

2020

Dialectical Behavioral Therapy: Between Theory and Practice

Ahmed Amro Abdullah

Imam Abdulrahman Bin Faisal University/Kingdom of Saudi Arabia, aamohamed@iau.edu.sa

Ahmed Saber Al Sharuksiu

Imam Abdulrahman Bin Faisal University/Kingdom of Saudi Arabia, asalsharkasy@iau.edu.sa

Follow this and additional works at: https://digitalcommons.aaru.edu.jo/jaqou_edpsych

Recommended Citation

Abdullah, Ahmed Amro and Al Sharuksiu, Ahmed Saber (2020) "Dialectical Behavioral Therapy: Between Theory and Practice," *Journal of Al-Quds Open University for Educational & Psychological Research & Studies*: Vol. 11 : No. 29 , Article 10.

Available at: https://digitalcommons.aaru.edu.jo/jaqou_edpsych/vol11/iss29/10

This Article is brought to you for free and open access by Arab Journals Platform. It has been accepted for inclusion in Journal of Al-Quds Open University for Educational & Psychological Research & Studies by an authorized editor. The journal is hosted on [Digital Commons](#), an Elsevier platform. For more information, please contact rakan@aarj.edu.jo, marah@aarj.edu.jo, u.murad@aarj.edu.jo.

العلاج الجدلي السلوكي (بين النظرية والتطبيق)

Dialectical Behavioral Therapy: Between Theory and Practice

Dr. Ahmed Amr Abdullah

Assistant Professor/ Imam Abdulrahman bin Faisal
University/ Saudi Arabia
aamohamed@iau.edu.sa

Dr. Ahmed Saber Alsharkasy

Associate Professor/ Imam Abdulrahman bin Faisal
University/ Saudi Arabia
asalsharkasy@iau.edu.sa

د. أحمد عمرو عبد الله

أستاذ مساعد/ جامعة الإمام عبد الرحمن بن فيصل/ السعودية

د. أحمد صابر الشركسي

أستاذ مشارك/ جامعة الإمام عبد الرحمن بن فيصل/ السعودية

Received: 16/ 2/ 2019, Accepted: 15/ 5/ 2019

DOI: 10.33977/1182-011-029-010

http://journals.qou.edu/index.php/nafsia

تاريخ الاستلام: 16 / 2 / 2019م، تاريخ القبول: 15 / 5 / 2019م.

E - ISSN: 2307 - 4655

P - ISSN: 2307 - 4647

المخلص:

العلاج الجدلي السلوكي هو مساعدة الأفراد الذين يعانون بشدة من إدارة انفعالاتهم، من خلال الاعتراف بها وقبولها، وتعلم تنظيمها؛ ليصبحوا أكثر قدرة على تغيير سلوكياتهم الضارة، ويستخدم أساساً لعلاج المشكلات المرتبطة باضطراب الشخصية الحدية، مثل: تكرار الأذى الذاتي، ومحاولة الانتحار، وتعاطي الكحول، ومشاكل تناول الطعام، مثل الإفراط فيه، والعلاقات غير المستقرة، كما تُشير البحوث إلى دوره في تعزيز قدرة المرضى على التعامل مع الكرب دون فقدان السيطرة أو التصرف بشكل مدمر (McKay, Wood & Brantley, 2010; DIJK, 2012).

ويستخدم العلاج الجدلي السلوكي مع السيدات المفرطات في الطعام، والمراهقين الاكتئابيين والانتحاريين وغيرهم من المرضى، وقد ركزت معظم دراسات العلاج الجدلي السلوكي على النساء؛ لأن اضطراب الشخصية الحدية يُعد أكثر شيوعاً في تشخيصه لدى النساء مقارنة بالرجال. ومع ذلك، هناك أدلة أولية تدعم استخدام العلاج الجدلي السلوكي للرجال الذين يعانون من مشاكل مماثلة (سليمان، 2010؛ Bein, 2013).

وكان الافتراض الأساسي للعلاج الجدلي السلوكي هو "أن السلوكيات الانتحارية الزائفة Parasuicidal هي عادة محاولات للهروب من حياة ينظر إليها المرضى على أنها لا تستحق العيش، وبالتالي هم بحاجة إلى تطوير المهارات ليس فقط لتجاوز أفضل لمحنة انفعالية، ولكن أيضاً لإيجاد حياة تجعلهم ينظرون إليها على أنها تستحق العيش. وينطوي مساعدة المرضى على تعلم هذه المهارات بالتدريب المباشر من خلال التعليم، والنمذجة، والتجربة، فضلاً عن استخدام مبادئ التعزيز والتعرض" (Robins & Rosen, 2011, 164).

وقامت لينهان بالعمل مع المرضى الذين يعانون من إيذاء الذات المزمّن، والسلوك الانتحاري التي قامت بتشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية بشكل عام. وهكذا، أصبح العلاج الجدلي السلوكي يستخدم في علاج اضطراب الشخصية الحدية، وفي الآونة الأخيرة يجري النظر على نطاق أوسع ليكون علاجاً لعدم التنظيم الانفعالي الشديد، وهو سمة أساسية في تشخيص اضطراب الشخصية الحدية. ولكن تركيزه على سلوكيات إيذاء الذات، جعله يعمم في استخدامه مع مشاكل مماثلة حيث يوجد نمط من سلوكيات تدمير الذات، مثل: تعاطي المخدرات واضطرابات الأكل وغيرها (Brodsky & Stanley, 2013).

أهداف الدراسة

- التعرف إلى مفهوم العلاج الجدلي السلوكي.
- التعرف إلى أهداف وأهمية العلاج الجدلي السلوكي.
- التعرف إلى الأصول النظرية والفلسفية للعلاج الجدلي السلوكي.
- الكشف عن مهارات ومراحل العلاج الجدلي السلوكي.
- الكشف عن استراتيجيات العلاج الجدلي السلوكي.
- الكشف عن فاعلية العلاج الجدلي السلوكي مع المرضى.
- إبراز دور العلاج الجدلي السلوكي في تخفيف حدة بعض

هدفت الدراسة الحالية إلى إلقاء الضوء على العلاج الجدلي السلوكي، كأحد العلاجات التي أظهرت الأبحاث العلمية فعاليتها في علاج كثير من الاضطرابات النفسية، وتتناول الورقة مفهوم العلاج الجدلي السلوكي، وأوجه الاختلاف بينه وبين العلاج المعرفي السلوكي. بالإضافة إلى أهداف العلاج في بناء حياة تستحق العيش، وأهميته في علاج بعض المشكلات الانفعالية مثل الانتحار واضطراب الشخصية الحدية، ومهاراته التي تمثلت في تجاوز المحنة واليقظة الذهنية وتنظيم الانفعال والعلاقات الفعالة. وأخيراً مراحل الأربعة، واستراتيجياته التي شملت الاستراتيجية الجدلية، واستراتيجيات التحقق من الصحة، واستراتيجيات حل المشكلات، والاستراتيجية الأسلوبية، واستراتيجيات إدارة الحالات. وتمت مناقشة الجوانب السابقة في ضوء الأدب النظري، والنظريات التي فسرت العلاج الجدلي السلوكي، والأبحاث العلمية التي ركزت على قياس فعاليتها في خفض العديد من الاضطرابات النفسية.

الكلمات المفتاحية: العلاج الجدلي السلوكي.

Abstract:

The present study aims at shedding light on dialectical behavioral therapy, as one of the therapies approaches that scientific research has shown to be effective in treating many mental disorders. The paper deals with the concept of dialectical behavioral therapy and the differences between it and cognitive behavioral therapy. In addition to the goals of treatment in building a life worth living, and its importance in treating some emotional problems such as suicides and borderline personality disorder, and its skills that included distress tolerance, mindfulness, emotion regulation, and Interpersonal effectiveness. The study also dealt with its four stages, and its strategies, that included dialectical strategies, validation strategies, problem- solving strategies, problem- solving strategies, and case management strategies. The previous aspects were discussed in the light of literature review, theories that interpreted dialectical behavioral therapy and scientific research that focused on measuring its effectiveness in reducing many mental disorders.

Keywords: Dialectical Behavioral Therapy (DBT).

مقدمة

يُعد العلاج الجدلي السلوكي Dialectical Behavioral Therapy (DBT) نوعاً من العلاجات النفسية الحديثة والفعالة، طورته لينهان عام (1980) ويستند إلى العلاج المعرفي السلوكي (CBT) Behavioral Therapy Cognitive إلا أن قواعده تختلف، فالهدف من

الاضطرابات النفسية.

الأهمية النظرية والتطبيقية

ويمكن تحديد أهمية العلاج الجدلي السلوكي النظرية والتطبيقية فيما يلي:

الأهمية النظرية

◆ إلقاء الضوء على نوع من أنواع العلاج النفسي المصمم لمساعدة الأفراد في تغيير نمط سلوكهم غير الفعال مثل: إيذاء النفس، والتفكير بالانتحار، وتعاطي الكحول والمواد المخدرة.

◆ ظهور العلاج الجدلي السلوكي نتيجة لنقص كفاءة المعالجة المعرفية في التصدي لبعض المشكلات الانفعالية كحالات اضطراب الشخصية الحدية.

◆ يقدم العلاج الجدلي السلوكي للأفراد مهارات جديدة تساعدهم على التحكم في انفعالاتهم المؤلمة، والتقليل من الصراعات في علاقاتهم.

◆ يُعد العلاج الجدلي السلوكي بمنزلة المزج والتضفير بين نقيضين للوصول إلى توليفة تجمع بين الصفات المشتركة بين النقيضين بدلاً من نفي أحد وجهات النظر، مما يجعل العلاج مقبولاً لدى المريض أكثر من صورته الأولية المعتادة المعتمدة على التغيير.

الأهمية التطبيقية

◆ يمكن استخدامه أسلوباً علاجياً يتميز باعتماده على فنيات كثيرة ومتنوعة تعتمد على القبول والاستحسان للأفراد وخبراتهم، والتأكيد على التغيير.

◆ قد تساعد المتخصصين في استخدام العلاج الجدلي السلوكي كونه عملية إجرائية لتنظيم مشاعر الفرد للحصول على أهدافه على الرغم من العقبات الشديدة التي تواجهه، وتساعده على مواجهة المشاعر دون زعر، وزيادة الشعور بالهوية الشخصية، وتحسين الحكم الخاص بالفرد.

◆ إلقاء الضوء على العديد من فنيات ومهارات العلاج الجدلي السلوكي التي يمكن توظيفها في برامج علاجية قد تسهم في خفض كثير من المشكلات والاضطرابات النفسية.

◆ تزويد المرشدين والممارسين للعلاج النفسي بمهارات وفنيات ممارسة العلاج الجدلي السلوكي بشكل إجرائي، الأمر الذي يدفعهم لتقديم خدمة أفضل للمسترشدين والمرضى.

◆ توجيه اهتمام المتخصصين لبناء برامج وقائية من خلال تنمية مهارات أساليب المواجهة والتدريب على اليقظة الذهنية، ومهارات زيادة القدرة على تحمل الألم الانفعالي، والتنظيم والتحكم في الانفعالات.

مفهوم العلاج الجدلي السلوكي

طريقة علاجية تجمع بين فنيات العلاج المعرفي السلوكي والاسترخاء والمهارات المساعدة، وتعزيز مهارات الوعي الذاتي، وفنيات المعالجة الأساسية كحل المشكلات، والتدريب على مهارات التعرض، كما أنه شكل من العلاج الشامل يمزج العلاج المعرفي

السلوكي بالمنهج القائم على القبول والممارسات التأملية. ويتطلب مصطلح «جدلي Dialectical» محاولة الموازنة بين المواقف التي تبدو متناقضة. ويعمل المعالج لإيجاد توازن جيد بين قبول المريض لنفسه كما هو، ثم إجراء تغييرات إيجابية في حياته، وقد يشعر في النهاية أن هذه الأهداف ليست متضاربة كما تبدو في البداية، كما يساعده على تعلم كيفية التعامل مع مشاعره بطريقة مختلفة، ويُعد الجدل مفهوماً فلسفياً يتضمن عدداً من الافتراضات:

- كل الأشياء مترابطة و متصلة.
- التغيير أمر حتمي لا مفر منه ومستمر.
- يمكن دمج الأضداد حتى تكون متكاملة لتطوير تقريب أقرب للحقيقة.

وتُعد النقطة الأخيرة التي يتم التأكيد عليها في العلاج الجدلي السلوكي هي جوهر التوازن الصريح المستمر للقبول والتغيير الذي سنصفه بأنه أمر يعتمد عليه المعالج طوال فترة العلاج (Brodsky & Stanley, 2013; Katsakou, 2014).

تتمثل الجدلية في نوع من المنطق يُشير إلى "إدراك الفرد بأن هناك أكثر من حقيقة واحدة وتوليف هذه الحقائق يؤدي إلى التغيير المستمر. ويهدف المعالج هنا إلى استبدال التفكير الجامد (أبيض/ أسود) الذي يسبب الصراعات في العلاقات الاجتماعية؛ ويؤدي أيضاً إلى معتقدات تمنع المريض من الاستجابة بشكل فعال في مواقف الصراع، ويدرب العلاج الجدلي السلوكي على استخدام مهارات حل المشكلات وحل الصراع من خلال النظر إلى طبيعة هذه المعتقدات" (الشمائلة، 2016، 42).

ويعرفه الباحثان إجرائياً بأنه أسلوب علاجي يهدف إلى خفض السلوك السلبي المرتبط بالانفعالات، والأفكار والسلوك، من خلال برنامج علاجي فردي أو جماعي يستخدم في جلساته مهارات: تجاوز المحنة واليقظة الذهنية وتنظيم الانفعال والعلاقات الفعالة، ومراحل علاجية باستخدام استراتيجياته التي شملت الاستراتيجيات الجدلية، واستراتيجيات التحقق من الصحة، واستراتيجيات حل المشكلات، والاستراتيجيات الأسلوبية واستراتيجيات إدارة الحالات.

أهداف العلاج الجدلي السلوكي

يتمثل الهدف النهائي من العلاج الجدلي السلوكي في بناء حياة تستحق العيش، بحيث يُطور المرضى أسساً وأهدافاً ذات مغزى ومحفزة للحياة، ومن أجل تفعيل الأهداف والغايات التي تشكل جزءاً من تسهيل حصول المرضى على نوعية حياة مقبولة، يجب أن يقوم برنامج العلاج الجدلي السلوكي بأداء خمس وظائف أساسية، هي:

- تعزيز قدرات المرضى واكتساب المهارات السلوكية.
- زيادة دوافعهم في العلاج.
- استخدام المهارات لدعم تعميم المهارات السلوكية الجديدة للمرضى في بيئتهم الطبيعية.
- بناء بيئة تساعد على إدارة الطوارئ بشكل مناسب لتعزيز السلوكيات الفعالة بدلاً من الاختلال الوظيفي.
- تعزيز قدرات المعالجين ودافعيتهم في تقديم العلاج

الجدلي السلوكي (Friedman, 2015).

وتمثل أيضاً هدف العلاج الجدلي السلوكي في كونه عملية إجرائية لتنظيم مشاعر الفرد على الرغم من العقبات الشديدة التي تواجهه، وتساعد على مواجهة المشاعر دون زعر، وزيادة الشعور بالهوية الشخصية، وتحسين الحكم الخاص بالفرد، وشذ مهارات الملاحظة الخاصة به، والحد من الشعور بالأزمة في حياته (Marra, 2004). وتشمل العناصر الأساسية للعلاج الجدلي السلوكي:

أ. نظرية اجتماعية حيوية في علم منشأ الأمراض النفسية.
ب. مبادئ العلاج المستمدة من نظرية التعلم، وعلم النفس الاجتماعي، وغيرها من مجالات العلوم النفسية، وكذلك المستمدة من الفلسفة الجدلية.

ت. وضع إطار مفاهيمي لمراحل العلاج وتحديد أولويات الأهداف العلاجية في كل مرحلة.

ث. طرق العلاج المتنوعة التي تعالج كل احتياجات المريض المختلفة.

ج. عدة مجموعات من استراتيجيات القبول، واستراتيجيات التغيير، واستراتيجيات العلاج الجدلي (Robins & Rosenthal, 2011).

وبشكل إجرائي تتمثل أهداف العلاج الجدلي السلوكي في الجوانب العملية التالية:

- تحديد الصراعات التي تتحكم في حياة الفرد.
- تحليل الاحتياجات المتنافسة وتشكيل حلول وسط أفضل.
- التركيز على مشاعر الفرد بدرجة أكبر، ومن ثم استخدام مجموعة من الفنيات والمهارات التي تساعد على التعامل مع هذه المشاعر بشكل أفضل.
- مجموعة من الاستراتيجيات التي تركز بشكل كبير على أهداف الفرد الخاصة.
- سلسلة من التمارين التي تساعد الفرد على فهم وظيفة انفعالاته، وزيادة معرفته بنفسه.
- الفنيات السلوكية التي تزيد من قدرة الفرد على التنظيم والتحكم في انفعالاته.
- مجموعة من الإجراءات التي تساعد على تقليل التجنب والهروب كاستراتيجيات أساسية في التعامل مع الصعوبات والعقبات الانفعالية.
- العمليات التي تحد من اللوم الذاتي Self-blame.
- استراتيجيات للحد من تسرع الفرد واندفاعه، وبالتالي تحسين قدرته في الحكم على الأمور.
- التدريب على اليقظة الذهنية لتحسين مهارات الملاحظة الخاصة بالفرد.
- مهارات لزيادة القدرة على تحمل الألم الانفعالي.
- مهارات تسكين الذات Self-soothing للحد من التوتر والأزمات في حياة الفرد (Marra, 2004).

وأشار سليمان (2010) إلى أن أهداف العلاج الجدلي السلوكي تختلف باختلاف مراحل العلاج، وأهمها مساعدة المرضى على خلق حياة جديدة بأن تُعاش. كما تتباين الأشياء التي تجعل الحياة جديدة بأن تُعاش من مريض لآخر. فبالنسبة لبعض المرضى، تتمثل هذه الحياة في الزواج وإنجاب الأطفال. وبالنسبة لغيرهم تتمثل في إنهاء الدراسة وإيجاد شريك الحياة. ويتمثل الهدف الآخر في خفض السلوكيات التي تدمر جودة الحياة ثم محوها (كالإكتئاب، والرهاب، واضطراب الطعام، وعدم الانتظام في العمل أو المدرسة، وضعف الحالة المادية (نقص المال)، مع زيادة السلوكيات التي تجعل الحياة تستحق أن تُعاش).

كما حددت لينهان أهداف العلاج الجدلي السلوكي في النقاط التالية:

- الحد من السلوكيات الانتحارية عالية الخطورة (الانتحار التظاهري والخطط والأفكار الانتحارية عالية الخطورة).
- الحد من سلوكيات واستجابات المرضى التي تؤثر سلبياً على سير العلاج ثم محوها والتي تجعل تقدم العلاج أو استمراره أمراً صعباً (على سبيل المثال، التسرب أو التأخر عن حضور الجلسات، والاتصال في ساعات غير مناسبة، ورفض التعاون في الجلسات، وعدم الالتزام بإتمام تكاليفات الواجب المنزلي بصورة منتظمة).
- الحد من الأنماط السلوكية الخطيرة بما فيه الكفاية، إذا تداخلت أو تعارضت مع أي فرصة لجودة حياة معقولة (كسوء استخدام المواد النفسية).
- اكتساب المهارات السلوكية (كمهارات تنظيم الانفعال، العلاقات الفعالة، وتجاوز المحنة، وإدارة الذات Self management، فضلاً عن عدد من القدرات الأساسية كاليقظة الذهنية لزيادة الوعي باللحظة الراهنة بدون حكم).
- الحد من استجابات كرب ما بعد الصدمة المتعلقة بالأحداث الصدمية السابقة.
- زيادة احترام الذات؛ وتحقيق الأهداف الأخرى للمريض (Linehan, 1993b, 207).
- كما ظهر العلاج الجدلي السلوكي نتيجة لنقص كفاءة المعالجة المعرفية في التصدي لبعض المشكلات الانفعالية، كحالات الانتحار، واضطراب الشخصية الحدية. بالإضافة إلى تركيزه على تغيير التعامل مع الأحداث والظروف المؤسفة، من خلال الاهتمام والقبول، وإيجاد معنى لهذه الأحداث، وتحمل المحن، والألم بمهارة (العاسمي، 2017).
- ويختلف هذا المنحى العلاجي عن أغلب مدارس العلاج النفسي التي ركزت بشكل أساسي حول فكرة التغيير كالعلاج المعرفي السلوكي مثلاً، حيث يُعد العلاج الجدلي السلوكي بمنزلة المزج والتضفير بين نقيضين للوصول إلى توليفة تجمع بين الصفات المشتركة بين النقيضين بدلاً من نفي أحد وجهات النظر، مما يجعل العلاج مقبولاً لدى المريض أكثر من صورته الأولية المعتادة المعتمدة على التغيير. فسيكون التركيز هنا على إيجاد حالة من التوازن بين القبول والتغيير (Rathus & Miller, 2014).

النظرية الجدلية في العلاج الجدلي السلوكي

يتشكل الأساس النظري للعلاج الجدلي السلوكي من ثلاثة دُور فلسفية، تتمثل في العلوم السلوكية وفلسفة زن (Zen philosophy) والفلسفة الجدلية سنعرضها فيما يلي:

تأثرت لينهان عند وضع نموذجها العلاجي إلى حد كبير بالنظرية الجدلية، والتي تنطلق من ثلاثة مبادئ رئيسية:

■ كل شيء مترابط ومتواصل: وتساعدنا هذه الفكرة على فهم أهمية اتباع نهج النظم الكاملة لتحديد التغيير وإدارته، كما يُذكرنا بأن أفعال واستجابات المريض سوف تؤثر على المعالج، الذي بدوره يؤثر على المريض بعد ذلك، وهكذا.

■ الواقع ليس ثابتاً، ولكنه في عملية تغيير مستمرة.

■ يمكن العثور على الحقيقة من خلال دمج أو توليف وجهات النظر المختلفة (وربما العكس)، وبالتالي تتعارض هذه الفكرة مع التفكير النموذجي (الأسود والأبيض) للأفراد الذين يعانون من سوء التنظيم الانفعالي (Dijk, 2013).

ووفقاً لهيجل، فإن الجدلية هي العملية التي يتم بها تغيير ظاهرة أو سلوك أو حجة، ويدور حولها صراع النفي والإثبات في ميدان البحث والجدل، حتى ينتهي الصراع باستنباط وجهة نظر جديدة، تُوفّق بين الوجهات السابقة كلها بعد إسقاط نقاط الضعف عن كل واحدة منها. والتي تنطوي على ثلاث مراحل أساسية:

■ البداية التي يحدث فيها اقتراح أولي أو بيان (أطروحة).

■ نفي ظاهرة البداية، التي تنطوي على تناقض أو "نقيض".

■ نفي النفي، أو توليف الأطروحة والنقض.

وبحكم هذا المنهج الجدلي يكون كل شيء مجتمعاً مع نقيضه، فهو ثابت ومنفي، وموجود ومعدوم، في آن واحد، ويتطور التوتر بين الأطروحة والنقض، والتوليف بين الاثنين يُشكل الأطروحة التالية، وتكرر هذه العملية بشكل لا نهائي. وتفترض الفلسفة الجدلية أيضاً أن الواقع يتكون من أجزاء مترابطة لا يمكن تعريفها دون الرجوع إلى النظام ككل. وبالمثل، يتألف النظام بأكمله من أجزاء ولا يمكن تعريفه دون الرجوع إلى أجزائه. ويُعد النظام وأجزائه باستمرار في حالة من التغيير أو التقلب، وأن أحداث تغييرات في تأثير جانب واحد ينتج عنه تغيير في الجانب الآخر. وعندما يطبق هذا المبدأ الوجودي Ontological principle المتمثل في الترابط والتكامل في فهم المعاناة الإنسانية، يؤدي إلى تصور منهجي وسياقي للسلوك. وبالتالي يتعامل العلاج الجدلي السلوكي مع المريض ككل، وليس كمرض أو اضطراب منفصل. وبالمثل، يتم استهداف الجانب الانفعالي ككل في العلاج، مع الاعتراف بأن عناصر الجانب الانفعالي جميعاً مترابطة، مما يؤثر على سلوك المريض والسياق البيئي الخارجي له (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006).

فعلى سبيل المثال، مريض الأفكار الانتحارية - غالباً - ما يرغب العيش والموت في آن واحد. قائلاً بصوت عالٍ إلى المعالج "أريد أن أموت"، بدلاً من قتل نفسه في سرية، ويحتوي في داخله الموقف المعاكس حول رغبته في العيش. ومع ذلك، فإن الرغبة في

العيش "أكثر صحة" من الرغبة في الموت. فالمريض حقاً لا يريد أن يعيش حياته. ولا يعني الخطورة المنخفضة لمحاولة الانتحار أن الشخص لا يريد أن يموت. ويأتي التغيير الجدلي أو التقدم من حل هذه المواقف المتعارضة إلى توليف. وأن الحوار الكامل من العلاج يبني مواقف جديدة حيث إن جودة حياة الفرد لا تؤدي به إلى الرغبة في الموت. فالانتحار هو "أحد السبل للخروج من حياة لا تطاق. ومع ذلك، فإن بناء حياة تستحق حقاً العيش هو موقف صحيح على قدم المساواة. فدور العلاج الجدلي السلوكي يتمثل في إيجاد حل أفضل. وأفضل بديل للانتحار هو بناء حياة تستحق العيش" (Dimeff & Koerner, 2007, 10). إذن، ماذا يعني هذا بالضبط بالنسبة للعلاج؟

إن التفكير بطريقة جدلية تبحث في كل وجهات النظر الخاصة بالموقف. ومن ثمّ العمل على تجميع وجهات النظر المحتملة. وبعبارة أخرى، يجب على المعالجين أن يُعلموا المرضى القبول بفكرة أن هناك أمرين معاكسين يمكن أن يتعايشا. وفي التفكير الجدلي، يجب أن يتذكر المعالج والمرضى أن الواقع ليس ثابتاً، ولكن يتغير باستمرار ومليء بالتناقضات الظاهرة. فعلى سبيل المثال، يؤكد المعالج للمرضى أنهم يبذلون قصارى جهدهم، وأن عليهم في الوقت نفسه أن يعملوا بجدية أكبر وأن يفعلوا المزيد. وهناك مثال آخر شائع، خاص بالمريض الذي يواجه صعوبات في تنظيم الانفعالات، والتي تتمثل في مواجهة انفعالين معاكسين في الوقت نفسه: هنا تظهر وظيفة المعالج في مساعدة المريض على تعلم أنه يمكن، على سبيل المثال، حب زوجته ويكون حقاً غاضباً منها في الوقت نفسه (Dijk, 2013).

فلسفة الزن

الزن ديانة بوذية الأصل ظهرت في الصين ثم انتشرت في اليابان مع بداية القرن الثاني عشر، وتقدم هذه الفلسفة رؤية لا تقوم على الثنائيات، على العكس من الرؤية الثنائية التي تسمح بحلول بسيطة سهلة مثل إلغاء أحد الطرفين لصالح الطرف الآخر، مثل الخير/ الشر، والحياة/ الموت. وتركز الفلسفة على أن الإنسان لا يستطيع السيطرة على نفسه إلا إذا قبل نفسه وتعايش مع طبيعته دون أن يعادها أو يقاومها، حتى وإن كانت طبيعته أميل للشر، على عكس الثقافة الغربية التي بنيت على الثنائيات، والتي تتصور أن أفضل وسيلة للسيطرة على النفس هي مقاومتها. فالهدف من طريقة الحياة بأسلوب الزن هو أن يهرب الإنسان من الشعور بالفشل ويتغلب على الإحساس بالانقسام إلى ذات عليا مسيطرة وذات دنيا مسيطر عليها. ويتعرف على نموذج بسيط يسمح بتحديد التناقض الموجود في وعينا بذواتنا ومحاولة حل هذا التناقض أو الصراع (التمسائي، 1998).

وهي التي توفر الأساس النظري الرئيسي للقبول في العلاج الجدلي السلوكي. وهناك مبدأ أساسياً في فلسفة الزن هو أن "كل شيء كما ينبغي أن يكون" وتُشير أيضاً إلى أن "كل شيء يُعد سبباً ولا يمكن أن يكون خلاف ذلك" أو "كل شيء على ما يرام كما هو" ويُشكل هذا المبدأ جوهر القبول وهو أيضاً متوافق بشكل كبير مع النظرية السلوكية، مما يشير إلى أن جميع السلوكيات تُعد سبباً. في الممارسة العملية، ولذلك يتم دمج مبادئ زن في العلاج الجدلي السلوكي لمساعدة كل من المعالج والعميل على قبول هذه اللحظة

الممارسة التي لا تستند إلى عدم الحكم إلى الإحاطة والتخلي عن الأحكام التقييمية. على سبيل المثال، ذكرت المريضة في كثير من الأحيان أنها "غبية" كلما واجهت صعوبة في تطبيق مهارة جديدة. لاحظ المعالج أنه نتيجة لاستخدام الحكم أدى ذلك إلى أن دافعية المريضة للعمل في العلاج انخفضت. وشجع المعالج المريضة على ملاحظة الحكم ببساطة (أنا غبية) إما لمجرد إشعاره، أو بإعادة بناء الحكم من خلال وصف الحقائق (أجد أن تعلم المهارات الجديدة أمراً صعباً) (Swales, 2009).

المبادئ التوجيهية للتفكير الجدلي

يتمثل المفهوم الأساسي وراء العلاج الجدلي السلوكي في البحث عن التوازن والسير على الطريق الوسط. فنفتقد أحياناً إلى الخيارات الوسط بين الأضداد أو النقيضين. وهناك العديد من الطرق للنظر في الموقف نفسه وحل المشكلة نفسها، ولكن قد تؤدي حدة الانفعالات إلى أفكار وسلوكيات متطرفة، إما أبيض أو أسود. مما يتسبب في معاناة انفعالية غير ضرورية لدينا، ويُعد التفكير الجدلي هو المخرج من هذا المأزق. وبالتالي ماذا يعني التفكير الجدلي؟

■ أولاً، نلاحظ أن الحياة مليئة بالصراعات بين الرغبات والاحتياجات، وعدد لا يحصى من المعضلات الأخرى. وتحدث هذه الصراعات داخلنا، وبيننا، ومن حولنا جميعاً باستمرار. وهذا يتطلب اهتمامنا المستمر بأن نكون فعالين في حلها. وعندما تبدو هذه الصراعات والمشاكل «أبيض وأسود» فسيكون من الصعب أن نرى الخيارات الوسطى التي يمكن أن تخلق تغييراً فعالاً. نحن نغفل «الرمادي» بين الأبيض والأسود. ويحتاج الانتقال إلى الرمادي لخلق خيارات للتغيير عن طرق تفكير معينة. وفي البحث عن الحقيقة سواء كانت الأبيض أو الأسود، وقد يجد الفرد الاثنان معاً في الوقت نفسه لإيجاد الحقيقة، ونرى أيضاً كيف ترتبط وتكمل بعضها بعضاً. على سبيل المثال، إن الليل والنهار موجودان كأضداد، و ترتبط ويكمل بعضها بعضاً. وكلاهما ضروري، وهناك تدرج بين منتصف الليل ومنتصف النهار. لذلك ما الذي يحدد بشكل أفضل كيف نختار العلاقات؟ ذلك يعتمد على السياق، وفي الواقع معظم الناس في حياتنا على حد سواء بها التشابه والاختلاف (Pederson & Pederson, 2011).



ويشير مفهوم الجدلية إلى القبول بوجود فكرتين صحيحتين ويبدو في الوقت نفسه أنهما متضادتان، إذ إنَّ البشر لديهم شيء فريد من نوعه، قد يكون مختلفاً فيه عن شيء آخر لدى الفرد، أو لدى الآخرين، وعليهم عيش الحياة بملوها ومرها (كالسعادة والحزن، الغضب والسلام، الأمل والإحباط، الأمان والخوف إلخ). وأن الفرد الذي يرى بأن الاستغناء عن "كل شيء أو لا شيء"، الطريق "أبيض أو أسود"، يصعب عليه رؤية ما بينهما ورؤية وضعه الحالي والواقع. وأن عليه إيجاد وسيلة للتحقق من صحة وجهة نظره، أو التحقق من

الراهنة والعالم، وكل شخص تماماً كما هو دون حكم. وبالإضافة إلى ذلك، فإن مهارات العلاج الجدلي السلوكي الخاصة باليقظة الذهنية تنبع مباشرة من تعاليم الزن. وتُركز هذه المهارات على الوعي المتعمد والاستغراق في اللحظة الراهنة دون تقييم. والتي تُعد فلسفة أساسية في العلاج الجدلي السلوكي ويمارسها كل من المرضى و المعالجين في جميع مراحل العلاج من أجل تسهيل الشعور بالخبرة الذاتية، وزيادة التحكم في الانتباه، وتعزيز التسامح، والتحقق من الذات، وخفض الاندفاعية (Friedman, 2015). ويتفق ذلك مع حديث الرسول عليه الصلاة والسلام، فعن صهيب - رضي الله عنه - قال: قال رسول الله - صلى الله عليه وسلم - : ((عجباً لأمر المؤمن، إن أمره كله خير، وليس ذلك لأحد إلا للمؤمن، إن أصابته سراء شكر، فكان خيراً له، وإن أصابته ضراء صبر، فكان خيراً له) (النيسابوري، 2007). فالدين الإسلامي يدعو للوسطية وعدم التطرف أو إدراك الحياة بلونين إما الأسود أو الأبيض، فهناك الوسط وهو الاعتدال وقد يعني السواء أيضاً.

إن الفلسفة البوذية تنظر إلى الواقع من وجهة نظر جدلية. لا تنظر إلى الأمور على أنها ذات هوية مستقلة ودائمة، وإنما بالأحرى أن لها خصائص طارئة تنشأ عن دمج العناصر المتنوعة، وتتغير باستمرار لأنها تؤثر على أشياء أخرى وتتأثر بها. مما جعل لينهان تناقش ثلاث خصائص للنظرية الجدلية: (أ) مبدأ الترابط والنظرة الكلية، (ب) مبدأ القطبية، و (ج) مبدأ التغيير المستمر. حيث يُنظر إلى العالم من منظور شمولي يرتبط فيه كل شيء بكل شيء آخر ولا يمكن فهم الأشياء أو الأفراد من حيث أجزائها ولكن فقط من خلال النظر في العلاقات بين الأجزاء (Robins, 2003).

وتُسلم مبادئ الزن بأن يعيش الفرد اللحظة الراهنة على أكمل وجه، حيث إنَّ كل لحظة سببها كل ما سبقها من أحداث، وبالتالي لا يمكن أن تكون الأحداث خلاف ذلك أو أكثر كمالاً مما هي عليه. والقبول في سياق الزن يعني التسليم بما هو الآن بدلاً من الاعتراض أو الموافقة. ويعتمد ممارسة التحقق من الصحة في العلاج الجدلي السلوكي على كل من الشعور بالقبول بكل لحظة باعتبارها مثالية. فيعد العميل ممتازاً كما هو أو هي، وكذلك المعالج، ويعد العميل والمعالج والعلاقة القائمة بينهم في اللحظة الراهنة هي العلاقة المثالية ويجب أن تُقبل هذه العلاقة ويتم الرضا عنها.

ويُعد كابات زن Kabat- Zinn أول من قام بدمج اليقظة الذهنية في العلاج النفسي الغربي، ويُعرف اليقظة الذهنية بأنها "الاهتمام بطريقة معينة عن قصد، في الوقت الحاضر وغير قائمة على الحكم". فتتمثل في كل من الملاحظة والوصف وهنا يتطلب ملاحظة الخبرة الخام للواقع داخل وخارج الذات. ووصف ينطوي على استخدام كلمات لتوضيح محتويات الملاحظة، ويجب على العميل أن يدرك أن هذه اللغة والتفسيرات قد تؤدي إلى حجب رؤية الواقع كما هو. إلا أن الوصف لا يشكل جزءاً من ممارسة الزن التقليدية بسبب تأثير استخدام الكلمات، والتي قد تعيق الاتصال المباشر مع الخبرة إلا أن لينهان أضافت الوصف لليقظة الذهنية؛ لمساعدة مرضى اضطراب الشخصية الحدية لتسهيل المهمة الصعبة الخاصة بالملاحظة. وتُشير المشاركة Participating إلى خبرة أن يصبحوا "كيانا واحداً" مع اللحظة الراهنة، حيث يذوب الانقسام بين الذات والعالم، حيث يكون هناك خبرة "تدفق Flow". وتتطلب

باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ADHD. عددهم (33) راشداً بين عمري (18 و 24) عاماً وكان تشخيصهم اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. متوسط العمر (21) عاماً، بينهم (57.6%) من الذكور. مقسمين إلى مجموعتين المجموعة التجريبية الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي وعددها (17) طالباً، ومجموعة المقارنة التي تمثلت في قراءة مطبوعات المهارات وعددها (17) طالباً. وجد حجم أثر متوسط إلى كبير داخل المجموعات في جماعة التدخل العلاجي فيما بعد العلاج على أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وجودة الحياة، والاكْتئاب. تمت استدامة مكتسبات العلاج في المتابعة، وظهر حجم أثر صغير دال على مقياس القلق. وجد حجم أثر كبير بين المجموعات لصالح العلاج الجدلي السلوكي على مقياس الأعراض العامة لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه وجودة الحياة فيما بعد العلاج. في فترة المتابعة ظلت التأثيرات العلاجية الكبيرة على مقياس الأعراض العامة لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه قائمة، وكذلك ظهرت في المقياس الفرعي لعدم الانتباه لصالح العلاج الجدلي السلوكي. أضيف إلى ذلك أنه مقارنة بالمجموعة الضابطة، وعدت نسبة كبيرة من المشاركين مستجيبة للعلاج وحقت محك الشفاء فيما بعد العلاج والمتابعة.

بينما اهتمت دراسة حسين (2016) بالتعرف على فاعلية كل من العلاج الجدلي السلوكي والعلاج بالتعقل في تخفيف أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وأثر كل منهما في تحسين التوافق، وتكونت عينة الدراسة التجريبية من (31) معلمة متزوجة، وقسمت إلى ثلاث مجموعات (العلاج الجدلي السلوكي) و (مجموعة العلاج بالتعقل) و (المجموعة الضابطة)، واستخدمت الدراسة مقياس أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وبرنامج العلاج الجدلي السلوكي، وبرنامج العلاج بالتعقل، ومقياس التوافق الزوجي. وأظهرت النتائج فاعلية العلاج الجدلي السلوكي والعلاج بالتعقل في خفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وتحسين مستوى التوافق الزوجي لدى مجموعتي الدراسة التجريبيتين.

كما اهتمت دراسة أبو عيطة، والشمايلة (2017) بالتحقق من فاعلية برنامج العلاج الجدلي السلوكي في خفض السلوك الاندفاعي والتخريبي لدى طالبات الصف العاشر، وتكونت عينة الدراسة من (29) طالبة من مدرستين من المرحلة الثانوية للبنات في محافظة الزرقاء. تم اختيارهن قصدياً وتوزيعهن عشوائياً في مجموعتين: مجموعة تجريبية تكونت من (14) طالبة، ومجموعة ضابطة تكونت من (15) طالبة. ولتحقيق أهداف الدراسة، طبق مقياس السلوك الاندفاعي والسلوك التخريبي للباحثين، وإعداد برنامج الإرشاد الجمعي - مكوناً من (15) جلسة طبقت على المجموعة التجريبية - بالاستناد إلى مهارات العلاج الجدلي السلوكي: التأمل واليقظة الذهنية وفاعلية العلاقة مع الآخرين والتسامح والحفاظ على العلاقة وتعرف الرابطة العاطفية وتنظيمها، وأظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في السلوك الاندفاعي والسلوك التخريبي، في المقياس البعدي في اتجاه المجموعة الضابطة، وبين نتائج المقياس البعدي والمقياس التتبعي على المجموعة التجريبية، لصالح المقياس البعدي، مما يشير إلى فاعلية برنامج العلاج الجدلي السلوكي الجمعي.

هدفت دراسة شين، وكاسويو، وفيتيتش، وجالوب،

وجهة نظر الشخص الآخر، وتجنب الافتراضات وإلقاء اللوم. ومثال ذلك أنت على حق والشخص الآخر على حق، أنت تفعل أفضل ما تستطيع لكنك قد تكون بحاجة إلى بذل جهد أكبر، ويمكنك القيام بأمور كثيرة لكنك أيضاً بحاجة إلى المساعدة والدعم من الآخرين (أبو عيطة والشمايلة، 2017).

ولكي تنجح عملية تقبل الفرد؛ عليه الابتعاد عن التفكير بطريقة (إما - أو) إلى التفكير بطريقة (كلاهما - و)، مع تجنب الكلمات المتطرفة: مثل (دائماً، أبداً). فعلى سبيل المثال: بدلاً من القول: "الجميع يعاملني دائماً بشكل غير عادل"، يقول "أتعامل أحياناً معاملة عادلة وفي أوقات أخرى تعامل بشكل غير عادل". فعليه أن يبحث في جميع جوانب الموقف أو وجهات نظر. من أجل العثور على "نواة الحقيقة" في كل جانب. ويتقبل أن الآراء المختلفة يمكن أن تكون منطقية، حتى إذا كان لا يوافق عليها: مثال "أستطيع أن أرى وجهة نظرك على الرغم من أنني لا أتفق معها". وعليه ألا يفترض أنه يعرف ما يفكر به الآخرون، تحقق من ذلك: "ماذا يقصد عندما قال...؟" ولا يتوقع من الآخرين أن يعرفوا ما يفكر فيه. "ما يود قوله هو...". (Fulton State Hospital, 2004, 8).

الدراسات السابقة

اهتمت دراسات عدة بفحص تأثير العلاج الجدلي السلوكي في خفض أعراض بعض الاضطرابات النفسية، حيث هدفت دراسة ايفرسون وشينك (2009) Iverson & Shenk إلى التعرف على فاعلية برنامج باستخدام العلاج الجدلي السلوكي في خفض أعراض الاكْتئاب واليأس لدى عينة من ضحايا العنف المنزلي من الإناث، وتكونت عينة الدراسة من (31) امرأة، طبقت عليهن قائمة بيك للاكْتئاب، ومقياس اليأس، ومقياس التوافق الاجتماعي، وبرنامج علاج جدلي سلوكي مدته (12) أسبوعاً؛ وأظهرت النتائج انخفاضاً كبيراً في أعراض الاكْتئاب واليأس، الكرب النفسي العام، وزيادة التوافق الاجتماعي.

هدفت دراسة مكمين، ولينكز، ونام، وجيموند، وكارديش، وكومان، وسترينر، McMMain, Links, Gnam, Guimond, Cardish, (2009) Korman, & Streiner إلى تقييم الفعالية الإكلينيكية للعلاج الجدلي السلوكي مقارنة بالعلاج بالإدارة العامة للطب النفسي، وتكونت عينة الدراسة من (180) مكفوفاً تم تشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية، ولديهم على الأقل محاولتا انتحار، أو سلوك إيذاء الذات خلال السنوات الخمس الماضية. قُسموا عشوائياً لمجموعتين الأولى تتلقى العلاج الجدلي السلوكي، والثانية تتلقى العلاج بالإدارة العامة للطب النفسي، وتم تحديد خط الأساس للأعراض، وإعادةه مرة أخرى بعد أربعة أشهر من تلقي العلاج؛ وأظهرت النتائج تحسن كلتا المجموعتين على غالبية نتائج المقاييس بعد مرور سنة من تلقي العلاج، وشملت انخفاض دالاً في محاولات الانتحار وسلوك إيذاء الذات، كما انخفضت أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وأعراض الضيق والاكْتئاب والغضب والعلاقات البين شخصية.

في حين قام كل من فليمنج، مكماهون، موران، ببيترون ودريسن Fleming, McMahan, Moran, Peterson & Dreesen (2015) بدراسة عشوائية استطلاعية منضبطة لتدريب مهارات العلاج الجدلي السلوكي الجمعي بين طلاب الجامعة المصابين

الحدية، قسموا إلى مجموعتين (10 أفراد مجموعة تجريبية)، (10 أفراد مجموعة ضابطة)، طبق عليهم مقياس تشخيص اضطراب الشخصية الحدية حسب معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس 2013 (DSM-5)، ومقياس الاندفاعية المؤدية لاحتمالات إيذاء الذات، وبرنامج علاجي جدلي سلوكي، واختبار اضطرابات الشخصية (PD)، ومقياس قوة الأنا للتنبؤ بنجاح العلاج النفسي، واستمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، ومقياس تشخيص اضطراب الشخصية الحدية، ومقياس التوافق النفسي، ومقياس تشخيص سلوك إيذاء الذات، واستبانة تشخيص الشخصية (PDQ)، واختبار تفهم الموضوع للراشدين (الثات) TAT، واختبار رسم المنزل والشجرة والشخص HTP، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاندفاعية المؤدية لاحتمالات إيذاء الذات، ومقياس اضطراب الشخصية الحدية في اتجاه القياس البعدي، ووجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس اضطراب الشخصية الحدية، ومقياس الاندفاعية المؤدية لاحتمالات إيذاء الذات، في اتجاه متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي، ووجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية (العلاجية) في القياس البعدي لمرحلة العلاج، والقياس البعدي لمرحلة المتابعة على مقياس قوة الأنا للتنبؤ بنجاح العلاج النفسي.

هدفت دراسة سهرانافارد، وميري Sahranavard & Miri (2018) إلى مقارنة فعالية استراتيجيتين للعلاج الجماعي - العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، والعلاج الجدلي السلوكي (DBT) في الحد من الأعراض الاكتئابية بين النساء الإيرانيات المعتمدات على المخدرات، وتكونت عينة الدراسة من (30) امرأة إيرانية بمراكز علاج الإدمان في مدينة بجنند، قُسمنَ إلى ثلاث مجموعات (مجموعتين تجريبتين، ومجموعة ضابطة) واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي الاختبار القبلي البعدي (مجموعتين تجريبية - ومجموعة ضابطة)، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب، وتم إعطاء المريضة في المجموعات التجريبية مهارات في ثماني جلسات مدة الجلسة (90) دقيقة؛ وأظهرت النتائج فعالية كل من العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج الجدلي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب بدلالة إحصائية، وحجم تأثير كبيرين.

التعقيب على الدراسات السابقة

حظي موضوع العلاج الجدلي السلوكي باهتمام الباحثين، ويمكن تصنيف الدراسات السابقة من حيث العينة إلى: دراسات أجريت على النساء، مثل دراسة ايفرسون وشينك (2009)، وفي دراسة شين، وكاسويو، وفيتيتش، وجالوب، ومكلوسكي وأولينو، وزيفيرو (2017)، ودراسة سهرانافارد، وميري (2018) والمعلمت مثل دراسة حسين (2016)، وطالبات مثل دراستي أبو عيطة، والشمايلة (2017)، وأبو زيد (2017)، وذكور وإناث مثل دراسة العريان (2018)، وأطفال مثل دراسة زيركي وحسان (2017)، ومكوفين مثل دراسة مكين وآخرين (2009) وهذا يعني أن أغلب العينات كانت من النساء، وتراوحت أعداد العينات

مكلوسكي، وأولينو، وزيفيرو - Cacioppo, Fettich, Gallop, Mc- (2017) Closkey, Olino, & Zeffiro، لإجراء تجربة عشوائية معدلة للعلاج الجدلي السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي لاضطراب نهم الطعام. لعدد (109) امرأة مشخصة بالشره العصبي أو اضطراب نهم الطعام، بمتوسط عمري (38.2) عاماً. مقسمين على المجموعات التالية. مجموعة العلاج الجدلي السلوكي وعددها (36) امرأة، ومجموعة العلاج المعرفي السلوكي وعددها (31) امرأة، والمساعدة الذاتية الموجهة وعددها (42) امرأة. بالنسبة للنتائج الأساسية لمعدلات نهم الطعام، وجد حجم أثر كبير داخل المجموعات لدى المجموعات الثلاث من خط الأساس إلى ما بعد العلاج. وكان انخفاض معدلات نهم الطعام خلال العلاج أسرع بشكل دال لمجموعة المساعدة الذاتية الموجهة مقارنة بمجموعتي العلاج الجدلي السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي، على الرغم من أن حجم الأثر كان بسيطاً. ولكن تلاشت مكاسب العلاج بشكل واضح في متابعة 12 شهراً لجميع المجموعات، لكنها كانت مستدامة بشكل أكثر فعالية في العلاج الجدلي السلوكي مقارنة بالعلاج بالمساعدة الذاتية الموجهة، والذي ظهر بحجم أثر بسيط إلى متوسط. ولكن لم تكن هناك فروق دالة بين المجموعات الثلاث في متابعة 6 و12 شهراً.

هدفت دراسة أبوزيد (2017) التعرف إلى فاعلية التدريب على اليقظة الذهنية كمدخل سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى الطالبات ذوات اضطرابات الشخصية الحدية، وأثره على هذا الاضطراب، وتكونت عينة الدراسة من (15) طالبة تراوحت أعمارهن من (25 - 35) سنة، وزعن على مجموعتين تجريبية (8) طالبات، وضابطة (7) طالبات، وتم استخدام قائمة أعراض الشخصية الحدية النسخة المختصرة واستبانة اليقظة الذهنية العوامل الخمسة ومقياس صعوبات التنظيم الانفعالي وبرنامج التدريب على اليقظة الذهنية من إعداد الباحث، وتكون من (16) جلسة، وأظهرت النتائج فاعلية البرنامج في تحسين مهارات اليقظة الذهنية، وخفض صعوبات التنظيم الانفعالي، وخفض أعراض الشخصية الحدية لدى عينة الدراسة.

هدفت دراسة زيركي وحسان (2017) Ziraki & Hassan إلى التحقق من فعالية العلاج الجدلي السلوكي في التحكم في الغضب والتنظيم الانفعالي للأطفال المتميزين، واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي، وتكونت عينة الدراسة من (24) طفلاً متميزاً تم اختيارهم بشكل مقصود، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، وأجري التدخل العلاجي الجماعي على المجموعة التجريبية خلال عشر جلسات، كما تم تطبيق استانة التنظيم الانفعالي المعرفي من إعداد جارنيفسكي وآخرون Garnefski et al، وقائمة سمة/ حالة الغضب لسبيلبيرجر Spielberger ومقياس التمرن لإلينيوي واسبيلادج وهولت و Espelage and Holt: Illinois؛ وأظهرت النتائج فعالية العلاج السلوكي الجدلي في التحكم في الغضب ومكوناته والتنظيم الانفعالي ومكوناته.

كما هدفت دراسة العريان (2018) التعرف إلى فاعلية برنامج سلوكي جدلي لعلاج أعراض الاندفاعية المؤدية لاحتمالات إيذاء الذات لدى عينة من مضطربي الشخصية الحدية، وتكونت عينة الدراسة من (20) فرداً (ذكوراً وإناثاً) يعانون من اضطراب الشخصية

بين (15 إلى 180).

■ تنظيم الانفعال Emotion Regulation : وهي مهارات تساعد الفرد في التعرف بشكل أكثر وضوحاً على ما يشعر به، ومن ثم مراقبة كل المشاعر وتقليل الحساسية لها، والهدف من ذلك هو تعديل المشاعر المؤلمة دون التصرف بطرق تفاعلية مدمرة.

■ العلاقات الفعالة Interpersonal Effectiveness : تمنح أدوات جديدة للتعبير عن معتقدات الفرد واحتياجاته، ووضع حدود للعلاقات، والتفاوض على حلول للمشاكل مع الاحتفاظ بعلاقات متوازنة وفعالة، ومعاملة الآخرين باحترام (McKay, Wood & Brantley, 2010).

وفيما يلي عرض تفصيلي لكل مهارة:

تجاوز المحنة

يميل بعض المرضى إلى تصعيد المشكلة ويجعلون الأمر أسوأ لأنفسهم عندما يشعرون بالضعف وأنهم معرضون للخطر، ولذلك تبقى الأولوية هنا في تعليمهم المهارات التي تحد من تفاقم المشكلة. ومساعدتهم في العثور على أنشطة مشتتة أو مهدئة تسمح بمرور هذه اللحظة بأقل الخسائر، وتمنعهم من الاستجابة بطريقة عدوانية على نحو متزايد، أو مساعدتهم على تجنب الموقف التفاعلي الصعب. فإن تشجيع المرضى - وخاصة الذين يبدو عليهم دأماً أنهم لا يفعلون أي شيء صحيح للمشاركة في نشاط يطور من كفاءتهم سيكون له مردود إيجابي؛ لمساعدتهم على تطوير تقدير الذات الإيجابية (Harvey & Rathbone, 2013).

والهدف من تعليم مهارات تجاوز المحنة؛ هو تزويد المرضى بمجموعة متنوعة من الاستراتيجيات لاستخدامها في الوقت الحاضر عندما يعانون من ألم، أو صعوبة، أو مشقة لا يمكن تغييرها على الفور، حتى يتعلموا كيف يتحملون الألم بمهارة. وتتخلص هذه المهارة في أن على المرضى جميعاً مواجهة الألم والصعوبة التي لا تقع تحت سيطرتهم (كالكوارث الطبيعية، أو المرض أو موت الأحباء). ومن المهم في هذه الأوقات أن يتم تجنب تفاقم الأمور والامتناع عن الاستجابات اللا توافقية (مثل اضطراب الطعام، وسوء استخدام المواد النفسية) التي قد تزيد من الألم والمعاناة، وعلى الرغم من أن ما يحدث قد يكون خارج سيطرة الفرد، إلا أن بإمكانه اختيار الاستجابة المناسبة بمهارة حتى تتغير الأمور (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006).

اليقظة الذهنية

«تساعد اليقظة الذهنية المشاركين على أن يلاحظوا ببساطة ما يحدث، دون الحكم عليه، ودون القيام بأي شيء حيال ذلك؛ ويؤدي ذلك إلى إيجاد فرص لإعادة البناء المعرفي وتأخر الاستجابة. وتُعد بمنزلة استجابة معاكسة للاندفاع السائد في هذه السلوكيات» (Harvey & Rathbone, 2013, 235). حيث يتم التحكم في انتباههم بحيث يتوقفون عن القلق من المستقبل أو التفكير في الماضي، مع زيادة الوعي باللحظة الراهنة، بحيث يتعلمون المزيد عما يجعل مشاعرهم تتسم بالاجابية، أو السلبية (سليمان، 2010). وتتمثل خطوات الوصول لليقظة فيما يلي:

أ. الجلوس في وضع مريح وإغماض العينين.

اتضح أن الدراسات السابقة في الدراسة الحالية اعتمدت على تصميم برامج علاجية باستخدام العلاج الجدلي السلوكي؛ لخفض أعراض بعض الاضطرابات النفسية لدى عينات مختلفة، والتي أظهرت فاعلية العلاج الجدلي السلوكي في أعراض الاكتئاب واليأس، والكرب النفسي العام، وزيادة التوافق الاجتماعي، كما جاء في دراسة ايفرسون وشينك (2009)، وانخفاض دال في محاولات الانتحار وسلوك إيذاء الذات، كما انخفضت أعراض اضطراب الشخصية الحدية، وأعراض الضيق والاكتئاب والغضب والعلاقات البين شخصية، كما جاء في دراسة مكمين وآخرين (2009)، وخفض أعراض اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه في دراسة فليمنج، مكماهون، موران، بيترسون وديرسن (2015). وخفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية وتحسين مستوى التوافق الزوجي، كما جاء في دراسة حسين (2016)، وخفض السلوك الاندفاعي والسلوك التخريبي لدى الطالبات، كما جاء في دراسة أبو عيطة، والشمايلة (2017)، وتحسين مهارات اليقظة الذهنية وخفض صعوبات التنظيم الانفعالي، وخفض أعراض الشخصية الحدية لدى الطالبات، كما جاء في دراسة أبوزيد (2017)، والتحكم في الغضب ومكوناته والتنظيم الانفعالي ومكوناته لدى الأطفال المتتمرين، كما جاء في دراسة زيراكي وحسان (2017)، وخفض أعراض اضطراب الشخصية الحدية وخفض الاندفاعية المؤدية لاحتمالات إيذاء الذات، كما جاء في دراسة العريان (2018)، وخفض الأعراض الاكتئابية بين النساء الإيرانيات المعتمدات على المخدرات، كما جاء في دراسة سهرانافارد، وميري (2018).

وهذا يعني أن العلاج الجدلي السلوكي يستخدم أكثر لدى النساء، بالإضافة إلى الذكور والأطفال، في فئات عمرية مختلفة، وأنه فعال في خفض أعراض كثير من الاضطرابات وأهمها اضطراب الشخصية الحدية، والاكتئاب، وإيذاء الذات واليأس والضيق النفسي العام، والغضب وصعوبات التنظيم الانفعالي، والاندفاعية، واضطرابات الطعام كما أسهم العلاج الجدلي السلوكي في زيادة التوافق الاجتماعي، والعلاقات البين شخصية، وتحسين مستوى التوافق الزوجي، ومهارات اليقظة الذهنية.

مهارات العلاج الجدلي السلوكي

يُساعد العلاج الجدلي السلوكي الفرد على اكتساب أربع مهارات مهمة للغاية، والتي يمكن أن تقلل من حجم موجات الانفعالات وتساعد في الحفاظ على التوازن الخاص به عندما تطغى عليه تلك المشاعر. وتتمثل هذه المهارات في التالي:

■ تجاوز المحنة Distress tolerance: وهي مهارات تساعد الفرد على التعامل بشكل أفضل مع الأحداث المؤلمة والأزمات من خلال بناء المرونة الخاصة بالفرد، وإكسابه طرق جديدة لتخفيف آثار المواقف والأحداث المزعجة.

■ اليقظة الذهنية Mindfulness: وهي مهارات تساعد على المرور بخبرة أكثر اكتمالاً باللحظة الراهنة مع التركيز بدرجة أقل على خبرات الماضي المؤلمة أو الأحداث المخيفة المحتمل حدوثها في المستقبل. وتُعطي اليقظة أيضاً أدوات للتغلب على الأحكام السلبية المعتادة للفرد عن نفسه وعن الآخرين.

كبير مع الأفراد الذين لا يعانون من أي اضطراب انفعالي محدد، فمن منا ليس بحاجة إلى استخدام بعض التوجيهات المفيدة حول كيفية التعامل مع انفعالاته بشكل أكثر فعالية؟ (Chapman, Gratz & Tull, 2011). فالمعلومات التي تأتي من تراكمات سلوك المرضى وسرد انفعالاتهم أمر حيوي لمساعدتهم على فهم كيفية تطور انفعالاتهم، وأين وكيف يمكنهم إجراء تغييرات على الطريقة التي يديرون بها الغضب، والإحباط، والحرج، والعار، والمشاعر المؤلمة الأخرى. فيتم تعليمهم طرق فحص سلاسل السلوك، وقصص الانفعالات ومراجعتها دون حكم، ومع جرعات مكثفة من التحقق من الصحة. ويتم تشجيع المعالجين على استخدام قصص من حياتهم الخاصة لكي يجعل ذلك الأمر ذا صلة، وشخصياً، ومثيراً للاهتمام. فعلى المريض أن يتصرف على عكس الاستجابة الطبيعية، إذ يقوم مثلاً باستخدام نصف ابتسامة مع أولئك الذين أثاروا مشاعر الغضب لديه. فهو فعال بشكل خاص على الرغم من صعوبة تعلمه. وبالتالي فإن تكرار نمذجة الاستجابة المعاكسة ضمن العلاج عندما يكون المريض معادياً ومهدداً (من خلال التحقق من الصحة، ووضع حدود، والاستجابة بلطف) فعال جداً في تخفيف حدة وشدة الاستجابة الانفعالية. ويساعد ذلك الأمر الذين يعانون من صعوبة إدارة الغضب. فهو يساعد على تقليل قابلية التأثر بالمشاعر السلبية، وله أهمية خاصة بالنسبة للمرضى الذين لديهم سلوكيات متهورة ومضطربة (Harvey & Rathbone, 2013).

العلاقات الفعالة

تمكننا مهارات العلاقات الفعالة بين الأفراد من الحفاظ على العلاقات، وحل الصراعات عند حدوثها، والحصول على احتياجاتنا وتلبية احتياجات الآخرين بشكل فعال وبطريقة متوازنة. وتشمل هذه المهارة ثلاث مجموعات رئيسية من المهارات: احترام الذات أو (ع أ ت ت) FAST، ومهارة (ل م ت أ) GIVE، والفعالية الموضوعية DEARMAN وكل حرف من الحروف السابقة يشير إلى مهمة محددة، فتشمل مهارة (ع أ ت ت) FAST بناء احترام الذات كل من الآتي (عادل في التفسيرات (كن على حق) Fair ومن دون اعتذار Apologies، والتمسك بالقيم Stick to values، والتواصل الصادق (Truthful communication). وهنا تسعى جاهداً للتوصل إلى حلول ذات فائدة متبادلة وأخلاقية. وأن يكون لديك علاقة جيدة مع نفسك، وتتمثل في الطريقة التي تتحدث بها مع ذاتك والسلوكيات التي تختارها التي تؤثر على شعورك تجاه ذاتك. وتوجهنا هذه المهارة في صنع خيارات للعلاقات بين الأفراد، والتفاعل خلالها بطريقة تزيد من احترامنا لذاتنا. ويستند احترام الذات في أعمال تقوم على أولوياتنا وأهدافنا وقيمنا. ويوفر احترام الذات الأساس لاستخدام المهارات الأخرى في علاقاتك مع الآخرين. بينما يتمثل مهارة (ل م ت أ) (لطيف حتى لو كنت غاضباً) Gentle، ومهتم بنقاط أخرى Interested، والتحقق من صحة أفكار ومشاعر الآخرين (الصدق) Validate، وأسهل طريقة للتواصل (Easy) في التعامل مع الآخرين بقدر من الرعاية والاحترام. ويسمح لنا هذا الأسلوب بإقامة علاقات هادفة من شأنها أن تثري حياتنا. وتمكننا هذه المهارات من أن نكون جديليين في الصراعات حتى نتمكن من حلها بشكل فعال. في حين تشمل مهارة DEAR MAN (وصف) Describe، وتعبير Express، وتأكيد Assert، وتعزيز Reinforce، وبقظة Mindful،

ب. التمييز بين الأفكار التي ترد إلى الذهن على نحو طبيعي أو متعمد.

ت. التقليل من سمة التشتت الخاص بالتفكير في الماضي والمستقبل وإعادة صياغتها في صورة إسقاطات ذهنية تحدث في الحاضر.

ث. تركيز الانتباه على التنفس حتى الوصول إلى 21 نفساً متتالياً.

ج. ترك العقل يستريح على نحو طبيعي بدلاً من جمع الأفكار (الشمالية، 2016).

ويتم التدريب على مهارات اليقظة الذهنية في بداية العلاج، لأنها تعد من المهارات الأساسية أو الجوهرية التي يحتاجها المرضى من أجل الاستفادة بنجاح من المهارات الأخرى التي يتم تعلمها والتدريب عليها على مدار الجلسات العلاجية. وتشكل مهارات اليقظة الذهنية الأساس الذي يتم من خلاله بناء المهارات الأخرى بمعناها الواسع، فاليقظة الذهنية هي الاحتفاظ بشيء ما في العقل لدفع الانتباه لملاحظة ما يحدث، وهو أمر أساسي لاتخاذ قرار بشأن عمل ماهر يتعين على المرضى القيام به. فعلى سبيل المثال، إذا قيل لك ” يجب أن تتيقظ بالكيفية التي تتحدث بها ” فيتم الطلب منك أن تدفع الانتباه، لتكون على بينة بما تقوله وكيف تقوله. كما يُعد الأساس الذي يجب على المرضى الوقوف عليه في مهارة تنظيم الانفعالات. وتعد اليقظة الذهنية ببساطة هي ملاحظة ما يحدث، وما يمر به الفرد من تجارب وخبرات، دون الموافقة على بعض التجارب أو الخبرات ورفض البعض الآخر. وعندما يكون الفرد في حالة يقظة عقلية، فإنه في هذه الحالة يكون منفتحاً على جميع المشاعر، تماماً مثل الشمس لا تحدد ما تضيء له أو تشرق عليه لجزء محدد دون الآخر (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006). ويتضمن عدم الحكم في اليقظة الذهنية ” أن يكون الفرد واعياً منذ البداية بأن لا يقع في خطأ وضع الناس أو الأفكار أو المشاعر أو المواقف أو الأفعال في فئات تصنيفية مثل جيد أو سيئ أو صواب أو خطأ، أو يجب وألا ينبغي، وما إلى ذلك ” (Chapman & Rosenthal, 2016, 43). فيجب أن نكون واعين بذاتنا وبمشاعرنا بكل تفاصيلها في الموقف الراهن بغض النظر عن أي تقييم أو أحكام، حتى نتحكم في حالتنا الذهنية جيداً. وتبدأ هذه المهارة بالملاحظة بدون تعليق، ثم الوصف في كلمات محددة لزيادة الوعي.

تنظيم الانفعال

تشمل مهارات تنظيم الانفعال استراتيجيات لتعليم المرضى كيفية فهم وتصنيف مشاعرهم، وتعديل الأسباب التي تزيد من قابلية التأثر بالمشاعر السلبية (Chapman & Rosenthal, 2016, 43). وقد أشار الباحثون إلى تنظيم الانفعال باعتباره طرق يؤثر فيها الناس على حالتهم الانفعالية، وكيف يُعبرون عن مشاعرهم، ويدرك عديد من المهنيين أن مشكلات تنظيم الانفعال موضوع شائع في العديد من الاضطرابات الانفعالية. كالأفراد الذين يعانون من الاكتئاب، واضطرابات القلق، وسوء استخدام المواد النفسية، واضطرابات الشخصية، والاضطرابات الذهانية كالفصام، فجميعهم يواجهون على الأقل بعض الصعوبات في إدارة مشاعرهم وانفعالاتهم. وقد تكون مهارات تنظيم الانفعال مفيدة أيضاً بشكل

تتضمن المرحلة الرابعة مساعدة المريض على تطوير القدرة على الحرية والفرح والسعادة، وقد تشمل أهداف العلاج في المرحلة الرابعة العمل على تقليل مشاعر الفراغ، أو الشعور بالوحدة، وزيادة الخبرات المرتبطة بالشعور بحالة من الاكتمال. وتُعد أهداف المرحلة الأولى هي محور اهتمام معظم البحوث التجريبية المتاحة للعلاج الجدلي السلوكي حتى الآن. ومع ذلك، فإن الهدف النهائي للعلاج الجدلي السلوكي هو توفير علاج شامل يهدف إلى مساعدة المرضى في التغلب على جميع مستويات الكرب النفسي لتحقيق الأداء الأمثل (Linehan, Cochran & Kehrer, 2001; Dimeff & Linehan, 2001) وتسترشد جلسات العلاج الفردي للعلاج الجدلي السلوكي من خلال وضع قائمة واضحة من أهداف العلاج وترتيبها ترتيباً هرمياً في ضوء الأولوية التي تعتمد على شدتها وتأثيرها على المدى الطويل، وليس فقط على المدى القصير طبقاً للشعور بالحاجة الملحة. وبشكل محدد، وتعد المرحلة الأولى من العلاج محور التركيز الرئيسي في البحوث حتى الآن.

وتُعد السلوكيات التي تهدد الحياة أهداف ذات أولوية عليا، تليها السلوكيات التي تتداخل في سير العملية العلاجية سواء الخاصة بالمريض أو المعالج، ثم السلوكيات والظروف التي تؤثر على جودة الحياة، وأخيراً تنمية المهارات. فقبل البدء في العلاج، تتضمن مرحلة ما قبل العلاج التوصل بين كل من المعالج والمريض إلى اتفاقات حول أهم الأهداف العلاجية وبناء الجلسات العلاجية، من بين أمور أخرى (Robins & Rosenthal, 2011). ويشير الجدول (1) إلى التسلسل الهرمي للمراحل القياسية للعلاج الجدلي السلوكي وأهدافه المرحلية (Miller, Rathus & Linehan, 2006)، الذي يبين ترابط أهداف العلاج الجدلي السلوكي بمراحلها والتي يمكن توظيفها مع العديد من الاضطرابات النفسية.

جدول (1)

التسلسل الهرمي لمراحل العلاج الجدلي السلوكي وأهدافه المرحلية

مرحلة ما قبل العلاج	
الأهداف	التهيئة والالتزام المبدئي والموافقة على العلاج وأهدافه.
المرحلة الأولى	
الأهداف	تقليل السلوكيات التي تهدد الحياة. تقليل السلوكيات التي تتداخل في سير العملية العلاجية. خفض السلوكيات التي تؤثر سلباً على جودة الحياة. زيادة المهارات السلوكية.
المرحلة الثانية	
الأهداف	خفض كرب ما بعد الصدمة.
المرحلة الثالثة	
الأهداف	زيادة احترام الذات. تحقيق الأهداف الفردية.
المرحلة الرابعة	
الأهداف	حل الشعور بالنقص. إيجاد الحرية والاستمتاع.

ويتم إعداد العلاج الجدلي السلوكي لعلاج المرضى في

وثوق (Appear Confident، والتفاوض Negotiate) وصف الوضع الخاص بك، والتعبير عن الحال الذي أنت به، وتأكيد ما تريده بوضوح، وتعزيز مكانتك من خلال التركيز على ما تريد وتجاهل ما لا تريد، والثوق بنفسك حتى لو كنت تشعر بالثقة، والتفاوض مع شخص متردد والوصول إلى حل مريح لطلبك، وبالتالي نكون مؤكدين لذاتنا، فنستخدمها للحصول على رغباتنا واحتياجاتنا بشكل أكثر موثوقية، ولنتعلم قول لا، ولتعيين حدود العلاقة مع الآخرين والتفاوض عند الحاجة. فعليك أن تسأل نفسك ثلاثة أسئلة عند العمل الجدلي في العلاقات الفعالة:

- ماذا يحتاج الشخص الآخر في هذا التفاعل (ل م ت أ) ؟
- ما الذي أحتاجه في هذا التفاعل (الفعالية الموضوعية DEARMAN) ؟
- ما المطلوب في هذا التفاعل للحفاظ أو بناء احترام الذات (ع أ ت الاحترام) ؟ (Pederson & Pederson, 2011).

ونظراً لأن شدة الانفعال والمبالغة فيه قد يزيد من احتمال صدور استجابات غاضبة أو عدوانية لدى المرضى، وبالتالي فإن مهارات العلاقات الفعالة بين الأفراد ضرورية لخلق المزيد من التفاعلات التعاونية. ويستخدم المعالج هذه المهارات بشكل مباشر مع المرضى، ويضع نماذج إيجابية للمهارات لتقليدها. وقد يكون لدى العديد من المرضى تفاعلات قليلة، وتكون العلاقات الفعالة تعاونية ومحترمة وغير مقيدة مع شخصية السلطة، كما أنه من الضروري اكتسابه هذه المهارات بالقوة والنمذجة كلما كان ذلك ممكناً، مما يوفر تجربة تعليمية جديدة له (Harvey & Rathbone, 2013, 235). ومن ثم تهدف هذه المهارة إلى تحسين قدرة الفرد على إدارة العلاقات بفاعلية وحل الصراعات بين الشخصية من خلال معرفة ما نوده، وما نحتاج إليه من الآخرين، وبناء علاقات سليمة، والتخلي عن العلاقات التي تسبب المشاكل.

مراحل العلاج الجدلي السلوكي

العلاج الجدلي السلوكي مرن، وتختلف أساليبه وأهدافه اعتماداً على مستوى الاضطراب لدى المريض، ويوظف العلاج في ضوء احتياجات المريض الحالية، ويمكن تفعيلها تقريباً خلال أربع مراحل علاجية. فيدخل المريض في سلوكيات خطيرة أو مميتة بعض الشيء، مثل السلوكيات الانتحارية، أو الإدمان الشديد للهيروين، ثم يبدأ العلاج الجدلي السلوكي في المرحلة الأولى من العلاج الذي يركز خلال هذه المرحلة على القضاء على السلوكيات الأكثر خطورة، حتى يصبح الخلل السلوكي تحت السيطرة، ثم ينتقل المريض إلى المرحلة الثانية من العلاج، والتي تركز على الانتقال من مشاعر البؤس الصامت Quiet desperation إلى المرور بخبرة التعبير عن هذه الانفعالات، وقد تشمل المرحلة الثانية مساعدة المرضى في التعبير عن مشاعرهم بطريقة سوية بعد فترة من العمر من تجنب هذه المشاعر، وكف الحزن المرتبط باضطراب كرب ما بعد الصدمة Posttraumatic stress disorder PTSD. بينما تتناول المرحلة الثالثة مشاكل الحياة اليومية، مثل اضطرابات المحور الأول بالدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM IV، والمشكلات الوظيفية المرتبطة بالمهن، والمشاكل الزوجية، ويقوم بعضهم ببناء حياة طبيعية بعد حلول لمثل هذه المشكلات، وأخيراً،

يمكن عدّها استراتيجية جدلية. وبدلاً من ذلك، فإن الطريق الوسط المماثل لتلك الذي تدعو إليه بوذية الزن Zen Buddhism يؤيد التفكير الجدلي إذ إنَّ الطريق الوسط ليس في منتصف الطريق بين التطرف، ولكنه مسار جديد تماماً، وهذا التشديد على التوازن مشابه للنهج الذي يدعو إليه نموذج منع الانتكاس لعلاج السلوكيات الإدمانية. وبالتالي فإن المعالج يساعد على انتقال المريض من طريقة التفكير (إما - أو Either- or) "إلى" (كلاهما - Both- and) والنوع الثالث يتكون من استراتيجيات محددة تستخدم أثناء إجراء العلاج وهي ثماني استراتيجيات تتمثل في (1) الدخول في مفارقة Entering the paradox، و (2) استخدام الاستعارة - Using meta-phor، و (3) لعب دور محامي الشيطان - playing the devil's advo، و (4) التمديد والإطالة - Extending، و (5) تفعيل العقل الحكيم - Wise mind، و (6) صنع عصير الليمون من ثمرة الليمون Making lemonade out of lemons (تحويل السلبيات إلى إيجابيات)، و (7) السماح بالتغيير الطبيعي - Allowing natural change، و (8) التقييم لجدلي من خلال طرح السؤال "ما الذي يتبقى هنا؟" (Miller, Ra- thus & Linehan, 2006, 56). وسيتم التركيز عن الاستراتيجيات الجدلية المحددة أكثر من غيرها، فيما يلي:

■ الدخول في مفارقة (تناقض): يُعد الدخول في مفارقة استراتيجية قوية؛ لأنها تحتوي على عنصر المفاجأة. ويقدم المعالج المفارقة دون شرح ذلك، ويُسلط الضوء على التناقضات داخل السلوك والعملية العلاجية والواقع بشكل عام. ويُعد جوهر الاستراتيجية في رفض المعالج التدخل في تفسير عقلائي منطقي. ويتم دفع المريض لتحقيق التفاهم، والتحرك نحو توليف الأقطاب وحل المعضلة نفسها. وقد سلطت لينهان الضوء على عدد من المفارقات النموذجية والتوترات الجدلية التي واجهتها على مسار العلاج. فعلى سبيل المثال، يكون للمرضى حرية اختيار سلوكهم الخاص، ولكن لا يمكنهم البقاء في العلاج إذا كانوا لا يعملون على تغيير سلوكهم. كما يتم تعليم المرضى أن يحققوا قدرًا أكبر من الاستقلالية لكي يصبحوا أكثر مهارة في طلب المساعدة من الآخرين. وأن المريض لديه الحق في الانتحار، ولكن إذا كان قد أقنع المعالج أن الانتحار وشيك من أي وقت مضى، فبالتالي يصبح مؤمناً (في وضع آمن) بدرجة كبيرة. والمرضى غير مسؤولين عن الطريقة التي يسلكونها، لكنهم مسؤولون عما سيصبحون. ويتم تسليط الضوء على هذه الحقائق المتناقضة، ويقوم كل من المريض والمعالج بالمواجهة والتخلي عن الأنماط الجامدة من الفكر والانفعال والسلوك بحيث تظهر أنماط أكثر عفوية ومرنة (Miller, Rathus & Linehan, 2006).

■ استخدام الاستعارة والمجاز (مثل، أو حكاية رمزية، أو خرافة، أو تشبيه، أو رواية قصص): إن استخدام الاستعارة، والقصص، والأمثال الشعبية أمر بالغ الأهمية في العلاج الجدلي السلوكي، ويوفر وسيلة بديلة لتعليم التفكير الجدلي. فتكون القصص عادة أكثر إثارة للاهتمام في الأساليب التعليمية، إذ إنها أسهل للتذكر، وتشجع البحث عن معانٍ مختلفة للأحداث موضع التدقيق. ويمكن أن تستخدم الاستعارات بشكل خلاق، وأن تساعد على الفهم، وعلى اقتراح حلول للمشكلات، وإعادة صياغة كل من مشاكل المرضى والعملية العلاجية لهم.

مستويات شدة الاضطرابات جميعها، في ضوء أهدافه.

استراتيجيات العلاج الجدلي السلوكي

على الرغم من أن استراتيجيات العلاج الجدلي السلوكي تتكون عادة من خطوات عدة، إلا أن استخدام استراتيجية محددة لا يتطلب بالضرورة تطبيق كل خطوة. ومن المهم جداً أن يحدد المعالج الهدف من استخدام الاستراتيجية، بدلاً من أن يقود المريض بشكل غير مرّن في سلسلة من المناورات المقررة. ويستخدم العلاج الجدلي السلوكي خمس استراتيجيات لتحقيق الأهداف السلوكية:

أ. الاستراتيجيات الجدلية - Dialectical strategies.

ب. استراتيجيات التحقق من الصحة - validation strategies.

ت. استراتيجيات حل المشكلات - Problem-solving strategies.

ث. الاستراتيجيات الأسلوبية - Stylistic strategies.

ج. استراتيجيات إدارة الحالات - Case management strategies.

ويمكن استخدام استراتيجيات معينة في إطار جلسة فردية محددة ومع عميل معين أكثر من غيرها، وليس كل الاستراتيجيات تكون ضرورية أو مناسبة. فقد تُشكل كل من استراتيجيات التحقق من الصحة وحل المشكلات، جنباً إلى جنب مع الاستراتيجيات لجدلية جوهر العلاج الجدلي السلوكي (Miller, Rathus & Linehan, 2006, 54). وتساعد الاستراتيجيات الجدلية المرضى على الانسلاخ من طرق التفكير والنظرة الجامدة للحياة، فعلى المعالج تقبل المريض كما هو بخبراته وبميوله وبمشاعره بدرجة عالية من المصادقية، أما بالنسبة للمريض فعليه أن يتقبل نفسه وواقعه ويعيش الحياة كما هي. أما بشأن التغيير فيتنمّل في تنظيم المشاعر وتكوين علاقات فعالة في ضوء مهارات تساعدهم على ذلك، ليحققوا أهدافهم بشكل فعال، ولكن لا يعتمد هذا التغيير على التقييم (صح، خطأ) أو (عقلاني، غير عقلاني) كما هو متبع في بعض الأساليب العلاجية الأخرى.

الاستراتيجيات الجدلية

هناك ثلاثة أنواع من الاستراتيجيات الجدلية، النوع الأول يتعلق بكيفية بناء المعالج للتفاعلات بين الشخصية، وبالمعنى الأعم يشير إلى كيف يوازن المعالج التوترات الجدلية في إطار العلاقة العلاجية، فإن الجدلية الأساسية في أي علاج نفسي، بما في ذلك المرضى الذين لديهم اضطراب الشخصية الحدية، تتمثل في حالة التوازن بين القبول والتغيير. فيتتمثل موقف العلاج الجدلي في الجمع والمزج المتواصل للقبول مع التغيير، والمرونة مع التصلب، والتركيز على القدرات مع التركيز على العجز. والهدف من ذلك هو إخراج الأضداد، سواء في العلاج والحياة العامة للمريض، وتوفير فرص ومواقف لإحداث توليفات. والتركيز على الأضداد يحدث أحياناً مع مرور الوقت (على مدى التفاعل كله)، بدلاً من وقت واحد أو في كل جزء من التفاعل. النوع الثاني خاص بكيفية تحديد المعالج للسلوكيات الماهرة (تعليم السلوكيات الجدلية) يتمثل في أن الصلابة والإفراط السلوكي دليل على أن التوليف لم يتحقق بعد؛ وبالتالي لا

بها، وتوقفت عن تناول الطعام السريع، وانضمت إلى ناد للمشي. وقد تخطت خلال ستة أشهر الأزمة الصحية، ووفرت المال، وكونت صداقات جديدة، وربما بشكل غير مفاجئ شعرت أنها أفضل على المستوى البدني والانفعالي عما كانت عليه في السنوات السابقة (Pederson, 2015). حيث تساعد هذه الاستراتيجية المعالج على التعامل مع المواقف الجامدة. فعلى سبيل المثال، قد يشكو المريض من أنه يكره بشدة المعالج في مجموعته، ويرغب في تغيير مجموعة المهارات. وهنا يمكن أن تكون استجابة المعالج مختلفة: ينظر إليها باعتبارها فرصة لتعلم التعامل مع الانفعالات السلبية الشديدة ضد السلطة. ثم يوضح المعالج أوجه الشبه بين معالج المجموعة غير المرغوب فيه وأشخاص السلطة الآخرين (مثل المعلم أو رئيس العمل أو المشرف)، ويعددها فرصة لتعلم كيفية تحمل الشخص الذي لا يرغب فيه، ولكنه عليه العمل معه. يوضح هذا المثال وغيره من الأمثلة منظور الاستراتيجيات الجدلية جميعها لتزويد المريض بحركة وسرعة وتدفع بحيث لا يلتزم المريض والمعالج بثنائيات "لن أفعل ذلك" مقابل "بلى سوف تفعل" (سليمان، 2010)

■ السماح بالتغيير الطبيعي: وهناك سمة أساسية للتفكير الجدلي «تتمثل في الطبيعة المتغيرة للعالم. ويعني السماح بالتغيير الطبيعي: تعليم المرضى كيفية التكيف بمهارة مع تقلبات الحياة اليومية بدلاً للعجز عن مواجهة التغيير، أو محاولة بلا جدوى للسيطرة على الواقع. والعنصر الأساسي في السماح بالتغيير الطبيعي هو أن تتقبل، وتكون فعالاً مع ما تقدمه لك الحياة» (Pederson, 2015, 166).

■ التقييم الجدلي: كثيراً ما يدور أي علاج نفسي حول عملية التقييم. وهذا يعني أن كلاً من المعالج والمريض يحاولان معرفة درجة تأثير العلاج بالضبط، وما العوامل التي تسببت في سلوك الفرد وشعوره وتفكيره. وتقييم ما يحدث إن كان خطأً أو صحيحاً في حياة المريض وفي العلاج، وما يجري في هذه اللحظة بشكل خاص. ويتطلب التقييم الجدلي أن يقوم المعالج مع المريض بالبحث باستمرار عما هو مفقود من التفسيرات الفردية أو الشخصية للسلوكيات والأحداث الراهنة. والسؤال المطروح دائماً هو «ما الذي يتبقى هنا؟ ولا يتوقف التقييم في البيئة المباشرة، أو تاريخ الأسرة، أو تجارب التعلم السابقة الأخرى. كما أنها تفحص التأثيرات الاجتماعية والسياسية والاقتصادية على سلوك المريض الحالي. فالوعي الجدلي هو الذي يُعيد الأجزاء المفقودة إلى صياغة الذات والواقع الحقيقي للفرد حتى تتمكن من رؤية عالمنا النفسي والاجتماعي كما هو حقاً، ويمكن أن نرى إمكانات حقيقية من أجل تغييرها، حيث يتم استعادة الأجزاء المفقودة، ومن ثم تظهر رؤى جديدة في إمكانية التغيير النفسي والاجتماعي التي كانت لا يمكن فهمها في السابق. فإن التقييم الجدلي مع النساء على وجه الخصوص يوجه الانتباه إلى دور التحيز الجنسي، وتوقعات دور الجنس في مشاكل الأفراد في الواقع، دور الجنس، والطبقة الاجتماعية، والتوقعات الدينية والعنصرية يُنظر إليهم من الناحية الجدلية باعتبارهم مؤثرات مهمة على السلوك الفردي (Linehan, 1993b).

■ لعب دور محامي الشيطان: هذه التقنية تتمثل في اقتراح المعالج لموقف مضاد عن موقف المريض المعلن، أو التي صرح بها لكشف حقيقة مفقودة، أو لتحقيق موقف أكثر توازناً. فإن المعالج لا يضطر إلى الاعتقاد بأن التعارض يكون قائماً فقط على الترويج بفكرة أن هناك مواقف أو حالات أخرى بديلة. فعلى سبيل المثال: عندما أعلنت إحدى السيدات أنها واقعة في الحب، وأنها كانت تخطط للزواج بعد قصة رومانسية لمدة أسبوع، ذكر لها المعالج أن الزواج يمكن أن يخنق الحب والرومانسية، وأنه يجب عليها حماية العلاقة عن طريق تأجيل الزواج إلى أجل غير مسمى! وقد أجلت السيدة خطة الزفاف وانتهت في نهاية المطاف هذه العلاقة بعد أشهر عدة دون الحاجة إلى محامي طلاق (Pederson, 2015, 163). ونفترض أن أحد المرضى يقدم التزاماً مبدئياً قوياً بحضور العلاج الجدلي السلوكي لمدة عام. وبدلاً من أن يخبره المعالج ببساطة "هذا أمر مخيف" فإنه يضع الكرة برفق في ملعبه فيسأله "هل أنت متأكد أنك ترغب في ذلك؟ إنه سوف يكون عملاً شاقاً" تسمى هذه الاستراتيجية "التأييد الشيطاني" مما يؤدي إلى تقوية حجة المريض من أجل تأكيد سبب وكيفية إكمال العلاج وعدم التسرب. ففي هذه الحالة يوجه المعالج المريض نحو تقوية حججه لقبوله في العلاج بدلاً من محاولة إقناعه بالاستمرار فيه (سليمان، 2010).

■ للتمديد والإطالة: وقد استمد مصطلح «التمديد Ex-tending» من رياضة الأيكيدو Aikido وهي أحد أشكال الألعاب اليابانية للدفاع عن النفس. ويحدث التمديد عندما ينتظر ممارس الأيكيدو حركات المنافس للوصول إلى مرحلة الانتهاء الطبيعي له (الاستسلام، فقد الطاقة)، ويترك المنافس ضعيفاً وخارج التوازن. ويُعد المكافئ لهذه الاستراتيجية انفعالياً استراتيجية محامي الشيطان. وهي استراتيجية فعالة بشكل خاص عندما يهدد العميل بعواقب وخيمة لحدث أو مشكلة ما (Miller, Rathus & Linehan, 2006, 58). فقد يدعو المعالج إلى خداع العميل، أو استخدام المبالغة على سبيل المثال، عندما يهدد مريض في وحدة المرضى الداخلية بالانتحار بطريقة غامضة، فقد يقول له المعالج: "اسمع، هذا أمر خطير حقاً، ويجب علينا الآن أن نذهب ونضعك تحت المراقبة والملاحظة المباشرة، ونجعلك ترتدي ثوب الانتحار" (Dimeff & Koerner, 2007, 14).

■ تفعيل العقل الحكيم: يتطلب هذا التدخل من المريض النظر في الوضع الحالي، أو المشكلة الحالية من وجهة نظر العقل الحكيم. فيمكن أن يتم سؤال المريض النشط انفعالياً ما الذي يمليه عليه عقله الواعي وما الطريق الذي يوجهه تجاهه. ويأتي تفعيل العقل الحكيم في بعض الأحيان من استدعاء حالة مفقودة من العقل. وبالمثل، يمكن توجيه مريض مثقف أو منطقي للتحدث عن عقله العاطفي (Miller, Rathus & Linehan, 2006, 59).

■ صنع عصير الليمون من ثمرة الليمون: يتمثل في المثل الشعبي القائل بـ«عندما تمنحك الحياة الليمون، عليك أن تصنع عصير الليمون» الفكرة هي أن التفاؤل الواقعي، ومهارات التكيف والرغبة في تبني أن التغيير يؤدي إلى البقاء على قيد الحياة، وتخطي المحن بشكل فعال. وتشير هذه الاستراتيجية إلى الجانب المشرق، وإيجاد عنصر إيجابي من المشكلة، فعندما واجهت إحدى المريضات مشكلة صحية خطيرة، ألغت اشتراكها في قنوات التلفزيون الخاص

استراتيجيات التحقق من الصحة

الحكمة أو صحة استجابة المريض، ويشير إلى أن استجابته أمر مفهوم ومتقبل. ويجد المعالج الحقائق ذات الصلة في البيئة الحالية التي تدعم سلوك المريض. وهكذا، فإن المعالج يبحث في استجابات المريض للتأكد من دقتها الأصيلة أو مدى ملاءمتها، أو معقوليتها، وكذلك التعليق على الاختلال الكامن في الاستجابة إذا لزم الأمر.

■ المستوى السادس: تتمثل المهمة هنا في التعرف على الشخص كما هو. والرؤية والاستجابة لنقاط القوة، وقدرات الفرد مع الحفاظ على فهم متعاطف ثابت للصعوبات الفعلية والخلل الوظيفي للمريض. ويعتقد المعالج في قابلية الفرد للتغيير والتحرك نحو أهداف الحياة في نهاية المطاف (Miller, Rathus & Linehan, 2006).

استراتيجيات حل المشكلات

استراتيجيات تغيير أساسية مصممة لتعزيز أسلوب حل المشكلات النشطة مع المرضى غير القادرين على التنظيم الانفعالي، خاصة ممن لديهم اضطراب الشخصية الحدية، ومع ذلك فإن تطبيق هذه الاستراتيجيات محفوف بالصعوبات. فيجب على المعالج أن يضع في اعتباره أن العملية ستكون أكثر صعوبة مع المرضى الآخرين. فإن الحاجة إلى الفهم والتدخلات التي تهدف إلى تعزيز المزاج الإيجابي أمر بالغ الأهمية. وتعد استراتيجيات حل المشكلات في العلاج الجدلي السلوكي عملية مكونة من مرحلتين: تركز المرحلة الأولى على فهم وقبول مشكلة محددة، بينما تركز المرحلة الثانية على توليد وتنفيذ حلول بديلة. وتوظف المرحلة الأولى التحليل السلوكي الذي يتضمن نظرة ثاقبة لأنماط السلوك المتكررة، وإعطاء معلومات توجيهية عن مبادئ السلوكيات، والقواعد والمعايير، وما إلى ذلك. بينما تستهدف المرحلة الثانية التغيير على وجه التحديد من خلال استخدام تحليل الحل الذي ينطوي على توجيه المريض إلى إجراءات التغيير العلاجي المحددة التي قد تؤدي إلى التغييرات المطلوبة، وقد صممت الاستراتيجيات لاستخلاص وتعزيز الالتزام بهذه الإجراءات (Miller, Rathus & Linehan, 2006).

الاستراتيجيات الأسلوبية

«استراتيجيات لها علاقة بأسلوب وشكل التواصل في العملية العلاجية الذي يقدمه المعالج، حول كيفية تقديم العلاج؛ بدلاً من ما العلاج؟» (Miller, Rathus & Linehan, 2006, 66). وتستخدم الاستراتيجيات الأساسية لتحقيق التوازن بين القبول والتغيير. على سبيل المثال، يتطلب العلاج الجدلي السلوكي من المعالج أن يكون لديه أسلوب تواصل متوازن. فعلى جانب القبول، يقوم المعالج باستخدام أسلوب التجاوب Responsive style حيث يؤخذ جدول أعمال المريض على محمل الجد ويستجيب مباشرة له بدلاً من تفسيره لمعانيه الكامنة. على سبيل المثال، إذا كان المريض يسأل المعالج عن شيء شخصي، فيكون المعالج أكثر عرضة لاستخدام الكشف الذاتي، والمشاركة الدافئة، والصدق، إما للرد على السؤال مباشرة أو أن يرفض فعلياً الإجابة على أساس حدود العلاقة المهنية. ومع ذلك، فإن هذا الأسلوب وحده، أو عدم التوازن تجاه هذا الأسلوب يمكن أن يؤدي إلى طريق مسدود. فعندما يكون المريض مكتئباً أو متجهماً، فيردد قصة التظلم نفسها مرات عديدة للمعالج،

ويستلزم التحقق من الصحة التوصل إلى فهم خبرات المريض، وتعد استراتيجيات أساسية للعمل بفعالية مع الأشخاص ذوي الحساسية الانفعالية. والتحقق من الصحة ليس كافياً لتحقيق التغيير، ولكن من دونه لا يمكن أن يكون هناك أي تغيير. وتعد أمراً ضرورياً لبناء الثقة وإقامة تحالف علاجي قوي. فالمعالجون الذين يعملون مع الأفراد الذين يُعانون من سوء تنظيم انفعالي حاد يحتاجون إلى التعبير بالتحقق من الصحة مدة كل تفاعل، وخاصة قبل تقديم المساعدة في حل المشكلات. حتى عندما يطلب المرضى مباشرة الحصول على مساعدة. فمن المرجح أن تكون استجابة المعالج التي لا تشمل التحقق من الصحة غير متحمسة ومنطوية وغير داعمة (McMain & Wiebe, 2013). وتعد استراتيجيات التحقق من الصحة استراتيجيات قبول في المقام الأول، في حين تُعد استراتيجيات حل المشكلات ضمن استراتيجيات التغيير. ويعني التحقق من الصحة، الاعتراف بما هو صحيح في الواقع وليس جعل الشيء صحيحاً. ويمكن النظر في التحقق من الصحة في أي مستوى من المستويات الستة. ويعد كل مستوى أكثر اكتمالاً من السابق، كما يعتمد كل مستوى على واحد أو أكثر من المستويات السابقة. وتتمثل المستويات كالتالي:

■ المستوى الأول: يتطلب الاستماع إلى المريض، ومراقبة ما يقوله، وما يشعر به وما يقوم به. فجوهر هذه الخطوة هو أن يهتم المعالج بالمريض. ويولي المعالج اهتماماً لما يقوله المريض ويفعله. وعلى المعالج أن يشير إلى الفروق الدقيقة في استجابة المريض أثناء التفاعل.

■ المستوى الثاني: هو انعكاس دقيق يعود إلى المريض حول مشاعره وأفكاره وسلوكياته الخاصة. فيقوم المعالج هنا بنقل مدى فهمه للمريض وأنه استمع لما قاله جيداً، ورؤيته لما فعله، وتحديد شكل استجابته.

■ المستوى الثالث: يقوم المعالج بفهم جوانب أخرى من خبرات واستجابة المريض للأحداث التي لم يتم إبلاغها مباشرة من قبل المريض. ويقوم المعالج بقراءة سلوك المريض، ويوضح له ما يشعر به، وما يرغبه، وما يفكر فيه، وما يقوم به فقط من خلال معرفة المعالج بما حدث للمريض. فعندما يكون المعالج قادراً على الربط بين الحدث والسلوك دون أن يحصل على أي معلومات عن السلوك نفسه؛ سيكون قادراً على التعبير عن الانفعالات والمعاني التي لم يعبر عنها المريض.

■ المستوى الرابع: يتم التحقق من السلوك من حيث أسبابه. ويستند التحقق من الصحة هنا إلى فكرة أن كل سلوك ناتج عن أحداث تحدث في الوقت المناسب، وبالتالي يمكن فهمها من حيث المبدأ. فإن السبب مبرر منطقي لحدوث السلوك. وعلى الرغم من أن المعلومات قد لا تكون متاحة لمعرفة الأسباب ذات الصلة بالسلوك، إلا أن مشاعر المريض وأفكاره وأفعاله يكون معناها كاملاً وواضحاً في سياق خبرات وحيات الفرد الحالية.

■ المستوى الخامس: يشير المعالج إلى أن هذا السلوك له ما يبرره ومنطقي، وذا مغزى وفعال في ضوء الأحداث الجارية، والأداء الحيوي، وأهداف حياة المريض. فيبحث المعالج عن ذلك ويعكس

فاعلية العلاج الجدلي السلوكي مع المرضى

إن تعلم تنظيم الانفعال يحدث بشكل طبيعي كلما كبرنا، وتنمو هذه المهارات تدريجياً، بسبب نضج الدماغ ودور من حولنا في تعليمنا كيفية تنظيم عواطفنا. على سبيل المثال، عندما نسقط وتنجرح ركبتنا، أو عندما نستيقظ في الليل ونحن نكي بسبب التعرض لكابوس، فإن الأم أو مقدمي الرعاية بشكل عام يحاولون تهدئتنا غالباً، ويُعلموننا كيفية القيام بذلك من تلقاء أنفسنا. أو عندما كنا نشعر بالغضب، فإن أحد مقدمي الرعاية سيخبرنا أن غضبنا منطقي ومفهوم، ومن ثم يساعدنا على معرفة ما يجب فعله للمساعدة في الحد من غضبنا. ولكن ليس كل شخص يتلقى هذا النوع من التدريب، ولكن إذا كنت لا تتعلم تلقائياً كيفية تنظيم انفعالاتك، فلا يزال بإمكانك تعلم المهارات التي من شأنها مساعدتك على إدارة الانفعال بقدر من الوعي. حتى جاء العلاج الجدلي السلوكي بمهاراته للتدريب على التنظيم الانفعالي، إذ إن الفرضية الأساسية الكامنة وراء العلاج المعرفي السلوكي هو أن انفعالاتنا، وأفكارنا، وسلوكياتنا كلها مترابطة، وأن تغيير جانب واحد من هذه الجوانب، يمكن أن يترك أثراً على الجانبين الآخرين. وبعبارة أخرى، من خلال تغيير الطريقة التي نفكر بها في الموقف، يمكن أن تتغير المشاعر والسلوكيات الخاصة بنا في هذه الحالة. ومن خلال تغيير الطريقة التي نتصرف بها في موقف ما، يمكننا تغيير أفكارنا وانفعالاتنا، وهلم جرا. فمن خلال عمل لينهان مع المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، كان هناك الحاجة إلى ابتكار علاج جديد. كما هو الحال مع العلاج المعرفي السلوكي، وتنبع مهارات العلاج الجدلي السلوكي من الفرضية الأساسية أن مشاعرنا، وأفكارنا، وسلوكياتنا كلها مترابطة، ولكن أضافت لينهان مفاهيم اليقظة الذهنية والقبول لهذا المنطلق. وما يعنيه هذا في ضوء عدم التنظيم الانفعالي أن تتعلم كيف تصبح على بينة بخبراتك الشخصية، بما في ذلك المشاعر والأفكار والسلوكيات، وأن يكون هناك فرصة لإجراء تغييرات في أي من هذه المجالات. وتعد فكرة القبول بمنزلة مفتاح العلاج الجدلي السلوكي، على سبيل المثال، أن تتعلم القبول أو التعرف على انفعالاتك أفضل من محاولة دفعها بعيداً أو تجاهلها (Dijk, 2012).

ولكي يدرك معظم المرضى الذين سيشاركون في العلاج الجدلي السلوكي أن هناك مشاكل يريدون تغييرها. حتى لو كانت الرغبة الأولية للتغيير تأتي من الرغبة في الهروب من الآثار والعواقب السلبية أو تجنبها، ويقتنع المرضى في معظم الأحيان بأن شيئاً ما يجب أن يتغير - حتى ولو كان هذا الشيء هم أنفسهم. وهذا يفتح الباب للعلاج، ويقدم فرصة للمشاركة في عملية التغيير المتعمد. ولكن الرغبة في التغيير ليست كافية. فالمرضى في الواقع بحاجة إلى تحسين أدائهم. وبالإضافة إلى ذلك، فإن العديد من المرضى الذين تعمل معهم يصبحون غير ناجحين في العديد من محاولاتهم لمساعدة أنفسهم. ووظيفتنا كمعالجين هي تشجيع وبناء المهارات والحفاظ عليها، وتنشيط الدافعية، وتسهيل النجاح. ويعد تحقيق التوازن بين وجهات النظر القائمة على المهارات والأداء أمراً حيوياً (Dykstra & Charlton, 2008). ومع ازدياد الوعي بنتائج البحوث في العلاج الجدلي السلوكي، كان هناك طلب على التدريب العلاجي. وعندما يصبح هذا التدريب أكثر انتشاراً، يصبح من المهم

ومن ثم يقوم المعالج ببساطة بإعادة صياغتها بالرتابة نفسها للمريض، فمن المحتمل أن يبقى مزاج المريض كما هو، أو يزداد سوءاً. وبالتالي، فإن التواصل المتبادل المتوازن من خلال أسلوب الاستخفاف وعدم التجانس Irreverent style، الذي يهز المريض ويُخرجه عن مساره؛ ليساعده على استئناس المهمة العلاجية بشكل جيد. على سبيل المثال، قد يستخدم المعالج طريقة غير تقليدية، وغريبة بالنسبة للمريض. فالمعالج الذي كان مشاركاً للمريض في صراعه مع السلطة، يتحول مستوى صوته فجأة، فيضحك ويقول "أنت تعرف، هذه اللحظة هي ليست مجرد الأسود والأبيض كما كنت أظن". إن المرأة التي تظن أن خطر فقدان زوجها له تأثير كبير على الأزمات الانتحارية "أنظري، إن تجريح ذاتك وترك الدم في جميع أنحاء الحمام ليس إلا تدمير لأي أمل في وجود علاقة حقيقية مع زوجك" أو قد يقول المعالج إلى مريض جديد "نظراً لأنك قد اعتدت على اثنين من المعالجات الثلاثة الآخرين، دعنا نبدأ مع ما أدى إلى ذلك، وكيف أنه لن يحدث معي. فأنا سأكون عديم الفائدة لك إذا كنت خائف منك". ويتضمن أسلوب التواصل غير المتجانس أو الاستخفاف استخدام نغمة المواجهة، وذلك باستخدام الفكاهة أو الصياغة غير التقليدية، وكثافة التآرجح، في بعض الأحيان التعبير عن القدرة المطلقة أو العجز عن مواجهة مشاكل المريض (Dimeff & Koerner, 2007).

استراتيجيات إدارة الحالات

وتعد استراتيجيات إدارة الحالات في العلاج الجدلي السلوكي مهمة لتعزيز تعميم المهارات، وأكثر تحديداً من المفهوم التقليدي لإدارة الحالات، وتشمل هذه الاستراتيجيات التشاور مع المريض، والتدخل البيئي، والتشاور مع المعالج. بالإضافة إلى تطبيقها على نطاق واسع، فتختلف استراتيجيات إدارة الحالات في العلاج الجدلي السلوكي جذرياً عن النماذج الأخرى لإدارة حالة المريض بسبب الاعتماد القوي على نظرية التعلم الاجتماعي، والتركيز الأساسي على الأساليب التي تعلم المريض باستمرار ضمن إطار اجتماعي حيوي وفلسفة جدلية. والدور الأساسي للمعالج هو استشارة المرضى حول كيفية إدارة شبكاتهم الاجتماعية أو المهنية، دون الحاجة إلى التشاور مع الشبكة الاجتماعية نفسها حول كيفية إدارة المريض (Linehan, 1993a). فالأفراد الذين يستوفون معايير اضطراب الشخصية الحدية في كثير من الأحيان لديهم أكثر من معالج، وبالتالي تم تطوير عدد من الاستراتيجيات لمساعدة المعالج على إدارة العلاقات مع المعالجات الآخرين وأفراد الأسرة. وتتمثل في استراتيجية التشاور مع العميل التي تؤكد على التغيير، حيث يتشاور المعالج مع المريض حول كيفية التعامل مع العلاقات مع مقدمي العلاج الآخرين وأفراد الأسرة، بدلاً من التشاور بشكل مباشر مع مقدمي العلاج الآخرين وأفراد الأسرة أنفسهم حول كيفية التعامل مع المريض. وهذا يعني أن المعالج لا يجتمع مع المهنيين الآخرين بشأن المريض، ولكن بدلاً من ذلك يكون العميل حاضرًا في اجتماعات تخطيط العلاج (ويفضل أن يكون قد قام بإعدادها) (Dimeff & Koerner, 2007).

(العاسمي، 2017).

كما أظهرت نتائج الدراسات السابقة فاعلية العلاج الجدلي السلوكي في التحكم في الغضب، والتنظيم الانفعالي للأطفال المتنمرين، وخفض السلوك الاندفاعي والتخريبي للمراهقات، وتحسين مستوى التوافق الزواجي لدى المعلمات المتزوجات، وانخفاض في أعراض الاكتئاب واليأس، والضيق النفسي العام، وزيادة التوافق الاجتماعي لدى ضحايا العنف الأسري من النساء، لرفع درجة الكفاءة الذاتية وخفض سلوك التشويه الجسدي لدى المساجين. (عائشة، 2018؛ Ziraki & Hassan, 2017؛ أبو عيطة، والشمايلة، 2017؛ حسين، 2016؛ Iverson & Shenk, 2009).

دور العلاج الجدلي السلوكي في مساعدة المعالجين

يطالب العلاج الجدلي السلوكي المعالجين، تعليم المرضى مهارات وسلوكيات جديدة بطريقة منظمة؛ لكي تساعدهم على الانتقال من الشعور بالتعاسة والبؤس إلى تطوير الحياة التي يريدونها، كما يساعد العلاج الجدلي السلوكي على تخفيف قلق الممارسين وتمكنهم من استهداف السلوكيات بطريقة منطقية. يطالب العلاج الجدلي السلوكي المعالجين، تعليم المرضى مهارات وسلوكيات جديدة بطريقة منظمة؛ لكي تساعدهم على الانتقال من الشعور بالتعاسة والبؤس إلى تطوير الحياة التي يريدونها، كما يساعد العلاج الجدلي السلوكي على تخفيف قلق الممارسين وتمكنهم من استهداف السلوكيات بطريقة منطقية. ويجب أن تكون أساليب ونماذج العلاج الجدلي السلوكي موجودة إذا كان الممارس يريد القيام بأسلوب متكامل لهذا العلاج، فيجب على الممارس، على الأقل، تقديم الخدمات الآتية:

■ تقديم العلاج الجدلي السلوكي الفردي على أساس الأهداف ذات الأولوية، وذلك باستخدام السجلات اليومية وغيرها من الأساليب الأخرى.

■ التدريب على المهارات التي تم عرضها سابقاً (اليقظة الذهنية، وتجاوز المحنة، والعلاقات الفعالة، وتنظيم الانفعال).

■ التدريب بالهاتف، إذ يمكن للمرضى التحدث إلى الممارس بين الجلسات لتبادل الأخبار الجيدة، وإصلاح قضايا العلاقات الفعالة مع الآخرين، والأهم من ذلك، تلقي التدريب على كيفية استخدام المهارات اللازمة لتجنب السلوكيات غير الآمنة.

■ التشاور مع البيئة المحيطة (بما في ذلك الآباء) من أجل ضمان ممارسة المهارات في البيئة الطبيعية، وأن السلوكيات التكيفية يتم تعزيزها بشكل ناجح وفعال (Harvey & Rathbone, 2013).

استنتاج

عندما نتفحص آليات التغيير في العلاج الجدلي السلوكي، نجد أنه على الرغم من أن مسألة آليات التغيير قد تم تناولها إلى حد ما في كتابات لينهان وغيرها، إلا أن الدراسات بالكاد بدأت تعالج هذا الأمر. ويمكن معالجة ذلك من منظورين: (أ) إلى أي مدى تُعد جوانب معينة من العلاج مسؤولة عن تأثيراته الفعالة و (ب) مدى التغييرات التي تحدث للمريض الناتجة عن آثار العلاج والتي تتمثل

تقييم آثاره على سلوك المعالجين وعلى أداء المرضى على حد سواء. وتشمل أسئلة البحوث التدريسية ما يلي: ما التدريب المطلوب من أجل التأثيرات الفعالة؟، وهل تؤدي مستويات التدريب المنخفضة إلى تحسين النتائج أو تؤدي إلى حدوث مشاكل أكبر؟ وتتناول بعض الدراسات هذه الأسئلة. فاهتمت إحدى الدراسات بفحص فعالية العلاج الجدلي السلوكي للمرضى المنومين بالوحدات الداخلية، فلم يكن هناك أي تغيير في سلوكيات المرضى خلال مرحلة التدريب لمدة (10) أشهر. كما وضعت تروبين، ستوارت، بيتش، وبويسكي (2002) Trupin, Stewart, Beach & Boesky برنامجاً للعلاج الجدلي السلوكي للمحتجزات الأحداث الجانحين. وتلقى موظفو وحدة واحدة من مركز إعادة تأهيل الأحداث تدريباً لمدة (80) ساعة من تدريب العلاج الجدلي السلوكي، ولم يتلق الموظفون في وحدة أخرى سوى (16) ساعة من التدريب، ولم يتلق الموظفون في وحدة ثالثة أي تدريب. على مدار تدخل مدته (10) أشهر، وكان هناك انخفاض ملحوظ في كل من مشاكل سلوك الشباب واستجابات الموظفين العقابية بالوحدة التي تلقت مستوى أعلى من التدريب (80 ساعة)، ولم يظهر هذا الانخفاض لدى المجموعة التي تلقت قدرًا أقل من للتدريب، بل ازدادت استجابات الموظفين العقابية بالوحدة (Rob- ins & Chapman, 2004).

ويتعلم مرضى العلاج الجدلي السلوكي التعامل بفاعلية والتغلب على الضغوط وتقبل الحياة، ومعايشة تجربتهم لحظة بلحظة. وهناك عنصران من العلاج الجدلي السلوكي - التوجه الجدلي واليقظة الذهنية - حيث يُعدان ثورة حقيقية في الأساليب العلاجية. فيتمثل التوجه الجدلي بديلاً لمفهوم «إنني أفكر بطريقة خطأ» أو التوجه نحو دحض بعض الأفكار الخطأ بأفكار أخرى أكثر عقلانية. ويبدأ العلاج الجدلي السلوكي مع فكرة أن تجربة القبول Acceptance والتحقق من الصحة يضع الأساس للتغيير، ويُعد بمنزلة وقود التغيير، ويجعل التغيير ذا مغزى وأكثر احتمالاً. وتعتبرنا اليقظة الذهنية صورة أوضح فيما يتعلق بطبيعة الأفكار. فنبدأ في إدراك أن الأفكار تأتي في "الوعي بطريقة تلقائية ولا نستطيع السيطرة عليها. ونبدأ في إدراك أن الأفكار غير واضحة أو ظاهرة المنشأ، فإنها تظهر وتختفي، وتؤدي إلى أفكار أخرى، وأنها تتغير. نحن نقبل أن الأفكار هي الأفكار، وهذا الذي يجعلنا منفتحين على العالم من حولنا" (Bein, 2013, 2, 4).

ولا تقتصر الفائدة من العلاج الجدلي السلوكي على حالات اضطرابات الشخصية الحدية، أو سوء استخدام المواد النفسية، أو اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، أو حالات إيذاء الذات، ولكنها قد تمتد إلى خدمة الأفراد العاديين الذين لديهم درجة من سوء التنظيم الانفعالي، والاندفاعية، والخلل في العلاقات بين الشخصية، فالأسوياء بحاجة إلى إيجاد حالة من فهم ذاتهم ودوافعهم وتكوين علاقات فعالة.

ويستخدم العلاج الجدلي السلوكي أيضاً مع اضطراب الهوية الشخصية، واضطرابات المزاج (الاكتئاب ثنائي القطب)، واضطرابات القلق، وضغوط ما بعد الصدمة، والقلق العام، واضطراب الهلع، واضطراب القلق الاجتماعي، واضطرابات الأكل، وتعاطي المخدرات، وإيذاء الذات وخصوصاً في سن المراهقة، والمشكلات والصراعات الزوجية، والعلاقات السلبية مع الآخرين

إلى فعاليته في عدد من الاضطرابات النفسية الأخرى كاضطراب نهم الطعام، و اضطراب فرط الحركة، ونقص الانتباه، والإدمان لدى فئات عمرية مختلفة.

5. إجراء مزيد من الدراسات حول تعديل السلوك اللاتوافقي وفق العلاج الجدلي السلوكي.
6. إجراء المزيد من الدراسات لإيجاد صيغ أكثر اختصاراً لتنفيذ هذا النوع من العلاج.
7. فحص دور كل مهارة من المهارات السلوكية للعلاج الجدلي السلوكي على حدة (كمهارات تنظيم الانفعال، والعلاقات الفعالة، وتجاوز المحنة، واليقظة الذهنية) في تحقيق التوافق النفسي للمرضى النفسيين.
8. محاولة التأصيل الإسلامي للعلاج الجدلي السلوكي، فالدين الإسلامي يدعو للوسطية، وعدم التطرف، أو إدراك الحياة بلونين إما الأسود أو الأبيض.
9. لا نكتفي بدور العلاج الجدلي السلوكي في خفض الأعراض المرضية للمرضى، ولا نغفل دوره في مساعدة المعالجين، لأنه يساعد على تخفيف قلق الممارسين، وتمكنهم من استهداف السلوكيات بطريقة منطقية.

المراجع

1. أبو زيد، أحمد (2017). فاعلية التدريب على اليقظة العقلية كمدخل سلوكي جدلي في خفض صعوبات التنظيم الانفعالي لدى الطالبات ذوات الشخصية الحدية وأثره على أعراض هذا الاضطراب. مجلة الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، 1 (51)، 1 - 68.
2. أبو عيطة، سهام والشمايلة، آلاء. (2017). فاعلية الإرشاد الجمعي المستند الى العلاج الجدلي السلوكي في خفض الاندفاعية والسلوك التخريبي لدى طالبات الصف العاشر. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 13 (4)، 433 - 448.
3. التلمساني، مي. (1998). ديانة الزن و فلسفة الجمع بين المتناقضات. إبداع، 16 (2)، 105 - 115.
4. حسين، دعاء (2016). فاعلية كل من العلاج الجدلي السلوكي والعلاج بالتعقل في تخفيف أعراض اضطراب الشخصية الحدية وأثر كل منهما في تحسين التوافق الزواجي لدى عينة من معلمات التعليم الأساسي المتزوجات. (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، كلية التربية، جامعة سوهاج، مصر.
5. سليمان، عبد الرحمن سيد. (2010). العلاج السلوكي الجدلي كعلاج لسلوك تدمير الذات: إطار نظري. مجلة علم النفس، 23 (84)، 6 - 27.
6. الشمايلة، آلاء علي محمد. (2016). فاعلية الإرشاد الجمعي المستند للعلاج الجدلي السلوكي في خفض الاندفاعية والسلوك التخريبي لدى طالبات الصف العاشر. (رسالة ماجستير غير منشورة)، الجامعة الهاشمية. كلية الدراسات العليا، الأردن.
7. للعاسمي، رياض (2017). العلاج الجدلي السلوكي. [http:// borderli-neinarabic.blogspot.com/ 2017/ 05/ blog- post_8. html](http://borderli-neinarabic.blogspot.com/2017/05/blog-post_8.html)
8. العريان، أشرف (2018). فاعلية برنامج سلوكي جدلي لعلاج اعراض

في التغيرات في الأعراض والأداء الوظيفي.

ويتمثل المنظور الأول أن أحد الركائز الأساسية للعلاج الجدلي السلوكي هي أن الجمع بين التدريب على المهارات والعلاج الفردي هو أمر حاسم لنجاح علاج المرضى متعددي المشكلات، ومع ذلك فمن غير المعروف إلى أي مدى يكون لهذه الطرق والجوانب العلاجية أمر بالغ الأهمية في فعالية العلاج. وقد ترتبط العديد من الصعوبات في اضطراب الشخصية الحدية بالعجز أو الخلل في مهارات تنظيم الانفعالات، والتي تسهم في ضعف وخلل مهارات العلاقات الشخصية، ومهارات تجاوز المحنة، ومهارات اليقظة الذهنية. ومن المتوقع أن يساعد العلاج والتدريب على هذه المهارات، من بين أمور أخرى، على مساعدة المرضى في تطوير قدرات أكبر للتفاعل الاجتماعي بشكل فعال، وتنظيم مشاعرهم، والتجاوز عن المحن، وتمنع السلوكيات التي توفر حل قصير الأجل (مؤقت) ، ولكنها قد تؤدي إلى مشاكل مستمرة طويلة الأجل، وأن يكونوا أكثر وعياً بحالتهم الداخلية الحالية والبيئة الخارجية، وأن يكونوا أقل نقداً واندفاعية في إصدارهم للأحكام. ومن المتوقع أن يؤدي تطوير مثل هذه المهارات إلى مجموعة متنوعة من نتائج الصحة النفسية الإيجابية.

أما بشأن المنظور الثاني، بالإضافة إلى دراسة الأهمية النسبية لعناصر العلاج، يمكن للفرد أن يسأل: هل يؤثر العلاج على النتائج العيادية بسبب تأثيره على خصائص المريض التي يستهدفها هذا العلاج على وجه التحديد؟ على سبيل المثال، هل يؤدي العلاج الجدلي السلوكي إلى تحسينات في تنظيم المشاعر للمرضى وغير ذلك من المهارات؟ ، وإذا كان الأمر كذلك، إلى أي مدى تكون هذه التحسينات مسؤولة عن المكاسب العلاجية التي تم الإبلاغ عنها في نتائج الدراسات؟ وقد تبين من بين مريضات اضطراب الشخصية الحدية ممن لديهن سلوكيات انتحارية زائفة في أثناء العلاج الجدلي السلوكي أنهن أظهرن استراتيجيات حل مشكلات غير ملائمة في التعامل مع الآخرين، وقد ينبئ ذلك بسلوكيات انتحارية لاحقة. فالمقصود هنا هو البحث عن آثار العلاج على هذه السلوكيات أو غيرها من خصائص المريض الأخرى. وقد بدأت مجموعات بحثية عدة في معالجة هذه الأسئلة (Robins & Chapman, 2004).

التوصيات والاقتراحات

يوصى الباحثان بالآتي:

1. الاستعانة بالعلاج الجدلي السلوكي في الاضطرابات النفسية التي تحتاج في علاجها إلى ضبط الانفعالات الحادة التي يفشل العلاج المعرفي السلوكي في خفضها.
2. يُعد أسلوباً جيداً لحل مشكلة مقاومة المرضى للعلاج، لأنه يساعد على تحسين الدافعية للعلاج.
3. عدم التقييد بإجراء فنيات العلاج الجدلي السلوكي داخل السياق العيادي الفردي والجمعي، بل يجب أن يكون هناك ندوات ومحاضرات تثقيفية تعتني بتعليم مفاهيم وقواعد العلاج الجدلي السلوكي لمجتمع الأسوياء.
4. عدم الاكتفاء باستخدام العلاج الجدلي السلوكي في علاج اضطراب الشخصية الحدية والاكنتاب، فقد أشارت الدراسات

- meditation with cognitive and behavioural therapies: The challenge of combining acceptance- and change- based strategies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (13), 863-869.
19. Linehan, M. (1993a) . *Cognitive- behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.
 20. Linehan, M. M. (1993b) . *Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse*. NIDA research monograph, 137, 201- 201.
 21. Linehan, M. M. , Cochran, B. N. , & Kehrer, C. A. (2001) . *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder*. *Clinical handbook of psychological disorders: A step- by- step treatment manual*, 4, 365- 420.
 22. Livesley, W. J. (Ed.) . (2001) . *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. Guilford Press.
 23. Lynch, T. R. , Chapman, A. L. , Rosenthal, M. Z. , Kuo, J. R. , & Linehan, M. M. (2006) . *Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations*. *Journal of clinical psychology*, 62 (4) , 459- 480.
 24. Marra, T. (2004) . *Depressed and anxious: The dialectical behavior therapy workbook for overcoming depression and anxiety*. New Harbinger Publications.
 25. McKay, M. , Wood, J. C. , & Brantley, J. (2010). *The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation and distress tolerance*. Read How You Want. com.
 26. McMMain, S. , Links, P. , Gnam, W. , Guimond, T. , Cardish, R. , Korman, L. & Streiner, D. (2009) . *A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. *Am J Psychiatry*, 166 (12) , 1365- 1374.
 27. McMMain, S. , & Wiebe, C. (2013). *Psychotherapy Essentials to Go: Dialectical Behavior Therapy for Emotion Dysregulation*. WW Norton & Company.
 28. Miller, A. L. , Rathus, J. H. , & Linehan, M. M. (2006) . *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. Guilford Press.
 29. Pederson, L. , & Pederson, C. S. (2011) . *The Expanded Dialectical Behavior Therapy Skills Training Manual: Practical DBT for Self- help, and Individual and Group Treatment Settings*. PESI Publishing & Media.
 30. Pederson, L. D. (2015) . *Dialectical behavior therapy: A contemporary guide for practitioners*. John Wiley & Sons.
 31. Rathus, J. H. , & Miller, A. L. (2014) . *DBT® skills manual for adolescents*. Guilford Publications.
 32. Robins, C. J. (2003) . *Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy*. *Cognitive and behavioral practice*, 9 (1) , 50- 57.
 33. Robins, C. J. , & Chapman, A. L. (2004) . *Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions*. *Journal of personality disorders*, 18 (1) , 73- 89.
 34. Robins, C. J. , & Rosenthal, M. Z. (2011) . *Dialectical behavior therapy. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*, John Wiley & Sons, 164- 192.
 35. Safer, D. L. , Telch, C. F. , & Chen, E. Y. (2009) . *Dialectical behavior therapy for binge eating and bulimia*. Guilford Press.
 36. Sahrnavard, S. & Miri, M. (2018) . *A comparative study of the effectiveness of group- based cognitive behavioral therapy and dialectical behavioral therapy in reducing depressive symptoms in Iranian women substance abusers*. *Psicologia*
- الاندفاعية المؤدية لاحتمالات إيذاء الذات لدى عينة من مضطربي الشخصية الحدية (أطروحة دكتوراه غير منشورة) ، كلية الآداب، جامعة المنصورة، المنصورة، مصر.
9. النيسابوري، أبي الحسين مسلم بن الحجاج القشيري (2007) . صحيح مسلم. الرياض، دار طيبة للنشر والتوزيع.
1. Bein, A. (2013) . *Dialectical Behavior Therapy for Wellness and Recovery: Interventions and activities for diverse client needs*. John Wiley & Sons.
 2. Brodsky, B. S. , & Stanley, B. (2013). *The dialectical behavior therapy primer: How DBT can inform clinical practice*. John Wiley & Sons.
 3. Chapman, A. , Gratz, K. , & Tull, M. (2011) . *The dialectical behavior therapy skills workbook for anxiety: Breaking free from worry, panic, PTSD, and other anxiety symptoms*. New Harbinger Publications.
 4. Chapman, A. L. , & Rosenthal, M. Z. (2016) . *Managing therapy- interfering behavior: Strategies from dialectical behavior therapy*. American Psychological Association.
 5. Chen, E. Y. , Cacioppo, J. , Fettich, K. , Gallop, R. , McCloskey, M. S. , Olino, T. , & Zeffiro, T. A. (2017) . *An adaptive randomized trial of dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for binge- eating*. *Psychological medicine*, 47 (4) , 703- 717.
 6. DIJK, S. (2012A) . *DBT made simple- A Step- by- Step Guide to Dialectical Behavior Therapy*. Oakland, New Harbinger Publications.
 7. Dijk, S. (2012B) . *Calming the emotional storm: Using dialectical behavior therapy skills to manage your emotions and balance your life*. New Harbinger Publications.
 8. Dijk, S. (2013) . *DBT Made Simple: A Step- by- step Guide to Dialectical Behavior Therapy*. New Harbinger Publications.
 9. Dimeff, L. A. , & Koerner, K. E. (2007) . *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. Guilford Press.
 10. Dimeff, L. , & Linehan, M. M. (2001) . *Dialectical behavior therapy in a nutshell*. *The California Psychologist*, 34 (3) , 10- 13.
 11. Dykstra, E. , & Charlton, M. (2008) . *Dialectical behavior therapy skills training: adapted for special population*. Unpublished manuscript, Aurora Mental Health Center, Intercept Center, 16905.
 12. Fleming, A. P. , McMahon, R. J. , Moran, L. R. , Peterson, A. P. , & Dreesen, A. (2015) . *Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students*. *Journal of attention disorders*, 19 (3) , 260- 271.
 13. Friedman, H. S. (2015) . *Encyclopedia of mental health*. Academic Press.
 14. Fulton State Hospital, (2004) . *Dialectical Behavior Therapy Skills Handbook*.
 15. Harvey, P. & Rathbone, B. H. (2013) . *Dialectical behavior therapy for at- risk adolescents: A practitioner's guide to treating challenging behavior problems*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
 16. Iverson, K. & Shenk, S. (2009) . *Dialectical Behavior Therapy for Women Victims of Domestic Abuse: A Pilot Study*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40 (3) , 242-248.
 17. Katsakou, C. (2014) . *Making Sense of Dialectical Behavior Therapy*. National Association for Mental Health, 1- 15.
 18. Lau, M. A. , & McMMain, S. F. (2005) . *Integrating mindfulness*

Reflexão e Crítica, 31 (15), 1- 8.

37. Swales, M. A. (2009) . *Dialectical Behaviour Therapy: Description, research and future directions. International Journal of Behavioral Consultation and Therapy, 5 (2) , 164.*
38. Ziraki F. & Hassan T. (2017) . *Investigating the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in Clinical Symptoms, Anger Control and Emotional Regulation of Bully Children. International Journal of Clinical Medicine, 8, 277- 292.*