



جامعة لونيبي علي -البليدة 2-
كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا
مطبوعة بيداغوجية لمجموعة محاضرات في:

العلاجات النفسية 02 السنة الثانية ماستر علم النفس العيادي

إعداد: د. أيت قتي سعيد نعيمة

السنة الجامعية: 2021-2022

الصفحة	الفهرس
1	المحاضرة الأولى: مدخل إلى تاريخ تطور العلاجات السلوكية المعرفية عبر الموجات الثلاث
1	تمهيد
1	1-تاريخ الموجات الثلاثة للعلاج السلوكي المعرفي
1	• الموجة الأولى السلوكية (1950 - 1980)
1	• الموجة الثانية المعرف
3	• الموجة الثالثة الانفعالية
4	المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام
5	1-كيف ينظر علاج ACT لمفهوم الانفعالات
7	2-تجنب التجارب L'évitement d'expériences
8	3-مختلف جوانب خبرة الذات Les différents aspects de l'expérience de soi
9	4- مبادئ علاج التقبل والالتزام ACT
15	5- مراحل سير وتطبيق علاج ACT
15	المرحلة الأولى: تحديد المشكل الحقيقي
15	المرحلة الثانية: تحضير السياق لبدأ التغيير
15	مرحلة الثالثة، الرابعة والخامسة: بدأ العلاج
18	6- النتائج التجريبية لعلاج ACT
19	المحاضرة الثالثة: العلاج القائم على اليقظة الذهنية, mindfulness, cognition et émotion
19	تمهيد
19	1-تعريف اليقظة الذهنية

20	2-أصل وتطور اليقظة الذهنية في العلاج النفسي
21	3-وصف العلاجات الحصرية القائمة على اليقظة الذهنية
21	• برنامج خفض الضغط القائم على اليقظة الذهنية(MBSR)
21	- تنظيم جلسة نموذجية
22	- تمارين اليقظة الذهنية
22	- التمارين الرسمية
23	- التمارين الغير رسمية
23	• العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية
24	- تطبيق اليقظة الذهنية
24	- معايير ادخال المشاركين في برنامج اليقظة الذهنية
25	- مبادئ تطبيق وفعالية اليقظة الذهنية
25	4-سياقات عمل اليقظة الذهنية
26	• التعرض
26	• التغيرات المعرفية
26	• التقبل
27	• تسيير الذات
27	• الاسترخاء
28	المحاضرة الرابعة: خصوصية العلاجات السلوكية المعرفية القائمة على اليقظة الذهنية
28	1-مقارنة بين العلاجات السلوكية المعرفية وخصوصية تيار اليقظة الذهنية
28	• أوجه الشبه بين التيارين
28	• أوجه الاختلاف بين التيارين

29	2-خصوصية التيارات القائمة على اليقظة الذهنية
	المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي
31	مدخل
31	1-الانفعالات واضطراب الشخصية الحدية
34	2-تعريف العلاج السلوكي الجدلي
34	3-الانفعالات ومعالج العلاج السلوكي الجدلي
35	3-1-تجنب لوم الضحية
36	3-2-احترام حدود المريض
37	3-3-التحالف العلاجي
38	3-4-الوضعية الجدلية
40	3-5-المصادقة
42	3-6-أسلوب الاتصال
43	3-7-الفحص البيئي مقابل فحص المريض
44	3-8-فرقة الاشراف
44	4-الانفعالات والعلاج السلوكي الجدلي
45	5-الأطر العلاجية
46	- المجموعات التنشيطية التربوية
47	- المقابلات الفردية
48	- الفحص عبر الهاتف
50	المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي
50	تمهيد
50	1-تاريخ وأصل العلاج بالتنشيط السلوكي

51	2- تعريف العلاج القائم على التنشيط السلوكي
52	3- طريقة العلاج بالتنشيط السلوكي
53	4- المبادئ الأساسية لتنشيط السلوكي
54	- المبدأ الأول: المفتاح لتغيير شعور الناس هو مساعدتهم على تغيير ما يفعلونه
55	- المبدأ الثاني: يمكن أن تؤدي التغييرات في الحياة إلى الاكتئاب، وقد تُبقي استراتيجيات التأقلم قصيرة المدى الناس عالقين مع مرور الوقت.
56	- المبدأ الثالث: تكمن القرائن لمعرفة ما سيكون مضافًا للاكتئاب لعميل معين في ما يسبق ويتبع السلوكيات المهمة للعميل.
58	- المبدأ الرابع: تنظيم وجدولة الأنشطة التي تتبع خطة وليس حالة مزاجية
59	- المبدأ الخامس: سيكون التغيير أسهل عند البدء بالتدريج.
60	- المبدأ السادس: التأكيد على الأنشطة التي تعزز بشكل طبيعي
61	- المبدأ السابع: العمل كمدرّب
62	- المبدأ الثامن: التأكيد على نهج تجريبي لحل المشكلات، وأدرك أن جميع النتائج مفيدة.
63	- المبدأ التاسع: لا تتحدث فقط، بل افعّل
64	- المبدأ العاشر: استكشاف العوائق الممكنة والفعالية وإصلاحها بالتنشيط.
64	5- بنية ودليل علاج التنشيط السلوكي
68	6- هيكل كل جلسة من علاج التنشيط السلوكي
71	7- أسلوب المعالج
71	- المصادقة
72	- التعاون
72	- الموقف غير القضائي

73	- الدفاء و الصدق
75	8- التعرف على مكونات مضادات الاكتئاب السلوكية
77	المحاضرة السابعة: نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP): طريقة العلاج النفسي الموجهة نحو الاضطراب
77	تمهيد
77	1- تعريف نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP)
78	2- فعالية نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP) وتطبيقاته الجديدة
79	3 -حدود التغيير الذي يحدثه نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP)
80	4 -المبادئ النظرية لتدخل بنظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP)
80	- نظرية بافلوف عن الاشرط الكلاسيكي ومفهومه عن الكف بالنقيض والمرحلة المتناقضة
80	- نظرية العامل Mowrer حول التعميم وتثبيط الخوف
80	- مفهوم Winnicott للتحويل المضاد الموضوعي
81	- نهج Skinner السلوكي الراديكالي للأشراط الاجرائي
81	- نظرية Piaget النظم البيولوجية للتطور الإدراكي والعاطفي
82	- نظرية Seligman المنقحة للعجز المكتسب ودور أسلوب الإسناد فيما يتعلق بالتعميم عبر المواقف
82	- نموذج Kiesler لنظرية الشخصية
82	- نموذج التفاعل المتبادل Bandura ونظريته المنقحة للتعلم الاجتماعي
83	- "نهج Bouton التركيبي" للسلوك الآلي
83	5 - مراحل العلاج بنظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP)

86	6- أهداف العلاج بنظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP)
87	المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي
87	1-تهيئة الأرضية العلاجية
87	2-التقييم العلاجي للمريض (النهج الكمي)
88	3-أساليب التقييم
89	4-القياس المباشر لسلوكيات
90	4-1-قياس تكرار الاستجابة
90	4-2-القياس المباشر لتجنب
90	4-3-استخدام المقارنات: (confederate test)
90	4-4-المراقبة الذاتية (self-monitoring)
91	4-5-أساليب فيزيولوجية وعصبية
91	5-مقاييس التقييم
92	6-التحليل الوظيفي: (النهج الكيفي)
92	7-نماذج التحليل الوظيفي
92	7-1-شبكة Kanfer et Saslow (1969)
94	7-2-نموذج SORC
97	7-3-نموذج BASIC IDEA
98	7-4-شبكة Fontaine et Ylieff
99	7-5-شبكة SECCA
100	8-التحليل الوظيفي المتواصل (الحلقات المفرغة لـ Cungi)
101	9-كيفية إجراء تحليل وظيفي جيد
103	10-التقنيات العلاجية المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	سير مراحل العمل العلاجي بالنموذج الثلاثي لـ ACT	16
02	يمثل المبادئ الأساسية العشرة للتنشيط السلوكي	54
03	يمثل الأسئلة المتداولة وعينات الإجابات	67
04	يمثل أسلوب و مواقف المعالج في التنشيط السلوكي	71
05	يمثل أساسيات تحديد الأهداف	76
06	شبكة (1969) Kanfer et Saslow	93
07	التقنيات المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي	103

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	نموذج HEXA FLEX لليونة النفسية	10
02	نموذج مبسط لتطبيق العيادي لـ ACT	14
03	النظرة البيونفسية اجتماعية لاضطراب الشخصية الحدية	33
04	نموذج التنشيط السلوكي للاكتئاب	66
05	التحليل الوظيفي لشبكة SORC	95
06	يمثل شبكة التحليل الوظيفي لـ Fontaine et Ylief	98
07	التحليل الوظيفي لشبكة SECCA مثال لحالة امرأة تعاني من الوسواس القهري (القسم الطولي الحالي)	100
08	الحلقات المفرغة حسب	101

آیت فنی سعید زحیمہ

المحاضرة الأولى: مدخل إلى تاريخ تطور العلاجات السلوكية المعرفية عبر الموجات الثلاث

المحاضرة الأولى: مدخل إلى تاريخ تطور العلاجات السلوكية المعرفية عبر الموجات

الثلاث

الهدف البيداغوجي من المحاضرة : تمكين الطالب من التمييز بين الموجات الثلاثة للعلاج السلوكي المعرفي

تمهيد:

عرفت العلاجات السلوكية المعرفية مع مطلع سنوات تطورا ملحوظا في تصور والتطبيق العلاجي. وفي الواقع نحن كل يوم نقع في فخ انفعالاتنا، والعمل على الانفعالات يعتبر جزء من التطبيق اليومي لكل معالج نفسي مهما كان توجهه، لهذا سنحاول من خلال هذه المحاضرات توضيح كيف قامت العلاجات السلوكية المعرفية ببناء نظريات وضعت أسس لأساليب تطبيقية وتقنيات خاصة لعلاج المشاكل الانفعالية. كما قدمت منهجية تسمح بتحليل العلاقة المحتملة بين الانفعالات والسلوكات والأفكار. هذه العلاقات تم دراستها بالتفصيل بالتصوير الوظيفي الذي بين أن المفحوصين المصابين بالاضطرابات النفسية والذين استجابوا للعلاج السلوكي المعرفي ظهرت لديهم تغيرات وظيفية في المناطق الدماغية ذات اهتمامات خاصة.

1-تاريخ الموجات الثلاثة للعلاج السلوكي المعرفي

ومن الناحية التاريخية تطورت العلاجات السلوكية المعرفية حسب 3 موجات متتالية:

• الموجة الأولى السلوكية(1950 - 1980):

تكلمت هذه الموجة قليلا عن الانفعالات لأنها تعود إلى النموذج السلوكي الجذري لسكينر، الذي يركز أساسا على التحليل التجريبي لسلوكات لدراسة التعزيز، أما بالنسبة لتحفيزات، الانفعالات والاستجابات الفيزيولوجية وحتى الأفكار ليست سوى آثار لتعزيز، وإعادة ترتيب العالم الخارجي كافي لتغييرها بطريقة إيجابية باستخدام المعززات الجيدة (Cottaux.J, 2014) إذا نلاحظ أن حدود هذا النموذج ظاهر بوضوح. حيث قدم سكينر القليل من الاهتمام لسياقات الوسيطة بين المنبه والاستجابة.

• الموجة الثانية المعرفية:

تتعلق بتطور المعرفية بين 1970 - 1990 كانت في البداية تصر على المعتقدات الغير عقلانية الواعية أو الغير واعية للمفحوص من أجل تعديلها، توصل Ellis إلى خلاصة عامة مفادها أن السلوكات القلقة هي سلوكات منحرفة تم تفعيلها من طرف شخص ذكي. يرجع هذا الانحراف إلى

المحاضرة الأولى: مدخل إلى تاريخ تطور العلاجات السلوكية المعرفية عبر الموجات الثلاث

الصورة الفخمة التي يمتلكها الأشخاص عن أنفسهم. الهدف العام من العلاج هو قبول الذات غير المشروط. يجب ألا يصدر المفحوص أحكاماً حول جوهرة، على سبيل المثال: "أنا فاشل"؛ بل بالأحرى أن ننظر بنسبية إلى حوادث وجودها، على سبيل المثال: "لقد فشلت في مثل هذا اليوم، مثل هذا الفحص". اقترح إليس نهجاً عملياً لإعادة الهيكلة المعرفية والذي حقق بعض النجاح في العمل السريري والبحثي. اقترح Ellis معالجة التشوهات الأصلية، على مراحل، وفقاً لنظام يلخصه بالأحرف

E, D, C, B, A

- A تفعيل المعتقدات بحدث : أولاً وقبل كل شيء ، يتم عزل الأنشطة أو المواقف. النظم العقائدية.

- B نظام المعتقدات الغير عقلاني.

- C النتائج السلوكية و المعرفية، نظام المعتقدات الغير عقلاني يشكل الاستجابات الداخلية للأحداث و تعطي مكاناً للأفكار و الانفعالات والسلوكات الانهزامية

- D تعديل المعتقدات، يساعد المعالج مريضه على تغيير نظام معتقداته الغير عقلانية.

- E هي نتيجة تأسيس مفهوم عقلاني للوجود الذي يصبح بالتالي أكثر قبولاً وإرضاءً.

يمكننا أن نلاحظ أن هذه العقلانية الرواقية، تستفيد من تعقيد الدوافع البشرية وتعتبر العواطف عائقاً للحياة. بالإضافة إلى ذلك يظل موقف العلاجي النفسي لـ Ellis، غالباً ما يتميز بالواجهات التي يقوم بها الأفراد لمآزقهم الوجودية خاصة، وهذا ما يبقى موضع تساؤل، إذا ما تحول إلى موقف يثير مشاعر سلبية دائمة.

وفي الواقع، فسح هذا النموذج التاريخي المجال تدريجياً لنموذج إدراكي أكثر تطوراً وتكاملاً (ماهوني، 1974). يعتمد هذا على التحليل التجريبي لمعالجة المعلومات والدراسة السريرية المنهجية للأنماط المعرفية في كل من متلازمات المحور الأول المختلفة وفي اضطرابات الشخصية. فمع بداية سنوات السبعينات ظهر الاهتمام بالسياقات الانفعالية، حيث وصف (Beck et coll. 1979) بطريقة واضحة الأسلوب الذي سمح له ببناء نظامه العلاجي النفسي، انطلاقاً من دراسة الأفكار الآلية الغير واعية المرتبطة بالانفعالات السلبية (الانفعالات هي الطريق الملكي نحو الأفكار) فإذا فحصنا العلاج المعرفي للاكتئاب، نجد ان الحصص الأولى قائمة على تحديد معالم الانفعالات و ربطها بالأفكار والسلوكات، حيث نشرح للمريض ما هي الأفكار الآلية و اكتشافها يكون بأسئلة مباشرة، ويستعمل المعالج أيضاً لعب

المحاضرة الأولى: مدخل إلى تاريخ تطور العلاجات السلوكية المعرفية عبر الموجات الثلاث

الأدوار من أجل خلق الوضعية أو بالتخيل و من طرق تناول الأفكار الآلية هو طلب من المريض ماذا يفكر عندما يشعر بالانفعالات السلبية و التركيز على حوار داخلي. وتصر العلاجات المعرفية حالياً على العلاقة بين الأفكار والانفعالات الواعية ولغير واعية.. (Cottraux, 2001)

• الموجة الثالثة الانفعالية:

بدأت هذه الموجة مع بداية 1990 وتتعلق بـ:

- العلاج بالتقبل والالتزام لـ Hayes
- العلاج الجدلي السلوكي لـ Linehan
- علاج اليقظة الذهنية (Mindfulness Training)
- العلاج بالتنشيط السلوكي.
- نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي.

أنت في سعيد زعيمه

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

علاج التقبل والالتزام ACT وتنطق «acte» وضعت أسسه الأولى من طرف Steven Hayes سنة 1999 وهو علاج سلوكي ينتمي كما رأينا إلى الموجة 3 للعلاجات السلوكية المعرفية وهو علاقة وطيدة بالعلاج الإنساني والجشطلتي والمعرفي، ويقوم علاج التقبل والالتزام على النظرية الوظيفية السياقية للغة وعلى نظرية الأطر العلائقية TCR التي بنيت كتور لتيار العلمي الإنساني المطور من طرف Skinner

وترى نظرية الأطر العلائقية ان المظاهر الإشكالية مصدرها من الموارد الأساسية لتكيف الإنساني في محاربته من أجل البقاء على قيد الحياة. فقدرتنا اللغوية تحد من سعة عيشنا في اللحظة الحالية وتفتح لنا إمكانية تجنب ليس فقط الوضعيات الخارجية الخطيرة ولكن أيضا الحالات الداخلية الغير سارة ويلعب هذا التجنب للتجارب دورا هاما في تطور والحفاظ على المشاكل النفسية التي تتشكل أساسا من اضطرابات القلق، الاكتئاب والشخصية (Hayes, 1996)

كما وضحت نظرية الأطر العلائقية كيف يقدم الذكاء الإنساني إمكانية للإنسان في توجيه سلوكه حسب قيمه او بمعنى آخر تقدم له أفاق وتطلعات تتجاوز تجارب الاشباع على المدى القصير، ويشكل العمل على القيم من أهم مظاهر علاج ACT (Wilson et coll., 2004)

كل علاج نفسي يهدف إلى التغيير، اما علاج ACT فيبحث على تسهيل تقبل الأحداث الخاصة (أفكار، صور، أحاسيس، انفعالات) المزعجة في الوضعيات التي يقود فيها التجنب إلى التنازل عن الأفعال التي تخدم القيم التي يختارها الفرد أو الاستمرار في الأفعال التي تناقض القيم، فالالتزام هو اختيار الحالي لمواقف مستقبلية التي نعرف أنها ستؤدي إلى راحة على المدى القصير و لكن أيضا تساهم في المضي نحو الاتجاه الذي نتمنى ان نعطيه لحياتنا. (Cottraux, 20014)

بالتالي لا يهدف هذا العلاج إلى تغيير محتوى الأحداث الخاصة ولكن تغيير السياق خاصة السياق الأدبي الذي اكتسب فيه الصوت الذي شكل الكلمات والجمل الوظائف الإدراكية للوقائع التي يشير إليها. وعندما تتجح هذه الحركة ستسمح بالتقبل السهل للأحداث الخاصة الغير سارة وبالتالي لا يعتبر التجنب المخرج الوحيد حيث يصبح الالتزام بالأفعال التي تخدم القيم المختارة ممكنا.

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

1- كيف ينظر علاج ACT لمفهوم الانفعالات:

إن الفكرة القائمة على أن السلوكيين لا يهتمون بالانفعالات، تقوم على خلط بين السلوكيين الوطسونيين وشرطهم في اتفاق على الأقل بين ملاحظين حتى تكون ظاهرة موضوعا لحوار علمي. بالنسبة لـ Skinner فإن دراسة الأحداث الخاصة التي لا تملك إلا ملاحظ واحد هي أيضا هامة مثلها مثل الأحداث العامة لسلوك: فالمنبهات ولدت داخل الجسم وتلعب دورا هاما في السلوك وما يشعر به الأفراد هو ذا أهمية مقارنة بما يفعله. (Skinner, 1989)

وينتمي علاج التقبل والالتزام إلى أبستمولوجيا البراغماتية السياقية لسلوكية سكينر، وفي هذا التيار نجد أن مفاهيم الآلية لسبب والنتيجة لا تتناسب بل يهتم أكثر بطريقة التي يتطور فيها متغير تابع حسب المتغير المستقل. ونظرا لمكانتها الخاصة، فإن الأحداث الخاصة ليست manipulables وبالتالي لا يمكن أن تتدخل كمتغيرات مستقلة أي أن الأفكار، الانفعالات والأحاسيس الجسدية لا يمكن أن يكون لها مكانة سببية في التحليل واعتبارها كسلوكيات يجب تفسيرها، ولا ينكر التأثير الممارس للأفكار والانفعالات على السلوكيات المفتوحة ولكننا نتساءل حول المتغيرات السياقية المحتملة لنشأة واحتفاظ بهذه العلاقة بين الأحداث الخاصة والسلوكيات المفتوحة (Cottraux, 20014)

فحسب نظرية الأطر العلائقية عندما نفكر، نتكلم بطريقة فيها معنى وعندما نفهم معنى ما يقال لنا، فإننا لا نقوم بشيء سوى اشتقاق علاقات بين الأحداث التي يمكن أن تكون منبهات داخلية أو خارجية. ويمكن أن يكون لها خاصية غير مجردة لما يمكن أن نسمعه، نلمسه، نذوقه، نشعر به مباشرة. أو خاصية مجردة لبناءات لفظية مثل: جيد، سيء، عزيز، مرعب.. الخ

تصف نظرية الأطر العلائقية خصائص سياقات الأطر العلائقية على أنها: implication mutuelle et combinatoire، التعلم (عن طريق التدريب القائم على أمثلة متنوعة) التحكم السياقي من نوع العلاقة المشتقة، تحول وظائف المنبهات الملائمة لسياقات. كما أن المظهر الدائم والاجتياحي لهذه السياقات يجد انعكاسا له في تجاربنا التي من شبه المستحيل أن نشعر بإحساس أو يكون لدينا إدراك ولا يكون موضوعا لبناء لفظين فمن الصعب أن تبقى هنا والآن المعطيات الحسية الخام، فنحن باستمرار نتدرب على بناء الماضي والمستقبل، الأفضل والأسوأ في أبعاد لفظية. (Cottraux, 20014)

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

إن الخاصية المعقدة للأحداث الخاصة التي نسميها (الانفعالات) ليس فيها استثناء، لأن التعرف على شكل خاص من الأحاسيس الجسدية، الأفكار أو الصور و إعطائها تسمية انفعال ينحدر من العمليات اللفظية التي تحمل لا محالة مظهرا تقييميا: فرح، راحة، حب، التي تعتبر كلها (جيدة) في حين أن القلق، الغضب و الحزن كلها (سيئة). بالنسبة للإنسان، القلق ليس حالة بسيطة تتميز بوجود منبهات و بعض الأحاسيس الجسدية و بعض الميول للفعل، و لكنه صنف لفظي تقييمي و وصفي يدمج تجارب واسعة مثل الذكريات، الأفكار، تقييمات و مقارنات اجتماعية. إن الميزة bidirectionne لسياقات القائمة على اللغة تخلق وهم أن خاصية (سيئة) التي نسندها للقلق تشكل نوعية inhérente للانفعال في حد ذاته فنقول (هو انفعال سيئ) وليس (هو انفعال وأنا قيمته). إن التجربة الانفعالية بصفتها ظاهرة ذاتية، ليس لها معنى إلا عند الفرد الذي يستطيع إدراكها كما هي. و بالنسبة لنظرية الأطر العلائقية فإن معنى الذات يقوم على سياقات الأطر العلائقية خلال النطق اللفظي, (« cadrage relationnel » deictique) و هو الأثر collatéral للغة، فسياقات التقييم لا تتوقف عند ظاهرة الانفعالات و لكنها تجتاح هذه الأخيرة و من يعيشها. (Cottraux, 20014)

يعود مفهوم الاندماج المعرفي إلى الوضعيات التي تكون فيها الوظائف مشتقة من سياقات الأطر العلائقية (الوظائف اللفظية) التي qui l'emportent, في تنظيم السلوكات وعلى الوظائف النفسية التي تكون متوفرة في المحيط. وبالتالي سيحدث خلط بين العالم المشكل والعالم الواقعي، سواء كان عالم الخارجي أم الفرد أو الأشخاص. إن كلمة حدث كما تشير إليه وكما يصفها الفرد سوف vont s'amalgamer في تشكيلات مثل: (أنا هلع) أو (أنا مكتئب)، وفي سياق الأدبي نجد أن الأفكار والانفعالات سوف توجد بطريقة ما في على السلوكات وتعمل بطريقة تظهر فيها كاسباب.

بالنسبة للعلوم السلوكية، فإن الظواهر التي تتدخل في الاستجابات الانفعالية، تتحدد بالتاريخ l'histoire (ontogénétique et phylogénétique) للفرد و بحالة الحالية للعالم الذي يقدم له، أي ما نشعر به عندما نحس بانفعال ليس سوى إعادة تنشيط لماضي من طرف حاضرننا. فالشخص الذي عاش ماضي صعبا أو صدميا سيكون particulièrement encline à لشعور بانفعالات مزعجة مثل القلق و الحزن، و حتى يملك استجابات انفعالية أخرى في المستقبل يجب أن يبنى تاريخا مختلفا انطلاقا من الحاضر، و من المؤسف أن يستند في هذا البناء بانفعالات غير مريحة و لكن على المدى القصير. (Hayes, 1994).

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

إن طلب المريض فإن تكون له استجابات مختلفة في اللحظة الحالية هو طلب جد متفهم وشرعي (لا أحد يستحق أن يكون له تاريخ صعب) ولكن هذا الطلب يحمل فخ التكرار لأنه سيكون من الصعب أن نجيب لطلبه دون أن نساهم بطريقة أو بأخرى سلوكيات التجنب التي منعت إلى حد الآن الالتزام بالسلوكيات الفعالة.

2- تجنب التجارب L'évitement d'expériences

إن كل السياقات القائمة على اللغة والأفكار هي نتائج لسياقات اختيار مميزات خاصة تساهم في الحفاظ على الحياة. وبالتالي هي متمحورة على معرفة وإقصاء القلق، فعندما يتم تقييم حدث خاص على انه (سيء) أو (خطير) فغنه سيصبح هدفا لسياقات اللفظية التي تم تعزيزها عدة مرات بالنجاح الذي يضمنه لنا التحكم في المحيط المادي، وحتى أساليب التربية والثقافة علمتنا أنه من الممكن تطبيقها على العالم الداخلي، وبالتالي نحن ندخل في تجنب بعض تجاربنا الانفعالية. فكم من مرة طلب من بحنان ان لا نبكي أو ألا نخاف؟ فعندما كنا صغارا كنا نرى أن أشخاصا كبارا يقدمون لنا أمثلة في مواقف البكاء والخوف، ولكن التحكم في التعبير الانفعالي لا يعني أبدا السيطرة على التجارب الذاتية، لأن الطفل الذي ينجح في عدم البكاء لن يصبح سعيدا بل صامتا. ومادامت ثقافتنا تتقبل فكرة ان الأفكار والانفعالات هي سبب السلوكيات، فهذا سيساهم في الجهود المبذولة من أجل تجنب تلك السلبية منها لأنها قد تؤدي إلى التصرف بطريقة سيئة. إن نتائج السلوكيات على المدى القصير لها تأثير أكبر بكثير على تكرارها من العواقب البعيدة. حتى لو كانت تبدو غالبا مدمرة أو على الأقل تؤدي إلى نتائج عكسية على المدى الطويل، فإن مناورات التجنب التجريبي عادة ما توفر راحة فورية. وبالتالي تساهم العديد من العوامل في تثبيت وصيانة تجنب الخبرات ويمكن اعتبارها سلوكا مكتسبا، معمما، يتم الحفاظ عليه من خلال التعزيز السلبي. (Cottraux, 20014).

يبدو أن التجنب التجريبي مفيدا في العديد من المواقف، الانغماس في العمل لتبديد القلق من انتظار سفر أحد أفراد أسرته في طقس سيء، وإلهاء نفسك عن الألم الناتج عن التدخل الطبي للأسنان أثناء التفكير في العطلة القادمة، وما إلى ذلك. يصبح التجنب التجريبي إشكالياً فقط عندما يمنع الانخراط في أنشطة مهمة للمعنى الذي يرغب المرء في إعطائه لحياته وعندما تتجاوز الظواهر التي يتم تجنبها مستوى معيناً من الشدة. تمرين يوضح هذه النقطة الأخيرة.

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

نقوم بإشعال عود الثقاب ونطلب من المريض إخماده بطريقة بسيطة وسريعة وذكية. عادة ما تفعل ذلك عن طريق النفخ عليها. ثم نقترح عليه أن يتخيل بداية حريق لهيب طوله 30 سم نشجعه على إخماده بنفس الطريقة البسيطة والسريعة والذكية. ولكنه يفهم أنه سيؤجج النار فقط، ويمكن لهذه الاستعارة أن يضعه في اتصال مع التأثير العكسي للتقنيات الذكية للتحكم في التجارب العاطفية.

من أجل تجنب الأفكار، فإننا نعود إلى قدرتنا على تشكيل واتباع قواعد شفوية التي يكون لها في الحالات الخاصة نتائج عكسية بما أن القاعدة التي يجب بنائها تحوي الموضوع الذي نريد الهرب منه. وفي هذا المجال أكدت الأعمال التجريبية لـ (Wegner, 1987) حول قمع الأفكار، أن المحتويات النفسية التي نبحث عن تجنبها، تميل إلى أن تصبح مجتاحة. ومن جهة أخرى هناك بعض الجوانب من التجربة تستجيب قليلاً أو لا تستجيب أبداً لتحكم الشفهي. تقوم الاستجابات الانفعالية بشكل واسع على سياقات الاشارات الاجرائي، ويتم تعديلها بالنظام العصبي الاعاشي أو كما يسمى بالمستقل بالخصوص لأنه غير خاضع لتحكم الإرادي.

عندما يجب تجنب القلق، فإن أدنى إشارة بوجود القلق تصبح تهديداً وتعبئ استراتيجيات التحكم. وعندما يتم ادراكها بأنها غير فعالة (عندما تصبح النيران كبيرة ولا يمكن اطفائها) يتم انطلاق ميكانيزم الحلقة المفرغة.

نحن جميعاً أمناء على عمليات الاشارات القاسية، والتي تعتمد طبيعتها ومداهها على تاريخنا. وبالتالي، فإن بعض المواقف الواقعية ولكن أيضاً بعض الأفكار والصور والأحاسيس الجسدية ستحفز الميل لتجنب التجارب. إن وجود وانتشار العمليات العلائقية يعني أنه يجب تجديد جهود التجنب باستمرار.

ثم يصبح تجنب التجارب مهنة تقييدية واجتياحية بشكل متزايد. تتخفض المعاناة "الإيجابية" المرتبطة بالأفكار والعواطف غير السارة، ولكن على حساب المعاناة "السلبية" بسبب افتقار الوجود الخاص من الأنشطة الموجهة من طرف القيم العزيزة علينا. مع التغييرات اللازمة لجعل حياتنا أكثر شبعاً بما نريده، ستأتي حتماً بأحداث خاصة غير مريحة. هنا أيضاً، يكون لتجنب التجارب عواقب وخيمة. أخيراً، تكون بعض أشكال تجنب التجارب مدمرة بحد ذاتها، مثل تعاطي المخدرات أو اضطرابات الأكل أو المقامرة المرضية أو إدمان العمل.

3-مختلف جوانب خبرة الذات :Les différents aspects de l'expérience de soi

يتميز علاج ACT 3 متغيرات من خبرة الذات وهي:

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

• الذات كمحتوى: تشير إلى الذات الاصطلاحية أو التصورية التي نشكلها باستمرار من أجل إعطاء معنى لتاريخنا. ويقترَب هذا المفهوم من مصطلح (سيناريو الحياة). (Cottraux, 1995) فالحاجة للاحتفاظ بتناسق التاريخ وكذلك بنائه يساهم في تفسير التجارب التي من المحتمل أن تقوم بتعديله بطريقة تؤكد في النهاية. و علاج ACT يهدف إلى إعادة طرح هذا البناء، و توضيحه و ليس بالهجوم عليه و لكن بإضعاف سيطرة السياقات اللغوية و السياق الأدبي الذي يساهم في إعطائه القوة في توجيه اختيارات الفرد.

• الذات كعملية وتشير إلى القدرة على انشاء علاقة تعادل بين مجموعة غير محددة من الأحاسيس الجسدية، والميول والأفكار السلوكية، وما يسمى ' الانفعالات '. يعتمد توجهنا في تعقيد مواقف الحياة في المجتمع على سياق المحتوى للبناء اللغوي اللفظي لحالاتنا الداخلية التي تصنع الفرق بين الخوف من الحيوانات وقلق البشر. ومن أجل انشاء ودعم هذه القدرة التي تتعلق بما تسميه التوجهات العلاجية النفسية الأخرى بـ(القرب من انفعالاته) أو امتلاك (الدخول إلى انفعالاته) لهذا يجب أن تكون استجابة المحيط المبكرة صحيحة ومناسبة لما يشعر به الطفل، لهذا يمكن ان تتطور بطريقة غير كافية في حالة الحرمان، الصدمات المبكرة وخصوصا في وضعيات سوء المعاملة حيث كانت التعليقات الواردة من البيئة مضللة: "تعجبك". فالأفراد لا يعرفون تطبيق أنواع الانفعالات بطريقة مناسبة، حيث نجدهم يعانون كثيرا من أجل القيام بالاختيار الذي يعود عليهم بالمنفعة، وعلاج ACT يسعى جاهدا لبناء جو علاجي ملائم لتطوير هذه الكفاءة. (Cottraux, 20014)

• الذات كسياق: وهو مفهوم يصعب فهمه، في مقال نشر سنة 1984، وصف Hayes تجربة الذات كنظرة منفتحة وبدون حدود. وكأنه من هنا ألاحظ، لا يمكنني ان ألاحظ هذا الشيء (التي لا تعتبر شيء لأنها بدون حدود) ولكن يمكن تجربتها بطريقة عابرة في أغلب الأحيان، هذا الجانب من الذاتية الإنسانية هو قاعدة التجارب التعالي والروحانية، وهي ذات أهمية أساسية بالنسبة للعلاج،

نحاول ان نطورها بفضل تمارين واستعارات. تجربة أن هناك حقيقة واحدة ثابتة وغير متغيرة على الأقل عن الذات وهي ليست اعتقادًا ولا أملاً ولا فكرة (جميع المفاهيم المبنية لـ "الذات كمحتوى") يمكن أن تكون مصدرًا، مكان آمن يسمح للمريض أن يتقبل المواجهة مع التجارب المؤلمة للغاية مع الايمان أنه مهما حدث، فإن هذا الواقع سيبقى على حاله.

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

4- مبادئ علاج التقبل والالتزام ACT:

من أجل تسهيل الالتزام بالسلوكيات الموجهة نحو القيم، يسعى علاج ACT إلى تطوير معنى (الذات كسياق) كمكان آمن حيث يصبح التعرض ممكنًا واستراتيجيات " فك الاندماج" التي نريد من خلالها توضيح عملية البناء اللفظي بدلا من نتائجه، حيث نبحت عن تعديل السياق الادبي للأفكار بدل محتواها، رؤيتهم على حقيقتهم وليس لما يقولون هم. وبمجرد تشجيعه في التحليل الوظيفي، فإن التمييز الحاصل بين الأفكار، الصور والاحاسيس الجسدية، يتجه أصلا نحو معنى فك الاندماج.

يستخدم ACT بسهولة الاستعارات والتمارين لمحاولة تقليل السيطرة على العمليات اللفظية. فغالبا ما يصعب تحديد الحقائق التي نريد أن نجعلها متاحة بخطاب خطي ومنطقي، ويسهل توضيحها بالصور. الاستعارة ليس لها وصفة طبية ولا توجيه؛ لا تقدم طريقة جديدة "للتصرف بشكل صحيح" وبالتالي لا تشجع التقيد الصارم بالقواعد الحقيقية. يساعد استخدامها في جعل المجال العلاجي سياقًا اجتماعيًا / لفظيًا جديدًا يتم فيه التشكيك في حقيقة الاعتماد المفرط على التركيبات العقلانية من أجل تمييز نوع الحكمة الناتجة عن الاتصال المباشر مع الحالات الطارئة والضاغطة. من السهل أن نتذكر الاستعارة بشكل جيد لدرجة أنها سترافق المريض في العديد من المجالات حيث يريد المرء أن يكون قادرًا على تغيير سلوكه. من خلال إدخال الجوانب المتناقضة للنظرية في مجال الفطرة السليمة والتي لا يمكن تفسيرها إلا من خلال الخطب الطويلة، تجعل اللغة المجازية من الممكن الحصول على التزام أفضل للمريض بالنموذج. (Cottraux, 20014)

أن الآثار المترتبة على النموذج النظري ACT تجعل العلاقة العلاجية متكافئة في الأساس. فالعلاج ليس لقاء بين شخص مصاب، غير متوازن، وناقص وكائن "متفوق"، "ناجحًا"، يمتلك الحكمة والمهارات التي تحميه من الجوانب المؤلمة للحياة، الحالة البشرية. مثل المريض، يواجه المعالج باستمرار الفخاخ التي تتطوي عليها القدرة على تطوير التراكيب اللفظية، سواء في عمله كمعالج أو في حياته خارج الممارسة.

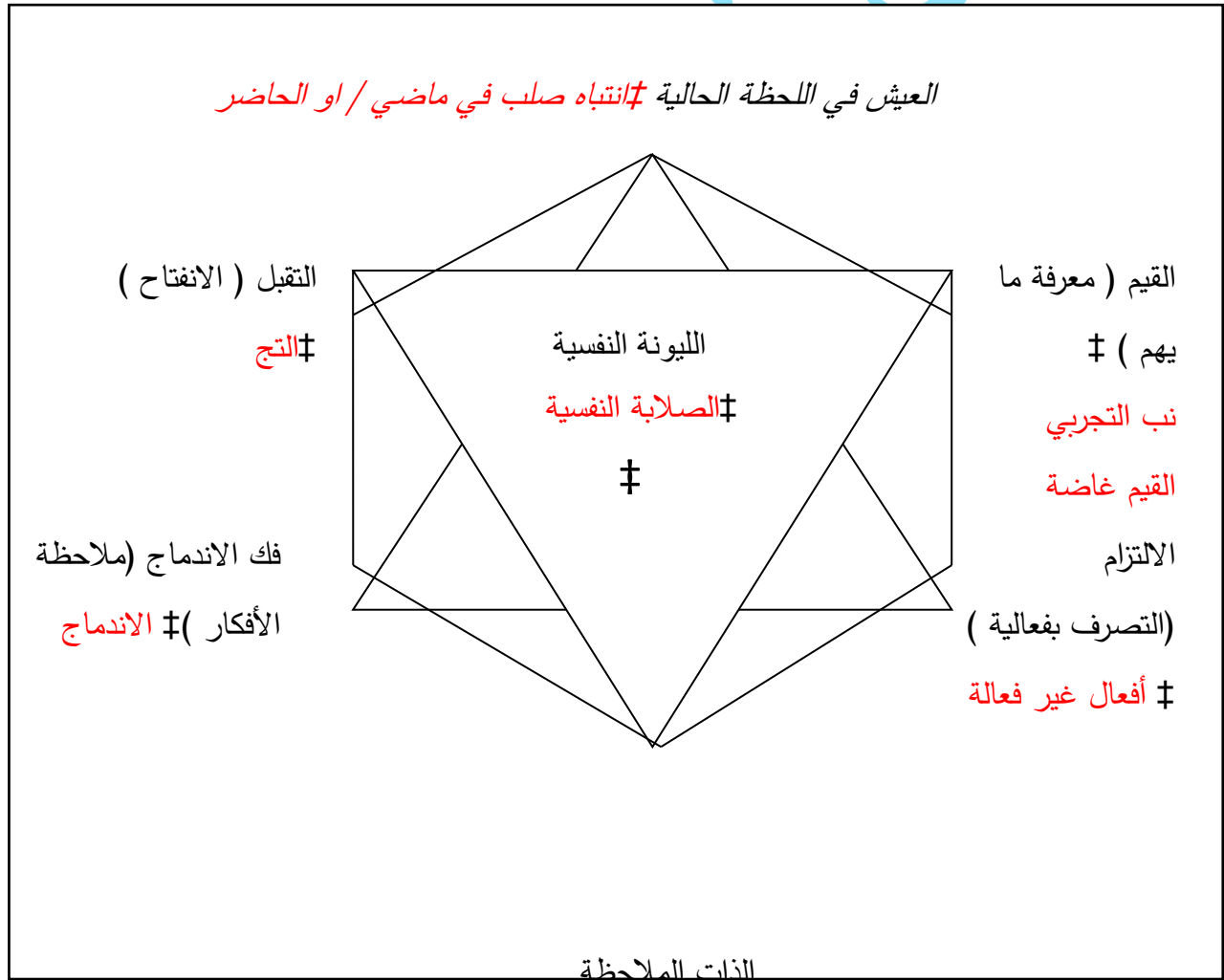
وسيوواجه هو نفسه حتمًا أفكارًا ومشاعر غير سارة أثناء العلاج: قد يشعر بالضيق والإحباط والملل والارتباك ولديه أفكار مثل "أنا أفشل تمامًا". إذا حاول بعد ذلك تعويضها باستعارة أو تمرين "للاستعادة السيطرة"، فإن تدخله سيكون غير مناسب. سيكون مشابهًا لتدخل ACT في التضاريس، ولكنه يتوافق

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

وظيفة مع تجنب تجربة غير سارة. لذلك فإن النموذج المقدم للمريض سيكون عكس النموذج الذي نرغب في تقديمه له وستكون العملية العلاجية معرضة لخطر التعثر. (Cottraux, 20014)

يهدف علاج التقبل والالتزام إلى تطوير الليونة النفسية، والليونة النفسية هي أن نكون منفتحين على تجربتنا في اللحظة الحالية والاصرار والاستمرار في تغيير السلوك حسب وظيفة السياق لخدمة القيم. ومن أجل فهم أفضل لليونة النفسية يجب أن نعود إلى نموذج HEXA FLEX الذي يحوي 6 سياقات وكل سياق له تقنيات خاصة للعمل بها:

الشكل رقم 01: نموذج HEXA FLEX لليونة النفسية



(الوعي بما يجري) $\neq$ الذات الاصطلاحية

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

(Deual Christophe ;2018)

• السياقات الستة لليونة النفسية:

تتكون الليونة النفسية من 6 سياقات وانخفاض في أي مستوى من المستويات 6 سيؤدي إلى سيطرة عكسه وهي كالتالي:

- **فك الاندماج أو فك الانصهار:** وهو عكس الانصهار أو الاندماج، فعندما نعتبر أفكارنا صحيحة، هامة أو خطيرة أو نأخذها بالمعنى الحرفي فنحن منصهرين ومندمجين معها، وظاهرة الاندماج ليست مشكلا في حد ذاتها ولكنها تصبح كذلك عندما تفقدنا الاتصال مع مكتسبات تجاربنا وفي هذه الحالة لا نملك اختيار سلوكياتنا مثال: أتباع قواعد صلبة (الوالد الجيد عليه دائما ان يكون موجودا لأطفاله) (Deual Christophe ;2018)

وبالتالي فك الاندماج مع الأفكار هي أن نأخذ أفكارنا على ما هي عليه مجرد أفكار وإدراك انها تشكل تدفقا لا ينقطع يأتي ويذهب وفي اغلب الأحيان دون أن نريد وأنها ثمرة النقاء تاريخنا الماضي والسياق الحالي. وبالتالي نلاحظ أفكارنا بدل رؤية العالم من خلالها لهذا علينا دائما محاولة التخلص من تأثيرها والتصرف أحسن حسب السياق.

- **التقبل:** كلنا نميل إلى اللذة و تجنب الألم و لكن هذه الإستراتيجية الفعالة في العالم الخارجي لا تكون فعالة في العالم الخارجي و هذا ما يسمى في ACT بالتجنب التجريبي و هو محاولة تغيير شكل و تكرار و شدة ما يحدث في داخلنا من أفكار ، مشاعر و ذكريات، و لكن التجنب التجريبي ليس مشكلا في حد ذاته و لكنه يصبح مشكلا عندما يصبح صلبا متكررا و غير فعالو مكلفا في الوقت و نوعية الحياة ، و الصعوبة تكمن في أن انفعالاتنا السلبية لها ميل لتضييق على مجال سلوكياتنا و تجبرنا على التصرف بطريقة واحدة حتى لو لم تكن فعالة، لهذا فهدف ACT هو ترك السيطرة على أفكارنا و انفعالاتنا حتى نستعيد السيطرة على حياتنا و بالتالي التقبل هو البديل أي استقبال تجاربنا الداخلية في السراء و الضراء و بفتح و فضولية و لطف بطريقة نعيد بها إيجاد حرية الاختيار. (Deual Christophe ;2018)

- **الحذر لليونة في الوقت الحاضر:** إن العالم الافتراضي المشكل باللغة يمكننا في أي لحظة الغرق في الماضي أو المستقبل أو في عالم الخيال، وهذا ليس مشكلا في حد ذاته ولكن المشكل يبدأ عندما نصبح عاجزين على توجيه انتباهنا في الوقت الحاضر لأننا نجتر الماضي أو أننا نستبق

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

القلق لما سيحدث في المستقبل. الوضعية التي نعيشها الآن تستوجب أخذ القرار المناسب في الوقت الحاضر وهذا ما يستوجب أن نكون واعين بأفكارنا وانفعالاتنا و السياق الخارجي لأفعالنا و النتائج التي تؤدي إليها. وبالتالي الانتباه اللين في اللحظة الحالية هو القدرة على الاحتفاظ به في المكان الأكثر فعالية في الوضعية الحالية، لأن ما أعيشه يجري في الحاضر فقط لهذا يجب ان أتصرف في الحاضر فالماضي أصبح متأخرا و المستقبل مزال مبكرا. (Deual ;2018)

- **الذات الملاحظة:** لفهم هذا السياق يقدم لنا Russ Harris(2000) مثال المصباح فالذات الملاحظة هي المصباح مصدر الضوء، و ما تضيئه يكون صحيحا حسب اللحظات ، فالذات الملاحظة هي وضعية الملاحظة في ذاتنا من وعينا تبقى ثابتة و هي التي تعطينا مشاعر الاستمرارية و أننا دائما نفس الشخص رم كل التغيرات التي نعيشها من أفكار و انفعالات... الخ أما الذات الاصطلاحية فهي عكس الاصطلاحية فهي عبارة عن تقييم لهويتنا بطريقة ثابتة و صلبة عن طريق الأدوار ، خصائص الشخصية و التجارب الانفعالية و الذكريات و ما يطرح مشكلا أن هذه الذات الاصطلاحية تحجز ذواتنا و بالتالي نجد أنفسنا تائهين عندما نفقد جزء منها

- **القيم:** هي خصائص السلوكيات التي تكون مصدر الاشباع في حد ذاتها و التي تعطي معنى للحياة ، يمكن لهذه القيم أن تكون غامضة إذا سيطرت عليها القواعد (ماذا يجب أن أفعله) مثلا الخضوع لاستحسان الآخرين أو التجنب التجريبي و هكذا نتصرف من أجل الهروب من النتائج السلبية .

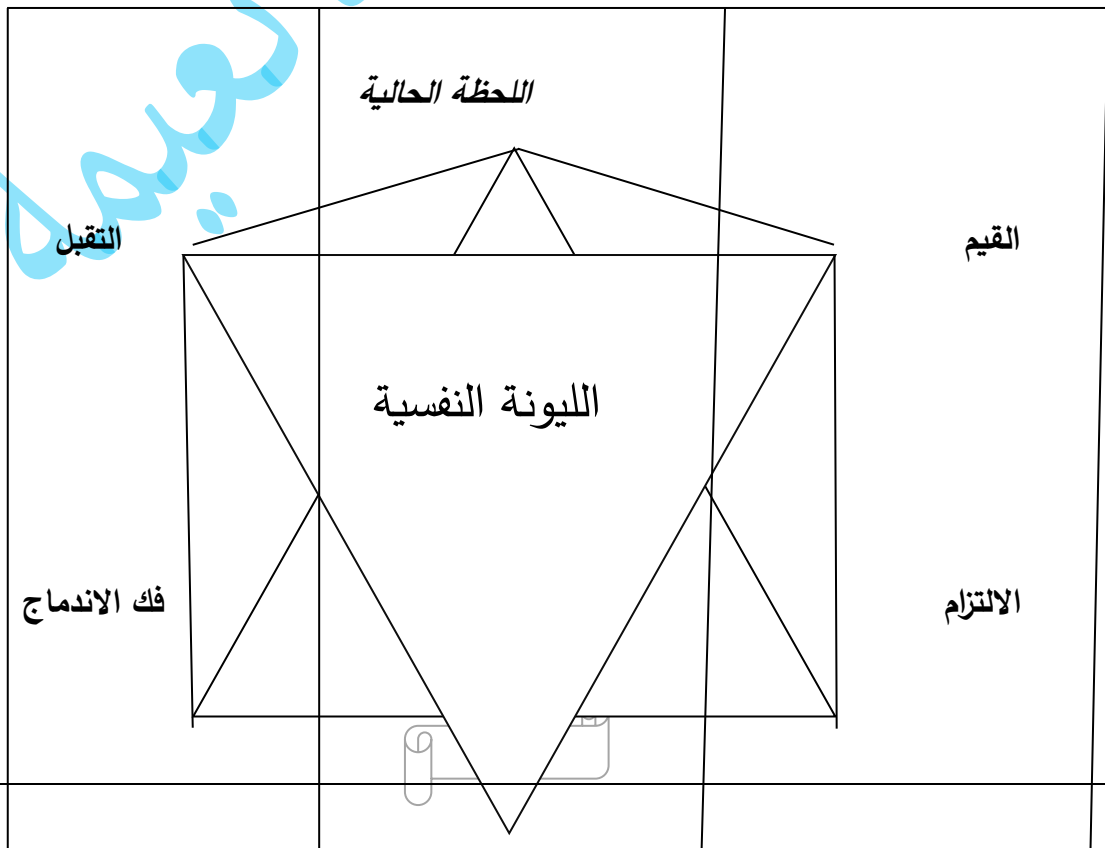
- **الالتزام:** عندما نحدد قيما علينا ان نمضي قدما اتجاهها و بالتالي الفعل الملتزم هي كل الأفعال الملاحظة و المتناسقة مع القيم و عكس الفعل الملتزم هو كلما نقوم به و ألا نقوم به و لا يتناسب مع القيم ، أي يمكن أن يكون عدم الفعل أو الاندفاعية و هذا ما يمنع من المثابرة عندما يتطلب السياق ذلك. (Deual Christophe ;2018)

نلاحظ من خلال عرضنا لسياقات 6 نجد أنها مرتبطة ارتباطا وثيقا فعندما نأخذ أفكارنا علي أنها حقيقية و التي تقول أن انفعالاتنا السلبية خطيرة (الاندماج) فإنها تغذي التجنب التجريبي ، و عندما نحارب إنفعالاتنا و نتمسك بأفكارنا فإننا نفقد إدراك ما يجري في الوقت الحاضر (انتباه صلب) و بنا أنها ظواهر نفسية عابرة فهي لا تمثلنا (الذات الاصطلاحية) و هذا ما يفقدنا الاتصال مع القيم و عيش الحياة التي نريدها .

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

الشكل رقم 02: نموذج مبسط لتطبيق العيادي لـ ACT

يتم اعتماد النموذج السابق Hexa Flex في علاج ACT في مجال البحث لأنه يفصل سياقات الليونة النفسية كل واحدة على حدا و في مجال التطبيق العلاجي يكون هذا النموذج معقد نوعا ما لهذا هناك نموذج مبسط Triflex يتكون من 3 طبقات:



المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

الذات الملاحظة

طبقة الانفتاح

طبقة الالتزام

طبقة الوعي

Deual Christophe ;2018

* **طبقة الانفتاح:** تجمع سياق تقبل التجارب الداخلية (أفكار، انفعالات، ذكريات) واخذ مسافة مع الأفكار

* **طبقة الوعي:** تضم سياق الانتباه على الحاضر وإدراك ما نقوم بملاحظته كعناصر عابرة، مستقلة عن الذات.

* **طبقة الالتزام:** تضم سياق الفعل أي امتلاك اتجاه واضح نحو القيم والتصرف بفعالية في هذا الاتجاه. وبهذا يمكن للمعالج ان يقيم بسرعة الليونة النفسية للمريض.

5- مراحل سير وتطبيق علاج ACT:

لا توجد طريقة محددة يمكن أن يعتمد عليها معالج ACT لأنه علاج بسيط ومرن، فيمكن للمعالج ان يتبع ان أسلوب يريده المهم أن يهدف لتطوير الليونة النفسية، وفيما يلي نقدم الأسلوب الكلاسيكي الذي يسير وفقه علاج ACT

المرحلة الأولى: تحديد المشكل الحقيقي:

في هذه المرحلة تم تكوين فكرة واضحة عما يبدو أنه مشكلة عن طريق تتبع تفسير هذه المشكلة على ثلاثة مراحل: الوقت، المسار والعوامل الانطلاق، وبعد جمع معلومات حول تاريخ حياة المريضة واضطرابها، قمنا بتحليلها حسب التحليل الوظيفي (ABC)، وطرح السؤال المفتاح (ماذا لو لم تعد هذه

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

مشكلة، فماذا ستفعل بشكل مختلف؟) لنصل في الأخير إلى تصور الحالة حسب نموذج الثلاثي Triflex الخاص بعلاج التقبل والالتزام والمكون من 3 طبقات (الانفتاح، الوعي والالتزام)

(Hayes, S 2012, p90)

المرحلة الثانية: تحضير السياق لبدأ التغيير:

في هذه المرحلة تم وضع تقرير حول الاستراتيجيات التي استخدمتها المريضة إلى حد الآن، و ذلك بالاعتماد على سلم (Russ Harris, 2017 p57) في تصنيف استراتيجيات التحكم (التشتيت، التجنب، التأمل، و المواد)، بعدها تم إعطاء مصداقية لمنطق هذه الإستراتيجيات بالاستعانة بتمرين استعارة الحفرة، حتى تدرك المريضة أن الاستراتيجية العامة للتحكم في أفكاره وعواطفه مفهومة والبدء في تقديم حقيقة أنه محكوم عليه بالفشل. وندخل مباشرة لتمرين المصفوفة وإدخال بديل للتحكم عن طريق تمرين شد الحبل مع الوحش وتمرين استعارة الحافلة. وتختتم هذه المرحلة بالحصول على الموافقة المستنيرة من طرف المريضة.

مرحلة الثالثة، الرابعة والخامسة: بدأ العلاج

العمل على النموذج الثلاثي لـ ACT الانفتاح، الوعي، الالتزام "

في هذه المرحلة يتم العمل على تطوير الليونة النفسية على كل من الأعمدة الثلاث "الانفتاح، الوعي، الالتزام"، لدمجها في العلاج وفقاً لما يحتاجه المريض:

- طبقة الانفتاح: تم العمل على فك الاندماج والتقبل
- طبقة الوعي: تم العمل على تنمية قدرات الملاحظة ما يحدث داخل الذات و في المحيط الخارجي أي اللحظة الحالية و الذات الملاحظة.
- طبقة الالتزام: تم العمل الحصول على رؤية واضحة للقيم للقيام بالالتزام في الأفعال المهمة التي تجلب المعنى والحيوية والاستعداد للتغيير طرق التصرف باسم القيم. (Christophe, D, 2018, p101)

يلخص الجدول التالي اهم الخطوات الاجرائية في علاج ACT

الجدول رقم 01: سير مراحل العمل العلاجي بالنموذج الثلاثي لـ ACT

طبقة الانفتاح	طبقة الوعي	طبقة الالتزام
---------------	------------	---------------

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

1- القيم : والهدف من عملية القيم هو الحصول على رؤية واضحة للقيم ووجود قيم (الصحة و الدراسة) محفزة بشكل جوهري هنا والآن من خلال التمارين التالية : - تمرين عيد ميلاد 80 - تمرين عجلة القيم 2- الالتزام : وهو الالتزام في الأفعال المهمة والتي تجلب المعنى والحيوية و الاستعداد للتغيير طرق التصرف باسم القيم، وجود أفعال : العودة للدراسة تناول الأكل الصحي (التوجه نحو) وليس مكرهاً (التجنب). نقوم بطرح سؤال مفتاحي للمريض: "ما الذي يمكنك فعله الآن ويجعلك أقرب إلى ما يهيك؟". - تمرين استعارة التزلج	تنمية قدرة الملاحظة في اللحظة الحالية من خلال المراحل التالية: ملاحظة ما يحدث داخل الذات وفي المحيط الخارجي. — وصف العواطف والأحاسيس تجربة المريض. — التتبع الرابط بين المواقف وردود فعل المريض والنتائج المترتبة عن ذلك، من أجل التمكن من تحديد بين ما يريد وما يحصل عليه بالفعل نتيجة ذلك. من خلال التمارين التالية: 1 - اللحظة الحالية : - تمرين العودة إلى الحواس - تمرين التأمل على التنفس - تمرين أنزل المرساة 2- الذات الملاحظة : - تمرين أنزل المرساة تمرين الماضي والحاضر والمستقبل	1- فك الاندماج من خلال تطوير 4 مهارات: - مراقبة الأفكار كعملية مستمرة. - شطب الأفكار؛ أي لم يعد يأخذها بشكل حرفي. - الاقتراب من الأفكار من زواياة الفعالية وليس من حقيقتها. - ملاحظة المريض الفرق بينه وبين أفكاره. عن طريق الأساليب التالية : - طرح أسئلة مباشرة - تمرين الأوراق المتساقطة على النهر - اليقضة الذهنية - تمرين الليمونة - تمرين طبقات الصوت 2 - العمل على التقبل عن طريق تطوير المهارات التالية : - الملاحظة ووصف المكونات المختلفة للتجربة الداخلية. _____ "Normaliser" التجربة الداخلية.
---	--	--

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

	- تخصيص المساحة دون محاولة تغيير التجربة. - و للوصول إلى هذا تم استخدام الأساليب التالية: - العمل على محتوى الفكر (أنا أفكر أن ..) - تمرين التقبل - تمرين ركوب الأمواج الانفعالية - تمرين تجسيد الانفعالات - تمرين تخصيص المساحة
--	--

(Deual Christophe ;2018)

في الأخير نستخلص أن علاج ACT يقوم على العمليات وليس على التقنيات أو طريقة خاصة في العمل، لهذا نجد أن معالجي ACT يمكن أن يكون لديهم تيارات وأساليب مختلفة في العمل، مثلاً هناك طريقة العمل سياق بسياق، طريقة العمل لحظة بلحظة وطريقة المصفوفة. ويمكن استخدام هذا العلاج مع كل الحالات النفسية المرضية، كما رأينا تعتبر اللغة قلب النابض للاندماج مع الأفكار والتجنب التجريبي اللذين يعتبران مفتاح الصعوبات النفسية. بما أن اللغة عالمية عند الإنسان، فإن علاج ACT يمكن أن يكون مفيد في تحسين التوظيف النفسي (الليونة النفسية) وبالتالي جودة الحياة لكل الأشخاص ليس فقط الذين يعانون من اضطرابات نفسية أو عقلية.

6- النتائج التجريبية لعلاج ACT:

مثل جميع العلاجات السلوكية، يولي ACT أهمية كبيرة لتوثيق فعاليته من خلال التجربة السريرية. كما أنها تصر على الدعم التجريبي للمبادئ التي تقوم عليها. (Hayes et coll., 2006) (والجهود

المحاضرة الثانية: العلاج بالتقبل والالتزام

الرئيسية لاستراتيجية البحث حتى السنوات الأخيرة ركزت على دراسة الأسس النظرية للعلاج. وهكذا تم تكريس أكثر من 50 دراسة لاختبار صحة TCR، وفي المجال العيادي، ركزت العديد من الدراسات والجهود الرئيسية لاستراتيجية البحث حتى السنوات الأخيرة على دراسة الأسس النظرية للعلاج. تم تخصيص أكثر من 50 دراسة لاختبار صحة TCR وفي المجال العيادي تم إجراء العديد من الدراسات الارتباطية لتوثيق الدور الذي يلعبه في علم النفس المرضي وفي العلاج من خلال عمليات مثل الاندماج المعرفي وتجنب التجارب.

بيت في سعيد زعيمه

المحاضرة الثالثة: العلاج القائم على اليقظة الذهنية: mindfulness, cognition et émotion

المحاضرة الثالثة: العلاج القائم على اليقظة الذهنية: mindfulness, cognition et émotion

تمهيد:

على مدى السنوات العشر الماضية، كانت التدخلات القائمة على أساس اليقظة الذهنية في البلدان الأنجلوسكسونية تعرف نجاحا هاما. أما في أوروبا الناطقة بالفرنسية، فقد أثار هذا النهج الجديد اهتماما معينا، سواء بين الجمهور أو بين المتخصصين في الصحة العقلية. ومع ذلك تبقى التدخلات القائمة على اليقظة الذهنية غير معروفة بشكل جيد، هناك القليل من المعالجين المكونين في هذا التيار. الهدف من هذه المحاضرة هو تقديم التدخلات القائمة على اليقظة لطلبة علم النفس العيادي والصحة النفسية. سيتم تحديد هذا النهج ووصف إجراءات التدخل على وجه التحديد. سوف ندرس العمليات المعنية ومجالات التطبيق. سيتم مناقشة أوجه التشابه والاختلاف بين هذا النهج الجديد والعلاجات السلوكية والمعرفية التقليدية.

1-تعريف اليقظة الذهنية:

يعرف (2003) Kabat-Zinn اليقظة الذهنية على انها حالة من الوعي ناتجة عن جلب الانتباه اراديا على التجربة التي تتكشف في اللحظة الحاضرة، بدون الحكم عليها. كل عنصر من عناصر هذا التعريف يعتبر ضروري من أجل لفهم مصطلح اليقظة الذهنية. وبالتالي هي حالة من الوعي ناتجة عن فعل إرادي: إن حقيقة الحفاظ اراديا على الانتباه على عنصر معين، بعبارة أخرى تتضمن اليقظة الذهنية توظيف سياق الانتباه المستمر. كما أن موضوع الانتباه أيضا مهم، ويعتبر التجربة المباشرة الشخصية والحاضرة للفرد، تجربة تتقلب دون توقف. في إطار اليقظة الذهنية، يتم تفعيل اليقظة الذهنية بفضل المعطيات الحسية المباشرة، مثل الأحاسيس الجسدية، ما يراه الفرد، ما يسمع، ما يحس، ما يتذوق. يمكن للتجربة أيضا أن تكون أفكارا وصورا عقلية التي تظهر تلقائيا في حقل الوعي. إذا لدخول في حالة يقظة عقلية، يدعى الفرد إلى تركيز كل انتباهه على معطيات تجربته المباشرة مثلا على تنفسه او على أحاسيسه الجسدية التي تولد من تنفسه.

غير ان تركيز الانتباه على التجربة الحالية لا يكفي، بل يجب أن تتم ممارستها في حالة روحية معينة، مع الحفاظ على موقف معين: موقف عدم الحكم. ويتضمن هذا الموقف من عدم اصدار الاحكام

المحاضرة الثالثة: العلاج القائم على اليقظة الذهنية: mindfulness, cognition et émotion

استقبال والترحيب بكل جوانب التجربة، سواء كانت سارة أو مزعجة، واستكشافها بنفس الفضول اللطيف. وفي الواقع فإن ميولنا تكون نحو البحث عن الجوانب الممتعة من تجاربنا ورفض وتصغير أو انكار الجوانب المزعجة. وفي اليقظة الذهنية عكس الاسترخاء مثلاً، لا نبحث على تعزيز الحالة الجسدية او النفسية السارة او مريحة، بل نبحث بالعكس أن نكون مدركين تماماً قدر الإمكان لجميع جوانب حالتنا الحالية سواء كانت سلبية أو إيجابية. كما أن الهدف ليس ألا يكون له بدهاءة. غالباً ما تكون الأحكام التي نتخذها على الفور بشأن أي معطى في تجربتنا تلقائية وسيكون من العبث محاولة قمعها. (McNally, 1995).

الهدف هو بالأحرى عدم الانجراف وراء هذه الأحكام، وليس السماح لها بالسيطرة على انتباهنا. يتعلق الأمر بمراقبتها كإبداعات لأذهاننا، كمعطيات من تجربتنا هنا والآن. لاستخدام استعارة أحد المشاركين في المجموعة اليقظة، من الضروري تعلم "الابتعاد" عن أحكام تجاربنا التي تنشأ بشكل عفوي. في وعينا الكامل، نذهب إلى أبعد من ذلك حتى لا نحكم على الحكم.

تعريف اليقظة، من ناحية أخرى، هو حالة "الطيار الآلي". لقد مررنا جميعاً بهذه التجربة، أثناء القيادة على طريق مألوف، بحيث نجد أنفسنا في مكان معين ولا ندرك ما حدث في الدقائق القليلة الماضية. نحن نعلم أننا يجب أن نكون قد سلكنا طريقاً كذا وكذا، لكن ليس لدينا ذاكرة واعية عنه. لقد انغمس أذهاننا تماماً في الأفكار التي فصلتنا عن تجربتنا المباشرة. هذه الحالة من "الطيار الآلي" هي عكس اليقظة تماماً.

باختصار، اليقظة هي حالة ذهنية تنتج عن تركيز انتباهنا، طواعية، على تجربتنا الحالية في جوانبها الحسية والعقلية والمعرفية والعاطفية، دون إصدار حكم.

2- أصل وتطور اليقظة الذهنية في العلاج النفسي:

- أصل اليقظة الذهنية: تم تطوير مفهوم اليقظة وممارستها بشكل خاص في البوذية، حيث كانت تمثل جوهر التأمل منذ قرن ونصف. ومع ذلك، يعتقد العديد من الباحثين والأطباء أن هذا النهج يمكن أن يكون مفيداً للغربيين، دون بالضرورة الاشتراك في السياق الثقافي والديني لأصل اليقظة. (Baer, 2003) كان Jon Kabat-Zinn (1985 ؛ 2000) أول من طور ، في أواخر السبعينيات ، برنامجاً منظماً يهدف إلى تطوير اليقظة الذهنية ، وبرنامج الحد من الإجهاد القائم

المحاضرة الثالثة: العلاج القائم على اليقظة الذهنية: mindfulness, cognition et émotion

على اليقظة (MBSR) و هو برنامج تم تطويره في سياق طبي و ساهم كثيرا في تطوير برامج مماثلة في المستقبل.

- **التطور الحالي لليقظة الذهنية في علاج النفسي:** في الوقت الحالي هناك برنامجين حصريين قائمين على اليقظة الذهنية، تم نشرهم وكانا موضوعين لدراسات علمية جادة، و هما برنامج MBSR لـ Jon Kabat-Zinn، و هناك العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية (MBCT) Mindfulness-Based Cognitive Therapy الذي طوره (Segal et coll. 2002 ; 2006). و هناك العديد من أشكال العلاج التي تعتمد بشكل واسع لليقظة الذهنية خصوصا العلاج السلوكي الجدلي لـ (2000) de Marsha Linehan، علاج التقبل و الالتزام لـ (1994) Hayes كما رأينا في المحاضرة الثانية، و علاج الوقاية من الانتكاسة الخاص بالمرضى المعتمدين لـ (1994) Marlatt

3- وصف العلاجات الحصرية القائمة على اليقظة الذهنية:

- **برنامج خفض الضغط القائم على اليقظة الذهنية (MBSR) :**

تم تطوير برنامج MBSR (1985) Kabat-Zinn's في سياق استشفائي، في البداية لمساعدة المرضى الذين يعانون من الألم المزمن والاضطرابات المرتبطة بالضغط. هو عبارة عن برنامج منظم من ثماني جلسات أسبوعية، يتم تطبيقه في مجموعات من 20 إلى 30 شخصا، يعانون من اضطرابات مختلفة: الألم أو المرض المزمن، والقلق، والضغط (لا يوجد اختيار يعتمد على "التشخيص"). تستغرق الجلسات ما بين ساعتين وساعتين ونصف باستثناء الجلسة السادسة التي تتكون من يوم كامل من التمارين.

- تنظيم جلسة نموذجية:

كل حصة تبدأ مباشرة وبدون مقدمة مسبقة بتمرين تطبيقي لليقظة الذهنية التي تدوم 40 دقيقة. بعدها يدعون المشاركين لمشاركة انطباعاتهم (أفكارهم، انفعالاتهم، أحاسيسهم، ميولاتهم إلى الفعل) وتعليقاتهم والأسئلة الناتجة عن تجربتهم الشخصية في التمرين. كل جلسة يتم تصميمها بطريقة يركز فيها المشاركون على تجربتهم المباشرة وتجنب أي خطاب عقلائي. ثم يناقش المشاركون التدريبات التي قاموا بها خلال الأسبوع الماضي. واستنادًا إلى التعليقات والأسئلة وردود الفعل من المشاركين،

المحاضرة الثالثة: العلاج القائم على اليقظة الذهنية: mindfulness, cognition et émotion

يتناول ميسر المجموعة الموضوع المحدد للجلسة. ثم يتم ممارسة تمرين جديد. ستكون هذه عادةً إحدى المهام التي يجب القيام بها في المنزل للأسبوع التالي. تنتهي الجلسة بإسناد مهام منزلية متشابهة لجميع المشاركين. تتضمن ممارسة اليقظة الذهنية بمعدل 45 دقيقة يوميًا، 6 أيام في الأسبوع. هذه النقطة الأخيرة مهمة للغاية. حيث يتم اعلام المشاركين بهذا قبل بدء الجلسات الجماعية لهذا فهم ملزمون بأداء التمارين في المنزل وممارستها يوميًا لمدة 45 دقيقة. في الواقع، هذا الالتزام هو المعيار الأساسي للقبول في مجموعة تدريب اليقظة. لا يتم قبول الشخص الذي لا يشترك فيها. في الواقع إن الفوائد التي يمكن استخلاصها من هذا التدريب تعتمد بشكل أساسي على الممارسة اليومية بين الجلسات. وهذا ما تم تأكيده من خلال الدراسات التي توصلت إلى وجود علاقات ارتباط قوية بين أهمية الممارسة والفوائد التي تم الحصول عليها.. (Austin, 1997)

- تمارين اليقظة الذهنية:

التمارين التي سنقترحها للممارسين العيادين مصنفة إلى نوعين، فذاك من جهة التمارين التي تسمى بالرسمية والتي تكون منظمة و يحتفظ لها وقت و مكان خاص، كما أنها طويلة (بين 20 إلى 45 دقيقة). من جهة أخرى هناك تمارين الغير رسمية، وهي عبارة أساسا عن تطبيق النشاطات اليومية لليقظة الذهنية بدل من الطيار الآلي. وسواء كانت التمارين رسمية أو غير رسمية، فهي لا تشكل أبدا هدفا في حد ذاتها، فهي ليست سوى وسائل لتطوير قدرات اليقظة الذهنية. (Cottraux, 2014)

- التمارين الرسمية:

التدريبات الرسمية هي في الأساس من النوع التأملي. أول ما يتم تعلمه هو فحص الجسم balayage corporel (body scan). يمارس في وضعية الاستلقاء، بعد إدراك نقاط التلامس مع الأرض والتنفس، تتم دعوة المشارك لتركيز انتباهه على جزء من الجسم (على سبيل المثال، الركبة اليسرى) والشعور بالأحاسيس الجسدية فيه. ثم يتم توجيه الانتباه إلى مختلف أجزاء من الجسم واحدة تلو الأخرى وينتهي التمرين بالتركيز على الوعي بالجسم ككل. (Cottraux, 2014)

وفي كل مرة يتم تشتيت الانتباه بسبب فكرة، إحساس، ضجيج أو أي شيء آخر، يدعى المشارك إلى الوعي التام بالعنصر المشتت قدر الإمكان ثم إعادة توجيه انتباههم إلى نقطة التركيز التمرين. يتم تقديم العناصر المشتتة كعناصر عادية. يتم تشجيع المشاركين على تطوير موقف من القبول والصبر إزاء هذه العناصر، مع الحفاظ قدر الإمكان على تركيز انتباههم على موضوع التأمل. يتم تشجيع المشاركين أيضًا

المحاضرة الثالثة: العلاج القائم على اليقظة الذهنية: mindfulness, cognition et émotion

على تطوير موقف من الفضول اللطيف حول تجربتهم، بغض النظر عن الوتيرة العاطفية. يتم تشجيع هذا الموقف العقلي من الانفتاح على التجربة في جميع أنواع تمارين اليقظة. (Cottraux, 2014)

ابتداء من الحصة الثانية، يتم اقتراح تمرين التأمل، يدعى المشاركين إلى إيجاد وضعية جلوس مريحة، يمكنهم أن يحتفظوا بها خلال فترة طويلة من الوقت دون حركة، والتي تجسد موقفًا من الحضور والكرامة، ومزيجًا من اليقظة والصفاء. في هذا الموقف، تتم دعوتهم لتركيز انتباههم على تنفسهم، بدءًا من حركات البطن. في الجلسات اللاحقة، يتم اكمال تمرين التأمل من خلال أشكال أخرى من التركيز المتعمد، على سبيل المثال، على الأحاسيس الجسدية أو الأصوات أو الأفكار التي تنشأ بشكل عفوي. و أخيرًا، خلال الجلسة الخامسة، يُدعى المشاركون أثناء التأمل، لتنشيط استحضار موقف شخصي صعب (على سبيل

المثال: صراع شخصي لا يزال نشطًا) وملاحظة آثار هذا الاستحضار على ردود أفعالهم العقلية والجسدية بشكل خاص. (Cottraux, 2014)

كما يتم تقديم التمارين التي تشمل وتستخدم الجسم بشكل أكبر. هذه هي في الغالب تمارين اليوجا أو المشي في اليقظة الذهنية. وفي النهاية يكون النوع الأخير من التمارين الرسمية قصيرًا ويمكن إجراؤه في غضون دقيقة إلى ثلاث دقائق: مساحة للتنفس (breathing space) أو "تأمل صغير". وهو يتألف من ثلاث مراحل. في البداية، يدرك المشاركون حالتهم هنا والآن، من حيث أحاسيسهم الجسدية ومساحتهم العقلية (الإدراك والعواطف). ثم يركزون على التنفس. وأخيرًا، يعيدون نشر وعيهم على أجسادهم وبيئتهم. (Cottraux, 2014)

- التمارين الغير رسمية:

يتكون التمرين غير الرسمي في المقام الأول من الأنشطة اليومية، وغالبًا ما يتم إجراؤها آليًا وبدون وعي كامل، ولكن لغرض التمرين، لذلك فإن المشاركين مدعوون للتركيز على تجربتهم المباشرة، وعلى أحاسيسهم الجسدية، وعلى جميع المعلومات الحسية والأفكار والصور الذهنية خلال هذه الأنشطة. يمكن أن يكون النشاط نفسه هو تنظيف الأسنان، وتناول الفاكهة، وإخراج القمامة، وما إلى ذلك. الشيء المهم هو أن تفعل ذلك بنفس إرادة التمرين الانتباه وفي نفس الموقف العقلي الذي تم وصفه في التمارين الرسمية، أي بانفتاح ولطف، مثل تجربة، لعبة بسيطة. (Cottraux, 2014)

المحاضرة الثالثة: العلاج القائم على اليقظة الذهنية: mindfulness, cognition et émotion

• العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية:

العلاج المعرفي القائم على اليقظة (MBCT) هو تعديل لبرنامج MBSR لجعله برنامجًا للوقاية من الانتكاس المكتسب (Segal et coll; 2006) وهو يحتوي على تعديلات مقارنة بالبرنامج الأصلي. من جهة نجد جزءا نفسيا تربويا يركز على شرح طبيعة وعمل الاكتئاب وكذلك على استراتيجيات المواجهة الأنسب للتعامل مع الانتكاس المكتسب. من ناحية أخرى، يتم ادخال بعض عناصر العلاج المعرفي في البرنامج. يتعلق الأمر بشكل أساسي بحقيقة أنه يتم التركيز بشكل خاص على الرسالة موجود بالفعل في برنامج MBSR (الأفكار ليست حقائق، إنها مجرد أفكار، حتى تلك التي تدعي العكس ". غالبًا ما يكون عدد المشاركين في مجموعات MBCT أقل (بعد أقصى اثني عشر) منه في مجموعات MBSR.

- تطبيق اليقظة الذهنية:

تعلم اليقظة الذهنية هو أولاً وقبل كل شيء استراتيجية وقائية ثانوية. ومن الواضح أنه لا يتم تقديمه على أنه علاج نفسي، بل إنه نهج للتطور الشخصية، يركز على قدرة بشرية حقيقية: الوعي بالتجربة الشخصية. يقترح أن هذه القدرة مفيدة في مجموعة متنوعة من المواقف بما في ذلك التعامل مع الانفعالات الصعبة أو المؤلمة. لقد تم اقتراح تعلم اليقظة الذهنية لمجموعة متنوعة من الأفراد: الأشخاص الذين يعانون من القلق أو الاكتئاب المتكرر، والألم المزمن، والسرطان، والأرق، واضطراب القلق، وما إلى ذلك. (Segal et coll; 2006)

- معايير ادخال المشاركين في برنامج اليقظة الذهنية:

لا توجد في الواقع أي معايير رسمية للاستبعاد أو التضمين للمشاركين في مجموعة اليقظة الذهنية (بخلاف عدم وجود اضطراب ذهاني حاد). من أهم الجوانب الأساسية التي يجب ان تتوفر في هذا المجال هي قدرة الشخص وتصميمه على أداء 45 دقيقة من التمارين يوميًا. قد لا يتمكن الشخص المصاب بالاكتئاب الشديد أو الذي يعاني من ضعف الموارد المعرفية من تركيز انتباهه لفترات طويلة من الوقت وقد يصاب بالإحباط. لهذا يُنصح بانتظار استعادة وإصلاح الموارد الانتباهية الكافية قبل البدء في برنامج تعلم اليقظة. (Segal et coll; 2006)

غالبًا ما يكون التصميم والقدرة على توفير 45 دقيقة من وقت التمرين عائقًا كبيرًا. ومع ذلك، فإن هذا المطلب الصارم هو، وفقًا للمؤلفين مثل (Kabat-Zinn, 2003)، أحد أسباب فعالية البرنامج. في

المحاضرة الثالثة: العلاج القائم على اليقظة الذهنية: mindfulness, cognition et émotion

الواقع، يستلزم هذا المطلب إعادة تنظيم الحياة اليومية ليكون الفرد قادراً على توفير وقت التمرين، وغالباً ما تكون إعادة تنظيم جدول الأعمال هذه مصدر أسئلة محددة للغاية حول الأهداف والقيم التي تحدد أعمالنا اليومية.

في هذا المجال يقول (Cottraux, 2014) 'في تجربتنا العيادية، وجدنا أن البرنامج غير موصى به للأشخاص الذين يميلون إلى التفكير أو الرهاب من النوع (نوبة الهلع، وتوهم المرض، وما إلى ذلك) ' P75. في الواقع، تتضمن اليقظة الذهنية العديد من التمارين التركيز على الأحاسيس الجسدية وغالباً ما يعيش هذا التركيز على الجسد على أنه تعرض شديد لمواجهة هؤلاء الأشخاص.

- ميادين تطبيق وفعالية اليقظة الذهنية:

تم تطبيق اليقظة في العديد من الميادين، وفي مراجعة شاملة للأدبيات، في هذا المجال قام Baer (2003) بفحص الميادين التي أجريت لها دراسات الفعالية. المجالات فوجد على وجه الخصوص بما يلي:

/ سلسلة الاضطرابات الخاصة بالمحور الأول من (APA, 1994) DSM-IV: اضطرابات القلق، الاكتئاب واضطرابات السلوك الغذائي.

/ الألام المزمنة.

/ بعض الاضطرابات السيكوسوماتية مثل: الصدفية.

/ كما تم اقتراح اليقظة الذهنية على مختلف العينات الاستشفائية خاصة الأشخاص الذين يعانون من السرطان. كما يوجد محاولات عيادية فيما يخص الأرق والمشاكل الزوجية. (Smith, 2004)

فيما يتعلق بالفعالية، من حيث تقليل الأعراض النفسية المركزية لهذه الاضطرابات، فقد بلغ متوسط حجم التأثير 74. مما يدل على فعالية متوسطة إلى جيدة. يكمل (Baer 2003) تحليله بالإشارة إلى أن برامج MBSR و MBCT بمعايير "العلاجات الفعالة المحتملة" وفقاً لمعايير APA (1995). تتمثل الصعوبة الرئيسية في تلبية تسمية "العلاج على أنه فعال جداً" على أنها تشير إلى أن العلاج موجه إلى عينة خاصة، وهذا ليس هو الحال مع MBSR. حالياً، بفضل تكرار دراسات الفعالية في مختبرات مختلفة، يفيد برنامج MBCT بمعايير العلاجات المثبتة على أنها فعالة.

4-سياقات عمل اليقظة الذهنية:

المحاضرة الثالثة: العلاج القائم على اليقظة الذهنية: mindfulness, cognition et émotion

هناك طريقة بديلة للنظر في التطبيقات المحتملة لليقظة الذهنية وهي فحص العمليات النفسية التي تعمل على أساسها واستخدامها في الحالات التي تحتاج فيها هذه العمليات إلى التعبئة، لسوء الحظ، لا يوجد نموذج راسخ لعمليات محددة يتم تنشيطها من خلال اليقظة الذهنية. هذا على وجه الخصوص بسبب حقيقة أن الأمر يتعلق باستيراد، في المجال العيادي، من الممارسة روحانية وليست تقنية علاجية مشتقة من نموذج نظري علمي. إن أحد تحديات التطور المستقبلي لليقظة هو بلا شك تكوين أساس نظري يسمح بنمذجة هذه التقنية. ومع ذلك، هناك سلسلة من التكهّنات التي لها أسس جيدة فيما يتعلق بالعمليات التي يمكن أن يتم تعبئتها عن طريق اليقظة (Baer, 2003) والتي سنقوم بتفصيلها أدناه.:

• التعرض:

إن المؤكد أن ممارسة اليقظة الذهنية تتضمن عمليات تعرض مطولة مع منع استجابة الهروب، التجنب وعدم قبول التجربة. على سبيل المثال، في حالة الألم المزمن، يُنصح المرضى بتركيز انتباههم على الإحساس بالألم، ومراقبته ووصفه واستكشافه، وهم جالسون بدون حركة ودون محاولة قمع الأحاسيس. وبالمثل، يتم تشجيع مرضى القلق أو الاكتئاب على التفكير في أفكارهم المسببة للقلق أو الاكتئاب بنفس الطريقة. لذلك يُدعى الفرد لمواجهة الواقع المجرد من تجربته، دون إنكار، ودون نقادي. في حالة القلق، يمكن أن تشبه التمارين في بعض الأحيان التعرض في الخيال، وهو تدخل معروف بأنه فعال بشكل خاص. (Barlow et Craske, 2000)

• التغيرات المعرفية:

في نظر (Watkins, 2004) واحدة من أكثر الميزات إثارة للاهتمام باليقظة الذهنية هو التغيير الذي سيحدثه في حلقات الاجترار العقلي التي تحافظ على العاطفة السلبية. وفقًا لـ Teasdale et al. (1995)، فإن فعالية اليقظة الذهنية في الوقاية من الاكتئاب ترجع إلى حقيقة أن التدريب على التركيز الانتباهي الإرادي، يساعد على نزع فتيل حلقات الأفكار السلبية التي تتغذى على نفسها تلقائيًا أثناء الاجترار. إن ممارسة اليقظة الذهنية تسمح بالبقاء متمركزًا حول التجربة الحالية، بطريقة ملموسة ومحددة، وبالتالي تتعارض مع اجترار الأفكار المجردة والعامة، والتي غالبًا ما تتمحور حول الماضي أو المستقبل (Borkovec et Hinz, 1990) في نفس السياق، فقد أظهرت البحوث التجريبية أن ممارسة اليقظة الذهنية، يزيد من القدرة على الوصول إلى الذكريات الشخصية بطرق ملموسة ومحددة (Williams)

المحاضرة الثالثة: العلاج القائم على اليقظة الذهنية: mindfulness, cognition et émotion

(et coll., 2000) تغييرا معرفيا آخر ناتج عن ممارسة اليقظة الذهنية وهو نسبية الأفكار والتشكيك في قيمتها الواقعية. أي وكأنها ابداعات عقلنا وليس كانعكاسات للواقع. وهذا الجانب يقترب كثيرا من بعض الاستراتيجيات العلاج المعرفي.

• التقبل :

لقد أكدنا سابقا على أهمية الموقف العقلي للقبول والانفتاح على التجربة، مهما كانت، أثناء تمارين اليقظة. وفي الواقع، يتعلق الأمر بتعزيز عملية القبول النشط (وليس الاستسلام) لواقعنا، كما هو، من أجل أن نكون قادرين على أخذ القرار الأفضل ما إذا كان يجب القيام بفعل، أو ما إذا كان من الأفضل أن نتكيف مع وضع لا نتحكم فيه إلا بشكل معتدل. يتوافق هذا الموقف تمامًا مع الموقف الذي يروج له كل من علاج القبول والالتزام والعلاج السلوكي الجدلي، والذي لا يمكن إجراء تغيير عاطفي عميق إلا عندما يكون الفرد قد أدرك وتقبل المشاعر التي يشعر بها، مع آثارها من حيث الأهداف ورغبات المصريح بها ام لا. (Segal et coll; 2006)

• تسيير الذات:

تتضمن اليقظة الذهنية ملاحظة الذات، خصوصا في استجابتها الانفعالية الآلية. فهذه الملاحظة تؤدي إلى تعرف جيد للذات ونتائج هذا النوع من أساليب الاستجابة التلقائية. هذا يجعل من الممكن تخيل البدائل وزيادة نطاق أنماط التفاعل الممكنة. تتيح المراقبة الذاتية أيضًا إمكانية الكشف بسرعة أكبر عن العلامات التحذيرية لضعف الحالة النفسية للفرد والرد عليها بطريقة وقائية قبل أن يتدهور الموقف كثيرا. (Segal et coll; 2006)

• الاسترخاء:

لغرض الواضح من تمارين اليقظة الذهنية ليس الاسترخاء أو توليد حالة معينة، إلا أن تكون على وعي كامل بتجربتك الحالية، مهما كانت. ومع ذلك، يمكن أن تؤدي تمارين اليقظة إلى حالة من الاسترخاء، خاصةً عندما يتم ممارستها بانتظام لبعض الوقت. من الواضح أن هذا التأثير الثانوي غير مستهدف يؤدي إلى فوائد الاسترخاء. (Segal et coll ; 2006)

أيت فتي سعيد زعيمه

المحاضرة الرابعة: خصوصية العلاجات السلوكية المعرفية القائمة على اليقظة الذهنية

المحاضرة الرابعة: خصوصية العلاجات السلوكية المعرفية القائمة على اليقظة الذهنية

الهدف البيداغوجي: تمكين الطالب من التعرف على خصوصية العلاجات النفسية القائمة على اليقظة الذهنية

1-مقارنة بين العلاجات السلوكية المعرفية وخصوصية تيار اليقظة الذهنية:

• أوجه الشبه بين التيارين:

تحمل التدخلات القائمة على اليقظة الذهنية العديد من النقاط المشتركة مع العلاجات المعرفية والسلوكية التقليدية. فمعظم هذه التدخلات تم تصميمها ونشرها من قبل الممارسين والباحثين الذين كان تكوينهم القاعدي من نوع السلوكي المعرفي. من أولى هذه النقاط المشتركة نجد أن هذه التدخلات هي شكلية و محددة في الوقت (بين 8 حصص في MBCT et MBSR , و 50 حصة في علاج السلوكي الجدلي) كما أن هناك عقد واضح و صريح يقدم في كل مرة للمشاركين، التدخلات تكون منظمة و تقدم في بروتوكولات واضحة و إجرائية، كما نجد في كلا التيارين قلقا فيما يخص الصدق التجريبي لفعالية التدخل و الذي يتم تجسده في برامج البحث النظامية.

هناك مجال آخر من مجالات التشابه يتعلق بعمليات التغيير المتضمنة: التعرض، والملاحظات الذاتية، والتغيرات المعرفية، والاسترخاء، وما إلى ذلك. يتم تعبئة كل هذه العمليات من خلال النهجين، وإن كان ذلك بوسائل مختلفة: بشكل مباشر و صريح في العلاجات السلوكية والمعرفية، وبشكل غير مباشر في الأساليب القائمة على اليقظة. (Cottraux,2014)

أخيراً، هناك تشابه آخر بين النهجين وهو أنهما كذلك على حد سواء قائمين على هنا والآن. تركز المناهج القائمة على اليقظة تماماً على التجربة المباشرة للفرد. ينصب التركيز الأساسي للعلاج السلوكي والمعرفي على توظيفه الحالي، حتى لو لم يتم إنكار خلفيته التاريخية.

• أوجه الاختلاف بين التيارين:

أحد الاختلافات الرئيسية بين الأساليب القائمة على اليقظة والعلاجات السلوكية والمعرفية التقليدية يتعلق بالأهداف العلاجية الواضحة. في العلاج السلوكي والمعرفي، تكون الأهداف مركزية: يتم توضيحها

المحاضرة الرابعة: خصوصية العلاجات السلوكية المعرفية القائمة على اليقظة الذهنية

والتفاوض بشأنها ومناقشتها مع العميل، وإبرام عقد صريح بشأنها وإجراء تقييمات منتظمة لضمان التقدم الجيد نحوها.

إن نظرة النهج القائمة على اليقظة الذهنية يتعارض تمامًا مع هذا الموقف. حيث يتم تشجيع المفحوصين صراحة على عدم السعي لتحقيق هدف، أو السعي لتحقيق حالة أو أداء معين. يُطلب منهم فقط أداء التمارين بأفضل ما في وسعهم، دون القلق بشأن القيام بالصواب أو الخطأ، فقط القيام بالتمارين ولا يتوقع نتائج فورية. علاوة على ذلك، يقال لهم إن أفضل طريقة لتحقيق التغيير في المجال العاطفي ليس انتظار التغيير، ولكن تطوير موقف قبول لتجربتك الحالية. الفكرة الكامنة وراء ذلك هي أن حقيقة انتظار التغيير تقيد تصور التجربة الحالية التي يتم فك شفرتها بعد ذلك من حيث القرب أو الابتعاد فيما يتعلق بالأهداف. ويمثل هذا الموقف شكلاً من أشكال الحكم أو عدم القبول الذي يتعارض مع مبدأ اليقظة الذهنية. (Cottraux, 2014)

هناك اختلاف آخر، مرتبط بسابق، وهو حقيقة أنه، على عكس العلاجات السلوكية والمعرفية، لا تهدف التدخلات القائمة على اليقظة إلى تغيير محتوى الإدراك الذي قد يكون غير عقلاني. على العكس من ذلك، فإن الهدف من اليقظة هو جعل الشخص يتقبل إدراكه كما هو، أي على حقيقتها: إبداعات عابرة لأذهاننا، وليست انعكاسًا دقيقًا للواقع. لا يتم تشجيع الشخص بأي حال من الأحوال على تحليل إدراكهم أو الكشف عن جوانبهم غير المنطقية أو المناحزة. على العكس من ذلك، فهي ستكون محبطة، لأنها ستكون شكلاً من أشكال الحكم، على عكس مبدأ اليقظة. (Cottraux, 2014)

الاختلاف الثالث هو حقيقة أن الممارسة الشخصية لليقظة الذهنية من قبل المعالج ضرورية في هذا النوع من الكفالة. تتطلب معظم المناهج القائمة على اليقظة الذهنية تتطلب ممارسة منتظمة لتأمل لليقظة الذهنية كشرط ضروري ليصبح متدخلا أو معالجا في هذا النهج. يؤدي وجود هذا الشرط إلى نمط علاقة علاجية خاصة. في سياق اليقظة الذهنية لا يكون الممارس في وضع قوي للمعرفة والمعلم كما هو الحال في التدخلات المعرفية والسلوكية الكلاسيكية. فهو يقوم بجميع التدريبات مع المشاركين ويشارك المجموعة خبراته بنفس الطريقة. وبالتالي فإن العلاقة العلاجية هي أكثر مساواة. لذلك فإن الممارس له دور الدليل والنموذج في عملية التطور الشخصي. (Cottraux, 2014)

2- خصوصية التيارات القائمة على اليقظة الذهنية:

المحاضرة الرابعة: خصوصية العلاجات السلوكية المعرفية القائمة على اليقظة الذهنية

إلى جانب أوجه التشابه والاختلاف مع العلاجات السلوكية والمعرفية، فإن الأساليب القائمة على اليقظة لها خصائصها الخاصة بها . العامل الرئيسي هو بلا شك أنهم يركزون تمامًا على نهج ملموس وتجريبي للغاية للتجربة الحية وأنهم يرفضون تمامًا أي تفسير فكري وتجريدي، بعيدًا عن التجربة المباشرة للفرد. الغرض الأساسي من اليقظة الذهنية ليس فهم، تحليل أو تغيير المحتويات العقلية للفرد أو العواطف أو الإدراك. بدلاً من ذلك، يتعلق الأمر بتغيير أسلوب العلاقات ومواقف الفرد تجاه محتوياته العقلية، كما يختبرها هنا والآن. لذلك تفضل المناهج القائمة على اليقظة نمطًا كليًا من معرفة الذات، استنادًا إلى إدراك التجربة الحية، والشعور: المعرفة بالتجربة، بدلاً من الوضع التحليلي للمعرفة، بناءً على الاستنتاجات والمعرفة. (Forgas, 2000)

من الواضح أن المقاربات القائمة على اليقظة الذهنية تقع ضمن ما يشار إليه غالبًا بالموجة الثالثة في العلاج السلوكي والمعرفي: الأولى سلوكية، والثانية معرفية، والثالثة تركز على الموقف من التجارب الانفعالية الشخصية. (Teasdale, 2005) بالمقارنة مع الموجتين الأولىين، تفضل الثالثة العلاقة العلاجية وتركز بشكل أقل على الجوانب الفنية للتدخلات، ويعزز قبول التجربة الحية والقيم الأساسية للفرد

ومع ذلك، فإن العلاجات السلوكية والمعرفية والتدخلات القائمة على اليقظة ليست متناقضة. من نواح كثيرة، يمكنهم إثراء بعضهم البعض. على سبيل المثال، تأثرت ممارسات المعرفية والسلوكية بشدة بالنهج القائمة على اليقظة الذهنية في إجراءات التعرض. بدلاً من تعليم العملاء كيفية التعامل مع مواقفهم الرهابية من خلال إعطائهم أدوات للتحكم في قلقهم (طريقة التدخل السلوكي الكلاسيكي) ، أصبح الآن هو تعريضهم لانفعالاتهم، ليس للسيطرة عليها أو لتقليل حدتها ، ولكن لتعلم قبولها ورؤيتها على حقيقتها: نتيجة الطريقة التي ندرك بها الأشياء ، وليس الواقع. هذا الموقف العلاجي قريب جدًا من الموقف الذي دعا Barlow إليه مؤخرًا في تطوير برنامجه الجديد للتدخل القائم على التعرض للمشاعر والتسامح معها (Barlow et al., 2004).

التدخلات القائمة على اليقظة هي جزء من الموجة الثالثة التي تقود حاليًا حركة العلاج السلوكي والمعرفي بشكل عام. هي حركة علاجية تركز على وعي بالتجربة المباشرة، هنا والآن. على هذا النحو، فهي تنطوي على التعرض القوي للعواطف وتغيير المنظور المعرفي: رؤية أفكار المرء على أنها من صنع عقل الفرد بدلاً من كونها حقائق مثبتة. كما أنها تشجع على تعلم كيفية تحمل الانزعاج الناتج عن

المحاضرة الرابعة: خصوصية العلاجات السلوكية المعرفية القائمة على اليقظة الذهنية

المشاعر السلبية بدلاً من محاولة الهروب منها بأي ثمن. حالياً تتمتع ببعض النجاح في البلدان
الأنجلوسكسونية وكل شيء يشير إلى تطور وشيك في البلدان الناطقة بالفرنسية والعربية.

أيت فني سعيد زعيمه

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

الهدف البيداغوجي : تعرف الطالب على العلاج الجدلي و تطبيقاته العيادية

مدخل:

اقترحت Marsha Linehan في سنوات 1990 نظرية ونموذج تطبيقي لتدخل النفسي مع الأفراد المصابين بالشخصية الحدية، مدمجة النظريات السلوكية الخاصة بالكفاءات والقدرات الاجتماعية، النظريات المعرفية وبعض جوانب التحليل النفسي وكذلك الأفكار الفلسفية ذات المصدر الماركسي والبوذي، ويبدو أن هذا الخليط كان فعالا، لأن التيار الذي اقترحته الباحثة، قد اعترف به في أكثر من عشرة أبحاث التحكيم. جوهر العلاج السلوكي الجدلي يكمن في تسيير الانفعالات السلبية وتركيب بين الروح العقلانية والروح الانفعالية للوصول إلى روح الحكمة. هذه الاستعارة البوذية هي التي تقود المعالجين في فهمهم للمرضى، وكذلك في تسيير حتى الحركات الانفعالية الخاصة بهم خلال العلاج الذي غالبا ما يكون شاقا.

1-الانفعالات واضطراب الشخصية الحدية:

ينطلق العلاج السلوكي الجدلي من فرضية ان الفرد المصاب باضطراب الشخصية الحدية لديه خلا بيولوجي في نظامه الانفعالي، و يظهر هذا الخلل البيولوجي من خلال: إعادة التنشيط الشديد للمنبهات الخارجية و الداخلية (كل الأحداث حتى الصغيرة منها يحتمل أن تستثير استجابة انفعالية)، استجابة انفعالية شديدة تحدث (في الوضعيات التي يشعر فيها البعض بالخوف يشعر الفرد المصاب باضطراب الشخصية الحدية بالرعب، و في الوضعية التي يشعر فيها البعض بالانزعاج، يشعر الفرد المصاب باضطراب الشخصية الحدية بالعار)، و إضافة إلى أن الرجوع إلى الحالة الانفعالية القاعدية يكون جد بطيء (مكابدة الاستجابة الانفعالية رغم مرور الوقت، و ضعف كفاءات مواجهة المنبهات الجديدة المثيرة انفعاليا) (Cottraux,2014)

يحتاج الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، منذ الطفولة لإيجاد مساعدة إضافية من أجل استخدام استراتيجيات تسيير الانفعالات. ولكن لسوء الحظ نجد ان المحيط نادرا ما يكون محضرا أو مؤهلا لمواجهة هذه الحاجات المتزايدة.

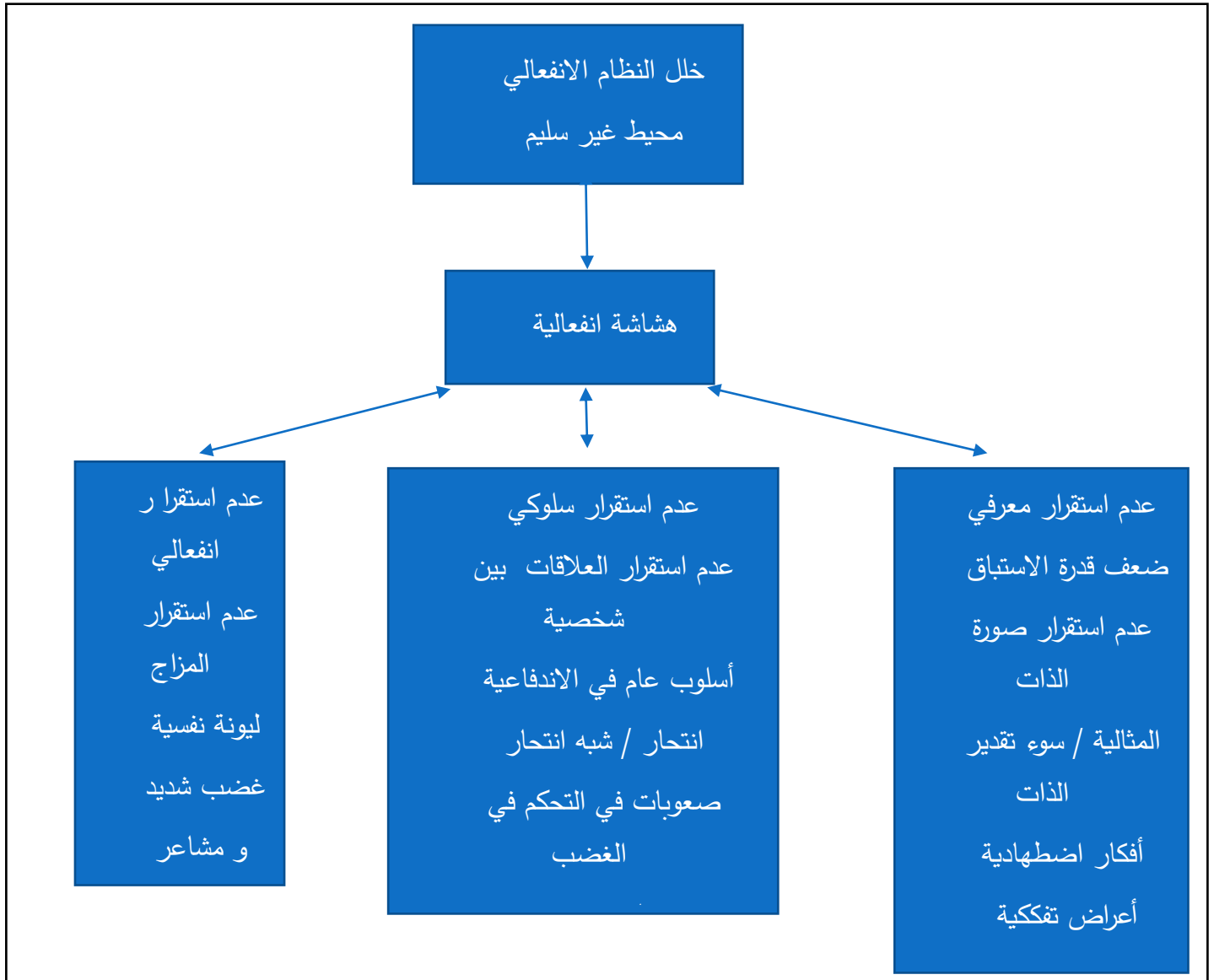
في مواجهة هذا الضغط، تصبح البيئة مختلة وتؤدي بالطفل إلى تجارب لا تؤدي إلا إلى تفاقم عجزه في مهارات تنظيم المشاعر. نتحدث بعد ذلك عن بيئة معاققة، تتميز بشكل أساسي بعدم القدرة على

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

إعطاء الطفل الاهتمام الذي يحتاجه والذي تسميها Marsha Linehan (2000) الأسرة الفوضوية التي نجد فيها عدم تحمل عرض الانفعالات خصوصاً المؤلمة منها أين نجد ان الأسرة المثالية تبسطها باستراتيجيات حل المشكل، والمبالغة في تقدير التحكم الانفعالي وسيطرة استخدام التحكم الداخلي. إن ذروة الهشاشة وعدم السلامة الناتجة عن محيط تتمثل أساساً في الاعتداءات الجسدية والجنسية والتي تمثل 75 % لدى الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية.

يؤدي عدم التوافق بين مهارات البيئة واحتياجات الطفل إلى تقييد أو حتى منع تعلم معين وهو أمر ضروري لتسيير الانفعالات الفعال وبالتالي، لا يتمتع الطفل (أو جزئياً فقط) بفرصة اكتساب أربع مهارات أساسية:

- القدرة على تحديد طبيعة هذه الانفعالات والقدرة على تصنيفها بطريقة معيارية.
- القدرة على معاشتها ومواجهتها.
- القدرة على التأثير على المنبهات الداخلية والخارجية التي تستثيرها، من خلال تعديل هذه الاستجابات الانفعالية وتحمل الضيق.
- القدرة على تعديل الأفكار التي لها علاقة بالانفعالات خصوصاً عندما نتعلم كيف ننق بتفسيراتنا في هذا السياق، الذي يكافح من أجل التأقلم مع المشاعر وعدم القدرة على الاستفادة من المساعدة التي ستكون ضرورية له للتغلب على عيوبه، يأتي الطفل الضعيف عاطفياً لإنتاج سلوكيات متطرفة لجعل احتياجاته مسموعة: تمنح البيئة أخيراً الطفل الاهتمام الذي يحتاجه وبالتالي تعزز احتمالية حدوث هذه السلوكيات لاحقاً. (Marsha Linehan, 2000)



الشكل رقم 03 النظرة البيونفسية اجتماعية لاضطراب الشخصية الحدية (Cottraux, 2014)

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

هذه هي الطريقة التي يتعلم بها الشخص TPEL استخدام مجموعة متنوعة من السلوكيات الإشكالية، مثل التهديدات بالانتحار أو محاولات الانتحار أو إيذاء النفس أو السلوك الاندفاعي. تستخدم كوسيلة لتنظيم شدة الانفعالات، ويتم تعزيزها من خلال الاهتمام الذي توليه لها البيئة.

إذا نستخلص ان علاج السلوكي الجدلي يعتبر أن اضطراب الشخصية الحدية يتشكل انطلاقاً من هشاشة انفعالية ناتجة عن صفة بين خلل نظام تسيير الانفعالات الخاص بالفرد و خلل النظام المحيطي لقد أضافت هذه النظرة البيونفسية لاضطراب الشخصية الحدية توضيحاً إضافياً للأوصاف العيادية التي اقترحها (DSM-IV TR (APA, 2003 و CIM-10 (OMS, 1993) في كلا التشخيصين نجد أن اضطراب الشخصية الحدية يتميز بخلل معرفي وانفعالي وسلوكي.

في ضوء ما سبق، فإن أحد الجوانب الأساسية للكفالة العلاجية سوف يتمثل في خلق المساحات اللازمة لتعلم مهارات تسيير العواطف والسلوكيات والأفكار، وذلك للسماح لشخص المصاب بالتغلب على أوجه القصور وتحسين نوعية حياتهم.

بالتوازي، لا يمكن تحقيق هذه التعلم ولا يؤدي ثماره إلا في سياق علاقي حيث يكون التحالف العلاجي مكثفاً، مما يسمح لشخص بالبقاء على قيد الحياة وفي العملية العلاجية. في هذا السياق، تلعب المهارات الشخصية والعاطفية للمعالج دوراً أساسياً في بناء والحفاظ على الكفالة العلاج السلوكي الجدلي DBT.

2-تعريف العلاج السلوكي الجدلي:

العلاج السلوكي الجدلي نموذج علاجي من الموجة الثالثة للعلاجات السلوكية المعرفية، يركز على زيادة المرونة الانفعالية والتي تشير إلى قدرة الفرد على التعامل مع الانفعالات الشديدة بطرق أكثر توافقية. يقوم العلاج السلوكي الجدلي على نموذج حيوي (عوامل بيولوجية، اجتماعية وبيئية) في فهم الهشاشة الانفعالية، يتضمن هذا العلاج بعداً فلسفي يسمى بالديالكتيك: والتي تعني ان كل شيء يتكون من الأضداد، ويحدث تغيير عندما يكون هناك حوار بين القوى المتعارضة. ويضع هذا الديالكتيك او الجدلية ثلاث افتراضات أساسية:

- كل الأشياء مترابطة
- التغيير مستمر ولا مفر منه.
- يمكن الدمج بين الأضداد لتشكيل تقريب أقرب للحقيقة

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

ومن أهم مجالات تطبيق العلاج السلوكي الجدلي نجد: اضطراب الشخصية الحدية، السلوكيات الانتحارية و إيذاء الذات، الإدمان على المواد المخدرة أو سوء استخدام المواد المخدرة أشكال متنوعة من الإدمان، الاضطرابات النفسية ما بعد الصدمة، اضطرابات الشخصية المحور ب كما أدرجت في تصنيف DSM، اضطراب فرط الحركة و نقص الانتباه، الاضطرابات المزاجية، اضطرابات الأكل (الشرهية و فقدان الشهية)، كما يمكن التدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدلي في حالات غياب الحالات المرضية، لزيادة من الكفاءة الذاتية و فاعلية بين شخصية في العلاقات الاجتماعية. .

(Marsha Linehan, 2000)

3-الانفعالات ومعالج العلاج السلوكي الجدلي:

من غير الواقعي تمامًا تخيل أن المعالج سيحترم ويقدر شخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية الذي يعمل معه لمجرد أنه معالج. لا يوجد شيء مثل النظرة الإيجابية غير المشروطة أو الحياد الخير لهذا على معالج DBT توضيح هذه النقطة في أسرع وقت ممكن للمريض. إن سلوكيات الشخصية للمريض تأثر بالرغم من إرادة وقدرة على المساعدة الخاصة بالمعالج، والعكس أيضا صحيح: فسلوكيات، انفعالات وأفكار المريض كلها تتأثر باستمرار باستجابات المعالج. ومع ذلك تبقى مسؤولية المعالج مهمة جدا في نوعية العلاقة التي يبنها مع المريض، لذا عليه أن يتعلم تسيير انفعالاته بطريقة تسمح بالحفاظ على الطريقة العلاجية. (Marsha Linehan, 2000)

تم تصور العلاج السلوكي الجدلي من أجل السماح لتقوية العلاقة العلاجية، وفي هذه جوهر هذه الأخيرة سيجد المعالج أقوى التعزيزات المتاحة له؛ كما أنه من خلال قوة العلاقة العلاجية يتم تعزيز فعالية علاج DBT. لذا فإن الطريقة التي تُقال بها الأشياء أو تُفعل لا تقل أهمية عما يُقال أو يُفعل.

في كل مرحلة، نحل بمنتهى الدقة ما يعزز سلوكًا معينًا وما هي طبيعة هذا التعزيز. ومع ذلك، عندما يشعر المعالج بالتهديد من قبل المريض أو أنه يعاني أكثر مما يستطيع تحمله، فإنه سيحاول تهدئة المريض من أجل أن يريح نفسه، وبالتالي يطلق حلقة مفرغة، فتهدئة تعزز على المدى المتوسط والطويل. تكرار ظهور وشدة السلوك المشكل. (Cottraux,2014)

3-1-تجنب نوم الضحية:

إن المواقف الضاغطة تدفع الجميع إلى التصلب. وبالتالي، فإن المعالج الذي يعمل مع شخص يعاني من اضطراب الشخصية الحدية يتم اختباره بشدة من خلال شدة الألم الذي يتم التعبير عنه. حيث يتغلب

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

عليه بانتظام شعور بالعجز، لهذا يجب تعزيز قدرته على تحمل الضغط باستمرار، وفي مواجهة المعاناة التي تم التعبير عنها، على أن يضاعف المعالج جهوده لتقديم المساعدة والدعم اللازمين. مع كل اتصال مؤلم من شخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية، يستجيب المعالج برغبة متناسبة للعناية بهم والتخفيف عنهم. يؤدي الفشل في تحقيق هذا الارتياح إلى أن يشعر المعالج بإحساس قوي بالفشل والقلق، خاصةً عندما تكون التهديدات بالانتحار إحدى الوسائل التي يستخدمها شخص TPEL للتعبير عن الألم. عند مواجهة عدم القدرة على توفير راحة فورية، ينتهي الأمر بالمعالج بالشعور بعدم الكفاءة وعدم الفعالية وعدم القدرة على دعم شخص TPEL. (Cottraux,2014)

النجاح المختلط بمجهوداته الإضافية، يقود المعالج تدريجياً إلى اتهام شخص TPEL بأنه سبب كل مشاكله. يأتي إلقاء اللوم على الضحية، ويغير العلاج بشكل اندفاعي والانخراط في إجراءات ملطفة، من خلال إلقاء اللوم على الضحية، يرتكب المعالج خطأً جوهرياً مهماً: فهو يخلط بين نتيجة سلوك معين (يعاني من عدم القدرة على تخفيف معاناة الآخر) مع الدافع والقصد (نقص الإرادة أو رغبة المريض المتعمدة في التصرف) حتى لا يفعلوا ما هو ضروري لإنهاء معاناتهم)

إن لوم الضحية هو عملية ذات مرحلتين تبدأ بوضع مسافة انفعالية للمعالج، وبضاد اليها ظهور انفعالات سلبية نحو الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية. وتتبع بانخفاض الرغبة في المساعدة. في وقت ثاني تعمل المسافة المأخوذة دور العقاب وتقود الفرد المصاب باضطراب الشخصية الحدية إلى زيادة حساسيته السلبية، وهذا ما يخلق مواجهة بين قوتين من جهة مفحوص أكثر فاكتر يأساً و من جهة أخرى معالج أكثر فاكتر صلابه. (Cottraux,2014)

ومن أجل تجنب لوم الضحية، على المعالج أن يطور كنز التحمل وتقبل استكشاف الألم الانفعالي الذي يعيشه الفرد المصاب باضطراب الشخصية الحدية، إذا كان الأمر كذلك، فقد يتمكن من تجنب إعادة إنتاج البيئة المريضة التي يتطور فيها شخص TPEL أو تطور. يتجنب المعالج الوقوع في فخ التناوب علاجي المنشأ بين التهدة بعد انبعاث السلوك المتطرف والعناد في مواجهة الاحتياجات المعبر عنها.

إذا فالعمل مع الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية، يتطلب تأسيس شبكة دعم نشطة، وهذه الكفالة الخاصة بالمعالج تعتبر من المحركات الهامة للعلاج السلوكي الجدلي: فيفضل فرقة المشرفين التي تجتمع بطريقة أسبوعية خلال ساعتين، يستطيع المعالجين إيجاد الدعم الضروري للبقاء على المسار العلاجي، للعمل على أنفسهم لإيجاد الطاقة لعدم إلقاء اللوم على الضحية و توليد الأمل

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

والإرادة لمتابعة العمل العلاجي مع شخص TPEL. في إشراف الفرقة، تتم معالجة عواطف المعالج بطريقة تمكنه من الحفاظ على تفسير غير ازدراي وعاطفي ظاهريًا لسلوك شخص TPEL. يتم العمل على التصورات من حيث التلاعب أو الأكاذيب أو الانشطار بشكل منتظم لخلق شرط لا غنى عنه للعاطف والفهم الضروريين لموقف الرعاية. وبالمثل، يتم تعديل تفسيرات النية العدائية من جانب شخص TPEL بحيث لا تخلق نبوءة ذاتية تولد العدائية. (Cottraux, 2014)

3-2- احترام حدود المريض:

عندما تصبح الانفعالات التي يشعر بها المعالج جد قوية، يمكن للأسف ان يعمل وفق نموذج الحالات الحدية، فينطوي حول نفسه ويكف الألم. إن التكفل بالأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية هو همل جد ضاغط، ويؤدي بالمعالج لا محالة إلى المعاناة باحثًا عن تعديل السلوكات الإشكالية المستهدفة و كلما زاد الضغط كلما زاد خطر أن يظهر المعالج رافضا و عدائيا، ضنا منه أن بعض الاستجابات المقدمة هي استجابات علاجية، و في الواقع هي استجابات عقابية مقنعة.

هذا ما يحدث عندما ينخرط المعالج في سلوكيات تتداخل مع العلاج، أو تسبب ضائقة غير ضرورية للمريض، أو تجعل من الصعب تحقيق التقدم. هناك العديد من العوامل التي تحفز هذه السلوكيات: العبء المهني الزائد، وانعدام الثقة بالنفس، والشعور بالإحباط بسبب بطء التقدم العلاجي، والقلق في مواجهة التهديدات الانتحارية، الشعور بالخروج عن السيطرة على العلاج، أو عدم القدرة على تحمل تعبير شخص عن المعاناة.

ومع ذلك، فإن إحدى الوسائل المتاحة للمعالج للسماح باحترام النقطة المثلى للحميمية في العلاقة العلاجية هي مراعاة حدودها. هذا هو المحور المركزي للإدارة العلاج السلوكي الجدلي، تحت المسؤولية الكاملة للمعالج الذي يتعلم رعاية المريض من خلال الاعتناء بنفسه. من خلال القيام بذلك، يمنع المعالج السلوكيات أو العناصر العلاج الخاصة بأن تتعارض مع حسن سير العلاج نفسه.

فإذا كان من المهم للمعالج أن يتعلم مراقبة حدوده واحترامها، إلا أنه للأسف يحدث غالبا أنه يعلم أنه قد تجاوزها لحظة تجاوزها.. ويحدد المعالج تدريجياً حدوده بشكل أسرع وأكثر وضوحاً، ويأخذ في الاعتبار جميع علامات التحذير التي يتم تجاوزها: على سبيل المثال، مشاعر الغضب أو الإحباط أو عدم الراحة أو الفشل. والمعالج اليناس غير مؤهل في تحليل الموقف بشكل مناسب من مريض في نفس الحالة العاطفية! لذلك من الضروري إيلاء اهتمام خاص للحدود واحترامها (Cottraux, 2014)

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

تختلف الحدود من معالج إلى معالج وبمرور الوقت، لكنها تختلف أيضًا داخل نفس المعالج حسب اللحظة أو المريض. لا يوجد حد صحيح أو خطأ في حد ذاته؛ هي كما هي الآن. عادة، تكون الحدود أقل جمودًا وضيقة لأن التحالف العلاجي قوي وصلب.

إن ملاحظة حدوده، يتطلب من المعالج أن يتحمل المعاناة التي يسببها للمفحوص، من خلال جعله يحترمه، إن تقبل عجزه أمر أساسي في هذه العلاج، لا سيما لأنه من المغري توسيع حدوده بهدف التهذئة قصيرة المدى، مع المخاطرة بجعل المريض مسؤولاً بعد ذلك، وإلقاء اللوم عليه في الإفراط في الاحتياجات المعبر عنها.!!

3-3- التحالف العلاجي:

إن ارتباط المريض بالمعالج لا يقل أهمية عن ارتباط المعالج بالمريض. الأول يستهدف منذ المراحل الأولى من العلاج: حيث يتم التحقق من صحة الخبرات المعرفية والعاطفية والسلوكية للمريض، والعمل على السلوكيات التي تتعارض مع العلاج، وتوضيح عقود العمل. أما الثاني يتم تعزيزه من خلال التركيز المستمر على التقليل من السلوكيات الانتحارية وشبه انتحارية، والسلوكيات التي تتداخل مع العلاج، ومن خلال الإجراءات الإشرافية.

تعتبر هذه المهارات أساسية للغاية حيث ينتج المعالج والعملية العلاجية تجارب عاطفية مؤلمة للغاية للشخص الذي يعاني من اضطراب الشخصية الحدية، لهذا فإن تعزيز هذا التحالف العلاجي يعتبر هدفاً أساسياً، و للوصول لتحقيق ذلك، يدعو العلاج السلوكي الجدلي إلى 3 مواقف و هي التقبل العلائقي، حل المشاكل العلائقية و تعميم العلائقي.

- التقبل العلائقي: هو موقف فلسفي يقود المعالج إلى قبول نفسه كما هو في الوقت الحالي، وقبول الآخر، وقبول العلاقة كما هي، بنقاط قوتها وضعفها. يتعلق الأمر بالدخول جذرياً في العلاقة العلاجية ومواجهة موقف وحياة مليئة بالألم، لمقابلة شخص TPEL أينما كان. إنها مسألة النظر إلى العلاقة العلاجية في الواجهة، دون توقعات محددة، من خلال التعرف على وجود الأخطاء العلائقية والعلاجية الحاضرة.

- حل المشاكل العلائقية: يسمح حل مشكلات العلاقات بإيلاء اهتمام خاص لكل انفعالات الحزن أو عدم رضاء أو الغضب التي يمر بها المريض و / أو المعالج في أي وقت خلال معاملتهما

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

الشخصية. هذه المشاكل العلائقية جميعها سلوكيات يجب الاعتراف بها من ناحية ومن ناحية أخرى يجب حلها من خلال تحمل مسؤولية القيام بذلك بشكل مشترك.

- التعميم العلائقي: أما بالنسبة للعلاقة بين المعالج والمريض، فإنها تشكل مجالاً مثاليًا للملاحظة والتعلم لفهم ما هي نماذج العلاقات المعمول بها خارج العلاج. وبالتالي يمكن للمريض تطوير مهارات التعامل مع الآخرين المكيفة والبناءة. ومن ثم، يتم تعميم العلاقة العلاجية مع البيئة غير العلاجية للمريض. (Cottraux, 2014)

3-4- الوضعية الجدلية:

الجدلية أو الديالكتيك هو موقف فلسفي يتكون من اعتبار أن كل شيء في تغير دائم: التناقضات بين القطبين المتعارضين (الأطروحة والنقيض) تولد توتراً إبداعياً يؤدي إلى التركيب. هذا التركيب هو في حد ذاته مصدر أطروحات ومضاداتها. إن تطبيق هذا المبدأ الجدلي في السياق العلاجي يعني استخدام استراتيجيات محددة تستهدف العلاقة بين المعالج والمريض. (Marsha Linehan, 2000).

لذلك ، فإن المعالج في العلاج السلوكي الجدلي يهدف إلى تحقيق التوازن بين استراتيجيات العلاج ، بالتناوب بين القبول والتغيير ، بين حماية المريض وقيادته إلى حماية نفسه، بين عدم التخلي عن التحلي بالليونة وبالمثل ، فإنه يسعى أيضا إلى تعديل الفكر والسلوك بطريقة ديالكتيكية ، بدمج وجهات النظر المتعارضة ، وتركيب نهايات متسلسلة ومتصلة. تتمثل مهمتها في الوقوف في وقت واحد على جانبي كل قطب، من خلال الاقتناع الراسخ بأنه لا هو ولا المريض يحمل الحقيقة واليقين بأن نتيجة هذا التوتر تتمثل في اكتشاف ما تم حذفه في التفكير، في إدراك البيئة وطريقة إدارتها. للقيام بذلك ، لهذا يملك المعالج عدة مجموعات من الاستراتيجيات الديالكتيكية المحددة ، وفيما يلي بعض الرسوم التوضيحية:

- تسمح المفارقات بإبراز التناقضات المتأصلة في سلوك المريض، في العملية العلاجية أو في الواقع بشكل عام؛ أنها تجذب انتباه المريض من خلال عنصر المفاجأة. على سبيل المثال، المريض يعبر ، **لا يمكنني أن أتحمل بعد الآن! أريد أن أموت! أنت الشخص الوحيد الذي يمكنه مساعدتي!** ، يرد المعالج، **"أنا آسف ... لا يمكنني مساعدتك ... أنه ضد أخلاقيات مهنتي أن أساعد أناسا على وضع حد لحياتهم، في حين أنا اومن أساسا بإمكانية بنائك لحياة تستحق العيش "**، إن استخدام المفارقة يعني في الوقت نفسه قبول الأشياء كما هي وتغييرها، وتعليم

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

كيفية طلب المساعدة ليكون أكثر استقلالية، وإعطاء حرية اختيار سلوكه وفرض احترام بعض القواعد المعينة لمواصلة العلاج.

- يمكن أن تتخذ الاستعارات شكل تشبيهات أو حكايات أو أمثال أو قصص. كلها طرق لتعليم الفكر الجدلي بشكل مختلف، للسماح بظهور سلوكيات جديدة. تكمن قوة الاستعارة في الفائدة التي تخلقها روايتها والسهولة التي يتم بها حفظها، ومرونتها الأكبر، مما يسمح للمستمع بتكييفها مع ما يمر به. على سبيل المثال، إذا كان المعالج والمريض في صراع على السلطة (المعالج يشجع المريض على تطبيق تقنية وكلما فعل ذلك، كلما عبر المريض عن عدم نجاحه): " كما لو كنا نحن الاثنين في سيارة التي غرقت للتو في جرف ثلجي؛ نحاول إخراج السيارة من جرف الثلج، وللقيام بذلك نقوم بدفع دواصة السرعة طوال الوقت، معتقدين أن هذا سيمنح السيارة القوة التي تحتاجها للتغلب على الانجراف الثلجي. لسوء الحظ، دارت الإطارات وغرقت السيارة تدريجياً في الجليد. الطريقة الوحيدة للخروج من هذا الانجراف الثلجي، هو إيجاد طريقة لتفريغ الإطارات لعكس اتجاهها ".

- يتضمن تقنية محامي الشيطان مناقشة وجهة نظر معاكسة لتلك التي يرغب المعالج في أن يدافع عنها المريض. على سبيل المثال، عندما يكون المريض متحمساً لبدء برنامج التعرض للعار، يلعب المعالج دور محامي الشيطان من خلال التعبير عن التردد: "بالطبع، سيكون من الرائع التخلص من هذا الشعور المفرط بالخزي و العار ولكن هل أنت متأكد انه يستحق ذلك؟ هل تعتقد أن هذا هو الوقت المناسب فعلاً للقيام بذلك؟ ". كرد فعل، سيتمكن المريض من الدفاع عن وجهة النظر المعاكسة وإيجاد الحجج التي ستسمح له بتعزيز دوافعه لإحداث التغيير.

- أسلوب المبالغة هو المعادل العاطفي لتقنية الدفاع عن الشيطان. في هذا السياق، يسعى المعالج إلى الاستجابة للعواقب التي يستدعيها المريض في محاولة لحل المشكلة في نظره. على سبيل المثال، إذا أعلن المريض: "من الواضح أنني سأقتل نفسي إذا التزمت بخطتك للذهاب في إجازة لمدة ثلاثة أسابيع!«»، سوف يجيب المعالج: "كيف تستمر في الحديث عن شيء تافه مثل إجازتي عندما تكون في حالة ألم لدرجة أنك تخطط لإنهاء حياتك!" كيف خططت لقتل نفسك؟ هل تعتقد أنه سيكون من الحكمة تنظيم دخول المستشفى؟ ". الفكرة من وراء المبالغة هي استمرار الحركة العاطفية إلى ما بعد نقطة النهاية الطبيعية، وذلك للسماح اختلال التوازن المنقذ.

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

- إن صنع العصور بالليمون يقوم على الاستفادة من الموقف الذي في ظاهره يؤدي فقط إلى العيوب وخيبات الأمل. بعبارة أخرى، يتعلق الأمر برؤية كيف يمكن أن تكون الزجاجة نصف الفارغة نصف ممتلئة أيضًا. على سبيل المثال، للمريض الذي يشتكي من عدم الفهم الصارخ الذي أبداه الأخصائي الاجتماعي خلال مقابلة أجريت معه مؤخرًا، سيرد المعالج: "كم هو محظوظ! بفضل الأخصائية الاجتماعية سنكون قادرين على صقل مهاراتنا الشخصية من أجل تعزيز حقيقة أنها ستستمع إلى طلبك في المرة القادمة!" (Marsha Linehan, 2000).

3-5- المصادقة:

يتطلب تدخل المعالج بحثًا مستمرًا عن التوازن بين التحقق من صحة ما يمر به المريض في لحظة معينة وتقنيات حل المشكلات التي ستقوده إلى تعديل سلوكه. يعد المصادقة وحل المشكلات من الاستراتيجيات المركزية في إدارة علاج DBT عند مواجهة شخص يعاني بشدة ولا يمكن تعديل بيئته لتقليل المعاناة، قد يرغب المعالج في تركيز كل طاقته لقيادة المريض لتغيير سلوكه (الموقف المدافع في سياق حل المشكلات). ومع ذلك، فإن إحدى المراحل الأساسية لأي تغيير هي القبول الجذري وغير المشروط للأشياء كما هي في الوقت الحالي: إنه المصادقة.

إن المصادقة هو إبراز الجزء الملائم والمفهوم من الاستجابة من خلال إعادة صياغة سياقه في الوقت الحالي (هنا والآن). لهذا يجب على المعالج الذي يريد المصادقة أن يلاحظ بطريقة نشطة ما يمر به المريض؛ بعد ذلك يجب أن يكون قادرًا على إعادة صياغة ما لاحظته من خلال وضع نفسه بطريقة غير قضائية. أخيرًا، يتحقق المعالج من صحة السلوك الذي يتم ملاحظته وإعادة صياغته بدون الحكم عليه، من خلال تسليط الضوء على جزء الحكمة والقدرة على التكيف الموجود في السلوك فيما يتعلق بالسياق الذي يحدث فيه. (Cottraux, 2014)

تتوفر أربعة مستويات من المصادقة للمعالج للتعبير عن قبوله للواقع كما هو في تلك اللحظة:

- تتكون المصادقة العاطفية من تقديم فرص للمريض لتجربة أي مشاعر مهما كانت في الجلسة. كما أنه يسمح للمعالج بتعليم الملاحظة ووصف المشاعر بما في ذلك التعبير اللفظي، عن المشاعر التي يمكنهم فك تشفيرها دون الحكم عليها. أخيرًا، يصادق المعالج من صحة جزء المفهوم من عاطفة المريض، وتفسيره دون الحكم عليه.

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

- المصادقة المعرفية: يقود المصادقة المعرفية المعالج إلى دعم المريض في مراقبة ووصف طريقة تفكيره في نفسه والعالم من حوله. وبالتالي يمكن للمعالج تعليم المريض التمييز بين التفسيرات والحقائق. يتم إبراز الجزء الصحيح من العقل والذي يتوافق مع الواقع للسماح للمريض بمعرفة متى يثق بنفسه في تحليلاته.
- أما بالنسبة للمصادقة السلوكية، فهي تقود المريض إلى التمييز بين سلوكه والدوافع المستتبهة وكذلك تعلم كيفية ملاحظتها ووصفها بشكل مناسب. كما يتم العمل على المعايير غير الواقعية؛ فيتعلم المعالج والمريض البحث كيفية فهم سلوك معين. يتم قبول السلوك كما هو في الوقت الحالي مع عيوبه.
- يُشار أيضًا إلى التحقق من صحة المهارات على أنه التشجيع، حيث يقوم المعالج بإبلاغ المريض بإيمانه بأنهم يبذلون قصارى جهدهم وأملهم في أن تستمر مهارات المريض في التطور. يركز المعالج على قدرات المريض ويقلل من تأثير النقد من الخارج. يقوم المعالج بتقوية المريض بشكل إيجابي مع كل خطوة يتخذها نحو الهدف المنشود. إن تشجيع المريض هو مهارة أساسية للمعالج. من خلال هذا التشجيع والأمل سيتمكن المريض من التغلب على لحظات اليأس والحاضر والمستقبل، وينجح في إحباط السلوكيات السلبية النشطة التي تتميز بها الفرد المصاب باضطراب الشخصية الحدية. (Cottraux, 2014)
- في كثير من الأحيان، يخشى المعالج أنه من خلال المصادقة على ما يمر به المفحوص، فإنه سيعزز أو حتى يضخم شدة المشاعر والسلوكيات الإشكالية المترتبة على ذلك؛ مواجهة هذا الاعتقاد بالواقع يبرز لاعقلانيته. من ناحية أخرى، إذا كان المعالج يشعر بالقلق بشكل خاص بشأن الضيق الذي يعبر عنه المريض ويسعى إلى إدارة هذا القلق من خلال توفير حلول فورية للمريض، فإنه يبدأ عن غير قصد عملية إبطال المشاعر. كل المشاعر لها معنى حتى لو كان من الضروري في بعض الأحيان البحث عنها بنشاط؛ كل المشاعر مفهومة ومقبولة. ومع ذلك، لمعرفة أن أي عاطفة يمكن تحملها، من الضروري أن تكون قادرًا على استخدام استراتيجيات التحمل اتجاه الضيق. سيتم تقديم هذا التعلم للمرضى في سياق وحدات تعليمية نفسية. ولكي يتمكن المعالجون من تعليمها، يجب أن يتعلموا كيف يطبقونها على ضيقهم الخاص.

3-6- أسلوب الاتصال:

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

يقترح العلاج السلوكي الجدلي طريقتين للتواصل، مع احترام المبادئ الجدلية: ما يسمى بالاتصال المتبادل وما يسمى بالاتصال غير الموقر. للتواصل بشكل مناسب، يجب أن يكون المعالج قادرًا على الانتقال من قطب إلى آخر من هذه الجدلية، بالتناوب بين قدرته على الاستجابة بحرارة وصدق من خلال المعلومات المقدمة عن نفسه أو عن العملية العلاجية الجارية. (Marsha Linehan, 2000)

إن القدرة على الاستجابة، وإعطاء معلومات عن الذات، وإظهار الدفء والصدق هي الجوانب الأربعة للتواصل المتبادل. يتم استخدام طريقة الاتصال هذه في جميع الاستراتيجيات والمراحل العلاجية. يقود المعالج إلى أن ينقل إلى المريض إما المعلومات التي تشير إلى سيرته الذاتية (على سبيل المثال، حياته المهنية، وخبراته في هذا المجال مقارنة مرضية، وما إلى ذلك)، أو معلومات حول ما يشعر به أو يفكر فيه عندما يفعل المريض أو يقول أشياء معينة (الاتصالات الفوقية في المعاملة بين الأشخاص قيد التقدم) هذه القدرة على التواصل مع بعضنا البعض هي أيضًا القدرة التي يعبئها المعالج عندما يتجاوز سلوك المريض حدوده الشخصية، أو يخطر المريض في سلوكيات تتعارض مع العلاج. على سبيل المثال، للمريض الذي يعبر عن العداء لفظيًا، سيرد المعالج، "عندما ترفع صوتك وتهينني، أشعر بقلبي ينبض وأنا على أهبة الاستعداد. هذا يقطع أي رغبة لي في دعمك ومساعدتك." (Marsha Linehan, 2000)

لكن مطالبة المعالج بأن يكون دافئًا تجاه المريض هو تحدٍ لا يستطيع التغلب عليه بمفرده: كما ذكرنا سابقًا، الدفء الشخصي غير المشروط ليس سمة من سمات أي علاقة. لذلك، سيكون من الشائع أن ترى المعالج قد يخطر في سلوكيات دافئة للغاية بحيث يتعرض العقد العلاجي للخطر ويخاطر بالتحول إلى صداقة وعلاقة حميمة. على العكس من ذلك، فإن الغضب واليأس من المعالج أمر شائع في مواجهة شدة معاناة المريض والنقص الواضح في التحسن. لذلك سيتعين على المعالج أن يوافق على العمل على عواطفه، أثناء إشراف الفريق وتطبيق تقنيات إدارة المشاعر ذاتيًا.

على النقيض من سلسلة التواصل هذه، يظهر ما يسمى بالاتصال غير الموقر والذي يمكن تلخيصه على أنه قدرة المعالج على الاستجابة واحدة بواحدة، لتعبئة روحه بالجواب، من أجل الخروج من علاقة يكون فيها المعالج والمريض عالقين بأسرع ما يمكن، كل ذلك أثناء الوصول مباشرة إلى الهدف. على سبيل المثال، للمريض الذي يعلن أنه سيقتل نفسه، سيرد المعالج، "إذا قتلت نفسك ... لا يمكنني أن

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

أكون معالجك بعد الآن!" لا يمكن أن تولد هذه المواجهة إلا في إطار علاقة شخصية قوية وإيجابية وسيتم تغطيتها بشكل منهجي بالمصادقة. (Cottraux, 2014)

يمتزج الاتصال المتبادل وغير الموقر معًا في بنية أسلوبية واحدة. يعتمد انسيابها وانسجامها على مدى سرعة قدرة المعالج على التحول من واحد إلى الآخر أثناء نفس التفاعل.

3-7- الفحص البيئي مقابل فحص المريض:

ينقسم تسيير الحالة التي يوصي بها العلاج السلوكي الجدلي إلى فئتين من الفحص المحيطي وفحص المريض. في الاستشارة البيئية، يتفاعل المعالج، بدلاً من المريض، مع محيط هذا الأخير. يقتصر هذا النوع من التفاعل على الحد الأقصى ويخضع لشروط صارمة التطبيق: يجب أن تكون النتيجة أساسية والمخاطر التي يتكبدها المريض دون تدخل، يجب أن تكون أكبر من تلك المرتبطة بالتدخل، على المدى القصير والطويل (سيكون هذا هو الحال، على سبيل المثال، عندما يكون المريض فاقداً للوعي أو يعاني من تفكك ذهاني). في هذا السياق، يخول للمعالج بالتفاعل مع بيئة المريض، وتقديم نفسه كمحامي، والدفاع عن مريضه: سيتم تقديم المعلومات ذات الصلة والأساسية فقط. ويتم إرسال ملخص لهذه التبادلات إلى المريض لاحقاً.

إن فحص المريض هو الموقف الذي يدعو إليه DBT. يلعب المعالج دور المدرب الذي تتمثل مهمته في مساعدة المريض على التفاعل بشكل فعال مع بيئته. هذا هو الموقف الذي يجعل من الممكن زيادة احترام المرضى، وتعليمهم أن يصبحوا مستخدمين ناجحين لنظام الرعاية وتقليل حالات الانشطار داخل الفرق. (Cottraux, 2014)

من هذا المنظور، إذا شارك المعالج في اجتماع شبكي، فسيكون بحضور المريض وستقتصر مهمته على مساعدة الأخير في التعبير عما يرغب فيه، من خلال التفاعل الفعال مع الحاضرين. وبالمثل، إذا اتصلت إحدى خدمات الرعاية الجسدية بالمعالج لإبلاغه أن المريض تحت رعايتهم، فسوف يتجنب المعالج تقديم المشورة للفريق حول كيفية إدارة المريض: بل يطلب أن يتحدث مباشرة مه مريضه بطريقة تساعد على الاستجابة الفعالة مع فرقة الرعاية الصحية.

3-8- فرقة الاشراف:

إن تقليل وتيرة وشدة السلوكيات التي تتداخل مع العلاج، سواء الصادرة عن المريض أو المعالج، تخلق حالات طارئة ضرورية لاستمرار العملية العلاجية. حتى تتم العملية العلاجية وتستمر، تحفيز

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

المريض والمعالج على القيام بهذه العملية ضروري؛ ومع ذلك، فإن الدافع هو نتيجة التعزيزات التي يتلقاها كلاهما.

فريق الإشراف موجود لتعويض النقص في التعزيزات الإيجابية التي يتلقاها المعالج من المريض، لموازنة التعزيزات السلبية التي تحدث في السياق العلاجي، للسماح للمعالج بالاستمرار بشكل إيجابي وكبير في تعزيز كل تقدم للمريض. وللتعلم تدريجياً كيفية رعاية معالجه. تعد القدرة على تقدير المريض حقاً أحد أهداف الإجراءات الداعمة. (Marsha Linehan, 2000)

علاوة على ذلك، في سياق فريق الإشراف أيضاً، سيتم دعم المعالج في تطبيق مهارات DBT على المواقف التي يوجهها مع شخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية TPEL. لذلك فإن المعالج سوف يمارس تقنيات اليقظة الذهنية، وتنظيم العاطفة، والكفاءة الشخصية أو تحمل الضيق، لإدارة عواطفهم بشكل كاف قدر الإمكان أثناء العلاج. وبالتالي، إذا كان من الضروري أن يتعلم المريض إدارة عواطفه من أجل تحقيق نوعية حياة تستحق العيش، فمن الأساسي أن يتعلم المعالج إدارة عواطفه حتى يتمكن من معالجة المشكلة.

يواجه المعالج والمريض نفس عملية التعلم: القدرة على تجربة المشاعر مع القدرة على تقليل المثيرات المفجرة أو التنشيط السلوكي والمعرفي المتعلقة بهذه المشاعر. يشرف المعالج على المريض في هذه المهمة، وفريق المشرف للمعالج.

4- الانفعالات والعلاج السلوكي الجدلي:

بدءاً من تصور يكون فيه اضطراب الشخصية الحدية نتيجة الضعف العاطفي وحيث تكون جودة العلاقة العلاجية هي المحرك الأساسي لفعالية الرعاية، طورت Marsha M. Linehan (2000) نموذجاً علاجياً يسمح بالخلق. أسس التعلم للإدارة الفعالة والمختصة لعواطف المريض، بهدف تقليل الليونة العاطفية والسلوكية والمعرفية المميزة لاضطراب الشخصية الحدية.

الهدف الأساسي من العلاج السلوكي الجدلي DBT هو القضاء على استخدام السلوكيات شبه انتحارية وإيذاء النفس، وزيادة الرضا عن الحياة. فالسلوكيات الانتحارية وشبه انتحارية وإيذاء النفس هي المشاكل التي يلتزم المعالج والمريض بالعمل لحلها ولا تعتبر حلولاً للصعوبات التي يوجهها المريض.

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

يعتبر العلاج السلوكي الجدلي علاجاً سلوكياً بالقدر ما يدعو إلى تحليل وتعلم النماذج السلوكية لشخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية، وتعويضها بسلوكيات بدلية بناءة وفعالة بدلاً من السلوكات الإشكالية المستخدمة سابقاً.

والعلاج السلوكي الجدلي أيضاً يعتبر علاجاً معرفياً فهو يسمح لنا بتعديل بعض المعتقدات التي تعلمناها في سياقات أخرى ولم تعد صادقة حالياً. كما تهدف إلى زيادة القدرة على تنمية التفكير الجدلي. من ناحية أخرى، على عكس العلاج السلوكي والمعرفي الكلاسيكي، لا تقترض العلاج السلوكي الجدلي DBT أن الأفكار هي التي تثير المشاعر: الأفكار هي نتاج المشاعر التي تدخل معها في التوافق وتعتبر عنها.

لهذا لا يتم استخدام تقنيات إعادة البناء المعرفي الكلاسيكية لأنها قد تخاطر على الأقل في بداية العملية العلاجية، بإعادة إنتاج البيئة المعوقة وبالتالي منع تعلم إدارة العواطف ذات الصلة. ويوجه أيضاً العلاج السلوكي الجدلي نحو اكتساب المهارات. على سبيل المثال من حيث تنظيم العاطفة أو الكفاءة الشخصية، فهو يوازن بين القبول والتغيير ويتطلب وجود علاقة علاجية تعاونية مكثفة. أخيراً، يعتبر علاج DBT برنامجاً علاجياً يهدف إلى زيادة مهارات المريض، وزيادة دافعه للتغيير، وتعميم المعرفة على البيئة الطبيعية، وتنظيم البيئة العلاجية بهذه الطريقة. لدعم مهارات المريض والمعالج، وكذلك كزيادة مهارات وتحفيز المعالج على علاج المريض بشكل فعال. (Marsha Linehan, 2000).

5- الأطر العلاجية:

حسب (Cottraux, 2014) هناك خمسة أطر علاجية أنشأها العلاج السلوكي الجدلي لتمكن من تحقيق أهدافه المختلفة: المجموعات التربوية النفسية، والعلاج النفسي الفردي، والاستشارات الهاتفية، وفريق الإشراف وما يسمى بالعلاجات المساعدة. يُطلب من المرضى المشاركة في البرنامج بأكمله ويتم استبعادهم إذا فاتتهم أربع جلسات متتالية، بشكل فردي أو في مجموعات. ولقد وُجد أن هذه القاعدة، التي أنشئت لأول مرة لتلبية متطلبات بحث Marsha M. Linehan في فعالية علاج DBT، لها تأثير علاجي غير متوقع من خلال تقليل عدد حالات التوقف عن تناول الدواء. منذ ذلك الحين، تم الحفاظ عليه في الإطار الكفالة.

- المجموعات التثقيفية التربوية:

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

المجموعات التربوية النفسية هي الأرضية الأساس لتعلم التي يمكن لمريض TPEL من خلالها أن يتغلب على عيوبه في مجال إدارة العواطف والعلاقات الشخصية، الناتجة عن ضعفه البيولوجي ومكتسباته في البيئة التي عاش وتطور فيها. فهي مجموعات تهدف إلى تعلم المهارات التي يمكن أن تقلل من الفوضى الشخصية، وليونة المشاعر والحالات المزاجية، والاندفاع، وعدم التنظيم المعرفي، بما في ذلك الشعور بالارتباك الذاتي.

ساعتان ونصف في الأسبوع وبحضور اثنين من الميسرين المشاركين، يتم دعوة المرضى لتعلم مهارات مختلفة مثل اليقظة أو الوعي التام والكفاءة الشخصية وتنظيم العواطف والتسامح. يتم التدريب على هذه المهارات المختلفة في وحدات من ثماني جلسات لكل منها، يتم خلالها تجاهل حالات الأزمات في الحياة اليومية: نركز على المهارات التي من المحتمل، بمجرد ممارستها وإتقانها، أن تحل محل السلوكيات المشككة المستهدفة بشكل مناسب:

1- تهدف وحدة الوعي الكلي إلى تعليم المريض الملاحظة - أي تجربة ما يمر به دون التأثير عليه، لوصفه - وبعبارة أخرى لإعطاء اسم أو تسمية ما يلاحظه ومشاركة ما يعيشه في اللحظة الحالية دون الحكم عليها، مع التركيز على شيء واحد في كل مرة وأن نكون فعالين في انجاز هذه المهمة. (سيجد الطالب معلومات إضافية عن استراتيجيات الوعي الكلي او اليقظة الذهنية أو كما تسمى أيضًا mindfulness في المحاضرة السابقة.

2- تهدف وحدة التنظيم الانفعالي إلى تعلم الكفاءات التي تساهم في خفض شدة الليونة النفسية. فالفرد يتعلم أن يضع معالم لانفعالاته، تسميتها وتحليلها أو بمعنى آخر ان يكون قادرا على ان يفهم علاقتها بالأحداث الداخلية أو الخارجية التي تحدث، وبناء انفعالات إيجابية-مثلا تطوير نشاطات خاصة تساهم في السيطرة أو مشاعر الرفاهية.

3- تركز وحدة تحمل الضيق على الوسائل المتاحة للفرد لتحمل المعاناة بشكل فعال وبالتالي دون إيذاء نفسه. يتعلق الأمر أيضًا بتعلم قبول الموقف كما هو في لحظة معينة والتعامل مع مهارات الفرد وعدم الكفاءة للتعامل معه. يتم تدريس أدوات مختلفة في سياق هذه الوحدة للسماح للشخص بتعلم كيفية تحسين اللحظة الحالية وكيفية تشتيت الانتباه المشاعر المؤلمة على مدى فترة زمنية، أو مدى تخفيف المشاعر المؤلمة عبر الحواس الخمس/

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

4- اما وحدة الفعالية البين شخصية فتهدف إلى تعلم الكفاءات الضرورية لإصلاح والحفاظ على العلاقات متناغمة وإيجابية مع الحفاظ وتحسين تأكيد الذات، وذلك بالتركيز أيضا على مستويين من التفاعل الأكثر إشكالية بالنسبة للأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية.

بين كل جلسة جماعية، يجب على المريض أداء المهام المنزلية التي يدرجها في ورقة المراقبة الذاتية يوميا ووفقا للمهارات المكتسبة في الوحدات المختلفة، تتم دعوته لتسجيل المهارات المستخدمة وتقييم فعاليتها وفقا للعواطف التي واجهتها.

تنقسم جلسة المجموعة إلى خمس أوقات محددة: في البداية، يتم الترحيب بكل مشارك شخصيا ويتم أخذ الوقت اللازم لبناء مناخ عمل دافئ وتعاوني. يخصص الجزء الأول من الجلسة لاستعراض المهام المنزلية، مع التركيز على تطبيق المهارات وفائدتها حسب المشاعر التي تمر بها؛ في حالة عدم إكمال المريض للبطاقات أو عدم اصطحابها معه، يتم العمل على هذا النسيان كسلوك يتداخل مع العلاج وذلك للسماح للمريض تدريجيا بالتعرف على أهمية المهام المنزل وتقوده لتنفيذها.

ثم تأتي فترة الراحة التي يبقى خلالها المعالجون جاهزين لمساعدة أي مريض يعاني من صعوبة. يلي ذلك الجزء الثاني والأخير من الجلسة، وهو مخصص لتدريس مهارات جديدة وفقا للأساليب العامة الموضحة في دليل التدريب على المهارات النفسية والاجتماعية (Linehan, 2000).

الوقت المخصص لاستنتاج المجموعة أكبر منه في أنواع الرعاية الأخرى ، حيث يجب أن يسمح للمرضى المتفاعلين بشكل خاص بالقدرة على ترك المجموعة في حالة عاطفية مقبولة ؛ غالبا ما يحتاج الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية TEPL إلى مزيد من الوقت أكثر من غيرهم للانفتاح والإغلاق عاطفياً.

- المقابلات الفردية:

بالتوازي مع هذه المجموعة التعليمية، يشارك المريض بنشاط في المقابلات الفردية مع المعالج الذي يعتبر رئيساً. مهمة المعالج الفردي هي مساعدة المريض على إدارة حالات الأزمات والإشراف عليه في تطبيق المهارات المكتسبة خلال المجموعات النفسية التربوية في حياته اليومية. تتم المقابلات الفردية مرة واحدة في الأسبوع لمدة 60 دقيقة. يمكن زيادة مدتها وفقاً للأهداف العلاجية المستهدفة، لا سيما إذا كانت الجلسة مخصصة لعملية التعرض. تبدأ كل مقابلة فردية بمراجعة نماذج المراقبة الذاتية المكتملة خلال الأسبوع، ويتم إيلاء اهتمام خاص بحدوث السلوكيات المستهدفة، بترتيب الأهمية:

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

5- السلوكيات الانتحارية وشبه انتحارية وإيذاء النفس، بما في ذلك الأفكار والتعبيرات اللفظية والتوقعات والمعتقدات من حيث الفعالية والتأثيرات ذات الصلة.

6- السلوكيات التي تتداخل مع العلاج، مثل عدم الانتباه، وعدم التعاون، وعدم الامتثال، والتدخل السلبي مع المرضى الآخرين، وتجاوز حدود المعالج والمؤسسة، وإضعاف دافع المعالج الذي يعالج المريض، وما إلى ذلك.

7- السلوكيات التي تتدخل في نوعية الحياة ، أي جميع السلوكيات التي يرغب المريض في تعديلها بفكرة تحسين وجوده (على سبيل المثال ، الرهاب الاجتماعي ، إدارة الوزن ، الصعوبات الزوجية ، إلخ). (Cottraux, 2014)

- الفحص عبر الهاتف:

في علاج السلوكي الجدلي، من الضروري الموافقة على الاستلام المكالمات الهاتفية، بصرف النظر عن المقابلات الفردية أو الجماعية. تحقق هذه المكالمات، أربعة أهداف شاملة في سياق الرعاية:

8- بفضل المكالمات الهاتفية، تم تقليل الاتصالات مع المعالج، والتي يمكن أن يكون لها قيمة التعزيز الإيجابي للسلوكيات المستهدفة، إلى الحد الأدنى الصارم. في الواقع، من خلال منح المريض إمكانية الدعم في تطبيق سلوكيات بديلة، لتلك التي تسبب مشاكل، يقوم المعالج بتعزيز أي إجراء في اتجاه الهدف المنشود بشكل إيجابي. وفي الوقت نفسه، فإن حظر الدخول في الاتصال الهاتفي، خلال الـ 24 ساعة التي تلي انبعاث سلوك انتحاري أو إيذاء النفس، يقلل إلى أدنى حد من أي تفاعل مشروط بين الاستجابة للأزمة والاهتمام الذي يوليه المريض للبيئة.

9- ثانيًا، من خلال الاستشارات الهاتفية، يتمتع المريض بفرصة التعلم التدريجي لطلب المساعدة بطريقة مناسبة، مما يسمح له بتعميم هذه المهارة على أقاربه.

10- تنطبق عملية التعميم هذه أيضًا على المهارات المكتسبة، والتي سيتعلم المريض تطبيقها على المواقف الإشكالية في حياته اليومية.

11- أخيرًا، تتمتع الاستشارات الهاتفية بميزة السماح بحل وسط بين قلة المعالجين للوقت وحاجة المرضى للوقت. ومع ذلك، لن تأخذ أي استشارة هاتفية شكل مقابلة علاجية: تتمحور التفاعلات حول كيفية تمكن الشخص من تطبيق مهارات إدارة العواطف والعلاقات التي يتم تعلمها خلال المجموعات النفسية التربوية. لا يتم تجاوز الاستشارة الهاتفية أبدًا من 10 إلى 20 دقيقة.

المحاضرة الخامسة: العلاج السلوكي الجدلي

تسبق الاستشارات الهاتفية ثلاثة سيناريوهات: إما أن يكون المريض في حالة أزمة ويرغب في الحصول من معالجه على الدعم والإشراف الضروريين له لتطبيق المهارات التي يتم تدريسها في المجموعات النفسية التربوية بشكل فعال ؛ الذي يحتاجون إليه ؛ إما أن يتصل المريض بالمعالج وفقاً لجدول مكالمات مبرمج مسبقاً ، فهذه هي الحالة على وجه الخصوص للمرضى الذين يحتاجون إلى القدرة على التغلب على مشاعر الخزي أو الذنب التي تمنعهم من طلب المساعدة التي يحتاجون إليها، أو المعالج يستدعي المريض للتحقق من أداء الأخير في تطبيق المهارات المكتسبة حديثاً ؛ الهدف هو تجنب التجنب ، على سبيل المثال عندما لا يحضر المريض إلى جلسة مجدولة.

بشكل عام، أثناء التفاعلات الهاتفية، يظل المعالج يركز على المهارات التي عبثها المريض أو يمكنه تعبئتها وليس على تحليل الموقف. الهدف النهائي هو البحث عن الاستراتيجيات التي يمكنها التعامل مع الأزمة، والبقاء على قيد الحياة دون الإضرار بنفسك حتى الجلسة التالية. (Cottraux,2014)

في مواجهة الاستشارات الهاتفية، يعاني غالبية المعالجين من ألم التعرض للغزو في حياتهم الخاصة بطريقة لا تطاق. هنا مرة أخرى، معرفة أن لدى المعالج حدوده أمر ضروري لأنه سيسمح له بتحديد المساحات التي يشعر خلالها بأنه قادر على إتاحة نفسه للإشراف على المريض: بالنسبة للبعض، المكالمات بعد الساعة 8 مساءً غير مقبولة بينما يرغب الآخرون في ذلك. للموافقة على الرد في غضون ساعتين من ترك الرسالة على جهاز الرد على المكالمات. إذا أصبحت المكالمات مسيئة، أي إذا تجاوزت الحدود الموضحة مسبقاً والمحددة بوضوح من قبل المعالج، فيجب بالطبع التعامل معها على أنها سلوكيات تتداخل مع العلاج.

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

الهدف البيداغوجي: تعرف الطالب على العلاج النفسي القائم على التنشيط السلوكي

تمهيد:

في سنوات 90 قام الباحثين بإجراء دراسة استرجاعية تهدف إلى تحديد المكون الذي له تأثير حقيقي على تحسين الحالة المزاجية في العلاج السلوكي المعرفي (CBT) للاكتئاب. قام Jacobson وزملاؤه بعد ذلك بعزل مكون التنشيط السلوكي المتضمن في العلاج المعرفي السلوكي من أجل اختبار الفرضية القائلة بأن استخدام تدخلات التنشيط السلوكي سيكون مشابهًا في فعاليته لتلك الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي. (Jacobson et al., 1996) عقب هذه النتائج المهمة قام Martell Addis et Jacobson (2001) بالتنشيط السلوكي الذي كان في الأصل أحد مكونات العلاج السلوكي المعرفي لـ Beck' الخاص بالاكتئاب. وهو علاج في حد ذاته طور نموذجًا للعلاج القائم على التنشيط السلوكي للأشخاص الذين يعانون من أعراض الاكتئاب. في نفس الوقت طور Hopko علاج التنشيط السلوكي متميزًا عن الأول.

9-تاريخ وأصل العلاج بالتنشيط السلوكي:

بعد الدراسة التاريخية التي قام بها Jacobson et al سنة 1996 استعادت الأساليب السلوكية التي اُهملت في العقود الأخيرة، اهتمام كبيرًا. حيث حاول الباحث شرح فعالية العلاج المعرفي السلوكي من خلال مقارنة مكوناته المختلفة. تم تحديد المشاركين المصابين بالاكتئاب (N = 152) بشكل عشوائي لواحدة من الحالات الثلاثة التالية: العلاج الذي يعتمد فقط على مكون التنشيط السلوكي للعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج بالتنشيط السلوكي وتعديل الأفكار التلقائية، ولكن مع استبعاد مكونات العلاج المعرفي السلوكي التي تستهدف المخططات الأساسية وأخيرًا باستخدام العلاج المعرفي السلوكي بجميع مكوناته. لم يتم الحصول على فرق كبير بين فعالية شروط الثلاث للعلاج، لا في نهاية العلاج ولا بعد ستة أشهر من نهاية العلاج. كانت مجموعة علاج التنشيط السلوكي وحده ومجموعة العلاج بالتنشيط السلوكي والتعديل التلقائي للفكر فعالين بشكل متساوٍ، في تغيير التفكير السلبي وأنماط الإسناد المختلة. بالإضافة إلى ذلك، كشفت تحليلات التأثيرات المعتدلة أن التغيير في أسلوب الإسناد تبعه في كثير من الأحيان تحسن في أعراض الاكتئاب في مجموعة التنشيط السلوكي AC مقارنة بمجموعة العلاج المعرفي السلوكي. تشير هذه النتائج بالتالي إلى أن التدخل السلوكي

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

البحث يمكن أن يكون فعالاً وأنه ليس أكثر عندما يضيف المرء تقنيات معرفية. تتحدى هذه النتائج غير المتوقعة نموذج Beck المعرفي، الذي يجادل بأن التعديل المباشر للأنماط المعرفية السلبية ضروري لعلاج الاكتئاب ومنع الانتكاس (Beck، 1991). وقد تكون التدخلات السلوكية فعالة في تعديل الأفكار مثل التدخلات التي تهدف إلى تعديل الأفكار بشكل مباشر. إذا كانت CA فعالة مثل العلاج المعرفي السلوكي وتعمل بشكل أكبر على الآليات اللازمة للتغيير العلاجي، فيجب النظر في التعديلات النظرية والعلاجية. نتيجة لهذه الدراسة التاريخية، تم تطوير المكون السلوكي ليشكل علاجاً في حد ذاته.

10- تعريف العلاج القائم على التنشيط السلوكي:

تم تطوير علاج AC التنشيط السلوكي للاكتئاب، كما هو معروف اليوم ، بناءً على النموذج النظري للاكتئاب الذي اقترحه Lewinsohn (1974). يقترح هذا النموذج أن الانخفاض أو الانخفاض المستمر في مستوى التعزيزات الإيجابية يقود السلوكيات والانفعالات المرتبطة بها إلى الاكتئاب. في الواقع، يعتمد المفهوم النظري السائد للنهج السلوكي على افتراض أن المستوى المنخفض من تعزيز الاستجابة الطارئة الإيجابية (RCPR) هو العنصر الذي يؤدي إلى الاكتئاب. RCPR هو زيادة في تكرار أو مدة السلوك بعد التعرض للمعزز. قد يؤدي انخفاض عدد التعزيزات إلى نقص السلوكيات التكيفية الصحية، والتي من شأنها أن تؤدي إلى السلبية وفقدان الاهتمام والمزاج المكتئب. قد ينتج الانخفاض في التعزيز عن مزيج من أربعة عوامل:

(1) انخفاض في مقدار المواقف التي لها إمكانية تعزيز لفرد معين (على سبيل المثال، وظيفة لم تعد

محفزة)

(2) انخفاض في التوفر من هذه المعززات المحتملة في البيئة على سبيل المثال الابتعاد عن

الأحباء) ، (3) نقص المهارات ذات الصلة للتعامل مع طوارئ التعزيز (مثل المهارات الاجتماعية)

(4) زيادة التعرض للمواقف العصيبة أو المؤلمة. (Lewinsohn, Sullivan, & Grosscup, 1980)

من المهم هنا التمييز بين معنى مصطلحات المكافأة والتعزيز والطوارئ. التعزيز الإيجابي هو زيادة في تكرار السلوك. لا يمكن تجربتها فقط كمكافأة أو موقف ممتع، لكن الحدث غير السار يمكن أن يكون أيضاً بمثابة تعزيز إيجابي. على سبيل المثال، الشخص الخجول الذي يتلقى لومًا شديدًا ويكون تأثيره السلوكي هو الانسحاب الاجتماعي المتزايد. أيضاً، لأغراض هذه المناقشة وبما يتفق مع تصور

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

Lewinsohn، يشير مصطلح التعزيز (الإيجابي) هنا إلى الزيادة في السلوك الذي يكون عمومًا نتيجة استجابة ممتعة أو يوفر شعورًا بالرضا. يجعل مفهوم الطوارئ من الممكن نمذجة العلاقة بين السلوك وعواقبه. يوضح هذا المفهوم بشكل خاص العملية التي تؤدي بها السلوكيات والخبرات إلى انفعالات والسلوكيات المرتبطة بالاكْتئاب.

يوضح نموذج العلاج في الشكل 1 العمليات التي من خلالها تقوم السلوكيات التكيفية تعديل حالات الطوارئ التعزيزية، بحيث تزيد من السلوكيات التي تنتجها. هذه هي الطريقة التي سيتم بها عكس دورة الاكْتئاب. الشكل 1 يضع التعزيزات والمزاج في نفس المربع بالرغم من اختلافهما، إلا أنه مع مرور الوقت يقتربان ويصبح من الصعب، إن لم يكن من المستحيل، قياسها بشكل منفصل. من ناحية أخرى، على عكس الحالة المزاجية، فإن السلوك يستجيب لتغيير الحالات الطارئة فوراً، وهذا هو سبب وجودها في صندوق منفصل. وفقاً للنموذج النظري للتنشيط السلوكي، فإن الانخفاض في التعزيزات الإيجابية ستكون الميكانيكيات النظرية الذي يميز كيف تؤدي حالة ما (مثل الحداد، وفقدان الوظيفة، وعدم الرضا الزوجي، وصعوبات الحياة المزمنة) إلى الاكْتئاب.

يوضح السهم المنقط الذي يربط العلاج بالتعزيز عمل بعض تقنيات التنشيط السلوكي التي تستهدف في بعض الأحيان مباشرة البيئة (على سبيل المثال، التدخل مع أفراد الأسرة). يصف هذا النموذج أكثر نظرية سلوكية تأثيراً للاكْتئاب. إنه بالفعل أساس العلاجات السلوكية التقليدية والمعاصرة، وهو أساس معظم الأبحاث في علم النفس المرضي. لقد درس الباحثون من مختلف تخصصات العلوم البيولوجية والاجتماعية عمليات التعزيز من أجل فهم أفضل لتأثيرات التعزيز على المسببات والحفاظ على الاضطرابات النفسية مثل الاكْتئاب الشديد، وكذلك الاضطراب ثنائي القطب. (Harmon Jones et al., 2002)

2002

11- طريقة العلاج بالتنشيط السلوكي:

إذا تم بناء العلاج بالتنشيط السلوكي بافتراض أن زيادة النشاطات التي توفر مشاعر إرضاء / انجاز تؤدي إلى تعزيز السلوكيات التكيفية الصحية، التي تحسن المزاج، الأفكار وجودة الحياة. (Martell, Addis, & Jacobson, 2001).

إن التنشيط السلوكي علاج نفسي مختصر يهدف إلى جعل المرضى ينشطون وينخرطون في أنشطتهم، بدلاً من أن يكونوا غير نشطين وغير منخرطين. يهدف إلى زيادة الأنشطة التكيفية (عادة ما

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

تتعلق بمشاعر المتعة أو الإنجاز (مثل إعداد السيرة الذاتية)، وتقليل الأنشطة التي تحافظ على أعراض الاكتئاب (مثل التجنب) والتنمية القدرة على حل المشكلات التي تحد من الوصول إلى التعزيزات (على سبيل المثال، تطوير المهارات الاجتماعية، وحل المشكلات) (Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz, & Lewinsohn, 2011). ومع ذلك، فقد تطور المفهوم الحالي لعلاج التنشيط السلوكي من النموذج الذي اقترحه Lewinsohn ويعتمد الآن بشكل أكبر على التحليل الوظيفي لحالات الطوارئ التعزيزية لشخص معين ، دون افتراض أن الأنشطة الممتعة لها بالضرورة تأثير معزز على هذا الشخص. هذا التمييز بين شكل ووظيفة السلوك يضع نهج التنشيط السلوكي الحالي أكثر في تقليد السياقية الوظيفية وليس في تقليد العلاج السلوكي.

يبدأ العلاج بتقييم سلوكي رئيسي، مفصل بقياس الحالة المزاجية والأنشطة ونمط الحياة الحالي (النظام الغذائي، والنوم، والنظافة، وما إلى ذلك) من أجل تحديد مستوى الخمول وسلوكيات التجنب وكذلك الروابط بين الحالة المزاجية والأنشطة اليومية. تتم هذه الخطوة عادةً باستخدام شبكة المراقبة الذاتية (كل ساعة أو نصف ساعة) التي ينجزها المريض يوميًا. يتيح هذا التحليل الوظيفي تحديد أهداف العلاج ومضادات الاكتئاب السلوكية بطريقة شخصية، وبالتالي هي تختلف عند كل فرد.

ثم يكرس الجزء الأكبر من التدخل إلى إعادة الهيكلة وأنشطة التخطيط بهدف زيادة النشاط المضاد للاكتئاب. في الواقع، تهدف هذه الخطوة إلى أن يعيد الشخص الاستثمار في حياته من خلال تعديل بيئته بحيث يواجه المزيد من التعزيزات الإيجابية. (Blais & Boisvert, 2010) يعتمد هذا التدخل على الأهداف والأنشطة التي تم تحديدها وفقًا للعوامل التي تم تحديدها في التحليل الوظيفي ، أنها عجلت أو ساهمت في الحفاظ على أعراض الاكتئاب. يضع المعالج والمريض قائمة متسلسلة هرميًا للأهداف المتزايدة صعوبة. قد تكون هذه الأهداف هي تغيير عادات نمط الحياة، أو إضافة هوايات، أو المشاركة في المزيد من الأنشطة الاجتماعية، أو إكمال مهام معينة، أو أن تكون أكثر نشاطًا بدنيًا.

يتم تحديد العقبات المحتملة ومناقشة الحلول عندما تعرقل عوامل معينة دون تحقيق الأهداف التي تم تحديدها للأسبوع السابق. طوال فترة التدخل، يستمر المريض في التسجيل الذاتي لأنشطته وحالته المزاجية، قبل وأثناء وبعد النشاط، ينتهي العلاج بتوحيد المكاسب والاستراتيجيات التي تستهدف الوقاية من الانتكاس على الرغم من أن Jacobson 1996 أدار تدخلًا من 20 جلسة بالتنشيط السلوكي CA لم يحدد Addis et Martell (2004) عددًا من الاجتماعات، لكنهما حددا أنه مداخلة قصيرة.

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

12- المبادئ الأساسية لتنشيط السلوكي:

من الواضح أن هناك العديد من الطرق التي يمكن للعملاء من خلالها الاستفادة من علاج التنشيط السلوكي BA. ومع ذلك، فإن ما يوحد هذه الدورات العلاجية المختلفة هو التركيز المستمر على النشاط والمشاركة في حياة الفرد. يركز العلاج على اكتشاف الأنماط التي تحافظ على الاكتئاب وما هي مجالات التغيير التي من المرجح أن تحسن الحالة المزاجية للعميل، ثم تكرر بشكل متقطع وباستمرار إجراء تغييرات في هذه المجالات. ضمن هذا الهيكل الأساسي، يسترشد معالج في التنشيط السلوكي BA بمجموعة من المبادئ البسيطة (انظر الجدول 2)

الجدول رقم 02 يمثل المبادئ الأساسية العشرة للتنشيط السلوكي

المبادئ الأساسية العشرة للتنشيط السلوكي
المبدأ 1: المفتاح لتغيير شعور الناس هو مساعدتهم على تغيير ما يفعلونه.
المبدأ 2: يمكن أن تؤدي التغييرات في الحياة إلى الاكتئاب، وقد تؤدي استراتيجيات التأقلم قصيرة المدى إلى إبقاء الناس عالقين مع مرور الوقت.
المبدأ 3: تكمن القرائن لمعرفة ما سيكون مضافًا للاكتئاب لعميل معين فيما يسبق ويتبع السلوكيات المهمة للعميل.
المبدأ 4: قم ببناء وجدولة الأنشطة التي تتبع خطة وليس حالة مزاجية.
المبدأ 5: سيكون التغيير أسهل عند البدء صغيرًا.
المبدأ 6: التأكيد على الأنشطة التي تعزز بشكل طبيعي.
المبدأ 7: العمل كمدرّب.
المبدأ 8: التأكيد على نهج تجريبي لحل المشكلات، والاعتراف بأن جميع النتائج مفيدة.
المبدأ 9: لا تتحدث فقط، بل افعل!
المبدأ 10: استكشف العوائق الممكنة والفعلية أمام التنشيط وإصلاحها.

(Martell et Al,2010)

- المبدأ الأول: المفتاح لتغيير شعور الناس هو مساعدتهم على تغيير ما يفعلونه

عادة ما ينتظر الفرد شعوره بالرغبة الداخلية حتى يقوم بالتصرف، أو على الأقل ميل، لفعل شيء محدد. عندما يُمنح الشخص حرية الاختيار في عطلة نهاية الأسبوع، يذهب الشخص لنزهة لأنه يشعر

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

بذلك، ويشاهد التلفاز لأنه ليس لديه الدافع لفعل أي شيء آخر، أو يتسلق جبلاً لأنه يشعر بالمغامرة. نشير إلى هذا باعتباره التصرف من "الداخل إلى الخارج" لأن الدافع للانخراط في النشاط ينشأ من الداخل. ومع ذلك، فإن معظم رويتنا اليومي يتضمن أنشطة قليلة، الاختيار، مثل الذهاب إلى العمل كل صباح أو رعاية الأسرة أو المسؤوليات المنزلية. عندما لا يصاب الناس بالاكتئاب، فإنهم عادة ما يقومون بهذه المهام بغض النظر عما إذا كانوا يرغبون في ذلك أم لا. في صباح بارد وكئيب، على سبيل المثال، قد لا يشعر المرء بأي دافع لارتداء ملابسه والذهاب إلى العمل، لكن المرء يقوم بالمهام الضرورية ويذهب إلى العمل. بمجرد الوصول إلى هناك، غالباً ما يجد المرء أن الشعور بالاهتمام والإنجاز يتبعه. نشير إلى هذا باعتباره التصرف من "الجانب الخارجي إلى الداخل": الانخراط في نشاط، وتتبعه المشاعر (Martell et al., 2001) عند تقديم هذه الفكرة في ورشة عمل حديثة، وصفها أحد المشاركين بأنها نهج "مجال الأحلام" للتغيير: بناء حياة غنية ومجزية، وستأتي المشاعر الإيجابية.

- **المبدأ الثاني: يمكن أن تؤدي التغييرات في الحياة إلى الاكتئاب، وقد تُبقي استراتيجيات التأقلم قصيرة المدى الناس عالقين مع مرور الوقت.**

يقوم التنشيط السلوكي على افتراضات معينة حول ما يحافظ على الناس عالقون في الاكتئاب وما يمكن أن يساعد الناس على التحرك في اتجاه حياة أكثر إرضاءً ومكافأة. على وجه التحديد في التنشيط السلوكي، نركز على الطرق المحددة التي يمكن أن تؤدي بها أحداث الحياة (بدءاً من المتاعب اليومية والضغوط المستمرة البسيطة إلى التغييرات الرئيسية في الحياة) إلى انخفاض في التعزيز الإيجابي أو زيادة العقوبة التي يمكن أن تؤدي إلى الانسحاب من الأنشطة العادية. يمكن اعتبار هذه الأخيرة من المشاكل الأساسية في حياة العميل. إن ظروف معيشية السيئة، العلاقات غير سعيدة، الوظائف سيئة، وخيبات الأمل كلها أمثلة على أنواع المشاكل التي يمكن أن تحدث وتؤدي إلى المشكلة الأساسية المتمثلة في انخفاض مستويات التعزيز الإيجابي أو مستويات عالية من العقاب وبالتالي الانسحاب. ما يحدث غالباً للناس على أي حال، هو أنهم يستجيبون لهذه المشكلات الأولية بسلوكيات تجعلهم عالقين. عندما يتوقف الفرد عن الانخراط في الأنشطة التي كانت ممتعة في السابق، أو ينخرط في سلوكيات الهروب أو التجنب، أو يستجيب في الغالب للسلوكيات التي تجلب الراحة الفورية من الانزعاج على الرغم من العواقب السلبية المستقبلية، تصبح هذه الإجراءات مشكلات ثانوية في حد ذاتها. (Jacobson et al., 2001) من السهل الوقوع في دوامة مستمرة من الشعور بالإحباط، والابتعاد عن عالمنا وعمل القليل، ونتيجة لذلك الشعور بمزيد من الإحباط. وهكذا يستمر الاكتئاب لأن الناس يتجنبون المصادر المحتملة

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

للتعزيزات المضادة للاكتئاب في حياتهم لأن مثل هذا الاتصال يتعرضون له باعتباره تحديًا شديدًا أو تهديدًا على المدى القصير. يوفر هذا التجنب راحة قصيرة المدى ولكنه يحافظ على الاكتئاب على المدى الطويل، وذلك بسبب عدم تجربة المكافآت ولأن الضغوطات في الحياة تزداد سوءًا بمرور الوقت.

في وقت مبكر من العلاج، يقدم المعالج في التنشيط السلوكي تصورًا للاكتئاب للعملاء الذين يستخدمون المبدأ 2. سيكون لدى بعض العملاء تصورات مسبقة وأسئلة حول اكتئابهم بناءً على التفسيرات والمعلومات الأخرى التي سمعوها. قد يتذكر المعالجون أن مبادئ التنشيط السلوكي لا يفترض أن تحل محل النماذج الأخرى للاكتئاب، مثل النماذج المعرفية أو الشخصية أو البيولوجية. هناك دراسات بحثية سريرية قوية تدعم العلاجات القائمة على مثل هذه النماذج، Hollon, Thase, & Markowitz (2002) ومن الحكمة أن يتم إطلاع معالج التنشيط السلوكي على مثل هذه الأساليب لمناقشتها مع العملاء. قد لا تنطبق استراتيجيات القبول والمعالجة الخاصة بالتنشيط السلوكي على جميع العملاء، أو قد يرغب العميل في التفكير في خيارات أخرى.

غالبًا ما يكون العملاء فضوليين على وجه التحديد بشأن استخدام الأدوية. يعترف تصور التنشيط السلوكي للاكتئاب أن العوامل البيوكيميائية أو الوراثية العائلية قد يزيد من التعرض للاكتئاب وأن التغيرات البيولوجية هي مكون أساسي لظواهر الاكتئاب. في الوقت نفسه، هناك طرق متعددة لتقليل الاكتئاب وتقليل مخاطر نوبات الاكتئاب في المستقبل. على الرغم من تصور التنشيط السلوكي يستند بقوة على النموذج السلوكي، إلا أنه في الأساس أداة عيادية. حيث غالبًا ما نخبر العملاء أن الهدف من التنشيط السلوكي BA هو العثور على المكونات الدقيقة لـ "مضادات الاكتئاب السلوكية" التي ستؤثر على مزاجهم بنفس فعالية "مضادات الاكتئاب الصيدلانية". وفي هذا السياق بينت عدة دراسات حسب والتي وجدت أن درجة التنشيط السلوكي لا يعمل فقط مثل الأدوية ولكنها تتجنب الآثار الجانبية غير المواتية الشائعة للأدوية المضادة للاكتئاب. وعلى عكس الأدوية، تعلم درجة التنشيط السلوكي أيضًا المهارات التي قد توفر حماية دائمة من الاكتئاب. (Martell et Al, 2010)

قد يشعر العملاء الآخرون بالفضول بشأن أوجه التشابه والاختلاف بين BA التنشيط السلوكي والعلاج المعرفي. نوضح للعملاء عمومًا أن النهجين يشتركان في هيكل مماثل ولكن يجب التأكيد على أن الطرق مختلفة لتغيير الاكتئاب. قدم أحد الممارسين ذات مرة شرحًا تفصيليًا لهذه الاختلافات إلى المفحوص، الذي رد على الفور، "إذن، هل تقول إن المعالجين المعرفيين يعتقدون أن الرأس يعلم اليدين،

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

بينما يفترض نهج التنشيط السلوكي BA أن اليدين تعلم الرأس؟ " كنا نظن أن هذا كان تلخيصًا مثاليًا للاختلافات الأساسية بين النهجين، وغالبًا ما نشاركه مع العملاء الآخرين الذين يطرحون أسئلة حول العلاج المعرفي،

(Martell et Al,2010)

- **المبدأ الثالث: تكمن القرائن لمعرفة ما سيكون مضافًا للاكتئاب لعميل معين في ما يسبق ويتبع السلوكيات المهمة للعميل**

غالبًا ما يبدأ العملاء العلاج وهم يشعرون بالإحباط واليأس حول احتمالية التخلص من اكتئابهم. العمل من المعالج التنشيط السلوكي هو إشراك العميل في دراسة دقيقة ومفصلة فحص السلوكيات المرتبطة بالاكتئاب وماذا يحدث قبل وبعد حدوث مثل هذه السلوكيات. يمكن العثور على طريق الخروج من الاكتئاب في هذه الفحوصات. مثال على حالة اليسيا التي تكلم عنها بعد أن فقدت اليسيا الوظيفة التي كانت تتمتع بها سابقًا، بدأت تشعر بخيبة الأمل في مجالات أخرى من حياتها. كان لدى اليسيا كلب صغير كان لفترة طويلة مركز الاهتمام في المنزل. كانت معتادة على اصطحاب كلبها في نزهة في الصباح الباكر قبل العمل وبعد الظهر. خلال فترة عطلتها، اصطحبت الكلب إلى الحديقة في وقت لاحق من الصباح ورأت معظم الأمهات مع أطفالهن في الحديقة حيث كانت تمشي. (Martell et Al,2010)

شعرت بالوحدة وبعيدًا عن المكان، ولأنها كانت تواجه صعوبة في الاستيقاظ مبكرًا في الصباح، توقفت عن المشي مع الكلب تمامًا بدلاً من استئناف المشي في الصباح الباكر. تمكنت من الذهاب في وقت مبكر صباح أحد الأيام وشعرت بموجة من القلق عندما رأت أشخاصًا يركضون وفكرت فيهم على أنهم موظفون بأجر يحصلون على الركض قبل الذهاب إلى العمل. شعرت أيضًا بالإرهاق والغربة لأنها لم تنم جيدًا. شعرت بالضيق مع كلبها وقطعت المشي بعد أن سحب الكلب الصدارة مرة واحدة عدة مرات. قررت عدم المشي في ذلك الصباح الباكر مرة أخرى. لقد توقفت عن الانخراط في سلوك كان مجزيًا لها في السابق. (Martell et Al,2010)

اكتسبت اليسيا أيضًا حوالي 15 كلوغرامات وشعرت بفقدان الشكل. كانت تفكر في أخذ الكلب في نزهة على الأقدام ثم تتحدث بنفسها عن الذهاب. أمضت الكثير من وقتها في إلهاء نفسها بألعاب الكمبيوتر أو القراءة رغم أنها كانت تعلم أنها بحاجة إلى العثور على عمل. عندما تولت الوظيفة المؤقتة منخفضة الأجر وانتقلت إلى شقة صغيرة، لم تشعر فقط بالذنب حيال إبقاء كلبها محبوسًا، ولكن ذنبها

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

ساهم أيضًا في تجنب صديقاتها. افترضت أنهم سيحكمون عليها لاهتمامها الشديد بكلبها، وهذا الشعور زاد من صعوبة الاتصال بهم. لقد كانت صريحة للغاية في الماضي حول الأشخاص الذين يحتاجون إلى منح كلابهم الكثير من التمارين، وكانت الآن تفعل الشيء نفسه الذي حكمت عليه بقسوة على الآخرين. أدى اكتئابها وتجنبها إلى أن تصبح معزولة بشكل متزايد، وتزداد صعوبة في تناول الطعام، في الواقع، لقد بدأت تشعر بقلق شديد خلال الساعات الأولى من الصباح التي بقت فيها مستيقظة لمدة ساعة على الأقل مع موجات من الغثيان. كانت ترقد في السرير خشية أن تنتهي أفضل مراحل حياتها وأنها لن تعرف النجاح مرة أخرى. كان لأحداث حياتها المتمثلة في فقدان وظيفتها والانتقال إلى منطقة صغيرة منفصلة تأثير سلبي على أليسيا، حيث كانت حياتها أقل إفادة. كان هناك عدد من الدلائل المهمة للسلوكيات المحتملة المضادة للاكتئاب والاكتئاب في الأنماط التي أعقبت هذه الأحداث الكبيرة في الحياة.

كان عدم تمشية كلبها سابقًا على الاجترار والشعور بالذنب، وبالتالي تجنبت أليسيا الأصدقاء. كانت العزلة سابقة للشعور بالضيق والقلق، مما جعلها يقظة الليالي. ثم بقيت في الفراش لاحقًا أو ألهمت نفسها بألعاب الكمبيوتر. أدى تمشية كلبها عندما كانت متعبة إلى غضبها من الكلب، وهذا بدوره جعلها تشعر بالذنب وأقل احتمالية لتمشيت الكلب أو حتى الاتصال بالأصدقاء. اقترحت هذه الدورة أن معالجة سلوك تجنب الأصدقاء، ولعب ألعاب الكمبيوتر بحذر بدلاً من مواجهة المواقف التي جعلتها تشعر بالقلق، وتمشية كلبها كلها سلوكيات مهمة يمكن أن تكون مضادة للاكتئاب حيث تم توجيهها من خلال خطة لتغيير السلوك. يستخدم المعالجون في تنشيط السلوك، مخططات مراقبة النشاط لفهم سلوك العملاء والصلات بين سلوكياتهم وحالاتهم المزاجية. (Martell et Al, 2010)

- المبدأ الرابع: تنظيم وجدولة الأنشطة التي تتبع خطة وليس حالة مزاجية

يعمل التصرف من الداخل إلى الخارج بشكل جيد في العديد من المواقف، ولكنه ليس إستراتيجية فعالة عندما يصاب المرء بالاكتئاب. بالنسبة للكثير من الناس، فإن الشعور الأساسي عند الاكتئاب هو الشعور بعدم الرغبة في فعل أي شيء على الإطلاق. وفي هذا الصدد يقول (Martell et Al, 2010) عندما سألنا أحد عملاء التنشيط السلوكي عما كان مهتمًا به مؤخرًا، قال بوضوح، "الشيء الوحيد الذي أريد فعله عندما أشعر بالاكتئاب هو ألا أفعل!" تكمن المشكلة في أن التقليل من العمل عند الاكتئاب يترك الشخص راغبًا في القيام بما هو أقل. يمكن أن يصبح بسهولة حلقة مفرغة. بمرور الوقت، ليس فقط الدافع والطاقة منخفضين للغاية، ولكن أيضًا متطلبات الحياة تصبح أكثر إرهاقًا.

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

يشجع أخصائيو علاج التنشيط السلوكي، الناس على البدء في التصرف من "الجانب الخارجي إلى الداخل". نطلب من الناس تجربة التصرف وفقًا لهدف، بدلاً من التصرف وفقًا للمزاج. يمكن أن يؤدي الانخراط في الأنشطة التي كانت تجلب المتعة أو الشعور بالإنجاز أو التي تحل المشكلات في السابق إلى تحسين الحالة المزاجية وتقليل ضغوط الحياة بمرور الوقت. جزء أساسي من علاج التنشيط السلوكي BA هو البدء في التصرف، حتى عندما تكون الحالة المزاجية والدوافع منخفضة، بدلاً من انتظار تحسن الحالة المزاجية قبل الانخراط.

في جميع بروتوكولات علاج التنشيط السلوكي، يتم استخدام شكل من أشكال تنظيم النشاط والجدولة لدعم التمثيل من الخارج إلى الداخل. يمكن تحقيق هذه الاستراتيجيات من خلال إنشاء جداول مفصلة مع تقسيم المهام إلى مكونات وتعيينها في أوقات وأماكن محددة. يمكن أيضًا تحقيقها من خلال التركيز الواضح على نشاط أو نشاطين والحصول على التزام من العميل للمشاركة فيها في وقت محدد خلال الأسبوع. تنظيم النشاط وجدولته هو العمود الفقري لعلاج التنشيط السلوكي، وجميع الاستراتيجيات الأخرى تتحد حول هذه الأساسيات الهامة.

- المبدأ الخامس: سيكون التغيير أسهل عند البدء بالتدريج.

يمكن لكل من العملاء والمعالجين أن يتوقعوا الكثير وبسرعة كبيرة، غير أن التغيير صعب لكثير من الناس، حتى في أفضل الحالات المزاجية وفي أفضل الأوقات. عندما يصاب المرء بالاكنتاب، خاصة إذا كانت هناك مشاعر مرتبطة باليأس، فإن تغيير سلوك المرء يمكن أن يكون صراعًا هائلًا. إذ يتوقع العديد من العملاء احتمالية التغيير الساحقة؛ يشعر الآخرون بالإحباط إذا لم تكتمل التغييرات بنسبة 100% تمامًا كما يحدده المعالجون المعرفيون تفكير "الكل أو لا شيء"، نرى أيضًا سلوك "الكل أو لا شيء". في بعض الأحيان، يتكلم العملاء ويوبخون أنفسهم لفشلهم في "فقط افعل ذلك!" يعتمد علاج التنشيط السلوكي على مساعدة العملاء في إجراء تغييرات من خلال اتباع نهج تدريجي. تتمثل إحدى وظائف معالج التنشيط السلوكي BA الفعال في تقسيم أي سلوك إلى عناصره الصغيرة للغاية، أو سلوكيات المكونات. في المقابل، هناك مأزق محتمل للمعالج بأن يفشل في ملاحظة ما إذا كان عملاؤه يتعاملون كثيرًا، وفي وقت مبكر جدًا، مما قد يكون مهيبًا لمزيد من الإحباط واليأس. (Martell et Al, 2010)

في الواقع، يكمن جزء من فن علاج التنشيط السلوكي في العثور على المكان المناسب تمامًا للتشجيع والمكان المناسب للتراجع. على سبيل المثال، ناقش أحد الأطباء، الذي كان عداءً للماراثون قبل أن

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

يصاب بالاكْتئاب، نيته في ممارسة الرياضة وتوقعه أن هذا من شأنه أن يحسن مزاجه. المعالج دعم هذه الخطة بشكل كامل. عندما بدأ العميل في الحديث عن البدء بـ 45 دقيقة من الجري لبضعة أيام في الأسبوع، إلا أن المعالج قام بملاحظة تحذير. حيث يعمل المعالج والعميل معًا على تقسيم هذا الهدف الطموح إلى مكوناته، مع التركيز على ما يمكن أن ينطلق به العميل في البداية بشكل فعال دون زيادة مخاطر اليأس والإحباط من دون قصد. فقرروا أنه قبل الجلسة التالية سيبدأ بشراء زوج من الأحذية الرياضية والسرارييل القصيرة. بهذه الطريقة، يجب تقسيم المهام إلى الأجزاء المكونة لها ومعالجة كل جزء بنجاح قبل الانتقال إلى المرحلة التالية.

- المبدأ السادس: التأكيد على الأنشطة التي تعزز بشكل طبيعي

الهدف النهائي لتعديل السلوكيات في التنشيط السلوكي هو مساعدة العملاء على الانخراط في الحياة بطريقة تزيد من احتمالية تعزيز السلوكيات المضادة للضغط بشكل طبيعي من قبل العالم من حولهم. غالبًا ما يناقش علماء السلوك الاختلافات بين ما يسمونه التعزيز "الطبيعي" مقابل التعزيز "الاعتباطي". في التنشيط السلوكي، ينصب التركيز على تعظيم فرص التعزيز الطبيعي للسلوك غير المكتئب، ولكن يتم استخدام المعززات الاعتباطية في بعض الأحيان أيضًا. على سبيل المثال، أثناء العلاج، يبدأ العميل الذي تجنب الاتصال الاجتماعي أثناء الاكتئاب بممارسة إعادة إشراك زملائه في المحادثة. عندما يبتسم زميل في العمل ويعبر عن اهتمامه بتواصل العميل، يواصل العميل المحادثة. بهذه الطريقة، يتلقى العميل تعزيزًا طبيعيًا من بيئته. تعتبر سلوكيات زميل العمل معززات طبيعية بقدر ما تتبع سلوك العميل بشكل طبيعي. على النقيض من ذلك، فإن إعطاء المرء الكراميل بعد إكمال ساعة من الأعمال المنزلية يعد معززًا اعتباطيًا، لأن مثل هذا التعزيز لا يتم توقيعه بشكل طبيعي على المكافأة البيئية الفورية (على عكس المنزل النظيف والشعور بالإنجاز اللذين يمثلان مكافآت طبيعية محتملة في مثل هذه الحالة).

(Martell et Al,2010)

ومع ذلك، في بعض الأحيان، من المهم أيضًا أن يتعلم عملاء التنشيط السلوكي تعزيز أنفسهم لسلوكهم أثناء تحقيقهم لأهداف قصيرة المدى، نظرًا لأنه لا يتم تعزيز جميع السلوكيات على الفور وليست جميع البيئات خيرة. في كثير من الأحيان، في الواقع، عندما يبدأ العملاء في التنشيط، تعاقبهم البيئة.

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

على سبيل المثال، قد تُقابل محاولات العميل الأولية لإشراك زملائه في العمل بالرفض، بالنظر إلى أسلوب العميل الذي تم سحبه سابقاً. في مثل هذه الحالات، سيحتاج العميل إلى تعزيز نفسه أو نفسها لاتخاذ الإجراءات على الرغم من العواقب السلبية المباشرة. (Martell et Al,2010)

النظام الغذائي هو سلوك يمكن من خلاله مواجهة الأنشطة الأولية مع عواقب وخيمة. في بعض الأحيان، يمر المرء بتغيير طفيف فقط بعد أسبوع من الاهتمام الدقيق بتناول الطعام الصحي، ويحتاج الشخص في هذه الحالة إلى إيجاد شيء آخر غير الأرقام الموجودة على الميزان لتعزيز سلوك النظام الغذائي وبالتالي الحفاظ عليه. يمكن للشخص أن يفعل شيئاً مثل وضع 20 دولاراً في وعاء كل أسبوع على النظام الغذائي لتوفير لشراء قطعة ملابس خاصة. إن مواكبة النظام الغذائي ستؤدي ثمارها في النهاية في إنقاص الوزن، لكن الشخص الذي يتبع نظاماً غذائياً قد يحتاج إلى استخدام التعزيز الذاتي التعسفي على طول الطريق. وبالمثل، قد يعاني العميل المكتئب الذي كان عاطلاً عن العمل لعدة أشهر من الضيق عند بدء البحث عبر الإنترنت عن وظائف شاغرة وإرسال السير الذاتية. قد يستفيد مثل هذا العميل من مكافأة نفسه أو نفسها من خلال إتاحة وقت متساوٍ في مشاهدة برنامج تلفزيوني مفضل بعد قضاء فترة زمنية محددة في العمل على البحث عن وظيفة. (Martell et Al,2010)

كانت إجراءات التعزيز الذاتي الاعتبارية جزءاً مهماً من بعض علاجات الاكتئاب ومن الواضح أنها مستخدمة أيضاً في التنشيط السلوكي. ومع ذلك، فإن تركيز المعالجين في التنشيط السلوكي BA ينصب على مساعدة العملاء على التواصل مع المعززات الطبيعية في البيئة. تتمثل ميزة المكافآت الطبيعية على التعزيز الاعتباري في أن المعززات الطبيعية تتبع السلوك تلقائياً ولا تحتاج إلى تليفيقها؛ لذلك، من المرجح أن يستمر السلوك خلال الروتين الطبيعي للشخص. (Sulzer-Azaroff & Mayer, 1991)

- المبدأ السابع: العمل كمدرّب

استعارة المدرب تساعد في إرشاد المعالج التنشيط السلوكي. حيث يساعد المدربون أعضاء الفريق على التخطيط للاستراتيجيات وتقديم الاقتراحات وإعطاء التوجيهات والحفاظ على الروح المعنوية — لكنهم لا يتدخلون في لعبة للفريق. تتمثل مهمة المعالج التنشيط السلوكي في أن يكون حلاً فعالاً للمشكلات وأن يشجع العملاء على اتخاذ إجراءات للتواصل مع المكافآت وحل المشكلات. من الصعب إجراء تغييرات عندما يكون الشخص مكتئباً، والمعالج لديه خبرة في مبادئ تغيير السلوك السلبية متأصلة في الاكتئاب والتي يمكن أن تصبح طريقة حياة لمن يعانون من الاكتئاب المزمن. يتضمن التدريب التشجيع، لأن

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

بعض الأشخاص المصابين بالاكتئاب قد يقللون من قدرتهم على التعامل مع العديد من مشاكل الحياة أو ينظرون إلى جميع المشكلات على أنها خارجة عن إرادتهم. (Brown & Seigel, 1988) يتضمن التدريب أيضًا المساعدة في توجيه عملية التغيير وتقديم الاقتراحات عند الضرورة. قد يرغب المعالجون المتعاطفون في حل المشكلة للعميل، لكن المعالج الجيد يحتفظ بموقف تدريب ويسمح للعملاء بأن يصبحوا أكثر ثقة في لعبتهم.

بالإضافة إلى كونه خبيرًا استراتيجيًا فعالاً ومشجعًا للعميل، فإن جزءًا من دور المعالج كمدرّب هو هيكلة العلاج على شكل جلسات حتى يظل العلاج على المسار الصحيح. تم تنظيم الجلسات لتعزيز الاستخدام الأكثر كفاءة لمدة 45 أو 50 دقيقة. يتم تعيين جدول أعمال في كل جلسة خلال أول 5 أو 10 دقائق. خلال الأسابيع الأولى من العلاج، قد يتحكم المعالج في جدول الأعمال أكثر من العميل لأنه من الضروري تقييم مشاكل العميل، وإجراء تحليل وظيفي، وتقديم تصور الحالة وخطة العلاج للعميل. كمدرّب فعال، سيكون معالج التنشيط السلوكي أيضًا في حالة تأهب لإيجاد طرق لتعزيز المشاركة النشطة للعميل حتى في وقت مبكر من العلاج، ويطلب تكرارًا من العميل لإضافة أي عناصر مهمة إلى جدول الأعمال. في جلسات العلاج اللاحقة، سيتحكم العميل في جدول الأعمال، بناءً على تجاربه الأسبوعية. يجب أن تتضمن كل جلسة مناقشة للواجب المنزلي للجلسة السابقة بالإضافة إلى تخصيص واجب منزلي جديد للجلسة التالية. (Martell et Al, 2010)

- المبدأ الثامن: التأكيد على نهج تجريبي لحل المشكلات، وأدرك أن جميع النتائج مفيدة.

إذا كان التنشيط والمشاركة أمرًا سهلاً، فإن العملاء سيفعلون ذلك بأنفسهم. لا يستطيع المعالج مساعدة العميل بمجرد قوله "اذهب لمشاهدة فيلم، ستشعر بتحسن". كم مرة سمع معظم المصابين بالاكتئاب هذا النوع من العبارات أو قالوا لأنفسهم نفس الشيء؟ يقترح التنشيط السلوكي BA أن العلاج الفعال هو عملية مستمرة لتطوير وتقييم وتجربة الحلول المحتملة. على هذا النحو، فإنه يتطلب نهجًا تجريبيًا مستمرًا لحل المشكلات من جانب المعالج. نحن نشجع النهج التجريبي الذي يركز على تجربة السلوك ومراقبة النتيجة. في التنشيط السلوكي، تعتمد التجارب على التحليلات الوظيفية للسلوك والفرضيات السابقة فيما يتعلق بالأنشطة المعززة المحتملة لكل عميل. (Martell et Al, 2010)

على سبيل المثال، قد يفترض المعالج أن العميل الذي كان قلقًا اجتماعيًا قبل أن يصاب بالاكتئاب ولكنه استمتع بالعمل على السيارات من المرجح أن يكافأ بالذهاب إلى معرض للسيارات العتيقة أو

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

إصلاح جزاة العشب بدلاً من الذهاب إلى حفلة. يجب اختبار هذا الافتراض، نظرًا لأنه من غير الممكن معرفة مسبقًا ما الذي سيعزز سلوكًا معينًا أو ما إذا كانت البيئة ستوفر التعزيز المناسب لأي فئة من السلوكيات. وبالطبع يفضل اختبار السلوكيات أكثر من مرة. مثلما يلزم إجراء التجارب المعملية ثم تكرار، كذلك التجارب في العلاج. يعمل المعالجون والعملاء في التنشيط السلوكي على تخطيط الأنشطة في مناسبات متعددة وتجربة مجموعة متنوعة من الأنشطة، وتقييم التأثير على مزاج العملاء أو إنتاجيتهم أو رضاهم عن حياتهم قبل تحديد ما إذا كان أي سلوك يستحق الاستمرار أم لا. (Martell et Al, 2010)

بينما يمكن أن يشعر العملاء بالتنشيط السلوكي بالإحباط عندما يخططون ويجربوا الأنشطة ولا يزالون لا يشعرون بالتحسن، فمن المهم أن يظل المعالجون إيجابيين ومتفائلين. نتعلم من نجاحاتنا وإخفاقاتنا. عندما يشتكي أحد العملاء من أن تجربة مهمة ما لم تساعد، فإن موقف حل المشكلات لدى معالج التنشيط السلوكي يشير إلى نهج مختلف. قد يقول المعالج: "الآن نحن نعرف شيئًا جديدًا. نحن نعلم أنه لا يوجد ضمان على الإطلاق بأن تغيير نشاط معين سيساعد، والآن يمكننا تخمين أن هذا النشاط المحدد الذي جربته لم ينجح. لذا، دعنا نناقش بعض البدائل للأسبوع المقبل". سيواصل المعالج بعد ذلك مناقشة ما حدث بالفعل. في بعض الحالات، قد يبلغ العميل أنه حاول فعلاً الانخراط ولكنه في الواقع قام فقط بمحاولة فاترة. في حالات أخرى، قد يبدو النشاط مفيداً ولكنه لم يكن فعالاً في النهاية في تغيير الحالة المزاجية. الاحتمال الآخر هو أن الظروف البيئية التي حدث فيها السلوك لم توفر التعزيز الكافي. على سبيل المثال، قد يكون العميل الذي لديه خطة للتحدث مع صديق لمدة 20 دقيقة قد اتصل بصديقه خلال وقت أصيب فيه الصديق بنزلة برد وكان مشغولاً. هناك شيء يمكن تعلمه من جميع سلوكيات العميل. إن موقف المعالج المتمثل في البقاء فضولياً بشأن كل ما يمكن تعلمه من هذه التجارب والحفاظ على موقف حل المشكلات، بدلاً من النجاح الفوري، هو المفتاح للحفاظ على المضي قدماً في العلاج يساعد العملاء على البقاء متفائلين بشأن إجراء تغييرات في حياتهم. (Martell et Al, 2010)

- المبدأ التاسع: لا نتحدث فقط، بل افعل

النشاط هو جوهر نهج التنشيط السلوكي. وبالتالي، فإن الواجب المنزلي مطلوب في كل جلسة. إنه جوهر كل استراتيجية علاجية؛ حتى الآن، بادئ ذي بدء، غالبًا ما ترتبط كلمة الواجب المنزلي بشيء مكروه، وبالتالي قد يكون من الأفضل الإشارة إليها باسم آخر - مثل "التعيين بين الجلسات" (Martell et al., 2001) يتطلب الواجب المنزلي من العملاء الانخراط في نشاط بين الجلسات. وبالنسبة للعملاء

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

المصابين بالاكتئاب، فإن هذا ليس بالأمر السهل في الغالب. قبل كل شيء، يجب تطوير الواجبات المنزلية بالتعاون مع العميل. هناك العديد من الإرشادات التي يمكن أن تساعد في تحقيق أقصى قدر من النجاح. عند إعداد واجبات منزلية مع العملاء، يجب أن تظل المهمة (المهام) واقعية. لا ينبغي أن يُتوقع من العملاء أيضًا الاعتماد ببساطة على قوة الإرادة للمشاركة في مهمة متفق عليها. يجب أن يأخذ المعالج وقتًا لمناقشة خطة التنفيذ مع العميل. كلما كانت الخطة أكثر تحديدًا وتفصيلًا، كان ذلك أفضل!

ما الذي سيحتاجه ليكون أكثر احتمالية للانخراط في المهمة؟ في مثال أليسيا التي تأخذ كلبها للتنزه، يجب أن تقرر الأوقات المحددة من اليوم التي تمشي فيها وتحدد طول المشي. يجب أن يكون طول وأوقات المشي معقولة، في ضوء جدولها الحالي. يجب عليها كتابة المسيرة المخططة على جدول النشاط أو في تقويم شخصي. ستحتاج أيضًا إلى التأكد من توفر أحذية مريحة للمشي وأن طوق الكلب في متناول اليد في أوقات المشي. وبالمثل، ستحتاج إلى ملابس مريحة (مناسبة لمجموعة متنوعة من الظروف الجوية) نظيفة وفي متناول اليد. يمكن أن يؤدي وجود التزام عام تجاه شخص آخر إلى زيادة احتمالية إكمال المهمة، يمكن لأليسيا أن تخبر صديقًا ببساطة أنها تخطط للمشي في صباح معين وتلتزم بالاتصال بالصديق عند اكتمال المسيرة، أو يمكنها تحديد موعد للمشي مع صديق، وزيادة الالتزام، وفي النهاية، إمكانية الانخراط في المهمة. (Martell et Al, 2010)

الخطأ الأساسي الذي يرتكبه المعالجون عند تعيين روابط نشطة بين الجلسات هو إهمال مراجعتها في الحالة التالية. قد يتم إطفاء الامتثال للواجب المنزلي إذا لم يتم مكافأته. إذا تم تعيينه، فإنه يحتاج إلى المراجعة. عندما يبلغ العميل عن فشل في إكمال المهمة، يحتاج المعالج والعميل إلى إجراء تحليل للمشاكل التي أدت إلى عدم إنجاز المهمة. إذا كان التقرير يشير إلى أن العميل كان ناجحًا، فهذا يوفر فرصة رائعة لمناقشة زيادة وتيرة أو كثافة النشاط خلال الأسبوع المقبل. (Martell et Al, 2010)

- المبدأ العاشر: استكشاف العوائق الممكنة والفعالية وإصلاحها التنشيط.

على الرغم من أنه سيكون إنجازًا رائعًا بالنسبة للمعالجين أن تكون لهم طريقة لتحفيز جميع العملاء، وتضمن أنهم سيكملون واجباتهم العلاجية المنزلية، ويشاركون بشكل كامل في العلاج، إلا أنه لم يتم اكتشاف بعد هذه الصيغة السحرية لكل فرد عميل. ويتطلب التنشيط السلوكي، مثل جميع العلاجات الأخرى، المثابرة والإبداع من جانب المعالج والعميل. من المبادئ الأساسية لتنشيط السلوكي أن تنشأ المشاكل وأن استكشاف العوائق الممكنة والفعالية التي تحول دون التنشيط أمر ضروري. يعزز المعالجون

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

النشاط من خلال توقع العوائق التي تحول دون إكمال نشاط العميل أو مهام المراقبة وعن طريق استكشاف الأخطاء وإصلاحها عند حدوث صعوبة لتقليل احتمالية استمرار نفس المشكلة في المستقبل.

(Martell et Al,2010)

13- بنية ودليل علاج التنشيط السلوكي:

يسترشد الهيكل الأساسي للتنشيط السلوكي بشكل أساسي، بالتركيز على التنشيط. يحدد المبدأ الأول والثاني لتنشيط السلوكي هذا التركيز. يلخص المبدأ الأول لتنشيط السلوكي نموذج التغيير أي الالتزام بالعمل بغض النظر عن شعور العملاء بالداخل وتوقع هذا الدافع، وليس العكس يعمل معالجي التنشيط السلوكي كمدرّبين للمساعدة في هذه الطريقة الصعبة للغاية للعمل من "الخارج إلى الداخل". ويساعدون في تفصيل الأنشطة لزيادة احتمالية قيام العميل، حتى مع وجود دافع منخفض للغاية، بتنفيذها. كما يتم مساعدة العملاء أيضًا على تطوير نظام في حياتهم اليومية من أجل زيادة احتمالية التصرف وفقًا لأهدافهم. (Martell et Al,2010)

يلخص المبدأ الثاني لتنشيط السلوكي في نموذج الاكتئاب، أن استراتيجيات التكيف قصيرة المدى تؤدي إلى إبقاء الناس عالقين بمرور الوقت. "يحدد هذا المبدأ هيكل معرفة ما يجب تقييمه واستهدافه في العلاج. أبرزت النماذج المبكرة للاكتئاب أنه عندما تكون حياة الناس منخفضة في التعزيز الإيجابي أو عالية في العقوبة، يكون الاكتئاب أكثر احتمالًا. كيف يحدث هذا؟ في ظل هذه الظروف، قد يتعلم الناس أن أفعالهم لا تؤدي إلى أي شيء يرغبونه، أو قد يتعلمون بدلاً من ذلك التركيز على كيفية الهروب أو تجنب بيئة عقابية. في الواقع، يتعلم الناس الانسحاب من الحياة والتوقف عن الانخراط. على الرغم من أن الانسحاب من الحياة بهذه الطريقة أمر طبيعي ومفهوم، إلا أنه يمكن أيضًا أن يبقى المرء عالقًا في حالة اكتئاب. كلما قل ما يفعله، قل ما يريده المرء؛ وكلما قل ذلك، زادت احتمالية تراكم المشكلات في حياة المرء وتتراكم. مع انخفاض الوصول إلى التعزيز الإيجابي وزيادة تجربة العقوبة، يمكن أن تتطور حلقة مفرغة من الاكتئاب. (Martell et Al,2010)

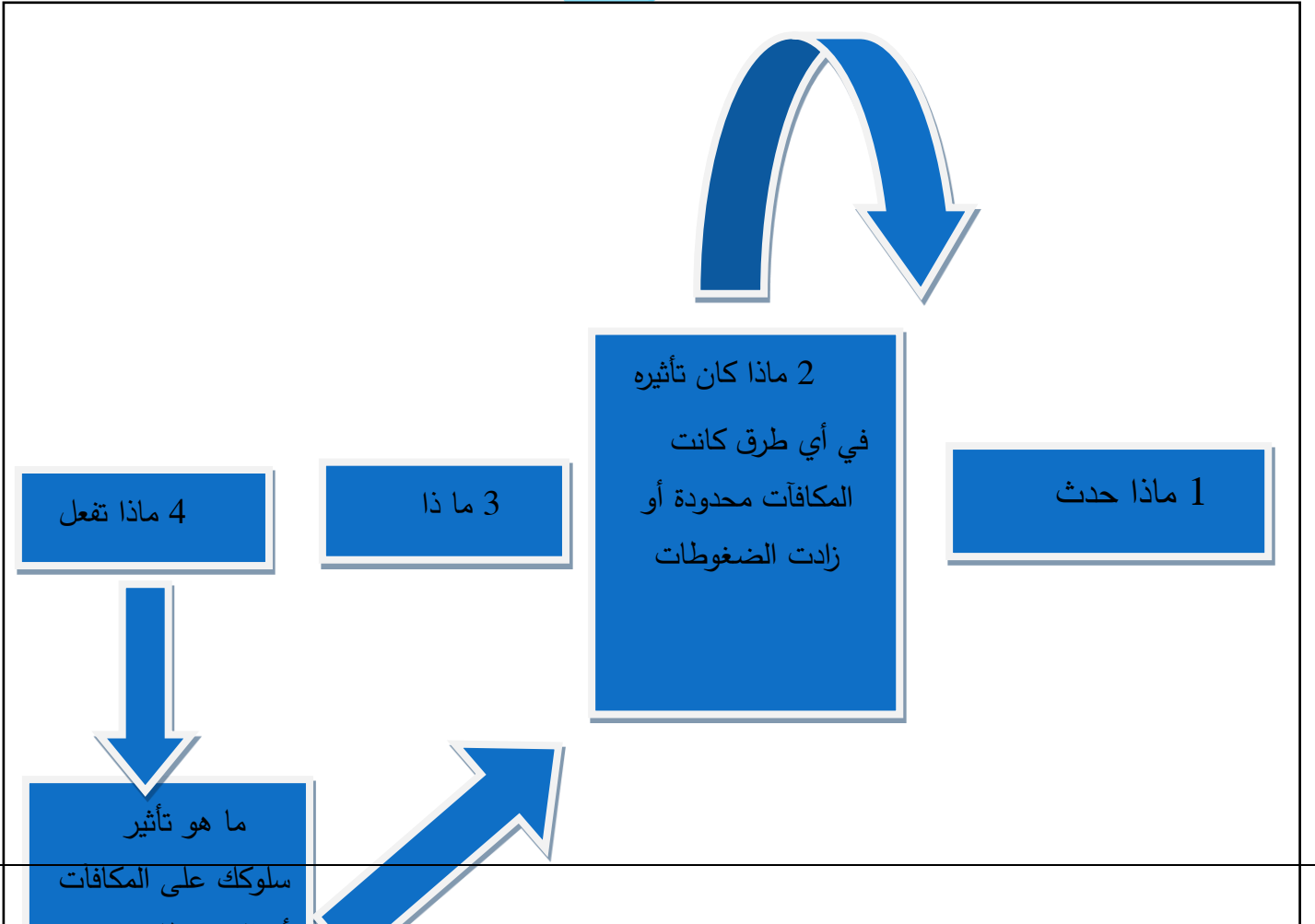
غالبًا ما نجد أنه من المفيد استخدام التصوير المرئي لنموذج التنشيط السلوكي للاكتئاب. يمكن لمثل هذه الرسوم البيانية أن تساعد المعالجين في تطوير تصور شامل للحالة. بالإضافة إلى ذلك، غالبًا ما تكون هذه الرسوم البيانية مفيدة في شرح النموذج الأساسي للعملاء. من المهم في استخدام مثل هذه المخططات (وفي شرح النموذج بشكل عام) أن نكون حريصين على حقيقة أن كل شخص لديه تاريخ حياة

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

فريد. على الرغم من أن مبادئ علاج التنشيط السلوكي تنطبق بشكل عام، إلا أن كل عميل لديه صيغة حالة فريدة في علاج التنشيط السلوكي. إن مساعدة العملاء على فهم كيفية تأثير الأحداث في حياتهم على تجربة الاكتئاب وآثاره يمكن أن تكون مفيدة جدًا وهي جزء أساسي من البدء في العلاج.

يقدم الشكل (2) مخططاً يمكن استخدامه لتطوير تصور حالة وشرح نموذج التنشيط السلوكي للاكتئاب لعملائهم. السؤال الأول الذي نطرحه هو "ما الذي حدث في سياق العميل والذي تسبب أو جعل من المحتمل ظروف الاكتئاب؟"

المبدأ الثالث، أن "القرائن التي سيتكون مضافًا للاكتئاب لعميل معين يكمن فيما يتخلى عنه مسبقًا وما يتبع السلوكيات المهمة للعميل، "هو المفتاح لفهم أنواع السلوكيات التي تم تعزيزها في الماضي وتلك التي لم يتم تعزيزها أو معاقبتهم. في كثير من الأحيان، يقوم العملاء بالإبلاغ عن الأحداث التي وقعت في حياتهم، مثل فقدان العلاقات أو الوظائف، والخسائر المالية أو الأعباء، والتغيرات مثل ولادة طفل، ورعاية الأقارب المسنين، وحتى المتاعب اليومية المستمرة. في بعض الأحيان، يسلط العملاء الضوء على العوامل البيولوجية، ونوضح أن العوامل البيولوجية والبيئية تلعب دورًا في فهم أحداث الحياة. على الرغم من أن هذه ليست الطريقة التي نفكر بها عمومًا حول "أحداث الحياة"، يمكن توسيع مفهوم الأحداث في التنشيط السلوكي ليشمل كل من الخبرة الخارجية والداخلية. (Martell et Al, 2010)





الشكل رقم 04: نموذج التنشيط السلوكي للاكتئاب (Martell et Al, 2010)

نقدم من خلال هذا الجدول أمثلة على بعض الأسئلة التي يتكرر طرحها على المعالجين في التنشيط السلوكي، لا يُقصد من الإجابات المقدمة أن تكون ردودًا شاملة، بل تهدف إلى النقاط جوهر نموذجي لاستجابة من المعالج التنشيط السلوكي.

جدول رقم 03 يمثل الأسئلة المتداولة وعينات الإجابات (Martell et Al, 2010)

- أليس الاكتئاب سببه اختلال التوازن الكيميائي في دماغي؟
- 12- الجواب: نحن نعلم أن بيولوجيتنا مرتبطة بالاكتئاب، ونعلم أيضًا أن تغيير سلوكنا يمكن أن يؤثر على كيمياء أجسامنا. الاكتئاب حالة معقدة لها أسباب متعددة. لحسن الحظ، يعد الاكتئاب أيضًا مشكلة قابلة للعلاج للغاية، وقد ثبت أن العديد من أنواع العلاج المختلفة تساعد
- ماذا عن الأدوية؟
- 13- الجواب: الأدوية المضادة للاكتئاب فعالة لكثير من الناس. لقد ثبت أيضًا أن نوع العلاج النفسي الذي أقدمه، وهو التنشيط السلوكي، علاج فعال للاكتئاب. بالإضافة إلى ذلك، تشير الأبحاث إلى أن تأثيرات BA يمكن أن تستمر بعد اكتمال العلاج؛ يخبرنا هذا أن فوائد ما يتعلمه

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

الناس في التنشيط السلوكي يمكن أن تساعدهم في منع الاكتئاب مرة أخرى في المستقبل، حتى بعد الانتهاء من العلاج.

- أليس هذا الأسلوب بسيطًا جدًا؟

14- الإجابة: الأفكار في هذا النهج واضحة ومباشرة، لكن وضعها موضع التنفيذ قد يكون صعبًا. هذا هو السبب في أن دوري هو أن أكون مدربًا لك في عملية التغيير. بينما نعمل معًا، يمكنني المساعدة في إرشادك خلال عملية اتخاذ خطوات للنشاط وحل المشكلات في حياتك والشعور بالتحسن. إنه نهج قوي، لكنني غالبًا ما أقول إنه لو كان الأمر بهذه البساطة، كنت ستفعله بالفعل

- يبدو عمل "التنشيط" هذا مستحيلًا. بالكاد أستطيع النهوض من السرير. يمكن هذا

حقًا أن يساعدني؟

15- الجواب : عندما تشعر بالاكتئاب قد يبدو مستحيلًا وأنت قد تتساءل عما إذا كان أي شيء يمكن أن ينجح. يسأل الكثير من الناس هذا السؤال بالذات، ويجد الكثير من الناس أن ما يبدو مستحيلًا في البداية يبدأ في التيسير حيث يصبحون أكثر نشاطًا وانخراطًا. هذا النهج عملي للغاية، وعملي هو المساعدة في معرفة كيفية جعله قابلاً للإدارة، وكيفية العثور على الأماكن والطرق لبدء التنشيط التي يمكن تنفيذها بالنسبة لك الآن، من المفيد أيضًا أن تتذكر أن هذا الأسلوب قد نجح مع العديد من الأشخاص المصابين بالاكتئاب. بعد كل ما قيل، لن أكون صريحًا إذا أخبرتك أنني أستطيع ضمان النجاح. أنا ملتزم بالعمل معك، والبدء من حيث أنت الآن والبناء من هناك. أعتقد أنه بينما نمضي قدمًا، سيبدو كل هذا أكثر جدوى بالنسبة لك. إذا كنت على استعداد، فيمكننا البدء ببعض الخطوات الصغيرة ومراقبة النتيجة ثم المضي قدمًا من هناك.

- أليس من المزيف أن أتصرف وكأنني لست مكتئبًا عندما أشعر بالاكتئاب؟

16- الجواب: كثيرًا ما يسأل الناس هذا السؤال. قد يبدو الأمر محرجًا، ولكن ليس من الوهم أو الصدق اختيار التصرف بطريقة أكثر تفاعلًا حتى عندما تشعر "بالإحباط". من خلال التصرف وكأنك لست مكتئبًا، يمكنك الانخراط في نفس السلوكيات التي يمكن أن تساعدك على الشعور بالتحسن وبناء حياة تدعم مزاجك ورفاهيتك.

- كيف يمكنني إضافة المزيد من الأنشطة وأنا مشغول جدًا بالفعل ولهذا السبب أشعر بالاكتئاب الشديد؟

17- الجواب: قد يكون هناك، في الواقع، أشياء كثيرة جدًا على طبقك. سوف نلقي نظرة على كيفية خدمتك كل هذه الأنشطة. أريد مساعدتك في حل المشكلات، وإنجاز المزيد من المهام، والانخراط

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

الكامل في الأنشطة، وعدم الشعور بالإرهاق.

14- هيكل كل جلسة من علاج التنشيط السلوكي:

يوجد هيكل عام لجميع جلسات العلاج التنشيط السلوكي. تتضمن عناصر الهيكل الأساسية مراجعة التقدم المحرز منذ آخر اتصال، ووضع جدول أعمال، والاهتمام بفهم العميل، والتماس التعليقات، واستخدام الواجبات المنزلية. بالإضافة إلى ذلك، يقوم المعالج بتكوين كل جلسة من خلال الحفاظ على التركيز على التنشيط. قد تختلف هذه العناصر في المدة من جلسة إلى أخرى، أو من عميل إلى آخر، أو من معالج إلى معالج. قد تختلف أيضًا في التفاصيل المخصصة لكل عنصر في أي جلسة معينة. على الرغم من هذه المرونة، ومع ذلك، فإن استخدام استراتيجيات الهيكل في كل جلسة يضمن بقاء كل من المعالج والعميل على المسار الصحيح لمساعدة العميل على تنشيط الحياة والمشاركة فيها. (Martell et Al, 2010)

كان من بين الأنشطة الأولى التي طلبها المعالج من أليسيا القيام بها في بداية الجلسة الثانية (وكل جلسة لاحقة) إكمال Beck Depression Inventory – II مقياس بيك للاكتئاب، منذ أن كان اكتئابها هو المحور الأساسي للعلاج، أثناء القيام بذلك، كان المعالج يتبع إحدى استراتيجيات الهيكل الرئيسية لتنشيط السلوكي؛ وهي مراجعة التقدم المحرز منذ آخر اتصال. يستخدم العديد من المعالجين الذين يعملون مع العملاء المكتئبين مقياس تقرير ذاتي مثل BDI-II لمراقبة التقدم أثناء العلاج. قد يطلب آخرون من العملاء الإبلاغ شفهيًا عن الحالة المزاجية المكتتبه أو الأعراض الرئيسية الأخرى على مقياس من 1 إلى 10 في بداية كل جلسة. مثل هذه الممارسات تمكن المعالج من قياس التقدم أو عدمه. قد يستخدم الأطباء أيضًا مقاييس لتقييم الاضطرابات المرضية المشتركة مثل مقاييس التقرير الذاتي للقلق - على سبيل المثال أو غيرها. (Martell et Al, 2010)

يعد استخدام الإجراءات الرسمية الأخرى طريقة لمراقبة أهداف العلاج الإضافية جنبًا إلى جنب مع مراقبة الحالة المزاجية للعميل والاكتئاب. توفر مجموعات عديدة من المقاييس الكمية للاكتئاب معلومات حول المقاييس القائمة على التجربة وكذلك الأشكال القابلة للتكرار التي يمكن أن تكون تستخدم لتنفيذ العديد من التدابير. يسمح ذلك بالعديد من العينات التي قد تساعد في فهم تفاصيل تحسين السلوك بشكل أفضل. ومع ذلك، يجب على المعالجين أن يوازنوا بين حاجتهم إلى مزيد من المعلومات والعبء الذي قد يضعه الكثير من الإجراءات على عاتق العميل.

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

بمرور الوقت، يمكن أن يكون الرسم البياني للنتائج من مقاييس التقرير الذاتي مفيداً لكل من المعالج والعميل. يمكن أن تظهر النتائج بالرسوم البيانية بمرور الوقت للمعالج والعميل عند حدوث تقلبات في الحالة المزاجية ويمكن أن تساعد في تنبيه المعالج فيما إذا كان العلاج يعمل أم لا. عندما يتحسن العملاء بشكل مطرد، يوفر الرسم البياني لنتائج الأهداف تمثيلاً مرئياً يبعث على الأمل لمكاسب العميل. وعندما لا يتحسن العملاء، على العكس من ذلك، فإن التقدم المحرز في كل جلسة يسلط الضوء على الحاجة إلى مراجعة التقييم و / أو تصور الحالة و / أو خطط التنشيط. (Martell et Al,2010)

لا يقلل استخدام المقاييس الموضوعية في كل جلسة من الحاجة للتحقق أيضاً من مجالات التقدم الأخرى في حياة العميل منذ الجلسة السابقة. قد يطلب المعالج من العميل تقديم تصنيف عام للحالة المزاجية خلال الأسبوع السابق أو الفترة الزمنية، وكذلك الاستفسار عن التفاصيل المتعلقة بمستوى النشاط. سيتم توفير بعض هذه المعلومات من خلال مراجعة الواجب المنزلي، ولكن نظام تسجيل الوصول في بداية كل جلسة مفيد لعدد من الأسباب. يظهر للعميل أن المعالج مهتم بحياته خارج ساعة العلاج. كما أنه يساعد في وضع جدول أعمال للجلسة عند ملاحظة التحسينات أو التدهور الملحوظ.

بمجرد مراجعة المعالج التنشيط السلوكي التقدم المحرز منذ آخر اتصال، يكون وضع جدول أعمال هو عادةً أول أمر في العمل. عادة ما يكون إعداد جدول الأعمال موجزاً ولكنه يكون أفضل عندما يكون جدول الأعمال مفصلاً إلى حد ما، بما في ذلك تحديد الأولويات ومقدار الوقت الذي تقضيه في كل عنصر. الأهم في وضع جداول الأعمال هو التأكد من تشجيع العميل على اقتراح مواضيع ذات أهمية له وأن المعالج قد وضع في الاعتبار الموضوعات التي تحافظ على التركيز على التنشيط من أجل مساعدة العميل على تحقيق أهدافه. وبالتالي، مثل معظم العلاجات المعرفية والسلوكية، فإن إعداد جدول الأعمال هو عملية جماعية تتضمن تشجيع العميل على المساهمة في بنود جدول الأعمال ، وتحديد الأولويات ، والتفاوض بشأن التغييرات التي قد تحدث أثناء راحة الجلسة. إذا انحرفت الجلسة بعد ذلك عن جدول الأعمال المتفق عليه، فيجب على المعالج التحقق من العميل للتأكد من أن تلك الدورة التدريبية مقبولة وأن كلا من المعالج والعميل يتفقان على أن الالتفاف يخدم أهداف العميل وأولوياته. (Martell et Al,2010)

هناك عنصر أساسي آخر للطريقة التي يتعامل بها المعالج التنشيط السلوكي مع كل جلسة، وهو استخدام التوجيه وكذلك الحصول على التغذية الراجعة. يساعد التوجيه على "إزالة الغموض من العلاج"،

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

كما تقول Marsha Linehan يعطي العملاء الأساس المنطقي للإجراءات التي سيتم استخدامها. يساعد طلب التعليقات على ضمان فهم العملاء لمثل هذه الإجراءات.

تم تصميم كل جلسة من دورات التنشيط السلوكي للاستخدام المكثف للواجبات المنزلية. وبالتالي، في كل جلسة، سيقوم المعالج التنشيط السلوكي بمراجعة الواجب المنزلي المحدد في الجلسة السابقة وتعيين مهام جديدة للعميل للمشاركة قبل الجلسة التالية. القاعدة الأساسية لأي علاج سلوكي أو معرفي سلوكي هو أنه يجب مراجعة أي واجب منزلي معين خلال الجلسة التالية. يساعد الواجب المنزلي على إعادة إشراك العميل في الحياة ويعزز تجربة التنشيط السلوكي كعلاج عملي المنحى. أنواع مختلفة من الواجبات المنزلية تشمل الملاحظات:

-مراقبة النشاط والمزاج حيث إنه جزء أساسي من التنشيط السلوكي، مهام المراقبة هي مهام قياسية في الجلسات المبكرة ويمكن استخدامها في جلسات لاحقة في شكل معدل.

-جدولة النشاط. ويشكل الجزء الأكبر من العمل المنجز في التنشيط السلوكي

- تنظيم النشاط / تصنيف المهام. غالبًا ما يكون من المفيد تقسيم المهام الكبيرة في الحياة إلى أجزاء يمكن التحكم فيها، وهذا ينطبق بشكل خاص على الأشخاص المصابين بالاكتئاب. خلال نوبات الاكتئاب، قد تكون المهام التي تبدو بسيطة صعبة للغاية. لذلك، يتطلب الأمر قدرًا كبيرًا من المهارة لتقسيم المهام التي تبدو صغيرة إلى وحدات أصغر.

-تمارين الانتباه إلى الخبرة. يتم تعيين هذه الأنواع من الأنشطة عندما يقضي العملاء وقتًا طويلاً في اجترار الأفكار. الاجترار هو سلوك خاص يتعارض غالبًا مع المشاركة الكاملة في الأنشطة.

-الحفاظ على تركيز التنشيط. العنصر الأخير من الهيكل الذي يستخدمه معالج التنشيط السلوكي BA هو الحفاظ على تركيز التنشيط طوال كل جلسة. إن تركيز الجلسات على النشاط يعني إعادة جميع المناقشات إلى ما قد يفعله العميل والذي من شأنه تحسين وضع حياته أو مزاجه. وبالتالي، فإن المعالج كثيرًا ما يعيد توجيه المحادثة إلى هنا والآن وإلى مناقشة خطة عمل محتملة، مع إبقاء السؤال في مقدمة عقله، ماذا يمكن للعميل أن يفعل؟ (Martell et Al, 2010)

15- أسلوب المعالج:

يعتبر التنشيط السلوكي علاج عملي المنحى، والأسلوب الذي يبني به المعالج العلاج ويعزز النشاط أمر بالغ الأهمية. في هذا القسم، لهذا سنتناول في هذا العنوان أسلوب المعالج (تم تلخيصه في

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

الجدول (:) بما في ذلك التحقق من الصحة والتعاون والموقف غير التحكيمي والود والحقيقة والعمل على تعزيز التقارير أو الأمثلة على السلوك التكيفي في الجلسة. تتوافق العديد من هذه الاستراتيجيات الأسلوبية مع العلاجات النفسية الأخرى ولا تمثل بالضرورة عناصر فريدة في التنشيط السلوكي. ومع ذلك، فإن هذا التدخل يجعلها لا تقل أهمية في التنشيط السلوكي. تلعب الطرق التي يتفاعل بها المعالج مع العميل حول عملية التغيير دوراً أساسياً في نهج هذا العلاج. (Martell et Al, 2010)

الجدول رقم 04 يمثل أسلوب و مواقف المعالج في التنشيط السلوكي

أسلوب ومواقف معالج التنشيط السلوكي
- حافظ على هيكل الجلسة.
- البقاء عملي المنحى.
- التحقق من صحة تجارب العملاء.
- العمل بشكل تعاوني مع العملاء.
- عدم إصدار الأحكام
- التعبير عن الدفء والصدق مع العملاء
- تعزيز التقارير أو الأمثلة على السلوك التكيفي

- المصادقة :

التحقق من صحة العميل يعني إظهار فهم التجربة العميل. تمت كتابة في ما يخص المصادقة على نطاق واسع في أدبيات العلاج السلوكي (على سبيل المثال ، Linehan ، 1993) ويلعب دوراً مهماً في التنشيط السلوكي، إنه يتطلب جميع مهارات الاستماع الأساسية التي تمت مناقشتها على نطاق واسع في الكتابات حول الممارسة السريرية. أن تكون ماهراً في "قراءة" العملاء هو أحد المكونات الأساسية لعلاج التنشيط السلوكي. قد يستخدم المعالجون في التنشيط السلوكي مهارات إعادة الصياغة أو عكس ما قاله العملاء.

في كثير من الأحيان، تعد الاستجابة الدقيقة لاتصالات العملاء اللفظية وغير اللفظية جزءاً مهماً من المصادقة. على سبيل المثال، أثناء الحديث عن نشاط اجتماعي شاركت فيه أليسيا، حولت نظرها من المعالج إلى قدميها. بعد أن استمر هذا لمدة دقيقتين، سأل المعالج، **ألاحظ أنك لا تنظري إلي عندما**

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

نتحدث عن عشاءك مع ميج - هل تغير شيء ما بالنسبة لك أثناء حديثنا؟ بدأت أليسيا في البكاء وقالت: "حسنًا ، لقد قضيت وقتًا عصيبًا مع خطيبي ، على الرغم من أننا ذهبنا لتناول العشاء وقلت إنه منحني شعورًا بالإنجاز، إلا أنني شعرت بغيرة شديدة من بعض الأشياء الجيدة التي حدثت لها ، وأشعر أنني حمقاء لشعوري بهذه الطريقة ". لو لم يكن المعالج منتبهًا للتغيير الخفي في سلوك العميل، فربما ناقش ببساطة النشاط باعتباره نشاطًا جلب إحساسًا بالإنجاز إلى أليسيا ولكن ليس باعتباره نشاطًا وُلد أيضًا مشاعر الغيرة والذنب لديها. (Martell et Al,2010)

- التعاون

أهمية التعاون في التنشيط السلوكي يتخلل العلاج. كل ما يفعله المعالج في هذا العلاج، من تقديم النموذج لرصد سلوك العميل وتطوير استراتيجيات التنشيط، يتم بطريقة تعاونية مع العميل. يشجع المعالجون التعاونيون عملائهم على القيام بدور نشط أثناء الجلسات ومشاركة المسؤولية معهم للسماح لهم بالعمل معًا "كفريق". على سبيل المثال، في كل جلسة يبدأ المعالجون بالتسجيل التعاوني لمدخلات العميل في وضع جدول أعمال الجلسة وإنهاء الجلسة من خلال الاتفاق التعاوني على الواجب المنزلي المناسب.

يتضمن نقيض التعاون في التنشيط السلوكي احتكار المعالج للجلسة، أو فرض جدول أعمال، أو، على الجانب الآخر المعالج هو الخبير في العلاج التنشيطي، بينما يكون العميل هو الخبير في تجربته الخاصة. لا يسمح المعالج غير المتعاون بهذا الموقف. قد يفشل المعالجون غير القادرين على افتراض موقف تعاوني أيضًا في الانفتاح على تأثير العميل في المنعطفات المهمة أثناء الجلسة. في المقابل، يستجيب المعالجون التعاونيون لسلوك العميل ويعيدون جداول الأعمال والتدخلات حسب الاقتضاء.

- الموقف غير القضائي

قد يكون العمل مع العملاء المكتئبين أمرًا صعبًا، خاصةً عندما لا ينخرط العملاء في سلوكيات مخططة أو يبلغون عن تغيير طفيف في الحالة المزاجية. على سبيل المثال، يأتي العميل للجلسة السادسة بعد أن تعهد مسبقًا بالاستحمام كل يوم. لقد عمل المعالج والعميل بجهد خلال الجلسة السابقة لتصميم هذه الخطة بعناية وبشكل خاص وأنهوا الجلسة وشعروا بالتشجيع لأنهم قد طوروا خطة عمل قابلة للتطبيق. ومع ذلك، في هذه الجلسة، يخبر العميل المعالج أنه قد مر أسبوعًا صعبًا

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

ولم يستحم أو يغادر المنزل منذ الجلسة الأخيرة. في هذه الأوقات، قد يكون من السهل إلقاء اللوم على العملاء بسبب عدم إحراز تقدم أو التعبير عن الإحباط معهم لعدم إجراء التغييرات بسرعة أو سهولة أكبر. في علاج التنشيط السلوكي، تطلب مثل هذه المواقف بدلاً من ذلك من المعالج الرد بطريقة لا تحملاً أحكاماً مسبقة، دون المبالغة في رد الفعل أو التقليل من سلوك العميل. يقلل عدم إصدار الأحكام من احتمالية أن يُنظر إليه على أنه يعامل العملاء بطريقة عدائية أو مهينة أو انتقادية. بدلاً من ذلك، يركز المعالج على فهم العوائق التي تحول دون التغيير والعمل بشكل تعاوني مع العميل لتطوير خطط عمل أكثر فعالية. (Martell et Al, 2010)

- الدفء و الصدق

يتمثل جزء أساسي من ممارسة علاج التنشيط السلوكي يعتبر التعبير عن الدفء تجاه العملاء جزءاً أساسياً من ممارسة التنشيط السلوكي. يجد معظم المعالجين أنه من السهل تجربة الشعور بالدفء والقلق الحقيقي في العلاقة مع عملائهم. يساعد التركيز على الصدق في تذكير المعالجين بأنهم يستطيعون توصيل مثل هذه المشاعر بطرق تتفق مع أنماطهم العامة؛ يمكنهم ببساطة أن يكونوا أنفسهم مع العملاء. من ناحية أخرى، يمكن للمعالجين الذين لا يتواصلون مع عملائهم على مستوى التعاطف أن يبدووا باردين وغير مهتمين. مثلاً نضع في اعتبارنا تفاعل يخبر فيه العميل المعالج عن خسارة صعبة للغاية. في المقام الأول، المعالج ليس متعاطفاً؛ في الثانية، يستخدم المعالج استجابة تعاطفيه قسرية وزائفة؛ وفي المثال الثالث، يكون المعالج دافئاً وحقيقياً.

مثال 1

العميل: حسناً، منذ حوالي 5 أشهر فقط ، قُتل أعز أصدقائي في حادث سيارة في طريقها إلى العمل. لقد اكتشفت أنها كانت هي من خلال التعرف على سيارتها في الأخبار لأنني كنت مريضاً في المنزل في ذلك اليوم.

المعالج: كان ذلك صدمة جداً لأنك شاهدته على شاشة التلفزيون.

العميل: أعتقد. لقد كان مدمراً. اتصلت بهاتف صديقتي الخلوي على الفور، وأجاب ضابط شرطة وأخبرني بوقوع حادث وسألني عما إذا كنت أعرف كيفية الاتصال بأسرتها.

المعالج: آه.

العميل: أنا فقط أفكر في الدقائق الأخيرة لها. كيف يجب أن تكون خائفة.

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

المعالج: يبدو أنك تعذب نفسك بهذه الأفكار المتكررة. في علاج التنشيط السلوكي سنعمل على كيفية العثور على بعض البدائل للتفكير في الأشياء التي تجعلك مستاءً للغاية.

مثال 2

العميل: حسنًا، منذ حوالي 5 أشهر فقط، قُتلت أفضل صديق لي في حادث سيارة وهي في طريقها إلى العمل. لقد اكتشفت أنها كانت هي من خلال التعرف على سيارتها في الأخبار لأنني كنت مريضًا في المنزل في ذلك اليوم.

المعالج: آه. أسمع الحزن في صوتك. لا بد أنه كان صعبًا جدًا عليك.
العميل: كان الأمر صعبًا جدًا. لا يزال. أفكر بها طول الوقت. ما زلت أفكر في الدقائق الأخيرة لها.
المعالج: أتخيل أنه من الصعب أن تمر بهذا.

مثال 3

العميل: حسنًا، منذ حوالي 5 أشهر فقط، قُتلت أفضل صديق لي في حادث سيارة وهي في طريقها إلى العمل. لقد اكتشفت أنها كانت هي من خلال التعرف على سيارتها في الأخبار لأنني كنت مريضًا في المنزل في ذلك اليوم.

المعالج: يا للعجب، إنه لأمر مروّع أن يتم قتل صديق فجأة، لكن يا لها من طريقة مروعة لمعرفة ذلك.

العميل: نعم، كان الأمر كما رأيته تقريبًا. اتصلت بهاتفها الخليوي على الفور، لكن شرطي أجاب وأخبرني بما حدث.

المعالج: كيف تمكنت من التعامل مع هذه المعلومات؟

العميل: حسنًا، أعتقد أنني انهارت. سألوني إذا كنت أعرف كيفية الاتصال بأسرتها. كنت أعرف اسم والدتها واشتبهت في أنه في هاتفها الخليوي.

المعالج: هل كنت وحدك خلال هذا الوقت؟

العميل: نعم، لقد كنت لوحدي فقط. لم أفكر في الاتصال بأي شخص. الشرطة كانت مشغولة بالحادث، على ما أعتقد، ولم تتح لهم فرصة المرور عبر هاتفها الخليوي. لم أستطع حتى التفكير في اسم والدتها، رغم أنني كنت أعرف ذلك.

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

المعالج: لا أستطيع أن أتخيل أن أي شخص كان سيسرع في التفكير في تلك التفاصيل في ظل هذه الصدمة.

العميل: ما زلت أفكر في الدقائق الأخيرة لها، كيف كانت خائفة.

المعالج: بالطبع، هذا يبدو وكأنه رد فعل طبيعي بالنسبة لي. (Martell et Al,2010)

لاحظنا من خلال هذه الأمثلة التوضيحية لسلوك المعالج وبالضبط في المثال الأخير كيف يقدم المعالج عمداً مزيداً من التفاصيل للعميل. عندما يكون المعالجون دافئين حقاً، فمن المرجح أن يفتح العملاء، ومن الأسهل أن تثق بشخص يبدو أنه يهتم بشكل شرعي أكثر من شخص بارد ومعزول، أو يبدو وكأنه يقوم بفعل ما. يمكن أن تشكل مشاعر الدفء تجاه العملاء تحدياً في بعض الأحيان حتى لأكثر المعالجين مهارة. في مثل هذه الأوقات، يقترح (Martell et Al,2010) غالباً أن يعود المعالجين إلى نموذج العلاج الأساسي وتصور الحالة ويسألون أنفسهم عما إذا كانت هناك أجزاء مهمة من سياق حياة العميل أو تاريخه مفقودة. قد يكون من المفيد أيضاً تذكر التدريب على عدم إصدار الأحكام والحفاظ على نهج حل المشكلات. عندما يجد المرء أن عميلاً معيناً غير مرغوب فيه أو عدائياً أو متحدياً بطريقة أخرى، فقد يتذكر المعالج مسار الحياة الذي جعل العميل يتصرف في مثل هذا الطريقة.

16- التعرف على مكونات مضادات الاكتئاب السلوكية:

التنشيط السلوكي هو نهج خاص للغاية في العلاج. التدخلات العلاجية مصممة خصيصاً لكل فرد. قد يبدو مسار علاج أي مريض بالاكتئاب مختلفاً تماماً عن مسار علاج عميل آخر يبحث عن علاج للاكتئاب. عند تقديم مثل هذا العلاج المرن، كيف يحدد المعالج ما يجب القيام به؟ كيف يبدأ معالج في التفكير في مكان تركيز التدخلات وكيفية المضي قدماً في عملية التغيير لمساعدة المريض على البدء في التخلص من اكتئابه والبقاء جيداً بمرور الوقت؟

حجر الأساس لعلاج التنشيط السلوكي هو عملية التقييم. من خلال عملية التقييم، يحدد المعالج كيفية تخصيص العلاج. يكتشف ما الذي يحافظ على المشكلات التي يواجهها العميل وما الذي سيؤدي على الأرجح إلى التحسين. يحدد معالج BA أهداف العلاج التي من المحتمل أن تساعد في تخفيف اكتئاب العميل ومساعدته على التحرك في اتجاه أهداف الحياة المهمة. لهذا سنتناول أولاً، ما يوجه عملية التقييم، أي فهم أهداف العميل الفردي. ثانياً، نصف "كيفية" إجراء التقييم في التنشيط السلوكي كما هو الحال في العديد من العلاجات السلوكية، فإن التقييم مستمر ويوجه المعالج طوال فترة العلاج. (Martell et Al,2010)

المحاضرة السادسة: العلاج القائم على التنشيط السلوكي

بصفتك معالجًا في التنشيط السلوكي، يجب أن تراقب دائمًا جائزة التنشيط - تنبيهًا دائمًا إلى ما سيجعل العميل الخاص بك يكمل خطط العمل التي تتعاونان في إنشائها لإفادة مزاج العميل. يمكن تنفيذ أنشطة التسجيل بأي عدد من الطرق، ولكن بشكل خاص باستخدام مخططات الأنشطة واليوميات. لا يحتاج المعالجون إلى اتخاذ موقف صارم، مع ذلك، بشأن الأساليب التي يستخدمها العملاء لمراقبة أنشطتهم وتسجيلها. يسرد الجدول الأساسيات لتحديد أهداف العلاج.

الجدول رقم 05 يمثل أساسيات تحديد الأهداف

أساسيات تحديد أهداف العلاج
- تحديد ووصف المشاكل الرئيسية التي يوجهها العميل. • تقييم أنماط السلوك. • استخدام التحليل الوظيفي - تقييم المواقف والسلوكيات وعواقب السلوك السابقة في ظل ظروف نموذجية. • الاستفادة من مخطط النشاط واستراتيجيات المراقبة الذاتية الأخرى. • مراقبة الأنشطة. • مراقبة المزاج والعاطفة. • مراقبة الإلتقان والمتعة. • شدة المراقبة. • تحديد الاضطرابات الروتينية وأنماط التجنب. • تقييم مخاطر العميل. • اختيار الأنشطة التي من المحتمل أن تكسر دورة الاكتئاب بشكل تعاوني. • تحديد الخطوات الأولية لإجراء التغييرات.

أيت فتي سعيد زعيمه

المحاضرة السابعة: نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP): طريقة العلاج النفسي الموجهة نحو الاضطراب.

المحاضرة السابعة: نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP): طريقة العلاج النفسي الموجهة نحو الاضطراب.

الهدف البيداغوجي : تعرف الطالب على نظام التحليل السلوكي و تطبيقاته العيادية

تمهيد:

في عام 2006، تم تقديم نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP) رسميًا في ألمانيا من أجل العلاج النفسي المحدد لمرضى الاكتئاب المزمن. تم تطوير CBASP من طرف James McCullough كبروتوكول محدد للمرضى الخارجيين يدمج الاستراتيجيات الشخصية والعاطفية المعرفية. بدأ McCullough عمله السريري كمعالج سلوك فعال من "الموجة الأولى" في أوائل السبعينات من العقد الماضي. تأثر عمله بعمق بتقاليد سكينر في السلوكية الراديكالية. يعالج CBASP أعراض اضطراب الشخصية الوسيطة (MDD) مع سوابق في الاكتئاب الدستيميا (اكتئاب مزدوج).

3- تعريف نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP)

من منظور العلاج السلوكي، تم دمج مناهج نظرية السلوك من النماذج الأصلية والمنقحة للعلاج السلوكي مع فك ارتباط قوي عن تركيز المحتوى المعرفي الخالص للعلاج المعرفي. بالإضافة إلى ذلك، يستخدم CBASP عناصر من "الموجة الثالثة" من طرق العلاج السلوكي المعرفي التي تتعامل مع نماذج التنظيم الذاتي فيما يتعلق بالعوامل التحفيزية والمعرفية في المعالجة فوق المعرفية (Teasdale, 1999) بالإضافة إلى مفاهيم نظرية التعلم الحديثة.

من المهم ملاحظة أن CBASP يتطلب المشاركة الشخصية للمعالج (McCullough, 2006). استنادًا إلى النموذج السلوكي المبكر لباندورا فإن الأداء النفسي يتضمن تفاعلًا متبادلًا بين السلوك وبيئته المسيطرة (Bandura, 1969)، يُنظر إلى معالج CBASP على أنه المصمم الأساسي لتغيير السلوك. بدءًا من الجلسة الأولى من العلاج يبدأ المعالج في بناء بيئة شخصية مختلفة نوعيًا للفرد، كما يسن دورًا منضبطًا للمشاركة الشخصية يتناقض مع العلاقات التي عاشها المريض المصاب بالاكتئاب المزمن في وقت مبكر مع "آخرون" (McCullough et al., 2010b).

المحاضرة السابعة: نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP): طريقة العلاج النفسي الموجهة نحو الاضطراب.

يركز CBASP بشكل أساسي على عملية التعلم أثناء الجلسة للمريض، ولقد تم تطوير نموذج McCullough من خلال عملية التجربة والخطأ وعلى مدار العديد من جلسات العلاج مع العديد من المرضى. يتم تمييز نوعين من المتغيرات التابعة التي تشكل نموذجًا لنجاح التعلم المحدد، وعملية العلاج وتقليل الأعراض. النوع الأول يشير إلى نجاح التعلم وعملية التعلم، أي قدرة المريض على ملاحظة عواقب سلوكه، وقدرة المريض على تطبيق "تحليل الموقف" بشكل مستقل، والحد من السلوك الهدام بين الأشخاص وقدرة المريض على رسم بثقة التمييز العاطفي بين المعالج و "المهمين الآخرين". النوع الثاني يشير إلى تأثيرات العلاج الخاصة بأعراض معينة، أي تقليل من شدة الاكتئاب فيما يتعلق بإدراك الذات وإدراك الآخرين، والحد من الضعف النفسي والاجتماعي، وتحسين جودة العلاقة الزوجية وعوامل أخرى. ((McCullough, 2006).

4- فعالية نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP) وتطبيقاته الجديدة

أظهر CBASP تأثيرات مهمة في علاج مرضى العيادات الخارجية الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب الكبير MDD المزمن، لا سيما عندما يرافق مع الأدوية، تطور الصدمة والاكتئاب المزوج، وعلى النقيض من ذلك كشفت دراسة نشرت في REVAMP حسب (Kocsis et al., 2009) أن CBASP ليس أكثر فعالية في تقليل الأعراض الحادة من اضافة الدواء أو مع العلاج الاسنادي.

ومع ذلك، ارتبط CBASP حسب (Klein et al., 2011) (مع إدخال تقنية "تحليل الموقف" في الجلسة الثالثة) بالإضافة إلى العلاج الدوائي بتحسين أكبر بكثير في حل المشكلات من العلاج النفسي الاسنادي المختصر بالإضافة إلى العلاج الدوائي. أو الدواء وحده. الآثار المترتبة هي (1) أن في الوقت الحالي ، ليس من الواضح ما هو مستوى جرعة العلاج الأفضل بالنسبة لـ CBASP و (2) في ظل ظروف العلاج يكون CBASP أكثر فعالية. (Schramm et al., 2010b)

أظهر دليل CBASP في كندا، داخل بيئة المرضى الداخليين بالتركيز على التحسينات في الوظائف المتصورة، نتائج أولية واعدة . (Sayegh, 2010) كما كشفت دراسة جارية في الولايات المتحدة استخدام مجموعة CBASP مع قدامى المحاربين الذين تم تشخيصهم بالاكتئاب المزمن واضطراب ما بعد الصدمة. تركز معايير النتائج على الحد من أعراض التجنب والإثارة المفرطة الموجودة في كليهما، وكذلك تقليل أعراض الاكتئاب. (Favorite, 2010) يشير بحث أمريكي آخر استخدام CBASP لعلاج مدمني الكحول المصابين بالاكتئاب المزمن في نهج علاجي متكامل يركز على

المحاضرة السابعة: نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP): طريقة العلاج النفسي الموجهة نحو الاضطراب.

التخفيضات المتزامنة لأعراض الاكتئاب وتناول الكحول (Penberthy, 2010). بالإضافة إلى ذلك، من خلال البحث حول الآليات العصبية للاكتئاب المزمن وتأثير CBASP على الأداء السلوكي والعصبي (Schnell et al., 2010)، يتم تعلم المزيد عن العمليات الأساسية للتعلم والذاكرة التي تحدث أثناء إدارة استراتيجيات تدخل CBASP (McCullough et al., 2010a).

3 - حدود التغيير الذي يحدثه نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP)

يتطلب تطبيق CBASP مهارات تشخيصية بالإضافة إلى خبرة علاجية عملية مدروسة. يجب أن يعتاد المعالج على استخدام الاستراتيجيات التحفيزية من خلال الاستقراء المحدد في الوقت المناسب وحل التنافر المعرفي، بالإضافة إلى استخدام خلق حالات التعزيز السلبية.

يتمثل الدافع الأساسي لطريقة CBASP في تركيز المريض على السلوك الذي يؤدي إلى النتيجة (عاطفياً وشخصياً). بشكل عام، يركز "تحليل الموقف" (SA) المريض على عواقب سلوكه ويعلمه ما يفعله (التمكين)، كما يعلمه المهارات الاجتماعية التكيفية (التدريس الوظيفي) ويُعد تدريس المهارات في (CBASP). علاوة على ذلك، يساعد إجراء SA المعالج في تحديد ومعالجة المشكلات المعرفية والسلوكية المحددة للمريض الفردي والتي تتداخل مع إدارته الاجتماعية الفعالة.

بالإضافة إلى ذلك، ترتبط تقنيات المشاركة الشخصية بكل من التدريس الوظيفي وُعد تدريس المهارات. وهناك نوع فريد من تدخل المعالج، يسمى "المشاركة الشخصية المنضبطة (DPI)"، يدعو إلى دور غير محايد للمعالج النفسي (البعد الشخصي لـ CBASP)، تستند تقنيات DPI على المفاهيم المبكرة للتحويل المضاد الموضوعي وردود الفعل بين الأشخاص التي تعطي إنا لمعالج CBASP لاستخدام الإفصاح عن الذات بأقصى تأثير: لإنشاء "مكان آمن" بين الأشخاص ونقل الخبرات خارج العلاج إلى الآخرين، وربط المريض من الناحية الإدراكية ببيئته، وتعديل السلوك المختل بشكل طارئ، ولمعالجة / الصدمات النمائية الناشئة عن الخبرات السلبية كالإساءة المعاملة من طرف الأشخاص المهمين. (Schoepf and McCullough, 2009). من خلال DPI، يتم وضع الطبيعة الشخصية العميقة للعلاقة بين المعالج والمريض في مقدمة الفعالية العلاجية كمتغير وسيط لتعلم اكتساب أثناء الجلسة وبدل لحياذ المعالج. بالمقارنة مع نماذج العلاجات الأخرى، فإن تدخلات DPI :

- أعمق وأكثر شخصية من المشاركة الحساسة في العلاج الاسنادي،

المحاضرة السابعة: نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP): طريقة العلاج النفسي الموجهة نحو الاضطراب.

- من تحويل انتباه المريض إلى تحليل تفاعلات التحويل المضاد في المناهج ذات التوجه الديناميكي
- من استخدام الاتصالات الفوقية لتعديل أنماط الاستجابة للعمل المضاد في العلاقات الشخصية
- من التحليلات وتغيير السلوك غير التكيفي في النهج السلوكية القائمة على تأثير اليقظة أو
- من عمل تقنية إعادة الهيكلة المعرفية في العلاج المعرفي.

4- المبادئ النظرية لتدخل بنظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP)

يجب أن يكتسب معالج CBASP المتعلم فهمًا شاملاً للأسس النظرية لـ CBASP يشتمل نموذج العلاج CBASP بشكل خاص تسعة مناهج نظرية من علم النفس، يتم سرد الأساليب والتدخلات المرتبطة بالترتيب حسب استراتيجيات العلاج ذات الصلة وآليات الإجراءات المستخدمة في CBASP

- نظرية بافلوف عن الاشارات الكلاسيكي ومفهومه عن الكف بالنقيض والمرحلة المتناقضة:

ترتبط بافتراضات بافلوف (بافلوف ، 1941) بمبادئ نظرية التعلم الحديثة فيما يتعلق بعلاقة معزز الإشارة في التنظيم الضمني للتحكم المتعمد. (Bouton, 2007) في CBASP، يمثل التعلم المترابط للخوف بين الأشخاص (Pavlovian) من خلال آلية الاشارات الكلاسيكي "مدخلات التحفيز" للبناء الافتراضي للاكتئاب المزودج باعتباره اضطرابًا مزاجيًا. يمثل البناء الأساس النظري لـ: (1) توجيه التحكم في انتباه المريض في سياق "تاريخ التعلم العاطفي" للمريض (2) الاشارات العكسي الخوف؛ و(3) تطبيق إزالة التحسس النظامي من أجل تعديل أنواع السلوك بين الأشخاص غير المعدلة والمدمرة (Schoepf et al., 2009, 2011).

- نظرية العامل Mowrer حول التعميم وتثبيط الخوف:

تتص نظرية Mowrer (1947) في أصلها على أن تعلم الخوف الكلاسيكي المشروط يسمح للمنبهات التحذيرية بإثارة الخوف المشروط الذي يحفز سلوك التجنب الذي يوفر تعزيزًا لاستجابة التجنب الآلي من خلال تقليل الخوف. مبدأ تعلم التجنب ذو أهمية حاسمة (1) لكل من المعالج CBASP والمشرف CBASP، حيث يحدد مسار العلاج فيما يتعلق بالاتجاه السببي بين الحافز الذي يقلل من الخوف (الذي يقدمه المعالج) وتثبيط الحافز الذي تم تكييفه فيما يتعلق "بالآخر المهم" للمريض؛ و (2) التدخل العلاجي المحدد وإمكانية التغيير داخل العلاج أو خارجه. (Schoepf et. al., 2009a).

المحاضرة السابعة: نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP): طريقة العلاج النفسي الموجهة نحو الاضطراب.

- مفهوم Winnicott للتحويل المضاد الموضوعي:

وفقاً لـ Winnicott (1949) فإن التحويل المضاد "الموضوعي" هو المشاعر المقيدة ، والمواقف ، وردود أفعال المعالج التي يسببها المريض. يشكل مفهوم Winnicott الافتراض الأساسي الأكثر أهمية ضمن CBASP ، حيث يحدد كيف يتم ، بمساعدة DPI ، التعامل مع مقاومة المريض التي تسببها ردود فعل التحويل السلبي ودمج تجارب التعلم الصادمة في صورته الذاتية. هذا يعني وفقاً McCullough أن المعالج CBASP :

- (1) يطبق التحويل المضاد الموضوعي كوسيلة للتغيير أثناء الجلسة
- (2) قادر على أن يكون مع المريض في العلاج ،
- (3) يستخدم بشكل سليم الاستجابة الشخصية،
- (4) يرتب الطوارئ بحيث يمكن للمريض التعلم ،
- (5) يتخذ قرارات فورية فيما يتعلق بأهداف العلاج CBASP ،
- (6) يراقب ذاتياً الرسائل اللفظية وغير اللفظية للمريض لحظة بلحظة ، و
- (7) يركز في الإشراف على رسائله اللفظية وغير اللفظية غير المنعكسة التي تتداخل مع علاج

CBASP

- نهج Skinner السلوكي الراديكالي للأشراط الإجرائي:

ترتبط مبادئ نظرية التعلم الحديثة ارتباطاً وثيقاً بافتراضات سكينر الأساسية، وهي مبادئ مطبقة على علاقة معزز السلوك فيما يتعلق بالتنظيم الضمني لتوقعات النتائج الظرفية، والتي تعتبر حاسمة بالنسبة لـ

CBASP

أثناء العلاج CBASP، يتم تطبيق مبدأ الأشراط الإجرائي ومبادئ التدخلات القائمة على النتائج في معظم حالات العلاج. يتم ذلك من أجل (1) تنشيط وتعديل الأداء التنفيذي، (2) لممارسة السلوك التكيفي الموجه نحو الهدف بشكل منهجي مع المريض، (3) وتحسين قدرته على التفكير والتصرف بطرق رسمية وتشغيلية من خلال تحسين الأداء الإدراكي والتفصيلي (Schoepf et al., 2007).

- نظرية Piaget النظم البيولوجية للتطور الإدراكي والعاطفي:

المحاضرة السابعة: نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP): طريقة العلاج النفسي الموجهة نحو الاضطراب.

تدعي نظرية بياجيه (1973) في أصلها أن مستوى الأداء الرسمي المنطوق يتحقق من خلال حالة الطفولة المرتبطة بالبالغين الأكفاء والمهتمين في الأسرة.

في CBASP، تلعب الافتراضات الأساسية لنظرية بياجيه النمائية دورًا حاسمًا في تفسير أوجه القصور النمائية العالمية للتنظيم المعرفي العاطفي في الاكتئاب المزودج. علاوة على ذلك، تعمل نظرية بياجيه كأساس نظري للبناء المنهجي لأنماط سلوك جديدة للمحفزات والاستجابة داخل المنطقة العلاجية، وللتعميم الآلي لعنصر مكتسب جديد خارج الفضاء العلاجي من خلال آليات الاستيعاب الوظيفي والتعميم.

(Schoepf et al., 2009a).

- **نظرية Seligman المنقحة للعجز المكتسب ودور أسلوب الإسناد فيما يتعلق بالتعميم عبر المواقف:**

نظرية Seligman (1975) القائمة على فكرة أن الكائنات الحية التي تتعرض لصدمات لا مفر منها ولا يمكن تجنبها تعلم أن أفعالها لا تتحكم في النتائج البيئية، تصوغ الأساس النظري للمساهم المعرفي والسلوكي للنموذج المتبادل السببية المزوجة الاكتئاب. بالإضافة إلى ذلك، فإن "استقلالية الاستجابة المتوقعة" للمريض المصاب بالاكتئاب المزمن يبرر (1) ضرورة استمرار التنفيذ لحظة بلحظة لتغذية الرجعية في شكل شخصي، و (2) تمارين تمييزية بين التحفيز والاستجابة وكذلك الاستجابة والنتيجة، باستخدام تقنيات تباين بسيطة مرتبطة بالموقف (Schoepf et al., 2009a).

- **نموذج Kiesler لنظرية الشخصية:**

تشكل مبادئ العلاج البيشخصي الذي أعيد تعريفه من طرف Kiesler، الأساس النظري المهم الثاني في

CBASP، و حسب هذا الباحث تتمثل هذه المبادئ في السلوكيات لفظية وغير لفظية متبادلة التي تنتقل رسائل تأثير المشفر إلى مفكك الشفرات ورسائل تأثير مفكك التشفير إلى جهاز التشفير. يرى Kiesler أن التفاعل بين السلوك اللفظي وغير اللفظي الشخصي بين الأشخاص ورد فعل شخص آخر يمكن فهمه على أنه نظام قائم على الاكتفاء الذاتي والتنظيم الذاتي والذي، من وجهة نظر الشخص،

المحاضرة السابعة: نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP): طريقة العلاج النفسي الموجهة نحو الاضطراب.

متكرر في علاقاته ويتدخل في حالة سوء التكيف الاجتماعي، وتوليد السلوك المناسب. (Schoept & Neudeck, 2011)

ينطبق هذا بشكل خاص على التطبيق المنهجي للتغذية الرجعية الشخصية في حالة السلوك المدمر للمريض داخل الفضاء العلاجي. (McCullough, 2006)

- نموذج التفاعل المتبادل Bandura ونظريته المنقحة للتعليم الاجتماعي:

نموذج التفاعل المتبادل لسلوك Bandura (1969) ينص على أن نوع السلوك الذي يظهره الشخص يحدد جزئياً الأحداث المحتملة الطارئة في بيئته، والتي بدورها تؤثر على سلوكه. ومن أهم العناصر الجديدة في نظريته المنقحة للتعليم الاجتماعي هي (أ) أن أنماط الانتماء، بدورها، تشكل اتجاه تنمية الكفاءة الذاتية، (ب) أن معتقدات الكفاءة الذاتية تساهم في مسار التطور المعرفي العاطفي وتحديد اختيار المنتسبين والأنشطة، و (ج) أنه في ظل ظروف معينة، يمكن اكتساب جميع عمليات التعلم بطريقة واعية إلى حد ما عبر الملاحظة والتقليد، التمايز الزمني للعمليات الفرعية الأربع الانتباه والذاكرة والسلوك والدافع. (Bandura, 1986).

في CBASP، تشكل نظرية باندورا الأساس النظري لوصف عملية تغيير السلوك التي يبدو أنها تفاعلية بطبيعتها. على سبيل المثال، يمثل SA تقنية من أعلى إلى أسفل للتعرف على المحفزات التي تمكن المريض من التعلم بطريقة رسمية عملية، وكيفية تنظيم عملية التفاعل البيئي الخاصة به لتحقيق أهدافه الخاصة. بينما يتعلم المريض تشكيل بيئته بطريقة أكثر فاعلية في العلاج، شكلته بيئته داخل وخارج العلاج بطريقة جديدة. تأثير التعلم للإدارة الذاتية SA لتحديد العواقب السلوكية وللحصول على النتائج الشخصية المرغوبة يرتبط ارتباطاً مباشراً بآثار العلاج الإيجابية.

- "تهج Bouton التركيبي" للسلوك الآلي:

يُعد التركيب المعاصر لـ Bouton للتعلم والسلوك مهماً لوضع تصور للاكتئاب المزمن المبكر وكذلك استخدام وتطوير المزيد من التدخلات القائمة على نظرية التعلم. (Bouton, 2007)

5 - مراحل العلاج بنظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP)

يقوم أسلوب CBASP لتغيير السلوك في العيادات الخارجية وفقاً لبروتوكول محدد، "تحليل الوضعية" (SA) كما يلي:

المحاضرة السابعة: نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP): طريقة العلاج النفسي الموجهة نحو الاضطراب.

تحليل الموقف (SA)

سياق التعلم: عادة ما يجلب المريض إلى العلاج ورقة عمل SA مكتملة إما من تفاعل معيشي يومي مؤلم أو ممتع حدث خلال الأسبوع الماضي. عادة ما يتم إجراء مراجعة ورقة العمل على مرحلتين متتاليتين على اللوح الورقي (بعض الباحثين يميزون بالإضافة إلى ذلك مرحلة التعلم والنقل لأسباب تعليمية)

مرحلة الاستخراج:

في الخطوة الأولى، يجب أن يصف المريض الحدث التفاعلي (الاجتماعي) من خلال التركيز على الوصف القائم على الملاحظة. يجب معالجة نقطة البداية والنهاية بوضوح.

خلال الخطوة الثانية يتم استنباط الإسناد المعرفي والعاطفي للمريض. تمثل النماذج الملائمة والدقيقة إما التفسيرات العاطفية أو المعرفية ذاتية الإشارة (الانعكاس الذاتي)، بالإضافة إلى وصف التفسيرات (التفاعلية) وتفسيرات الإجراءات.

في الخطوات الثلاث التالية، يتم استنباط الاستجابات التفاعلية اللفظية وغير اللفظية، والنتيجة الفعلية (AO) من الناحية السلوكية، والطريقة التي يريد المريض أن يتصرف بها في الموقف - النتيجة المرجوة - (DO). في حالة وقوع حدث مؤلم، يظهر تناقض واضح بين AO و DO للمريض. في هذه المرحلة، يتم إنشاء حالة من التعزيز السلبي من قبل المعالج. يتم تقليل التناقض المعرفي المستحث لاحقاً من خلال إيجاد استراتيجيات أكثر تكيفاً.

الخطوتان الأخيرتان مهمتان للمريض لكي يدرك التناقض بين AO و DO. يجب على المريض أولاً أن يقرر ما إذا كان قد حصل على ما يريد بمقارنة AO الخاص به مع DO. ثم يُطلب منه بلطف أن يشرح لماذا لم يتصرف بالطريقة التي يريد أن يتصرف بها.

مرحلة المعالجة:

في هذه المرحلة، يعمل المعالج والمريض على إيجاد حلول للمريض، حتى يتصرف بطريقة فعالة فيما يتعلق بنتيجة المرجوة.

تشكيل التفسيرات الوظيفية (الخطوة الأولى) وكذلك تشكيل الجوانب السلوكية المفقودة من DO (الخطوة الثانية)، ملخص التعلم (الخطوة الثالثة)، النقل إلى الوضع المستقبلي والتدريب على المهارات (الخطوة الرابعة) يضمن كلا من عنصر رد الفعل الجديد والخبرة كعلاقة شرطية بين معتقدات الفعلية

المحاضرة السابعة: نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP): طريقة العلاج النفسي الموجهة نحو الاضطراب.

الإيجابية وتوقعات النتائج الإيجابية.

يتم تعظيم التحويل لأن المواقف المستهدفة تأتي من تجارب الحياة اليومية للمريض.

تمرين التمييز بين الأشخاص (IDE)

تعلم السياق: يوجه المعالج تركيز انتباه المريض إلى الحدث / اللحظة "النقطة الساخنة" التي حدثت للتو في الجلسة ويكتب سلوك "النقطة الساخنة" على اللوح الورقي. بعد ذلك يتم تنفيذ المراحل الثلاث من IDE على التوالي.

المرحلة السلبية:

يُطلب من المريض برفق أن يتذكر تفاعلاً اجتماعياً نموذجياً في الماضي مع واحد أو اثنين من سوء معاملة "الأشخاص المهمين" في موقف مماثل. في الشكل المعرفي، يجب على المريض أن يصف العواقب الشخصية السلوكية الناجمة عن سلوك شخص الآخر المهم. على وجه الخصوص، يتم استحضار الأفكار السيئة من خلال المعرفة الضمنية. في الشكل العاطفي، يُطلب من المريض أيضاً أن يعيد تجربة المشاعر المؤذية (المقاومة) المصاحبة في حضور المعالج. على وجه الخصوص يتم إثارة المشاعر السلبية مثل الخوف والألم والحزن. يحدث التكييف المضاد وفقاً لمبدأ التثبيط المتبادل عن طريق ردة فعل المعالج الخير (Schoepf et al., 2007).

المرحلة الإيجابية:

بعد انخفاض حدة الأفكار والعواطف السلبية، يُطلب من المريض بلطف أن يصف تصوره لردود فعل المعالج. علاوة على ذلك، عليه أن يصف المشاعر التي أثارتها الحادثة الحالية مع المعالج. ثم يُطلب منه مقارنة سلوك المعالج بالسلوك الذي تم استدعائه (والعاطفة المقابلة في الشكل العاطفي لـ IDE) للآخرين المهمين في وضع مماثل. عادة ما يتناقص الشعور بالضييق الذي يشعر به المريض في هذه اللحظة من التمرين.

مرحلة الشفاء:

حساساً لتوقيت وحجم الانخفاض المحسوس بالضييق في مرحلة الشفاء من IDE ، يتم تشجيع المريض من قبل المعالج لتحديد التباين بين سلوك المعالج وسلوك الآخر المهم. تلقائياً "ينتج عن ذلك زيادة محسوسة في فاعلية المعالج لتقليل الضيق الشخصي على وجه التحديد خلال حالة" النقطة الساخنة "المختبرة ، وأصبح واقع جديد للعلاقة بين المعالج والمريض ذا معنى بالنسبة للمريض.

المحاضرة السابعة: نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP): طريقة العلاج النفسي الموجهة نحو الاضطراب.

يتم تحديد نقطة البداية من خلال وجود حدث / لحظة "نقطة ساخنة" في الجلسة. في الشكل المعرفي لتكييف IDE يتم تطبيق المضاد البفلو في للخوف المعرفي في المرحلة السلبية. يبدأ مبدأ سلب الحساسية في المرحلة الإيجابية ويزداد في مرحلة الشفاء (Neudeck et al., 2010) في الشكل العاطفي لـ IDE، يسود مبدأ التكيف المعاكس للخوف المعاد تجربته بفلفيا (Pavlovian) في جميع مراحل IDE. ينتج بذلك شعور قوي "بالأمان" داخل العلاج ثنائي، وعادة ما تعمم النتائج خارج العلاج على علاقات المريض الأخرى.

يتم تحديد توقيت الكشف عن الذات وتصميمه بعناية من قبل المعالج CBASP لمواجهة استراتيجية للافتراضات الأساسية المدمرة لشخصية المريض، من خلال ما مر بها من تفاعلات السلبية السابقة. على حد تعبير McCullough's ' فإن وظيفة المعالج هي أن يصبح "مشكلة للمريض" وهذا يعني أن المرضى يمكن أن يواجهوا صعوبات في دمج رسائل المعالج الشخصية الخاصة بالعناية والاهتمام في توقعاتهم الشخصية السلبية. إن صدق وأمانة واستمرارية المعالج يجعل من الصعب على المريض الهروب من هذه التفاعلات باستخدام استراتيجيات التبادل المكتسبة القديمة مثل "الهجوم المضاد أو الانسحاب". وبالتالي، يجب أن يكون المعالج CBASP مستعداً بشكل منهجي لإظهار مشاعره الإيجابية أو السلبية التي لها قيمة رسالة للمريض في حالة علاجية محددة. يجب أن يتم ذلك بطريقة مسؤولة تعتمد على النظرية وتتحكم فيها.

7- أهداف العلاج بنظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP)

قدم McCullough المفهوم النظري المبتكر "للوظيفة المتصورة"، والذي يعرفه على النحو التالي: وفقاً له، الوظيفة المدركة هي قدرة الفرد على إدراك التأثيرات التي يحدثها سلوك الفرد على الشخص الآخر بينما يكون قادراً على رسم روابط سببية بين أفعال المرء وردود أفعاله. إن تطوير قدرة الوظائف المتصورة هو الهدف العلاجي النهائي للعلاج CBASP.

الهدف العلاجي الثاني ذو الأهمية المركزية هو تعليم المريض كيف يمكنه التعامل مع البيئة بطرق فعالة. من أجل تحقيق ذلك، يقوم معالجو CBASP بتعليم المريض بشكل منهجي، باستخدام SA واستراتيجيات DPI، لتغيير سلوكه بحيث يؤدي سلوكه المرغوب في حدث ظرفية إلى النتائج التي يمكنه الحصول عليها حقاً. نتيجة لذلك، يصبح السلوك الاجتماعي الاستباقي الموجه نحو الهدف والتفكير

المحاضرة السابعة: نظام التحليل السلوكي المعرفي للعلاج النفسي (CBASP): طريقة العلاج النفسي الموجهة نحو الاضطراب.

الموجه نحو النجاح في المواقف الاجتماعية المجهدة أكثر احتمالية. يصف السلوك الاستباقي والموجه نحو الهدف والمقبول اجتماعيًا التأثير المنهجي للفرد على بيئته الاجتماعية والمادية، أي التأثير الواعي والمنهجي والخاضع للرقابة والمقبول اجتماعيًا. من أجل أن يكون قادرًا على التصرف بهذه الطريقة، يجب على المريض تجربة ردود فعل شخصية تمنع الخوف داخل العلاقة بين المعالج والمريض، والتي يتم تحقيقها من خلال تدخلات DPI التي يطبقها المعالج. يؤدي هذا عادة إلى دمج التجارب المؤلمة في العلاقات السابقة. (Schoepf et al., 2007)

يصف التفكير المنطقي الموجه نحو النجاح قدرة الفرد على إنشاء تفسيرات ذات صلة ودقيقة وعملية المنحى بالإضافة إلى توليد قراءات فعلية موجهة نحو الهدف في موقف اجتماعي معين. يتعلم الفرد التفكير السببي من خلال مواجهة المواقف والعمل فيها. وهكذا، فإن التطور يمتد من الخارجي إلى الداخلي، من تطبيق SA يطبع منهجية التشغيل الرسمية إلى التفكير والخبرة. في نهاية مرحلة العلاج العميقة، تعلم المريض كيفية التفاعل بشكل فعال مع بيئته واكتساب الوظائف المتصورة. كل من هذه الأهداف يجب أن يتم تعميمها وتأسيسها خلال مرحلة الاحتفاظ. يمثل العلاج وعملية التعلم، في نفس الوقت، نتيجة عملية الاكتساب وكذلك الطريقة التي يتم بها تحقيق ذلك. (McCullough, 2006).

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

الهدف البيداغوجي : تمكن الطالب من معرفة الخطوات الإجرائية للعلاج السلوكي المعرفي

1-تهيئة الأرضية العلاجية:

قبل الشروع في العلاج يقوم المعالج السلوكي المعرفي بتهيئة الأرضية العلاجية التي تتضمن الترحيب بالمريض و تجاذب لأطراف الحديث لمدة قصيرة من أجل كسر الحواجز بين المعالج و المريض، كما يمكن الاستفسار حول إمكانية وجود أسئلة مبدئية يودون طرحها لمعرفة أسباب طلب العلاج في الوقت الحالي و الإجابة على هذه الأسئلة تساعد المعالج على تحديد دافعية المريض للتغيير، كما يمكن أن يسأل المعالج مريضه عن توقعاته في العلاج و هذا ما يمهد إلى وصف موجز للعلاج السلوكي المعرفي (و هذا ما لا نجده في الموجة الثالثة من العلاج السلوكي المعرفي و بالذات في علاج التقبل و الالتزام حيث لا يقوم المعالج بتقديم أي تفاصيل حول العلاج المقدم تفاديا لسقوط في فخ التحكم) ثم نحصل بعد ذلك على عائد يتضمن آراء المريض حول العلاج و بهذا يكون قد قام باختيار حر و مستنير .

كما يقوم المعالج بالاستفسار عن خضوع المريض للعلاج من قبل، وأي نوع وإذا ما كان مفيدا وإذا ما تم الاحتفاظ ببعض المكاسب العلاجية، ويمكن للمعالج استخدام هذه المعلومات لبناء تحالف علاجي مثمر مع المريض واكتشاف عوائق العلاج المحتملة، كما يجب مناقشة مسألة السرية وحدودها ويتم الاتفاق على القضايا العملية مثل تكلفة الجلسات وتوقيتها والعقد العلاجي ومدة الجلسات والعلاج.

2-التقييم العلاجي للمريض (النهج الكمي)

يتضمن التقييم العلاجي في العلاج السلوكي المعرفي جمع المعلومات المتعلقة بمشكلات المريض - التي سنتطرق إليها في صياغة الحالة - ويقول (Taylor,2009, p99) ' إن التقييم الجيد يمهد للعلاقة علاجية سليمة' ويستغرق التقييم المبدئي جلستين من أجل صقل وتحسين صياغة الحالة والتقييم هو تحويل المشكلات إلى اضطرابات (مثل الاكتئاب، القلق الاجتماعي، اضطرابات النفسية ما بعد الصدمة) بناء على معايير الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM5. ويتضمن التقييم الجوانب الأساسية:

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

- الفهم التفصيلي للمشكلة التي أتى بها المريض طلباً للمساعدة وهذا يتضمن جمع البيانات حول الأفكار والمشاعر والسلوكيات وردود فعل الجسدية المتعلقة بالمشكلة الاهتمام (الاكتئاب الناتج عن انهاء علاقة) وتستخدم المقاييس لقياس شدة المشكلة، ومن أكثر المقاييس شيوعاً في العلاج المعرفي السلوكي نجد مقياس Beck للاكتئاب والقلق.
- التحليل الوظيفي أو (السلوكي) للمشكلة: يعتبر التحليل الوظيفي مرحلة هامة من مراحل العلاج السلوكي المعرفي ويسمح لنا بتحديد وفهم التوظيف الفريد الحالي للمريض وماضيه. وهو نهج نوعي يمثل الأسس السبعة للعلاج السلوكي المعرفي.

3-أساليب التقييم:

الغرض من طرق التقييم هو تحديد خط الأساس لمشكلة (مشاكل) السلوك قبل أي علاج. لهذا، من الضروري فترة طويلة بما فيه الكفاية لدراسة السلوك وتنوعه. على سبيل المثال، كم مرة تجنب المريض الخروج إلى الشارع لمدة خمسة عشر يوماً؟ ما مدى شدة القلق أثناء كل من هذه التجاوزات؟ كم عدد السجائر التي يتم تدخينها في اليوم وفي أي وقت من اليوم على مدار أسبوع؟ كم عدد حركات اليد النمطية التي يقوم بها المصاب بالفصام في عشر دقائق؟

من الواضح أنه كلما طالت مدة التسجيل، زادت فرص الحصول على بيانات صحيحة. بشكل عام، من المقبول أنه بالنسبة للسلوكيات العصبية، من الجيد أن يكون لديك خط أساس لمدة خمسة عشر يوماً. ولكن بالنسبة للسلوكيات عالية التردد مثل الصور النمطية أو السلوكيات العدوانية الذاتية أو غير المتجانسة في المؤسسات، ستكون خطوط الأساس أقصر بكثير أو حتى محدودة بنقطة قياس واحدة وجيزة للغاية قبل التدخل العلاجي.

أثناء سير العلاج من الضروري تقييم تأثيره (متغير مستقل) على السلوك (متغير تابع)، وبعد العلاج يجب تقييم النتيجة فيما يتعلق بخط الأساس ؛ على سبيل المثال ، كم عدد السجائر التي يدخن الشخص الذي دخن عشرين سيجارة قبل العلاج عن طريق الاسترخاء والتوعية الداخلية ؛ هل يمكن للموضوع معالجة المواقف التي كان يتجنبها ، وإذا كان الأمر كذلك ، ما هو مستوى القلق الذي وصل إليه (مقاييس سلوكي للتجنب)؟

أثناء المتابعة التي تتم بعد نهاية العلاج، على فترات زمنية محددة مسبقاً (على سبيل المثال شهر واحد، ثلاثة أشهر، ستة أشهر، سنة واحدة، إلخ) يقوم المعالج بتقييم المحافظة أو تدهور

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

التعديلات السلوكية التي تم الحصول عليها. وفي الواقع فإن التعديلات السلوكية التي تبقى مستقرة بعد 6 أشهر هي التي يكون لها الحظ الأوفر للبقاء عقب المتابعة (Cottraux, J, 2020)

4-القياس المباشر لسلوكيات:

المرضى الذين يقعون في المستشفى لفترات طويلة يشكلون مشكلة محددة أدت إلى العديد من دراسات الاشراف الاجرائي. في الواقع، فإن الطابع المغلق نسبياً وإزمان المرضى يجعلون مستشفى الأمراض النفسية مكاناً خاصاً لمراقبة السلوكيات.

يمكننا أن نعطي كمثال الطرق التي تم تنفيذها في مركز البحوث السريرية في مستشفى Camarillo والتي أدت إلى تطوير أداة المراقبة السلوكية (Alevizos et al., 1978) هذه وحدة أبحاث لمرض انفصام الشخصية حيث تلقى المرضى، بالإضافة إلى العلاج الكيميائي، علاجاً جماعياً يقوم على لعب الأدوار لزيادة قدرتهم على الاتصال الاجتماعي وشاركوا في برنامج توفير الرموز حيث تم تعزيز السلوكيات الإيجابية من خلال الرموز القابلة للاسترداد مقابل منتجات الراحة. تتكون الملاحظة السلوكية من:

- لأخذ "عينة زمنية" في وقت محدد: يعمل مراقبان خلال الخدمة بسرعة معينة؛
- مراقبة المرضى على مسافة ثابتة وبترتيب من الكمبيوتر، وذلك لتجنب مراقبتهم وفقاً لتفضيلاتهم الشخصية
- لمراقبة عدد من السلوكيات التي تم تحديدها بوضوح في البروتوكول: الجلوس، والاستلقاء، والجري، والمشي، ومشاهدة التلفزيون، والتحدث. بعض السلوكيات متنافية.
- كما تتم ملاحظة الممرضات وكذلك تفاعلاتهم مع المريض.

يتم إجراء حساب الصدق المحكمين لتحديد موثوقية الملاحظات. يتم تكرار القياسات عدة مرات في اليوم ويتم تجميعها في جهاز كمبيوتر، مما يسمح بإجراء تحليل إحصائي للتغيير خلال أوقات العلاج المختلفة. الهدف هو معرفة ما يحدث لسلوك كل عضو في المؤسسة: المرضى والممرضات. عندما يتم سحب عنصر من العلاج لمدة أسبوع (لعب الدور)، فهذا يجعل من الممكن اختبار آثار هذا العلاج على سلوك المرضى (الانسحاب، التفاعل، النشاط، إلخ). مثل هذا البرنامج يصعب إجراء القياس بسبب تكلفته، ولكنه يمثل نموذجاً للملاحظة السلوكية في المؤسسة. والغرض منه هو توفير عينة تمثيلية لسلوك الموضوع. (Cottraux, J, 2020)

4-1- قياس تكرار الاستجابة:

إنه يتطلب ببساطة حساب عدد الاستجابات المنبعثة خلال وقت معين. يجب تحديد الإجابة في بدايتها ونهايتها. يجب أن تتم خلال فترة زمنية ثابتة نسبيًا. لذلك يجب أن يكون هناك اتفاق بين المراقبين على الخصائص التي يجب مراعاتها. يمكن للمرء أيضًا أن يدرس بحزم تطوير الردود من تسجيلات الفيديو، مثل مدة التواصل البصري مع المحاور، ونبرة الصوت، ومدة الردود على المحاور، ومدة الابتسامات، إلخ. وهذا يتطلب اتفاق المحكمين وحساب صدق المحكمين ثانوي. يمكن إجراء قياسات التردد هذه في مستشفى الطب النفسي وكذلك في العيادات الخارجية. من الناحية العملية، فإن استخدام ساعات الإيقاف وعدادات لعبة الجولف يجعل هذا النوع من القياس أسهل بكثير. (Cottraux, J, 2020)

4-2- القياس المباشر لتجنب:

إنه نوع آخر من القياس يسمح، من خلال وضع الفرد أمام الموقف الذي يخشى منه، بتقييم ما إذا كان يمكنه الاقتراب من الموقف (0) أم لا (1). وإذا كان بإمكانه معالجته، ما مدى القلق الذي يشعر به، على مقياس من 0 إلى 8. هذا مقياس تم تطويره في الأصل بواسطة ماركس والذي استخدمناه على نطاق واسع لتقييم طقوس الرهاب والهوس. إنه ينطوي على تعاون جيد بين المريض والمقيم لتحديد المشاكل المستهدفة. (Cottraux, J, 2020)

من الممكن أيضًا تسجيل الأداء الأولي للمريض: الوقت الذي يقضيه في الحبس إذا كان يعاني من الخوف من الأماكن المغلقة، والمسافة المقطوعة بالخارج إذا كان يعاني من الخوف من الأماكن الواسعة. يتيح ذلك إجراء تقييم موضوعي لخط الأساس قبل العلاج ومقارنة هذا الإجراء بما سيحدث في العلاج وبعده في سلوك المريض.

4-3- استخدام المقارنات: (confederate test)

إنه شائع في الولايات المتحدة في المشاريع البحثية. وهو يتألف، على سبيل المثال، من مديرين زائفين أو محاورين زائفين يتخذون خطوات عبر الهاتف أو بشكل مباشر لتقييم قدرة المرضى المعالجين على مقاومة الضغط الاجتماعي. (Cottraux, J, 2020)

4-4- المراقبة الذاتية (self-monitoring)

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

يسجل الفرد بنفسه سلوكياته المشككة أو الإدراك الخاطيء، في اللحظة التي تحدث فيها، خارج الجلسات. توجد العديد من أوراق التسجيل الذاتي اعتمادًا على المشككة قيد الدراسة. يمكن العثور عليها في أعمال Bouvard and Cottraux (2010). أنها تجعل من الممكن إثبات وجود السلوكيات المشككة، لتحديد موقعها، وتواترها، وشدها. ومع ذلك، فهذه تدابير تفاعلية يمكنها بالفعل تعديل السلوك قيد الدراسة. على سبيل المثال، يمكن أن ينخفض التدخين إذا أصبح الشخص على دراية بالعدد الدقيق للسجائر التي يدخنها يوميًا عن طريق تسجيلها واحدة تلو الأخرى على هاتف ذكي أو ساعة لياقة. من المهم أيضًا شرح ما هو متوقع للفرد بوضوح من خلال إجراء العديد من عمليات المحاكاة خلال جلسة لإعداد برنامج التسجيل الذاتي. (Cottraux, J, 2020)

4-5- أساليب فيزيولوجية وعصبية:

هذه هي التدابير المخصصة أساسًا لبرامج البحث. يمكن استخدامها في المختبر أو في العيادات الخارجية (القياس عن بعد) لتوضيح العلاقات بين المشاعر والإدراك والمواقف التي تثيرها. دعونا نذكر مثالين. في مجال نوبات الهلع، فمن الممكن الآن تسجيل بارامترات معدل ضربات القلب المختلفة على مدار 24 ساعة في اليوم باستخدام جهاز un Holter وربطها بأحداث خارجية. تتيح هذه الطرق قياس سرعة معالجة المعلومات إمكانية إثبات وجود المخططات المعرفية المختلة الموجودة في الذاكرة طويلة المدى للأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب. (Cottraux, J, 2020)

5-مقاييس التقييم:

هناك العديد من المقاييس للتقييم الذاتي وغير المتجانس للأعراض والسلوكيات وعمليات العلاج النفسي. لقد تلقوا تصديقًا يجعل من الممكن دراسة المشكلات النفسية المرضية المختلفة: يمكن العثور على معظم هذه المقاييس وطرق تصنيفها وعددها بالإضافة إلى قيمها المعيارية في أعمال: Bouvard et al. (1993), Cottraux et al. (1985), Cottraux et Blackburn (2006), Guelfi (2002).

تطبيقًا، فإن أبحاث الصدق شملت جميع مجالات علم النفس المرضي والطب السلوكي والسلوكيات الطبيعية. يجب استكمالها باستبيانات شخصية أو تدابير مخصصة حسب اختبار الفرضيات. تسمح الاختبارات السلوكية في الواقع بقياس مباشر لأداء الشخص وقد تختلف بشكل كبير عن مقاييس التصنيف.

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

يمكن استخدام تسجيلات الفيديو أو الصوت لتقييم كل من المرضى والمعالجين. على الرغم من المقاومة والرفض التي تثيرها، إلا أنها تعمل على إبراز العمليات والنتائج العلاجية. في وضع عدم الاتصال، يمكن لمحكمين مستقلين تقييم تقدم المرضى، ومحتوى تفاعل العلاج النفسي، والتزام المعالج بالفرضيات والتقنيات العلاجية. بالطبع، لا يمكن تسجيل الفيديو إلا بالموافقة المستنيرة للمريض الذي قد يطلب في أي وقت إتلاف هذا التسجيل (Cottraux, J, 2020)

6- التحليل الوظيفي: (النهج الكيفي)

الهدف من التحليل الوظيفي هو تحديد العوامل الانطلاق (السوابق) للمقاطع السلوكية وعوامل الحفاظ (النتائج) التي تجعله يكرر نفسه في بيئة معينة. لذلك من الضروري إجراء قياسات، وعبارة أخرى، تسجيل لفترة معينة من السلوكيات التي يمكن ملاحظتها، والتي من المحتمل أن يتم احتسابها، والتي يمكن أن يكون هناك اتفاق عليها بين العديد من المراقبين. تخضع سلوكيات المشكلات، مثل أي سلوك آخر، لتأثير الضوابط من مختلف الأنواع التي يمكن تحديدها وجعلها موضوعية لاستخدامها لاحقاً في العلاج. يجب تحديد السلوكيات التي تمت ملاحظتها بوضوح. وهذا صالح لسلوكيات المفتوحة أو حتى الغير ظاهرة، لهذا يتم اكتشاف ثلاثة أنظمة: النظام الحركي، المعرفي والفيزيولوجي والانفعالي.

والخطوات التي يقوم بها المعالج في التحليل الوظيفي مع مريضه هي نفس الخطوات يقوم بها الباحث أمام موضوع بحثه وتتحد مراحل في أربعة مراحل بغض النظر عن نماذجه المحددة وهي:

- جمع المعلومات (الكيفية في تاريخ الحالة، والكمية في التقييم عن طريق المقاييس)
- طرح فرضيات باستخدام أحد نماذج التحليل الوظيفي التي سنتطرق إليها لاحقاً
- التجريب وهو تطبيق العلاج
- التحقق من صحة نتائج التجريب وفي هذه المرحلة يمكن أن يعيد المعالج النظر في صحة الفرضية المطروحة في المرحلة الثانية بالنظر إلى النتائج التي تحصل عليها من المرحلة الثالثة.

7- نماذج التحليل الوظيفي:

7-1- شبكة (Kanfer et Saslow (1969

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

هي من أولى الشبكات التي اقترحت على مختصي العلاج السلوكي المعرفي، وهي تشكل مجموعة من الأسئلة التي يجب أن بطرحها المعالج على المريض، وهي لا تعتبر أداة مقننة ولكن خطوط توجيهية لملاحظة السلوكية التي تساهم في بناء قاعدة صياغة الحالة.

الجدول رقم 06 شبكة (1969) Kanfer et Saslow

تحليل السلوك المشكل
حدته: - شدته: - تكراره - مدتها - يحدث السلوك في ظروف اجتماعية لا تتطلب ذلك عادة؛ مثال: طقوس الغسل الوسواسية
العجز: - تكرار غير كافي - شدة غير كافية - شكل مناسب - لا يظهر في الظروف الاجتماعية التي تتطلب ذلك عادة؛ مثال: الرهاب الاجتماعي، الانسحاب الاكتئابي، العجز الجنسي - السلوكيات المناسبة: في أي ظروف وفي أي أشكال يكون للموضوع السلوكيات المناسبة؟
توضيح الوضعية المشكلة
شروط الظهور - أين؟ - متى؟

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

- كيف؟
- في أي حالة؟
- مع من؟
النتائج:
-التعزيز الإيجابي (فائدة ثانوية)
-التعزيز السلبي (التجنب أو الهروب من مواقف معينة)
-عواقب وخيمة
- عواقب تغيير السلوك الحالي
تحليل الدوافع
ما هي الأحداث المعززة التي يمكن استخدامها لتعزيز التغيير؟
ما هي الفوائد الثانوية الحالية؟

التحليل النمائي
- تغيرات بيولوجية حديثة
- تغيرات اجتماعية حديثة
- تغيرات سلوكية حديثة
تحليل التحكم الذاتي
- ال لقدرة على الإدارة الذاتية للصعوبات الحالية والمشكلة السلوكية
تحليل العلاقات الاجتماعية
تحليل الشروط الاجتماعية الثقافية و الجسدية (حدود التعزيز)

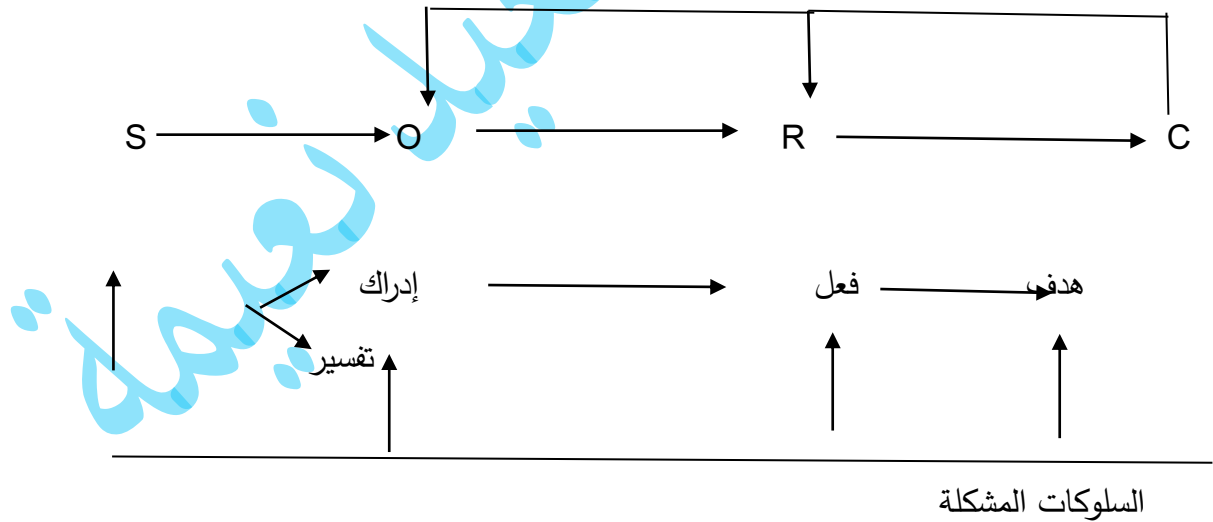
(Cottraux ,J,2020)

7-2- نموذج SORC

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

هو نموذج سلوكي بحث وحتى نفهم مخطط منبه- عضوية - استجابة - نتائج نقدم الحالة مريض يعاني من العجز الجنسي: مكن أن نطرح سؤال حول أسباب التي تطلق سلوكه والمحافظة عليها في المستويات الأربعة التالية:

- **المنبهات:** هل هناك غياب للمنبه التمييزي المناسب؟ هل الشريك هو ما يتمناه المريض؟ هل تغير؟ هل هناك بحث لشريك جديد؟
- **العضوية:** هل يعاني من نقص عضوي؟ بأي آلية حصل على مشكلة السلوك؟ وما هي العلاقات بين السلوك المشكل والعواطف؟ هل هو اشراط كلاسيكي؟



الأسئلة :

- منذ متى؟
- أين ؟
- كيف ؟

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

- متى؟
- مع من؟
- النتائج؟
- ما الذي يؤدي إلى تفاقمها؟
- ما الذي يؤدي إلى انخفاضها؟
- ما الذي يسير جيداً؟

الشكل رقم 05 التحليل الوظيفي لشبكة SORC

سيؤدي الفشل المبطل الأول إلى استباق القلق وتعميمه فيما يتعلق بالاتصال الجنسي. سيؤدي هذا القلق إلى استمرار عدم الانتصاب والذي بدوره سيؤدي إلى تفاقم القلق. فهل هذا هو الاشراف الاجرائي؟ هل الصراع الزوجي الخارج عن المشكلة الجنسية، يعزز عدم الرغبة الجنسية من خلال خلق مجموعة من المشاعر السلبية بين الشريكين؟ (Cottraux, J, 2020)

يمكن اتباع تحليل العضوية بتحليل أفكارها، فما هي أفكارها فيما يتعلق بالمادة الجنسية؟ هل هناك حوارات داخلية قائمة على استباق الفشل؟ ما هي الصور العقلية التي ترافق العلاقات الجنسية وماهي آثارها على القذف؟ هل لدى المريض نظام معتقدات غير عقلاني فيما يخص الجنس، قد تؤدي إلى تشويه إدراك الوضعيات الجنسية؟ قد تكون هذه الوصفات الأبوية الداخلية في شكل محظورات (تشويه المعلومات المكتسبة). هل يجب أن يتوافق الشخص مع نماذج السلوك الجنسي "التي يتعذر الوصول إليها" بالنسبة له (النمذجة)؟

- الاستجابة:

ما هو مستوى أدائه كما يصفه ولكن أيضاً كما يختبره؟ هل يشعر بالقلق قبل ممارسة الجنس؟ ماذا يقول شريكته الحالية: هل توافق على مستوى وتكرار العلاقات الجنسية؟

- النتائج:

هل يتم تعزيزه بشكل صحيح عندما يقوم بسلوك جنسي يقترب من الجماع المرضي؟ هل كان ذلك موجوداً من قبل عندما لم يكن يشعر بمشاكل جنسية؟ كيف يكافئ هو وشريكه ويعاقبان بعضهما البعض في حياتهما الزوجية؟

في الممارسة العملية، سيتألف التحليل السلوكي من دراسة السرد المفصل المقدم من طرف المريض وشريكه إذا كان هناك واحد في وقت الاستشارة. سيتم استكمال التحليل الوظيفي باختبارات نفسية ومقاييس

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

تصنيف. على مستوى آخر من التحليل، إذا أمكن، سيتم إجراء مقابلتين منفصلتين للمريض والشريك. من الممكن أن يكون الشفاء على هذا المستوى: ثم يُعزى إلى المستوى الأول من عمل العلاج السلوكي، أي مستوى المعلومات - وبالتالي، في حالة العجز الجنسي الذي كان بسبب كف الشريك، فإن الحقيقة البسيطة المتمثلة في إعطاء بعض المعلومات عن النشاط الجنسي، أثناء مناقشة السلوك المشكل، سيكون كافياً لحل كف النشاط الجنسي للزوجة وعلاج عجز الزوج، والذي كان ثانوياً لنقص التعزيز. (Cottraux, J, 2020)

- التحليل المستقبلي لعواقب النتيجة الإيجابية

يجب دائماً مراعاة تحليل العواقب التي قد تترتب على تعديل السلوك المشكل للمريض ومحيطه. في الواقع، فإن الأعراض والسلوك يمثلان استجابة داخل نظام يخاطر بالتعديل من خلال الإجراء العلاجي. لذلك من المهم دائماً إجراء تحليل مستقبلي للعواقب التي قد تترتب على رفع الحظر أو القضاء على السلوك غير اللائق، على البيئة وعلى علاقات الشخص مع محيطه الاجتماعي. ينضم هذا التحليل "الاجرائي" إلى مشكلة الفوائد الثانوية. (Cottraux, J, 2020)

7-3- نموذج BASIC IDEA

كما يمكن استخدام أسلوب التحليل السلوكي الذي وضعه (1977) Lazarus المعروف باسم BASIC IDEA وهو كالتالي:

- B السلوك المفتوح
- A العاطفة التي ترافق هذا السلوك
- S الأحاسيس (الضغط العضلي خصوصاً) التي ترافق السلوك
- I الصورة العقلية في علاقتها مع السلوك
- C الأفكار و المعتقدات المتعلقة بسلوكه و تلك التي تتعلق بإمكانية التغيير.
- I بين شخصية الخاصة بالعلاقات البشخصية بالاتصال مع السلوك المشكل
- D المخدرات يتوافق مع الانجذاب إلى المخدرات وكذلك الأدوية والحالة الجسدية

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

وإلى هذه الشبكة الأصلية أضاف (Cottraux et al., 1985) الحرفين الأخيرين 'A' 'E' الذي يعطي BASIC IDEA أو الفكرة الأساسية :

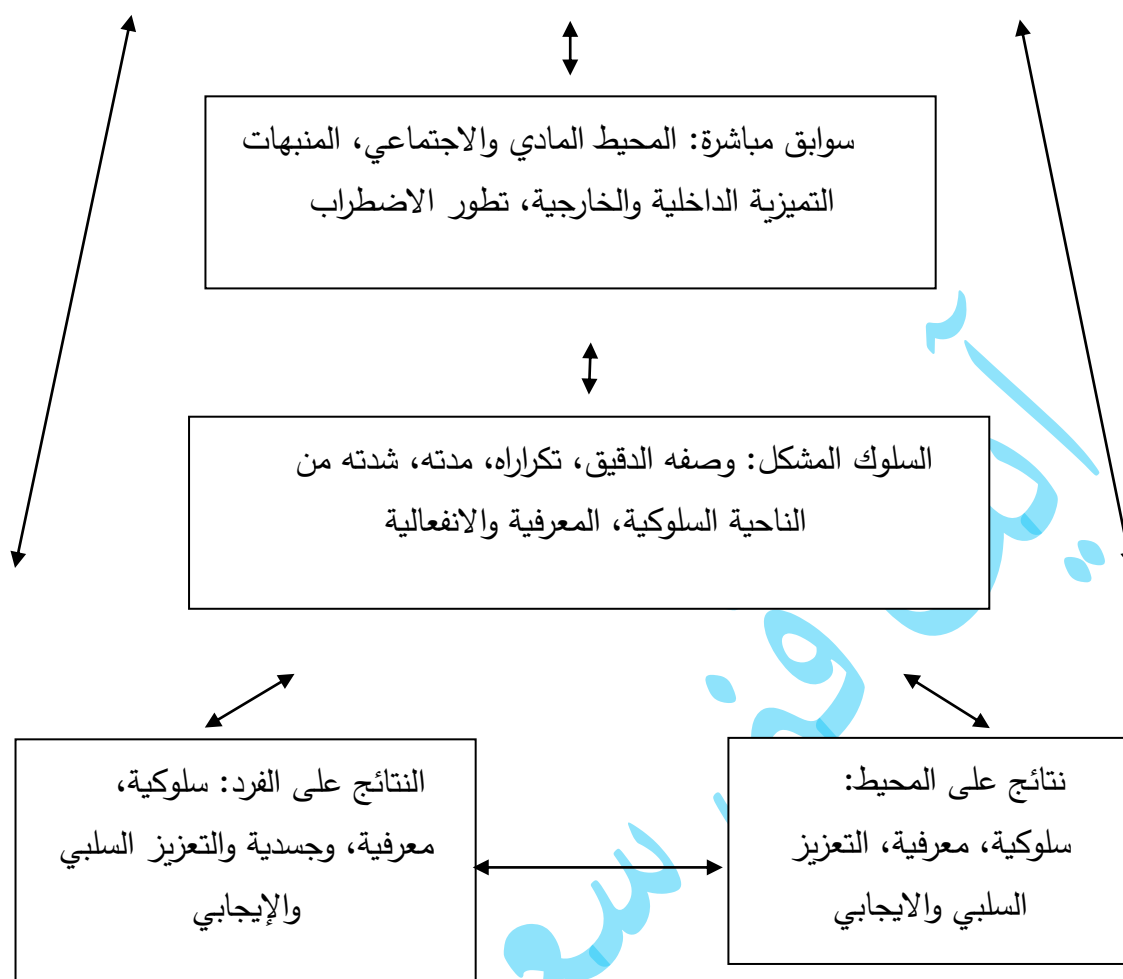
- E التوقعات التي تعني ما يأمله و ما ينتظره الفرد من العلاج؟
- A المواقف (الإيجابية و الحيادية او السلبية) للمعالج أمام المفحوص.

7-4 شبكة Fontaine et Ylief

وضعها على شكل تفاعل بين السوابق البعيدة والسلوكات الحالية ونتائجها على المحيط الفرد كما نلاحظ في الشكل رقم (06)

سوابق تاريخية، موروثة ومكتسبة: بيولوجية، اجتماعية ثقافية وعائلية،
مدخرات سلوكية ومعرفية خاصة

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي



الشكل رقم 06 يمثل شبكة التحليل الوظيفي لـ Fontaine et Ylief (Fontaine et al., 1984)

SECCA 5-7 شبكة

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

من أجل عرض أكثر دقة للتحليل الوظيفي لاضطراب الفوبيا، نوبات الهلع، الاكتئاب ومشاكل الجنسية قام (Cottraux, 1985) ببناء شبكة تحليل وظيفي تجمع عناصر مختلفة:

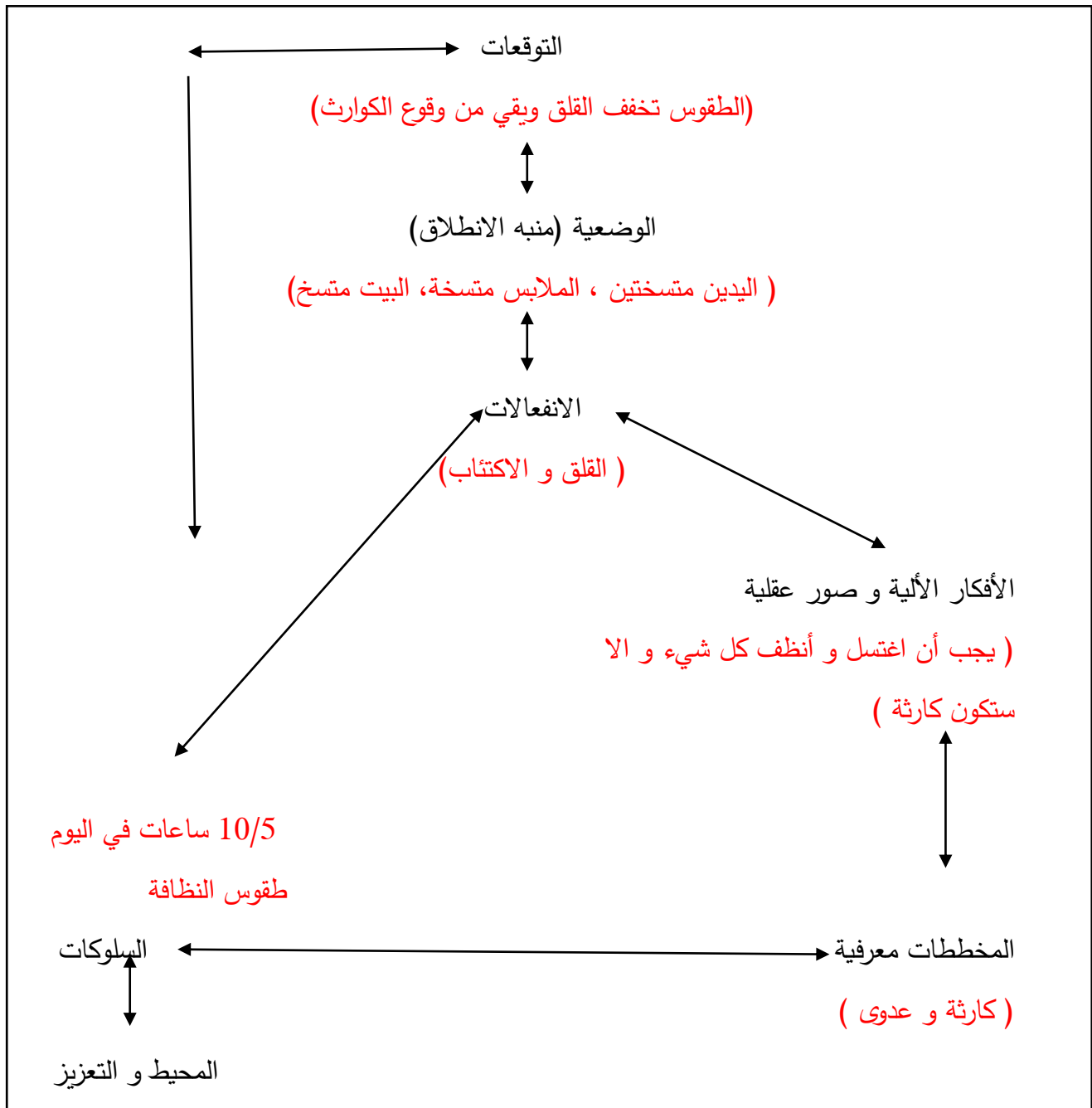
- S المنبه
- E الانفعال
- C المعارف (الأفكار، الصورة العقلية، نظام المعتقدات في علاقته مع المخططات المعرفية)
- C السلوكيات
- A التوقعات

هذه الشبكة، التي هدفها تعليمي وعملي، تتضمن جزءًا متزامنًا حاليًا الشكل رقم () مما يجعل من الممكن تحليل مقطع سلوكي للمنبهات- الانفعالية- المعرفية والسلوكية - والتوقعات و علاقتها بالمحيط . كما تتكون الشبكة من جزء طولي (تاريخي) و هو يسمح ببناء التاريخ الماضي للمريض، و لقد قام (Cottraux, 1985) بإجراء بعض التعديلات عليها بما يتناسب مع تعريف المخططات المعرفية لـ de Beck et Young و يتضمن الجزء التاريخي الطولي العناصر التالية:

- معطيات بنيوية ممكنة:
- 18- وراثية
- 19- شخصية
- عوامل الانطلاق الأساسية
- الأحداث المعجلة للاضطراب
- عوامل تاريخية للاحتفاظ
- مشاكل أخرى
- علاجات سابقة
- أمراض جسدية

(Cottraux ,J,2020)

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي



(الزوج)

- يوافق زوجته في كل شيء
- يقبل غياب العلاقة الحميمة

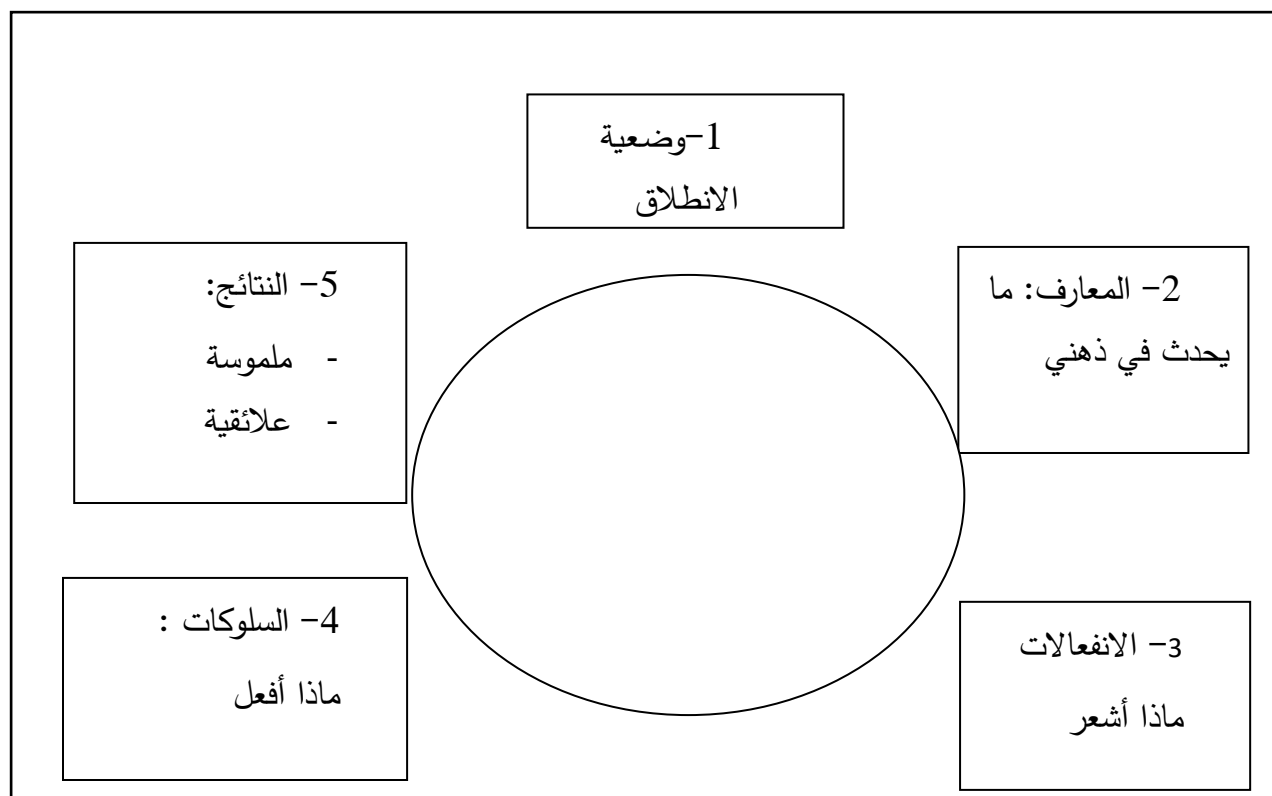
الشكل رقم 07 التحليل الوظيفي لشبكة SECCA مثال لحالة امرأة تعاني من الوسواس

القهري (القسم الطولي الحالي) (Cottraux ,J,2020)

8-التحليل الوظيفي المتواصل (الحلقات المفرغة لـ Cungi)

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

ميزة هذه الشبكة هي بساطتها وحقيقة أنه يمكن تنفيذها من قبل كل من المريض والمعالج أثناء العلاج لمحاولة إضفاء الطابع الرسمي على المادة التي تظهر أثناء العلاج. لا يحل محل التحليل الوظيفي الأكثر اكتمالاً لشبكة SECCA، والتي يجب إجراؤها قبل العلاج لكل مشكلة أو اضطرابات يعاني منه المريض. إنه مفيد للتحليل الدقيق المستمر الذي يتم إجراؤه أثناء الجلسة.



الشكل رقم 08 الحلقات المفرغة حسب (d'après Cungi, 1995)

9- كيفية إجراء تحليل وظيفي جيد

لا يتم إجراء التحليل الوظيفي على الفور ولكن بشكل عام في المقابلة الثانية. تكون المقابلة الأولى أكثر انشغالاً بالتواصل، وإقامة علاقة، وإعداد التشخيص أو التحقق منه، وأخيراً دراسة جدوى العلاج. بمجرد تحديد إمكانيات العلاج، ننتقل إلى المرحلة التالية: مقابلة التحليل الوظيفي ومن أهم الخصائص الرئيسية التي سنصفها:

تعتبر مقابلة التحليل الوظيفي مقابلة موجهة بمعنى أنها موجهة نحو جمع البيانات الدقيقة المتعلقة بسلوك (سلوكيات) المشكلة التي قدمها المريض:

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

20- ما هي المدة التي حدثت فيها مشكلة السلوك؟

21- أين ؟

22- متى؟

23- كيف؟

24- كم مرة لكل وحدة زمنية؟

25- مع من أم ماذا؟

26- ما الذي يسبق السلوك المشكل؟

27- ما الذي يقلل من السلوك المشكل؟

28- ما الذي يزيد من مشكلة السلوك؟

29- ما الذي يعيق السلوك المشكل؟

هذه هي العلاقات الرئيسية بين البيئة والسلوك التي يجب تحديدها في جميع الحالات. يمكن إنشاء هذه العلاقات بطريقة توجيهية إلى حد ما. لكن هذه هي العناصر الضرورية لبناء برنامج فعال.

يعتبر التحليل الوظيفي مرحلة تجريبية. هناك استقراء، من البيانات التي تم جمعها بطرق مختلفة، لفرضية عمل تمت صياغتها مع الموضوع وتؤدي إلى تحديد المشكلة السلوكية وطريقة تعديلها. وبالتالي، فإن ما يمكن أن يتوقعه المعالج والمريض من بعضهما البعض محدد بوضوح. لذلك هناك اتفاق متبادل على الأهداف والنتائج المتوقعة من العلاج. هناك أيضًا بناء فرضية سيتم التحقق منها أم لا بعد تطبيق العلاج (متغير مستقل) على سلوك واحد أو أكثر (المتغيرات التابعة) (Cottraux, J, 2020)

الدفع والقدرة على الاستماع والتسامح والتعاطف والموضوعية هي بالتأكيد من بين السمات السلوكية التي يسعى كل معالج إلى تنفيذها. بشكل عام يرى المرضى المعالجين السلوكيين والمعرفيين، مقارنة بالمعالجين النفسيين الكلاسيكيين، على أنهم أكثر انفتاحًا (أو منفتحين)، وأكثر دفئًا، وأكثر ثرثرة، وأقرب إلى مشاكل المريض والواقع، أكثر توجهًا نحو النتائج، ولكن أيضًا أكثر توجيهية واستبدادية

يسعى المعالج بنشاط لجعل المريض يقوم بدور فعال فيما يتعلق بمشاكله. يخبره المعالج أنه من المرجح أن تكون قابلة للشفاء ويسعى إلى تطوير سلوك تأكيد الذات فيه وتقليل المعتقدات غير العقلانية، ولا سيما القدرة المطلقة للماضي على الحوارات الداخلية الحالية والانهازمية. ("لن أحقق أي شيء"، "أنا لا أستحق أي شيء"). (Cottraux, J, 2020)

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

يركز المعالج على هنا والآن في العلاقة مع المريض. فالحاضر هو موضوع المشكلة لكن الماضي لا يهمل. فيقوم المعالج بالبحث عن حلقة من الاشرط الأساسي، حالة صادمة متكررة، عدم كفاية عمل النماذج. ومع ذلك، من الصعب تأكيد موثوقية هذه البيانات. على المستوى العملي، فإن العمل مع الماضي يكون منطقيًا فقط لتعديل السلوك الحالي.

تتضمن أيضا مقابلة التحليل الوظيفي تحفيز المعالج بالإضافة إلى تحفيز المريض، ويمكن القيام بذلك بسهولة عن طريق تحديد توقعات الطرفين. الهدف هو تعزيز الموقف النشط لدى المريض، لتحديد فرضية عمل تنبؤية فعالة، وتنفيذ تقنية في مناخ علاقي إيجابي.

يعتبر تسجيل البيانات جد ضروري. من الواضح أن أجهزة تسجيل البيانات المستقرة ضرورية لتخزين القياسات التي تم إجراؤها ومعالجتها الإحصائية اللاحقة. أخيرًا، تجدر الإشارة إلى أن أي تحليل وظيفي يستغرق وقتًا، على الأقل ساعة. لكن هذا ليس الوقت الضائع. كلما كان التحليل الوظيفي أكثر شمولاً، كلما كان البرنامج أكثر دقة، زادت فرص تحقيق نتيجة مرضية.

10-التقنيات العلاجية المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي

تنقسم التقنيات المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي إلى تقنيات معرفية وأخرى سلوكية يمكن تلخيصها في الجدول التالي:

الجدول رقم 07: التقنيات المستخدمة في العلاج السلوكي المعرفي

تقنيات معرفية	تقنيات سلوكية
- التحليل العقلاني (الحدث، الأفكار، الانفعالات، الفيزيولوجية)	- تنشيط السلوك
- التحليل الوظيفي	- التعرض في الواقع
- الملاحظة الذاتية للأفكار	- التعرض بـ interoceptive
- التثقيف النفسي	- التجارب السلوكية:
- إعادة البناء المعرفي	34- المخاطرة محاولة سلوكيات جديدة
30- التساؤل السقراطي	35- اختبار فرضية
31- الاكتشاف الموجه	36- لعب الأدوار مع المعالج
32- التحقق من الفرضيات	37- تعلم المهارات
33- اعدة التأطير	- التعرض ومنع الاستجابة
	- تأخير الإشباع (شكل من أشكال التعرض

المحاضرة الثامنة: خطوات العلاج السلوكي المعرفي

ومنع الاستجابة	- التعرض في الخيال
- الاسترخاء	- السيناريو الأسوأ / إسقاط الوقت
- حل المشكلة	
- التحكم في المنبه	
-	

(Joanisse Melanie, 2009)

أين في سعيد زعيمه

المراجع :

- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2004). Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation treatment to getting your life back. Oakland, CA: New Harbinger
- Austin, J.A (1997) ‘ stress reduction through mindfulness meditation’ psychotherapy and psychosomatic 66:97-109
- Baer, R:A (2003) ‘ mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review, 10,125
- Barlow ,D , H & Craske, M,G (2000) ‘ mastery of your anxiety and panic (3rd ed) , new York; psychological corporation
- Bouton ME (2007). Learning and behaviour: A contemporary synthesis. Sunderland; Mass: Sinauer Associates, Inc
- Borkovec, TD & Inz, J (1990) ‘ the nature of worrying generalized anxiety disorder predominance of thought activity’ Behavior research and therapy, 28, 153
- Brown, J. D., & Siegel, J. M. (1988). Attributions for negative life events and depression: The role of perceived control. Journal of Personality and Social Psychology, 54(2), 316–322.
- Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., & Herman-Dunn, R. (2008). Behavioral activation for depression. In D. H. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders (4th ed.): A step-by-step treatment manual (pp. 328–364). New York: Guilford Pre
- Hayes, S (1994) ‘ Content, context and types of psychological acceptance’ Reno: Context press
- Hayes, S, and al (2006) ‘ Acceptance and Commitment Therapy, model, processes and outcome , Behavior Research and Therapy,44,25
- Hayes, S, and al (1996) ‘ Experiential avoidance and behavioral disorders’ Journal of consulting &Clinical Psychology,64, 1152
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. Psychological Science in the Public Interest, 3, 39–77
- Kabat-Zinn,J (1985) ‘ mindfulness-based intervention in context: past, present and future’ Clinical psychology: Science and Practice, 10,125

- Kiesler DJ (1996). Contemporary interpersonal theory and research: personality, psychopathology and psychotherapy. New York; Wiley
- Klein DN, Leon AC, et al., (2011). Social problem solving and depressive symptoms over time: a randomized clinical trial of Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Brief Supportive Psychotherapy, and Pharmacotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology; 79 (3): 342-352.
- Kocsis JH, Gelenberg AJ, et al. (2009). REVAMP Investigators: cognitive behavioural analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: the REVAMP Trial. Arch Gen Psychiatry; 66:1178-1188.
- Joannis Mélanie (2009) 'Thérapie cognitive-comportementale : Qui ? Quand ? et Comment ? Techniques de base
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for depression. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(2), 295–304.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. Clinical Psychology: Science and Practice, 8(3), 255–270.
- Lewinsohn, P. M. (2001). Lewinsohn's model of depression. In W. E. Craighead & C. B. Nemeroff (Eds.), The Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science (3rd ed., pp. 442–444). New York: Wiley.
- Linehan , M (2000) ' manuel d'entraînement aux compétences pour traiter le trouble de personnalité état limite ' Genève Edition médecine et hygiène
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). Depression in context: Strategies for guided action. New York: Norton.
- Martell, C. R., Dimidjian ,Herman-Dunn (2010). Behavioral Activation for Depression, A Clinician's Guide, The Guilford Press New York
- McCullough JP (2006). Treating chronic depression with disciplined personal involvement: CBASP. New York; Springer

- McCullough JP, Benjamin DL, et al. (2010a). A method for conducting intensive psychological studies with early-onset chronically depressed patients. *American Journal of Psychotherapy*; 64: 317–337
- McNally, R, j (1995) ‘ Automaticity and the anxiety disorders’ *Behavior Research and Therapy*,33,754
- Neudeck P, Schoepf D, Penberthy JK (2010). Learning theory aspects of the Interpersonal Discrimination Exercise (IDE) in Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *The Behaviour Therapist*, 33(3): 58-63.
- Sayegh L (2010). Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy for treatment resistant depression: adaptation to a group modality. WCBCT, Boston, June 3; Symposium 33: KCB 101.
- Schoepf D, Konradt B, Walter H (2007). Specific psychotherapy of chronic depression with the Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy. *Nervenheilkunde*; 26: 790 – 802.
- Schoepf D, Neudeck P, Walter H (2011). Learning theory aspects of the Interpersonal Discrimination Exercise (IDE) and clinical applications. Third International CBASPNetwork Conference, Lübeck, August 25th to 27th, P-05.
- Schnell K, Schoepf D, et al. (2010). Insights into the „Helpless Brain“– an fMRI-Model of perceived functionality in chronic depression. WCBCT, Boston, June 3; Symposium 33: KCB 101.
- Schramm E, Zobel I, et al. (2010a). Efficacy of CBASP versus IPT in early onset chronically depressed patients. *J Affect Disord*; Epub ahead of print.
- Segal, Z, V and al (2006) ‘ La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience : une nouvelle approche pour prévenir la rechute depressive’ *Bruxelles : DeBoeck*
- Schoepf D & Neudeck P (2014) ‘Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP): A DisorderOriented, Theory-Driven Psychotherapy Method from the “Third Generation” of Behavior Therapy Models, Designed for the Treatment of Chronic Depression ‘ 1University Clinic Bonn, Department of Psychiatry, CBASP-Centre of Competence
- Smith,A (2004)’ Clinical Uses of Mindfulness training for Older people’ *Behavioral and cognitive psychotherapy*,32,423

المراجع

- Teasdale, J, D (2005) ‘ Mindfulness- based cognitive therapy and third wave in CBT: Invited address, In proceedings of the 34th annual Congress of The European Association for Behavioural and Cognitive Therapies
- Watkins, E (2004) ‘Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing’ Behaviour Research and Therapy, 42, 1037
- Williams, J, m, G, and al (2000) ‘mindful meditation reduces overgeneral autobiographical memory in depressed patient’ Journal of Abnormal psychology, 109? 150.