

صياغة الحالة في ضوء النموذجين المعرفي السلوكي والجدلي السلوكي في الممارسة الإكلينيكية

أ.د. / محمد نجيب أحمد الصبوة

أستاذ علم النفس الإكلينيكي والعلاج النفسي بجامعة القاهرة

ملخص :

هدفت هذه الورقة البحثية إلى المقارنة بين صياغة الحالة المرضية في ضوء كل من النظرية المعرفية السلوكية في مقابل النظرية المعرفية الجدلية السلوكية (النموذج المعرفي السلوكي في مقابل النموذج الجدلي السلوكي). كما بينت أن صياغة الحالة في ضوء أي منظور نظري أو أكثر، تمر بأربع مراحل، هي: (١) اختيار المعالج النفسي لأي منظور نظري أو أكثر بشرط أن يكون التكامل بينهم من المنظور الحديث، (٢) يتم اختيار أدوات الفحوص النفسية من هذه النماذج والنظريات النفسية العلمية للوقوف على قوائم المشكلات التي تعاني منها الحالة المرضية، (٣) يتم وضع خطة العلاج النفسي في شكل أهداف علاجية نفسية طويلة المدى، وأهداف علاجية فرعية قصيرة المدى تتسم بالقابلية للقياس والتكرار وإعادة الإنتاج والتنفيذ والتطبيق العملي الإجرائي في ضوء كل من النموذجين المعرفي والجدلي السلوكي. (٤) يتم فهم أسباب منشأ الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض النفسي، وكتابة تقرير نفسي عن الحالة المرضية، بحيث يعكس تعقيد الخبرة الإنسانية المرضية. وتبين من عرض هذه الورقة، أن العلاج المعرفي - السلوكي أكثر ملاءمة لمرضى المحور الأول، وأن العلاج الجدلي السلوكي أشد ملاءمة لمرضى المحور الثاني الذي يندرج عليه اضطرابات الشخصية والإدمانات، والاضطرابات النمائية والارتقائية. وتبين من المقارنة أن صياغة الحالة من المنظور المعرفي - السلوكي أقل تعقيداً في حين أنها أشد تعقيداً من المنظور الجدلي السلوكي، ويحتاج تطبيق العلاج الجدلي السلوكي إلى وقت أكثر وعدد من الجلسات أضعاف عدد جلسات العلاج المعرفي السلوكي، كما يحتاج إلى تدريب قاسي ومكثف وطويل المدى. كما تبين أن العلاج المعرفي السلوكي أصبح جزء من أي برنامج للعلاج الجدلي السلوكي. كذلك تبين أن النمطين من العلاج يتمتعان بمؤشرات مرتفعة لكل من الكفاءة أو الفعالية والتأثير بالمقارنة بأنماط العلاجات النفسية الأخرى بما في ذلك الأدوية النفسية المفعول، سواء تم تقديمه لمرضى المحور الأول أم لمرضى المحور الثاني من الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية الصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية.

مقدمة :

يقصد بصياغة الحالة **Case Conceptualization** "قدرة المعالج النفسي الإكلينيكي على كتابة تقرير نفسي إكلينيكي **Clinical Psychological Report** عن حالة المريض النفسي بشكل يعكس تكامل النظرية النفسية التي يتبناها المعالج النفسي مع ممارساته المهنية العيادية، ويعكس تكامل مجالات تعقيد الخبرة النفسية المرضية البشرية التي يرويها المريض النفسي، وتوظيف علم المعالج النفسي وخبراته العيادية وأسلوبه الشخصي في الكتابة العلمية المهنية، وفي مهارات الفحص الشامل والتقدير النفسي الإكلينيكي، وفي مهارات وضع خطط العلاج النفسي، وإجراءات تحقيق أهدافها" (محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٥، بيرل س. بيرمان، ٢٠٠٤، ٦٧).

ويندرج موضوع صياغة الحالة ضمن علم قواعد التشخيص والعلاج النفسي: نظريات نفسية علمية لصياغة الحالة، وتم وضع هذا العلم لتطوير دورين من أدوار الاختصاصي النفسي الإكلينيكي التي يوجهها نموذج العالم المهني **Scientist – Professional Model** ، هما التقدير النفسي الإكلينيكي **Clinical Psychological Assessment** ، ومختلف أنواع التدخل المهني **professional Intervention** (العلاج النفسي، والتدخل الوقائي، والتدخل التتموي، والتدخل بهدف تعديل الأفكار والمعتقدات والانفعالات وأنماط السلوك السلبي، والتدخل بهدف التأهيل المعرفي والعصبي الجسمي). ووضع خطط التدخل والعلاج النفسي في شكل أهداف علاجية طويلة المدى، وأهداف علاجية فرعية قصيرة المدى (الصبوة، ٢٠١٥ أ).

وهناك مجموعة من الضرورات ينص عليها التعريف السابق لصياغة الحالة، مؤداها :

[١] ضرورة الإحاطة بأشهر النظريات العلمية النفسية، من قبيل نظريات المذهب النفسي الدينامي والتحليل النفسي، ونظريات المذهب السلوكي، ونظريات المذهب المعرفي، ونظريات الاتجاه الإنساني، ونظريات الأنساق (العمل والمنزل للأسرة والصدقة ومؤسسة الأقران ومؤسسة الجيران، وغيرها من المؤسسات الأخرى كمؤسسة الزواج والخطبة وغيرها كثير)، والنظريات المنبثقة عن المذهب الخبري - العملي، ونظريات الاتجاه التكاملي في التدخل بالعلاج النفسي، وضرورة استيعابها واستيعاب ما انبثق عنها من مبادئ وقوانين قابلة للتطبيق المهني، ومن أساليب للتقييم النفسي، ومن أساليب للتدخل بمختلف أنواعه.

[٢] ضرورة التدريب على مهارات الفحص والمساعدة في عمليات التشخيص والتنبؤ، ووضع قوائم المشكلات التي تعاني منها أية حالة من الحالات المرضية أو المنحرفة أو الحالات التي تجمع بين المرض أو الاضطراب النفسي والانحراف، وأن يتم هذا التدريب على يد خبراء يجمعوا بين العلم والخبرة العملية والمهنية في التدخل والفحص الشامل والعلاج النفسي، والتدريس والإشراف والتدريب، ويكون لديهم خبرة طويلة في استنباط المظاهر التشخيصية من الوقائع والبيانات التي ترويها الحالات النفسية المرضية (الصبوة، ٢٠١٥ ب).

[٣] ضرورة الخضوع لمستويات متصاعدة من التدريب العملي، بهدف تنمية مهارات المعالج النفسي في المكونات الثلاثة لصياغة الحالة صياغة علمية مهنية، وهي مهارات إجراء المقابلات وتطبيق جميع بطاريات اختبارات الفحص الشامل بشقيه الموضوعي والذاتي، ومهارات استنباط قوائم المشكلات المعرفية والانفعالية والاجتماعية والجسمية والسلوكية، ووضع خطط علاجها، ومهارات صياغة الأهداف العلاجية طويلة المدى وقصيرة المدى مع توظيف الأساليب العلاجية التي تحقق هذه الأهداف الطويلة والفرعية العلاجية قصيرة المدى.

فوائد صياغة الحالة من المنظورين المعرفي - السلوكي والجدلي السلوكي المعياري :

ظهرت مجموعة من المصادر والمقالات البحثية، تحت الباحثين والمعالجين النفسيين ومهنيي الصحة النفسية بضرورة وضع صياغة وفهم دقيق لأية حالة مرضية نريد علاجها علاجاً نفسياً أو طبياً أو كليهما، وذلك بسبب الفوائد الجمة التي تمدنا بها، وأهمها الآتي :

١ - الكشف عن دور العوامل المهيئة والمرسبة (المفجرة للاضطرابات والأمراض النفسية والانحرافات الاجتماعية والأخلاقية والسلوكية).

٢ - اختيار أنسب نظرية علمية أو أكثر لتفسير منشأ هذا الاضطراب النفسي وتطوره وتفاقمه.

٣ - الكشف عن دور الأسباب والعوامل المعرفية والوراثية والاجتماعية والشخصية والانفعالية والجسمية المختلة في معرفة قوائم مشكلات الحالة المرضية أو الحالة المرضية التي تجمع بين مشكلات الاضطراب النفسي والانحراف السلوكي، أو التي تجمع بين تشخيصين أو أكثر.

٤ - اختيار أنسب أدوات الفحص والتشخيص والتنبؤ التي أمدتنا بها النظريات العلمية النفسية التي تم اختيارها، طبقاً لمبادئها والمفاهيم والفروض التي وفرتها لنا.

٥ - استنباط قوائم المشكلات المعرفية والانفعالية والاجتماعية والشخصية والجسمية والسلوكية التي تعاني منها الحالة المرضية النفسية، وإعادة صياغتها في شكل أهداف علاجية طويلة المدى وأهداف فرعية قصيرة المدى قابلة للقياس والتقييم وإعادة الإنتاج والتحقق من صحتها على محك الواقع.

٦ - اختيار أنسب طرق العلاج النفسي وأساليب التدخل المناسبة لكل مشكلة من المشكلات المرضية للحالة أو للمريض النفسي.

٧ - تحديد مجالات تعقيد الخبرة البشرية التي يرونها المريض النفسي، خاصة إذا تم تشخيصه على أكثر من محور من محاور التشخيص الطبي النفسي: التعديل الخامس، أو التصنيف الدولي للاضطرابات النفسية: التعديل الحادي عشر (APA., 2013, 268)؛ روبرت ليهي، (٢٠٠٤، ٨٧).

٨ - تحديد قدر كفاءة أي برنامج علاجي نفسي أو أي نوع من أنواع العلاج النفسي، وفعاليتته وتأثيره **it's efficacy and effectiveness** والنظريات النفسية العلمية التي انبثق عنها، إذا ما أجاب المعالج النفسي عن الأسئلة الستة الآتية :

أ (هل أساليب العلاج النفسي المستخدمة، كأساليب العلاج السلوكي أو أساليب العلاج المعرفي، أو أساليب العلاج المعرفي - السلوكي، أو أساليب العلاج الجدلي السلوكي التقليدي أو المعياري، أو أساليب العلاج بمعالجة المعلومات السلبية أو أساليب العلاج النفسي بالتقبل والالتزام والتعقل، أو أساليب العلاج التحليلي النفسي والنفسي الدينامي، إلى آخره التي بلغ عددها لدى الراشدين وكبار السن والمعمرين ٤٨٠ أسلوباً، ولدى المراهقين والأطفال ٢٤٠ أسلوباً (Allan Kazdin, 2017)، واضحة المعالم في ذهن المعالج النفسي؟

ب) وهل تتصل هذه الأساليب العلاجية بمشكلات الحالة المرضية والأهداف العلاجية التي نريد تحقيقها؟

ج (وهل هذه الأهداف العلاجية طويلة وقصيرة المدى أهداف واقعية، وتخفف معاناة المريض النفسي وتساعده في حل مشكلاته وزملائه المرضية؟.

د (وهل تم الاتفاق بين المعالج النفسي والمريض النفسي على تحقيق هذه الأهداف العلاجية؟.

هـ (وهل تتسق هذه الأهداف وقيم وطموحات المريض النفسي الخاصة بتلقي العلاج النفسي؟.

و (وهل هذه الأساليب العلاجية النفسية شديدة الكفاءة أو الفعالية والتأثير؟ (بيرمان، ٢٠٠٤، ١٨).

صياغة الحالة المرضية في ضوء النظريتين أو النموذجين المعرفي - السلوكي والجدلي السلوكي المعياري.

أولاً : النموذج أو النظرية المعرفية - السلوكية :

ترى النظرية المعرفية، وفقاً لتوجهات ألبرت إليس (Ellis, A., (2001)، إنه عندما يثور الانفعال المرضي أو السلوك الخاطيء بشدة داخل الإنسان كعاقبة وخيمة **negative consequence** ، ووقعت هذه العاقبة بسبب منبه أو حدث مثير منشط (**Activating Event (A)** ، فقد لا يكون هذا الحدث أو الضغط النشيط هو السبب الأساسي في حدوث الانفعال المرضي أو السلوك الخاطيء، ولكن السبب اليقيني هو اعتقادات الفرد اللاعقلانية (**Irrational Beliefs (B)** حوله، أو منظومة اعتقاداته حوله. ومن ثم فإنه عندما ينتج أو يحدث للفرد عاقبة سيئة، كالقلق الشديد مثلاً، فإن السبب الأساسي في حدوثها يكمن في اعتقادات الفرد اللاعقلانية التي تدور حول حدث ما، وعندما نفند هذه الاعتقادات الخاطئة، ونثبت بالأدلة الواقعية أنها غير عقلانية، فإننا نستطيع تحديدها عقلاً، ومن ثم تختفي هذه العواقب السيئة (الاضطرابات النفسية ذات الطبيعة الانفعالية وأنماط السلوك الشاذ أو الخاطيء)، وتتوقف عن الصدور أخيراً (محمد نجيب الصبوة، ٢٠١٥، ص١٥٨؛ Ellis, 2001, p.167).

إذاً أسباب المرض في نظر ألبرت إليس، هي وجود حدث منشط يثير المرض أو السلوك الشاذ أو الخاطيء، أو كليهما - كما في اضطرابات الشخصية - بسبب اعتقادات المريض اللاعقلانية حوله، ومن ثم تحدث له عواقب سيئة، ويرمز لهذا الثالث بالحروف ح م ع ABC حيث يشير الحرف (ح أ) للحدث التنشيطي، وحرف (م ب) يشير إلى معتقدات المريض اللاعقلانية حوله، بينما يشير حرف (ع ج) إلى العواقب الوخيمة أو الاضطرابات النفسية وأنماط السلوك الشاذ، وهذا يعني باختصار أن الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية الخاطئة ليس سببها الأحداث الخارجية أو الداخلية أو الضغوط، بل إن سببها المعتقدات اللاعقلانية حول هذه الأحداث الشاقة أو الضغوط، وتفسير هذه الأحداث الضاغطة بشكل خاطيء (الصبوة، ٢٠١٥، ١٥٩).

كما أن النظرية المعرفية - طبقاً لتوجهات آرون بيك (Beck, A., (1978, 2018)، وجوديث بيك (Beck, G., (2017) - تنطلق من افتراض علمي تجريبي Empirical مؤداه، أن الاضطرابات والأمراض النفسية والانحرافات الفكرية والاجتماعية والأخلاقية والانفعالات المختلة يكمن أحد أسبابها في الطريقة التي يفكر بها الناس حول خبراتهم في الحياة. وهذا يعني أن ما يحدث لنا أو لغيرنا من مشكلات واضطرابات ليس في الذات ولا في الأحداث والخبرات التي نمر بها في الماضي أو في الحاضر أو في المستقبل، وليست في الواقع أو العالم الذي نعيشه، وإنما تكمن هذه المشكلات والاضطرابات النفسية والانفعالات المختلة في إدراكنا وأفكارنا الآلية السلبية Negative Automatic Thoughts حول الذات والعالم من حولنا (شخصه وأحداثه) والمستقبل، وهذا ما يسمى بالثالث المعرفي (الصبوة، ٢٠١٥، ١٥٦).

ولذلك يرى بيك أن مرض الاكتئاب من النوبة الجسيمة وغيره من الاضطرابات النفسية، يصاب بها الأفراد بسبب مخططاتهم ومعتقداتهم السلبية وأفكارهم الآلية، وأخطاء التفكير والتشويهات المعرفية التي يقع فيها هؤلاء الأفراد عند إدراكهم وتفسيرهم للأحداث التي يمرون بها في حياتهم اليومية، كما ينتهون إلى استنتاجات وخلصات عن أنفسهم انطلاقاً من معلومات مشوهة لا علاقة لها بهم غالباً (Beck, 2005, 222).

وإذا كانت هاتان النظريتان المعرفيتان اللتين انتهتا إلى إننا إذا صححنا المعتقدات اللاعقلانية بأساليب منطقية، وإذا صححنا المخططات المعرفية والأفكار الآلية السلبية بأساليب واقعية استقرائية، يمكننا التخلص من الخلل في كل من الانفعال والسلوك؛ وإذا كانت هاتان النظريتان قد اعتمدت في صياغة كل منهما على حدة على نظرية جورج كيلي (G. Killy (1955)، في التكوين أو البناء الشخصي Personal Construct Theory، فإن منحي دونالد مايكينباوم (Donald Meichenbaum (1957) قد استمد فروضه من دراسات وبحوث عالم النفس الروسي المعروف باسم فيجوتسكي (Vygotsky (1962) الذي اكتشف تبادل التأثير بين التفكير واللغة، كما

اكتشف أن لحاء الشق السائد من الدماغ - سواء أكان الأيمن أم الأيسر في نظرية شقى الدماغ - يؤثر على كل من اللغة والمعالجة المتعاقبة للمعلومات **Sequential Processing** ، ولأن معظم أنماط السلوك التكيفي المعقد يتطلب الاعتماد على أداء سلسلة من أنماط السلوك المتسلسل أو المتعاقب، فقد انتهى فيجوتسكي إلى أن السلوك التكيفي المعقد - كاللغة أو التفكير - يحتاج إلى ترميز سلسلة من السلوكيات، ثم تسميعها حيث تثبت في الذاكرة، ثم فك هذه الرموز لتصبح أو لتتحول من أفكار وإدراكات ذهنية إلى لغة منطوقة يمكن أن يعبر من خلالها الفرد عن آلامه أو احتياجاته، أو ينفذها كتعليمات يمكنه الالتزام بها. وهذا ما لاحظته فيجوتسكي عند تعليم الأطفال سلوكاً جديداً صحيحاً أو فكراً سليماً، فقد لاحظ أن الأطفال تعلموا الطريقة التي يستخدمون بها اللغة التي توجههم لأداء سلوك محدد إذا ما التزموا بالخطوات الآتية : **أولاً** : يقوم الأطفال بترميز ودمج المهمة المعقدة المتسلسلة أو المتتالية في اللغة. **ثانياً** : يرددون الكلمات اللغوية بصوت مسموع (التسميع الذاتي) وهم يسلكون وفقاً لها وعند أدائهم لسلوك محدد. **ثالثاً** : ثم يخفضون أصواتهم بشدة، ويهمهمون بكلمات أثناء قيامهم بهذا السلوك، **ورابعاً وأخيراً** : ثم يقرر هؤلاء الأطفال أنهم يستطيعون أداء هذا السلوك المعقد من خلال الحديث الذاتي أو الحوار الذاتي مع أنفسهم (Hollon, & Diguiseppe, 2011, 206). وعلى هذا الأساس العلمي اكتشف ماكينباوم أن بعض الأفراد يفشلون في القيام بهذه العملية الفكرية وفقاً لهذا التتابع الدقيق تماماً، في حين أن آخرين قد يمكنهم ترميز أنماط السلوك التي يريدون القيام بها ببعض الطرق ويعجزون عن ترميزها بطرق وأساليب أخرى (Meichenbaum, 1977). ومن ثم فقد انتهى ماكينباوم إلى أن مرضى اضطرابات القلق إذا تم تدريبهم على هذه المهارة، سيتمكنون من تعلم الحديث أو الحوار الشخصي الإيجابي، الأمر الذي يخلصهم من الحوار الشخصي السلبي عن طريق تبديل رموزه وفكها، مما يجعلهم في النهاية يقومون بأداء السلوك التكيفي.

الخلاصة أن نظرية فيجوتسكي ونظرية جورج كيللي تم استخدامها كأساس لصياغة الحالة من منظور معرفي سلوكي، وكأساس لكل العلاجات المعرفية السلوكية، لأن المعتقدات اللاعقلانية والأفكار الآلية السلبية، والاتجاهات المختلة تنشأ من المخططات السلبية **negative schemas** التي اكتسبناها منذ مراحل الطفولة المبكرة وطورناها في محاولة منا لفهم أحداث الحياة التي نمر بها وتفسير خبراتنا حولها (Beck, 2005). ومن ثم فإن إعادة فهم هذه المخططات وتفسيرها إيجابياً قضية تمثل الهدف المركزي الأساسي للصياغة المعرفية السلوكية لأية حالة مرضية ولكل أساليب العلاج المعرفي - السلوكي (Young, Klosko, & Weishaar, 2004). إذاً هذه المرحلة الأولى عند صياغة الحالة من المنظور المعرفي السلوكي، فماذا عن النموذج الجدلي السلوكي المعياري **Normative Dialectical Behavioral Model** ، وماذا عن صياغة الحالة من خلال هذا المنظور؟.

ثانياً : النموذج الجدلي - السلوكي المعياري :

من المعروف أن صياغة الحالة والعلاج الجدلي السلوكي المعياري **normative** أو السياقي **Contextual** قد انطلق من نظرية مارشا لينهان (1993a) **Marsha Linehan** ، التي تسمى بالنظرية الحيوية الاجتماعية **Biosocial theory** . وترى فروض هذه النظرية، أن الاضطراب النفسي المعقد - من مثل اضطراب الشخصية البينية والإدمانات - اختلال شخصي معقد ومنظم في الوقت نفسه، يعكس تدهوراً حاداً في الأداء الوظيفي السوي، جوهره الاختلال الشديد في نسق تنظيم الانفعالات (أي أن الاستثارة الانفعالية تبدأ مرتفعة وحادة، ولا تعود إلى خط الأساس في بعض الحالات، أو تعود ببطء شديد في بعض الحالات الأخرى، ويدعمها استجابات البيئات الاجتماعية غير الصادقة المحيطة بالمريض الذي ينشأ فيها). وينتج عن هذا الاختلال المعرفي والاختلال الوظيفي في تنظيم الانفعالات الحادة ستة أنماط من السلوكيات تنتظم داخل ثلاثة أبعاد أساسية، لكل بعد منها قطبين متضادين، على طرف أحدهما يوجد سلوك موجه بيولوجياً (حيوياً) بواسطة التنظيم الانفعالي، وفي الطرف الآخر يوجد سلوك آخر يدعم اجتماعياً في بيئة متناقضة. هذه الأنماط الستة من السلوك، تمثل خصائص أو مشكلات الأفراد ذوي اضطراب الشخصية البينية ذوي الإدمانات السلوكية وغير السلوكية التي تتداخل مع عملية التغيير الإيجابي، وبالتالي تتداخل مع العملية العلاجية، سنعرض لها باختصار على النحو الآتي :

• **البُعد الأول :** الاستهداف للانفعال **Emotional Vulnerability** في مقابل عدم الصدق الذاتي عند وصف الواقع **Self - Invalidation** . هذا البعد يمثل أحد المعوقات الجدلية التي تحدد حيويًا بالاستهداف أو بالميل للانفعال الحاد (من مثل: الإحساس بفقد السيطرة أو أنك على حافة الهاوية؛ فالميل الانفعالي هو مرور الفرد بخبرات انفعالية حادة، وألم انفعالي طاحن). وعلى الصعيد الآخر، يحدد هذا الميل اجتماعياً بعدم الإقرار الصادق بالواقع (كراهية وازدراء الذات **Self - Contempt** ، ولوم الذات، وإنكار أو التهوين من الإنجازات). خلال هذا البعد، يتأرجح المرضى باضطراب الشخصية البينية بين الوعي الحاد بمعاناتهم الانفعالية الشديدة التي يعجزون عن السيطرة عليها، وهي معاناة لا تطاق، وبين شعورهم بالعجز عن إيقاف معاناتهم الانفعالية الخاصة، وإنكار الإنجازات أو النجاحات، شأنهم في ذلك شأن مرضى الاكتئاب الأساسي، ومرضى القلق المعمم، واضطراب كرب ما بعد الصدمة.

• **البُعد الثاني :** السلبية أو الاستسلام الشديد **Active Passivity** في مقابل الكفاءة الظاهرة **Apparent Competence** . ويمثل هذا البعد، الميل نحو السلبية الشديدة في مقابل السلوك الاجتماعي كعملية وسيطة للكفاءة الظاهرة أو الظاهرية، وقد يؤدي هذا القطب إلى الغضب، والإحساس بالذنب، أو الخزي من جزء أو جانب معين في الشخصية، بالإضافة إلى ميل المعالج إلى المبالغة في تقدير إمكانات المريض أو التقليل منها، وتعرف السلبية الشديدة بأنها الانهزام

والاستسلام عند حل المشكلات الشخصية والسعي حثيثاً لإشراك الآخرين في حل تلك المشكلات؛ فيمكن النظر إليها على إنها ميل المريض الشديد لتجنب مواجهة أية مشكلات مستقبلية، حيث إن مرضى اضطراب الشخصية البينية يظهرون وكأنهم لا يمتلكون القدرة على تنظيم ذواتهم داخلياً خاصة عندما يتطلب هذا التنظيم الاعتماد على سلوكيات مستقلة عن الانفعال **Non mood-Dependent Behaviors** ، حيث يظهرون سلبية حادة بحيث تتحكم فيهم بيئاتهم الخارجية، وليس بواسطة حواراتهم الشخصية واختباراتهم وقراراتهم الداخلية، ومن ثم فإنهم يعدون نموذجاً فذاً في العجز عن التنظيم الانفعالي وسوء العلاقات الاجتماعية وبين الشخصية، في الوقت الذي يعجزون فيه عن السيطرة على البيئة الخارجية بمعناها الشامل.

- أما الكفاءة الظاهرة، فتشير إلى ميل المعالج إلى المبالغة في تقييم الإمكانيات الفردية للشخص ذي اضطراب الشخصية البينية أو المرض، أو يشير إلى عدم صدق المعالج عند وصف إمكانيات مريضه، فتلك الخاصة أو البعد تحدد بواسطة سلوكيات المعالج وليس المريض، وهذا الفشل في تقييم صعوبات المريض يؤدي إلى تأثير شديد على المريض ذاته، ليس لأنهم لم يتلقوا المساعدة التي يحتاجونها، ولكن لأن معاناتهم وألمهم الانفعالي يصعب تقديره أو الصدق في تقديره، مما يؤدي إلى الإحساس لديهم بأن لا أحد يفهمهم، أو يكون صادقاً في الحكم على معاناتهم.

- **البُعد الثالث** : الحزن أو الاكتئاب المكفوف **Inhibited Grief** في مقابل النظر للحياة الاجتماعية على إنها سلسلة من الكوارث الطاحنة **Unrelenting Crisis** . ويقصد به ميل مريض اضطراب الشخصية البينية للتعامل مع الحياة وتجربتها على إنها سلسلة من الكوارث الشديدة في ظل معاناته من الكآبة الشديدة (على سبيل المثال، العجز أو الخوف من المرور بالمشاعر المرتبطة بصدمة أو فقد)، لأن المريض يمر بقطبي هذا البعد بالشكل الذي يجعله يعاني وكأنه في حرب مع الواقع الذي يعيشه، على سبيل المثال، محاولات كف استجابة انفعالية مرتبطة بكارثة حالية قد تكون محاولات سلوكية مشكلة تزيد من الكوارث القائمة بالفعل. والكارثة تعرف بأنها مجموعة المشكلات متطرفة الشدة مع الضغط على المريض بضرورة حلها سريعاً.

ومن هنا نشير إلى أن الحل المثالي لتلك المعضلات الجدلية للمعالج والمريض هي العمل في اتجاه الوصول إلى موقف متوازن يمثل مؤلفاً جديداً من الأقطاب المتناقضة، يسمى بالعلاج الجدلي السلوكي، الذي سيوازن بين جعل المريض يفهم واقعه المرير وأسبابه بحيث يتقبله وبين خطط وأساليب التغيير الإيجابي في سياق مفاده المصدقية وتحمل الكرب النفسي حتى يحدث التحسن وبعض الشفاء في كل قطاع من القطاعات الأربعة (التعقل الواعي، والتأثير بين الشخصي، ومهارات تحمل الكرب النفسي، ومهارات التنظيم الانفعالي) اعتماداً على القطاع الأول الذي يجمع بين التحليل

الوظيفي للسلوك، والحوار الجدلي، أو التدريب على أساليب العلاج الجدلي، والإقرار بالواقع، ومعاونة المريض بقدر كبير من المصادقية (Linehan, and Dexter-Mazza, 2008, 305-372).

النظريات والأسس الفلسفية لصياغة الحالة من منظور جدلي سلوكي :

تم اشتقاق النموذج العلمي لصياغة الحالة من المنظور الجدلي السلوكي السياقي أو المعياري من مجموعة من النظريات والأسس الفلسفية، نعرض لها باختصار على النحو الآتي :

أولاً : السلوكية الأصولية **Radical Behaviorism** :

السلوكية الأصولية عبارة عن منحى أو مدخل مميز وبارز، يقع داخل تقاليد العلاج السلوكي (الموجة الأولى)، والعلاج المعرفي - السلوكي (الموجة الثانية، الذي نتج عن جهود التيار الأساسي لعلم النفس الإكلينيكي المعاصر). وترجع جذورها إلى الفلاسفة السلوكيين شديدي التطرف من حيث تطبيق المنهج العلمي والمشاهدة والتجريب البحت في علم النفس عموماً وفي المجال السلوكي والمعرفي - السلوكي، بصفة خاصة. ومن أهم علماء النفس السلوكيين، بافلوف وجون واطسون وثورندايك، ب.أ.سكنر، وجائري، وكلارك هل. وتبعهم في ذلك مجموعة من المرشدين المهنيين، من أمثال هايز **S. Hayes**، ومارشا لينهان، وجاكوبسون **N. Jacobson**، وتلاميذهم، وغيرهم كثيرون يصعب حصرهم في كل أنحاء العالم. كذلك نتج عن هذه السلوكية المتطرفة، تنوع من أشكال التحليل السلوكي، بما في ذلك مراجع التحليل السلوكي التطبيقية **Applied**، والتحليلات السلوكية الإكلينيكية **Clinical** والتحليلات السلوكية الوظيفية **Functional**، وإدارة السلوك الانفعالي والتنظيمي **Organizational**، وغيرها كثير. ومن أراد أن يستزيد في هذه النقطة، الرجوع إلى هذا المصدر (Chiesa, 1994).

وننتج عن مراجعة هذا المجال في السلوكية الأصولية، التي اعتمدت أساساً على نظريات التعلم الاستجابي، ونظريات التعلم الإجرائي، ونظريات التعلم الاجتماعي، ونظريات التعلم المعرفي، نتج عنها بلورة أساليب للتقييم النفسي الإكلينيكي الموضوعية، من أهمها مقاييس التعلم والاكتساب، والتكرار، والكمون والسرعة والدقة والمعدل والمستوى والسعة، كما نتج عنها ظهور مجموعة من أساليب العلاج الجدلي السلوكي المعياري، وطرق حل المشكلات بطريقة جدلية، ومهارات تحليل السلاسل السلوكية، وتحليل سلاسل الروابط السلوكية، وأساليب الصدق والمصادقية، ومهارات التواصل المحترم، والتواصل الساخر، ومهارات التعقل والتقبل التي وضعها جون كابات زن، الطبيب الياباني، وطورها كعلاج مجموعة من معالجي العلاج الجدلي السلوكي، ومهارات التقبل والالتزام، ومهارات التأثير بين الشخصي، ومهارات تحمل الكرب النفسي، وذلك بهدف إحداث التوازن المفقود بين التقبل والالتزام والاستعداد للتغيير الإيجابي عن طريق أساليب الجدل والتفكير الحكيم (الصبوة، ٢٠٢٠، تحت الطبع).

ثانياً : الأسس الفلسفية لأساليب التفكير الجدلي :

تشير أساليب التفكير، من وجهة نظر أندرياسين ومارشا لينهان (2014) Neacsin & Linehan - في صياغة الحالة من المنظور الجدلي السلوكي - إلى إدراك الواقع على إنه كل مترابط أو متناقض أو متغير، وينطبق ذلك على العالم الطبيعي **Physical** وعلى العالم الإنساني **humanistic** على السواء. ومن ثم ينشأ الحوار الجدلي للإقناع واكتشاف الخطأ في أحدهما أو كليهما، أو في منظومة العلاقات داخل كل منهما، أو بينهما وبين بعضهما بعضاً. وللوقوف على التطورات العلمية والتاريخية لهذا الموضوع طوال المئة والخمسين سنة السابقة، يمكن الرجوع إلى بنج ونسبت (1999) **Peng & Nisbett** للوقوف على الرؤى الغربية والشرقية للفكر الجدلي من منطلق اللغة الفلسفية العالمية، لأن أساليب التفكير الجدلي توجه المعالجين النفسيين العياديين إلى تطور الفروض النظرية التي ينطلقون منها في صياغة الحالة وفي تطبيق العلاج الجدلي السلوكي لتخليص مرضى اضطرابات الشخصية من اختلال التنظيم الانفعالي، والانتحار، وأذى الذات الذي لا يفضي للموت.

وتتعدد معاني التفكير الجدلي بتعدد الفلسفات الدينية السماوية والأرضية، ومن أهم هذه المعاني الآتي :

- [1] قدرة كل من المعالج الجدلي السلوكي والمريض النفسي على استنباط المعاني الواقعية والمقبولة اجتماعياً من خلال الوقائع والأفكار المتناقضة.
- [2] التفكير الجدلي عملية معرفية منطقية أو استقرائية تتضمن سلسلة من الاستنتاجات التي تؤدي إلى نتائج قابلة للتطبيق والتصديق والتنفيذ العملي.
- [3] وهو عند الفلاسفة مناقشة تقوم على مجموعة من الأدلة والحجج التي تبدو متناقضة في ظاهرها، وتنتهي إلى نتيجة منطقية مقبولة، أو هو مناقشة تقوم على حوار جدلي بين قواعد التقبل وقواعد التغيير الإيجابي عن طريق أساليب العلاج الجدلي السلوكي (الصبوة، ٢٠١٧، ١٣).
- [4] نوع من التحليل المنطقي يستهدف تصنيف الأفكار المتناقضة، أو هو نوع من القضايا المتناقضة التي تنتهي إلى مركب أو حل واقعي جديد ومقبول.
- [5] كل الموجودات لها علاقة ببعضها بعضاً، مهما كان عجز العلم والعلماء عن كشف منظومة العلاقات السببية، والارتباطية، والعلمية بينها وبين بعضها بعضاً (الصبوة، ٢٠١٧، ١٦).
- [6] التغيير الإيجابي أو السلبي أمر ثابت بالنسبة لكل المخلوقات، وخاصة لدى البشر.
- [7] يمكن بالتفكير الجدلي التحكم في أسباب المشكلات النفسية والشخصية، وحل المشكلات، والتغلب على الضغوط، ونكتشف أسباب السلوك الخاطئ المعطل، والمتغيرات المعوقة لتعديلته وإصلاحه.

[٨] يمكن بالتفكير الجدلي حل التناقض وإحداث التكامل بين الأشياء والقضايا التي تبدو متناقضة في ظاهرها أو في مضمونها، كالحرية والمسئولية، والراحة والعمل، والتفكير والانفعال، والصحة والمرض، والصواب والخطأ حتى نقترّب من إدراك الواقع المرضي والمنحرف، وتتعلم كيف نواجهه ونعدله لمصلحتنا بدلاً من الهروب منه.

[٩] يمنع التفكير الجدلي المعالج والمريض، أيهما أو كلاهما، وتحصينهما ضد الدخول في "حرب الإنهاك والاحتراق War of Attrition ؛ بسبب توصله إلى حلول وسط.

[١٠] كذلك يعلم التفكير الجدلي المرضي التفكير بطريقة إضافة تجارب جديدة، على طريقة "بدلاً من الوقوف على الباب (قدم في الباب Foot-in-the door)، ادخل داخل التجربة لتكون في مواجهة الباب المفتوح (The foot-in-the face) والامتناع عن التمسك بالتفكير بطريقة الاستدراك، أي أن يستخدم حرف و و و و لخوض مختلف التجارب مهما كانت كراهيته لها، بدلاً من أن يستخدم كلمة لكن وكلمات لا بد، ويجب، وينبغي، وحتماً، ومن الضروري، كأن يقول : كان يمكنني الاستفادة من التدريب على مهارات التفكير الجدلي التي تقوم بها المجموعة (أ)، ولكنني أكره المعالج الذي يقودها بدلاً من ذلك يقول: سأقوم بالتدريب وأحاول الاستفادة وأطبق ما أفادني، وسأتعلم منه ما ينفعني حتى لو كان تافهاً. ماذا سأستفيد من كراهيتي له. سأضع استفادتي منه في ملف، وكراهيتي له مؤقتاً في ملف آخر. وهكذا يقر بالواقع، وهو (كراهيته للمعالج)، ويتحرك نحو التغيير الإيجابي في الوقت نفسه (الصبوة، ٢٠١٧، ١٨).

ومن وجهة نظر النموذج الجدلي السلوكي، فإن مفهوم جدلي تعني الجمع أو أحداث التكامل بين خطط وأساليب التقبل، وخطط وأساليب القدرة على التغيير الإيجابي نحو التحسن والشفاء من خلال تعلم أساليب التفكير الجدلي والقدرة على حل المشكلات.

أما في خارج سياق النموذج الجدلي السلوكي، فإن معظمنا يكافح من أجل إحداث التوازن المفقود أو التكامل بين أفكارنا ومعتقداتنا وبين مشاعرنا وعواطفنا، ثم بينهما وبين أفعالنا وتصرفاتنا، ثم بين كل هذا جميعاً وبين أدوارنا التي نقوم بها في الحياة. إننا نسعى سعياً حثيثاً نحو إحداث نوع من التكامل النقي الورع، نوع من التكامل الصوفي يسمو فوق الماديات، وهذه غاية الغايات من صياغة الحالة ومن العلاج الجدلي السلوكي، للتعامل مع اضطرابات الشخصية والإدمانات. كذلك يعني العلاج الجدلي السلوكي التخلص من الأفكار والمعتقدات والانفعالات وأنماط السلوك المتطرفة، والتصرفات الشخصية والاجتماعية المختلفة، والسيطرة عليها والتحكم فيها، والدمج الصحيح بين العمل والراحة النفسية من دون تطرف. ونسعى لتتعلم كل الطرق والأساليب التي تجعلك تنجح فيها وتتقبلها بطريقة واقعية. ويجب أن نعلم أنفسنا، ونعلم مرضانا

أن الابتلاءات أمر مفروض على جميع البشر، أما المعاناة منها، فهو أمر من اختيارك الشخصي (Swenson, 2016, 14).

وتتعلق فلسفة صياغة الحالة من منظور جدلي سلوكي، من ثلاثة مبادئ أساسية، يترتب عليها ثلاثة افتراضات تختلف باختلاف الواقع **Reality** ، وتعني هذه الافتراضات إما أن الواقع : (١) مترابط **Associated** أو منظم **Systematized** ، أو (٢) متناقض أو غير متجانس **Opposed or Unconsistincied** ، أو (٣) واقع متغير أو قابل للتغيير **Changed or Changeable** باستمرار (الصبوة، ٢٠٢٠، تحت الطبع).

ثالثاً : النماذج والتأثيرات المعرفية والمعرفية السلوكية :

تأثرت صياغة الحالة من المنظور الجدلي السلوكي بشدة بحركة العلاج المعرفي السلوكي التي اجتاحت علم النفس الإكلينيكي العلاجي المعاصر، وهي الحركة العلمية المهنية التطبيقية التي شكلها مجموعة من القادة العلميين، الذين مثلوا الموجة الثانية في حركة العلاج النفسي، من أمثال جورج كيللي، وألبرت إليس؛ وهارون بيك وجوديث بيك، وسليجمان، وماكينباوم، وغيرهم.

وبينما يرى كثيرون من العلماء ضرورة تجنب القوى السببية الناتجة عن المعارف والإدراكات والأفكار والمخططات المعرفية والمعتقدات؛ سواء أكانت تكيفية أو لا تكيفية، فإن لها تأثيراً شديداً على انفعالات الفرد ومشاعره ودافعيته ووجدانه، وعلى حالته الصحية والجسمية، وكذلك على حياته الاجتماعية، واختياراته وقراراته، وعلى كل الأدوار التي يقوم بها.

أضف إلى ما سبق أن العلاج الجدلي السلوكي السياقي أو المعياري، شأنه في ذلك شأن صياغة الحالة من المنظور الجدلي السلوكي، يعد مثلاً حياً ومعاصراً للعلاجات المعرفية السلوكية المعاصرة، التي ينصب تركيزها على تقبل المتناقضات المعرفية والخروج منها بفرص للتغيير الإيجابي؛ فبدلاً من رفض التفكير الانفعالي تماماً وقبول التفكير الواقعي المنطقي تماماً، ومن ثم رفض طريقة تفكير مرضى اضطرابات الشخصية ومرضى الإدمانات النباتية والكيماوية والإدمانات السلوكية بكافة أنواعها، يمكننا أن نعلمهم أن قدرنا من التفكير الواقعي والمنطقي متفاعلاً مع قدر من التفكير الانفعالي، يمكننا أن نخلق نمطاً جديداً من التفكير المقبول اجتماعياً ومعرفياً، هو التفكير الحكيم **Wise Thinking** ، كما نخلق سمة جديدة في الشخصية هي سمة الحكمة كبديل لسمات الشطط والتعدي والاندفاعية والمخاطرة غير المحسوبة، ونخلق نمطاً جديداً من السلوك أو التصرف الحكيم يجعل هؤلاء المرضى يتقبلون أنفسهم كما هي عليها الآن، وفي الوقت نفسه يسعون للتغيير الإيجابي بجدية وطواعية، خاصة إذا علموا أن التفكير الانفعالي ليس شراً كله لأنه مهم في سياق الدفاع عن الحقوق، وبيان الجدية في الرفض لما يفعله الآخرون، كما أن التفكير المنطقي الواقعي، الاستنباطي - الاستقرائي مهم لحل المشكلات، ومواجهة الضغوط بهدف التغلب عليها.

ولقد تم وضع صياغة الحالة من المنظور المعرفي السلوكي ثم من المنظور الجدلي السلوكي، وما ترتب عليهما من طرق وأساليب للعلاج المعرفي السلوكي (الموجة الثانية)، وأساليب العلاج الجدلي السلوكي، للتغلب على مشكلات المرضى والمدمنين الذين يعانون من الكرب النفسي الحاد **Severe Psychological Distress**، والمعاناة من آلام الحياة الحادة الناتجة عن البيئات والسياقات الاجتماعية غير الصادقة، وعن سلوك إيذاء الذات وإيذاء الآخرين نفسياً وجسدياً، وكذلك الناتجة عن التفكير الانتحاري والاكتئاب واضطرابات الشخصية، واضطرابات كرب ما بعد الصدمة، ومشكلات إدمان المخدرات والإدمانات السلوكية.

وفي هذا النمط من العلاج الذي يمثل الموجة الثالثة، يقوم المعالج الجدلي السلوكي الذي اعتمد على صياغة الحالة من المنظور الجدلي السلوكي، بتزويد المرضى بقدر كبير من المعلومات مؤداها، أن سلوك تدمير الذات والآخرين ما هي إلا أساليب سلبية شخصية مرضية تعلمها المريض بهدف مواجهة المعاناة الشديدة والانفعالات الحادة السلبية غير المحتملة أو التعايش معاً. كما يعلمه أن الحزن والخزي والعار والكآبة والشعور بالذنب والخوف والغضب، والعجز عن تنظيم الانفعالات، والدافعية، وتوجيه الرغبات الجنسية، والحاجات غير الجنسية، والعجز عن التبصر أو التعقل، تمثل جزءاً من طبيعة الحياة، يجب التعامل معها كما يتعامل معها الأشخاص الآخرون العاديون وفقاً لأساليب وطرق جديدة من التفكير يسمى التفكير الجدلي يجب تعلمها في هذا النمط من العلاج النفسي.

الفروق بين العلاجين المعرفي السلوكي والجدلي السلوكي طبقاً لاختلافهما في صياغة الحالة :

[١] يركز العلاج المعرفي السلوكي على عمليات التغيير الإيجابي والتحسين والشفاء بطرق وأساليب التعديل وإعادة البناء المعرفي أو تبديل الأفكار الآلية والمعتقدات السلبية، من دون الانشغال بقضية تقبل المرضى لذواتهم على ما هي عليه أثناء العلاج، وأثناء قيامهم بعمليات التغيير الإيجابي من دون إصدار أحكام سلبية على أنفسهم أو على ما يشعرون به أو على سلوكهم أو على واقعهم المرير الذي يعيشون فيه، كما أنه لا يستخدم الجدل للخروج من التناقض، والإقرار بمصادقية أو صدق **Validation** الآلام والمعاناة من الكرب النفسي، وإمكانية مواجهتها بأساليب علاجية تحكمه، أو على الأقل، يمكنه التعايش معها.

[٢] كذلك تبين أن أساليب العلاج المعرفي السلوكي ليست من الكفاءة والتأثير لمساعدة مرضى اضطرابات الشخصية والمدمنين، الذين يعانون من كراهية الذات ولومها والتفكير الانتحاري، وأذى الذات وتدميرها بشكل مزمن، بالإضافة إلى عدم تقبل الذات، والمعاناة المزمنة من الكرب النفسي. ولهذه الأسباب، وجدت مارشا لينهان أنه إذا استطاع العلاج الجدلي

السلوكي، التركيز على تعليم مرضى اضطرابات الشخصية وحالات الإدمان بكافة أنواعها، كلا من أساليب تقبل الذات أثناء العلاج بكل ما فيها، وأساليب القابلية للتغيير الإيجابي، فإن هؤلاء المرضى سيصبحون أشد ميلاً للتعاون مع المعالج، وعدم التسرب حتى ينتهي العلاج بنجاح، كما سيكونون أقل غضباً واكتئاباً وانسحاباً وأقل إيذاء للذات. فمثلاً في حالة شرب المريض للمسكرات مبرراً ذلك أنه يحاول تعلم الجرأة والتغلب على مخاوفه ورهابه الاجتماعي، ومن ثم قد يتورط في بعض الممارسات الجنسية، فإن الإقرار بالواقع أو المصادقية تعني أن كلا من المعالج الجدلي السلوكي والمريض يجب أن يكون عندهما معناه، أن المريض أو المنحرف عندما يكون تحت تأثير المسكرات، تضعف القشرة الدماغية عن قيامها بعمليات التحكم والسيطرة، ومن ثم يصبح المريض مندفعاً على مستوى الكلام والعنف والعدوان تجاه الذات والآخرين، ولا يتحكم في اندفاعاته الجنسية، وقد يثير سلوكه السخرية من قبل الآخرين. وعلى الرغم من أن المعالج لن يوافق المريض على وجهة نظره ولا على تصرفاته، لكن تقبله للمريض بصدق، يعني قيامه بتعليم المريض أساليب علاجية تمكنه من عمليات التغيير الإيجابي، بالإضافة إلى تقبله لذاته حتى لا يتسرب من العلاج، ويحدث التحسن الجوهرى.

[٣] يلتزم المعالج المعرفي السلوكي بجدول أعمال للجلسات ولا يحيد عنه، وهناك تخطيط صارم لا يحيد عنه المعالج المعرفي السلوكي، ولذلك لم ينجح هذا النمط من العلاج في مواجهة قوائم المشكلات المخربة للجلسات، ولم يستطع التغلب على تسرب مرضى اضطرابات الشخصية وكافة أنواع الإدمانات الكيميائية والنباتية والسلوكية من الجلسات العلاجية الأمر الذي يجعله لا ينجح في علاج هؤلاء المرضى.

[٤] يفترض العلاج المعرفي السلوكي أن تغيير المعتقدات والأفكار السلبية سينتج عنه بالضرورة علاج كل من الاندفاعات بكافة أنواعها، ويحدث أنواع من التنظيم الانفعالي، وكذلك يتم تعديل أنماط السلوك بكافة أنواعها، وهذا غير صحيح في عدد قليل من اضطرابات المحور الأول، سواء أكان ذلك لدى الأطفال أم المراهقين أم الراشدين، كما إنه غير صحيح في جميع الاضطرابات الشخصية والارتقائية، وفي جميع الإدمانات وقضايا الانتحار وأذى الذات واختلال التنظيم الانفعالي والكفاءة الاجتماعية والكفاءة الوجدانية والكفاءة السلوكية والشخصية (الصبوة، ٢٠٠٩).

محكات تشخيص اضطراب الشخصية البينية :

نمط ثابت من عدم الاستقرار في العلاقات بين الشخصية، وصور الذات، والانفعالات، والاندفاعية الشديدة، والتي تظهر في بداية مرحلة الرشد، ويظهر في عدد من السياقات التي يتعامل معها الفرد، على أن يظهر خمسة أو أكثر مما يلي :

- ١ - محاولات حديثة لتجنب هجران **Abandonment** ، أو فقد علاقات حقيقية أو متخيلة.
- ٢ - نمط حاد وغير مستقر من العلاقات بين الشخصية، تتصف بالانتقال بين الكمالية المتطرفة وبين التحقير المتطرف.
- ٣ - اضطراب الهوية، أي عدم استقرار واضح ومستمر في صورة الذات والإحساس بالذات.
- ٤ - الاندفاعية المفرطة في مجالين على الأقل من المجالات التي قد تؤدي لإلحاق الأذى بالذات (مثل التبذير، والجنس، وتعاطي المواد المخدرة، والقيادة المتهورية، وفرط الأكل). [ملحوظة : ألا تتضمن الانتحار، أو سلوكيات إيذاء الذات الموضحة في المعيار الخامس].
- ٥ - سلوك الانتحار المتكرر، أو تلميحات، أو تهديدات، أو سلوكيات إيذاء الذات.
- ٦ - عدم ثبات انفعالي ناتج عن تهيج في المزاج (مثل عسر مزاج دوري حاد، أو استثارة، أو قلق، وعادة ما تستمر لعدة ساعات، ونادراً فقط ما تستمر لعدة أيام).
- ٧ - شعور مزمن أو مستمر بالخواء.
- ٨ - غضب شديد وغير ملائم، أو صعوبة التحكم في الغضب (مثل ظهور متكرر لنوبات الغضب، شجار أو عراك متكرر).
- ٩ - أفكار أو تصورات عدائية هذائية (بارانويدية) عابرة ومرتبطة بالضغط، وأعراض انشاقية شديدة (American Psychiatric Association, 2013, 663).

ثانياً : القاعدة الثانية من قواعد التشخيص والعلاج النفسي، تتمثل في اختيار أساليب الفحص والتقييم النفسي الإكلينيكي من المذهب النظري الذي ستتطلب منه من صياغة الحالة، وبعد جمع البيانات باستخدام هذه الأساليب، من قبيل اختبارات أقصى أداء، والمقابلات، وأساليب التقرير والتقدير الذاتي، والمشاهدات، ومراجعة الملفات، والمذكرات الشخصية للمريض، يمكن اعتماداً على هذه البيانات وضع صياغة معرفية سلوكية وجدلية سلوكية، تنتهي بالزلمات المرضية التي تعاني منها الحالة المرضية أو قوائم المشكلات المعرفية والانفعالية والاجتماعية والشخصية والجسمية والسلوكية (منار عكاشة، ٢٠١٩، ٨٧).

ثالثاً : صياغة قوائم المشكلات أو الزلمات المرضية في شكل أهداف علاجية طويلة المدى، **Long-term Therapeutic Goals** تتسم بالصياغة العامة ذات الطبيعة الأكاديمية.

ثم يتم تقسيم كل هدف علاجي طويل المدى إلى أهداف فرعية قصيرة المدى **Short-term Therapeutic Goals** ، تتسم بالاختصار والنوعية وتقبل القياس والتحقق وإعادة الإنتاج، وتتصاغ بشكل جزئي سلوكي يقبل التطبيق العملي، بحيث نضع أمام كل هدف فرعي قصير المدى أساليب التدخل فيه وعلاجه (انظر المثال التطبيقي لحالة تعاني من اضطراب الشخصية البيئية).

رابعاً وأخيراً : توظيف المعالج النفسي علمه وخبرته وتدريبه المهني والأكاديمي في كتابة صياغة الحالة من المنظورين المعرفي السلوكي والجدلي السلوكي، بحيث يصبح له أسلوبه الشخصي في فهم منشأ المرض وأسبابه وعوامل تطوره وتفاقمه، طبقاً لهذين المنظورين اللذين ينبثقان عن المذهب المعرفي، وتعريفهما على النحو الآتي :

أ) يقصد بالنموذج المعرفي، أن الاضطرابات النفسية وكل ما يعانيه المرضى النفسيين من مشكلات سببها أفكارهم الآلية السلبية ومعتقداتهم اللاعقلانية وأخطاء تفكيرهم التي يفسرون بها الضغوط والمواقف والأحداث والذكريات بصورة مشوهة معرفياً.

ب) ويعرف النموذج الجدلي السلوكي بأنه توظيف أساليب الصدق وأساليب التفكير الجدلي السلوكي، وتحليل السلاسل السلوكية وتحليل الروابط المفقودة والخطط السلوكية، وتنمية المهارات السلوكية وأساليب حل المشكلات، بهدف إحداث التوازن بين التقبل والتعقل بهدف تحمل الكرب النفسي من ناحية، والالتزام بتطبيق خطط التغيير الإيجابي في الفكر والانفعال والسلوك من ناحية أخرى.

مثال تطبيقي لصياغة حالة مرضية تعاني من اضطراب الشخصية البينية من المنظورين المعرفي السلوكي والجدلي السلوكي :

مثال لحالة تعاني من اضطراب الشخصية البينية

المعلومات الأولية :

الاسم: (س) النوع: أنثي. تاريخ الميلاد ١٣/٧/١٩٨٠. (٢٩ سنة)
الحالة لاجتماعية: مطلقة. المستوى التعليمي: دبلوم سكرتارية.
المهنة: كاتبة سكرتارية. تاريخ دخول المستشفى: ١٣/٤/٢٠٠٨.
جهة التحويل: طبيب نفسي. تاريخ كتابة التقرير: ٢٣/٤/٢٠٠٩.
المعالج النفسي: محمد نجيب الصبوة (دكتوراه في علم النفس العيادي).

أسئلة الإحالة :

أحيلت الحالة من الطبيب النفسي (د./ عبد العظيم عابدين) إلى الاختصاصي النفسي العيادي (كاتب هذه السطور)، بهدف (١) تحديد مستوى أدائها العقلي ونقاط القوة والضعف فيه. (٢) وما إذا كان لديها بعض الاضطرابات المزاجية والشخصية (السلوك الأخلاقي). (٣) وتقدير مستوى الاكتئاب النفسي لديها. (٤) والمساعدة في تحديد التشخيص الفارق.

الخلفية وتاريخ الحالة :

إن وضع صياغة نظرية **Case Conceptualization** لهذه الحالة التي يبدو من تاريخها المرضي وخلفيتها الاجتماعية والثقافية، أمر في غاية الصعوبة، كما أن علاج مريضة بهذا الاضطراب، أسئى معاملتها، وأصيب بالتشويش والربكة، يمكن أن يحقق نتائج علاجية ضعيفة لا تشبع رغبة كل من المريض والمعالج، وأقل مما يطمح إليه كل منهما، إن فهم البنية الأساسية المعرفية والسلوكية لا تستطيع توضيح الصياغة النظرية لهذا الاضطراب فحسب، بل تستطيع مساعدتنا كذلك في رسم أو وضع خريطة تفصيلية للطريق الصحيح.

(س) سيدة متوسطة القامة، ونحيفة البنية، ويميل لون بشرتها إلى الصفرة لكونها لا تعتني بصحتها العامة، ومطلقة، وتبلغ من العمر ٢٩ عاماً، وتعمل سكرتيرة في الخدمة الطبية. تقدمت للعلاج النفسي بعد خروجها من المستشفى التي مكثت بها عشرة أيام ورأي الطبيب النفسي الذي حولها لي أنها بحاجة إلى علاج نفسي فردي، وجاءت لي بالفعل بدافع قوي. وأخبرتني في المقابلة الأولى أن حياتها مدمرة وبيتها على المستوى الأسري قد انهار تماماً. إنها بعد خروجها في كل مرة من المستشفى التي التحقت بها حتى الآن ثلاث مرات، تعيش بالمنزل مع والدتها ووالدها بعد طلاقها. كما ذكرت أن حجرتها تشبه حياتها تعد شديدة الفوضى وسيئة الترتيب. وذكرت أنها لا علاقة لها بأحد منذ عدة شهور (لم تتذكرها وبدت مشوشة)، وتتغيب عن العمل فترات طويلة فأصبحت مكانتها في العمل ضعيفة ومهددة بسبب أدائها الضعيف، وما يصدر عنها من تصرفات سلبية. وذكرت أنها عندما تنتظم في عملها تصل إليه - في الغالب - متأخرة وذلك بسبب استيقاظها من النوم متأخرة. وشكت أنها تصحو من النوم منهكة أو متعبة وكئيبة أو مرهقة ومكتئبة معاً. وعندما تصحو من النوم تفكر في مرضها وتراودها فكرة مؤداها أنها يجب أن تبقى بالبيت وتقرأ، ومن ثم أصبح رئيسها بالعمل - مع مرور الوقت - لا يتعاطف معها ولا مع ظروفها، وأصبحت وظيفتها الآن في خطر.

أما عن التاريخ الأسري والتعليمي والمرض، فهي كانت أكبر أخواتها الثلاث، وكان والدها يعمل طبيباً، ووالدتها لا تعمل (ربة منزل). ونشأ والدها في ثقافة تنظر إلى النساء - هذا من وجهة نظر المريضة - نظرة دونية، فقد كان - حسب روايتها - لا يحترمن، وكان دائم الغضب والتذمر من تصرفاتهن وشديد النقد لهن، وكان رجلاً سلبياً، وكان يقلل من شأن زوجته (والدتهن)، ومن شأن بناته الثلاثة ومن شأن حياتهن بشكل عام. وكان يبدو في تصرفاته وكأنه يتبنى اتجاهات النخبة أو الصفوة، وكان يرى أنه كطبيب ينتمي إلى فئة النخبة، وكان يرى وجود فروق شديدة واضحة بين المكانة الراقية التي يحتلها الأطباء عموماً وما سواهم من مهن ووظائف أخرى، كان يراها على أنها أقل شأنًا ومكانة، وبالطبع منها مهنة ابنته التي تعمل سكرتيرة. وذكرت كذلك أن والدتها كانت شديدة

السلبية في مواجهة هذا المناخ التهكمي الساخر الذي يشيعه والدها في المنزل وفي حياتهن بشكل عام، ولم تكن تواجهه أو تتصدي لأسلوبه الخشن اللفظي ومعها حتى تمكنه من تعديله أو توقفه عند حده، أو توقف غمزه ولمزه المستمر.

وعلى عكس علاقة الأب ببناته كانت علاقة الأم بهن علاقة أخوة وصداقة وكانت علاقتها بابنتها (س) قوية، فقد كانتا تؤديان كثيراً من النشاطات معاً كالذهاب للتسوق، وزيارة الأصدقاء، والخروج للتنزه إلى آخره.

وفي سنوات عمرها المبكرة، كان يوجه لها الأب كثيراً من ألوان الفدح اللاذع، وكان يدور معظمه حول غيابها، وطريقة ارتدائها لملابسها، وقد كان يسخر منها، وهي في سن المراهقة، وكان قد تخطب في تعليمها، فحاول- بسبب كثرة مشكلاتها مع زميلاها في الروضة وفي السنوات الأولى من المرحلة الابتدائية-إلحاقها بمدارس التربية الخاصة. ولولا والدتها، ما رجعت للتعليم مع الأطفال العاديين، وكان ينتقد جسمها في مرحلة المراهقة، وطريقة تعبيرها عن عواطفها، مما جعلها تطور صوراً ذهنية وأفكاراً سلبية حول جسمها، الأمر الذي تسبب لها في أرق شديد.

إن الجمع بين وجود أب عدواني وعنيف وبسئى معاملة ابنته (س) عاطفياً مع وجود أم سلبية، خلف لديها مخططات وأفكاراً آلية سلبية مشوهة مضمونها القابلية الشديدة للضعف وعدم التأثير في الآخرين، ورفض الحب من الآخرين، وضعف في فعالية الذات والوهن وضعف النفوذ والسلطان، وطورت نوعاً من سوء الظن وعدم الثقة في الآخرين الذين يحاولون التفاعل معها على طريقة أو أسلوب والدها. وكانت تتهرب من المواقف باستخدام خطط تعويضية، كان أهمها التجنب والانسحاب والعدوان الذي كان يوجه للذات أحياناً، ويوجه للآخرين أحياناً. وكانت استجاباتها- طبقاً لملاحظاتي عليها- فيها كثيراً من الثورات الانفعالية والعدوانية. مثال ذلك، أنها روت أنها كانت إذا تقوه زميل لها في العمل أو حتى صديق، بشيء ما يجعلها تشعر بأنها عاجزة أو ضعيفة، أو عاجزة عن التفاعل بين الشخصي والمودة، فإنها كانت تثور وتغضب بحدة، وأحياناً تكون ثورة لفظية ذات كلمات حادة ونابية، وقد تصرخ بحدة في الآخرين، وقد تشتم وتسب، وقد تهين من يعمل معها، وقد تؤذيهم بدنياً. وكانت ترى الذكور منهم جزءاً من مشكلاتها، وبالطبع كانت ثقافتها محدودة وعلاقتها الاجتماعية شديدة التطرف فإما أنها محبة وتقبل على حبيبها بكل جوارحها، وإما أنها معه في حالة من العراك والشجار العنيف الذي يسوده تبادل التشابك بالأيدي، ولذلك لم يستمر الزواج سوى ستة أشهر وانتهى بالطلاق. كذلك كان تحصيلها العلمي ضعيفاً على الرغم من أن ذكاءها كان متوسطاً، وكان يتكرر رسوبها بسبب تقلباتها المزاجية الحادة، وسوء معاملتها، وكثرة النقد الذي تتعرض له. وكان سلوكها الأخلاقي ليس على ما يرام، فقد كانت أحياناً تشرب الكحوليات، وأحياناً أخرى كانت تشربها وهي تقود سيارتها. وذكرت لي في المقابلة الثانية والثالثة

أنها أحيانًا كانت تفكر في استخدام شفرات موسي الحلاقة لتقطع بها بعض شرايينها، وكانت تلح عليها أفكار الانتحار، ولكنها لم تنفذ أية محاولة فعلية للقيام بالانتحار.

وذكرت كذلك أن لها علاقات عاطفية متعددة، ومعظمها كان فاشلاً. وروت أن الرجال يقبلون عليها بشوق في البداية، ولكنهم سرعان ما ينفضون عنها على الرغم من أنها أقامت بعض العلاقات الجنسية مع بعضهم حتى لا يتركونها وحيدة، وفي كل مرة كانوا - حسب روايتها - يتركونها وحيدة تجتر أحزانها، وكانت تتمني في كل مرة أن تنتهي أية علاقة من هذه العلاقات بالزواج حتى تتخلص من جحيم والدها الذي تعيش معه. وكانت ترى أنها تفقد السند في هذا العالم، ولا يوجد من يساندها عاطفياً واجتماعياً ولا يوجد من يفهمها أو يقدر معاناتها.

إجراءات التقدير النفسي العيادي :

استخدم كاتب هذه السطور المقابلات التشخيصية، والمشاهدات العيادية، ودراسة تاريخ الحالة، وبعض الاختبارات النفسية، وهي اختبار وكسلر لذكاء الراشدين، واستخبار أيزنك في الشخصية، وقائمة بك في الاكتئاب، وقائمة هاملتون لأعراض الاكتئاب، وقائمة الأفكار التلقائية السلبية. وتعامل مع المعلومات التي تم جمعها من هذه المصادر من منظور تكاملي وتفسيري.

نتائج التقييم النفسي السابقة :

أشارت المقابلات السابقة التي أجريت لها أعوام ٢٠٠٥ - ٢٠٠٦، إلى أنها كانت تعاني من اضطرابات الشخصية البينية أو البينية **Borderline Personality Disorder** وكان قد تم تطبيق مجموعة من الاختبارات النفسية لتقييم بعض القدرات العقلية والشخصية، وهي اختبار وكسلر-بلفيو لذكاء المراهقين والراشدين، وكانت نسبة الذكاء اللفظي ١٠٧، والعملية ١١٣، والكلي ١٠٩، وهذا معناه أن ذكاءها العام كان أعلى من المتوسط قليلاً، واستخبار أيزنك في الشخصية. وأشارت نتائجها إلى ارتفاع درجاتها على العصائية والذهانية والميل إلى الإجرام والكذب، وكانت درجاتها على قائمة بك في الاكتئاب وهاميلتون تشير إلى معاناتها الشديدة من الاكتئاب الدفين، الذي ينقلب في كثير من الأحيان إلى الاندفاعية الجنسية وسورات غضب عارمة، كما أشارت إجاباتها على قائمة الأفكار السلبية إلى أنها ترى أن حياتها الأسرية جحيم لا يُطاق، وأنها على حافة الهاوية، كما أن السياق في العمل وفي الأسرة يناهضها، ويكرهها.

نتائج التقييم النفسي الحالية :

جاءت نسبة الذكاء اللفظي على اختبار وكسلر لذكاء المراهقين والراشدين ٩٧ للمكون اللفظي، و ٩٨ للاستدلال الإدراكي، و ٨٦ للذاكرة العاملة، و ٧٥ لسرعة المعالجة، والكلي ١٠١، معني ذلك أنها لا زالت متوسطة الذكاء. وجاء أداؤها على اختبار أيزنك كالتالي : الذهانية ٨

(٦-١)، الانبساطية ٤ (٩-١٦)، والعصابية ١٩ (١١-١٩)، والكذب ٩ (١٠-١٧). وحصلت على ٢٨ درجة على قائمة هاملتون، وعلى ٣٦ درجة على قائمة بك مما يشير إلى أنها تعاني من درجة شديدة من الاكتئاب.

المشاهدات السلوكية العيادية :

الحالة (س) كانت مهتمة بمظهرها ونظافتها، وكانت أنيقة. وكانت أحيانا تبدو مطيعة ومتعاونة جدًا أثناء إجراء المقابلات وتطبيق الاختبارات، وأحيانًا أخرى كانت تبدو نافرة ولا تطيق شيئاً وتحتاج لتكرار الأسئلة، كما كانت تستجيب كثيرًا بطريقة جنسية. وتتفق هذه الملحوظة مع ما ورد في خطاب الإحالة. وأحيانًا يكون تركيزها مرتفعًا ولكن لفترات قليلة، وكثيرًا ما كانت قابلة للتشتيت، وتقاطع الحديث لتتحدث أو تردد بعض أفكارها حول جسمها وحول فشل علاقاتها العاطفية، وسوء خلق الناس. وحين كانت تروي بعض مشكلاتها كان يبدو عليها الثبات الانفعالي والثقة الواضحة تارة، وكانت تتنابها نوبات من البكاء ثم الضحك بصوت مرتفع والتناقض الوجداني تارة أخرى. وكانت تراني جادًا وصارمًا وكانت ثرثرة وكثيرة الشكوى، وتبدو وكأن تفكيرها أحيانًا غامضًا ومشوشًا وشديد التعميم، وكان لديها كثير من أفكار الحب الوسواسية، والوساوس والأفكار الاضطهادية. وكانت المشاهدة الإكلينيكية اللافتة للنظر أنها كانت سعيدة لانفصالها عن أسرتها وإقامتها بالمستشفى، وغير مبالية بما آلت إليه حالتها وأحيانًا يكون صوتها هادئًا وودودًا، وأحيانًا أخرى يكون حادًا وعنيفًا ومرتفعًا، وكان هذا هو الغالب عليها، خاصة عندما كانت تتحدث عن علاقتها بوالدها وزملاء العمل ومشكلاتها العاطفية والزوجية.

تفسير النتائج :

بالنسبة للمعلومات التي جمعناها من جميع أساليب جمع البيانات، فقد غطت الإجابة عن أسئلة الإحالة. فمن الناحية العقلية والمعرفية، قد حدث قدر من التدهور العقلي **Mental Deterioration** ولكنه لم يصل لأية درجة من درجات الدلالة على وجود تدهور وظيفي ولا تدهور عضوي **Organic Deterioration** ، فقد خسرت من ذكائها الكلي ثمانى نقاط فقط والسبب في ذلك - من وجهة نظر كاتب هذه السطور - شدة انشغالها وتورطها في مشاكلها المهنية الخاصة بعملها، وفشلها الاجتماعي في تكوين أسرة، وقابليتها للتشتيت، وانغماسها في مشكلاتها العاطفية والجنسية، والدليل على ذلك انخفاض درجاتها على جميع المقاييس الفرعية من اختبار وكسلر التي تحتاج إلى تركيز الانتباه، والتخطيط، ومواصلة الاتجاه، كقياس إعادة الأرقام، واختبار الاستدلال الحسابي، واختبار ترتيب الصور وتجميع الأشياء. ومن ثم فإن الحالة لديها ذكاء مرتفع، الأمر الذي يمثل أهم جوانب القوة في شخصيتها، ولكنها لم توظف كثيرًا منه سواء عند التحصيل العلمي بالمرحل التعليمية المختلفة، أو عند عملها كسكرتيرة، وبالتالي فإن جانب الضعف المعرفي فيها، أنها ليس

لديها قدرة على التنظيم أوالتوظيف المعرفي ولا قدرة على التخطيط للمستقبل، وهذه هي أهم الوظائف التنفيذية **Executive Functions** التي تنهض بمراقبة السلوك وتوجيهه، وإعادة البناء المعرفي، وعمليات التنشيط والكف إلى آخره، وهذا ما تفتقده هذه الحالة، ودليل آخر على سوء التوظيف المعرفي لذكائها، عجزها عن محاوره والدها والدفاع عن نفسها، وكثرة مشكلاتها السلوكية منذ نعومة أظافرها، واستمرارها معها منذ التحاقها بالمرحلة الإعدادية ثم التعليم التجاري، فكانت تفشي أسرار أسررتها لزميلاتها ومدرساتها ومدرسيها من دون مبرر، وكثرة ملاحظتها للمدرسين ومحاولاتها الدائبة لبناء علاقات عاطفية معهم. وعلى الرغم من كثرة نصح والدتها لها وتوجيهها، ظلت مستمرة في افتعال المشكلات حتى بعد عملها كسكرتيرة، إذ كانت تستخدم العنف اللفظي مع زملائها ومسئولها في العمل، لاعتقادها باضطهادهم لها، واعتقادها الخاطئ بأن الجميع يظلمها وينظرون لها نظرة دونية، وكانت تعتقد أنهم يرونها معوقة ذهنياً، بما فيهم أفراد أسرتها، وكانت النتيجة سوء التوافق مع الآخرين في المنزل وفي العمل، ومع من تزوجته.

ودليل آخر أن نسبة ذكائها لم تتأثر بسقوطها من الطابق الأول وهي في الحادية عشرة من عمرها ودخولها في غيبوبة. ووفقاً لأحداث حياتها وسوء توظيفها لذكائها بدأت (س) تظهر لديها مجموعة من الأفكار الآلية السلبية **Negative Automatic Thoughts** والمعتقدات المشوهة-كما أشارت إلى ذلك درجاتها على قائمة الأفكار السلبية- والإدراكات الخاطئة عن صورة الذات واحتقارها لنفسها والتفكير في إيذائها، كما اتضح من معلومات المقابلات التشخيصية معها وبنود قائمة بك للاكتئاب، وعن رأيها في مقاصد ونوايا الآخرين لها، وعن مستقبلها القريب والبعيد.

ولقد ترتب على الحوار الذاتي السلبي **Negative Self-dialogue** تفاقم مشكلاتها السلوكية في المنزل وفي العمل، الأمر الذي انتهى إلى الانتقال من قسم إلى آخر بوزارة الصحة التي كانت تعمل بها، ثم تغيير الوظيفة بملء إرادتها من سكرتيرة إلى كاتبة وانتقالها إلى العمل بإحدى المدارس حتى دخلت مستشفى الطب النفسي بجامعة عين شمس لأول مرة، وإعزاء سلوكها اللاتوافقي إلى أسباب تتصل بالمحيطين بها تارة (تدخل الأب في حل مشكلات الحالة مع زميلاتها)، وتارة أخرى تعزي سلوكها لسوء حظها بصورة يشوبها التشويه والشعور بالنبذ والحسرة وقلة الشأن، الأمر الذي يدل على أن مركز الضبط لديها مركز خارجي، لا تستطيع وفقاً له التحكم في تفكيرها ومشاعرها وعواطفها ومن ثم سلوكها. كما دفعها ذلك الحوار اللاتوافقي إلى التفكير في الانتحار للتخلص من حياتها التي قالت بأنها لا معنى لها، الأمر الذي يدل على معاناتها من الاكتئاب النفسي المصاحب لأعراض الشخصية البينية التي تتسم تصرفاتها وأفعالها على المستوى الفكري والاجتماعي والمزاجي والشخصي بالتطرف الحاد، ويؤيد ذلك درجاتها على قائمتي الاكتئاب، ويؤيد هذا التشخيص معاناتها من معظم أعراض اضطراب الهوية، وتتناقض علاقاتها بين الشخصية، والأفكار الانتحارية، وبعض الأفكار الاضطهادية، وشدة الكرب النفسي الذي تعاني منه.

وتشير درجاتها على اختبار أيزنك للشخصية إلى أن الحالة لديها استعداد للمرض العقلي. كما يشير التفاعل بين الانطواء والعصابية الشديدة إلى معاناتها من الاكتئاب النفسي والانعزال والتشاؤم وتمركزها حول ذاتها، وحساسيتها المفرطة لأي نقد يوجه إليها، بالإضافة إلى التبدل الوجداني، والتناقض الانفعالي، والعدائية تجاه الآخرين سواءً أكانوا من الأهل الأقربين أم من الناس العاديين.

ومن الناحية الاجتماعية لا يمكن أن نغفل دور الأسرة في نشأة الاضطرابات النفسية لدى الحالة، فانفصال الوالدين عاطفياً، وطلاقها بعد ذلك، وسوء معاملة والدها لها وسلبية والدتها إزاء تصرفاته معهن خلق لدي الحالة أفكاراً تلقائية سلبية حول العلاقات الأسرية، والزواج، والحياة الاجتماعية، الأمر الذي انتهى بها إلى اضطراب جميع علاقاتها بين الشخصية والتوظيف الاجتماعي والمهني. أما جوانب القوة لديها فتتمثل في ذكائها، وقدرتها على الكتابة بشكل واضح، فهي تكتب بعض القصص القصيرة، وهذا كثيراً ما يهدئ سورات غضبها، وتكتب خواطر تعكس معاناتها النفسية، وتكتب زجلاً لا بأس به، وتحب الرسم والقراءة وتلخص كثيراً من الكتب الدينية، و لديها درجة مرتفعة من الدافعية للتخلص من اضطراباتها (الصبوة، ٢٠١٥، ٣٨٧).

الخلاصة :

الحالة (س) أنثى عمرها ٢٩ عاماً، تعمل سكرتيرة ثم كاتبة إدارية بعد انتقالات عديدة ؛ الأمر الذي يدل على سوء التوافق الشخصي والاجتماعي، حاصلة على دبلوم سكرتارية فنية، تعاني من سوء العلاقات بين الشخصية، وأنماط من السلوك غير التوافقي في المنزل والعمل، ولديها اعتقادات خاطئة حول الذات والآخرين والمستقبل، ولديها أفكار انتحارية وتاريخ من إيذاء الذات، هذا من ناحية جوانب الضعف فيها. أما جوانب القوة فتتمثل في هوياتها المتعددة كالكتابة والرسم والقراءة، والحرص على نظافتها وأناقته، ودافعيتهما إلى التغيير إيجابياً.

التشخيص وقوائم المشكلات :

وفقاً لمحاوَر الدليل التشخيصي والإحصائي التعديل الخامس (DSM-5)، فإن هذه الحالة تعاني: من اكتئاب نفسي وذلك على المحور الأول، أما المحور الثاني فهي تعاني من اضطراب الشخصية البيئية مصحوباً باكتئاب نفسي وتعاطي الكحوليات، أما المحور الثالث، فهي تعاني من فقر الدم بشكل حاد، وهشاشة في العظام، وآلام في المعدة (حالات طبية عامة). وعلى المحور الرابع شبكة علاقات أسرية وشخصية ضاغطة وغير مساندة، وعلاقات جنسية وعاطفية متكررة وفاشلة.

ويمكن تصنيف سوء التوافق الشخصي والنفسي والاجتماعي، والخلافات الحادة مع الزملاء والمسؤولين في العمل، والخوف من فقد الوظيفة على المحور الخامس الخاص بمشكلات سوء التوافق. وكان أداء وظائفها الاجتماعية والمهنية والعقلية قبل المرض غير معروف، أما الآن

فدرجتها على مقياس الأداء والتوظيف الاجتماعي والمهني ٢٥ من مائة مما يدل على تدهور شديد في التوظيف الاجتماعي والمهني، ومن ثم فهي حالة معقدة جداً*).

وإذا تركنا التشخيص الفئوي، وتحدثنا عن قوائم الأعراض والمشكلات فنتمثل في الآتي :

[١] مشكلات سلوكية **Behavioral**، وتتمثل في : استخدام العنف اللفظي مع الآخرين (أفراد الأسرة وزملاء العمل)، وشرب الكحوليات، وكثرة التأخر والتغيب عن العمل حتى فقدته تقريباً.

[٢] مشكلات مزاجية **Emotional**، وتتمثل في : انخفاض في تقدير الذات وتوكيد الذات والثقة بالنفس وفعالية الذات، ومزاج اكتئابي متوسط الشدة، وقد كبر من القلق، والتقلبات المزاجية الحادة، والعجز عن السيطرة على الانفعالات، وكراهية الناس والحياة، والعداوية نحو الوالد وصنف الرجال.

[٣] مشكلات اجتماعية **Social**، وتتمثل في : سوء العلاقات الاجتماعية، والعلاقات بين الشخصية، والإدراك السلبي للمساندة الاجتماعية وشبكة العلاقات الاجتماعية، ومشكلات الصدق والمصادقية.

[٤] مشكلات معرفية **Cognitive**، وتتمثل في: كثرة الأفكار الآلية السلبية، والأفكار الاضطهادية والوسواسية، والاعتقادات الخاطئة حول الذات والآخرين والمستقبل، ومشكلات مهددة للحياة، وانخفاض نوعية الحياة، ومشكلات مهددة للجلسات العلاجية.

[٥] المشكلات الجسمية، وتتمثل في : فقر الدم الحاد، وهشاشة في العظام، وآلام حادة بالمعدة.

التنبؤ بمصير الحالة **Prognosis** :

في ضوء انفصالها عن الأسرة وافتقارها لحنان الأب، وسوء معاملته لها، والانفصال العاطفي بين الوالدين، وتفكيرها في الانتحار، وسورات الغضب الحادة، وتقلباتها المزاجية وخبراتها الزوجية والعاطفية الفاشلة، وتذبذبها الانفعالي، وعدم مبالاة الحالة لاضطراباتها، وضعف استبصارها بحجم مشكلاتها، فإننا نتوقع أن يكون التنبؤ بمصيرها سواء في الاستجابة للعلاج النفسي أو بحجم التحسن، تنبؤاً سيئاً على الرغم من ارتفاع دافعيتها للتخلص من اضطراباتها.

التوصيات **Recommendations** :

- ١ - ضرورة استمرارها في العلاج الطبي بالعيادة الداخلية.
- ٢ - ضرورة خضوعها لبرنامج علاج جذلي سلوكي، وعلاج معرفي - سلوكي فردي طويل المدى.

(*) (راجع قوائم مشكلاتها ومحاور التشخيص لنقف على درجة التعقيد في هذه الحالة).

٣ - تنمية مهارات التعقل والتقبل وتحمل الكرب النفسي والعلاقات بين الشخصية، وخاصة مهارات الصداقة والزواج.

٤ - تكرار الفحص لمعرفة مدى التحسن في قوائم المشكلات أم تتدهور الحالة.

خطة العلاج الجدلي السلوكي، والعلاج المعرفي - السلوكي الفردي :

- الهدف العلاجي الأول طويل المدى، ويتمثل في : إعادة البناء المعرفي لدى الحالة (س)، وتعلمها كل أساليب العلاج الجدلي السلوكي لعدم التسرب، ولكيفية التخلص من المشكلات المهددة للحياة، والمشكلات المهددة للعلاج والجلسات العلاجية.
- الأهداف العلاجية الفرعية قصيرة المدى، وتتمثل في : سنقوم بتدريب الحالة (س) على تفنيد الأفكار والاعتقادات السلبية الخاطئة ونحل محلها أفكاراً عقلانية منطقية وواقعية ومعقولة. أما الإجراءات العلاجية فهي :

- تحديد المعتقدات اللاعقلانية والمعتقدات المشوهة لدى (س) باستخدام قائمة الأفكار التلقائية السلبية.
- تدريب الحالة على تطبيق أساليب العلاج الجدلي، وبعض أساليب مستويات الصدق، والتعقل والتقبل وتحمل الكرب النفسي.
- تقوم الحالة (س) بتقدير انفعالاتها وتغيراتها المزاجية، وسلوكها، والتغيرات الجسمية الناتجة عن الانشغال بهذه الأفكار والمعتقدات المشوهة.
- تتدرب (س) على وضع قوائم من الأفكار والاعتقادات الإيجابية الواقعية بعد تعلمها كيفية تفنيد الأفكار السلبية، بأساليب إقامة الأدلة على عدم صحة هذه الأفكار، والدفع بالحجج الصائبة، والحوار الذاتي الإيجابي، واستخدام العبارات الإيجابية المضادة، واستخدام البطاقات والمفكرات الإيجابية إلى آخره، وتدريبها على تطبيق أساليب العلاج الجدلي والتواصل الفعال وأساليب الصدق.
- إنجاز الحالة (س) الواجبات المنزلية بملء نموذج مراقبة الأفكار السلبية وما ينتج عنها من انفعالات وسلوك خاطئ، وتغيرات جسمية مرضية، وتدريبها على الإجابة باستمرار عن هذا السؤال: ماذا تفعل إذا شعرت بأي تغيرات سلبية في المزاج أو المشاعر أو السلوك أو الجسم؟ تسألين نفسك فوراً هذا السؤال: ما الذي يدور في ذهنك من أفكار سلبية ومعتقدات خاطئة؟ اعتماداً على قاعدة أنه يستحيل حدوث تغيرات مزاجية سلبية أو مشاعر أو سلوك سلبي إلا إذا شغلته مجموعة من الاعتقادات الخاطئة حول ذاتها أو الآخرين والمستقبل أو كل هذا معاً.

- إعطائها تعليمات بتعمد ممارسة القراءة والرسم والكتابة سواء أكانت بالمنزل أم بالمستشفى كفعل مساعد ومضاد لانشغالاتها الفكرية ووساوس الحب العاطفية.
- الهدف العلاجي الثاني طويل المدى ويتمثل في : تدريب الحالة (س) على مهارات التواصل والمهارات الاجتماعية المرتبطة بالتفاعل مع الآخرين (إن هو هدف سلوكي).
- الأهداف العلاجية الفرعية قصيرة المدى، وتتمثل في الآتي :**
- ١ - تدريب الحالة (س) على برنامج لتوكيد الذات، وآخر لإدارة الذات وتنظيمها خاصة في المواقف الاجتماعية. أما الإجراءات العلاجية، فتتمثل في الآتي :
- ستتدرب (س) على معني توكيد الذات في المواقف الاجتماعية وبين الشخصية بطرق الاقتداء، والنمذجة، وأداء الأدوار وقلب الأدوار إلى آخره، مما يجعلها تميز بين السلوك التوكيدي والسلوك العنيف بلا مبرر، وكذلك أنماط سلوك الخضوع والإذعان بلا مبرر.
- ستناقش الحالة (س) مع المعالج النفسي الفروق بين الخجل المرضي المرتبط بضياح الحقوق الشخصية والمادية والاجتماعية والحياء الذي يمنعنا من تخطي الحدود، وأخذ حقوق غيرنا، في مختلف المواقف الاجتماعية (في المنزل وفي الشارع وفي المستشفى وفي العمل وفي السوق).
- ستقوم الحالة (س) بتحديد المعوقات المعرفية والاجتماعية التي تمنع ثقتها بنفسها وفعاليتها الذاتية من خلال إدارة الذات وتنظيمها، بالتدريب على تحويل مركز الضبط الخارجي للأفكار والمشاعر والمزاج والسلوك إلى مركز للضبط الداخلي وتحمل المسؤولية.
- ستمارس الحالة (س) السلوك التوكيدي بالمعنى الجديد في كل السياقات الاجتماعية.
- ستلاحظ الحالة (س) المؤشرات والهاديات الإيجابية الناتجة عن ممارستها للسلوك التوكيدي من قبل الآخرين، مع انطفاء سورات الغضب والتقلبات المزاجية في المنزل والعمل، وتقوم بتسجيلها في جداول المراقبة الذاتية المعرفية والسلوكية لتدرك مدى تغيرها إيجابياً، وعدم فقد هذه المكاسب.
- ٢ - سيطلب من الأم والأب وأخواتها (إذا كانت بالمنزل) ومن الممرضة (إذا كانت بالمستشفى) مراقبة سلوكها بهدوء خلال تفاعلاتها مع الآخرين، وتدوينها من دون أن تدري، لمعرفة مدى تحسنها.
- ٣ - سنقوم بتكليف الحالة (س) بواجبات منزلية ما بين الجلسات العلاجية للتأكد من إدارتها لذاتها، وتحسن لغة التواصل، والحفاظ على السلوك التوكيدي بلا عنف ولا إذعان.
- ستعزز الحالة (س) سلوكها التوكيدي وسلوكها الاجتماعي ولغة التواصل من خلال التعلم بالمشاهدة لنماذج ناجحة ومحترمة في سياق الحياة الاجتماعية، ومحاولة تمثلهم.

- ستقوم الحالة (س) بالمراقبة الذاتية لسلوكها الاجتماعي وبين الشخصي عند تفاعلها مع أفراد أسرته من ناحية، ومع زملائها ومسؤوليها في العمل من ناحية أخرى.
- ستتدرب على تقديم الشكر لمن أحسن معاملتها، وتقديم الاعتذار لمن أساءت إليه، واتباع الوسائل القانونية لمن يريد ضياع حقوقها كبديل للسلوك المرفوض منها اجتماعياً وأخلاقياً وقانونياً.
- تنمية الدافعية الحادثة لمقاومة إغراءات شرب المسكرات، خاصة وأنها لم تصل لمرحلة الإدمان، فهو شرب يحدث أثناء الضغوط وفي المناسبات الاجتماعية، وفك الروابط بين هاديات شرب المسكرات واللهفة.
- ستقارن أفكارها ومشاعرها وسلوكها الاجتماعي وبين الشخصي قبل التدريب على كل ما سبق من أساليب للعلاج المعرفي - السلوكي والعلاج الجدلي السلوكي المعياري، وبعده.
- سنستمر في تقييم فاعلية الخطة العلاجية، ومدى تحسن الحالة. وكذلك تقييم الأثر العلاجي باستخدام مقاييس التقدير الذاتي التي توجه أسئلتها لكل فرد من أفراد أسرتها، وبعض زملائها بالعمل، لمعرفة قدر تحسنها من وجهة نظرهم.

صياغة الحالة بين المنظور المعرفي السلوكي والمنظور الجدلي السلوكي المعياري :

أولاً : صياغة الحالة من المنظور المعرفي السلوكي (نموذج الصبوة المعدل، ٢٠١٩) :

تعريف النموذج المعرفي :

يرى النموذج المعرفي أن ما يعانيه المرضى النفسيين من اضطرابات سببه طريقة تفكيرهم الخاطئة، وتفسيرهم للمواقف والأحداث والعلاقات الاجتماعية باستخدام أفكار آلية سلبية ومعتقدات لاعقلانية.

نموذج الصبوة المعدل (2019)
صياغة الحالة من المنظور المعرفي - السلوكي
المخططات المعرفية
(الإيجابية في مقابل السلبية)

المعتقدات الأساسية

- (أ) معتقدات الكفاءة في مقابل معتقدات العجز.
(ب) معتقدات الحب في مقابل معتقدات الكراهية.
(ج) معتقدات الأمن في مقابل معتقدات الخوف والفرع.

المعتقدات الثانوية الوسيطة

- (أ) معتقدات وسيطة في شكل اتجاهات إيجابية في مقابل الاتجاهات المختلفة السلبية.
(ب) معتقدات وسيطة في شكل قواعد عقلانية ومنطقية في مقابل القواعد اللاعقلانية.
(ج) معتقدات وسيطة في شكل فروض موجبة وواقعية في مقابل فروض سلبية خاطئة.

أخطاء التفكير والتشويهات المعرفية الثابتة

- (أ) التفكير الثنائي أو الاستقطابي. (ب) التفكير الكارثي. (ج) التهوين من الإيجابيات.
(د) التفكير الانفعالي. (هـ) القفز إلى الاستنتاجات. (و) التضخيم والتهويل.
(ز) التنقية الذهنية أو التفكير الانتقائي. (ح) التعميم والمبالغة. (ط) الشخصية.
(ي) استخدام عبارات القطع أو التحتميم. (ك) أحادية النظرة أو النظرة الأنثوية.
(ل) قراءة أفكار الآخرين سلبياً.

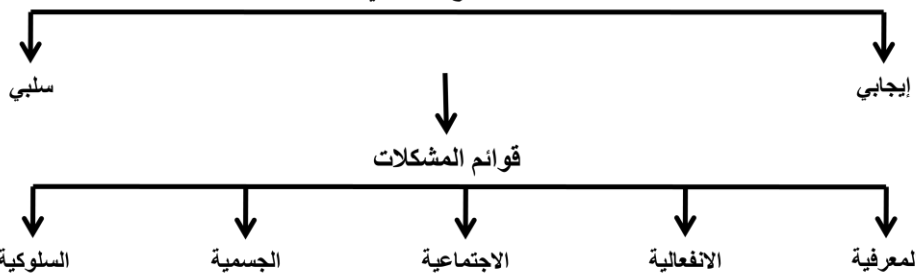
خطط المواجهة والتصدي في مقابل الخطط التعويضية

- للتوافق مع العالم المعرفي الواقعي المنطقي في مقابل العالم المعرفي المختل، وتشمل الآتي:
(أ) خطط المواجهة والتصدي المعرفية في مقابل الخطط التعويضية المعرفية.
(ب) خطط المواجهة والتصدي الاجتماعية في مقابل الخطط التعويضية الاجتماعية.
(ج) خطط المواجهة والتصدي الوجدانية في مقابل الخطط التعويضية الانفعالية.
(د) خطط المواجهة والتصدي الجسمية في مقابل الخطط التعويضية الجسمية.
(هـ) خطط المواجهة والتصدي السلوكية في مقابل الخطط التعويضية السلوكية.

أفكار آلية إيجابية في مقابل أفكار آلية سلبية (أو الثالوث المعرفي)
تدور حول

- الذات أو العالم أو الماضي أو الحاضر أو المستقبل.
وينشأ عنها تفسيرات إيجابية أو سلبية للذات أو للعالم أو المستقبل.
ويترتب على هذه التفسيرات إما نتائج إيجابية أو عواقب وخيمة.

النموذج المعرفي



ثانياً : نموذج الصبوة المعدل (٢٠١٩) لصياغة الحالة من المنظور الجدلي السلوكي المعياري (ع ج س م) :

تُعد صياغة الحالة من المنظور الخاص بالعلاج الجدلي السلوكي المعياري (ع ج س م) هي العلاقة الحاسمة بين النظرية النفسية (وهي النظرية المعرفية السلوكية في الجدل القائم على حل المتناقضات باستخدام أساليب العلاج الجدلي وتحليل السلاسل السلوكية وتحليل الروابط السلوكية المفقودة والتعقل والتقبل بهدف تحمل الكرب النفسي والتغيير الإيجابي)، والممارسة العيادية المنهجية، حيث تجد النظرية النفسية (أو أكثر) طريقها إلى الممارسة العلاجية والبحثية من خلال صياغة الحالة. بمعنى آخر، إن صياغة الحالة ماهي إلا طريقة لفهم أسباب منشأ اضطرابات الشخصية بصفة عامة، واضطراب الشخصية البينية المصحوبة بمحاولات الانتحار وأذى الذات وتعاطى المخدرات والهوس الجنسى، وزملة التعلق والهجر والنهم العصبي، عن طريق ترتيب البيانات بتنسيق تفترضه عقولنا من خلال تحليل السلاسل السلوكية وتحليل الروابط السلوكية بهدف الكشف عن أسباب المرض وعجز المريض عن التقدم في العلاج لتحقيق التحسن والشفاء.

تعريف النموذج الجدلي السلوكي المعياري :

يعرف النموذج الجدلي بأنه قدرة المعالج على توظيف أساليب الصدق وأساليب العلاج الجدلي السلوكي وتحليل السلاسل السلوكية وتحليل الروابط المفقودة والخطط الأسلوبية، وتنمية المهارات السلوكية وأساليب حل المشكلات لإحداث التوازن بين التقبل بهدف تحمل الكرب النفسي من ناحية، والالتزام بتطبيق خطط التغيير الإيجابي في الفكر والانفعال والسلوك من ناحية أخرى.

أولاً : الافتراضات الأساسية لفهم الحالة :

[١] الاضطراب النفسي اختلال شخصي منظم، يعكس تدهوراً حاداً في الأداء الوظيفي السوي جوهره الاختلال الشديد في نسق تنظيم الانفعالات (أي أن الاستثارة الانفعالية تبدأ مرتفعة وحادة، ولا تعود إلى خط الأساس في بعض الحالات، أو تعود ببطء شديد في بعض الحالات الأخرى، ويدعمها استجابات البيئات الاجتماعية أو المهنية أو المدرسية الجامعية المحيطة بالمريض).

[٢] يقف خلف الاختلال الوظيفي في تنظيم الانفعالات الحادة، أسباب عديدة :

أ (بعضها حيوي وراثي (وراثة بُعد الانبساط - الانطواء أو الاستثارة في مقابل الكف، والفص الجبهي والوظائف التنفيذية، والجهاز العصبي الطرفي، واللوزة وحصان البحر، وهي المواقع التي تقوم بتنظيم المعلومات والمشاعر والانفعالات)، وتفاعلها مع السياق الاجتماعي غير الصادق (الأسرة ومؤسسات التطبيع الاجتماعي والعلاقة العلاجية والمعالج غير الصادق) هو الذي يخلق الفروق بين مرضى اضطرابات الشخصية

والمدمنين والمنحرفين فكريا وسلوكياً وأخلاقياً، وبين بعضهم بعضا في القابلية للتأثر بالمعلومات والمنبهات الداخلية (الذاكرة وما يقع داخل الجسم من أحداث) والخارجية (البيئة الاجتماعية والطبيعية) والحساسية الانفعالية، والفروق بينهم وبين بعضهم بعضا في الاستعداد للاختلال الانفعالي، وهو ما يُعرف في لغة علم النفس العصبي الإكلينيكي بالاستهداف للانفعال.

ب) وبعضها الآخر يتصل بالتفاعل بين الفرد المضطرب وأفكاره ومعتقداته حول الذات والآخر والسياق الاجتماعي، وحول الماضي، وحول المستقبل.

[٣] النظر إلى المرض في اضطرابات الشخصية (واضطراب الشخصية البينية بصفة خاصة) ومشكلات الإدمان والتفكير الانتحاري، على إنه خبرة إنسانية شديدة التعقيد، يقف خلفها مجموعة من الأسباب وليست سببا واحداً.

[٤] يجب النظر إلى العلاقة بين مريض اضطراب الشخصية البينية والبيئة الخارجية (المحيط الطبيعي والاجتماعي) والداخلية (الذاكرة بالدماغ والوظائف التنفيذية، والأحشاء، والوجدان والمزاج والانفعالات) على أنها عملية للتأثير المتبادل أو الحتمية التبادلية **Reciprocal Determine** ، يحكمها من وجهة النظر الجدلية السلوكية مفهوم المحدد التبادلي **Reciprocal Determinant** الذي يدعم بعضه بعضا (الأسرة غير الصادقة تدعم عنده العنف والعدوان، وهو يدعم مزيدا من النقد وعدم التقبل)، كما أن هذه البيئات الاجتماعية تكون غير صادقة عند التعامل مع هؤلاء المرضى، ويكون المرضى غير صادقين عند وصف هذه البيئات، وعند وصف المعاناة منها.

[٥] يقصد بالمعضلات الجدلية **dialectical dilemma** الحوارية التي تعرف في العلاج الجدلي السلوكي بالأهداف الثانوية، تلك الأنماط السلوكية الحادة العنيفة التي تصدر من المريض، وقد تعوق العلاج الجدلي السلوكي، ويمكن توزيعها على ثلاثة أبعاد ثنائية الأطراف، أحدهما وراثي والآخر بيئي مكتسب :

أ) الاستهداف للانفعال أو شدة الحساسية الانفعالية في مقابل الذات غير الصادقة عند وصف الواقع المعاش.

ب) السلبية والاستسلام في مقابل الكفاءة الظاهرة (مستويات الصدق والمصادقية لدى كل من المريض والمعالج).

ج) الحزن الصامت المكفوف في مقابل التفكير الكارثي الذي يسبب التصلب والعناد، والنظر إلى الحياة اليومية والاجتماعية على أنها سلسلة من الكوارث والصدمات.

ثانياً : النموذج الجدلي السلوكي، يقوم على الأسس والافتراضات الآتية :

١ - مبادئ وأصول السلوكية المتطرفة **Radical Behaviourism**.

- ٢ - الفلسفة الجدلية من منظور عالمي (التعقل والتقبل، وأساليب التفكير الجدلي، والتغيير الإيجابي).
- ٣ - الترابطية والتبادل الحتمي للتأثير، والتضاد والتناقض، والتغيير الإيجابي.
- ٤ - النظرية الحيوية الاجتماعية **Biosocial Theory**.

ثالثاً : العلاج الجدلي السلوكي، يقوم على استخدام :

- ١ - تحليل السلاسل السلوكية وتحليل الروابط السلوكية المفقودة.
- ٢ - حل المشكلات المعرفية، والاجتماعية، والانفعالية، والجسمية، والسلوكية.
- ٣ - أساليب العلاج الجدلي :
- أ) أساليب التوازن بين التعقل والتقبل والتغيير الإيجابي.
- ب) أسلوب الليمونادة بلا ليمون (استخراج الإيجابيات من السلبيات).
- ج) أساليب تنشيط العقل الحكيم.
- د) أسلوب محامي الشيطان (المنطقي - الانفعالي).
- هـ) أسلوب امتداد التفكير وتوسيع حدوده.
- و) أسلوب فض التناقضات للدخول للعلاج.
- ز) أسلوب السماح بالتغيير الطبيعي (الذي يطرحه المريض على المعالج).
- ح) أسلوب التفكير المجازي بالاستعارات.
- ط) أسلوب التقييم الإيجابي للبحث عما أغفلناه من أسئلة وأسباب.
- ي) أسلوب قدم في الباب، والباب في المواجهة.
- ك) التساؤلات السقراطية.
- ل) أسلوب المميزات والعيوب.
- م) التنقيف النفسي **Psychoeducation**.

٤ - تنمية مهارات :

- أ) التعقل والتأمل.
- ب) التأثير بين الشخصي.
- ج) التنظيم الانفعالي.
- د) التقبل ومهارات تحمل الكرب النفسي (العواقب الوخيمة التي ترتبت على اضطراب الشخصية البيئية من مثل الإدمان والانتحار والاكتئاب والقلق، ونوبات الهلع... الخ).

رابعاً : العلاج المعرفي - السلوكي :

- أ) المخططات السلبية.

- (ب) المعتقدات الأساسية واللاعقلانية.
- (ج) معتقدات ثانوية وسيطة (قواعد واتجاهات وفروض).
- (د) الخطط التعويضية فى مقابل خطط المواجهة والتصدى المعرفية والاجتماعية والشخصية، والانفعالية، والسلوكية.
- (هـ) أفكار آلية سلبية تدور حول الذات والماضى والعالم والحاضر والمستقبل.
- (و) النموذج المعرفى السلبى فى مقابل الإيجابى.

خامساً : جوانب الضعف والقوة التى تحتاج إلى تقييم نفسى إكلينيكى عن طريق تحليل السلاسل السلوكية وتحليل الروابط السلوكية المفقودة :

- ١ - الحساسية الانفعالية الشديدة، وبطء العودة إلى خط الأساس أو عدم العودة له.
- ٢ - البيئة الاجتماعية الكافة لأنماط السلوك الحسن.
- ٣ - المعاناة من الكرب النفسى (المعاناة من الأمراض والانحرافات المصاحبة لاضطراب الشخصية البينية).
- ٤ - جرح الذات وإيذاء الذات، وانخفاض تقدير الذات، وفعالية الذات، والصمود النفسى.
- ٥ - الاستسلام والسلبية النشطة.
- ٦ - التشويش المعرفى.
- ٧ - الكفاءة الظاهرة (عدم صدق المريض والمعالج والبيئة الاجتماعية).
- ٨ - كف الحزن وقمعه.
- ٩ - إدارة الطوارئ المشكلة أو العواقب الوخيمة بأساليب العلاج السلوكى.
- ١٠ - الانفعالات الحادة.
- ١١ - الإدراك الساخن (أفكار الثالوث المعرفى، وأخطاء التفكير، والمعتقدات اللاعقلانية، والتشوية المعرفى).
- ١٢ - ضعف المهارات (المجالات الأربعة).
- ١٣ - مظاهر الاضطراب النفسى الحيوى.
- ١٤ - العوامل البيئية المدعمة للسلوكيات (الأسرة، والشبكة الاجتماعية، والشبكة المهنية).
- ١٥ - عوامل السياق المدعمة للسلوكيات المشكلة (برنامج العلاج الجدلى السلوكى).
- ١٦ - العوامل السلوكية المرنة والتكيفية (تحليل الروابط لاكتشاف أسباب منع التحسن).
- ١٧ - العوامل البيئية المدعمة للعوامل المرنة والتكيفية.
- ١٨ - مهارات التعقل والتأمل (Swenson, 2016, 193).

سادساً : خطة العلاج الجدلي السلوكي المعيارى طبقاً لوظائفه ومراحلها والأهداف طويلة المدى وقصيرة المدى :

أ (وظائف العلاج :

- [1] **تحسين قدرات المريض ومهاراته وتعزيزها :** يقوم المعالج بتدريب المريض على مهارات التعقل والتأمل، ومهارات التأثير بين الشخصي، ومهارات تنظيم الانفعالات، ومهارات تحمل الكرب النفسى، حسب نقاط الضعف التى يشكو منها المريض، وقد يقوم بذلك مدرب المجموعات.
- [2] **تحسين دافعية المريض المنحرف :** العلاج الجدلي السلوكي الفردى باستخدام عدد من أساليب الحوار الجدلي، وأساليب حل المشكلات، وأساليب الضبط السلوكي.
- [3] **تشكيل بيئة العلاج والبيئة الاجتماعية للمريض :** عن طريق تحليل السلاسل السلوكية وتحليل الروابط السلوكية المفقودة، واجتماعات قائد الفريق العلاجي مع فريق إدارة الحالة لتشكيل بيئة العلاج والبيئة الاجتماعية للمريض.
- [4] **رفع قدرات المعالجين بالعلاج الجدلي السلوكي ودافعيتهم :** عن طريق اجتماعات أو لقاءات فريق تقديم الاستشارات الخاصة بالعلاج الجدلي السلوكي لتعميم القدرات وحل مشكلاتهم مع المرضى، ومساندتهم، وتقليل المعاناة من الاحتراق النفسى بهدف تحسين الدافعية لدى المعالجين، وأحياناً مع المرضى.
- [5] **تعميم ما تعلمه المريض من قدرات ومهارات على البيئة الطبيعية والاجتماعية :** عن طريق محادثات التدريب والحوار مع المريض عبر الهاتف بهدف تعميم مهارات المريض على البيئتين الطبيعية والاجتماعية وقدراته، وتصحيح الأخطاء التى يقع فيها.

ب) مراحل العلاج الجدلي السلوكي ومشكلات كل مرحلة فى شكل أهداف علاجية طويلة المدى وقصيرة المدى :

- [1] **مرحلة ما قبل العلاج Pretreatment Stage :** (مرحلة يتسم فيها المريض أو المنحرف بالافتقار للضبط فى الفكر والانفعال والسلوك، أو الضبط والتحكم فى السلوك).
- **الهدف العلاجي الأول طويل المدى:** الضبط الفكرى والانفعالى والسلوكى بتقليل السلوكيات الانتحارية وغيرها من السلوكيات التى تهدد الحياة.
- **الأهداف الفرعية قصيرة المدى :**
- **تقليل سلوكيات الانتحار والأزمات التى تهدد الحياة، وتقليل إيذاء الذات المتعمد، والأفعال العدوانية.**

- تعديل الأفكار الانتحارية أو تقبلها حتى تذبذب وتموت وتقليل العدائية وزيادة التواصل الإيجابي.
- تقليل المحاولات الفعلية للانتحار، وتقليل أو تغيير أفكار القتل المرتقب والمعتقدات المرتبطة به.
- تعديل أنماط السلوك الاجتماعي المشين بالتحكم في الطوارئ والعواقب الوخيمة الناتجة عن التهديد بالانتحار، أو قتل الغير باستخدام بعض أساليب العلاج المعرفي وأساليب الجدل وأساليب تعديل السلوك.
- **الهدف العلاجي الثانى طويل المدى :** تقليل أنماط السلوك الخاطئ التى تخرب الجلسات العلاجية والعلاج من جانب المريض عادة، ومن جانب المعالج أحيانا باستخدام أساليب الجدل وبعض أساليب تعديل السلوك.
- **الأهداف الفرعية قصيرة المدى :**
 - تعديل سلوكيات عدم الالتزام بالحضور فى المواعيد المحددة، بتقوية مهارات الالتزام بالتدريب عليها.
 - تقليل السلوكيات الفردية اللاتعاونهية بأساليب الجدل.
 - تقليل السلوكيات غير المتوافقة بأساليب الجدل.
 - تقليل السلوكيات والأفكار الآلية السلبية حول المرضى والآخرين بأساليب العلاج المعرفي.
 - تقليل السلوكيات التى تؤدى إلى الاحتراق النفسى للمعالجين النفسيين بأساليب الجدل والتقبل والتعقل.
 - ضعف تدريب المعالج النفسى وقلة خبرته وإمكاناته فى التدفق بالحلول وسرعة الحركة والانتقال بين مختلف أساليب العلاج الجدلئ والأساليب العلاجية الأخرى.
 - انخفاض دوافع كل من المعالج والمريض أثناء الجلسات العلاجية.
- **الهدف العلاجي الثالث طويل المدى :** تقليل سلوكيات المعالج التى قد تفسد الجلسات العلاجية بمزيد من التدريب.
- **الأهداف الفرعية قصيرة المدى :**
 - سلوكيات التقرب من المريض خاصة إذا كان من الجنس الآخر (تحويل العلاقة المهنية إلى علاقة اجتماعية) وذلك بالتعاقد الشخصى ومهارات الإلتزام والتحدى واحترام أخلاقيات المهنة.
 - سلوكيات عدم التقدير وعدم احترام المريض باستخدام التقبل غير المشروط.

- صعوبة تحديد الأولويات بين السلوكيات التي تتداخل مع العلاج الجدلي السلوكي، ومن أهمها: سلوكيات المريض أو المعالج التي يحتمل أن تدمر الجلسات العلاجية، بل العلاج كله باستخدام أساليب الجدل.
- السلوكيات المتناقضة الدائمة بين المعالج والمريض (ضرورة تحويل لجنة العلاج إلى فريق تقديم الاستشارات).
- سلوكيات المريض أو المعالج المرتبطة وظيفيا بالسلوكيات الانتحارية، والتي تشجع حدوث محاولات الانتحار.
- سلوكيات علاجية تقع خارج حدود المشكلة موضوع العلاج، أو تقلل فرص نجاح الجلسة العلاجية.
- صعوبة التقدم في العلاج والتحسين مع عدم معرفة الأسباب (اللجوء لفريق تقديم الاستشارات، وإجراء مزيد من تحليل الروابط السلوكية، لاكتشاف ما الذي غفل عنه المعالج).
- **الهدف العلاجي الرابع طويل المدى : تقليل السلوكيات التي تؤثر على نوعية الحياة .quality of life**
- **الأهداف الفرعية قصيرة المدى :**
 - تغيير الاتجاهات نحو تعاطي المخدرات بالتعقل وفك الروابط الشرطية.
 - منع أو تقليل ممارسة الجنس شديد الخطورة أو غير الآمن بأساليب الجدل وحل المشكلات بطريقة جدلية.
 - الصعوبات المالية الشديدة (طرق حل المشكلات)، وإدارة الموارد.
 - تقليل السلوكيات الجنائية، بإدارة الذات، وأساليب تنظيم الانفعالات، وأساليب التحكم والسيطرة.
 - تقليل العادات وأنماط السلوك غير الصحي الخطر، وأنماط السلوك الشخصي المختلفة بالدعم الموجب والسالب.
 - تعديل السلوكيات المدرسية والجامعية والمهنية.
 - تعديل السلوكيات الخطرة المرتبطة بالتخلص من المرض النفسي.

أولوية العلاج :

- [كيفية تحديد الأهداف العلاجية قصيرة المدى التي تتداخل مع نوعية الحياة ليكون لها أولوية العلاج].
- السلوكيات التي تسبب أزمات فورية، مثل سلوكيات الانتحار، وسلوكيات تخريب الجلسات العلاجية.

- تقديم السلوكيات سهلة التغيير على السلوكيات صعبة التغيير.
- دعم سريع لسلوك حل المشكلات الفعال.
- استخدام أساليب رفع الدافعية لمواجهة المشكلات الصعبة وعدم الهروب منها.
- تعديل السلوكيات الخطرة (سلوكيات إيذاء الذات، وسلوكيات الانتحار، والتدخل فى العلاج).
- الهدف الخامس طويل المدى : تطوير المهارات السلوكية وتنظيم دورها علاجياً.
- الأهداف الفرعية قصيرة المدى : التدريب على مهارات التعقل الأساسية، وتحمل الكرب النفسى، وتنظيم الانفعال، ومهارات فعالية الذات والتأثير بين الشخصى، ومهارات إدارة الذات إيجابياً.

[٢] المرحلة الثانية (مرحلة اليأس الصامت والحزن المكفوف والخبرات الانفعالية الحادة) :

- الهدف السادس طويل المدى : تخفيض حدة المعاناة من الاضطرابات النفسية المتبقية (كالحساسية الانفعالية، واضطرابات اندفاعية الجنس والإدمان والانتحار، واضطرابات القلق، والاستثارة الحادة الصدمية، واضطرابات المزاج).
- الأهداف الفرعية قصيرة المدى :
- تقليل عواقب الطفولة التي حدثت فيها إساءات جنسية وغير جنسية متكررة مما جعلها حوادث صدمية بالدعم الموجب والسالب، والتقبل والتعقل.
- تقليل الأفكار الآلية السلبية المرتبطة بالخزى والعار والوصمة ونوبات الغضب، وشدة الحساسية والاستثارة والشعور بالوحدة النفسية، أو تقبلها حتى تمر وتنتهى على قاعدة كل شىء يتغير ويذبل ويموت.
- تقليل اليأس والحزن الصامت إلى أدنى درجة، والشعور بالملل والخواء الشخصى (بتهدئة الحواس، ومهارات التقبل والالتزام بالتغيير الإيجابى، ومهارات التأثير بين الشخصى).
- تقليل الخبرات الانفعالية غير المزعجة.
- زيادة مهارات التواصل الفعال فى سياق البيئة الاجتماعية، بعقد الصداقات الجديدة.
- تعظيم قيم الخير والحق والعدل والحرية والمساواة والعمل والإنتاج بالتقبل.
- تعظيم المحافظة على المكتسبات الصحية النفسية والجسمية، وثبيت المكاسب العلاجية.

[٣] المرحلة الثالثة (مشكلات الحياة الطبيعية) :

- الهدف العلاجى السابع طويل المدى: الاندماج فى الحياة الطبيعية والاجتماعية بكل ما لها وما عليها.

- **الأهداف الفرعية قصيرة المدى :**
 - دعم القيام بالأدوار الاجتماعية والشخصية.
 - دعم مهارات تحقيق الذات وتوكيد الذات في الحياة الاجتماعية والمهنية.
 - التنقيف النفسى المعرفى لمعرفة أن الحياة بها فترات طيبة وفترات عسيرة، وهذه طبيعتها فى التغيير.
 - **الهدف العلاجى الثامن طويل المدى :** زيادة احترام الذات وتوقيرها فى السر والعلن.
 - **الأهداف الفرعية قصيرة المدى :**
 - دعم السلوك الاجتماعى القويم المتعلق بالغير.
 - دعم عقد الصداقات الجديدة المحترمة.
 - تعظيم احترام القيم والمعايير المرعية بكافة أنواعها.
 - **الهدف العلاجى التاسع طويل المدى :** تقليل المشكلات الفردية والشخصية فى الحياة اليومية.
 - **الأهداف الفرعية العلاجية قصيرة المدى :**
 - تعظيم العلاقات الاجتماعية بأعضاء الأسرة.
 - بذل المساعدة والمساندة لمن يحتاجها.
 - القيام بالأدوار الأساسية الاجتماعية والمهنية.
 - تعظيم السلوك الخاص باحترام قواعد المرور والأمن العام.
- [٤] **المرحلة الرابعة (تعظيم الالتزام الأخلاقى والتحرر من كل أشكال الإدمانات) :**
- **الهدف العلاجى العاشر طويل المدى :** تعظيم قيم الحرية وأفكارها وأن الحياة تستحق أن تُعاش (زيادة مساحة الحرية).
 - **الأهداف العلاجية الفرعية قصيرة المدى :**
 - تنظيم الالتزام الأخلاقى.
 - التعقل مع تقبل خبرات النجاح شأنها فى ذلك شأن خبرات الفشل.
 - الفشل مجرد حدث سيتغير، وليس نهاية العالم، وستتعلم منه أسباب الانطلاق من جديد.
 - تعظيم الوعى بأنك تبنى تاريخاً شخصياً يكون مصدراً لفخر الأسرة الممتدة والأسرة النووية.
- كل ما سبق من خطط علاجية يجب الالتزام بها عند علاج أية حالة من حالات اضطرابات الشخصية وحالات الخبرات الشخصية المعقدة.
- أما الآن فسندضيف الأهداف العلاجية طويلة المدى، وما ينبثق عنها من أهداف فرعية قصيرة المدى لبعض التشخيصات التى تصاحب اضطرابات الشخصية والانتحار وأذى الذات.

أولاً : إدمان شرب المكسرات والاعتماد على المخدرات وأذى الذات :

[١] فى مرحلة ما قبل العلاج الجدلى السلوكى :

- الهدف العلاجى الأول طويل المدى : زيادة سلوكيات الالتزام بنظام الجلسات العلاجية وبرامج التدريب وتنمية المهارات باستخدام أساليب التقبل والالتزام.
- الأهداف العلاجية الفرعية قصيرة المدى :
- تعظيم الالتزام بتنفيذ الخطط العلاجية لأن البديل المعاناة من الكرب النفسى الطاحن باستخدام التعاقد الشخصى، والتعاقد العلاجي.
- تعميم المهارات السلوكية التى تم التدريب عليها فى الحياة اليومية.

[٢] المرحلة الأولى : زيادة التحكم فى السلوك الخاطئ والسيطرة عليه باستخدام كل أساليب تعديل السلوك.

- الهدف العلاجى الثانى طويل المدى : تعظيم الراحة والاستقرار النفسى طول جلسات العلاج، عن طريق الآتى :
- أهداف فرعية علاجية قصيرة المدى :
- الحرص على حضور الجلسات فى مواعيدها بفعالية ونشاط باستخدام التعاقد العلاجي وتنمية مهارات الالتزام.
- تقليل سورات الغضب والتحكم فيها باستخدام كل أساليب إدارة العواقب الوخيمة.
- تقليل شرب الكحوليات أو تعاطى المخدرات.
- تقليل صدور سلوكيات إيذاء الذات، وزيادة سلوكيات التعاون مع المعالج بالدعم الموجب والسالب ومهارات التقبل.
- الحرص على حضور جلسات التدريب الجماعى على المهارات مع احترام المدرب باستمرار.
- التوقف عن فعل أنماط السلوك التى تتدمر عليها، والتوقف عن القيادة تحت تأثير المخدر أو الخمر.
- التقليل أو منع ممارسة الجنس الخطر، وخاصة تحت تأثير المخدرات أو الخمر.
- الالتزام بالجدول الدراسى المدرسى أو الجامعى.
- جمع معلومات دقيقة لاتخاذ قرار الالتحاق بأى الكليات الجامعية.
- عقد صداقات جديدة بعيداً عن مجال الجنس والتعاطى وشرب المسكرات.

المراجع

أولاً : مراجع باللغة العربية :

- بيرمان، بيرل س. (٢٠٠٤). قواعد التشخيص والعلاج النفسي: نظريات نفسية متعددة لصياغة الحالة. (ترجمة): محمد نجيب الصبوة، جمعة سيد يوسف، القاهرة: مكتبة إيتراك.
- بيك، جوديث (٢٠٠٧). العلاج المعرفي: الأسس والأبعاد. (ترجمة): طلعت مطر، ومراجعة إيهاب الخراط. القاهرة: المركز القومي للترجمة (العدد ١١٤١).
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠٠٩). العلاج النفسي الجنسي متعدد الأبعاد لرجل مصري يعاني من ضعف الانتصاب: دراسة حالة وصفية علاجية. دراسات نفسية، ١٩ (٣)، ٦٧٢-٦٢٥.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٢). أسس العلاج النفسي المعاصر ونظرياته (ط٣). القاهرة: مكتبة الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٥). علم النفس الإكلينيكي المعاصر: أساليب التشخيص والتنبؤ. (ط٣)، القاهرة: دار الأنجلو المصرية.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٥ أ). رؤية علمية لكيفية إعداد برامج التدخل في البحوث النفسية والعلاجية. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٣ (١)، ٦٣٥ - ٦٨٥.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٥ ب). قضايا التدريب ومتطلباته في علم النفس الإكلينيكي في مصر والعالم العربي: المشكلة والحل. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ٣ (٢)، ٧٧٨ - ٨٠٧.
- الصبوة، محمد نجيب (٢٠١٧). دليل برنامج الدورة التأسيسية للعلاج الجدلي - السلوكي المعياري، مع إشارة خاصة لاضطرابات الشخصية الإنسانية والإدمان. الجيزة: مكتبة الجمعية المصرية للمعالجين النفسيين (جمعن).
- الصبوة، محمد نجيب (تحت الطبع). العلاج الجدلي السلوكي المعياري مع إشارة خاصة لاضطرابات الشخصية والإدمان: دليل المعالج النفسي والمريض لعلاج اضطرابات الشخصية ومختلف الإدمانات. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ليهى، روبرت (المحرر) (٢٠٠٥). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج المعرفي في الاضطرابات النفسية. (ترجمة): محمد نجيب الصبوة، جمعة سيد يوسف. القاهرة: مكتبة إيتراك.
- محمد عكاشة، منار (٢٠١٩). الصمود النفسي والأفكار الآلية السلبية كمتغيرين معدلين للعلاقة بين تنظيم الذات والسلوك العدواني لدى الأطفال ذوي اضطرابات المسلك والأسوأ. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

ثانياً : مراجع باللغة الإنجليزية References

- American Psychiatric Association (2013). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5thed.)**. Washington, D.C: Auther.
- Beck, A.T. (1976). **Cognitive Therapy and the emotional disorders**. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Show, B.F., & Emery, G. (1979). **Cognitive Therapy of Depression**. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., (2005). The Current State of Cognitive Therapy A40 – year retrospective. **Archives of General Psychiatry**, 62, 953 – 959. Doi: 101001/archpsyc. 62. 9. 953
- Beck, J. (2011). **Cognitive Behavior Therapy: Basic and Beyond (2nded.)**. New York: The Guilford press.
- Chiesa, S. (1994). **Radical Behaviorism: The Philosophy and the Science**. New York: The Guildford press.
- Clark, D., & Beck, A., (2010). Cognitive Theory and Therapy of Anxiety and Depression: Convergence with Neurobiological Findings. **Trends in Cognitive Sciences**, 14, 418 – 424.
- Dozois, D., and Beck, A. (2011) **Cognitive Therapy**, in: Herbert, J., and Forman, E. (eds.) **Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and applying the new Therapies (26 – 56)**, New Jersey: John Wiley and sons.
- Ellis, A. (2001). **The Rise of Cognitive Behavior Therapy**, in W.T. O'Donohue, D.A. Henderson, S.C. Hayes, J.E. Fisher & L.J. Heyes(Eds.), **A History of Behavioral Therapies: Founders' personal histories**, (pp. 183 – 194). Reno, NV: Context press.
- Fishman, D.B., Rego, S.A., and Muller, K.L., (2011). **Behavioral Theories of Psychotherapy**, in John C. Norcross, Gary R. Vanden Bos, and Donald K. Freedheim (eds.), **History of Psychotherapy: Continuity and Change (nd. Ed.)**, 101 – 140, Washington, DC 2002: American Psychological Association.
- Hollon, S.D., and Diguseppe, R. (2011). **Cognitive Theories of Psychotherapy**. In: John C. Norcross, Gary R. Vanden Boss, and Donald K. Freedheim (ed's) **History of Psychotherapy: Continuity and Change (nd, ed.)**, 203 – 241, Washington, DC : American Psychological Association.
- Killy, G. (1955). **Personal Construct Theory**. New York: Guilford press.
- Knapp, P., & Beck, A. (2008). Cognitive Therapy: Foundations, Conceptual Models, Applications and Research. **Revista Brasileira DC: Psiquiatria**, 30 (2), 54 – 64.

- Linehan M.M. (1993a). **Cognitive Behavior Treatment of Borderline Personality disorder**. New York: Guilford press.
- Linehan, M.M., Mazza, D., (2008). **Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder**, in David Barlow (ED.) **Clinical Handbook of Psychological Disorders: Step – by – Step treatment Manual (4th ed.)**, 365 – 420, New York: Guilford press.
- Meichenbaum, D. (1977). **Cognitive behavior modification: An integrative approach**. New York, NY: Plenum.
- Neacsui, A. D., Linehan, M.M. (2014). **Borderline Personality Disorder**. In David Barlow (ed.), **Clinical Handbook of Psychological Disorders: step – by – step treatment manual (5th ed.)**, (pp. 394 – 461), New York: Guilford press.
- Peng, K., and Nisbett, R.E. (1999). Culture, Dialectics, and reasoning about contradiction. **American Psychologist**. 54, 741 – 754.
- Swenson, Charles, R. (2016). **DBT Principles in Action: Acceptance, Change, and Dialectics**. New York: The Guilford Press.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2004). **Schema Therapy: A practitioner, s guide**. New York:, NY: Guilford press.