


**العلاج السلوكي الجدلي: التوجه السلوكي الجديد في الخدمة
الاجتماعية الإكلينيكية**

أ. د. عبد العزيز عبد الله البريثن

قسم جودة الحياة – كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

جامعة الإمارات العربية المتحدة



العلاج السلوكي الجدلي: التوجه السلوكي الجديد في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية

أ. د. عبد العزيز عبد الله البريثن

قسم جودة الحياة – كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

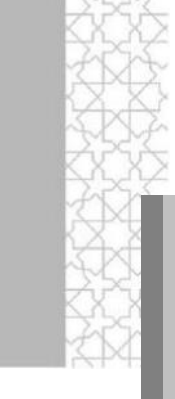
جامعة الإمارات العربية المتحدة

تاريخ تقديم البحث: 1444/10/25 هـ تاريخ قبول البحث: 1444/11/16 هـ

ملخص الدراسة:

العلاج السلوكي الجدلي هو تدخل علاجي، يتبنى فكرة الجدلية من أجل إحداث التوازن بين التقبل والرغبة في التغيير لدى عملاء الخدمة الاجتماعية، حيث يسلط الضوء على التناقضات في حياة العميل ومحاولة التوفيق بينها، مع التغلب على كل ما يشوّه البناء المعرفي، ويعوق العميل عن تحقيق التغيير الإيجابي في حياته الشخصية. ويهتم العلاج السلوكي الجدلي بتحسين المهارات الحياتية، مستخدماً في ذلك فنيات وتكنيكيات يقوم الأخصائي الاجتماعي بتدريب العملاء عليها، بما يشجعهم على الاقتناع المنطقي بضرورة تحمل الأزمات والضغوطات، ومحاولة تغيير طريقة تفكيرهم في التعامل مع تلك الأزمات والضغوطات. تُظهر الأبحاث الحديثة أن العلاج السلوكي الجدلي يمكن أن يحقق نتائج فعالة مع عملاء الخدمة الاجتماعية. تحاول هذه الورقة استعراض ومناقشة العلاج السلوكي الجدلي في إطار نظري، على أنه نموذج علاجي ناجح يمكن أن يساهم في تعزيز الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية.

الكلمات المفتاحية: العلاج السلوكي الجدلي، الخدمة الاجتماعية، الممارسة الإكلينيكية، الأخصائيون الاجتماعيون.



Dialectical Behavior Therapy: A New Behavioral Approach in Clinical Social Work


Professor Abdulaziz A. Albrithen

Department of Social Well-being – Faculty of Humanities & Social Sciences
United Arab Emirates University

Abstract:

Dialectical behavior therapy (DBT) is a therapeutic intervention that adopts the idea of dialectics to achieve a balance between acceptance and the motivation of change among social work's clients. The DBT sheds light on the contradictions in the client's life and attempts to reconcile in addition to overcoming whatever may distort the cognitive structure and hinder the client from achieving positive change in their life. The therapy is concerned with improving life skills, using techniques, which the social worker trains clients on, to help them be logically convinced of enduring crises and pressures. DBT also encourages them to change their way of thinking in dealing with such problems. Recent studies show that DBT can achieve effective results with social work's clients. This paper attempts to review and discuss DBT in a theoretical framework as a therapeutic model that can promote the clinical practice of social work.

keywords: Dialectical behavior therapy, social work, clinical practice, social workers.



مقدمة:

يعتبر العلاج السلوكي الجدلي (DBT) Dialectical Behaviour Therapy علاجاً سلوكياً حديث النشأة، إذ يمثل الطور الثالث أو الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy (CBT). تم تطوير العلاج السلوكي الجدلي بواسطة عالمة السلوك الأمريكية "مارشال لينهان" Marsha M. Linehan في أواخر تسعينيات القرن العشرين في جامعة واشنطن في مدينة سياتل الأمريكية، حيث كانت تطبق ذلك النوع في بداياته مع النساء اللاتي لديهن ميل إلى الانتحار وإيذاء أنفسهن؛ إذ وجدت "مارشال" أن تلك النساء يعانين من اضطراب شديد ومعقد هو اضطراب الشخصية الحدية borderline personality disorder (BPD) وبالتالي لم تستجب تلك النساء بشكل جيد للعلاج السلوكي التقليدي. فقد كن يبدين مندفعات، ولديهن عدم استقرار في المزاج، ومشكلات في الإحساس بالذات وفي العلاقات، بجانب بعض الاضطرابات الأخرى والتي منها اضطراب في التفكير تحت الضغط العاطفي. إن تعقد تلك الحالات جعلت التحدي أكبر أمام "مارشال" مما حداها إلى التفكير في مخرج، ثم قادها ذلك بشكل ناجح إلى العلاج السلوكي الجدلي (Koerner et al., 2021; Hollenbaugh & Lewis, 2018).

لقد افترضت "مارشال" أن العامل المشترك الكامن وراء تلك السلوكيات التي أظهرتها تلك النسوة يتعلق بشكل أو بآخر بتنظيم العاطفة، حيث كشفت تقارير التشخيص أنهم يعانون من مشاعر أقوى من المعتاد، ويواجهن صعوبة في التحكم في السلوك العاطفي. كما وجدت أيضاً أنهم يحاولون تجنب المشاعر بطرق إشكالية، تلك المشكلة المركزية المتمثلة في عدم تنظيم المشاعر، ساهم في خلق مشكلات واضطرابات نفسية؛ على سبيل المثال، عدم تنظيم المشاعر الذي كان سبباً مباشراً في تقلب المزاج، وإشكالية سلوك الغضب؛ كما أن عدم تنظيم العاطفة يمكن أن يتسبب في حدوث مشكلات في التفكير، بما في ذلك التفكير ثنائي التفرع (التفكير الأسود أو الأبيض)، والبارانويا، والانفصال العاطفي عن المحيط، والهلوسة. كما لاحظت "مارشال لينهان" من خلال تطبيقاتها العملية للعلاج السلوكي الجدلي أن العملاء كانوا يفتقرون إلى الصلاحية الفردية من البيئات التي عاشوا فيها؛ حيث احتاجوا أثناء العلاج إلى شيء من الطيبة والمحبة، وكذلك التقبل من قبل المعالج، كنهج إنساني إيجابي، لكنه ليس ذلك النهج الذي عبر عنه "كارل روجرز" Carl Rogers في العلاج المتمركز حول العميل (-person centered therapy)، وإنما النهج الميتافيزيقي الطبيعي الذي تبناه

"ثيت نات هانه" Thich Nhat Hanh (الراهب البوذي المعروف تاريخياً بأنه مصدر الإلهام الرئيسي للبوذية)، والذي يمكن من خلاله أن يتم تأسيس تحالف علاجي ناجح. الرؤية الثانية لدى "مارشال" تمثلت في أهمية وجود التزام commitment من قبل العملاء، بحيث يكونون مستعدين لتقبل وتحمل المستوى الذي قد تبلغه الاضطرابات العاطفية التي يعانون منها (Miller et al., 2007; Lew et al., 2006).

العلاج السلوكي الجدلي هو علاج سلوكي من حيث أنه يسعى إلى فهم كيفية تعلم السلوكيات غير القادرة على التكيف، واستبدالها بسلوكيات جديدة تكون أكثر فاعلية وأكثر عملية من حيث تعاملها مع الواقع، فالعلاج السلوكي الجدلي يتعامل مع السلوكيات التي يمكن ملاحظتها، أو تلك السلوكيات المضمرة، كما أنه يهتم بالتمنجة، وبالتكيف المتاح في البيئة.

لقد أثبت العلاج السلوكي الجدلي فاعليته بشكل خاص مع الأشخاص الذين يواجهون صعوبة في إدارة وتنظيم عواطفهم، كما أثبت فعاليته في علاج وإدارة مجموعة واسعة من حالات الصحة العقلية، بما في ذلك: اضطراب الشخصية الحدية (BPD) وحالات إيذاء النفس self-harm والسلوك الانتحاري suicidal behavior واضطراب ما بعد الصدمة post-traumatic stress disorder

(PTSD) واضطراب استخدام المواد المخدرة substance use disorder واضطرابات الأكل eating disorders وخاصة اضطراب الأكل بنهم binge eating disorder والشراهة المرضية bulimia nervosa والكآبة depression والقلق anxiety (Hollenbaugh & Lewis, 2018; Miller et al., 2007).

من الضروري الإشارة إلى أن السبب وراء إثبات فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في علاج هذه الاضطرابات والمشكلات السلوكية هو أنه يُعتقد أن كل حالة من هذه الحالات مرتبطة بالمشكلات التي تنتج عن الجهود غير السوية أو غير الصحية للسيطرة على المشاعر السلبية الشديدة؛ حيث يعمل العلاج السلوكي الجدلي على مساعدة الأشخاص على تعلم طرق أكثر إيجابية وأكثر صحية للتكيف، بدلاً من الاعتماد على الجهود التي تسبب مشكلات للشخص.

أما عبارة "الجدلية" (الديالكتيكية) dialectical التي تم ضمها لمسمى العلاج، فهي تشير إلى المنظور الفلسفي الذي يعني الجمع بين الأفكار المتعارضة، على أن التغيير يحدث حينما يكون هناك حوار بين الأطراف المتعارضة، إذ يعمل المعالج والعميل على حل التناقض الظاهري بين قبول الذات self-acceptance، والتغيير change، من أجل إحداث تغييرات إيجابية عند العميل؛ وذلك من

خلال مساعدة العملاء على قبول الصفات التي لا يحبونها، ثم توفير الحافز، والتشجيع لتغيير تلك الصفات باستخدام منهجية الجدلية (Hollenbaugh & Lewis, 2018; Miller et al., 2007).

بالإجمال، الهدف الرئيسي للعلاج السلوكي الجدلي هو مساعدة الناس على الوصول إلى درجة مناسبة من الضبط العاطفي والمعرفي، وذلك من خلال اكتشاف العوامل التي تولد الأحاسيس وتخلق الاستنارات. كما يهدف العلاج أيضاً إلى تعليم المهارات التي تساعد على التأقلم والتكيف، بحيث تكون تلك المهارات بمثابة المحفزات الإيجابية التي تقود إلى أداء وظيفي سليم.

الأهداف

تهدف هذه الورقة إلى تناول العلاج السلوكي الجدلي من منظور الخدمة الاجتماعية، وكيف يمكن للأخصائيين الاجتماعيين ممارسة وتطبيق هذا العلاج الجديد مع عملاء الخدمة الاجتماعية. بناء على ذلك، ستكون محاور أهداف الدراسة محصورة في: (أ) التعرف على الفلسفة التي أنطلق منها العلاج السلوكي الجدلي (ب) التعرف على الاستراتيجيات التي يقوم عليها العلاج السلوكي الجدلي (ج) التعرف على وظائف العلاج السلوكي الجدلي (د) التعرف على خطوات العلاج السلوكي الجدلي (هـ) التعرف على خصائص ومتطلبات العلاج السلوكي الجدلي.

وسوف تعتمد الورقة على العرض النظري للعلاج السلوكي الجدلي، مع مناقشة وتحليل الكتابات الأجنبية، كون العلاج من الموضوعات الحديثة في الأطروحات المنشورة باللغة العربية. كما سوف تتضمن المناقشة دلائل فاعليته وفائدته للممارسة الإكلينيكية للخدمة الاجتماعية.

سيعتمد الباحث على المنهج التحليلي، الذي يعتمد على تفكيك العناصر الأساسية للموضوع، من خلال استخدام التفسير والاستنتاج والمقارنة، بما يكشف عن الموضوع بجوانبه المختلفة، وتحقيقاً للهدف العام من الدراسة. بناء على ذلك سيكون الهدف وراء استخدام المنهج التحليلي الكشف عن الموضوع نظرياً، بما يمكن من تطبيقه عملياً من لدن الممارسين المهنيين في العالم العربي. على أن الخطوات القادمة ستكون أكثر جدلاً من حيث المحاولة والتجريب العملي لذلك العلاج، بغية النظر في مدى فاعليته للتعامل مع مشكلات دقيقة، ضمن مجالات ممارسة محددة في حقل الخدمة الاجتماعية. كما أن هناك ضرورة لتقييمه علمياً من لدن المتخصصين في العالم العربي، باستخدام وسائل وأساليب البحث العلمي، بما يثري أدبيات المهنة من جانب، وتقوية روافد الممارسة المهنية من جانب آخر.

ستحاول هذه الورقة الإجابة عن التساؤلات التالية:

التساؤل الأول/ ما الفلسفة التي أنطلق منها العلاج السلوكي الجدلي؟ وهذا التساؤل هدفه السعي إلى تحليل الجذور التاريخية، بما يكشف عن هوية العلاج وحالته التطبيقية.

التساؤل الثاني/ ما الاستراتيجيات التي يقوم عليها العلاج السلوكي الجدلي؟ وهذا التساؤل سوف يعمل على تحليل استراتيجيات العلاج، بما يكشف عن الأسس الرئيسية التي تستند عليها ممارسات وتطبيقات العلاج السلوكي الجدلي.

التساؤل الثالث/ ما هي وظائف العلاج السلوكي الجدلي؟ وهذا التساؤل سوف يعمل على تحليل وظائف العلاج، ومدى اتساق تلك الوظائف مع وظائف الأداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين.

التساؤل الرابع/ ما هي خطوات العلاج السلوكي الجدلي؟ وهذا التساؤل هدفه تحليل الخطوات التطبيقية للعلاج (بروتوكول الممارسة)، بما يكشف للأخصائيين الاجتماعيين إجراءات التدخل المهني.

التساؤل الخامس/ ما خصائص ومتطلبات العلاج السلوكي الجدلي؟ وهذا التساؤل هدفه تقصي خصائص العلاج، ومدى اختلافه عن العلاجات الأخرى المشابهة، بجانب تحليل المتطلبات المرتبطة بأركان العلاج (المعالج والعميل).

النظرية الاجتماعية الحيوية والعلاج السلوكي الجدلي:

تعد النظرية الاجتماعية الحيوية من الأسس الفلسفية التي أنطلق منها العلاج السلوكي الجدلي، وبناء على ذلك سيتم مناقشة النظرية، والتعرف على مدى ارتباطها أو تأثيرها في العلاج السلوكي الجدلي. من أين ينشأ عدم تنظيم العاطفة؟ افترضت "مارشال" أن اضطراب الشخصية الحدية (BPD) نشأ نتيجة ضعف بيولوجي واضح في العاطفة. تسعى هذه النظرية إلى شرح مسببات حدوث اضطراب الشخصية الحدية واستمراره، كما تقدم النظرية توجيهاً للمعالجين نحو الطريقة التي يفهمون بها، ويعالجون من خلالها العديد من المشكلات التي يواجهونها عند التفاعل مع مرضى اضطراب الشخصية الحدية (Koons, 2016; Cooper & Parsons, 2010).

يشير المكون البيولوجي للنظرية الاجتماعية البيولوجية (biosocial theory) إلى مزاج الأفراد المصابين بالضعف العاطفي، لأن لديهم: (1) درجة منخفضة من التنشيط العاطفي (2) ردود أفعال عاطفية شديدة (3) استثارة بيولوجية بطيئة مرتبطة بالعاطفة، مما يجعل الفرد أكثر عرضة للحدث التالي الذي يثير المشاعر. على سبيل المثال، قد يتسبب التحفيز في البيئة، مثل قيام زميل في العمل بإدلاء تعليق نقدي حول مكتب الشخص الفوضوي،

بغضب خفيف لدى الشخص غير المضطرب، بينما يثير غضباً غير عادي لدى الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية. من المحتمل أن يتعافى (يزول الغضب) الشخص غير المضطرب في غضون 24 ساعة أو ربما أقل، بينما قد يفكر الشخص المصاب باضطراب الشخصية الحدية في التعليق لأيام أو حتى أسابيع، ويعيد تجربة المشاعر الأولية والعواطف الثانوية القوية، ويكون نتيجة لذلك أكثر عرضة للضغوط الأخرى (Hollenbaugh & Lewis, 2007; Miller et al., 2018).

إن الضعف العاطفي وحده غير كافٍ لإنتاج الاضطراب، وبالتالي فإنه يحدث خلل في تنظيم المشاعر، لا بد من اقتران الضعف العاطفي مع عدم القدرة على تنظيم المشاعر. أخذاً بعين الاعتبار أن القدرة على تنظيم المشاعر عبارة عن سلوك مكتسب، يتكون من عدة مهارات ضرورية تشمل: (أ) توجيه الانتباه لأشياء بعيدة عن المنبهات المزعجة (ب) تنظيم الاستثارة الفسيولوجية، مثل استخدام التنفس العميق لتقليل معدل ضربات القلب المرتبط بالخوف أو الغضب (ج) تجنب الحوافز التي تؤدي إلى سلوك يعتمد على الحالة المزاجية، مثل الفشل في العمل بسبب الخجل (د) الاستمرار في السعي وراء أهداف لا علاقة لها بالمزاج الحالي. بناء على ذلك يمكن للناس أن يتعلموا التعامل مع المزاجات الضعيفة للغاية وإدارتها

متى تم تعليمهم المهارات اللازمة لذلك. أما الأفراد المصابون باضطراب الشخصية الحدية، فبالإضافة إلى مشكلاتهم مع ضعف العاطفة، لديهم أيضاً تاريخ تعليمي إشكالي (Hollenbaugh & Lewis, 2018; Miller et al., 2007).

لا تشرح النظرية الاجتماعية الحيوية مسببات اضطراب الشخصية الحدية فحسب، بل تشرح معالجتها أيضاً. عندما يفهم المعالجون النظرية الاجتماعية الحيوية، يكونون أقل عرضة لوصم أولئك الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الحدية، كما يكونون بارعين في الاهتمام بما هو مطلوب لمساعدة عملائهم على التخلص من السلوكيات غير القابلة للتكيف، وتعلم طرق جديدة أكثر فائدة لإدارة أنفسهم وبيئاتهم بطرق صحيحة وفعالة (Cooper & Parsons, 2010; Koons, 2008).

الجدور التاريخية التي بزغ منها العلاج السلوكي الجدلي:

يتكون العلاج السلوكي الجدلي من ثلاثة فروع متباينة، لكن كل واحد منها ساهم في تقديم مبادئ كان لها فائدة كبيرة في تأسيس العلاج، وقيامه كنموذج علاجي متسق. الفرع الأول: هو النظرية السلوكية (behaviorism)، والتي ساهمت في تقديم ما يسمى بتكنولوجيا التغيير (technology of change). الفرع الثاني هو مدرسة "ماهايانا" البوذية (Zen) التي نشأت أصلاً في الصين، وتؤكد على

ضبط النفس بشكل صارم، وممارسة التأمل والبصيرة في إدراك الطبيعة الحقيقية للأشياء، حيث ساهمت هذه الفلسفة في تقنية القبول (acceptance). الفرع الثالث: هو الجدلية (dialectics) المشتقة أصلاً من الفلسفة الكلاسيكية (الديالكتيك) التي تعني الجدل أو المحاوراة وتبادل الحجج باستخدام المنطق، وقد ساهم هذا الفرع في خلق رؤية للعالم، تسعى إلى تحقيق التوازن بين القبول والتغيير، على أنهما نقيضان، ولكن يمكن أن يتحدى في العلاج (Cooper & Parsons, 2010; Koons, 2008).

من المدرسة السلوكية يستقطب العلاج السلوكي الجدلي النمذجة (modeling) في كل من العلاج الفردي والتدريب على المهارات، ويكون الهدف منه تحقيق التكيف. أما العلاقة العلاجية في العلاج السلوكي الجدلي فهي علاقة حقيقية بين قطبين متكافئين (المعالج والعميل)، وفي نفس الوقت يكون هناك التزام بجميع الإرشادات الأخلاقية والمهنية. يستخدم المعالجون المهارات العملية مع العملاء، لكنهم لا يثقلون العملاء بالمشاكل التي لم يستطيعوا حلها، وفي المقابل يتم تشجيع العملاء على استخدام نماذج مفيدة أخرى، مثل الأفراد الذين تغلبوا على محن كبيرة لتحقيق حياة جديدة بالاهتمام، كما يتم مساعدة العملاء على تعلم سلوكيات جديدة (Koerner et al., 2021).

أما مدرسة "ماهايانا" Mahayana البوذية، فقد استفاد العلاج السلوكي الجدلي منها فيما يتعلق بتعلم منهج المهارات، بالإضافة إلى مواقف المعالج تجاه العملاء والعلاج، حيث تؤكد مدرسة "ماهايانا" البوذية على الحكمة المتأصلة في كل فرد، إذ يترجم العلاج السلوكي الجدلي هذا المبدأ على أنه "العقل الحكيم" wise mind، وهو تجميع للمعلومات التي تم جمعها من المشاعر، مع المعلومات التي تم جمعها من الحقائق. فعندما يتم البحث عن عقل حكيم، فإن وعي المرء يكون مستتيراً بشيء أكثر من مجموع المشاعر والحقائق، ويتضمن الحدس أو المسار الأوسط أو الحكمة؛ من هذا يعد الوصول إلى العقل الحكيم أمراً أساسياً لاستخدام معظم مهارات تطبيق العلاج السلوكي الجدلي (Hollenbaugh & Lewis, 2007; Miller et al., 2018).

أما الجدلية فهي تفترض أن الحقيقة موجودة في صراع الأضداد، وبالتالي تقوم الجدلية على مبدأ التوليف، وهي بذلك تناقض الحقائق المطلقة. ومن ذلك يستقطب العلاج السلوكي الجدلي معضلة حاجة الفرد العميقة والملحة لتغيير السلوكيات التي تدمر حياته، وحاجته الملحة بنفس القدر لقبولها ووضعها كما هي في ذات الوقت. الصراع بين هذين النقيضين سيرسم مسار العلاج بشكل كامل. من ذلك

يستفيد العلاج من فكرة التناقض (antithesis)، ويرسم كيانه من فكرة التوليف (synthesis) (Cooper & Parsons, 2010; Koons, 2008).

الاستراتيجيات الأساسية للعلاج السلوكي الجدلي:

العلاج السلوكي الجدلي يجمع بين التقنيات المعرفية الهادفة إلى تنظيم الانفعالات، وبين التقييم الحقيقي والمنطقي لبعض المنطلقات والمفاهيم مثل التفكير العقلاني، والتقبل وتحمل الضيق. كما يستتير العلاج السلوكي الجدلي بنظرية علم الاجتماع البيولوجي (الحيوي) biosocial theory التي تصف اضطرابات الشخصية، والأمراض العقلية، والإعاقات بأنها سمات شخصية محددة بيولوجياً، تتفاعل مع المحفزات البيئية. لقد كشفت أول تجربة بحثية سريرية للعلاج السلوكي الجدلي خفضاً واضحاً في معدل محاولات الانتحار، والتوجه للمستشفى بغرض العلاج؛ وذلك بالمقارنة مع طرق علاجية أخرى (Bass et al., 2014).

أولاً/ استراتيجية حل المشكلة:

يستمد العلاج السلوكي الجدلي أدوات حل المشكلة problem solving من العلاجات السلوكية والمعرفية، بالإضافة إلى البروتوكولات العلاجية الأخرى القائمة على البراهين. تبدأ استراتيجية حل المشكلة من تعريف المشكلة على أنها سلوك محدد، يحتاج إما

إلى إزالة أو تقليص أو تقنين (تنظيم) أو تكيف. وبمجرد تحديد السلوك، يتم تحليله لاكتساب نظرة ثاقبة حول مكان وزمان حدوثه، وما هي المتغيرات التي يحتمل أن تتحكم فيه. على سبيل المثال، هل تنتشجر العميلة مع والدتها، ثم تشعر بالخوف والندم، وبعد ذلك تجرح نفسها استجابة للخوف والندم، ثم تشعر بالهدوء وتخفي الجروح عن والدتها؟ أم أنها تنتشجر مع والدتها، وتشعر بالغضب، ثم تجرح نفسها وبعد ذلك تُظهر الجرح لأُمها التي تهدئها؟ في كلتا الحالتين، يكون سلوك القطع في آن واحد استجابة لعامل ضغط ومحاولة للحصول على النتيجة المرجوة. ومع ذلك، في كل حالة، يتصرف المعالج بشكل مختلف لحل هذه المشكلة. بمجرد فهم جميع العوامل التي تؤثر على المشكلة، يمكن للمعالج والعميل العمل معاً لإيجاد الحلول. قد يشمل ذلك تعلم مهارات سلوكية جديدة، وتغيير التفكير المضطرب، وتغيير الارتباط بين المحفزات في البيئة، وتغيير العواقب المعززة أو العقابية للسلوك المشكل. يحتاج المعالج وفقاً للعلاج السلوكي الجدلي إلى أن يكون بارعاً في الحصول على الالتزام بتغيير السلوك والحفاظ عليه، وفي تعليم ما يحتاج العملاء تعلمه للتعامل مع العديد من المشكلات التي تظهر أثناء العلاج (Swales & Heard, 2016; Swenson et al., 2007).

ثانياً/ استراتيجية التثبيت من الصحة:

لتحقيق عملية التغيير بشكل متوازن، يستخدم العلاج السلوكي الجدلي للتثبيت من الصحة validation والتي من خلالها ينظر المعالج إلى سلوك العميل ومشاعره وأفكاره لمعرفة ما يمكن تأكيده، أو التثبيت منه، أو تسليط الضوء عليه على أنه تم التحقق من صحته، وفي بعض الأحيان قد يكون من الصعب العثور على شيء يمكن التحقق من صحته في السلوك الذي من الواضح أنه سلوك غير متكيف. ينبهنا العلاج السلوكي الجدلي إلى أنه من الممكن دائماً التحقق من صحة بعض الموضوعات مثل الألم الذي يعاني منه العميل، وكذلك التحقق من صعوبة استخدام العميل لمهاراته، وأيضاً التحقق من صحة شعور العميل بأنه بعيد عن ما يأمل أن يحققه وأن يعيشه. إن مجرد الاستماع إلى ما يقوله العملاء عن تجربتهم، والتيقظ لجميع الجوانب غير المعلنة وبدون إضافة تفسيرات، هو في حد ذاته أمراً يعد مؤكداً للصحة مع كثير من العملاء (Marra, 2005).

ثالثاً/ استراتيجية العقلانية:

تعد العقلانية rationality أحد الأفكار الرئيسية التي تدخل ضمن مكونات العلاج السلوكي الجدلي، حيث تعتبر مكوناً أساسياً للمهارات التي يتم تعليمها للعملاء، إذ تعمل العقلانية على مساعدة

العمل على التقبل والتكيف مع المشاعر العاطفية. لقد تم توظيف العقلانية في العلاج السلوكي الجدلي كاستراتيجية وتقنية تدعو إلى التأمل والتفكير كما هي في الديانة البوذية، لكنها هنا في العلاج لا ترتبط بأي أفكار دينية أو روحية بحته (Pederson, 2015).

العقلانية في العلاج السلوكي الجدلي بمثابة التدريب الذي يدعو إلى منح الاهتمام، والتركيز، والبعد عن التسرع في إصدار الأحكام تجاه الحياة الراهنة، بحيث يكون هناك بعد نظر ضمن أفق أوسع. ومن المبادئ التي تدخل ضمن نطاق العقلانية التقبل، الذي يؤكد على حالة "القبول الجذري" radical acceptance الذي من خلاله يستطيع العملاء إدراك الواقع، والوعي بالبيئة، وتقبل المشاعر، وتقدير المواقف التي يمرون بها؛ على أن القبول الجذري يخفض حالة الضيق، ويقلص مستوى عدم الارتياح، ويقلل من الأعراض المرضية التي يعاني منها العملاء (Linehan, 2015).

رابعاً/ استراتيجية التقبل والتغيير:

يقع التقبل والتغيير acceptance and change عادة ضمن مناقشات الجلسات الأولية من العلاج الفردي، حيث تكشف هذه الاستراتيجية عن العلاقة المنطقية الجدلية بين القبول والتغيير. يفترض أن يصبح العميل مرتاحاً مبدئياً لفكرة العلاج، إذ حالما تنشأ علاقة قائمة على الثقة بين العميل والأخصائي الاجتماعي، تكون

تقنيات عمل العلاج السلوكي الجدلي جاهزة للبدء والتنفيذ، ويتمثل جزء أساسي من تعلم التقبل في فهم فكرة القبول الجذري أولاً. ومن مبادئ القبول الجذري أن العميل ينبغي أن يواجه المواقف الإيجابية والسلبية على حد سواء دون إصدار أحكام، ويشمل التقبل أيضاً مهارتي العقلانية والتنظيم الانفعالي، اللتين تعتمدان على فكرة القبول الجذري، وتميز هاتان المهارتان (العقلانية والتنظيم الانفعال) على وجه التحديد العلاج السلوكي الجدلي عن العلاجات الأخرى (Kliem at al., 2010). يرى العلاج السلوكي الجدلي أن العملاء حينما يتقنون فنيات التقبل، يتبعونها بفكرة التغيير. في حين تشير استراتيجية التقبل والتغيير إلى أن الكثير من المشكلات تقع وتحدث ضمن إطار المفاهيم التالية: (أ) الاندماج مع الأفكار (ب) تقييم الخبرة (ج) تجنب أو البعد عن التجريب (د) إعطاء مبرر لسلوك معين. وبناء على ذلك يكون البديل الصحي والمثالي هو: (1) تقبل الأفكار والعواطف (2) اختيار اتجاه ذو قيمة (3) التصرف وفقاً لذلك الاتجاه (Koerner et al., 2021; Marra, 2005).

وظائف العلاج السلوكي الجدلي:

للعلاج السلوكي الجدلي خمس وظائف رئيسية هي: تحفيز العميل، والتعليم والتدريب على المهارات، وتعميم المهارات مع تخصيصها، والتحفيز والاستجابة من المعالج، وتشكيل البيئة.

أولاً/ تحفيز العميل:

ينطلق تحفيز العميل من خلال فهم أهداف العميل، وتحديد نقاط القوة والموارد والعوائق ذات الصلة، وضمان التعاون بشأن الأساليب المُدرجة للوصول إلى الأهداف. غالبًا يكون من الضروري إبراز المتناقضات التي تكمن عادة بين ما يريده العميل وبين ما يحتاج إليه في الحقيقة، وكيف تتداخل العواطف أو السلوكيات السلبية الحالية مع تحقيق تلك الأشياء التي يطمح لها. ولكي ينجح الأخصائي الاجتماعي في تحفيز العملاء، يحتاج العملاء إلى مزيج من التفاعل السريع من قبل المعالج. من أهم تلك الاستجابات التشجيع، والتحقق من صحة المواقف، والكشف عن المشاعر التي يحملها العميل، وتعزيز الجهد والإنجاز. ومن الأمور الداعمة لتحقيق التحفيز، أن يقوم الأخصائي الاجتماعي بتحديد ما يجب فعله، وإظهار التحالف والمساندة للعميل، مع التركيز على خطة العلاج، واستحضار الأهداف المرغوب تحقيقها (Pederson, 2015).

ثانياً/ التعليم والتدريب على المهارات:

يفترض العلاج السلوكي الجدلي أن العملاء يفتقرون إلى السلوكيات اللازمة لتحقيق أهدافهم، وبناء على ذلك تسعى وظيفة تعليم المهارات إلى معالجة أوجه القصور الوظيفي لدى العملاء، وتوفير الوسائل التي تحقق صحة أفضل، ووظائف جسدية ونفسية، وذلك من خلال

إحلال السلوكيات الإيجابية محل السلوكيات غير الصحية، التي تدمر الذات وتضر بالنفس. ومن الضروري التأكيد على أن التدريب على المهارات وحده لا يكفي لمساعدة العملاء، خصوصاً العملاء الذي يعانون من مشاكل مزمنة وخطيرة، فالتدريب على المهارات تبدو فائدته أكثر وضوحاً مع العملاء الذين لديهم الدافع للتغيير، إلا أنه لا ينطبق بشكل عام على العملاء الذين يعانون من مشاكل مزمنة وخطيرة (Pederson, 2015).

ثالثاً/ تعميم المهارات مع تخصيصها:

يحتاج العملاء إلى إظهار المهارات عبر المواقف التي يتعرضون لها، ومع الأشخاص الذين يتعاملون ويتفاعلون معهم، فالكثير من العملاء يكونون ماهرين في مجال واحد، بينما يعانون من ضعف في المهارات في مناطق أخرى؛ ولكي يكون الإنسان وظيفياً ويتمتع بحياة مرضية، يحتاج عادة إلى ممارسة المهارات في الأماكن التي هو في أمس الحاجة إليها، ومن الأشياء الإيجابية ضمن منظور السلوكية أن أي سلوك ماهر يمكن أن يصبح فرصة لتعميمه في مكان آخر، وفي كثير من الأحيان، يمكن للعملاء إظهار مهاراتهم في العلاج، ومن ثم تكون المهمة هي مساعدة العميل على ممارسة المهارات في مواقع وأماكن أخرى، على سبيل المثال؛ يمكن للعملاء الذين يستطيعون تنظيم مشاعرهم في العمل، استكشاف السلوكيات

الماهرة التي تحدث في بيئة العمل ثم نقلها للمنزل. مثال آخر؛ يمكن للعملاء الذين يقومون بالتحقق من مصداقية وولاء أصدقائهم لهم، نقل هذه المهارة وممارستها مع الشريك أو الزوج. ومن الأخطاء التي يرتكبها المعالجين في هذا الموضوع الاعتقاد بأن التعميم (تعميم المهارات) سيحدث بشكل طبيعي من تلقاء نفسه؛ فمن الضروري إجراء تقييم وظيفي كامل لجميع مجالات الحياة ذات الصلة، لاستكشاف المؤشرات الدالة على المناطق التي يمكن زيادة المهارات فيها أو من خلالها، مثل هذا التقييم، بجانب مجالات التعميم المتفق عليها بين المعالج والعميل، سوف يكشف عن إمكانيات التعميم (Pederson, 2015).

رابعاً/ التحفيز والاستجابة من المعالج:

لكي يكون الأخصائي الاجتماعي فعالاً يجب أن يبقى متحفزاً للعمل مع العملاء، وخاصة مع أولئك العملاء الذين لديهم سلوكيات صعبة. وبالمثل، يحتاج الأخصائي الاجتماعي إلى مساعدة مستمرة ليظل على نفس النهج، وفعالاً في الاستجابة لتقلبات العلاج، وحينما يبدو على المعالج الإرهاق فإن ذلك من دواعي تقهقر العميل، وتدني إمكانية الوصول إلى نتائج فعالة؛ لذا لا بد من التأكيد على وظيفة الأخصائي الاجتماعي على أنه "محفز" و"يقظ" و"مستجيب"، لتحقيق

ثلاثي متفاعل يجمعه كمعالج بالعميل عبر تقنيات العلاج السلوكي الجدلي (Pederson, 2015).

خامساً/ تشكيل البيئة:

تشير هيكله البيئة إلى إطار العلاج السلوكي الجدلي، بالإضافة إلى القواعد والتوقعات ومهام العلاج المحددة بوضوح، والتي يتفق عليها العملاء والمعالجون؛ وباختصار، تشير جوانب هيكله البيئة إلى أي شيء ينتج عنه مواقف وسلوكيات مسؤولة من جانب العملاء والمعالجين، مما يوفر مؤشرات تعليمية من شأنها توفير السلامة والاحتواء والتركيز (Weinberg et al., 2011).

من خلال تشكيل بيئة العلاج السلوكي الجدلي يتضح بأن هيكل العلاج هو عبارة عن نظام من خلاله يتم تقديم الخدمة وتحقيق التوجيه النظري للعملاء، وبناء على ذلك، يدخل ضمن إطار العلاج السلوكي الجدلي طرق تنظيمية أخرى، منها على سبيل المثال؛ العلاج الفردي، ومجموعة المهارات التربوية النفسية، والتدريب عبر الهاتف، والعلاج النفسي الجماعي، والزيارات المنزلية، والتي تشمل على تقديم الخدمة لعملاء الخدمة الاجتماعية.

خطوات ومراحل العلاج:

يمكن أن يختلف هيكل العلاج السلوكي الجدلي من معالج إلى آخر، ولكن بشكل عام، يتضمن العلاج أربعة أنواع عامة من الجلسات هي:

أولاً/ التقييم المسبق للحالة: وفي هذه الحالة يقوم الأخصائي الاجتماعي بعمل تقييم قبل بدء العمل الرسمي؛ لابد أن يكشف التقييم عن مدى ملاءمة العلاج السلوكي الجدلي للعميل، والمشكلة التي يعاني منها، وذلك من خلال طرح بعض الأسئلة، مع تقديم شرح عن كيفية عمل العلاج السلوكي الجدلي، وكذلك آلية الالتزام بالعلاج، وطول مدة العلاج.

ثانياً/ العلاج الفردي: يتضمن العلاج الفردي جلسات أسبوعية مع الأخصائي الاجتماعي، بحيث تستغرق الجلسة من 50 إلى 70 دقيقة. تهدف هذه الجلسات إلى:

- مساعدة العملاء على الحفاظ على سلامة النفس والحد من سلوكيات الإيذاء ومن السلوكيات الانتحارية.
- الحد من السلوكيات التي تعترض أو تعرقل العلاج المجدي والأمثل للعملاء.

- مساعدة العملاء على الوصول إلى أهدافهم وتحسين نوعية حياتهم من خلال التعامل الفعال مع كل ما يعيق التقدم، خصوصاً مع حالات الصحة العقلية أو مشكلات العلاقات.
- مساعدة العملاء على تعلم مهارات جديدة لتحل محل السلوكيات غير المفيدة.

وفي العلاج الفردي يطلب عادة الأخصائي الاجتماعي من العملاء عمل مذكرات بغرض تتبع المشاعر والأفعال، بما يكشف عن أنماط السلوك الإيجابي أو الصحي، كما ينصح العملاء بإحضار هذه اليوميات معهم خلال الجلسات، لتكون محل النقاش مع المعالج، وبما يكشف عن ما يجب العمل عليه في كل جلسة.

في العلاج السلوكي الجدلي يكون الأخصائي الاجتماعي هو المسؤول عن العلاج، وبالتالي يهتم المعالج بدوافع العميل (كفرد)، بغرض الحماية من التدهور، وتحقيق التقدم من خلال العلاج. وفي هذا المستوى يتعامل الأخصائي الاجتماعي والعميل مع أي شيء يتعارض مع العلاج؛ ويستتبط المعالج الفردي من العميل أهدافه ويضع جدول الأعمال وفقاً لمرحلة العلاج. ومن خلال الجلسات الفردية الأسبوعية، يحافظ المعالج الفردي على تركيز العلاج على التسلسل الهرمي المستهدف، ويعزز استخدام السلوكيات ذات القيمة والمعنى. كما يوظف الأخصائي الاجتماعي بعض التقنيات

والوسائل الأخرى المساندة لتدريب العميل على بعض السلوكيات المفيدة من خلال الهاتف، وذلك حسب الحاجة لتحقيق المساعدة الفعالة للعميل، بما ينمي مهارات الحياة اليومية.

ثالثاً/ التدريب على المهارات:

يقوم الأخصائي الاجتماعي في جلسات التدريب على المهارات بتعليم العميل على بعض المهارات الأساسية؛ على أن التعليم على المهارات يمكن أن يكون في مجموعات بغرض التعليم فقط، وليس بصفته علاجاً جماعياً متكاملاً؛ وتهدف مهارات العلاج السلوكي الجدلي إلى المساعدة في تعزيز قدرات العملاء على التعامل مع أنماط وتحديات الحياة اليومية.

ومن المهارات الأساسية التي يتعلمها العملاء:

- اليقظة (التدبر): وهي ممارسة الوعي التام والتركيز في الحاضر بدلاً من القلق بشأن الماضي أو المستقبل.
- تحمل الضيق: يتضمن هذا فهم وإدارة عواطف العميل في المواقف الصعبة أو المجهدة دون الاستجابة بسلوكيات ضارة.
- الفعالية الشخصية: هذا يعني فهم كيفية السؤال عما يريده العميل ويحتاجه، ووضع الحدود اللازمة، مع الحفاظ على احترام النفس وكذلك احترام الآخرين.

- تنظيم المشاعر: هذا يعني الفهم والوعي والتحكم في العواطف بشكل أكبر.

أما تقنية التدريب على المهارات فتتم عادة في شكل مجموعات صغيرة، بحيث تختلف عن العلاج الجماعي في كونها تعتمد فقط على التعليم والتدريب على مهارات ضمن جلسات أسبوعية، يبلغ زمن الجلسة الواحدة حوالي ساعتين، يتعلم العملاء من خلالها مهارات محددة تقع ضمن أربع مجموعات من المهارات هي: (1) التفكير العقلاني (2) التأثير التفاعلي الشخصي (3) تنظيم الانفعالات (4) تحمل الضيق والضجر. ويستمر التدريب عادة حوالي ثمانية أسابيع، تحت إشراف اثنين من المعالجين المساعدين. ومن المفترض أن تتكرر عملية التعليم والتدريب للعملاء لضمان التعلم والتدريب الجيد على المهارات، وتستغرق عملية التعليم والتدريب حوالي عام كامل.

رابعاً/ التدريب على التعامل مع الأزمات من خلال الهاتف: غالباً يتضمن العلاج السلوكي الجدلي تدريباً على الأزمات الهاتفية لدعم الحياة اليومية للعملاء. هذا يعني أن العميل يستطيع الاتصال بالأخصائي الاجتماعي في أوقات معينة للحصول على الدعم بين أوقات الجلسات. ومن أمثلة الأزمات التي يمر بها العملاء وتتطلب الاتصال الهاتفي بالمعالج:

- عندما يحتاج العميل إلى مساعدة في أزمة فورية، مثل الرغبة في إيذاء النفس.

- عندما يحاول العميل استخدام مهارات العلاج السلوكي الجدلي التي تعلمها ولكنه يريد بعض النصائح حول كيفية القيام بذلك.

سيقوم الأخصائي الاجتماعي عادة بوضع حدود واضحة حول متى يمكن الاتصال به، مثل رسم نطاق متفق عليه من الوقت خلال أيام الأسبوع؛ كما أن التدريب على الأزمات يعمل وفقاً للحاجة، وعادة تكون المكالمات موجزة، ولا ينبغي أن تحل محل الجلسات الفردية مع العملاء.

بشكل عام، ابتُكرت المشورة عبر الهاتف للمساعدة في تعميم المهارات في حياة العميل اليومية، حيث تكون المشورة الهاتفية موجزة ومقتصرة على التركيز على مهارات محددة يحتاجها العميل خلال حياته اليومية.

كما يمر العلاج السلوكي الجدلي بعدة خطوات أو مراحل هي:
(أ) مرحلة ما قبل العلاج: قبل البدء في العلاج يقوم الأخصائي الاجتماعي بإشراك العميل في مرحلة ما قبل العلاج، والتي من خلالها يحدد المعالج أهداف العميل ويربطها بشكل منطقي بالعملية العلاجية. وفي هذه المرحلة يتطلب الأمر أيضاً تضمين التوجيه

والالتزام بالعلاج لدى كل من الطرفين (المعالج والعميل). تستمر هذه المرحلة عادة ما بين أربع إلى ست جلسات مع العميل؛ ويقوم المعالجون خلال تلك الجلسات بتحديد الالتزام، وربطه بأهداف العلاج، ومن الأمثلة على ذلك توضيح السلوك أو السلوكيات المطلوب إيقافها من لدن العميل (مثل السلوك الانتحاري أو إيذاء النفس مثلاً)، ثم العمل على حل الصعوبات التي قد تحول دون العلاج، وبعد الانتهاء من هذه المرحلة، ينتقل المعالج والعميل معاً إلى المرحلة الأولى التي تركز على تحقيق الاستقرار السلوكي، وبمجرد أن يحقق العميل حياة أكثر استقراراً، يمكنه الدخول في المرحلة الثانية، والتي تتضمن المعالجة العاطفية للماضي، بما في ذلك حل صدمة الطفولة إذا كان هناك صدمات خلال مرحلة الطفولة (Miller et al., 2007).

(ب) المرحلة الأولى من العلاج: يشمل العلاج في المرحلة الأولى معالجة المشكلات المحددة بطريقة هرمية، والهدف الأعلى في هذه المرحلة من العلاج هو السلوكيات التي تهدد الحياة، بما في ذلك السلوكيات الانتحارية، وسلوكيات العنف والقتل، وغير ذلك من السلوكيات الخطيرة، سواء على العميل أو الآخرين، وفي هذه المرحلة يتم تشكيل الهدف الثاني من العملية العلاجية والمتمثل في السلوكيات الداعية للتدخل المهني، وقد تتضمن أمثلة سلوكيات

العميل عدم ممارسة المهارات، وعدم حضور جلسات العلاج، والقول المتكرر "لا أعرف". أما الهدف الثالث من العملية العلاجية فيتضمن السلوكيات المتداخلة والمؤثرة في جودة الحياة، والتي تزعزع استقرار العميل بشكل قوي، ومن الأمثلة على ذلك، الحالة المزاجية المنخفضة لدى العميل المكتئب، أو ذكريات الماضي لدى العميل المصاب باضطراب ما بعد الصدمة.

(ج) المرحلة الثانية: في العلاج السلوكي الجدلي يقوم الأخصائي الاجتماعي بتعليم العميل كيفية قبول أفكاره ومشاعره وخبراته دون إصدار أحكام، وفي هذه المرحلة يتعلم العميل كيفية التركيز على شيء واحد في كل مرة، مع إدراك أفكاره وحواسه؛ وعادة ما يطور العملاء مهارة تحديد عواطفهم والتعبير عنها وفهمها أثناء ملاحظتها، ووصفها، واختبارها بشكل كامل. كما أن مهارات تحمل الضيق تساعد العملاء على تعلم كيفية تقبل الضيق والتعامل معه، دون التصرف بانديفاع لمنع تقاوم الضيق على المدى الطويل، ويتعلم العملاء مهارات التنظيم العاطفي، والتي تساعدهم على فهم الاستجابات العاطفية وتحديدها والتعامل معها. بالإضافة إلى ذلك، تساعد مهارات الفعالية الشخصية عملاء الخدمة الاجتماعية على تعلم كيفية التواصل مع الآخرين، من خلال التواصل الراسخ، ويتعلم

العملاء أيضًا كيفية التحرك، وإدارة الصراع الذي يحدث أثناء العلاقات الاجتماعية.

د) المرحلة الثالثة: في هذه المرحلة يبدأ الأخصائي الاجتماعي في تعليم وتدريب العميل على مجموعة من المهارات؛ وذلك لمساعدته على تعلم طرق أكثر صحة للتفاعل مع بيئته؛ حيث يتم إدراج العميل مع ما يسمى بالمجموعات الأسبوعية لتعلم ومراجعة كيفية تطبيق هذه المهارات في الحياة اليومية؛ ومن أهم هذه المهارات (1) مهارة التدبر أو اليقظة، والتي تعلم العملاء كيفية الانتباه والتركيز على اللحظة الحالية أثناء تنظيم الانتباه، حيث يتم تشجيع العملاء على مراقبة اللحظة، ووصفها، والمشاركة فيها بطريقة فعالة دون إصدار الأحكام إزاءها (2) مهارة تحمل الأزمات، حيث يعتمد العلاج السلوكي الجدلي على فلسفة تثقيف العملاء على كيفية التعامل مع الأزمات، والحيلولة دون تفاقمها، حيث يتعلم العملاء كيفية تقبل الموقف بشكل فعال، وإيجاد معنى له (تحمل الموقف)، والعمل خلال اللحظات المؤلمة؛ وذلك من خلال التهدئة الذاتية، والانشغال الإيجابي، وعمل موازنة للسلبيات والإيجابيات، وتحسين اللحظة بطرق صحية (3) مهارة الفعالية الشخصية، حيث يتم تثقيف العملاء حول العلاقات الشخصية الصحية، وتعلم كيفية التعامل مع الصراع، واستخدام تقنيات الاتصال الفعال، حيث يتم التركيز بشكل خاص

على المواقف الشخصية، وتحديدًا التي يتعين على الفرد الانصياع لها، أو مقاومة التغييرات التي يحاول الآخرون إجراؤها (4) مهارة تنظيم العاطفة، التي تساعد العملاء على تحديد المشاعر السلبية والعمل من خلالها؛ حيث يساعد التنظيم العاطفي على تقليل الضعف العاطفي للشخص، من خلال تعزيز الحلقات العاطفية الإيجابية، وزيادة الوعي بالعواطف الحالية، واستخدام تقنيات تحمل المصاعب والمواقف المأساوية (Pederson & Pederson, 2020).

(هـ) المرحلة الرابعة:

خلال جلسات العلاج، يعمل الأخصائي الاجتماعي والعميل جنباً إلى جنب لحل التناقض الظاهر بين قبول الذات والتغيير، وذلك بهدف خلق تغييرات إيجابية عند العميل، وينطوي جزء من هذه العملية على المصادقة والتأكيد (الاعتراف بصدق المشاعر والأفعال وحققتها)، والتي تساعد العميل على أن يكون أكثر قدرة على التعاون، وأقل عرضة لخوض تجارب مجهدة عند التفكير بالتغيير، ومن الناحية العملية، يؤكد الأخصائي الاجتماعي أن أفعال العميل منطقية ضمن سياق تجاربه الشخصية، دون الموافقة بالضرورة على أن هذه الأفعال هي أفضل طريقة لحل المشكلة، أخذاً بعين الاعتبار، أن لكل بيئة علاجية بنيتها، وأهدافها الخاصة، لكن يمكن إيجاد

خصائص العلاج السلوكي الجدلي في التدريب على المهارات في مجموعات، بجانب العلاج الفردي بين الأخصائي الاجتماعي والعميل، وكذلك التدريب عن بعد، وفي هذه المرحلة لا بد أن تكون فوائد العلاج السلوكي الجدلي قد بدأت في الظهور، وذلك بفضل حشد مكونات العلاج والمتمثلة في: (1) القبول والتغيير، حيث يتعلم العميل استراتيجيات تقبل وتحمل ظروف حياته، وعواطفه وذاته؛ كما أنه سيطور من المهارات التي تساعده على إجراء تغييرات إيجابية في سلوكه وتفاعله مع الآخرين (2) الخصائص السلوكية، حيث يتعلم العميل تحليل المشكلات، أو أنماط السلوك المدمر، ويستبدالها بأخرى أكثر صحة وفاعلية (3) الخصائص المعرفية، حيث يركز العميل على تغيير الأفكار والمعتقدات الضارة وغير المفيدة (4) التعاون، حيث يتعلم العميل التواصل بشكل مؤثر وفاعل، والعمل مع الأخصائي الاجتماعي ومع الفريق المعالج المسئول عن الجماعات العلاجية (5) مجموعات المهارات، حيث يتعلم العميل مهارات جديدة بغرض تعزيز قدراته (6) الدعم، حيث يعمل الأخصائي الاجتماعي على تشجيع العميل على إدراك نقاط القوة، والسمات الإيجابية واستخدامها وتطويرها (Koons, 2008).

خصائص ومتطلبات العلاج السلوكي الجدلي:

يهدف العلاج السلوكي الجدلي إلى مساعدة الناس لتعلم واكتساب تقنية علاجية هدفها تحسين قدرتهم على تنظيم عواطفهم، والبقاء في الوقت الحالي، وإدارة العلاقات بفعالية، وتحمل لحظات الضيق. وتقوم فلسفة العلاج على رؤية مفادها جعل المريض ينظر إلى المعالج على أنه حليف وداعم ومساند؛ وبناء على ذلك، يحرص المعالج على تقبل مشاعر الحالة، وتقديرها، مع توعية الحالة بأن بعض المشاعر والسلوكيات تبعث على عدم التكيف وعدم الاستقرار؛ وبالتالي يتمثل العلاج في عرض بدائل أفضل للعميل. من هذه الرؤية الفلسفية يحقق العلاج السلوكي الجدلي هدفه النهائي المتمثل في تحقيق الحياة الجديرة بالعيش، كما يراها العميل، وذلك من خلال تعلم مهارات جديدة، واستبدال السلوكيات غير الصحية بسلوكيات إيجابية (Choi-Kain et al., 2017).

العلاج السلوكي الجدلي هو تقليدي (علاج نفسي غير دوائي)، يعتمد على العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، ولكنه مُكيف خصيصًا للأشخاص الذين يعانون من مشكلات عاطفية. فالعلاج السلوكي المعرفي يساعد الناس على فهم كيفية تأثير الأفكار على المشاعر والسلوكيات، بينما يركز العلاج السلوكي الجدلي على مساعدة الناس

على تقبل واقع حياتهم وسلوكياتهم، وكذلك مساعدتهم على تعلم تغيير حياتهم، بما في ذلك سلوكياتهم غير المفيدة أو غير المجدية. الفرق بين العلاج السلوكي المعرفي CBT والعلاج السلوكي الجدلي DBT

العلاج السلوكي المعرفي CBT	العلاج السلوكي الجدلي DBT
يركز العلاج السلوكي المعرفي على تغيير أنماط التفكير غير المنطقية وغير القادرة على التكيف لدى الشخص والتي تؤثر سلبًا على مشاعره وسلوكياته.	يجمع العلاج السلوكي الجدلي بين اليقظة (التدبر) والقبول بجانب الأساليب السلوكية المعرفية التقليدية.
يطبق العلاج السلوكي المعرفي عادةً مع الأفراد الذين يعانون من القلق والاكتئاب واضطرابات الأكل والإدمان وضعف المهارات الاجتماعية.	في الوقت الراهن يتم استخدام العلاج السلوكي الجدلي مع مجموعة ضيقة من الاضطرابات مثل اضطراب الشخصية الحدية والسلوك الانتحاري.
لا يتطرق العلاج السلوكي المعرفي إلى اعتراف المريض بالمواقف وقبول الهوية.	يتطرق العلاج السلوكي الجدلي إلى اعتراف المريض بالمواقف وقبول الهوية.
يمكن استخدام العلاج السلوكي المعرفي مع الأطفال والمراهقين والبالغين.	يمكن استخدام العلاج السلوكي الجدلي مع المراهقين والبالغين فقط.

بجانب العلاج الفردي، يستخدم العلاج السلوكي الجدلي طرائق أخرى مثل مجموعات المهارات (العلاج الجماعي) والتدريب عبر الهاتف.	يتم إجراء العلاج السلوكي المعرفي عادةً من خلال جلسات العلاج الفردية الأسبوعية.
في الغالب يكون العلاج السلوكي الجدلي علاجاً طويل الأمد.	في الغالب يكون العلاج السلوكي المعرفي علاجاً قصير الأمد.
من الصعب تطبيق العلاج السلوكي الجدلي ذاتياً (بدون معالج).	يسهل تطبيق العلاج السلوكي المعرفي ذاتياً (بدون معالج).

العلاج السلوكي الجدلي صعب للغاية؛ وذلك بسبب الخصائص الدقيقة التي يتطلبها من العميل ومن المعالج، فمن جانب العميل لا بد أن يكون العميل: (أ) راغباً وملتزماً بإجراء تغييرات إيجابية في حياته (ب) مستعداً للالتزام الكامل بالعلاج وأداء واجباته التي يضعها بالاتفاق مع المعالج (ج) مستعداً للتركيز على الحاضر والمستقبل، بدلاً من الماضي (د) الشعور بالقدرة على القيام ببعض المهارات، والتي قد تتطلب عقد جلسات مع مجموعة أو مجموعات.

أما المعالج فيسعى إلى تحفيز العميل ليكون أكثر تأثيراً في علاقاته، فينصحه مثلاً بالتعبير عن حاجاته الحقيقية، ورفضه لأي تصرف أو شعور لا يرغب به، الأمر الذي يعزز حبه لذاته واحترامها، وكذلك احترام الأطراف الأخرى في العلاقات والتفاعلات، ولعل أفضل

وصفة لتحقيق العلاقات الاجتماعية الناجحة والصحية هي معادلة (Gentle – Interest – Validate – Easy)، التي تعني: (G) كن "لطيفاً" مع الآخرين، لا تهاجم بعدوانية أو تتخذ أحكاماً مسبقة (I) أظهر "اهتماماً" بالآخرين من خلال الإنصات بشكل جيد، وعدم مقاطعة أحد أثناء كلامه (V) "اعترف" بمشاعر الآخرين وأفكارهم (E) حاول أن تكون "مرناً" وحافظ على ابتسامتك دائماً. ومن المتطلبات الخاصة بالمعالج (الأخصائي الاجتماعي)، أن العلاج السلوكي الجدلي قد يستغرق ستة أشهر إلى سنة على الأقل؛ وبالتالي فإن الأخصائي الاجتماعي ينظر إلى كل عميل على أنه فريد من نوعه، مع الإقرار المسبق أن حالات الصحة العقلية بشكل عام معقدة.

متطلبات العلاج السلوكي الجدلي لدى المعالج والعميل

متطلبات تخص العميل	متطلبات تخص المعالج
<p>العميل مطالب بحضور جميع الجلسات وفي الوقت المحدد الذي تم الاتفاق عليه مع الأخصائي الاجتماعي، وبناء على ذلك، فالتأخير أو إلغاء الجلسة يتطلب إخبار الأخصائي الاجتماعي قبل موعد الجلسة بـ 24 ساعة على الأقل.</p>	<p>الأخصائي الاجتماعي مطالب بزرع الثقة عند العميل، وتحفيز العميل وتهيئته بشكل أفضل للتفاعل والمشاركة في العلاج قبل البدء الفعلي بخطوات العلاج.</p>
<p>العميل مطالب بحضور جميع الجلسات المجدولة، وبالتالي يجب ألا تقل نسبة الحضور عن 90%، على أن التغيب يتعارض مع سياسات العلاج التي يفترض أن تُشرح للعميل في الجلسة الأولى.</p>	<p>الأخصائي الاجتماعي مطالب بخلق علاقة جيدة مع العميل، وتقديم الاحترام والتقدير اللازم له منذ الجلسة الأولى وحتى آخر جلسة</p>
<p>العميل مطالب بحضور جميع الجلسات الأخرى سواء مع جلسات إدارة الحالة أو جلسات الإحالة لمتخصص آخر في حال الحاجة إلى ذلك، مثل الإحالة لطبيب أو غير ذلك.</p>	<p>الأخصائي الاجتماعي مطالب بعمل التصميم الجيد لجدول الجلسات، ومسار التطور خلال مراحل العلاج.</p>

<p>الأخصائي الاجتماعي مطالب بملاحظة ومراقبة الحالة العاطفية لدى العميل ومنحها الاهتمام اللازم. وكذلك عندما تطرأ مواقف صعبة.</p>	<p>العميل مطالب بالمشاركة بفاعلية في خطوات العلاج، وممارسة ما يتعلمه في التعامل مع المواقف اليومية، وكذلك عندما تطرأ مواقف صعبة.</p>
<p>الأخصائي الاجتماعي مطالب بالتحقق من الجوانب الأخرى في حياة العميل.</p>	<p>العميل مطالب بتنفيذ المهام التي يوكلها له الأخصائي الاجتماعي، والتي تكون بمثابة التدريبات خلال الحياة اليومية، مثل مهام تحليل السلوك قبل نهاية كل يوم.</p>
<p>الأخصائي الاجتماعي مطالب بالاهتمام بالتصميم الجيد للواجبات المنزلية التي يوكلها للعميل، والتأكد من أهميتها وفائدتها على حياة العميل.</p>	<p>العميل مطالب باحترام سياسة المؤسسة أو العيادة الخاصة التي يعمل بها الأخصائي الاجتماعي.</p>

مؤشرات فاعلية العلاج السلوكي الجدلي:

على الرغم من أن العلاج السلوكي الجدلي مقتصر على حالات قليلة جداً، إلا أن الأبحاث قائمة حالياً لتطبيقه وقياسه مع حالات متنوعة (Swales, 2009). ومما يطمئن إزاء الفاعلية أن بعض نتائج الأبحاث تشير إلى أن العلاج السلوكي الجدلي هو علاج فعال للأفراد المصابين ببعض الأمراض والاضطرابات، مثل المصابين

باضطراب الشخصية الحدية، حيث ثبت أنه يقلل من حدوث سلوك إيذاء الذات، ويزيد من الامتثال للعلاج (Linehan et al., 2002; 2006; van den Bosch et al., 2005; Verheul et al., 2003).

كما كشفت العديد من الدراسات عن فاعلية العلاج السلوكي الجدلي مع بعض الأمراض الأخرى، مثل قدرته على خفض حدة الاكتئاب، حيث وجد أن العلاج السلوكي الجدلي يعالج أعراض الاكتئاب، من خلال تمكين مرضى الاكتئاب من تعزيز التجارب العاطفية الإيجابية، لتحسين جودة علاقاتهم، وإضافة السعادة إلى حياتهم؛ وذلك من خلال تقديم الأدوات التي يمكن للمرضى استخدامها عند الشعور بالاكتئاب، مما يساعد على تمكينهم، وتجاوز المصاعب النفسية التي يعانون منها (Koons et al., 2001). بالإضافة إلى ذلك، وجدت دلائل فاعلية العلاج السلوكي الجدلي في التعامل مع السلوك الانتحاري لدى المراهقين (Miller et al., 2007)، وكذلك مع مرضى الاكتئاب الحاد لدى كبار السن (Lynch et al., 2003)، ومرضى القلق والاجهاد والتوتر، إذ وجد أن العلاج السلوكي الجدلي يساعد الأشخاص الذين يعانون من القلق، حيث يوفر لهم مهارات التدبر والوعي واليقظة الذهنية، لمساعدتهم على العيش في اللحظة الحالية، كما يتعلم الأفراد كيفية تحمل المشاعر

الشديدة، والحالات المزاجية، لخلق تجارب عاطفية أكثر إيجابية، وتعلم استراتيجيات للتخفيف من أعراض القلق (Carmel et al., 2014).

يضاف إلى ما سبق، تم العثور على براهين تشير إلى فاعلية العلاج السلوكي الجدلي مع حالات الناجين من الانتهاك الجنسي، حيث أن فرضية الامتناع الديالكتيكي تساعد على الامتناع عن ممارسة الجنس، والذي يحد من الضرر والامتناع عن ممارسة الجنس باعتباره مهماً ومتعايشاً في تعافي الشخص (Decker & Naugle, 2008)، بجانب ذلك، أظهرت بعض الدراسات عن فاعلية العلاج السلوكي الجدلي مع حالات الإدمان على المواد الكيميائية (العقاقير)، حيث وجد أنه يساعد على التقليل من الرغبة في تعاطي المخدرات، وتقليل الانزعاج الجسدي، وتقليل الانتكاسات، ومقاومة المحفزات (Dietz & Dunn, 2014; McMain et al., 2007). كما دخل العلاج السلوكي الجدلي في العديد من المجالات مثل العنف الأسري (Fruzzetti & Levensky, 2000) وبعض الاضطرابات السلوكية الأخرى (Galietta & Rosenfeld, 2003; Waltz, 2012)، والتي منها الاضطراب ثنائي القطب (bipolar disorder)، حيث يتعلم العملاء مهارات تحمل الضيق، وإدارة العواطف والضغطات التي يمكن أن تقلل من فرص نوبات

الاكتئاب أو الهوس (Hollenbaugh & Lewis, 2018)، وكذلك اضطرابات الأكل، حيث وجد أن العلاج السلوكي الجدلي يساعد على تنظيم وفهم المشاعر التي تحفز على الانخراط في السلوكيات الضارة، على أن تقييد الطعام والشراهة والتطهير طريقة سيئة للتعامل مع المشاعر السلبية، وبالتالي يتعلم العملاء مهارات كيفية إدارة المشاعر السلبية بشكل فعال (Wisniewski & Ben-Porath, 2001; Telch et al., 2015). علاوة على ذلك، دخل العلاج السلوكي الجدلي مجال المرضى المنومين في المستشفيات، ومراكز العلاج النهاري، ومراكز إعادة التأهيل، ومجال إنحراف الأحداث (Tebbett-Mock et al., 2020; Lenz & Del Conte, 2017; Comtois et al., 2018). كما ساهم العلاج السلوكي الجدلي في المجال المدرسي (Mazza, Dexter-Mazza, Miller et al., 2016)، وفي مجال الإرشاد الأسري (Uliaszek et al., 2014).

تعليق ختامي:

يعد العلاج السلوكي الجدلي علاجاً معقداً ويستغرق وقتاً طويلاً، وبالتالي يصعب تعلمه، ويصعب تنفيذه في العديد من المجالات، وبناء على ذلك، يتطلب الأمر المحافظة على علاقة طويلة مع العميل، وهو ما يعد أمراً مكلفاً على جميع الأطراف (المعالج

والعميل)، وهذه حقيقة قد تكون مزعجة، خصوصاً عند حساب التكاليف المالية، ودخول شركات التأمين في موضوع التأمين الصحي.

يشتمل العلاج السلوكي الجدلي على مجموعة واسعة من الاستراتيجيات، بجانب أنه متعدد الوظائف، ومتعدد الوسائط؛ وبالتالي هو يتطلب درجة كبيرة من الالتزام التنظيمي للتنفيذ من لدن الأخصائي الاجتماعي والعميل، وفي الوقت الحاضر ونتيجة لحدثة العلاج السلوكي الجدلي، هناك نقص في الأدلة والبراهين التي تؤكد على فعاليته وجدارته في معالجة بعض الأمراض والاضطرابات والمشكلات الاجتماعية غير تلك التي تم الإشارة إليها مسبقاً، كما أن الأدلة والبراهين ضرورية في الوقت الراهن لقياس الأثر (أثر التدخل المهني)، بما يشير إلى أي الطرائق والاستراتيجيات تحدث نتائج فعالة أو أكثر فاعلية. والباعث على الاطمئنان في هذا الموضوع، أن هناك دراسات تجريبية تجرى الآن وفي طريقها إلى النشر العلمي قريباً، بما يظهر ويكشف ويطمئن إزاء جدوى بعض الطرق، مثل طريقة استخدام الهاتف مع العملاء، كما تهتم دراسات أخرى بجوانب اختيار المعالجين المناسبين، وكيفية تدريبهم وتأهيلهم وتعليمهم ومراقبتهم عند تقديم العلاج السلوكي الجدلي.

المراجع

- Bass, C., van Nevel, J., & Swart, J. (2014). A comparison between dialectical behavior therapy, mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(2), 4–8.
- Carmel, A., Fruzzetti, A. E., & Rose, M. L. (2014). Dialectical behavior therapy training to reduce clinical burnout in a public behavioral health system. *Community Mental Health Journal*, 50(1), 25–30.
- Cooper, B. & Parsons, J. (2010). Dialectical Behaviour Therapy: A social work intervention? *Aotearoa New Zealand Social Work*, 22(1), 83-93.
- Comtois, K. A., Elwood, L., Holdcraft, L. C., Smith, W. R. & Simpson, T. L. (2007). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy in a Community Mental Health Centre. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 406–414.
- Decker, S. E., & Naugle, A. E. (2008). DBT for sexual abuse survivors: Current status and future directions. *The Journal of Behavior Analysis of Offender and Victim Treatment and Prevention*, 1(4), 52–68.
- Dietz, A. R. & Dunn, M. E. (2014). The use of motivational interviewing in conjunction with adapted dialectical behavior therapy to treat synthetic cannabis use disorder. *Clinical Case Studies*, 13(6), 455–471.
- Choi-Kain, L. W.; Frinch, E. F.; Masland, S. R.; Jenkins, J. A. & Unruh, B. T. (2017). What Works in the Treatment of

Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(1), 21–30.

Fruzzetti, A. E. & Levensky, E. R. (2000). Dialectical behavior therapy for domestic violence: Rationale and procedures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 435–447.

Galietta, M. & Rosenfeld, B. (2012). Adapting dialectical behavior therapy (DBT) for the treatment of psychopathy. *The International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 325–335.

Hollenbaugh, K. M. H. & Lewis, M. S. (2018). Dialectical behavior therapy with adolescents: settings, treatments, and diagnoses. New York, NY: Routledge.

Kliem, S.; Kröger, C. & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936-951.

Koerner, K.; Dimeff, L. A. & Rizvi, S. L (2021). Overview of DBT. In Linda A. Dimeff; Shireen L. Rizvi; Kelly Koerner & Marsha M. Linehan. *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings (2nd edition)*. New York: Guildford Press.

Koons, C. R. (2016). *The Mindfulness Solution for Intense Emotions: Take Control of Borderline Personality Disorder with DBT* (1st edition). Oakland, CA: New Harbinger Publications, Ins.

Koons, C. R. (2008). Dialectical behavior therapy. *Social Work in Mental Health*, 6(1-2), 109–132.

Koons, C., Robins, C., Tweed, J., Lynch, T., Gonzalez, A., Morse, G., Bishop, G., Butterfield, M., & Bastian, L. (2001). 'Efficacy of dialectical behaviour therapy in women veterans with borderline personality disorder'. *Behaviour Therapy*, 32, 371-390.

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

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

Lenz, A. S. & Del Conte, G. S. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents in a Partial Hospitalization Program. *Journal of counseling and development*, 96(1), 15-26.

Lew, M., Matta, C., Tripp-Tebo, C., & Watts, D. (2006). Dialectical behaviour therapy for individuals with intellectual disabilities: A program description. *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, 9(1), 1-12.

Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. H., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Rynolds, S. K. & Lindenboim, N. (2006). Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical

Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757 –766.

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Shaw-Welch, S., Heagerty, P. & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13 –26.

Mazza, J. M., Dexter-Mazza, E. T., Miller, A. L., Rathus, J. H., & Murphy, H. E. (2016). *DBT skills in schools: Skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A)*. New York, NY: Guilford Press.

Marra, T. (2005). *Dialectical behaviour therapy in private practice*. Oakland. CA: New Harbinger.

McMain, S., Sayrs, J. R. , Dimeff, L. A. , & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for individuals with borderline personality disorder and substance dependence. In L. A. Dimeff & K. Koerner (Eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings* (pp. 145–173). New York, NY: Guilford Press.

Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with suicidal adolescents*. New York: Guildford Press.

Pederson, L. (2015). *Dialectical behavior therapy: A contemporary guide for practitioners*. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.

Pederson, L. & Pederson, C. (2020). *The Expanded Dialectical Behavior Therapy Skills Training Manual: DBT for Self-Help and Individual & Group Treatment Settings* (2nd Edition). Eau Claire, WI: PESI Publishing & Media.

Swales, M. A. & Heard, H. L. (2016). *Dialectical Behaviour Therapy: Distinctive Features* (CBT Distinctive Features) (2nd Ed.). London: Routledge.

Swenson, C. R., Witterholt, S. & Bohus, M. (2007). Dialectical Behavior Therapy in on Inpatient Units. In L. A. Dimeff & K. Koerner (ed.). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings* (p.p. 69-110). New York: Guildford Press.

Swales, M. A. (2009). Dialectical Behaviour Therapy: Description, research and future directions. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5(2), 164–177.

Tebbett-Mock, A. A., Saito, E., McGee, M., Woloszyn, P. & Venuti, M. (2020). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents, *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(1), 149-156.

Telch, C. F., Agras, W. S. & Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 1061–65.

Uliaszek, A. A., Wilson, S., Mayberry, M., Cox, K., & Maslar, M. (2014). A pilot intervention of multifamily dialectical behavior group therapy in a treatment-seeking

adolescent population: Effects on teens and their family members. *The Family Journal*, 22, 206–215.

van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., & Van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 43, 1231–1241.

Verheul, R., Van Den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., De Ridder, M. A.J., Stijnen, T & Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135–140.

Waltz, J. (2003). Dialectical behavior therapy in the treatment of abusive behavior. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 7(1–2), 75–103.

Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M. J., Schechter, M. & Maltzberger, J. T. (2011). Common Factors in Empirically Supported Treatments of Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 60-8.

Wisniewski, L. & Ben-Porath, D. D. (2015). Dialectical behavior therapy and eating disorders: The use of contingency management procedures to manage dialectical dilemmas. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 129–140.