

العلاج المعرفي السلوكي

الطبعة الأولى

1446 هـ

2025 م

اسم الكتاب: العلاج المعرفي السلوكي

المؤلف: أ.د. مجدي هلال

موضوع الكتاب: علم نفس

عدد الصفحات: 212 صفحة

عدد الملازم: 13.25 ملزمة

مقاس الكتاب: 14*20

عدد الطباعات: الطبعة الأولى

رقم الإيداع: 2024/2913

الترقيم الدولي: 978-977-9679-087



يمنع طبع هذا الكتاب أو جزء منه بكل
طرق الطبع، والتصوير، والنقل، والترجمة،
والسجّل المرئي والمسموع والحاسوبي،
وغيرها من الحقوق إلا بإذن خطي من الناشر.



✉ hakayaproduction@gmail.com

☎ 01551751909 _ 01096476744

العلاج المعرفي السلوكي

تأليف

أ.د. مجدي هلال





المقدمة

بسم الله الرحمن الرحيم

قال تعالى في كتابه الكريم في سورة الرعد: ﴿لَهُ مُعَقِّبَاتٌ مِّن بَيْن يَدَيْهِ وَمِنْ خَلْفِهِ يَحْفَظُونَهُ مِمَّنْ أَمَرُ اللَّهُ إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ بِقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدَّ لَهُ وَمَا لَهُم مِّن دُونِهِ مِن وَّالٍ﴾ (١١).

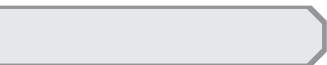
فالحديث عن مسؤولية إصلاح النفس وتغيير السلوك معلوم بالضرورة، ولكن الحديث اليوم عن كيفية هذا الإصلاح وجودته وأمانه، وهذا ما تؤكده سرعة خطى البحوث التجريبية والمؤتمرات العلمية في مجال العلاج المعرفي السلوكي وفروعه التي تجاوزت الأربعة عشر فرعاً وتناغماً مع التقدم المذهل في عالم الرقمنة وتأثيره على الأداء الإنساني عامة وعلى الأداء العلاجي الذي يقدمه المتخصصين، فأصبح ملاحقة هذه الخطى وتطوير هذا الأداء العلاجي أمراً حتمياً، وهذا ما سعى إليه هذا العمل (الكتاب) المتواضع فقد سعى بإيجاز إلى تقديم ما يناسب من روائع ما أنتجته الإنسانية في العلاج المعرفي السلوكي مع التركيز على الجانب التطبيقي بتحديثاته وابتكاراته، وذلك في مقدمة وثلاثة أبواب ذات سبعة فصول وخاتمة وقائمة مراجع وملاحق تضم بعض نماذج اختبارات.

وهذه الأبواب الثلاثة جمعت فكرة العلاج المعرفي السلوكي وتطوره ومسائله الشائكة، والتعريف به وفوائده والكفاءة والفعالية والمنهجية الناقدة وأنواع العلاج، والجديد في هذه الأنواع والأسس النظرية والميثاق العلاجي والأساليب العلاجية وتقنيات العلاج ومستجداتها وخلاصة ذلك، وتناول خطوات بدء العلاج والجلسات بتفصيل وتقديم خلاصة مستحدثاته ثم تفصيل ما تم من مستحدثات في التطبيقات العلاجية ودليل التشخيص ثم عرضاً موجزاً للأمراض النفسية وأحدث إشعارات نجاح علاج للاضطرابات النفسية والعقلية وخاتمة.

وأسأل الله تعالى القبول والنفع بهذا العمل المتواضع.

مجدي هلال

الباب الأول



الفصل الأول

- فكرة العلاج المعرفي السلوكي
- تطور فكرة العلاج المعرفي السلوكي
- مسائل شائكة



❦ فكرة العلاج المعرفي السلوكي

محورها الأساس هو التعامل (العلاجي أو الإصلاحي) بوجه عام مع معارف الإنسان وأفكاره ومعتقداته وعاداته، وتلك فكرة قديمة عرفها الإنسان منذ عرف الرسائل والكتب السماوية والدعوات الإصلاحية، فالقرآن الكريم والحديث النبوي الشريف وردت بهما نصوص كثيرة تتحدث عن الاعتقاد والسلوك والمشاعر والظنون والمرض والنفوس وإرادة التغيير، وحسبنا ما ورد صريحاً في علاقة تغيير حال الإنسان بتغيير ما بنفسه، أي ما بداخله، وذلك في قوله

تعالى في الآية الحادية عشرة من سورة الرعد: ﴿لَهُ مُعَقِّبَتٌ مِّنْ بَيْنِ يَدَيْهِ وَمِنْ خَلْفِهِ يَحْفَظُونَهُ مِنْ أَمْرِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ وَإِذَا أَرَادَ اللَّهُ بِقَوْمٍ سُوءًا فَلَا مَرَدَّ لَهُ وَمَا لَهُمْ مِنْ دُونِهِ مِنْ وَالٍ ۚ﴾.

وقد ظهرت بعض جوانب تطبيقية مع تألق الفلسفة الرواقية الإغريقية (٣٠٠ ق.م) وما ظهر من إمكانية استخدام المنطق في التعامل مع الأفكار والمعتقدات التي يتولد عنها مشاعر سلبية، وذلك كان له دور مؤثر في نشأة أسلوب التعامل مع المعارف المشوهة المسببة للاكتئاب والقلق حسب طريقة المعالجين المعرفيين السلوكيين، وما أكده أرون بيك في دليله لمعالجة الاكتئاب (١٩٦٤م)، وما ذهب إليه الإدراكيون وخاصة ألبرت إليس (١٩٦٢م)، وما ظهر من قبل في بعض كتابات الفيلسوف ميل جون ستيوارت (١٨٦٩م)، وما سبق أن توصل إليه مؤسس علم النفس

الإسلامي العلامة الموسوعي البلخي (أحمد بن سهل، أبو زيد البلخي) (٢٣٥-٣٢٢هـ / ٨٤٩-٩٣٤م) في كتبه (مصالح الأبدان والأنفس، الصحة العقلية، المرض العقلي، الحفاظ على الجسد والروح)، وقدم البلخي أيضًا (فكرة) أو تقنية التثبيط المتبادل أو العلاج بالضد الذي أعاد تقديمه جوزيف وولب بعد أكثر من ألف عام (١٩٦٩م)

وكذلك ما ذكره العالم الموسوعي محمد بن زكريا الرازي (٨٦٤-٩٢٣م) في كتابيه: «المنصوري في الطب» و«الحاوي في الطب» عن فكرة ووصف المرض النفسي ومظاهره وما قدمه من تعريفات وأعراض وعلاجات للمشكلات المتعلقة بالصحة العقلية والأمراض العقلية.

وما ذكره العالم الموسوعي ابن سينا (٩٨١-١٠٣٧م) مؤسس التحليل النفسي وأحد أعظم الأطباء في التاريخ، إذ تحدث عن العواطف (المشاعر) وعلاقتها بالأمراض وعلاجها وفكرته في وصف العديد من الحالات العصبية والنفسية، بما في ذلك الأرق والهوس والهلوسة والكابوس والخرف والصرع والسكتة الدماغية والشلل والدوار والكآبة والرعشة. وقد خصص ابن سينا ثلاثة فصول من كتابة الشهير «القانون في الطب» للاضطرابات العصبية والنفسية. وعرفَّ الجنون بأنه اضطراب عقلي يستبدل فيه العقل الواقع بالخيال. وأعاد طرح نظرية المزاج لتشمل العقلية والعواطف والأخلاق والوعي الذاتي والحركات والأحلام، ويُعد ذلك أول دمج بهذه الصورة لعناصر ومكونات نظرية المزاج.

وقد تنبه علماء المسلمين للدور الذي يلعبه التفكير والتصورات (الصور الذهنية) في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته أو في شقائه، وقد اتصفت آراؤهم في هذا الموضوع بالفهم المتمكن لطبيعة النفس البشرية، والعوامل التي تتأثر بها وتؤثر فيها، وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل المعرفية (الأفكار والمعتقدات) في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به. فقد أوضح «ابن القيم» (٦٩١-٧٥١هـ / ١٢٩٢-١٣٥٠م) قدرة الأفكار، إذا لم يتم تغييرها، على التحول إلى دوافع ثم إلى سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد كبير، وقد أشار «الغزالي» (٤٥٠-٥٠٥هـ / ١٠٥٨-١١١١م) إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه، ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادة، ولم يخلُ التراث الإسلامي أيضاً من الإشارات الواضحة لأثر التفكير في توجيه مشاعر الإنسان وحركته، وأثر ذلك في الحالة الصحية العامة للناس.

تطور فكرة العلاج المعرفي السلوكي

ظهرت مناهج مبكرة في المعالجة النفسية وهي عبارة عن مزيج من وجهات نظر دينية وسحرية وطبية، من أمثلة ذلك ظهور مبكر لمفكرين نفسيين مث ل: باداماسامبهافا وباتانجالي وجلال الدين الرومي وابن سينا وأبي بكر الرازي وهذا يعني إن العلاج النفسي قد جرت ممارسته عبر العصور، على

هيئة تلقى الأفراد المشورة النفسية والطمأنينة من الآخرين. وفي خلال القرن التاسع، قد تطور العلاج النفسي الهادف نظرياً لأول مرة في الشرق الأوسط من قبل الطبيب المسلم والمفكر النفسي، أبو بكر الرازي، الذي كان في وقت من الأوقات كبير الأطباء في مستشفيات بغداد. أما في الغرب، كانت الاضطرابات النفسية الخطيرة تُعامل عموماً على أنها حالات شيطانية أو طبية تتطلب العقاب والحبس حتى ظهور مناهج العلاج الأخلاقي في القرن الثامن عشر. أدى هذا إلى التركيز على إمكانية التدخل النفسي والاجتماعي بما في ذلك التفكير والتشجيع الأخلاقي والأنشطة الجماعية لإعادة تأهيل (المجانين في عرف هذه الحقبة الزمنية)، وفي القرن التاسع عشر، كان يمكن للمرء أن يفحص رأسه، حرفياً، باستخدام علم فراسة الدماغ ودراسة شكل الجمجمة التي طورها عالم التشريح فرانز جوزيف غال. تضمنت العلاجات الشائعة الأخرى علم الفراسة، وهو دراسة شكل الوجه ونظرية المغناطيسية الحيوية، التي طورها فرانز أنتون ميسمر، المصممة لتخفيف الضغط النفسي عن طريق استخدام المغناطيس. بحلول عام ١٨٣٢، ظهر العلاج النفسي لأول مرة في الغرب على هيئة قصص خيالية وكانت البداية بقصة قصيرة كتبها جون نيل بعنوان (الرجل المسكون) رفض المجتمع العلمي في النهاية كل هذه الأساليب، وأيضاً لم يهتم علماء النفس الأكاديميين بالحالات الخطيرة من الأمراض العقلية. وحدث بالفعل تناول هذا المجال من خلال تطوير مجالات الطب النفسي وعلم

الأعصاب داخل المصحات واستخدام العلاج الأخلاقي. نهاية القرن التاسع عشر، في الوقت الذي كان فيه سيجموند فرويد يطور لأول مرة (علاجه بالكلام) في فيينا، بدأ أول تطبيق سريري علمي لعلم النفس في جامعة بنسلفانيا، لمساعدة الأطفال في التغلب على الصعوبات في التعلم.

بالرغم من تركيز علماء النفس السريريين على التقييم النفسي، فإن ممارسة العلاج النفسي، التي كانت ذات يوم الاختصاص الوحيد للأطباء النفسيين، أصبحت مدججة في المهنة بعد الحرب العالمية الثانية، بدأ العلاج النفسي بممارسة التحليل النفسي، (العلاج بالكلام) الذي طوره سيجموند فرويد. بعد ذلك، بدأ العلماء النظريون مثل ألفريد أدلر وكارل يونغ في تقديم مفاهيم جديدة حول الأداء النفسي والتغيير. ساعد هؤلاء والعديد من العلماء الآخرين في تطوير التوجه العام الذي يسمى الآن العلاج الديناميكي النفسي، والذي يتضمن العلاجات المختلفة القائمة على مبدأ فرويد الأساسي لجعل اللاوعي واعياً.

في العشرينيات من القرن الماضي، أصبحت النزعة السلوكية النموذج السائد في الغرب، وظلت كذلك حتى الخمسينيات من القرن الماضي. استخدمت السلوكية تقنيات تعتمد على نظريات الإشارات الاستثنائي والتكييف الكلاسيكي ونظرية التعلم الاجتماعي. المساهمون الرئيسيون في هذا المجال هم جوزيف وولب وهانس آيسنك وبي إف سكينر. نظرًا إلى أن السلوكية رفضت أو تجاهلت النشاط العقلي الداخلي، فإن هذه الفترة تمثل تباطؤًا عامًا في التقدم في مجال العلاج النفسي. في الثلاثينيات بدأ فيلهلم

رايش في تطوير العلاج النفسي للجسم.

ابتداءً من الخمسينيات من القرن الماضي، تطور اتجاهان رئيسيان بشكل مستقل استجابة للسلوكية هما الإدراكية والعلاج الإنساني الوجودي. تطورت الحركة الإنسانية إلى حد كبير من خلال النظريات الوجودية لكتاب مثل رولو ماي وفيكتور فرانكل والعلاج النفسي الذي يركز على الشخص لكارل روجرز. ركزت هذه التوجهات جميعها بشكل أقل على اللاوعي وبدرجة أكبر على تعزيز التغيير الإيجابي والشامل من خلال تطوير علاقة علاجية داعمة وحقيقية ومتعاطفة. اعترف رولو ماي وكارل روجرز وإيرفين يالوم بتأثير أوتو رانك (١٨٨٤-١٩٣٩)، مساعد فرويد الذي نقده بعد ذلك.

في خلال الخمسينيات من القرن الماضي، طور ألبرت إليس الشكل الأول من العلاج السلوكي المعرفي، وهو العلاج السلوكي الانفعالي العقلائي (REBT). وبعد سنوات قليلة طور آرون تي. بيك العلاج المعرفي. تضمن كلاهما علاجاً خاصاً يهدف إلى تغيير معتقدات الشخص، على النقيض من النهج القائم على البصيرة للعلاجات الديناميكية النفسية أو النهج العلائقي الأحدث للعلاجات الإنسانية. جُمع بين الأساليب المعرفية والسلوكية في خلال السبعينيات، ما أدى إلى العلاج المعرفي السلوكي (CBT). ونظراً إلى كونه موجهاً نحو تخفيف الأعراض والتجريبية التعاونية وتعديل المعتقدات الأساسية، فقد اكتسب هذا النهج قبولاً واسع النطاق كعلاج أساسي للعديد من الاضطرابات، وفي السبعينيات، حدث تطوير واعتماد وجهات

نظر رئيسية أخرى في هذا المجال. وربما أكبر نوعين هما العلاج الجهازي وعلم النفس ما وراء الشخصي. يركز العلاج الجهازي على ديناميكيات الأسرة والجماعة، بينما يركز علم النفس ما وراء الشخصي على الجانب الروحي للتجربة الإنسانية. تشمل التوجهات الهامة الأخرى التي تطورت في العقود الثلاثة الماضية منها العلاج النسوي، وعلم النفس الجسدي، والعلاج التعبيري، وعلم النفس الإيجابي التطبيقي. وقد تطور علم النفس الإكلينيكي في اليابان نحو منهجية إرشاد اجتماعي أكثر تكاملاً. وأيضاً قد تطورت الممارسة في الهند من كل من النظم الميتافيزيقية والأيورفيدا التقليدية وكذلك المنهجيات الغربية. منذ عام ١٩٩٣، أنشأت فرقة العمل التابعة للقسم ١٢ التابع لجمعية علم النفس الأمريكية وراجعت قائمة من العلاجات النفسية المدعومة تجريبياً لاضطرابات معينة. تستند معايير القسم ١٢ إلى ٧ معايير (أساسية) لجودة البحث، مثل التوزيع العشوائي واستخدام التقييمات النفسية المصدق عليها. بشكل عام، تلقت العلاجات السلوكية المعرفية للاضطرابات النفسية دعماً أكبر من أساليب العلاج النفسي الأخرى. يستمر الجدل بين العلماء والعلماء السريريين حول تفوق الممارسات القائمة على الأدلة، وقد أدى إلى زيادة التركيز على التدخلات السلوكية المعرفية، كما أن برامج التدريب الأخرى وعلماء النفس يتبنون الآن توجهاً انتقائياً. تحاول هذه الحركة التكاملية الجمع بين الجوانب الأكثر فاعلية لجميع مدارس التدريب.

مسائل شائكة

ممارسة العلاج المعرفي السلوكي يوفر ظروف تسمح بطرح أفكار ومسائل شائكة مثل مسألة مس الشيطان، ومسألة وسوسة الشيطان والشهوة، وغالبًا ما يحتاج المعالج إلى معلومة موثقة وحكم ديني في مثل هذه المسائل: مس الشيطان والوسوسة وإثارة الشهوة وذلك على النحو التالي:

المس يعرف على أنه قدرة الشيطان على الوسوسة للإنسان وتزيين ارتكاب الأعمال المنكرة للفطرة السليمة... وقدرته أيضًا على التشويش على الإنسان، والتحكم بشهواته الباطنية وإثارتها، وربما إرهاقه نفسيًا وعصبيًا بأفكار سوداوية أو منامات مزعجة. ويتجلى ذلك على الإنسان عندما يكون بعيدًا عن ذكر الله تعالى، ولاهيا في شؤون الدنيا، وليس بينه وبين الله صلاة أو توبة أو استغفار أو أي عبادة تذكر.

ورد في الأدبيات والثقافة الدينية:

أن مس الشيطان للإنسان نتيجة للابتعاد عن ذكر الله، والتعلق بممارسة عادات منحرفة عن الفطرة الإنسانية الطبيعية، مثل أكل أموال الناس بالباطل، أو الوقوع في المحرمات التي تنهى عنها الشرائع السماوية، بحيث يستحوذ الشيطان على من يمارس تلك المحرمات، وتبدأ علامات سلوكية بالظهور على المصاب، بأن يصبح مرهقًا نفسيًا ويعاني من الاكتئاب. فيبدأ الشخص المصاب به بالمعاناة الشديدة من النسيان، والغضب الهستيري

أحياناً، والإرهاق العصبي، والتعرض للوساوس المتكررة، في أن يسيء الظن في الآخرين، بل وان يتجاوز في الاعتداء على حقوقهم، والاستمرار في الغي والمعاصي... وقد يصل به الحد إلى درجة صعوبة في أن يفكر بالانتحار... أما الأسوأ فهو أن المصاب بهذه الأعراض يبتعد كل البعد عن التوبة وإرجاع الحقوق إلى أصحابها، ويصرف بفعل هذا المس عن اللجوء إلى الله تماماً.

وهناك مبالغة عند العامة من الناس في مسألة مس الشيطان، فمنهم من يأتي بخرافات انتشرت في العصور الجاهلية والعصور الوسطى، وليس لها أي دليل... إلا أن قضية مس الشياطين هي قضية غيبية لم تذكرها إلا الأديان السماوية.

مصادر الإسلام من القرآن الكريم تشير إلى دوافع وأسباب هذه الظاهر في أكثر من موضع من آيات القرآن الكريم، ففي سورة الزخرف يبدو أن الامتناع والإعراض عن ذكر الله، وعدم الخوف منه في الإقبال على المعصية ومعاودتها وتكرارها باب من أبواب تسلط الشيطان على الإنسان.

﴿وَمَنْ يَعِشْ عَنْ ذِكْرِ الرَّحْمَنِ فَقِضْ لَهُ شَيْطَانًا فَهُوَ لَهُ قَرِينٌ ۖ ﴿٣٦﴾ وَإِنَّهُمْ لَبَصَدُونَ ۖ عَنْ السَّبِيلِ وَيَحْسَبُونَ أَنَّهُمْ مُهْتَدُونَ ۖ ﴿٣٧﴾ حَتَّىٰ إِذَا جَاءَنَا قَالَ يَلَيْتَ بَيْنِي وَبَيْنَكَ بَعْدَ الْمَشْرِقَيْنِ فَيَلْسَ الْقَرِينُ ۖ ﴿٣٨﴾ وَلَنْ يَنْفَعَكُمُ الْيَوْمَ إِذْ ظَلَمْتُمْ أَنَّكُمْ فِي الْعَذَابِ مُشْتَرِكُونَ ۖ ﴿٣٩﴾﴾ [الزخرف].

هذا الشيطان القرين الذي يُوسوس ليس له على الإنسان سلطان إطلاقاً! إلا أنه يُوسوس، فإن لم يستجب له ارتقى الإنسان، وإن استجاب له فهذا اختيار الإنسان.

من أسباب مس الشيطان كما ورد في نص القرآن الكريم في سورة البقرة هو أكل أموال الناس بالباطل وامتداد اليد إلى المال الحرام، وهذا لا يقتصر على مال الربا، بل يمتد إلى كل مال مصدره مشبوه أو حرام. ﴿الَّذِينَ يَأْكُلُونَ الرِّبَا لَا يَقُومُونَ إِلَّا كَمَا يَقُومُ الَّذِي يَتَخَبَّطُهُ الشَّيْطَانُ مِنَ الْمَسِّ ذَٰلِكَ بِأَنَّهُمْ قَالُوا إِنَّمَا الْبَيْعُ مِثْلُ الرِّبَا وَأَحَلَّ اللَّهُ الْبَيْعَ وَحَرَّمَ الرِّبَا فَمَنْ جَاءَهُ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّهِ فَانْتَهَى فَلَهُ مَا سَلَفَ وَأَمْرُهُ إِلَى اللَّهِ وَمَنْ عَادَ فَأُولَٰئِكَ أَصْحَابُ النَّارِ هُمْ فِيهَا خَالِدُونَ﴾ (٢٧٠) [البقرة].

ورد في التراث الطبي والنفسي

قد لا يكون هناك عند الإنسان مس من الشيطان أساساً، إلا أنه يعاني من حالة نفسية اسمها الوسواس القهري، أو يعاني أعراضاً من الاكتئاب، وهذه الحالات النفسية تعزى إلى الاضطرابات العصبية بسبب اضطراب في إفرازات بعض الهرمونات العصبية والتي تعرف باسم النواقل العصبية، وهناك بعض الأطباء يشيرون إلى أعراض يعاني منها المريض النفسي مثل الاكتئاب، وهو على درجات قد تصل إلى الاكتئاب الحاد، والإحباط من عدم القدرة على القيام بالأعمال الصغيرة، أو الشعور الدائم بالخمول والكسل، أو الوسوسة الدائمة بفكرة سيئة.

أما الاستحواذ الروحي هو مصطلح يشير إلى الاعتقاد أن الجن أو الشياطين أو الأرواح الشريرة أوقوى خارجية يمكن أن تتحكم وتسيطر على جسم الإنسان.

تعود جذور هذا المفهوم إلى العصور القديمة، ويوجد في العديد من الديانات في مختلف أنحاء العالم، كالسماوية وغيرها مثل الفودو الهايتي وويكا. ويعد هذا المفهوم واسع الانتشار بين الكثير من الناس، وتعتقد به النساء بشكل أكبر من الرجال.

رأي الأزهر الشريف:

قال شيخ الأزهر أ.د. أحمد الطيب إن ما نسمعه من دعاوى كلام ما يطلق عليه الملبوس هو خيالات واختراعات لا أساس لها من الصحة، فقوة الجن هي في الوسوسة والإضلال، وليس في التلبس لقوله تعالى: ﴿إِنَّ عِبَادِي لَيْسَ لَكَ عَلَيْهِمْ سُلْطَانٌ إِلَّا مَنْ اتَّبَعَكَ مِنَ الْغَاوِينَ﴾ [الحجر]. ونوه شيخ الأزهر إلى أن كل من يدعي إخراج الجن من جسد الإنسان كاذب ومرتزق، مبيناً أن كثيراً من الجهات أصبحت تنتفع من خلال السحر والشعوذة.

نماذج من ردود علماء السلف:

الرد على كتاب الشكوك على جالينوس هو كتاب غزير المادة، ولم يطبع حتى الآن. وينقده الرازي وكذلك قام الرازي بنقد ثمانية وعشرين كتاباً من كتب جالينوس، أولها كتاب البرهان، وآخرها كتاب النبض الكبير وأن

مقتطفات الرازي من كتاب «البرهان» لجديرة بالدراسة المتعمقة، فقد كان الجزء الأكبر من هذا الكتاب الفلسفي مفقودًا في زمان حنين بن إسحاق (١٩٢ - ٢٦٠ هـ / ٨٠٨ - ٨٧٣ م) الذي ترجم ما عثر عليه من النصوص اليونانية لبعض مقالات هذا الكتاب. ويقول حنين بن إسحاق إنه سافر إلى مدينة الإسكندرية، باحثًا عن المخطوطات النادرة الوجود لهذا الكتاب القيم.

الفصل الثاني

تعريف العلاج المعرفي السلوكي :

فوائد العلاج المعرفي السلوكي

العلاج المعرفي السلوكي بين الكفاءة والفعالية

العلاج المعرفي السلوكي ومنهج الواقعية الناقدة

أنواع العلاج المعرفي السلوكي



تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy - CBT) هو نوع من العلاج النفسي الذي يهدف إلى مساعدة الأشخاص في التعرف على الأفكار والمعتقدات السلبية أو غير المفيدة وتغييرها. ويعتمد هذا العلاج على فكرة أن الأفكار تؤثر على المشاعر والسلوك، وأن تغيير هذه الأفكار السلبية يمكن أن يؤدي إلى تحسين المشاعر والسلوكيات.

والعلاج المعرفي السلوكي هو نوع من العلاجات النفسية التي تهدف إلى تحسين الصحة العقلية والانفعالية للأفراد من خلال تحدي وتغيير التفكير والسلوك غير المفيد أو الضار.

ويعتمد هذا النوع من العلاج على فكرة أن المشاعر والأفعال لا تنشأ من الأحداث بحد ذاتها، بل من تفسيراتنا ومفاهيمنا ومشاعرنا تجاه هذه الأحداث. وبالتالي، إذا تمكنا من تغيير هذه التفسيرات والمعاني، فإننا نستطيع تغيير مشاعرنا وأفعالنا.

والعلاج المعرفي السلوكي طريقة علاجية تستخدم مجموعة من التقنيات والاستراتيجيات التي تساعد الأفراد على التعرف على التشوهات المعرفية (cognitive distortions) أو الأفكار السلبية (negative thoughts) التي تؤثر على حالتهم النفسية، وتحديد هذه الأفكار السلبية بطريقة موضوعية بأدلة وحقائق، والعمل على إيجاد أفكار بديلة إيجابية وواقعية.

و تستخدم هذه الطريقة العلاجية تمارين سلوكية (behavioral exercises) تهدف إلى تغيير السلوكيات غير المناسبة أو المضرّة، مثل التجنب أو التصرف بشكل متهور أو مضطرب، وتبديلها بسلوكيات إيجابية.

العلاج المعرفي السلوكي يعتمد اعتماداً أساسياً على عقد جلسات يتمكن المعالج في خلالها من تكوين صورة متكاملة عن المُعالج ونمط تفكيره وتصوراتهِ وبعض عاداتهِ وما يواجهه من مصاعب حياتيه ومشكلات نفسية أو وظيفية أو غيره من المشكلات، وبمجرد رصد وتحرير تلك المشكلات يقوم المُعالج بتصميم برنامج تعليمي تكيفي قائم على إكساب المعارف والخبرات الضرورية التي تمكن المُعالج من التأهيل والتكيف والاندماج الحياتي والوظيفي ومواجهة التحديات والصعوبات

وببساطة شديدة، فالعلاج المعرفي السلوكي عبارة عن عملية فحص للأفكار وتحليل للسلوك ويتضمن صيغة مدججة لعدة فنيات معرفية وسلوكية وأخرى وجدانية تم بنائها على أساس

١- معرفي

٢- سلوكي

٣- انفعالي.

وهذا يقوم العلاج المعرفي السلوكي على وجود علاقة علاجية تعاونية (صادقة ذات شفافية) بين المُعالِج والمُعالَج، يتضح فيها المسؤولية الشخصية للمريض عن أفكاره ومعتقداته وتصوراته التي تُسبب الاضطراب (الاختلال الوظيفي) وبنفس القدر ونفس المنطق تكون المسؤولية واضحة في التغيير والتعافي والعلاج واستبدال الأفكار الرديئة أو المشوشة بأفكار إيجابية سليمة.

وهذا يتم عن طريق الإقناع التدريبي والتعليمي بفنياته المتعددة والمتدرجة وفيه أيضاً يلتزم المُعالِج التزاماً شخصياً بالعلاج وفق خطة علاجية واضحة وتنفيذ الأدوار والمهام المطلوبة منه.

ونجاح ذلك متوقف على وضوح العلاقة بين الأفكار المشوهة والاعتقادات اللا عقلانية وما يترتب عليها من أفكار وقناعات سلبية أو اضطرابات تؤثر على الأداء الوظيفي والحياتي، وتلك القناعات تنشأ عن طريق عملية تعليم في سياق علاقة علاجية تدريبية قوية.

ويذهب البعض في تعريف العلاج المعرفي السلوكي إلى منحي آخر حيث يعتبرون أن العلاج المعرفي السلوكي هو اسم لمجموعة من العلاجات التي تعتمد على الكلام، وهو ليس علاجاً منفرداً. وغالباً ما يعتمد النهج الأفضل في هذا العلاج على شخصيتك والتحديات التي تواجهها.

❦ فوائد العلاج المعرفي السلوكي

مع أن فكرة العلاج المعرفي السلوكي فكرة قديمة كما ذكرنا سابقاً إلا أن المجتمعات العربية تتعامل معها على أنها طريقة علاجية مستحدثة وهذا التعامل له دور في غياب مميزات وفوائد هذا العلاج حيث

يمكن الاستعانة به كعلاج قصير المدى، لمساعدة الأفراد على تعلم التركيز على الأفكار الحالية وكشف الأفكار غير السليمة، كما أنه يعد من أفضل الطرق العلاجية النفسية السريعة، حيث يساعد العلاج المعرفي السلوكي على التكيف مع الحياة وتحديد التحديات وكيفية التعامل بها بطريقة صحيحة،

وعلى سبيل التفصيل فالعلاج المعرفي السلوكي يفيد في الأمور الآتية:

محاولة فهم والتحكم في أعراض المرض العقلي:

- طرق الوقاية من الانتكاس العقلي مرة أخرى.
- علاج الأمراض العقلية عند فشل الحلول الدوائية.
- تعلم كيفية السيطرة على المشاعر.
- طرق التعامل مع الأحزان.
- طرق التعامل مع الإحباط والشعور بالخيبة.
- طرق التكيف مع ضغوطات الحياة.

- التغلب على الإساءات العاطفية المتصلة بالعنف.
 - ومن أهم الاضطرابات التي يعالجها أيضاً:
 - الاكتئاب.
 - اضطرابات القلق.
 - الرهاب.
 - اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).
 - اضطرابات النوم.
 - اضطراب الشهية.
 - اضطراب الوسواس القهري (OCD).
 - الإدمان.
 - الاضطرابات ثنائية القطب.
 - فصام الشخصية.
 - الاضطرابات الجنسية.
- بالإضافة إلى الحالات الأخرى التي يساعد العلاج النفسي على حلّها منها:
- الألم المزمن أو ألم الأمراض الخطيرة.

- الطلاق أو الانفصال.
- الحزن.
- الأرق.
- تدني احترام الذات.
- مشكلات العلاقات.
- إدارة التعب والإرهاق.



❦ العلاج المعرفي السلوكي بين الكفاءة والفعالية:

كفاءة عملية المعالجة المعرفية السلوكية ترتبط بأوقات وظروف التدخل العلاجي الأفضل والأكثر إمكانية أو التي يمكن اعتبارها ظروف مثالية، أما فعالية عملية المعالجة المعرفية السلوكية فترتبط أكثر بالواقع العملي والحياة العملية وما يتعلق بها من تأثيرات التي يعيشها المُعالَج، وكلاهما يتأثر بمدى القبول والالتزام الذي يُظهره المُعالَج، وقد أظهرت البحوث المتخصصة كثير من التباين في تجارب كل من الكفاءة والفعالية،

فبحوث الكفاءة تركز على ما يعرف بالصلاحيّة الداخلية وعلى تأهيل المعالجين لمستوى محدد من الأداء وتستخدم عينات بحثية نشطة تعاني من مشكلة محددة يكون المعالجون خبراء في علاج هذه المشكلة بالذات. وقد

تختلف الموارد المتاحة أيضاً، تهدف تجربة الكفاءة إلى تقييم تأثير العلاج في ظل الظروف المثالية؛ ومن ثم تُقدّم الجرعة القصوى من العلاج إلى المرضى من قبل معالجين مدربين تدريباً عالياً وخاضعين للإشراف.

أما بحوث الفعالية فتركيزها على ما يعرف بالصلاحية الخارجية وتستخدم عينات بطريقة روتينية وإن اختلفت جوانب التدخل، يرى المعالجون عادةً مجموعةً واسعة من الأعراض لدى المرضى، تسعى تجارب الفعالية إلى تقييم كيفية عمل العلاج في الممارسة الروتينية؛ حيث ستكون هناك قيود على الموارد؛ لذلك قد يكون المعالجون أقل خبرةً في هذا التدخل بالذات، وقد تكون جرعة العلاج أقل، وقد يكون العبء على المعالجين فيما يخص عدد الحالات أعلى.

❦ العلاج المعرفي السلوكي ومنهج الواقعية الناقدة

تطورت نظريات وتطبيقات العلاج المعرفي السلوكي في اتباعها المنهج العلمي التطبيقي، ثم اتباع الإيجابية المنطقية وصولاً إلى اتباع الواقعية الناقدة Critical في تناول الاضطرابات، حيث يتم التركيز على نظريات التقييم الناقد التي تُكسب الفرد القدرة على نقد وتفنيد لأفكاره وقناعاته وما يتعرض له، بدلاً من أن يبذل مجهود في محاولة إثبات صحه وسلامة قناعاته واعتقاداته، ومنحى الواقعية الناقدة تُعد مرادفاً للمنهج العلمي الذي يركز على:

١- المراجعة المستمرة للنظريات والتصورات وتقييم مدى ملاءمتها للمستحدثات.

٢- استخدام المنطق وبحث مدى اتساق التصورات والنظريات مع الثوابت أو مع النظريات الأحدث.

٣- الابتعاد عن المثالية والجمود والتحلي بالمرونة والمعاصرة.

واتباع هذه الخطوات توفر للفرد سلامة نفسية وقدرة على تجاوز مشكلات عديدة

وخاصة إذا تم التدريب على تطبيق هذا النهج (الواقعية الناقدة والخطوات الثلاثة التي يركز عليها المنهج العلمي) واتباع القواعد الأساسية للصحة النفسية التي تركز على المرونة والتفتح الذهني والتفكير البديل *alternative thinking*

وهذا يتطلب من الفرد استيعاب ثلاث خطوات معرفية هامة:

الأولى: المعارف الباردة، فحينما يصف الفرد الشيء بأنه غير مناسب فيكون هذا الوصف عبارة عن معلومة باردة. الثانية: المعارف الدافئة، فحينما يقيّم الفرد الشيء بتأني ثم يكون خياره أنه لا يجب هذا الشيء غير المناسب فهذا القرار يُعد معلومة دافئة.

الثالثة: المعارف الساخنة، فحينما يتجاوز الفرد تقييم الشيء وإبداء رأيه إلى أن يقرر الفرد التخلص من هذا الشيء وما يشبهه، وخطوة المعارف

الساخنة تُعد نقطة انطلاق في برنامج العلاج حيث يتم تحويل المعارف الساخنة الى معارف تفضيلية دافئة وقد يتعرض الفرد لمشكلة في أثناء عملية تحويل المعارف الساخنة الى معارف تفضيلية دافئة عقلانية، فقد يضيف الفرد إلى هذه المعارف عبارات تصنف على أنها لا عقلانية، وبذلك يعرض نفسه للاضطراب، والفرد يمكن مراجعة قناعاته وأفكاره اللا عقلانية وتصحيحها بدعم ذاتي، وتبني فنيات (استراتيجيات علاجية) مثل ترديد عبارات إيجابية مُحفزة واتباع أساليب سلوكية وانهالية مثل استخدام جمل المواجهة (تحقيق الأثر E)، واستخدام أسلوب النقد الذاتي وتدوين العيوب وترديدها ونمذجة السلوك، وممارسة الاسترخاء، وتعلم تنفيذ القناعات، والقيام بالواجبات المنزلية، وخوض تجارب تدريبية وممارسة رياضة ذهنية كالتخيل العقلائي والانهالي الذي يساعد على التخلص من المشاعر السلبية، وممارسة الحوار الذاتي (كلام مع النفس بمنهجية علاجية) self dialogue، حيث يتم تسجيل القناعات والاعتقادات اللا عقلانية، ثم يتم تسجيل مناقشة وتنفيذ هذه القناعات، ويتم الاستماع لهذه التسجيلات بصورة متكررة، ويشترك في الاستماع آخرون والتدرب على مواجهة الخجل والتدرب على النظر المتوازن للأشياء، فالأشياء السلبية أو المزعجة تتضمن قطعاً أشياء إيجابية، والتدرب على هذا يكون أيسر بإتقان فنيات استراتيجية لعب الأدوار وكذلك تعلم كيف يتم تطوير العلاقات الشخصية وخاصة الأسرية، على أن هذه الفنيات (استراتيجيات علاجية) وحدها لا تفي بالغرض، فلا بد أن يصاحب ذلك استخدام فنيات سلوكية (استراتيجيات

علاج سلوكي) أكثر دقة كفقد الحساسية المنظم والتعريض ومنع الاستجابة والتعزيز وإكساب المهارات الحياتية كمهارة حل المشكلات والمهارات الاجتماعية والمهارات المهنية.

أنواع العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي كأى علاج نفسي يتطور بالممارسة والدراسات التجريبية والبحوث الأكاديمية النظرية والاستفادة من العلوم الأخرى والتطورات الهائلة في عالم الذكاء الاصطناعي كل ذلك ساهم في توفير فرص تطور واستحداث مجموعة من التقنيات والأساليب المتنوعة، التي طورت التعامل مع الأفكار والعواطف والسلوكيات، فكان منها هذه الأنواع:

١- العلاج المعرفي CBT:

وهو الذي يركز على تحديد وتغيير أنماط التفكير، والاستجابات العاطفية والسلوكيات غير الدقيقة أو المشوهة.

٢- العلاج السلوكي الجدلي DBT:

وهو الذي يجمع ما بين علاج الأفكار والسلوكيات المدمرة أو المزعجة، واستخدام استراتيجيات العلاج مثل التنظيم العاطفي واليقظة.

٣- العلاج متعدد الوسائط MMT:

يعني علاج المشكلات النفسية عبر معالجة سبعة أمور مترابطة بها، وهم: السلوك، الأفكار، المشاعر، التأثير، الصورة، الإدراك، العوامل الشخصية، الجانب البيولوجي أو الدوائي.

٤- العلاج السلوكي الانفعالي العقلاني REBT:

وهو الذي يتم من خلال تحديد المعتقدات غير العقلانية، وتحدي هذه المعتقدات بشكل فعال، ثم تعلم كيفية التعرف على أنماط التفكير هذه وتغييرها.

٥- العلاج المعرفي السلوكي للمساعدة الذاتية:

بالنسبة إلى العلاج المعرفي السلوكي للمساعدة الذاتية، يقوم على اعتماد المريض على ذاته عن طرق استخدام كتابًا، أو برنامجًا عبر الإنترنت، أو تطبيقًا. ويعني هذا ضرورة التحفيز للقيام بالواجب المنزلي. ومن المرجح أكثر أن ينجح العلاج المعرفي السلوكي للمساعدة الذاتية إذا حصلت أيضًا على الدعم من متخصص. ويُطلق على ذلك "المساعدة الذاتية الموجهة"، ويمكن تقديمها عبر الهاتف، أو البريد الإلكتروني، أو الإنترنت.

٦- العلاج المعرفي السلوكي المرتكز على المدركات الإسلامية (القرآن

والسنة) CBTIQ S طريقة علاجية إدراكية تركز على مفهوم ووظيفة كل من العقل والنفس والروح وفهم التوجيهات القرآنية والنبوية في السلوك البشري نحو الحياة والعلاقات والذات والعادات والتغيير واستيعاب ما

ورد صحيحًا في أثر بعض السور والآيات في الاستشفاء.

٧- العلاج المعرفي السلوكي الموجز BCBT هو شكل من أشكال العلاج المعرفي السلوكي تم تطويره للحالات التي توجد فيها قيود زمنية على جلسات العلاج. يتم إجراء العلاج المعرفي السلوكي الموجز على مدار جلستين يمكن أن تستمر حتى ١٢ ساعة متراكمة حسب التصميم.

٨- العلاج المعرفي السلوكي المغناطيسي المرتكز على اليقظة الذهنية MCBT فكرته وافدة من شرق آسيا متأثرة بالبوذية وما يشبهها من طقوس وهو صورة من صور الممارسات العلاجية، القائمة على جلسات تأملية ويقظة كاملة هو شكل من أشكال العلاج المعرفي السلوكي يركز على الوعي في نهج انعكاسي مع معالجة الميول اللا واعية. إنها العملية التي تحتوي أساسًا على ثلاث مراحل يتم استخدامها لتحقيق الأهداف المرجوة.

٩- العلاج المعرفي السلوكي بالإعطاء عن طريق التطبيقات الذكية AI

أيضًا. العلاج المعرفي السلوكي بمساعدة الكمبيوتر (CCBT):

وهو تطوير جديد لتقديم معالجة معرفية سلوكية رقمية أو ذكية باستخدام تطبيقات الهاتف المحمول أو تطبيقات الهاتف الذكي لتقديم المساعدة الذاتية أو العلاج المعرفي السلوكي الموجه. تعمل شركات التكنولوجيا على تطوير تطبيقات روبوت محادثة: chatbot للذكاء الاصطناعي تعتمد على الهاتف المحمول في تقديم العلاج المعرفي السلوكي

كيتدخل مبكر لدعم الصحة العقلية، وبناء المرونة النفسية وتعزيز الرفاهية العاطفية، يتمتع تطبيق المحادثة النصية المستند إلى الذكاء الاصطناعي (AI) والذي يتم تقديمه بشكل آمن وخاص عبر أجهزة الهواتف الذكية بالقدرة على التوسع عالمياً وتقديم دعم سياقي ومتاح دائماً. يجري البحث النشط بما في ذلك دراسات بيانات العالم الواقعي التي تقيس فعالية ومشاركة تطبيقات روبوت الدردشة على الهواتف الذكية القائمة على النصوص لتقديم العلاج المعرفي السلوكي باستخدام واجهة محادثة قائمة على النص. يستدعي العلاج السلوكي المعرفي بمساعدة الكمبيوتر (CCBT) وتطبيقات الصحة العقلية المتنقلة التطوير المستمر والجهود المستمرة لزيادة القبول بين المرضى والمعالجين.

«إن الأدلة على فعالية وكفاءة CCBT كافية لتبرير الانتشار على نطاق أوسع في الممارسة السريرية». بالإضافة إلى ذلك، فإن بعض تطبيقات الصحة العقلية فعالة في تقليل أعراض القلق و/ أو الاكتئاب، على الأقل في أثناء الاستخدام على المدى القصير.

التمييز بين نوعي التكنولوجيا:

يعرف المراجعون CCBT بأنه «أداة رقمية مع سلسلة من تفاعلات المستخدم تهدف إلى تقديم برنامج من طرق العلاج المعرفي السلوكي الأساسية لاضطراب». يشرحون أن معظم برامج CCBT تم تصميمها من قبل خبراء في العلاج المعرفي السلوكي، وتهدف إلى التوجيه أو الدعم من

قبل المعالجين، وإعطاء أولوية عالية لسرية المريض وسلامته.

تتمثل المزايا الرئيسية لـ CCBT في قدرتها الموثقة على تقليل مقدار الوقت والجهد المطلوبين من المعالجين بشكل كبير مع جعل العلاج أقل تكلفة وأكثر ملاءمة للمستخدمين. وقد يكون معدل التسرب أعلى مما كان عليه في الممارسة التقليدية،

وجدت المجموعة أن العديد من المراجعات المنهجية والتحليلات التلوية أبلغت عن أحجام تأثير متوسطة إلى كبيرة لـ CCBT المدعوم من قبل المتخصصين، في حين أن أحجام التأثير لـ CCBT غير الموجه أقل قوة.

على عكس CCBT، عادة ما توفر تطبيقات الصحة العقلية للجوال واحداً أو بعض أنشطة العلاج المعرفي السلوكي ولكن ليس برنامجاً علاجياً كاملاً لاضطراب. يقول المراجعون إن التطبيقات المطورة جيداً يمكن أن تكمل العلاجات الشخصية من خلال توفير تحديثات الحالة في الوقت الفعلي لمقدمي الخدمات، وإشراك المرضى بين الجلسات، وتخفيف الحواجز التي تحول دون الوصول. يمكنهم أيضاً مساعدة المرضى على ممارسة استراتيجيات ومهارات سلوكية جديدة خارج جلسات العلاج المنتظمة.

١٠- العلاج الجماعي المطور حديثاً على أساس العلاج المعرفي السلوكي:

واستحدث هذا النوع فكرة دمج الحياكة كتقنية علاجية في العملية العلاجية وقد ثبت أنه يسفر عن نتائج موثوقة وواعدة. إن أساس هذا

النهج الجديد للعلاج المعرفي السلوكي هو الفكرة التي يتم التأكيد عليها بشكل متكرر بأن نجاح العلاج يعتمد على دمج طريقة العلاج في الروتين الطبيعي للمرضى، ويُطلق على هذا النوع: العلاج المعرفي السلوكي القياسي المستند إلى المجموعة:

وفي هذه العملية العلاجية يجتمع المرضى مرة واحدة في الأسبوع في مجموعة من ١٠ إلى ١٥ مريضاً ويتناسكون معاً بتوجيه من المعالج، ويركز العلاج على القدرة التخيلية للمريض على تخصيص كل جزء من القماش لفكرة معينة. في أثناء العلاج، يتم حياكة القماش بعناية، مما يخلق قطعة محبوكة من أي شكل. هذه العملية العلاجية تعلم المريض أن ينسجم مع الفكر بشكل هادف، من خلال (جسدياً) إنشاء قطعة منسوجة متماسكة. علاوة على ذلك، نظراً لأن العلاج المعرفي السلوكي يؤكد على السلوك نتيجة للإدراك، فإن الحياكة توضح كيف تتجسد الأفكار (التي يُحاول أن تكون خيالية محكومة بالقماش) في الواقع المحيط.

١١- العلاج المعرفي السلوكي الأخلاقي:

وهو نوع من العلاج المعرفي السلوكي لإعادة تأهيل ومساعدة المجرمين في التغلب على اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ASPD، يقلل بشكل طفيف من خطر حدوث المزيد من الإساءة. يتم تنفيذه بشكل عام في شكل جماعي بسبب خطر إعطاء الجناة المصابين باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع علاجاً فردياً يعزز الخصائص السلوكية النرجسية،

ويمكن استخدامه في أماكن الإصلاح أو العيادات الخارجية. عادة ما تجتمع المجموعات أسبوعياً لمدة شهرين إلى ستة أشهر.

١٢- العلاج السلوكي المعرفي المنظم SCBT هو عملية قائمة على الإدراك مستمدة بشكل كبير من العلاج المعرفي السلوكي ويؤكد هذا النوع أن السلوك يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمعتقدات والأفكار والعواطف ويختلف عن العلاج المعرفي السلوكي بطريقتين:

أولاً، يتم التدريب السلوكي المعرفي المنظم بتنسيق صارم للغاية.

ثانياً، إن التدريب السلوكي المعرفي المنظم هو عملية تدريب محددة مسبقاً ومحدودة يتم تخصيصها من خلال مدخلات المشارك. تم تصميمه بقصد إحضار المشارك إلى نتيجة محددة في فترة زمنية محددة.

وقد تم استخدام هذا النوع في تحدي السلوك الإدماني، خاصة مع مواد مثل التبغ الكحول والطعام، وقد تم استخدامه أيضاً في مجال علم النفس الجنائي في محاولة للحد من العودة إلى الإجرام.

١٣- العلاج المعرفي السلوكي العاطفي CBT

هو شكل من أشكال العلاج المعرفي السلوكي تم تطويره في البداية للأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل ولكنه يستخدم الآن مع مجموعة من المشكلات بما في ذلك القلق والاكتئاب واضطراب الوسواس القهري OCD واضطراب ما بعد الصدمة النفسية PTSD ومشكلات

الغضب. فهو يجمع بين جوانب العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي الجدلي ويهدف إلى تحسين فهم العواطف وتحملها من أجل تسهيل العملية العلاجية. وكثيراً ما يستخدم «كعلاج مسبق» لإعداد الأفراد وتجهيزهم بشكل أفضل للعلاج على المدى الطويل.

١٤- العلاج المعرفي السلوكي النموذجي:

ويعتمد على جلسات وجهاً لوجه بين المريض والمعالج، وتتألف من ٦-١٨ جلسة مدة كل منها حوالي ساعة مع فجوة من ١-٣ أسابيع بين الجلسات. قد يتبع هذا البرنامج بعض جلسات التعزيز، على سبيل المثال بعد شهر واحد أو ثلاثة أشهر وتعتمد ممارسة هذا النوع من العلاج المعرفي السلوكي على التواصل الفعال إذا قام المريض والمعالج بالكتابة في الوقت الفعلي لبعضهما البعض عبر روابط الكمبيوتر.

قد يبدو أن كل نوع من العلاج السلوكي المعرفي يتخذ أسلوباً مختلفاً، لكنهم جميعاً يعملوا على معالجة أنماط التفكير الأساسية، التي تساهم في الاضطراب النفسي.



الفصل الثالث

الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي

الاتجاهات المعاصرة في العلاج المعرفي السلوكي

الميثاق العشري للعلاج المعرفي السلوكي



❦ الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:

الأسس النظرية لاي نهج علاجي يُنظر إليها على أنها المرجعية العلمية التي ينطلق منها النهج العلاجي بمبادئه وقواعده وفنياته ويستند إليها في إشكالياته وتساؤلاته وفروضه، وقد استند العلاج المعرفي السلوكي إلى المنحى السلوكي أو النظرية السلوكية كما استند أيضًا إلى النظرية المعرفية وكذلك أاستند إلى فكرة ومبادئ التعلم والتكيف الاجتماعي وكذا المشاعر والانفعالات، وكل ذلك شكل دمجًا فريدًا لمجموعة من الأسس والمنطلقات النظرية المرجعية للنهج العلاجي وهي في مجملها ومضمونها تمثل عناصر ومكونات محورية في المرجعية الإسلامية لعلم النفس بوجه عام والعلاج المعرفي السلوكي بوجه خاص ولعل ما كتبه عبد الكريم محمود العثمان في كتابه (الدراسات النفسية عند المسلمين والغزالي بوجه خاص) وهي في الأصل أطروحته لنيل درجة الماجستير (١٩٨٠م) وقد سبقه في ذلك العلامة محمد عثمان نجاتي (١٩٤٨) في كتابه (الإدراك الحسي عند بن سينا)، يقول المؤلف إن مصطلح علم النفس الحديث ظهر في القرن التاسع عشر في سياق ما قبل الحداثة، وهو يشير إلى دراسة العقل والسلوك البشري، بينما يشير مصطلح «العقل» إلى العقل والوعي البشري. لكن علم النفس (الإسلامي) الذي ظهر قبل ذلك بقرون لم يتعامل مع العقل فقط، بل كتب العلماء المسلمون الأوائل كثيرا عن علم النفس البشري، مستخدمين مصطلح النفس (النفس أو الروح) للإشارة إلى الشخصية

الفردية ومصطلح الفطرة (الطبيعة) للدلالة على الطبيعة البشرية. ويشير علم النفس (الإسلامي) بحسب الكاتب إلى « دراسة النفس وهو يرتبط بعلم النفس والطب النفسي وعلوم الأعصاب ». ويعرف العلاج النفسي في الطب (الإسلامي) ببساطة بكون دراسة المرض النفسي حيث يتعامل مع علاج الأفكار والروح والعقل. وتمت الإشارة إلى الطبيب النفسي باسم الطبيب الروحاني أو طبيب القلب، بحسب الباحث فقد أولى الطب (الإسلامي) أهمية خاصة للصحة النفسية للإنسان، فتم بناء أول مستشفى للأمراض النفسية ومصحات الجنون في العالم الإسلامي في بغداد عام ٧٠٥، ثم في مدينة فاس بالمغرب في القرن الثامن، والقاهرة عام ٨٠٠، ودمشق وحلب عام ١٢٧٠. وكانت أكثر السمات المميزة للعلاج النفسي عند الأطباء المسلمين في العصور الوسطى هي استخدام الملاحظات السريرية للمرضى النفسيين، مما أدى إلى توفير تطبيقات رائدة في العلاج الأخلاقي (المعرفي السلوكي)، والعلاج الدوائي، والعلاج بالموسيقى والعلاج الوظيفي. الأسس السلوكية:

حيث تؤكد النظرية السلوكية، وهي نظرية نفسية أسسها BF Skinner و John B. Watson (١٩١٣)، على أهمية السلوكيات (الظاهرة) التي يمكن ملاحظتها في فهم علم النفس البشري. وبالتالي يسهل فهم العلاج المعرفي السلوكي، ولهذه الأسس السلوكية دورًا حاسمًا في تحديد وتعديل السلوكيات غير القابلة للتكيف التي تساهم في حدوث خلل نفسي.

فمن هذه الأسس السلوكية: الدوافع، وكذلك العادة والإرادة.

و بمفهوم السلوك أو النشاط الواعي الصادر من إنسان عاقل بمحض إرادته ومطلق اختياره أن يكون له غاية وله دافع وقابل للحمد أو الذم (بخلاف السلوك اللا إرادي)، أي أن السلوك له دوافع وبواعث، وغايات وأهداف، ويمكن تغييره وتحسينه بتعديل الدوافع وإعادة توجيه الغايات والأهداف.

مفاهيم ضرورية في النظرية السلوكية:

مفهوم التكييف التقليدي:

وهو مفهوم قدمه إيفان بافلوف، إلا أن بعض السلوكيات والاستجابات العاطفية يتم تعلمها من خلال الارتباطات. في العلاج المعرفي السلوكي يعمل المعالج مع العميل على تحديد المحفزات التي تساهم في المشاعر السلبية والأنماط السلوكية ومن خلال فهم هذه الروابط، يمكن للأفراد تطوير استراتيجيات لإدارة وتعديل سلوكهم.

مفهوم التكييف الفعال:

التكييف الفعال، مفهوم رئيس آخر في السلوكية، يركز على عواقب السلوكيات. وفقاً لهذه النظرية، تميل السلوكيات التي يتم تعزيزها إلى التكرار، بينما تقل احتمالية حدوث السلوكيات ذات العواقب السلبية. يستخدم العلاج المعرفي السلوكي مبادئ تكييف فعالة لتعزيز السلوكيات الإيجابية وإخماد تلك غير القادرة على التكيف.

الأسس المعرفية:

دور الأفكار والمعارف في العلاج المعرفي السلوكي:

تشير النظرية المعرفية، كما تصورها آرون تي بيك وكما هو راسخ في النهج الإسلامي، إلى أن أفكارنا ومعتقداتنا تؤثر بشكل كبير على عواطفنا وسلوكياتنا. يعترف العلاج السلوكي المعرفي بقوة العمليات المعرفية ويهدف إلى تحديد وتحدي أنماط التفكير السلبية والعمل على تغييرها. مفاهيم ضرورية في النظرية المعرفية:

التشوهات المعرفية:

التشوهات المعرفية هي أفكار غير منطقية وغير دقيقة أو مغلوطة تساهم غالبًا في المشاعر والسلوكيات السلبية. تتضمن أمثلة التشوهات المعرفية: التفكير الكل أو لا شيء والتعميم المفرط والتحويل.

ويساعد العلاج المعرفي السلوكي الأفراد على إدراك هذه التشوهات وتطوير أنماط تفكير أكثر توازنًا وواقعية.

إعادة الهيكلة المعرفية:

تتضمن إعادة الهيكلة المعرفية تحدي الأفكار والمعتقدات غير العقلانية أو المشوهة وتعديلها عن طريق تقنيات وأنشطة متخصصة في خلال جلسات العلاج المعرفي السلوكي، وأيضًا يتعلم الأفراد التعرف على الأفكار التلقائية السلبية واستبدالها بأفكار أكثر تكييفًا وعقلانية. وتمكن عملية إعادة الهيكلة

الأفراد من تطوير وجهات نظر لتكون أكثر صحة وملائمة والتعامل مع التحديات بشكل أكثر فعالية.

التعلم الاجتماعي: يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على التعلم والتدريب كأساس وكعنصر مهم في برامج العلاج المعرفي السلوكي حيث يتم في خلال الملاحظة والتفاعل مع الآخرين. فالأفراد يمكنهم تعلم سلوكيات جديدة من خلال ملاحظة سلوكيات الآخرين وتلقي التغذية الراجعة.

النظرية البيولوجية النفسية:

نظرية تأخذ في الاعتبار التأثيرات البيولوجية على السلوك والعواطف، مثل الوراثة والكيمياء الدماغية.

وتُعد هذه النظرية إحدى الأسس التي يمكن أن تؤثر في نهج العلاج المعرفي السلوكي لما للعوامل البيولوجية من التأثير الواضح على الدوافع والعادات السلوكية.

تكامل الأسس والمرجعيات في العلاج المعرفي السلوكي:

يُدمج العلاج المعرفي السلوكي بين مبادئ النظرية السلوكية والنظرية المعرفية والمرجعية الإسلامية والنظرية البيولوجية والتعلم الاجتماعي لتوفير إطار شامل قائم على الإدراك، لفهم الصعوبات النفسية وعلاجها ويتضمن هذا الإطار - على سبيل المثال وليس الحصر:

- العلاج الانفعالي العقلاني (REBT)

والعلاج المعرفي (CBT)

العلاج بالقبول والالتزام

العلاج السلوكي الجدلي

وعلاج الواقع / نظرية الاختيار

المعالجة المعرفية وإعادة المعالجة EMDR

العلاج متعدد الوسائط.

وذلك من خلال معالجة الأفكار والتصورات والسلوكيات، لئُمكن العلاج المعرفي السلوكي الأفراد من إجراء تغييرات إيجابية في حياتهم. ويمكننا القول إجمالاً إن هذه الأسس النظرية تعمل معاً لتوفير إطار شامل يساعد على فهم ومعالجة مجموعة الاضطرابات النفسية.

❦ الاتجاهات المُعاصرة في العلاج المعرفي السلوكي
الانفعالي

أسباب الاضطرابات الانفعالية ترجع الي مزيج من التأثيرات الحادثة من المعارف والأفكار والحالة المادية والحالة الاجتماعية بالإضافة الى الاستعداد الفطري غير معروف أن يحدث الاضطراب بسبب معرفي فقط أو يحدث

بسبب سلوكي فقط أو بسبب انفعالي فقط إنما تأكد إمكانية حدوثه بمزيج معقد من الأسباب الثلاثة وعلى هذا يمكن أن نستنتج إجابة

السؤال التالي: مَنْ المسؤول عن حالة الاضطراب؟

هذه المسؤولية يكون للفرد النصيب الأكبر منها حيث يكون الاضطراب هو خياره الشعوري أو اللاشعوري ومن ثم يمكنه تغيير أو إبطال هذا الاختيار لو أراد أو قرر ذلك عن طريق تحقيق الذات بالإنجاز أو الموافقة أو الراحة (أو النجاح والحب والراحة) كوضع حياتي طبيعي، أما إذا وضع هذه الخيارات (استراتيجيات) موضع التنفيذ الحاسم وحولها الى واجبات مُزَمَّنة (جدول زمني) فذلك قد يستدعي عودة حالة الاضطراب.

نموذج ABC وعلاج الاضطرابات: نموذج ABC ابتكره إيليس وهو عبارة عن تصور للعلاقات والتأثيرات لكل من الأفكار والمشاعر والسلوك.

ويقوم هذا التصور على افتراض ثلاثة مسارات أو مستويات ABC:

اعتبار وجود أنشطة وممارسات (مُحِبَّة) تحول دون وصول الفرد الى هدفه وهو النجاح والحب أو على الأقل تهدد هذا الهدف وهذا الاعتبار أفترض له خانة أو حقل أو فئة ووضع لها رمز: A.

ونتيجة للتفاعل مع هذه الأنشطة المحببة يتسلل الى وجدان الفرد نوع من مشاعر القلق والإحباط والاكتئاب وما يصاحب تلك المشاعر من سلوك مضطرب كالانسحاب أو الاندفاع وأفترض لتلك النتائج خانة أو

حقل أو فئة ووضع لها رمز: Cs) C نتائج ثانوية مدمرة).

ولأن سلوك الفرد يصدر وفق قناعاته واعتقاداته، افترض لنلك الاعتقادات والقناعات خانة أو حقل أو فئة ووضع لها رمز B.

وهذه الاعتقادات والقناعات تنقسم إلى: اعتقادات وقناعات عقلانية يصدر عنها خيارات ووضع لها رمز: rBs واعتقادات وقناعات لا عقلانية يصدر عنها تصورات مثالية رافضة للواقع ووضع لها رمز iBs.

وبناء على ما سبق يتضح أن الاضطرابات سببها المباشر أنشطة وممارسات يصاحبها انفعالات (في الماضي أو الحاضر) استحوذت على مساحة من الإدراك والتفكير والإرساء (A) يصاحبه انفعالات تتكرر فتصبح قناعات واعتقادات (B) يمكن أن تكون عقلانية (rBs) أو لا عقلانية (iBs) ومن ثم يصدر عنها سلوك طبيعي أو سلوك مضطرب وهو ما عرف بالنتائج (C) أو نتائج استثنائية (Cs).

وتطور تأثير الأنشطة والانفعالات (A) المصاحبة وتحولها إلى اعتقاد واقتناع (B) يصدر عنه سلوك ((C) نتائج، وهذا يحدث مع الفرد الواحد كما يمكن أن يحدث بين فردين أو أكثر.

وقد كشفت تطبيقات نموذج إليس ABC عن تفرد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي بالتمييز بين معايير الفرد وأهدافه وقيمه وبين ما يطمح

الفرد في تحقيقه من هذه المعايير والأهداف والقيم أو ما يمكن أن نطلق عليه سقف طموحات وتوقعات الأفراد وتأثره بالتنشئة الاجتماعية التي يكتسب الفرد من خلالها معايير الحلال والحرام والحسن والقبح وغيره من المعايير والقيم كما يكتسب صناعة الأهداف الشخصية كما يكتسب القدرة على الاختيار والتفضيل والتمييز بينها وبين الواجبات المطلقة أو المشروطة. وكشفت أيضاً عن تصنيف فئات الأفكار والقناعات اللا عقلانية حيث تُصنف في ثلاث فئات:

الأولى: تتعلق بالذات كأن يتصور الفرد أنه يجب أن يكون شخصاً مثالياً في كل شيء.

الثانية: تتعلق بالآخرين كأن يتصور الفرد أن الآخرين يجب أن يكونوا منصفين وذوي ذوق رفيع.

الثالثة: بالظروف والبيئة كأن يتصور الفرد أن ظروفه المعيشية والاجتماعية يجب أن تكون مريحة ومناسبة لطموحه.

وقد اتفقت الاتجاهات المعاصرة في العلاج المعرفي السلوكي على اعتبار هذه الأفكار اللا عقلانية السبب الرئيس في الاضطرابات، كما أن الاستنتاجات غير العقلانية تسبب أيضاً اضطرابات، لذا تعتبر أولى خطوات العلاج هي تعليم الفرد كيف يُفند ويُسقط هذه الاستنتاجات.

ومن أمثلة هذه الاستنتاجات المُسممة ما يمارسه الفرد تجاه ذاته حينما يفشل في تحقيق إنجاز ما حيث يقوم بعزو (نسبة) ما حدث الى ضعف وقصور ذاتي يؤدي الى اضطراب الأنا ego disturbance الذي يمكن أن يتنامى بنمو الاتجاه السلبي نحو الذات وضعف القدرة على مواجهة الإحباط والمشكلات العصابية والخوف المرضي.

❦ الميثاق العشري للعلاج المعرفي السلوكي:

إن تطبيق العلاج المعرفي السلوكي وممارسته لفترة ليست بالقصيرة مع فئات متنوعة تُكسب الممارس خبرات كثيرة تصقلها الدراسات والبحوث الأكاديمية فتأكد نجاعتها فتتحول إلى حزم من التوصيات ثم قواعد وتعليمات مهنية ثم تكون ميثاقاً يلتزم به أخلاقياً ومهنيّاً كل ممارس للعلاج المعرفي السلوكي.

وهذه هي البنود العشرة للميثاق:

أولاً: الالتزام بالنموذج المعرفي لتفسير الاضطرابات الانفعالية:-

وملخص تفسير هذا النموذج:

أن حالات الاضطراب سببها طبيعة وأسلوب تفكير الأفراد إزاء الأشياء، والإحداث.

وأن الاضطراب ينتج بسبب التقييم الخاطئ أو المختل وظيفيًا للمواقف.
 وأن مواجهة هذا الاضطراب بإجراء تغيير جذري في عقولنا، وأساليب تفكيرنا. ومعالجة التشوهات الفكرية،
 وأن التمييز الدقيق بين الإدراك، والانفعال، والسلوك، والاستجابات
 الفسيولوجية ضرورة علاجية،
 وأن شرح وتوضيح ذلك وتكراره ضرورة علاجية،
 وأن جميع المشكلات الانفعالية تقع ضمن الحزم أو الفئات العامة الآتية
 وهي:

القلق، والاكتئاب، والغضب، والسرور، والمتعة.
 وأن مصداقية المعالجة ترجع أو تقوم على الحس المشترك "Common Sense" المتمثل في الرؤية المشتركة لكل من المريض، والمعالج للأفكار،
 والمشاعر، والسلوكيات المضطربة.

ثانيًا: الالتزام بالإيجاز والخطة والوقت:-

ويقصد بالإيجاز والخطة والوقت أن الموضوعات المستهدفة في عملية
 المعالجة محددة موضوعيًا ومعالجتها محدده زمنيًا، فأى برنامج علاجي
 تتراوح عدد جلساته من خمس جلسات إلى عشرين جلسة، ومدة كل جلسة
 من خمس وأربعين دقيقة إلى ساعة، وبناء الخطة العلاجية أو الاستراتيجية
 العلاجية محددة على النحو التالي:

١. أن تكون العملية العلاجية بسيطة:

والبساطة لا تعني الاختزال المخل، والابتسار بل تعني تقديم النظرية النفسية المعرفية للاضطرابات الانفعالية بصورة مبسطة مفهومة. فمن السهولة بمكان تعقيد مشكلات المرضى، ومن الصعب تبسيطها، والطبيعة الإنسانية تميل عمومًا إلى تعقيد المشكلات. فمن القواعد الجيدة التي يجب تذكرها:

"مهما كان تعقيد مشكلة المريض، فالمعالج يمتلك القدرة التي تجعله يعقدها أكثر أو يجعلها بسيطة وقابلة للحل".

٢. أن تكون العملية العلاجية محددة ومتناسكة:

فكلما زاد تحرير المفاهيم وتجريدها تعقدت التدخلات، وطالت مدة العلاج. والوصول إلى حالة التماسك من خلال الإبقاء على لغة تواصل جيدة بين المعالج، والمريض، وبدلاً من توصيف المرضى وفقاً لمفاهيم أكاديمية نظرية علمية (مثل: قلق، مكتئب...) فإن المعالج يمكن أن يستخدم مفاهيم أقل تجريداً، وأكثر تداولاً في سياق الخطاب اليومي للناس مثل خائف، حزين، غاضب... إلخ.

٣. أن يكون التقييم مستمرًا:

يتم الحصول على معظم المعلومات التي يحتاج إليها المعالج للقيام بالتدخل العلاجي السليم من خلال مقاييس التقييم، والملاحظة، وفي

العلاج المعرفي ليس هناك حاجة إلى الحصول على معلومات مוגلة في القدم عن الطفولة مثلاً. وفي معظم الاضطرابات الانفعالية (...) عند المستويات المتوسطة، لا يوجد ضرورة للتقييم الموسع، أو المتعمق.

٤. الانتباه والتوازن عند النقاش:

عند مناقشة الموضوعات التي تتصل بالمعتقدات الدينية والروحية أو الفلسفية (...) قد يفعل أو يختل توازن المريض وذلك في حالة تعلق هذه الموضوعات باهتمامات المريض الأساسية لأن ذلك يطيل، بل ويعقد العلاج. وإذا أصر المريض على مثل هذا الجدل، والمناقشات، فإنه ينبغي على المعالج أن يكون فطنًا وقادرًا على فهم، وإفهام المريض كيف أن هذه المناقشات تصرف الانتباه عن العمل الرئيس للعلاج.

٥. إجراءات ضبط الوقت:

يحتاج المعالج إلى البحث عن طرائق مثالية لتوظيف وقت العلاج بصورة فعالة. ومن بين الأساليب الفعالة وضع جدول أعمال والالتزام به في كل جلسة، وينبغي أن يكون وقت الجلسات مرناً، والعدد المتفق عليه للجلسات من مرة إلى مرتين أسبوعياً، ويكون مفيداً تغيير هذا النظام، ومن المفيد مع بعض المرضى التعاقد على عدد معين من الجلسات لإزالة مخاوفهم حول فكرة أن المعالج يريد إبقائهم تحت العلاج بصفة مستمرة. وهذا التعاقد يبلغ المريض رسالة ضمنية مفادها أنه يمكنه إدارة مشكلة اضطرابه بعد العلاج، ويمكن للتعاقد على عدد معين من الجلسات أن يمنع الإنهاء

المبكر للعلاج. فالإنهاء المبكر للجلسات يكون عادة بسبب فشل المريض في الحصول على الشعور بالراحة، أو عدم وجود مبرر لاضطرابه أو لرغبته في ترك الجلسة والمكان لأن (أعراضه) الحادة قد تناقصت أو اختفت.

٦. بناء مجموعة تدخلات معرفية موجزة:

يمكن للمعالج، من خلال الافتراض أن المريض يمكنه تعلم أساليب مواجهة إدارة قلقه، واكتئابه بسرعة، وأن يبنى تنبؤًا ذاتيًا حقيقيًا "Self-Fulfilling Prophecy". من خلال توفير نشرات مكتوبة، ووسائط سمعية، ومرئية لتوضيح استراتيجيات وأساليب المواجهة المراد تعلمها.

٧. إبقاء التركيز على المشكلات القابلة للإدارة:

حيث إن العلاج المعرفي محدد الوقت، فإن كثيرًا من مشكلات المرضى ستبقى بلا حل في نهاية العلاج. وعند انتهاء العلاج، ينبغي أن يكون المريض قد امتلك أدوات ومهارات سيكولوجية كافية، لتحديد وتشخيص مشكلاته، والوقوف على بدائل الحلول المتاحة بنفسه، وبمساعدة المعالج إن لزم الأمر.

ثالثًا: رسوخ العلاقة العلاجية:-

العلاقة العلاجية الراسخة شرط ضروري لفعالية أي علاج نفسي، وتبني العلاقة الفعالة من خلال:

١. الصراحة، والحرية في التعبير من قبل المريض "الشعور بحرية الكلام عن الأشياء التي ينجل الفرد من الكلام عنها للآخرين".

٢. ومن خلال التقبل غير المشروط من قبل المعالج للمريض.٣. ومن خلال معالجة مشكلة الاستقلالية، والاعتمادية.

ويجب على المعالج أن يفهم، ويفرق بين نوعين من المرضى، فالمريض الجاد، "المحافظ" يتطلب مدخلاً علاجياً وأسلوباً مختلفاً عن المريض "المنفتح".

ومنهجية العلاج الفعالة تتأتى من خلال بناء علاقة علاجية وثيقة على أساس الألفة، والثقة، والتقبل، والإجراءات العلاجية الملائمة وذلك بهدف مساعدة المريض على أن يتكلم بصراحة عن مخاوفه، وأحزانه. وكثيراً ما يتجنب المرضى الكلام عن أفكارهم، ومشاعرهم.

فقد أوضح أحدهم ذات مرة قائلاً: (لو تكلمت عما بداخلي فسيكون شكلي وحش وقد تفهمني خطأ).

وهذا يجعلنا نؤكد على أن جزء رئيسي من العلاج يتمثل في تشجيع المريض وطمأنته وأن بوحه هذا يُعد أمراً طبيعياً فضلاً عن كونه يقربنا من تحقيق أهدافنا العلاجية. إن المرضى الذين تعلموا مواجهة أفكارهم، وانفعالاتهم المضطربة، في العملية العلاجية كثيراً ما يرجعون جزءاً كبيراً من نجاحهم إلى العلاقة العلاجية الفعالة.

والعلاقة العلاجية الفعالة تعني نجاح الممارسة العلاجية، الذي يتأكد بعملية تقييم محايدة

ومن نماذج تقييم الممارسة العلاجية:

سؤل بعض المرضى بعد إتمام العلاج سؤالاً: ما الذي وجدته مساعداً في العملية العلاجية؟

فكانت كل الردود (الاستجابات) تدور نحو: "حماس المعالج واهتمامه الخاص نحوي، الشعور بحرية الكلام عن الأشياء التي كنت أخجل من الكلام عنها للآخرين (...)" .

ويجب على المعالج أن يبنى علاقة ألفة من خلال عدد من الوسائل مثل، الجدية، والإخلاص، والصدق، والفهم الدقيق الصادق لما يقوله المريض، ونقل هذا الفهم له، والتعبير عن الألفة المتحررة من التملك، والتعاطف. وينبغي على المعالج أيضاً أن يتخذ حلاً وسطاً في ذلك، ويجب عليه أن يعلم أن الشخص الذي يعاني من اضطرابات انفعالية كثيراً ما يسيء ترجمة، ويسيء فهم نوايا المعالج.

مثال ذلك: في إحدى الجلسات:

استخدم المعالج تقنية الدعابة في أثناء الحوار وطرح السؤال التالي: وأيضاً ماذا إذا؟

فكان رد فعل المريض هو: بدوت وكأنك تسخر مني! وأنتك تستخف باهتماماتي، وأموري.

في هذا الإرجاع السلبي يمكن للمعالج أن يصحح هذا التصور فوراً. ويتعلق أيضاً بالعلاقة العلاجية موضوع كيفية ممارسة العملية العلاجية مع ذوي السمة الاستقلالية أو الاعتمادية، فالذين يعانون من ضعف في كلا البعدين (الاستقلالية - الاعتمادية) في الغالب يكون لديهم قدره على إقامة علاقة عمل جيدة، ونادراً ما يكون هنالك مشكلة في العلاقة العلاجية فيمكن للشخص أن يتحمل كل من الألفة، والعمل بمفرده، ومستقلاً. ويجب أن يكون المعالج أكثر ألفة، وضبطاً لمشاعره تجاه المريض الاعتمادي الذي يكون أكثر تكيفاً مع العلاقة، وكثيراً ما يريد هؤلاء المرضى أن يكونوا هم المرضى المفضلون. وهنا يمكن للمعالج أن يعمل جيداً والتفكير بصوت عالٍ ويشارك المريض بعض أفكاره فور حدوثها.

والمريض الذي يتمتع بقدر كبير من الاستقلالية يتفاعل بطرائق مختلفة عن المريض الاعتمادي. فاستخدام ضمير المتكلم الجمعي "نحن" من قبل المعالج تعد بمنزلة عكس ما هو مطلوب، وهي نتاج للطرح من قبل المريض، والطرح المضاد "Counterproductive" من قبل المعالج وهذه التقنية في الطرح تغضب المريض المستقل لأنه يشعر بالاحتواء، والتعاطف، وهو لا يرغب في ذلك ومن أمثلة هذا قول المعالج: "كيف نحن اليوم؟ أو كيف نتعامل مع هذه المشكلة؟" وفي هذه الصياغة قد يشعر المريض أن محاولات المعالج للفهم، والتعاطف هي عملية هي في حقيقتها

تدخل، وهيمنة عليه. وهنا يجب أن يطور ويغير المعالج طرحه ويحوله إلى عملية حث وحفز مستمر للمريض الذي يتمتع باستقلالية زائدة لأخذ المبادرة في وضع حلول لمشكلاته، ومساعدته على اختبار صحة وإمكانية تطبيق هذه الحلول.

وبالعكس مع المريض الاعتمادي فإن التأكيد يكون على ضمير المخاطب "أنت" مثال ذلك اعتقد أن لديك القدرة على وضع خطة لحل هذه المشكلة، فهل فكرت في كيفية خروجك منها؟ وغالبًا تأتي معظم مشكلات العلاقة العلاجية من المرضى الذين يتسمون بالقدر ذاته من قوة الاستقلالية - الاعتمادية. هنا تكون رغبة المريض في الألفة جمة، لكن لديه مشكلة في تحملها، لأنه يخاف أن يُرفض، أو يسيطر عليه أو يهان من المعالج، وهو كثيرًا ما يعطي المعالج رسائل مختلطة مموهة، ومشفرة. مثال ذلك:

طلبت إحدى المريضات من معالجها أن يكشف لها الكثير عن نفسه، وعندما قام بذلك، قالت إنه يتكلم كثيرًا عن نفسه. هنا يجب أن يكون المعالج أكثر صبرًا، ومرونة، ويمكنه أن يتفاعل بالطريقة الخاصة "الاستقلالية - الاعتمادية".

رابعًا: العلاج المعرفي جهد مشترك بين المعالج والمريض:-

يتمثل مبدأ المشاركة العلاجية في تحديد الأهداف، والواجبات المنزلية، وتحديد الأفكار السلبية، والمشاعر المضطربة، وتحديد أولوية للمشكلات،

(...) ويمكن تقوية الطبيعة التعاونية للتفاعل العلاجي من خلال عدد من الاستراتيجيات (التدريبية) من قبيل: تطوير علاقة علاجية على أساس تبادلي (تبادل الأدوار)، بمعنى تبادل المواقع في التفسير، حيث ينبغي ألا يأخذ أي من المعالج أو المريض دوراً مركزياً، سلطوياً، قد يؤثر سلباً في سير العملية العلاجية. وعليه يكون ترتيب خطوات البرنامج العلاجي ترتيباً تشاركياً

خامساً: يعتمد العلاج المعرفي على المنهج الحوار الفعال:

العلاج المعرفي يقوم - أساساً - على أسلوب الحوار الفعال فهو قائم على النقاش المتبادل، والجدل، وتبادل المواقع في طرح السؤال، والنقاش ومن البديهي التفريق بين لغة الحوار وطبيعته ولغة الاستجواب والمساءلة. ويمكن للمناقشة،

والجدل الجيدين أن يؤسسا لتطوير علاقة علاجية تعاونية، وبناء بنية معرفية سوية، وكذلك ويثيرا لدى المريض حافزية حول:

١: إقرار المريض بطبيعة أفكاره التلقائية السلبية، وطبيعة مشكلاته.

٢: التعرف على تفاصيل تشوهات المريض المعرفية.

٣: زحزحة أو إزالة أفكار سلبية وإحلال أفكار أكثر توازناً مكانها.

٤: وضع استراتيجيات بناء نماذج فكرية جديدة.

سادسًا: العلاج المعرفي نهج بنيوي فعال:-

العلاج المعرفي عمل بنيوي في الأساس، يعمل على إزالة الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية، ووضع صيغة عامة للحالة، وتحديد برنامج علاجي بنيوي على أساس ما تم رصده من أعراض ومشكلات تتعلق بأعراض المريض، ونظراته لذاته، وللعالم من حوله، وللمستقبل، واستخدام إجراءات، وأساليب، وتقنيات علاجية مناسبة لتغيير أو تعديل أفكار المريض المشوهة ومن هذه الإجراءات ما يأتي:

- ١: عمل جدول زمني للبرنامج العلاجي.
- ٢: عمل تصميم لبرنامج عمل كل جلسة على حده.
- ٣: التركيز على الأهداف النوعية.

سابعًا: التركيز في العلاج المعرفي السلوكي على حل المشكلات:-

إحدى أهم تقنيات العلاج المعرفي السلوكي هي تحرير وتحديد المشكلات التي يعاني منها المريض حاليًا (إهمال أو إرجاء التاريخ المرضي)، وخاصة المشكلات القابلة للحل لأن المريض يمكنه توفير بيانات دقيقة عنها، ووضع حلول ممكنة لها. إذ ينبغي على المعالج القيام بعملية تشمل أربع خطوات فيما يتعلق بتحديد المشكلات وهي على النحو التالي:

- ١: رصد وتحديد، المشكلات وتفهم طبيعتها.
- ٢: اختيار إستراتيجيات مناسبة وأخرى بديلة.

٣: وضع برنامج تنفيذ الإستراتيجيات.

٤: تقييم فعالية الإستراتيجيات المختارة.

ثامناً: العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على نموذج التعلم الذاتي:-

من الطبيعي أن يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على فكرة التعلم الذاتي وتقنياته التي تلخص في عبارة: "تعلم كيف تتعلم" Learning to "Learn"، ومؤدى هذه التقنية أن الممارسة يمكن أن تعلم الفرد أن يُعَلِّم، ويتعلم كيف يفكر، ويتعلم طرائق أكثر فعالية لممارسة حياته. فإحدى وظائف المعالج هي أن يعلم المريض مهارات مواجهة أفكاره السلبية، واضطرابه الانفعالي. والعلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى ذلك يوفر خبرات أو تجارب إعادة بناء البيئة المعرفية المشوهة، ويدخل تقنيات تعليمية، مثل توفير المعلومات، وتحديد موضوعات للقراءة، والاستماع لوسائط سمعية، ومرئية، وإعطاء واجب منزلي كتابي، وتوجيه المريض لحضور أو مشاهدة محاضرة ما تخدم موضوع العلاج.

تاسعاً: تعتمد نظرية وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي على منهجية

الاستقراء:-

ينبني العلاج المعرفي على منهجية الاستقراء، ويظهر المنهج الاستقرائي في أسلوب حوار المعالج مع المريض. ويتدرب المعالجين على تكوين الافتراضات، واختبار ومراجعة صدق هذه الافتراضات، طبقاً لبيانات

الحالة، ونتائج العلاج. فمثلاً، المريض الذي يكشف عن شعوره بعدم الارتياح عندما يقابل أناساً من الجنس الآخر. ينبغي على المعالج أن يفترض أن المشكلة تكمن في نقص المهارات الاجتماعية أو ارتباك حول الجاذبية الجسدية، هنا ينبغي اختبار كل الفرضيات.

عاشراً: الأنشطة المنزلية أحد السمات الرئيسة للعلاج المعرفي السلوكي:-

فالواجبات المنزلية (تدريبات معرفية ومهارية وأنشطة سلوكية)، تُعد ركناً أساسياً في العلاج المعرفي السلوكي، لذا يجب على المعالج شرح أهمية الواجب المنزلي للمرضى. فالواجب المنزلي يقوي، ويرسخ، ويكمل النواحي التعليمية (معرفية أو مهارية) للعلاج المعرفي السلوكي، ويزود المريض بخبرات ومهارات جديدة لوضع فرضيات، وحلول للمشكلات، واختبار مدى صلاحيتها.



الباب الثاني



الفصل الأول

أساليب العلاج المعرفي السلوكي

فنيات العلاج المعرفي السلوكي

الخلاصة

الخاتمة



❦ أساليب العلاج المعرفي السلوكي:

أساليب العلاج المعرفي السلوكي ترتبط بكون المعالجة المعرفية السلوكية تستهدف التعامل مع طريقة التفكير لتُحدث تأثيراً إيجابياً في المشاعر والسلوك، لذا تعددت أساليب وطرق العلاج المعرفي السلوكي تبعاً لتنوع طرق التفكير وأيضاً تنوع النظريات والمرجعيات، فلكل مرجعية نظرية أساليب تناسب رؤيتها وتُعززها، فمثلاً أساليب حجة الإسلام أبي حامد الغزالي (من أشهر علماء الإسلام الذين مارسوا العلاج النفسي والمعرفي زمن الدولة السلجوقية (٤٥٠-٥٠٥هـ / ١٠٥٦-١١١١م) وقد استشرى في هذا الزمان انحرافات الباطنية وتشوهاتهم الفكرية وانتشار الطرف والمجون فكلفت الدولة السلجوقية الغزالي بأن يتولى معالجة هذه الأمراض (وكان ذلك مؤشر لفطنة السلاجقة ورفقيهم) فقام الغزالي بهذه المهمة عبر عدة خطوات تمثل في ذاتها أساليب علاجية:

الخطوة الأولى: الاندماج والاستبصار.

الخطوة الثانية: استقصاء العلل ومواطن الخلل.

الخطوة الثالثة: التحليل العقلي العميق.

ثم أتبع هذه الخطوات بممارسة أساليب:

العرض والتفنيد مع تقديم البرهان.

الحوار والإقناع.

أما أمير أطباء عصره ابن سينا (٣٧٠هـ / ٩٨٠م - ٤٢٧هـ / ١٠٣٧م) فقد تأثر بأسلوب المشائين وتبنى المنهج الاستنباطي التجريبي في بحوثه النفسية واستخدم أسلوب التخيل حيث اعتبر أن الخيال قوة مفكره، ويُعد بن سينا أول من أخذ منحى تجريبي في العلاج المعرفي لمرض الوهم أو التوهم مستخدماً تقنية لعب الأدوار وكذلك اضطراب العشق (داء العشق) مستخدماً أسلوب الاستكشاف الى جانب معالجته المعرفية للخوف والقلق وحديثاً كان للأمريكي "دونالد هربرت ميكينوم"، أنثراً واضحاً في علاج الاضطرابات الشخصية وتعديل سلوكيات الأفراد في مختلف الفئات العمرية، مستخدماً لأسلوبين اثنين هما:

الأسلوب الأول: أسلوب التحصين ضد الضغوطات النفسية باستخدام أسلوب الحديث الداخلي

وذلك يتناسب مع فكرة أن المعتقدات والأحاديث الإيجابية عن النفس هو أساس نظرية ميكينوم، وأسلوب التحصين يركز على التشجيع والتعزيز الذاتي المتمثل بطريقة التعامل مع المواقف بناءً على حديث الشخص الداخلي مع نفسه، من خلال استحضار صورة ذهنية للنتائج الإيجابية التي يحرزها الشخص عندما يتخلص من الأفكار السلبية، ويمر بثلاث مراحل أساسية وهي:

• مرحلة الإدراك

• مرحلة اكتساب المهارات

• مرحلة الاسترخاء وحل المشكلات

وبناءً على الكلمات التي يقولها الأشخاص عن أنفسهم تتحدد سلوكياتهم، وتصنف مهاراتهم وقدراتهم في مواجهة الضغوطات النفسية والتكيف مع المواقف العصيبة، تكتيك علاج معرفي سلوكي يقوم به المعالج لمساعد المريض على السيطرة على مشاعره وأفكاره المقلقة بمراقبة ذاته جيداً وتغيير سلوكه وطريقة تحدثه مع نفسه.

الأسلوب الثاني: أسلوب التوكيد الذاتي.

أسلوب يمكن جميع الأشخاص من التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم والدفاع عن حقوقهم بتعبيرات جسدية ملائمة، دون الإساءة إلى حقوق الآخرين، بطريقة يمكن التعبير عنها من خلال:

• تعبيرات الوجه

• التواصل البصري

• إيماءات الجسد

يدفع هذا الأسلوب المعالج النفسي إلى تدريب الشخص الخاضع للعلاج المعرفي السلوكي من احترام ذاته واحترام مشاعر الآخرين دون إصدار أي ردة فعل سلوكي انفعالي، بالإضافة إلى عدم الحرج من طلب المساعدة،

ويوضح أيضاً طرق التعامل مع الأشخاص الذين يقابلهم لأول مرة.

أسلوب التسلسل:

هو من أساليب العلاج السلوكي الفعّالة، والتي تساهم في التخلص من التأثير العامل المؤثرة في السلوك الفردي، حيث يعتمد المعالج النفسي على وضع نموذج علاجي للحالة المرضية بالاعتماد على مجموعة من الخطوات المتسلسلة، والتي تساهم في تغيير طبيعة الاستجابة الخاطئة، وتحويلها إلى استجابة صحيحة، ومن الأمثلة على هذا الأسلوب العلاجي: مساعدة الأفراد على تخطي خوفهم من شيء ما، مثل: الخوف من المرتفعات، عن طريق الاستعانة بوسائل مساعدة على الصعود التدريجي لارتفاعات محددة.

أسلوب التعزيز:

هو من الأساليب العلاجية سهلة التطبيق، والتي تعتمد على الدعم المعنوي، والنفسي للفرد لمساعدته في تخطي السلوك السيئ، أو غير المرغوب، وعادةً يستخدم هذا الأسلوب مع الأطفال، والطلاب المدارس الذين يعانون من اضطرابات نفسية، أو إهمال متعمد لدراساتهم، فيقوم المعالج النفسي، أو المرشد التربوي، أو الوالدين بالاعتماد على أسلوب الثواب، والعقاب في تعزيز سلوك معين، فكلما نجح الطالب في القيام بسلوك جيد تتم مكافأته، أما في حال صدر منه سلوك سيئ تتم معاقبته، وفي كلا الحالتين يجب على الشخص الذي سيعمل على تطبيق سلوك التعزيز أن يكون حذراً في التعامل مع الفرد، أو الطالب حتى يتمكن من تحقيق نتائج إيجابية.

ومؤخرًا استخدم بعض المعالجين أسلوب التدوين:

وهو أسلوب يقدر قوة الأفكار ويعتمد تقنية سجل الأفكار، فالعلاج المعرفي السلوكي يركز على تعليم الأفراد أن يكونوا معالجين لجميع المشكلات التي تواجههم بأنفسهم، بالتقدير الجيد للأحداث والمواقف وتقييم المشاعر التي تصاحبهم. ويعتمد في ذلك على أسلوب التدوين وتقنية سجل الأفكار والمشاعر

لوضع الفرضيات العلاجية المناسبة، من خلال السماح للمريض بتدوين الأفكار بطريقة منتظمة توضح نمط التفكير الخاص به وسلوكه في التعامل مع المشكلات، يحتوي جدول سجل الأفكار على:

١- المشاعر التي شعر بها المريض في أثناء حدوث الموقف باليوم والتاريخ.

٢- الأفكار الذهنية التي كانت تدور بباله قبل حدوث الموقف وهي هي طبيعته؟

٣- الدليل المؤيد والمعارض لهذه الفكرة وردة الفعل والتفسيرات المبررة لها.

٤- الأفكار البديلة التي تحقق التوازن النفسي دون إلحاق الأذى بالنفس والآخرين.

٥- المشاعر الجديدة التي تصاحب الفكرة البديلة.

باتباع سجل الأفكار سوف تلاحظ أنه في خلال وقت قصير سوف يتغير التفكير وسوف تتكيف مع المواقف، دون الحاجة إلى اللجوء لكتابتها في سجل الأفكار.

في النهاية، مهما كانت الأحداث التي تمر بها سيئة لا تجعل التفكير السلبي يسيطر على عقلك ويتجلى في ردود أفعالك، تعريف العلاج السلوكي لا يلغي التفكير السلبي تمامًا، إنما يوصلك إلى نقطة اتزان، تقدّر بها ذاتك وتعيد لها الثقة والاحترام، فالسلوك السلبي ما هو إلا قلة معرفة بالذات ونقص الخبرة في التعامل مع الآخرين، والعلاج السلوكي المعرفي هو أفضل الحلول لتطوير مهارات الأشخاص في التعامل والتكيف مع المشكلات بوعي ومرونة وعقلانية.

من المهم أن نذكر:

أن الأساليب سالفه الذكر هي الأساليب الأشهر والأكثر تداولاً بين المعالجين بصفة عامة ويبقى لكل حالة اضطراب خصوصية وتفضيلات في اختيار الأسلوب الأنسب أو ابتكار أسلوب جديد وهذا ما سنتحدث عنه بإذن الله عند الحديث عن تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي.

❦ فنيات (تقنيات) العلاج المعرفي السلوكي:

ممارسة عمليات العلاج المعرفي السلوكي لا يمكن أن تتم إلا من خلال عدة فنيات (تقنيات) متنوعة ومبتكرة ومُجربة، ويتم اختيار هذه الفنيات أو ابتكارها وفق خبرة المُعالج ومهارته، وهذه الفنيات يمكن أن تكون تقنية أو أداة أو تمرين وهي ليست قياسية ولا منتهية إنما هي أدوات فنية متطورة ومبتكرة، وهذه بعض الفنيات على سبيل المثال:

إعادة الهيكلة:

هي تقنية معرفية من تقنيات العلاج المعرفي السلوكي تعالج سلوك إدراكي سلبي من خلال تقييم أنماط التفكير المضطربة وإعادة هيكلتها بمرونة، يستخدمها المعالج النفسي باستخدام طريقة سجل الأفكار لتسجيل استجابة الأفراد التلقائية للأفكار في أثناء حدوث الموقف، ثم وضع الخطوات اللازمة لتطوير طرق عقلانية ابتكارية وبالتركيز على الجوانب الإيجابية لمواجهة المعوقات والصعوبات الحياتية، وهذه الخطوات اللازمة تتضمن:

- تسجيل دقيق للأفكار والمشاعر التي ترافق التعرض لموقف ما.
- تقييم لشدة هذه الأفكار والعواطف بالدرجات.
- تسجيل ردود الفعل الأولية للموقف السلبي.
- إعادة هيكلة الفكر واستنباط أنماط تفكير أكثر سلاسة.

التعرض المتدرج:

هو إحدى طرق العلاج المعرفي السلوكي الأكثر فعالية، يقوم المعالج السلوكي بتعريض الشخص الخاضع للعلاج للمواقف التي تثير مخاوفه ومشاعره السلبية بشكل تدريجي ومنهجي، مثل القلق والخوف والوسواس، بهدف تعويدهم على المواجهة وعدم الهروب من مشاعرهم وعدم مقاومتها، حتى لا تزداد هذه المشاعر وتؤثر على النفسية والثقة بالنفس والقدرة على اتخاذ القرار سلبياً، هذه التقنية تتضمن الخطوات التالية:

- كتابة المريض المخاوف التي تسيطر عليه والمشاعر المصاحبة لها.
- ترتيب هذه المخاوف من الأفضل إلى الأسوأ بشكل تدريجي.
- يقدم المعالج إرشادات حول كيفية مواجهة هذه المخاوف والتحكم في الذات

الاكتشاف الموجه:

في هذه التقنية يطرح المعالج السلوكي على الشخص الخاضع للعلاج العديد من الأسئلة التي تعمل على توسيع مدى تفكيره، بهدف إخراجها من دائرة التفكير السلبي وتوجيهه إلى مسارات تفكير إيجابية أكثر فعالية، من خلال الطلب منه الأدلة حول المعتقدات التي يؤمن بها، تمر هذه التقنية بالخطوات التالية:

- فهم وجهة نظر المريض حول أفكاره ومعتقداته وافتراضاته.
- طرح أسئلة يتحدى بها المعالج وجهة نظر المريض.
- مساعدة المريض لرؤية المواقف التي يمر بها من منظور مختلف.

التخيل أو التصور:

تقنية التَصَوُّر أو التَخَيُّل من أبرز فنيات العلاج المعرفي السلوكي، تعني تخيُّل المواقف الصعبة التي تسبب المشاعر السلبية، وذلك من خلال وضع سيناريو للموقف بأشكال مختلفة، من أجل تقليل المشاعر السلبية، واستبدالها بأفكار منطقية ومتوازنة وعقلانية، باتباع الطرق التالية:

- تخيُّل الموقف الذي يسبب القلق والخوف للشخص الخاضع للعلاج من البداية إلى النهاية لفهم الموقف بشكل أفضل وأوسع.
- تسجيل الأفكار والمشاعر في سجل الأفكار لتحليلها وإدراك أنماط التفكير السلبية والضارة، والتفكير الإيجابي النافع.
- تخيُّل المشاعر السلبية على شكل صور وكأنك تتفاعل معها الآن وتكرار ذلك حتى يعجز الموقف عن إثارة المشاعر السلبية.

التمارين العلاجية:

من فنيات العلاج السلوكي هو استخدام تمارين سلوكية تحسن الصحة النفسية والجسدية، وتعزز قدرة الناس على المواجهة بهدوء وأريحية، بعضًا من هذه التمارين هي:

• تمرين التأمل والاسترخاء:

في العلاج المعرفي السلوكي يستخدم المعالج طريقة التأمل والاسترخاء للتخلص من التوتر والقلق والأفكار السلبية الضارة، ليس هذا وحسب بل للتخلص من الأعراض الجسدية المصاحبة للمشاعر السلبية، مثل مشكلات التنفس وعدم انتظام ضربات القلب، ومن أساسيات نجاح هذه التمارين هو الالتزام بالصمت وعدم التفكير بالماضي والمستقبل، من أجل التركيز على اللحظة الحالية واستحضار مشاعرها والتنفس العميق من الأعماق، لتسترخي عضلات الجسم ويزداد الشعور بالسيطرة على المشاعر السلبية.

• تمرين حل المشكلات:

من أهم تمارين العلاج المعرفي السلوكي هي التدرب على إيجاد حلول فعالة للمشكلات والصعوبات، حيث يقوم المعالج بتقديم الإرشادات والتوجيهات والاستراتيجيات الفعالة اللازمة للتعامل مع المواقف الصعبة، وتحويل المعوقات إلى فرص تبث بهم روح الأمل وعدم الاستسلام، من خلال استنباط البدائل ووضع الفرضيات وتوليد الحلول الممكنة دون الانجراف إلى مشاعر اليأس والقلق.

• تمرين لعب الأدوار:

تخيّل أنك تتقمص أدوار مختلفة لسلوكيات مختلفة لمواقف ومشكلات محتملة، إنها إحدى فنيات العلاج السلوكي، التي تحسّن من مهارات حل

المشكلات، والقدرة على مواجهة الصعوبات والمواقف الصعبة، لأنها تعطي الشخص الخاضع للعلاج الفرصة على التدريب على المهارات الاجتماعية والإنسانية والمهنية، مثل مهارات التواصل والتعامل مع المشكلات بقوة وعزيمة وإصرار.

• تمرين التقريب المتتالي:

طريقة العلاج السلوكي المعرفي الأفضل، تناسب الأشخاص الذين يجدون صعوبة في أداء المهام الكثيرة، لأنها تساعد على تسهيل أدائهم الوظيفية والمهنية الصعبة من خلال تقسيم المهام الكبيرة إلى مهام أصغر منها يسهل تحقيقها، والتدريب على ضبط السلوك الانفعالي على المهام الصغيرة، وذلك يعزز من شعور الثقة بالنفس ويجعل رحلة العلاج السلوكي تبدو أخف وأقل صعوبة، ومع كل خطوة متتالية يتحسن الشعور السلبي شيئاً فشيئاً حتى يتلاشى تماماً.

• تمرين جدولة المهام:

في حال كان الشخص الخاضع للعلاج يميل إلى التسويف كثيراً، بسبب مشاعر الخوف والتردد المختزنة بداخله، يطلب المعالج السلوكي منه بجدولة المهمة في التقويم الخاص به، والخروج من القوقعة بل والقيام بأنشطة جديدة تحفز وتشجعه على الاستمرار من أجل تحقيق الأهداف.

وأخيراً فإن المبدأ الأساسي الذي يركز عليه مفهوم العلاج السلوكي المعرفي هو تغيير أنماط التفكير والمعتقدات التي من شأنها أن تغير السلوكيات والعواطف المصاحبة للناس عند تعرضهم لموقف ما، وهو علاج حديث ومتطور تظهر نتائجه بشكل سريع مع أغلب المشكلات النفسية، ويعد تطبيق فنيات وتمارين العلاج المعرفي السلوكي بشكل صحيح أساس نجاح هذا المفهوم من العلاج للمشكلات النفسية.

هذه بعض نماذج من فنيات (تقنيات) وتمارين العلاج المعرفي السلوكي، على أننا نؤكد أنه كلما زادت خبرة المُعالج وتأججت قريحته وزاد اطلاعه ومواكبته لتطورات العلاج المعرفي السلوكي زادت إبداعاته وإضافاته لفنيات وتمارين جديدة مبتكرة كتلك الفنيات والتمارين الآتية:

الجدل المباشر:

- الواجبات الدورية. - الواجبات الاختيارية.

- صرف الانتباه.

- ملء الفراغ.

- وقف الأفكار.

- التأقلم.

- المرونة. - التحكم بالإجهاد. - الحزم.

تمرين الكتابة:

- اكتساب الألفة والثقة في مواقف معينة.

- ممارسة المهارات الاجتماعية.

- التدريب على الإصرار.

- تحسين مهارات التواصل.

التعليمات الذاتية:

- الإلهاء. - التعرض التخيلي.

- التحدث الذاتي التحفيزي.

- التغذية الراجعة الحيوية. - التقليل من الأفكار السلبية.

- الانهماكية للذات.

- التلقيح بالتوتر.

تقنية الفصل للسلوكيات المتكررة التي تركز على الجسم:

- العلاج بالوعي الذاتي.

- عملية تكييف التقنيات لتطبيقات المساعدة الذاتية.

❦ الخلاصة

العلاج المعرفي السلوكي هو علاج نفسي حديث يعتمد على إدراك الفرد وتفسيراته للمثيرات واستخلاص المعاني وفق خبراته وهذا ما يطلق عليه نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات أو العمليات العقلية التي تتجمد حال التوتر النفسي وقد تنشوه ويطلق الفرد سيل من الأحكام العامة المطلقة (التعميم الزائد)

والعلاج المعرفي السلوكي يتسم بالتنظيم والفاعلية والوقت المحدد والتعاون بين المعالج والمريض ويتم التركيز على:

المعتقدات المسببة لسوء التكيف وعدم التوافق (ويتم التعامل معها على أنها فروض يتم فحصها عن طريق اللفظ والتجارب السلوكية).

وفحص التخيلات ونماذج التفكير

بغرض الوصول إلى نماذج استجابات بديلة يصحح عن طريقها العميل أدائه بعد تصحيح أفكاره المشوهة،

وتغيير الجوانب المعرفية يؤدي إلى تغيير الجوانب السلوكية وذاك يعمل على إثارة انفعالات إيجابية تساعد في تكوين منظور جديد لدى الفرد يتم تدعيمه عن طريق ممارسة سلوكيات جديدة. ومن هنا يعد الاضطراب النفسي اضطراباً في التفكير، فالمريض يقوم بتحريف الواقع بطريقة مفرطة الحساسية، ينتج عنها أفكار مختلة وظيفياً ينتج عنها مشكلات سلوكية،

ولذا يحاول المعالج تعديل سلوك العميل عن طريق التعامل مع أفكاره وتعيين المفاهيم الخاطئة والتوقعات الواهمة وإصلاحها أو طرح مفاهيم بديلة، وهذا ما ذهب إليه أبو حامد الغزالي في أسلوب أو استراتيجية التخلية والتحلية، وما نقل بعده بقرون عن بيك (حيث اعتمد على الأفكار التلقائية) وإليس (الذي اعتمد على الأفكار اللا عقلانية) واستخدامهما للمنطق والحوار النشط لمناقشة الأفكار الخاطئة وتعديلها، وهذا ما توصل إليه قديماً الغزالي في معالجة الأفكار الباطنية الخاطئة. ويمكننا ببساطة حصر المعارف في: الاعتقادات - ونظم الاعتقادات - والتفكير - والتخيلات. والعمليات المعرفية تتضمن: طرق تقييم وتنظيم المعلومات عن البيئة والذات وطرق تعلم تلك المعلومات للتغلب على المشكلات أو حلها وطرق التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقييمها. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

١- العميل والمعالج يعملان معاً في التقييم وإيجاد الحلول.

٢- المعرفة لها دور أساسي.

٣- المعرفة والوجدان والسلوك بينهم رابطة سببية.

٤- الاتجاهات والعزو والتوقعات والأنشطة المعرفية تعمل على إنتاج وفهم السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ. العمليات المعرفية تندمج في نماذج سلوكية.

إذن عمليات العلاج المعرفي السلوكي هي عبارة عن دمج المناهج المعرفية والمناهج السلوكية بما يمكن المُعالج من تعديل السلوك عن طريق تعديل أو تغيير الأفكار وما يتبعه من تغيير الانفعالات، وأيضاً يتم تغيير الأفكار والانفعالات عن طريق تغيير السلوك

ويتم تغيير المعارف والأفكار عن طريق نماذج اشتراطية والتي تعرف باستراتيجيات سلوكية نابعة من الخبرات الإنسانية (وفق نظرية بيك). في حين ركز إليس على الاتجاه العقلاني الانفعالي السلوكي.

واتجاه ميتشوم الذي يعرف بالتعديل المعرفي للسلوك.

واتجاه باترسون في التركيز على حديث الذات كمدخل لتعديل السلوك.

نموذج لفنيات العلاج وفق طريقة بيك. ملاحظة الأفكار الأوتوماتيكية السلبية.

- التعرف على العلاقة بين المعرفة والانفعال والسلوك.

- التحقق من الأدلة المتاحة حول الأفكار الأوتوماتيكية المشوهة. وضع تفسيرات للمعارف المنحازة تتسم بتوجهها نحو الواقع. تعليم المريض كيف يحدد الاعتقادات المختلفة وظيفياً والتي تؤثر على تشوه الخبرة. وكان من نتائج هذه البحوث أيضاً:

- التوصل إلى أن الأفكار والمعارف السلبية حول الذات وزيادة اليأس والشعور بالخسارة والضياع تؤدي إلى الاكتئاب.

ومن نتائج هذه البحوث أيضاً:

- أن العلاج المعرفي السلوكي الانفعالي هو الأفضل والأنجح في علاج الاكتئاب.

ومنها أيضاً:

- وجود نمطين من للاختلال الوظيفي المعرفي:

الأول: اختلال الأداء المعرفي أو العمليات المعرفية (مشكلات تعوق الأداء المعرفي) ويفضل فيه أسلوب التعلم الذاتي.

الثاني: اختلال المحتوى المعرفي (الشبهات المعرفية) ويفضل فيه الحوار والتوضيح.



الفصل الثاني

خطوات بدء المعالجة المعرفية السلوكية

جلسات العلاج المعرفي السلوكي

الخلاصة في جلسات العلاج السلوكي



خطوات بدء المعالجة المعرفية السلوكية

المعالجة المعرفية السلوكية لا يمكن أن تتم بطريقة جبرية، فالأصل في أي معالجة معرفية سلوكية أن تكون اختيارية أي يوافق المريض على فكرة العلاج السلوكي ويختار معالجته أو يوافق على ترشيح الآخرين، المهم أن يكون موافقة وقبول يوفرا مناخ يسمح معنويًا بعقد اتفاقية علاجية بين المُعالج والمريض وفي الغالب سيكون فيها طرف ثالث داعم ومشارك وهو أهل المريض الملازمين له في البيت.

وبناء على هذه الاتفاقية يتم البدء في خطوات العملية العلاجية المعرفية السلوكية، وهذه العملية في الغالب بتتم عبر ست مراحل - والمراحل العلاجية لا تعني جلسات علاجية - فقد تستغرق المرحلة جلسه علاجية أو عدة جلسات وذلك كالتالي:

١ - المرحلة الأولى: مرحلة التقييم:

وممارسة عملية التقييم تحتاج إلى حصافة وأدوات، وهذا التقييم قد يتم في جلسة أو أكثر،

وبناء على عملية التقييم يتم تحرير تقرير يوضح نتيجة التقييم وما يترتب عليه من توصيات علاجية، و يتم تعيين الأفكار والسلوكيات السالبة ومناقشة ذلك مع المريض (إن كان حالته وعمره يسمح بذلك أو مع أهله).

٢- المرحلة الثانية: يتم تصميم خطة علاجية (برنامج علاجي) ومناقشتها مع المريض أو أهله،

وهذه الخطة يتضح فيها أفكار وتصورات ومشاعر وسلوكيات تعمل الخطة على تطويرها أو تبديلها بأخرى ، كما يتضح فيها الأساليب والتقنيات المستخدمة والمدة الزمنية المتوقعة.

٣- المرحلة الثالثة: مرحلة ممارسة علاجية يتم في خلالها إحداث التطوير والتغيير، وهذه المرحلة يمكن أن تستوعب أغلب جلسات البرنامج.

٤- المرحلة الرابعة: مرحلة تعزيز وإرساء ما تم اكتسابه عبر الجلسات السابقة وهذا يتم بإتاحة فرص التطبيق العملي والاندماج المجتمعي

٥- المرحلة الخامسة: مرحلة التعميم والمتابعة ، أي تعميم ما سبق إرساؤه واكتسابه ومتابعة ذلك وقد تتم هذه المرحلة في جلسته قد يسبقها ويتبعها تقارير ومشاهدات.

٦- المرحلة السادسة: مرحلة التقييم والمتابعة وهذا قد يتم كأجراء ختامي في جلسة، ولكن واقعياً يتم التقييم بطريقة تراكمية عبر المراجعة والمتابعة الأسبوعية أو الجلسات المتتالية.

وفكرة هذه المراحل فكرة منطقية إجرائية طرحها كانفر Kanfer وساسلو Saslow. حيث أشارا إلى ضرورة تعيين ما سوف يتم فعله وتغييره، وإن يكون لدى المعالج تصور لنقطة البدء أو ما أسماه كانفر

خط الأساس، أي القدر الموجود من المهارات والتصورات لدى المريض عند البدء في تنفيذ الخطة العلاجية ليسهل بعد ذلك تقييم ما تم تطويره واكتسابه.

❦ جلسات العلاج المعرفي السلوكي

هذه الجلسات تمثل الجانب التنفيذي أو العملي للعملية العلاجية المعرفية السلوكية أو الممارسة المتخصصة للعلاج المعرفي السلوكي عبر الخطوات الست السابقة التي لخصت العملية العلاجية في ست خطوات، ونفس هذه الخطوات سنعرضها عرضاً عملياً تدريجياً، ففي مرحلة التقييم يتم إجراء صياغة للحالة، أي وصفاً كاشفاً لما تعانيه الحالة المرضية ليتمكن المعالج من وضع الخطة العلاجية وتنفيذ الخطوات أو (البروتوكول العلاجي) وكما هو معلوم أن أولى الخطوات العلاجية تبدأ بمرحلة التقييم ويعقبها إنشاء صياغة للحالة التي تم تقييمها والبعض يعتبر أن التقييم وصياغة الحالة شيء واحد بل التقييم عملية تعرف مهنيًا بعملية إنشاء صياغة حالة، وقد أثمرت الممارسة العملية نوعين من الصيغ، صيغة شاملة تناسب الجلسات التقليدية (والجلسات التقليدية في الغالب تكون عددها من ٥ إلى ٢٠ جلسة ومدة كل جلسة من ٤٥ إلى ٦٠ دقيقة، وصيغة قصيرة أو موجزة تناسب الجلسات القصيرة والموجزة) والجلسات الموجزة عددها لا يتجاوز خمس جلسات ومدة كل جلسة لا تتجاوز ٢٥ دقيقة).

الصيغ الشاملة

في الجلسة الأولى يتم استخلاص عناصر صيغة شاملة تتضمن البيانات الأساسية وملاحج الجوانب النفسية والحيوية والاجتماعية للحالة (المريض) وعناصرها كالاتي:

الاسم، السن، النوع، الحالة الاجتماعية، العمل، التشخيص، الأعراض، المؤثرات، المواقف، الأمور الشخصية، العوامل الحيوية، كالوراثة، العلاجات الطبية، الأفكار التلقائية، المشاعر، والسلوك العام، العادات، المعتقدات، نقاط القوة، وضع تصور أولي للخطة العلاجية، وفي أثناء سير الجلسات يمكن تعديل أو تنقيح أو زيادة تفاصيل هذه الصيغة لتصل إلى مستوى عميق من الفهم والاستيعاب الكامل للحالة (المريض) وعليه يتم وضع خطة علاجية كاملة، والصيغ الشاملة تتم من خلال منظور عرضي أو منظور طولي، وقد يلجأ المعالج إلى استخدام المنظورين معاً.

في المنظور العرضي:

يبدأ المعالج في أخذ أمثلة مميزة من حياة وتصرفات المريض بشرط أن تكون معاصرة (أي حدثت في الوقت الحالي وليست من الماضي)، وهذه الأمثلة توضح الأحداث وظهور الأفكار التلقائية التي تؤثر على المشاعر وبالتالي تشكل السلوك "ردود الفعل" فإذا وصل المعالج عدد من أمثلة تطبيقية بالإضافة الى ما لديه من معارف وخبرات تخصصية أساسية عن العلاج المعرفي السلوكي ونظرياته وتطبيقاته وعن الاضطرابات النفسية،

فهذه الأمثلة تساعد في وضع خطة العلاج والتدخل العلاجي الذي يستهدف التشوهات المعرفية والاضطرابات السلوكية القابلة للتغيير.

ولكي يكون الأمر أكثر وضوحاً نعرض نموذج للحالة (س) وهو شاب يعاني من رهاب اجتماعي تقليدي، كلما وجد نفسه مضطراً إلى حضور حدث اجتماعي قفزت إليه أفكار تلقائية والتي نعتبرها هي المسؤولة عن التشوه المعرفي في اضطرابات القلق ومن أعراضه:

- خوف شديد من الخطر أو الضرر و/ أو إحساس بالهشاشة.
- زيادة في تقدير المخاطر في هذه المواقف.
- تقليل في قدرته على التعامل مع هذه المواقف.
- زيادة في الانتباه والتركيز لأي مخاوف متوقعة.

عرض الحالة وفق المنظور العرضي:

- الحدث: تقديم طلب إلى جهة رسمية لزيادة التمويل.
- الأفكار التلقائية: لن أعرف ماذا أقول

- سأرغب بالانصراف الفوري

- سأتجمد وأبدو كالأحمق.

• المشاعر: قلق وتوتر.

• التصرف: التجنب التام للحدث، الاعتذار عن الحضور، الانصراف مبكرًا جدًا.

ولأن "الحالة س" لديه أفكار تلقائية مرتبطة بالمواقف الاجتماعية فقد ظهرت لديه مشاعر قلق وتوتر مفرطين ساقطها اضطرابات معرفية وتصرفات تجنبية..

الخططة العلاجية:

تستهدف المحاور الثلاثة لهذه المشكلة (الرهاب الاجتماعي).. تسجيل الأفكار والبحث عن أدلة ومهارات معرفية أخرى استخدمت معه لتغيير الأفكار التلقائية الخاطئة، وتمارين الاسترخاء للتوتر الزائد والتعرض التدريجي للتجنب.

عرض الحالة وفق المنظور الطولي:

فإن الصيغة تلقي نظرة على نشأة المريض وطفولته وذلك يساعد على فهمه ووضع خطة العلاج.. والمؤثرات التي شكلت المريض مثل تجارب الطفولة المبكرة والعلاقات مع الأقران في خلال مراحل التعليم والأنشطة المصاحبة والأنشطة الحرة بالإضافة إلى علاقته الزوجية.

وتاريخه في العمل والأحداث المهمة في حياته اليافعة تؤخذ كلها في الاعتبار ويشمل ذلك المؤثرات السلبية والإيجابية.

العلاج المعرفي السلوكي دائماً يستهدف الجزء المتعلق بنشأة المريض وتطور المعتقدات الجوهرية لديه (Schemas) (core beliefs) والأنماط السلوكية التي ظل المريض يتبعها لفترة طويلة ومصاحبة لهذه المعتقدات، ويختلف مقدار الاهتمام لهذا المنظور الطويل لتنشئة المريض في الطفولة وطول مدة المرض وشدة الأعراض.. ففي المرضى الذين يعانون من ضعف الثقة بالنفس المزمن والمتجذر من تجارب سلبية في فترات مبكرة من حياتهم أو من تعرضوا لصدمات أو حوادث استغلال abuse سيكون المنظور الطويل ذا أهمية قصوى لفهم المريض ووضع خطة علاج فعالة.

وعلى العموم إذا لم يكن لدى المريض مخططات مشوهة ثابتة وغائرة في العمق وكانت أعراضه محددة فيفضل التركيز على المنظور العرضي والطولي معاً بالإضافة إلى ملاحظة الجوانب الأخرى من النموذج الحيوي نفسي اجتماعي I للمريض وبالتالي تؤخذ قرارات تؤدي لتحديد بؤر الاهتمام في العلاج وصيغ مصغرة مختلفة.

مثال لحالة عمل صيغة شاملة لمريضة (نموذج سوداك)

هذا المثال يوضح عمل د. سوداك مع مريضته في أثناء وضعه لصيغة شاملة لعلاجها من الاكتئاب.

معلومات ضرورية لخلفية الحالة:

المريضة تبلغ من العمر ٤١ عامًا مرت بتجربة الحزن لفقد زوجها وكانت نوبة اكتئاب جسيم بعد موته بسبب إصابته بالسرطان منذ ١٠ أشهر.. تطور مرضه بسرعة وأدى إلى تغيرات في شخصيته وجاهدت في رعايته بالمنزل وأن تبقي حياة أطفالهما إلى حد ما مستقرة وتحملت مسئولية البيت كاملة وساندت زوجها بصورة كبيرة في أثناء الزيارات الطبية. وبعد ثلاثة أشهر من وفاة زوجها تم إحالتها إلى مرشد روحي (وتعد هذه الإحالة إقرارًا بأهمية الجانب الروحي الديني) وكان هدف ذلك التعامل مع حزن الأبناء.. قرر طبيبها الممارس أن يحيلها إلى د. سوداك منذ ٦ أشهر بعد أن لاحظ عليها أعراض الاكتئاب وظلت تتابع من المرشد الروحي بعدها لثلاثة أشهر وقد تواصل معه د. سوداك لإيجاد تعاون بينهما.. بعد أن وصف لها د. سوداك مضادات اكتئاب SSRIs "مبثطات استرجاع السيروتونين" أظهرت تحسنًا بالغًا واستطاعت الرجوع إلى العمل كمديرة مكتب ولكن منذ شهرين لجأت شركتها إلى تقليص العمالة واستغنوا عنها وأصبحت بلا عمل. وبسرعة حصلت على وظيفة أخرى كمساعدة لمدير تنفيذي لشركة نقل ولكن عاودتها الأعراض بعد أن قبلت في العمل الجديد وبدأت تحتجّر بعض الشكوك حول إمكانية فشلها وضعف قدرتها خاصة أنها تعتبر نفسها المسؤولة الوحيدة عن أبنائها الآن وبدأت تفكر بأنها قد تطرد من العمل مرة أخرى أو قد لا يتقبلها رئيسها أو قد ترتكب غلطة تؤدي

إلى فقدانها العمل.. وتزيد هذه المخاوف في أثناء الليل حين تأوي إلى فراشها بالإضافة إلى خوفها أن عدم أخذ كفايتها من النوم قد يؤدي إلى استيقاظها متأخرة وأن عليها الكثير من المهام مثل تحضير الطعام لأطفالها وواجبات المنزل وتنظيم عملها خاصة بعد القفزة النوعية التي حدثت في مسؤولياتها في العمل.. ولديها تساؤلات عن مقدرتها وتوقع حدوث كارثة تدفع حياتها للفشل.. ولقد عادت لمشاورة د. سوداك لطلب المساعدة لمعرفة أنها محتاجة إلى أن تكون أقل قلقاً عند البدء في العمل الجديد. كانت تتجنب الأشياء البسيطة مثل دفع الفواتير في مواعيدها وضبط الميزانية.. وعرض عليها أصدقاؤها الخطبة فقالت إنها غير مستعدة.. تعزل نفسها عن العائلة والأصدقاء وتتجنب زيارة عائلة زوجها الراحل وصديقاتها وبالتالي لا يتصلون بها كالسابق وتشعر دائماً بالوحدة.. أطفالها الثلاثة يبلون أفضل من السابق وتتابعهم هي بالمدرسة ويذهبون إلى مراكز دينية من قبل مرض زوجها.. وعلى الرغم من أنها كانت تستمتع بالتريض مع زوجها الراحل وأطفالها إلا أنها توقفت عن ذلك وتشعر بالذنب إذا أخذت أي وقت لنفسها ولا تأخذ وقت لنفسها لتهم بمظهرها كالسابق.

التاريخ العائلي / الاجتماعي

كانت مريضة د. سوداك الطفلة الثانية من طفلين لأبوين متدينين من الطبقة المتوسطة (lower middle class) أخوها أكبر منها بأربع سنوات رياضي واجتماعي ناجح في المدرسة ومفضل لوالديه.

لم يكن لدى والديها توقعات لها أكبر من أن تتزوج وتنجب أطفال وتحظى بعائلة.. كانت دائماً طالبة جيدة ومحترمة ومهمة.. تزوجت عن عاطفة بعد أن أنهت دراستها لستين في كلية اجتماعية community college وبكل المقاييس كانت علاقتها بزوجها قائمة على الحب والدعم.. حين وفاته كان أطفالهما يبلغون من العمر ١٤ و ١١ و ٨ وكانت دائماً نشيطة وأطفالها مثلها في المدرسة وعادت إلى عملها كمديرة مكتب بعد أن دخل ابنها الأصغر المدرسة التمهيديّة.. قبل وفاة زوجها ومرضه، تمتعت بحياة اجتماعية نشطة مع العائلة والأصدقاء.

تاريخ العلاج:

استكملت علاجها مع المرشد الروحي عن حزنها grief oriented therapy بالإضافة إلى مشبّطات استرجاع السيروتونين SSRIs التي أخذتها حسب وصية د. سوداك وأتت بنتائج منذ ٦ أشهر.. كانت تأخذ جلسة شهرية مع د. سوداك لمدة ٢٠ دقيقة ثم زادت لتكون نصف شهرية بعد انتكاسها لفقدان عملها وتحدي عملها الجديد ولم يكن لها تاريخ بأي أمراض نفسية سابقة.

صياغة الحالة:

عرضنا صياغة الحالة التي وضعها د. سوداك في عرض نموذج لصياغة حالات العلاج المعرفي السلوكي ومن المعتاد لمعالجي العلاج المعرفي السلوكي ذوي الخبرة أن يكونوا معتادين على وضع صياغة الحالة

دون الكثير من الوقت كما في الشكل ولكن يقومون بذلك بطريقة تلقائية ويأخذون كل العناصر في الاعتبار في أثناء وضع خطة العلاج.

ننصح المتدربين على تكرار عمل هذا كتدريب ليتعودوا على أسلوب العلاج المعرفي السلوكي وصقل مهاراتهم.

تنشئة صياغة حالة شاملة:

وسائل فعالة لاستخدام صياغة الحالة في الجلسات القصيرة: في الجلسات القصيرة كما كل صور جلسات العلاج المعرفي السلوكي يحتاج المعالج إلى أن يستحضر في ذهنه المعلومات المهمة التي حصل عليها في خلال وضع صياغة الحالة ليستغلها في توجيه المريض إلى ثورة اهتمام للحمل عليها والحصول على نتائج.. هناك طريقة لها استحقاق خاص في الجلسات القصيرة وهي إشراك المرضى في التقاط جميع مختصر مرتبط بالمشاعر للعناصر الأساسية في صياغة الحالة & abbreviated emotionally relevant إذا ساعد المريض في كتابة صيغة مفهومة لنموذج العلاج المعرفي السلوكي وأن يرى كيف يطبقه في حياته فإنه سيكون مشترك بشكل كامل مع المعالج عندما يتقدم في العلاج ويبدأ في ممارسة بعض مهارات العلاج المعرفي السلوكي الدقيقة (المميزة specific) ووقتها سيكون مدرباً جيداً على المبادئ العامة للعلاج المعرفي السلوكي وبالتالي شريكاً فعالاً في عملية العلاج بجلسات قصيرة وفعالة أيضاً. ولأن الصيغ الشفهية تنسى بسهولة فمن الممارسات المستحبة استخدام

الورق أو لوحة وأقلام ملونة لعرض أسلوب العمل التعاوني في بناء صياغة الحالة.. يمكن للمريض أن يحتفظ بالأشكال التوضيحية المكتوبة أو الصيغ المصغرة في المنزل وأن يقوم بنسخها في كراس الواجب المنزلي وهذه الصيغ لا تتضمن كل التفاصيل الموضحة في صيغة حالة مريضة د. سوداك ولكنها مجرد اختزال المبادئ التي توجه المريض ومعالجه كفريق يستخدم العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الأعراض.. وهي أيضاً وسيلة للتواصل مع مختصين آخرين ويستحب لملف المريض.. أن يحتوي على صيغ مصغرة وجداول زمنية وهما مهمان جداً في رسم العناصر الأساسية لصيغة الحالة.

مبادئ العمل:

كانت (ج) دائماً حريصة ومتزنة وتخطو حسب رسم والديها وانقلبت حياتها بعد مرض ووفاة زوجها، وهذا الضغط غير التقليدي تركها من دون علاقة داعمة، فبعد موت زوجها بدأت في الانعزال وتعاني إذا طلب منها الاشتراك في نشاط ذو طابع مبهج مع أصدقائها أو أداء الرياضة. كانت قد بدأت الأعراض في الانحسار وبدأت في الاختلاط بالآخرين قبل فقدان عملها، وعملها الجديد الذي حصلت عليه له متطلبات أكبر وبسبب نشأتها حيث لم يطلب منها أن تكون مسؤولة تماماً عن حياتها أو معتمدة عن إنجازها الشخصي.. وهذا الضعف المعرفي بالإضافة إلى متطلبات مسؤوليتها الجديدة كأم وحيدة مسؤولة عن إطعام الأسرة فقد زاد

كل ذلك من قلقها وشعورها بالكآبة بالإضافة إلى أفكار استنكارها لنفسها والأرق وزيادة في سلوكها الانعزالي.

خطة العلاج:

- علاج دوائي: مضاد اكتئاب. (إذا توفرت رغبة الجمع بين العلاج الدوائي والعلاج المعرفي).
- تعديل الأفكار التلقائية المضرة ومعتقداتها الجوهرية حول مقدرتها ووضع معايير معقولة واختبار الأدلة ومهارات العلاج المعرفي السلوكي الأخرى والأسئلة السقراطية.
- تسجيل تغيير الأفكار.
- العمل على عادات النوم وتمارين الاسترخاء.
- استخدام جداول الأنشطة لتنظيم الوقت وزيادة الأنشطة الممتعة والتمارين.
- جداول الثقة بالنفس.
- كروت التكيف لتسجيل وتشجيع إنجازاتها.

الصيغ المصغرة Mini Formulations:

هذه الصيغ تعتبر المختصر المفيد في عرض كيفية استخدام أساسيات العلاج المعرفي السلوكي لفهم ومعالجة الأعراض.. وهي بشكل أساسي

قائمة على الامتداد العرضي لصياغة الحالة.. وكمثال للعلاقة بين الأحداث والأفكار التلقائية والمشاعر والسلوك لمساعدة المريض على عمل خطة شاملة لاستخدام الأساليب المعرفية والسلوكية.. وهذه الصيغ المصغرة تساعد المريض على عدم الالتفات إلى الأمور التافهة بالأخص في التعامل مع الجوانب البارزة في أثناء وضع صيغة شاملة للحالة وأيضاً لاستخدام الوقت بكفاءة في الجلسات القصيرة.

مثالنا الأول:

يأتي في حالة (ج) وصيغة حالتها وقد وضعنا الصيغة المختصرة لها

المثال الثاني:

وهو رجل يعاني من خوف الأماكن المكشوفة وهي صيغة مفصلة قليلاً لأن بها بعض الإجراءات الوقائية لمنعه من الأعراض التجنبية.. وسنرى كيف أن هذا الرجل (ث) ومعالجه تعرفه على الأفكار التي تدفعه لشعوره بالقلق وسلوكه التجنبي.

وبدأ كلاهما في وضع خطة لكسر هذه الدائرة المفرغة من اضطرابات التفكير والسلوك.

وهناك طريقة أخرى:

وهي وضع شكل توضيحي للصيغ المصغرة لاستخدام (أ - إ - ن) أو (ABC) الذي وصفه لأول مرة Ellis ١٩٦٢ فهذا يجعلها طريقة سهلة

الفهم. في حالة مريضة تعاني من الفصام وسناقشها بالتفصيل في الالتزام بالعلاج وتعديل الضلالات..

كيف نعمل بهذه الطريقة ABC:

A/ أ أحداث: صديقها ينظر لي بطريقة غريبة.

B/ إ اعتقاد: لا بد أنه خضع لاستحواذ، عيناه تبهت في أثناء الاستحواذ.

C/ ن نتيجة: شعور (القلق)، تصرف (لا تنظر إلى عينيه).
حين يبدأ المرضى باكتشاف أنهم دائماً ما يقيمون الأحداث المحيطة بهم في بيئتهم (أ) سيصدقون أن اعتقادهم (إ) سيكون له نتائج (ن) على مشاعرهم وسلوكهم وأيضاً سيدؤون أن يروا أن المحاولات التي تهدف لتغيير التفسيرات الخاطئة لها جدوى.

مثال لاستخدام صيغ مستوية على الورق باستخدام (أ - إ - ن) مع المرضى "المريض (ى) الذي يعاني من فقدان الثقة بالنفس بصورة مزمنة".
المريض:

أشعر باستياء شديد، فجارى يتجاهلني تماماً حين مر بجانبى فى الطريق.. أنا بلا قيمة.

الطبيب:

هل تستطيع أن ترسم نموذج الـ ((أ - إ - ن)) لهذا الموقف.

المريض:

حسنًا.. (أ) لقد مر بجانبني ولم يلتفت إلى وأظن أن (إ) إنه يتجاهلني أنا
بلا فائدة و(ن) شعور بالحزن الشديد.

الطبيب:

يستحسن أن تعيد النظر بـ (أ - إ) هل تجاهلك عن عمد؟ هل كان هناك
ما يشغله؟

المريض:

آخ لقد سمعت أنه يعاني من مشكلات لها علاقة بالديون.

الطبيب:

ربما يكون جارك منشغلًا بأموره المادية وربما أنت لست عديم الفائدة
كما تظن.

المريض:

معك حق في ذلك.

الطبيب:

إنني أتساءل هل كل من يرونك يتجاهلونك؟ هل شعرت من قبل أن
الناس يتنبهون إليك ويهتمون بك؟

المريض:

بالتأكيد فزملائي في العمل يتحدثون معي كثيرًا وأصدقائي لا يتجاهلونني.

الطبيب:

هل تستطيع أن تأخذ نموذج (أ - إ - ن) المنزل بحيث تراجع ما به وإذا شعرت بالإحباط يمكن أن ترجع إلى (إ) تستطيع أن تستخدم هذه الطريقة في مساعدتك على التكيف مع كثير من مشكلاتك.

المريض:

حسنًا.. أعتقد أنني فهمت ما تقصد.

الجدول الزمنية:

مع بعض المرضى يكون وضع الأحداث المهمة (الحرجة) في حياتهم في جداول زمنية له فائدة.. هذه الطريقة الطولية في وصف الحالة لها تأثير مهم على تكوينها وقد استخدمها بنجاح

د. توركينجتون Turkington وآخرون مع مرضى الذهان ليحددوا كيف أن الضغوط (stressors) أثرت في ظهور بعض الأعراض وأن التكيف معها يساعد على التقليل من الأعراض. فوائد العمل بهذه الجداول:

١- أن يلاحظ المريض الأحداث الإيجابية والسلبية التي أدت إلى ظهور المرض لديه.

٢- مساعدة المريض على الإجابة على الأسئلة التي تحيره مثل «لماذا أنا/ لماذا الآن». مساعدة المريض على فهم المرض الذي يعاني منه من جهة القابلية للضغط وبالتالي الشعور بأن أعراضهم إلى حد ما طبيعية وتقليل شعوره بالوصمة منها.

٣- مساعدة المريض على الوصول إلى ما يربط بين الأوقات الحرجة في حياته التي لم يلاحظها من قبل.

٤- مساعدة المريض على التقاط منظور صحي أكثر من الأحداث السلبية في حياته وتفسيره السلبي المغلوط للأحداث.

٥- تحسين العلاقة بين الطبيب المعالج والمريض حيث أنهما يتشاركان في وضع نموذج لتطور الأعراض.

في أثناء العمل مع المريض في الجداول الزمنية يفضل استخدام الأسئلة السقراطية والاستكشاف الموجه لمساعدته على مناقشة الأحداث التي كان لها دور في ظهور واستقرار المرض النفسي.

على المعالج أن يسأل المريض عن الذكريات الرئيسية والإنجازات والعلاقات العصبية..

الجدول الزمني لحالة (ج) بحيث أنها تعاني من اكتئاب بعد فقد زوجها ثم فقد عملها.. هذا الجدول يذكر ملاحظات عن التجارب الأولية لكنه يركز بشكل أساسي على الأحداث الحالية فهو مثلاً يحدد جميع التحديات الصعبة التي ظهرت في حياتها مؤخراً، واستطاع د. سوداك من خلال الجدول أن يظهر لها النقاط الإيجابية التي حازتها في خلال مدة طويلة مثل نجاحها في المدرسة والعمل والزواج وتربية الأبناء وأيضاً يساعد الجدول في استهداف بعض النقاط التي سيعمل عليها العلاج مثل (تحفيز الثقة بالنفس، بناء قدرتها على إدارة حياتها كأم وحيدة، تطوير تكيفها مع الضغوط الجديدة).

حالة تدريبية على عمل صيغة مصغرة:

(ص) يبلغ من العمر ١٩ عام من أصل أفريقي بدأ يعاني من هلاوس صوتية.. في هذا التدريب التعليمي سنتعلم كيف نضع صيغة لحالة (ص).
تدريب تعليمي لعمل صيغة مصغرة:

مؤخراً تم تشخيص (ص) بمرض الفصام.. بدأ في سماع أصوات منذ سنتين لكنه إلى وقت قريب أخفى ذلك حتى عن المقربين من عائلته..

بعد أن بدأ تدريبه في دورة عن التقنية في مدرسة مهنية زادت الهلاوس التي يعاني منها وبدأت تظهر عنده ضلالات اضطهاد ضد زملاؤه وبدأ يتصرف بغرابة مثل (التنقل خارج حجرة الدرس وعدم استطاعته الجلوس بها ويضع غطاء رأس ثقيل يخفي وجهه حتى في حرارة الصيف).

لحسن الحظ أنه فكر في طلب المساعدة وبدأ في الزيارة القصيرة منذ شهرين. في الصيغة (١) التي سنضعها لـ (ص) ستستخدم نموذج العلاج المعرفي السلوكي CBT لمساعدته على الفهم والتكيف مع شعوره بالوصمة لأنه يعاني من الهلاوس والأعراض الأخرى للذهان.

ستملاً الأماكن الفارغة في شكل تم تصميمه وتستخدم كلمات يستطيع فهمها وتخيل أنك جالس معه في جلسة قصيرة وتقوم معه بهذا العمل. نجحت محاولتك في إزالة الوصمة التي يشعر بها باستخدام هذا التوضيح، وأصبح (ص) يلوم نفسه بشكل أقل على الأعراض التي يعاني منها وأصبح مندمجاً أكثر في العمل والتكيف مع الهلاوس..

في الصيغة (٢) ستعمل معه على فهم أن التصرفات الوقائية تساعد في بقاء الأعراض وتبدأ معه في وضع خطة لتقليلها.. ستملاً الفراغات في شكل تم تصميمه في الصيغة الثانية وإذا لم تكن معتاداً على استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الحالات الذهانية حاول أن تفكر في طريقة قد تعمل معك وستعرف أكثر عن العلاج المعرفي السلوكي للذهان لاحقاً (تعديل الضلالات) و(التكيف مع الهلاوس).

بعض سمات العلاج المعرفي السلوكي التي نستطيع إدخالها إلى الجلسات القصيرة:

• العلاج التجريبي والتعاون.

• هيكلية الأساليب.

• التثقيف النفسي.

• الوسائل العملية.

• الواجبات (الفروض المنزلية).

• أولاً: العلاج التجريبي:

فطبيعة العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي حتى في أقصر الأحوال تتضمن جانب من التعاون والعلاج التجريبي..

في هذا العلاج يضع المعالج التعاون كأولوية عليا حيث تظهر طريقة المريض واهتماماته وتؤخذ بالحسبان بطريقة حقيقية ومتفهمة من جانب المعالج، بحيث تأخذ العلاقة طبيعة التحقيق من جانب المعالج والمريض في أهمية العلاج الدوائي والتدخل المعرفي السلوكي واختبار صحة ما استنتجناه من نتائج والحرية في تجريب طرق مختلفة للعلاج.

يتبنى المعالج الذي يستخدم العلاج المعرفي السلوكي صياغة جديدة للعلاقة بحيث يأخذ فيها المريض دور فعال في المعرفة بطبيعة مرضه واتخاذ

القرارات والمشاركة في وضع الخطة العلاجية ولوجود هذه العلاقة القائمة على التعاون تبين سبب الالتزام بالعلاج لمن يستخدمون العلاج المعرفي السلوكي.. وسيتم عرض ذلك الأسلوب في الأجزاء التالية.

• ثانيًا: الهيكلية:

وهي سمة أساسية للعلاج المعرفي السلوكي وهي أكثر مناسبة للجلسات القصيرة، فإذا توفر وقت ٢٠ - ٢٥ دقيقة فهذا كافٍ لظهور كفاءة وتنظيم وهما صفتان مطلوبتان جدًا..

يستطيع المعالج أن يدرب المريض على وضع أجندة (جدول) بسرعة وتركيز على مشكلات محددة في الوقت المتاح وأيضًا تنظيم الجلسة بطريقة فعالة، بالإضافة إلى تبادل (أخذ وعطاء) الانطباع العام لتقدم العلاج..

كثير من المرضى الذين يتم تقييم حالتهم في هذه الجلسات القصيرة سيأتون في كل مرة بجدول مكتوب وقد تعلموا طرق جديدة لأقصى استفادة من الوقت.. كمثال على ذلك يأتي المريض ليطلب مناقشة نقطة محددة في جدولته بالإضافة إلى زيادة جرعة العلاج ويفضل أن يؤجل نقطة أخرى للجلسة القادمة.

• ثالثًا: التثقيف النفسي:

وهو جانب معروف من العلاج المعرفي السلوكي، ومن أهم أهداف العلاج هو تعريف المريض بهذه الطريقة بحيث يستطيع في يوم ما أن

يكون معالج لنفسه بدلاً من الاعتماد على معالج ليحل له ما يتعرض له من مشكلات.. فنصل بالمرضى إلى مرحلة يستطيع فيها أن يلتقط التشوهات المعرفية والتصرفات الخاطئة مع قدرته على عكس هذه الأنماط.. فعند استخدام الجلسات القصيرة سيكون للتثقيف النفسي الغلبة ولذلك يجب على المعالجين بالعلاج المعرفي السلوكي تجهيز وسائل تعليمية أخرى خارج الجلسات.. كالوسائل المقروءة وبعض المواقع الإلكترونية والتسجيلات الصوتية والمرئية لمساعدة المرضى على اتساع معرفتهم.

هناك نوع خاص من الجلسات المختصرة وهو العلاج المعرفي السلوكي الرقمي (من خلال الحاسوب) وهو كفء جداً في تعليم المرضى وتوفير فرصة للتدريب على الطرق المستخدمة في العلاج المعرفي..

في دراسة أجراها (Wright et al ٢٠٠٥) الجلسات المجرة من خلال الحاسوب في خلال ٢٥ دقيقة كانت أكثر فعالية من الجلسة التقليدية (٥٠ دقيقة) في زيادة معرفة المريض..

• رابعاً: التدريب على المهارات:

وهي تعتبر من أكثر الأشياء التي تجذب المعالجين والمرضى للعلاج المعرفي السلوكي فهو يتميز بمهارات عملية جداً تعطي نتائج جيدة في تقليل الأعراض..

في بعض الحالات يتم تعليم هذه المهارات بصورة جيدة وفي وقت قصير لتكون مطبقة في الجلسات القصيرة وهي مهارات مطوعة لتستخدم في الجلسات التي تقل مدتها عن (٤٥ - ٦٠) دقيقة.

• خامسًا: الفروض المنزلية:

وهي وسيلة ذات نفع ومفيدة جدًا في الجلسات القصيرة.. هذه الطريقة الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي حيث يمتد تثقيف المريض خارج حدود الجلسة ويتعلم المريض مساعدة نفسه في الخطة العلاجية.. مثال على ذلك: كانت إحدى الحالات شابة تبلغ من العمر ٢٢ عامًا تعاني من رهاب الأماكن المكشوفة (المفتوحة) وترهب القيادة، بعد أن وضحنا لها النمط الأساسي للعلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات القلق.. ساعدها الطبيب النفسي على وضع نظام هرمي للتعرض التدريجي وقد تم دمجها في البداية في الفروض المنزلية.. وكانت تبلغ الطبيب بتقديمها في كل جلسة وتراجع وتصحح أخطاءها لتلتزم بخطة التعرض وكانت تضع أهداف محددة للفروض المنزلية لتزيد من تقدمها في العلاج.

❦ الخلاصة في جلسات العلاج السلوكي :

١- الصيغة الشاملة للحالة تستخدم في العلاج المعرفي السلوكي لتجميع معلومات عن الجوانب الحيوية والنفسية والاجتماعية والمعرفية والسلوكية.

٢- ورقة التدريب على صيغة الحالة بناءً على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي تعتبر نسخة مفيدة لعمل صياغات شاملة.

٣- كلا المنظورين الطولي والعرضي لظهور الأعراض موجود في صيغة الحالة.

٤- الصيغ المصغرة والجداول الزمنية وبعض الطرق القصيرة تساعد المريض على فهم حالته في ضوء العلاج المعرفي السلوكي باستخدام طرق هذا العلاج.

٥- هذه الطرق القصيرة مناسبة جدًا لاستخدامها في الجلسات القصيرة لأنها تزيد من التركيز على الأمور التي ستدخل بها وترسم طريق واضح للمريض ومعالجه ليتعاوننا على العلاج معًا.

ما المهارات والقواعد التي يتعلمها المريض؟

يكتسب المريض معارف ومهارات عبر التقنيات العلاجية في خلال الجلسات منها:

١- أن مؤثرات ظهور الأعراض متعددة فقد تكون جينية أو طيبة أو جسدية أو خبراتية ومعرفية كتلك التي يكتسبها من الحياة والعائلة

والعلاقات القريبة وطريقة التفكير والطريقة التي يتصرف بها المريض في خلال حياته.

٢- في أثناء التخطيط للعلاج نأخذ في الاعتبار المؤثرات الكبيرة التي تلعب دوراً هاماً في ظهور الأعراض و سيساعد المعالج المريض على تعريف هذه المؤثرات ووصفها وبالتالي معرفتها وكيف أدت إلى هذه المشكلات.

٣- من المهم التعرف على الخبرات الإيجابية التي مر بها المريض ليعرف نقاط قوته وإمكانياته ويساعد المعالج المريض على استخدام هذه القوى لمواجهة الأعراض.

٤- المعالج يعمل مع المريض على رسم أو كتابة المبادئ الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي وهذه الرسوم والشروحات ستساعد المريض على فهم النموذج للعلاج واستخدامه لتخطي المشكلات التي تواجهه.

مهام ضرورية للمعالج:

• في العلاج المعرفي السلوكي مهارات وتقنيات ومهام ضرورية مهمة جداً في الجلسات المختصرة وهي:

• العلاج التجريبي.

• هيكلية الأساليب.

• التثقيف النفسي.

- الواجبات المنزلية.
- الوسائل الواقعية.
- يمكن للعلاج الدوائي والعلاج المعرفي السلوكي أن يكونا مثل رفيقين في علاج الأمراض النفسية.
- لدمج العلاجين نستخدم نموذج (معرفي سلوكي - حيوي - اجتماعي) لعلاج الأمراض النفسية.
- الأبحاث التي أجريت على دمج هذين العلاجين لم تتطرق إلى مرونة وتداخل العلاجات المطروحة هنا ولكن النتيجة النهائية للأبحاث لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي لفترة قصيرة تؤيد الجمع بين العلاج السلوكي والعلاج الدوائي.
- يستطيع الطبيب استخدام العلاج بالجلسات القصيرة عليه أن يتقن المهارات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي.

الوسائل المتاحة للتدريب على العلاج المعرفي السلوكي:

حاليًا هناك فرص كثيرة لتعلم العلاج المعرفي السلوكي والتدريب عليه.. ولأن أغلب المتخصصين مطلوب منهم إتقان هذه الطريقة العلاجية فإن كثير من البرامج التدريبية توفر كورسات أساسية وإشراف للعلاج المعرفي السلوكي.

وتتضمن البرامج التدريبية في الجامعات على سلاسل متعددة من didactic sessions وفيديوهات وأدوار تمثيلية وجلسات توضيحية حقيقية وكتابة للصيغة النهائية للحالة لتحسين هذه المهارة بالإضافة إلى التدريب على علاج أنماط مختلفة من المرضى بالعلاج المعرفي السلوكي والإشراف الفردي أو الجماعي..

وكثير من مراكز ومعاهد تدريب العلاج المعرفي السلوكي تقدم تعليمًا مستمرًا للمعالجين والمتدربين ومحاضرات مستمرة للتدريب على المهارات المتقدمة في العلاج المعرفي السلوكي.. وأيضًا تتوفر سنويًا لدى American Psychiatric Association، Association of Cognitive Behavioral Therapies

والجامعة الإسلامية بمنيسوتا - فرع المغرب العربي وعدة منظمات علمية أخرى محلية ودولية.

بالإضافة إلى المراجع الرئيسية هناك مواد تدريبية متوفرة مثل الفيديوهات أو وسائل تستخدم عن طريق الحاسب الآلي.. مثل كتب Wright et al ٢٠٠٦-٢٠٠٩، توفر DVDs بتوضيحات للمهارات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي..

وهناك برامج تدريبية من خلال الحاسب الآلي مصممة لهذا الغرض مثل Praxis في المملكة المتحدة الذي قام بوضعه Tunlington وآخرون وعنوانه www.praxiscbtonline.co.uk وهو برنامج يعلم العلاج

المعرفي السلوكي للاكتئاب والقلق والذهان باستخدام تدريبات على الحاسب الآلي Interactive Computer Exercises وفيديوهات توضيحية وحالات، ويدخل الإشراف بالتليفون أو الإنترنت ضمن التكلفة الرئيسية لهذه التدريبات.. وهناك مواد أخرى مثل Academy of Beck institute و cognition therapy (www.academyofct.org) و Beck institute و The university of Louis ville و (www.beckinstitute.org) و (depression Centre (www.louisvelli.edu/depression

استيعاب النموذج الأساسي في العلاج المعرفي السلوكي يتطلب:

- توافر خبرة سابقة في ممارسة الجلسة التقليدية ٤٥-٦٠ دقيقة.
- توصيف الحالة ووضع خطة علاج معتمدة على العلاج المعرفي السلوكي.

• تنظيم وتشكيل العلاج لتعزيز التعلم.

• استنباط وتعديل الأفكار التلقائية والخطط.

- استخدام مهارات سلوكية كالتحفيز السلوكي وجدولة الأنشطة، التعرض ومنع الاستجابة (منع الطقوس)، تمارين النفس ومهارات الاسترخاء.

• تحديد وإدخال مهارات العلاج المعرفي السلوكي لتناسب اضطرابات

معينة.

قبل المحاولة في بدء الجلسات القصيرة يجب التمرس على ممارسة جلسة تقليدية بخبرة بناءً على صياغة الحالة...

حين تقصر مدة الجلسات يكون على المعالج أن ينتج صيغة مختصرة وموجهة تحتوي على المعلومات الأساسية التي تسهل الفهم المتكامل للمريض مع إبراز مشكلات معينة (أو ظروف خاصة) أخرى بالعمل عليها لظهور نتائج إيجابية..

وكل إيجابيات العلاج المعرفي السلوكي في الجلسة التقليدية مثل التعاون الكبير في العلاقات العلاجية والأصالة والصدق وإظهار التعاطف وتنظيم الجلسة وهيكلتها وما يساعد من هذه الأشياء على تعليم المريض وتقديم ثقافة نفسية محترفة يجب أن تقدم بطريقة أفضل وأصقل في الجلسات القصيرة. بعض المهارات في العلاج المعرفي السلوكي هي مهارات يجب اكتسابها مثل تعريف وتغيير الأفكار التلقائية، تعديل طريقة (خطط) التفكير هي الأكثر استخدامًا في العلاج السلوكي لمرضى الاكتئاب (من خلال التحفيز السلوكي) لاضطرابات القلق (من خلال التعرض ومنع الاستجابة وتمارين التنفس وتمارين الاسترخاء) وذلك لأن الاضطرابات المختلفة مثل الاكتئاب والقلق تعطي نتائج أفضل إذا تم تطويع المهارات المستخدمة لتناسب السمات المميزة لكل اضطراب نفسي.. ومن المهارات الأساسية في العلاج في أثناء الجلسات المختصرة هو فهم الطريقة التي يتدخل بها العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية الشديدة (major psychiatric disorders).

الباب الثالث



الفصل الأول

- بين يدي تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي
- مدخل لتطبيقات العلاج المعرفي السلوكي
- دليل التشخيص وتعديلاته



بين يدي تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي :

ممارسة العلاج المعرفي السلوكي (على اختلاف أنواعه وفروعه) كنهج أو طريقة علاجية معتمدة في علاج الاضطرابات النفسية (العصابية) والعقلية (الذهانية) أحدث طفرة وتغيير نوعي في العلاج النفسي لهذه الاضطرابات سيان كانت هذه المعالجة منفردة أو متلازمة وداعمة للمعالجة الدوائية، والحديث عن الاضطرابات النفسية والعقلية ومعالجتها، وبمقتضى الأمانة العلمية وكذلك الواجب نحو حضارتنا الإسلامية نصدر الحديث بموجز قصير عن أبي زيد أحمد بن سهل البلخي (٢٣٥هـ / ٨٤٩م - ٣٢٢هـ / ٩٣٤م) وإنتاجه العلمي الفريد في عصره في مجال الصحة النفسية والوقاية وبعض ما ورد في كتابه مصالح الأبدان والأنفس حول الموضوع من خلال الآتي:

أولاً: العلاقة بين الأمراض النفسية والعضوية (البدنية) عند البلخي:

كان البلخي من أوائل من قرروا أن نفس الإنسان تتعرض للمرض كما يتعرض له جسمه، وبناءً على ذلك أوجب رعاية مصالح النفس ووقايتها من الاضطراب، وصرح بالعلاقة المتبادلة بين صحة النفس وصحة البدن، وهذا الذي عبر عنه هو ما يُطلق عليه اليوم بالطب النفسي الجسمي . Psychosomatic medicine

ثانيًا: مسببات الاضطراب النفسي:

كان البلخي هو الرائد الأول لعلم الصحة النفسية، فلم يعرف أحد قبله جعل الطب النفسي والصحة النفسية فرعًا من فروع الطب وعلم النفس، وقد جاء بنظرية متكاملة في تصنيف العوامل المسببة للاضطراب النفسي، يتوافق مع التصنيف المعاصر اليوم لمسببات الاضطراب النفسي.

ثالثًا: طب النفس الوقائي عند البلخي:

بين البلخي أن حفظ الصحة على النفس مقدم على إعادة الصحة إليها. وهذا التقديم للوقاية على العلاج يزداد تأكيده اليوم في الطب الحديث بعد مرور أكثر من عشرة قرون على ما كتبه البلخي.

رابعًا: معالجة الأمراض النفسية عند البلخي:

١. نظريات البلخي في العلاج النفسي: إن ما ذكره البلخي من شيوع الأعراض النفسية وأن تواترها على الإنسان أكثر من الأعراض البدنية أمر واقعي ملموس. وأن نظريته في العلاج النفسي التي استندت إلى محوري العلاج من داخل النفس، والعلاج من خارج النفس نجد صداها في المعالجة النفسية الحديثة.

٢. نماذج من معالجة البلخي للأمراض النفسية:

النموذج الأول:

الغم: عد البلخي الغم رأس الأعراض النفسية، لذلك يؤكد أن تدبير

مصالح الأنفس يقوم على الاجتهاد في كشف الغم عنها، واجتلاب السرور إليها.

النموذج الثاني:

في تدبير صرف الغضب وقمعه: يشير إلى كيفية تدبير الغضب بطريقتين: من خارج النفس وداخلها، ويقترح لذلك أنواعاً من (الوسائل الدفاعية) التي يسميها الحيل.

النموذج الثالث:

في تسكين (معالجة) الخوف والفرع: اقترح عددًا من الحيل النفسية الدفاعية التي يمكن أن يتخذها الإنسان لتسكين خوفه وفرعه.

النموذج الرابع:

في تدبير دفع الحزن والجزع: بعد تعريفه الحزن والجزع وأسبابهما ذكر الطرق التي يتخلص منها المريض وهي مقبولة في العلاجات الحديثة.

النموذج الخامس:

في الاحتيال لدفع وساوس الصدر وأحاديث النفس: بعد تعريفه الوسواس بأنها أحاديث النفس التي تعتلج في صدر الإنسان، ذكر ما يميز الوسواس من الأعراض النفسانية الأخرى كالغم، والغضب، والخوف. وقسمه إلى نوعين أصلي وعارض يطرأ على الإنسان، من دون أن يكون ملازمًا. وإن مبدأ العلاج الذي اقترحه البلخي والحيل التي يستعان بها

لدفع الوسوس من خارج الجسم وداخل النفس، قسمها إلى حيل معدة لوقت الصحة، وأخرى معدة الوقت العلة، وجاءت أفكاره متناغمة مع المعالجات النفسية الحديث.



مدخل لتطبيقات العلاج المعرفي السلوكي:

إن ممارسة العلاج المعرفي السلوكي بطريقة مهنية احترافية تتطلب معرفة دقيقة بالاضطرابات وأعراضها ومعايير تصنيفها وتقنيات المعالجة المعرفية السلوكية لهذه الاضطرابات، ومصادر هذه المعرفة المعتمدة متعددة وأهمها:

١- البحوث العلمية التجريبية المحكمة وموردها الأساس الجامعات الكبرى المتخصصة.

٢- خلاصات المؤتمرات العلمية المتخصصة.

٣- الكيانات الدولية المتخصصة (كمنظمة الصحة العالمية والمنظمات المناظرة).

٤- الجمعيات العلمية المتخصصة (كالجمعية الأمريكية وما يناظرها).

وكذلك الاستيعاب الرشيد لإصدارات الأدلة العالمية المعتمدة وأهمها:

الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، الطبعة الخامسة الصادر عن الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين.

دليل دعم تشخيص الاضطرابات النفسية والسلوكية واضطرابات النمو العصبي المدرجة في المراجعة الحادية عشرة للتصنيف الدولي للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية

على أنه من الضروري استيعاب المهتمين بالعلاج المعرفي السلوكي للتغيرات الحديثة (قبل شهور من إصدار هذا الكتاب) لأنها مؤثرة في ممارسة عمليات المعالجة المعرفية والسلوكية وهذا موجز بهذه التغيرات:

قوائم هذه الاضطرابات وفق الدليل التشخيصي لجمعية علم النفس الأمريكية النسخة الخامسة ٥ - DSM، فهي تميز ٣٤٧ اضطراباً عقلياً في ٢٠ فئة واسعة، مثل «الاضطرابات الاكتئابية»، «الاضطرابات العصبية المعرفية»، و«طيف الشيزوفرينيا وغيرها من الاضطرابات الذهانية». وبجانب قوائم التحقق هذه، يحتوي الدليل التشخيصي DSM أيضاً على وصف موجز لكل اضطراب. توضح هذه الأوصاف الخصائص التشخيصية للاضطراب (أي تطورها ودراستها، انتشارها، التشخيص الفارقي المتعلق بالظروف الأخرى، والاعتلال المشترك)، التي توفر إطاراً أوسع قليلاً لتفسير المعلومات الواردة في قوائم المراجعة. كما يركز DSM على تجميع الأعراض في مجموعات لاضطرابات المتلازمات أيضاً، إلا أن النسخة الخامسة (وهي الأخيرة الى وقتنا هذا) من الدليل التشخيصي قد تم عليها إجراءات تعديلية، انتقدتها بعض الهيئات والرموز المتخصصة قبل وبعد نشرها. يؤكد النقاد، على سبيل المثال:

أن العديد من مراجعات أو إضافات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الخامسة تؤكد الآتي:
تفتقر إلى الدعم التجريبي.

تفتقر إلى الموثوقية فهي منخفضة للعديد من الاضطرابات.
تحتوي عدة أقسام على معلومات سيئة الكتابة أو مربكة أو متناقضة.
وقد يكون لصناعة الأدوية النفسية تأثير غير ملائم على محتوى الدليل (العديد من المشاركين في مجموعة عمل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الخامسة لديهم روابط بشركات الأدوية). (!)

لقد كانت - ولا تزال - عملية تشخيص الاضطرابات النفسية موضع تناول من قبل العديد من الباحثين، وبالرغم من تواجد صيغ متعددة للتصنيفات التي شملت معايير أغلب الاضطرابات وتوافقاتها مع الأطر النظرية، وخاصة جوانب ما تضمنه الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في طبعته الخامسة، إلا أن التحولات النوعية التي شهدها هذا الدليل جعلت الكثير من المهتمين في موقف نقدي، يدعو إلى ضرورة البحث في موثوقيته بالنظر إلى أن الممارسات الداعمة لنهج الدليل التشخيصي للأعراض العقلية محدودة، ولا يعزز الدليل فرص اتخاذ القرارات الصحيحة والدقيقة، والتي

بإمكانها أن تأخذ بعين الاعتبار تقييمه من خلال الممارسات الإكلينيكية، وهذا باتباع نهج بحثي علمي يستند إلى إنشاءات بناء الحالة وصياغتها لضمان الوصول إلى المهنية الخاصة بالصحة النفسية والعقلية، بما تمكن من فهم أعمق للتشخيص الدقيق لمشكلات الأفراد من جهة، ولا تتأثر بالذاتية والعوامل الدخيلة التي من شأنها أن تحول دون معرفة دقيقة بتشخيص الاضطرابات النفسية، ومن ثمة اتخاذ الإجراءات المناسبة تجاهها.

❦ دليل التشخيص وتعديلاته

وهذه نماذج للتعديلات الأخيرة والمعاصرة في دليل التشخيص (إلى وقتنا هذا):

إعادة تصور متلازمة أسبرجر من اضطراب متميز إلى اضطراب طيف التوحد

• إزالة الأنواع الفرعية من الفصام.

• حذف «استبعاد الفجيرة bereavement exclusion» لاضطرابات الاكتئاب.

• إعادة تسمية اضطراب الهوية الجنسية gender identity disorder إلى التقلُّل الجنسي.

• إدراج اضطراب نهم الطعام كاضطراب أكل منفصل.

• إعادة تسمية وإعادة صياغة مفاهيم شذوذ جنسي، والتي تسمى الآن الاضطرابات البارافيليا paraphilic.

• إزالة نظام المحاور الخمسة.

• وتقسيم الاضطرابات غير المحددة إلى اضطرابات أخرى محددة واضطرابات غير محددة.

فئات الاضطرابات وفق ما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والنفسية - الطبعة الخامسة القسم الثاني: معايير التشخيص. اضطرابات النمو العصبي:

• أصبح «التخلف العقلي» معروفاً باسم جديد:

الإعاقة الذهنية intellectual disability اضطراب النمو الفكري. يُعرف الاضطراب الصوتي والتلعثم الآن باسم اضطرابات التواصل - والتي تشمل اضطراب اللغة، واضطراب صوت الكلام، واضطراب الطلاقة في الطفولة، وحالة جديدة تتميز بخلل في التواصل الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي يُسمى اضطراب التواصل الاجتماعي (البراغماتي).

• يشتمل اضطراب طيف التوحد على اضطراب أسبرجر Asperger، واضطراب تفكك الطفولة، واضطراب النمو المتشر غير المحدد بطريقة أخرى (PDD-NOS) فئة فرعية جديدة، الاضطرابات الحركية، تشمل اضطراب التنسيق التنموي، واضطراب الحركة

النمطية، واضطرابات التشنج اللا إرادي tic بما في ذلك متلازمة توريت Tourette syndrome.

• طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى:

• تمت إزالة جميع الأنواع الفرعية من الفصام من الدليل (جنون العظمة، غير منظم، جامودي، غير متميز). مطلوب نوبة مزاجية كبيرة للاضطراب الفصامي العاطفي (من أجل غالبية فترة الاضطراب بعد استيفاء المعيار A) المرتبط بالأوهام والهلوسة والكلام أو السلوك غير المنظم والأعراض السلبية مثل الهلع.

• تغيرت معايير اضطراب الوهم، ولم يعد منفصلاً عن اضطراب التوهم المشترك

• إن وجود الجامود Catatonia يكون أمراً مطلوباً في جميع السياقات التي تتطلب وجود ٣ من إجمالي ١٢ عرض. قد يكون الجامود محدداً للاضطرابات الاكتئابية والثنائية القطب والذهانية؛ أو جزء من حالة طبية أخرى؛ أو تشخيص آخر محدد، الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة.

يمكن تطبيق محدد جديد «بسمات مختلطة» على الاضطراب ثنائي القطب من النوع الأول، والاضطراب ثنائي القطب من النوع الثاني، والاضطراب ثنائي القطب غير محدد في مكان آخر not elsewhere defined اختصاراً

(NED)، وكان يُسمى سابقاً غير محدد بطريقة أخرى not otherwise specified اختصاراً (NOS)، واضطراب الاكتئاب الكبير MDD.

• يسمح باضطراب ثنائي القطب محدد آخر واضطراب متعلق بحالات معينة.

• أعراض القلق Anxiety هي محددات (تسمى «ضائقة القلق anxious distress») تضاف إلى الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات الاكتئابية ولكنها ليست جزءاً من معايير التشخيص ثنائي القطب.

اضطرابات الاكتئاب:

• تمت إزالة استبعاد الفجوة bereavement في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة من اضطرابات الاكتئاب في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الخامسة.

• اضطراب عدم انتظام المزاج المضطرب الجديد (DMDD) للأطفال حتى سن ١٨ عاماً. انتقل الاضطراب المزعج السابق للحيض من الملحق لمزيد من الدراسة، وأصبح اضطراباً. تمت إضافة محددات للأعراض المختلطة والقلق، إلى جانب إرشادات للأطباء حول الانتحار. يُطلق على مصطلح الاكتئاب الجزئي dysthymia الآن أيضاً اسم الاضطراب الاكتئابي المعند.

اضطرابات القلق:

بالنسبة للأشكال المختلفة من الرهاب phobias واضطرابات القلق anxiety، يزيل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة شرط أن الشخص (سابقاً، أكثر من ١٨ عاماً) «يجب أن يدرك أن خوفه وقلقه مفرط أو غير معقول». أيضاً، تنطبق مدة ٦ أشهر على الأقل الآن على الجميع (ليس فقط للأطفال).

• أصبحت نوبة الهلع Panic attack محددًا لجميع اضطرابات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الخامسة.

• أصبح اضطراب الهلع Panic disorder ورهاب الخلاء agoraphobia اضطرابين منفصلين.

• أصبحت أنواع معينة من الرهاب محددات ولكنها لم تتغير بخلاف ذلك.

• تم تغيير المحدد العام لاضطراب القلق الاجتماعي social anxiety disorder (الرهاب الاجتماعي سابقاً) لصالح محدد الأداء فقط (أي الخطابة أو الأداء).

• يُصنف اضطراب قلق الانفصال Separation anxiety disorder والخرس الانتقائي selective mutism على أنهما اضطرابات قلق (وليست اضطرابات الظهور المبكر).

• الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة:

• يتضمن فصل جديد عن الوسواس القهري-obsessive compulsive والاضطرابات ذات الصلة أربعة اضطرابات جديدة:

١- اضطراب التسحج excoriation مص الجلد.

٢- واضطراب الاكتناز hoarding. والوسواس القهري الناجم عن مادة/دواء.

٣- والوسواس القهري والاضطراب المرتبط به بسبب طبي آخر.

• نتف الشعر Trichotillomania اضطراب نتف الشعر انتقل من «اضطرابات التحكم في الانفعالات غير المصنفة في مكان آخر» في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الرابعة، إلى اضطراب الوسواس القهري في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الخامسة. تم توسيع المحدد (وإضافته إلى اضطراب تشوه الجسم body dysmorphic disorder واضطراب الاكتناز للسماح بالبصيرة insight الجيدة أو العادلة، والبصيرة الضعيفة، و«البصيرة الغائبة/ الوهمية» (أي الاقتناع الكامل بأن معتقدات اضطراب الوسواس القهري صحيحة).

• تمت إضافة معايير إلى اضطراب تشوه الجسم لوصف السلوكيات المتكررة أو الأفعال العقلية التي قد تنشأ مع عيوب أو عيوب في المظهر

الجسدي.انتقل محدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة specifier « مع أعراض الوسواس القهري» من اضطرابات القلق إلى هذه الفئة الجديدة لاضطرابات الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة.هناك تشخيصان جديان:

- الأول هو اضطراب الوسواس القهري المحدد الآخر other specified.والاضطراب المرتبط به، والذي يمكن أن يشمل اضطراب السلوك المتكرر الذي يركز على الجسم (سلوكيات مثل قضم الأظافر وقضم الشفاه ومضغ الخد، بخلاف تنف الشعر ونزع الجلد) أو الغيرة الوسواسية *obsessional jealousy*. والثاني هو اضطراب الوسواس القهري غير المحدد *unspecified* والاضطراب المرتبط به.

الاضطرابات المرتبطة بالصدمات والضغوط:

يتم الآن تضمين اضطراب ما بعد الصدمة *Post traumatic stress disorder* اختصارًا (PTSD) في قسم جديد بعنوان «الصدمات والاضطرابات المرتبطة بالتوتر»، تم إعادة تنظيم مجموعات تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة وتوسيعها من إجمالي ثلاث مجموعات إلى أربع مجموعات بناءً على نتائج البحث التحليلي للعوامل المؤكدة التي أجريت منذ نشر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة.

تمت إضافة معايير منفصلة للأطفال من سن ست سنوات أو أقل. لتشخيص اضطراب الإجهاد الحاد واضطراب ما بعد الصدمة، تم تعديل معايير الإجهاد (المعيار A١ في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة) إلى حد ما. تم التخلص من متطلبات ردود الفعل العاطفية الذاتية المحددة (المعيار A٢ في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة) لأنها تفتقر إلى الدعم التجريبي لفوائدها وصلاحياتها التنبؤية.

في السابق، لم تستوف مجموعات معينة، مثل الأفراد العسكريين المشاركين في القتال وضباط إنفاذ القانون وغيرهم من المستجيبين الأوائل، المعيار A٢ في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة لأن تدريبهم أعدهم لعدم الاستجابة عاطفياً للأحداث الصادمة. [١٤][١٥][١٦]

تم تسمية نوعين من الاضطرابات الجديدة التي كانت في السابق نوعين فرعيين وهما:

اضطراب التعلق التفاعلي reactive attachment disorder

اضطراب المشاركة الاجتماعية المحظور disinhibited social

engagement disorder¹.

تم نقل اضطرابات التكيف إلى هذا القسم الجديد وإعادة تصورها على أنها

متلازمات استجابة الإجهاد. لم تتغير أنواع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة الفرعية لمزاج الاكتئاب وأعراض القلق والسلوك المضطرب. اضطرابات انفصامية Dissociative:

يسمى اضطراب تبدد الشخصية الآن باسم اضطراب تبدد الشخصية/ الغربة عن الواقع. أصبح الشرود الانفصامي محدداً لفقدان الذاكرة الانفصالي. تم توسيع معايير اضطراب الهوية الانفصامي لتشمل «ظواهر شكل الحياة والأعراض العصبية الوظيفية».

- من الواضح أن «التحولات في الهوية يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين أو الإبلاغ عنها ذاتياً». تم تعديل المعيار B أيضاً للأشخاص الذين يعانون من فجوات في استدعاء الأحداث اليومية.
- (ليس فقط الصدمات).

الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة:

تسمى الاضطرابات الجسدية Somatoform الآن الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة.

- يمكن الآن تشخيص المرضى الذين يعانون من ألم مزمن باضطراب الأعراض الجسدية somatic symptom disorder الناجم عن المرض العقلي مع غياب سيطرة الألم؛ أو العوامل النفسية التي تؤثر على الحالات الطبية الأخرى؛ أو مع اضطراب في التكيف. تم الجمع بين اضطراب

الجسدنة Somatization disorder والاضطراب الجسدي غير المتميز ليصبح اضطراب الأعراض الجسدية، وهو التشخيص الذي لم يعد يتطلب عددًا محددًا من الأعراض الجسدية.

• تُعرّف الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة بالأعراض الإيجابية، ويتم تقليل استخدام الأعراض غير المفسرة طبيًا، إلا في حالات اضطراب التحويل والحمل الكاذب. تشخيص جديد هو العوامل النفسية التي تؤثر على الحالات الطبية الأخرى. كان يتم العثور على هذا الموضوع سابقًا في الفصل الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الرابعة (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة) تحت عنوان «الحالات الأخرى التي قد تكون محور الاهتمام السريري». تم تغيير معايير اضطراب التحويل اضطراب الأعراض العصبية الوظيفية:

• اضطرابات التغذية والأكل:

• تم تغيير معايير اضطراب البيكا pica واضطراب الاجترار rumination disorder ويمكن الآن إن تشير إلى أشخاص من أي عمر. تم إخراج اضطراب الأكل بنهم Binge eating disorder من الملحق B في مجموعات المعايير والمحاوِر المقدمة لمزيد من الدراسة» في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة إلى التشخيص الصحيح. تم تغيير متطلبات الشره المرضي العصبي bulimia

nervosa واضطراب الأكل بنهم من «مرتين أسبوعياً على الأقل لمدة ٦ أشهر إلى مرة واحدة أسبوعياً على الأقل خلال الأشهر الثلاثة الماضية». تم تغيير معايير فقدان الشهية العصبي anorexia nervosa. لم يعد هناك حاجة لانتقطاع الطمث.

• «اضطراب التغذية في الطفولة أو الطفولة المبكرة»، وهو تشخيص نادر الاستخدام في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة، تمت إعادة تسميته إلى تفادي/ تقييد تناول الطعام، وتم توسيع المعايير.

• اضطرابات الإلغاء:

لا توجد تغييرات كبيرة بالنسبة لاضطرابات الإلغاء Elimination.

تم تصنيف الاضطرابات في هذا الفصل سابقاً ضمن الاضطرابات التي تم تشخيصها لأول مرة عادةً في مرحلة الطفولة أو الطفولة أو المراهقة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع. الآن هو تصنيف مستقل في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الخامسة. اضطرابات النوم والاستيقاظ:

تم حذف «اضطرابات النوم المتعلقة باضطراب عقلي آخر، واضطرابات النوم المتعلقة بحالة طبية عامة».

• أصبح الأرق الأساسي يسمى اضطراب الأرق insomnia disorder، وأصبح النوم القهري narcolepsy منفصل عن فرط النعاس hypersomnolence.

• يوجد الآن ثلاثة اضطرابات في النوم مرتبطة بالتنفس:

١- انقطاع النفس الانسدادي النومي hypopnea.

٢- توقف التنفس المركزي في أثناء النوم.

٣- ونقص التنفس المرتبط بالنوم. تم توسيع اضطرابات النوم - الاستيقاظ في إيقاع الساعة البيولوجية لتشمل متلازمة مرحلة النوم المتقدمة ونمط النوم والاستيقاظ غير المنتظم ونمط النوم والاستيقاظ غير المستمر على مدار ٢٤ ساعة. تمت إزالة اضطراب الرحلات الجوية الطويلة Jet lag.

• يعد اضطراب سلوك النوم في مرحلة حركة العين السريعة ومتلازمة تلمل الساقين اضطراباً، بدلاً من إدراج كليهما ضمن «عسر النوم غير المحدد بطريقة أخرى» في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الرابعة.

الاختلالات الجنسية:

• يشمل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الخامسة على اختلالات جنسية خاصة بالجنس.

• بالنسبة إلى الإناث، يتم الجمع بين الرغبة الجنسية واضطرابات الإثارة في الاهتمام الجنسي للإناث/ اضطراب الإثارة.

• تتطلب الاختلالات الجنسية (باستثناء العجز الجنسي الناجم عن المواد/ الأدوية) الآن مدة تقارب ٦ أشهر ومعايير شدة أكثر دقة.

• تشخيص جديد هو ألم الحوضي التناسلي/ اضطراب الاختراق والذي يجمع بين التشنج المهبل *vaginismus* وعسر الجماع *dyspareunia* من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة. تم حذف اضطراب النفور الجنسي.

• تشمل الأنواع الفرعية لجميع الاضطرابات:

١- «مدى الحياة مقابل المكتسبة» و»

٢- المعمم مقابل الظرفية» (تم حذف نوع فرعي واحد من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة. تم حذف نوعين فرعيين:

٣- «العجز الجنسي بسبب حالة طبية عامة» و»

٤- بسبب عوامل نفسية مقابل عوامل مشتركة».

المراوحة المزاجية الجنسية:

إن المراوحة المزاجية الجنسية Gender dysphoria اختصاراً (GD) هي الضيق الذي يشعر به الشخص بسبب عدم التوافق بين هويته الجنسية والجنس المحدد عند الولادة.

إن الأشخاص الذين يعانون من المراوحة المزاجية الجنسية عادةً ما يعرفون على أنهم متحولون جنسياً transgender. إن عدم المطابقة بين الجنسين Gender nonconformity ليس هو نفسه المراوحة المزاجية الجنسية. وفقاً لجمعية الطب النفسي الأمريكية، فإن العنصر الحاسم في المراوحة المزاجية الجنسية هو وجود «شدة كبيرة سريراً». اضطراب الهوية الجنسية gender identity disorder في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الرابعة IV يشبه المراوحة المزاجية الجنسية gender dysphoria في الدليل التشخيصي والإحصائي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الخامسة، ولكن ليس هو نفسه. تمت إضافة معايير منفصلة للأطفال والمراهقين والبالغين مناسبة لحالات النمو المختلفة.

• تم حذف الأنواع الفرعية في اضطراب الهوية الجنسية على أساس التوجه الجنسي. من بين تغييرات الصياغة الأخرى، تم الجمع بين المعيار A والمعيار B لتحديد الهوية بين الجنسين، والنفور من جنس المرء إلى جانب هذه التغييرات، يأتي إنشاء المراوحة المزاجية الجنسية بشكل منفصل

عند الأطفال وكذلك للبالغين والمراهقين. تم نقل المجموعة من فئة الاضطرابات الجنسية إلى فئة خاصة بها. تم إجراء تغيير الاسم جزئياً بسبب وصف مصطلح «اضطراب» والاستخدام الشائع نسبياً لـ «المراوحة المزاجية الجنسية gender dysphoria» في أدبيات اضطراب تحديد الجنس Gender Identity Disorder (اختصاراً GID) وبين المتخصصين في هذا المجال. إن إنشاء تشخيص محدد للأطفال يعكس قدرة الأطفال الأقل على الحصول على نظرة ثاقبة لما يمرون به والقدرة على التعبير عنه في حالة امتلاكهم البصيرة.

• الاضطرابات التخريبية واضطرابات السيطرة على الانفعالات واضطرابات السلوك:

كانت بعض هذه الاضطرابات في السابق جزءاً من الفصل الخاص بالتشخيص المبكر واضطراب التحدي المعارض؛ اضطراب السلوك؛ واضطراب السلوك التخريبي غير المحدد خلافاً لذلك أصبح اضطراباً تخريبياً محدداً وغير محدد واضطراب السيطرة على الانفعالات واضطرابات السلوك.^[٤]

انتقل الاضطراب الانفجاري المتقطع وهوس الحرائق pyromania وهوس السرقة kleptomania إلى هذا الفصل بدلاً من الفصل الرابع في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة والذي كان بعنوان «اضطرابات التحكم في

الانفعالات غير المحددة بطريقة أخرى». تم سرد اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هنا وفي الفصل المتعلق باضطرابات الشخصية (ولكن أدرج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ضمن اضطرابات النمو العصبي).

• تنقسم أعراض اضطراب العناد الشارد إلى ثلاثة أنواع:

١- المزاج الغاضب / المتهيج.

٢- السلوك الجذلي / المتحدي.

٣- النزعة الانتقامية.

تم حذف استبعاد اضطراب السلوك. أيضاً تم تغيير المعايير مع ملاحظة حول متطلبات التواتر وقياس الشدة. معايير اضطراب السلوك لم تتغير في معظمها عما هي عليه في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة.

• لقد تمت إضافة محدد للأشخاص ذوي «المشاعر الاجتماعية الإيجابية»، والتي تُظهر سمات قاسية وغير عاطفية.

قد يتم وضع التشخيص لدى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٦ سنوات بالاضطراب الانفجاري المتقطع دون نوبات من العدوان الجسدي.

تمت إضافة معايير للتواتر ولتحديد «الاندفاع و/أو الغضب على أساس الطبيعة، ويجب أن يسبب ضائقة ملحوظة، أو يسبب ضعفاً في الأداء المهني أو التعامل مع الأشخاص، أو يرتبط بعواقب مالية أو قانونية سلبية». الاضطرابات المرتبطة بالمواد والإدمان:

يعد اضطراب القمار واضطراب استخدام التبغ من الأمور الجديدة. تم دمج تعاطي المخدرات والاعتماد على المواد من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الرابعة - TR في اضطرابات استخدام مادة واحدة خاصة بكل مادة من مواد التعاطي ضمن فئة جديدة هي «الإدمان والاضطرابات ذات الصلة». تم حذف «المشكلات القانونية المتكررة» وتمت إضافة عبارة «الرغبة الشديدة أو الرغبة الشديدة في استخدام مادة ما» إلى المعايير.

- تم تغيير عتبة عدد المعايير التي يجب الوفاء بها.
- وإن تحديد الشدة من خفيفة إلى شديدة يعتمد على عدد المعايير المعتمدة.
- تمت إضافة معايير للقنب cannabis وسحب الكافيين caffeine.
- تمت إضافة محددات جديدة للهوادة remission المبكرة والمستمرة جنباً إلى جنب مع محددات جديدة لـ «المريض موضوع في بيئة خاضعة للرقابة» و«المريض موضوع على علاج الصيانة». لا يوجد المزيد من التشخيصات المتعلقة بالمواد المتعددة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الخامسة؛ ويجب تحديد اسم المادة (أو المواد) المقصودة.

الاضطرابات المعرفية العصبية:

أصبح الخرف Dementia واضطراب النسيان amnesic disorder اضطراباً عصبياً معرفياً كبيراً أو خفيفاً (مرض غير معدي رئيسي أو مرض غير معدي خفيف)

يحتوي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الخامسة على قائمة جديدة من المجالات المعرفية العصبية.

«يتم الآن تقديم معايير منفصلة جديدة» للأمراض غير المعدية الرئيسية أو الخفيفة بسبب ظروف مختلفة.

الأمراض غير المعدية التي تسببها العقاقير / الأدوية والأمراض غير المعدية غير المحددة هي تشخيصات جديدة.

تقلبات الشخصية:

• كان اضطراب الشخصية Personality disorder اختصاراً (PD) في السابق ينتمي إلى محور مختلف عن جميع الاضطرابات الأخرى تقريباً، ولكنه الآن في محور واحد مع جميع التشخيصات العقلية والطبية الأخرى. ومع ذلك، يتم الاحتفاظ بنفس الأنواع العشرة من اضطراب الشخصية. هناك دعوة إلى الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الطبعة الخامسة لتوفير المعلومات السريرية ذات الصلة القائمة على التجربة لتصور الشخصية وكذلك علم الأمراض النفسي في الشخصيات. تعتبر

قضية (مشكلات) عدم تجانس اضطراب الشخصية إشكالية أيضًا. على سبيل المثال، عند تحديد معايير اضطراب الشخصية، من الممكن أن يكون لشخصين لهما نفس التشخيص أعراض مختلفة تمامًا والتي لن تتداخل بالضرورة هناك أيضًا قلق بشأن النموذج الأفضل للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - النموذج التشخيصي المفضل من قبل الأطباء النفسيين أو النموذج البعدي الذي يفضله علماء النفس. نهج/ نموذج التشخيص هو الذي يتبع النهج التشخيصي للطب التقليدي، وهو أكثر ملاءمة للاستخدام في البيئات السريرية، ومع ذلك، فإنه لا يلتقط تعقيدات الشخصية الطبيعية أو غير الطبيعية. النهج/ النموذج ذو الأبعاد أفضل في إظهار درجات متنوعة من الشخصية؛ إنه يركز على الاستمرارية بين الطبيعي وغير الطبيعي، وعلى غير الطبيعي كشيء يتجاوز العتبة سواء في الحالات أحادية القطب أو ثنائية القطب.

اضطرابات جنونية:

تمت إضافة محددات جديدة «في بيئة مضبوطة in a controlled environment» و«في حالة الهوادة in remission» إلى معايير جميع الاضطرابات الجنونية. يتم التمييز بين السلوكيات الجنونية paraphilic، أو أشكال الجنون paraphilias، والاضطرابات الجنونية paraphilic. تم تغيير جميع مجموعات المعايير لإضافة كلمة اضطراب إلى جميع أشكال الجنون paraphilias، على سبيل المثال، تم إدراج اضطراب

الاستغلال الجنسي للأطفال بدلاً من الغلمة (حب الأطفال) (لا يوجد تغيير في هيكل التشخيص الأساسي منذ الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الطبعة الثالثة - آر DSM-III-R ؛ ومع ذلك، يجب على الأشخاص الآن استيفاء المعايير النوعية (المعيار A) والعواقب السلبية (المعيار B) ليتم وضع تشخيص اضطراب الاستغلال الجنسي للأطفال. خلاف ذلك يكون لدى هؤلاء الأشخاص غلمة (حب الأطفال paraphilia) ولا يوجد تشخيص.

الفصل الثاني

طريقة أخرى لتصنيف الحالات (قائمة بالأمراض النفسية الشائعة)

تحديد المرض النفسي

إشعارات بنجاح علاجات معرفية سلوكية لعدة اضطرابات:

الخاتمة



طريقة أخرى لتصنيف الحالات (قائمة بالأمراض الشائعة):

ويمكن تصنيف التغيرات المفاجئة في الشخصية والسلوك بشكل عام على أنها تتضمن واحدًا من الأنواع التالية من الأعراض:

- التخليط الذهني أو الهذيان.
- التوهّمات.
- الكلام أو السلوك غير المنتظم.
- الهلّوس.
- تطرّف المزاج (مثل الاكتئاب أو الهوس).

هذه الفئات ليست اضطرابات؛ فهي مجرد طريقة يقوم المتخصصين من خلالها بتنظيم أنواع مختلفة من الحالات غير الطبيعية للأفكار والكلام والسلوك. ويمكن أن تكون هذه التغيرات في الشخصية والسلوك بسبب مشكلات صحية جسدية أو نفسية،

وقد يكون لدى الأشخاص أكثر من نوع واحد من هذه التغيرات؛ فعلى سبيل المثال، المَرَضِي الذين يعانون من التخليط الذهني بسبب تفاعل دوائي يُصابون في بعض الأحيان بالهلّوس، أمّا الأشخاص الذين يعانون من مزاج متطرّف فقد يكون لديهم الهذيان.

التَّخْلِيطُ الذهني والهذيان:

ويشير التَّخْلِيطُ الذهني والهذيان إلى اضطراب في الوعي. وهذا يعني أن المَرَضِيَّ يكونون أقلَّ إدراكًا لما يجري حولهم، وقد يتوقَّف ذلك على السبب، ويمكن أن يكونوا في حالة هياج مفرط وعصبية أو نعاس وبلادة وبطء. ويتناوب الأمر لدى بعض المَرَضِيَّ بين حالة فرط التيقُّظ أو قلة التيقُّظ. ويبدو تفكيرهم متغيِّماً وبطيئاً أو غير مناسب. ويكون لديهم صعوبة في التركيز على أسئلة بسيطة، مع بطء في الاستجابة. وقد يكون الكلام متلعثماً. وفي كثير من الأحيان، لا يعرف الأشخاص ما هو عليه اليوم، وقد لا يكونوا قادرين على معرفة أين هم. كما لا يمكن لبعضهم إعطاء اسمهم. غالباً ما ينجم الهذيان عن مشكلة جسدية خطيرة حدثت حديثاً أو عن استجابة لدواء، خصوصاً عند كبار السن. يحتاج المصابون بالهذيان إلى رعاية طبية فورية؛ وإذا جَرَى التعرُّف إلى سبب الهذيان وتصحيحه بسرعة، يزول غالباً.

الأوهام أو التوهُّمات Delusions:

التوهُّمات هي معتقدات كاذبة ثابتة يتمسَّك بها المَرَضِيَّ، على الرغم من الأدلة على عكسها. وتستند بعضُ هذه التوهُّمات إلى تفسير خاطئ للمدركات الفعلية؛ فعلى سبيل المثال، قد يشعر المَرَضِيَّ بالاضطهاد، ويعتقدون أنَّ شخصاً وراءهم في الشارع يتابعهم أو أنَّ حادثاً عادياً هو تخريب هادف. كما يعتقد أشخاص آخرون أنَّ كلمات الأغاني أو المقالات

الصحفية تحتوي على رسائل تشير إليهم تحديداً (يُسمى وُهام المعاني المرجعية delusion of reference)).

ولكن، تبدو بعضُ المعتقدات أكثرَ معقولة، ويمكن أن يكون من الصعب التعرفُ إلى التوهّمات، لأنّها قد تحدث أو تكون قد حدثت في الحياة الحقيقية؛ فعلى سبيل المثال، يكون المَرَضَى أحياناً تحت مراقبة محققين حكوميين أو تعرّضوا لعمل تخريبي من قبل زملاء العمل. وفي مثل هذه الحالات، يمكن تحديدُ الاعتقاد على أنّه وهمٌ من خلال مدى قوّة الاعتقاد به لدى الناس، على الرغم من الأدلة على خلافه.

ومن السهل التعرفُ إلى التوهّمات الأخرى؛ فمثلاً، في التوهّمات الدينية أو توهّمات العظمة، قد يعتقد المَرَضَى أنهم أولياء أو رؤس البلاد. كما تكون بعضُ التوهّمات غريبة جداً؛ كأن يعتقد المَرَضَى أنّ أعضاءهم جَرَى استبدالها جميعاً بأجزاء آليّة، أو أنّ رؤوسهم تحتوي على راديو يتلقّى رسائل من الحكومة.

الكلام المشوّش أو غير المترابط:

يشير الكلام غير المترابط أو المضطرب إلى كلام لا يحتوي على الروابط المنطقية المتوقّعة بين الأفكار أو بين الأسئلة والأجوبة؛ فعلى سبيل المثال، قد يقفز المَرَضَى من موضوع إلى آخر دون الانتهاء من الفكرة. وقد تكون الموضوعات ذات صلةً طفيفة أو غير ذات صلة تماماً. في حالات أخرى، يستجيب المَرَضَى لأسئلة بسيطة بإجابات طويلة ومشوّشة، ومليئة

بالتفاصيل غير ذات الصلة. كما قد تكون الإجابات غير منطقية أو غير مترابطة تماماً. يختلف هذا النوع من الكلام عن صعوبة التعبير عن اللغة أو فهمها (الحبسة أو تشكيل كلمات (عسر التلفظ) التي تنجم عن اضطراب في الدماغ، مثل السكتة الدماغية).

وفي بعض الأحيان، لا يعدُّ سوء الكلام أو المراوغة المتعمَّدة أو الفظاظة أو روح الدُّعابة كلاماً غير مننظم.

السلوك المشوّش أو غير المترابط:

يشير السلوك غير المنتظم إلى القيام بأشياء غير مألوفة تماماً (مثل خلع الملابس أو الاستمناء أمام الجمهور، أو الصراخ والقسم من دون سبب واضح). والمرضى الذين يعانون من سلوك غير منظم يواجهون في العادة صعوبة في القيام بالأنشطة اليومية العادية (مثل الحفاظ على النظافة الشخصية الجيدة أو الحصول على الطعام).

الهلوسات:

يشير مصطلح الهلوسة hallucination إلى سماع أو رؤية أو شم أو تذوق أو الشعور بأشياء غير موجودة بالفعل. أي أنّ المريض يرون أو يدركون أشياء، من خلال حواسهم على ما يبدو، لا تتجهها حوافز أو منبّهات خارجية. ويمكن أن يشارك في ذلك أي من هذه الحواس. وتنطوي الهلاوس الأكثر شيوعاً على سماع الأشياء (الهلاوس السمعية)،

وعادة الأصوات. وغالبًا ما تُصدر الأصواتُ تعليقاتٍ مهينة عن الشخص أو تأمره بالقيام بشيء ما.

ولكن، ليست كلُّ هلوسة سببها اضطرابٌ نفسي؛ المهلوسات النفسية، مثل (LSD، وميسكالين، وسايكلوسايبين)، ويُشار إليها باسم المهلوسات، لأنها يمكن أن تسبب الهلوسة البصرية. فبعضُ أنواع الهلاوس هي أكثر ميلًا لأن تكون ناجمة عن اضطراب عصبي؛ فمثلاً، قبلَ حدوث النوبة الصرعية، قد يشمُّ المرضى شيئاً رغم عدم وجود رائحة (هلوسة شمية olfactory hallucination)).

المزاج المتطَرّف:

ينطوي المزاج المتطَرّف على نوبات من الغضب أو فترات من الحيويّة المفرطة (مثل الهوس) أو الاكتئاب؛ وعلى العكس من ذلك، قد ينطوي على تعبير دائم عن القليل من العاطفة أو عدم وجودها (حيث تبدو غير مستجيبةً أو غير مبالية).

على الرغم من أن الناس يفترضون أحياناً أن التغيرات في الشخصية، أو التفكير، أو السلوك كلها بسبب الاضطراب النفسي، لكن هناك العديد من الأسباب المحتملة. وجميعُ الأسباب تنطوي في نهاية المطاف على الدماغ، ولكن تقسيمها إلى أربع فئات يمكن أن يكون مفيداً:

- الأمراض النفسية.
- الأدوية والمخدرات (بما في ذلك التسمم بالأدوية، والانسحاب، والتأثيرات الجانبية).
- الاضطرابات التي تؤثر بشكل رئيسي في الدماغ.
- الاضطرابات الجهازية التي تؤثر في الدماغ أيضاً.
- وإجمالاً فهذه قائمة بالأمراض النفسية (الشائعة).
- تتضمن قائمة الأمراض النفسية ما يلي:
- اضطرابات القلق.
- الاضطراب ثنائي القطب Bipolar disorder.
- الاكتئاب.
- الاضطرابات (التفارقية) عندما يشعر الأشخاص بالانفصال عن أنفسهم أو عن العالم من حولهم.
- الاضطرابات الوسواسية القهرية.
- اضطرابات الشخصية.
- الفصام (انفصام الشخصية Schizophrenia).
- الاضطرابات الجسدية ((Somatic disorders وهي عندما تظهر العوامل النفسية بشكل أعراض جسدي.

- الرضوض والاضطرابات المرتبطة بالشدة.
- اضطرابات تؤثر في الدماغ بشكل رئيسي،
- يمكن أن تؤثر هذه الاضطرابات في الشخصية أو المزاج أو السلوك وتشتمل على:
- داء الزهايمر.
- حالات عدوى الدماغ، مثل التهاب السحايا والتهاب الدماغ وعدوى فيروس العوز المناعي البشري (الإيدز) التي تشمل الدماغ (يسمى اعتلال الدماغ المرتبط بفيروس العوز المناعي البشري).
- أورام المخ.
- إصابات الرأس، مثل الارتجاج ومُتلازمة ما بعد الارتجاج.
- التصلُّب المتعدد.
- مَرَضُ الشلل الرعاش (داء باركنسون).
- الاضطرابات الصرعية.
- السكتة الدماغية
- يمكن للمعلومات التالية أن تساعد الأشخاص على تحديد متى تكون هناك حاجة إلى التدخل العلاجي، وتوقع ما الذي سيحصل في أثناء عملية الفحص والتقييم.

العلامات التحذيرية:

في الأشخاص الذين يعانون من تغيّرات في الشخصية أو السلوك، تكون بعض الأعراض والخصائص مدعاةً للقلق. وتشتمل العلامات التحذيرية على ما يلي:

- الأعراض التي تظهر فجأة.
- محاولات إلحاق الأذى بالنفس أو الآخرين، أو التهديد بالقيام بذلك.
- التخليط الذهني أو الهذيان.
- الحمّى.
- الصداع الشديد.
- الأعراض التي تشير إلى خلل في الوظيفة الدماغية، مثل صعوبة المشي أو تحقيق التوازن أو التحدث أو مشكلات الرؤية.
- إصابة في الرأس مؤخرًا (في غضون عدة أسابيع).

تحديد المرض النفسي:

ولا يمكن دائماً تمييز المرض النفسي بشكل واضح عن السلوك الطبيعي؛ فعلى سبيل المثال، قد يكون التمييز بين التفجع الطبيعي والاكتئاب صعباً لدى الأشخاص الذين قد تعرّضوا لخسارة كبيرة، مثل وفاة أحد الزوجين

أو الأطفال، لأن كليهما يشمل الحزن والمزاج المكتئب.

وبالمثل، فإنَّ تشخيص اضطراب القلق لدى الأشخاص الذين يشعرون بالقلق والشدة بالنسبة إلى العمل هو أمر تقريبي إلى حدٍّ ما، لأنَّ معظم الناس يعانون من هذه المشاعر في وقتٍ ما.

وقد يكون الخطُّ الفاصل بين وجود سمات شخصية معيّنة (كأن يكون الشخص دقيقاً أو منظماً) (ووجود اضطراب في الشخصية (مثل اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية) ضبابياً).

وبذلك، من الأفضل اعتبار الصحة النفسيّة والمرض النفسي كسلسلة متّصلة. يعتمد أي خط فاصل عادةً على ما يلي:

- مدى شدة الأعراض.
 - كم فترة استمرار الأعراض.
 - مقدار تأثير الأعراض في القدرة على الأداء في الحياة اليومية.
- وثمة تطبيقات معاصرة للعلاج المعرفي السلوكي أحرزت نجاحاً كعلاجات للاضطرابات النفسية والعقلية، نعرض بعضها على النحو التالي:

اضطرابات القلق:

العلاج السلوكي المعرفي فعال للغاية في علاج اضطرابات القلق مثل اضطراب القلق العام واضطراب الهلع واضطراب القلق الاجتماعي. من

خلال عدة تقنيات وممارسات علاجية

تقنيات العلاج المعرفي السلوكي المعرفي لإدارة القلق.

ولأن القلق مشكلة صحية نفسية شائعة يمكن أن تؤثر بشكل كبير على الحياة اليومية. تقدم تقنيات العلاج المعرفي السلوكي المعرفي أدوات قيمة لإدارة أعراض القلق والحد من أعراضه. إحدى هذه الأساليب هي إعادة الهيكلة المعرفية، والتي تتضمن تحديد الأفكار المثيرة للقلق وتحديدها. من خلال فحص الأدلة المؤيدة والمعارضة لهذه الأفكار، يمكن للأفراد تطوير أنماط تفكير أكثر عقلانية وواقعية مما يخفف من القلق.

من الأساليب الفعالة الأخرى للعلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع القلق هو العلاج بالتعرض. تتضمن هذه التقنية تعريض النفس تدريجياً للمواقف أو المحفزات المثيرة للقلق بطريقة آمنة ومضبوطة. ومن خلال التعريض المتكرر، يمكن للأفراد تقليل استجاباتهم للقلق تدريجياً وتطوير شعور بالسيطرة على مخاوفهم. وعلاوة على ذلك، يمكن أن تساعد تقنيات الاسترخاء، مثل تمارين التنفس العميق واسترخاء العضلات التدريجي، في تخفيف أعراض القلق. تعزز تقنيات الاسترخاء وتوفر شعوراً بالهدوء في لحظات القلق أو الذعر.

تركز الانتقادات الموجهة للعلاج السلوكي المعرفي أحياناً على عمليات التنفيذ والتطبيق (مثل UK IAPT) والتي قد تؤدي في البداية إلى علاج منخفض الجودة يقدمه ممارسون غير مدربين تدريباً جيداً ومع ذلك، تدعم

الأدلة فعالية العلاج المعرفي السلوكي للقلق والاكتئاب إن علاج القبول والالتزام ACT هو فرع متخصص من العلاج المعرفي السلوكي (يشار إليه أحياناً باسم العلاج المعرفي السلوكي السياقي contextual). يستخدم علاج القبول والالتزام تداخلات التركيز كامل للذهن والقبول وقد وجد أن له عمراً أطول في النتائج العلاجية. في دراسة عن القلق، وجد أن التحسن كان متماثلاً في كل من العلاج المعرفي السلوكي وعلاج القبول والالتزام وذلك بالنسبة إلى جميع النتائج من قبل العلاج إلى ما بعده. ومع ذلك، في خلال متابعة استمرت ١٢ شهراً، أثبت علاج القبول والالتزام أنه أكثر فعالية، مما يدل على أنه نموذج علاجي دائم للغاية لاضطرابات القلق يمكن أن يكون للعلاج المعرفي السلوكي آثار علاجية في تخفيف أعراض القلق والاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بمرض الزهايمر تمت دراسة العلاج المعرفي السلوكي كعامل مساعد في علاج القلق المرتبط بالتلعثم. أظهرت الدراسات الأولية أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في تقليل القلق الاجتماعي لدى البالغين الذين يتلعثمون ولكن ليس في تقليل وتيرة التلعثم.

اضطرابات ما بعد الصدمة (PTSD):

أظهر العلاج المعرفي السلوكي فعالية كبيرة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة. من خلال تقنيات مثل المعالجة المعرفية والعلاج بالتعرض، يمكن للأفراد معالجة التجارب المؤلمة وتعديل الأفكار المؤلمة وتطوير آليات التأقلم الصحية.

اضطرابات الأكل:

في علاج اضطرابات الأكل، يركز العلاج المعرفي السلوكي على معالجة صورة الجسم المشوهة، وتحدي سلوكيات الأكل التقييدية، وتعزيز المعتقدات والمواقف الصحية تجاه الغذاء وصورة الجسم. يلعب العلاج المعرفي السلوكي دوراً مهماً في الحد من سلوكيات الأكل المضطربة ومنع الانتكاس.

الإدمان (تعاطي المخدرات):

غالبًا ما يستخدم العلاج المعرفي السلوكي في علاج تعاطي المخدرات لمساعدة الأفراد على تحديد المحفزات وتطوير مهارات التأقلم وتحدي المعتقدات غير العقلانية المتعلقة بتعاطي المخدرات. من خلال معالجة الجوانب المعرفية والسلوكية للإدمان، يعزز العلاج المعرفي السلوكي التعافي على المدى الطويل.

تقنيات العلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع الأفكار السلبية:

يمكن أن تكون الأفكار السلبية منتشرة ومضرة بصحتنا العقلية. توفر تقنيات العلاج المعرفي السلوكي طرقاً فعالة للتعامل مع أنماط التفكير السلبية واستبدالها بأفكار أكثر إيجابية وبناءة. إحدى هذه التقنيات هي إعادة التأطير المعرفي. تتضمن هذه التقنية تحدي الأفكار السلبية بوعي واستبدالها بأفكار بديلة أكثر إيجابية. ومن خلال إعادة صياغة أفكارنا، يمكننا تغيير استجابتنا العاطفية وتحسين نظرتنا العامة.

ومن الأساليب الأخرى للعلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع الأفكار السلبية أسلوب إيقاف التفكير. تهدف هذه التقنية إلى إيقاف دورة التفكير السلبي باستخدام إشارة أو إجراء محدد لإيقاف الأفكار السلبية في مسارها. ومن خلال التدريب على إيقاف التفكير، يمكن للأفراد السيطرة على أفكارهم ومنعها من الانزلاق إلى السلبية.

علاوة على ذلك، يمكن أن يساعد استخدام التأكيدات الإيجابية في مواجهة الأفكار السلبية. من خلال تكرار العبارات الإيجابية عن الذات بانتظام، يمكن للأفراد إعادة صياغة أنماط تفكيرهم تدريجيًا وبناء صورة ذاتية أكثر إيجابية.

استخدام تقنيات العلاج المعرفي السلوكي لتحسين تقدير الذات:

تقدير الذات يلعب دوراً مهماً في رفاهيتنا وصحتنا النفسية بشكل عام. تقدم تقنيات العلاج المعرفي السلوكي المعرفي استراتيجيات فعالة لتحسين تقدير الذات وتطوير صورة ذاتية أكثر إيجابية. إحدى هذه الأساليب هي إعادة الهيكلة المعرفية، والتي تتضمن تحدي الأفكار والمعتقدات السلبية عن الذات واستبدالها. من خلال تطوير تصورات أكثر توازناً وواقعية عن الذات، يمكن للأفراد تعزيز تقديرهم لذاتهم.

وهناك أساليب أخرى فعالة في العلاج المعرفي السلوكي لتحسين تقدير الذات منها التجارب السلوكية. تتضمن هذه التجارب البحث بنشاط عن الأنشطة التي تتحدى الشك الذاتي وتعزز التصورات الإيجابية

عن الذات والانخراط فيها. ومن خلال المخاطرة وإثبات القدرة، يمكن للأفراد بناء شعور أقوى بالقيمة الذاتية والثقة بالنفس.

وأيضاً، يمكن أن تكون تقنيات اليقظة الذهنية مفيدة في تحسين احترام الذات. من خلال ممارسة اليقظة الذهنية، يمكن للأفراد تنمية قبول الذات والوعي غير القائم على إصدار الأحكام، وهما عنصران أساسيان لتقدير الذات بشكل صحيح.

تقنيات العلاج المعرفي السلوكي لإدارة التوتر:

التوتر يُعد تجربة شائعة في عالم اليوم سريع الإيقاع، ويمكن أن يكون له تأثير كبير على صحتنا العقلية والجسدية. تقدم تقنيات العلاج المعرفي السلوكي أدوات فعالة لإدارة مستويات التوتر وتقليلها. أحدها الأساليب هو التدريب على التلقيح ضد الضغط النفسي. تتضمن هذه التقنية تعلم استراتيجيات التأقلم المختلفة وممارستها، مثل تمارين الاسترخاء ومهارات حل المشكلات، للتعامل مع المواقف العصيبة بشكل أفضل.

ومن الأساليب الفعالة الأخرى للعلاج المعرفي السلوكي للتعامل مع التوتر إعادة الهيكلة المعرفية. فمن خلال تحديد الأفكار المسببة للتوتر وتحديدها، يمكن للأفراد تطوير أنماط تفكير أكثر تكيفاً ومرونة. يمكن لهذا التحول في التفكير أن يقلل إلى حد كبير من تأثير الضغط النفسي على الصحة العقلية للفرد.

وإضافة إلى ذلك، يمكن أن تكون تقنيات إدارة الوقت مفيدة في السيطرة على التوتر. من خلال تحديد أولويات المهام ووضع أهداف واقعية وممارسة مهارات إدارة الوقت بفعالية، يمكن للأفراد تقليل الشعور بالإرهاق وخلق حياة أكثر توازناً وخالية من التوتر.

تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي لتحسين العلاقات:

العلاقات الصحية أمر حيوي لصحتنا العقلية وسعادتنا بشكل عام. يمكن تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي لتحسين التواصل وحل النزاعات وتطوير أنماط علاقات أكثر صحة. أحد هذه الأساليب هو التدريب على تأكيد الذات. يركز هذا الأسلوب على تعليم الأفراد كيفية التعبير عن احتياجاتهم وحدودهم بفعالية، مع احترام احتياجات وحدود الآخرين.

ومن الأساليب الفعالة الأخرى في العلاج المعرفي السلوكي لتحسين العلاقات التعاطف المعرفي. فمن خلال تطوير القدرة على فهم وجهات نظر الآخرين والتعاطف معهم، يمكن للأفراد تعزيز مهارات التواصل لديهم وبناء علاقات أقوى مع أحبائهم.

بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تساعد تقنيات العلاج المعرفي السلوكي الأفراد على تحديد أنماط العلاقات غير المفيدة وتحديدها. من خلال فحص الأفكار والمعتقدات التي تساهم في هذه الأنماط، يمكن للأفراد تطوير ديناميكيات علاقات أكثر صحة والتغلب على العقبات التي قد تنشأ.

تقنيات العلاج المعرفي السلوكي المتقدمة للنمو الشخصي:

بمجرد أن يتقن الأفراد تقنيات العلاج المعرفي السلوكي الأساسية، يمكنهم استكشاف تقنيات أكثر تقدمًا لتسهيل النمو الشخصي وتحسين الذات. إحدى هذه التقنيات هي إعادة صياغة الصور. وتتضمن هذه التقنية إعادة النظر في التجارب السلبية السابقة وإعادة كتابتها ذهنيًا بنتائج أكثر إيجابية. ومن خلال إعادة صياغة التجارب السابقة، يمكن للأفراد التخلص من الأعباء العاطفية وتطوير نظرة أكثر إيجابية للحياة.

ومن أساليب العلاج المعرفي السلوكي المتقدمة الأخرى العلاج المعرفي القائم على اليقظة الذهنية (MBCT). يجمع هذا العلاج بين مبادئ العلاج المعرفي السلوكي وممارسات اليقظة الذهنية لمساعدة الأفراد على تطوير وعي غير حكمي بأفكارهم وعواطفهم. من خلال تنمية اليقظة الذهنية، يمكن للأفراد التحكم في التوتر بشكل أفضل، والحد من القلق والاكتئاب، وتعزيز رفاهيتهم بشكل عام.

وبالإضافة إلى ذلك، يمكن دمج تقنيات العلاج بالقبول والالتزام (ACT) في العلاج المعرفي السلوكي المعرفي للنمو الشخصي. يركز علاج القبول والالتزام على تطوير المرونة النفسية التي تتضمن تقبل الأفكار والمشاعر الصعبة مع اتخاذ إجراءات ملتزمة تجاه قيم وأهداف الفرد.

العلاج المعرفي السلوكي والوقاية من الانتحار CBT-SP :

حيث إن (SP) هي اختصار الوقاية من الانتحار suicide prevention)، (،

تم تصميم تقنية معدلة من تقنيات العلاج المعرفي السلوكي للوقاية من الانتحار وتم تخصيصه لعلاج الشباب الذين يعانون من الاكتئاب الشديد والذين حاولوا الانتحار مؤخرًا في خلال الفترة الماضية، ووجد أنه فعال وممكن ومقبول.

تقنيات العلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطرابات ما بعد الرضخ:

ثبت أيضًا أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في اضطراب ما بعد الرضخ لدى الأطفال الصغار جدًا (من ٣ إلى ٦ سنوات من العمر) وجدت المراجعات أدلة «منخفضة الجودة» على أن العلاج المعرفي السلوكي قد يكون أكثر فعالية من العلاجات النفسية الأخرى في تقليل أعراض اضطراب ما بعد الرضخ لدى الأطفال والمراهقين تم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي أيضًا على مجموعة متنوعة من اضطرابات الطفولة، بما في ذلك اضطرابات الاكتئاب واضطرابات القلق المختلفة.

❦ إشعارات بنجاح علاجات معرفية سلوكية لعدة اضطرابات:

- تشير الدلائل إلى أن إضافة العلاج بالتنويم المغناطيسي كعامل مساعد للعلاج المعرفي السلوكي يحسن فعالية العلاج لمجموعة متنوعة من القضايا السريرية. - تم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في كل من البيئات السريرية وغير السريرية لعلاج الاضطرابات مثل حالات الشخصية والمشكلات السلوكية خلصت مراجعة منهجية للعلاج السلوكي المعرفي في اضطرابات الاكتئاب والقلق إلى أن «العلاج المعرفي السلوكي المقدم في الرعاية الأولية، خاصة تلك المتضمنة برامج المساعدة الذاتية القائمة على الكمبيوتر أو الإنترنت، إلى أنه من المحتمل أن تكون أكثر فعالية من الرعاية المعتادة ويمكن أن يقدمها معالجو الرعاية الأولية بشكل فعال. -» تشير الدلائل الناشئة إلى دور محتمل للعلاج السلوكي المعرفي في علاج اضطراب نقص الانتباه مع فرط النشاط (ADHD) والتوهم مرضي والتعامل مع تأثير التصلب المتعدد واضطرابات النوم المتعلقة بالشيخوخة وعسر الطمث والاضطراب ثنائي القطب ولكن هناك حاجة إلى مزيد من الدراسة ويجب تفسير النتائج بحذر.

- في حالة الأشخاص المصابين بسرطان الثدي الثقلي تكون البيانات محدودة ولكن العلاج المعرفي السلوكي والتدخلات النفسية والاجتماعية الأخرى قد تساعد في النتائج النفسية وتدير الألم. - هناك بعض الأدلة

على أن العلاج المعرفي السلوكي يتفوق على المدى الطويل في علاج وتدمير الأرق ثبت أن العلاج المعرفي السلوكي فعال بشكل معتدل في علاج متلازمة التعب المزمن. - في المملكة المتحدة، يوصي المعهد الوطني للتميز في الرعاية الصحية NICE باستخدام العلاج المعرفي السلوكي في خطط العلاج لعدد من صعوبات الصحة العقلية بما في ذلك اضطراب ما بعد الرضح، واضطراب الوسواس القهري (OCD)، والشره المرضي العصبي والاكتئاب السريري.

- تم عرض العلاج المعرفي السلوكي كعلاج فعال للاكتئاب السريري أشارت الأدلة التوجيهية في الممارسة الطبية الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (في أبريل ٢٠٠٠) إلى أنه من بين مقاربات العلاج النفسي امتلك كلا من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج النفسي بين الأشخاص أفضل فعالية موثقة في علاج اضطراب الاكتئاب الشديد إحدى النظريات الإمبراضية المسببة للاكتئاب هي نظرية آرون تي بيك المعرفية للاكتئاب. تنص نظريته على أن الأشخاص المكتئبين يفكرون بالطريقة التي يفكرون بها لأن تفكيرهم منحاز biased نحو التفسيرات السلبية. وفقاً لهذه النظرية،

يكتسب الأشخاص المكتئبون مخططاً سلبياً (بالإنجليزية: negative schema للعالم في مرحلة الطفولة والمراهقة كتأثير لأحداث الحياة المجهددة، ويتم تنشيط المخطط السلبي لاحقاً في الحياة عندما يواجه الشخص مواقف مماثلة.

وصف بيك أيضاً ثالوثاً معرفياً سلبياً. يتكون ثالوث بيك المعرفي من التقييمات السلبية للفرد المكتئب: ١. لنفسه ٢. وللعالم ٣. والمستقبل. اقترح بيك أن هذه التقييمات السلبية مستمدة من المخططات السلبية والتحيزات المعرفية للشخص. وفقاً لهذه النظرية، فإن الأشخاص المصابين بالاكتئاب لديهم آراء مثل «أنا لا أقوم بعمل جيد أبداً»، و«من المستحيل أن يكون يومك جيداً»، و«لن تتحسن الأمور أبداً». يساعد المخطط السلبي في إثارة التحيز المعرفي، ويساعد التحيز المعرفي في تغذية المخطط السلبي. اقترح بيك كذلك أن الأشخاص المكتئبين غالباً ما يكون لديهم التحيزات المعرفية التالية:

- الاستدلال التعسفي.

- التجريد الانتقائي.

- التعميم المفرط.

- التكبير.

- التقليل.

هذه التحيزات المعرفية سريعة في صنع استنتاجات سلبية، عامة، وشخصية عن الذات، وبالتالي تغذي المخطط السلبي. - ثبت أن العلاج المعرفي السلوكي فعال في علاج البالغين الذين يعانون من اضطرابات القلق المفهوم الأساسي في بعض علاجات العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة

في اضطرابات القلق هو التعرض في الجسم الحي. يشير العلاج المعرفي السلوكي للتعرض إلى المواجهة المباشرة للأشياء أو الأنشطة أو المواقف المخيفة من قبل المريض.

- وجدت نتائج المراجعة المنهجية لعام ٢٠١٨ قوة عالية من الأدلة على أن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يقلل من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ويؤدي إلى فقدان تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة PTSD.

على سبيل المثال، امرأة مصابة باضطراب ما بعد الصدمة تخشى المكان الذي تعرضت فيه للاعتداء يمكن أن يساعدها معالجها في الذهاب إلى هذا المكان ومواجهة تلك المخاوف مباشرة وبالمثل، فإن الشخص المصاب باضطراب القلق الاجتماعي الذي يخشى التحدث أمام الجمهور قد يتم توجيهه لمواجهة هذه المخاوف بشكل مباشر من خلال إلقاء خطاب غالبًا ما يُنسب هذا النموذج «الثنائي» إلى أورفال هوبارت مورير من خلال التعرض للمحفز، يمكن «تجاهل» هذا التكييف الضار (يشار إليه باسم الانقراض والتعود). قدمت الدراسات أدلة على أنه عند فحص الحيوانات والبشر، قد تؤدي الهرمونات القشرية السكرية إلى تعلم أكثر نجاحًا في الانقراض أثناء العلاج بالتعرض. على سبيل المثال، يمكن للهرمونات القشرية السكرية أن تمنع استفي رجاء نوبات التعلم المكروهة وتزيد من تقوية آثار الذاكرة مما يخلق رد فعل غير مخيف في المواقف المخيفة. قد يكون الجمع بين السكريات القشرية وعلاج التعرض علاجًا

أفضل لعلاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات القلق .

- وجدت مراجعة كوكرين لعام ٢٠١٥ أيضاً أن العلاج المعرفي السلوكي لإدارة أعراض آلام الصدر غير المحددة قد يكون فعالاً على المدى القصير. ومع ذلك، كانت النتائج محدودة من خلال التجارب الصغيرة واعتبرت الأدلة ذات جودة مشكوك فيها.

- تظهر العديد من الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي، جنباً إلى جنب مع العلاج الدوائي، فعال في تحسين أعراض الاكتئاب، وشدة الهوس، والأداء النفسي والاجتماعي مع تأثيرات خفيفة إلى متوسطة، وأنه أفضل من الدواء وحده. - في الذهان طويل الأمد يستخدم العلاج المعرفي السلوكي لتكملة الدواء ويتم تكييفه لتلبية الاحتياجات الفردية. تشمل التدخلات المتعلقة بشكل خاص بهذه الحالات استكشاف اختبار الواقع، وتغيير الأوهام والهلوسة، وفحص العوامل التي تؤدي إلى الانتكاس، وتدريب الانتكاسات. - أفادت مراجعة كوكرين أن العلاج المعرفي السلوكي «ليس له تأثير على خطر الانتكاس طويل الأمد» وليس له تأثير

إضافي فوق الرعاية المعيارية، حققت مراجعة منهجية في عام ٢٠١٥ في آثار العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بالعلاجات النفسية والاجتماعية الأخرى للأشخاص المصابين بالفصام وقررت أنه لا توجد ميزة واضحة على التدخلات الأخرى، والتي غالباً ما تكون أقل تكلفة، ولكنها أقرت بالحاجة إلى أدلة أفضل جودة قبل التمكن من استخلاص استنتاجات مؤكدة.

- يستخدم العلاج المعرفي السلوكي لمساعدة الأشخاص من جميع الأعمار، ولكن يجب تعديل العلاج بناءً على عمر المريض الذي يتعامل معه المعالج. الأفراد الأكبر سنًا على وجه الخصوص لديهم خصائص معينة يجب الاعتراف بها وتغيير العلاج لمراعاة هذه الاختلافات بفضل العمر من بين عدد قليل من الدراسات التي تفحص العلاج المعرفي السلوكي لتدبير الاكتئاب لدى كبار السن، لا يوجد حاليًا دعم قوي. - بالنسبة إلى اضطرابات القلق، أدى استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع الأشخاص المعرضين للخطر بشكل كبير إلى تقليل عدد نوبات اضطراب القلق المعمم وأعراض القلق الأخرى، كما أدى إلى تحسينات كبيرة في الأسلوب التوضيحي واليأس والمواقف المختلة في دراسة أخرى، أصيب ٣٪ من المجموعة التي تلقت تدخل العلاج المعرفي السلوكي باضطراب القلق العام بعد ١٢ شهرًا من التدخل مقارنة بـ ١٤٪ في المجموعة الضابطة وجد أن الذين يعانون من اضطراب الهلع تحت العتبة يستفيدون بشكل كبير من استخدام العلاج المعرفي السلوكي تم العثور على استخدام العلاج المعرفي السلوكي للحد بشكل كبير من انتشار القلق الاجتماعي. - بالنسبة إلى الاضطرابات الاكتئابية، حقق تدخل الرعاية المتدرجة (الانتظار اليقظ، والعلاج المعرفي السلوكي، والأدوية إذا كان ذلك مناسبًا) معدل حدوث أقل بنسبة ٥٠٪ في مجموعة المرضى الذين تبلغ أعمارهم ٧٥ عامًا أو أكثر وجدت دراسة أخرى للاكتئاب تأثيرًا محايدًا مقارنة بالثقيف الشخصي والاجتماعي والصحي وتوفير المدرسة المعتاد، وتضمنت تعليقًا

على احتمالية زيادة درجات الاكتئاب من الأشخاص الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي بسبب زيادة التعرف على الذات والاعتراف بأعراض الاكتئاب الحالية وأنماط التفكير السلبي كما أظهرت دراسة أخرى نتيجة محايدة أظهرت دراسة تلوية لدورة التعامل مع الاكتئاب، وهو تدخل سلوكي معرفي يتم إجراؤه بواسطة طريقة تربوية نفسية، انخفاضاً بنسبة ٣٨٪ في خطر الإصابة بالاكتئاب الشديد. - بالنسبة إلى الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالذهان، أوصى المعهد الوطني للتميز في الرعاية الصحية NICE في عام ٢٠١٤ بالعلاج المعرفي السلوكي الوقائي.

- يستخدم العلاج المعرفي السلوكي أيضاً للمقاومة المرضية والمشكلات الناجمة عنه. تتراوح نسبة الأشخاص الذين يعانون من مشكلة المقاومة من ١ إلى ٣٪ حول العالم يطور العلاج المعرفي السلوكي مهارات الوقاية من الانتكاس ويمكن لأي شخص أن يتعلم التحكم في عقله وإدارة الحالات عالية الخطورة هناك دليل على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج المقاومة المرضية والمشكلة في المتابعة الفورية، ولكن فعالية العلاج المعرفي السلوكي طويلة المدى بالنسبة لها غير معروفة حالياً. - ينظر العلاج المعرفي السلوكي إلى عادة تدخين السجائر كسلوك مكتسب، والذي يتطور لاحقاً إلى إستراتيجية تكيف للتعامل مع الضغوطات اليومية. نظراً لأنه يسهل الوصول إلى التدخين في كثير من الأحيان، ويسمح للمستخدم بالشعور بالرضا بسرعة، فإنه يمكن أن يكون له الأسبقية على استراتيجيات

المواجهة الأخرى، وفي النهاية يشق طريقه إلى الحياة اليومية في أثناء الأحداث غير المسببة للضغط. يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى استهداف وظيفة السلوك، حيث يمكن أن يختلف بين الأفراد، ويعمل على حقن آليات التكيف الأخرى بدلاً من التدخين. يهدف العلاج المعرفي السلوكي أيضاً إلى دعم الأفراد الذين يعانون من الرغبة الشديدة الشديدة، والتي تعد سبباً رئيسياً للانتكاس في أثناء العلاج. - يمكن أن يؤثر تاريخ الصحة العقلية على نتائج العلاج. الأفراد الذين لديهم تاريخ من الاضطرابات الاكتئابية كان لديهم معدل نجاح أقل عند استخدام العلاج المعرفي السلوكي وحده لمكافحة إدمان التدخين. - لم تتمكن مراجعة كوكرين من العثور على دليل على أي اختلاف بين العلاج المعرفي السلوكي والتنويم المغناطيسي للإقلاع عن التدخين. في حين أن هذا قد يكون دليلاً على عدم وجود تأثير، فقد تكشف المزيد من الأبحاث عن تأثير العلاج المعرفي السلوكي للإقلاع عن التدخين. لدعم الإقلاع عن التدخين يمكن أن يساعد الأفراد على بناء أدوات للامتناع عن التدخين على المدى الطويل.

- في دراسة خاضعة للرقابة عام ٢٠٠٨ من كلية الطب بجامعة ستانفورد، اقترح أن العلاج المعرفي السلوكي قد يكون أداة فعالة للمساعدة في الحفاظ على الامتناع عن ممارسة الجنس. تم تتبع نتائج ٣٠٤ مشاركاً بالغاً عشوائياً على مدار عام واحد. في خلال هذا البرنامج، تم تزويد بعض المشاركين بالأدوية أو العلاج المعرفي السلوكي أو الدعم عبر الهاتف على

مدار ٢٤ ساعة أو مزيج من الطرق الثلاث. في ٢٠ أسبوعًا، كان لدى المشاركين الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي معدل امتناع ٤٥٪، مقابل غير المشاركين في العلاج المعرفي السلوكي، الذين كان معدل الامتناع لديهم ٢٩٪. بشكل عام، خلصت الدراسة إلى أن التركيز على الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية.

- أظهرت الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي علاج فعال لتعاطي المخدرات. بالنسبة إلى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات، يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى إعادة صياغة الأفكار غير المواتية، مثل الإنكار والتقليل وكارثة أنماط التفكير، مع سرد أكثر صحة. تشمل التقنيات المحددة تحديد المشغلات المحتملة وتطوير آليات التأقلم لتدبير المواقف عالية المخاطر. أظهرت الأبحاث أن العلاج المعرفي السلوكي فعال بشكل خاص عند دمج مع العلاجات أو الأدوية الأخرى القائمة على العلاج. - على الرغم من أن العديد من أشكال العلاج يمكن أن تدعم الأفراد الذين يعانون من اضطراب الأكل، فقد ثبت أن العلاج المعرفي السلوكي علاج أكثر فعالية من الأدوية والعلاج النفسي بين الأشخاص فقط. يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى مكافحة الأسباب الرئيسية للضغط مثل الإدراك السلبي المحيط بوزن الجسم وشكله وحجمه. يعمل معالجو العلاج المعرفي السلوكي أيضًا مع الأفراد لتنظيم المشاعر والأفكار القوية التي تؤدي إلى سلوكيات تعويضية خطيرة.

العلا في حين أن هناك أدلة تدعم فعالية العلاج المعرفي السلوكي للشهره المرضي العصبي والنهم، فإن الأدلة متغيرة إلى حد ما ومحدودة بأحجام الدراسة الصغيرة. - حددت الأبحاث إدمان الإنترنت على أنه اضطراب سريري جديد يسبب مشكلات علائقية ومهنية واجتماعية. تم اقتراح العلاج المعرفي السلوكي باعتباره العلاج المفضل في إدمان الإنترنت، وقد استخدم التعافي من الإدمان بشكل عام العلاج المعرفي السلوكي كجزء من تخطيط العلاج. - وجدت مراجعة كوكرين للتدخلات التي تهدف إلى منع الإجهاد النفسي لدى العاملين في الرعاية الصحية أن العلاج المعرفي السلوكي كان أكثر فعالية من عدم التدخل ولكنه لم يكن أكثر فعالية من التدخلات البديلة للحد من الإجهاد. - وفقاً لمراجعة أجزاها المعهد الوطني للصحة والبحوث الطبية الفرنسي INSERM عام ٢٠٠٤ ثلاث طرق، كان العلاج المعرفي السلوكي إما «مثبتاً» وإما «يفترض» أنه علاج فعال في العديد من الاضطرابات العقلية النوعية specific mental disorders. وفقاً للدراسة، كان العلاج المعرفي السلوكي فعالاً في علاج الفصام والاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب واضطراب الهلع واضطراب الكرب التالي للصدمة النفسية واضطرابات القلق، والشهره المرضي وفقدان الشهية المرضي واضطرابات الشخصية والاعتماد على الكحول. تجدد بعض التحليلات أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية من العلاج النفسي الديناميكي ومكافئ للعلاجات الأخرى في علاج القلق والاكتئاب. - لم تجد مراجعات كوكرين المحكمة طيباً أي دليل على

أن العلاج المعرفي السلوكي فعال لطنين الأذن، على الرغم من أنه يبدو أن هناك تأثيراً على تدبير الاكتئاب المرتبط ونوعية الحياة في هذه الحالة. لم تجد راجعات كوكرين الحديثة الأخرى أي دليل مقنع على أن التدريب على العلاج المعرفي السلوكي يساعد مقدمي الرعاية بالتبني على تدبير السلوكيات الصعبة لدى الشباب الموجودين تحت رعايتهم، كما أنه لم يكن مفيداً في علاج الأشخاص الذين يسيئون إلى شركائهم الحميين.

الخاتمة

تم بحمد الله تعالى كتاب العلاج المعرفي السلوكي وتطبيقاته في يوم
الثلاثاء ٢٢/٦/١٤٤٦ هـ الموافق ٢٤/١٢/٢٠٢٤ م

وقد اجتهدت في أن يكون مرجعاً رصيناً بين يدي الباحثين والمعالجين
والمهتمين والآباء فقد جمعت فيه بين روائع ما قدمه علماء الإسلام السابقين
وعلماء الغرب اللاحقين وما رزقني الله من خبرة تفوق الأربعين وعالجت
فيه الإصدار الأخير من الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي إضافة
إلى الإصدار الحادي عشر (الأخير) لمنظمة الصحة العالمية، فلعله يلقي
قبولاً، كجهد بشري لا يسلم من نقص أو خلل فالحمد لله تعالى الذي
بفضله تتم الصالحات،

الفقير لعفو ربه

مجدي هلال



المراجع

❦ أولاً/ المراجع العربية:

- آرون بيك (٢٠٠٠): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة: عادل مصطفى، القاهرة: دار الأفاق العربية.
- الشناوي، محمد وعبد الرحمن السيد (١٩٩٨م): العلاج السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر.
- محمد، التهامي وسليمان، سيد (٢٠١١): فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الاحتراق النفسي لدى معلمي التلاميذ ذوي الإعاقة: العقلية البسيطة ممن يفكرون في ترك المهنة، مجلة الإرشاد النفسي، مصر، العدد (٢٩)، ص ص ٢٢٩-٣٠٥.
- محمد، عادل عبد الله (٢٠٠٠م). العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، القاهرة: دار الرشاد للتوزيع والنشر.
- مليكة، لويس كامل (١٩٩٠): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.

البلخي، بدري مالك (٢٠١٩) مصالح الأبدان والأنفس: مركز الملك فيصل للبحوث والدراسات الإسلامية.

• زيزي السيد إبراهيم (٢٠٠٣)، تقييم برنامج العلاج المعرفي السلوكي علي عينة من المرضى المصابين بالاكتئاب، رسالة دكتوراه غير منشورة - كلية أداب المنيا.

• عادل المدني، علي إسماعيل (٢٠١٠): الطب النفسي، إصدار مطبعة الرحمة

• عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨)، الاكتئاب، دار المعرفة، الكويت.
عزة محمد عبد اللطيف (٢٠٠٠م) الاضطرابات النفسية لدى المراهقين في الأسر ذات العائل الواحد - رسالة دكتوراة غير منشورة - كلية طب الأزهر - فرع البنات.

• غريب عبد الفتاح (١٩٨٨)، دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الاكتئاب لدى عينة مصرية، مجلة الصحة النفسية، مجلد ٢٩، ٣٠-٦٣.

• محمود عبد الرحمن حمودة (٢٠٠٤م) الطب النفسي - أمراض النفس.

• محمد عبد الفتاح (١٩٩٧) دراسة إكلينيكية وبائية لاضطراب الاكتئاب لدى سكان إحدى القرى المصرية - رسالة دكتوراة غير منشورة - كلية طب الأزهر.

• هشام أبو حجازي (٢٠٠٤م) الاضطرابات الاكتئابية لدى عينة من

المتريدين على عيادة طب نفسي الأطفال والمراهقين - رسالة دكتوراة غير منشورة - كلية طب الأزهر.

• يحيى الرخاوي (١٩٧٩م) دراسة في علم السيكوباتولوجي - شرح سر اللعبة - ص ٥٦٢، دار الغد للثقافة والنشر.

❦ ثانيًا/ المراجع الأجنبية:

-Beak ، A(2001). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders، International Universities press. INC ، New York.

-Christine، E. & Leslie، S. & Andrew، C. (1999). A Cognitive Approach to understanding and Treating Anxiety، Human Psychopharmacology، Clinical، John Wiley Sons. V. (14). N.(16).

-Cohen، J. A.، Mannarino، A. P.، &Staron ،V. (2006). A pilot study of modified cognitive behavioral therapy for childhood traumatic grief (CBT-CTG). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry، 45(12)، 1465-1473.

-Custer, J.R. (2001). Child & Adolescent Therapy: Cognitive Behavioral procedures, 2nd ed. Lippincott, Williams & Wilkins.

-Derek. H, John. B, Armento. M, Wolf, N. (2007). Cognitive Behavior Therapy for Depressed Cancer patients in a medical care Setting Behavior Therapy. V.(38), PP 157-158.

-Glass, A. & Shea, M. (1986). Cognitive Therapy and Pharmacological Treatments for shyness and Social Anxiety, In W. H. yens, Michael, S. R. Briggs and Treatment, New York.

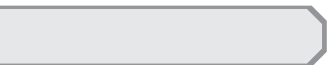
-Judith, B.(2000): Questions & Answers about cognitive therapy Back institute for cognitive therapy and Research.

-Kendall, P. (1996). Cognitive Behavioral therapies with Youth guiding, Journal of consulting and clinical Psychology, V.(61).

-Steven. D. & Beck, A. (1995). Handbook of psychotherapy and Behavior change, John Wiley & sons Inc. New York.

-Unger, T (2003). What is Cognitive-Behavioral Therapy?, Buffalo Psychology Group, Center for Cognitive Therapy of Western New York.

ملاحق



❦ مقياس اضطراب التوازن الانفعالي

سوف يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك
حيال فكرة يمر بها الناس في حياتهم اليومية، وهذه العبارة تختلف وجهات
النظر إزاءها، من فضلك اقرأ كل عبارة بعناية تامة ثم حدد موقفك منها
بوضع علامة (Ö) في الخانات الأربع الآتية وهي: (دائمًا - كثيرًا - قليلًا -
أبداً).

مع العلم بأنه ليست هناك عبارات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما
الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن سلوكك أو رأيك بصراحة.

أبداً	قليلًا	كثيرًا	دائمًا	العبارات الدالة على المشاعر
				- هل تخاف الظلام؟
				- هل تخاف أكثر من الآخرين؟
				- هل تخاف في الليل؟
				- هل تسمع في الليل أصواتًا توحى لك بالخوف؟
				- هل تحلم أحيانًا بأشخاص ماتوا؟
				- هل تقضم أظفارك أحيانًا؟
				- لدى انفعالك هل تعاني من التأتأة؟

				- هل تبكي أحياناً بسبب الخسائر التي تلحق بك؟
				- هل تستطيع احتمال الألم كما يتحمله الآخرون؟
				- هل تؤمن (بالحدس) التنجيم، الأبراج... إلخ؟
				- هل تتضايق من رؤية الدم؟
				- هل تخاف كثيراً من النار؟

❦ مقياس اضطراب الفكر والمنطق

سوف يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك حيال فكرة يمر بها الناس في حياتهم اليومية، وهذه العبارة تختلف وجهات النظر إزاءها، من فضلك اقرأ كل عبارة بعناية تامة ثم حدد موقفك منها بوضع علامة (Ö) في الخانات الأربع الآتية وهي: (دائماً - كثيراً - قليلاً - أبداً).

مع العلم بأنه ليست هناك عبارات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن سلوكك أو رأيك بصراحة.

أبداً	قليلاً	كثيراً	دائماً	العبارات الدالة على المشاعر
				- هل تخاف في الليل؟

				- هل تسمع في الليل أصواتاً توحى لك بالخوف؟
				- هل تنام عادة كما يجب؟
				- هل سبق لك وهربت من المنزل؟
				- هل تغضب عندما يعارضك الآخرون؟
				- هل يحصل أن تكسر الأشياء عندما تغضب؟
				- هل تغضب أحياناً من أجل توافه؟
				- هل أغمي عليك ولو مرة واحدة؟
				- هل يغمى عليك في مناسبات معينة؟
				- هل تشعر أحياناً باضطرابات النظر؟

❦ مقياس اضطراب عدم الاستقرار

سوف يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك حيال فكرة يمر بها الناس في حياتهم اليومية، وهذه العبارة تختلف وجهات النظر إزاءها، من فضلك اقرأ كل عبارة بعناية تامة ثم حدد موقفك منها بوضع علامة (Ö) في الخانات الأربع الآتية وهي: (دائماً - كثيراً - قليلاً - أبداً).

مع العلم بأنه ليست هناك عبارات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن سلوكك أو رأيك بصراحة.

أبداً	قليلاً	كثيراً	دائماً	العبارات الدالة على المشاعر
				- هل تستطيع المكوث طويلاً دون أن تنبس بكلمة؟
				- هل لديك عادة تحريك الرقبة أو العنق؟
				- هل يعجبك دائماً أن تغير نشاطك وعملك؟
				- هل يحصل أن ينبهك الآخرون إلى شرودك؟
				- هل يعجبك أن تزاوّل لفترة طويلة النشاط نفسه؟
				- هل راودتك حتى الآن فكرة الهرب من البيت؟
				- هل شعرت حتى الآن بالدافع أو الميل إلى الهرب من بيتك؟

❦ مقياس اضطراب الرهاب / المخاوف

phobia

سوف يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك حيال فكرة يمر بها الناس في حياتهم اليومية، وهذه العبارة تختلف وجهات النظر إزاءها، من فضلك اقرأ كل عبارة بعناية تامة ثم حدد موقفك منها بوضع علامة (Ö) في الخانات الأربع الآتية وهي: (دائماً - كثيراً - قليلاً - أبداً).

مع العلم بأنه ليست هناك عبارات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن سلوكك أو رأيك بصراحة.

أبداً	قليلاً	كثيراً	دائماً	العبارة المعبرة عن الشعور
				- هل تخاف الظلام؟
				- هل تخاف من الرعد والعواصف؟
				- هل تخاف المرور في نفق؟
				- هل تخاف من الماء؟
				- هل تخاف اجتياز جسر فوق الماء؟
				- هل تراودك فكرة القفز إلى الماء لدى مرورك فوق الجسر؟
				- هل تشعر بالتعب عند نهوضك من النوم؟
				- هل تشعر غالباً بالتعب؟
				- هل تعلم دائماً ما تريد عمله؟
				- هل يصعب عليك اتخاذ القرار عندما يجب ذلك؟
				- هل شعرت حتى الآن بالدافع أو الميل إلى الهرب من بيتك؟
				- هل تخاف أحياناً من اجتياز شارع عريض أو ساحة؟
				- هل تخاف أحياناً من الأماكن المغلقة؟
				- هل تخاف كثيراً من النار؟

				- هل راودتك حتى الآن فكرة الإحراق؟
				- هل لديك عادة النظر تحت السرير قبل النوم؟

❦ مقياس رولين ووي للرهاب الاجتماعي

Social phobia

هذه العبارات تتعلق بمشاعرك وتصرفاتك في مواقف الحياة المختلفة، وأمام كل عبارة اختياران هما نعم، ولا. المطلوب:

تبدي رأيك بوضع علامة (صح) في خانة (نعم) اذا كانت العبارة تنطبق عليك،

أو بوضع علامة (صح) في خانة (لا) اذا كانت العبارة لا تنطبق عليك.
- لا تترك عبارة دون الإجابة عليها.

- لاحظ أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، الإجابة تعد صحيحة - فقط - ما دامت تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي تحمله العبارة.

م	العبارة	نعم	لا
١	أحب البقاء في الفراش حتى لا أرى أي شخص.		
٢	استمتع بالوحدة.		

٣	أفضل عاده أن أكون في صحبة الأصدقاء على أن أكون وحيداً.	
٤	أشعر برغبة ملحة في أن أرحل على الفور عند دخولي حجرة مكتظة بالناس.	
٥	يمثل التفاعل أو التواصل مع الآخرين عبئاً نفسياً عليّ.	
٦	لا أستطيع أن أشعر بالاسترخاء إلا إذا كنت بمفردي.	
٧	أستمتع بالتعامل مع نوعيات مختلفة من الناس.	
٨	أبتعد عن الآخرين قدر الإمكان.	
٩	أمارس هواياتي المفضلة بمفردي.	
١٠	أخبر الآخرين أنني لست على ما يرام لأتجنب مشاركتهم في القيام ببعض المهام.	
١١	أشعر بالارتياح عندما أكون بمفردي.	
١٢	أشعر بالقلق في أثناء وجودي مع الآخرين.	
١٣	أفضل تناول الطعام بمفردي عن تناوله مع الآخرين.	
١٤	أفضل السفر مع الأصدقاء عن السفر بمفردي.	
١٥	أفضل الذهاب الى السينما بمفردي.	
١٦	أستمتع دائماً بوجودي مع الآخرين.	
١٧	أفضل الخروج مع الأصدقاء عن الجلوس وحدي بالبيت.	
١٨	عندما أتحدث مع الآخرين تملكني رغبة قوية في التوقف عن الكلام والابتعاد عنهم.	
١٩	وجودي مع الآخرين يسبب لي الإرهاق.	

٢٠	أشعر غالبًا بالرغبة في مغادرة الحفلات دون وداع أصدقائي.
٢١	حتى عندما أكون في حالة نفسية جيدة، لا أفضل الوجود مع الآخرين.
٢٢	أتمنى مرور اليوم سريعًا حتى أصبح بمفردي.
٢٣	أتمنى أن يتركني الآخرون وحدي.
٢٤	أشعر بالأمان عندما أكون بمفردي.
٢٥	عندما أجلس في مكان مزدحم أشعر بدافع قوي في ترك المكان.
٢٦	أحتاج إلى أن أكون بمفردي تمامًا لعدة أيام
٢٧	أشعر بالارتياح عندما أكون مع الآخرين.
٢٨	أحب قضاء وقت فراغي مع الآخرين.
٢٩	عندما أقرر أن أكون مع الآخرين أندم على ذلك فيما بعد.
٣٠	يصيبني إرهاق شديد لا يمكن احتماله نتيجة وجودي مع الآخرين .
٣١	أعتبر نفسي شخصًا وحيدًا أو منعزلًا عن الآخرين.
٣٢	أتمنى أن أكون بمفردي أو وحيدًا معظم الوقت.

❦ مقياس الميول الاكتئابية

سوف يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك حيال فكرة يمر بها الناس في حياتهم اليومية، وهذه العبارة تختلف وجهات النظر إزاءها، من فضلك اقرأ كل عبارة بعناية تامة ثم حدد موقفك منها بوضع علامة (Ö) في الخانات الأربع الآتية وهي: (دائمًا - كثيرًا - قليلًا - أبدًا).

مع العلم بأنه ليست هناك عبارات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن سلوكك أو رأيك بصراحة.

أبدًا	قليلًا	كثيرًا	دائمًا	العبارات الدالة على المشاعر
				هل تعاني غالبًا من الآلام؟
				هل يحصل لك غالبًا صعوبات في التنفس؟
				هل تشعر عادة بأنك معافي وقوي؟
				هل تشعر بالتعب عند نهوضك من النوم؟
				هل تشعر غالبًا بالتعب؟
				هل أنت ضجر في معظم الأحيان؟
				هل تعاني غالبًا من الصداع؟
				هل توجد أطعمة لا تحتمل مجرد رؤيتها؟
				هل توجد أطعمة يصعب عليك هضمها؟
				هل تنام عادة كما يجب؟

				هل تغضب كثيراً؟
				هل يراودك أحياناً الشعور بأنك مذبذب؟

❦ مقياس اضطراب الميول الفصامية

(الميل نحو الوحدة والعزلة، وعدم الثقة بالنفس والتعاسة)

سوف يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك حيال فكرة يمر بها الناس في حياتهم اليومية، وهذه العبارة تختلف وجهات النظر إزاءها، من فضلك اقرأ كل عبارة بعناية تامة ثم حدد موقفك منها بوضع علامة (Ö) في الخانات الأربع الآتية وهي: (دائماً - كثيراً - قليلاً - أبداً).

مع العلم بأنه ليست هناك عبارات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن سلوكك أو رأيك بصراحة.

أبداً	قليلاً	كثيراً	دائماً	العبارة الدالة على المشاعر
				- هل أنت ضجر في معظم الأحيان؟
				- هل راودتك حتى الآن فكرة الهرب من البيت؟
				- هل تعجبك صحبة الآخرين؟
				- هل يعجبك أكثر أن تكون وحيداً؟
				- هل تغضب كثيراً؟
				- عامة هل أنت مسرور ومكتف؟

				- هل يراودك أحياناً الشعور بأنك دون الآخرين؟
				- هل يراودك أحياناً الشعور بأن لا أحد يفهمك؟
				- هل تفكر بأن لك حياة أخرى غير حياتك العادية؟
				- هل يراودك الشعور بأنك ولد متبني ويصعب عليك التخلص من هذا الشعور؟
				- هل تراودك أفكار أخرى مشابهة؟
				- هل أنت غالباً متأفف، ضجر، وتعيش فكرة مفادها أن الأشياء حولك خادعة؟

❦ مقياس اضطراب الميول المعادية للمجتمع

سوف يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك حيال فكرة يمر بها الناس في حياتهم اليومية، وهذه العبارة تختلف وجهات النظر إزاءها، من فضلك اقرأ كل عبارة بعناية تامة ثم حدد موقفك منها بوضع علامة (Ö) في الخانات الأربع الآتية وهي: (دائماً - كثيراً - قليلاً - أبداً).

مع العلم بأنه ليست هناك عبارات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن سلوكك أو رأيك بصراحة.

أبدًا	قليلاً	كثيراً	دائماً	العبارات الدالة على المشاعر
				- هل تستطيع احتمال الألم كما يتحمله الآخرون؟
				- هل تعجبك مهنة تتعلق بقتل الحيوانات وذبحها؟
				- هل تمنيت الشر لأحد؟
				- هل تنذر على الآخرين لدرجة تثير بكاءهم أحياناً؟
				- هل تشعر بالسعادة إذا ما ألحقت الأذى بشخص ما؟
				- هل تشعر بالسعادة لدى تعذيبك لحيوان ما؟
				- هل راودتك فكرة السرقة حتى الآن؟

❦ مقياس اضطراب ميول البارانونيا

سوف يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك حيال فكرة يمر بها الناس في حياتهم اليومية، وهذه العبارة تختلف وجهات النظر إزاءها، من فضلك اقرأ كل عبارة بعناية تامة ثم حدد موقفك منها بوضع علامة (Ö) في الخانات الأربع الآتية وهي: (دائماً - كثيراً - قليلاً - أبداً).

مع العلم بأنه ليست هناك عبارات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن سلوكك أو رأيك بصراحة.

أبدًا	قليلاً	كثيراً	دائماً	العبارات الدالة على المشاعر
				- هل لديك رغبة بأن تبدأ الشجار؟
				- هل تعجبك صحبة الآخرين؟
				- هل يعجبك أكثر أن تكون وحيداً؟
				- هل يتقبلك الآخرون؟
				- عادة هل يعجبك أن تكون الأمر الناهي؟
				- هل تراودك أفكار أخرى مشابهة؟
				- هل تصادق بسرعة؟
				- هل يراودك أحياناً الشعور بأنك مذنب؟
				- هل تعتقد أن الناس يحبونك كما يحبون الآخرين؟
				- هل تفكر أحياناً بأن لا أحد يحبك؟
				- هل يصعب عليك التعود والتكيف مع محيط عملك؟
				- هل يصعب عليك العيش الهادئ في بيتك؟
				- عائلتك هل تعاملك جيداً، وهل هي عادلة معك؟
				- هل رؤساؤك هل يعاملونك جيداً؟
				- هل تزعجك فكرة مفادها بأن أحدهم يتابعك؟
				- هل تحس أحياناً بأن أحدهم يريد إيذاءك؟
				- ها تغضب عندما يعارضك الآخرون؟

مقياس اضطراب الوسواس القهري

OCD Scale

سوف يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتعلق بمشاعرك
حيال فكرة يمر بها الناس في حياتهم اليومية، وهذه العبارة تختلف وجهات
النظر إزاءها، من فضلك اقرأ كل عبارة بعناية تامة ثم حدد موقفك منها
بوضع علامة (Ö) في الخانات الأربع الآتية وهي: (دائمًا - كثيرًا - قليلًا
- أبدًا).

مع العلم بأنه ليست هناك عبارات صحيحة وأخرى خاطئة، وإنما
الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن سلوكك أو رأيك بصراحة.

أبدًا	قليلًا	كثيرًا	دائمًا	العبارات
				تراودني أفكار ملحة بأني غير نظيف ولا استطيع مقاومتها
				أجد صعوبة في لمس أي شيء استعمله الآخرون قبلي
				يتتابني خوف متكرر من الجراثيم والفطريات المعدية
				تراودني أفكار ملحة ومقلقة للتأكد من غلق الأبواب والنوافذ
				أعود مرة أخرى لأماكن معينة للتأكد من أنني لم أنس شيئًا

				أشعر بالقلق إذا لم يتم ترتيب الأشياء من حولي بدقة
				تراودني أفكار ملحة بأن حجرتي غير مرتبة
				احتفظ بكل الأشياء التي أجدها في طريقي
				تراودني أفكار تسلطية بصورة دورية تجبرني عليّ عد أعمدة للإثارة
				تراودني تخیلات لصور عارية للجنس الآخر بصورة مستمرة
				أجد صعوبة في التخلص من الأفكار أو الصور أو الدوافع الجنسية
				تراودني أفكار تسلطية جنسية لا أستطيع مقاومتها
				بعد عمل الشيء بدقة، يظل لدى انطباع بأنني لم أكمله بعد
				أخاف من فعل أشياء قهرية ضارة
				أشك في نظافة أدوات الطعام بصورة زائدة
				أكرر القيام بعد النقود بعد محاسبة البائع أكثر من مرة
				ينشغل تفكيري بأنني ملابسي قد تلوثت بإفرازات جسمي كالعرق مثلاً
				اغسل وانظف نفسي بطريقة زائدة عن الحد
				أتجنب استخدام المراحيض العامة خوفاً من الأمراض والتلوث

				أطلب من الآخرين إعادة الكلام أكثر من مرة رغم فهمي له
				أكرر التأكد من غلق الأبواب والنوافذ والأدراج كل عدة دقائق
				أعيد كتابة الخطاب عدة مرات قبل إرساله
				أعمل الأشياء عدة مرات حتي أشعر أنها مرتبة ومنظمة

أبدًا	قليلاً	كثيراً	دائماً	العبارات
				تلح على ذهني أفكار بأني سأقوم بعمل متهور
				أشعر أنني مضطر إلى الرجوع إلى منزلي للتأكد من إغلاق الباب
				تراودني شكوك بأني سأصاب بمرض خطير بعد استخدامي للاستراحات العامة
				عندما أرى الآلات الحادة أمامي تراودني أفكار ملحة لاستخدامها في إيذاء الآخرين
				ينشغل بالي كثيراً باحتمال إصابتي بمرض نتيجة للتلوث
				تجبرني أفكار تسلطية على القيام من نومي للتأكد من غلق الأبواب والنوافذ أكثر من مرة
				لا أضيع وقتي في ترتيب أشياء يمكن الاستغناء عنها
				أفقد من الأشياء القديمة التي ليس لها قيمة دون تردد
				تؤثر الأفكار التسلطية الجنسية على علاقاتي بمن حولي
				تطرد على ذهني صور عنيفة ومرعبة كالقتل
				استرجع الأحداث الماضية في ذهني بصورة متكررة للتأكد من أنني لم أرتكب خطأ
				أبالغ في الخوف من الملوثات البيئية كال دخان أو عوادم السيارات

				لا ينشغل ذهني بالتأكد من الأشياء التي قمت بإنجازها
				أجد نفسي مدفوعًا إلى العمل في منزلي بصورة مفرطة ليلبدو منظمًا
				أشعر برغبة ملحة تضطرنني إلى عد درجات السلم
				تضطرنني الأفكار التسلطية الجنسية إلى الإحساس بالذنب
				أفخلص من الأفكار الجنسية التي تتطفل على ذهني بسهولة
				أتجنب لمس الأشياء أو المواد اللزجة
				أجد صعوبة في لمس النفايات أو الأشياء الملوثة
				أحرص على التأكد بصورة متكررة من الأشياء التي قمت بكتابتها
				أشعر بالضيق الشديد عندما أرى الأشياء من حولي غير منظمة

أبدًا	قليلاً	كثيراً	دائماً	العبارات
				أعد طوابق المنازل في أثناء سيري في الشارع بصورة مستمرة
				أجد نفسي مضطراً إلى النظر لأماكن معينة في الجنس الآخر
				أشعر بالضغط النفسي عندما تطراً على ذهني صور عارية للجنس الآخر
				لا أستطيع التركيز في المذاكرة إلا بعد ترتيب كل شيء في حجرتي بدقة
				تراودني فكرة ملحة أن عيني ستنظر إلى الجنس الآخر رغماً عني
				أعود إلى حجرتي أكثر من مرة للتأكد من ترتيب الأشياء
				تجبرني الأفكار الجنسية الملحة على القيام بأفعال ضد إرادتي للتخفيف من حدتها
				أغتسل عدة مرات بسبب الأفكار الجنسية التي تقتحم ذهني
				أشعر أنني مضطرب إلى الرجوع إلى منزلي للتأكد من أن موقد الغاز مغلق بإحكام
				أجلو صعوبة شديدة في دخول المستشفيات خوفاً من العدوى
				أشعر بالقلق عندما أنوى التخلص من الأشياء القديمة التي أحفظ بها
				تراودني أفكار ملحة تضطربني إلى عد اللافتات في الشارع



الفهرس

٥	المقدمة
٧	الباب الأول
٩	الفصل الأول
١١	فكرة العلاج المعرفي السلوكي
١٣	تطور فكرة العلاج المعرفي السلوكي
١٨	مسائل شائكة
٢٣	الفصل الثاني
٢٥	تعريف العلاج المعرفي السلوكي:
٢٨	فوائد العلاج المعرفي السلوكي
٣٠	العلاج المعرفي السلوكي بين الكفاءة والفعالية:
٣١	العلاج المعرفي السلوكي ومنهج الواقعية الناقدة
٣٤	أنواع العلاج المعرفي السلوكي:
٤٣	الفصل الثالث
٤٥	الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي:
٥٠	الاتجاهات المعاصرة في العلاج المعرفي السلوكي الانفعالي
٥٤	الميثاق العشري للعلاج المعرفي السلوكي:

٦٧	الباب الثاني
٦٩	الفصل الأول
٧١	أساليب العلاج المعرفي السلوكي:
٧٧	فنيات (تقنيات) العلاج المعرفي السلوكي:
٨٤	الخلاصة
٨٩	الفصل الثاني
٩١	خطوات بدء المعالجة المعرفية السلوكية
٩٣	جلسات العلاج المعرفي السلوكي
١١٥	الخلاصة في جلسات العلاج السلوكي:
١٢١	الباب الثالث
١٢٣	الفصل الأول
١٢٥	بين يدي تطبيقات العلاج المعرفي السلوكي:
١٣١	دليل التشخيص وتعديلاته
١٥١	الفصل الثاني
١٥٣	طريقة أخرى لتصنيف الحالات (قائمة بالأمراض الشائعة):
١٦٠	تحديد المرض النفسي:
١٧٠	إشعارات بنجاح علاجات معرفية سلوكية لعدة اضطرابات:
١٨١	الخاتمة
١٨٣	المراجع