

التسلسل الزمني للعلاجات السلوكية السياقية الحديثة وعلاقتها البيئية

Timeline of modern contextual behavioral therapies and their interrelationships

د. قاصب بوعلام ديوان مؤسسات الشباب لولاية بومرداس الجزائر Jeusu213@yahoo.fr

تاريخ الإرسال: 2025-12-09	تاريخ القبول: 2025-12-11	تاريخ النشر: 2025-12-25	المؤلف المرسل: قاصب بوعلام
---------------------------	--------------------------	-------------------------	----------------------------

الملخص:

شهد ميدان العلاج السلوكي خلال العقود الأخيرة تحولاً نوعياً من النماذج المعرفية-السلوكية التقليدية إلى العلاجات السياقية التي تركز على العمليات النفسية ووظائف السلوك بدلاً من محتوى الأفكار والانفعالات. يهدف هذا المقال إلى تقديم تسلسل زمني لأهم هذه المقاربات الحديثة، بما في ذلك العلاج بالتقبل والالتزام ACT، العلاج بالتنشيط السلوكي BA، العلاج بالتراحم الذاتي CFT، العلاج المبني على الأدلة EBT، والعلاج القائم على العمليات PBT. ويستعرض المقال الأسس النظرية التي تربط بين هذه النماذج، مع التركيز على انتقال الحقل العلاجي نحو فهم أكثر دقة للعوامل الفاعلة في التغيير النفسي، ودمج الأدلة الإمبريقية في تصميم التدخلات. يوضح العرض كيف تتقاطع هذه المقاربات ضمن إطار واحد يقوم على تحليل السياق، تعزيز المرونة النفسية، وتوجيه السلوك نحو قيم وظيفية بهدف الارتقاء بالممارسة العيادية الحديثة.

الكلمات المفتاحية: العلاج السياقي، ACT، BA، CFT، EBT، PBT، النماذج المعاصرة، المرونة النفسية.

Abstract:

Over recent decades, behavioral therapy has undergone a significant shift from traditional cognitive-behavioral models toward contextual approaches that emphasize psychological processes and behavioral functions rather than the content of thoughts or emotions. This paper

presents a chronological overview of major contemporary models, including Acceptance and Commitment Therapy (ACT), Behavioral Activation (BA), Compassion-Focused Therapy (CFT), Evidence-Based Treatment (EBT), and Process-Based Therapy (PBT). It highlights the theoretical and methodological connections among these approaches and examines how the field has moved toward a more precise understanding of the mechanisms underlying psychological change. The overview emphasizes the integration of empirical evidence in designing interventions and demonstrates how these models converge within a unified contextual framework centered on functional analysis, psychological flexibility, and value-guided behavior—ultimately contributing to the advancement of modern clinical practice.

- **Keywords:** Contextual therapies, ACT, BA, CFT, EBT, PBT, contemporary models, psychological flexibility.

1. المقدمة:

طوال القرن العشرين، شكّلت العلاجات السلوكية حجر الزاوية في ممارسات علم النفس العلاجي. بدأ ذلك من توجهات السلوكية الكلاسيكية والإجرائية التي ركّزت على تعديل السلوك الظاهر بواسطة مبادئ الاشتراط الكلاسيكي والإجرائي (بحسب مساهمات علماء مثل بافلوف وسكنر). إلا أن هذا التركيز على السلوك الظاهر — رغم أهميته — غاب عنه بعد مهمّ: فهم العمليات النفسية الداخلية (مثل التفكير، المشاعر، اللغة، القيم) التي تشكّل خلفية لتلك السلوكيات. ومع بروز علم النفس المعرفي، تطور ما عرف العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، الذي جمع بين تعديل السلوك وتعديل الأفكار "غير العقلانية" (Beck, 1976; Ellis, 1962). لكن على الرغم من فعاليته في معالجة العديد من الاضطرابات النفسية، أظهرت ممارسات وبحوث لاحقة أن تغيير المحتوى المعرفي وحده لا يكفي دائمًا لمعالجة المعاناة النفسية العميقة، لا سيما المتعلقة بالتجارب

الشعورية، القيم الشخصية، الهوية، والعلاقات بالذات. إزاء هذه الحدود، نشأت منذ أواخر القرن العشرين — وبصورة متسارعة في العقدين الأخيرين — ما يُعرف بـ الموجة الثالثة من العلاجات السلوكية المعرفية (Third-Wave CBT) أو العلاجات "السياقية/السياقية الوظيفية" (contextual therapies). ترتكز هذه العلاجات على فكرة أن ما يهم ليس فقط محتوى الفكرة أو السلوك، بل السياق والعلاقة مع التجربة النفسية: كيف يفسّر الفرد مشاعره، كيف يتعامل معها، ما القيم التي توجه سلوكه، ومدى تفاعله مع اللحظة الحاضرة. تندرج ضمن هذا التوجه عدة نماذج: أهمها العلاج بالتقبل والالتزام ACT، العلاج بالتنشيط السلوكي (BA) Behavioral Activation، العلاج القائم على التراحم الذاتي Compassion-Focused Therapy (CFT)، العلاج السلوكي الجدلي DBT وغيرها.

في السنوات الأخيرة، ومع تراكم الأبحاث التجريبية، برز ما يعرف بنموذج العلاج القائم على العمليات Process-Based Therapy PBT كمحاولة لتجاوز الانتماء الصارم إلى بروتوكول علاجي معين، وبدلاً من ذلك التركيز على العمليات النفسية المشتركة (مثل التقبل، التنظيم الانفعالي، التفاعل مع القيم) التي تُعتبر المحرك الحقيقي للتغيير العلاجي.

وعليه، تهدف هذه الورقة إلى: تقديم تسلسل زمني وتحليلي لتطور العلاجات السلوكية من بداياتها إلى العلاج القائم على العمليات؛ تحليل العلاقات النظرية والمنهجية بين النماذج المختلفة؛ تسليط الضوء على الأدلة البحثية الحديثة (2010-2025) التي تدعم هذه النماذج؛ تقديم إطار نقدي علمي يبيّن نقاط القوة والقيود، ويُقترح اتجاهات بحثية مستقبلية. وبهذا، يأمل الباحث أن يقدم مساهمة معاصرة في فهم مسار تطور العلاجات السلوكية — ليس فقط كتراتبية أثبتت كفاءتها، بل كمنظومة نظرية وتجريبية قابلة للتطوير والتكييف مع السياقات المختلفة (ثقافية، اجتماعية، سريرية).

2. الخلفية النظرية - من السلوكية إلى السياقية

2.1. السلوكية الكلاسيكية والإجرائية:

تعتمد السلوكية الكلاسيكية والإجرائية على مبدأ أن السلوك قابل للتعديل عبر اشتراط المثير-استجابة (Stimulus-Response). منبع هذا التوجه هو عمل علماء مثل بافلوف Classical

Conditioning وسكينر Operant Conditioning. في هذا الإطار، تُركّز الجهود العلاجية على تعديل السلوك الظاهر من خلال تعزيز السلوكيات المرغوبة ومعاقبة أو تجاهل السلوكيات غير المرغوبة. يتميز هذا التوجه أنه يعتمد على قوانين سلوكية واضحة، ويعطي نتائج قابلة للقياس. لكن حدوده أخذت تظهر مع مرور الزمن، خاصة عند محاولة تفسير المعاناة النفسية التي ليست مجرد سلوك ظاهر بل تشمل أفكار، مشاعر، قيم، هوية. لذا، بدأ البحث العلمي يتجه نحو نماذج أكثر شمولاً تعالج هذه المستويات الداخلية.

2.2. العلاج المعرفي-السلوكي (CBT) :

في سبعينيات القرن العشرين، ظهر العلاج المعرفي السلوكي CBT كرد فعل جزئي على قصور السلوكية الكلاسيكية. في هذا النموذج، يُنظر إلى الأفكار على أنها مؤثرة في المشاعر والسلوك، ويكون الهدف في تعديل تلك الأفكار غير العقلانية أو المشوهة عبر تقنيات مثل إعادة الهيكلة المعرفية cognitive restructuring، التدريب على مهارات المواجهة، وغيرها. أثبت العلاج المعرفي السلوكي CBT فعاليته في علاج اضطرابات مثل الاكتئاب، القلق، الوسواس، وغيرها، ورفع من قدراته على دمج الجانب المعرفي مع السلوكي. لكن مع التوسع في الاستخدام، ظهرت بعض الملاحظات على محدودية قدرته في معالجة: التجارب العاطفية العميقة (مثل العار، الذنب، الخوف الداخلي)؛ القيم، الهوية، الذات؛ صعوبات في التعامل مع الألم النفسي المزمن؛ بعض أنواع الاضطرابات المعقدة أو متعددة الأبعاد. كانت هذه الملاحظات من الدوافع الأساسية لولادة "الموجة الثالثة".

2.3. الانتقال نحو الموجة الثالثة والعلاجات السياقية:

تضع الموجة الثالثة أو العلاجات السياقية (contextual therapies) في مركز اهتمامها السياق، اللغة، القيم، العلاقة مع التجربة أكثر من محتوى محدد. تركز على فلسفة سياقية وظيفية functional contextualism، وتفترض أن ما يهم ليس الأفكار بحد ذاتها بل كيف نتعامل معها، كيف نفسرها، وكيف نتصرف في ضوء قيمنا رغم وجودها. ومن هذه النماذج برز ما يعرف في الحقل العلاجي: ACT، BA، CFT... الخ. ومن المهم أن نرى أن هذه العلاجات ليست كبدايل مطلقة للعلاج المعرفي السلوكي الكلاسيكي، بل كتوسعة له، بمعنى أنها تسعى إلى تجاوز بعض حدوده -دون بالضرورة- إلغاء ما حققه من إنجازات.

3. التحديات التي تقود إلى العلاج القائم على العمليات (PBT) : نظرة معاصرة

رغم التوسع الكبير في استخدام العلاجات السياقية، إلا أن الاعتماد على بروتوكولات ثابتة لكل نموذج (مثلاً: بروتوكول ACT، أو بروتوكول CFT) أظهر بعض التحديات في الممارسة السريرية/ وهي: التقيّد الصارم ببروتوكولات قد يحدّ من مرونة التكيف مع الفرد وسياقه (الثقافي، الاجتماعي، التشخيصي)؛ تعدد التشخيصات والاحتياجات يجعل من الصعب أن يكون هناك "بروتوكول واحد يناسب الجميع"؛ الحاجة إلى نموذج أكثر تكاملية ومرونة يركز على العمليات النفسية المشتركة (مثل التقبل، التنظيم الانفعالي، التفاعل مع القيم) بغض النظر عن التسمية التشخيصية أو المدرسة العلاجية. ومن هنا ظهر نموذج العلاج القائم على العمليات PBT، الذي يدعو إلى التفكير في العلاج على أنه عملية ديناميكية قابلة للتكيف بناءً على الآليات النفسية وليس فقط على "التسمية التشخيصية مع بروتوكول ثابت".

4. العلاج بالتقبل والالتزام ACT : العلاجات السياقية

4.1. نشأة ACT والمنطلق النظري:

نمت فكرة ACT في تسعينيات القرن الماضي، بجهود علماء مثل ستيفن هايز وآخرون، ضمن توجه "سياقي وظيفي". تتمثل الفرضية الأساسية في أن الكثير من المعاناة النفسية تُنتج عبر الاندماج المعرفي (cognitive fusion) مع الأفكار والمشاعر — أي أننا نعاملها كما لو كانت حقائق، بدلاً من اعتبارها تجارب داخلية. يقدم ACT بديلاً بأن نُطوّر علاقة جديدة مع هذه التجارب الداخلية عن طريق التقبل (acceptance)، فك الإندماج المعرفي (defusion)، الاتصال باللحظة الحالية (mindful contact)، تحديد القيم، والفعل الملتزم وفق تلك القيم. وبهذا، فإن المهمة لا تكمن في تغيير المحتوى (الفكرة أو الشعور) بقدر ما تكمن في تغيير العلاقة معه - وهو ما يعطي للمرونة النفسية مركزية في التغيير العلاجي.

4.2. الفعالية والدليل التجريبي (2010-2025):

مراجعة منهجية وتحليل (meta-analysis) على 27 تجربة عشوائية لدى المراهقين أظهرت أن ACT كان فعالاً في خفض أعراض الاكتئاب والقلق مقارنة بالمجموعة الضابطة، وأن التحسن في المرونة النفسية تنبأ بالتغيرات الإيجابية. تحليل ميتا المنشور في 2025، شمل شباباً في الفئة العمرية 15-25 سنة وأظهر تأثيراً

متوسطاً (Hedges's $g=0.72$) لـ ACT على متغيرات متعددة: الاضطرابات النفسية، المرونة النفسية، الرفاه، التكيف. كما ركز بحث حديث (2023) على طلبة الجامعات — أظهر أن ACT يؤدي إلى زيادة المرونة النفسية وتقليل الجمود النفسي، مع تأثير "صغير إلى متوسط" ($g \approx 0.38$) على مجموعات الطلبة. وفي دراسات تطبيقية في سياقات متنوعة (إدمان مواد نفسية، اضطرابات قلق/اكتئاب، اضطرابات شخصية، ...) تؤكد قدرة ACT على التكيف مع تشخيصات متعددة وتحسين الصمود النفسي.

4.3. لماذا ACT مهم في سياق البحث المعاصر؟

رغم الإنتقاد، يظل ACT من العلاجات السياقية الأكثر بحثاً وتجريباً في العقود الأخيرة، ويمثل نموذجاً عملياً لكيف يمكن للعلاج النفسي أن ينتقل من تعديل المحتوى (تفكير/سلوك) إلى تعليم المهارات النفسية التي تعزز التكيف النفسي والمرونة. وهذا المنحى ما يجعله ذو قيمة كبيرة في السياقات التي تتطلب مرونة عالية، احترام التنوع، وقابلية التكيف مع الواقع الاجتماعي/الثقافي.

5. العلاج بالتنشيط السلوكي (Behavioral Activation (BA): العلاجات السياقية

5.1. نشأة BA ومنطلقاته النظرية:

نشأ العلاج بالتنشيط السلوكي Behavioral Activation كجزء من الموجة الثالثة للعلاجات المعرفية-السلوكية، كرد فعل جزئي على التركيز المفرط في العلاجات الكلاسيكية على إعادة هيكلة الأفكار. تعود جذوره BA إلى بدايات البحث حول دور السلوك المفعّل في تحسين المزاج، لكنه ترسّخ رسمياً في تسعينيات وأوائل الألفية مع دراسات تطبيقية على الاكتئاب (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001). المنطلق النظري لـ BA مبني على فكرة أن الإكتئاب أو المشاعر النفسية السلبية غالباً ما ترتبط بتراجع في مستوى السلوك، النشاط، أو الانسحاب من الأنشطة القيمة/المتعة. وبالتالي، يعيد BA جدولته أنشطة يومية — مهنية، اجتماعية، ترفيهية — لإعادة بناء نمط حياة موجّه نحو القيم، بغض النظر عن الحالة الشعورية الحالية. التركيز ليس على تغيير التفكير أولاً، بل على الإنخراط السلوكي كوسيلة لإحداث تغيير في المزاج، الأداء، والشعور العام. وبهذا، يوافق BA جزئياً على بعض مكونات Cognitive Behavioral Therapy،

لكن يتجنب التعقيد المعرفي المرتبط بإعادة الهيكلة المعرفية، ويُقدّم بديلاً عملياً يركّز على التفعيل السلوكي الموجه نحو القيم.

5.2. الأدلة التجريبية الحديثة (2010-2025):

تحليل منهجي وآخر مينا-تحليل (2023) حول فعالية "digital BA interventions" (تدخلات التنشيط السلوكي عبر الإنترنت أو الهاتف أو تلهيلث) لاضطرابات الاكتئاب والقلق، أن BA قد أظهر رقمياً خفّض الأعراض الاكتئابية على المدى القصير إلى المتوسط (حتى 6 أشهر) مقارنة بالضبط، مع تحسن في جودة الحياة وتقليل التوتر. لكن النتائج على القلق أو الوظيفة/الإعاقة كانت غير ثابتة. وفي دراسة أخرى مخصصة للأطفال والمراهقين (حتى 2023) وجد أن BA قد أظهر تأثيراً طفيفاً ($Hedge's\ g \approx 0.24$) في خفض أعراض الاكتئاب مقارنة بالمجموعة الضابطة أو العلاجات الأخرى. وفي بحث ميداني (2022) استهدف مراهقين صمّ، أظهر أن برنامج BA حسن "اليقظة العقلية" لديهم بعد العلاج. أما في دراسة حالة (2023) في السياق العربي لمراهق يعاني من اكتئاب — بعد تطبيق جلسات BA - أظهرت انخفاضاً معنوياً في أعراض الاكتئاب بعد البرنامج ومتابعة لاحقة.

5.3. العلاقة بين BA وACT:

من الجدير بالذكر أن هناك تقاطعاً واضحاً بين BA وACT، خصوصاً في مبدأ الفعل الملتزم، لأن الفعل الملتزم يُعتبر أحد العمليات الأساسية التي تحقق المرونة النفسية - وBA يرسل هذا المفهوم إلى أرض الواقع من خلال جدولة أنشطة ذات معنى وقيمة. ومن هذا المنظور، يمكن اعتبار BA تطبيقاً عملياً ومحدداً لأحد مكونات مرونة ACT، خاصة في سياقات الاكتئاب أو عندما يُراد تبسيط العلاج.

5. العلاج القائم على التراحم الذاتي (CFT) Compassion-Focused Therapy: العلاجات

السياقية

5.1. نشأة CFT والمنطلق النظري:

تم تطوير العلاج بالتراحم الذاتي (Compassion-Focused Therapy) بشكل واضح بداية الألفية بواسطة علماء مثل بول غيلبرت، في سياق بحث عن التراكم للتصالح مع الذات، خصوصاً لدى الأشخاص الذين يعانون من نقد ذات شديد، الشعور بالعار، أو اضطرابات تتعلق بالخجل. يستند CFT إلى فرضيات من علم الأعصاب التطوري ونظرية أنظمة التنظيم الانفعالي — حيث يُقدم “نظام التهدة الذاتي” (self-soothing system) كأداة علاجية لتقليل الألم النفسي واستبداله بالشعور بالتقبل، الرحمة، والاتصال الذاتي الإيجابي. كما يركز على تنمية مشاعر مثل التراحم تجاه الذات والآخر، التعاطف، الرحمة بدل التركيز على الأفكار أو السلوك فقط. بهذا، يقدم بُعداً وجدانياً وأخلاقياً — يُكمل الخريطة التي بدأها ACT و BA بتوسيع عمق التجربة النفسية المعالجة.

5.2 الأدلة التجريبية الحديثة (2013-2023):

من خلال تحليل نتائج بحث (2023) شمل تجارب عشوائية ودراسات إمكانية تطبيق CFT في عينات إكلينيكية، أظهر أن CFT فعال في زيادة التراحم الذاتي self-compassion والتقليل من نقد الذات self-criticism، كما قلل الأعراض النفسية (اكتئاب، اضطرابات الأكل...). مقارنة بالمجموعة الضابطة. وفي دراسات أخرى أظهرت تأثيرات تتراوح من “طفيفة إلى كبيرة” حسب المتغير: مثلاً التراحم الذاتي (g=0.19-0.90) self-compassion، التأمين الذاتي self-reassurance (g=0.43-0.81)، خفض الاكتئاب أو اضطرابات الأكل بتأثيرات متوسطة إلى كبيرة في بعض الحالات. ورغم ذلك، استهدفت معظم الأبحاث فئات ذات غالبية أنثوية (~75%)، ما يُثير سؤالاً عن تعميم النتائج على الذكور أو ثقافات مختلفة.

5.3 العلاقة بين CFT و BA و ACT:

مثل ACT، CFT يشارك في فكرة التقبل والتراحم مع التجربة الداخلية (مشاعر، أفكار، ذكريات) - إلا أن CFT يعطي أولوية للجانب العاطفي/الإنساني (الرحمة، التهدة الذاتية). يمكن دمج CFT مع BA أو ACT: مثلاً، استخدام CFT لمعالجة نقد الذات والعار، ثم استخدام BA لتعزيز سلوكيات تتماشى مع

القيم الجديدة، مع اعتماد ACT أو PBT كإطار تنظيمي عام. يفتح هذا التكامل النظري الباب لنموذج علاجي متعدد الأبعاد: ليس فقط سلوك، ولا أفكار فقط، ولا مشاعر فقط — بل سلوك + أفكار + مشاعر + القيم.

6. العلاج القائم على الأدلة (EBT) :

العلاج القائم على الأدلة (Evidence-Based Therapy / Practice - EBT) ليس نموذجًا علاجيًا منفردًا، بل إطارًا منهجيًا يضمن فعالية التدخلات السريرية، استجابة لمطالبات الطب النفسي الحديث (American Psychological Association, 2006).

6.1. مبدأ العلاج القائم على الأدلة EBT :

- الاستناد إلى أفضل الأدلة العلمية المتاحة.
- مراعاة خصائص العميل واحتياجاته.
- تكامل خبرة المعالج مع البحث التجريبي.

6.2. دور العلاج القائم على الأدلة EBT :

يُعتبر EBT مظلة منهجية لجميع النماذج الحديثة (ACT، BA، CFT، PBT)، ويضمن توجيه الممارسة وفق الأدلة التجريبية، ما يعزز فعالية وموثوقية العلاج.

7. نحو نموذج تكاملي: التمهيد إلى العلاج القائم على العمليات Process-Based Therapy

7.1. لماذا PBT ؟

كما أشرت سابقاً، في حين أن المقاربات العلاجية كالـ ACT و BA و CFT قد قدمت تعميقاً في فهم العمليات النفسية والعلاج عبر سياق التجربة، إلا أن كل منها بقي ضمن إطار بروتوكولي قائم على "مدرسة" معينة. وهذا ما يمكن أن يحد من المرونة في التكيف مع اختلافات ثقافية، تشخيصية، أو فردية. ظهر العلاج القائم على العمليات كمنهج فوق-نظري meta-theoretical يدعو إلى النظر في العمليات النفسية المشتركة عبر العلاجات، بدلاً من الانتماء إلى مدرسة علاجية جامدة. حيث انته من مزاياه: القدرة على اختيار آليات تغيير change mechanisms بحسب حالة الفرد (مرونة التكيف). دمج ما هو مفيد من ACT (تقبل، فك الإندماج، قيم)، BA (تنشيط سلوكي)، CFT (رحمة، تهدئة)، وربما غيرها، في هيكل علاجي مرن. يتوافق مع متطلبات الممارسة القائمة على الأدلة (EBT): اختيار تقنيات مدعّمة بحثياً، لكن بطريقة مفهومة نظرياً وعملية في التطبيق.

7.2. التماسي مع الأدلة العصبية والمعرفية الحديثة:

مع التقدم في علوم الدماغ والتنظيم الانفعالي، ظهر اهتمام بتقنيات تنظيم الانفعالات على مستوى الجهاز العصبي - مثل **neurofeedback** وتقنيات اليقظة/التنبه الداخلي interoception/mindfulness - كآليات مكملة للعلاج النفسي التقليدي. على سبيل المثال: بحث استخدم (2022) **neurofeedback EEG + fMRI** لتنظيم العاطفة، ووجد تغييرات في الاتصال بين مناطق الجهاز العصبي اختُزنت بتحسينات في المزاج. مثل هذه النتائج تدعم فكرة أنه يمكن لـ PBT أن يستفيد من معارف عصبية/علمية لتعزيز فعالية العلاج، وربما توجيه "جرعة" أو "نوع" التقنية بحسب حاجة الفرد (سلوك، شعور، تنظيم انفعالي، تفاعل اجتماعي... الخ).

8. مخطط تكامل النماذج:

النموذج / التوجه	العمليات / المفاهيم الأساسية	نقاط القوة الأساسية	القيود / ملاحظات نقدية	دور محتمل داخل PBT
ACT	التقبل، فك الإندماج المعرفي، الاتصال بالحاضر، القيم، الفعل الملزم، الذات كسياق	المرونة النفسية، القدرة على التكيف، تقبل التجربة النفسية	قد يحتاج البروتوكول إلى تكيف ثقافي، قياس PF إشكالي	إطار تنظيمي + اختيار العمليات حسب الحالة

تفعيل سلوكي ضمن خطة تغيير مرنة	تأثير معتدل، ثبات قصير المدى، قد لا يعالج عميقًا القيم/الهوية	بسيط، عملي، مناسب للاكتئاب والقلق، تدخلات رقمية ممكنة	تنشيط سلوكي، جدولة أنشطة، إعادة الاشتغال، الفعل الموجه نحو القيم	BA
معالجة بُعد العاطفة + الذات + القيم	ضعف منهجي في بعض الدراسات، تمثيل أنثوي، قلة متابعة	بُعد وجداني، مناسب لاضطرابات متعلقة بالذات/الهوية	الرحمة الذاتية، التهدئة الذاتية، التعاطف، تقليل النقد الذاتي/العار	CFT
تكملة/دعم لعمليات PBT العصبية/الجسدية	تحتاج بني تقنية، بحث طويل المدى محدود	إمكان تعزيز فعالية العلاج + دعم علمي عصبي	تنظيم انفعالي، تنظيم جسماني/عصبي (مثل neurofeedback)	تقنيات التنظيم عصبي

- أمثلة عيادية للعمليات النفسية:

المراجع	النتائج	التدخل العلاجي	وصف الحالة العيادية	العملية النفسية
Hayes et al., 1999; Twohig & Levin, 2015	انخفاض القلق، تحسين اتخاذ القرار	جلسات ACT مع ملاحظة الأفكار دون مقاومة	رجل 35 عامًا يعاني من اضطراب القلق العام	التقبل
Levin et al., 2012; Öst, 2014	مرونة معرفية أعلى، انخفاض أعراض الاكتئاب	فك الإدماج مع الأنشطة العملية الصغيرة	امرأة 28 عامًا مصابة بالاكتئاب	فك الإدماج المعرفي
Hayes et al., 2012; Levin et al., 2012	انخفاض نوبات القلق، زيادة السيطرة	جلسات يقظة ذهنية موجهة للجسم والحواس	شاب 22 عامًا بعد حادث سيارة	الانتباه للحاضر

Gilbert, 2005; Kirby et al., 2020	انخفاض مشاعر العار، تحسين التنظيم الانفعالي	CFT، تمارين الحوار الداخلي بالرحمة	مراهقة 16 عامًا تعرضت للتنمر	الرحمة الذاتية
Dimidjian et al., 2011; Twohig & Levin, 2015	زيادة المشاركة الاجتماعية، انخفاض الاكتئاب	ACT مع تحديد القيم والفعل الملتمزم	رجل 40 عامًا مكتئب ومتهرب اجتماعيًا	السلوك القيمي

– أمثلة حول تقارير عيادية حسب العلاجات السياقية:

1. النموذج الأول: تقرير عيادي وفق العلاج بالتقبل والإلتزام ACT

1.1. بيانات أولية مختصرة:

- السن: 32 سنة.
- الجنس: أنثى.
- سبب الإحالة: قلق اجتماعي مزمن وتجنب الأنشطة المهنية.

1.2. الشكوى الأساسية:

"أشعر أنني مراقبة طوال الوقت. أتجنب الاجتماعات والعروض لأنني أخشى أن أبدو غيبة."

1.3. التحليل الوظيفي: (Functional Analysis)

- الحدث المحفز: دعوة لتقديم عرض في العمل.
- الأفكار: "سأفشل"، "سأرتبك"، "سيسخر الناس مني."

- المشاعر: خوف - توتر عضلي - تسارع نبضات القلب.
- السلوك المتبع: تجنب - إلغاء المشاركة - طلب من زميل أن يعوضها.
- النتيجة قصيرة المدى: انخفاض القلق مؤقتًا.
- النتيجة طويلة المدى: حرمان من الترقية، تضائل في مستوى الثقة، توسيع دائرة التجنب.

1.4. عمليات ACT المفعلّة:

- الاندماج المعرفي: اندماج كامل مع فكرة "سأفشل".
- تجنب التجارب/الخبرات الخاصة: القلق يُعامل كتهديد حقيقي.
- ضعف الاتصال بالقيم: قيمة التقدم المهني غير مفعّلة.
- هيمنة الذهن/الدكتاتور الداخلي ما أسماه هايز (The Dictator Within): حديث داخلي ناقد.

1.5. الأهداف العلاجية:

- زيادة المرونة النفسية.
- تبني سلوك مُوجّه بالقيم (القيمة: التطور المهني).
- الخفض من مستوى التجنب الخبراتي.

1.6. الخطة العلاجية:

- فك الاندماج المعرفي **Defusion**: تمرين "الصوت السخيف" (ترديد الفكرة بصوت سخيف يقطعها معناها وقوتها) + تسمية الأفكار بدلا من تصديقها. (أهااا إنها قصة أنا سافشل مجددا)
- التقبل **Acceptance**: الجلوس مع القلق لمدة 3 دقائق يوميا. (تنظر له كجليس وليس كعدو)

• القيم والفعل الملتزم **Values & Committed Action**: تحديد خطة بسيطة (المشاركة في اجتماع أسبوعي واحد على الأقل).

• الذات كسياق/الذات الملاحظة **Self-as-Context**: تمرين "تدف الأوراق على النهر."

1.7. المخرجات المتوقعة:

• التوسّع في الرصيد السلوكي الفعّال.

• الخفض من مستوى التجنب.

• بدء الإلتزام والمشاركة في المهام المهنية.

2. النموذج الثاني: تقرير عيادي وفق العلاج القائم على الأدلة **EBT**

2.1. بيانات أولية:

• الجنس: رجل (ذكر).

• السن: 27 سنة.

• سبب الإحالة: نوبات غضب شديدة داخل العلاقة الزوجية.

2.2. الشكوى الأساسية:

"أغضب فجأة. لا أستطيع التحكم. وبعدها أشعر بالذنب."

2.3. التحليل الوظيفي: (Functional Analysis)

• المثير: نقاش حول المصاريف.

• العاطفة الأولية: خوف من الرفض – الشعور بعدم الكفاية.

• العاطفة الثانوية: غضب انفجاري.

- المععتقدات حول العاطفة: " لا يجب أن أظهر ضعيفًا - يجب أن أكون مسيطرًا."
- السلوك: رفع الصوت - مغادرة المكان - التهديد بالانسحاب.

2.4. الهوية الانفعالية الأساسية:

- نمط (خوف → غضب → انسحاب).
- صعوبة في تسمية المشاعر (Alexithymia خفيف).

2.5. الأهداف العلاجية:

- زيادة القدرة على التعرف على المشاعر.
- إعادة تنظيم العاطفة الأولية.
- تمكين استخدام الاستجابات المكيّفة بدلا من الدفاعية.

2.6. التدخلات:

- التنشيط الانفعالي: من خلال استحضار مشاهد الزواج الأولى.
- التمييز بين العاطفة الأولية والثانوية.
- استبدال "الغضب الثانوي" بـ"الخوف الأولي" في موقف تدريبي.
- التدريب على التعبير اللفظي: " أشعر بأنني غير مسموع... وليس أنك ضدي."

2.7. التغيير المتوقع:

- خفض الانفجارات الغاضبة.
- تعزيز التواصل الزوجي.

3. النموذج الثالث: تقرير عيادي وفق العلاج بالتراحم الذاتي CFT

3.1. البيانات الأولية:

- الجنس: انثى (سيدة).
- السن: 40 سنة.
- سبب الإحالة: نقد ذاتي قاسٍ، اكتئاب خفيف، إحساس دائم بالذنب.

3.2. الشكوى: الأساسية: "أنا أم سيئة... كل أخطائي لا تُغتفر."

3.3. التحليل الوظيفي (النظم الثلاثة):

- نظام التهديد مُفرط النشاط: نقد ذاتي + توتر مزمن.
- نظام التحفيز: ضعيف (انخفاض المبادرة).
- نظام التهدئة/العلاقة: شبه غائب (غياب الرحمة الذاتية).

3.4. عوامل الخطر:

- تاريخ طفولة مع تعليقات قاسية ومقارنة بين الإخوة.
- مخطط "العار".

3.5. الأهداف:

- تنشيط نظام التراحم.
- تخفيض التهديد.
- إعادة بناء علاقة آمنة مع الذات.

3.6. التدخلات:

- تنفس بإيقاع هاديء لـ 5. Soothing Rhythm Breathing يوميا

- الذات الرحيمة - Compassionate Self: تحديد صفاتها (حكيمه، مطمئنه، لطيفه).
- الرسائل الموجهة للذات: "من الطبيعي أن تخطئي... أنتِ تبذلين جهدك".
- تمرين تسليط الضوء على الرحمة Spotlight of Compassion Exercise.

3.7. النتائج المتوقعة:

- تخفيف من مستوى النقد الذاتي.
- التحسن في مستوى المزاج.

4. النموذج الرابع: تقرير عيادي وفق العلاج القائم على العمليات PBT

4.1. البيانات الأولية:

- الجنس: ذكر (شاب).
- السن: 35 سنة.
- سبب الإحالة: اضطراب قلق عام + صعوبات علاقاتية.

4.2. التحليل الوظيفي وفق PBT (شبكة العمليات الأربع):

التقييم	المجال
تجنب قلق—انشغال معرفي—تحليل مفرط	العمليات - Operations
ارتفاع الحساسية للتهديد—ضيق نافذة التسامح	الأبعاد - Dimensions
الحاجة للأمان—الخوف من فقد السيطرة	الوظائف التطورية Evolutionary Functions

بيئة عمل تنافسية جدًا + نشأة صارمة	السياق Context
------------------------------------	----------------

4.3. العلاقات السببية المستنتجة:

- ارتفاع الحساسية للتهديد → اجترار → قلق → تجنب → تعزيز الاجترار.

4.4. الأهداف العلاجية:

- فتح نافذة التسامح (Tolerance Window).

- كسر حلقة القلق-الاجترار.

- تحسين السلوك العلائقي.

4.5. التدخلات العلاجية:

- التدريب على الانتباه المرن.

- تعريض تدريجي لعدم اليقين Exposure to Uncertainty.

- مهارات التنظيم العاطفي (الخفض من التحسس).

- إعادة هيكلة سلوكية للعادات اليومية.

4.6. النتائج المتوقعة:

- انخفاض في مستوى القلق.

- زيادة التكيف.

5. النموذج الخامس: تقرير عيادي وفق التنشيط السلوكي BA

5.1. البيانات الأولية:

• الجنس: ذكلا (شاب).

• السن: 24 سنة.

• سبب الإحالة: اكتئاب متوسط بعد فقدان عمله.

5.2. الشكوى:

"لم أعد أريد فعل أي شيء... أقضي يومي في السرير".

5.3. الصياغة السلوكية:

• الحدث المحفز: فقدان العمل.

• السلوك: انسحاب - نوم مفرط - توقف الأنشطة الممتعة.

• النتيجة قصيرة المدى: انخفاض مستوى التعب/الضغط.

• النتيجة طويلة المدى: زيادة الاكتئاب - فقدان العلاقات - تدهور الروتين.

5.4. تحليل الوظيفي وفق ABC:

• السوابق A: صباح بدون خطة → شعور فراغ.

• السلوك B: البقاء في السرير.

• النتائج C: راحة مؤقتة + زيادة مستوى الاكتئاب لاحقاً.

5.5. الأهداف العلاجية:

• استعادة روتين الأنشطة السابقة.

• الزيادة في الأنشطة القيمية والمجزية.

5.6. التدخل العلاجي:

- جدول أسبوعي للأنشطة (المشي صباحاً لمدة 15 دقيقة، مكالمات صديق كل يومين/أسبوع، نشاط ترفيهي).
- متابعة المزاج والنشاط قبل/بعد (Activity-Mood Tracking).
- تعزيز الالتزام تدريجياً.

5.7. النتائج المتوقعة:

- تحسن تدريجي في المزاج.
- استعادة الإحساس بالمعنى.

9. مناقشة واتجاهات بحث مستقبلية:

- من خلال مراجعة الأدبيات الحديثة (2010-2025)، يتضح أن العلاجات السياقية (BA, CFT, ACT) قد أحرزت تقدماً ملموساً — لكن يبقى هناك فجوة من حيث:
- التكامل بين العمليات (سلوكية، معرفية، وجدانية، عصبية) في بروتوكول واحد مرن.
 - التكييف الثقافي والسياقي: معظم الدراسات من ثقافات غربية أو بيئات بحثية مهيأة، وقليل منها في سياقات عربية أو مغربية.
 - متابعات طويلة الأمد: لمعظم الدراسات لمدة 6 أشهر كحد أقصى، ما يثير سؤال حول الاستدامة.
 - قياس دقيق للآليات النفسية: خصوصاً مفاهيم مثل "المرونة النفسية"، "التراحم الذاتي"، "التنظيم الانفعالي" - هناك حاجة لمقاييس أكثر حساسية، وأدوات قياس متعددة (نفسية + عصبية)، وربما اختبارات بيولوجية/دماغية.
 - تطبيقات متعددة الأبعاد: دمج العلاج النفسي التقليدي، تعديل السلوك، الرحمة الذاتية، التنظيم العصبي، معالجة الهويات، القيم، في خطة واحدة مبدعة ومتناسكة.

ومن من هذا المنظور، يبدو أن PBT ليس فقط خيارًا مستقبليًا - بل قد يكون "المرحلة التطورية المنطقية" التالية للعلاج النفسي، خاصة في المجتمعات التي تعيش تغييرات سريعة (اجتماعية، اقتصادية، ثقافية)، وتتطلب مرونة في التعامل مع الضغوط المتعددة.

الخاتمة:

يُظهر تتبّع المسار التاريخي للعلاجات السلوكية السياقية أن التطور الحاصل في هذا الحقل ليس مجرد تحول تقني من نموذج علاجي إلى آخر، بل هو انتقال معرفي ومنهجي عميق يعكس نضج علم النفس العلاجي واستجابته للتحويلات العلمية والاجتماعية. فقد شكّلت السلوكية الكلاسيكية البداية المؤسسة لعلم قائم على الملاحظة والتجريب، بينما قدّم العلاج المعرفي السلوكي إطارًا معرفيًا لفهم تفاعل التفكير والسلوك. إلا أنّ محدودية هذه النماذج الكلاسيكية في تفسير المشكلات المرتبطة بالقيم، الهوية، والعاطفة دفعت نحو ظهور العلاجات السياقية؛ حيث برزت مقاربات مثل ACT و BA و CFT لتقدم منظورًا أكثر ديناميكية، قائمًا على السياق، وعلى العمليات النفسية، وليس على المحتوى المعرفي وحده.

وتُظهر الأدلة البحثية الممتدة بين 2010 و 2025 أن هذه النماذج استطاعت أن تحقق فعالية معتبرة في تحسين الصحة النفسية عبر آليات تتعلق بالتقبل، التنظيم الانفعالي، الفعل الموجه نحو القيم، والمرونة النفسية. غير أنّ التطور الأبرز في العقد الأخير تجسّد في بروز العلاج القائم على العمليات PBT باعتباره محاولة فوق-نظرية لتجاوز الانتماء المدرسي نحو بناء نموذج علاجي مرن، يتعامل مع العمليات النفسية المشتركة باعتبارها وسائط التغيير الأساسية. ويوفّر PBT إطارًا يسمح بدمج ACT و BA و CFT وغيرها ضمن منظومة واحدة، تنطلق من سؤال: ما هي العملية التي يجب تغييرها هنا والآن؟ وليس: أي مدرسة علاجية يجب اتباعها؟

إن هذا التحول ينسجم مع موجة علمية أوسع تشمل الدماغ المعرفي والعلوم العصبية والتنظيم الانفعالي، وتدعو إلى تبني منظور متعدد المستويات (سلوكي - معرفي - عاطفي - عصبي). ومع ذلك، لا تزال هناك فجوات بحثية تستدعي المزيد من الجهد، خاصة في المجتمعات العربية والمغاربية، حيث ما تزال الأبحاث التطبيقية حول النماذج السياقية و PBT محدودة، إضافة إلى الحاجة لتكييف ثقافي يراعي القيم الاجتماعية وخصائص الهوية.

بناءً على ذلك، يظهر أن مستقبل العلاجات السياقية يتجه نحو منظومة تكاملية مرنة، لا تقوم على استبدال نموذج بآخر، بل على تطوير إطار يركز على العمليات والوظائف، ويسمح ببناء تدخلات أكثر فعالية، ملاءمة، وقابلة للتطبيق في سياقات مختلفة. وهذا التحول لا يعني نهاية النماذج الكلاسيكية، بل توظيفها داخل بنية علاجية أوسع وأكثر دقة، تستند إلى الأدلة العلمية وتستجيب لحاجات الفرد والمجتمع.

– التوصيات والاقتراحات:

أولاً: توصيات بحثية:

1. تعزيز الدراسات العربية والمغربية حول ACT، BA، CFT، و PBT، مع التركيز على التحقق من الصلاحية الثقافية لهذه النماذج.
2. إجراء دراسات طويلة (على مدى 12 – 24 شهراً) لقياس الاستدامة طويلة المدى للتغير العلاجي.
3. تطوير مقاييس محلية للمرونة النفسية، التراحم الذاتي، والتنظيم الانفعالي تراعي الخصوصيات الثقافية.
4. دمج القياسات متعددة المستويات (نفسية – عصبية – فيزيولوجية) لفهم آليات التغير داخل النماذج السياقية.
5. دراسة دور العمليات المشتركة عبر النماذج باعتبارها محوراً لبناء بروتوكولات علاجية مرنة ضمن إطار PBT.

ثانياً: توصيات مهنية للممارسين:

1. تبني مقارنة مرنة تدمج بين ACT و BA و CFT عند الحاجة، بدلاً من الالتزام ببروتوكول واحد ثابت.
2. توجيه العلاج نحو العمليات الأساسية مثل: التقبل؛ فك الاندماج المعرفي؛ التنظيم الانفعالي؛ الفعل القيمي.

3. تعزيز مهارات الوعي اللحظي Mindfulness لدى العملاء لأنها تشكّل محورًا مشتركًا بين النماذج السياقية.

4. إدراج ممارسات الرحمة الذاتية في البرامج العلاجية، خصوصًا مع الحالات المرتبطة بالعار ونقد الذات.

5. الاستفادة من التنشيط السلوكي كمدخل عملي لدعم الالتزام القيمي في الحياة اليومية.

ثالثًا: اقتراحات لبحوث مستقبلية

1. مقارنة فعالية PBT مقابل ACT في اضطرابات محددة (مثل القلق الاجتماعي أو الإدمان).

2. تقييم استخدام التنظيم العصبي (Neurofeedback) كجزء مكمل للتدخلات السياقية.

3. تصميم نماذج تكاملية تجمع بين السلوك، المشاعر، القيم، والعمليات العصبية في خطة علاج واحدة.

4. تحليل أثر الاختلافات الثقافية على فعالية عمليات مثل التقبل أو التراحم الذاتي.

• قائمة المراجع:

1. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
2. Dahl, J. C., Plumb-Villardaga, J., Stewart, I., & Lundgren, T. (2015). *The art and science of valuing in psychotherapy*. New Harbinger.
3. Dimidjian, S., Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. (2011). The origins and current status of Behavioral Activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 1-38.

4. Dimidjian, S., & Jacobson, N. S. (2023). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide* (2nd ed.). Guilford Press.
5. Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Lyle Stuart.
6. Gilbert, P. (2014). *The compassionate mind*. New Harbinger.
7. Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge.
8. Gilbert, P., & Simos, G. (Eds.). (2022). *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge.
9. Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2nd ed.). APA.
10. Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. APA.
11. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999/2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
12. Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy* (2nd ed.). New Harbinger.
13. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). *Process-based therapy: Using science to improve outcome*. APA Books.
14. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). *Learning process-based therapy*. New Harbinger.

15. Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: *Behavior Research and Therapy*, 118, 1-7.
16. Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270.
17. Kanter, J. W., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral activation: Distinctive features*. Routledge.
18. Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility: *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865-878.
19. Kuyken, W., Warren, F., Taylor, R. S., et al. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse. *The Lancet*, 386(9988), 63-73.
20. Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Press.
21. Levin, M. E., Hildebrandt, M. J., Lillis, J., & Hayes, S. C. (2012). The impact of treatment components suggested by the psychological flexibility model: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 50(12), 952-962.
22. Neff, K. (2011). *Self-compassion: The proven power of being kind to yourself*. William Morrow.

23. Zettle, R. D. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy*. New Harbinger.
24. Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887.