



أثر فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في خفض الوهن العصبي لدى مراجعي العيادات الطبية

م. د. حازم بدري أحمد

جامعة الامام جعفر الصادق (ع) كلية الآداب

The effectiveness of dialectical behavioral therapy in reducing
neurasthenia among patients visiting medical clinics

Lecturer Dr. Hazim Badri Ahmed

lnsr.net@gmail.com

ملخص البحث:

يعاني الكثير من مراجعي العيادات الطبية من الوهن العصبي الذي يستنفذ طاقتهم لكونه عاملاً أساسياً في إحداث الإضطرابات النفسية، وطبق مقياس الوهن العصبي على (١٠٢) من المراجعين ، وتم اشراك (١٨) منهم من الذين سجلوا أعلى الدرجات على المقياس، وباستخدام تقنيات العلاج السلوكي الجدلي (اليقظة الذهنية، وتنظيم الانفعال) تم تخفيف آثار الوهن العصبي عليهم ، وتوصل البحث الى ضرورة التوعية والتثقيف في الصحة النفسية ، وتوفير المعالجين النفسيين في العيادات الطبية. الكلمات المفتاحية : العلاج السلوكي الجدلي ، الوهن العصبي ، مراجعي العيادات الطبية

Abstract:

Many of the patients who visit medical clinics suffer from neurasthenia, which drains their energy because it is a major factor in causing psychological disorders. The neurasthenia scale was applied to (102) patients, and (18) of them who scored the highest scores on the scale were involved. By using dialectical behavioral therapy techniques (mindfulness and emotion regulation), the effects of neurasthenia on them were reduced. The research concluded that there is a need for awareness and education in mental health, and the provision of psychological therapists in medical clinics. Keywords: Dialectical behavior therapy, neurasthenia, clinic patients

مقدمة البحث :

يشهد العالم المعاصر انتشاراً مخيفاً للاضطرابات النفسية والسلوكية والجسمية، مما أصبح يشكل خطراً كبيراً على حياة الأفراد واستقرار المجتمعات، وهو ما يؤدي إلى إهدار القدرات وتشنيت الإمكانات. وقد دفع هذا الوضع العلماء في شتى المجالات المتعلقة بحياة الإنسان، سواء في جانبها العضوي أم النفسي أم الاجتماعي، إلى القيام بالكثير من الأبحاث والدراسات لعلهم يستطيعون بذلك الوقوف على أسباب هذه الاضطرابات وتفسيرها تفسيراً علمياً يرقى بهم إلى الحلول المناسبة. وضمن هذه الدراسات نجد الدراسات النفسية التي أصبحت ضرورة ملحة نظراً لتغير نمط حياة الأفراد والمجتمعات، وهو ما أدى بالإنسان إلى العيش تحت ضغط مستمر، مما جعله في كثير من الحالات يفشل في تحقيق التوافق النفسي الذي يعتبر شرطاً أساسياً للصحة النفسية، ومن أنواع الظواهر المرضية التي أصبح الإنسان يعيشها في هذا العصر يوجد التعب؛ الوهن العصبي الذي يأتي كنتيجة للضغوط النفسية الكثيرة، وهي بدورها تؤثر على الجهاز العصبي وأجهزته العضوية مما يؤدي إلى انخفاض مقاومة الجسم، فإذا ما اجتمع تعب المراكز العصبية مع ضعف المقاومة البدنية؛ فإن الإنسان تخور قواه ويصبح كائناً ضعيفاً معرضاً لشتى أنواع المضاعفات وعلى هذا الأساس يمكن اعتبار الأمراض النفسية والسلوكية والعصبية من أخطر المشكلات التي يواجهها الإنسان في الوقت الحاضر، إذ أصبحت حياته متسمة بالإرهاق والعمل فوق ما يطيق. ولذلك يرجع بعض الباحثين هذه الأمراض التي يعاني منها الملايين من الناس إلى الوهن العصبي؛ أو ما يمكن اعتباره هبوطاً في القوة العصبية. (بريغ، ٢٠٠٦، ٢٧) لم يعد الوهن العصبي مقتصرًا على فئة معينة من الناس، بل يعاني منه كثير من فئات المجتمع، مع الإشارة إلى تنوع درجة المعاناة ارتفاعاً وهبوطاً تبعاً لتفاعل وتضافر عدة عوامل: بيئية، اجتماعية، مادية، مهنية، وراثية وصحية، وأكد ذلك كل من (Ichoch, B. 1983) و (Charon, J. 1962). وتشير التقديرات أن (٣٠ %) سوف يعانون من اضطراب نفسي في فترة ما من حياتهم،

كذلك فإن (٤٠%) من المرضى المترددين على الأطباء بغض النظر عن تخصصاتهم، يعانون من أعراض تعب الجهاز العصبي .(عكاشة، ٢٠٠٧، ٨١٨) ولا يتوقف الأمر عند هذا الحد إذ توجد كثير من الفئات على اختلاف مجتمعاتهم، ومهنهم يعانون من الوهن العصبي، ففي دراسة على عينة من الممرضات تبين أنهم يعانون من الوهن العصبي، ويتضح ذلك في صعوبة ضبط الانفعال(التعايش المفرط مع آلام المرضى)، عدم فرض وجودهن في العمل، ومشكلات في العلاقات مع المسؤولين في العمل وغيرها من الأسباب (Pinell, P.1998) وتعاني الأمهات من الوهن العصبي؛ نظرا لما يتحملنه من مسؤوليات أسرية عديدة ، ومقاومتهن للوهن البدني والإحباطات ، وتعاملهن الكبير مع الصراعات هذا ولم يتوقف ظهور الوهن العصبي عند تلك الفئات فقط بل تعداهم إلى فئة من أهم فئات المجتمع وهم الطلبة الجامعيين، وفي هذا يصرح " لوريول (Loriol,M,1998) أن الوهن العصبي لدى الشباب موضوعا جديراً بالاهتمام، وقد بينت مجموعة من الدراسات (Furberg, H, et al. 2005) أن الأعراض النفسية والجسمية للوهن منتشرة لدى عينات كبيرة من الشباب والمراهقين و بناء على ما سبق كان اهتمام الباحث بموضوع الوهن العصبي باعتباره مصدرا أساسيا في إحداث الاضطرابات النفسية، وعليه لجأ إلى بناء مقياس متلازمة الوهن العصبي لمراجعي العيادات الطبية، ثم عمد إلى كشف مستويات الوهن العصبي لديهم، وتحديد الفروق وفقا لبعض متغيرات البحث وأخيراً قدم الباحث برنامجاً علاجياً باستخدام تقنيات العلاج السلوكي الجدلي لتخفيض الوهن العصبي.

مشكلة البحث:

الحياة المليئة بالضغوط والتغيرات والتعقيدات أفرزت زيادةً وتنوعاً في مصادر التعب، والإجهاد التي يتعرض لها الأفراد ؛ ولذا يحتاج الإنسان العصري إلى التوازن العصبي، والطاقة العصبية، لمقاومة التعب أكثر مما يحتاج إلى القوة العضلية، باعتبار أن الوهن العصبي السبب الرئيسي لكثير من الأمراض النفسية وأصبح من المقبول على نطاق واسع أن الضغوط التي تواجه مجتمعنا لها انعكاسات كبيرة على صحة الفرد النفسية وعلى قدراته بحسب دراسة (Moss. A, ١٩٨١) أن أحداث الحياة والمتطلبات اليومية ذات تأثير يؤدي إلى ظهور أعراض نفسية، وجسمية، وسلوكية ، واتضح أن التأقلم غير الفعال مع الضغوط يُعد عاملاً قوياً سواء في ظهور الأعراض أم في الأداء ويرى الباحث أن ثمة خطورة في الضغوط التي تواجه مراجعي العيادات الطبية ؛ إذ إنه من السهل أن تؤثر على صحتهم النفسية والذهنية؛ حيث لاحظ من خلال خبرته الميدانية كإخصائي نفسي أن كثيرا من مراجعي العيادات الطبية الخاصة متقلين بهجوم المرض العضوي حسب اعتقادهم وكلف العلاج التي تقلق منامهم وترهق ميزانياتهم الاقتصادية المحدودة ينتج عن هذا وهناً عصبياً مصحوباً بأعراض ومؤشرات التعب الذهني والجسدي .وللإجابة على تساؤلات البحث، وتحقيقاً لأهدافه، والتزاماً بحدوده، سلك البحث الخطوات التالية :

١- تحديد مشكلة البحث وفرضياته ، وأهدافه، وأهميته، والمصطلحات المستخدمة ، وكذلك حدود البحث وأدواته وخطته؛ وذلك لتحديد الإطار العام للبحث.

٢- عرض لأهم الدراسات المتصلة بموضوع البحث بغية توضيح أوجه التشابه والاختلاف بين تلك الدراسات و البحث الحالي ، ولتبيان موقف البحث من حيث إفادته لما سبقه من تراث علمي، وما يحاول أن يضيفه إليه

٣- عرض مفهوم الوهن العصبي ، وتعريف بعض المصطلحات التي تتداخل معه ، ثم عرض لأهم أسباب الوهن العصبي مصنفة إلى فئات معينة ، مع توضيح بعض التغيرات الفيزيوكيميائية التي تنجم عن تأثير الوهن العصبي على المراكز العصبية والجسم، يلي ذلك تناول مفهوم الطاقة العصبية ؛ لارتباطها المباشر بموضوع البحث(الوهن العصبي)، وكيفية هبوطها واستنفادها وقياسها ، ومحاولة حصرها بغرض الاستفادة منها في بناء أداة البحث المتمثلة في مقياس الوهن العصبي .

٤- إجراء دراسة ميدانية كانت بدايتها القيام بمجموعة من الدراسات الاستطلاعية على عينات صغيرة من مراجعي العيادات الطبية ، بهدف إعداد أداة البحث (مقياس الوهن العصبي) وبعد صياغة المقياس في صورته النهائية سيتم تطبيقه على عينة من مراجعي العيادات الطبية مرفقاً باستمارة المعلومات . بغرض اختبار الفرضيات والإجابة عن تساؤلات البحث .

٥- عرض النتائج الإحصائية المتعلقة بفرضيات البحث ومناقشتها بالإضافة إلى النتائج العامة ،مع تقديم المقترحات والتوصيات لمواجهة أنواع المشكلات والنقائص التي يواجهها ويعاني منها مراجعي العيادات الطبية ، والتي تؤثر في الوقت نفسه على صحتهم النفسية، وعلى ضوء نتائج البحث سيتم تقديم برنامجاً علاجياً للتخفيف من أعراض الوهن العصبي، وفي ضوء ما سبق فقد تبلورت مشكلة البحث من مصدرين هما :الأول: ما أسفرت عنه نتائج بعض الدراسات السابقة في أغلبها بتحديد أعراض الوهن العصبي ، وأهم الأسباب التي تؤدي إلى الوهن العصبي بالإضافة إلى بعض الدراسات الأخرى التي اهتمت ببناء أدوات لقياس الوهن العصبي وتحديد أبعاده .الثاني: ما قام به الباحث من إجراء دراسة استطلاعية

- على عينة مكونة من (٣٠) مراجع للعيادات الطبية باستخدام استمارة جمع بيانات المرفقة بالمقياس من وجود أعراض الوهن العصبي والتعرف على بعض الأسباب التي أدت إلى ذلك ، وقد أظهرت نتائج البحث الاستطلاعية ما يلي :
١. انتشار اضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب والوسواس القهري لدى العينة الاستطلاعية.
 ٢. انتشار اضطرابات ذهنية كالممل وضعف الذاكرة والتركيز لدى العينة الاستطلاعية.
 ٣. انتشار اضطرابات جسدية كتعب العضلات وقلة النوم لدى العينة الاستطلاعية.

و بناءً على ما تقدم تم تحديد مشكلة البحث في التساؤل الرئيسي التالي: ما الصورة النهائية لمقياس الوهن العصبي Neurasthenia scale () للمراجعين للعيادات الطبية؟ ما مدى معاناة المراجعين للعيادات الطبية من الوهن العصبي؟ ما مدى اثر البرنامج العلاجي للتخفيف عن الوهن العصبي ؟ ويسعى البحث الحالي للتأكد من الفرضية الاتية: "يعاني أغلبية مراجعي العيادات الطبية من أعراض الوهن العصبي". ويسعى البحث أيضاً إلى تحقيق الأهداف التالية:

- ١- بناء مقياس الوهن العصبي لمراجعين العيادات الطبية
- ٢- الكشف عن مدى معاناة المراجعين للعيادات الطبية من أعراض الوهن العصبي .
- ٣- اثر برنامج العلاج السلوكي الجدلي لخفض الوهن العصبي لمراجعين العيادات الطبية.

اهمية البحث:

الوهن العصبي؛ عصاب يكون فيه إرهاقية وإثارية جسدية وعقلية مميزة ؛ والأعراض جسدية وعقلية . على الجانب العقلي؛ هناك عدم قدرة على التركيز، وتعطل الذاكرة، وسيطرة أقل على العواطف، وشيء من الإحباط. وعلى الجانب الجسدي هناك عدم قدرة على عمل تمارين بدون إرهاق جسدي وتعب وشعور بالضغط على الرأس، وآلام في الأطراف والظهر، وتجدر الإشارة إلى وجود صعوبات تكتنف تعريف الوهن العصبي نظرا لوجود مرادفات عديدة لهذا المفهوم مثل التعب السيء، والإرهاق العصبي، والإعياء العصبي، ومتلازمة التعب المزمن، والإنهاك العصبي، والتمزق العصبي، والإفلاس العصبي، والانحطاط أو التدهور العصبي، والإرهاق الذهني، والنفاد العصبي، والكساد العصبي، والوهن العصبي . (بدر ٢٠٠٢، ٢٢) ويعد الوهن العصبي شعوراً ذاتياً ومستمرّاً بالإنهاك والضعف العام والإعياء والتعب المصحوب بأعراض عضوية متنوعة ينتهي إلى حد الإنهيار، إنه بمثابة تعب مزمن يحدث اضطراباً في سلوك الفرد وعضويته. وأول من استخدم هذا اللفظ العالم الأمريكي (بيرد) وجعله يشمل عددا كبيرا من الاضطرابات العصابية والعضوية، ثم يطلق على معظم أعراض العصاب التي يظن أنها ناتجة عن ضعف نفسي، وقد وصفه (جانيه) بأنه يشبه القلق والوسواس المتسلطة مضافا إليه الوهن والضعف في الطاقة النفسية للفرد على حد تعبيره، وعصاب الوهن العصبي هو إحساس المريض المستمر بالإرهاق والتعب والضعف ونقص الحيوية ، ويشمل مفهوم النيورستانيا الأنواع التالية من الظواهر المرضية :

أ - اضطرابات في الحساسية (صداد متصل أو متقطع وأوجاع متتلة وحساسية مفرطة وإحساسات متوهمة لا أساس عضوي لها .

ب - اضطرابات حسية (زيادة في حساسية الشخص وطين الأذنين) .

ج - اضطرابات حشوية وظيفية (خاصة بالهضم كارتخاء الأمعاء وتقلصات المعدة ومغص معوي واضطراب في إفرازات المعدة والمعوي والكبد ، فضلا عن الإمساك ... إلخ ، وخاصة بالأوعية الدموية كهبوط في ضغط الدم ، وخاصة ضعف جنسي متفوت ، وافتقاده الحساسية الجنسية)

د - اضطرابات التنفس (ضيق في التنفس والربو الكاذب) .

هـ - اضطرابات عصبية نفسية (أرق ودوار وترنح ورجفة وقلق واكتئاب وتهيج عصبي وخور في العزيمة واندفاع وسرعة التعب وصعوبة البدء في العمل، وتشتت الانتباه وضعف التركيز. (Rabinbach, 1990, 153) ، فالوهن العصبي حالة من الشعور الذاتي المستمر بالوهن النفسي العام، الذي يصحبه أعراض عصبية وجسمية، ومن أهم خصائصه الوهن النفسي والجسمي وشدة التعب والإعياء والفتور والإنهاك، وقد يصل إلى درجة الإنهيار ، وهو يكاد يكون حالة من " التعب المزمن " ويطلق عليه "الإنهيار العصبي" أو "الضعف النفسي" أو "الإعياء النفسي" أو "استجابة الضعف" أو "متلازمة التعب" وهناك كثير من الأسباب التي تشرح وتعلل لظهور أعراض هذا المرض، ومن ذلك :

- ١ - الوراثة : ويدل على أهمية هذا العامل وجود أمراض نفسية مختلفة في أقارب وأسلاف المصابين بالمرض .
- ٢ - التكوين الجسمي : هذا وقد لوحظ ظهور الوهن العصبي في الأشخاص ذوي التكوين الجسمي النحيف الواهن الذين يتصفون بشدة حساسية الجهاز العصبي .

٣- التسمم الذاتي :افترض كثير من الباحثين أن الجسم يفرز سموما لسبب أو لآخر . تسري فيه ، وتسبب المرض ، مما لم يثبت صحته حتى الآن .

٤ - الإنهاك : ويقال كذلك أن الإرهاق والإجهاد من الأسباب المباشرة للمرض .

٥ - الإيحاء والاستهواء : يرجع آخرون أسباب المرض إلى سهولة الاستهواء عند بعض المرضى ، فسرعان ما يؤمن المريض بما توحيه إليه نفسه (أو غيره) ، من أنه قليل الحيلة ، ضعيف الإمكانيات في كافة المجالات .

٦ - الصراع النفسي : كثيرا ما يعتبر أن أسباب الوهن العصبي نفسية في جملتها وأهمها :

أ - الصراع النفسي ذو التاريخ الطويل نتيجة تضارب الرغبات والإقدام والإحجام في السلوك ، مما يسبب الإنهاك والضعف ، والإحباط المتكرر ، وعدم إشباع حاجات الفرد ، والفشل والحرمان، واليأس ، والشعور بالنقص، والتوتر النفسي والاضطرابات الانفعالية العنيفة الطويلة والصدمات الانفعالية، والشعور بالعجز المفاجئ في حيل وأساليب الدفاع النفسي التي كان يعتمد عليها الشخص في مواجهة ضعفه ، وشعوره بالنقص (كحيلة التعويض مثلا) ، ووجود العدوان المكبوت ومحاولة مقاومته .

ب - النمو المضطرب للشخصية ، وعدم ضبط النفس ، وضعف الثقة في النفس ، وسهولة الإيحاء والاستهواء ، واعتقاد الفرد في قلة حيلته وضعف إمكانياته ، وعدم وجود خطة للحياة ، وعدم وضوح الأهداف والمثل والحياة الرتيبة ، ونقص الميول والاهتمامات .

ج - الاضطرابات الأسرية والانهيال الأسري، وطرق التربية الخاطئة (القسوة والحماية الزائدة والتدليل) وضعف الروح الاجتماعية ، والهروب من تحمل المسؤوليات وعدم التعود عليها ، وسوء التوافق الاجتماعي ، ووجود اضطراب مماثل لدى أحد الوالدين أو الأفراد المهمين في حياة الفرد ، واكتساب وتعلم الأعراض منه ، خاصة في حالة وجود مكاسب ثانوية لهذا السلوك المرضي المكتسب .

د - العمل الشاق المرهق تحت الضغط المصحوب بالقلق ، والمجهود المجهد الذي يستنفد الطاقة العصبية ، ويعوق الاسترخاء ، ويحول دون الاستمتاع بالحياة .

هـ - الحضارة الحديثة وضغوطها الشديدة ، ومطالبها الكثيرة ، وضغط مشكلات الحياة والاتجاهات السالبة نحوها ، وعدم الاستعداد لمواجهتها والضغوط النفسية المتعلقة بالمنافسة والخضوع والإهانة والنزب والعدوان والحروب ... إلخ .

الوهن العصبي هو استنفاد الطاقة العصبية، وليس مجرد شعور صاحبه أن جسده متعب ، وتظهر حالة التعب في الخلايا العصبية في صورة اضطرابات نفسية وبدنية. (كولز، ١٩٧٧، ٦٥-٦٧)

وأشارت " أمارة " إلى مفهوم الإنهاك أو الوهن العصبي الذي يعني إنهاك الطاقة النفسية المهيئة والمحركة لقوة العقل في ممارسة الحياة اليومية بشكلها السوي . (أمارة، ٢٠٠٦ ، ٥)

ووضح "جانيه" أن الوهن العصبي يعني نقص في الطاقة النفسية المصحوب باضطرابات ذات الطبيعة القهرية والمتمثلة في المخاوف، الوسواس المتسلطة والأفعال القهرية ويضيف أن هذا المفهوم جاء تأكيداً على الجانب النفسي للإعياء. (Comi G, Leocani L, Rossi P, Colombo B, 2001)

وحسب ما جاء به "كارولي ورامبا" بأن الوهن العصبي حالة لفقدان التوازن القابلة للإصلاح والمرتبطة بانخفاض فيزيولوجي للإمكانيات الوظيفية للشخص، لذلك فهي شبه استجابة لثبات الوسط الداخلي الناتج عن هبوط في الطاقة. (Caroli and Rampa, 1991, 87)

وهناك خطوطاً عريضة لمفهوم الوهن العصبي :

- أن الوهن العصبي يمس المراكز العصبية ويرتبط بمفهوم الطاقة العصبية (nervous energy) أو قوة الطاقة التي هي رصيد الفرد من الطاقة أن هذا الرصيد الطاقوي يمكن الاحتفاظ به من خلال عملية التعويض أو استعماله حتى يتم الوصول إلى مرحلة النفاذ العصبي.
- يمكن القول بأن الفرد لا يعاني من النوراستانيا أو الاحتراق النفسي ، أو متلازمة التعب المزمن إلا إذا استنزفت كل طاقاته وموارده.
- ويشبه الباحث حالة الوهن العصبي بحالة استنفاد بطارية يمكن إعادة شحنها، ففي حالة عدم شحن البطارية فإن الفرد قد يصل إلى المستويات الأعلى والخطرة من الوهن العصبي والتي يمكن الإطلاق عليها حالة الاحتراق النفسي أو التعب المزمن بل وقد تنتهي بالموت وأشار " فارميل " الى ان العلوم البيولوجية ميزت بين التعب العضلي من جهة ، والأشكال الأخرى للوهن من جهة ثانية : العقلي ، والنفسي، والعام ، ولهذه الأنواع من التعب خاصية مشتركة وهي كونها تعبر من خلال الجهاز العصبي ، وترد كلها إلى "الوهن العصبي" إن التمييز بين التعب العضلي والوهن العصبي ليس سهلاً، فإننا في كل أعمالنا نشعر بتعب عضلاتنا ثم جهازنا العصبي،، (Vermeil, 1984, 73)، ويرى " شوشار " أن للوهن

الدماغي، أو تعب الجهاز العصبي ثلاثة أشكال: التعب الحركي ، والتعب الحسي ، وتعب العمليات العقلية وبذلك يجعل الوهن العصبي في مستويين: تعب القشرة الدماغية وتعب الهيبوتلاموس. (Chauchard, 1965, ٨٦) وروزنتال هو الآخر أستعمل مفهوم التعب الدماغي وحصر أنواعه في التعب الدماغي الوهمي ، والتعب الدماغي الحقيقي وذهب " لونغو " الى ان التعب الذي يزول بالراحة لا يعد مرضاً (Lenfant, 1975, 6-7) ويصرح " لوبيار " بأنه يعالج التعب مفرقاً في ذات الوقت بين التعب العضلي والوهن العصبي (Loeper, 1960, 334) . ويبين " بوجار " وآخرون أن التعب لدى الإنسان لا يمكن فقط في ضعف النشاط العضلي، وإنما يشمل معظم مناطق الجهاز العصبي المركزي (Bugard, 1974(a), 92) وحدد "رينباخ" الفرق بين نوعين من التعب: يظهر التعب العضلي على شكل نقصان في قابلية التهيج ، أو ما يسمى بتعبه العضلات، ويمكن دراسة هذا النوع من التعب مختبرياً، وهناك نوع من آخر من التعب يعمل على استنفاد الطاقة في المراكز العصبية والدماغية. (Rabinbach, 1990, 402) وينشأ الوهن العصبي عند القيام بأي عمل يتطلب مجهوداً ذهني كما يرتبط حدوثه بالمشاعر السلبية مثل الملل والسامة المرتبطة (Shorter, 1992, 421) ، والأعمال التي تستلزم مجهوداً عقلياً أو تركيزاً ذهنياً مستمراً قد يشعر الفرد خلالها بالإرهاق الذهني الذي لا تجدي معه فترات الراحة القصيرة، حيث يشعر بصداق مستمر وإجهاد للبصر ، وعدم القدرة على التركيز، وهذا يختلف عن التعب الذي يخلقه النشاط العضلي (Changeux, 1983, 37) . وفي أواخر الثمانينيات طورت الدكتورة مارشا لينهان وزملاؤها نوع من العلاج عندما اكتشفوا أن العلاج السلوكي المعرفي (CBT) وحدة لا يعمل كما هو متوقع مع فئة مرضى اضطراب الشخصية الحدية ، فعملت الدكتورة لينهان وفريقها على تطوير تقنيات لتلبية الاحتياجات الفريدة لهؤلاء المرضى. وظهر العلاج السلوكي الجدلي (DBT) وتم تطويره لعلاج الأفراد ذوي الميول الانتحارية المزمنة الذين تم تشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية (BPD) ، وهو معروف الآن على أنه العلاج النفسي القياسي الذهبي لهذه الفئة، وأظهرت الأبحاث أن العلاج الجدلي السلوكي فعال في علاج مجموعة واسعة من الاضطرابات كاضطراب ما بعد الصدمة، ونقص الانتباه وفرط النشاط ، وعصاب الوهن العصبي والتعب المزمن و اضطراب ثنائي القطب، والقلق المعمم ، والاكتئاب [والوسواس القهري](#)، و جدلي "Dialectical" يعني توليف أو تكامل الأضداد. يستخدم المعالجون الجدلي لمساعدة الأفراد على تقبل الأجزاء التي لا يحبونها من أنفسهم ولتوفير الحافز والتشجيع لإحداث التغيير في تلك الأجزاء، ويؤدي تركيب الأضداد القطبية إلى تقليل التوتر والمساعدة في استمرار تقدم العلاج. يساعد هذا العلاج الناس على تعلم كيفية تنظيم المشاعر الشديدة مع تقليل الاندفاع والأفعال المدمرة، ويشجع العلاج السلوكي الجدلي الذهن لمواجهة الفراغ والانفصال عن الذات والآخرين، ومهارات التعامل مع الآخرين لمكافحة الوحدة، والتنظيم العاطفي لمعالجة المشاعر الغامرة وتحمل الضيق للحد من السلوكيات الاندفاعية مع زيادة جودة حياة العميل بشكل عام بزيادة الثقة واحترام الذات والتحفيز. (Linehan, 2001, 10-13)

تحديد المصطلحات:

- ١- الوهن العصبي (Neurasthenia):
- (لغوياً): كلٌ ومشقةٌ ، فهو تعبٌ وتعني كلمة (كلٌ) ضَعْفٌ ونقول فلاناً : تعب فهو كالألم (ألمٌ) يعني : هُزَل ، أو مرضٌ وذُهبٌ قُوتهُ أو صحتهُ (الوجيز ، ١٩٩٠ ، ٧٥)
- (أصطلاحياً): استنفاد الطاقة وقد يكون هذا التعب عضلياً أو عصبياً، وفي الوهن العصبي فإنه هبوط بالطاقة العصبية الذي قد تصل إلى حالة الانهيار العصبي . (Dessougui, 1988, 539)
- يعرف " كابريو " الوهن العصبي بأنه رد فعل عقلي وبدني في آن واحد ، ويعتبر التعب حسب ذلك شكلاً من أشكال التسمم الكيميائي الذي يؤثر على الجهاز العصبي كله، وبالتالي يغير السلوك العقلي للإنسان (كابريو ، ١٩٨٤ ، ٩٣).
- ويبين " روبنشتان " أن الوهن العصبي هو ظاهرة ناتجة عن الجهد العقلي والبدني ، ومصحوب بأعراض مختلفة ويرتبط حدوثه بمعدل استهلاك الأكسجين وتأثيرات المواد الحمضية على المخ وعوامل أخرى (Rubinstein, 1992, 238) .
- ويقدم " ماكملين تعريفاً للوهن العصبي من وجهة نظر النيوروفسيولوجية (Neurophysiology) بأنه انخفاض في النشاط العصبي أي نقص في ميل الخلية العصبية للتنشيط أو الاستثارة لمدة طويلة. (Macmillen, 1989, 126)
- ويعرف " أورت " الوهن العصبي بأنه حالة دفاع للعضوية، وقد يصبح مرضياً عندما يضطرب التوازن في الجهاز الذي يتحكم في النوم واليقظة، وإرهاق (المراكز العصبية، والقشرة المخية) ، ومنه يجد "أورت" أن الإرهاق استجابة مزمنة للوهن الذي لا يزول بالراحة. (Orth, 1993, 43)
- وحسب " دمارتي " يعد الوهن العصبي أولاً إحساس صعب التحمل وينجم عن مجهود بدني أو عقلي مطول ، ومكثف ، أو الإصابة بمرض حاد ، ويعرف على أنه حالة تنتج عن التوظيف المفرط لعضو ما في الجسد (Domartet, 1974 , 615) .

- ويعرف " فرانيسشي " الوهن العصبي بأنه حالة من استنزاف الطاقة العاطفية أو الانفعالية نتيجة الحمل الزائد والتي يصحبها أعراضاً نفسية وجسمية . (Franceschi, 1993, 32)

- التعريف الإجرائي للوهن العصبي: هو الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الوهن العصبي تبين مستوى إصابته بالوهن العصبي بالدرجات.

٢- العلاج السلوكي الجدلي (DBT):

- عرفه روبينز وتشابمان (Robins CJ, Chapman AL, 2004) : أسلوب علاجي يسعى لمساعدة الفرد على إدارة الذات والإنفعالات والتعامل مع الخبرات السلبية وتعليم الفرد كيف يتقبل الصدمات التي تحدث له وتحويل سلوكياته المرتبطة بالخبرات السلبية إلى سلوكيات إيجابية، وتحسين التواصل مما يساعد على اتخاذ سلوكيات مناسبة معهم. (Robins, Chapman, 2004, 73)

- عرفته مارشا ام لينهام وآخرون (Linehan MM, et al, 1999): بأنه نوع من العلاج بالكلام يعتمد على العلاج السلوكي المعرفي لكنه مُكيف خصيصاً للأشخاص الذين يشعرون بمشاعر مكثفة للغاية. (Linehan, et al, 1999, 279)

- عرفته مارشا ام لينهام وآخرون (Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al, 2006) بأنه محاولة فهم كيف يمكن لشئئين يبدوان متضادين أن يكونا صحيحين فقد يبدو قبول نفسك وتغيير سلوكك أمراً متناقضاً لكن العلاج السلوكي الجدلي يعلمك أنه من الممكن أن تحقق هذين الهدفين معاً. (Linehan, et al, 2006, 63)

- عرفه فيرهول و آخرون (Verheul R, van den Bosch LMC, Koeter MWJ, 2003) : على أنه اعتراف بأن الحياة الحقيقية معقدة، وأن الصحة ليست شيئاً ثابتاً ولكنها عملية مستمرة يتم التوصل إليها من خلال حوار سقراطي مستمر مع الذات والآخرين. إنه يهدف باستمرار إلى موازنة القوى المتعارضة والتحقيق في حقيقة المشاعر السلبية القوية. (Verheul, et al, 2003, 182)

- عرفه تشابمان و لينهام (Chapman AL, Linehan MM, 2002): الجدلية بأنها تعني "وجود الأضداد". في العلاج السلوكي المعرفي، يتم تعليم الناس استراتيجيتين متعارضتين ظاهرياً: القبول (أي أن تجاربهم وسلوكياتهم صالحة)، والتغيير (أي أنه يتعين عليهم إجراء تغييرات إيجابية لإدارة العواطف والمضني قدماً). (Chapman, et al, 2002, 211)

- التعريف الإجرائي للعلاج السلوكي الجدلي : تطبيق مجموعة من الاستراتيجيات الخاصة بالعلاج في خفض الوهن العصبي وفق خطة منظمة ومحددة زمنياً بجلسات وأنشطة يقوم بها المفحوصين خلال جلسات فردية وجماعية.

الفصل الثاني : الإطار النظري والدراسات السابقة

نموذج العلاج السلوكي الجدلي (DBT) نوع من العلاج بالكلام، يعتمد على العلاج السلوكي المعرفي (CBT) لكنه مُكيف خصيصاً للأشخاص الذين يشعرون بمشاعر مكثفة للغاية والهدف منه المساعدة على فهم المشاعر الصعبة وقبولها، ويحاول هذا العلاج تحديد أنماط التفكير السلبي وتغييرها والدفع نحو تغييرات سلوكية إيجابية ويستخدم لعلاج السلوكيات الانتحارية وسلوكيات التدمير الذاتي، ويركز هذا النوع من العلاج على مساعدة الأشخاص الذين يميلون إلى الحصول على ردود فعل عاطفية شديدة من خلال التفاعل مع البيئة المحيطة بهم بطريقة أقل عاطفية وأكثر صحة ، و المراحل العلاجية التي ينتهجها العلاج السلوكي الجدلي تتلخص بالآتي: المرحلة الأولى: المهارات التأسيسية المرحلة الثانية: معالجة المشكلة . المرحلة الثالثة: شعور أكبر باحترام الذات. المرحلة الرابعة : المعنى والغرض. تتمثل مهارات العلاج السلوكي الجدلي في اليقظة الذهنية ، وتحمل الضيق، وتنظيم العواطف، وفعالية التعامل مع الآخرين. وهي مصممة خصيصاً لمساعدة الأفراد في إدارة السلوكيات والعواطف والأفكار بشكل أفضل، ويمكن أن تكون العواطف إما ردود أفعال لأحداث في البيئة أو لأشياء داخل الشخص وتسمى هذه بالأحداث التحفيزية. إنهم يحفزون، أو يستدعون العاطفة، وإن أفكار الشخص وسلوكياته وردود أفعاله الجسدية تثير المشاعر ، فمثلاً: تعد تقنيات التأريض مثل الاستحمام البارد أو ممارسة نشاط بدني مكثف من مهارات تحمل الضيق في العلاج السلوكي المعرفي و القبول الجذري (باسيزني، وآخرون، ٢٠١١، ٢٣١-٢٣٨) العلاج السلوكي الجدلي (DBT) منظم ويركز على المساعدة في خلق حياة جيدة للأفراد المستفيدين منه. ويأخذ العلاج الجدلي أفكار العلاج السلوكي المعرفي أو أنماط التفكير غير المفيدة، ولكنه يضيف أيضاً عناصر إضافية مثل الوعي التام والقبول والتسامح مع الضيق ومهارات التعامل مع الآخرين لإعطاء المزيد من الأدوات للتعامل مع المواقف الصعبة والجدلية في هذا العلاج تجتمع مع الأضداد، وتأتي من فكرة الجمع بين اثنتين من تلك الأفكار بالنغيعر والقبول من خلال تركيز الذهن ليصبح المتعالج أكثر وعياً بأفكاره وعواطفه، ويتعلم كيف يراقب نفسه دون إصدار أحكام، وتشكل هذه المهارات أساس العلاج السلوكي الجدلي ، بالإضافة الى التسامح مع الشدة من خلال التعامل مع المواقف الصعبة

والألم لتصبح أكثر مرنة ، ويعمل على تنظيم وإدارة العواطف بتغيير المشاعر غير المنتجة الى مشاعر إيجابية ، ويكون هذا العلاج أكثر فعالية في التعامل مع الآخرين لإدارة الصراع و إنشاء علاقات أكثر قوة ومتانة ، ويعتمد العلاج السلوكي الجدلي (DBT) على فكرة أن العديد من المشكلات تعتمد على نقص المهارات، وأنه من خلال منح العملاء مهارات أفضل يمكنهم أن يعيشوا حياة أكثر سعادة وأكثر إنتاجية. (روبينز وآخرون ، ٢٠٠٤، ٧٩-٧٠) استراتيجيات العلاج الجدلي السلوكي

١- اليقظة الذهنية: يتم تعليم الشخص كيفية العيش في الوقت الحالي، بحيث يدرك الأحاسيس والأفكار التي تدور داخله. وبالوقت ذاته يستخدم حواسه لمعرفة ما يدور حوله لضبط إصداره للأحكام، مما يساعد في:
أ. بقاء الشخص هادئاً.

ب. تجنب الشخص الأفكار السلبية أو السلوكيات الانفعالية.

ج. التركيز على مهارات التأقلم أثناء المرور بموقف عاطفي صعب.

٢- تقبل الواقع: يتمكن الشخص من تطوير طرق أكثر فاعلية لتعامله مع توتره، وتحمل المواقف المزعجة دون إيذاء النفس.، وبذلك يتقبل الواقع والموقف كما هو، ومن الأساليب المستخدمة :

أ. التشييت أو الإلهاء.

ب. تحسين اللحظة.

ج. التهذئة الذاتية.

د. الموازنة بين سلبيات وإيجابيات الخسوع للتوتر أو الضيق.

٣- التواصل الفعال: يتعلم الشخص أساليب لتحسين علاقاته مع الآخرين، ومع الوقت يصبح أكثر حزمًا في هذه العلاقات، وخلال ذلك يتمكن الشخص من تحدي نفسه وعواطفه في ممارسة التعامل الصحي مع الآخرين.

٤- تنظيم العاطفة: من خلال التعرف على المشاعر التي يمتلكها الشخص، يمكنه إعادة تنظيمها، وبالتالي التمكن من إدارتها بطريقة أكثر فاعلية، مما يساعد في:

أ. التقليل من الضعف العاطفي.

ب. الحصول على تجارب عاطفية أكثر إيجابية. (Jennifer, 2011, 645-647)

مكونات العلاج الجدلي السلوكي:

يتم العلاج الجدلي السلوكي من خلال مكونات متنوعة حيث يمكن للمعالج استخدامها جميعها في علاج الحالة النفسية الواحدة، وهذه المكونات هي:

١- التقييم المسبق: من خلال مجموعة من الأسئلة التي يطرح الأخصائي النفسي على المريض، يمكن معرفة مدى ملائمة العلاج الجدلي السلوكي له، وإمكانية التزام المريض بمدة العلاج.

٢- العلاج الفردي: جلسات أسبوعية مدتها حوالي ساعة، يقوم الأخصائي النفسي خلالها بما يلي:

أ. تكييف المهارات السلوكية المرجوة من العلاج بما يناسب الحياة الشخصية للمريض.

ب. تمكين المريض من تطبيق المهارات المكتسبة على المواقف اليومية التي يمر به.

ج. إلزام المريض بالواجبات المنزلية للتدريب وممارسة المهارات المكتسبة.

٣- العلاج الجماعي: تكون غالباً جلسات أسبوعية مدتها ساعتين، حيث تعتمد على تواجد المريض ضمن مجموعة من المرضى ليتم تعليمهم:
أ. المهارات السلوكية المطلوبة.

ب. التمكن من التواصل والتفاعل بينهم.

ج. اكتساب المهارات اللحظية غير المدرجة في الخطة العلاجية.

٤- التدريب عبر الهاتف: يحصل المريض على تعليمات من الأخصائي النفسي عبر الهاتف، للتمكن من تجاوز المواقف الصعبة بين الجلسات العلاجية، و يلجأ المريض إلى هذا الإجراء:

أ. عندما لا يتمكن من تطبيق إحدى المهارات التي تعلمها على المواقف الحياتية.

ب. عندما يوارد المريض الأفكار الإيذائية أو يحاول السيطرة على نفسه.

الموازنة بين القبول والتغير في العلاج الجدلي السلوكي يعتمد هذا العلاج على محورين أساسيين، هما القبول والتغيير، وذلك من خلال الموازنة في العلاج بينهما، ويكون ذلك على النحو التالي:

١- تقنيات القبول: يتمكن المريض من قبول ذاته في حال تمكن من فهم نفسه بشكل أفضل، وحدد الأسباب الكامنة خلف إيذائه لنفسه بشكل متكرر كلما تعرض للضيق.

٢- تقنيات التغيير: ويكون باستبدال الأفكار الضارة بأخرى أكثر فائدة، مما يعني تحدي الأخصائي النفسي لأفكار المريض، ومن ثم تشجيعه على إيجاد طرق أخرى للتعامل مع الضيق. (Linehan, Dimeff, 2001, 11-12) تم تطوير العلاج الجدلي السلوكي (DBT) في الأصل لاضطراب الشخصية الحدية، لكن استخدامه اتسع الآن ليشمل مجموعة واسعة من الحالات بما فيها حالات:

- القلق والاكتئاب: يساعد العلاج السلوكي الجدلي على إدراك أنماط التفكير السلبية وتغييرها، كما يساعد على التركيز أكثر على النشاط الإيجابي الذي يحافظ على الصحة النفسية.

- تعاطي المخدرات: يساعد العلاج السلوكي الجدلي على تقليل الرغبة الشديدة، وتجنب المواقف التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات، وإيجاد طرق أفضل لإدارة التوتر.

- إيذاء النفس: يوفر العلاج السلوكي الجدلي تقنيات محددة لإدارة دوافع إيذاء النفس وتجنب السلوك غير الصحي.

- اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط (ADHD): تساعدك مهارات العلاج السلوكي الجدلي على تحسين التحكم في الانفعالات وتطوير المهارات التنظيمية الحياتية.

- اضطراب الشخصية الحدية (BPD): يساعد العلاج السلوكي الجدلي على تخفيف المشاعر المفرطة ويكون أكثر تسامحاً مع مستويات التوتر المرتفعة والمحفزات الأخرى. كما أنه يساعد في معالجة السلوكيات المرتبطة بها مثل العلاقات الإشكالية، وسلوك إيذاء النفس، والاندفاع.

- اضطرابات الأكل: العلاج السلوكي المعرفي يساعد في علاج الشره المرضي والشرهة عند تناول الطعام من خلال تطوير مهارات تحمل الضيق والتنظيم العاطفي.

- اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD): وجد أن العلاج السلوكي الجدلي مفيد في معالجة الأحداث المؤلمة وتوفير تقنيات التأريض لتقليل شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

- إدارة الغضب: يساعد العلاج السلوكي الجدلي على التعرف على المحفزات ويوفر الأدوات اللازمة لتقليل المشاعر دون سلوك عدواني. وحتى لو لم تكن مصاباً بمرض عقلي مشخص، يمكن أن يكون العلاج السلوكي المعرفي أداة قيمة للنمو الشخصي والتغيير. يمكن أن يساعدك على تطوير آليات التكيف الصحية وتحسين علاقاتك والعيش حياة أكثر إشباعاً. (ديميف و لينهان، ٢٠٠١، ١٠-١٣) نموذج الوهن العصبي: الوهن العصبي مصطلح تم استخدامه لأول مرة في وقت مبكر في عام (١٨٢٩)، يشير إلى الضعف الميكانيكي للأعصاب وأصبح تشخيصاً رئيسياً على يد طبيب الأعصاب جورج ميلر بيرد بعد أن قدمه كمصطلح نفسي، للإشارة إلى حالة تظهر عليها أعراض التعب والقلق والصداع وخفقان القلب وارتفاع ضغط الدم والألم العصبي والاكتئاب. وتم تشخيص الوهن العصبي في التصنيف الدولي للأمراض (ICD10) والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM4) والتصنيف الصيني للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الصينية للطب النفسي. ويطلق عليه لقب "الالتهاب الأمريكي" أي العصبية وتم تفسير الحالة على أنها نتيجة لاستنفاد احتياطي الطاقة في الجهاز العصبي المركزي، وهو ما أرجعه بيرد إلى الحضارة الحديثة. ربط الأطباء في مدرسة بيرد الفكرية الوهن العصبي بضغط التحضر والإجهاد الذي يعاني منه نتيجة لبيئة الأعمال التنافسية المتزايدة، وكان يرتبط بأشخاص من الطبقة العليا والمهنيين، وتم استخدام الوهن العصبي لوصف الإرهاق العقلي أو الوهن العصبي. (Shorter, 1992, 71)

تفسير الوهن العصبي إن كل خلية في الجسم ترتبط ارتباطاً مباشراً بالأعصاب، ولذلك يقود الوهن العصبي حتماً إلى إضعاف الجسم، والإخلال بوظائفه. وتبين أن كل تغيير في الجهاز العصبي المركزي يتأثر بالسلوك الذي يتبناه الفرد؛ مما يؤثر بعد ذلك على النشاط الوظيفي للأعضاء مثل الغدد الصماء والجهاز المناعي (Fred, 2004, 138)، ولقد تم التوصل من خلال أبحاث إلى أن المصابين بالإرهاق المزمن (CFS) يعانون من اضطراب نشاط الإفراز الهرموني، ووجود اضطرابات في الجهاز المناعي، ويحملون بروتين (RNase L) في آليات الدفاع الطبيعية المضادة للفيروسات، حيث يحمل ثلث المصابين بالإرهاق المزمن كميات كبيرة منه. (Vernon, Reeves, 2005, 5) ويوضح "بريغ" أنه عندما يكون

الإنسان مرهقاً، ويقوم بتبديد طاقته العصبية وإنهاك قواه الحيوية، فإن هذا يضر بأعضاء الإفراز، والجهاز الهضمي بالإضافة إلى إبطاء أجهزة الإخراج والطرح، وفي حالة تعوق الإخراج لمختلف السموم بصورة كاملة فإنها تتراكم وتتركز في مختلف أنحاء الجسم، ويؤثر ذلك بدوره على الجهاز العصبي؛ مما يزيد من حدة الوهن العصبي . (بريغ، ٢٠٠٦، ٣٣) وقد بين " بنيه " أن للوهن تأثيرات فيزيولوجية وظيفية وأهم ما يؤثر عليه: ضغط الدم والتنفس ، والقوة العضلية الغذائية والتبادلات العضلية ودرجة حرارة الجسم (Costa,1995,59) ولخص بعض الباحثين أمثال "شولتز" و"النشولتز" التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للوهن العصبي في تغيرات تصيب الجهاز التنفسي، والهضمي، والغدد الصماء، والدم، وغير ذلك من التغيرات التي تصيب عملية الأيض والاستقلاب في الجسم وزيادة معدلات ضربات القلب، واستهلاك الأكسجين وإجهاد العضلة وبحسب درجة الوهن العصبي. (Schultz, Ellenschutlz, 1990, 441)

الدراسات السابقة:

١-دراسة كوستا وآخرون (٢٠٠٢)الكشف عن فاعلية العلاج الجدلي السلوكي (تقنية اليقظة الذهنية) في خفض أعراض الوهن العصبي لدى المطلقات ، وتكونت العينة من (١١) مطلقة ، وطُبقت عليهن جلسات اليقظة الذهنية ، بالعلاج الفردي ، وظهرت أعراض عالية للمطلقات في الوهن العصبي، وخضعت المجموعة التجريبية لـ (٦) الجلسات مع تدريبات منزلية وإظهرت فاعلية التدريب على اليقظة الذهنية في تحسين التوجه نحو الحياة وخفض أعراض الوهن العصبي لدى عينة البحث.

٢- دراسة ايفرسون وشينك (Iverson & Shnek, 2009) استهدفت الدراسة قياس فعالية برنامج استخدام العلاج الجدلي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب واليأس لدى عينة من ضحايا العنف المنزلي من الإناث وتكونت الدراسة من (٣١) امرأة ، طبقت عليهن قائمة بيك للأكتئاب ومقياس اليأس ومقياس التوافق الاجتماعي ، وبرنامج علاج جدلي سلوكي مدته (١٢) أسبوعاً ، وأظهرت النتائج انخفاضاً كبيراً في أعراض الاكتئاب واليأس والوهن النفسي وزيادة في التوافق الاجتماعي.

٣- دراسة فالتناين وآخرون (2015) تهدف الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج علاجي جدلي سلوكي في خفض أعراض الوهن العصبي لدى (٧٤) من طلبة الجامعة، والتعرف على الفروق بين متوسطي درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية المضبوط إحصائياً- في القياس البعدي لكل من (التعب النفسي، والتعب الجسدي)، ودرجته الكلية، وكذلك التعرف على الفروق بين متوسطي درجات المجموعتين في القلق (النفسي، الجسدي)، والاكتئاب، والدعم النفسي الإيجابي (الذاتي، ومن الآخرين)، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين (ضابطة=٣٠ طالب وطالبة، وتجريبية = ٣٠ طالب وطالبة) من ذوي الوهن العصبي مرتفعي القلق والاكتئاب، وتكونت أدوات الدراسة من (٦) أدوات تمثلت في الآتي: العلاج الجدلي السلوكي مكوناً من (١٢) جلسة، واستغرق تطبيقه مدة (٣) أشهر؛ بواقع (٤) جلسات شهرياً، والتجريبية في القياس البعدي لجميع متغيرات الدراسة، وقد عزا الباحث تلك الفروق إلى تعرض المجموعة التجريبية لجلسات البرنامج العلاجي وما تضمنه من أشكال متنوعة من الدعم الذاتي الداخلي وقياس عوامل الأمل والتفاؤل، والرضا عن الحياة، وتقبل الذات، والثقة بالنفس، كما توجد اختلافات في إدراك تلك العوامل بين القياسين القبلي والبعدي لدى مرتفعي الوهن العصبي.

٤- دراسة سهرنافارد و ميري (Sahranavard & Miri, 2018) عملت هذه الدراسة الى مقارنة فعالية استراتيجيتين للعلاج الجماعي ، العلاج المعرفي السلوكي (CBT) والعلاج الجدلي السلوكي (DBT) في الحد من الاعراض الاكتئابية بين النساء الايرنيات المدمنات على المخدرات وتكونت العينة من (٣٠) امرأة بمراكز علاج الادمان في مدينة بجنده ، قسمت العينة الى (٣) مجموعات (٢) تجريبية (١) ضابطة ، واستخدمت الدراسة المنهج شبه التجريبي ذي الاختبار القبلي والبعدي ، وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب ، ونظمت للعينة التجريبية (٨) جلسات وبمدة (٩٠) دقيقة للجلسة الواحدة ، وأظهرت النتائج فاعلية العلاج في خفض أعراض الاكتئاب بدلالة إحصائية .

الفصل الثالث : إجراءات ومنهجية البحث

أولاً: منهجية البحث :

استخدم الباحث المنهج التجريبي والذي يعتمد على الملاحظة الدقيقة للظاهرة ، ويتخذ التجريب أداة له لاختبار صحة فروضه، ويتسم بقدرته على التحكم في مختلف العوامل المؤثرة في الظاهرة، وقام الباحث بضبط المتغيرات ليرى أثر المتغير المستقل في الموقف (التابع)، (البشراوي، ٢٠٢٣ ،

(١٥٩)

ثانياً: مجتمع البحث :

مجلة الفارابي للعلوم الانسانية العدد (٧) الجزء (١) شباط لعام ٢٠٢٥

يقصد بمجتمع البحث جميع الأشخاص أو الأفراد الذين يشكلون موضوع مشكلة البحث، أو هو جميع العناصر ذات العلاقة بمشكلة البحث التي يسعى الباحث إلى تعميم نتائج بحثه عليها، (محمد، ٢٠١٢ ، ٤٧). وتحدد مجتمع البحث الحالي بمراجعي العيادات الطبية، والبالغ عددهم (١٠٣) مراجعاً ومراجعة وبواقع (٧٢) من الذكور و(٣١) من الإناث وبأعمار يبينها الجدول (١)

جدول (١) توزيع مجتمع البحث تبعاً للعمر والجنس

العمر		الجنس	
٣٩ - ٣٠	٤٩ - ٤٠	٥٩ - ٥٠	٧٠ - ٦٠
٣٣	٤٥	١٨	٧
٧٢	٣١		

ثالثاً- عينة البحث : العينة مجموعة جزئية من مجتمع البحث، يتم اختيارها بطريقة معينة بحيث تكون ممثلة للمجتمع الاصلي (العباسي، ٢٠١٨ : ١٢٩). اختيرت بالطريقة القصدية، وتمثل المراجعين الذين حصلوا على اعلى القيم على مقياس الوهن العصبي، وقد بلغت العينة (١٨) مراجعاً ومراجعة، وبواقع (١٣) من الذكور و(٥) من الإناث واعمار تراوحت بين (٣٠-٧٠) سنة، وكما مبين في الجدول (٢).

جدول (٢) توزيع أفراد عينة البحث تبعاً للعمر والجنس

العمر		الجنس			
٣٩ - ٣٠	٤٩ - ٤٠	٥٩ - ٥٠	٧٠ - ٦٠	ذكر	انثى
٦	٦	٤	٢	١٣	٥

رابعاً: أدوات البحث:

تحقيقاً لأهداف البحث تطلب اعداد أدواتان الأولى لقياس الوهن العصبي، والثانية برنامج العلاج السلوكي الجدلي وفيما يأتي وصفا للإجراءات:
١- مقياس الوهن العصبي: بعد اطلاع الباحث على الأدبيات والدراسات السابقة، قاما بإعداد مقياس الوهن العصبي والذي يتكون من ثلاث مجالات رئيسية وثمانية مجالات فرعية ، وتكون من (٤٥) فقرة، وتم حذف (٥) فقرات اثناء اجراءات البناء وكما موضح في الجدول (٣)

الجدول (٣) مجالات مقياس الوهن العصبي

المجالات الرئيسية	المجالات الفرعية						المجموع
المجال النفسي	الاكتئاب	٨ فقرات	القلق	٦ فقرات	الوسواس القهري	٥ فقرات	١٩ فقرة
المجال الذهني	قلة التركيز	٥ فقرات	ضعف الذاكرة	٤ فقرات	الملل	٤ فقرات	١٣ فقرة
المجال الجسدي	تعب العضلات	٤ فقرات	قلة النوم	٤ فقرات			٨ فقرات
							٤٠ فقرة

الخصائص السايكومترية للمقياس: يشير العجيلي إلى أن من أهم الشروط التي يجب توافرها في المقاييس النفسية هي الصدق والثبات كي تعطي نتائج يمكن الاعتماد عليها في إصدار الأحكام واتخاذ القرارات الصحيحة (العجيلي، ٢٠٠٥ ، ١١٠) وقد تم التحقق منها وكما موضح أدناه.

أولاً: صدق المقياس: الصدق الظاهري: وهذا يعني صدق المظهر العام للاختبار أو الصورة الخارجية له من حيث نوع المفردات وكيفية صياغتها ومدى وضوح هذه المفردات وكذلك يتناول تعليمات الاختبار ومدى دقتها ودرجة موضوعيتها (الغريب، ١٩٧٧، ٦٨٠) لقد عرض الباحث فقرات المقياس بصيغتها الأولية على مجموعة من الخبراء والمحكمين المختصين في علم النفس البالغ عددهم (١٢) خبيراً ومحكماً من ذوي الخبرة والدراسة العلمية لإبداء آرائهم وملاحظاتهم من أجل تقويم المقياس من النواحي الآتية:-

١- وضوح مجالات المقياس.

مجلة الفارابي للعلوم الانسانية العدد (٧) الجزء (١) شباط لعام ٢٠٢٥

٢- مدى ملائمة الفقرات للهدف الذي وضعت لأجل قياسه.

٣- توزيع الفقرات على كلّ مجال ومدى ملائمتها لمجالات المقياس.

٤- أي مقترحات بشأن المقياس وطريقة تصحيحه والبدائل. وبعد أن أبدى الخبراء والمحكمين ملاحظاتهم واستجاباتهم على مجالات وفقرات المقياس قام الباحث بتحليل هذه الاستجابات من خلال استخدام مربع كاي والنسب المئوية، وقد تم حذف ثلاث فقرات وبذلك أصبح عدد فقرات المقياس (٤٠) فقرة والجدول (٤) يوضح ذلك.

جدول (٤) آراء المحكمين والخبراء حول صلاحية فقرات مقياس الوهن العصبي

تسلسل الفقرات	العدد	الموافقون		المعارضون		قيمة مربع كاي		مستوى الدلالة ٠,٠٥
		النسبة المئوية	العدد	النسبة المئوية	العدد	المحسوبة	الجدولية	
١، ٣، ٥، ٦، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٦، ١٧، ١٨، ٢٠، ٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٥، ٢٧، ٢٨، ٣٠، ٣١، ٣٣، ٣٤، ٣٧، ٣٨، ٣٩، ٤١، ٤٢، ٤٤	٣١	١٠٠%	١٢	٠%	٠	١٢	٣,٨٤	دالة
٢، ٧، ١٥، ١٩، ٢٤، ٢٦، ٣٢، ٣٥، ٣٦، ٤٠، ٤٥	١١	٩١,٦%	١١	٨,٤%	١	٨,٣٣	٣,٨٤	دالة
٤، ٢٩، ٤٣	٣	٦٦,٦%	٨	٣٣,٤%	٤	١,٣٣	٣,٨٤	غير دالة *

* تحذف الفقرات (٤ - ٢٩ - ٤٣) من المقياس كونها غير دالة.

القوة التمييزية لفقرات مقياس الوهن العصبي:

طريقة المجموعتين المتطرفتين: استعمل الباحث أسلوب المجموعتين المتطرفتين لحساب القوة التمييزية للفقرات، والتي تعني قدرتها على التمييز بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا من الأفراد الحاصلين على الدرجات المرتفعة والأفراد الحاصلين على الدرجات المنخفضة في الصفة التي تقيسها كل فقرة من فقرات المقياس (الظاهر وآخرون، ٢٠٠٢، ١٢٩). إذ طبق الباحث مقياس الوهن العصبي بصيغته الأولية والمكون من (٤٢) فقرة على عينة عشوائية بلغت (١٠٠) مراجعاً ومراجعة، وبعد تحليل استجابات المفحوصين تم حذف فقرتين (٢٧ - ٣٢) من الفقرات لعدم قدرتها على التمييز بين من يعاني من الوهن العصبي ومن لا يعاني. وكما موضح في الجدول (٥)

جدول (٥) دلالة الفروق بين متوسطات المجموعتين العليا والدنيا على فقرات مقياس

ت	المجموعة العليا		المجموعة الدنيا		القيمة التائية المحسوبة *	مستوى الدلالة ٠,٠٥
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
١	٤,٣٥٨	٠,٣٦٦	٣,٥٩٧	٠,٣١٦	٦,٦٧	دالة
٢	٣,٨٧١	٠,٣٢٦	٣,٢٦٧	٠,٣٤١	٥,٤٣	دالة
٣	٣,٢٥٢	٠,٢٢٣	٣,٠٩٥	٠,٣٥٧	٥,٤٧	دالة
٤	٣,٤٨٢	٠,١٤٤	٣,٣٣٨	٠,٧٥٦	٢,٦٣	دالة
٥	٣,٤٩١	٠,٣٥٠	٣,٣٢١	٠,٣٧٦	٤,٨٥	دالة
٦	٣,٦٢٢	٠,٠٨٤	٣,٣٢٢	٠,٩٨٩	٤,٤٢	دالة
٧	٣,٧٤٢	٠,٣٩٩	٣,٤٢٤	٠,٩٩٤	٤,٣٥	دالة

مجلة الفارابي للعلوم الانسانية العدد (٧) الجزء (١) شباط لعام ٢٠٢٥

٨	٣,٦٢٢	٠,٣٢٩	٣,٢٦٠	٠,٣٢١	٣,٣٤	دالة
٩	٣,٢١١	٠,٢١٢	٣,١١٠	٠,٢٢٩	٤,٨٠	دالة
١٠	٣,٩٨١	٠,٥٤٢	٣,٥٤٠	٠,٨٣٠	٦,٣٩	دالة
١١	٣,٦٦١	٠,٢٣١	٣,٤٠١	٠,٩٣٠	٣,٣٨	دالة
١٢	٣,٢٢٨	٠,٣٣٢	٣,٠٠٨	٠,٤٢٣	٥,٩٩	دالة
١٣	٤,٣٥٨	٠,٩٥٢	٣,١٩٧	١,٣٠٧	٦,٤٥	داله
١٤	٤,٢٢٨	٠,٩٣٢	٣,٦٤٨	٠,٨٢٣	٥,٧٥	دالة
١٥	٣,٦٦٢	٠,٢٢٠	٣,٤٩٦	٠,٩٣٩	٢,٥١	دالة
١٦	٣,٨٧١	٠,٣٦٦	٣,٥٦٧	٠,٣١٦	٩,٢١	دالة
١٧	٣,٩٨٢	٠,٥٤٣	٣,٧٢٠	٠,٨٢٩	٣,٩١	دالة
١٨	٣,٩٨٢	٠,٥٤٣	٣,٧٢٠	٠,٨٢٩	٣,٩١	داله
١٩	٣,٨٥٢	٠,٤٤٨	٣,٦٣٥	٠,٣٣٦	٥,٧١	دالة
٢٠	٣,٥٢٣	٠,٢٣٠	٣,٢١٨	٠,٩٠٩	٤,٧٦	دالة
٢١	٣,٦٣٢	٠,١٩٤	٣,٢٩٢	٠,٥٦٢	٨,٥٠	دالة
٢٢	٤,١٢٠	٠,٢٨٦	٣,٧٦٠	٠,٣١٨	٣,٥٧	دالة
٢٣	٣,١٩٨	٠,١٢١	٣,٠٢٢	٠,٢٣٢	٤,٢٦	دالة
٢٤	٣,٩٨٨	٠,٢٤٠	٣,٦٥٣	٠,٦٤٧	٧,١٢	داله
٢٥	٣,٦٥٤	٠,٢٥٠	٣,٤٤٦	٠,٨٨٨	٣,٣٠	دالة
٢٦	٣,٦٨٣	٠,٢٢٩	٣,٤٣٨	٠,٣٢٨	٨,٩٧	دالة
٢٧	٣,٦١٤	٠,٨٢٧	٣,٤٩٨	٠,٦٩٧	١,٥١	غير دالة
٢٨	٤,٣٥٨	٠,٩٥٢	٣,١٩٧	١,٣٠٧	٦,٤٥	داله
٢٩	٣,٨٥٢	٠,٤٤٨	٣,٦٣٥	٠,٣٣٦	٥,٧١	دالة
٣٠	٣,٧٨٨	٠,٢٤٠	٣,٦٥٣	٠,٦٤٧	٨,٢٣	دالة
٣١	٤,٣١٤	١,٣٢٧	٣,١٩٨	١,٣٩٧	٦,٧٩٤	دالة
٣٢	٣,٤٦٨	٠,٦٦٧	٣,٣٨٧	٠,٧٨٠	١,١١	غير دالة
٣٣	٣,٦٠٢	٠,١٦٨	٣,٣٢٢	٠,٧٧٨	٥,١٨	دالة
٣٤	٣,٥٢٣	٠,٢٣٠	٣,٢١٨	٠,٩٠٩	٤,٧٦	دالة
٣٥	٣,٦٣٢	٠,١٩٤	٣,٢٩٢	٠,٥٦٢	٨,٥٠	دالة
٣٦	٤,١٢٠	٠,٢٨٦	٣,٧٦٠	٠,٣١٨	٣,٥٧	دالة
٣٧	٤,٣٥٨	٠,٣٦٦	٣,٥٩٧	٠,٣١٦	٦,٦٧	دالة
٣٨	٣,٨٧١	٠,٣٢٦	٣,٢٦٧	٠,٣٤١	٥,٤٣	دالة
٣٩	٣,٢٥٢	٠,٢٢٣	٣,٠٩٥	٠,٣٥٧	٥,٤٧	دالة
٤٠	٣,٤٨٢	٠,١٤٤	٣,٣٣٨	٠,٧٥٦	٢,٦٣	دالة
٤١	٣,٤٩١	٠,٣٥٠	٣,٣٢١	٠,٣٧٦	٤,٨٥	دالة
٤٢	٣,٨٥٢	٠,٤٤٨	٣,٦٣٥	٠,٣٣٦	٥,٧١	دالة

*تحذف الفقرات (٢٧ - ٣٢) من المقياس

ثانياً- الثبات : طريقة التجزئة النصفية: لحساب الثبات استخدم الباحث طريقة التجزئة النصفية بتقسيم المقياس بعد اجابة المراجعين عليه إلى نصفين ، نصفها فقرات فردية واخرى زوجية، إذ تمثل الفقرات الفردية النصف الأول بينما تمثل الفقرات ذات الأرقام الزوجية النصف الثاني، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات فقرات النصفين، وللتأكد من تكافؤ درجات الفقرات الزوجية والفردية تم استخدام معادلة فيركسون. وتدل نتيجة هذه المعادلة على التجانس بين درجات الأرقام الفردية ودرجات الأرقام الزوجية، ويحق للباحثان استخدام طريقة التجزئة النصفية، وكان معامل الارتباط (٠,٧١). واستخدم الباحث معادلة سبيرمان براون المعدلة وكان معامل الارتباط (٠,٩٢) وهو معامل ارتباط عالٍ يمكن الوثوق به.

٢- إجراءات اعداد البرنامج العلاجي

- (أ). الهدف العام للبرنامج: جعل الفرد يستطيع من خلال التغيير والقبول تساعد المتعالج على اكتساب مهارات التأقلم وإدارة العواطف بشكل ذاتي.
- (ب). الهدف الخاص: خفض الوهن العصبي لمراجعي العيادات الطبية من خلال استخدام تقنيات العلاج السلوكي الجدلي .
- (ج). المحتوى الذي يتضمنه البرنامج: تم بناء البرنامج بواقع (٨) جلسات مفردة يمكن تطبيقها فردياً أو بصورة جماعية يقوم المعالج بتحقيقها وفق مذكر في الملحق (١):
- (د). إجراءات تقويم العلاج:

أ- عرضت محتويات البرنامج العلاجي على مجموعة من الخبراء والمتخصصين في الطب والعلاج النفسي لبيان مدى صلاحية خطوات العلاج السلوكي الجدلي في خفض الوهن العصبي لمراجعي العيادات الطبية من حيث التعديلات أو الإضافات أو حذف الخطوات التي يرونها غير مناسبة.

ب- تطبيق الاستمارات التالية على المتعالجين عقب كل جلسة:

(١). استمارة التقدير الذاتي للوهن .

(٢). استمارة تقييم التقدم .

(هـ). التطبيق النهائي: بعد اتمام الباحث اجراءات اداتا البحث ، تم تطبيق مقياس الوهن العصبي المكون من (٤٠) فقرة على مراجعي العيادات الطبية وبعد تصحيح استمارات الاستجابة تم فرز (١٨) مراجع من الذين حصلوا على اعلى الدرجات على المقياس ، ثم تم اخضاعهم لجلسات البرنامج (٨)، وبعد انتهاء فترة تطبيق الجلسات تم اجراء تطبيق الاختبار البعدي وتصحيح الاستمارات ثم اخضاعها للتحليل الإحصائي للتعرف على النتائج.

(و). الوسائل الإحصائية: لغرض اكمال إجراءات البحث وتحليل النتائج إحصائياً استخدم الباحث الوسائل الإحصائية الآتية:

١- مربع كاي لحساب الصدق الظاهري.

٢- الاختبار التائي لعينة واحدة.

٣- الاختبار التائي لعينتين مستقلتين متساويتين.

٤- الاختبار التائي لعينتين مستقلتين غير متساويتين.

٥- الاختبار التائي لعينتين مترابطتين. (البشراوي، ٢٠٢١، ١٢٨-١٥٩)

الفصل الرابع : عرض وتفسير النتائج

الهدف الأول: بناء مقياس الوهن العصبي لمراجعي العيادات الطبية.

وقد تم التحقق من هذا الهدف من خلال الإجراءات التي تمت في الفصل الثالث.

١- الكشف عن مدى معاناة المراجعين للعيادات الطبية من أعراض الوهن العصبي.

لمعرفة الوهن العصبي لدى مراجعي العيادات الطبية، تمت معالجة البيانات التي تم الحصول عليها من إجابات أفراد عينة البحث البالغة (١٨) مراجعاً ومراجعة، وبحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجاتهم الكلية على المقياس، ثم مقارنتها مع المتوسط النظري للمقياس باستعمال الاختبار التائي لعينة واحدة وكما موضح بالجدول (٦)

جدول (٦) نتائج مقارنة المتوسط الحسابي والمتوسط النظري لمقياس الوهن العصبي لدى المراجعين للعيادات الطبية

مجلة الفارابي للعلوم الانسانية العدد (٧) الجزء (١) شباط لعام ٢٠٢٥

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	القيمة التائية		درجة الحرية	مستوى الدلالة ٠,٠٥
				المحسوبة	الجدولية		
الوهن العصبي	١٨٣	٨,٢٨	١٢٠	٣١,٧٦	٢,١١	١٧	دالة

يتبين من الجدول (٦) أن القيمة التائية المحسوبة والبالغة (٣١,٧٦) أكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة (٢,١١) وهذا يدل على وجود فرق دال إحصائياً ولصالح المتوسط الأكبر (المتوسط الحسابي) مما يدل على أن مستوى الوهن النفسي لدى أفراد العينة مرتفعاً، ويلاحظ أن المتوسط الحسابي للعينة والبالغ (١٨٣) يقع ضمن المستوى المرتفع من مستويات الوهن العصبي، وهذا يعني أن المراجعين يعانون من مستوى مرتفع من الوهن العصبي، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كوستا وآخرون (٢٠٠٢) ويعتقد الباحث أن سبب شعور المراجعين بالوهن العصبي يعود إلى الظروف الصعبة التي يتعرض لها المراجعين والمتمثلة بالجانب المادي نتيجة غلاء أسعار العلاج فضلاً عن ارتفاع أسعار التحليلات المخبرية، فضلاً عن زيادة أعداد المرضى في المؤسسات الصحية.

٢- أثر برنامج العلاج السلوكي الجدلي لخفض الوهن العصبي لمراجعي العيادات الطبية. بعد تنفيذ البرنامج على المجموعة التجريبية وللتحقق من صحة الفرضية "يعاني أغلبية مراجعي العيادات الطبية من أعراض الوهن العصبي" تم تطبيق الاختبار البعدي لمقياس الوهن العصبي على المجموعة التجريبية البالغة (١٨) مراجعاً، وبعد تصحيح استجاباتهم والحصول على البيانات تم تحليلها باستخدام برنامج الحقيبة الإحصائية (SPSS) والجدول (٧) يوضح النتائج.

الجدول (٧) نتائج الاختبار التائي لعينتين مترابطتين لدلالة الفروق بين متوسط درجات الاختبارين القبلي والبعدي في مستوى الوهن النفسي

وفي مجالاته الثلاثة

المتغيرات	الاختبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	متوسط الفروق	الانحراف المعياري للفروق	القيمة التائية		مستوى الدلالة ٠,٠٥
						المحسوبة	الجدولية	
الوهن العصبي	القبلي	١٨٣	٨,٢٨	٣٣	٧,٣٦	١٩,٠٢	٢,١١	دالة *
	البعدي	١٣٠	٦,٤٦					
المجال النفسي	القبلي	٧٢	٦,٤٠	١٨	٦,٢٨	١٢,١٦		دالة *
	البعدي	٥٤	٦,١٨					
المجال الذهني	القبلي	٦٥	٦,٤٤	١٩	٦,٢٠	١٣,٠٠		دالة *
	البعدي	٤٦	٦,١٢					
المجال الجسدي	القبلي	٤٧	٧,١٦	١٧	٧,٠١	١٠,٢٨		دالة *
	البعدي	٣٠	٦,٨٦					

يلاحظ من الجدول (٧) أن القيمة التائية المحسوبة للمقياس ككل بلغت (١٩,٠٢) درجة أكبر من القيمة التائية الجدولية البالغة (٢,١١) درجة عند درجة حرة (١٧) ومستوى دلالة (٠,٠٥) ، وكانت جميع القيم التائية للمقاييس الفرعية الثلاثة دالة ايضاً، وذلك يشير إلى وجود فرق دال إحصائياً بين متوسط درجات الاختبار القبلي للمقياس ككل والمقاييس الفرعية ومتوسط درجات الاختبار البعدي لمقياس الوهن العصبي ، وهذا دليل على تأثير برنامج العلاج السلوكي الجدلي الذي اعد لهذا الغرض، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة فلنتاين وآخرون (٢٠١٥) ودراسة سهرنافارد وميري (٢٠١٨) ودراسة كوستا وآخرون (٢٠٠٢). ونتيجة هذه الدراسة تبين فاعلية برنامج العلاج الجدلي السلوكي (DBT) في خفض الوهن العصبي لدى مراجعي العيادات الطبية.

المصادر:

١. بريغ ، بول. س. (٢٠٠٦) : القوة العصبية ، ترجمة : دار علاء الدين ، ط ٣ ، سورية ، دمشق.

٢. البشراوي ، شاكراً محمد احمد (٢٠٢١) : الوسائل الإحصائية واستخداماتها في العلوم التربوية والنفسية، دار اراء للطباعة والنشر والتوزيع، بغداد ، العراق.
٣. البشراوي، شاكراً محمد احمد (٢٠٢٣) : مناهج البحث التربوي والنفسي والاجتماعي، دار اراء للطباعة والنشر والتوزيع، ط٢ ، بغداد ، العراق.
٤. ديميف، إل.، ولاينهان، إم. إم. (٢٠٠١) العلاج السلوكي الجدلي باختصار. مجلة علم النفس في كاليفورنيا.
٥. روبنز سي. جيه، تشابمان إيه إل (٢٠٠٤). العلاج السلوكي الجدلي: الحالة الحالية والتطورات الأخيرة والاتجاهات المستقبلية. مجلة الاضطرابات الشخصية ، نيويورك.
٦. الظاهر، زكريا محمد وآخرون (٢٠٠٢) : مبادئ القياس والتقويم في التربية، ط١، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
٧. العجيلي، صباح حسين حمزة (٢٠٠٥): القياس والتقويم التربوي، مكتبة التربية للطباعة والنشر، ط٣، صنعاء، اليمن.
٨. عكاشة، أحمد (٢٠٢٣): علم النفس الفسيولوجي، مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
٩. الغريب، رمزية (١٩٧٧) : التقويم والقياس النفسي والتربوي، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، مصر.

References:

1. Chapman AL, Gratz KL, Brown M. Solving the puzzle of deliberate self-injury: The experiential avoidance model. Behav Res Ther. 2006;44:371–94.
2. Chapman AL, Linehan MM. Borderline Personality Disorder. New York, NY: Taylor & Francis; 2005. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In: Zanarini M (ed) pp. 211–42
3. Costa, G., Ferracin, A., and Gaffuri, E. (1995) : Psychological Conditions of air Traffic Controllers by FSI, Psychological Medicine, (53) : 847 – 55 .
4. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. Rev Gen Psychol. 1998;2:271–99.
5. Koons C, Robins CJ, Tweed JL, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. Behave. 2001; 32:371–90.
6. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al. Cognitive-behavioral treatment of chronically suicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry. 1991;48:1060–4.
7. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, et al. Suicidal and behavioral outcomes from a one-year randomized trial and one-year follow up of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry. 2006;63:757–66.
8. Linehan MM. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, NY: Guilford Press; 1993.
9. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug Alcohol Depend. 2002;67:13–26.
10. Linehan MM, Schmidt HI, Dimeff LA, et al. Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. Am J Addict. 1999;8:279–92.
11. Linehan MM. Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York, NY: Guilford Press; 1993.
12. Linehan, M. M. & Dimeff, L. (2001). Dialectical Behavior Therapy in a nutshell, The California Psychologist, 34, 10-13.
13. Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, et al. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. J Clin Psychol. 2006;62:459–80.
14. Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, et al. Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. Am J Geriatr Psychiatry. 2003;11:33–45.
15. McMain S. Presentation. New Orleans, LA: Association for the Advancement of Behavior Therapy; 2004. Dialectical behaviour therapy for individuals with borderline personality disorder and substance abuse: A randomized controlled pilot study.
16. Pasieczny, N., & Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behavior therapy in routine public mental health settings: an Australian controlled trial. Behavior Research and therapy, 49(1), 4-10.
17. Robins CJ, Chapman AL. Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. J Personal Disord. 2004;18:73–9.
18. Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. Am J Psychiatry. 2001;158:632–4.

19. Schultz, D and Ellensschultz, S. (1990) : Introduction to industrial Organizational Psychology, Fifth edit, MC-Millan Publishing Company, New York .
20. Shorter, E. (1992) : From Paralysis to Fatigue. A History of Psychosomatic illness in The modern Era, The Free Press, New York .
21. Telch CF, Agras WS, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. J Consult Clin Psychol. 2001;69:1061-5.
22. Turner RM. Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. Cognit Behav Pract. 2000;7:413-9.
23. Valentine S, Bank off SM, Poulin RM, Reidler EB, Pantalone DW (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. Journal of Clinical Psychology. N° 71(1):1-20.
24. van den Bosch LMC, Koeter M, Stijnen T, et al. Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Behav Res Therapy. 2005;43:1231-41.
25. Verheul R, van den Bosch LMC, Koeter MWJ. Dialectical behavior therapy for women with borderline personality disorder. Br J Psychiatry. 2003;182:135-40.
26. Vernon, S. D and Reeves, W. C. (2005) : Evaluation of Auto antibodies to Common and neuronal cell antigens in chronic fatigue syndrome. Journal of Autoimmune Disease, (2)

الملحق - ١ -

عنوان الجلسة	مدة الجلسة	تقنيات الجلسة	دور المتعالج في الجلسة
اليقظة الذهنية	٤٥ دقيقة	ممارسة التنفس العميق واستراتيجية إرخاء العضلات التدريجي.	*بقاء المتعالج هادئاً. *تجنب المتعالج الأفكار السلبية أو السلوكيات الانفعالية. *التركيز على مهارات التأقلم أثناء المرور بموقف عاطفي صعب.
تقبل الواقع	٤٥ دقيقة	يمكن المتعالج من تطوير طرق أكثر فاعلية لتعامله مع توتره، وتحمل المواقف المزعجة قدر الإمكان دون إيذاء النفس. فهو بذلك يتقبل الواقع والموقف كما هو.	*عدم التشنيت أو الإلهاء. *تحسين اللحظة. *التهذئة الذاتية. *الموازنة بين سلبيات وإيجابيات الخضوع للتوتر أو الضيق.
التواصل الفعال	٤٥ دقيقة	يتعلم المتعالج أساليب لتحسين علاقاته مع الآخرين، ومع الوقت يصبح أكثر حزمًا في هذه العلاقات	* يمكن المتعالج من تحدي نفسه وعواطفه في ممارسة التعامل الصحي مع الآخرين.
تنظيم العاطفة	٤٥ دقيقة	التعرف على المشاعر التي يمتلكها الشخص، يمكنه إعادة تنظيمها، وبالتالي التمكن من إدارتها بطريقة أكثر فاعلية.	*التقليل من الضعف العاطفي. *الحصول على تجارب عاطفية أكثر إيجابية.
تقنيات القبول	٤٥ دقيقة	تمكين المتعالج من قبول ذاته في حال تمكنه من فهم نفسه بشكل أفضل، وتحديد الأسباب الكامنة للضيق والتوتر.	*محاولة قدر الإمكان السيطرة على السلوكيات المضطربة. *يخرج المتعالج من يأسه وتعلمه مهارات حياتية.

مجلة الفارابي للعلوم الانسانية العدد (٧) الجزء (١) شباط لعام ٢٠٢٥

تقنيات التغيير	٤٥ دقيقة	استبدال الأفكار الضارة بأخرى أكثر فائدة، مما يعني تحدي المعالج لأفكار المتعالج، ومن ثم تشجيعه على إيجاد طرق أخرى للتعامل مع الضيق.	*تحسين العلاقات الاجتماعية والنظرة الذاتية. *تحسين الثقة بالنفس *الاستمتاع بالتواصل مع الآخرين *إيجاد المعنى للحياة اليومية
تقبل الواقع	٤٥ دقيقة	أجبار المتعالج على الاعتراف بالمواقف المضطربة.	*قبول الهوية الجديدة.
تقنية التطبيق "أعطي"	٤٥ دقيقة	*كن لطيفاً مع الآخرين، لا تهاجم بعدوانية أو تتخذ أحكاماً مسبقة. *أظهر اهتماماً بالآخرين من خلال الإنصات بشكل جيد وعدم مقاطعة أحد في أثناء كلامه. *اعترف بمشاعر الآخرين وأفكارهم. *حاول أن تكون مرناً وحافظ على ابتسامتك دائماً.	*تحديد العوائق التي تحول دون تغيير العواطف *تقليل التعرض للعاطفة السلبية *زيادة الأحداث العاطفية الإيجابية *زيادة الوعي بالعواطف الحالية *اتخاذ إجراءات وسلوكيات معاكسة للعاطفة السلبية *تطبيق تقنيات تحمل الشدة