة المحتويات

ملخص عام والكلمات المفتاحية.	
أولاً تاريخ العلاج الجدلي . السلوكي.	
ثانياً نشأة العلاج الجدلي . السلوكي	
ثالثاً مراحل العلاج الجدلي . السلوكي.	
رابعاً نمط العلاج الجدلي . السلوكي: المستوى التطبيقي الإجرائي.	
خامساً محاور التدريب على المهارات في العلاج الجدلي . السلوكي.	
سادساً التوجهات المستقبلية	
سابعاً. المراجع.	

صيغ العلاج الجدلي . السلوكي
في صورته الأولية من الجهود
الباكرة لتطبيق العلاج
السلوكي المعياري في علاج
الأفراد ذوي الميول الانتحارية
المرتفعة

نشأة وتطور العلاج الجدلي . السلوكي

• ملخص عام:

صيغ العلاج الجدلي . السلوكي في صورته الأولية من الجهود البكرة لتطبيق العلاج السلوكي المعياري في علاج الأفراد ذوي الميول الانتحارية المرتفعة. واعتمد في تطويره في البداية على الجهود القائمة على المحاولة والخطأ المتركة أساساً على الخبرة الكلينية.

ويعد العلاج الجدلي . السلوكي أنموذجاً علاجياً تنظيمياً ذات طابع هرمي يتكون من مجموعة متكاملة من: العلاج المعرفي × التدريب الجماعي على المهارات × التدريبات المقننة × الاتصالات الهاتفية المتركة على التدريب والاستشارة وتقديم المساندة × فريق الاستشارات العلاجية.

وتسمح هذه التركيبة العلاجية بقيام المعالجون بتكييف وتعديل وتطبيق العلاج الجدلي . السلوكي في التعامل العلاجي في مجموعات متنوعة من الفئات المرضية غير التي أعد لها أصلاً مع مرونة تطبيقه في سياقات متنوعة.

وعادة ما يتم تطوير مهارات جديدة وتعديل مسار وفتيات العلاج وفقاً للحاجة الكلينية ومدى التقدم في نتائج الدراسات التي تحققت من فعالية هذا العلاج ونواتجه وآلياته وفتيات تطبيقه.

- الكلمات المفتاحية:

نشأة العلاج الجدلي . السلوكي
من محاولات تطبيق العلاج
السلوكي التقليدي أو
المعياري في علاج الأفراد
ذوي الميول والأفكار
والمحاولات الانتحارية المرتفعة

العلاج الجدلي . السلوكي Dialectical behavior therapy، الانتحار، اضطراب الشخصية الحدية evidence-based ، والعلاجات المرتكزة على الدليل borderline personality disorder .treatments

أولاً- تاريخ العلاج الجدلي . السلوكي

نشأ العلاج الجدلي . السلوكي من محاولات تطبيق العلاج السلوكي التقليدي أو المعياري في علاج الأفراد ذوي الميول والأفكار والمحاولات الانتحارية المرتفعة. وهو صيغة تطورت في أصلها العام من الجهود الكلينيكية القائمة على المحاولة والخطأ فيما يتعلق بتطبيق المبادئ السلوكية (Bandura, 1969)، ونظرية التعلم الاجتماعي (social learning theory Staats & Staats, 1963; Staats, 1975) في علاج الأفراد ذوي الميول والأفكار والمحاولات الانتحارية.

وتعد أول محاولة تجريبية عشوائية هي تلك المحاولة التي استهدفت فيها مارشا إم لينهان وزملاؤها التعامل العلاجي مع عملاء ذوي ميول وأفكار ومحاولات انتحارية من المستشفيات المحلية في الولايات المتحدة الأمريكية (Linehan, et al., 1991).

وكان تركيز العلاج الجدلي . السلوكي منذ بدايته على تمكين العملاء من تأسيس حياة تستحق أن تُعاش، ولعل أول مخطط علاجي أولي لدليل في هذا المجال هو ذلك المخطط الذي استهدف خفض والتخلص من السلوكيات الانتحارية

ونتيجة لذلك، فإن أول تجارب كينيكية فعلية ركزت على علاج الأفراد ذوي الميول والأفكار والمحاولات الانتحارية المزمنة والذين ينطبق عليها أيضًا محكات تشخيص اضطراب الشخصية الحدية (borderline personality disorder (BPD بوصفهم أكثر الأفراد عرضة لمخاطر الانتحار (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011).

وعادة ما يركز في العلاج الجدلي . السلوكي على تعليم العملاء استراتيجيات حل المشكلة الفعالة effective problem-solving strategies، إلا أن طبيعة المشكلات النفسية المعقدة المرتبطة بارتفاع معامل الخطورة لارتكاب سلوكيات انتحارية وسلوكيات إيذاء الذات دفعت المعالجين النفسيين التحرك نحو تطبيق استراتيجيات علاجية تتطلب من العملاء إحداث تغييرات جوهرية صعبة جدًا في حياتهم.

ولقى هذا التحول إلى التركيز على حل المشكلة ترحيبًا شديدًا من قبل العملاء، خاصة وأن العملاء في مسار العلاج النفسي التقليدي كانوا يتجاوزون بعدائية تجاه المعالجين، وغالبًا ما كانوا يتسربون ولا يكملون العلاج، وهنا كان من المحتم التحول إلى إحداث تغييرات جوهرية في العلاقة العلاجية للتركيز على "الدفء"، و "التقبل".

من جانب آخر كان غالبية العملاء ذوو الميول والأفكار والمحاولات الانتحارية ضمن اضطراب الشخصية الحدية ما يعربون عن إحباطهم من العلاجات النفسية التقليدية مشيرين إلى أنها ليست كافية لحل مشاكلهم.

الأمر الذي أكدت معه الحاجة إلى استراتيجيات علاجية جديدة تتضمن توليفة منتظمة من:

1- تقنية "التغير" × تقنية "التقبل".

2- اتساع ورجاحة عقل المعالج ورشاقة حركة وسرعته وتدفعه.

3- التقبل الراديكالي التام من قبل المعالج للعميل كما هو، مع توجه المعالج إبطاء مع معدل تفكير

كان تركيز العلاج الجدلي . السلوكي منذ بدايته على تمكين العملاء من تأسيس حياة تستحق أن تُعاش

لعل أول مخطط علاجي أولي لدليل في هذا المجال هو ذلك المخطط الذي استهدف خفض والتخلص من السلوكيات الانتحارية

أول تجارب كينيكية فعلية ركزت على علاج الأفراد ذوي الميول والأفكار والمحاولات الانتحارية المزمنة والذين ينطبق عليها أيضًا محكات تشخيص اضطراب الشخصية الحدية

عادة ما يركز في العلاج الجدلي . السلوكي على تعليم العملاء استراتيجيات حل المشكلة الفعالة

العمل في الانتحار أو إيذاء الذات.

4- تحلي المعالج بالتواضع ليرى طبيعة ونوعية التعامل المطلوب مع العميل وفقاً لظروفه ووضعته الحياتي.

الأمر الذي أدى إلى ابتكار تركيبة جديدة في العلاج النفسي تجمع في بنيتها بين "التقبل"، "التغيير"، بمعنى تقبل العملاء كما هو بالنحو الذي هم عليه مع دفعهم باتجاه التقدم نحو استراتيجيات التغيير التي تستهدف حلول المشكلة، باستثمار استراتيجيات التقبل كأساس لرؤية العميل لذاته واعترافه بمشكلاته وتعايشه معها أولاً.

إلا أن تركيبة "التقبل"، و "التغيير" هذه ربما تكون صعبة بالنسبة للعملاء؛ وبالتالي ومع الأخذ في الاعتبار ارتفاع مستوى تعقد مشكلات العملاء يطلب منهم في إطار العلاج الجدلي . السلوكي تحمل خبرات الكرب والمشقة والمعاناة tolerate distressing مؤقتاً ليكون أحد أهداف العملية العلاجية بالرغم من صعوبته.

ويجدر الإشارة إلى أن "ألم الماضي" قد يكون أمراً غير محتملاً من قبل عديد من العملاء، ويتربط على عدم الاحتمال هذا عديد من مظاهر السلوكيات المختلفة وظيفياً، الأمر الذي يتطلب مجموعة جديدة من المهارات التي ينبغي أن يركز العلاج الجدلي . السلوكي تعليمها والتي تتمثل في:

أ- التقبل الراديكالي radical acceptance: أي تقبلنا جمعياً لماضي، وحاضرنا، ومظاهر القصور في تكويننا، ومحدودية أو ندرة الفرص في المستقبل.

ب- مهارات تحمل المشقة دون اندفاعية أو التخفيف منها بصور غير مقبولة، فقد يلجأ العميل إلى طرائق مختلة لتخفيف كربه ومعاناته.

ثانياً- نشأة العلاج الجدلي . السلوكي:

تكمّن جذور العلاج الجدلي . السلوكي في فكر المدرسة السلوكية وتطبيقاته في مجال العلاج النفسي، وفي وقت صياغة العلاج الجدلي . السلوكي كانت تركز العلاجات السلوكية أساساً على تغيير الخبرات المزعجة المثيرة للمشقة والكرب بدلاً من التخفيف منها أو تلطيفها مؤقتاً.

الأمر الذي أثار الحاجة إلى تعديل العلاج السلوكي التقليدي، ووجد حلاً لهذه المشكلة فيما يعرف بالممارسة القائمة على التقبل acceptance-based practice. وتستخدم العلاجات القائمة على التقبل Acceptance-based treatments ربما كما أشار إليها كارل روجرز في "العلاج المتمركز حول العميل (Rogers, 1946) client centered therapy"، ما يعرف بالاعتراف بالمشكلة وتقبلها كمرحلة أولية لتنشيط الرغبة والهمة في التغيير، وبالتالي فالمستهدف في العلاج الجدلي . السلوكي وفقاً لذلك التركيز على "التغيير".

وعند البحث عن الممارسات التي ترتكز على قاعدة "التقبل" المجرد، عن الأفراد الذين يمكن تعليمهم التقبل بدون ربطه بالتغيير، أفضى إلى إيجاد دراسة تجمع في متنها ما بين "الممارسات الشرقية" المرتبطة بما يعرف بفلسفة Zen، والممارسات التأملية الغربية Western contemplative practices (Aitken, 1982; Jager, 2005).

وتتضمن هذه الممارسات مفهوم "التقبل الراديكالي radical acceptance" التام للحظة الراهنة دون محاولات تغييرها. وعلى ذلك فإن دمج ما يعرف بفلسفة Zen مع الممارسات التأملية في العلاج السلوكي يفضي إلى تحديات عديدة في نفس الوقت، ذلك لأن كل من الممارسات التأملية المرتبطة بفلسفة زن ذات الأصل البوذي والتأملات العبادية في الصلوات نشأت من ممارسات روحية والعملاء ينحدرون من متصل كامل يبدأ من عدم يقين بالتوجهات الروحية ويندرج إلى الروحانية الشديدة والاعتقادات الدينية الراسخة،

كان غالبية العملاء ذوو الميول والأفكار والمحاولات الانتحارية ضمن اضطراب الشخصية البدية ما يعربون عن إحباطهم من العلاجات النفسية التقليدية مشيرين إلى أنها ليست كافية لحل مشاكلهم

ألم الماضي" قد يكون أمراً غير محتملاً من قبل عديد من العملاء، ويتربط على عدم الاحتمال هذا عديد من مظاهر السلوكيات المختلفة وظيفياً، الأمر الذي يتطلب مجموعة جديدة من الممارسات التي ينبغي أن يركز العلاج الجدلي . السلوكي تعليمها

التقبل الراديكالي radical acceptance: أي تقبلنا جمعياً لماضي، وحاضرنا، ومظاهر القصور في تكويننا، ومحدودية أو ندرة الفرص في المستقبل

الأمر الذي يلزم البحث عن مدخل تكاملي وأكثر شمولية.

ويجدر الإشارة إلى أنّ عديد من الناس يجتهدون في "التأمل" بصمت، ويركزون انتباههم على التنفس العميق وعلى إحساساتهم الداخلية، ولا يوجد عند ممارسة التأمل أي حضور للعلاج النفسي، ومع ذلك نظر إلى فكرة التأمل كآلية يصعب على الأفراد الذين يتجنبون انفعالات ومشاعرهم وإحساساتهم الداخلية بكل قوتهم.

ومن هنا تحتم تحويل ما يعرف بالممارسات الأساسية لفلسفة طريقة Zen مع الجوانب الأخرى للممارسات أو التأملية إلى مجموعة من المهارات السلوكية التي يمكن تعليمها لكل من العملاء والمعالجين.

وكان يتعين أيضًا التغافل النسبي عن الطابع الروحي والديني للممارسات القائمة على فلسفة Zen هذه على الأقل في البداية، وعليه جاء تفضيل استخدام مصطلح "اليقظة العقلية mindfulness" لوصف المهارات التي تترجم هذه الفلسفة.

وتم تبني مصطلح "اليقظة العقلية" في أعمال كل من إلين لانجر Ellen Langer (1989)، وتيتش نهاث هانا Thich Nhat Hanh (1976) وترجمت مهارات ممارسات التأمل هذه تحت مسمى "مهارات تقبل الواقع reality acceptance skills"، فضلاً عن تبني هذا التوجه وبقوله وبقوة في أعمال جيرالد ماي Gerald May (1987).

ومن المشكلات الأخرى التي كان ينبغي حلها لتطوير نموذج علاجي يصلح للتطبيق في علاج اضطراب الشخصية البينية التوصل إلى نموذج يمكن بموجبه التعامل مع المشكلات النوعية بالغة الخطورة التي تتبدى على ذوي هذا الاضطراب ومنها العجز عن ضبط وتنظيم الانفعالات، وسلوكيات إيذاء الذات، والميول والأفكار الانتحارية، وعدم تحمل المشقة، وسوء العلاقات بين الشخصية المتبادلة مع الآخرين الأمر الذي أمكن إيجاد ضاللتا فيه هو ما يعرف بـ "النموذج البيولوجي الاجتماعي biosocial theory" والذي يفترض فيه أن "اضطراب الشخصية الحدية" اضطراباً نوعياً جائئاً في تنظيم النسق الانفعالي emotion regulation system بما يعني أن الملمح الأساسي لهذا الاضطراب يتمثل في عجز المبتلى به عن ضبط وترويض وإدارة وتنظيم انفعالاته ومشاعره، الأمر الذي يجعله في حالة دائمة من التقلبات الانفعالية والمزاجية غير المسوغة وغير المسيطر عليها.

وأستت مارشا إم لينهان Linehan (1993) على هذا التصور ما يعرف بمحك وظيفة السلوكيات في وصف اضطراب الشخصية الحدية وأكدت على ضرورة تعليم المرضى ما يعرف بمهارات تنظيم الانفعالي إذا ما أريد تخليصهم من عديد من مظاهر الكرب والمشقة الناتجة عن الاختلال الوظيفي في تنظيم الانفعالات والمشاعر.

ويؤكد في أدبيات المجال بصفة عامة على حتمية أن يكون للعلاج الجدلي . السلوكي إطاراً نظرياً مرجعياً يمكن بموجبه الدمج بين مبادئ ممارسات Zen والممارسات التأملية الأخرى في متن المدرسة السلوكية behaviorism منطلقاً وفنيات وإجراءات.

وربما أتيج بالصدفة إمكانية القيام بهذا الأمر بعد الاطلاع على مفهوم فلسفي رائع هو مفهوم "الجدل dialectics" والذي يلقي الضوء على عملية التوليف بين المتضادات أو المتناقضات، وتم التعبير عن المضامين التطبيقية لمفهوم الجدل بالمعنى المشار إليه في الدليل العلاجي الذي نشرته مارشا إم لينهان سنة (1993 أ، ب) (Linehan, 1993a; Linehan, 1993b).

ومازال مفهوم الجدل يوفر إطاراً مرجعياً للعلاج إلا أنه يثير نوعاً من التوتر بين النظرية والبحث في مقابل الخبرة الكلينيكية من جهة، وبين علم النفس الغربي والممارسات الشرقية من جهة أخرى، على الرغم من أن النماذج النظرية التكاملية الحديثة تجاوزت هذه الإشكالية (Arkowitz, 1989; Arkowitz,

مهارات تحمل المشقة دون اندفاعية أو التخفيف منها بصور غير مقبولة، فقد يلجأ العميل إلى طرائق مختلفة لتخفيف كربه ومعاناته

كل من الممارسات التأملية المرتبطة بفلسفة زن ذات الأصل البوذي والتأملات العبادية في الصلوات نشأت من ممارسات روحية والعملاء ينحدرون من متصل كامل يبدأ من عدم يقين بالتوجهات الروحية ويتدرج إلى الروحية الشديدة والاعتقادات الدينية الراسخة

عديد من الناس يجتهدون في "التأمل" بصمت، ويركزون انتباههم على التنفس العميق وعلى إحساساتهم الداخلية، ولا يوجد عند ممارسة التأمل أي حضور للعلاج النفسي

ثالثًا- مراحل العلاج:

عادة ما يلاحظ على العملاء الذي يسعون إلى العلاج وتطبيق عليهم محكات اضطراب الشخصية الحدية وتبدي عليهم ميولاً وأفكاراً ومحاولات انتحارية عالية الخطورة، ولأسف وفي الغالب ما يقترن بذلك وجود ملامح لاضطرابات نفسية أخرى مقترنة مثل: الاكتئاب، اضطرابات القلق المتعدد، اضطرابات الأكل، اضطرابات سوء تعاطي العقاقير المخدرة،... الخ.

كما يعاني ذوو اضطراب الشخصية الحدية كثيرًا من صعوبات جوهرية في إدارة انفعالاتهم ومشاعرهم السلبية، وغالبًا ما يندمجون في سلوكيات غير أخلاقية ربما تستهدف تجنب خيبات الأمل والإحباطات وتعتبر عن نقص أو قصور في مهارات إدارة الوقت، واجتمع هذه الملامح معًا يعقد من مهمة العلاج النفسي.

ولم يكن موجودًا في هذا الوقت خطوطاً إرشادية توجيهية للتعامل مع مثل هذه النوعية من العملاء ذوي الاضطرابات المتنوعة وذوي السلوكيات عالية الخطورة، الأمر الذي فرض حتمية وضع مثل هذه الخطوط الإرشادية لتحديد ماذا وكيف نرتب أولويات التعامل مع المشكلات في الجلسات العلاجية.

ولتنظيم عملية العلاج كان من المفترض تحديد أولويات التدخل وفقاً لمستوى الاضطراب مع التركيز على البدء بالتعامل الفوري مع المخاطر الوشيكة ذات معامل التهديد المرتفع والتي قد تعقد الاضطراب وتفضي إلى الإعاقة، وعلى ذلك تحدد مراحل العملية العلاجية في المراحل التالية:

1- **المرحلة الأولى:** تركيز العلاج على تهدئة العميل وضمان استقراره النفسي أولاً، ومن ثم تحقيق الضبط أو السيطرة السلوكية.

2- **المرحلة الثانية:** تجزئة أهداف التدخل التصوبي للسلوك لتحقيق:

أ- خفض فوري ومباشر في السلوكيات الوشيكة المهددة للحياة مثل: المحاولات الانتحارية، وسلوك إيذاء الذات غير الانتحاري.

ب- خفض السلوكيات التي تتداخل بالتأثير السلبي على العلاج مثل: التغيب عن الجلسات العلاجية، السلوكيات التي يمكن أن تستنزف الطاقة النفسية للمعالج "الاحتراق"، رفض المشاركة في الخطوات الضرورية للتغيير المرغوب.

ت- تقليل السلوكيات التي تؤثر بالسلب على توجيه العميل وعلى جودة حياته مثل: تعاطي المخدرات، البطالة، والتشرد أو التسكع.

ث- زيادة السلوكيات الماهرة لتحل محل السلوكيات المختلة وظيفياً.

ويطلق على المرحلة الثانية في العلاج مرحلة "تهدئة اليأس quiet desperation"، وفيها يتم السيطرة على الفعل وليس السيطرة على الانفعال، ويكون الهدف العلاجي في المرحلة الثانية أن يشجع العميل على الخبرة أو الشعور بكامل نطاق الانفعالات، وعادة ما يستفيد العملاء ذوو كرب ما بعد الصدمة من فنيات وإجراءات المرحلة الثانية.

المرحلة الثالثة: مرحلة تقليل مشكلات الحياة اليومية العادية.

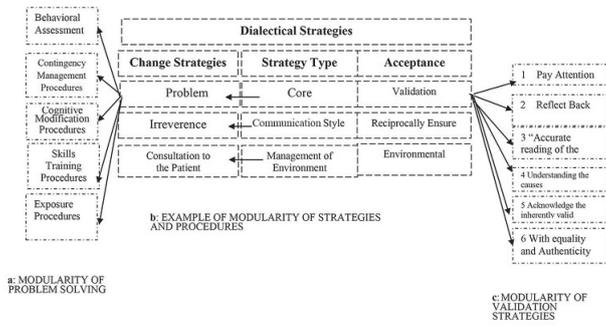
3-

4- **المرحلة الرابعة:** وتصمم لزيادة شعور العملاء بالاكتمال، وإيجاد البهجة والاستماع، و/أو تحقيق التسامي.

من المشكلات الأخرى التي كان ينبغي حلها لتطوير نموذج علاجي يصلح للتطبيق في علاج اضطراب الشخصية البيئية التوصل إلى نموذج يمكن بموجبه التعامل مع المشكلات النوعية بالغة الخطورة التي تتبدي على ذوي هذا الاضطراب

الأمر الذي أمكن إيجاد ضالته فيه هو ما يعرفه بـ "النموذج البيولوجي الاجتماعي" والذي يفترض فيه أن "اضطراب الشخصية الحدية" اضطراباً نوعياً جانباً في "تنظيم النسق الانفعالي"

أن الملمع الأساسي لهذا الاضطراب يتمثل في مجزئ المبتلى به عن ضبط وترويض وإدارة وتنظيم انفعالاته ومشاعره، الأمر الذي يجعله



شكل (1) العلاج الجدلي . السلوكي : الإطار العام.

وأبعثاً- نمط العلاج الجدلي . السلوكي : المستوى التطبيقي الإجرائي:

صاغ العلاج الجدلي . السلوكي كما أشير سابقاً للتمكن من التعامل العلاجي مع العملاء ذوي المشكلات السلوكية المعقدة ومتعددي التشخيصات الكليينكية وذوي الاضطرابات عالية الخطورة. وبدا من العرض السابق ونتائج الدراسات الكليينكية العديد فعالية العلاج الجدلي . السلوكي ومرونته الفائقة نظراً لانطلاقه من مبادئ وأطر مرجعية متنوعة دون التقيد ببروتوكول علاجي مقنن أحادي التوجه وأحادي الفنيات.

ويمكن من خلال ما يعرف بالصياغة التكوينية وضع أدلة تدخل تستخدم في فصل وظائف العلاج أو التدخل إلى وحدات مستقلة، بمعنى أن كل وحدة أو دليل تدريبي يطبق جانباً واحداً من الإطار الإجمالي العام للعلاج. الأمر الذي يمكن معه توظيف الأدلة العلاجية للعلاج الجدلي . السلوكي في علاج قطاعات متنوعة من الاضطرابات النفسية.

ويتضمن العلاج الجدلي . السلوكي وفقاً لما سبق الطرز أو أنماط التدخل التالية:

1- فريق التدخل كجزء من العلاج TEAM AS A PART OF TREATMENT:

صاغ العلاج الجدلي . السلوكي أساساً للتطبيق المبني في برنامج للتدريب في مرحلة ما قبل التخرج في إطار بيئة بحثية وليست كإكلينكية. وبعد إتمام التدريب الرسمي على العلاج الجدلي . السلوكي والإشراف، حضر المعالجون الباحثون في لقاءات استشارية أسبوعية مع الفريق الاستشاري لضمان الاستمرارية.

ويعد هذا الأمر النموذج المستخدم في كل الدراسات المبكرة عن العلاج الجدلي . السلوكي، فعندما يتم تحديد ملامح العلاج، يكون الفريق الاستشاري جزء من عملية العلاج ذاتها، وتتمثل الوظائف الأساسية للفريق الاستشاري في التركيز على التزام المعالج بمسار عملية العلاج وفقاً للسيناريو المتفق عليه، وتمكين المعالج من إدارة متاعبه ومظاهر احترافه، وتقديم المساعدة للعملاء الذين يتلقون العلاج خاصة في المواقف الحرجة التي تزداد فيها مخاطر الانتحار أو الاندماج في سلوكيات مختلفة وظيفياً.

ويقوم الفريق الاستشاري في العلاج الجدلي . السلوكي بتعزيز المعالج وتكوين سلوكه، بهدف تحسين التزامه واستمراريته في ممارسة فعاليات العلاج.

2- التدريب ما بين الجلسات BETWEEN-SESSION COACHING:

يرتكز المنطق الأساسي لتقديم ما يعرف بالتدريب ما بين الجلسات باستخدام الاتصالات الهاتفية فيما يلي:

أ- يحتاج الأفراد ذوو الميول والأفكار والمحاولات الانتحارية إلى مزيد من الاتصال أكثر من مجرد

في حالة دائمة من التقلبات
الانفعالية والمزاجية غير
المسومة وخير المسيطر عليهما

أن يكون للعلاج الجدلي .
السلوكي إطاراً نظرياً مرجعياً
يمكن بموجبه الدمج بين
مبادئ ممارسات Zen
والممارسات التأملية الأخرى في
متن المدرسة السلوكية
behaviorism منطلقاً
وفنيات وإجراءات.

ما زال مفهوم الجدل يوفر إطاراً
مرجعياً للعلاج إلا أنه يثير نوعاً
من التوتر بين النظرية والبحث
في مقابل الخبرة الكليينكية
من جهة، وبين علم النفس
الغربي والممارسات الشرقية
من جهة أخرى

يعاني ذوو اضطراب الشخصية
العديد كثيراً من صعوبات
جوهرية في إدارة انفعالاتهم
ومشاعرهم السلبية، وغالباً ما

الجلسات الفردية الأسبوعية خاصة أثناء الأزمة.

ب- السماح بالاتصالات الهاتفية فقط عندما يكون التفكير الانتحاري أو الميل الانتحاري أكثر قابلية للإقدام الفعلي على المحاولة الانتحارية.

ت- من الأسباب الأخرى للتدريب ما بين الجلسات عبر استخدام الاتصالات الهاتفية أن غالبية عملاء العلاج الجدلي . السلوكي يحتاجون على نحو دائم تعلم كيفية التفاعل مع الآخرين بطرائق تجعل الآخرين أكثر رغبة في مساعدتهم بدلاً من الغضب والإحباط منهم.

خامساً- محاور التدريب على المهارات في العلاج الجدلي . السلوكي DBT SKILLS:

عند تطوير خطة العلاج يصبح من الواضح جدًا كمية المصاعب غير الاعتيادية التي يمكن مواجهتها، فمن المستحيل خلال (60) دقيقة التركيز المتزامن على حل المشكلة في نطاق واسع من الأزمات، وعلى السلوكيات المختلفة وظيفيًا، وعلى تحمل المشقة، وعلى الاختلال الوظيفي الجوهري في ضبط وتنظيم الانفعالات والمشاعر، وفي نفس الوقت تعليم مجموعة من المهارات السلوكية الضرورية للممارسة.

وعلى ذلك يتوزع العلاج على جزئين أساسيين منفصلين بأدوار مختلفة، يركز في الجزء الأول على التدريب على المهارات، ويركز في الثاني على المشكلات الحالية والمسائل المتعلقة بالدافعية كأن يحافظ على حياة العميل، ووقايته من تأثيرات المخدرات، وخفض الاكتئاب، والحفاظ على استمراره في العملية العلاجية.

والتركيز الأساس لتعليم المهارات هو مساعدة العملاء في تعلم السلوكيات التي يمكن استخدامها كبديل عن السلوكيات غير التكيفية والمختلة وظيفيًا، مع انتباه خاصة لتنمية دافعية الالتزام بتطبيق هذه السلوكيات في الحياة اليومية من خلال التكاليفات والواجبات المنزلية.

ويعتمد في أسلوب تدريب المهارات على فلسفة الجدل مع تأكيد على إجراءات التدريب التي تتضمن: النمذجة، التعليمات المباشرة أو التدريس المباشر، القصص، التدريب السلوكي والبروفات السلوكية المتكررة، التغذية الراجعة، والتدريب التوجيهي والإرشادي، والتكاليفات المنزلية.

على أن يتم توصيف مهارات كل وحدة تدريبية ويلحق بها المرفقات التوضيحية وأوراق العمل لكل مهارة على حدة، وتطور الأدلة التدريبية في العلاج الجدلي . السلوكي حول الأربعة التالية:

1- اليقظة العقلية mindfulness.

2- الفاعلية بين الشخصية interpersonal effectiveness.

3- تنظيم الانفعالات والمشاعر emotional regulation.

4- تحمل المشقة distress tolerance.

وعادة ما يتم تقسيم المهارات محل التدريب في العلاج الجدلي . السلوكي على مسارين أساسيين يستوعبان محاور التدريب الأربعة:

- المسار الأول- مهارات التغيير change skills: ويشمل هذا المسار مهارات الفاعلية بين الشخصية، ومهارات تنظيم الانفعالات والمشاعر .

- المسار الثاني- مهارات التقبل: ويشمل مهارات اليقظة العقلية ومهارات تحمل المشقة.

ويسمح المحتوى التدريبي المتضمن في أدلة العلاج الجدلي . السلوكي بتضمين أو تعديل أو حذف مهارات أخرى تبعًا لطبيعة الحالة وظروفها وما يستجد عليها من أحداث وأزمات طارئة.

ويجدر الإشارة إلى أن عديد من مهارات التدريب في العلاج الجدلي . السلوكي صيغت وطورت في إطار علم النفس الاجتماعي، والتعاليم الروحية، أو من خلال التعديلات للتعليمات التي تقدم للعملاء في

يندمجون في سلوكيات غير أخلاقية ربما تستهدف تجنب خيانتهم الأمل والإحباطات وتعبر عن نقص أو قصور في مهارات إدارة الوقت

لتنظيم عملية العلاج كان من المفترض تحديد أولويات التدخل وفقًا لمستوى الاضطراب مع التركيز على البدء بالتعامل الفوري مع المخاطر الوشيكة ذات معامل التمهيد المرتفع والتي قد تعقد الاضطراب وتفضي إلى الإعاقة

المرحلة الأولى: تركيز العلاج على تهدئة العميل وضمان استقراره النفسي أولاً، ومن ثم تحقيق الضبط أو السيطرة السلوكية

خفض السلوكيات التي تتداخل
بالتأثير السلبي على العلاج مثل:
التغيب عن الجلسات العلاجية،
السلوكيات التي يمكن أن
تستنزف الطاقة الذهنية للمعالج
"الاحتراق"

تقليل السلوكيات التي تؤثر
بالسلب على توجيه العميل
وعلى جودة حياته مثل: تعاطي
المخدرات، البطالة، والتشرد
أو التسكع.

يطلق على المرحلة الثانية في
العلاج مرحلة "تهدئة اليأس
quiet desperation".
وفيها يتم السيطرة على الفعل
وليس السيطرة على الانفعال

يمكن من خلال ما يعرفه
بالصياغة التكوينية وضع أدلة
تدخل تستخدم في فصل
وظائف العلاج أو التدخل إلى

مختلف العلاجات القائمة على الدليل وتستهدف التعامل مع مشكلات نوعية معينة.

من جانب آخر يجدر التنويه إلى أنّ حقبة التدريب الأساسية في العلاج الجدلي . السلوكي وضعت
لعلاج الأفراد ذوي المشكلات السلوكية المتضمنة في الميول والأفكار والمحاولات الانتحارية وتم تشخيص
حالاتهم على أن لديهم اضطراب الشخصية البينية أو الحدية.

وفيما يلي تناول موجز للمهارات الأساسية التي يمكن تعليمها باستخدام العلاج الجدلي . السلوكي وفقاً
لمحاور التدخل الأربعة المركزية في بنية هذا العلاج:

1- اليقظة العقلية Mindfulness:

اليقظة العقلية مكوناً مركزياً في بنية العلاج الجدلي . السلوك، وعلى ذلك تعد "مهارات اليقظة العقلية"
المهارات المحورية في هذا الصدد، وتتعلق هذه المهارات بما يعرف: الإبحار في عطاء الواقع الراهن هنا
والآن بعقل حكيم، وبتوجه نحو التركيز والملاحظة، ووصف ما يحدث، واندماج في الواقع الحالي دون
أحكام مسبقة بفاعلية وانفتاح عقلي.

وينظر إلى اليقظة العقلية بهذا المعنى على أنها الترجمة السلوكية للتعليمات والدروس المرتبطة
بالممارسات التأملية الشرقية والغربية، ويتضمن كل دليل تدريب على الأقل مهارة واحدة من مهارات
اليقظة الذهنية مثل: الوعي والانفتاح على الآخرين أثناء العلاقات بين الشخصية معهم وفي ضوء مهارات
تنظيم الانفعال وعلاقة اليقظة العقلية بالأفكار الحالية عن تحمل المشقة. وتعد مهارات اليقظة والامتلاء
بالوعي العمدي الآني وفقاً لتكيفية "لاحظ وصف وشارك" جزءاً أساسياً في كل ورشة وورقة عمل تدريبية.

2- تنظيم الانفعالات والمشاعر Emotion regulation:

يستهدف التدريب على ضبط وإدارة وتنظيم الانفعالات والمشاعر تعليم الأفراد مجموعة من
الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يمكن بموجبها خفض الاستجابات الانفعالية غير المرغوبة وزيادة
الانفعالات المرغوبة.

ويركز في تعلم المهارات على تعليم الأفراد كيفية اكتشاف وتعريف ووصف الانفعالات، وكيفية تغيير
الاستجابات الانفعالية، وكيفية تقليل احتمالات التعرض للانفعالات السلبية، وكيفية إدارة الانفعالات
الصعبة والمعقدة.

وعادة ما يتم البدء في التدريب على مهارات تنظيم الانفعال بتدريس كل ما يتعلق بالانفعالات
والمشاعر بصورة مختصرة، ووصف أنساق الاستجابات الانفعالية للمثيرات الداخلية والخارجية
(Eckman & Davidson, 1994).

كما يؤكد في العلاج الجدلي . السلوكي أثناء التدريب على تنظيم الانفعالات والمشاعر على أهمية
القيمة التكيفية للانفعالات والمشاعر وعلى ضرورة فهم الأفراد أن الانفعالات ضرورة حياتية بدونها
تستحيل حياة الإنسان إلى جحيم لا يطاق (Tooby & Cosmides, 1990).

وتتمثل المهمة الأولى في تدريب مهارات تنظيم الانفعالات والمشاعر في تقديم نماذج تدريبية تجسد ما
يلي:

أ- الحساسية الانفعالية للهاديات والعلامات وهشاشة التكوين الانفعالي للفرد.

ب- الأحداث الداخلية و/أو الخارجية التي تعمل كهاديات أو مثيرات انفعالية عند الانتباه إليها
(الأحداث المنشطة).

ت- تقدير وتفسيرات الهاديات والمثيرات المنشطة للانفعالات والمشاعر.

ث- ميول الاستجابة بما تتضمنه من استجابات عصبية كيميائية وفسولوجية، واستجابات خبرية
مباشرة وحفريات نحو الفعل.

ج- الاستجابات والأفعال التعبيرية اللفظية وغير اللفظية.

وحدات مستقلة، بمعنى أن كل وحدة أو دليل تدريبي يطبق جانبًا واحدًا من الإطار الإجمالي العام للعلاج

ح- تأثيرات التوهج أو الاستثارة الانفعالية قبل وبعد تأثيرات الأحداث والتي قد تمثل انفعالات ثانوية. وتهدف عديد من أدلة التدريب في العلاج الجدلي . السلوكي مكونات نوعية خاصة بالنسق الانفعالي بسبب أننا نعتقد أن إذا أراد شخص ما تغيير انفعالاته بما يترتب عليها من أفعال انفعالية، يمكن أن يتم ذلك من خلال تدريب أجزاء معينة من نسق الانفعالات.

وبمجرد تكوين النموذج المجسد للمهارة، تأتي عملية تغيير الانفعالات بصورة سلسلة وطبيعية بعد التعرض للنموذج ومحكاته في مواقف تمثيلية قائمة على البروفات السلوكية المتكررة. وتعد فنية "التعرض Exposure" إجراءً آخرًا يمكن استثمارها فيما يعرف بتعليم مهارة "الفعل المناقض أو المضاد Opposite Action" عندما يظهر العملاء أداء مناقض لما تستلزمه انفعالاته و/أو حفزاته للفعل مثل: الاقتراب من مثير مخيف.

ومنذ صدور الطبعة الأصلية لدليل تدريب المهارات في العلاج الجدلي . السلوكي على يد مارشا إم لينهان (1993ب)، ظهرت بحوث كثيرة علاج "الاكتئاب"، عن طريق ما يعرف بصيغة "التنشيط السلوكي behavioral activation" (Dimidjian et al., 2006)، وعلاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة أو ما يعرف اصطلاحًا بـكرب ما بعد الصدمة post-traumatic stress disorder عن طريق فنيات "التعرض المطول prolonged Exposure" (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007).

الأمر الذي ترتب عليه موجة من البحوث التجريبية اللاحقة على التنشيط السلوكي BA والتعرض المطول PE لتدعيم فكرة "الفعل المناقض أو المعارض للانفعالات" كما هو الحال في انفعالي الحزن أو الخوف بالترتيب.

وعلى ذلك ظهرت جوانب جديدة مستهدفة للتدريب على تنظيم الانفعالات في نموذج الانفعالات في سياق العلاج الجدلي . السلوكي، فقد قدم نيزو ونيزو وبيري (1989) Nezu, Nezu, and Perri العلاج الموجه لحل المشكلة problem solving therapy. حيث تقدم حيث يتم إنتاج الحلول لحل المشكلات التي ترتب مشقة انفعالية وضيقًا وكرهًا مسوغًا أو مبررًا.

ثم يأتي بعد ذلك استخدام فنية "التعديل المعرفي Cognitive modification" ربما وفقًا لتصورات ميتشنيوم "مايكنبوم" Meichenbaum (1979) للتطبيق في الوقائع والحقيق وللتمكن من تحدي ودحض الانفعالات المقبلة غير المسوغة مع تدريب الأفراد على إعادة تفسير الأحداث لتتناسب مع الحقائق والوقائع.

ويأتي بعد ذلك إمكانية استخدام فنية "البروفة السلوكية التخيلية Imaginal rehearsal" والتي تعتمد على التدريب السلوكي المتكرر باستخدام مواقف تخيلية والتي ترتبط بفكرة "استمر في المواجهة والتوافق Cope Ahead"، حيث يتخيل الأفراد قيامهم بالواجهة الفعالة للمواقف المخيفة والمثيرة للانزعاج والضيق والاستياء أو المشقة.

وتضاف فنية "البروفة السلوكية التخيلية" أيضًا للتطبيق في بروتكول مواجهة الكوابيس الليلية (Krakow, et al., 2001).

وبالإضافة إلى تغيير الاستجابة الانفعالية، يتم تعليم الأفراد في مهارات تنظيم الانفعالات والمشاعر كل ما يمكن أن يخفض احتمالات تعرضهم للانفعالات السلبية، وفقًا لتوجه العلاج الجدلي . السلوكي طرح نفسه كعلاج يساعد العملاء في تأسيس حياة تستحق أن تُعاش.

ولتحقيق هذا الهدف اقترح إضافة تعليم مهارات تمكن الأفراد من البحث والتقيب عن كل ما هو إيجابي مبهج ومفرح ومثمر في الحياة على المستوى قصير الأجل مثل إضافة الأحداث السارة والممتعة، وعلى المستوى طويل الأجل مثل مثابرة الشخص من أجل وضع وتحقيق أهداف تتسق مع قيمه ومعنى الحياة بالنسبة له.

عندما يتم تحديد ملامح العلاج، يكون الفريق الاستشاري جزء من عملية العلاج ذاتها، وتتمثل الوظائف الأساسية للفريق الاستشاري في التركيز على التزام المعالج بمسار عملية العلاج وفقًا للسيناريو المتفق عليه

يقوم الفريق الاستشاري في العلاج الجدلي . السلوكي بتعزيز المعالج وتكوين سلوكه، بهدف تحسين التزامه واستمراريته في ممارسة فعليات العلاج

يحتاج الأفراد ذوو الميول والأفكار والمعايير الانتحارية إلى مزيد من الاتصال أكثر

وتتطابق هذه المهارات مع نموذج العلاج القائم على التنشيط السلوكي في علاج الاكتئاب
behavioral activation treatment model for depression، وأيضًا مع التأكيد على القيم في
العلاج بالقبول والالتزام acceptance and commitment therapy حسب صياغة ستيفن هايز
وستروزال وويلسون (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

3- الفاعلية بين الشخصية interpersonal effectiveness:

من جانب آخر يعاني الأفراد ذوو القصور في تنظيم انفعالاتهم ومشاعرهم غالبًا من صعوبات جوهرية
دالة في علاقاتهم بين الشخصية المتبادلة مع الآخرين، على سبيل المثال تدمر الغيرة والغضب علاقاتهم
الودية مع المقربين منهم، ويفضي الخوف والخزي أو الخجل والعار إلى تجنب التواصل بين الشخصي مع
الآخرين، وحتى الاكتئاب يمكن أن يعوق جهود التفاعل مع الآخرين، ومن هنا فإن التدريب على الفاعلية
بين الشخصية أمرًا وجوبيًا في العلاج الجدلي. السلوكي وهي عبارة عن مجموعة من المهارات التي تمكن
الأفراد من إدارة صراعاتهم بين الشخصية مع الآخرين، وتكوين صداقات جديدة، و/أو إنها العلاقات
المزعجة المؤذية أو الضارة، وتعزيز البيئات المشجعة على التفاعل الإيجابي مع الآخرين.

وتأتي غالبية مهارات التدريب على الفاعلية بين الشخصية من نتائج البحوث التي تناولت موضوع
التدريب على "التوكيدية assertiveness"، و "السلوك التوكيدي assertive behavior" (Linehan & Egan, 1979).

على سبيل المثال المهارات المجسدة في تركيبة "دير مان DEARMAN" والتي يوضحها شكل (2)

Describe
Express
Assert
Reinforce
Mindful (Stay)
Appear Confident

Figure 2
DEARMAN ACRONYM FROM INTERPERSONAL EFFECTIVENESS MODULE

شكل (2) صيغة تدريب مهارات الفاعلية بين الشخصية وفقًا لتركيبه ديرمان.

إذ وفقًا لهذه الصيغة يتم تعليم الأفراد كيفية تقديم الطلبات الشخصية بصورة إيجابية فعالة، وتحدث
هذه المهارات نوعًا من التوازن بين كيف ومتى تقول "لا" بصورة فعالة، ويجدر الإشارة إلى أنه تم توسيع
نطاق التدريب على مهارات الفاعلية بين الشخصية لتتضمن مهارات الجدل، والتصديق والاعتراف،
وإجراءات إدارة العواقب.

وأضيفت هذه المهارات لمقابلة ومسايرة الديناميات المتجددة في التفاعلات بين الشخصية، على سبيل
المثال "السير في منتصف المسار Walking the Middle Path" كصيغة صممت للتدريب على
المهارات الأسرية مع المراهقين ومقدمي الرعاية لهم، ففي أسلوب "السير وسط المسار" يتم تعليم الأفراد
مهارات التفاوض والجمع بين الآراء المتباينة التي تبدو متعارضة والتوليف فيما بينها بصورة ترضي جميع
الأطراف وصولاً إلى اتفاقات مشتركة يرتضيها الجميع فيما يعرف بمهارات التفاوض والتوفيق (Linehan, 1997).

فضلاً عن استخدام إجراءات التغيير السلوكي، والتي أشير إليها في التناول التطبيقي للفكر
السيكولوجي للمدرسة السلوكية، حيث يتم تعليم العملاء كيفية تطبيق التعزيز الإيجابي والسلبي في تكوين
السلوك الموجه بالهدف goal directed behavior.

السماع بالاتصالات الهاتفية فقط
عندما يكون التفكير
الانتحاري أو الميل الانتحاري
أكثر قابلية للإقدام الفعلي
على المحاولة الانتحارية

عند تطوير خطة العلاج يصبح
من الواضح جدًا أهمية
المصاحبة غير الاعتيادية التي
يمكن مواجهتها

من المستحيل خلال (60)
دقيقة التركيز المتزامن على
حل المشكلة في نطاق واسع
من الأزمات، وعلى السلوكيات
المختلة وظرفيًا، وعلى تحمل
المشقة، وعلى الاختلال الوظيفي
الجوهري في ضبط وتنظيم
الانفعالات والمشاعر، وفي
نفس الوقت تعليم مجموعة من
المهارات السلوكية الضرورية

4- تحمل المشقة **distress tolerance**:

ويجدر التنويه إلى أنه عندما صيغ العلاج الجدلي . السلوكي في نسخته الأولى لم يكن يتضمن أجلة علاجية تستهدف تقوية مهارات العملاء في تحمل المشاق والمتاعب والكروب ومظاهر الضيق الانفعالي المرتبطة بالأحداث أو الظروف المزعجة والعصية.

وكانت التدخلات السلوكية المتاحة في هذا الوقت تركز على تغيير السلوك، إلا أن تحمل المشقة في العلاج الجدلي . السلوكي يتركز على تعليم العملاء: التقبل للذات والأحداث والظروف، إيجاد دلالاتها ومعانيها، وتحمل المشقة والمعاناة المرتبطة به أو الناتجة عنها والمصاحبة لها.

وعادة ما يركز في التدريب على تحمل المشقة على تعليم عدد من فنيات "إرجاء الإشباع **delay of gratification**"، و "تهدئة الذات **self-soothing**" بهدف التعايش الأولي مع الأزمات بدون تضخيم تأثيراتها السلبية مثل: تجنب تعاطي المخدرات، وتجنب محاولات الانتحار، وتجنب الاندماج في سلوك مختل وظيفيًا وضار أو مؤذي للذات.

وقد يتم اللجوء في القيام بمثل هذا التدريب إلى ما يعرف اختصار بصيغة (تب **TIP**) كما يوضحها شكل (3) والتي تم تطويرها في إطار بحوث كيفية تنشيط نظام الجسد الفسيولوجي العصبي لتقليل الاستثارة عبر إما درجة الحرارة (**Jay, Christensen, & White, 2006 & Foster & Sheel, 2005**)، أو تنظيم التنفس بصورة فعالة، والاسترخاء العضلي (**Linehan, 2005**).

T Tip your face into cold water

I Intense Exercise

Paced Breathing

P

Paired Muscle Relaxation

Figure 3

TIP ACRONYM FROM DISTRESS TOLERANCE MODULE

شكل (3) تركيبة **TIP** في التدريب على تحمل المشقة.

ويتضمن التدريب على تحمل المشاق أيضًا مجموعة من المهارات التي تركز على "قبول الواقع **reality acceptance**" والتي تستهدف تقليل المعاناة وزيادة الحرية عندما تكون الوقائع والأحداث المؤلمة لا يمكن تغييرها فورًا أو يستحيل تغييرها.

وتعرف هذه المهارة باسم "التقبل الراديكالي **radical acceptance**"، على سبيل المثال صيغت هذه المهارة من الأدبيات المكثفة التي تناولت الناجون من معسكرات الاعتقال في الفترة النازية في ألمانيا خاصة الأعمال العلمية لفينكتور فرانكل (1985)، وعلى نحو ما أشار لوك من أن "التقبل الراديكالي أو التام" للوقائع والأحداث الحياتية في اللحظة الحاضرة أمرًا حتميًا للتعايش والاستمرار في الحياة.

من جانب آخر يستفاد مما يعرف بالتناقض بين مفهومي "الإرادة والاستعداد **willingness**"، في مقابل الرغبة والتعمد **willfulness** والتي أخذت من الأعمال العلمية لجيرالد ماي (1982) لتعليم العملاء الذين هم بطبيعتهم ميالون للاستجابات الانفعالية الحادة لتحديات الحياة ومتاعبها وظروفها العصية وهنا يركز على تعليمهم فعل ما هو ضروري وهام وحتمي فقط، مع تحفيزهم على إلقاء الذات بصورة كلية في المجتمع الذي يعيشون فيه وليس الانفصال عنه أو رفضه وتجنبه.

ومن بين مهارات قبول الوقائع المهارات التي ترتبط بقبول صورة الذات الجسمية للشخص عن طريق الفرح بالذات والابتسام لها وقبولها كما هي فيما يعرف باستراتيجية "تصف الابتسامة" و "الأيدي الراغبة

يعتمد في أسلوبه تدريجه المهارات على فلسفة الجدل مع تأكيد على إجراءات التدريب

يتم توصيفه مهارات كل وحدة تدريبية ويلحق بها المرفقات التوضيحية وأوراق العمل لكل مهارة على حدة

تدور الأدلة التدريبية في العلاج الجدلي . السلوكي حول المحاور الأربعة التالية:
1- اليقظة العقلية.
2- الفاعلية بين الشخصية.
3- تنظيم الأنفعالات والمشاعر.
4- تحمل المشقة

أن تحديد من مهارات التدريب في العلاج الجدلي . السلوكي صيغت وطورت في

واشتقت استراتيجية "تصف الابتسامة Half smiling" من الأعمال البحثية التي أظهرت أن الانفعالات تتأثر بتعبيرات الوجه (Ekman et al., 1987 & Ekman, facial expressions 1993).

على سبيل المثال في علاج سوء تعاطي العقاقير المخدرة، تم تضمين التدريب على تحمل المشقة في علاج الإدمان تدور بالأساس حول: التعزيز والمساندة الاجتماعية، ومهارات بدائل التمرد، ومفهوم "الغياب أو الامتناع الجدلي dialectical abstinence" والتي هي عبارة عن توليفة من مدخل "الغياب أو الامتناع abstinence approach" مع مدخل "خفض الإيذاء أو الضرر harm reduction approach".

وتم مؤخرًا تضمين العلاج الجدلي . السلوكي تعديلاً أدرج بمقتضاه في أدلته مهارة عرفت باسم "الاسترخاء العضلي المقترن "المزدوج أو الثنائي" paired muscle relaxation"، والتي عدلت وفقاً لنتائج دراسات إدارة الضغوط لدى الرياضيين الجامعيين والمحترفين (Smith, 1980) والتنبه الوجداني المرتبط بالاسترخاء العضلي الموسع paced muscle relaxation pairs induced affect، فضلاً عن "التعديل المعرفي cognitive modification"، و "الاسترخاء relaxation".

سادساً- التوجهات المستقبلية FUTURE DIRECTIONS:

أثبتت نتائج دراسات كثيرة أن "العلاج الجدلي . السلوكي" فعال في تحقيق فوائد علاجية قائمة على الدليل في علاج حالات مرضية تتجاوز اضطراب الشخصية الحدية أو البينية، منها اضطرابات الأكل eating disorders (Safer & Jo, 2010; Safer & Joyce, 2011)، الاكتئاب لدى كبار السن (Lynch et al., 2007; Lynch Morse, depression in older adults cluster B (Mendelson, & Robins, 2003)، واضطرابات الشخصية المصنفة تحت الفئة (ب) cluster B (Feigenbaum et al., 2011) personality disorder).

بالإضافة إلى ما سبق يوجد جهود حالة لتطبيق مهارات التدريب المتضمنة في أدلة العلاج الجدلي . السلوكي كصيغة تدخل أحادية دون اقترانها بالعلاجات الأخرى نفسية أو دوائية. فقد وجد عدد من المقالات التي أشارت إلى أن مكونات التدريب على المهارات المتضمنة في أدلة العلاج الجدلي . السلوكي لوحدها أي بدون علاج فردي ذات فاعلية مثبتة في التعامل العلاجي مع جماعات مرضية مثل النساء المسجونات اللاتي لديهن تاريخ من الصدمات (Bradley & Follingstad, 2003)، والأفراد ذوي اضطراب قصور الانتباه المقترن بالنشاط الحركي الزائد ADHD (Hirvikoski, et al., 2011)، وما يعرف العدوان بين شركاء العلاقات الودية intimate (Iverson, Shenk, & Fruzzetti, 2009) partner violence .

وبالرغم من ذلك مازالت الحاجة قائمة إلى مزيد من البحوث لتعيين أي المهارات أكثر ملائمة لمشكلات معينة ولأفراد معينين، مع التسليم في نفس الوقت أن "أدلة التدريب على المهارات" في العلاج الجدلي السلوكي ثبت فعاليتها في خفض مظاهر التنظيم الانفعالي المختل وظيفياً (Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010).

من جانب آخر طبق العلاج الجدلي . السلوكي بأدلته التدريبية المعتمدة في التركيز على بناء وتنمية القدرة على الصمود بل يمكن تطبيقه عبر سياقات غير كإكلينيكية مثل العمل أو السياقات المدرسية التعليمية، على سبيل المثال خطط التدريس على مهارات المتضمنة في أدلة العلاج الجدلي . السلوكي في بعض النظم المدرسية لتعليم طلاب المدرسة الإعدادية والثانوية (Mazza, Mazza, Murphy,

أن حقيقة التدريب الأساسية في العلاج الجدلي . السلوكي وضعت لعلاج الأفراد ذوي المشكلات السلوكية المتضمنة في الميول والأفكار والمحاولات الانتحارية وتم تشخيص حالاتهم على أن لديهم اضطراب الشخصية البينية أو الحدية

اليقظة العقلية مكوناً مركزياً

في بنية العلاج الجدلي .

السلوك، وعلى ذلك تعد

"مهارات اليقظة العقلية"

الممارسات المحورية في هذا

الصدد

ينظر إلى اليقظة العقلية بهذا

المعنى على أنها الترجمة

السلوكية للتعليمات والدروس

المرتبطة بالممارسات التأملية

الشرقية والغربية

وفي نفس السياق يوجد توجه معاصر في العلاج النفسي لدمج التكنولوجيا في العلاج النفسي، على سبيل المثال العلاجات النفسية المحوسبة إلكترونياً **computerized psychotherapy treatments** (Richards & Richardson, 2012; Proudfoot et al., 2003)، والقلق (Marks, Kenwright, McDonough, Whittaker, & Mataix-Cols, 2004).

وفي بعض الحالات وجد أن التدخلات الإلكترونية المحوسبة ذات فعالية مماثلة لفاعلية التدخلات العلاجية المباشرة وجهاً لوجه (Selmi, Klein, Greist, Sorrell, & Erdman, 1990).

سابعاً- المراجع:

1- Aitken, R. (1982). Taking the path of Zen. San Francisco: North Point Press.

2- Arkowitz, H. (1989). The role of theory in psychotherapy integration. Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 8, 8-16.

3- Arkowitz, H. (1992). Integrative theories of therapy. In D. Freedheim (Ed.), The history of psychotherapy: A century of change. Washington D.C.: American Psychological Association.

4- Bradley, R. G., & Follingstad, D. R. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. Journal of Traumatic Stress, 16(4), 337-340.

5- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., . . . & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. Journal of consulting and clinical psychology, 74(4), 58.

6- Ekman, P., Friesen, W. V., O'Sullivan, M., Chan, A., Diacoyanni-Tarlatzis, I., Heider, K., & Tzavaras, A. (1987). Universals and cultural differences in the judgments of facial expressions of emotion. Journal of personality and social psychology, 53(4), 712.

7- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. American Psychologist, 48(4), 384.

8- Ekman, P. E., & Davidson, R. J. (1994). The nature of emotion: Fundamental questions. Oxford University Press.

9- Feigenbaum, J. D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A., & Bebbington, P. E. (2012). A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. British Journal of Clinical Psychology, 51(2), 121-141.

10- Foa, E., Hembree, E., & Rothbaum, B. O. (2007). Prolonged exposure therapy for PTSD:

يستهدف التدريب على ضبط وإدارة وتنظيم الانفعالات والمشاعر تعليم الأفراد مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يمكن بموجبها خفض الاستجابات الانفعالية غير المرغوبة وزيادة الانفعالات المرغوبة

كما يؤكد في العلاج الجدلي السلوكي أثناء التدريب على تنظيم الانفعالات والمشاعر على أهمية القيمة التكوينية للانفعالات والمشاعر وعلى ضرورة فهم الأفراد أن الانفعالات ضرورة حياتية بدونها تستحيل حياة الإنسان إلى جيب لا يطاق

إمكانية استخدام تقنية "البروفة السلوكية التخيلية" "Imaginal rehearsal" والتي تعتمد على التدريب السلوكي المتكرر باستخدام مواقف تخيلية والتي ترتبط بفكرة "استمر في المواجهة والتوافق"

Emotional processing of traumatic experiences therapist guide. Oxford University Press.

11- Foster, G. E., & Sheel, A. W. (2005). The human diving response, its function, and its control. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 15(1), 3-12.

12- Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Simon and Schuster.

13- Hahn, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness: A manual of meditation*. Boston: Beacon Press.

14- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.

15- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmstroöm, A., Johnson, A., & Nordstroöm, A. L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(3), 175-185.

16- Iverson, K. M., Shenk, C., & Fruzzetti, A. E. (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse: a pilot study. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(3), 242.

17- Jager, W. (2005). *Mysticism for Modern Times: Conversations with Willigis Jager*. Liguori Publications.

18- Jay, O., Christensen, J. P., & White, M. D. (2007). Human face-only immersion in cold water reduces maximal apnoeic times and stimulates ventilation. *Experimental Physiology*, 92(1), 197-206.

19- Krakow, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T. D., & Prince, H. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 286(5), 537-545.

20- Langer, E. J. (1989). *Mindfulness*. Boston, MA: Merloyd Lawrence Books.

21- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84.

22- Linehan, M. M. (1981). A social-behavioral analysis of suicide and parasuicide: Implications for clinical assessment and treatment. In H. Glazer & J. F. Clarkin (Eds.), *Depression, behavioral and directive intervention strategies* (pp. 229-294). New

اقترح إضافة تعليم مهارات
تمكن الأفراد من البحث
والتنقيب عن كل ما هو
إيجابي مبهج ومفرح ومثمر في
الحياة على المستوى قصير
الأجل

يعاني الأفراد ذوو القصور
في تنظيم انفعالاتهم ومشاعرهم
غالبًا من صعوبات جوهرية
دالة في علاقاتهم بين
الشخصية المتبادلة مع الآخرين

يتم تعليم الأفراد كيفية تقديم
الطلبات الشخصية بصورة
إيجابية فعالة، وتحدث هذه
المهارات نوعًا من التوازن بين
كيفية ومتى تقول "لا" بصورة
فعالة

تم توسيع نطاق التدريب على
مهارات الفاعلية بين الشخصية
لتتضمن مهارات الجدل.

York: Garland Press.

23- Linehan, M. M. (1993a). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press.

24- Linehan, M. M. (1993b). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

25- Linehan, M. M. (1997). Validation in psychotherapy. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.) Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy. (pp 353-392). Washington DC: American Psychological Association.

26- Linehan, M. M. (2005). Track 7: Long progressive muscle relaxation. Putting your worries on a shelf (compact disc recording). Seattle: Behavioral Tech, LLC.

27- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry, 48, 1060-1064.

28- Linehan, M. M. & Egan, K. J. (1979). Assertion training for women. In A.S.Bellack & M. Hersen (Eds.), Research and practice in social skills training (pp. 237-271). New York: Plenum Press.

29- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: a dialectical behavior therapy approach. International Journal of Geriatric Psychiatry, 22(2), 131-143.

30- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 11(1), 33-45.

31- Marks, I. M., Kenwright, M., McDonough, M., Whittaker, M., & Mataix-Cols, D. (2004). Saving clinicians' time by delegating routine aspects of therapy to a computer. A randomized controlled trial in phobia/panic disorder. Psychological Medicine, 34, 9-18.

32- May, G. G. (1982). Care of mind, care of spirit: Psychiatric dimensions of spiritual direction. San Francisco: Harper & Row.

33- May, G. G. (1987). Will and spirit : A contemplative psychology. San Francisco: Harper & Row.

34- Mazza, J. J., Mazza, E. T., Murphy, H. E., Miller, A .L., & Rathus, J. L. (in press). Skills

والتصديق والاعتراف،
وإجراءات إدارة العواقب

يتم تعليم الأفراد مهارات
التفاوض والجمع بين الآراء
المتباينة التي تبدو متعارضة
والتوليف فيما بينها بصورة
ترضي جميع الأطراف وصولاً
إلى اتفاقات مشتركة يرتضيها
الجميع فيما يعرفه بمهارات
التفاوض والتوفيق

أن تحمل المشقة في العلاج
البدلي. السلوكي يتركز على
تعليم العملاء: التقبل للذات
والأحداث والظروف، إيجاد
دلالاتها ومعانيها، وتحمل
المشقة والمعاناة المرتبطة به
أو الناتجة عنها والمصاحبة لها.

يتضمن التدريب على تحمل
المشاق أيضاً مجموعة من
المهارات التي تركز على
"قبول الواقع reality
acceptance" والتي
تستهدفه تقليل المعاناة
وزيادة الحرية عندما تكون

Training for Emotional Problem Solving for Adolescents (STEPS-A). Guilford Press, Inc. New York, New York.

35- Meichenbaum, D. (1977). Cognitive-behavior modification: An integrative approach. Springer.

36- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. Behaviour research and therapy, 48(9), 832-839.

37- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines. John Wiley & Sons.

38- Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. (2nd edition ed.) New York: Oxford.

39- Prochaska, J. O. & Diclemente, C. C. (2005). The trans-theoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 147-171). New York: Oxford.

40- Proudfoot, J., Goldberg, D., Mann, A., Everitt, B., Marks, I. M., & Gray, J. A. (2003). Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychological Medicine*, 33, 217-227.

41- Richards, D. & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 329-342.

42- Rogers, C. R. (1946). Significant aspects of client centered therapy. *American Psychologist*, 1, 415-422.

43- Ryle, A. (2005). Cognitive analytic therapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 196-217). New York: Oxford.

44- Safer, D. L., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106-120.

45- Safer, D. L., & Joyce, E. E. (2011). Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behaviour research and therapy*, 49(5), 339-345.

46- Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Sorrell, S. P., & Erdman, H. P. (1990). Computer-

الوقائع والأحداث المؤلمة لا
يمكن تغييرها فوراً أو يستحيل
تغييرها

في علاج سوء تعاطي العقاقير
المخدرة، تم تضمين التدريب
على تحمل المشقة في علاج
الإدمان تدور بالأساس حول:
التعزيز والمساندة الاجتماعية،
ومهارات بدائل التمرّد،
ومفهوم "الغياب أو الامتناع
الجدلي

تم مؤخرًا تضمين العلاج الجدلي
السلوكي تعديلاً أدرج
بمقتضاه في أدلته مهارة
معرفة باسم "الاسترخاء العظمي
المقترن" المزدهج أو الثنائي

أثبتت نتائج دراسات كثيرة
أن "العلاج الجدلي السلوكي"
فعال في تحقيق فوائد علاجية
قائمة على الدليل في علاج
حالات مرضية تتجاوز اضطراب
الشخصية العدية أو البينية،
منها اضطراب الأكل

administered cognitive-behavioral therapy for depression. American Journal of Psychiatry, 147, 51-56.

47- Smith, R. E. (1980). Development of an integrated coping response through cognitive-affective stress management training. Stress and anxiety, 7, 265-280.

48- Staats, A. W. (1975). Social behaviorism. Homewood, IL: Dorsey Press.

49- Staats, A. W. & Staats, C. K. (1963). Complex human behavior. New York: Holt, Rinehart & Win.

50- Tate, A. K., & Petruzzello, S. J. (1995). Varying the intensity of acute exercise: implications for changes in affect. The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 35(4), 295-302.

Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. Ethology and sociobiology, 11(4), 375-424.

*** **

¹The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. American journal of psychotherapy, 69(2):97-110 .

إرتباط كامل النص:

<http://www.arabpsynet.com/Documents/Doc.AbouHalawa-DialecticalBehaviorTherapy.pdf>

*** **

الكتاب لدى كبار السن،
واضطرابات الشخصية المصنفة
تحت الفئة (ب)

ما زالت الحاجة قائمة إلى مزيد
من البحوث لتعيين أي
المهارات أكثر ملائمة
لمشكلات معينة والأفراد
معينين، مع التسليم في نفس
الوقت أن "أدلة التدريب
على المهارات" في العلاج
الجدلي السلوكي ثبتت
فعاليتها في خفض مظاهر
التنظيم الانفعالي المختل
وظيفية

شبكة العلوم النفسية العربية

نحن تعاون عربي رقيقا بعلوم وطب النفس

الموقع العلمي

<http://www.arabpsynet.com/>

المتجر الإلكتروني

<http://www.arabpsyfound.com>

الكتاب السنوي 2020 1 " شبكة العلوم النفسية العربية " (الاصدار الثامن)

الشبكة تدخل عامها 20 من التأسيس و 18 على الويب

20 عاما من الكد... 18 عاما من الإنجازات

(التأسيس: 2000/01/01 - على الويب: 2003/06/13)

(رابط الكتاب)

<http://www.arabpsynet.com/Documents/eBArabpsynet.pdf>

اشتراكات العضوية بمؤسسة العلوم النفسية العربية للعام 2021

اشتراكات العضوية

عضوية "الشريك الفخري الماسي المميز"

عضوية "الشريك الفخري الماسي"

عضوية "الشريك الشرفي الذهبي"

اهداء العضوية

- عضوية " الشريك الراسخ في العلم " (عضوية فخريّة)

- عضوية "الشريك المُميّز" (عضوية الشرفية)

http://www.arabpsyfound.com/index.php?id_category=36&controller=category&id_lang=3

*** **

شاركونا أعمالنا على صفحاتكم للتواصل الاجتماعي....

معاً يصل صوتنا ومعكم نذهب أبعد...

معاً نرقى بأنساننا، فترقى أوطاننا، وترقى أمتنا

*** **

"نحو لياقة نفسانية أفضل لحياة طيبة"

الصفحة العلمية للدكتور جمال التركي

تسجيل الاشتراك

www.facebook.com/turky.PsyFitness

*** **

المجلة العربية " نفسانيات "

مجلة محكمة في علوم وطب النفس

ملفات الأعداد القادمة

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/Nafssaniat-NextTopics.pdf>

عدد 69 – شتاء 2021

الملف: التحليل النفسي والثقافة (الثقافة العربية بخاصة)

المشرف: د. رياض بن رجب - د. مرسلينا شعبان حسن

mar-selena@hotmail.com

riadhbenrejeb@yahoo.fr

arabpsynet@gmail.com

آخر أجل لقبول الأبحاث 2020-12-30

استهلال ودعوة لأثراء الملف

<http://www.arabpsynet.com/Documents/DocMarcelinaPsychoanalysis&Culture.pdf>

عدد 70 – شتاء 2021

الملف: النفس وعلومها من منظور الفكر الإسلامي

المشرف: د. حسينة زكراوي - علم النفس، الجزائر

soso.psy@gmail.com

arabpsynet@gmail.com

آخر أجل لقبول الأبحاث 2021-02-29

عدد 71 – ربيع 2021

الملف: الاضطرابات الرهابية في المجتمع العربي

المشرف: د. منية العزیز - علم النفس، الجزائر

bouazieze@gmail.com

arabpsynet@gmail.com

آخر أجل لقبول الأبحاث 2021-04-30

المجلة العربية " نفسانيات "

مجلة محكمة في علوم وطب النفس

على المتجر الإلكتروني

http://www.arabpsyfound.com/index.php?id_category=24&controller=category&id_lang=3

على شبكة العلوم النفسية العربية

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/index-apn.htm>

على الفيس بوك

<https://www.facebook.com/Ajps/>

*** **

بوسترالمجلة العربية " نفسانيات "

<http://www.arabpsynet.com/AFP-PubBr/APF.NafssaniatPubBr.pdf>

العدد 2: من الكتاب السنوي الثامن للشبكة " 20 عاما من الكدح ... 18 عاما من الإنجازات "

الإنجاز الثاني: مجالات ودوريات في علوم وطب النفس

تحميل من " شبكة العلوم النفسية العربية "

<http://www.arabpsynet.com/Documents/eBArabpsynetPart2.pdf>

تحميل من المتجر الإلكتروني لـ " مؤسسة العلوم النفسية العربية "

http://www.arabpsyfound.com/index.php?id_product=290&controller=product&id_lang=3

ملفات الأعداد القادمة

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/Nafssaniat-NextTopics.pdf>

قواعد النشر - " المجلة العربية " نفسانيات "

www.arabpsynet.com/apn.journal/APNjournalNotice.htm

العدد 67 (خريف 2020) - عدد ممتاز

الملف : « إتجاهات علم النفس الحديث »

المشرف على الملف: أ.د. مصطفى مشوي (علم النفس - الجزائر / الكويت)

شراء الأصدار الرقمي من العدد 67

http://www.arabpsyfound.com/index.php?id_product=430&controller=product&id_lang=3

الفهرس والافتتاحية

التحميل من الموقع العلمي: شبكة العلوم النفسية العربية "

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ67/apnJ67-Content.pdf>

التحميل من المتجر الإلكتروني لـ : مؤسسة العلوم النفسية العربية "

http://www.arabpsyfound.com/index.php?id_product=429&controller=product&id_lang=3

الملخصات

<http://www.arabpsynet.com/apn.journal/apnJ67/apnJ67.HTM>

دليل الأعداد السابقة - فهرس و ملخصات "

الجزء الأول: من العدد 1 (ربيع 2004) الى العدد 12 (خريف 2006)

http://www.arabpsyfound.com/index.php?id_product=238&controller=product&id_lang=3

الجزء الثاني: من العدد 25-26 (ربيع - ربيع 2010) الى العدد 36 (خريف 2012)

http://www.arabpsyfound.com/index.php?id_product=240&controller=product&id_lang=3

الجزء الثالث: من العدد 25-26 (ربيع - ربيع 2010) الى العدد 36 (خريف 2012)

http://www.arabpsyfound.com/index.php?id_product=240&controller=product&id_lang=3

الجزء الرابع: من العدد 37-38 (ربيع - ربيع 2013) الى العدد 66 (صيف 2020)

http://www.arabpsyfound.com/index.php?id_product=241&controller=product&id_lang=3