سلسلة سندات البوابة، رقم 7

العلاج المعرفي السلوكي

النموذج والتقنيات الأساسية



سند علمي: مادة دراسية للطالب والمختص

إعداد أ.د. جعدوني الزهراء

12 محورا · 11 شكلا · 10 جداول · مسرد بالعربية والفرنسية والإنجليزية

بوابة الصحة النفسية

psyencharge.com

بيانات السند

- **السلسلة:** سندات البوابة، رقم 7.
- **الإصدار:** الطبعة الأولى، ديسمبر 2026.
- **إعداد:** أ.د. جعدوني الزهراء، أستاذة التعليم العالي في علم النفس بجامعة مصطفى اسطمبولي بمعسكر (الجزائر)، متخصصة في علم النفس العيادي والتقنيات الإسقاطية.
- **النشر:** بوابة الصحة النفسية (psyencharge.com). صفحة السندات:

https://psyencharge.com/sanadat/

- **الجمهور:** طلبة الماستر في علم النفس العيادي، في مقاييس العلاجات النفسية والعلاج المعرفي السلوكي، وطلبة الليسانس في مدارس علم النفس، والمعالجون المبتدئون، والقارئ المهتم.
- **المراجع الأساسية:** «العلاج المعرفي السلوكي: الأسس وما بعدها» لـJudith Beck (الطبعتان الثانية والثالثة)، و«العلاج المعرفي للاكتئاب» لـAaron Beck وزملائه (1979)، و«اضطرابات القلق والمخاوف المرضية» لـAaron Beck و(1985) Emery، ودليل Padesky وGreenberger، و«المرجع في العلاجات المعرفية السلوكية» بإشراف Dobson وDozois، وكتاب Corey. وكل معلومة منسوبة إلى مرجعها بالصفحة في آخر كل محور، والقائمة الكاملة وما غاب أصله عن المكتبة في آخر السند.
- **تنبيه:** هذا السند للدراسة والفهم. لا يغني عن التكوين الجامعي والتطبيقي، ولا عن المختص. والتقنيات فيه تُستعمل في العيادة تحت إشراف، ولا تُطبق على الناس خارج إطار مهني.
- **حقوق:** يُسمح بطبع السند وتداوله للدراسة مع ذكر مصدره. ولا يُسمح ببيعه.

الفهرس

بيانات السند 2

كيف تستعمل هذا السند 7

1. المدخل: ما العلاج المعرفي السلوكي، ولماذا يُدرس، وخريطة السند 8

تعريف أول 8

المعنى العام والمعنى الخاص 9

مبادئه الكبرى في سطور 9

لماذا يُدرس 10

خريطة السند 10

2. الجذور: من الإشراط إلى إليس وبيك 13

السلوكية أولا: كيف نتعلم الخوف 13

لماذا لم تكف السلوكية 14

إليس والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي 14

Aaron Beck: من التحليل النفسي إلى العلاج المعرفي 16

ميكنباوم بإيجاز 16

إليس وبيك: اتفاق واختلاف 17

الموجات الثلاث 17

3. النموذج المعرفي ومستوياته الثلاثة 20

الفرضية المعرفية: التفسير لا الحدث 20

المستوى الأول: الأفكار الآلية 20

المستوى الأعمق: المعتقدات المحورية 21

بين المستويين: المعتقدات الوسيطة 21

المخطط والمعتقد المحوري: ما الفرق؟ 22

نموذج مركب: تفاعل لا سهم واحد 23

الثالوث المعرفي وخصوصية المحتوى 23

ما لا يقوله النموذج 24

بوابة الصحة النفسية psyencharge.com

4. صياغة الحالة المعرفية 26
ما صياغة الحالة؟ 26
مخطط صياغة الحالة المعرفية 27
استراتيجيات التعويض 28
حالة Abe باختصار 29
الصياغة عند Persons 29
التحليل الوظيفي 30
فرضية تُبنى مع المريض 30
5. إطار العلاج: المبادئ والتحالف وبنية الجلسة والواجبات 33
المبادئ: من عشرة إلى أربعة عشر 33
من جلسة التقييم إلى نهاية العلاج 35
التجريبية التعاونية والتحالف العلاجي 35
بنية الجلسة 37
الواجب المنزلي 38
6. الأفكار الآلية والتشوهات المعرفية 41
ما الفكرة الآلية؟ 41
كيف نصل إليها؟ 42
الفكرة والانفعال 42
ما التشوهات المعرفية؟ 43
ثلاث قوائم لا قائمة واحدة 43
كيف يُستعمل التصنيف 46
حدود التصنيف: الفكرة قد تكون صحيحة 46
7. الحوار السقراطي والاكتشاف الموجه 48
لماذا لا يجادل المعالج الفكرة؟ 48
من سقراط إلى العيادة 49
الأسئلة السقراطية 49
مراحل الحوار الأربع عند Padesky 50

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

مثال حوار 52
مع الطفل والمراهق 53
8. سجل الأفكار وإعادة البناء المعرفي 55
من «السجل اليومي للأفكار المختلة» إلى الأعمدة السبعة 55
الأعمدة السبعة ووظيفة كل منها 56
إعادة البناء المعرفي: الخطوات 58
متى لا تنفع؟ 59
9. المعتقدات الوسيطة والمحورية والسهم النازل 61
من الفكرة إلى المعتقد 61
المعتقدات الوسيطة: صيغة «إذا... فإن...» 61
السهم النازل 62
أصناف المعتقدات المحورية السلبية 63
متى نعمل على المعتقد المحوري 64
طرق تعديل المعتقد 64
التجربة السلوكية 66
10. التقنيات السلوكية: التنشيط، والتعرض، والتجارب السلوكية، وحل المشكلات 68
لماذا السلوك أولا 68
مراقبة الأنشطة وجدولتها 69
المهام المتدرجة 70
التعرض 70
التجارب السلوكية في الممارسة 74
حل المشكلات 75
الاسترخاء ولعب الأدوار 76
11. تطبيقات مختصرة: الاكتئاب، والهلع، وتقدير الذات 78
الاكتئاب 78
الهلع 79
تقدير الذات المنخفض 80

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

إشارات إلى تطبيقات أخرى 80
12. الفعالية والحدود والتركيب 83
كيف تُقرأ أدلة الفعالية 83
نتائج Aaron Beck الأولى 83
ما تقوله التحليلات البعدية 84
الانتكاس ومن لا يستفيد 84
الحدود والنقد 85
التكييف الثقافي 85
الموجة الثالثة: إشارة 86
التركيب: الجدول الجامع 87
أخطاء شائعة عند الطلبة 90
مسرد المصطلحات 92
المراجع 101
كتب Aaron Beck و Judith Beck 101
كتب ودلائل أخرى 102
فصول في كتب محررة 102
روابط للتعمق 103

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

كيف تستعمل هذا السند

- اقرأ المحاور الأربعة الأولى قبل غيرها، فهي النموذج الذي تقوم عليه كل تقنية بعدها. ثم اقرأ محاور التقنيات (5 إلى 10) وفي يدك ورقة وقلم، وجرب كل أداة على موقف من حياتك.
- في أول كل محور أهدافه، وفي آخره خلاصته ومصادره بالصفحات. والمفاهيم المفتاحية في إطار خاص، فراجعها مع الخلاصة قبل الامتحان.
- المحور 12 يجمع الأدلة والنقد والجدول الجامع للتقنيات، وبعده الأخطاء الشائعة ومسرد المصطلحات بالعربية والفرنسية والإنجليزية.

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

1. المدخل: ما العلاج المعرفي السلوكي، ولماذا يُدرس، وخريطة السند

ما ستعرفه في هذا المحور:

- تعريف العلاج المعرفي السلوكي، والفرق بين معناه العام ومعناه الخاص.
- القضايا الثلاث التي تجمع علاجات هذه العائلة.
- مبادئه الكبرى في سطور.
- لماذا صار من أكثر العلاجات النفسية بحثا وتدريسا، وكيف رُتب هذا السند.

تعريف أول

العلاج المعرفي السلوكي (thérapies comportementales et cognitives / cognitive behavior therapy, CBT) علاج نفسي يقوم على فكرة واحدة: ما نشعر به وما نفعله يتأثر بطريقة تفسيرنا لما يحدث لنا، وتعديل هذا التفسير يغير الانفعال والسلوك. ويقال أيضا: العلاج السلوكي المعرفي، وهو الاسم في بعض المقاييس الجامعية الجزائرية. وبالفرنسية (thérapies comportementales et cognitives) TCC، وهو الاختصار الذي يلقاه الطالب المغاربي في مراجعه. فـ«المعرفي السلوكي» و«السلوكي المعرفي» اسمان لمجال واحد، ونلتزم في هذا السند بالأول.

وفي ترجمة مراد علي عيسى لكتاب Hofmann تعريف مفيد: هذا العلاج عائلة من التدخلات تشترك في فكرة رئيسية، هي أن المعارف تؤثر تأثيرا سببيا في الانفعالات والسلوك، فتسهم في بقاء المشكلات النفسية (Hofmann، 2012، ص 7). ويحدد Dozois وDobson وRnic ثلاث قضايا تجمع هذه العلاجات كلها (Dozois وآخرون، 2019، ص 4):

1. ما نفكر فيه يؤثر في ما نفعله.
2. التفكير يمكن ملاحظته وقياسه وتغييره.
3. تغيير التفكير طريق إلى تغيير السلوك.

ومن هذه القضايا نعرف ما ليس علاجا معرفيا سلوكيا. فالعلاج الذي يكتفي بربط مثير باستجابة دون أي دور للتفكير سلوكي خالص. والعلاج الذي يرى أن ذكرى قديمة سبب الاضطراب، فيستهدف الذكرى وحدها، معرفي خالص. ولا يدخل في العائلة أيضا ما يقوم على تفريغ الانفعال وحده (Dozois وآخرون، 2019، ص 6–7).

المعنى العام والمعنى الخاص

يخلط الطلبة كثيرا بين معنيين للاسم. تذكر Judith Beck أن Aaron Beck وضع في الستينيات والسبعينيات علاجا منظما قصير المدة للاكتئاب، وسماه «العلاج المعرفي» (cognitive / thérapie cognitive therapy). ثم صار هذا الاسم يُستعمل مرادفا للعلاج المعرفي السلوكي عند كثير من أهل الميدان (Judith Beck، 2021، ص 3).

لكن الاسم يتسع لعلاجات أخرى تشترك مع علاج بيك في أشياء وتختلف عنه في التركيز. منها علاج إليس العقلاني الانفعالي السلوكي، وتعديل السلوك المعرفي لميكنباوم، والتنشيط السلوكي، والتعرض، وحل المشكلات، والعلاج السلوكي الجدلي، والعلاج بالقبول والالتزام (Judith Beck، 2021، ص 3–4). لذلك نستعمل في السند اسمين:

- **العلاج المعرفي السلوكي:** العائلة كلها، بما فيها التقنيات السلوكية المشتركة.
- **العلاج المعرفي:** علاج Aaron Beck بالمعنى التاريخي الخاص، ولا نستعمله إلا حين نتكلم عنه.

وتضيف Judith Beck أن العلاج المشتق من نموذج بيك يأخذ اليوم تقنيات من هذه العلاجات كلها، ويستعملها داخل إطار معرفي واحد (Judith Beck، 2021، ص 4). ويسأل الطلبة عن «الإرشاد المعرفي السلوكي»: هو تطبيق المبادئ نفسها خارج العيادة، في المدارس وبرامج التأهيل وفي لقاءات قصيرة دون جلسة كاملة (Judith Beck، 2021، ص 4).

مبادئه الكبرى في سطور

هذا علاج نشط وموجّه، محدود المدة، يتجه إلى الحاضر وإلى المشكلة، تعاوني ومنظم وتجريبي. ويُطلب فيه من المريض عمل بين الجلسات، ويُحدد فيه المشكل والمواقف التي يظهر فيها بدقة (Corey، 2017، ص 282).

وتعدد Judith Beck في الطبعة الثالثة أربعة عشر مبدأ، يأتي شرحها في المحور 5 (Judith Beck، 2021، ص 16–17).

أما مدة العلاج، وسؤال «العلاج المعرفي السلوكي المختصر»، فجوابهما في المحور 5.

انتبه: العلاج المعرفي السلوكي ليس «تفكيرا إيجابيا». هدفه أن يقيّم المريض أفكاره تقييما أكثر واقعية وفائدة (Judith Beck، 2021، ص 4). والفكرة السلبية قد تكون صحيحة، وحينئذ يتجه العمل إلى حل المشكلة لا إلى تجميل الفكرة.

لماذا يُدرس

يُدرس لأنه أكثر العلاجات النفسية رسوخا في الأدلة. وينقل Dozois وزميلاه وصفه بأنه «أسرع أنظمة العلاج النفسي نموا وأكثرها بحثا في المشهد المعاصر» (Prochaska وNorcross، 2010، نقلا عن Dozois وآخرين، 2019، ص 3). ونُشرت أول دراسة لنتائجه سنة 1977، وتذكر Judith Beck أن أكثر من ألفي دراسة اختبرت فعاليته منذ ذلك الحين (Judith Beck، 2021، ص 6). أما ما تقوله التحليلات البعدية بدقة، وحدود هذه الأدلة، فموضوع المحور 12.

خريطة السند

يسير السند من النموذج إلى التقنية، ثم إلى التطبيق والتقويم: أربعة محاور للأسس، ثم إطار العلاج، ثم أربعة محاور للعمل على المعرفة، ثم التقنيات السلوكية، ثم التطبيقات والفعالية والحدود.

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com



شكل 1: خريطة السند

مفاهيم مفتاحية

- **العلاج المعرفي السلوكي** (thérapies comportementales et cognitives / cognitive behavior therapy): عائلة علاجات تقوم على أن التفسير المعرفي يتوسط بين الحدث والانفعال والسلوك، وأن تعديله يغيرهما.
- **العلاج المعرفي** (thérapie cognitive / cognitive therapy): علاج Aaron Beck بالمعنى الخاص، كما وضعه للاكتئاب ثم لاضطرابات أخرى.
- **العلاج السلوكي** (thérapie comportementale / behavior therapy): علاج يطبق مبادئ التعلم على السلوك الملاحظ، وهو أحد جذري هذه العائلة.

خلاصة المحور:

العلاج المعرفي السلوكي عائلة علاجات تجمعها فكرة التوسط المعرفي: التفكير يؤثر في السلوك، ويمكن ملاحظته وتغييره، وتغييره يغير السلوك. والاسم بمعناه العام يشمل إليس وبيك وميكنباوم والتقنيات السلوكية، وبمعناه الخاص يعني العلاج المعرفي لـAaron Beck. وهو علاج نشط ومنظم ومحدود المدة، لا يدعو إلى التفكير الإيجابي بل إلى التقييم الواقعي. ويُدرس لأنه أكثر العلاجات النفسية بحثا.

مصادر هذا المحور: Hofmann، 2012، ص 7؛ Dozois وآخرون، 2019، ص 3–7؛ Judith Beck، 2021، ص 3–8 و16–17 و21؛ Corey، 2017، ص 282.

للتعمق في الموقع: «العلاج المعرفي السلوكي (CBT): كيف يعمل، وأهم تقنياته» https://psyencharge.com/العلاج-المعرفي-السلوكي/

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

2. الجذور: من الإشراط إلى إليس وبيك

ما ستعرفه في هذا المحور:

- إسهام الإشراط الكلاسيكي والإجرائي والتعلم بالملاحظة في العلاج السلوكي.
- لماذا لم تكف السلوكية وحدها، وما «الثورة المعرفية».
- نموذج A–B–C عند إليس، والمعتقدات غير العقلانية.
- كيف انتقل Aaron Beck من التحليل النفسي إلى العلاج المعرفي.
- الموجات الثلاث، وأين يقف هذا السند منها.

السلوكية أولا: كيف نتعلم الخوف

للعلاج المعرفي السلوكي جذران: العلاج السلوكي، وهو الجذر الأقوى، ثم التحليل النفسي بدرجة أقل، لأن رواده الأوائل خرجوا منه (Dozois وآخرون، 2019، ص 7). والعلاج السلوكي ظهر في الخمسينيات في الولايات المتحدة وجنوب إفريقيا وبريطانيا، في الوقت نفسه تقريبا، بديلا عن التحليل النفسي (Corey، 2017، ص 233–234). وقام على ثلاثة أنواع من التعلم.

الإشراط الكلاسيكي (conditionnement classique / classical conditioning)، ويقال أيضا: الإشراط الاستجابي. يقترن مثير محايد بمثير يثير استجابة طبيعية، فيصير المحايد وحده قادرا على إثارتها. ومثاله المشهور كلب Pavlov الذي صار يسيل لعابه لصوت الجرس (Corey، 2017، ص 235؛ INSERM، 2004، ص 173). ونقل Watson وRayner الفكرة إلى الإنسان سنة 1920، فأحدثا خوفا من فأر أبيض عند طفل صغير بقرن الفأر بصوت مزعج. التجربة اليوم موضع نقد أخلاقي، لكنها بيّنت أن الخوف قد يُتعلم (McManus، 2022، الفصل 1).

الإشراط الإجرائي (conditionnement opérant / operant conditioning)، ويقال أيضا: الإشراط الفعال. السلوك هنا يتحدد بنتائجه: ما يتبعه التعزيز (renforcement / reinforcement) يتكرر، وما لا يُعزز

يضعف (Corey، 2017، ص 235). ووصفه Skinner منذ أواخر الثلاثينيات (INSERM، 2004، ص 174).

التعلم بالملاحظة (apprentissage par observation / observational learning)، ويقال أيضا: النمذجة أو التعلم الاجتماعي. طوره Albert Bandura في الستينيات، فجمع بين الإشراطين والتعلم بمشاهدة الآخرين، وجعل المعرفة موضوعا مشروعا في العلاج السلوكي (Corey، 2017، ص 234–235).

ومن الإشراط الكلاسيكي خرجت أول تقنية علاجية كبرى: إزالة الحساسية المنظمة (désensibilisation systématique / systematic desensitization)، ويقال أيضا: التحصين التدريجي. وضعها الطبيب النفسي الجنوب إفريقي Joseph Wolpe في الخمسينيات، على مبدأ الكف المتبادل (inhibition réciproque / reciprocal inhibition)، ويقال أيضا: الكف بالنقيض. فالقلق لا يجتمع مع الاسترخاء، والمريض المسترخي يقترب من مخاوفه درجة بعد درجة (McManus، 2022، الفصل 1؛ Corey، 2017، ص 262). وهي أصل التعرض الذي يأتي في المحور 10.

لماذا لم تكف السلوكية

في أواخر الستينيات صار واضحا أن نموذجا يربط المثير بالاستجابة مباشرة لا يفسر كل السلوك الإنساني. فالتعلم بالملاحظة عند Bandura لا يدخل في هذا النموذج. وبعض المشكلات، مثل الأفكار الوسواسية، لا تُعالج دون الحديث عن التفكير. وكان علم النفس كله يمر بما سُمي «الثورة المعرفية» (révolution cognitive / cognitive revolution)، مع ظهور نماذج معالجة المعلومات (Dozois وآخرون، 2019، ص 7–8).

إليس والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي

تنبيه عن المصدر: نصوص إليس الأصلية ليست في المكتبة. فكل ما يأتي عنه منقول عن Corey (الفصل 10) وعن DiGiuseppe وDoyle (Dobson وDozois، الفصل 8).

بدأ Albert Ellis محللا نفسيا، ثم ضاق ببطء تقدم مرضاه، ولاحظ أنهم يتحسنون أسرع حين يغيرون طريقة تفكيرهم. فوضع في سنة 1955 «العلاج العقلاني» (Corey، 2017، ص 271). وعرض نظريته في مؤتمر

الجمعية الأمريكية لعلم النفس في السنة نفسها، ونشر كتابه المهني الأول سنة 1962. ثم صار الاسم «العلاج العقلاني الانفعالي»، ثم «العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي» (thérapie rationnelle-émotive / rational emotive behavior therapy, REBT)، حين نبهه صديقه Ray Corsini إلى أنه يستعمل التدخلات السلوكية في أغلب عمله (DiGiuseppe وDoyle، 2019، ص 193).

وأخذ إليس فكرته الكبرى من الفيلسوف الرواقي Epictetus، الذي قال إن الناس «لا تزعجهم الأشياء، بل الآراء التي يتخذونها عنها» (Epictetus، نقلا عن DiGiuseppe وDoyle، 2019، ص 193). ومنها بنى نموذج A-B-C (modèle ABC / ABC model) (Corey، 2017، ص 273):

- **A**: الحدث المنشط (activating event)، ويقال أيضا: الحدث السابق.
- **B**: المعتقد (croyance / belief) الذي يحمله الشخص عن الحدث.
- **C**: النتيجة (conséquence / consequence) الانفعالية والسلوكية.

ليس A ما يصنع C، بل B. وبعد ذلك يأتي **D**، المجادلة (disputing): يتعلم المريض أن يكشف معتقده غير العقلاني، ويناقشه منطقيا وتجريبيا وعمليا. ثم يصل إلى **E**، فلسفة جديدة فعالة (new effective philosophy) (Corey، 2017، ص 273).

ومحور الاضطراب عند إليس المعتقدات غير العقلانية (irrational beliefs)، ويقال أيضا: الأفكار اللاعقلانية. حصرها أول الأمر في إحدى عشرة، ثم صارت أربعا (DiGiuseppe وDoyle، 2019، ص 198):

1. **المطالب المطلقة («يجب»)**: أن يكون الشيء كما نريد حتما. وهي عنده أصل الثلاثة الأخرى.
2. **التهويل**: أن يصير الحدث السيئ «فظيعا» و«كارثيا».
3. **عدم تحمل الإحباط**: «لا أطيق هذا».
4. **التقييم الكلي لقيمة الإنسان**: الحكم على النفس أو على الآخرين بأنهم بلا قيمة.

Aaron Beck: من التحليل النفسي إلى العلاج المعرفي

ولد Aaron Temkin Beck سنة 1921 في Providence بالولايات المتحدة. تكوّن طبيبا للأعصاب، ثم تحول إلى الطب النفسي، والتحق بجامعة Pennsylvania سنة 1954 (Corey، 2017، ص 280). وتذكر McManus أنه توفي سنة 2021 (McManus، 2022، الفصل 2).

يروي Aaron Beck في مقدمة كتاب 1979 أن بدايته كانت سنة 1956، بمحاولة إثبات مفاهيم التحليل النفسي في الاكتئاب. كان مقتنعا بأن الاكتئاب «عدوان مرتد» إلى الذات، وأن المكتئب «يحتاج إلى المعاناة». ثم جاءت نتائج تجاربه عكس ما توقع: المكتئب لا يحتاج إلى المعاناة، بل يتجنب ما يجلب الرفض ويطلب القبول. فدخل في ما سماه «إعادة تقييم مؤلمة» لمعتقداته هو (Aaron Beck وآخرون، 1979، المقدمة).

وتضيف Judith Beck أنه لاحظ عند مرضاه تيارين من التفكير: تيار التداعي الحر، وتيارا ثانيا من أفكار سريعة تقيّم الذات. أخبرته مريضة أنها قلقة، فأوّل ذلك بأنها تظنه ينتقدها. فصححته: كانت تخاف أنها تُضجره. ومن هنا جاءت «الأفكار الآلية» (Judith Beck، 2021، ص 6–7).

ثم توالت الأعمال. نشر Aaron Beck بحثه الأول سنة 1963، وكتابه «الاكتئاب» سنة 1967، و«العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية» سنة 1976، ثم دليل «العلاج المعرفي للاكتئاب» سنة 1979 مع Rush وShaw وEmery (DeRubeis وآخرون، 2019، ص 218؛ Dozois وآخرون، 2019، ص 12). وفي سنة 1977 نُشرت مع Rush أول تجربة عشوائية مضبوطة لعلاجه، ونتائجها في المحور 12 (Judith Beck، 2021، ص 6). وفي سنة 1994 أسس مع ابنته Judith Beck معهد Beck للعلاج المعرفي (Corey، 2017، ص 280–281).

ميكنباوم بإيجاز

جاء Donald Meichenbaum من الجهة السلوكية لا من التحليل النفسي (Dozois وآخرون، 2019، ص 10). ووضع التدريب على التعليمات الذاتية (self-instructional training)، ويقال أيضا: الحديث الذاتي، للأطفال المندفعين سنة 1971: يتعلم الطفل أن يوجه سلوكه بكلامه، بصوت عال ثم همسا ثم في نفسه. ووضع

أيضا التحصين ضد الضغوط (stress inoculation training) بثلاث مراحل: التثقيف، ثم تعلم مهارات المواجهة، ثم التطبيق على ضغوط متدرجة (Dozois وآخرون، 2019، ص 13–14).

إليس وبيك: اتفاق واختلاف

اعترف Aaron Beck بفضل إليس صراحة في كتاب 1979، وعرض نموذج A–B–C فيه (Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 10). ويلاحظ Hofmann أن ما يسميه إليس «أحاديث ذاتية» يقابل ما يسميه بيك أفكارا آلية، وأن الرجلين وصلا إلى مداخل متشابهة رغم اختلاف المصطلح (Hofmann، 2012، ص 18).

البند	Albert Ellis: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	Aaron Beck: العلاج المعرفي
الأساس	فلسفي في الأصل، من الرواقيين	بحث تجريبي على الاكتئاب
النموذج	A–B–C–D–E	الموقف، ثم الفكرة الآلية، ثم الاستجابة، وتحتها المعتقدات
مستوى العمل	المعتقدات غير العقلانية مباشرة، لا الأفكار الآلية	الأفكار الآلية أولا، ثم المعتقدات الوسيطة والمحورية
طبيعة الخطأ	معتقد غير عقلاني، أصله «يجب»	أخطاء في معالجة المعلومات، ومعتقدات متطرفة أو مطلقة
أسلوب المعالج	موجِّه ومقنع، يجادل المعتقد	حوار سقراطي واكتشاف موجه، والمريض يصل إلى استنتاجه
اختبار الأفكار	المجادلة المنطقية والتجريبية والعملية	التجريبية التعاونية والتجارب السلوكية
الخصوصية	مبادئ فلسفية واحدة لاضطرابات مختلفة	بروتوكول خاص لكل اضطراب
المشترك	علاج نشط، محدود المدة، متجه إلى الحاضر، فيه واجبات منزلية	كذلك

جدول 1: إليس وبيك، نقاط الاتفاق والاختلاف

المصدر: Corey، 2017، ص 271–273 و281–285؛ DiGiuseppe وDoyle، 2019، ص 192 و205؛ DeRubeis وآخرون، 2019، ص 221.

الموجات الثلاث

يقسم كثير من المؤلفين تاريخ هذه العائلة إلى ثلاث موجات (les trois vagues / the three waves). ففي فهرس كتاب Bouvet: الموجة الأولى من نظريات التعلم إلى السلوكية، والثانية «الموجة المعرفية»، ثم سؤال عن

موجة ثالثة (Bouvet، 2014، الفهرس). ومن الموجة الثالثة العلاج السلوكي الجدلي، والعلاج بالقبول والالتزام، وعلاج معرفي يقوم على اليقظة الذهنية، وقد ظهرت مع أوائل الألفية الثالثة (Corey، 2017، ص 234).

يقف هذا السند في الموجة الثانية، أي في العلاج المعرفي كما وضعه Aaron Beck، مع التقنيات السلوكية التي يستعملها. أما الموجة الثالثة فلها إشارة في المحور 12، وتفصيلها في السند 15.

ومن النقد أن تفوق العلاجات المعرفية السلوكية على العلاجات السلوكية الخالصة لم يُحسم بعد في التحليلات البعدية (Dozois وآخرون، 2019، ص 10). ونعود إليه في المحور 12.



شكل 2: خط زمني من الإشراط إلى الموجة الثالثة

مفاهيم مفتاحية

- **الإشراط الكلاسيكي** (conditionnement classique / classical conditioning): تعلم بالاقتران، يصير فيه مثير محايد قادرا على إثارة استجابة انفعالية.
- **الإشراط الإجرائي** (conditionnement opérant / operant conditioning): تعلم يتحدد فيه تكرار السلوك بنتائجه.
- **نموذج A–B–C** (modèle ABC / ABC model): نموذج إليس: الحدث المنشط، ثم المعتقد، ثم النتيجة الانفعالية والسلوكية.

- **المعتقدات غير العقلانية** (irrational beliefs): معتقدات مطلقة جامدة، أصلها «يجب» عند إليس.
- **الموجات الثلاث** (les trois vagues / the three waves): تقسيم تاريخي: السلوكية، ثم المعرفية، ثم علاجات القبول واليقظة.

خلاصة المحور:

خرج العلاج المعرفي السلوكي من العلاج السلوكي أولا: الإشراط الكلاسيكي والإجرائي، والتعلم بالملاحظة عند Bandura، وإزالة الحساسية عند Wolpe. ثم بدا أن السلوكية لا تفسر التفكير، فجاءت الثورة المعرفية. ووضع إليس سنة 1955 علاجه العقلاني ونموذج A–B–C، ودرس Aaron Beck الاكتئاب منذ 1956 فاكتشف الأفكار الآلية، ونشر دليله سنة 1979. يتفقان في التوسط المعرفي، ويختلفان في الأسلوب: مجادلة عند إليس، واكتشاف موجه عند بيك.

مصادر هذا المحور: Dozois وآخرون، 2019، ص 3 و7–14؛ Corey، 2017، ص 233–235 و262 و271–273 و280–285؛ DiGiuseppe وDoyle، 2019، ص 192–193 و198 و205؛ DeRubeis وآخرون، 2019، ص 218 و221؛ Aaron Beck وآخرون، 1979، المقدمة، وص 10؛ Judith Beck، 2021، ص 6–7؛ Hofmann، 2012، ص 18؛ McManus، 2022، الفصول 1 و2 و7؛ INSERM، 2004، ص 173–174؛ Bouvet، 2014، الفهرس.

للتعمق في الموقع: «إيفان بافلوف والإشراط الكلاسيكي» https://psyencharge.com/الإشراط-الكلاسيكي/

3. النموذج المعرفي ومستوياته الثلاثة

ما ستعرفه في هذا المحور:

- الفرضية المعرفية: التفسير لا الحدث.
- الأفكار الآلية والمعتقدات الوسيطة والمحورية، والعلاقة بينها.
- الفرق بين المخطط والمعتقد المحوري، ومن أين تأتي التشوهات.
- الثالوث المعرفي وخصوصية المحتوى المعرفي لكل اضطراب.
- كيف يفسر النموذج الانفعال والسلوك والاستجابة الجسدية.

الفرضية المعرفية: التفسير لا الحدث

النموذج المعرفي (modèle cognitif / cognitive model) يفترض أن انفعالات الناس وسلوكهم واستجاباتهم الجسدية تتأثر بإدراكهم للأحداث، لا بالأحداث نفسها (Judith Beck، 2021، ص 29). وتلخصه Judith Beck في ثلاث خطوات: الموقف، ثم الفكرة الآلية، ثم الاستجابة الانفعالية والسلوكية والجسدية.

للتوضيح: ثلاثة طلبة في قسم واحد ينالون 9 من 20 في الامتحان الأول. تقول سلمى في نفسها: «الأستاذ صارم، والامتحان القادم سأستعد له أحسن». فتشعر بخيبة خفيفة، وتعيد ترتيب مراجعتها. ويقول يونس: «سيكتشف الجميع أني لست في مستوى الماستر». فيقلق، ولا ينام تلك الليلة. وتقول خديجة: «أنا غبية، لن أنجح أبدا». فتحزن، وتغيب عن الحصة التالية. العلامة واحدة، والاستجابات ثلاث، لأن التفسيرات ثلاثة.

ويضرب Aaron Beck وEmery مثلا أوضح: صياد يلتقي أسدا في البرية يشعر بخوف شديد، ومن يرى الأسد نفسه خلف قضبان حديقة الحيوان لا يخاف. فالتقييم المعرفي (évaluation cognitive / cognitive appraisal) للخطر يتضمن السياق كله، لا المثير وحده (Aaron Beck وEmery، 1985، ص 37).

المستوى الأول: الأفكار الآلية

الأفكار الآلية (pensées automatiques / automatic thoughts)، ويقال أيضا: الأفكار التلقائية، أفكار سريعة تقييمية تمر في الذهن بجانب التفكير الظاهر. لا تأتي من تأمل أو استدلال، بل تبدو كأنها تنبثق وحدها،

وتكون قصيرة وسريعة. وصاحبها قلما ينتبه إليها، وينتبه أكثر إلى الانفعال أو السلوك الذي يليها. وإن انتبه إليها صدقها دون فحص (Judith Beck، 2021، ص 29). وقد تأتي كلمات أو صورا ذهنية (images mentales / images) (Judith Beck، 2021، ص 4).

وطريق اكتشافها سؤال تسميه Judith Beck «السؤال الأساسي في العلاج المعرفي»: «ما الذي كان يدور في ذهنك الآن؟» (Judith Beck، 2021، ص 15). وتفصيل التعرف على الأفكار الآلية وتشوهاتها في المحور 6.

المستوى الأعمق: المعتقدات المحورية

لماذا يفسر شخصان الموقف نفسه تفسيرين مختلفين؟ تجيب Judith Beck: الجواب في المعتقدات (Judith Beck، 2021، ص 30). فالإنسان يكوّن منذ طفولته أفكارا عن نفسه وعن الآخرين وعن العالم. وأعمقها المعتقدات المحورية (croyances de base / core beliefs)، ويقال أيضا: المعتقدات الجوهرية أو الأساسية، وفي ترجمة Hofmann: المعتقدات الرئيسية. هي أفكار أساسية عميقة، لا يصوغها صاحبها حتى لنفسه، ويعدها حقائق مطلقة.

وأكثر الناس توافقا يحملون في أغلب الوقت معتقدات إيجابية واقعية: «أنا كفء إلى حد معقول»، «أنا محبوب بقدر معقول». لكن عند كل واحد منا معتقدات سلبية كامنة، قد تنشط تحت ضغط يمس موضوعها (Judith Beck، 2021، ص 30–32). والمعتقدات المحورية السلبية عن الذات ثلاث فئات: العجز، وعدم الجدارة بالحب، وانعدام القيمة (Judith Beck، 2021، ص 32–34). وتفصيلها وأمثلتها في المحور 9.

بين المستويين: المعتقدات الوسيطة

المعتقدات الوسيطة (croyances intermédiaires / intermediate beliefs) تقع بين الفكرة الآلية الخاصة بالموقف والمعتقد المحوري العام. و Padesky و Greenberger يسميانها «الافتراضات الضمنية». وهي ثلاثة أنواع، غالبا لا يصوغها صاحبها بالكلمات (Judith Beck، 2021، ص 35–36):

- **الاتجاهات** (attitudes): «من الفظيع أن أخطئ أمام الناس».

- **القواعد** (règles / rules): «يجب ألا أطلب المساعدة».
- **الافتراضات** (postulats / assumptions): «إذا طلبت المساعدة، فسيرون ضعفي».

والافتراض بصيغة «إذا... فإن...» أنفع الثلاثة في العلاج، لأنه يُختبر. ويتأثر المستويان الأعلى بالمحوري: المعتقد المحوري يصنع المعتقدات الوسيطة، وهي تصنع الأفكار الآلية في المواقف (Judith Beck، 2021، ص 36). والخبر الطيب للمعالج أن هذه المعتقدات مكتسبة، فيمكن أن يتعلم المريض غيرها (Judith Beck، 2021، ص 36).



شكل 3: النموذج المعرفي ومستوياته الثلاثة

المخطط والمعتقد المحوري: ما الفرق؟

المخطط (schéma / schema)، ويقال أيضا: الخطاطة، بنية معرفية افتراضية تنظم المعلومات، بالمعنى الذي استعمله Piaget. والمعتقد المحوري هو محتوى هذه البنية (Judith Beck، 2021، ص 33). فالمخطط وعاء، والمعتقد ما فيه.

وكتب Aaron Beck وزملاؤه سنة 1979 أن المخطط أساس «غربلة» المثيرات وتصنيفها وتقييمها. وقد يبقى خامدا مدة طويلة، ثم تنشطه ظروف بعينها. وحين تنشط مخططات خاصة مختلة، تنحرف التفسيرات لتوافقها، وتظهر أخطاء منتظمة في التفكير (Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 12–13).

وهذا جواب سؤال يتكرر عند الطلبة: ما أسباب التشوهات المعرفية؟ التشوه ليس عيبا في الذكاء. هو أثر مخطط نشط يعالج المعلومات في اتجاهه. فالمعلومة التي توافق المعتقد تدخل مباشرة وتقويه، والمعلومة المخالفة يُقلل من شأنها أو لا تُلاحظ أصلا (Judith Beck، 2021، ص 32–35). أما أنواع التشوهات وقوائمها فموضوع المحور 6.

انتبه: بعض المؤلفين يستعملون الكلمتين بمعنى واحد. فDeRubeis وKeefe وAaron Beck يقولون إن المخططات «تسمى أحيانا معتقدات محورية» (DeRubeis وآخرون، 2019، ص 221). في هذا السند نلتزم بالتمييز: المخطط بنية، والمعتقد المحوري محتواها.

نموذج مركب: تفاعل لا سهم واحد

السلسلة «موقف، ففكرة، فاستجابة» تبسيط. تقول Judith Beck إن التفكير والمزاج والسلوك والجسد يؤثر بعضها في بعض (Judith Beck، 2021، ص 37). والموقف المثير قد يكون داخليا: ذكرى، أو صورة، أو انفعال، أو إحساس جسدي مثل خفقان القلب (Judith Beck، 2021، ص 38). وGreenberger وPadesky يعرضان هذا التفاعل في «النموذج الخماسي» الذي وضعته Padesky: البيئة، والأفكار، والمزاج، والسلوك، والاستجابات الجسدية، وكل جزء يؤثر في الأربعة الأخرى (Greenberger وPadesky، 2016، ص 7).

الثالوث المعرفي وخصوصية المحتوى

بنى Aaron Beck نموذجه في الاكتئاب على ثلاثة مفاهيم: الثالوث المعرفي، والمخططات، والأخطاء المعرفية (Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 10). والثالوث المعرفي (triade cognitive / cognitive triad) ثلاث نظرات سلبية (Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 11):

- **إلى الذات:** يرى المكتئب نفسه ناقصا معيبا بلا قيمة.
- **إلى تجاربه في العالم:** يرى العالم يضع أمامه عوائق لا تُتجاوز، ويفسر تعامله مع الناس هزيمة أو حرمانا.
- **إلى المستقبل:** يتوقع أن يستمر الألم بلا نهاية، وأن يفشل في كل مهمة.

ثم عمم بيك الفكرة: لكل اضطراب محتوى معرفي خاص به (spécificité du contenu cognitif / content specificity). فالاكتئاب تغلب عليه أفكار الفقد والفشل، والقلق تغلب عليه المبالغة في تقدير الخطر والتهوين من القدرة على المواجهة (Corey، 2017، ص 284؛ DeRubeis وآخرون، 2019، ص 219). ولو رُفض طالبان في التخصص الذي أراداه، فقد يقول الأول «أنا فاشل» فيكتئب، ويقول الثاني «سيحتقرني الجميع» فيقلق (Corey، 2017، ص 284).

ما لا يقوله النموذج

لا يقول النموذج إن الأفكار وحدها تسبب الاضطراب. تكتب Judith Beck أن أفكار مريضها ومعتقداته لم تسبب اكتئابه بنفسها، فالاكتئاب له أسباب نفسية واجتماعية ووراثية وبيولوجية. لكن الأفكار السلبية، بعد أن يبدأ الاكتئاب، تؤثر في المزاج وتبقي الاضطراب (Judith Beck، 2021، ص 44). ويذكر Corey أن Aaron Beck، خلافا لإليس، لم يجعل الأفكار السلبية السبب الوحيد للاكتئاب (Corey، 2017، ص 281–282).

ومن النقد أن وصول الإنسان إلى أفكاره ليس كاملا: قد يذكر ما يرجح أنه فكر فيه، لا ما فكر فيه فعلا. والدراسات التي تتبعت التغير جلسة بعد جلسة لم تتفق على أن التغير المعرفي يسبق التحسن دائما (Dozois وآخرون، 2019، ص 5–6).

مفاهيم مفتاحية

- **النموذج المعرفي** (modèle cognitif / cognitive model): الانفعال والسلوك والاستجابة الجسدية تتأثر بتفسير الموقف لا بالموقف وحده.
- **الأفكار الآلية** (pensées automatiques / automatic thoughts): أفكار أو صور سريعة تقييمية، تنبثق دون تأمل، ويصدقها صاحبها دون فحص.

- **المعتقدات الوسيطة** (croyances intermédiaires / intermediate beliefs): اتجاهات وقواعد وافتراضات بين الفكرة الآلية والمعتقد المحوري.
- **المعتقدات المحورية** (croyances de base / core beliefs): أفكار عميقة مطلقة عن الذات والآخرين والعالم، أصلها في الطفولة.
- **المخطط** (schéma / schema): بنية معرفية تنظم المعلومات، والمعتقد المحوري محتواها.
- **الثالوث المعرفي** (triade cognitive / cognitive triad): النظرة السلبية إلى الذات والعالم والمستقبل في الاكتئاب.

خلاصة المحور:

النموذج المعرفي يجعل التفسير بين الموقف والاستجابة. وللمعرفة ثلاثة مستويات: الأفكار الآلية السريعة الخاصة بالموقف، ثم المعتقدات الوسيطة من اتجاهات وقواعد وافتراضات، ثم المعتقدات المحورية المطلقة عن الذات والآخرين والعالم. والمخطط بنية، والمعتقد المحوري محتواها، والمخطط النشط يحرف معالجة المعلومات فتظهر التشوهات. وفي الاكتئاب ثالوث سلبي عن الذات والعالم والمستقبل، ولكل اضطراب محتواه. والنموذج لا يجعل الأفكار سببا وحيدا، بل عاملا يبقي الاضطراب.

مصادر هذا المحور: Judith Beck، 2021، ص 3–5 و15 و28–38 و44؛ Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 10–13؛ Aaron Beck وEmery، 1985، ص 37؛ DeRubeis وآخرون، 2019، ص 219 و221؛ Corey، 2017، ص 281–284؛ Greenberger وPadesky، 2016، ص 7؛ Dozois وآخرون، 2019، ص 5–6.

للتعمق في الموقع: «العلاج المعرفي لآرون بيك: المبادئ، التطبيقات، والحالة العملية» https://psyencharge.com/العلاج-المعرفي-لآرون-بيك-المبادئ،-الت/

4. صياغة الحالة المعرفية

ما ستعرفه في هذا المحور:

- ما صياغة الحالة، ومم تتكون.
- كيف يُملأ مخطط صياغة الحالة المعرفية عند Judith Beck.
- استراتيجيات التعويض وصلتها بالمعتقد المحوري.
- الصياغة عند Persons، والتحليل الوظيفي في المدرسة الفرنسية.
- لماذا تبقى الصياغة فرضية تُختبر وتُعدل مع المريض.

ما صياغة الحالة؟

صياغة الحالة (conceptualisation de cas / case conceptualization)، ويقال أيضا: التصور المعرفي للحالة، فهمٌ منظم لمريض بعينه: كيف نشأت مشكلته، وما الذي يبقيها، وكيف نعالجها. وتجعلها Judith Beck الإطار الذي يقوم عليه العلاج كله. فهي تساعد المعالج على فهم نقاط قوة المريض وضعفه، وعلى تقوية العلاقة، واختيار التدخلات، والخروج من الجمود حين يتوقف التقدم (Judith Beck، 2021، ص 26-27).

والصياغة غير التشخيص. التشخيص يصنف الاضطراب، والصياغة فرضية تفسيرية لحالة فرد واحد. لكنها تبدأ منه: تعرف «الصياغة المعرفية» للاضطراب، أي أفكاره وسلوكياته وعوامل بقائه المعتادة، ثم تنظر هل تنطبق على هذا المريض (Judith Beck، 2021، ص 27).

وتنظر Judith Beck إلى المشكلة في ثلاثة أزمنة: الحاضر الذي يبقيها، والمثيرات التي أطلقتها، والنشأة التي هيأت لها (Judith Beck، 2021، ص 17). وهذا نموذج الاستعداد والضغط: استعداد قديم، من معتقدات وطرق معالجة وعوامل وراثية، يلتقي بضغوط تمس موضوعه، فيظهر الاضطراب (Judith Beck، 2021، ص 42-43).

مخطط صياغة الحالة المعرفية

تنظم Judith Beck معطيات المريض في مخطط صياغة الحالة المعرفية (Cognitive Conceptualization Diagram). وفي صيغته التي عرضتها في الطبعة الثانية خانات تُقرأ من الأعلى إلى الأسفل (Judith Beck، 2011، ص 200):

- **البيانات الطفولية ذات الصلة:** أي تجارب ساهمت في تكوين المعتقد المحوري وبقائه؟
- **المعتقد المحوري:** ما أعمق ما يعتقده المريض عن نفسه؟
- **الافتراضات الشرطية والقواعد:** افتراض «إيجابي» يساعده على التعايش مع المعتقد، ونقيضه السلبي.
- **استراتيجيات التعويض:** أي سلوكيات يحمي بها نفسه من المعتقد؟
- **ثلاثة مواقف:** لكل موقف فكرته الآلية، ومعنى هذه الفكرة عنده، وانفعاله، وسلوكه.

وطريقة ملئه عكس ترتيبه. يبدأ المعالج بأسفل المخطط، بثلاثة مواقف نموذجية أزعجت المريض، لأنها أول ما يجمعه من الجلسات. ثم يصعد إلى المعنى، ثم إلى المعتقد. وما يستنتجه دون تأكيد يكتبه بعلامة استفهام، حتى يتحقق منه مع المريض (Judith Beck، 2021، ص 49–51). و«معنى الفكرة الآلية» يجب أن يرتبط منطقيا بالمعتقد المحوري. ويُكتشف غالبا بتقنية السهم النازل، وهي موضوع المحور 9 (Judith Beck، 2021، ص 51).

وفي الطبعة الثالثة أضافت Judith Beck مخططا ثانيا قائما على نقاط القوة: المعتقدات الإيجابية، والأفكار والسلوكيات النافعة في أحسن فترات حياة المريض (Judith Beck، 2021، ص 43–44). فالصياغة لا تجمع المشكلات وحدها.



شكل 4: مخطط صياغة الحالة المعرفية بمثال توضيحي

للتوضيح (حالة مركبة من تصميمنا، وليست حالة حقيقية): عادل موظف في الثانية والثلاثين، جاء يشكو مزاجا منخفضا منذ أشهر. انشغل والداه في طفولته بأخ مريض، وتنقلت الأسرة بين ثلاث مدن، فكان كل مرة «الجديد» في القسم. معتقده المحوري: «أنا غير مرغوب فيه». وافتراضه: «إذا أرضيت الجميع فسيقبلونني، وإذا رفضت طلبا أو قلت رأيي فسيتركونني». فصار يرضي الناس، ويتجنب كل خلاف، ويكتم رأيه. وتفصيل مواقفه الثلاثة في بطاقة شكل 4.

استراتيجيات التعويض

استراتيجيات التعويض (stratégies compensatoires / compensatory strategies) سلوكيات يطورها الشخص ليتعايش مع معتقد محوري مؤلم، أو ليمنعه من الظهور. والافتراض الشرطي هو الذي يربطها بالمعتقد:

«إذا فعلت كذا فلن يتحقق معتقدي، وإذا لم أفعله فسيتحقق» (Judith Beck، 2011، ص 203). وتسميها Judith Beck في الطبعة الثالثة «استراتيجيات المواجهة» (Judith Beck، 2021، ص 51).

ومن أمثلتها في قائمتها: محاولة الكمال، أو التظاهر بالعجز، أو تجنب المسؤولية أو الإفراط فيها، أو تجنب القرب من الناس، أو السعي إلى إرضائهم (Judith Beck، 2011، ص 204). والمعتقد الواحد قد يولد استراتيجيات متعاكسة. فطالبة ترى نفسها عاجزة قد تبالغ في الاجتهاد والتحضير، وطالب يحمل المعتقد نفسه قد يضع لنفسه أهدافا دنيا ويعتمد على غيره (Judith Beck، 2011، ص 203–204).

انتبه: هذه السلوكيات عادية في ذاتها، وكلنا نفعلها أحيانا. المشكلة في الإفراط فيها وجمودها، على حساب سلوكيات أنفع (Judith Beck، 2021، ص 51).

حالة Abe باختصار

Abe مريض Judith Beck في الطبعة الثالثة، كما روت حالته. رجل في الخامسة والخمسين، تركه أبوه وهو في الحادية عشرة، فحمّلته أمه مسؤوليات تفوق سنه، وكانت تقول له إنه لا يحسن شيئا. فتكوّن عنده معتقد «أنا غير كفء»، وبقي كامنا سنوات نجح فيها في عمله وزواجه. وكان افتراضه: «إذا اعتمدت على نفسي فأنا بخير، وإذا طلبت المساعدة ظهر عجزي». ثم تغيرت مهامه في العمل، وطلب العون فرده مديره بعنف، ثم انفصلت عنه زوجته وفقد عمله. فنشط المعتقد، وانسحب، وبقي اكتئابه بالتجنب والنقد الذاتي والاجترار (Judith Beck، 2021، ص 38–44).

الصياغة عند Persons

تعرض Jacqueline Persons نموذجا آخر يقوم على الحالة. فالصياغة عندها تصف أعراض المريض ومشكلاته، وتقترح الآليات التي تسببها، والمثيرات التي أطلقتها، وأصول هذه الآليات، ثم تربط ذلك كله (Persons وآخرون، 2019، ص 148). ومع Tompkins تفصل العناصر الأربعة (Persons وTompkins، 2022، ص 255–257):

- **قائمة المشكلات:** كل الصعوبات، في الأعراض والعلاقات والعمل والمال والصحة والسكن، لا ما يظهر وحده.
- **الآليات:** قلب الصياغة، أي العمليات النفسية التي تسبب المشكلات وتبقيها، ومنها معتقدات بيك.
- **الأصول:** الأحداث البعيدة التي علّمت المريض هذه المعتقدات أو السلوكيات.
- **المثيرات:** الضغوط القريبة التي نشطت الآليات الآن.

والجديد عندها المنهج: الصياغة فرضية علمية. تُبنى على صياغة عامة مثبتة للاضطراب، ثم تُكيف لهذا المريض. ومنها يُشتق تنبؤ، ويُصمم تدخل، وتُجمع بيانات، ثم تُعدل الفرضية إن لزم (Persons وTompkins، 2022، ص 254–255).

التحليل الوظيفي

يلقى الطالب المغاربي في مقاييسه مصطلح التحليل الوظيفي (analyse fonctionnelle / functional analysis). وهو عند المدرسة الفرنسية مرحلة أساسية، تدرس العلاقات بين السلوكيات المشكلة والأفكار والانفعالات والمحيط. ويُدرس فيه الحاضر، أي ما يطلق السلوك ويبقيه، والماضي، أي كيف نشأ. ويُستعمل له جدول خاص، والغاية فرضيات مشتركة بين المريض والمعالج (INSERM، 2004، ص 180). وأصله السلوكي ثلاثة عناصر: الظرف الذي يسبق السلوك، والسلوك، ونتائجه المعززة (INSERM، 2004، ص 174؛ McManus، 2022، الفصل 2). فهو أقرب إلى صياغة الحالة في وظيفته، وإن جاء من الجذر السلوكي.

فرضية تُبنى مع المريض

تتكرر عند Judith Beck كلمة «فرضية». يبدأ بناء الصياغة من أول لقاء، ويُعدل في كل لقاء بعده. ويسأل المعالج نفسه مع كل معلومة جديدة: هل هي جزء من نمط عرفته، أم شيء جديد؟ (Judith Beck، 2021، ص 27). ثم يعرض فهمه على المريض ويسأله هل «يبدو صحيحا». فإن كان دقيقا وافق، وإن أخطأ صححه

المريض، وكلا الأمرين يقوي التحالف (Judith Beck، 2021، ص 27). ولا تُعرض الصورة الكاملة إلا حين يكون المريض مستعدا، والعلاقة متينة (Judith Beck، 2021، ص 52–54).

وPersons وTompkins يسميان هذا العمل المشترك «التجريبية التعاونية» (empirisme collaboratif / collaborative empiricism): المريض والمعالج باحثان معا في أفكاره (Persons وTompkins، 2022، ص 256). وتفصيلها في المحور 5.

ومن النقد أن أدلة تفوق العلاج القائم على الصياغة ما زالت محدودة. تذكر Persons وشريكاها في الفصل أن عددا قليلا من التجارب المضبوطة، مع دراسات طبيعية ودراسات حالة فردية كثيرة، يشير إلى أن نتائجه تساوي نتائج البروتوكول المعياري أو تفوقها (Persons وآخرون، 2019، ص 146). فالحجة لها قائمة، لكنها لم تُحسم بعد.

مفاهيم مفتاحية

- **صياغة الحالة** (conceptualisation de cas / case conceptualization): فرضية تفسيرية لحالة مريض واحد، تربط نشأة مشكلته بما يبقيها وبخطة علاجها.
- **مخطط صياغة الحالة المعرفية** (Cognitive Conceptualization Diagram): أداة Judith Beck لتنظيم المعطيات: الطفولة، والمعتقدات، والاستراتيجيات، والمواقف.
- **استراتيجيات التعويض** (stratégies compensatoires / compensatory strategies): سلوكيات تحمي من ظهور المعتقد المحوري، تصير مشكلة حين تجمد.
- **التحليل الوظيفي** (analyse fonctionnelle / functional analysis): دراسة ما يسبق السلوك المشكل وما يتبعه، في الحاضر والماضي.

خلاصة المحور:

صياغة الحالة فرضية تفسيرية لمريض واحد، تجمع ما يبقي مشكلته الآن، وما أطلقها، وما هيأه لها منذ الطفولة. ويرتب مخطط Judith Beck ذلك من البيانات الطفولية إلى المعتقد المحوري، ثم الافتراضات واستراتيجيات التعويض، ثم ثلاثة مواقف بأفكارها ومعانيها. وتصوغ Persons الحالة بقائمة المشكلات والآليات والأصول

والمثيرات، وتعاملها فرضية علمية. وفي المدرسة الفرنسية يؤدي التحليل الوظيفي وظيفة قريبة. والصياغة في كل ذلك تُبنى مع المريض وتُعدل حتى آخر جلسة.

مصادر هذا المحور: Judith Beck، 2021، ص 17 و26–27 و38–54 و163–164 و378–385؛ Judith Beck، 2011، ص 200–204؛ Persons وآخرون، 2019، ص 146–149؛ Persons وTompkins، 2022، ص 254–257؛ INSERM، 2004، ص 174 و180؛ McManus، 2022، الفصل 2.

للتعمق في الموقع: لا صفحة خاصة بصياغة الحالة بعد، وفي «العلاج المعرفي لآرون بيك: المبادئ، التطبيقات، والحالة العملية» حالة عملية: https://psyencharge.com/العلاج-المعرفي-لآرون-بيك-المبادئ،-الت/

رواية الصحة النفسية psyencharge.com

5. إطار العلاج: المبادئ والتحالف وبنية الجلسة والواجبات

ما ستعرفه في هذا المحور:

- المبادئ العشرة للعلاج المعرفي كما صاغها Aaron Beck وEmery، وكيف صارت أربعة عشر عند Judith Beck.
- معنى التجريبية التعاونية، ودور التحالف العلاجي.
- مراحل الجلسة المنظمة، وجدول الأعمال.
- كيف يُصمم الواجب المنزلي، ولماذا لا يُنجز أحيانا.
- جلسة التقييم، والجلسة الأولى، وكيف يُحضَّر لنهاية العلاج.

المبادئ: من عشرة إلى أربعة عشر

العلاج المعرفي ليس مجموعة تقنيات. بهذه الفكرة يفتح Aaron Beck وEmery فصل المبادئ في كتابهما عن القلق: هو نسق علاجي، والتقنيات تعمل داخل مقاربة تقوم على عشرة مبادئ (Aaron Beck وEmery، 1985، ص 167). ثم أعادت Judith Beck صياغتها في كل طبعة من كتابها: عشرة في طبعة 2011 (Judith Beck، 2011، ص 7–10)، وأربعة عشر في طبعة 2021. ونعرضها بصيغة 2021، وبين القوسين رقم المبدأ المقابل في قائمة Aaron Beck وJudith Beck) Emery، 2021، ص 16–17؛ Aaron Beck وEmery، 1985، ص 167):

1. خطة العلاج مبنية على صياغة معرفية للحالة تتطور باستمرار (1: النموذج المعرفي).
2. يتطلب علاقة علاجية سليمة (3).
3. يتابع تقدم المريض باستمرار.
4. يُكيَّف ثقافيا، ويُفصَّل على المريض الفرد.
5. يركز على الإيجابي.
6. يقوم على التعاون والمشاركة النشطة (4).

7. يتجه إلى تطلعات المريض وقيمه وأهدافه (7: متجه إلى المشكلة).

8. يركز على الحاضر أولا.

9. تعليمي، يتعلم فيه المريض كيف يكون معالج نفسه (8).

10. محدود المدة ما أمكن (2).

11. جلساته منظمة (6: منظم وموجِّه).

12. يستعمل الاكتشاف الموجه، ويعلم المريض أن يفحص أفكاره ويرد عليها (5: المنهج السقراطي؛ 9: الفكرة فرضية تُختبر بالوقائع).

13. يتضمن خطط عمل، أي واجبات منزلية (10).

14. يستعمل تقنيات متنوعة لتغيير التفكير والمزاج والسلوك.

فما أضافته طبعة 2021 أربعة مبادئ: المتابعة المستمرة بالمقاييس (3)، والتكييف الثقافي (4)، والتركيز على الإيجابي (5)، وربط العلاج بقيم المريض وتطلعاته لا بأهدافه وحدها (7) (Judith Beck، 2021، ص 18–20).

ما مدة العلاج؟ كانوا يقولون إنه علاج قصير. تقول Judith Beck إن كثيرا من حالات الاكتئاب والقلق البسيطة تحتاج من 6 إلى 16 جلسة، وإن حالات أخرى تحتاج أطول من ذلك بكثير، كاضطرابات الشخصية والاضطرابات المزمنة (Judith Beck، 2021، ص 20–22). ويذكر تقرير INSERM من 10 إلى 25 جلسة أسبوعية للقلق والاكتئاب، ومدة الجلسة من 30 إلى 60 دقيقة (INSERM، 2004، ص 179). وتُتبع نهاية العلاج بجلسات التعزيز (séances de rappel / booster sessions)، كل ثلاثة أشهر مدة سنة في حالة Abe (Judith Beck، 2021، ص 22).

ونقول في هذا السند «المريض»، أما Judith Beck فتقول في طبعتها الثالثة client، أي «العميل».

من جلسة التقييم إلى نهاية العلاج

يبدأ العلاج قبل الجلسة الأولى، بجلسة تقييم (séance d'évaluation / evaluation session) تأخذ ساعة أو ساعتين. فيها يجمع المعالج ما يلزم للتشخيص ولصياغة أولى للحالة وخطة العلاج، ويقرر هل هو المعالج المناسب، وهل يحتاج المريض علاجا مكملا كالدواء. ويبدأ فيها التحالف، ويشرح العلاج، ويتفق مع المريض على خطة عمل سهلة (Judith Beck، 2021، ص 71–72). ولا يتوقف التقييم هنا، بل يستمر في كل جلسة.

وأهم ما في الجلسة الأولى أن تبعث الأمل: يشرح المعالج الاضطراب والعلاج، ويقول صراحة إنه واثق من أنه سيساعد المريض، ويتعرف على قيمه وتطلعاته وأهدافه. وتأخذ ساعة في الغالب، والجلسات بعدها من 45 إلى 50 دقيقة (Judith Beck، 2021، ص 87–88).

ويُحضَّر لنهاية العلاج من الجلسة الأولى، لأن الهدف أن يصير المريض معالج نفسه. وحين يبدأ التحسن، يُنبَّه المريض إلى أن الشفاء لا يسير في خط مستقيم، وأن التراجع المؤقت جزء منه (Judith Beck، 2021، ص 353–354). ثم تتباعد الجلسات على سبيل التجربة: كل أسبوعين، ثم كل ثلاثة أو أربعة أسابيع، ثم جلسات التعزيز (Judith Beck، 2021، ص 358). وقبل النهاية يكتب المريض علامات الانتكاس المبكرة وما يفعله إن ظهرت (Judith Beck، 2021، ص 362).

التجريبية التعاونية والتحالف العلاجي

التجريبية التعاونية (empirisme collaboratif / collaborative empiricism) أن يفحص المعالج والمريض معا صحة الفكرة وفائدتها، بمراجعة دقيقة للدليل (Judith Beck، 2021، ص 23). المريض يأتي بالمادة الخام، أي أفكاره وسلوكه، والمعالج يأتي بالبنية والخبرة في حل المشكلات. والتركيز على العمل في المشكلات، لا على «إصلاح» عيوب الشخصية (Aaron Beck وEmery، 1985، ص 175).

ويقترح Aaron Beck وEmery وسائل عملية لتقوية التعاون: علاقة متكافئة لا يعلو فيها أحد الطرفين، ولا أهداف خفية، فكل إجراء يُشرح للمريض، وواجب يُصمم مع المريض لا يُفرض عليه، ومعالج يعترف بخطئه فورا.

ويلاحظان أن المرضى يشكون أحيانا من أنهم يُكلَّمون من فوق، بل إن كرسي المريض في بعض العيادات أقصر من كرسي المعالج ببضع بوصات (Aaron Beck وEmery، 1985، ص 176–177). تفصيل صغير، لكنه يقول الكثير عن العلاقة.

والتحالف العلاجي (alliance thérapeutique / therapeutic alliance) ليس إضافة على التقنيات. خصص Aaron Beck وزملاؤه له فصلا كاملا في كتاب 1979، وأكدوا مهارات Rogers في الإرشاد: الدفء، والتعاطف الدقيق، والأصالة (Judith Beck، 2021، ص 56). وتذكر Judith Beck أن التحالف الإيجابي يرتبط بنتائج أحسن، وأنه يقوى حين يلمس المريض تحسنا من جلسة إلى أخرى (Judith Beck، 2021، ص 57–58). ويلخص تقرير INSERM الأمر: الدفء والتعاطف والأصالة والثقة المتبادلة ضرورية، لكنها غير كافية. وما يميز العلاقة في العلاج المعرفي أنها في الحاضر، ومبنية على اختيار مشكلات ملموسة، وعلى اختبار فرضيات مشتركة (INSERM، 2004، ص 181).



علاقة متكافئة: كرسيان متماثلان، وعمل مشترك على ورقة واحدة (صورة توضيحية).

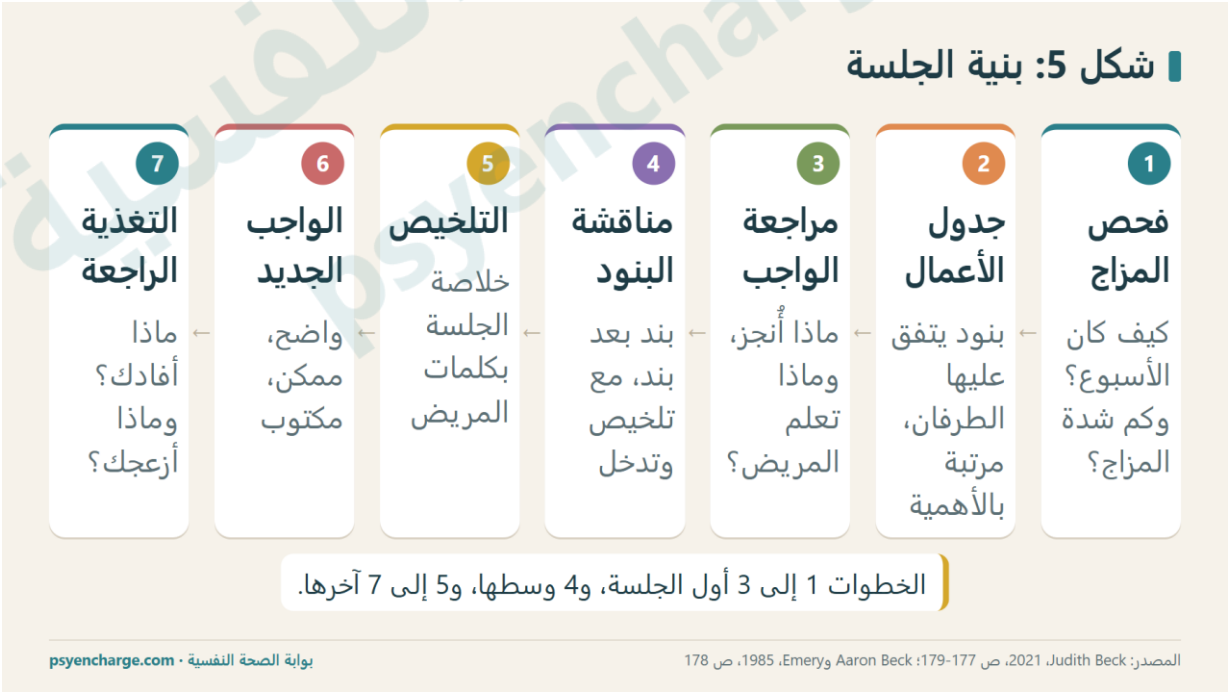
المصدر العلمي للموقف: Aaron Beck وEmery، 1985، ص 176–177 (الكرسي والعلاقة المتكافئة).

بنية الجلسة

الجلسة في العلاج المعرفي السلوكي لها ثلاثة أجزاء ثابتة. في أولها يتفقد المعالج المزاج، ويضع جدول الأعمال (ordre du jour / agenda) مع المريض، ويسأل عن الجديد ويراجع الواجب، ثم يرتب البنود بحسب أهميتها. وفي وسطها يناقشان بندا بعد بند، مع تلخيص وتدخل وواجب لكل بند. وفي آخرها يلخص أحدهما الجلسة، ويراجعان الواجب الجديد، ويطلب المعالج التغذية الراجعة (Judith Beck، 2021، ص 177).

ولكل خطوة وظيفة. ففحص المزاج (évaluation de l'humeur / mood check) يتابع التقدم، ويربط المزاج بالأفكار، ويكشف أفكار اليأس لتكون أول بند (Judith Beck، 2021، ص 179). ووضع جدول الأعمال يأخذ من خمس إلى خمس عشرة دقيقة، ولا يتسع وقت الجلسة لأكثر من بندين أو ثلاثة (Aaron Beck وEmery، 1985، ص 178). ويلخص المعالج كل عشر دقائق تقريبا، ويعرض تلخيصه على المريض (INSERM، 2004، ص 180).

هل البنية قيد؟ قد يخرج المعالج الخبير عنها أحيانا، أما المبتدئ فيكون أنجع حين يلتزم بها (Judith Beck، 2021، ص 21–23).



شكل 5: بنية الجلسة

الواجب المنزلي

الواجب المنزلي (tâches à domicile / homework) نشاط علاجي مخطط يؤديه المريض بين الجلستين. يُشتق مضمونه من النموذج المعرفي السلوكي للاضطراب، ويُكيَّف بحسب صياغة الحالة، ويُصمم بالتعاون، ويخدم أهداف المريض. وهو الطريق الرئيسي الذي يجرب به المريض التغيير ويثبت المهارات الجديدة (Kazantzis، 2005، ص 2). وتسميه Judith Beck في طبعتها الثالثة «خطط العمل» (plans d'action / Action Plans)، وتقول إنه جزء أساسي من العلاج لا جزء اختياري (Judith Beck، 2021، ص 135). ولا تشرح سبب تغيير الاسم. لكن Kazantzis يلاحظ أن كثرة الأسماء البديلة في البحوث تعكس ما توحي به كلمة «الواجب» من دلالات سلبية عند المرضى والمعالجين (Kazantzis، 2005، ص 2).

ولماذا نهتم به إلى هذا الحد؟ جمع Kazantzis وزملاؤه 27 دراسة فيها 1702 مريض، فوجدوا للواجبات أثرا متوسطا (r = .36). ومعناه العملي أن 68% من المرضى يتحسنون في علاج فيه واجبات، مقابل 32% في علاج يقتصر على الجلسة. ووجدوا أيضا علاقة بين درجة إنجاز الواجب والنتيجة (Kazantzis وآخرون، 2005، ص 37) (r = .22).

يُصمم الواجب الجيد بحسب المريض: أهدافه، وقدرته على القراءة والكتابة، ودافعيته، وشدة أعراضه. ويُشرح مبرره، ويُختار بالتعاون، ويُفضَّل الأسهل، وتُحدد تعليماته بدقة، ويُبدأ في الجلسة نفسها إن أمكن (Judith Beck، 2021، ص 138–143). ثم يسأل المعالج: «ما احتمال أن تنجزه، من 0 إلى 100%؟». فإن قال المريض أقل من 90%، بحثا معا عن العوائق قبل نهاية الجلسة (Judith Beck، 2021، ص 143). وفي الاكتئاب الشديد يبدأ الواجب بالسلوك قبل الأفكار (Judith Beck، 2021، ص 136)، وهو موضوع المحور 10.

للتوضيح: بدل «راجع دروسك هذا الأسبوع»، يُكتب: «عشرون دقيقة من مراجعة الفصل الأول، بعد صلاة العصر، في غرفتي، مع منبه في الهاتف».

وإن لم يُنجز الواجب، فلا لوم. تقترح Judith Beck أن يسأل المعالج: هل كان العائق مشكلة عملية، أم فكرة معترضة، أم فكرة متخفية في صورة مشكلة عملية، أم فكرة عند المعالج نفسه (Judith Beck، 2021، ص 150).

العائق	كيف يبدو (للتوضيح)	ما يفعله المعالج
نسيان المبرر	«لم أفهم لماذا أكتب أفكاري كل مساء»	يكتب المريض المبرر بجانب الواجب، ويربطه بأهدافه، أو يوازن بين مزايا إنجازه وعيوب تركه
الفوضى وغياب المتابعة	ينسى الواجب حتى صباح الجلسة	قائمة يومية يؤشر عليها كل مساء، أو تذكير في الهاتف
واجب صعب أو غامض	«لم أعرف من أين أبدأ»	يتحمل المعالج المسؤولية ويعتذر، ثم يخفف الواجب أو يوضحه
تنبؤات سلبية	«سأفشل فيه كما أفشل في كل شيء»	يفحص الفكرة بالأسئلة، أو يجعل الواجب تجربة، ويبدأ به في الجلسة
تضخيم الجهد المطلوب	«ليس عندي وقت لهذا»	يسأل كم سيستغرق فعلا، ويحدده بعشر دقائق
الكمالية	«إن لم أكتبه كاملا فلا فائدة»	واجب «ناقص عمدا»، بخط غير مرتب ومدة محددة
فكرة متخفية في مشكلة عملية	«لم يكن عندي وقت»	يسأل: «لو كان يومك كله فارغا، هل كنت ستنجزه؟»
معتقدات عن الواجب	«حاجتي إلى واجبات تعني أنني معيب»	يقيّم المعتقد مع المريض كأي فكرة آلية
أفكار المعالج	«سأجرح مشاعره إن سألته لماذا لم ينجزه»	يفحص المعالج فكرته، أو يستشير مشرفا أو زميلا

جدول 2: أسباب عدم إنجاز الواجب وما يفعله المعالج

عمود «كيف يبدو» أمثلة من إعدادنا، ويُميَّز بلون أخف. المصدر: Judith Beck، 2021، ص 149–159؛ والأمثلة من إعدادنا.

مفاهيم مفتاحية

- **التجريبية التعاونية** (empirisme collaboratif / collaborative empiricism): فحص مشترك لصحة الفكرة وفائدتها بالدليل، والمعالج والمريض فريق.
- **التحالف العلاجي** (alliance thérapeutique / therapeutic alliance): علاقة عمل متعاونة، شرط ضروري للعلاج وغير كاف وحده.

- **الواجب المنزلي** (tâches à domicile / homework): نشاط علاجي مخطط بين الجلستين، تسميه Judith Beck «خطط العمل».
- **جلسات التعزيز** (séances de rappel / booster sessions): جلسات متباعدة بعد نهاية العلاج للوقاية من الانتكاس.

خلاصة المحور:

يقوم العلاج المعرفي على عشرة مبادئ صاغها Aaron Beck وEmery سنة 1985، وصارت أربعة عشر عند Judith Beck سنة 2021. وجوهرها علاقة متعاونة يختبر فيها المعالج والمريض الأفكار بالوقائع، وهو ما يسمى التجريبية التعاونية. والجلسة منظمة في ثلاثة أجزاء: فحص المزاج وجدول الأعمال ومراجعة الواجب، ثم البنود، ثم التلخيص والواجب الجديد والتغذية الراجعة. والواجب المنزلي جزء من العلاج لا ملحق به، والبحوث تربطه بنتائج أحسن.

مصادر هذا المحور: Aaron Beck وEmery، 1985، ص 167 و175–178؛ Judith Beck، 2011، ص 7–10؛ Judith Beck، 2021، ص 16–25 و56–58 و71–72 و87–88 و135–159 و177–179 و353–362؛ Kazantzis، 2005، ص 2؛ Kazantzis وآخرون، 2005، ص 37؛ INSERM، 2004، ص 179–181.

للتعمق في الموقع: «العلاج المعرفي لآرون بيك: المبادئ، التطبيقات، والحالة العملية» https://psyencharge.com/العلاج-المعرفي-لآرون-بيك-المبادئ،-الت/ و«العلاج المعرفي السلوكي (CBT): كيف يعمل، وأهم تقنياته، وما تقوله الأدلة عن فعاليته» https://psyencharge.com/العلاج-المعرفي-السلوكي/

6. الأفكار الآلية والتشوهات المعرفية

ما ستعرفه في هذا المحور:

- تعريف الفكرة الآلية وخصائصها، وكيف يُتعرف عليها.
- الفرق بين الفكرة والانفعال، وتقدير شدة الانفعال.
- أهم التشوهات المعرفية بتعريف ومثال وسؤال للفحص.
- من وضع أي قائمة، وحدود التصنيف.

ما الفكرة الآلية؟

الفكرة الآلية تيار من التفكير يجري بجانب التفكير الظاهر. هكذا وصفها Aaron Beck سنة 1964، كما تنقل Judith Beck. وهي ليست خاصة بالمرضى: كلنا نعيشها، ولا ننتبه لها في الغالب، ويكفي تدريب قليل لنلتقطها. والفرق أن الشخص السليم يراجعها تلقائيا، أما من يعاني فيصدقها كما هي (Judith Beck، 2021، ص 211).

ولها خصائص تعين على التقاطها (Judith Beck، 2021، ص 211–214):

- قصيرة وسريعة، وكثيرا ما يعي المريض الانفعال قبل الفكرة.
- تأتي كلمات، أو صورا ذهنية، أو أسئلة («ماذا لو رسبت؟»)، أو نصف جملة.
- تظهر قبل الموقف، أو أثناءه، أو بعده.
- منسجمة منطقيا مع الانفعال: فكرة الخسارة مع الحزن، وفكرة الخطر مع القلق، وفكرة التقصير مع الذنب.

ولا يعمل المعالج على كل فكرة. يعمل على الفكرة المختلة، أي التي تشوه الواقع، أو ترتبط بانفعال أو سلوك غير مفيد، أو تعترض أهداف المريض (Judith Beck، 2021، ص 211).

كيف نصل إليها؟

السؤال الأساسي بسيط: «ما الذي كان يدور في ذهنك؟». يُطرح حين يحكي المريض موقفا صعبا، وحين يتغير وجهه في الجلسة نفسها. ثم يواصل المعالج: «وماذا أيضا؟»، و«هل شعرت بانفعال آخر؟»، لأن الانفعال الثاني يحمل فكرة أخرى (Judith Beck، 2021، ص 215–216). وGreenberger وPadesky يقترحان أسئلة بحسب المزاج: في الاكتئاب «ماذا يعني هذا عني، وعن حياتي، وعن مستقبلي؟»، وفي القلق «ما الذي أخاف أن يحدث؟»، وفي الغضب «ماذا يعني هذا عن الآخر؟» (Greenberger وPadesky، 2016، ص 54).

ومن بين الأفكار التي تظهر، يُبحث عن الفكرة الساخنة (pensée chaude / hot thought): الفكرة التي تحمل أكبر شحنة من الانفعال، أي صاحبة أعلى تقدير حين يسأل المريض نفسه كم أثارت فيه هذه الفكرة وحدها من انفعال (Greenberger وPadesky، 2016، ص 63). وPadesky وGreenberger يضعان لها ثلاثة شروط: أن تكون «ساخنة» بقدر شدة المزاج، وأن تتصل بالموقف المحدد، وأن تكون قابلة للاختبار لا واقعة (Padesky وGreenberger، 2020، ص 87). فـ«تركني صديقي» واقعة. أما الفكرة الساخنة فهي ما يعنيه ذلك عند صاحبها.

الفكرة والانفعال

يخلط كثير من المرضى في البداية بين ما يفكرون فيه وما يشعرون به. والسبب لغوي في جزء منه: نقول «أشعر بالقلق» ونحن نصف انفعالا، ونقول «أشعر أنني فاشل» ونحن نصف فكرة (Judith Beck، 2021، ص 232). والقاعدة العملية عند Greenberger وPadesky: المزاج يُسمى بكلمة واحدة، فإن احتاج إلى جملة فهو في الغالب فكرة (Greenberger وPadesky، 2016، ص 27).

للتوضيح: يقول وليد: «أشعر أن الأستاذ لا يحبني». هذه فكرة. والانفعال المصاحب قد يكون حزنا أو غضبا، وكل منهما يقود إلى سلوك مختلف.

ثم تُقدَّر شدة الانفعال (intensité de l'émotion / emotion intensity rating)، من 0 إلى 100 أو من 0 إلى 10. والتقدير يعين المعالج على اختيار الموقف الذي يستحق الفحص، وعلى معرفة هل نجح التدخل أم

يحتاج إلى غيره (Judith Beck، 2021، ص 231). ولا يُناقَش الانفعال ولا يُفحص: يُعترف به ويُتفهم، والفحص للفكرة التي أنتجته (Judith Beck، 2021، ص 232).

ما التشوهات المعرفية؟

التشوهات المعرفية (distorsions cognitives / cognitive distortions)، ويقال أيضا: أخطاء التفكير، أو الأخطاء المعرفية، أخطاء منتظمة في معالجة المعلومات. يعرّفها Aaron Beck وزملاؤه بأنها أخطاء تُبقي المكتئب على تصديق أفكاره السلبية رغم وجود دليل يعارضها (Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 14). وتقول Judith Beck إن عند من يعاني اضطرابا نفسيا انحيازا سلبيا منتظما في معالجة ما يعيشه، وإن التشوهات هي صوره المتكررة (Judith Beck، 2021، ص 252).

ومن أين تأتي؟ جواب سؤال «أسباب التشوهات المعرفية» في المحور 3: التشوه أثر معتقد محوري ومخطط نشطين يعالجان المعلومة في اتجاههما، لا سبب مستقل. ويصف Aaron Beck وزملاؤه تفكير المكتئب بأنه «بدائي»: أحكام كلية، متطرفة، مطلقة، سلبية، مقابل تفكير «ناضج» يرى الدرجات والتفاصيل (Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 14). والعمل على المعتقدات في المحور 9.

ثلاث قوائم لا قائمة واحدة

الطالب الذي يبحث عن «أنواع التشوهات المعرفية» يجد قوائم مختلفة العدد والأسماء. والسبب أنها ثلاث قوائم لثلاثة مؤلفين:

1. **قائمة Aaron Beck وزملائه (1979)**: ستة أخطاء: الاستنتاج الاعتباطي (inférence arbitraire / arbitrary inference)، والتجريد الانتقائي (abstraction sélective / selective abstraction)، والتعميم المفرط (surgénéralisation / overgeneralization)، والتضخيم والتهوين (maximisation et minimisation / magnification and minimization)، والشخصنة (personnalisation / personalization)، والتفكير الثنائي المطلق (pensée dichotomique / dichotomous thinking) (Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 14).

2. **قائمة Burns (1980)**: عشرة تشوهات، في كتابه للقارئ العام *Feeling Good* سنة 1980. وهي القائمة المشهورة، وتُنسب خطأ إلى Aaron Beck. يقول Burns إنه أعدها بعناية، وإنها خلاصة سنوات من البحث والعمل العيادي (Burns، 1999، الفصل 3، الجدول 3–1). وعنها أخذت ترجمة Hofmann العربية قائمتها، بأسماء مثل «التفكير الأبيض والأسود»، و«الخلوص السريع إلى الاستنتاجات»، و«خطأ العرّاف» (Hofmann، 2012، ص 52–53).

3. **قائمة Judith Beck (2021)**: اثنا عشر «خطأ في التفكير»، مكيفة بإذن من Aaron Beck. تجمع التفكير الكارثي والتنبؤ السلبي في بند واحد، وتضيف الرؤية النفقية (Judith Beck، 2021، ص 252–254).

ويجمع جدول 3 القوائم الثلاث، ويذكر صاحب كل تشوه.

التشوه	التعريف	مثال (للتوضيح)	سؤال للفحص	من وضعه
التفكير الثنائي (pensée « tout ou rien »)	رؤية الأمور في خانتين لا ثالث لهما	«نلت 13 لا 16، إذن سنتي ضاعت»	أين أقع بين 0 و100؟	Aaron Beck، 1979، Burns، Judith Beck
التعميم المفرط (surgénéralisation)	حكم شامل من حادثة واحدة	«رفضوا طلبي للتربص، لن يقبلني أحد أبدا»	كم مرة حدث هذا فعلا؟	Aaron Beck، 1979، Burns، Judith Beck
التجريد الانتقائي (filtre mental)	الوقوف عند تفصيل سلبي واحد وإهمال الصورة كلها	«الأستاذ انتقد خاتمة عرضي، العرض كله فاشل»	ماذا قيل عن بقية العرض؟	Aaron Beck، 1979، و Burns باسم «المصفاة الذهنية»، Judith Beck
إلغاء الإيجابي (disqualification du positif)	عدّ الخبرات الإيجابية غير محسوبة	«نجحت لأن الامتحان سهل، لا لأنني راجعت»	لو نجح زميلي هكذا، هل أقول عنه الشيء نفسه؟	Burns، Judith Beck
الاستنتاج الاعتباطي (inférence arbitraire)	استنتاج بلا دليل أو رغم دليل معاكس	«لم يرد على رسالتي، إذن غضب مني»	ما الدليل؟ وما التفسيرات الأخرى؟	Aaron Beck 1979

التشوه	التعريف	مثال (للتوضيح)	سؤال للفحص	من وضعه
قراءة الأفكار (lecture de pensée)	الجزم بما يفكر فيه الآخرون	«زملائي في القسم يروننني ثقيلا»	كيف أعرف ذلك؟ هل سألتهم؟	Burns، Judith Beck
التنبؤ السلبي (erreur de prévision)	توقع الأسوأ وعدّه واقعا	«سأتلعثم في العرض وسيضحكون»	كم مرة صدقت توقعاتي من قبل؟	Burns، وتجمعه Judith Beck مع التفكير الكارثي
التفكير الكارثي (catastrophisme)	توقع نتيجة فادحة لا يُحتمل معها التصرف	«إن رسبت في هذا المقياس ضاع مستقبلي كله»	ما الأسوأ والأفضل والأرجح؟ وكيف أتصرف إن وقع الأسوأ؟	Judith Beck، وعند Burns صورة من التضخيم
التضخيم والتهوين (maximisation et minimisation)	تكبير السلبي وتصغير الإيجابي	«خطأ في الحساب يثبت أنني غبي، والمعدل الجيد لا يعني شيئا»	هل أزن الخطأ والنجاح بالميزان نفسه؟	Aaron Beck، 1979، Burns، Judith Beck
الاستدلال الانفعالي (raisonnement émotionnel)	عدّ الانفعال دليلا على الحقيقة	«أشعر أنني لست في مستوى الماستر، إذن لست في مستواه»	ما الدليل خارج شعوري؟	Burns، Judith Beck
عبارات «يجب» (les « je dois »)	قواعد صارمة عما يجب أن أكون أو يكون الآخرون، وتضخيم أثر مخالفتها	«يجب ألا أنال أقل من 15 في أي مقياس»	ماذا لو قلت «أفضّل» بدل «يجب»؟	Burns، Judith Beck
الوسم (étiquetage)	إلصاق صفة كلية ثابتة بالنفس أو بالآخر	«أنا فاشل»، «الأستاذ ظالم»	هل أصف فعلا محددا أم أحكم على شخص كله؟	Burns، Judith Beck
الشخصنة (personnalisation)	عدّ النفس سبب حدث سلبي بلا أساس	«الأستاذ متجهم اليوم، لا بد أنني أخطأت»	ما الأسباب الأخرى الممكنة لسلوكه؟	Aaron Beck، 1979، Burns، Judith Beck
الرؤية النفقية (vision en tunnel)	رؤية الجوانب السلبية وحدها في موقف	«هذا الفوج لا خير فيه»	ما الذي يسير جيدا في هذا الموقف؟	Judith Beck

جدول 3: التشوهات المعرفية: التعريف والمثال وسؤال للفحص ومن وضعه

الأمثلة وأسئلة الفحص بصياغتنا. المصدر: Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 14؛ Burns، 1999، الفصل 3؛ Judith Beck، 2021، ص 252–254؛ Leahy، 2017، ص 456–457. والأمثلة وأسئلة الفحص بصياغتنا.

كيف يُستعمل التصنيف

تسمية التشوه تساعد المريض على أخذ مسافة من فكرته. لكن Judith Beck تنبه إلى أن الفئات متداخلة، وأن الفكرة الواحدة قد تحمل أكثر من تشوه، وأن القائمة مفيدة لكثير من المرضى دون أن تكون ضرورية. لذلك لا تُعطى القائمة كاملة من أول جلسة: يلاحظ المعالج التشوهات المتكررة عند مريضه، ثم يسميها حين يتكرر النمط (Judith Beck، 2021، ص 252–254). ويقول Leahy إن معالجين كثيرين يتحفظون على كلمة «تشوه»، ويفضلون «انحيازات» أو «أساليب تفكير» (Leahy، 2017، ص 455). وللتشوهات صفحة مستقلة في الموقع: «تعرف على التشوهات المعرفية».

حدود التصنيف: الفكرة قد تكون صحيحة

الفكرة الآلية نادرا ما تكون خاطئة كليا، وفيها في الغالب «حبة من الحقيقة» يجب الاعتراف بها (Judith Beck، 2021، ص 242). وتميز Judith Beck بين ثلاثة أنواع: فكرة غير دقيقة تُفحص، وفكرة دقيقة لكنها غير مفيدة، وفكرة هي جزء من سيرورة مختلة مثل الاجترار أو النقد الذاتي المستمر (Judith Beck، 2021، ص 239–240). فإن ثبتت الفكرة، انتقل العمل إلى حل المشكلة، أو إلى فحص الاستنتاج الذي بُني عليها، أو إلى القبول والعودة إلى الفعل المتسق مع القيم (Judith Beck، 2021، ص 257).

وهذا ما يفرق العلاج المعرفي عن «التفكير الإيجابي»، كما مر في المحور 1: المطلوب رؤية أدق للواقع، وقد تكون مؤلمة.

مفاهيم مفتاحية

- **الأفكار الآلية** (pensées automatiques / automatic thoughts): أفكار أو صور سريعة تمر في الذهن دون جهد، وتحدد الانفعال في الموقف.
- **الفكرة الساخنة** (pensée chaude / hot thought): الفكرة الأشد ارتباطا بالانفعال في موقف محدد، وهي التي تُختبر.
- **شدة الانفعال** (intensité de l'émotion / emotion intensity rating): تقدير الانفعال من 0 إلى 100، لاختيار الموقف وقياس أثر التدخل.

- **التشوهات المعرفية** (distorsions cognitives / cognitive distortions): أخطاء منتظمة في معالجة المعلومات تُبقي على الأفكار السلبية رغم الدليل المعاكس.

خلاصة المحور:

الفكرة الآلية تيار سريع من الكلمات والصور يجري بجانب التفكير الظاهر، ويعيشه الجميع، لكن المريض يصدقه دون مراجعة. يُلتقط بسؤال «ما الذي كان يدور في ذهنك؟»، وتُختار منه الفكرة الساخنة، ويُفصل بينه وبين الانفعال الذي يُسمى بكلمة واحدة ويُقدَّر من 0 إلى 100. والتشوهات المعرفية ثلاث قوائم: ستة أخطاء عند Aaron Beck وزملائه (1979)، وعشرة عند Burns (1980)، واثنا عشر عند Judith Beck (2021). والتصنيف أداة لا حكم، فالفكرة قد تكون صحيحة.

مصادر هذا المحور: Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 14؛ Burns، 1999، الفصل 3؛ Judith Beck، 2021، ص 211–216 و231–233 و239–242 و252–257؛ Greenberger وPadesky، 2016، ص 27 و54 و63؛ Padesky وGreenberger، 2020، ص 87؛ Leahy، 2017، ص 455–457؛ Hofmann، 2012، ص 52–53.

للتعمق في الموقع: «تعرف على التشوهات المعرفية» https://psyencharge.com/تعرف-على-التشوهات-المعرفية/ و«التفكير الكارثي» https://psyencharge.com/التفكير-الكارثي/

7. الحوار السقراطي والاكتشاف الموجه

ما ستعرفه في هذا المحور:

- لماذا لا يتحدى المعالج الفكرة مباشرة.
- الأسئلة السقراطية الأساسية، مصنفة بحسب وظيفتها.
- المراحل الأربع للحوار السقراطي عند Padesky.
- مثال حوار مكتوب من تصميمنا بالفصحى.

لماذا لا يجادل المعالج الفكرة؟

للتوضيح: يقول طالب: «أنا فاشل». ويرد المعالج: «لكنك نجحت في سنوات كثيرة، فكيف تكون فاشلا؟». الجواب المتوقع: «نعم، لكن...»، أو «أنت لا تفهم». Padesky وGreenberger يقولان إن تقديم وجهة نظر بديلة لشخص متألم نادرا ما ينفع. وحتى لو قبلها، فإنه لم يتعلم شيئا يواجه به الفكرة حين تعود (Padesky وGreenberger، 2020، ص 396).

وتذكر Judith Beck ثلاثة أسباب لعدم تحدي الفكرة الآلية مباشرة (Judith Beck، 2021، ص 242):

- المعالج لا يعرف مسبقا كم في الفكرة من تشويه، فقد تكون صحيحة.
- التحدي المباشر يُشعر المريض بأنه مخطئ وأن تجربته غير معترف بها.
- التحدي يناقض التجريبية التعاونية: المعالج والمريض يفحصان الفكرة معا، ولا يحكم أحدهما عليها مسبقا.

وهنا الفرق بين بيك وإليس الذي يلخصه جدول 1 في المحور 2: المعالج عند إليس يجادل المعتقد، والمعالج المعرفي يطرح أسئلة مفتوحة ليصل المريض إلى استنتاجه بنفسه (Corey، 2017، ص 285). ويلخص تقرير INSERM الطريقة: لا مواجهة مباشرة، بل وعي يتكون تدريجيا بلعبة السؤال والجواب (INSERM، 2004، ص 180).

من سقراط إلى العيادة

الحوار السقراطي (dialogue socratique / Socratic dialogue) طريقة يطرح فيها المعالج سلسلة من الأسئلة، ليكتشف المريض بنفسه معاني بديلة لما يعيشه، بدل أن يُقال له ما يخالف معتقده (Padesky وGreenberger، 2020، ص 395). ويقال أيضا: «الاستجواب السقراطي»، وهو عنوان صفحته في الموقع.

والاسم مأخوذ من الفيلسوف سقراط. لكن Judith Beck تلاحظ أن التسمية غير دقيقة تماما، لأن طريقة سقراط كانت نقاشا جدليا، وما يفعله المعالج أقرب إلى سؤال لطيف يفتح الفكرة (Judith Beck، 2021، ص 242).

وجعله Aaron Beck وEmery المبدأ الخامس: المعالج يجعل السؤال أداته الأولى ما سمح الوقت. والسؤال الجيد يقود المريض إلى أن يعي أفكاره، ويفحصها بحثا عن التشوه، ويضع مكانها أفكارا أكثر توازنا، ويخطط لأنماط تفكير جديدة. ومع الوقت يسأل المريض نفسه الأسئلة التي سمعها من معالجه، وهي أسئلة جدول 4 (Aaron Beck وEmery، 1985، ص 177–178).

والحوار السقراطي طريقة واحدة من طرق أوسع تسمى الاكتشاف الموجه (découverte guidée / guided discovery)، ويقال أيضا: الاستجواب الموجه (Hofmann، 2012، ص 50). وهو عند Padesky وGreenberger ثمرة مبدأين: التعاون والتجريب. ويشمل طرقا بالحوار، مثل الحوار السقراطي، وطرقا بالكتابة، مثل سجل الأفكار، وطرقا معرفية، مثل التجارب التخيلية، وطرقا سلوكية، مثل لعب الأدوار والتجارب السلوكية (Padesky وGreenberger، 2020، ص 394).

الأسئلة السقراطية

الأسئلة السقراطية (questions socratiques / Socratic questions) أدوات الحوار. وجمعتها Judith Beck في قائمتين: قائمة قصيرة مأخوذة من سجل الأفكار، وقائمة أطول مأخوذة من ورقة «اختبر أفكارك» (Judith Beck، 2021، ص 241–243). ويصنفها جدول 4 بحسب وظيفتها.

الوظيفة	أسئلة نموذجية (بصياغتنا)	متى تفيد	المصدر
تحديد المعنى	ماذا تقصد بكلمة «فاشل»؟ كيف نعرف الفاشل لو أردنا قياسه؟	حين تكون الفكرة حكما عاما غامضا	Leahy، 2017، ص 51
الدليل	ما الذي يجعلك تعتقد أن الفكرة صحيحة؟ وما الذي يجعلك تشك فيها؟ هل هذا واقع أم تفسير؟	في كل فكرة قابلة للاختبار	Judith Beck، 2021، ص 241–243؛ Leahy، 2017، ص 62–66
التفسير البديل	هل هناك طريقة أخرى لفهم ما حدث؟	في قراءة الأفكار والشخصنة	Judith Beck، 2021، ص 242
النتائج	ما أسوأ ما قد يحدث، وكيف أتصرف إن حدث؟ ما أفضل ما قد يحدث؟ وما الأرجح؟	في التنبؤ السلبي والتفكير الكارثي	Judith Beck، 2021، ص 243
الأثر	ماذا يحدث حين أصدق هذه الفكرة؟ وماذا قد يحدث لو غيرتها؟	في الأفكار الصحيحة جزئيا وغير المفيدة	Judith Beck، 2021، ص 243؛ Leahy، 2017، ص 57
المسافة	لو كان صديقي في الموقف نفسه، بالفكرة نفسها، ماذا أقول له؟	حين يقسو المريض على نفسه وحدها	Judith Beck، 2021، ص 243؛ Greenberger وPadesky، 2016، ص 75
العمل	ماذا أفعل الآن؟ ماذا أتعلم من هذا الموقف؟	في آخر كل فحص، لتحويل الفهم إلى خطوة	Judith Beck، 2021، ص 243؛ Aaron Beck وEmery، 1985، ص 178

جدول 4: الأسئلة السقراطية مصنفة بحسب وظيفتها

ولهذه الأسئلة شروط في الاستعمال. لا تنطبق كلها على كل فكرة، وبعض المرضى تثقلهم القائمة الطويلة، فيُكتفى بسؤال أو سؤالين يكتبهما المريض (Judith Beck، 2021، ص 244). والفحص يكون منصفا: لا يتجاهل الدليل المؤيد للفكرة، ولا يبحث عن تفسير بديل بعيد، ولا يقود إلى نظرة وردية غير واقعية (Judith Beck، 2021، ص 245).

مراحل الحوار الأربع عند Padesky

السؤال وحده لا يصنع حوارا سقراطيا. وصفت Padesky سنة 1993 أربع مراحل، كما تعرضها مع Greenberger (Padesky وGreenberger، 2020، ص 156–160):

1. **الأسئلة الإعلامية** (informational questions): من؟ ماذا؟ أين؟ متى؟ ماذا فكرت وشعرت؟ يحركها فضول حقيقي لفهم ما حدث، لا رغبة في اصطياد الخطأ في استنتاج المريض.
2. **الإصغاء التعاطفي** (écoute empathique / empathic listening): إصغاء دقيق بكلمات المريض نفسها. وحين يكون الانفعال شديدا، يُقرن التعاطف بدعوة إلى الفعل: «أسمع يأسك، ولنبحث معا عما قد يخففه».
3. **التلخيص المكتوب** (résumé / summaries): يكتب المعالج أو المريض ما ظهر من معلومات بكلمات المريض لا بكلمات المعالج.
4. **الأسئلة التركيبية والتحليلية** (synthesizing / analytical questions): التركيبي يربط الملخص بالمعتقد الأول: «كيف يتفق هذا مع فكرتك؟». والتحليلي يحوله إلى خطة: «كيف تستعمل هذا في الأسبوع القادم؟».

وتقول Padesky إن المراحل الأربع ضرورية كلها. والمرحلتان الأخيرتان هما ما يميز الحوار السقراطي، وهما ما يغفل عنه المعالجون في الغالب (Padesky وGreenberger، 2020، ص 159–160).



شكل 6: مراحل الحوار السقراطي الأربع عند Padesky

مثال حوار

للتوضيح: حوار من تصميمنا، وليس حالة حقيقية. أنيس طالب في السنة الثانية ليسانس، نال 7 من 20 في مقياس الإحصاء، وقال في أول الجلسة: «أنا فاشل، لن أنجح في هذا التخصص».

المعالجة: متى عرفت النقطة؟ وما الذي دار في ذهنك وأنت تقرؤها؟ *(سؤال إعلامي)*

أنيس: أمس، في لوحة الإعلانات. قلت في نفسي: انتهى الأمر، أنا فاشل.

المعالجة: كم تصدق هذه الفكرة الآن، من 0 إلى 100؟

أنيس: تسعين.

المعالجة: هذا مؤلم فعلا، خاصة أنك كنت تنتظر النتيجة. *(إصغاء تعاطفي)* هل هي أول نقطة تصلك في هذا السداسي؟

أنيس: لا. نلت 13 في علم النفس المعرفي، و12 في المنهجية.

المعالجة: وكيف كانت مراجعتك للإحصاء مقارنة بالمقياسين الآخرين؟

أنيس: الإحصاء صعب عليّ منذ الثانوية، وتركته إلى الأسبوع الأخير.

المعالجة: وكيف كانت نقاط زملائك فيه؟

أنيس: نصف الفوج تقريبا تحت العشرة.

المعالجة: دعني أكتب ما قلته بكلماتك: «نلت 7 في الإحصاء، و13 و12 في مقياسين آخرين. الإحصاء صعب عليّ منذ الثانوية، وراجعته في الأسبوع الأخير. نصف الفوج تحت العشرة». هل هذا صحيح؟ *(تلخيص مكتوب)*

أنيس: نعم.

المعالجة: حين تقرأ هذا الملخص، كيف يتفق مع فكرة «أنا فاشل»؟ *(سؤال تركيبي)*

أنيس: يبدو أن المشكلة في الإحصاء وفي طريقة مراجعتي له، لا فيّ كلي.

المعالجة: وكم تصدق «أنا فاشل» الآن؟

أنيس: ربما أربعين.

المعالجة: وكيف تستعمل ما وصلت إليه هذا الأسبوع؟ *(سؤال تحليلي)*

أنيس: أبدأ مراجعة الإحصاء من الآن، ساعة كل يومين، وأطلب من زميل يفهمه أن يشرح لي الدروس الأولى.

بوابة الصحة النفسية psyencharge.com

لاحظ ما لم تفعله المعالجة. لم تقل لأنيس إنه ليس فاشلا، ولم تسمّ له التشوه، ولم تنكر أن النقطة سيئة. جمعت معه الوقائع، وكتبتها بكلماته، ثم تركته يقارنها بفكرته. فنزل تصديقه من 90 إلى 40 بدليل وصل إليه هو، وخرج بخطة.

مع الطفل والمراهق

يسأل الطلبة عن «مثال حوار سقراطي مع طفل». تقول Judith Beck إن الطرق السلوكية قد تكون أقوى من الأسئلة، وإنها ضرورية مع بعض الفئات، ومنها الأطفال الصغار (Judith Beck، 2021، ص 243). ويذكر تقرير INSERM أن تقنيات الراشد طُبقت على الطفل والمراهق، وأنها كُيفت أحيانا بحسب خصائص السن في أدلة خاصة (INSERM، 2004، ص 181). أما الحوار مع الطفل بتفاصيله فلا مرجع له في مكتبة هذا السند، ولذلك لا نضع له مثالا هنا.

مفاهيم مفتاحية

- **الحوار السقراطي** (dialogue socratique / Socratic dialogue): سلسلة أسئلة يكتشف بها المريض معاني بديلة بنفسه، بدل أن يُقال له إنه مخطئ.
- **الأسئلة السقراطية** (questions socratiques / Socratic questions): أدوات الحوار: الدليل، والبديل، والنتائج، والأثر، والمسافة، والعمل.
- **الاكتشاف الموجه** (découverte guidée / guided discovery): كل طريقة يختبر بها المريض أفكاره بنفسه، بالحوار أو الكتابة أو التخيل أو التجربة.

خلاصة المحور:

لا يجادل المعالج المعرفي الفكرة، لأنه لا يعرف مسبقا أهي مشوهة، ولأن التحدي يجرح المريض ويهدم التعاون، ولأن المريض لا يتعلم شيئا من فكرة جاهزة يقدمها غيره. لذلك يسأل: عن الدليل، والتفسير البديل، والنتائج، والأثر، وما يقوله لصديق، وما يفعله الآن. وتنظم Padesky الحوار في أربع مراحل: أسئلة إعلامية، وإصغاء تعاطفي، وتلخيص مكتوب، وأسئلة تركيبية وتحليلية. والمرحلتان الأخيرتان هما ما يحول الحوار إلى اكتشاف يبقى مع المريض بعد الجلسة.

مصادر هذا المحور: Judith Beck، 2021، ص 241–245؛ Padesky وGreenberger، 2020، ص 156–160 و394–396؛ Aaron Beck وEmery، 1985، ص 177–178؛ Corey، 2017، ص 285؛ Leahy، 2017، ص 51–66؛ Greenberger وPadesky، 2016، ص 75؛ INSERM، 2004، ص 180–181؛ Hofmann، 2012، ص 50.

للتعمق في الموقع: «الاستجواب السقراطي في العلاج المعرفي السلوكي»

https://psyencharge.com/الاستجواب-السقراطي-العاج-المعرفي/

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com

8. سجل الأفكار وإعادة البناء المعرفي

ما ستعرفه في هذا المحور:

- أعمدة سجل الأفكار السبعة ووظيفة كل منها.
- كيف تُكتب الفكرة البديلة المتوازنة.
- من أين جاء سجل الأفكار، وكيف تطور.
- متى لا تكفي إعادة البناء، وماذا نفعل حينئذ.

من «السجل اليومي للأفكار المختلة» إلى الأعمدة السبعة

سجل الأفكار (tableau d'autoévaluation des pensées / thought record) ورقة يكتب فيها المريض موقفا أزعجه، وما شعر به، وما فكر فيه، ثم يفحص الفكرة. أصله في كتاب Aaron Beck وزملائه عن الاكتئاب: «السجل اليومي للأفكار المختلة» (Daily Record of Dysfunctional Thoughts)، بخمسة أعمدة: الموقف، والانفعالات، والأفكار الآلية، والاستجابة العقلانية، والنتيجة. وفي الكتاب مثال مملوء منه (Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 288)، ونموذج فارغ في الملحق (ص 403).

وتروي Padesky كيف تغير هذا السجل. تعلمت العلاج المعرفي سنة 1978، حين أرسل Aaron Beck مسودة كتابه إلى أستاذتها. وأزعجتها لغة السجل: كلمتا «مختلة» و«عقلانية» تحكمان على أفكار المريض قبل فحصها، والعلاج المعرفي يقوم على فحص الفكرة لا على الحكم عليها. فغيرت «الاستجابة العقلانية» إلى «الأفكار البديلة» (Padesky وGreenberger، 2020، ص 460–461).

ثم جاءت الخطوة الحاسمة من مريض: كان السجل ينفعه في الجلسة، حيث تكثر الأسئلة فيجد أمثلة من حياته تسند البديل، ولا ينفعه في البيت، حيث يكتب بديلا جاهزا لا يصدقه. فأضافت عمودين للدليل المؤيد والدليل المعارض قبل عمود البديل (Padesky وGreenberger، 2020، ص 461).

وفي السنوات التالية غيرت «الانفعالات» إلى «المزاج»، وأضافت الصور الذهنية والفكرة الساخنة، وصار العمود السادس «الأفكار البديلة أو المتوازنة»، والسابع «إعادة تقدير المزاج». واستقر السجل ذو الأعمدة السبعة سنة

1983، وانتشر مع كتاب *Mind Over Mood* سنة 1995. وفي سنة 2007 قال لها Aaron Beck إن سجلها أحسن بكثير، وإن تسمية العمود الثالث في سجله الأول «الاستجابة العقلانية» كانت من أكبر أخطائه، لأنها جعلته يبدو «عقلانيا» لم يقصد أن يكونه (Padesky وGreenberger، 2020، ص 461–462).

واليوم توجد أكثر من مائة صيغة لسجل الأفكار، ونادرا ما قورنت فعاليتها (Padesky وGreenberger، 2020، ص 88). وتستعمل Judith Beck سجلا فيه عمود «الاستجابة التكيفية» (/ réponse adaptative adaptive response) مكان الفكرة البديلة، ومعه ورقة «اختبر أفكارك» (Testing Your Thoughts worksheet) بثلاثة عشر سؤالا (Judith Beck، 2021، ص 261–268).

الأعمدة السبعة ووظيفة كل منها

1. **الموقف:** من؟ ماذا؟ متى؟ أين؟ موقف محدد، يدوم من ثوان إلى نصف ساعة. و«يوم أمس كله» ليس موقفا. ويُختار موقف بلغ فيه المزاج المستهدف 60% أو أكثر (Padesky وGreenberger، 2020، ص 69–70).
2. **المزاج:** كلمة واحدة لكل مزاج، وشدته من 0 إلى 100.
3. **الأفكار الآلية والصور:** كل ما مر في الذهن، ثم تُحاط الفكرة الساخنة بدائرة.
4. **الدليل المؤيد للفكرة** (faits qui attestent la pensée / evidence that supports the hot thought): وقائع لا تفسيرات. ويأتي قبل المعارض لثلاثة أسباب: يشعر المريض بأن تجربته معترف بها، ويتحرر ذهنه من الدليل المؤيد بعد كتابته فلا يرد كل دليل معارض بـ«نعم، لكن»، ولا يفترض المعالج مسبقا أن كل فكرة مزعجة مشوهة (Padesky وGreenberger، 2020، ص 92–93).
5. **الدليل المعارض للفكرة** (faits qui contredisent la pensée / evidence that does not support the hot thought): بحث نشط عما أهمله المريض، بأسئلة مثل: هل مررت بموقف مشابه، وماذا حدث؟ ماذا سيقول لي من يحبني؟ هل أتجاهل جوانب قوتي؟ (Greenberger وPadesky، 2016، ص 75).

6. **الفكرة البديلة المتوازنة** (pensée alternative ou plus réaliste / alternative / balanced thought): إن لم يؤيد الدليلُ الفكرةَ الساخنة كُتبت فكرة بديلة، وإن أيدها جزئيا كُتبت فكرة متوازنة تجمع العمودين. ويُقدَّر تصديقها، والأفضل فوق 75%، وعلى الأقل فوق 50% (Padesky وGreenberger، 2020، ص 114–115).

7. **إعادة تقدير المزاج:** يتحسن المزاج في الغالب من 10% إلى 50% حين يُملأ السجل جيدا، ونادرا ما يصل إلى الصفر، لأن في كل موقف أفكارا وعوامل أخرى (Padesky وGreenberger، 2020، ص 117).

العمود	السؤال الذي يوجهه	للتوضيح: رانية
1. الموقف	أين كنت؟ مع من؟ متى؟ ماذا حدث؟	ليلة امتحان «علم النفس المرضي»، الحادية عشرة، في غرفتي، أراجع فلا أتذكر تعريفين
2. المزاج (0–100)	ماذا شعرت؟ كلمة لكل مزاج، وكم شدته؟	قلق 85، حزن 40
3. الأفكار الآلية	ماذا دار في ذهني؟ أي صورة؟ أي فكرة أشد؟	«لم أحفظ شيئا»؛ «**سأرسب غدا**» (**الساخنة**)؛ «سيخيب ظن أبي»؛ صورة ورقة بيضاء أمامي في القاعة
4. ما يؤيد الفكرة الساخنة	ما الوقائع التي تجعلني أصدقها؟	نسيت تعريفين الليلة. بقي فصلان لم أراجعهما جيدا
5. ما لا يؤيدها	ما الوقائع التي لا تتفق معها؟	راجعت ثلاثة فصول من خمسة، وحللت أسئلة امتحانات سابقة في اثنين منها. نلت 12 في الامتحان الجزئي. نسيت مرة قبل امتحان آخر ثم تذكرت في القاعة. الرسوب يعني معدلا تحت 10، لا سؤالا واحدا
6. الفكرة البديلة المتوازنة	ما الصياغة التي تجمع العمودين بإنصاف؟ وكم أصدقها؟	لم أراجع فصلين جيدا، والنسيان الليلة يقلقني، ومع ذلك راجعت أغلب المقرر ونجحت في الجزئي، فالأرجح أن أنال نقطة متوسطة لا أن أرسب (تصديق 70%)
7. المزاج الآن	كم شدة المزاج الآن؟ وماذا سأفعل؟	قلق 50، حزن 20. خطة: ساعة لملخص الفصلين، ثم النوم قبل منتصف الليل

جدول 5: سجل أفكار بسبعة أعمدة، بمثال طالبة قبل الامتحان

المثال من إعدادنا، والفكرة الساخنة بخط عريض. المصدر: تصميمنا، على فكرة الأعمدة السبعة عند Padesky وGreenberger، 2020، ص 67–71 و92–93 و114–118، وGreenberger وPadesky، 2016، ص 54 و63 و75. والمثال من إعدادنا.

لاحظ أن العمود الرابع ليس فارغا. فكرة رانية فيها حبة من الحقيقة، والفكرة المتوازنة تحتفظ بها. ولاحظ أن العمود السابع لم ينزل إلى الصفر: القلق قبل الامتحان طبيعي، والمطلوب أن يصير محتملا لا أن يختفي.

إعادة البناء المعرفي: الخطوات

إعادة البناء المعرفي (restructuration cognitive / cognitive restructuring) عند Judith Beck سيرورة يُقيَّم فيها التفكير غير المفيد ويُرد عليه (Judith Beck، 2021، ص 23). ويقال أيضا: «إعادة الهيكلة المعرفية»، وهو عنوان صفحته في الموقع. وهي غير «إعادة التقييم المعرفي» التي يذكرها Hofmann في تنظيم الانفعال (Hofmann، 2012، ص 28–29).

ونجمع خطواتها من المراجع كما يلي:

1. التقاط الموقف الذي تغير فيه المزاج، وتسمية المزاج وتقدير شدته.
2. استخراج الأفكار الآلية، واختيار الفكرة الساخنة.
3. تقييم الفكرة بالأسئلة السقراطية أو بعمودي الدليل.
4. صياغة استجابة بديلة أو متوازنة، وتقدير تصديقها.
5. إعادة تقدير المزاج.
6. كتابة الخلاصة في ملاحظة علاجية يقرؤها المريض حين تعود الفكرة، أو تحويلها إلى خطة عمل (Judith Beck، 2021، ص 260–262).

والتعلم تدريجي. يبدأ المريض بالأعمدة الثلاثة الأولى بضعة أسابيع حتى يتقن التقاط الفكرة الساخنة، ثم الخمسة الأولى، ثم السجل كاملا. ويحتاج في الغالب إلى أربعة أسابيع أو أكثر من العمل في الجلسة قبل أن يملأه وحده (Padesky وGreenberger، 2020، ص 68). وتقول Judith Beck إن الورقة تستحق الجهد إذا تحسن المزاج بـ10% أو أكثر (Judith Beck، 2021، ص 264)، وإنها لا تناسب كل مريض: من يكره الكتابة، أو ضعيف القراءة، أو قليل الدافعية، يُكتفى معه بسؤال أو سؤالين (Judith Beck، 2021، ص 262).

وما الدليل على نفعه؟ Padesky وGreenberger ينقلان عن Jarrett وزملائه (2011) أن وزن الدليل قبل البحث عن البديل يرتبط باستعمال أكثر لمهارات العلاج، وعن Neimeyer و(2016) Feixas أن تعلم

سجلات الأفكار يقلل خطر الانتكاس، خاصة في الاكتئاب (Padesky وGreenberger، 2020، ص 88 و118).

متى لا تنفع؟

أحيانا يُملأ السجل جيدا ولا يتغير المزاج. Padesky وGreenberger يذكران ثلاثة أسباب شائعة (Padesky وGreenberger، 2020، ص 118):

- الفكرة الساخنة صحيحة. فلا يتحسن المزاج حتى توضع خطة عمل تحت الفكرة المتوازنة.
- هناك أفكار ساخنة أخرى لم تُختبر.
- المريض لا يصدق الفكرة المتوازنة رغم أنها توافق الدليل. فيحتاج إلى جمع دليل أكثر، أو إلى تقنية المتصل حين يكون التفكير ثنائيا متصلبا.

وتضيف Judith Beck أسبابا أخرى: تقييم سطحي أو غير مقنع، ودليل مؤيد لم يُستخرج كله، وفهم «بالعقل» لا «بالقلب» يخفي افتراضا لم يُكشف، وفكرة هي في الحقيقة معتقد محوري، وفكرة هي جزء من سيرورة مثل الاجترار تنفع معها اليقظة الذهنية والقبول أكثر من الفحص (Judith Beck، 2021، ص 249–251). فإذا ظهر معتقد محوري مثل «أنا لا أستحق» في العمود الثالث، يُعامل كفكرة آلية في هذا الموقف وحده، لا في حياة المريض كلها (Padesky وGreenberger، 2020، ص 118–119). أما العمل على المعتقد نفسه فموضوع المحور 9.

السجل إذن لا يعمل وحده. هو أداة فحص، ونتيجته قد تكون فكرة متوازنة، وقد تكون مشكلة حقيقية تحتاج إلى حل، كما في المحور 10.

مفاهيم مفتاحية

- **سجل الأفكار** (tableau d'autoévaluation des pensées / thought record): ورقة لتسجيل الموقف والمزاج والأفكار وفحصها.

- **الفكرة البديلة المتوازنة** (pensée alternative ou plus réaliste / alternative / balanced thought): خلاصة منصفة للدليلين، وليست تفكيرا إيجابيا.
- **إعادة البناء المعرفي** (restructuration cognitive / cognitive restructuring): تقييم التفكير غير المفيد والرد عليه بفكرة أدق.

خلاصة المحور:

بدأ سجل الأفكار بخمسة أعمدة عند Aaron Beck وزملائه سنة 1979، تحت اسم «السجل اليومي للأفكار المختلة». ثم أعادت Padesky تسميته، وأضافت عمودي الدليل المؤيد والمعارض قبل البديل، فاستقر سنة 1983 بسبعة أعمدة. ويقوم على وقائع لا تفسيرات، وعلى فكرة بديلة متوازنة يصدقها المريض لا فكرة إيجابية يرددها. وإعادة البناء المعرفي تُتعلم تدريجيا، وحين لا يتحسن المزاج يُبحث عن السبب: فكرة صحيحة تحتاج إلى خطة، أو فكرة ساخنة أخرى، أو معتقد محوري.

مصادر هذا المحور: Padesky وGreenberger، 2020، ص 67–71 و87–88 و92–93 و114–119 و460–462؛ Greenberger وPadesky، 2016، ص 75؛ Judith Beck، 2021، ص 23 و249–251 و260–268؛ Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 288 و403.

للتعمق في الموقع: «إعادة الهيكلة المعرفية» https://psyencharge.com/إعادة-الهيكلة-المعرفية/

9. المعتقدات الوسيطة والمحورية والسهم النازل

ما ستعرفه في هذا المحور:

- كيف تُكتشف القواعد والافتراضات بصيغة «إذا... فإن...».
- خطوات السهم النازل وصيغ سؤاله.
- أصناف المعتقدات المحورية السلبية الثلاثة.
- طرق تعديل المعتقد المحوري، وتعريف التجربة السلوكية.

من الفكرة إلى المعتقد

الفكرة الآلية خاصة بموقف واحد، أما المعتقد فيصنع الأفكار المتشابهة في مواقف كثيرة. ولذلك تنتقل Judith Beck، بعد العمل على الأفكار الآلية، إلى المعتقدات الوسيطة ثم المحورية. والوسيطة أصعب تعديلا من الأفكار الآلية، لكنها أطوع من المحورية (Judith Beck، 2021، ص 282). وتعريف المستويين في المحور 3.

المعتقدات الوسيطة: صيغة «إذا... فإن...»

Padesky وGreenberger يسميانها الافتراضات الضمنية، ويعرّفانها بأنها معتقدات شرطية بصيغة «إذا... فإن...» توجه الأفكار والسلوك والمزاج. وهي تفسر لماذا تعود الأفكار الآلية نفسها في الجلسات: كلما وقع شرط «إذا» انطلقت الأفكار المتصلة بجواب «فإن» (Padesky وGreenberger، 2020، ص 136). وفي القلق خاصة يكون الافتراض الشرطي (croyance conditionnelle / conditional assumption) هو المستوى الأهم، لأن أفكار القلق تنبؤات بالمستقبل (Padesky وGreenberger، 2020، ص 139).

وتقترح Judith Beck طرقا لاكتشافه: أن ينتبه المعالج إلى فكرة آلية عامة تصلح لمواقف كثيرة؛ وأن يسأل عن السلوك الذي يتجنبه المريض أو يلتزمه، وماذا يعني فعله أو تركه؛ وأن يعطي المريض نصف الجملة «إذا...» ويطلب منه إكمالها؛ وأن يراجع استبيانا للمعتقدات (Judith Beck، 2021، ص 293–295). وتلاحظ أن

فحص الافتراض الشرطي يحرك المريض أكثر من فحص القاعدة أو الاتجاه (Judith Beck، 2021، ص 294).

للتوضيح: قاعدة: «يجب أن أرضي الجميع». اتجاه: «من السيئ أن أخيّب ظن أحد». افتراض: «إذا رفضت طلب زميلي فسيقاطعني». الثالث وحده يحمل تنبؤا يمكن اختباره.

السهم النازل

السهم النازل (flèche descendante / downward arrow) طريقة لاكتشاف المعتقد المحوري. يفترض المعالج مؤقتا أن الفكرة الآلية صحيحة، ثم يسأل عن معناها عند المريض، ويكرر السؤال على كل جواب (Judith Beck، 2021، ص 292). وصيغ السؤال متعددة: «لو كان هذا صحيحا، فماذا يعني عنك؟»، و«وماذا في ذلك؟»، و«ما أسوأ ما في الأمر؟» (Judith Beck، 2021، ص 292). ويتوقف السؤال حين يصل المريض إلى عبارة مطلقة مثل «أنا لا أُحَب»، أو إلى صورة ذهنية (Padesky وGreenberger، 2020، ص 178).

ولا يُستعمل السهم النازل في الجلسات الأولى، لأنه يرفع الانفعال السلبي (Judith Beck، 2021، ص 292).

للتوضيح: ياسين طالب في السنة الثانية ليسانس. قبل الامتحان خطرت له فكرة: «سأرسب». سألته المعالجة: «لنفترض أنك رسبت، ماذا يعني ذلك؟» قال: «سيخيب ظن أهلي». «وإن خاب ظنهم؟» «لن يحبوني». «وماذا يقول هذا عنك؟» «أنا فاشل».



شكل 7: السهم النازل من «سأرسب» إلى «أنا فاشل»

لاحظ أن المثال ينتقل عمدا بين صنفين: مر بـ«لن يحبوني»، وهو من صنف عدم الجدارة بالحب، ثم انتهى إلى «أنا فاشل»، وهو من صنف العجز (والصنفان في الفقرة التالية). لذلك تنصح Judith Beck بأن يتأكد المعالج من معنى الكلمة عند المريض، ومن الصنف الذي ينتمي إليه معتقده (Judith Beck، 2021، ص 286 و292). وصفحة «تقنية السهم النازل» في الموقع تعرض أمثلة أخرى.

أصناف المعتقدات المحورية السلبية

يرى Aaron Beck أن المعتقدات المحورية السلبية عن الذات صنفان: العجز، وعدم الجدارة بالحب. وأضافت Judith Beck صنفا ثالثا هو انعدام القيمة (Judith Beck، 2021، ص 286):

- **العجز**: «أنا عاجز»، «أنا فاشل»، «لا أتحكم في شيء».
- **عدم الجدارة بالحب**: «لا أحد يحبني»، «فيّ عيب يُبعد الناس».
- **انعدام القيمة**: «أنا سيئ»، «أنا لا أستحق». وهو يتصل بالأخلاق والسوء، لا بالكفاءة ولا بالعلاقات.

والعبارة الواحدة قد تنتمي إلى أكثر من صنف. «لست جيدا بما يكفي» قد تعني ضعف الإنجاز، وقد تعني أن الناس لن يحبوه، فلا بد من سؤال المريض عن معناها (Judith Beck، 2021، ص 286–287). وتوجد أيضا معتقدات محورية عن الآخرين («الناس سيؤذونني») وعن العالم («العالم خطِر») وعن المستقبل (Judith Beck، 2021، ص 287).

متى نعمل على المعتقد المحوري

لا يبدأ المعالج بالمعتقد المحوري. إن فحصه مبكرا قد يظن المريض أن المعالج لا يفهمه، وقد يثير انفعالا شديدا ينتهي بالانقطاع عن العلاج (Judith Beck، 2021، ص 289). وقبل العمل عليه يسأل المعالج نفسه: هل يفهم المريض أن المعتقد فكرة لا حقيقة؟ وهل يحتمل الضيق؟ وهل العلاقة العلاجية متينة؟ وهل في الجلسة وقت كاف؟ (Judith Beck، 2021، ص 295–297).

ويقوم العمل على خطين. الأول تقوية المعتقد التكيفي من أول العلاج، والثاني إضعاف المعتقد السلبي (Judith Beck، 2021، ص 303). وPadesky وGreenberger يذهبان أبعد: المعتقدات المحورية تأتي أزواجا، والأنفع بناء معتقد جديد وتقويته بدل اختبار القديم وحده. وحجتهما من نظرية المخطط: من لا يملك إلا «أنا لا أُحَب» يقرأ كل تجربة من خلاله، فيُسقط الدليل المخالف أو يشوهه (Padesky وGreenberger، 2020، ص 173 و182).

طرق تعديل المعتقد

تعرض Judith Beck طرقا تُستعمل للمعتقدات الوسيطة والمحورية معا (Judith Beck، 2021، ص 309)، ونجمعها في جدول 6. ومنها اثنتان تحتاجان كلمة، والفطيرة في الجدول:

- **المتصل المعرفي** (continuum cognitif / cognitive continuum): خط من 0 إلى 100 يكسر التفكير الثنائي. يضع المريض نفسه عليه، ثم يضع أشخاصا آخرين، فيكتشف أن بين «الناجح» و«الفاشل» درجات (Judith Beck، 2021، ص 314–316). وPadesky وGreenberger يفضلان خطا للمعتقد

الجديد وحده، لأن صعود عشر درجات في فكرة إيجابية يبعث أملا أكبر من نزول عشر درجات في فكرة سلبية (Padesky وGreenberger، 2020، ص 189).

- **سجل المعتقد المحوري** (/ registre de mise à l'épreuve des croyances inconditionnelles core belief record)، ويقال أيضا: سجل البيانات الإيجابية: يدوّن فيه المريض كل يوم تجربتين أو ثلاثا تؤيد المعتقد الجديد (Padesky وGreenberger، 2020، ص 183). ويحتاج أكثر الناس إلى نحو ستة أشهر حتى يرسخ المعتقد الجديد (Padesky وGreenberger، 2020، ص 185).

ولا يُطلب أن ينزل المعتقد القديم إلى الصفر. يكفي أن يضعف حتى يستمر المريض في تغيير سلوكه رغم بقية منه (Judith Beck، 2021، ص 308).

الطريقة	ما يفعله المعالج والمريض	مثال للتوضيح
تحديد المعتقد القديم والجديد	صياغة معتقد متوازن مقابل القديم	«أنا فاشل» ← «أنا كفء في أمور كثيرة، ولي نقاط ضعف»
الأسئلة السقراطية في موقف محدد	فحص المعتقد في واقعة بعينها لا في المجرد	«هل طلب المساعدة من الأستاذ دليل عجز؟»
سجل الدلائل وإعادة التأطير	تدوين ما يؤيد المعتقد الجديد، وقراءة جديدة لما يبدو مؤيدا للقديم	«نلت 9 في مقياس واحد، و14 في أربعة»
المتصل المعرفي	وضع النفس والآخرين على خط من 0 إلى 100	«أين يقع من نجح في نصف وحداته؟»
تقنية الفطيرة	توزيع أسباب الحدث قبل تحديد نصيب المريض	أسباب الرسوب: المرض، وتزامن الامتحانات، وطول البرنامج
الآخرون مرجعا	سؤال المريض عن حكمه على صديق في الموقف نفسه	«لو رسب أخوك، هل تقول عنه فاشل؟»
لعب الأدوار العقلي الانفعالي	يدافع المريض عن المعتقد القديم بلسان «القلب»، ويرد المعالج بلسان «العقل»، ثم يتبادلان	«أنا فاشل لأن...» / «لا، أنا مررت بسنة صعبة»
التجربة السلوكية	اختبار التنبؤ الذي يحمله المعتقد في الواقع	سؤال الأستاذ في المدرج وملاحظة رد القاعة

جدول 6: المعتقد القديم والجديد وطرق تعديله

الأمثلة من تصميمنا. المصدر: Judith Beck، 2021، ص 291 و305–320 و335–337؛ Padesky وGreenberger، 2020، ص 182–189. الأمثلة من تصميمنا.

التجربة السلوكية

التجربة السلوكية (expérience comportementale / behavioral experiment) نشاط مخطط يختبر فيه المريض تنبؤا في الواقع، ليعرف هل يصدق المعتقد أم لا. وهي عند Padesky وGreenberger أهم طريقة لاختبار الافتراضات الشرطية. ولها ثلاثة أنواع: أن يفعل المريض شرط «إذا» ويرى هل يقع «فإن»، أو أن يلاحظ الآخرين، أو أن يجري استطلاعا لآراء الناس (Padesky وGreenberger، 2020، ص 142 و144). وخطواتها ست: كتابة المعتقد المختبر، وتصميم التجربة معا، وكتابة التنبؤ قبلها، وتكرارها، وتدوين النتائج، ثم مقارنة النتيجة بالتنبؤ (Padesky وGreenberger، 2020، ص 142).

وفي ذلك شرطان. يجب أن يسمح التنبؤ بأن يُؤيَّد المعتقد أو يُنقض، وإلا كانت التجربة منحازة (Padesky وGreenberger، 2020، ص 147). ومرة واحدة لا تكفي، فالقطعة النقدية لا تُعرف وجهاها من رميتين (Padesky وGreenberger، 2020، ص 148). وإن ساءت النتيجة يُسأل المريض كيف تصرف، لأن كثيرا من الافتراضات تحمل فكرة ثانية: «ولن أستطيع الاحتمال» (Padesky وGreenberger، 2020، ص 149). وتطبيقها العملي في المحور 10.

مفاهيم مفتاحية

- **الافتراض الشرطي** (croyance conditionnelle / conditional assumption): معتقد وسيط بصيغة «إذا... فإن...» يحمل تنبؤا قابلا للاختبار.
- **السهم النازل** (flèche descendante / downward arrow): أسئلة متتالية عن معنى الفكرة حتى الوصول إلى المعتقد المحوري.
- **المتصل المعرفي** (continuum cognitif / cognitive continuum): خط من 0 إلى 100 يستبدل الدرجات بالثنائيات.
- **تقنية الفطيرة** (pie chart technique): توزيع أسباب حدث على دائرة لتصحيح نسبة المسؤولية.
- **التجربة السلوكية** (expérience comportementale / behavioral experiment): اختبار تنبؤ المعتقد في الواقع، بتنبؤ مكتوب ونتيجة تقارن به.

خلاصة المحور:

المعتقدات الوسيطة قواعد وافتراضات تولّد الأفكار المتكررة، وأنفعها للعمل صيغة «إذا... فإن...» لأنها تنبؤ يُختبر. والسهم النازل يصل من الفكرة إلى المعتقد المحوري بسؤال المعنى مرة بعد مرة، ولا يُستعمل في الجلسات الأولى. والمعتقدات المحورية السلبية ثلاثة أصناف: العجز، وعدم الجدارة بالحب، وانعدام القيمة. وتعديلها بطيء، يجمع إضعاف القديم وتقوية الجديد بالسجلات والمتصل والفطيرة والتجارب السلوكية، ولا يُشترط أن يختفي القديم تماما.

مصادر هذا المحور: Judith Beck، 2021، ص 282 و284–287 و289–298 و303 و305–321 و335–337؛ Padesky وGreenberger، 2020، ص 136 و139 و142–149 و173 و178 و182–189.

للتعمق في الموقع: «تقنية السهم النازل» https://psyencharge.com/العلاج-بالاستراتيجيات-الماوراء-المع/

بوابة الصحة النفسية psyencharge.com

10. التقنيات السلوكية: التنشيط، والتعرض، والتجارب السلوكية، وحل المشكلات

ما ستعرفه في هذا المحور:

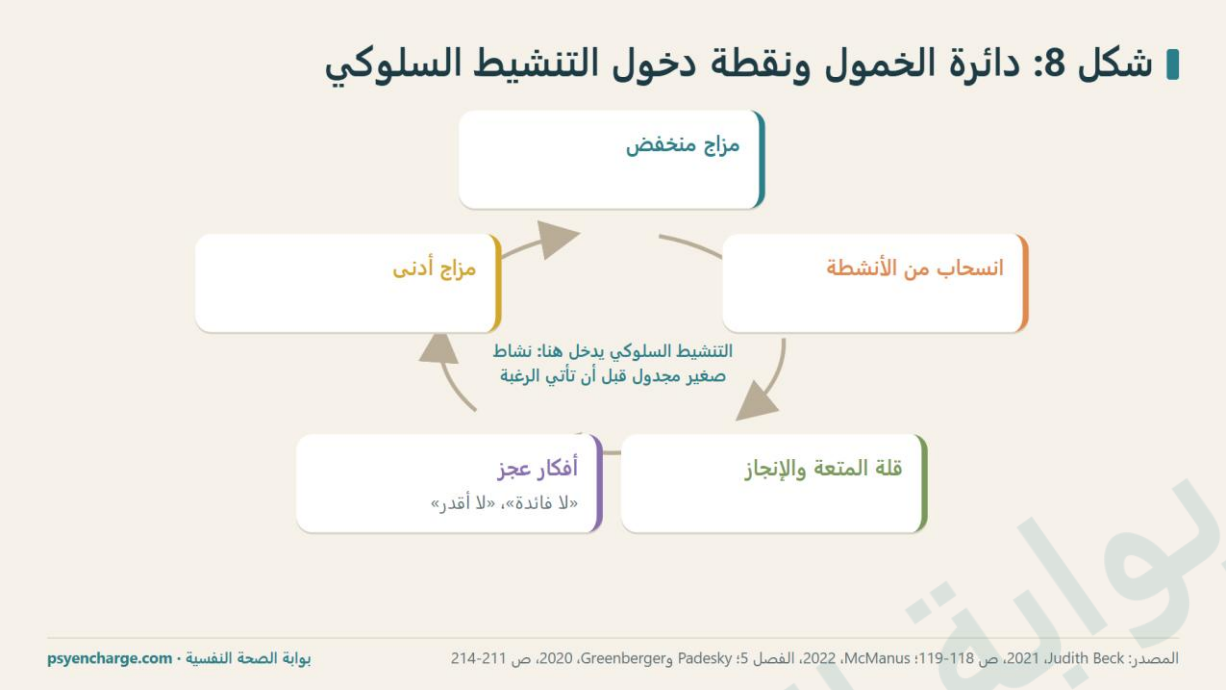
- لماذا يبدأ علاج الاكتئاب بالسلوك، وكيف تُجدول الأنشطة.
- مبدأ التعرض، وكيف يُبنى سلم المواقف، وما الفرق بينه وبين الإغراق.
- كيف تُصمم تجربة سلوكية لاختبار فكرة.
- خطوات حل المشكلات عند D'Zurilla وNezu.

تنبيه على المراجع: لا يوجد في مكتبتنا دليل خاص بالتنشيط السلوكي ولا كتاب خاص بالتعرض. فعرضناهما من فصولهما في كتب Judith Beck، وPadesky وGreenberger، وCraske وBarlow، وCorey، وMcManus.

لماذا السلوك أولا

تعدّ Judith Beck جدولة الأنشطة من أهم الخطوات الأولى مع المريض المكتئب. أكثر المرضى انسحبوا من أنشطة كانت تعطيهم إحساسا بالإنجاز والمتعة والصلة بالناس، وزادوا من البقاء في الفراش والتلفاز والهاتف. والتجنب يزيد الاكتئاب. لذلك الرسالة الأولى: لا تنتظر أن تشعر بالطاقة لتبدأ، ابدأ أولا، فالطاقة تأتي بعد البدء (Judith Beck، 2021، ص 117). وتبدأ الجدولة عادة في الجلسة الأولى أو الثانية (Judith Beck، 2021، ص 118).

والفكرة دائرة مغلقة: المزاج المنخفض يقلل النشاط، وقلة النشاط تقلل فرص المتعة والإنجاز، فتكثر الأفكار السلبية، فينخفض المزاج أكثر (Judith Beck، 2021، ص 119؛ McManus، 2022، الفصل 5). والتنشيط يكسرها من جهة السلوك.



شكل 8: دائرة الخمول ونقطة دخول التنشيط السلوكي

وللتنشيط السلوكي (activation comportementale / behavioral activation) تاريخ مستقل. وضع Peter Lewinsohn وزملاؤه أول صيغة له سنة 1974، ثم طوره Martell وAddis وJacobson سنة 2001 (نقلا عن Padesky وGreenberger، 2020، ص 219).

مراقبة الأنشطة وجدولتها

تبدأ مراقبة الأنشطة (registre d'évaluation des activités / activity monitoring) بسجل ساعة بساعة، يقدّر فيه المريض المتعة والإنجاز (plaisir et maîtrise / pleasure and mastery) من 0 إلى 10 (McManus، 2022، الفصل 5؛ Judith Beck، 2021، ص 129–131). وPadesky وGreenberger يقترحان ملء الساعات الأربع الأخيرة معا في الجلسة، ثم ملء السجل ثلاث مرات في اليوم: عند الغداء والعشاء والنوم (Padesky وGreenberger، 2020، ص 211). ثم تأتي جدولة الأنشطة (planification des activités / activity scheduling). ويذكران ثلاثة أصناف من الأنشطة ترفع المزاج بحسب بحوث التنشيط: الممتعة، والمنجزة، ومواجهة ما يتجنبه المريض، ويضيفان صنفا رابعا هو ما يوافق قيمه (Padesky وGreenberger، 2020، ص 212–213).

وتنصح Judith Beck بجدول سهل في البداية، وبعدد مرن («أربع مرات هذا الأسبوع»)، وبتنبيه المريض إلى أن المزاج قد لا يتحسن فورا بل بعد أسابيع (Judith Beck، 2021، ص 125 و129). وإن شك المريض في الفائدة، يكتب تقديره المتوقع للمتعة قبل النشاط ثم الفعلي بعده، فيقارن (Judith Beck، 2021، ص 131–133). ومتى يُنتقل بعده إلى سجل الأفكار؟ في المحور 11.

للتوضيح: رضا موظف في الأربعين، انقطع منذ شهرين عن لقاء أصدقائه بعد العصر وعن زيارة أخته. اتفق مع المعالج على ثلاث خطوات صغيرة هذا الأسبوع: مشي ربع ساعة في الحي مرتين، ومكالمة لأخته، وإصلاح باب الخزانة المؤجل. وكتب قبل كل نشاط ما يتوقعه من متعة وإنجاز.

المهام المتدرجة

المريض المكتئب يرى المسافة كلها إلى الهدف فيعجز. لذلك تُقسم المهمة الكبيرة إلى درجات، ويُرسم له سلّم يصعده درجة درجة، وينظر إلى الدرجة التي هو عليها لا إلى القمة (Judith Beck، 2021، ص 329–331). وهذه هي المهام المتدرجة (graded task assignment).

التعرض

التجنب (évitement / avoidance) يريح في الحال، فيتعزز. لكنه يُبقي المشكلة، لأن المريض لا يختبر أبدا ما يخافه (Judith Beck، 2021، ص 330–332). وPadesky وGreenberger يلخصان ذلك في مقابلة: التجنب يخفض القلق على المدى القصير ويرفعه على المدى الطويل، والإقدام يرفعه قليلا ثم يخفضه (Padesky وGreenberger، 2020، ص 236).

التعرض (exposition / exposure) مواجهة منظمة للمثير المخيف، بالتخيل أو في الواقع (Corey، 2017، ص 245). وله أشكال:

- **إزالة الحساسية المنظمة:** طريقة Wolpe، وقد مر تاريخها في المحور 2. يتخيل المريض مواقف سلم القلق من الأدنى إلى الأعلى وهو مسترخ (Corey، 2017، ص 243–244).

- **التعرض في الواقع** (exposition in vivo / in vivo exposure): مواجهة الموقف الحقيقي درجة بعد درجة، مع تمارين في البيت بين الجلسات، وقد يرافق المعالج المريض (Corey، 2017، ص 245).
- **التعرض بالتخيل** (exposition en imagination / imaginal exposure): يُستعمل حين يتعذر الموقف الحقيقي أو قبل التعرض في الواقع (Corey، 2017، ص 245).
- **التعرض الداخلي** (exposition intéroceptive / interoceptive exposure)، ويقال أيضا: التعرض للأحاسيس الجسدية: إحداث الأحاسيس المخيفة عمدا، كالدوران وسرعة التنفس، حتى يتعلم المريض أنها غير خطرة (Craske وBarlow، 2022، ص 42-43).
- **الإغراق** (flooding): تعرض طويل وشديد لأعلى درجات المثير دون تدرج، في الواقع أو بالتخيل، مع منع وسائل الهروب. ولأنه شاق، يجب أن يعرف المريض ما ينتظره قبل أن يوافق، وأن يعرف أنه يستطيع التوقف (Corey، 2017، ص 246).

فالإغراق نوع من التعرض، لا مرادف له: التعرض قد يكون متدرجا أو دفعة واحدة، والإغراق يبدأ من القمة. وأما منع الاستجابة (prévention de la réponse / response prevention)، أي منع الطقس بعد التعرض، فمكانه الوسواس القهري في السند 13.

سلم التعرض (hiérarchie d'exposition / exposure hierarchy)، ويقال أيضا: سلم المواقف. قائمة مواقف تبدأ بأخفها قلقا وتنتهي بأشدها، يُقدَّر كل منها بدرجة الضيق (subjective units of distress, SUDS) من 0 إلى 100. يبدأ المريض من درجة يقدر عليها وتعطيه إحساسا بالنجاح، وقد تكون في وسط السلم، ويبقى فيها حتى يحتمل القلق، ثم يصعد. وإن كانت الدرجة صعبة تُقسم (Padesky وGreenberger، 2020، ص 250-251).



شكل 9: سلم التعرض بمثال الخوف من ركوب الحافلة

للتوضيح: نسيمة طالبة جامعية تتجنب الحافلة منذ أن شعرت بضيق شديد فيها. بنت مع المعالجة سلما من عشر درجات، أدناه مشاهدة صورة حافلة مزدحمة (درجة الضيق 10)، وأعلاه ركوب الخط كاملا في ساعة الذروة وحدها (95).



التعرض في الواقع: درجة من السلم، والمرافقة تُسحب تدريجيا (صورة توضيحية).

المصدر العلمي للموقف: Corey، 2017، ص 245؛ Padesky وGreenberger، 2020، ص 250–251.

لكن Padesky وGreenberger يحذران: السلم قد يبطئ العلاج إن صار تدرجا مفرطا يخفي تجنبا. وبعض أنجح البروتوكولات، كعلاج الهلع، لا تستعمل سلما أصلا، بل تختبر المعتقد المركزي من الجلسات الأولى. لذلك يُشجَّع المريض على التعرض بأسرع وأعمق ما يقدر (Padesky وGreenberger، 2020، ص 251–252).

لماذا ينجح التعرض؟ التفسير القديم هو التعود (habituation / habituation): يضعف الخوف بتكرار المثير. لكن Craske وBarlow يلاحظان أن التعود ليس تعلما، وأن الخوف يعود بعده دون تمرين (Craske وBarlow، 2022، ص 44). والتفسير الذي يعتمدانه اليوم هو التعلم الكابح (inhibitory learning): الذاكرة القديمة للخوف لا تُمحى، بل يُتعلم بجانبها معنى جديد آمن. ولذلك يعود الخوف إن تغير السياق أو طال الزمن (Craske وBarlow، 2022، ص 46–47). ويترتب على ذلك أربعة أمور عملية:

1. يُصمم التعرض ليخرق توقع المريض، فيكتشف أن المخوف لا يحدث، أو أنه يقدر على احتماله، لا ليُخفض الخوف داخل الجلسة (Craske وBarlow، 2022، ص 47–48).
2. مدة التعرض بقدر ما يكفي للتعلم، لا بقدر انخفاض الخوف (Craske وBarlow، 2022، ص 48).

3. يتنوع السياق، ويستمر المريض في التعرض بعد انتهاء العلاج (Craske وBarlow، 2022، ص 47).
4. تُزال سلوكيات الأمان (comportements de sécurité / safety behaviors)، أي الحيل الصغيرة التي يحتمي بها المريض، كالجلوس قرب الباب أو حمل دواء في الجيب، لأنها تمنعه من تعلم أن الموقف آمن (Craske وBarlow، 2022، ص 48؛ Padesky وGreenberger، 2020، ص 235).

التجارب السلوكية في الممارسة

عرّفنا التجربة السلوكية في المحور 9. وقد تشبه التعرض في الظاهر، لكن المنطق مختلف. التعرض نشأ من نظرية الإشراط، وكان هدفه أن يخف القلق بالتكرار. والتجربة السلوكية نشأت من النظرية المعرفية، وهدفها أن يُؤيَّد معتقد أو يُنقض، وتصلح لاضطرابات كثيرة. وتضرب McManus مثلا: في التعرض يبقى المريض في السوق حتى ينخفض قلقه، وفي التجربة يبقى حتى يعرف هل سيغمى عليه أم لا (McManus، 2022، الفصل 5).

البند	ما يُكتب فيه	مثال للتوضيح
الفكرة المختبرة	الافتراض بصيغة «إذا... فإن...»، ودرجة الاعتقاد به	«إذا سألت الأستاذ في المدرج فسيسخر مني الطلبة» (85%)
التنبؤ	ما سيحدث إن صح الافتراض، بأرقام	«سيضحك خمسة على الأقل، وسأرتبك فلا أكمل السؤال»
التجربة	ما سأفعله، ومتى، وكم مرة	طرح سؤال واحد في ثلاث محاضرات هذا الأسبوع
العوائق وخطة المواجهة	ما قد يمنعني، وكيف أتصرف	«إن ارتبكت أقرأ السؤال من ورقتي»
النتيجة	ما وقع فعلا، مقارنا بالتنبؤ	ضحك طالب واحد مرة، وأجاب الأستاذ باهتمام
ما تعلمته	افتراض جديد، ودرجة الاعتقاد بالقديم الآن	«أكثر الطلبة لا ينتبهون، وأستطيع الإكمال إن ارتبكت» (30%)

جدول 7: بطاقة التجربة السلوكية

التصميم والمثال من إعدادنا. المصدر: بنود البطاقة من خطوات التجربة عند Padesky وGreenberger، 2020، ص 142–149، والتصميم والمثال من إعدادنا.

حل المشكلات

يعود نموذج حل المشكلات (résolution de problèmes / problem solving) إلى D'Zurilla وGoldfried سنة 1971 (Nezu وآخرون، 2013، ص 6). ويعرّف Nezu وزميلاه المشكلة بأنها موقف يتطلب استجابة تكيفية، والاستجابة الفعالة فيه غير متاحة فورا لوجود عوائق، كالجِدّة والغموض وتعارض الأهداف ونقص الموارد. والمشكلة عندهم علاقة بين الشخص والموقف، فما هو مشكلة لشخص قد لا يكون مشكلة لغيره (Nezu وآخرون، 2013، ص 9–10).

ويحدد طريقة التعامل مع المشكلات بعدان: التوجه نحو المشكلة (problem orientation)، أي نظرة الشخص إلى المشكلات وثقته في حلها، وأسلوب حلها (Nezu وآخرون، 2013، ص 11). أما حل المشكلات المخطط (planful problem solving) فأربع مهام: تحديد المشكلة وهدف واقعي وعوائقه، وتوليد البدائل، واتخاذ القرار، ثم التنفيذ والتحقق من النتيجة (Nezu وآخرون، 2013، ص 217). ولتوليد البدائل ثلاث قواعد: الكثرة تأتي بالجودة، وتأجيل الحكم، والتنوع (Nezu وآخرون، 2013، ص 195–197). وإن فشل الحل لا يُترك الأمر، بل يراجع الشخص الخطوات ليعرف أين اختلفت النتيجة عن المتوقع (Nezu وآخرون، 2013، ص 217).



شكل 10: خطوات حل المشكلات المخطط

ويعلّم العلاج بحل المشكلات (thérapie de résolution de problèmes / problem-solving therapy) قبل ذلك أن يتوقف الشخص ويهدئ نفسه، ثم يفكر ويعمل. ويختصر Nezu وزميلتاه ذلك في SSTA: توقف (Stop)، وتمهل (Slow down)، ثم فكر واعمل (Think, Act) (Nezu وآخرون، 2019، ص 186). وفي الأدلة، وجد تحليل بعدي لاثنتين وثلاثين دراسة أن هذا العلاج يعادل العلاجات النفسية المعتمدة الأخرى، ووجد تحليل ثان لثلاث عشرة تجربة على الاكتئاب أثرا متوسطا إلى كبير (Nezu وآخرون، 2013، ص 41).

الاسترخاء ولعب الأدوار

ليس هدف العلاج المعرفي السلوكي إلغاء الانفعال السلبي، بل خفض ما لا يتناسب مع الموقف (Judith Beck، 2021، ص 323). والاسترخاء (relaxation / relaxation) والتنفس يساعدان المريض على البقاء في الموقف. لكن Padesky وGreenberger ينبهان إلى أنهما قد يصيران سلوك أمان إن استُعملا للهروب من القلق (Padesky وGreenberger، 2020، ص 252). ولعب الأدوار (jeu de rôle / role play) يُستعمل للتدرب على مهارة ناقصة، كالتواصل مع الأسرة أو مقابلة العمل. وتميز Judith Beck بين نقص المهارة ونقص استعمالها بسبب فكرة معيقة، بسؤال: «لو كنت متأكدا من نتيجة جيدة، ماذا ستقول؟» (Judith Beck، 2021، ص 325 و334).

مفاهيم مفتاحية

- **التنشيط السلوكي** (activation comportementale / behavioral activation): زيادة الأنشطة الممتعة والمنجزة والمتجنبة لكسر دائرة الخمول والمزاج المنخفض.
- **التعرض** (exposition / exposure): مواجهة منظمة للمثير المخيف، في الواقع أو بالتخيل أو للأحاسيس الجسدية.
- **الإغراق** (flooding): تعرض طويل وشديد لأعلى المثير دون تدرج.
- **سلوكيات الأمان** (comportements de sécurité / safety behaviors): حيل يحتمي بها المريض فتمنعه من تعلم أن الموقف آمن.

- **التعلم الكابح** (inhibitory learning): تعلم معنى آمن جديد بجانب ذاكرة الخوف القديمة، وهو التفسير الحالي لأثر التعرض.

خلاصة المحور:

التقنيات السلوكية تغير السلوك لتغير المزاج والمعتقد معا. في الاكتئاب يبدأ العلاج بالتنشيط وجدولة الأنشطة، لأن الخمول يغذي المزاج المنخفض. وفي القلق يكسر التعرض دائرة التجنب، بالتدرج أو دفعة واحدة، والإغراق أحد أشكاله لا اسم آخر له. والتفسير الحديث لأثره هو التعلم الكابح، فتُصمم الجلسة لخرق التوقع، وتُزال سلوكيات الأمان، ويتنوع السياق. والتجربة السلوكية تختبر معتقدا لا تعوّد على مثير. وحل المشكلات أربع مهام تسبقها تهدئة.

مصادر هذا المحور: Judith Beck، 2021، ص 117–119 و125 و129–133 و323 و325 و329–334؛ Padesky وGreenberger، 2020، ص 142–149 و211–214 و219 و235–236 و241 و250–252؛ Craske وBarlow، 2022، ص 42–48؛ Corey، 2017، ص 243–246؛ McManus، 2022، الفصل 5؛ Nezu وآخرون، 2013، ص 6 و9–11 و41 و195–197 و217؛ Nezu وآخرون، 2019، ص 186.

للتعمق في الموقع: «العلاج بالتعرض» https://psyencharge.com/العلاج-بالتعرض/ و«العلاج بالتعرض التدريجي: كيف تبني سلم مخاوفك وتصعده؟» https://psyencharge.com/العلاج-بالتعرض-التدريجي/ و«استراتيجية حل المشكلات في العلاج النفسي» https://psyencharge.com/استراتيجية-حل-المشكلات/ و«العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة» https://psyencharge.com/العلاج-بالتعرض-ومنع-الاستجابة/

11. تطبيقات مختصرة: الاكتئاب، والهلع، وتقدير الذات

ما ستعرفه في هذا المحور:

- كيف يُطبق النموذج على الاكتئاب.
- النموذج المعرفي للهلع والتفسير الكارثي.
- نموذج تقدير الذات المنخفض عند Fennell.
- أين يجد الطالب البروتوكول الكامل في السندات القادمة.

هذا المحور يعرض كيف تجتمع أدوات المحاور السابقة في ثلاث مشكلات. وهو ليس بروتوكولا علاجيا.

الاكتئاب

في الاكتئاب ثالوث معرفي سلبي: نقد الذات، والتشاؤم من التجارب، واليأس من المستقبل. وPadesky وGreenberger يلاحظان أن هذا الثالوث لا يسبق الاكتئاب بالضرورة ولا يسببه، لكنه متى ظهر أبقاه (Padesky وGreenberger، 2020، ص 214). ويفرق Aaron Beck وEmery بين القلق والاكتئاب بمثال الامتحان: القلِق يرى الفشل احتمالا قادما فيخافه، والمكتئب يراه قد وقع، فلا يهمه أن يجتاز الامتحان أو لا، لأنه فاشل في الحالين (Aaron Beck وEmery، 1985، ص 106).

والترتيب المعتمد في دليل Padesky وGreenberger: تنشيط سلوكي أسابيع، ثم سجل الأفكار حين ينخفض الاكتئاب، ثم المعتقدات (Padesky وGreenberger، 2020، ص 214 و221). ولماذا هذا الترتيب؟ لأن المكتئب يرى سجل الأفكار عملا ثقيلا، ويقول «لا أقدر». فيبدأ المعالج بما يستطيعه المريض اليوم، كنشاط صغير مجدول. وحين ينخفض الاكتئاب تزداد مرونة التفكير، فيصير فحص الأفكار أسهل. والتحسن الأول بالنشاط يعطي المريض دليلا على أن العلاج ينفع، فيقبل الخطوة التالية (Padesky وGreenberger، 2020، ص 214–215). وأفكار الثالوث نفسها تظهر في أول الجلسات، فلا ينتظرها المعالج حتى يُدخل سجل الأفكار، بل يتعامل معها بأسئلة بسيطة، كتقسيم المهمة حين يقول المريض «هذا كثير عليّ» (Padesky وGreenberger، 2020، ص 215). ولأن الاكتئاب يعود كثيرا، يبقى منع الانتكاس جزءا من العلاج

(Padesky وGreenberger، 2020، ص 220). وتفصيل ذلك في السند 14 (الاكتئاب)، وفي صفحة «علاج الاكتئاب». ويقيس الطالب شدة الأعراض بأداة «مقياس PHQ-9 للاكتئاب»، وتصلح لمراجعة التقدم من جلسة إلى أخرى.

الهلع

لاحظ Aaron Beck وEmery أن نوبات الهلع التي توصف بأنها «مفاجئة» تسبقها عادة أحاسيس جسدية، كالدوار أو الخفقان، تتبعها أفكار آلية مخيفة. يفسر المريض الإحساس بأنه علامة مرض خطير، فيزداد قلقه، فتزداد الأحاسيس، فتنشأ سلسلة متصاعدة (Aaron Beck وEmery، 1985، ص 109). وهذا هو التفسير الكارثي للأحاسيس الجسدية (catastrophic misinterpretation of bodily sensations) (Padesky وGreenberger، 2020، ص 283–284).

وCraske وBarlow يصفان «الخوف من الخوف»: قلق موجه إلى أحاسيس الجسد نفسها، سببه إشراط داخلي يربط الخفقان بالنوبة، وتقدير خاطئ للأحاسيس. والقلق يقوّي الأحاسيس، فتقوى الدائرة (Craske وBarlow، 2022، ص 30–32). ويحافظ عليها التجنب وإشارات الأمان، كالبقاء قرب مستشفى (Craske وBarlow، 2022، ص 48).

والعلاج عند Padesky وGreenberger أربع خطوات: تحديد التفسير الكارثي، ثم إحداث الأحاسيس عمدا في الجلسة، كالجري في المكان أو التنفس السريع، لاكتشاف تفسير غير كارثي لها، ثم تجارب بلا سلوكيات أمان، ثم مقارنة التفسيرين بتجارب أخرى. ويشترطان فحصا طبيا قبل ذلك. ولا يُطبق هذا البروتوكول على نوبات الهلع التي تأتي داخل اضطراب قلق آخر (Padesky وGreenberger، 2020، ص 284–287). والتفصيل في السند 13 (القلق والوسواس)، وفي صفحتي «نوبات الهلع ورهاب الخلاء» و«استراتيجيات التغلب على نوبات الهلع».

تقدير الذات المنخفض

تبني Fennell نموذجها على حلقة. التجارب المبكرة تصنع حكما على الذات تسميه «الخط الأسفل» (the Bottom Line)، جملة تبدأ بـ«أنا...»، مثل «أنا لا أساوي شيئا». وهي تقابل المعتقد المحوري عند بيك. ولأن هذا الحكم مؤلم، يضع صاحبه «قواعد للعيش» (Rules for Living) تحميه منه، مثل «يجب أن أتفوق في كل ما أفعل»، وهي تقابل المعتقدات الوسيطة (Fennell، 1999، الفصل 2).

ثم تعمل الحلقة في الحاضر. حين يقترب موقف من كسر القاعدة، ينشط الخط الأسفل، فتظهر التنبؤات القلقة (anxious predictions)، فيتجنب الشخص الموقف أو يحتاط احتياطا زائدا. وحتى إن نجح لا يعترف بنجاحه، فيشعر أن الخط الأسفل تأكد. فيأتي النقد الذاتي (autocritique / self-criticism)، ثم المزاج المنخفض، فيبقى الخط الأسفل نشطا (Fennell، 1999، الفصل 3). وتحمل التنبؤات القلقة عند Fennell خطأين: المبالغة في احتمال وقوع السوء، والمبالغة في شدته إن وقع. وتضرب مثلا بموظفة لم تجرؤ على مطالبة رئيسها بدَين صغير، لأنها توقعت أنه سيحتقرها، مع أنها تعرفه رجلا لطيفا (Fennell، 1999، الفصل 4). ويسير العلاج من الأسهل إلى الأعمق: فحص التنبؤات القلقة، ثم مواجهة النقد الذاتي، ثم تقبل الذات، ثم تغيير القواعد، ثم إضعاف الخط الأسفل (Fennell، 1999، الفصول 4–8). وللمزيد: «تقدير الذات المنخفض»، و«جلد الذات»، وأداة «مقياس روزنبرغ لتقدير الذات».

إشارات إلى تطبيقات أخرى

لكل اضطراب قلق افتراض شرطي مميز. في القلق المعمم: «إذا وقع سوء فستكون كارثة ولن أستطيع المواجهة». وفي القلق الاجتماعي: «إذا انتقدني أحد فسأُهان وأنهار». وفي رهاب الخلاء: «إذا ابتعدت عن مكاني الآمن ووقع سوء فلن أستطيع المواجهة» (Padesky وGreenberger، 2020، ص 250). وفي الموقع صفحات عن «اضطراب القلق المعمم» و«الرهاب الاجتماعي» و«الأرق المزمن»، وأداة «مقياس GAD-7 للقلق».

البند	الاكتئاب	الهلع	تقدير الذات المنخفض
المحتوى المعرفي	الثالوث: نقد الذات، والتشاؤم، واليأس	خطر جسدي أو عقلي وشيك	«الخط الأسفل»: حكم سلبي على الذات
الحلقة التي تديمه	خمول ← قلة متعة وإنجاز ← أفكار سلبية ← مزاج أدنى	إحساس ← تفسير كارثي ← قلق ← أحاسيس أقوى	قاعدة مهددة ← تنبؤ قلق ← تجنب ← تأكيد ← نقد ذاتي ← مزاج منخفض
التقنية المحورية	التنشيط السلوكي، ثم سجل الأفكار	إحداث الأحاسيس والتعرض الداخلي، وتجارب بلا سلوكيات أمان	فحص التنبؤات، ومواجهة النقد الذاتي، وتغيير القواعد
السند المحال إليه	السند 14	السند 13	السند 5 (عند تداخله مع الشخصية) والسند 14

جدول 8: ثلاث تطبيقات للنموذج المعرفي

المصدر: Padesky وGreenberger، 2020، ص 214 و283–287؛ Aaron Beck وEmery، 1985، ص 106 و109؛ Craske وBarlow، 2022، ص 30–32؛ Fennell، 1999، الفصول 2–8.

مفاهيم مفتاحية

- **التفسير الكارثي للأحاسيس الجسدية** (catastrophic misinterpretation of bodily sensations): قراءة إحساس عادي على أنه علامة موت أو جنون، وهو محور نموذج الهلع.
- **الخط الأسفل** (the Bottom Line): عند Fennell، الحكم السلبي على الذات في قلب تقدير الذات المنخفض.
- **التنبؤات القلقة** (anxious predictions): توقع الأسوأ حين تُهدَّد قاعدة من قواعد العيش.
- **النقد الذاتي** (autocritique / self-criticism): إدانة الذات كلها، لا ملاحظة خطأ بعينه.

خلاصة المحور:

الأدوات نفسها تتجمع بحسب الحلقة التي تديم كل مشكلة. في الاكتئاب يبقي الثالوث السلبي والخمول بعضهما، فيبدأ العلاج بالتنشيط ثم بالأفكار. وفي الهلع يُقرأ الإحساس الجسدي قراءة كارثية فيزيد القلق الإحساس، فيعالجه إحداث الأحاسيس واختبار التفسير. وفي تقدير الذات المنخفض يحمي الشخص «خطه الأسفل» بقواعد، فتنتهي الحلقة بالنقد الذاتي. والبروتوكولات الكاملة في السندات 13 و14.

مصادر هذا المحور: Padesky وGreenberger، 2020، ص 214–215 و220–221 و250 و283–287؛ Aaron Beck وEmery، 1985، ص 106 و109؛ Craske وBarlow، 2022، ص 30–32 و48؛ Fennell، 1999، الفصول 2–8.

للتعمق في الموقع: «علاج الاكتئاب» https://psyencharge.com/علاج-الاكتئاب/ و«مقياس PHQ-9 للاكتئاب» https://psyencharge.com/tools/مقياس-phq-9-للاكتئاب/ و«نوبات الهلع ورهاب الخلاء» https://psyencharge.com/نوبات-الهلع-ورهاب-الخلاء/ و«استراتيجيات التغلب على نوبات الهلع» https://psyencharge.com/نوبات-الهلع/ و«تقدير الذات المنخفض» https://psyencharge.com/تقدير-الذات-المنخفض/ و«جلد الذات» https://psyencharge.com/جلد-الذات/ و«مقياس روزنبرغ لتقدير الذات» https://psyencharge.com/tools/مقياس-روزنبرغ-لتقدير-الذات/ و«اضطراب القلق المعمم» https://psyencharge.com/اضطراب-القلق-المعمم/ و«الرهاب الاجتماعي» https://psyencharge.com/الرهاب-الاجتماعي/ و«الأرق المزمن» https://psyencharge.com/الأرق-المزمن/ و«مقياس GAD-7 للقلق» https://psyencharge.com/tools/مقياس-gad-7-للقلق/ و«تقدير الذات في العلاج المعرفي للاكتئاب» https://psyencharge.com/تقدير-الذات-العلاج-المعرفي-للاكتئاب/

بوابة الصحة النفسية psyencharge.com

12. الفعالية والحدود والتركيب

ما ستعرفه في هذا المحور:

- ما تقوله التحليلات البعدية عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي، وبأي تاريخ.
- حدود الأدلة، ومن لا يستفيد، والانتكاس.
- نقد النموذج، وتكييفه الثقافي.
- مكان الموجة الثالثة، والجدول الجامع لتقنيات السند.

كيف تُقرأ أدلة الفعالية

يفرق Dobson وزميلتاه بين الفعالية في البحوث المضبوطة (efficacy / efficacité)، أي النتيجة داخل التجربة، والفعالية في الممارسة العادية (effectiveness) في العيادات. وأقوى الأدلة التجربة العشوائية المضبوطة (randomized controlled trial / essai contrôlé randomisé)، ثم التحليل البعدي (meta-analysis / méta-analyse) الذي يجمع نتائج تجارب كثيرة في رقم واحد هو حجم الأثر. وحجم الأثر 0.2 صغير، و0.5 متوسط، و0.8 فما فوق كبير (Dobson وآخرون، 2019، ص 32–33).

نتائج Aaron Beck الأولى

رأى Aaron Beck أن دراسات النتائج اختبار غير مباشر لنموذجه. إن لم يتفوق تصحيح الأفكار على غياب العلاج، فقد تكون الأفكار السلبية نتيجة للمزاج لا سببا له (Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 386). وأهم دراسة في كتاب 1979 دراسة Rush وBeck وKovacs و41 Hollon (1977): مريضا مكتئبا في العيادة الخارجية، وُزعوا عشوائيا بين العلاج المعرفي ودواء مضاد للاكتئاب، فكان العلاج المعرفي أكثر فعالية. وكان أكثرهم قد جربوا علاجات نفسية سابقة دون فائدة (Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 390).

ما تقوله التحليلات البعدية

تقرير INSERM (2004): راجع 36 تحليلا بعديا، واعتمد 21 منها (INSERM، 2004، ص 186). وخلص إلى أن الدليل ثابت عند الراشد في أغلب اضطرابات القلق: رهاب الخلاء، ونوبات الهلع، والرهاب الاجتماعي، والقلق المعمم، والضغط التالي للصدمة، والوسواس القهري. وثابت أيضا في الاكتئاب الخفيف والمتوسط، وفي منع الانتكاس عند المرضى غير المقيمين في المستشفى. أما الرهابات النوعية واضطرابات أخرى فالقائم «افتراض فعالية» لا دليل ثابت (INSERM، 2004، ص 237–238). وفي الاكتئاب، جمع تحليل Gloaguen وزملائه (1998) 48 دراسة (INSERM، 2004، ص 196). وفي القلق المعمم تساوى العلاج المعرفي السلوكي والدواء، لكن أثر العلاج بقي بعد التوقف، والدواء فقد أثره (INSERM، 2004، ص 190).

المرجع في العلاجات المعرفية السلوكية (2019): العلاج المعرفي السلوكي أكثر العلاجات المدعومة تجريبيا ذكرا في قوائم الجمعية الأمريكية لعلم النفس (Dobson وآخرون، 2019، ص 32). لكن الصورة في الاكتئاب صارت أدق. ففي 94 تجربة كان حجم أثره 0.71 مقارنة بغياب العلاج، و0.02 فقط مقارنة بالعلاجات النفسية الفاعلة الأخرى، وضعف بعض الدراسات والنشر الانتقائي للنتائج الإيجابية ضخّما أثره (Dobson وآخرون، 2019، ص 35). ويخلص الفصل إلى أن العلاج المعرفي السلوكي ما زال مدعوما بالأدلة في الاكتئاب، لكن ادعاء تفوقه على غيره صار «هشا متزايدا» (Dobson وآخرون، 2019، ص 36). وفي الهلع كان على الأقل بفعالية الدواء (Dobson وآخرون، 2019، ص 40). وCraske وBarlow يذكران أن بروتوكولهما للهلع يحقق خلوا من النوبات عند 70 إلى 80% من المرضى، مع ثبات النتيجة إلى سنتين (Craske وBarlow، 2022، ص 4).

الانتكاس ومن لا يستفيد

في الاكتئاب، يتراوح الانتكاس بعد العلاج المعرفي بين 12 و46% في دراسات المتابعة لسنة أو سنتين، مقابل 19 إلى 82% بعد الدواء وحده. وفي المتوسط، ينتكس 60% ممن عولجوا بالدواء وحده، و30% ممن تلقوا العلاج المعرفي (INSERM، 2004، ص 200–201). لكن الانتكاس يبقى مرتفعا: 29% في السنة الأولى

و54% في سنتين في أحد التحليلات البعدية، وتخفضه جلسات تكميلية بعد انتهاء العلاج (Padesky وGreenberger، 2020، ص 220). وفي الوسواس القهري لا يستجيب نحو 30% من المرضى لأي علاج مدعوم بالأدلة (Dobson وآخرون، 2019، ص 43).

الحدود والنقد

ومن النقد ما يخص البحوث. يذكر Dobson وزميلتاه أن مقارنة العلاج النفسي بقائمة الانتظار، ومقارنة الدواء بالدواء الوهمي، تميل لصالح العلاج النفسي. ويضيفون ولاء الباحث للعلاج الذي يدرسه، وشروط الإقصاء التي تجعل عينات التجارب غير ممثلة لمرضى العيادة، وقلة البحوث على الفئات المتنوعة وعلى الاضطرابات المتزامنة وعلى المدى البعيد (Dobson وآخرون، 2019، ص 54–56). ولا نعرف بدقة أي مكونات العلاج تُحدث التغيير. ففي إحدى الدراسات كان التنشيط السلوكي وحده بفعالية العلاج الكامل (McManus، 2022، الفصل 7).

ومن النقد ما يخص النظرية. يُتهم العلاج المعرفي بالدعوة إلى التفكير الإيجابي، وبالسطحية، وبإهمال الماضي والعلاقة والانفعال واللاشعور. ويرد Corey: المعالج المعرفي لا يطلب تفكيرا إيجابيا، بل تفكيرا قائما على التجربة، ويستكشف أثر الماضي حين يلزم. ويبقى عنده حد حقيقي: نجاح العلاج يتوقف على تكوين المعالج وقدرته على بناء التحالف (Corey، 2017، ص 306–307). أما تهمة فرض «العقلانية» على المريض فيوجهها Corey أساسا إلى طريقة إليس الموجهة (Corey، 2017، ص 306).

التكييف الثقافي

يرى Pantalone وزميلاه أن العلاج المعرفي السلوكي يلتقي مع العلاج متعدد الثقافات: كلاهما يبني على صياغة خاصة بكل مريض، ويعمل بالتعاون، ويعدّ المريض خبيرا في حياته، ويهتم بنقاط القوة والسند الاجتماعي (Pantalone وآخرون، 2019، ص 471–472). لكنهم يلاحظون أن العرب ممن قلّ تمثيلهم في دراسات النتائج، وأن الدين نادرا ما يُدرس متغيرا في البحوث (Pantalone وآخرون، 2019، ص 472). وينصحون بأن تبقى المعلومات العامة عن جماعة ما فرضيات تُختبر مع كل مريض، لا أحكاما مسبقة (Pantalone

وآخرون، 2019، ص 471). ومن أمثلتهم تدريب مرشدين في العراق على تنشيط سلوكي مختصر (Pantalone وآخرون، 2019، ص 478). ويلفتون إلى أن الثقافات الجماعية قد تُحضر الأسرة إلى الجلسة، وأن طلب المساعدة والتوافق مع الآخرين قد يكون قوة في سياق المريض لا ضعفا، وأن الإيمان قد يكون من أهداف التوازن عنده (Pantalone وآخرون، 2019، ص 480–482).

الموجة الثالثة: إشارة

تقول McManus إن الموجة الأولى ركزت على التعلم، والثانية على محتوى الأفكار. أما الموجة الثالثة (troisième vague / third wave) فلا تطلب تغيير محتوى الفكرة، بل تغيير العلاقة بها: تُلاحظ الأفكار وتُقبل حدثا ذهنيا، فيقل التجنب الداخلي. وأدلتها في بداياتها (McManus، 2022، الفصل 7). ويختلف الباحثون: هل هي فكر جديد، أم امتداد للعلاج المعرفي السلوكي استوعب أدوات القبول (Fruzzetti وآخرون، 2019، ص 276–277)؟ وتفصيل اليقظة الذهنية والعلاج بالقبول والالتزام والعلاج السلوكي الجدلي والعلاج بالمخططات في السند 15. وفي الموقع: «العلاج بالقبول والالتزام»، و«العلاج السلوكي الجدلي»، و«تقنية اليقظة الذهنية»، وملخص «أعد ابتكار حياتك».

بوابة الصحة النفسية
psyencharge.com



شكل 11: ما ثبت وما لم يثبت في العلاج المعرفي السلوكي

التركيب: الجدول الجامع

يجمع جدول 9 تقنيات السند كلها. ويقرؤه الطالب بالعمود الثالث: كل تقنية تعمل على مستوى معرفي، والمعالج يختارها بحسب صياغة الحالة لا بحسب قائمة جاهزة.

التقنية	الهدف	المستوى الذي تعمل عليه	متى تُستعمل	المحور والمرجع الأساسي
صياغة الحالة	فهم المشكلة واختيار التدخل	المستويات كلها	من أول لقاء، وتُعدل في كل جلسة	Judith Beck :4؛ Persons وTompkins
التحليل الوظيفي	ربط السلوك بما يسبقه وما يتبعه	السلوك والمحيط	في التقييم، عند المدرسة الفرنسية	INSERM :4
بنية الجلسة وجدول الأعمال	استثمار الوقت وتعليم المريض	إطار العلاج	كل جلسة، والمبتدئ يلتزم بها	Judith Beck :5؛ Aaron Beck وEmery
الواجب المنزلي (خطط العمل)	نقل التعلم إلى الحياة	كل المستويات	يُراجع أول الجلسة ويُتفق عليه آخرها	Judith Beck :5؛ Kazantzis

التقنية	الهدف	المستوى الذي تعمل عليه	متى تُستعمل	المحور والمرجع الأساسي
التعرف على الأفكار الآلية وتقدير الانفعال	فصل الفكرة عن الانفعال واختيار الفكرة الساخنة	الأفكار الآلية	الجلسات الأولى	6: Judith Beck؛ Greenberger وPadesky
تسمية التشوهات المعرفية	رؤية نمط الخطأ	الأفكار الآلية	حين يتكرر النمط، لا القائمة كاملة من أول جلسة	6: Aaron Beck وآخرون؛ Burns؛ Judith Beck
الحوار السقراطي	اكتشاف المريض لبديله بنفسه	الأفكار والمعتقدات	طوال العلاج	7: Padesky وGreenberger؛ Judith Beck
سجل الأفكار وإعادة البناء المعرفي	فحص الفكرة الساخنة وبناء فكرة متوازنة	الأفكار الآلية	بالتدريج: 3 أعمدة ثم 5 ثم 7؛ وفي الاكتئاب بعد التنشيط	8: Padesky وGreenberger؛ Judith Beck
السهم النازل	الوصول إلى المعتقد المحوري	المعتقدات	بعد الجلسات الأولى	9: Judith Beck
المتصل والفطيرة وسجل المعتقد	إضعاف المعتقد القديم وتقوية الجديد	المعتقدات المحورية	حين تتمتن العلاقة، غالبا في منتصف العلاج	9: Judith Beck؛ Padesky وGreenberger
التجربة السلوكية	اختبار تنبؤ في الواقع	الافتراضات الشرطية	في القلق خاصة، ومع كل معتقد يحمل تنبؤا	9 و10: Padesky وGreenberger
مراقبة الأنشطة وجدولتها، والتنشيط السلوكي	كسر دائرة الخمول	السلوك والمزاج	أول العلاج في الاكتئاب	10: Judith Beck؛ Padesky وGreenberger
المهام المتدرجة	تقسيم الهدف الكبير	السلوك	عند الإحساس بالعجز أمام المهمة	10: Judith Beck
التعرض وسلمه	كسر التجنب وتعلم الأمان	السلوك والافتراضات	القلق والرهاب والهلع	10: Craske وBarlow؛ Corey
حل المشكلات	التعامل مع مشكلة واقعية	السلوك والتوجه نحو المشكلة	حين تكون المشكلة حقيقية، أو الفكرة صحيحة	10: Nezu وآخرون

بوابة الصحة النفسية psyencharge.com

التقنية	الهدف	المستوى الذي تعمل عليه	متى تُستعمل	المحور والمرجع الأساسي
الاسترخاء ولعب الأدوار	احتمال القلق، والتدرب على مهارة	الجسد والسلوك	عند نقص مهارة أو قلق مرتفع، مع الحذر من صيرورة الاسترخاء سلوك أمان	10: Judith Beck؛ Padesky وGreenberger

جدول 9: الجدول الجامع لتقنيات العلاج المعرفي السلوكي

المصدر: محاور السند، كل صف بمرجعه في عمود المحور. طوبقت الصفوف مع ما كتبه الجزآن أ وب: صياغة الحالة من أول لقاء (المحور 4)، والواجب يُراجع أول الجلسة (المحور 5)، والتشوهات تُسمى حين يتكرر النمط (المحور 6)، وسجل الأفكار يُتعلم بالتدريج (المحور 8). وأُضيف التحليل الوظيفي.

وفي التطبيق: يجد المعالج في العيادة عائلة من الأدوات تختار بالصياغة. ويجد الأستاذ في القسم فكرة نافعة: نقسم المهمة الصعبة على التلميذ درجات، ونسأله عن تنبؤه قبل أن نحكم عليه بالكسل. وتجد الأسرة في التنشيط والتعرض قاعدة بسيطة: لا ننتظر أن يختفي الخوف لنقدم، بل نقدم فيتعلم الخوف أنه أخطأ.

مفاهيم مفتاحية

- **التحليل البعدي** (méta-analyse / meta-analysis): جمع نتائج دراسات كثيرة في تقدير واحد لحجم الأثر.
- **الفعالية في البحوث المضبوطة** (efficacité / efficacy) و**الفعالية في الممارسة العادية** (effectiveness): النتيجة في التجربة، والنتيجة في العيادة.
- **الانتكاس** (rechute / relapse): عودة الاضطراب بعد التحسن.
- **التكييف الثقافي** (adaptation culturelle / cultural adaptation): ملاءمة العلاج لسياق المريض مع بقاء أصوله.
- **الموجة الثالثة** (troisième vague / third wave): علاجات تغير العلاقة بالأفكار لا محتواها.

خلاصة المحور:

الأدلة على العلاج المعرفي السلوكي واسعة: ثابتة في أغلب اضطرابات القلق وفي الاكتئاب الخفيف والمتوسط، وفي منع انتكاسه مقارنة بالدواء وحده. لكن تفوقه على العلاجات النفسية الأخرى غير ثابت، والانتكاس يبقى مرتفعا، وبعض المرضى لا يستفيدون، ولا نعرف بدقة أي مكوناته يغير. ونقد «التفكير الإيجابي» لا يصيبه، أما حدود البحوث وتمثيل الثقافات فحقيقية. والموجة الثالثة تغير العلاقة بالفكرة لا محتواها، وتفصيلها في السند 15.

مصادر هذا المحور: Dobson وآخرون، 2019، ص 32–36 و40 و43 و54–56؛ INSERM، 2004، ص 186 و190 و196 و200–201 و237–238؛ Aaron Beck وآخرون، 1979، ص 386 و390؛ Craske وBarlow، 2022، ص 4؛ Padesky وGreenberger، 2020، ص 220؛ Corey، 2017، ص 306–307؛ Pantalone وآخرون، 2019، ص 471–473 و478–482؛ McManus، 2022، الفصل 7؛ Fruzzetti وآخرون، 2019، ص 276–277.

للتعمق في الموقع: «العلاج بالقبول والالتزام» https://psyencharge.com/العلاج-بالتقبل-والالتزام/ و«العلاج السلوكي الجدلي» https://psyencharge.com/العلاج-السلوكي-الجدلي/ و«تقنية اليقظة الذهنية» https://psyencharge.com/تقنية-اليقظة-الذهنية/ و«أعد ابتكار حياتك» https://psyencharge.com/book-summaries/ملخص-كتاب-أعد-ابتكار-حياتك/ و«العلاج الإنساني في علم النفس» https://psyencharge.com/العلاج-الإنساني-في-علم-النفس/ و«اخرج من عقلك وادخل إلى حياتك» https://psyencharge.com/book-summaries/ملخص-كتاب-اخرج-من-عقلك-وادخل-إلى-حياتك/، والسند 4 (التحليل النفسي) للمقارنة

أخطاء شائعة عند الطلبة

1. **نسبة A–B–C إلى بيك.** نموذج A–B–C و«المعتقدات غير العقلانية» و«المجادلة» لإليس. أما بيك فيتكلم عن الأفكار الآلية والتشوهات المعرفية، والمعالج عنده يفحص الفكرة مع المريض (المحور 2).
2. **الخلط بين المستويات.** «أنا فاشل» معتقد محوري ولو خطر في صورة فكرة آلية. و«إذا رسبت فسيخيب ظن أهلي» معتقد وسيط، لا فكرة آلية (المحوران 3 و9).
3. **عدّ العلاج تفكيرا إيجابيا.** الهدف فكرة بديلة متوازنة واقعية، والفكرة الآلية قد تكون صحيحة (المحاور 6 و8 و12).
4. **عدّ الحوار السقراطي جدالا.** المعالج لا يقنع المريض، بل يساعده على اكتشاف البديل بنفسه (المحور 7).
5. **نسبة قائمة التشوهات العشر إلى Aaron Beck.** القائمة المشهورة لـ(1980) Burns، والستة الأولى من Aaron Beck وزملائه (1979) (المحور 6).

6. **عدّ الواجب المنزلي إضافة اختيارية.** هو جزء من العلاج، به ينتقل التعلم من الجلسة إلى الحياة (المحور 5).

7. **الخلط بين التعرض والإغراق.** الإغراق نوع من التعرض يبدأ من أعلى السلم. والتعرض ليس جلسة واحدة، بل تكرار في سياقات متنوعة (المحور 10).

8. **عدّ نجاح التعرض انخفاضا للخوف داخل الجلسة.** المهم ما تعلمه المريض، أي أن ما خافه لم يقع أو أنه احتمله (المحور 10).

9. **عدّ التجربة السلوكية تعرضا بتسمية أخرى.** قد يفعل المريض الشيء نفسه، لكن التجربة تختبر معتقدا بتنبؤ مكتوب (المحاور 9 و10).

10. **عدّ الاسترخاء نافعا دائما.** قد يصير سلوك أمان يمنع المريض من تعلم أن الموقف آمن (المحور 10).

11. **انتظار أن يختفي المعتقد القديم تماما.** يكفي أن يضعف حتى يتغير السلوك (المحور 9).

12. **الخلط بين المعنى العام والمعنى الخاص.** «العلاج المعرفي السلوكي» عائلة علاجات، و«العلاج المعرفي» علاج بيك تحديدا (المحور 1).

13. **القول إن العلاج المعرفي السلوكي أفضل من كل العلاجات.** الأدلة تثبت فعاليته، لكنها لا تثبت تفوقه على العلاجات النفسية الفاعلة الأخرى في الاكتئاب (المحور 12).

14. **عدّ التنشيط السلوكي «إشغالا للوقت».** ليس المقصود أن يملأ المريض يومه بأي شيء. المقصود أنشطة ممتعة ومنجزة، ومواجهة ما يتجنبه، وما يوافق قيمه، مع تقدير أثرها على المزاج (المحور 10).

15. **الاعتقاد أن سلم التعرض يبدأ دائما من أدنى درجة ويصعد ببطء.** يبدأ المريض من درجة تعطيه نجاحا، وقد تكون في الوسط، والتدرج المفرط تجنب مقنّع. وبعض بروتوكولات الهلع لا تستعمل سلما أصلا (المحور 10).

16. **السؤال بالسهم النازل في الجلسة الأولى.** يرفع الانفعال، وقد يدفع المريض إلى الانقطاع قبل أن تتمتن العلاقة العلاجية (المحور 9).

مسرد المصطلحات

المصطلحات الثابتة في السند كله، بترتيب ورقة المصطلحات. الشرطة (–) في عمود الفرنسية تعني أننا لم نجد للمصطلح مقابلا في المراجع الفرنسية التي في المكتبة، فلم نخترع له مقابلا.

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
العلاج المعرفي السلوكي	thérapies comportementales et cognitives (TCC)	cognitive behavior therapy (CBT)	عائلة علاجات تعدل الانفعال والسلوك بتعديل التفسير المعرفي
العلاج المعرفي	thérapie cognitive	cognitive therapy	علاج Aaron Beck بالمعنى الخاص
العلاج السلوكي	thérapie comportementale	behavior therapy	تطبيق مبادئ التعلم على السلوك الملاحظ
الإشراط الكلاسيكي	conditionnement classique	classical conditioning	تعلم باقتران مثير محايد بمثير يثير استجابة طبيعية
الإشراط الإجرائي	conditionnement opérant	operant conditioning	تعلم يتحدد فيه السلوك بنتائجه
التعزيز	renforcement	reinforcement	نتيجة تزيد احتمال تكرار السلوك
التعلم بالملاحظة	apprentissage par observation	observational learning	تعلم السلوك بمشاهدة الآخرين ونتائج أفعالهم
الكف المتبادل	inhibition réciproque	reciprocal inhibition	كف استجابة بأخرى لا تجتمع معها، كالقلق والاسترخاء
إزالة الحساسية المنظمة	désensibilisation systématique	systematic desensitization	اقتراب متدرج من المخيف مع الاسترخاء (Wolpe)
الثورة المعرفية	révolution cognitive	cognitive revolution	تحول علم النفس إلى دراسة العمليات العقلية الوسيطة
العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي	thérapie rationnelle-émotive	rational emotive behavior therapy (REBT)	علاج إليس القائم على مجادلة المعتقدات غير العقلانية
نموذج A–B–C	modèle ABC	ABC model	الحدث، فالمعتقد، فالنتيجة، عند إليس
الحدث المنشط (A)	–	activating event	الموقف الذي يسبق الاستجابة في نموذج إليس
المعتقد (B)	croyance	belief	ما يعتقده الشخص عن الحدث
النتيجة (C)	conséquence	consequence	الاستجابة الانفعالية والسلوكية

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
المجادلة (D)	–	disputing	مناقشة المعتقد غير العقلاني منطقيا وتجريبيا وعمليا
الأثر الجديد (E)	–	effective new philosophy	فلسفة عقلانية بديلة بعد المجادلة
المعتقدات غير العقلانية	–	irrational beliefs	معتقدات مطلقة جامدة، أصلها «يجب» عند إليس
المطالب المطلقة («يجب»)	–	demands / musts	تحويل الرغبة إلى ضرورة لا تقبل الاستثناء
التدريب على التعليمات الذاتية	–	self-instructional training	تعليم الشخص توجيه سلوكه بكلامه الداخلي (Meichenbaum)
التحصين ضد الضغوط	–	stress inoculation training	تعلم مهارات المواجهة على ضغوط متدرجة (Meichenbaum)
الموجات الثلاث	les trois vagues	the three waves	السلوكية، ثم المعرفية، ثم علاجات القبول واليقظة
النموذج المعرفي	modèle cognitif	cognitive model	الاستجابة تتأثر بتفسير الموقف لا بالموقف وحده
التقييم المعرفي	évaluation cognitive	cognitive appraisal	الحكم على معنى الموقف وخطره
الأفكار الآلية	pensées automatiques	automatic thoughts	أفكار أو صور سريعة تقييمية تنبثق دون تأمل
الأفكار الآلية السلبية	pensées automatiques négatives	negative automatic thoughts	أفكار آلية تؤدي إلى انفعال مؤلم
الصور الذهنية	images mentales	images / imagery	أفكار في صورة مشاهد متخيلة
المعتقدات الوسيطة	croyances intermédiaires / conditionnelles	intermediate beliefs	اتجاهات وقواعد وافتراضات بين الفكرة والمعتقد المحوري
القواعد	règles	rules	معتقدات بصيغة «يجب» أو «لا ينبغي»
الاتجاهات	attitudes	attitudes	أحكام قيمة عامة، مثل «من الفظيع أن أخطئ»
الافتراضات	postulats	assumptions	معتقدات شرطية بصيغة «إذا... فإن...»
المعتقدات المحورية	croyances de base inconditionnelles /	core beliefs	أفكار عميقة مطلقة عن الذات والآخرين والعالم
المعتقدات المحورية عن العجز	–	helpless core beliefs	«أنا عاجز، فاشل، ضعيف»

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
المعتقدات المحورية عن عدم الجدارة بالحب	–	unlovable core beliefs	«أنا غير محبوب، سأُرفض»
المعتقدات المحورية عن انعدام القيمة	–	worthless core beliefs	«أنا سيئ، لا أستحق»
المخطط	schéma	schema	بنية معرفية تنظم المعلومات، والمعتقد محتواها
الثالوث المعرفي	triade cognitive	cognitive triad	نظرة سلبية إلى الذات والعالم والمستقبل
خصوصية المحتوى المعرفي	–	content specificity	لكل اضطراب موضوع معرفي غالب
الاستعداد المعرفي	vulnérabilité cognitive	cognitive vulnerability	معتقدات كامنة تهيئ للاضطراب تحت الضغط
الاستجابة الانفعالية	réaction émotionnelle	emotional response	الانفعال الذي يلي الفكرة
الاستجابة السلوكية	réaction comportementale	behavioral response	ما يفعله الشخص أو يتجنبه بعد الفكرة
الاستجابة الجسدية	réaction physiologique	physiological response	التغيرات في الجسد، كالخفقان والتعب
صياغة الحالة	conceptualisation de cas / formulation	case conceptualization	فرضية تفسيرية لحالة مريض واحد
مخطط صياغة الحالة المعرفية	–	Cognitive Conceptualization Diagram	أداة Judith Beck لتنظيم معطيات الصياغة
البيانات الطفولية ذات الصلة	–	relevant childhood data	تجارب مبكرة كونت المعتقد المحوري
استراتيجيات التعويض	stratégies compensatoires	compensatory strategies	سلوكيات تحمي من ظهور المعتقد المحوري
الفرضية العاملة	hypothèse de travail	working hypothesis	فهم مؤقت يُختبر ويُعدل
الآليات والمثيرات والأصول	–	mechanisms, precipitants, origins	عناصر الصياغة عند Persons
التحليل الوظيفي	analyse fonctionnelle	functional analysis	دراسة ما يسبق السلوك وما يتبعه

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
التجريبية التعاونية	empirisme collaboratif	collaborative empiricism	فحص الأفكار بالدليل، والمريض والمعالج فريق
التحالف العلاجي	alliance thérapeutique	therapeutic alliance	علاقة عمل متعاونة بين المريض والمعالج
التغذية الراجعة	rétroaction / feed-back	feedback	رأي المريض في الجلسة والعلاج
التثقيف النفسي	psychoéducation	psychoeducation	شرح الاضطراب والنموذج والعلاج للمريض
جلسة التقييم	séance d'évaluation	evaluation session	جلسة أولى للتشخيص وجمع المعطيات
الأهداف العلاجية	objectifs thérapeutiques	treatment goals	ما يريد المريض بلوغه بالعلاج
فحص المزاج	–	mood check	تقدير المزاج في بداية الجلسة
جدول أعمال الجلسة	ordre du jour / agenda	agenda	البنود التي يتفق عليها الطرفان للجلسة
بنية الجلسة	structure de la séance	session structure	تسلسل ثابت لمراحل الجلسة
الواجب المنزلي	tâches à domicile	homework / action plan	عمل يؤديه المريض بين الجلستين
إنهاء العلاج	fin de la thérapie	termination	التحضير لختام العلاج
الوقاية من الانتكاس	prévention de la rechute	relapse prevention	خطة لمواجهة عودة الأعراض بعد العلاج
جلسات التعزيز	–	booster sessions	جلسات متباعدة بعد نهاية العلاج
الفكرة الساخنة	pensée chaude	hot thought	الفكرة الأقوى ارتباطا بالانفعال
شدة الانفعال	intensité de l'émotion	emotion intensity rating	تقدير الانفعال من 0 إلى 100
التشوهات المعرفية	distorsions cognitives	cognitive distortions	أخطاء منتظمة في معالجة المعلومات
التفكير الثنائي	pensée dichotomique	all-or-nothing thinking	رؤية الأمور طرفين لا وسط بينهما
التعميم المفرط	surgénéralisation	overgeneralization	حكم عام من حادثة واحدة

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
التجريد الانتقائي	abstraction sélective / filtre mental	selective abstraction / mental filter	التركيز على تفصيل سلبي وإهمال الباقي
إلغاء الإيجابي	disqualification du positif	disqualifying the positive	عدّ التجارب الإيجابية لا قيمة لها
الاستنتاج الاعتباطي	inférence arbitraire	arbitrary inference	استنتاج بلا دليل يسنده
القفز إلى الاستنتاجات	–	jumping to conclusions	حكم سلبي سريع دون معطيات كافية
قراءة الأفكار	lecture de pensée	mind reading	الجزم بما يفكر فيه الآخرون
التنبؤ السلبي	–	fortune telling	الجزم بأن المستقبل سيئ
التفكير الكارثي	catastrophisme	catastrophizing	توقع أسوأ النتائج وتضخيمها
التضخيم والتهوين	maximisation et minimisation	magnification and minimization	تكبير السلبي وتصغير الإيجابي
الاستدلال الانفعالي	raisonnement émotionnel	emotional reasoning	«أشعر بذلك، إذن هو صحيح»
عبارات «يجب»	–	should statements	قواعد صارمة على النفس والآخرين
الوسم	étiquetage	labeling	إلصاق صفة كلية بالنفس أو بالغير
الشخصنة	personnalisation	personalization	نسبة الأحداث الخارجية إلى النفس بلا أساس
الرؤية النفقية	–	tunnel vision	رؤية الجانب السلبي وحده من الموقف
الحوار السقراطي	questionnement / dialogue socratique	Socratic dialogue	منهج أسئلة يقود المريض إلى فحص أفكاره بنفسه
الأسئلة السقراطية	questions socratiques	Socratic questions	أدوات الحوار السقراطي
الاكتشاف الموجه	découverte guidée	guided discovery	وصول المريض إلى استنتاج جديد بأسئلة المعالج
الأسئلة الإعلامية	–	informational questions	أسئلة تجمع معطيات لم ينتبه إليها المريض
الإصغاء التعاطفي	écoute empathique	empathic listening	إصغاء يلتقط ما يقوله المريض وما يشعر به
التلخيص	résumé	summaries	جمع ما قيل في عبارة يراجعها المريض
الأسئلة التركيبية	–	synthesizing questions	أسئلة تربط المعطيات بالفكرة الأصلية
إزالة التهويل	décatastrophisation	decatastrophizing	فحص أسوأ نتيجة متوقعة وطرق مواجهتها

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
أخذ المسافة	distanciation	distancing	النظر إلى الفكرة فرضية لا حقيقة
سجل الأفكار	tableau d'autoévaluation des pensées	thought record	ورقة لتسجيل الموقف والأفكار وفحصها
سجل الأفكار ذو الأعمدة السبعة	–	column thought –7 record	سجل الأفكار في صيغة Padesky
الدليل المؤيد للفكرة	faits qui attestent la pensée	evidence that supports the hot thought	وقائع تسند الفكرة الساخنة
الدليل المعارض للفكرة	faits qui contredisent la pensée	evidence that does not support the hot thought	وقائع لا تتفق مع الفكرة الساخنة
الفكرة البديلة المتوازنة	pensée alternative ou plus réaliste	alternative / balanced thought	فكرة واقعية تراعي الدليلين
الاستجابة التكيفية	–	adaptive response	رد نافع على الفكرة الآلية
إعادة البناء المعرفي	restructuration cognitive	cognitive restructuring	تقييم الفكرة المختلة والاستجابة لها بفكرة أدق
بطاقة المواجهة	–	coping card	بطاقة يكتب فيها المريض ما يذكّر به نفسه
ورقة «اختبر أفكارك»	–	Testing Your Thoughts worksheet	ورقة أسئلة لتقييم الفكرة الآلية
السهم النازل	flèche descendante	downward arrow	سؤال متكرر عن معنى الفكرة للوصول إلى المعتقد
الافتراض الشرطي	croyance conditionnelle / postulat	conditional assumption	معتقد بصيغة «إذا… فإن…»
المعتقد القديم والمعتقد الجديد	ancienne / nouvelle croyance inconditionnelle	old / new core belief	المعتقد المختل وبديله الذي يُبنى في العلاج
سجل المعتقد المحوري	registre de mise à l'épreuve des croyances inconditionnelles	core belief record	تسجيل الوقائع التي تدعم المعتقد الجديد

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
المتصل المعرفي	continuum cognitif	cognitive continuum	وضع الصفة على مقياس متدرج بدل طرفين
تقنية الفطيرة	–	pie chart technique	توزيع المسؤولية عن حدث على أسبابه كلها
التجربة السلوكية	expérience comportementale	behavioral experiment	نشاط مخطط لاختبار فكرة أو افتراض في الواقع
مراقبة الأنشطة	registre d'évaluation des activités	activity monitoring	تسجيل ما يفعله المريض ساعة بساعة
جدولة الأنشطة	planification des activités	activity scheduling	تخطيط أنشطة مسبقا في أوقات محددة
المتعة والإنجاز	plaisir et maîtrise	pleasure and mastery	تقديران لكل نشاط: كم أمتع، وكم أشعر بالإنجاز
التنشيط السلوكي	activation comportementale	behavioral activation	زيادة الأنشطة المجزية لكسر حلقة الخمول
المهام المتدرجة	–	graded task assignment	تقسيم المهمة الصعبة إلى خطوات صغيرة
التجنب	évitement	avoidance	الابتعاد عن المواقف المخيفة، فيبقى الخوف
سلوكيات الأمان	comportements de sécurité	safety behaviors	احتياطات تمنع اختبار المخاوف
التعرض	exposition	exposure	مواجهة المثير المخيف بانتظام حتى يقل الخوف
التعرض في الواقع	exposition in vivo	in vivo exposure	تعرض للموقف الحقيقي
التعرض بالتخيل	exposition en imagination	imaginal exposure	تعرض للموقف في الخيال
التعرض الداخلي	exposition intéroceptive	interoceptive exposure	تعرض للأحاسيس الجسدية المخيفة
سلم التعرض	hiérarchie d'exposition	exposure hierarchy	ترتيب المواقف من الأقل إثارة للضيق إلى الأكثر
درجة الضيق	–	subjective units of distress (SUDS)	تقدير ذاتي للضيق من 0 إلى 100
التعود	habituation	habituation	تناقص الاستجابة مع تكرار التعرض
منع الاستجابة	prévention de la réponse	response prevention	الامتناع عن الطقس أو سلوك الأمان أثناء التعرض
الإغراق	–	flooding	تعرض فوري لأعلى درجات السلم

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
حل المشكلات	résolution de problèmes	problem solving	خطوات منظمة لإيجاد حل وتطبيقه
العلاج بحل المشكلات	thérapie de résolution de problèmes	problem-solving therapy (PST)	علاج يعلم مهارات حل المشكلات (D'Zurilla و Nezu)
حل المشكلات المخطط	–	planful problem solving	التحديد، والبدائل، والقرار، والتنفيذ، والتحقق
التوجه نحو المشكلة	–	problem orientation	موقف الشخص من المشكلات وقدرته على حلها
الاسترخاء	relaxation	relaxation	تقنيات لخفض التوتر الجسدي
لعب الأدوار	jeu de rôle	role play	تمثيل موقف في الجلسة للتدرب عليه
تأكيد الذات	affirmation de soi	assertiveness	التعبير عن الرأي والحق باحترام
التفسير الكارثي للأحاسيس الجسدية	–	catastrophic misinterpretation of bodily sensations	عدّ إحساس جسدي عادي علامة خطر داهم
تقدير الذات	estime de soi	self-esteem	حكم الشخص الكلي على قيمته
الخط الأسفل	–	the Bottom Line	المعتقد السلبي المركزي عن الذات عند Fennell
التنبؤات القلقة	–	anxious predictions	توقع أن يظهر الخط الأسفل في موقف قادم
النقد الذاتي	autocritique	self-criticism	لوم النفس القاسي بعد الخطأ
التحليل البعدي	méta-analyse	meta-analysis	تجميع نتائج دراسات كثيرة إحصائيا
التجربة العشوائية المضبوطة	essai contrôlé randomisé	randomized controlled trial (RCT)	دراسة توزع المشاركين عشوائيا على علاجين أو أكثر
الفعالية في البحوث المضبوطة	efficacité	efficacy	نتيجة العلاج في شروط البحث
الفعالية في الممارسة العادية	–	effectiveness	نتيجة العلاج في العيادة اليومية
الانتكاس	rechute	relapse	عودة الأعراض بعد التحسن
التكييف الثقافي	adaptation culturelle	cultural adaptation	تعديل العلاج ليوافق ثقافة المريض
الموجة الثالثة	troisième vague	third wave	علاجات تغير علاقة الشخص بأفكاره لا محتواها
اليقظة الذهنية	pleine conscience	mindfulness	انتباه للحاضر دون حكم
العلاج بالقبول والالتزام	thérapie d'acceptation et d'engagement	acceptance and commitment therapy (ACT)	قبول الخبرة الداخلية والعمل وفق القيم

العربي	الفرنسي	الإنجليزي	التعريف
العلاج السلوكي الجدلي	thérapie comportementale dialectique	dialectical behavior therapy (DBT)	علاج يجمع القبول والتغيير، وُضع للشخصية الحدية
العلاج بالمخططات	thérapie des schémas	schema therapy	علاج يستهدف المخططات المبكرة غير التكيفية
التعلم الكابح	–	inhibitory learning	تعلم معنى آمن جديد بجانب ذاكرة الخوف القديمة
إشارات الأمان	–	safety signals	ما يطمئن المريض فيبقي خوفه، كالبقاء قرب مستشفى
حجم الأثر	–	effect size	مقدار الفرق بين العلاج والمقارنة برقم واحد
لعب الأدوار العقلي الانفعالي	–	intellectual–emotional role play	حوار بين «القلب» و«العقل» لإضعاف المعتقد القديم
قواعد العيش	–	rules for living	قواعد تحمي من «الخط الأسفل» عند Fennell
السجل اليومي للأفكار المختلة	–	Daily Record of Dysfunctional Thoughts	سجل بيك الأول بخمسة أعمدة (1979)

جدول 10: مسرد المصطلحات: عربي وفرنسي وإنجليزي

المصدر: ورقة المصطلحات، والتعريفات من تصميمنا على مراجع السند.

بوابة الصحة النفسية psyencharge.com

المراجع

تنبيه: الصفحات في السند كله صفحات مطبوعة. وطبعة Judith Beck الثالثة في المكتبة ملف PDF محوَّل بلا أرقام مطبوعة، فحُوِّلت صفحاته إلى الصفحات المطبوعة بعلامات الصفحات التي في نسخة EPUB من الطبعة نفسها. وما ليس له رقم مطبوع (epub بلا صفحات) يُحال إليه بالفصل.

ما غاب عن المكتبة:

- **نصوص إليس الأصلية:** لا «Reason and Emotion in Psychotherapy» ولا غيره. فإليس كله معروض من Corey (الفصل 10) ومن DiGiuseppe وDoyle (Dobson وDozois، الفصل 8).
- **دليل خاص بالتنشيط السلوكي** (مثل Martell وزملائه) **وكتاب خاص بالتعرض:** عُرضا من فصولهما عند Judith Beck، وPadesky وGreenberger، وCraske وBarlow، وCorey، وMcManus. وتاريخ التنشيط السلوكي (Lewinsohn، وMartell وزملاؤه) منقول عن Padesky وGreenberger.
- **كتابا Aaron Beck في المكتبة مصوّران بلا طبقة نص** (1979 و1985)، فقُرئت صفحاتهما المستعملة بالصورة. ولا يوجد كتابه «العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية» (1976) ولا «الاكتئاب» (1967).
- **نصوص Pavlov وSkinner وWolpe الأصلية:** العرض من Corey وINSERM وMcManus.
- **كتاب Bouvet** مقتطف من 14 صفحة (الفهرس والمقدمة)، فاستُعمل فهرسه وحده.
- **مرجع عربي مؤلَّف في العلاج المعرفي السلوكي:** لا يوجد في المكتبة. المرجع العربي الوحيد ترجمة كتاب Hofmann.
- **مقاييس التشوهات المعرفية** التي يسأل عنها الطلبة: ليست في المكتبة.

كتب Aaron Beck وJudith Beck

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York : Guilford Press. نسخة مصوّرة، والمقدمة يُحال إليها بالاسم.

Beck, A. T. & Emery, G., with Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias : A Cognitive Perspective*. New York : Basic Books. نسخة مصوّرة.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy : Basics and Beyond* (2nd ed.). New York : Guilford Press.

Beck, J. S. (2021). *Cognitive Behavior Therapy : Basics and Beyond* (3rd ed.). New York : Guilford Press.

كتب ودلائل أخرى

Bouvet, C. (2014). *Introduction aux thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Dunod. : مقتطف الفهرس والمقدمة.

Burns, D. D. (1999). *Feeling Good : The New Mood Therapy* (revised ed.). New York : Harper. epub، يُحال بالفصل. الطبعة الأولى 1980.

Corey, G. (2017). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (10th ed.). Boston : Cengage Learning. الفصلان 9 و10.

Craske, M. G. & Barlow, D. H. (2022). *Mastery of Your Anxiety and Panic : Therapist Guide* (5th ed.). New York : Oxford University Press.

Fennell, M. J. V. (1999). *Overcoming Low Self-Esteem : A Self-Help Guide Using Cognitive Behavioral Techniques*. London : Robinson. يُحال بالفصل.

Greenberger, D. & Padesky, C. A. (2016). *Mind Over Mood : Change How You Feel by Changing the Way You Think* (2nd ed.). New York : Guilford Press.

Hofmann, S. G. (2012). *العلاج المعرفي السلوكي المعاصر: الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية* (ترجمة مراد علي عيسى). القاهرة : دار الفجر. الأصل: *An Introduction to Modern CBT* (Wiley، 2012). نسخة مصوّرة.

INSERM (2004). *Psychothérapie : trois approches évaluées*. Paris : Éditions INSERM (Expertise collective). الفصل 7 «Présentation de l'approche cognitivo-comportementale» والفصل 8 «Études d'évaluation de l'approche cognitivo-comportementale».

Leahy, R. L. (2017). *Cognitive Therapy Techniques : A Practitioner's Guide* (2nd ed.). New York : Guilford Press.

McManus, F. (2022). *Cognitive Behavioural Therapy : A Very Short Introduction* (2nd ed.). Oxford : Oxford University Press. epub، يُحال بالفصل.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. & D'Zurilla, T. J. (2013). *Problem-Solving Therapy : A Treatment Manual*. New York : Springer.

Padesky, C. A. & Greenberger, D. (2020). *The Clinician's Guide to CBT Using Mind Over Mood* (2nd ed.). New York : Guilford Press.

فصول في كتب محررة

DeRubeis, R. J., Keefe, J. R. & Beck, A. T. (2019). Cognitive therapy. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (4th ed., pp. 218-248). New York : Guilford Press.

DiGiuseppe, R. A. & Doyle, K. A. (2019). Rational emotive behavior therapy. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (4th ed., pp. 191-217). New York : Guilford Press.

Dobson, K. S., McEpplan, A. M. & Dobson, D. (2019). Empirical validation and the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (4th ed., pp. 32-63). New York : Guilford Press.

Dozois, D. J. A., Dobson, K. S. & Rnic, K. (2019). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (4th ed., pp. 3-31). New York : Guilford Press. المنقول Norcross (2010)و Prochaska ومنه قول في المحور 1.

Fruzzetti, A. E., McLean, C. & Erikson, K. M. (2019). Mindfulness and acceptance interventions in cognitive-behavioral therapy. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (4th ed., pp. 271-296). New York : Guilford Press.

Kazantzis, N. (2005). Introduction and overview. In N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan & L. L'Abate (Eds.), *Using Homework Assignments in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 1-8). New York : Routledge.

Kazantzis, N., Deane, F. P., Ronan, K. R. & Lampropoulos, G. K. (2005). Empirical foundations. In N. Kazantzis, F. P. Deane, K. R. Ronan & L. L'Abate (Eds.), *Using Homework Assignments in Cognitive Behavior Therapy* (pp. 35-60). New York : Routledge.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Hays, A. M. (2019). Emotion-centered problem-solving therapy. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (4th ed., pp. 171-190). New York : Guilford Press.

Pantalone, D. W., Iwamasa, G. Y. & Martell, C. R. (2019). Affirmative cognitive-behavioral therapy with culturally diverse populations. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (4th ed., pp. 464-490). New York : Guilford Press.

Persons, J. B., Brown, C. L. & Diamond, A. (2019). Case formulation-driven cognitive-behavioral therapy. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (4th ed., pp. 145-170). New York : Guilford Press.

Persons, J. B. & Tompkins, M. A. (2022). Cognitive-behavioral case formulation. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (3rd ed., pp. 252-286). New York : Guilford Press.

روابط للتعمق

من بوابة الصحة النفسية:

- العلاج المعرفي السلوكي (CBT): كيف يعمل، وأهم تقنياته، وما تقوله الأدلة عن فعاليته: https://psyencharge.com/العلاج-المعرفي-السلوكي/
- العلاج المعرفي لآرون بيك: المبادئ، التطبيقات، والحالة العملية: https://psyencharge.com/العلاج-المعرفي-لآرون-بيك-المبادئ،-الت
- إيفان بافلوف والإشراط الكلاسيكي: https://psyencharge.com/الإشراط-الكلاسيكي/

- تعرف على التشوهات المعرفية: https://psyencharge.com/تعرف-على-التشوهات-المعرفية/
- التفكير الكارثي: https://psyencharge.com/التفكير-الكارثي/
- الاستجواب السقراطي في العلاج المعرفي السلوكي: https://psyencharge.com/الاستجواب-السقراطي-العاج-المعرفي/
- إعادة الهيكلة المعرفية: https://psyencharge.com/إعادة-الهيكلة-المعرفية/
- تقنية السهم النازل: https://psyencharge.com/العلاج-بالاستراتيجيات-الماوراء-المع/
- العلاج بالتعرض: https://psyencharge.com/العلاج-بالتعرض/
- العلاج بالتعرض التدريجي: كيف تبني سلم مخاوفك وتصعده؟: https://psyencharge.com/العلاج-بالتعرض-التدريجي/
- العلاج بالتعرض ومنع الاستجابة: https://psyencharge.com/العلاج-بالتعرض-ومنع-الاستجابة/
- استراتيجية حل المشكلات في العلاج النفسي: https://psyencharge.com/استراتيجية-حل-المشكلات/
- علاج الاكتئاب: https://psyencharge.com/علاج-الاكتئاب/
- تقدير الذات في العلاج المعرفي للاكتئاب: https://psyencharge.com/تقدير-الذات-العلاج-المعرفي-للاكتئاب/
- نوبات الهلع ورهاب الخلاء: https://psyencharge.com/نوبات-الهلع-ورهاب-الخلاء/
- استراتيجيات التغلب على نوبات الهلع: https://psyencharge.com/نوبات-الهلع/
- تقدير الذات المنخفض: https://psyencharge.com/تقدير-الذات-المنخفض/
- جلد الذات: https://psyencharge.com/جلد-الذات/
- الرهاب الاجتماعي: https://psyencharge.com/الرهاب-الاجتماعي/
- اضطراب القلق المعمم: https://psyencharge.com/اضطراب-القلق-المعمم/
- الأرق المزمن: https://psyencharge.com/الأرق-المزمن/
- العلاج بالقبول والالتزام: https://psyencharge.com/العلاج-بالتقبل-والالتزام/

- العلاج السلوكي الجدلي: https://psyencharge.com/العلاج-السلوكي-الجدلي/
- تقنية اليقظة الذهنية: https://psyencharge.com/تقنية-اليقظة-الذهنية/
- العلاج الإنساني في علم النفس: https://psyencharge.com/العلاج-الإنساني-في-علم-النفس/

ملخصات كتب وأدوات:

- ملخص «أعد ابتكار حياتك»: https://psyencharge.com/book-summaries/ملخص-كتاب-أعد-ابتكار-حياتك/
- ملخص «اخرج من عقلك وادخل إلى حياتك»: https://psyencharge.com/book-summaries/ملخص-كتاب-اخرج-من-عقلك-وادخل-إلى-حياتك/
- مقياس PHQ-9 للاكتئاب: https://psyencharge.com/tools/مقياس-phq-9-للاكتئاب/
- مقياس GAD-7 للقلق: https://psyencharge.com/tools/مقياس-gad-7-للقلق/
- مقياس روزنبرغ لتقدير الذات: https://psyencharge.com/tools/مقياس-روزنبرغ-لتقدير-الذات/

من سندات البوابة:

- كل السندات: https://psyencharge.com/sanadat/