دليل الممارسة للعلاج بالمخططات

Guide de pratique pour la pour la thérapie des schémas

تأليف C.Gauthier و G. CHALOULT و آخرون

الطبعة الأولى

ترجمة سايل حدة وحيدة

TRADUCTION SAIL HADDA OUAHIDA

Éditeur : Jean Goulet - tccmontreal

2023

المؤلفين: Gauthier, C., Chaloult, G., Goulet, J. et Ngô, T. L.

Éditeur : Jean Goulet - tccmontreal
Montréal, QC, Canada
2023
ISBN 978-2-924935-22-4
Dépôt légal 1er trimestre 2023
Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2023
Bibliothèque et Archives Canada 2023

Traduction de
Guide de pratique pour la thérapie des schémas
Gauthier, C., Chaloult, G., Goulet, J. et Ngô, T. L.

Éditeur : Jean Goulet - tccmontreal
Montréal, QC, Canada
2019
ISBN 978-2-924935-14-9
Dépôt légal 4e trimestre 2019
Bibliothèque et Archives nationales du Québec 2019
Bibliothèque et Archives Canada 2019
1re édition

بخصوص دليل الممارسة هذا

يوجه دليل الممارسة هذا في المقام الأول للممارسين العياديين وهو يسعى لتوفير لهم المعلومات موجزة وعملية ومحدثة بشكل معقول تتعلق بالعلاج بالمخططات la thérapie des schémas.

نحيل القراء إلى المؤلف لـ Chaloult وآخرون (Chaloult, Ngo, Goulet, & Cousineau, 2008) الذي يقدم عرض نظري وتطبيقي للمبادئ الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي.

بخصوص المؤلفين

Charlotte Gauthier مقيمة في الطب العقلي بجامعة مونتريال

Chaloult Guillaume هو طبيب نفسي، يمارس بمصلحة الطب العقلي بمستشفى Charles-Lemoyne، وهو أستاذ التعليم العيادي وتحصل على تكوين تكميلي في 2016 بمعهد العلاج بالمخططات بـ New Jersey.

Jean Goulet هو طبيب نفسي، يمارس بقسم الطب النفسي في مدينة الصحة في "لافال" وفي قسم الطب النفسي بمستشفى Sacré-Coeur في مونتريال، وهو أستاذ بقسم الطب النفسي في جامعة مونتريال.

Thanh-Lan Ngô هي طبيب نفسية، تمارس بمصلحة الطب النفسي بـ، CIUSSSS du Nord-de-l'Île de Montréal، وهي أستاذ بقسم الطب النفسي بجامعة مونتريال.

بخصوص مترجمة هذا الدليل

سايل حدة وحيدة، مختصة في علم النفس السريري او العيادي وأستاذة جامعية منذ 2003، وحاليا هي أستاذ بقسم علم النفس بجامعة الجزائر2. ومارست كمختصة نفسانية في القطاعين العام والخاص من 1993 إلى 2020.

الفهرس

القسم 1: مقدمة 6

1.1 أصل مفهوم المخطط 6

2.1 أصل العلاج بالمخططات 7

3.1 أهمية العلاج بالمخططات في عائلة العلاجات المعرفية السلوكية 8

4.1 الأدلة المتعلقة بفعالية العلاج بالمخططات 9

القسم 2: النموذج المفسّر للمخططات 11

1.2 تعريف المخطط المبكر غير المتكيف 11

2.2 مصدر المخططات المبكرة غير المتكيفة 12

1.2.2 المصدر العصبي البيولوجي 12

2.2.2 الحاجات النفسية غير المشبعة 14

3.2.2 المزاج 14

4.2.2 البيئة العائلية والاجتماعية 15

3.2 الـ 18 مخططات مبكر ة غير المتكيفة 17

4.2 المخططات الأولية مقابل الثانوية 23

5.2 استراتيجيات التكيف المختلة 24

6.2 أنماط التكيف المختلة 26

1.6.2 انماط الطفل 26

2.6.2 انماط الوالد 29

3.6.2 انماط الاستراتيجيات مختلة 29

4.6.2 نمط الراشد السليم 30

5.6.2 مثال اضطراب الشخصية الحدية
..... 31
6.6.2 مثال اضطراب الشخصية النرجسية
..... 32
معايير القبول في العلاج بالمخططات
القسم 3: 33
1.3 التشخيص حسب DSM-5 33
2.3 المعاينات 34
3.3 المعاينات المضادة
..... 34
العلاج الفارماكولوجي (الدوائي)
القسم 4: 36
القسم 5: مراحل العلاج بالمخططات 37
1.5 التقييم 37
1.1.5 تحديد الاشكالية 38
2.1.5 تاريخ شخصي مفصل
..... 39
3.1.5 المقاييس 40
4.1.5 تقنية التصوير (اختياري)
..... 41
5.1.5 العلاقة العلاجية 43
6.1.5 التربية النفسية 43
7.1.5 وضع مفاهيمية للحالة 43
2.5 المرحلة النشطة من العلاج 47
1.2.5 التقنيات المعرفية 48
2.2.5 التقنيات الخبراتية 53
3.2.5 التقنيات السلوكية 62
3.5 العلاقة العلاجية 66
1.3.5 الاتجاه العام للممارس الإكلينيكي
..... 66
2.3.5 كيفية اكتشاف و التعامل مع الانماط المختلة في الجلسة 68
3.3.5 العوامل المرتبطة بالمعالج
..... 69
مرحلة الانهاء و التقييم (حوصلة)
4.5 72

سير نموذجي لجلسة العلاج بالمخططات
5.5 73
مثال لسير علاج بالمخططات على مدار سنة
6.5 74
أدوات القياس ووسائل العلاج
.6 78
1.6 جدول تسجيل المخططات والأنماط غير المتكيفة 79
2.6 الاختبار التاريخي
..... 81
3.6 بطاقة المساعدة العلاجية 82
المراجع
.7 84

القسم1: مقدمة

1.1 أصل مفهوم المخطط

تم استغلال مفهوم المخطط من قبل العديد من التخصصات الأخرى عبر التاريخ، ولاسيما في الفلسفة والهندسة الجبرية وبرمجة الكمبيوتر، والعلاج المتمركز على المخططات هو مستوحى من المفهوم النظري للمخطط كما هو مستخدم في مجال علم النفس النمو المعرفي.

يُعرَّف المخطط بأنه نمط من الأفكار المفروضة على الواقع من قبل العقل البشري من أجل تصنيف المعلومات بسرعة من جميع الأنواع والسماح لنا بتفسير إدراكنا وتوجيه الاستجابات لبيئتنا وحل المشكلات بطريقة فعالة[1].

من وجهة نظر النمائية، يلاحظ أن المخططات المعرفية غالبًا ما تتشكل في سن مبكرة وتستمر في تشكيلها مع تجارب الحياة اللاحقة. وتتبلور مخططات مرضية معينة في مرحلة الرشد لدى مرضانا على شكل "حقائق انفعالية" خاطئة صامدة، تتعلق بالذات أو بالآخرين، هذا حتى لو تناقضت العديد من الأحداث السيرة الذاتية مع معتقداتهم. يمكننا أن نستنتج أن التصلب الكامن في المخططات يسمح لنا بالحفاظ على التماسك المعرفي، أي رؤية ثابتة للذات وللعالم، وأحيانًا على حساب رؤية أكثر موضوعية للواقع أو لأداء أفضل[1].

2.1 أصل العلاج بالمخططات

كان الطبيب النفسي Aaron T. Beck قد بدأ بالفعل في الإشارة في السنوات 80 إلى مفاهيم المخططات المعرفية في كتبه النظرية عن العلاج المعرفي السلوكي TCC [2]. بعد سنوات، قرر المختص النفسي Jeffrey Young، الذي أدرك حدود تناول العلاج المعرفي السلوكي في ممارسته الخاصة، إنشاء تناول العلاج بالمخططات .l'approche de la thérapie des schémas وللقيام بذلك، استوحى من إتقانه للعلاج السلوكي المعرفي الكلاسيكي، عن طريق دمج عناصر على الصعيد النظري، من نظريات التعلق والعلاقات بالموضوع des théories de l'attachement et des relations d'objet، وعلى الصعيد العلاجي، من تقنيات التدخل الخبراتية المستمدة من تناول الجشطالت l'approche Gestalt .

3.1 أهمية العلاج بالمخططات في عائلة العلاجات المعرفية السلوكية

قد يكون العلاج بالمخططات مفيدًا للمرضى الذين لا يستجيبون في البداية لنهج العلاج المعرفي السلوكي. في الواقع، وجد Young أن القدرة على الانخراط في العلاج المعرفي السلوكي تفترض مسبقًا العديد من المتطلبات الأساسية التي غالبًا ما تكون غائبة لدى مرضانا الذين تم مقابلتهم في عيادات الخط الثاني للصحة العقلية(يعانون من اضطرابات نفسية عميقة): الامتثال للبروتوكول العلاجي، وقدرة المريض على الوصول إلى إدراكه وانفعالاته وإبلاغ المعالج عنها دون اللجوء إلى التجنب المعرفي أو العاطفي، والمرونة النفسية التي تسمح بتغيير الأنماط السلوكية، والطبع المنهزم للأنماط المختلة (النقد الذاتي) والقدرة السريعة على تكوين تحالف علاجي، وبالتالي، لدى هؤلاء العملاء المعروفين بـ "المقاومين"، غالبًا ما تقاوم الأفكار غير المتكيفة وسلوكيات الذاتية

للتقنيات المعرفية السلوكية المستخدمة بمفردها، بحيث يتوصل المرضى إلى الفهم فكريا أن الاعتقاد ليس واقعيًا ولا متكيفا، ولكنهم يفشلون في الشعور به بشكل مختلف.

إذا قارنا بالعلاج المعرفي السلوكي "الكلاسيكي"، يبرز العلاج بالمخططات بشكل إيجابي في علاج المرضى الذين يعانون من سمات أو الاضطرابات الشخصية الناتجة عن استخدام التقنيات الخبراتية والبينشخصية التي تتناول على وجه التحديد القضايا العلائقية التي تشكل مشكلات.

ونظرًا لأن التناول القائم على المخططات يسمح بمزيد من المرونة والعفوية في الجلسة، فغالبًا ما يكون مناسبًا بشكل أفضل للعملاء الذين لديهم نمط تعلق غير آمن، ووجدانات غير مستقرة، وقدرات الانعكاس الذاتي ضعيفة، والتصرفات الغريبة (على سبيل المثال، عدم الالتزام بالمواعيد والواجبات) أو الأعمال التدمير الذاتي المزمنة.

4.1 الأدلة المتعلقة بفعالية العلاج بالمخططات

يفترض ان يكون العلاج بالمخططات "عبر تشخيصي transdiagnostique "، بمعنى أنه لا يعتمد على علاج متلازمة نفسية معينة، ولكن على علاج مخططات الشخصية المختلفة الموجودة لدى فرد معين. ومع ذلك، فهو موجه لما يشكل بنية الشخصية، وقد استخدم بشكل أساسي لعلاج سمات واضطرابات الشخصية، فضلاً عن الأعراض الناتجة عنها والتي غالبًا ما تكون مزمنة.

تتمثل مسلمة هذا التناول في أن "شفاء" الأنماط المرضية المختلفة للمريض سيؤدي إلى حل تدريجي لأعراضه، أو على الأقل، يسمح له بتحمل أفضل لضيقه النفسي والجسدي على المدى الطويل. لذلك يمكن أن يكون العلاج بالمخططات مفيدًا لعلاج مجموعة متنوعة من المشكلات، دون أن يضطر العيادي في البداية إلى تحديد المرض النفسي المدرج في دليلDSM-5 . يمكن للعديد من المرضى الذين يعانون من أعراض الاكتئاب والحصر المزمن، والسلوكيات القهرية

أو الإدمانية المستمرة أو الصعوبات العلائقية المتكررة المرتبطة بأنماط شخصيتهم الاستفادة من هذا العلاج[1].

أظهرت المراجعة المنتظمة "عبر التشخيصية" لفعالية العلاج بالمخططات[3] شملت 12 دراسة (ذات جودة منخفضة إلى متوسطة) تأثيرات حاسمة حول شدة المخططات لدى المرضى. في 11 من أصل 12 دراسة، كان هناك انخفاض في المخططات المبكرة غير المتكيفة، بغض النظر عن التشخيص ذو الصلة (اضطراب الشخصية، واضطراب الضغط ما بعد الصدمة، واضطراب الأكل، وفوبيا الأماكن الواسعة). ومن ضمن المجموعة الفرعية للمرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية (الأكثر دراسة)، كان هناك تحسن في الأعراض وانخفاض في شدة المخططات المبكرة غير المتكيفة.

علاوة على ذلك، أظهر التحليل التلوي الذي يقارن العلاجات النفسية المختلفة المقدمة لعلاج اضطراب الشخصية البينية أن العلاج بالمخططات سيكون فعالًا مثل العلاجات المحددة الأخرى لصالح المرضى ذوي اضطراب الشخصية الحدية Trouble de Personnalité Limite (TPL)، الذين استفادوا من علاج قائم على العقلنة والعلاج السلوكي الجدلي (thérapie basée sur la mentalisation et thérapie dialectique comportementale)، مع حجم تأثير معتدل[4].

أخيرًا، تم مقارنة العلاج بالمخططات مع العلاج القائم على التحويل la thérapie basée sur le transfert (**TFP**) في دراسة تجريبية مضبوطة عشوائية، لدى مرضى مصابين باضطراب الشخصية الحدية **TPL**، .ووُجد أن العلاج بالمخططات يؤدي إلى معدل أعلى لتحسن الأعراض (الخطر النسبي 2.18) أو التحسن السريري (الخطر النسبي 2.3) مقارنة بـTFP[5].

كما أظهرت سلسلة من حالات، متوسطة الجودة، حول الاكتئاب المزمن انخفاضًا في أعراض الاكتئاب عند المتابعة (حجم التأثير 2.2) وفي المخططات المبكرة غير المتكيفة (حجم التأثير 1.1)[6].

القسم 2: النموذج المفسّر للمخططات

تم أخذ تقنيات العلاج النفسي المتمركزة حول المخططات في هذا الدليل، بشكل أساسي، من النموذج الذي اقترحه Jeffrey Young في كتابه التأسيسي[1]. وعلى مدار العشرين عامًا الماضية، قام بعض الاكلنيكيين المصرّحين باتباع التناول قائم على المخططات منهم (Arntz, Roediger, Jacob, Farrell et Shaw) باثراء النموذج، لاسيما من خلال التركيز بشكل أكبر على مفهوم الأنماط، ومن أجل الإيجاز، لن نغطي في هذا الدليل جميع التطورات الإبداعية المقترحة بمرور الوقت من قبل ممارسي العلاج بالمخططات.

1.2 تعريف المخطط المبكر غير المتكيف

المخطط المبكر غير المتكيف هو:

- موضوع متكرر واجتياحي يتعلق بقضية انفعالية معينة؛
- يتكون من ذكريات (أو آثار ذكرى مجزأة) والانفعالات والأفكار والأحاسيس الجسدية التي غالبًا ما تكون شديدة؛
- اعتقاد أساسي حول الذات أو الآخرين، مما يؤدي بالفرد إلى رد الفعل طائش ونمطي، وتوقع سلوك الآخرين بشكل متصلب؛
- تم تطويره بشكل عام خلال الطفولة والمراهقة، غالبًا استجابة لحاجة نفسية لم تلبيها رموز التعلق؛
- مدمج في مرحلة البلوغ من خلال التجارب السلبية التي تغذي المخطط؛
- مرتبط بخلل كبير في الأداء في الحياة الاجتماعية أو المهنية أو الأسرية للمريض[7].

تتطور السلوكيات غير المتكيفة كاستجابة للمخططات هكذا وبالأحرى، تعكس السلوكيات أساليب تكيف دون أن تكون جزءا متجزئ من تعريف المخطط.

بشكل عام، كلما كان المخطط أكثر شدة، كان أكثر نشاطًا في حياة المريض اليومية، كلما زادت شدة التأثيرات السلبية الناتجة عنه وطال أمدها[7].

2.2 مصدر المخططات المبكرة غير المتكيفة Origine des schémas précoces inadaptés

1.2.2 المصدر العصبي البيولوجي Origine neurobiologique

1.1.2.2 دور الاشراط بالخوف وتأثير الصدمات

يشارك اثنان من الأنظمة الدماغية في الاشراط المرتبط بالخوف والأحداث الصدمية، تعمل هذه الأنظمة بالتوازي:

1. حصان البحر L'hippocampe والمناطق القشرية المرتبطة هي المسؤولة عن تخزين الذكريات الواعية، واستدعاءها يؤدي إلى إعادة التذكر الواعي.
2. اللوزة L'amygdale هي المسؤولة عن تخزين الذكريات اللاواعية، يؤدي تنشيط هذه الذكريات إلى استجابات جسدية تتعلق بالاستعداد للخطر.

للنظام اللوزي عدة مميزات مهمة:

- غالبًا ما يكون غير شعوري، يمكن أن تحدث ردود الفعل الانفعالية دون أن يكون الشخص مدركًا للمنبه الكامن.
- هو سريع وهكذا، يمكن أن تستجيب اللوزة لخطر ما قبل التعرف عليه من قبل القشرة.
- إنه تلقائي او آلي، تحدث الانفعالات والاستجابات الجسدية بمجرد أن تدرك اللوزة وجود خطر.
- تبدو الذكريات المنقوشة هناك دائمة.
- هو نظام غير قادر على التمييز الدقيق، بمجرد أن يتم تخزين الذاكرة الانفعالية في اللوزة، فإن المنبه الذي يذكّر (عن كثب أو عن بعد) بالمنبه الموجود أثناء الصدمة سيؤدي إلى استجابة الخوف.

هكذا، في ظل وجود مخطط مبكّر غير متكيف، يمكن ملاحظة الاستجابة التالية: منبه الذي يستدعي الأحداث الصدمية في الطفولة ← التنشيط غير الشعوري للانفعالات والأحاسيس الجسدية المرتبطة بها (ثم، إذا كان الفرد واعيا بها، يتم تنشيط المعارف او الأفكار المرتبطة).

يكون هذا التنشيط تلقائيا، وربما مستمرا، حتى لو كان بإمكان "شفاء" المخطط أن يخففه، تتطور العديد من المخططات قبل أن يطور الطفل اللغة، لذلك يطلق عليهم اسم " قبل لفظية" ويتم تسجيلهم في شكل آثار في الذاكرة والانفعالات والأحاسيس الجسدية، تضاف لها المعارف أو الأفكار لاحقًا في الحياة، هذا يفسر الأولوية المتكررة للانفعالات على المعارف عند العمل على المخططات.

وبالتالي، أثناء العلاج بالمخططات، نحاول تحقيق سيطرة واعية أكبر للمريض على مخططاته (باختصار، تحكم أفضل في اللوزة من قبل القشرة الأمامية)، ولكن أيضًا تهدئة تنشيط اللوزة عبر تقنيات خبراتية [1].

2.1.2.2 الارتباط بنظرية التعلق Lien avec la théorie de l'attachement

تعتمد نظرية المخطط أيضًا بشكل كبير على نظرية التعلق.

باختصار، يرتبط التعلق بحاجتنا إلى الارتباط بالآخرين بطريقة مستقرة وآمنة والاهتمام بالآخرين، يجب أن يعمل نظام التعلق لدى الطفل بالتردد مع نظام الأمومة الخاص برمز التعلق الخاصة به.

يتم ذلك، من بين أمور أخرى، عن طريق الخلايا العصبية العاكسة، التي تنشئ جسراً بين ادراكنا وادراك الآخرين، يجب تدريب هذه الخلايا العصبية عن طريق التحفيز المتكرر. يتمثل الدور الرئيسي للرمزية الأبوية في مساعدة الطفل، من خلال الانعكاسات الدقيقة لمشاعره، على إنشاء التزامن الوجداني (التناغم الوجداني) بين عالمه الداخلي والعالم الخارجي. هذا يسمح للطفل أن يشعر بانه تم فهمه، واعتباره، كما يحتمل ان يسمح له بتطوير القدرة الانعكاسية على عقلنة انفعالاته وفي حالة عدم وجود تشابك "رنان" بين الطفل ورمزية والديه، قد يطور الطفل أسلوب تعلق غير آمن[8].

في التناول القائم على المخططات، يحاول المعالج العيادي تجسيد في جميع الأوقات اسلوب "الراشد السليم" من خلال توفير حضور ثابت، مرحب ودافئ للمريض. يتخذ المعالج وضعًا مشابهًا لوضعية الوالد الذي يريد تلبية الاحتياجات العاطفية لطفله، للسماح المريض باستيعاب المعالج بواسطة تصور عقلي طيب متاح في جميع الأوقات لأجل تامين الهدوء. هكذا يمكن للمريض ان يطور أسلوب تعلق آمن بتجربة علاقات ايجابية مدعمة، أو على الأقل، تخفف من شدة تعلقه غير الآمن[8].

2.2.2 الاحتياجات النفسية غير المشبعة Besoins psychologiques non comblés

كل البشر لديهم احتياجات نفسية أساسية معينة، تتطور المخططات المبكرة غير المتكيفة عندما لا يتم تلبية بعض هذه الاحتياجات (غالبًا في وجود مزاج أو طبع فطري يجعل الطفل ضعيفًا).

يحتاج الطفل إلى:

- التعلق الثابت بأشخاص مهمين، بما في ذلك الشعور بالأمان، الاستمرارية، مناخ من المودة والتعاطف والتقبل؛

- الشعور بالاستقلالية والكفاءة؛
- هوية واضحة ومتميزة؛
- تجسيد الحدود الواقعية والانضباط وتطوير ضبط النفس؛
- الحرية في القدرة على التعرف على الاحتياجات الأساسية، لأخذها في الاعتبار، والتعبير عنها وتحقيقها؛
- اللعب والمتعة والاستفادة من لحظات العفوية.

3.2.2 المزاج Tempérament

المزاج هو البعد الفطري للشخصية، يظل مستقرا طوال الحياة، إنه يؤثر على كيفية محاولة الفرد تلبية احتياجاته وكيفية تفاعله مع الآخرين[7]. يمكن وصف المزاج بالأبعاد السبعة التالية[1]:

الشدة	عكس	التقييد العاطفي
عسر مزاج	عكس	متفائل
قلق	عكس	هادئ
مهوس	عكس	مرح
سلبي	عكس	نشط/عدواني
غاضب	عكس	سعيد
خجول	عكس	اجتماعي

قد تفسّر الاختلافات في المزاج من فرد لآخر سبب تعرض طفلين لنفس البيئة أو نفس الضغوط لكن يكون لديهم ردود الفعل مختلفة، وقد يطوران أنماطًا مختلفة تماما، بالإضافة إلى ذلك، يمكن للمزاج ,tempérament تعديل الضغوط التي سيتعرض لها الطفل، على سبيل المثال، قد يكون الطفل الذي لديه مزاج عدواني أكثر عرضة للإيذاء الجسدي من قبل والد عنيف مقارنة بالطفل الذي يكون أكثر سلبية وخجلًا[1].

بالإضافة إلى ذلك، كلما كان بُعد المزاج متميزا كلما قل تأثير البيئة عليه. على سبيل المثال، سيكون الطفل الذي يتمتع بمزاج متفائل للغاية أقل عرضة لتطوير مخطط الهشاشة تجاه الخطر، حتى لو تعرض لكارثة طبيعية في سن مبكرة.

4.2.2 البيئة الاجتماعية العائلية Environnement familial et social

على عكس المزاج ,tempérament، يشكل الطبع le caractère جزء من الشخصية المكتسبة.

تساعد أنواع معينة من التجارب بشكل خاص على اكتساب مخططات مبكرة غير المتكيفة. يؤدي الحرمان من حاجة الطفل للعاطفة عادةً إلى ظهور مخططات الحرمان العاطفي أو الهجر des schémas Carence affective ou Abandon. عادة ما تؤدي التجارب المبكرة الصادمة أو الضحية إلى تطوير مخططات الحذر/الاساءة أو النقص/العار أو الهشاشة تجاه الخطر de schémas Méfiance/Abus, Imperfection/Honte ou Vulnérabilité aux dangers.

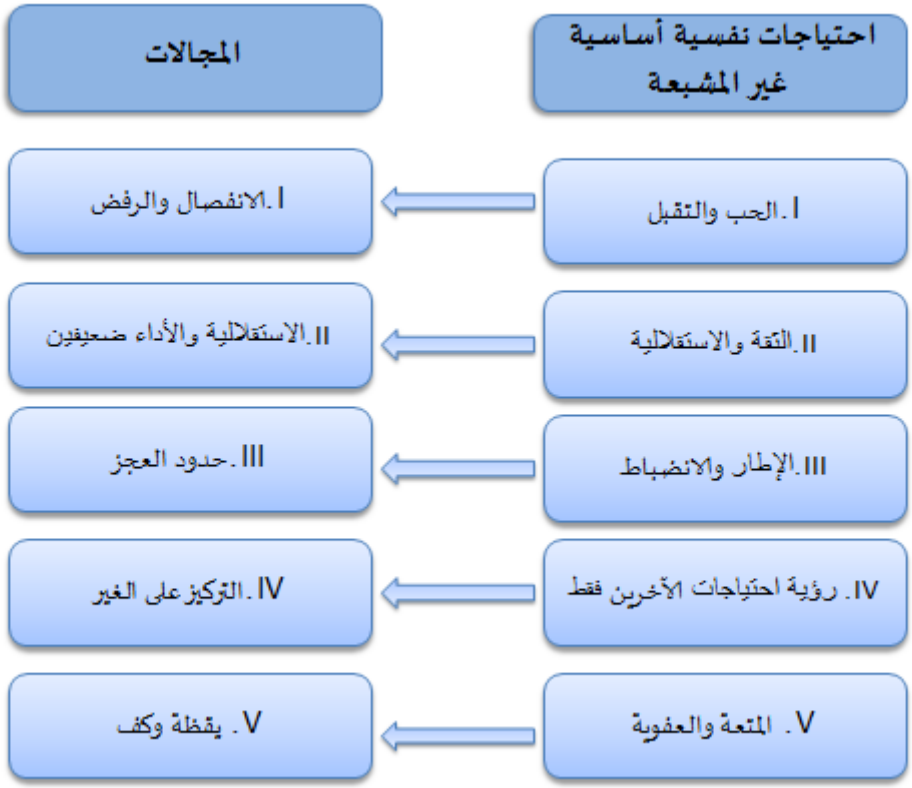
يمكن أن يؤدي غياب حدود واقعية أو تلك المتعلقة بالاستقلالية (على سبيل المثال، الآباء مقحمين أو مفرطين في الحماية أو يمنحون الكثير من الحرية) إلى مخططات التبعية/عدم الكفاءة أو الحقوق الشخصية مبالغة/العظمة schémas Dépendance/Incompétence ou Droits personnels exagérés / Grandiosité.

أخيرًا، قد يجسد الطفل أحد الوالدين جد منتقد، مما قد يؤدي إلى ظهور مخطط المتطلبات العالية schéma Exigences élevées، أو تقمص أحد الوالدين مسيء في المعاملة وتطوير مخطط العقاب un schéma Punition.

من المهم أن نتذكر أن ادراك الطفل حول المناخ الانفعالي للأسرة والطريقة التي تم معاملته بها عادة ما تكون صحيحة، حتى لو كانت تفسيراته حول السبب الدقيق لهذا المناخ ليست صحيحة دائمًا.

3.2 المخططات الـ 18 المبكرة غير المتكيفة Les 18 schémas précoces inadaptés

يتوافق كل مخطط مع حاجة نفسية أساسية غير مشبعة، هناك خمسة مجالات: الانفصال و الرفض séparation et rejet، ضعف الاستقلالية و الأداء altération de l'autonomie et de la performance، حدود العجز limites déficitaires، التركيز على الآخرين و اليقظة المفرطة/ الكف centration sur autrui et hypervigilance/inhibition.



غالبًا ما يتم تدخل المخططات من المجال الأول كمخططات أولية (راجع القسم 4.2) نحيلك إلى الأعمال المرجعية لـ Young للحصول على وصف أكثر اكتمالاً للمخططات الثمانية عشر [1،7].

		عرض إكلينيكي (سريري)	عناصر التاريخ النموذجية[9]
المجال I : الانفصال والرفض Séparation et rejet	**الهجر/عدم الاستقرار** Abandon/ Instabilité	1. عدم الاستقرار أو عدم الوثوق المدرك للأشخاص القادرين على توفير الدعم له.	1. موت مبكر أو هجرانه من قبل الوالد أو شخص مهم بالنسبة له.
		2. الشعور بأن الأشخاص المهمين لا يمكنهم الاستمرار كمصادر للدعم الانفعالي، والتعلق والحماية لانهم غير مستقرين انفعاليا ولا يمكن توقع تصرفاتهم أو بسبب حضورهم غير المنتظم. 3. الخوف من موت شخص عزيز 4. تخوف الفرد من هجرانه لاجل شخص اكثر اثارة للاهتمام.	2. انشغال دائم لأحد الوالدين وغيابه بسبب مشكلة صحية، عمل ملتمس، إلخ.

	الحذر / الإساءة **Méfiance/Abus**	الانطباع بأن الآخرين سوف يلحقون به الأذى، الإساءة، الإذلال، خداع أو تلاعب أو استغلاله.	الاعتداء خلال الطفولة (الجنسي، البدني، الانفعالي أو اللفظي) التهديد في بعض الأحيان من قبل الأقران
	الحرمان العاطفي **Carence affective**	الانطباع بأن احتياجاته العاطفية لن تكون مُرضية بشكل صحيح من قبل الآخرين. الأنواع : ـ قلة المودة ـ نقص التعاطف ـ نقص الحماية الشعور بالفراغ	الوالدين باردين وقليلي التعاطف
	النقص/ العار **Imperfection/ Honte**	الانطباع بانه شخص سيء غير مرغوب فيه أو دوني. شعور بالعار من العيوب المدركة، إما داخلية (أنانية، اندفاعات عدوانية ورغبات جنسية غير مقبولة) أو خارجية (المظهر الجسدي غير مرغوب فيه، حرج اجتماعي) الحساسية للنقد. الرفض واللوم. الإحراج وانعدام الأمن في الروابط الاجتماعية	التحقير والذل خلال الطفولة من قبل اشخاص هم رموز التعلق أو من قبل الأقران غالبا ما يكون الفرق بين البيئة المعيشية الاجتماعية والعائلية للطفل وانجازاته فيما بعد
	الإقصاء/ الرفض **Exclusion/Rejet**	الشعور بالعزلة عن بقية العالم، انه مختلفًا عن الآخرين، أنه ليس عنصرا من أي مجتمع.	فرق حقيقي في (الدين، العرق، التوجه الجنسي، إلخ) مقارنة ببقية المجتمع غالبا ما يكون الفرق بين البيئة المعيشية الاجتماعية والعائلية للطفل وانجازاته فيما بعد
المجال II : ضعف الاستقلالية والأداء **Altération de l'autonomie et de la performance**	**التبعية/عدم الكفاءة** **Dépendance/ Incompétence**	الشعور بعدم القدرة على إدارة مسؤولياته اليومية بكفاءة، دون مساعدة مفرطة من الآخرين؛ الشعور بالعجز.	الحماية المفرطة أو إهمال آباء.
	الاستعداد (ضعف، هشاشة)	الخوف المفرط من الكارثة لا يمكن التنبؤ بها، أنه لن يتوصل إلى الوقاية في المجال الجسدي،	الآباء يخشون الضعف و الهشاشة بالتالي يحمون بكثرة الطفل؛ الآباء لا يحمون بشكل كافٍ الطفل؛

	للخطر أو للمرض **Vulnérabilité au danger ou à la maladie**	الانفعالي و/ أو المواقف/ الفوبيا	الآباء الذين عانوا من صدمة خطيرة
	التحام/ ذات غير مكتملة النمو **Fusion / Soi non développé**	الاقتحام الانفعالي غير متناسب مع الأشخاص المهمين، على حساب الفردانية الكاملة أو تطور اجتماعي عادي عدم وجود هوية أو قيم شخصية.	الحماية المفرطة ملحوظة من الاشخاص المهمين؛ التحقير المفرط لتميّز الطفل.
	الفشل **Échec**	الشعور بالفشل أو أنه سوف يفشل بالتأكيد الشعور بانه اساسا غير كفء في مهارته	احد الوالدين الذي يحكم بقسوة أداء الطفل، أو لديه مهنة ناجحة للغاية؛ الطفل ليس موهوبًا مثل رفاقه أو مقارنة بإخوته، أو مهاجر احد الوالدين متسامح للغاية.
المجال III: حدود العجز **Limites déficitaires**	**حقوق شخصية مبالغ فيها / العظمة** **Droits personnels exagérés / Grandeur**	الانطباع بأنه يجب أن يفعل أو يحصل على ما يريد، دون الاهتمام بالآخرين ميل الفرد المفرط لتأكيد سلطته أو فرض وجهة نظره أو التحكم في سلوك الآخرين. مطالب مبالغة تجاه الآخرين عدم التعاطف تجاه احتياجات ومشاعر الآخرين	انعدام الانضباط الأسري
	التحكم في الذات/ الانضباط الذاتي غير كافٍ **Contrôle de soi / Autodiscipline insuffisants**	صعوبة احتواء الذات وتحمل الإحباط من أجل تحقيق الأهداف الشخصية. صعوبة تسيير انفعالاته ودوافعه. تجنب الألم والصراعات والمواجهات، والمسؤوليات	عدم وجود إطار أو انضباط.
المجال IV: التركيز على الآخرين **Centration sur autrui**	**الخضوع** **Assujettissement**	الميل المفرط إلى إهمال التعبير عن انفعالاته واحتياجاته وتبني موقف الخاضع أمام شخص رمز يُدرك على أنه مهيمن. الأنواع: - إخضاع الحاجات - إخضاع الانفعالات (خاصة الغضب).	الآباء المسيطرين، العقوبة أو البرودة أو التانيب إذا لم يطيع؛ الآباء لا يسمحون باتخاذ القرارات، لا يعطون الحرية. الآباء غائبون آباء "شهداء"؛ آباء لا يحترمون احتياجات أو آراء الطفل؛ الوالدين مكتئبين / قلقين، لذا يتعين على

			الطفل قياس كلماته.
	التضحية Abnégation	الحاجة غير المناسبة إلى التضحية بالنفس لتلبية انتظارات الآخرين، على حساب توازنه الشخصي في الحياة. غالبًا ما يرتبط بحساسية كبيرة تجاه معاناة الآخرين والمبالغة في تقدير سلوكيات التضحية. الشعور بغياب الاستجابة لاحتياجاته الخاصة والاستياء تجاه الأشخاص الذين يعتني بهم.	الآباء الذين يبالغون في التأكيد على أهمية تلبية الطفل لاحتياجاتهم أو احتياجات الآخرين.
	السعي للحصول على الموافقة أو الاعتراف Recherche d'approbation ou de reconnaissance	الحاجة المفرطة للموافقة والاعتراف والاهتمام من قبل الآخرين، تقدير الذات مؤسس على ردود فعل الآخرين فقط.	يعطي الآباء أهمية كبيرة لآراء الآخرين؛ الخجل من أصل بيولوجي.
المجال٧: اليقظة المفرطة وكف Hyper- vigilance et inhibition	**السلبية / التشاؤم** Négativisme/ Pessimisme	خوف مفرط من ارتكاب أخطاء قد يكون لها عواقب وخيمة مخاوف مزمنة بشأن المستقبل اليقظة المفرطة	بيئة تطفو فيها رؤية متشائمة للأشياء بحيث تنسب أهمية مبالغ فيها إلى الأخطاء.
	كف انفعالي Inhibition émotionnelle	الكف المفرط لردود الفعل العفوية لتجنب الخجل أو الرفض أو فقدان السيطرة على الاندفاعات.	بيئة عائلية لا تشجع على العفوية أو التعبير عن الانفعالات.
	مطالب عالية / النقد المفرط Exigences élevées / Critique excessive	الجهود المبذولة لتلبية معايير داخلية عالية جدًا متعلقة بالسلوك أو الأداء. عروض: - الكمالية - قواعد صارمة (بما في ذلك القواعد الأخلاقية إلخ). - الاهتمام المبالغ فيه بإدارة الوقت والفعالية.	الحب الأبوي المشروط بالنجاح؛ احد لوالدين مطالبه عالية تجاه نفسه؛ احد الوالدين الذي يهين أو ينتقد إذا لم يستوف المعايير العالية.

	العقاب Punition	الاعتقاد بوجوب معاقبة الناس بقسوة على الأخطاء التي يرتكبونها صعوبة العفو على الأخطاء أو التسامح امام الحدود الشخصية وحدود الآخرين.	والدين صارمين، مستاءين ويمارسون العقاب المفرط.

حالة إكلينيكية:

"مارك" رجل يبلغ من العمر 24 عامًا، يدرس في البكالوريوس في الموسيقى، تقدم للفحص بسبب أعراض القلق والاكتئاب التي ظهرت منذ بضع سنوات، والتي تفاقمت منذ أن تركته شريكته الأخيرة بعد علاقة استمرت بضعة أشهر، متهمة إياه بأنه "تابع" أكثر من اللازم. يظهر تدني تقدير الذات بشكل مزمن، يجد أنه من السهل أن يبدأ علاقات رومانسية ولكنه يجد صعوبة في الحفاظ عليها، لأنه سرعان ما يصبح مقتنعًا أن شريكته الحالية ستتركه لتعاشر رجال الذين تعتبرهم أكثر استحسانًا منه، ثم يحاول منعها من خلال الخضوع لكل رغباتها، الأمر الذي يثير حتمًا غضب شريكته ثم الهجر الذي كان يخشى منه.

في تاريخ الحالة، يتبين ان **مارك** هو الثاني من بين ثلاثة أشقاء، لديه شقيقان، كلاهما ناجح للغاية في مجالهما، يصف والدته بأنها محبة للغاية، على الرغم من أنه في البداية لم ينسب إليها أي أخطاء، ندرك من خلال التقييم أنها كانت تنتقده بشدة، وأنها كانت تميل إلى إخبار **مارك** بالاقتداء بأخيه الأكبر الذي كان ناجحا في المدرسة. انفصل والده عن والدته ليرتبط بامرأة أخرى عندما كان **مارك** يبلغ من العمر 13 عامًا، حاول الأب في البداية الحفاظ على علاقة جيدة مع أبنائه، ومع ذلك، عندما حملت زوجته الجديدة، قلص الاتصال بـ **مارك** تدريجيًا، يبقى المريض متأثرا بهذه المسافة التي لا تزال قائمة بين والده وبينه.

لطالما كان **مارك** طفلاً يتمتع بمزاج مبدع وحساس، وكان يرفع من تقدير نفسه كثيرًا من خلال الموسيقى، واجه صعوبة في تكوين صداقات في المدرسة الثانوية، واستُهدف بتعليقات ساخرة عدة مرات في وقت مبكر من المدرسة الثانوية، ومع ذلك، فقد انضم إلى برنامج التركيز الموسيقي في المرحلة الثانوية الرابعة، وكون صداقات قليلة لا يزال يحتفظ بها حتى يومنا هذا.

باستخدام هذه العناصر من تاريخ الحالة، نعتقد بشدة في وجود مخططات الهجر والنقص/ العار، مع احتمال وجود مخطط الخضوع (ثانوي لمخطط الهجر).

4.2 المخططات الأولية مقابل الثانوية Schémas primaires versus secondaires

يمثل المخطط الأولي (غير الشرطي) اعتقادًا أساسيًا تجاه الذات والآخرين، فهو يعكس التجربة المباشرة التي يعيشها الطفل في سن مبكرة، تتطور المخططات الأولية زمنيا في وقت أبكر من المخططات الثانوية.

يتم تطوير مخطط ثانوي (شرطي) استجابة لمخطط أولي، من خلال تبني معتقدات معينة، يأمل المريض تجنب تنشيط بعض المخططات الأولية. على سبيل المثال، للهروب من مشاعر النقص والعار ، قد يطور المريض الاعتقاد "يجب أن أكون مثاليًا في المدرسة لمواجهة عيوبي الرهيبة" (مخطط المطالب العالية) لتجنب الهجر، يمكن للمريض أن يتبنى الاعتقاد "يجب أن أنسى نفسي وأن أكون خاضعًا لمن حولي لتجنب الرفض" (مخطط الخضوع).

يختلف الترتيب الذي يتعين ان تُعالج به المخططات من مريض لآخر، ومع ذلك، غالبًا ما يكون المخطط الثانوي أسهل للوعي به، وبالتالي ربما يكون من الأسهل ان يعمل عليه المريض في بداية العلاج، من ناحية أخرى، يحدث أن بعض المخططات الأولية تكون قوية للغاية بحيث لا يمكننا التقدم في العلاج حتى نعالجها في مرحلة أولى.

5.2 استراتيجيات التكيف المختلة Stratégies d'adaptation dysfonctionnelles

يُطلق على استراتيجيات التكيف المختلة اسمها لأنها لم تعد قادرة على تحقيق التكيف في حياة المريض الراشد، على الرغم من أنها كانت مفيدة بشكل عام أثناء الطفولة من أجل "البقاء" في بيئة غير سليمة[1].

يتم تنشيط المخطط في هذا التسلسل:

تهديد مدرك ⟸ إستراتيجية التكيف ⟸ السلوك

لنأخذ المثال التالي:

- خلال الطفولة: إساءة معاملة من قبل احد الوالدين(التهديد) ⇦ التجنب (استراتيجية التكيف) ⇦ الاختباء من هذا الوالد (السلوك التكيفي)
- وهكذا، في مرحلة البلوغ: التخوف من التعرض للإساءة في المعاملة، حتى من قبل شريك مهتم (تهديد مدرك⇨ التجنب (استراتيجية التكيف⇨ الإحجام عن الانخراط في العلاقات الحميمة والوحدة المزمنة (سلوك غير متكيف).

يمكن توقع أن عدم قدرة هذا المريض على إقامة علاقة حميمية من المرجح أن يمنعه من الحصول على تجارب انفعالية تصحيحية (على سبيل المثال، لقاء شريك جديد آمن ومهتم) يمكن أن يقوض وحتى "يعالج" الاعتقاد بأن العلاقة بين الأشخاص هي بالضرورة مرادف للخطر.

يعتمد نوع استراتيجية التكيف المستخدمة كاستجابةً لتنشيط مخطط في الغالب على مزاج الشخص، هناك ثلاثة أنواع من الاستراتيجيات عند مواجهة مخطط:

الاستسلام
يستسلم المريض للاعتقاد الذي ينقله المخطط ويعمل على تأكيده، وهكذا، من خلال البقاء في نفس الموقف (والذي يمكن أن يولد "راحة" معينة بسبب شعوره بالألفة)، يميل المريض إلى تعزيز أو تأكيد المخطط الكامن، يمكننا أن نربط هنا بمفاهيم النبوة التي تتحقق من تلقاء نفسها[8].

التجنب
يتجنب المريض الوقوع في موقف يمكن أن تنشط فيه العواطف مؤلمة تتعلق بمخططه، قد يتجنب التفكير في الأمر (التجنب المعرفي، والعقلنة، وما إلى ذلك)، أو يستخدم تقنيات الإلهاء السلوكية (الشره المرضي، وتعاطي المخدرات، والأعمال المنزلية القهرية، والجنس الجامح، والمقامرة المرضية، وما إلى ذلك) لتخدير انفعالاته.

الهجوم العكسي
يتبنى المريض سلوك معاكس للاعتقاد الذي يدفعه مخططه لتبنيه، ويسعى للسيطرة الفعالة على الموقف من خلال السلوك الذي يحيد الوجدانات المرتبطة بالمخطط، يمكننا، على سبيل المثال، استحضار عند المريض تواجد المخطط "حقوق شخصية مبالغ فيها" والتي سيكون لها وظيفة مواجهة العار المرتبط بمخطط النقص/ العار.

إذا أخذنا مثال مخطط الحذر/الإساءة، فيمكن للفرد بالتالي أن يتفاعل مع نفس المخطط بثلاث استراتيجيات التكيف مختلفة جدًا:

- إذا استسلم للمخطط، فسيختار شريكًا يسيء معاملته ويتصرف بطرق تسمح أو تديم سوء المعاملة.
- إذا تجنب هذا المخطط، فسوف يتجنب العلاقات التي قد يكون فيها ضعيفًا ويتجنب الثقة بالآخرين، أحيانًا يكون الثمن الوحدة المزمنة.
- إذا قام بالهجوم العكسي على المخطط، فقد يصبح هو نفسه المسيء في المعاملة، معتقدا أنه يتقدم فقط على الآخر، أو يواجه الوجدانات المؤلمة المرتبطة بالمخطط الأولي عن طريق التعويض بمخطط آخر (على سبيل المثال: مخطط الخضوع الثانوي).

يمكن للفرد استخدام إستراتيجية تكيف واحدة فقط في كل مرة لمخطط معين، ومع ذلك، قد تختلف الاستراتيجيات بمرور الوقت ووفقًا للمخطط المنشط، وللكشف وتحديد النمط الضمني بشكل صحيح، من المفيد أن يكون لديك فهم جيد للتاريخ الطولي للمريض.

6.2 أنماط التكيف (العملية والمختلة) Modes d'adaptation (fonctionnels et dysfonctionnels)

بينما يتم تحديد المخططات على أنها كوكبة من الانفعالات والأفكار والذكريات والأحاسيس الجسدية حول الموضوعات المتكررة التي تربط الأحداث من ماضي المريض، فإن مفهوم النمط يمثل حالات ذهنية دقيقة إلى حد ما (حالة ذهنية) لدى المريض في لحظة محددة في الوقت، وغالبًا ما ترتبط بعواطف والمعتقدات طفولية، بعبارة أخرى، فإن النمط هو انعكاس للمخطط يعمل في وقت معين في الحياة العقلية للمريض.

على سبيل المثال، قد يظهر مخطط النقص/ العار لدى المريض من خلال التعبير عن نمط الطفل الضعيف الهش (حزين، منسحب، والتفكير "أنا مُقرف") بعد اختبار صعب في الصباح، ثم التعبير عن نمط واقي منفصل (الحديث عن عقلنة، اتجاه منفصل) مع زوجته التي تقلل من شأنه في وقت الغداء، وأخيراً بالتعبير عن نمط تعويضي (الشعور بالاستعلاء، والتنافس غير السليم) أثناء مباراة ودية لكرة القدم في المساء.
وبالتالي يمكن القول أن مخطط النقص/ العار لهذا المريض يجسد، في أوقات مختلفة عبر الزمن على شكل "وجوه" مختلفة التي تحمل موضوع مشترك كامن اقتناعه أنه شخص سيء بشكل أساسي أو عديم القيمة.

يركز النموذج التقليدي الذي طوره J. Young بشكل أساسي على العمل مع المخططات، باستثناء المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية من المجموعة B بحيث ينصح باستخدام الأنماط منذ البداية بسبب الحالات العاطفية غير المستقرة للغاية. يقترح حاليا العديد من خبراء العلاج بالمخططات (Behary, Roediger, Arntz) التأكيد على الأنماط منذ بداية العلاج للمرضى من جميع الأنواع.

يبرر هؤلاء المؤلفون هذه الطريقة من خلال اعتبار الأنماط كحالات عاطفية مركزة يسهل على المعالج العيادي الوصول إليها منذ بداية العلاج وتتطلب استبطانًا أقل من جانب المريض.

هناك عشر طرق للتكيف:

1.6.2 انماط الطفل Modes de l'enfant

تمثل أنماط الطفولة التعبير المحدد في الوقت المناسب عن المشاعر والمعارف المتعلقة بالاحتياجات النفسية غير المشبعة في مرحلة الطفولة. تظهر هذه حالة عقلية نموذجية لدى الطفل الذي نحبط لديه بشكل مزمن حاجة معينة.

عندما يتم تنشيط هذه الأنواع من الأنماط، يشعر المريض فجأة وكأنه عاد طفل من الناحية الانفعالية والمعرفية، قد يشعر بعد ذلك بالضعف والعجز.

يُنصح عمومًا بتخصيص اسم النمط بلغة المريض الخاصة، على سبيل المثال، يمكن أن يُترجم نمط الطفل الضعيف إلى نمط" سندريلا الصغيرة "إذا طرحت المريضة هذه الصورة في محادثات مع العيادي للتعبير عن مشاعر الضعف والايداء.

- طفل ضعيف هش Enfant vulnérable
  - ينشأ هذا النمط عندما يكون المريض على اتصال مباشر بموضوع أحد مخططاته ويشعر بالألم الانفعالي الطفولي المرتبط به.
  - المظاهر: الشعور بالفراغ، الوحدة، الهشاشة، الحزن، الخزي، عدم الجدارة بالحب أو القبول الاجتماعي.
  - أمثلة:
    - نشأ **إميل** على يد والده (الذي يوصف بأنه محب ولكنه بعيد)، بعد وفاة والدته بسرطان الثدي عندما كان عمره خمس سنوات فقط. في مرحلة البلوغ، سجلنا عنده أنماط الهجر والحرمان العاطفي ذات الشدة المعتدلة، والتي يتفاعل معها بأسلوب الاستسلام، والدخول في علاقات مع النساء غير ملتزمات انفعاليا فحسب. عندما تركته زوجته الأخيرة، يغزو **إميل** شعور عميق بالحزن يستمر لأشهر ويخلص إلى أنه محكوم عليه بالبقاء وحيدًا إلى الأبد (وضع الطفل الضعيف، هش).
    - **داميان** غائب عن عمله كخباز لفترة طويلة لأنه في وضع الطفل الضعيف الهش خلال 72 ساعة، بعد أن اخبر أن طبيبته النفسية ستأخذ إجازة لمدة عام قريبًا، ثم يصف المريض شعورًا شديدًا بالفراغ ويصرّح عن نوبات بكاء لا تتوقف. تعكس هذه الحالة العاطفية الغياب المتكرر لوالد المريض أثناء

الزيارات التي أشرفت عليها مديرية حماية الشباب DPJ خلال فترة شبابه (مخطط التخلي).

- طفل غاضب Enfant en colère
  - يحدث هذا الوضع عندما يكون المريض غاضبًا بسبب عدم تلبية احتياجاته النفسية الأساسية ويشعر أن هذا الموقف غير مقبول أو غير عادل.
  - المظاهر: التعبير غير اللائق عن الغضب (مثل نوبة سخط)، مشاعر الإحباط أو نفاد الصبر أو الغضب أو التعبير عن مطالب ساحقة.
  - قد يخفي نمط الطفل الغاضب وضع النمط الكامن: الطفل الضعيف.
  - مثال:
    - تعاني **ستيلا** من مخططات الحرمان العاطفي والحقوق الشخصية المبالغ فيها، بعد أن نشأت مع والدين أثرياء ولكن حضورهم كان قليل، و كانوا مترددين في وضع حدود لها بسبب نوبات الغضب الرهيبة التي كانت تنتابها.

      تبدأ **ستيلا** في الحديث عن موقف صعب مع رئيسها في نهاية جلسة العلاج.

      عندما تنهي معالجتها في الوقت المناسب، تشير لها **ستيلا** إلى أنها لا فائدة لها حقًا إذا لم تستطع حتى دعمها في أوقاتها الصعبة (نمط الطفل الغاضب).

- طفل اندفاعي Enfant impulsif
  - يتصرف المريض برغباته أو دوافعه الآنية، بطريقة أنانية أو غير متحكم فيها، دون التفكير في العواقب المحتملة على نفسه أو على الآخرين، تماما كما يفعل الطفل الذي لم يكتسب بعد التحكم في الذات.
  - المظاهر: صعوبة تقبل التأخر في الإشباع وعدم التسامح تجاه الحدود، قد تشعر وكأنك تتحدث إلى "طفل مدلل".

- الطفل غير المنضبط Enfant indiscipliné
  - المظاهر: لا يستطيع المريض إجبار نفسه على إكمال مهام روتينية أو مملة، يصاب بالإحباط بسرعة ويستسلم.
- طفل سعيد (نمط عملي) Enfant heureux (mode fonctionnel)
  - يظهر هذا النمط عند تلبية جميع الاحتياجات الأساسية للطفل، يشعر المريض الراشد بأنه طفل محبوب ومؤمن وكفء، يمكنه أيضًا إظهار البهجة والعفوية، مثل الطفل الذي يعبر بشكل طبيعي عن مرحه.

2.6.2 أنماط الوالد Modes du parent

يمكن أن يطلق عليها أيضًا اسم أنماط النقد الداخلي (لتجنب ربط هذه الأنماط بالوالدين الحقيقيين، والذي يمكن أن يؤدي إلى صراع الولاء بالنسبة للمريض)[8]. إنها تمثل تجسيد المريض للرمز الوالدي المنتقد بشكل كبير.

- والد (احد الوالدين) معاقّب Parent punitif
  - يصبح المريض غاضبًا من نفسه ويشعر أنه يستحق العقاب لأنه كان لديه أو أعرب عن احتياجات طبيعية، لأنه جسد صوت لرمز والدي منتقد أو عقابي.
  - المظاهر: كره الذات، النقد الذاتي المفرط، تزهد، إيذاء النفس، الأفكار الانتحارية، سلوكيات أخرى مدمرة للذات، يمكن أيضًا توجيه هذه السلوكيات نحو الآخرين.
  - مثال:
    - يعاني **روجي** من مخططات الحذر/ الاساءة والنقص/العار، بعد أن أمضى طفولة تميزت بالعقاب البدني عندما كان يتحصل على درجات ضعيفة في المدرسة، يشغل الآن منصبًا مهمًا في شركة، ويحظى بتقدير كبير من قبل رؤسائه، في إحدى المرات، ارتكب خطأً بسيطًا في أحد المشاريع، وهو ما أشار إليه زميله، في نفس المساء، سيركض **روجي** ثلاثين كيلومترًا تحت المطر الغزير، ويكرر مرارًا وتكرارًا "أنت لا تجيد شيئًا، لن تساوي شيئًا أبدًا" (وضع الوالدين العقابي).

- والد(احد الوالدين) الملّح Parent exigeant

- يضغط المريض باستمرار على نفسه لتحقيق معايير عالية بشكل مفرط، فهو يشعر أن الطريقة "الصحيحة" الوحيدة للعيش هي أن يكون مثاليًا أو ناجحًا للغاية (سواء لنفسه أو للآخرين)، وتحقيق مكانة عالية، واكتساب مكانة مرموقة، وما إلى ذلك.

3.6.2 أنماط استراتيجية مختلة[1] Modes stratégiques dysfonctionnels

- نمط مُصالح Mode Conciliateur
  - يشعر المريض بالعجز في مواجهة الاعتقاد الذي ينقله المخطط
  - المظاهر: غالبًا ما يكون المريض سلبيًا وعاجزًا في مواجهة معاناته، ويمكنه أيضًا السماح للآخرين بإساءة معاملته في علاقاته الشخصية (الخضوع الاستراتيجي).
  - يتوافق هذا النمط مع أسلوب التكيف مع الاستسلام.
- نمط الحامي المنفصل Mode Protecteur détaché
  - يحاول المريض التهرب من الألم المرتبط بالمخطط بوسائل مختلفة غير مكيفة.
  - المظاهر: انفصال انفعالي دائم، والشكاوى النفسية الجسدية المتكررة، وتعاطي المخدرات، وتجنب العلاقات البينشخصية، وفرط الأكل، والاستخدام القهري للتلفزيون أو ألعاب الفيديو، والمقامرة المرضية، وفرط النشاط الجنسي، إلخ.
  - يتوافق هذا النمط مع أسلوب التكيف المتجنب.
  - تعاني **جانيت** من مخطط الهجر، عندما يسافر زوجها ولا يرد على الهاتف، فإنها تلعب ألعاب الفيديو لساعات لتجنب التفكير في حقيقة أنه قد يخونها (نمط حامي منفصل).

- النمط المعوّض Mode Compensateur

  - يحاول المريض بدون حدود وبشكل غير متناسب إثبات خطأ المخطط، لذلك فهو يتصرف على عكس المعتقد المرتبط بالمخطط من أجل تحييد المعاناة المرتبطة به.
  - على سبيل المثال، قد تؤدي محاولة التعويض عن مخطط النقص/ العار المرتبط بإحساس عميق بالدونية إلى تبني المريض موقفًا متعجرفًا ومتعاليا، يُبعد الوجدانات الكامنة للعار.
  - يتوافق هذا النمط مع أسلوب الهجوم العكسي.

4.6.2 نمط الراشد السليم (النمط العملي) Mode Adulte sain (mode fonctionnel)

تهدف عملية العلاج إلى تقوية وظائف نمط الراشد السليم، الأدوار المختلفة لهذا النمط هي الاهتمام بالطفل الضعيف والتحقق من تجربته، ووضع حدود للطفل الغاضب والطفل المندفع، وتشجيع ودعم الطفل السعيد، والامتناع عن تنشيط استراتيجيات التكيف غير الفعالة لاستبدالها باستراتيجيات عملية، وتحديد الأنماط الوالدية لمحاولة تليينها. على المستوى العملي، يسمح الراشد السليم للمريض بتولي مسؤولياته كبالغ، والقيام بأنشطة ممتعة، والعناية بصحته، كما يسمح بالتعاطف مع الذات والتواصل مع القيم الشخصية والوصول إلى حالة من التقبل تجاه الذات[8].

لتغيير سلوك ما، يتبع نمط الراشد السليم الخطوات التالية[8]:

1. التبصر الذاتي: إدراك أن النمط المستخدم غير مفيد.
2. إعادة التقييم: اعادة تقييم الموقف من منظور مختلف واختيار نمطا آخر.
3. التصرف: اخذ قرار بالانخراط في هذا النمط الآخر والتغيير إلى سلوكيات تكيفية.

5.6.2 مثال اضطراب الشخصية الحدية Trouble de personnalité limite

عادةً ما تُلاحظ في اضطراب الشخصية الحدية، الأنماط المختلة التالية[9]:

- طفل ضعيف هش Enfant vulnérable
  - يشعر هذا النمط بمشاعر شديدة من الهجر والرفض، وغالبًا ما يرتبط بالخوف من الإبعاد مرة أخرى.
- طفل غاضب Enfant en colère
  - يشعر هذا النمط بالغضب المرتبط بالطريقة غير العادلة التي عُمل بها من قبل احد الوالدين أو الأقران أثناء الطفولة، يمكن أن يكون هذا النمط مصحوبًا بوضع الطفل غير المنضبط أو المندفع.

- والد (احد الوالدين) معاقب Parent punitif

- يمثل هذا النمط تجسيد لرمز التعلق الذي يقلل من قيمة الطفل بشكل كبير، يظهر في الكراهية الشديدة للذات، وفي بعض الأحيان إيذاء الذات.

- الحامي المنفصل Protecteur détaché (النمط الاستراتيجي الأساسي المختل)
  - يحاول هذا النمط حماية المريض من الوجدانات السلبية الشديدة المرتبطة بأنماط الطفل الضعيف والاندفاعي ونمط الوالد المعقاب، يظهر في تعاطي المخدرات، والشراهة عند الأكل، والتفكك، وما إلى ذلك.

6.6.2 مثال اضطراب الشخصية النرجسية Trouble de personnalité narcissique

الأنماط المختلة الرئيسية الموجودة في اضطراب الشخصية النرجسية هي كما يلي[9]:

- طفل ضعيف هش Enfant vulnérable
  - يشعر هذا النمط بمشاعر شديدة بالدونية والإذلال.

- والد(احد الوالدين) الملّح Parent exigeant
- طفل غاضب Enfant en colère
  - عندما يهدد نمط الطفل الضعيف بالتفعيل، يدخل المريض مرحلة من السخط النرجسي.

- المعوض ("تضخيم- الذات") (« self-aggrandizer ») Compensateur
  - يتعلق الأمر بالنمط الاستراتيجي المختل في المقدمة، يتميز بجزء من مثالية الذات وتقليل قيمة الآخرين.
- الحامي المنفصل Protecteur détaché

القسم 3: معايير القبول للعلاج بالمخططات

1.3 التشخيص وفقا لـ DSM-5

أثناء عملية التقييم (انظر القسم 5.1) ، قد يكون من المناسب في سياقات معينة تحديد ما إذا كان هناك تشخيص سيكاتري وفقًا لـ DSM-5. للقيام بذلك، يمكن أن تكون بعض المقاييس الموحدة أحيانًا مكملاً مفيدًا للعيادي المعالج، مما يتيح توفير الوقت ومراقبة تقدم العلاج (متوفر في الملحق).

2.3 المعاينات Indications

يوجه العلاج بالمخططات لبنية الشخصية، لذلك يمكن ان يتم تعيينه عندما تؤدي العناصر الخاصة بشخصية الفرد إلى معاناة أو صعوبات في الأداء، من ناحية التشخيص، يكون تعيين هذا العلاج بشكل خاص بصعوبات مرتبطة باضطراب أو سمات شخصية، وقد ثبت أنه فعال في علاج اضطرابات الشخصية الحدية[10].

لا يلزم تشخيص نهائي لبدء عملية العلاج بالمخططات، ومع ذلك، غالبًا ما تتطلب بعض الأمراض النفسية الأكثر تعقيدًا والمقاومة للعلاج النفسي استثمارًا أطول في العلاج النفسي يتناسب جيدًا مع فلسفة النهج القائم على المخططات [9،1]:

- الاضطراب الاكتئابي المستمر أو المقاوم للعلاج، بما في ذلك عسر المزاج (ديستميا)،
- اضطرابات الحصر المقاومة لتدخلات العلاج النفسي من الخط الأول (اضطراب الحصر المعمم واضطراب الحصر الاجتماعي واضطراب الهلع)،
- اضطرابات الأكل الخفيفة إلى المتوسطة (بدون مضاعفات جسدية)،
- اضطرابات الشخصية وخاصة المجموعتين "ب" و "ج".

3.3 المعاينات المضادة Contre-indications

يمنع العلاج بالمخطط بشكل عام في الحالات الاكلينيكية بحيث توجد حالة نفسية حادة و / أو شديدة، بما في ذلك:

- الأعراض الذهانية اجتياحية
- اضطراب اكتئابي متميز او أساسي شديد
- اضطراب شديد في الأكل يتطلب دخول المستشفى
- أزمة نفسية اجتماعية
- اضطراب الشخصية في الأزمة الانتحارية
  - يمكن للشخص الذي يعاني من اضطراب الشخصية الذي يُظهر سلوكيات حرجة وخطيرة بشكل متكرر أن يستفيد مبدئيًا من نهج يستهدف هذه السلوكيات على وجه التحديد (مثل العلاج السلوكي الجدلي).

- مشكلة إدمان المخدرات في المقدمة
- إعاقة ذهنية متوسطة إلى شديدة[1].

القسم 4: العلاج الفارماكولوجي (الدوائي)

في ظل وجود أمراض نفسية يمكن تحديدها بوضوح، يتم تعيين أحيانًا العلاج الدوائي بالإضافة إلى نهج العلاج النفسي، نحيلك إلى أدلة الممارسة الخاصة بهذه الأمراض، فيما يلي بعض الإرشادات المتوفرة:

- اضطراب اكتئابي متميز وعسر مزاج: الشبكة الكندية لعلاجات المزاج والحصر (CANMAT)2016، المبادئ التوجيهية الإكلينيكية لإدارة الراشدين المصابين باضطراب اكتئابي اساسي. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder
- اضطرابات الحصر: مبادرة المبادئ التوجيهية لاضطرابات الحصر الكندية Canadian Anxiety Disorders Guidelines Initiative : إرشادات الممارسة الإكلينيكية لإدارة الحصر والضغط ما بعد الصدمة واضطرابات الوسواس القهري (2014).
- اضطراب الشخصية الحدية NICE Clinical Guideline : Recognition and Management (2009 المراجع في 2018).

وتجدر الإشارة، مع ذلك، إلى أن معدل فعالية مضادات الاكتئاب تظل متواضعة في حالة الاضطراب الاكتئابي المستمر، في الواقع، حتى بعد أربع تجارب على مضادات الاكتئاب

(بالجرعة والمدة المثلى)، هناك معدل التحسن تراكمي قدره 67٪ - وبالتالي استمرار الأعراض الاكتئابية لدى ثلث المرضى [11].

القسم 5: مراحل العلاج بالمخططات

1.5 التقييم Évaluation

يقترح النموذج الكلاسيكي تقييمًا يستغرق عمومًا من خمس إلى عشر جلسات اعتمادًا على درجة تعقيد الحالة الإكلينيكية، ولاسيما شدة آليات الهجوم العكسي أو التجنب التي تعيق التعرف على مخططات وأنماط المريض. يحيل بعض المعالجون العياديون المريض إلى الكتاب العام المخطط الذي ألفه Young (أعدت اكتشاف حياتي Je réinvente ma vie) لتعزيز فهم أفضل للنموذج.

يهدف التقييم إلى تحديد وفهم:

- أنماط الحياة المختلة،
- المخططات المبكرة غير المتكيفة والعوامل المسببة لها،
- أصل المخططات في مرحلة الطفولة والمراهقة،
- أساليب والاستراتيجيات التكيف،
- مزاج المريض،
- الأنماط المتكررة للمريض.

يمكن للتقييم في خمس جلسات، على سبيل المثال، إتباع التسلسل التالي:

- **الجلسة 1:**
  - التقييم السيكاتري أو النفسي "القياسي "
  - تحديد إشكالية المريض و أهدافه
  - تفسيرات حول الإطار العلاجي:
    - سياسة التأخر و الغياب
    - مدة كل جلسة
    - المدة المتوقعة للعلاج
  - تربية نفسية موجزة حول نموذج المخططات
  - شرح حول إجراء مرحلة تقييم العلاج بالمخططات
  - الواجبات المنزلية:
    - قراءة الفصل 1 من **أعدت اكتشاف حياتي**
    - مقياس المخططات لـ Young
- **الجلسة 2:**
  - العودة إلى استبيان المخططات لـ Young
  - بداية التاريخ الطولي
  - الواجبات المنزلية:
    - قراءة الفصل 2 من **أعدت اكتشاف حياتي**
    - مقياس الوالدين لـ Young
- **الجلسة 3:**
  - العودة لمقياس الوالدين لـ Young
  - متابعة التاريخ الطولي
  - الواجبات المنزلية:
    - قراءة الفصل 3 من كتاب "**أعدت اكتشاف حياتي**"
    - مقياس التعويض و التجنب (اختياري)
- **الجلسة 4:**
  - متابعة ونهاية التاريخ الطولي
  - الواجبات المنزلية قراءة الفصل 4 من كتاب "**أعدت اكتشاف حياتي**"

- **الجلسة 5:**
  - عرض وتكييف مفاهمية الحالة
  - وضع أهداف العلاج النفسي متعلقة بالمفاهمية
  - شرح مسار المرحلة النشطة للتغيير في العلاج بالمخططات

1.1.5 تحديد الاشكالية

الخطوة الأولى هي تحديد إشكالية المريض وأهدافه، من المهم أن تكون محددة وتسمية بدقة السلوك في مصدر الاشكالية [1]. على سبيل المثال، بدلاً من قول أن "**بيير** لديه مشاكل في الحب"، سيكون من الأفضل تحديد أن "**بيير** ينخرط فقط في علاقات حميمية مع شركاء بعيدين، وهو ما يحاول تعويضه عن طريق الاتصال بهم عدة مرات في اليوم ليطمئن بشأن حبهم".

يجب تحديد الأهداف وفقًا لنموذج SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-based)، أي محددة وقابلة للقياس وقابلة للتحقيق بشكل واقعي وذات صلة ومهمة وخاضعة لموعد نهائي محدد.

2.1.5 تاريخ شخصي مفصل

يمثل التاريخ الشخصي المفصل هو أطول جزء من التقييم، من المهم بشكل خاص تفصيل الأحداث المهمة أو المؤلمة خلال الطفولة والمراهقة (سوء المعاملة الجسدية أو النفسية لرمز التعلق، والتهديد من قبل الأقران، والفقر، والكوارث الطبيعية، والرحيل المتكرر، وما إلى ذلك)، التاريخ العلائقي (الاتفاق مع الوالدين والأشقاء والأصدقاء، والصراعات الكامنة في الأسرة، وتوقعات الوالدين، والعلاقات الحميمية والودية، والعلاقة مع السلطة، وما إلى ذلك)، والصعوبات المدرسية أو المهنية، والقيم والمبادئ، ومظاهر الاندفاعية، والسلوكيات المدمرة أو العدوانية، وبشكل عام، فترات المحتوى العاطفي العالي (على سبيل المثال: مريض يبلغ من العمر 50 عامًا يبكي بغرابة أثناء الاستدعاء هزيمة بسيطة في بطولة الهوكي في سن 11). اعتمادًا على النتائج التي تم الحصول عليها في الاستبيانات المخططات والوالدين، قد يتم طرح أسئلة حول أنواع معينة من التجارب بمزيد من التفصيل.

نحاول أيضًا تحديد أنماط التكيف من الماضي، ولأجل تقييم استجابة وأسلوب التكيف المريض مع تجربة الطفولة الصعبة خلال الطفولة، ينبغي الأخذ في الاعتبار مزاجه ووجود أو عدم وجود أشخاص مهمين آخرين قدموا تجارب عاطفية تصحيحية، على سبيل المثال، يمكن للطفل الذي كان والديه غائبين في الغالب خلال طفولته أن يطور مخطط حرمان عاطفي أقل أهمية إذا كان قد استفاد من دعم جدة محبّة حاضرة للغاية والتي لبّت احتياجاته العاطفية جزئيًا.

يمكن تقييم الحالة المزاجية من خلال عدة أسئلة تتعلق بالحالات العاطفية للمريض في سن مبكرة .
فيما يلي بعض الأمثلة على الأسئلة التي يجب طرحها[1]:

- "ما نوع الرضيع الذي كنت حسب ما صرحه لك والديك ؟"
- " كيف كان ادراك العائلة لك خلال الطفولة؟"
- " هل كانت لديك طاقة كبيرة؟"
- عندما كنت صغيرًا، ما هو موقفك العام تجاه الحياة؟ هل كنت بطبيعتك أكثر تشاؤما أم تفاؤلا؟ "
- "هل تميل إلى فقدان صبرك، وللقلق دون سبب وجيه؟"

3.1.5 المقاييس

مقياس المخططات لـ Young (YSQ) هو الوحيد الذي تم إثبات خصائصه السيكومترية، على الرغم من أن المقاييس الأخرى لهذا المؤلف لم يتم التحقق من صدقها علميًا بشكل جيد، إلا أنها لا تزال تُظهر فائدة إكلينيكية، كما أن الاستخدام المنتظم للمقاييس يجعل من الممكن تطوير نقطة مرجعية مشتركة مع المريض[8].

هذا المقياس متاح على الإنترنت باللغة الإنجليزية مقابل رسوم، (www.schematherapy.org) كما أنه متوفر في كتاب "العلاج السلوكي المعرفي" من تأليف Louis Chaloult واتباعه (2008) الذي نشرته مؤسسة Chenelière التعليمية، أخيرًا، يمكن للمريض أن يملأ نسخة مختصرة، متوفرة باللغة الفرنسية في الكتاب المخصص للمرضى " **أعدت اكتشاف حياتي**".

عند مراجعة مقياس المخططات مع المريض، ينبغي استكشاف أولاً البنود ذات الدرجات العالية (أي درجة 5 أو 6)، سيكون المخطط مهمًا بشكل عام إذا حصلت ثلاثة بنود أو أكثر على درجة عالية.

يجب أن نحذر الممارس الإكلينيكي هنا من "النقطة العمياء" التي كثيرًا ما تصادفها المقاييس: فهي تكتشف عمومًا المخططات التي "استسلم" المريض لها، وبالتالي متاحة لذاكرة المريض الواعية، ونتيجة لذلك، فإن المخططات الأعمق أو "المخفية" بآليات التجنب والهجوم العكسي لن تحقق بشكل عام نتيجة ذات دلالة، ومن ثم احتمال إغفال كبير في مفاهمية المشكلة[8]. غالبًا ما يتم ملاحظة هذا النوع من الإغفال للمخططات الأولية، ولاسيما مخطط النقص/ العار الذي يمكن أن يكون "

كاذبًا سلبيًا " في المقياس إذا كان المريض يعوض نفسياً افتقاره في تقدير الذات بمخطط آخر (مثل المطالب العالية)، والذي له تأثير نهائي يتمثل في تمويه الجرح الانفعالي الأصلي المرتبط بالشعور بالنقص.

يتكون مقياس الوالدين لـ Young من عدة عبارات، بحيث يجب على المريض أن يصف بدقة مواقف أو سلوكيات رموز التعلق في شبابه في مختلف المجالات المتعلقة باحتياجات الطفل، يسمح بتحديد بعض المخططات المحتملة التي قد تكون "اختفت" من مقياس المخططات بسبب ظواهر التكيف للتجنب والهجوم العكسي[1]. على سبيل المثال، من المحتمل أن يكون المريض، الذي توصف والدته بأنها أساءت معاملته جسديا في مرحلة الطفولة، قد طور في مرحلة البلوغ مخطط الحذر / الإساءة، حتى لو كان مقياس مخططات لـ Young لا ينقّط في الأسئلة المتعلقة بمخطط الحذر/ الإساءة (خاصة إذا كان المريض يستخدم استراتيجية التجنب في مواجهة صدماته).

في هذا المعنى، تتكون مقاييس التعويض والتجنب من سلسلة من العبارات التي تصف المواقف التي قد تجعل الاشتباه في تعويض أو تجنب المريض في مواجهة مخططاته، لا تسلط هذه المقاييس الضوء على مخطط معين ولكنها تساعد في استكشاف أنماط التكيف لدى المريض، وغالبًا ما تجعل من الممكن اكتشاف مخططات أو أوضاع يحتمل ألا تكون في متناول فكر المريض الواعي. على سبيل المثال، إذا أبلغ المريض عن تخصيص أكثر من 16 ساعة في اليوم لألعاب الفيديو، دون أن يكون قادرًا على الاستغناء عنها والحفاظ على توازن صحي في الحياة، فسوف يقوم الإكلينيكي بالتحقيق في المشاعر الكامنة وراء سلوك التجنب هذا، وعرضيا ما هو المخطط (او المخططات) المحتملة أو النمط (او الانماط) التي تختفي تحت هذه التبعية المشكلة.

على العكس من ذلك، يتم أحيانًا تمثيل مخططات معينة بشكل مفرط في مقياس Young ("كاذبًا ايجابيا ")، ولاسيما مخطط التضحية بالنفس. غالبًا ما يتم ملاحظة هذا النوع من الخطأ عندما لا يصدر المريض حكمًا دقيقًا على سلوكه بسبب نقص ملحوظ في النقد الذاتي، على سبيل المثال، قد يجيب المريض الذي لديه مخطط "حقوق شخصية مبالغ فيها / الكل مستحق لي" بصدق على مقياس Young بأنه مكرس بشكل كبير للآخرين، ويتجاهل بشكل مزمن احتياجاته لصالح اقربائه (مخططات التضحية بالنفس)، بينما يمكن أن ينكر محيطه وجود مثل هذه المشكلة المتمثلة في التضحية بالنفس، وإدانة على العكس بسلوكيات أنانية طويلة الأمد لديه.

4.1.5 تقنية التصوير Technique d'imagerie (اختياري)

إذا كان المريض يستخدم استراتيجيات التجنب لدرجة يصعب فيها تحديد المخططات، فيمكن استخدام تقنيات التصوير أثناء مرحلة التقييم، سوف تجعل من الممكن تحديد المخططات وتنشيطها، لفهم مصدرها في الطفولة، وربطها بالمشكلة الحالية، وستسمح للمريض بتجربة الانفعالات المرتبطة بالمخطط.

نبدأ بتصوير مكان حقيقي أو خيالي آمن ومطمئن (safe place ou lieu sûr) وبعد ذلك، سيبدأ كل تمرين بهذا التصوير وينتهي في المكان الآمن.

يمكن للمعالج الذي لم يستخدم تقنية التصوير من قبل أن يستعد لها عن طريق القيام بتمرين التصوير التمهيدي التالي بمفرده، قبل القيام بذلك لأول مرة مع مريض.

- أغمض عينيك وتصور نفسك في مكان آمن (بالصور، لاحظ التفاصيل، والانفعالات) وأنت تشعر بإحساس بالأمان والاسترخاء.
- تصور نفسك كطفل في موقف غير مريح مع أحد والديك (ماذا ترى؟ أين أنت؟ في أي عمر؟ ماذا يحدث في المشهد؟)
- ما هي انفعالات المريض وأفكاره في المشهد التي أعيدت إلى الذاكرة؟ بماذا يشعر الوالد المعني ويفكر؟
- تحدث الى الوالد المعني
- التساؤل عن الكيفية التي نود أن يتغير بها الوالد أو يكون مختلفًا في التصوير، حتى لو بدا ذلك مستحيلًا بالنسبة لنا، أخبر الوالد بكلمات طفولية.
- كيف يتفاعل الوالد؟ ماذا يحدث؟ استمر حتى نهاية المشهد، ولاحظ الانفعالات التي شعرت بها في النهاية.
- ابق عينيك مغمضتين، كثف الانفعالات التي تشعر بها كطفل ثم، مع الحفاظ على الانفعالات حاضرة في حد ذاتها، استبدل صورة الطفل بصورة للموقف الحالي الذي تشعر فيه بانفعالات مماثلة (مفهوم الجسر العاطفي) ماذا يجري؟ بماذا تشعر؟ قلها بصوت عالي.
- عد إلى المكان الآمن ثم افتح عينيك.

سيتبع التصوير الذي يتم إجراؤه مع المريض تسلسلًا مشابهًا:

- ابدأ بالتصوير "في مكان آمن"، والذي سيحدده المريض.
- اطلب من المريض أن يترك أفكاره تتجول لتخيل صور المواقف الصعبة في الطفولة مع كل من الوالدين.
- اطلب من المريض التحدث إلى الوالد في التصوير.
- غيّر إلى صورة من حياته الحالية بحيث يشعر بانفعالات مماثلة.

- اطلب من المريض الدخول في حوار مع المُحاور في الحياة الحالية.
- اختتم بالعودة إلى الصور في مكان آمن.

يمكن تكرار هذه العملية بالنسبة لجميع الأشخاص المهمين الذين ساهموا في تكوين المخططات.

من الناحية المثالية، يجب التخطيط لإجراء التصوير في وقت مبكر بما يكفي في الجلسة للسماح بالعودة المركزة على الانفعالات المعاشة أثناء التصوير.

5.1.5 العلاقة العلاجية

يجب أن يكون المعالج أيضًا منتبهًا لانطباعه الشخصي حول العلاقة العلاجية، والتي يمكن أن تقدم مؤشرات حول مخططات المريض وأنماطه، وطرقه في التعامل مع العلاقات البينشخصية خارج العلاقة العلاجية.

على سبيل المثال، قد يضع المريض الذي لديه مخطط الحذر/ الإساءة، دون وعي، في وضع الضحية فيما يتعلق بالمعالج، وبالتالي قد يشعر بعدم الثقة في المعالج، ثم يحفز لدى هذا الأخير الشعور بأنه جلاد، بينما من الناحية الموضوعية، لا يسير أي سلوك للمعالج في هذا الاتجاه. بعد ذلك، سيسجل المعالج هذه الملاحظة حول هذه ثنائية " المعالج الذي يسيء المعاملة/ المريض المعتدى عليه" التي تم إنشاؤها تلقائيًا بدون أساس في نفسية المريض لفهم ديناميكيات علاقته بشكل أفضل خارج الجلسات العلاجية.

6.1.5 التربية النفسية

في جلسة التقييم النهائية، يتم شرح نموذج المخططات بشكل رسمي أكثر للمريض، كما يتم شرح الطرائق (البينشخصية والخبراتية والمعرفية والسلوكية) التي سيتم استخدامها أثناء العلاج.

يمكن أن يوصى المريض بالحصول على كتاب "**أعدت اكتشاف حياتي**" Je réinvente ma vie لـ- Jeffrey Young من الجلسة الأولى، هناك خيار آخر يتمثل في تزويده بملخص مكثف للمفاهيم النظرية التي سيتم تناولها أثناء علاجه.

7.1.5 وضع مفاهيمية للحالة

يجب أن تحتوي المفاهمية على العناصر التالية:

- المعلومات الأساسية (الجنس والعمر والحالة الاجتماعية والمهنة والتعليم والأصل العرقي والدين)
- سبب المقابلة
- منظور التشخيص، بما في ذلك:
  - التشخيص (التشخيصات) DSM-5 إذا كان مهما (مع الأخذ في الاعتبار أن المفاهمية لن تعتمد فقط على التشخيص السيكاتري، فالمخططات التي يمكن أن تكون كلها عمليًا في مصدر سبب الاستشارة: القلق، والاكتئاب، والجسدنة، وسوء استعمال المخدرات، والعجز الجنسي، وما إلى ذلك)[1].
  - الأعراض الأساسية التي يشتكي منها المريض
  - مستوى الأداء في المجالات المهنية والحميمة والعائلية والاجتماعية ومن حيث تحقيق الذات / العفوية / الأصالة.

- المشاكل الرئيسية التي يجب حلها، بما في ذلك أمثلة محددة
- مصادر المشاكل الحالية من الطفولة والمراهقة ومنها:
  - الاحتياجات النفسية المبكرة غير المشبعة
  - التجارب المؤلمة / السمية
  - العوامل البيولوجية المرتبطة بالمزاج
  - العوامل الثقافية والعرقية والدينية
- المخططات المبكرة غير المتكيفة (مع المفجرات الحالية والأمثلة آنية)

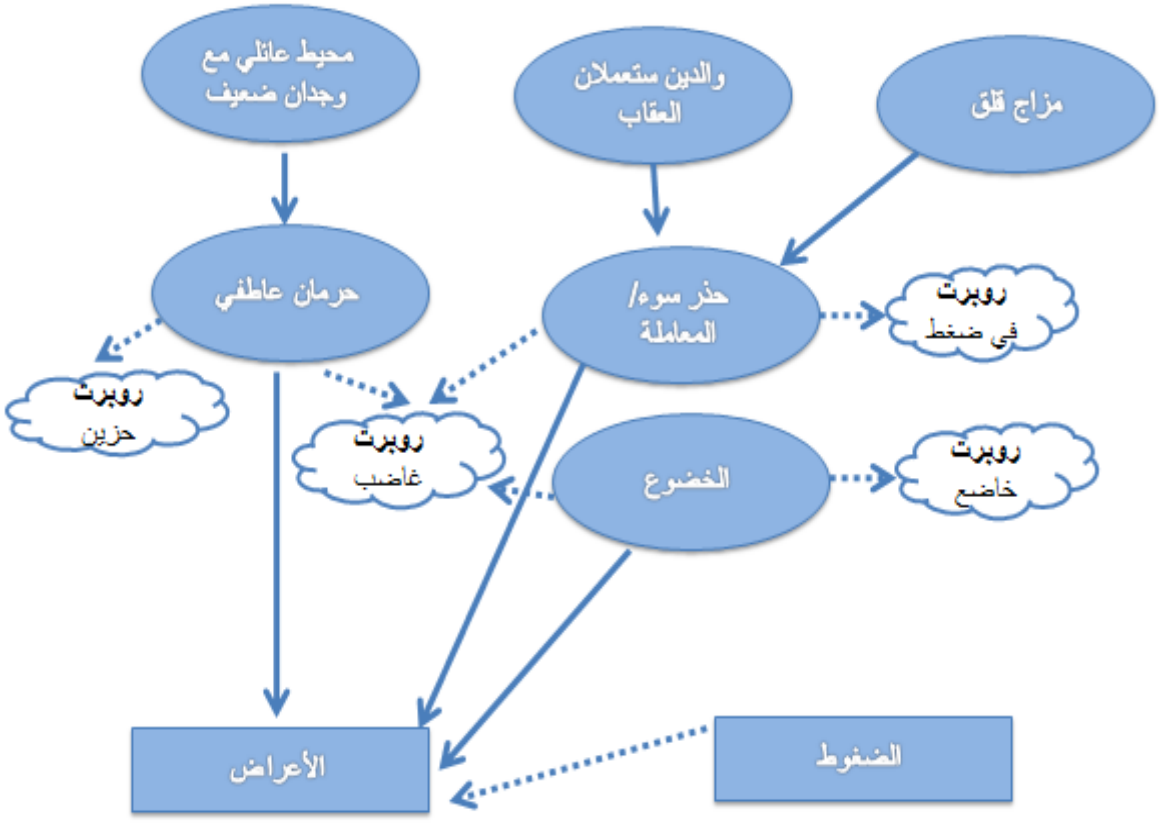
- الأنماط المهمة (مع المفجرات الحالية والأمثلة آنية):
  - عرض تفاصيل دقيقة عن نمط الراشد السليم لكل مريض، بدمج في المفاهمية نقاط قوة المريض وموارده والقيم الإيجابية ومهاراته. التي يمكن طرحها من البداية أثناء عرض المفاهمية للمريض (من بين أمور أخرى، لتجنب إثارة شديدة للغاية لمخطط النقص/ العار لدى بعض المرضى الذين هم أكثر هشاشة من حيث تقدير الذات).
  - تفاعل نمط الراشد السليم مع الأنماط الأخرى.

- العلاقة العلاجية
  - التعاون في العلاج
    - الجوانب الإيجابية المشاكل والعقبات
    - المخططات التي يحتمل تنشيطها
  - العلاقة والرابط لمواقف الأمومة المستدعاة
  - استجابات التحويل المضاد (المرتبطة بمخططات المعالج المنبهة في وجود المريض)

- الأهداف الرئيسية للعلاج ، وكذلك الأهداف والتقدم العام

يتم تقديم ملخص لمفهامية الحالة إلى المريض في جلسة التقييم النهائية، في شكل خريطة لتحديد أولويات المخططات والأنماط، بما في ذلك عوامل الاستعداد والمفجرة والحماية والرعاية. يتم تقديم المفهامية على شكل سلسلة من الفرضيات والمريض مدعو لمساعدتنا في توضيحها وتصحيحها. يتم تشجيع المريض على إعطاء اسم شخصي للمخططات والأنماط بحيث تناسبه (على سبيل المثال" **انتوان** الفاشل " لنمط الطفل الضعيف الهش المرتبط بمخطط ضمني النقص/ العار).

فيما يلي مثال لمفهامية في شكل خريطة تدمج بعض المخططات والأنماط:



عادة، من المفيد البدء بعرض نمط الطفل الضعيف الهش، ثم عرض أنماط احد الوالدين المعاقب أو المتشدد. يسمح هذا بالتحقق من صحة المشاعر السلبية للمريض، قبل الانتقال إلى أنماط التكيف المختلة، والتي غالبًا ما تكون أكثر في المواجهة ويصعب الاعتراف بها [9].

2.5 المرحلة النشطة من العلاج

اعتمادًا على شدة الأعراض وشدة المخططات، تستغرق هذه المرحلة عادةً حوالي 30 إلى 60 جلسة.

وفقًا للنموذج الذي طوره Jeffrey Young، يجب أن تكون المخططات مرتبة (من الأكثر إلى الأقل إشكالية) ومن الأفضل العمل جيدًا على مخطط معين قبل الانتقال إلى التالي، ومع ذلك، فإن الخبرة العملية تعلمنا أن المخططات والأنماط هي مرتبطة ارتباطًا وثيقًا (على سبيل المثال، غالبًا ما يكون مخطط المطالب العالية ثانويًا لمخطط النقص/ العار)، بحيث يصبح علاج المخططات في تسلسل بحت أمرًا مثاليًا تقريبًا، لذلك يمكن السماح ببعض المرونة من خلال العمل تلقائيًا على المخططات أو الأنماط كلما يتم تشغيلها أثناء العلاج، من ناحية، من خلال استخدام مواقف الحياة الجديدة للمريض المدرجة في مفكرته للملاحظة الذاتية للمخططات (انظر القسم 1.6)، ومن ناحية أخرى، باللجوء إلى تحليل تفاعلاته النمطية مع المعالج.

سنعود بعد ذلك بمزيد من التفصيل إلى التقنيات المختلفة المستخدمة، ولكن فيما يلي الأهداف الرئيسية المستهدفة في مراحل العلاج المختلفة[12]:

- إنشاء التحالف العلاجي والتنظيم الانفعالي (يتم إجراؤه طوال مرحلة التقييم)
  - التقييم التربية النفسية وفهم المشكلة
  - التواصل مع الطفل الضعيف
  - إدارة المخططات وأنماط التكيف المختلة
  - التنظيم العاطفي واستراتيجيات التكيف
- العمل النشط على الأنماط والأوضاع
  - استبدال المخططات والأنماط المختلة بالسلوكيات أو الأنماط المناسبة
  - محاربة وتحدي أنماط الوالد المعاقب/ الملّح
  - مساعدة الطفل الضعيف على الشفاء من خلال استدعاء مواقف الأمومة المحددة rematernage limité والتجارب الانفعالية المصححة (على سبيل المثال باستخدام تقنية التصوير).
  - إعادة توجيه طاقة الأطفال المندفعين والغاضبين نحو تصرفات الراشد السليم
- الأهداف في عبارات المخططات أو الأنماط:
  - الوعي بالمخططات أو الأنماط: تقنيات معرفية بشكل أساسي، خبراتية قليلاً
  - ادارة المخططات أو الأنماط: تقنيات السلوكية والوعي الكامل
  - شفاء المخططات أو الأنماط: التقنيات الخبراتية (تصوير، الرسالة إلى الوالدين، الحوار بين الكراسي، إلخ) والتجارب الانفعالية المصححة في العلاقة العلاجية.

- الاستقلالية
  - تطوير أنماط الراشد السليم والطفل السعيد والوصول الموثوق إلى هذه الأنماط
  - الفردنة Individuation
  - تطوير علاقات سليمة في الحياة اليومية
  - الإنهاء التدريجي للعلاج

1.2.5 التقنيات المعرفية

بشكل عام، نبدأ باستخدام التقنيات المعرفية، نادراً ما تكون التمارين المعرفية كافية لوحدها "لعلاج" المخططات المختلة لدى المريض، لكنها مفيدة جدًا في خلق تشوهات معرفية تجاهها، وبالتالي رفع دافعية المريض للانخراط لاحقًا في التقنيات السلوكية والخبراتية، وبالتالي، فإن التقنيات المعرفية الموضحة أدناه لا تدعي تصحيح التشوهات المعرفية للمريض بشكل دائم حول نفسه أو الآخرين لأنها لا تتوجه بشكل مباشر لدماغ المريض الانفعالي cerveau émotionnel، اي الى جهازه الحاجز système limbique، تعمل هذه الأدوات المعرفية بشكل أساسي على خلق شكل من أشكال التمرد الداخلي لدى المريض ضد مخططاته وأنماطه غير السليمة، وبالتالي زيادة وعيه بالمشكلة ورغبته في التغيير.

1.1.2.5 أصل المخططات والاختبار التاريخي[1]

خلال مرحلة التقييم، يقوم المريض بتجميع قائمة بالأحداث من ماضيه التي ساهمت في إنشاء مخططاته في كل فترة من حياته، إنه ينظر مع المعالج إلى كيف أن بعض التجارب المبكرة مع رموز التعلق قد شكلت نظرته عن نفسه والعالم، يجعل هذا التمرين من الممكن التحقق من صحة معاناة المريض، لفهم جذور الصعوبات التي يواجهها بشكل أفضل وتخليصه من الذنب في مواجهة مصدر مخططاته.

في مرحلة العلاج، يقوم المريض بعد ذلك بإجراء "الاختبار التاريخي"، أي أنه يقوم بإعداد قائمة بالأدلة التي تكافح لتبرير الاعتقاد المرتبط بالمخطط وتلك التي تسمح بدحض المخطط. يتم إجراء هذا التمرين لجميع المخططات التي تم التعرف عليها، هذا يخلق تنافرًا أو تشوها معرفيًا من خلال إظهار أن المعتقدات الناشئة عن المخطط هي إما خاطئة تمامًا أو مبالغ فيها جدا أو ذاتية.

لاحظ أنه عادةً ما يكون من الأسهل بكثير على المرضى سرد قائمة الأدلة التي تبرر المعتقد الأساسي المتعلق بالمخطط (على سبيل المثال، "أنا رجل فاشل لأنني بدون وظيفة")، لأنهم غالبًا ما أمضوا حياتهم للتقليل من المعلومات التي تتعارض مع الفرضية التي يثيرها مخططهم (على سبيل المثال، تجاهل النجاح في مجالات الحياة الأخرى قبل استنتاج أنه "رجل فاشل").

ما العمل:

- في البداية، إذا لزم الأمر، تقديم الكثير من المساعدة في تكوين قائمة الحجج التي تتعارض مع المعتقد الأساسي المستمد من المخطط.

- اطرح المزيد من الأسئلة الإيحائية، مع الإشارة إذا لزم الأمر إلى العناصر المعروفة بالفعل في تاريخ حياة المريض.

يسلط الاختبار التاريخي أحيانًا الضوء على الإخفاقات الحقيقية التي مر بها المريض في الماضي إذا كانت آليات المماطلة أو التجنب المزمن قد منعته من العمل بكامل طاقته، هذا التقييم الحقيقي لحياته يمكن أن يسبب لدى بعض المرضى انزعاج عابر الذي يجب أن يكون الإكلينيكي المعالج متعاطفًا معه.

ما العمل:

- لا تحاول إنكار الحقائق أو التخفيف من حدتها؛
- إعادة صياغة الأدلة لصالح المخطط:

  - إعادة صياغة تجارب الطفولة السُمية على أنها ناتجة عن ديناميكيات عائلية أو اجتماعية مرضية بدلاً من حقيقة المخطط.
  - إعادة صياغة التجارب لصالح المخطط المعاشة في الحياة الراشدة كنتيجة لاستمرار المخطط ("المخطط يحارب من أجل البقاء").
  - لتوليد الأمل في أنه من الممكن تغيير هذه الأنماط من خلال العلاج للتمكن يومًا ما من إضافة الحجج التي تتعارض مع الاعتقاد النابع من المخطط.

2.1.2.5 مفكرة المخططات (المراقبة الذاتية للمخططات)

مفكرة المخططات (القسم 1.6) هي تمرين أساسي للمراقبة الذاتية التي يمكن وصفها عادة في نهاية كل جلسة. تسمح للمريض بالتطور التدريجي لإلقاء نظرة استبطانية على أفكاره وانفعالاته وسلوكياته، من خلال إنشاء روابط أوضح بين حالاته العقلية (الأنماط) وأفعاله، وأخيرًا، من خلال محاولة تبني بمرور الوقت وضعية خالية من الحكم المسبق ومتميزة بالتعاطف مع الذات، أي ظهور نمط الراشد السليم[8].

الوضعية او الحدث	المخطط او الانفعالات	الأفكار الآلية	الأفكار المتكيفة	النتيجة	الفعل

قم بوصف بإيجاز الوضعية أو الحدث	حدد المخطط والانفعال، ثم قيم شدتها (0-100٪)	اكتب أفكارك وقت ظهور الانفعال	اكتب الأفكار المتكيفة	أعد تقييم شدة انفعالك (0-100٪)	اكتب السلوك (أو السلوكيات) الناتجة عن الأفكار المتكيفة
وصل زوجي متأخرا الى المطعم	الهجر؛ الحزن (80٪)	أنا لا اعني له شيئا. سوف يتركني قريبًا لا محال. الجميع ينتهي بهم الأمر دائمًا بالتخلي عني	ربما كان لديه سبب وجيه للتأخر؛ لدي أصدقاء منذ فترة طويلة لم يتخلوا عني أبدًا	الحزن (20٪)	اسأل زوجتي عما حدث دون القفز إلى الاستنتاجات

في بداية العلاج، يملأ المريض الأعمدة الثلاثة الأولى فقط من أجل المراقبة الذاتية للمخططات، سيتم استكمال الأعمدة الثلاثة الأخيرة خلال الجلسة مع المعالج.

عند العودة إلى الجلسة:

- القيام باستجواب سقراطي يعزز العقلنة، على سبيل المثال[8]:
  - ما الذي أثار هذا الانفعال؟
  - بماذا شعرت في جسدك؟
  - ما هي الأفكار في ذلك الوقت؟
  - كيف كنت تفكر أن الشخص كان يشعر في ذلك الوقت؟
- البحث عن أفكار بديلة متكيفة باستخدام تقنيات إعادة البناء المعرفي.

نحاول أن ننقل للمريض فكرة أنه لا توجد "إجابة صحيحة" مطلقة، بل وجهات نظر تختلف وفقًا للوجدان الكامن في لحظة معينة من الزمن، والتي لها نتائج يمكن أن تكون مختلفة تمامًا.
عندما يكون العلاج أكثر تقدمًا، يبدأ المريض في ملء ستة أعمدة من الجدول بمفرده.

3.1.2.5 التكلفة والفائدة للمخططات أو الأنماط المختلة

تهدف هذه التقنية إلى رفع الدافعية للتغيير من خلال استكشاف المزايا الحالية والماضية، ولكن أيضًا التأثيرات السلبية لمخطط او لنمط معين، بعبارة أخرى، يتعلق الأمر بتأسيس "التكلفة والفائدة" لأسلوب التكيف المختل.

المراحل[8]:

- تحديد وتسمية النمط أو المخطط
- التحقق من فائدة وجوده ووظيفته
- التحليل الوظيفي على فائدة الوضع:
  - منذ متى هو موجود؟
  - بماذا يعتني هذا النمط أو المخطط؟
  - ماذا كان سوف يحدث اذا لم يكون موجود؟ ما هو أسوأ شيء يمكن أن يحدث بدون هذا النمط أو المخطط؟
  - ماذا يقول "صوتك الداخلي" حول فكرة إزالة هذا المخطط أو النمط منك؟
  - ما الذي يتعين علينا القيام به للسماح للنمط (تجنبي أو وقائي) أو للمخطط بالبقاء بعيدًا لبضع دقائق للسماح لنا بالمحاولة بالتصرف بطريقة اخرى؟

- تلخيص فائدة استراتيجية التكيف
- طلب إجراء "تجربة" بحيث "تغادر" استراتيجية التكيف لمدة عشر دقائق وتعود بعد انتهاء الجلسة، على سبيل المثال، مطالبة نمط **الحامي المنفصل** للمريض بالمغادرة للسماح لنا بالتحدث إلى نمط الطفل الضعيف الضمني.

4.1.2.5 بطاقات المساعدة العلاجية (انظر القسم 3.6)

بعد البحث عن الأفكار المتكيفة، نبدأ في كتابة بطاقات المساعدة العلاجية خلال الجلسات، أنها تلخص الاستجابات السليمة للمفجرات الأساسية للمخططات.

المثال1:

تحديد الانفعال

في هذه اللحظة أشعر _____ (الانفعال)لانه_____
_____(الوضعية).

تحديد المخطط

ومع ذلك، انا أعلم أنه على الأرجح المحطط الذي أتبعه_____هو الذي ينشط وهو صادر من
_____
_____(المصدر).

يقودني هذا المخطط إلى المبالغة إلى أي درجة
_____
_____(التشوهات المعرفية المرتبطة بالمخطط).

التحقق من الواقع

حتى لو كنت اعتقد_____ (معتقد اساسي مرتبط بالمخطط) الواقع هو _____
_____(فكرة متكيفة) الأدلة على كون هذه الفكرة متكيفة هي _____
_____(امثلة خاصة).

السلوك

اذن، حتى لو كنت ارغب في_____(سلوك غير متكيف) يمكنني بالأحرى_____
_____(سلوك متكيف).

في البداية، يكون المعالج أكثر نشاطًا في هذه العملية ويمكنه إملاء بطاقة المساعدة أثناء قيام المريض بكتابتها، تصبح العملية أكثر فأكثر تعاونية مع تقدم العلاج، في النهاية، يمكن للمريض أن يستكملها بمفرده بين الجلسات كواجب.

يمكن أن تكون بطاقات المساعدة العلاجية مفيدة للمساعدة في تنظيم الانفعالات عند تنشيط المخطط، سيتم استخدامها أيضًا عند وصف التعرض السلوكي المتدرج.

2.2.5 التقنيات الخبراتية[1] Techniques expérientielles

الهدف من التقنيات الخبراتية هو "معالجة" مخطط المريض على مستوى انفعالي أعمق (مباشرة من خلال المسار الحاجز)، من خلال إثارة الانفعالات في الجلسة المتعلقة بالمخططات المبكرة غير المتكيفة وعن طريق " استدعاء مواقف الأمومة" rematernant لتهدئة انفعالاته من أجل تلبية احتياجاتهم العاطفية غير المشبعة قدر الإمكان.

لذلك تسمح التقنيات الخبراتية للمرضى القادرين الآن على محاربة معتقدهم الأساسي المنبثق عن مخططاتهم بعقلانية، ولكنهم لا يزالون يتكبدون المعاناة الانفعالية لهذه المخططات، للانتقال إلى تجسيد أكبر للمكونات العاطفية والمعرفية لنمطهم الراشد السليم. هذه التقنيات، بطريقة ما، هي "تجارب انفعالية تصحيحية" يتم تحفيزها إراديا من قبل المعالج من خلال عملية العلاج النفسي، سنصف الآن خمسة من هذه التقنيات، وهي التصوير l'imagerie والجسر العاطفي le pont affectif والحوار بين الكراسي le dialogue entre les chaises والوعي الكامل la pleine conscience والرسالة إلى الوالدين la lettre aux parents.

1.2.2.5 التصوير l'imagerie

يُنصح بالتخطيط لجلسة كاملة مدتها 50 دقيقة للتصوير الأول(10 دقائق لتفسيرات حول الغرض من التصوير وإجراءاته، ثم إجراء تصوير من 25 إلى 30 دقيقة تقريبًا، ثم من 10 إلى 15 دقيقة لردود الفعل حول التصوير) وبشكل عام، يمكن أن تكون تمارين التصوير اللاحقة أقصر (في المتوسط من 20 إلى 30 دقيقة).

فيما يلي بعض التعليمات العامة يمكن عرضها على المريض أثناء تمارين التصوير[1]:

- أغمض عينيك (لتعزيز الانغماس في عالمه الداخلي)،
- ترك الأفكار تتجول حتى تتبادر الصورة إلى الذهن (قد تستغرق هذه الخطوة وقتًا أطول في المرات الأولى، تجنب الضغط على المريض)،
- وصف ما يراه، في الحاضر وفي صيغة المتكلم الأول، كما لو كان المشهد الذي تم إحيائه يحدث الآن،
- استخدام الصور قدر الإمكان لوصف ما يتم تذكره، وتجنب فرض الرقابة على النفس أو تفسير المشهد بنظرة الراشد، يجب أن تكون التجربة مثل مشاهدة فيلم في فكرنا،
- اسأل المريض عما يراه ويسمع ويتذوق ويشم ويلمس (عن طريق الحواس)،

- استكشاف انفعالات المريض وأحاسيسه الجسدية،
- استكشاف أفكار ومشاعر جميع "الشخصيات" الموجودة في التصوير ،
- الطلب من المريض التحدث بصوت عالٍ لإخبار الشخصيات الأخرى بما يشعر به.

وبالتالي فإن المعالج يوجه المريض بالتعليمات الموضحة أعلاه، في الوقت نفسه، يحاول أن يشعر بأنه منغمس في المشهد المفصل من قبل المريض من أجل فهم المخطط على المستوى الخبراتي أيضًا، لذلك سيجد العديد من المعالجين أنه من المفيد أيضًا إغلاق أعينهم أثناء التمرين للنجاح في تخيل المشهد الذي يثيره المريض بشكل أكثر واقعية.

من المهم دائمًا مراجعة التصوير بعد ذلك من خلال الاستكشاف مع المريض كيف عاشها ذاتيا ومحاولة تكوين روابط مع المخططات المدرجة في مفاهمية الحالة التي قدمها المريض.

هناك عدة أنواع من التصوير:

- التصوير في مكان آمن [1،8]
  - تبدأ جميع مشاهد التصوير وتنتهي بالتصوير في مكان آمن.
  - يتذكر المريض مشهدًا وقع عندما كان طفلاً وكان في مكان آمن، أو مشهدًا خياليا يشعر فيه بالأمان . ثم يحاول المعالج تقليل عوامل الإلهاء وتهدئة المريض ("أنت بأمان، أنت هادئ").
  - يعد هذا التمرين ضروريًا للمرضى الذين عانوا من صدمات كبيرة أثناء الطفولة، والذين غالبًا ما يكونون غير قادرين على تكوين صورة مهدئة في مكان آمن بمفردهم، سيحتاج هؤلاء المرضى إلى مزيد من المساعدة من المعالج.
  - المراحل:
    - اتخاذ وضعية مريحة
    - تكوين في أذهاننا مكانًا آمنًا تمامًا
    - إضافة التفاصيل باستخدام إدراك الحواس الخمس
    - الاسترخاء جسديًا
    - البقاء في مكان آمن لمدة 5-10 دقائق
    - العودة بالعد التنازلي من 10 إلى 1، ثم فتح العينين.

- إعادة صياغة صور حدث سابق
  - إنه لا يغير الذكريات نفسها بل يغير معناها والتكافؤ الانفعالي الذي يشعر به المريض.

- الخطوات[8]:
  - التحضير:
    - طمأنة المريض بأنه لا يزال مسيطرًا ويمكنه العودة إلى المكان الآمن في أي وقت إذا شعر بعدم الارتياح،
    - غلق كل من المريض والمعالج أعينهما واتخاذ وضعية مفتوحة(لتجنب وضع الحماية المنفصلة).
  - الإعلان عن المدة المتوقعة للتصوير،
  - القيام بالتصوير في مكان آمن (5 دقائق على الأقل)
  - ترك الأفكار تتجول الى غاية الذكرى التي تثير نمطا أو مخططا
    - يمكن استخدام تقنية الجسر العاطفي (انظر القسم 2.2.2.5) إذا كان المريض قد تم تنشيطه انفعاليا بالفعل من خلال موقف حديث، بالطلب من المريض ببساطة استحضار مشهد في ذهنه حيث كان يعيش انفعال مماثل لذلك الموصوف في حياته الحالية.
  - وصف المشهد بالتفصيل (1-3 دقائق على الأقل) للحصول على تنشيط انفعالي،
  - الضغط بشكل رمزي على "استراحة" والطلب من المريض ما هي انفعالات واحتياجات الطفل في المشهد المعاد معايشته.
  - الطلب من المريض عما إذا كان المعالج يمكنه الدخول إلى التصوير. مساعدته على تغيير وجهة نظره، ودخول المشهد مرة أخرى مع المريض الذي يكون في سنه الحالي، وسيلقي نظرة الراشد على الطفل الذي يراه في المشهد المعني. استكشاف المشاعر العفوية للمريض في وضع الراشد السليم، محاولًا تحرير الغضب البنّاء ضد حالة الحرمان من احتياجات الطفل العاطفية.
  - إعادة تقييم المشهد وفحص تأثيرات سلوك احد الوالدين (أو رمز التعلق) على الطفل، بغض النظر عن نواياه.
  - مساعدة المريض على توكيد ذاته في التصوير لتلبية احتياجاته العاطفية. غالبًا ما تسمح هذه المرحلة للمريض بالتنفيس عن قدر معين من الغضب تجاه

الشخص الذي لا يلبي احتياجاته العاطفية، ولكن يمكنه التنفيس عن المشاعر المشروعة الأخرى مثل الحزن أو الخجل أو الخوف أو الاشمئزاز.

- استعادة مواقف الأمومة للمريض بمحاولة تلبية احتياجاته النفسية. الطلب من المريض ما هي المشاعر التي يشعر بها تجاه الطفل، عن طريق الحث التدريجي لوضعية التعاطف مع الذات، أو البحث عن أنماط الناقد الداخلي (النمط المعاقب أو الملّح لأحد الوالدين) والذي يمكن أن يعيق أحيانًا التعبير عن التعاطف الصادق تجاه نمط الطفل الضعيف للمريض.
- (اختياري) الرجوع إلى المشهد الحالي والطلب من المريض، في نمط الراشد السليم، أن يتوصل إلى حل واقعي للمشكلة، اكتشاف الانفعالات.
- العودة إلى التصوير في مكان آمن.

- التصوير الموجه نحو المستقبل (التصوير التطبيقي)[8]
  - استعدادًا لتمارين سلوكية أكثر صعوبة (على سبيل المثال، قول "لا" لأحد الوالدين الذي لا يزال متسلّطا في مرحلة البلوغ على الرغم من الخوف الشديد من رد فعله المحتمل)
  - خلق منطقة أمل وتحقيق أهداف محددة: بتخيل "اليوم المثالي"، مما يجعل من الممكن تحديد أهداف العلاج النفسي للمستقبل.

2.2.2.5 الجسر العاطفي Pont affectif

الجسر العاطفي هو ما يعادل الارتباط الجامع الذي يُتبع فيه "عرق" الوجدان بين تجربة حديثة وتجربة سابقة.

يمكن استخدام الجسر العاطفي في التصوير، إذا تم تنشيط المريض انفعاليا عن طريق إثارة مخطط ما في الجلسة، فيمكن أن يُطلب منه إغلاق العينين، ثم السماح لأفكاره بالتجول تجاه ذكرى، حيث شعر بالفعل بانفعال مماثل، ثم الانتقال إلى إعادة صياغة التصوير une imagerie de rescriptage. سيسمح هذا أيضًا للمريض بالتوصل إلى فهم عاطفي أفضل لمصدر مخططاته وكيفية عملها في الوضع الحالي. على سبيل المثال، إذا استخدمنا تقنية الجسر العاطفي مع مريض يعبر عن الغضب الشديد من موقف تعرض فيه لانتقادات في العمل في اليوم السابق، فيمكنه أن

يتذكر مشهدًا تعرض فيه للإذلال من قبل والدته بعد علامة سيئة، ويمكننا المضي قدمًا في إعادة صياغة التصوير.

3.2.2.5 الحوار بين الكراسي (او بين الانماط)[1] Dialogue entre les (ou entre les modes) chaises

تسمح هذه التقنية ذات طبيعة متعمد ان تكون مسرحية للمريض بالتعرف على انماطه المختلة المختلفة من خلال تشخيصها بالتسلسل في كل كرسي من الكراسي المرتبطة سابقا بنمط المريض. الهدف الإضافي لهذه التقنية الخبراتية هو تعزيز نمط الراشد السليم للمريض من خلال السماح له بتجسيدها بالكامل في الجلسة.

يمكن للمعالج أن يبدأ بإعطاء مثال ملموس على التمرين الخبراتي المقصود من خلال محاكاة حوار بين الكراسي التي تُدخل في اللعب الأنماط المدرجة لدى المريض.

خطوات الحوار بين الكراسي[8]:

- وضع عدة كراسي بجوار بعضها البعض في مكتب المعالج، يجب أن يتوافق عدد الكراسي الفارغة مع عدد الأنماط التي سيجسدها المريض أثناء التمرين (على سبيل المثال: 3 كراسي فارغة متجاورة، وواحد لنمط الراشد السليم، وواحد لنمط الطفل الضعيف وواحد لنمط الوالد المعاقب).
- تسمية الأنماط وتخصيص كرسي لكل منها.
- مناقشة الوضع الحالي أو الماضي الذي نشط المخططات / الأنماط.

- جعل كل نمط "يشهد" عن طريق السماح للمريض بالتعبير عن انفعاله المرتبط به، القيام بتغيير الكراسي في كل مرة يجسد فيها المريض نمطا جديدًا.
- إجراء حوار سريع بين الأنماط الواحد مع الآخر لخلق تباين نفسي واضح للمريض (حوالي دقيقة واحدة لكل نمط).
  - ملاحظة: التحدث بضمير المتكلم عن أنماط الطفل والراشد السليم وبضمير المخاطب في أنماط النقد الداخلي (وضع الوالد المعاقب أو الملّح).
- توقيف المريض إذا انزلق إلى وضع المستسلم أثناء جلوسه على كرسي الراشد السليم أو إذا تحول دون علم إلى نمط الحامي المنفصل.

عادة، يقوم المعالج أولاً بلعب دور الشخص الراشد السليم والمريض يلعب نمط التكيف المختل، في النهاية، سيكون المريض قادرًا على تجسيد إما الراشد السليم أو كلا النمطين.

يمكن استخدام بعض التقنيات إذا كان المريض يعاني من صعوبة في التأقلم تمامًا مع تمرين الحوار بين الكراسي[8]:

- تقنية التباعد
  - يلعب المريض دور أفضل صديق له لشرح موقف معين ويحاول تسمية احتياجاته والاستراتيجيات التي يجب اتباعها.
- تقنية البديل
  - يستبدل المعالج المريض في وضع الطفل بطفل "حقيقي" (على سبيل المثال، طفل هو ابن المريض) للسماح للمريض بالوصول إلى "دوائر رعاية الطفل المكبلة" caretaking circuits hardwired (الغضب، والرغبة في حماية الطفل، وما إلى ذلك).
- تقنيات التنشيط الانفعالي (على سبيل المثال، الضغط على القبضتين للشعور بالغضب بشكل أفضل، والنظر إلى صورة الطفل قبل القيام بالتمرين، وما إلى ذلك).
- استخدام الوقوف للنظر إلى الكراسي، وبالتالي شعور المريض بأنه في وضع الشاهد عند تجسيد وضع الراشد السليم (التباعد السليم)، أو للشعور بمزيد من الهيمنة عند تجسيد وضع الوالد المعاقب تجاه وضع الطفل الضعيف (التركيز الانفعالي).

يمكن للقارئ، إذا رغب، الرجوع إلى كتاب Young للحصول على أمثلة للحوار بين الكراسي.

4.2.2.5 الوعي الكامل Pleine conscience

يمكن تعليم تمارين الوعي الكامل للمريض كما اقترحته الموجة الثالثة من العلاج المعرفي السلوكي. وتجدر الإشارة إلى أن هذا النوع من الأساليب التأملية لا يهدف إلى تحقيق "شفاء" الأنماط والمخططات، بل يهدف بالأحرى إلى الإدارة السليمة لها، كما أنه من الواقعي تعليم المريض منذ البداية أن المخططات نادرًا ما يتم "شفاءها" تمامًا في نهاية عملية العلاج، وبالتالي من الضروري تطوير أدوات لتعلم كيفية التعايش مع الألم الانفعالي بشكل يومي.

يمكن صياغة بطاقة الوعي الكامل عند بدء تنشيط رد فعل على المخطط[13]، والتي يجب أن تتضمن العناصر التالية:

- ما يشعر به المريض الآن في اللحظة الحالية (أحاسيس جسدية، انفعالات، ميول للفعل).
  - الطلب من المريض أن يلاحظ ما يشعر به لبضع دقائق، دون محاولة تغيير أي شيء، دون الحكم، دون التشبث أو دفع الفكرة بعيدًا، إذا ظهرت الفكرة، يلاحظ وجودها، ثم يعود إلى ما يشعر به.
- لماذا لديه رد الفعل هذا؟
  - ما هو النمط أو المخطط الذي تم إعادة تنشيطه؟ ما هي مصادر هذا النمط أو المخطط؟
- حكم مستنير
  - اطلب من المريض أن يأخذ الوقت الكافي لتقييم الموقف حقًا، والتحقق مما إذا كان جزء منه يشعر بالأشياء بشكل مختلف، وما إذا كان جزء منه يدرك أن مخططه ليس صحيحًا تمامًا.
  - البحث عن شك (ولو طفيف جدًا) في صحة المخطط.
  - تحقق مما إذا كان تفسيره الحالي للوضع يتعارض مع احتياجاته وقيمه.
- الفعل الصحيح
  - حدد ما هو الفعل او الإجراء الأمثل الذي سيسمح للمريض بمراعاة احتياجاته الأساسية، في هذه الحالة المحددة ووفقًا لما هو ممكن في الواقع.
  - بمجرد تحديد هذا الفعل، اختيار القيام به، بغض النظر عن الانفعالات أو ميول أخرى للفعل (وحتى إذا كان المخطط لا يزال محسوسًا).

لمزيد من أدوات وتمارين الوعي الكامل، يمكن للقارئ الرجوع إلى قسم التأمل في موقع TCC Montreal (https://tccmontreal.com/mbct/).

5.2.2.5 رسالة إلى الوالدين[1] Lettre aux parents

يُطلب من المريض كتابة رسالة إلى أحد الوالدين أو شخص مهم آخر قام بإيذائه في الطفولة أو المراهقة. يحضر المريض الرسالة إلى الجلسة ويقرأها بصوت عالٍ للمعالج . الهدف من التمرين بالنسبة للمريض هو التواصل مع الانفعالات التي يشعر بها أثناء كتابة الرسالة من أجل السماح للمعالج باتخاذ موقف استدعاء مواقف الأمومية المحددة في الجلسة مما سيساعده على تهدئة مخططه. الهدف التكميلي هو أن المريض يمكنه بسهولة أن يضع نفسه في موقع الشاهد على قصته السردية (الموقف الواعي الكامل) عندما يسمع نفسه يروي بصوت عالٍ تجربته الشخصية مع الشخص المقرب المعني.

من المهم إخبار المريض بعدم إشراك الشخص المعني بمحتوى الرسالة (على الأقل، قبل مناقشة الفعلية مع المعالج حول التأثير الحقيقي على علاقتهما التي يمكن أن يحدثها الكشف عن مثل هذه الرسالة)، سيقرر العديد من المرضى عدم إرسال هذه الرسالة أبدًا إلى الشخص المعني لتجنب شكل من أشكال الرقابة الذاتية عند كتابة الرسالة التي قد تكون مرتبطة بالخوف المشروع من إيذاء أقربائهم أو إبعاد شخص مهم في حياتهم.

تمثل الرسالة فرصة للمريض لتسمية انفعالاته وتوكيد ذاته فيما يتعلق باحتياجاته العاطفية التي لم يتم تلبيتها، يجب أن تحتوي في فقرات منفصلة (وبهذا الترتيب):

- ما فعله احد الوالدين (أو لم يفعله) أثناء الطفولة وكان مؤلمًا
- انفعالات المريض فيما يتعلق بهذا الوالد والناشئة عن أفعاله
- ما كان يود أن يفعله الوالد في ذلك الوقت (وصف السلوكيات أو المواقف التي كانت ستلبي الاحتياجات)
- كيف يود تطوير العلاقة مع هذا الوالد اليوم.

6.2.2.5 العقبات خلال التقنيات الخبراتية ونصائح للتغلب عليها

المشاكل التي تم مواجهتها أثناء التقنيات الخبراتية[8]:

- تجنب التصوير من قبل المريض
  - قد يكون انعكاسًا لنمط الحامي المنفصل
  - ما يجب القيام به:
    - تسمية تجنب المريض في تناول المواجهة المتعاطفة
- صعوبة بدأ التواصل مع المخططات:

- ما يجب القيام به:
  - القيام بسرد الحدث الأخير الذي فجر تأثير سلبي
  - ان يكون على اتصال مع المحفزات والمخططات الكامنة والانفعالات والأحاسيس الجسدية والاندفاعات والاحتياجات.
  - ان يكون على اتصال مع الانفعالات الحالية.
  - تمهل (لا يدع المريض يمضي بسرعة كبيرة في التفاصيل).
  - رفع الاتصال مع الانفعالات (يغلق المريض عينيه لزيادة حدة الانفعالات).
  - وضع روابط تاريخية
  - بمجرد إنشاء التنشيط الانفعالي، اتبع التقنية الخبراتية.

- عدم التسامح أمام العواطف السلبية لدى المريض
  - ما يجب القيام به: استخدم تقنيات التنظيم الانفعالي.

3.2.5 التقنيات السلوكية Techniques comportementales

عادة ما تكون هذه هي أطول مرحلة من العلاج، من أجل أن يكون المريض قادرًا على الانخراط بشكل مناسب في التقنيات السلوكية، يجب أن يكون قد أحرز تقدمًا مسبقًا في تطبيق التقنيات المعرفية والخبراتية.

عند الضرورة، يمكن للمعالج أيضًا استخدام التقنيات السلوكية الكلاسيكية (الاسترخاء، وخوارزمية إدارة الغضب، واستراتيجيات التحكم الذاتي، والتعرض التدريجي للمواقف المثيرة للقلق، وما إلى ذلك)[1].

تسمح التقنيات السلوكية بتغيير السلوكيات التي تديم المخطط، إما من خلال التجنب أو الهجوم العكسي أو الاستسلام[1].

مثال على سلوك المشكل: تتبنى مريضة تعاني من مخطط التضحية، إستراتيجية غير فعالة للاستسلام وتقضي عطلات نهاية الأسبوع في القيام بجميع الأعمال المنزلية من أجل السماح لزوجها بالاستثمار في هواياتها.

مثال على التعرض المتدرج: يتفق المعالج والمريضة على أنها تطلب من زوجها الاهتمام بالأطباق مرة واحدة في عطلة نهاية الأسبوع حتى تتمكن من الذهاب إلى معرض فني.

المراحل:

1. مخاطبة مخاوف المريض وشرح أهمية التجارب السلوكية

2. تحديد سلوكيات معينة كأهداف للتغيير:

- للقيام بهذا:
  - تفصيل قدر الإمكان الوضعيات المشكلة التي أبلغ عنها المرضى، إذا لزم الأمر بمساعدة التصوير،
  - ملاحظة السلوكيات المشكلة البيشخصية في العلاقة العلاجية.

3. إعطاء الأولوية للسلوكيات محل التغيير بالشراكة مع المريض:

- البدء بسلوكيات محددة في مجال واحد (مثل كيفية التعامل مع الزوج أو رب العمل) بدلاً من التغييرات الرئيسية في الحياة (مثل الطلاق أو تغيير الوظيفة)،
- البدء بالسلوك الذي يسبب للمريض أكبر قدر من الضيق والذي يشعر رغم ذلك بأنه قادر على تغييره.

4. بناء الدافعية للتغيير:

- إقامة صلة بين السلوك ومصدره في الطفولة
- تقييم مزايا وعيوب استمرار هذا السلوك
- غالبًا ما تكون المواجهة الوجدانية ضرورية في هذه المرحلة.

5. بطاقات المساعدة العلاجية

6. لعب الأدوار وممارسة السلوك بالتخيل (إذا لزم الأمر)

7. وصف التعرض المتدرج للمخططات في الواقع، مع واجب ملموس ومحدد.

1.3.2.5 بطاقات المساعدة العلاجية[1]

بعد اتخاذ قرار مع المريض بشأن واجب سلوكي للتعرض المتدرج، يتم صياغة بطاقة المساعدة العلاجية أثناء الجلسة حول سلوك المشكل المستهدف، يُطلب من المريض قراءتها مرة أخرى قبل إجراء التجربة السلوكية.

2.3.2.5 لعب الدور والتصوير[1]

اعتمادًا على درجة الحصر الذي يعاني منها المريض المتعلق بالتجربة السلوكية، يمكن القيام بلعب الأدوار لممارستها في الجلسة، يقوم المعالج أولاً بلعب المريض لنمذجة السلوك السليم بينما يلعب المريض دور المحاور، ثم يتبادلان الأدوار.

يمكن أيضًا استخدام التصوير الموجه نحو المستقبل.

2.3.2.5 وصف التعرض المتدرج[1]

يقرر المريض والمعالج معًا تجربة سلوكية تستهدف السلوك المشكل المرتبط بالمخطط أو النمط، ويقوم المريض بكتابتها.

في الجلسة التالية، يقوم المعالج بمراجعة الواجب من خلال تهنئته على الجهد المبذول في حالة تحقيق الواجب.

ماذا يمكن فعله إذا لم يقوم المريض بإجراء تجاربه السلوكية[1]:

- اكتشاف طبيعة المقاومة وطرح السؤال مباشرة على المريض.
  - بعض المصادر المحتملة للمقاومة:
    - الخوف من عواقب التغيير،
    - الغضب من الحاجة إلى التغيير،
    - صعوبة تحمل الانزعاج المرتبط بالتغيير،
    - المعتقدات أو الانفعالات التي يصعب التغلب عليها،
    - لا يؤمن بإمكانية التغيير الإيجابي.
- التصوير
  - التصوير حول الوضعية المشكلة لتصور أفضل لطبيعة المقاومة،
  - تصوير المستقبل الافتراضي حيث يتبنى المريض السلوك الجديد ويتحمل نتائجه ـ هل هناك نتائج سلبية؟
- الحوار بين المقاومة والراشد السليم
  - يسمح بتحديد النمط الذي يمنع التغيير، ثم الدخول في حوار مع هذا النمط.
- بطاقة مساعدة علاجية تتناول المقاومة واقتراح التقنيات للمريض للتغلب عليها.

- إذا تم تحديد المقاومة والعمل عليها بنجاح، يمكن محاولة نفس الواجب مرة أخرى، بدلاً من ذلك، يمكن للمعالج تقليل مستوى صعوبة الواجب، أو تغيير الهدف إلى سلوك مشكل آخر ثم العودة إليه لاحقًا. سيؤدي نجاح الواجبات إلى بناء إحساس المريض بالكفاءة وتعزيز إحساسه بمركز التحكم الداخلي.
- إذا استمر التجنب، الاستمرار في استخدام المواجهة التعاطفية لتشجيع التغيير السلوكي.
- استكشاف إمكانية تبنى المريض لدور سلبي ولا يتحمل نصيبه من المسؤولية فيما يتعلق بتحسين حالته الاكلنيكية[8]، في الواقع، قد يتخيل بعض المرضى الذين يستخدمون التفكير السحري، عن طريق الخطأ، أن العلاج النفسي سيعالجهم دون الحاجة إلى بذل جهد بين الجلسات.

3.5 العلاقة العلاجية Relation thérapeutique

1.3.5 الاتجاه العلاجي العام للممارس الإكلينيكي

يشمل الاتجاه العلاجي الذي يجب تبنيه استدعاء المواقف الوالدية المحددة (limited reparenting) والمواجهة التعاطفية، قد يكون الكشف العلاجي مفيدًا أيضًا في بعض الأحيان .كما نحاول خلق جو من العفوية والاحترام والتواضع والصراحة، يمكن للجو أثناء الجلسة أن يكون مرحًا عندما يكون الأمر ضروريا.

استدعاء مواقف أمومة محددة[1،8] Rematernage limité

يحاول المعالج، في حدود إطار العلاج، الاستجابة بدفء وأصالة لاحتياجات المريض التي لم تتم تلبيتها حتى يعيش في الجلسة تجربة انفعالية تصحيحية. يحاول الحفاظ على اتصال انفعالي مع المريض من خلال جعله يشعر بأنه مفهوم وبشكل أساسي مقبول، ويتبنى تجاهه موقفًا صادقا ("من الصعب التغيير، لكن دعنا نحاول"). في النهاية سيتم استيعابها من قبل المريض كجزء من نمط الراشد السليم، يجب على المعالج أن يحقق التوازن من خلال تجنيب المريض فعل ما لا يستطيع هو نفسه القيام به(فرط في الحماية)، مع عدم تركه متجاوز انفعاليا (تفريط في الحماية).

تختلف احتياجات المريض حسب النمط الموجود في الجلسة[12]:

- الطفل الضعيف: الحماية والتصديق والراحة
- طفل غاضب: فرصة للتنفيس والاستماع له، والحاجة إلى احترام الحد الذي يفرضه المريض.
- الطفل المتهور أو الجامح: المواجهة التعاطفية ووضع حدود متكيفة وخيّرة وبناءة وواضحة ومتناسقة من قبل المعالج تجاه توقعات المريض غير المعقولة.

- الحامي المنفصل والهجوم العكسي (المعوّض) والاستسلام: تحديد الاستجابة للحاجة الكامنة (غالبًا تلك المرتبطة باحتياجات الطفل الضعيف).

المواجهة التعاطفية[1] Confrontation empathique

يكمن الموقف العلاجي المثالي للإكلينيكي في موقف التعاطف تجاه سبب وجود المخطط،ولكن أيضًا في موقف المواجهة المناسبة للطابع الخاطئ والمخّل للمخطط، وهذا من أجل جعل المريض يتطور نحو سلوكيات أكثر تكيفًا ونحو نوعية حياة أفضل. يتحقق المعالج أولاً من أنه نظرًا لبعض التجارب الضارة الموجودة في تاريخ حياته، فمن المفهوم أن المريض قد تبنى معتقدات أساسية معينة وسلوكيات ضارة، وأن هذه الأخيرة تقاتل بعد ذلك من أجل "البقاء"،ويوضح أن المخططات واستراتيجيات التكيف التي كانت مفيدة في الطفولة غالبًا ما تصبح غير ملائمة في مرحلة الرشد، ومن هنا تأتي الحاجة إلى التغيير.

الإفصاح للأغراض العلاجية[8] Dévoilement à visée thérapeutique

قد يختار المعالج أحيانًا مشاركة بعض الخبرات المستمدة من حياته الشخصية والتي لها أوجه تشابه مع التجربة الانفعالية للمريض، يؤدي ذلك إلى تطبيع تجربتهم، وتقليل شدة الشعور بالخجل، وتعزيز جو من الأمان والتواصل والرحمة في الجلسة.

تحذير: من المهم اختيار الحكاية الشخصية بحكمة لمشاركتها والبقاء موجزا في إفصاحنا، يُنصح أيضًا بالتحكم في مستوى الشدة الانفعالية المنقولة لتجنب التجاوزات، والبقاء مركزا على تجربة المريض (هذا ليس علاجنا)، وبالطبع احترام الحدود الأخلاقية للإطار العلاجي.

1.1.3.5 أمثلة حول الصعوبات في العلاقة العلاجية الناجمة عن مخططات المريض

بشكل عام، عندما تنشأ صعوبة في العلاقة العلاجية، فمن المفيد ربطها بمخطط أو نمط مختل لدى المريض.

بعض الأمثلة على الصعوبات الشائعة والمخطط المرتبط بها:

- مجال التخلي / الرفض: تشكيل التحالف العلاجي
- التبعية، الضعف، التلاحم، الفشل: صعوبة في تحديد أهداف واضحة في غياب هوية واضحة لدى المريض.
- مجال التركيز على الآخرين: الصعوبة التي يواجهها المريض في تحديد أهدافه ورغباته عوضا عن السعي لتحقيق تلك المتعلقة بالمعالج.
- مجال الحدود غير كافية: مشاكل في الامتثال للعلاج (الغياب المتكرر عن المواعيد، عدم القيام بالواجبات، إلخ).

2.3.5 كيفية اكتشاف والتعامل مع الأنماط المختلة في الجلسة

هذا هو النهج العام الذي يجب إتباعه عندما يتجلى النمط المختل في جلسة[8] :

1. التعرف على النمط مع المريض
2. تحقق من الحاجة إلى النمط
3. استخدام الكشف الاستراتيجي عن حالاتنا العقلية لتعزيز مناخ من الشفافية ولكي يفهم المريض بشكل أفضل الاستجابات الانفعالية التي يحفزها نمطه لدى المعالج.
4. إعادة المريض إلى ما يحدث بالفعل في التفاعل (تحليل الحقائق ببرودة).
5. نقاش مع المريض نتائج سلوكه (المتعمدة أم لا).
6. عكس للمريض المؤشرات غير اللفظية التي تشير إلى رد فعل انفعالي (غالبًا ما يأتي من نمط الطفل).
7. اعتبار الأعراض النفسية الجسدية على أنها إشارات خفية أو "سفراء لأنماط الطفل الخفية" ("ماذا سيقول صداعك إذا كان شخصًا"؟).
8. الوصول إلى المعتقدات الأساسية الكامنة ("ماذا يقول الصوت في رأسك"؟).
9. تقييم مزايا وعيوب الوضع المختل، انظر القسم 3.1.2.5.

فيما يلي بعض الطرق المفيدة للاستجابة للأنماط الخاصة التي تظهر في الجلسة[8،1]:

الطفل الضعيف:

- كن داعمًا بطريقة حقيقية (على سبيل المثال، اجلس بالقرب من المريض)
- عندما يظل المريض "عالقًا" في هذا النمط، استخدم المواجهة التعاطفية

الحامي المنفصل أو التجنبي:

- متى تشك في ذلك: إنكار المشاعر ، الإفراط في التفاصيل، العقلنة، قلة التركيز، المريض الذي يتحدث كثيرًا أو يمزح بشكل مفرط، مشاكل جديدة مع كل جلسة، تأخير ، أعراض نفسية جسدية، مريض مخمور، إلخ.
- ما العمل:
  - التركيز على التفاعل "هنا والآن "
  - قم بتسمية النمط، وتحديد وظيفته التجنبية، والبحث عن النمط الكامن للطفل

الآباء المعاقبين أو الملّحين (الناقد الداخلي):

- هناك خيارين:
  - "مكافحته" بتذكير المريض بأننا نتحدى جزء مختل من نفسيته، وليس شخصه بالكامل - على سبيل المثال "لقد سئمت من أن يتم دفعي من قبل نمط **آرنو** المتنمر. لا أشعر بالاحترام ولا يمكنني دفعك إلى التقدم في الجلسة بعد الآن لأن هذا الجزء منك متعجرف بلا مبرر تجاهي". لذلك أتوجه بنفسي إلى **آرنو** الراشد السليم الذي يعاني من جروح انفعالية على العلاج ويدرك في مكان ما، أن هذا الموقف المتعالي يشل رحلتك في العلاج النفسي".
  - القبول الكامل للوجود الحتمي للأفكار النقدية، وتحديدها على أنها مختلة، والتركيز على الحاضر ،هنا والآن (وهو يسجل أكثر في وضع من الوعي الكامل في مواجهة الظواهر العقلية التي لا نملك السيطرة الكاملة عليها).

3.3.5 العوامل المرتبطة بالمعالج

من المهم أن تكون على دراية بمخططاتك الخاصة حتى لا تفعلّها في العلاقة العلاجية، توجد مخططات معينة بشكل متكرر أكثر لدى المعالجين، ولاسيما هذه: الحرمان العاطفي وإنكار الذات (التضحية بالنفس) والمتطلبات العالية[8].

يمكن أن يكون كتاب الموجه للمعالجين "اختبر علاجًا بالمخططات من الداخل إلى الخارج" Experiencing Schema Therapy from the Inside Out أداة مفيدة لتحديد الأنماط والمخططات الخاصة بك والعمل عليها[14].

ماذا تفعل إذا أثار لديك المريض بقوة نمط أو مخطط:

- كن واعيا بانفعالاتك والأنماط التي يتم إثارتها
- التمييز بين رد الفعل الشخصي ورد الفعل الذي قد يحدث لأي شخص في نفس الظروف
- اللجوء الى استخدام الإشراف (الصريح أو غير الصريح)
- التدريب على المراقبة الذاتية بين الحصص
- الرجوع إلى زميل، إذا ثبت أن رد الفعل الانفعالي لا يمكن السيطرة عليه حتى مع الوقت والإشراف.

يجب اتخاذ اليقظة تجاه مظاهر الأنماط المختلة لدى المعالج، إليك بعض المؤشرات التي يجب الانتباه لها [12]:

- التجنب
  - المظاهر: ينبغي ان لا يكون منفتح/ مباشر بشكل كافٍ مع المريض بسبب الكف الخاص بنا وتجنب "الموضوعات الساخنة / المحظورة"
  - هذا يمنع تطوير علاقة علاجية سليمة، ويحبط المريض (مما يعزز التجنب) وينتهي به الأمر إلى تنشيط المزيد من المخططات لدى المعالج (التخلي، والفشل، وما إلى ذلك).

- التعويض
  - أمثلة على المظاهر حسب المخطط الموجود لدى المعالج:

    - إذا قام المعالج بتعويض مخططه الفاشل، فقد ينتقد بشدة مريض لا يقوم بواجباته.

- إذا قام بتعويض مخطط النقص/ العار، فقد يتسبب في شعور المريض بالعيب الذي يكشف عن الأفكار أو السلوكيات التي لا يحبها المعالج في نفسه.
- إذا كان يعوض عن مخطط الحرمان العاطفي الخاص به، فيمكن للمعالج أن يُظهر للمريض نمط الطفل غاضب عندما يشعر أن هذا الأخير لا يحترم احتياجاته (على سبيل المثال، أن يغضب عندما يبدأ المريض في الحديث عن وضعية أزمة في نهاية الجلسة، لأنه لا يشعر بالاحترام تجاه حاجته لإنهاء الجلسة في الوقت المحدد).
- إذا كان يعوض عن نمط الحذر/ الإساءة، فقد لا يضع حدودًا سليمة (على سبيل المثال، مقابلة المريض بشكل استثنائي في المساء) من خلال محاولته عبثًا أن يثبت للمريض أنه متفاني وجدير بالثقة.

- الاستسلام
  - أمثلة حول المظاهر حسب مخطط المعالج:
    - إذا استسلم لمخطط الفشل، فقد يفرط في لوم نفسه إذا كان المريض لا يتقدم كما يُود في العلاج.
    - إذا استسلم لمخطط الحذر/ الإساءة، فقد يسمح المعالج للمريض بانتقاده بشكل مسيء دون وضع حدود.
  - يؤدي هذا إلى خطر الإرهاق لدى المعالج الذي لا يضع حدودا لنفسه أو لا يحترم احتياجاته الخاصة.

4.5 مرحلة الإنهاء والتقييم(حوصلة) Phase de terminaison et bilan

يجب أن تتم مرحلة الإنهاء على مدى خمس جلسات في المتوسط.

الخطوات:

- إبلاغ المريض بالإنهاء، مع إطار واضح بشأن مسار الجلسات الأخيرة.
- معالجة المخططات أو الأنماط التي تظهر في نهاية العلاج.
  - على سبيل المثال، سنجد غالبًا نمط الطفل الضعيف ومخطط التخلي الذي يخفيه الحداد في نهاية العلاقة مع المعالج.
- حدد التغييرات الملموسة في حياة الشخص والتقدم الذي يجب إحرازه في المستقبل.
  - يمكن للمريض استكمال المقاييس(BDI، BAI، ومقياس الشخصية) لتوثيق التقدم المحرز في العلاج.
- استكمال ملخص العلاج مع المريض
- إذا كان ذلك ممكنًا، القيام بالتباعد تدريجيًا بين الجلسات، مع التأكيد للمريض على أن نمط الراشد السليم قوي بما يكفي للسماح بذلك.

يمكن عرض جلسات الدعم (booster sessions) حسب الحاجة بعد ذلك[8].

5.5 السير النموذجي لجلسة العلاج بالمخططات

بشكل عام، نحافظ على بعض المرونة في الجلسات من خلال تحقيق التوافق وفقًا للأحداث ذات الصلة التي حدثت خلال الأسبوع، وينبغي تجنب المزاح في بداية الجلسة.

مثال:

- مراجعة القراءات وواجب الملاحظة الذاتية (20 دقيقة).
- ورشة التصوير (20 دقيقة).
- تعيين واجب التعرض (10 دقائق).

عندما يطرح المريض موقفًا صعبًا في الحياة، نحاول بسرعة تحديد طبيعة التنشيط الانفعالي، والترابط مع مخططاته وأنماطه، ثم يُطلب من المريض أن يشرح بالتفصيل الموقف الهام الذي مر به من أجل فهمه بشكل أفضل، ثم يتم التحقق من صحة الانفعال الذي يشعر به المريض من أجل مساعدته على تبني استجابة سلوكية عملية [8].

6.5 مثال لسير العلاج بالمخططات على مدار سنة

هذا المثال هو ببساطة عرض محتمل للعلاج لتوضيح سير العلاج النفسي مع مريض معين، هذه بينية عامة ومحتواها التفصيلي يجب تعديلها وفقًا لخصائص المريض ومشكلته، بالإضافة إلى مراعاة مدة العلاج المطلوب والاحتياجات الاكلينيكية المحددة للمريض.

مرحلة التقييم (الجلسات 1 إلى 5)

- الجلسة 1:
  - التقييم السيكاتري أو النفسي "القياسي"
  - تحديد سبب الاستشارة والمشكلة الحالية
  - تربية نفسية موجزة حول نموذج المخططات
  - شروح عن الإطار العلاجي:
    - سياسة التأخير والغيابات
    - مدة كل جلسة
    - المدة المتوقعة للعلاج
  - الواجبات المنزلية: الفصل الأول من **أعدت اكتشاف حياتي**، مقياس المخططات لـ Young أو قراءة دليل المرضى (اختياري)
  - شرح عملية العلاج بالمخططات والإطار العلاجي.

- الجلسة 2:
  - العودة إلى مقياس المخططات لـ Young
  - بداية التاريخ الطولي
  - الواجبات المنزلية: الفصل2 **أعدت اكتشاف حياتي**، مقياس الوالدين لـ Young

- الجلسة 3:
  - الرجوع الى مقياس الوالدين لـ Young
  - متابعة التاريخ الطولي
  - الواجبات المنزلية: الفصل3 **أعدت اكتشاف حياتي**، مقياس التعويض والتجنب.
- الجلسة 4:
  - متابعة وانهاء التاريخ الطولي
  - الواجبات المنزلية: الفصل4 **أعدت اكتشاف حياتي**.
- الجلسة 5:
  - عرض وتكييف مفاهمية الحالة
  - وضع أهداف العلاج النفسي مرتبطة بالمفاهمية

<u>المرحلة النشطة للعلاج (6 إلى 45 جلسة)</u>

- الجلسات 6- 10
  - استعمال التقنية المعرفية للاختبار التاريخي (لكل مخطط)
  - مقدمة للمراقبة الذاتية (مفكرة المخططات)
  - مقارنة بين مزايا وعيوب الاستراتيجيات المختلة أو المخططات
  - القراءة في المنزل للفصول المهمة من **أعدت اكتشاف حياتي** (بمعدل فصل في الأسبوع).
- الجلسات 11- 15
  - استمرار مفكرة المخططات (بدمج البحث عن أفكار أكثر تكيفًا كرد فعل للأفكار الآلية، وضعية الوعي الكامل في مواجهة الأفكار الآلية التي تنشط بشكل لا إرادي في المريض).
  - إدخال تمارين التصوير (في مكان آمن وإعادة صياغة التصوير).
  - بدء التعرض المتدرج السلوكي في شكل واجبات.
  - بطاقة المساعدة العلاجية حسب الحاجة، مع دمج الأفكار الأكثر تكيفا.
- الجلسات 16- 20

- إدخال تمرين الحوار بين الكراسي
- كتابة الرسائل للوالدين
- استمرار التعرض السلوكي المتدرج مع الرجوع لكل تجربة.
- استمرار مفكرة المخططات (من خلال مهمة في منزل، والاستكشاف المفصل في الجلسة إذا كان مهما).

- الجلسات 21- 46
  - تمارين التصوير
  - تمارين الحوار بين الكراسي
  - استمرار التعرض السلوكي المتدرج مع الرجوع لكل تجربة
  - استمرار مفكرة المخططات (من خلال مهمة في منزل، والاستكشاف المفصل في الجلسة إذا كان مهما).

ملاحظة: في كل وقت، خلال المرحلة النشطة من العلاج، يمكن تخصيص جلسة، إذا لزم الأمر، لمساعدة المريض على إدارة وضعية أزمة أو التغلب على المقاومة لعناصر من العلاج. يجب أيضًا دمج تدخلات استدعاء مواقف أمومة المحددة طوال فترة المتابعة.

كما ذكرنا سابقًا، توجد فلسفتان فيما يتعلق بالترتيب الذي سيكون من الأفضل العمل بها على مخططات وأنماط المريض، من جانبه، يقترح Young ترتيب المخططات والعمل عليها بعناية واحدة تلو الأخرى قبل الانتقال إلى المخطط التالي (ماعدا استثناءات). في الواقع الإكلينيكي، قد يكون من المعقد المضي قدمًا بهذه الطريقة، خاصةً مع المرضى الذين يعانون من اضطرابات الشخصية، بحيث تتبادل الأنماط باستمرار، لذلك يفضل بعض الإكلينيكيون ذوي الخبرة البدء من المخطط أو النمط الذي نوقش في الجلسة وتكييف بنية كل لقاء وفقًا للاحتياجات المحددة للمريض في الوقت الحاضر، مع الحفاظ على مسار عام معين للرعاية المخلص لروح العلاج بالمخططات.

<u>مرحلة الإنهاء (الجلسات من 46 إلى 50)</u>

- الجلسات 46- 50
  - إبلاغ المريض بالإنهاء، مع إطار واضح لشروط نهاية العلاج.
  - معالجة المخططات أو الأنماط التي تبدأ في نهاية العلاج.

- وضع تقييم للعلاج من خلال تحديد التغييرات الملموسة التي تم إجراؤها في حياته، باستخدام (المقاييس BDI، BAI، مقاييس الشخصية) حسب الحاجة.
- تحديد التقدم الذي يرغب فيه المريض في المستقبل.
- إذا كان ذلك ممكنًا، إجراء التباعد تدريجيًا بين الجلسات، مع التأكيد للمريض على أن وضع الراشد السليم أصبح الآن قويًا بما يكفي للسماح بذلك.

6. أدوات القياس ووسائل العلاج Instruments de mesure et outils de traitement

1.6 جدول تسجيل المخططات والأنماط المختلة

جدول تسجيل المخططات والأنماط المختلة

الوضعية او الحدث	المخطط او الانفعالات	الأفكار الآلية	الأفكار المتكيفة	النتيجة	الفعل
قم بوصف بإيجاز الوضعية أو الحدث	حدد المخطط وانفعال، ثم قيم شدتها (0-100٪)	اكتب أفكارك وقت ظهور الانفعال	اكتب الأفكار المتكيفة	أعد تقييم شدة انفعالك (0-100٪)	اكتب السلوك (أو السلوكيات) الناتجة عن الأفكار المتكيفة

2.6 الاختبار التاريخي

الأدلة الداعمة للمخطط	الأدلة المعارضة للمخطط

3.6 بطاقة المساعدة العلاجية

بطاقة المساعدة العلاجية

في هذه اللحظة أشعر _____ (
الانفعال)لانه_____
_____(الوضعية)

ومع ذلك، انا أعلم أنه على الأرجح المحطط الذي أتبعه_____هو الذي
ينشط وهو صادر من
_____
_____(المصدر). يقودني
هذا المخطط إلى المبالغة إلى أي درجة
_____
_____(التشوهات المعرفية المرتبطة
بالمخطط).

حتى لو كنت اعتقد_____ (معتقد
اساسي مرتبط بالمخطط) الواقع هو
_____
_____ـفكرة متكيفة) الأدلة
على كون هذه الفكرة متكيفة هي
_____
_____ (امثلة خاصة)

اذن، حتى لو كنت ارغب في_____ (سلوك
غير متكيف) يمكنني
بالاحرى_____
_____ (سلوك متكيف).

7. المراجع

1 Young, J., Klosko, J. et Weishaar, M. *Schema Therapy : A Practitioner's Guide*, The Guilford Press, 2003, 436 p.

2 Beck, A., Rush, J., Shaw, B. et Emery, G. *Cognitive Therapy of Depression*, The Guilford Press, 1987, 425 p.

3 Taylor, C., Bee, P. et Haddock, G. (2017), Does schema therapy change schemas and symptoms? Asystematic review across mental health disorders, *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 90, 456-479.

4 Oud, M., Arntz, A., Hermens, M., Verhoef, R. et Kendall, T. (2018) Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 52 (10), 949-961.

5 Giesen-Bloo J., van Dyck R., Spinhoven P., et al. (2006) Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Randomized Trial of Schema-Focused Therapy vs Transference-Focused Psychotherapy, *Archives of General Psychiatry,* 63(6), 649–658.

6 Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45, 319–329

7 Chaloult, L. et collaborateurs. *La thérapie cognitivo-comportementale : Théorie et pratique*, 2008, Éditions de la Chenelière, 346 p.

8 Roediger, E., Stevens, B. et Brockman, B. *Contextual Schema Therapy : An Integrative Approach to Personality Disorders, Emotional Dysregulation and Interpersonal Functioning*, 2018, Context Press, 298p.

9 Arntz, A. et Jacob, G. *Schema Therapy in Practice : An Introductory Guide to the Schema Mode Approach*. Wiley-Blackwell, 2013, 265 p.

10 Stoffers J., Völlm B., Rücker G., Timmer A., Huband N. et Lieb K. (2012) Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews, 8 (CD005652), DOI: 10.1002/14651858.CD005652.pub2.

11 Gaynes B., Rush J., Trivedi M., Wisniewski S., Spencer D., Fava M. (2008). The Star*D Study : Treating Depression in the Real World, *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75 (1), 57-66.

12 Farrell, J., Reiss, N. et Shaw, I. *The Schema Therapy Clinician's Guide : A Complete Resource for Building and Delivering Individual, Group and Integrated Schema Mode Treatment Programs*. 2014, Wiley-Blackwell, 329 p.

13 Cousineau, P. 2017, *La thérapie des schémas* (présentation aux psychiatres de HCLM).

14 Farrell, J. et Shaw, I. *Experiencing Schema Therapy from the Inside Out : A Self-Practice/Self-Reflection Workbook for Therapists*. 2018, The Guilford Press, 317 p.