



المعتقدات الدينية كإطار لإعادة البناء المعرفي: نحو نموذج تكاملي في العلاج السلوكي المعرفي  
*Religious Beliefs as a Framework for Cognitive Restructuring: Towards an Integrative Model in Cognitive Behavioral Therapy*

داود حكيمة

hakima.daoud@univ-tlemcen.dz

تاريخ النشر: 2025/12/15  
Received: 24/09/2025

تاريخ الاستلام: 2025/09/24  
published: 15/12/2025

ملخص المقال:

يهدف هذا المقال إلى اقتراح نموذج نظري تكاملي في العلاج السلوكي المعرفي، يقوم على دمج المعتقدات الدينية كإطار لإعادة البناء المعرفي وتغيير السلوك. وينطلق من مراجعة الأدبيات التي تؤكد دور البعد الديني في تفسير المعاناة النفسية وتعزيز التحالف العلاجي. يوفر النموذج المقترح إطاراً علاجياً أكثر ملاءمة للمجتمعات العربية والإسلامية، خاصة في التعامل مع اضطرابات مثل الاكتئاب، القلق، والخوف، والوسواس القهري. وتوصلت الدراسة إلى ضرورة إجراء أبحاث تطبيقية بينية لاختبار فاعلية هذا التكييف في الممارسة الإكلينيكية.

**كلمات مفتاحية:** العلاج السلوكي المعرفي، التحالف العلاجي، المعتقدات الدينية، إعادة البناء المعرفي

**Abstract:**

This article aims to propose an integrative theoretical model of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) that incorporates religious beliefs as a framework for cognitive restructuring and behavioral adjustment. It builds on existing literature highlighting the role of religion in interpreting psychological distress and strengthening the therapeutic alliance. The proposed model offers a culturally sensitive framework tailored to Arab-Islamic contexts, particularly in addressing disorders such as depression, anxiety, fear, and obsessive-compulsive disorder. The article concludes by emphasizing the need for interdisciplinary empirical studies to examine the effectiveness of this adaptation in clinical practice.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy; therapeutic alliance; religious beliefs; Cognitive Restructuring

## مقدمة:

في السنوات الأخيرة أصبح العلاج السلوكي المعرفي (CBT) من أكثر النماذج العلاجية التي يلجأ إليها المعالجين في علم النفس الإكلينيكي. فهو يقوم على فكرة رئيسية هي أن الأفكار والانفعالات والسلوكيات مترابطة، وأن تعديل الأفكار المشوهة يؤدي إلى تحسين الحالة الانفعالية للمريض وبالتالي تغيير سلوكه. وقد أثبتت المراجعات والتجارب الإكلينيكية المتعددة فعالية CBT في علاج الاكتئاب، القلق، واضطرابات أخرى (Costa و Moreira، 2022). ورغم قوته العلمية والسريرية، قد لا يحتفظ العلاج السلوكي المعرفي بنفس الفعالية عند نقله إلى سياقات ثقافية ودينية مغايرة لبيئته التي نشأ فيها. فقد بينت دراسة (Al-Krenawi و Graham، 2000) أن غياب التكيف الثقافي في التدخلات النفسية، ومنها العلاج السلوكي المعرفي، يضعف من فاعليتها في المجتمعات الأخرى. كما أظهرت دراسة (Hodge و Nadir، 2008) أن إدماج القيم والمعتقدات الدينية ضمن الجلسات العلاجية ساعد على رفع مستويات الالتزام والرضا العلاجي مقارنة بالطريقة التقليدية في العلاج. فغياب البعد الديني في التدخل العلاجي قد يخلق فجوة كبيرة بين المعالج والمريض، مما يضعف من فاعلية العملية العلاجية ما يؤدي إلى ضعف الالتزام وربما الانسحاب المبكر من الجلسات، وهذا ما توصلت إليه دراسة (Hook، Worthington و Davis، 2010) حيث وجد أن الاعتراف بالبعد الديني داخل الجلسة العلاجية يساهم في تحسين التحالف العلاجي ويزيد من مصداقية التدخل في نظر المريض. فبمجرد فتح مساحة لحديث المريض عن دينه أو قيمه الروحية فإن هذا عزز الثقة والتعاون بين الطرفين. كما أثبتت دراسة مقارنة أجراها كل من (Nelson، Pearce، Koenig، و Bellin، 2015) على عينة من المرضى يعانون أمراضاً مزمنة حيث قام باستخدام CBT المكيف دينياً توصل أن مستويات الالتزام والرضا عند هذه العينة كان أعلى مقارنة بالعينة التي استخدم معها النسخة التقليدية. فالمعتقدات الدينية ليست مجرد موروث ثقافي لدى المجتمعات الإسلامية بل تدخل في صميم البنية المعرفية التي يستند إليها الأفراد في تفسير معاناتهم. فالدراسات التي تناولت المجتمعات الإسلامية كشفت أن الاضطرابات النفسية غالباً ما تُفهم ضمن إطار ديني كابتلاء أو قضاء وقدر، الأمر الذي يؤثر مباشرة في مدى تقبل الأفراد للتدخلات العلاجية (Lowe، Siddiqui، و Dickens، 2023). فقد أظهر (عبد الحميد، 2017) أن توظيف الروحانيات الصوفية في علاج اضطرابات ما بعد الصدمة يوفر مصدراً فعالاً لإعادة بناء المعنى وتعزيز القدرة على التحمل النفسي، حيث ساعد المرضى على تحويل معاناتهم من تجربة تهديدية إلى فرصة للنمو وإعادة بناء الذات. فالمؤمن يعلم يقيناً أن ما كُتب له في علم الله لا بد أن يحصل، ولا مفرّ منه، سواء كان خيراً أم شراً. وهذا يظهر جلياً في الخطاب القرآني، وأوضح آية في هذا السياق قول الله تعالى: ﴿مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِنْ قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا ۚ إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ﴾ (الحديد: 22). فهذه الآية تُسري على قلب المؤمن وتخفف عنه وطأة الحياة الدنيا، وتكسبه من القوة النفسية ما يواجه به التحديات التي تقف دون أمنه واستقراره. ولذلك نجد الآية التي تليها تُبيّن الغاية من هذا المعنى، حيث يقول تعالى:

﴿لِكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ ۚ وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ﴾ (الحديد: 23). (عبادي ورنيني، 2025) وعليه فالتجربة الدينية يمكن أن تكون داعمة لإعادة بناء المعنى وتعزيز القدرة على التحمل النفسي. وبناء على ما تم مناقشته، يمكن صياغة إشكالية هذا البحث على النحو الآتي:

كيف يمكن بناء نموذج علاجي متكامل لإعادة البناء المعرفي يدمج المعتقدات الدينية كمصدر معرفي وسلوكي، مع الحفاظ على صرامة العلاج السلوكي المعرفي وزيادة قبوله وفعاليتها في المجتمعات الإسلامية؟  
أهداف البحث

- إبراز دور المعتقدات الدينية في تفسير الاضطرابات النفسية والتخفيف من حدّتها.
- تحديد الطرق المناسبة لدمج البعد الديني داخل تقنيات العلاج السلوكي المعرفي.
- اقتراح نموذج نظري يوفّق بين مبادئ العلاج السلوكي المعرفي والمرجعية الدينية.
- صياغة توصيات لبحوث مستقبلية تختبر فعالية هذا الدمج عملياً.

## ماهية العلاج السلوكي المعرفي:

### 1.2 التطور التاريخي للعلاج السلوكي المعرفي:

نشأ العلاج السلوكي المعرفي (CBT) في ستينيات القرن العشرين على يد آرون بيك (Beck A. , 1979) ، حيث لاحظ أن مرضى الاكتئاب يعانون من أنماط تفكير سلبية متكررة، أسماها التشوهات المعرفية. هذه التشوهات، مثل التعميم المفرط أو التفكير الثنائي، والتي كانت تقود إلى انفعالات سلبية وسلوكيات غير تكيفية لدى الفرد، هي السبب الرئيسي لحدوث الاضطرابات النفسية لديه ما دفعه لتطوير تقنيات لإعادة البناء المعرفي تهدف إلى تحدي تلك الأفكار والعمل على تغييرها لدى المريض واستبدالها بأفكار أكثر واقعية وتوازناً. مما يمكن الفرد من إدراك العلاقة بين أفكاره ومشاعره وسلوكياته، وبالتالي تعزيز قدرته على التحكم في استجاباته الانفعالية والتكيف مع الضغوط الحياتية بشكل أفضل. وقد مرّ العلاج السلوكي المعرفي بثلاث موجات رئيسية:

#### الموجة الأولى: السلوكية من 1940 إلى 1960

تميزت هذه المرحلة بالتركيز على السلوك الظاهر وعملت على تغييره بالاعتماد على التعلم الشرطي الكلاسيكي عند بافلوف والتعلم الإجرائي عند سكينر. استُخدمت تقنيات مثل التعرض التدريجي والتعزيز الإيجابي لعلاج الرهاب واضطرابات القلق، مع اعتماد صارم على الملاحظة والتجريب. ورغم نجاحها في معالجة بعض الاضطرابات السلوكية، إلا أنه وجهت إليها العديد من الانتقادات أهمها إهمال العمليات المعرفية الداخلية التي لها دور كبير في تشكيل المعاناة النفسية. (Beck J. , 2011)

#### الموجة الثانية: العلاج المعرفي السلوكي (1960-1980)

جاءت هذه الموجة كردّ على محدودية المدرسة السلوكية التي أهملت البعد العقلي، حيث حاول روادها دمج بين مبادئ السلوك والعمليات المعرفية. ركّزت على دور الأفكار والمعتقدات في تشكيل المشاعر والسلوكيات، فظهرت نماذج مثل العلاج العقلاني الانفعالي لإليس والعلاج المعرفي لبيك. اعتمدت هذه الموجة على تقنيات مثل إعادة البناء المعرفي، وتحدي الأفكار غير المنطقية، والتدريب على مهارات المواجهة، مما جعلها أكثر شمولاً في علاج الاكتئاب والقلق واضطرابات الشخصية مقارنة بالموجة الأولى.

#### الموجة الثالثة: العلاجات السلوكية المعاصرة (منذ التسعينيات إلى يومنا هذا)

جاءت هذه الموجة كنتطور طبيعي لما سبقها، حيث رأت أن التركيز الحصري على تعديل الأفكار أو السلوكيات غير كافٍ، خصوصاً مع الاضطرابات المزمنة والمعقدة. لذلك انتقلت نحو مفهوم القبول والوعي باللحظة الحاضرة، مستفيدة من تقنيات اليقظة الذهنية. ومن أبرز نماذجها: علاج بالقبول والالتزام (ACT) الذي يركز على التعايش مع الأفكار والمشاعر السلبية بدل مقاومتها، والعلاج الجدلي السلوكي

(DBT) الذي طوّره لاينهان لعلاج اضطراب الشخصية الحدية من خلال مزيج بين مهارات السلوك والقبول، والعلاج المعرفي السلوكي المعتمد على اليقظة الذهنية (MBCT) الذي أثبت فعالية في منع الانتكاسات الاكتئابية.

تركز هذه الموجة على تنمية المرونة النفسية، وتعزيز القيم الشخصية، وتحقيق التوازن بين القبول والتغيير، مما جعلها ذات فاعلية أكبر مع الاضطرابات المعقدة مثل الإدمان، الاكتئاب المقاوم، واضطرابات الشخصية، إلى جانب دورها في تعزيز الصحة النفسية الإيجابية بشكل عام. (Worthington, Hook, و Davis, 2010).

## 2.2 أسس العلاج السلوكي المعرفي

### 1. الأسس النظرية

يرتكز العلاج السلوكي المعرفي على جملة من المبادئ النظرية التي تشكل الإطار المرجعي له، ومن أبرزها: الترابط الثلاثي بين الأفكار والانفعالات والسلوكيات: يقوم النموذج على ما يُعرف بـ المثلث المعرفي، حيث يُنظر إلى الأفكار باعتبارها محدّداً أساسياً للمزاج والسلوك. يؤدي أي خلل معرفي (مثل التفسيرات السلبية أو التعميمات المفرطة) إلى اضطراب في الانفعال ثم السلوك، وبالتالي فإن التدخل في أحد هذه المكونات ينعكس بالضرورة على المكونين الآخرين (Beck A., 1979) (Beck J., 2011).  
المعتقدات الجوهرية والتشوهات المعرفية: يرى النموذج أن الأفكار التلقائية السلبية ليست عشوائية، بل تنبثق من معتقدات أساسية غير تكيفية مثل: "أنا عديم القيمة" أو "يجب أن يحبني الجميع". وتؤثر هذه المعتقدات بشكل مباشر في استجابات الفرد الانفعالية والسلوكية، مما يستدعي استهدافها في العملية العلاجية عبر الكشف وإعادة البناء.

التعلم السلوكي: يعتمد العلاج على مبادئ الاشتراط الكلاسيكي (بافلوف) والتعلم الإجرائي (سكينر) لتفسير نشأة السلوكيات غير التكيفية واستمرارها، مثل تجنّب المواقف المثيرة للقلق الذي يعزز الخوف على المدى الطويل. لذلك يشكّل كل من التعرض التدريجي والتعزيز عناصر أساسية في البرنامج العلاجي.

الطابع التعاوني والموجه نحو الحاضر: يتميز العلاج السلوكي المعرفي بكونه قصير المدى نسبياً، محدد الأهداف، ويرتكز على تعاون فعال بين المعالج والمريض في تحديد المشكلات، وصياغة الفرضيات، ووضع خطط التدخل. كما يركّز على الحاضر وتداعياته، دون إهمال العوامل التاريخية أو التنموية التي قد تؤثر في المشكلات الراهنة (Beck J., 2020).

### 2. الفنيات العلاجية:

يستخدم العلاج السلوكي المعرفي مجموعة متنوعة من الفنيات العلاجية المترابطة، أهمها: إعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring): تهدف إلى التعرف على الأفكار التلقائية غير التكيفية، واختبارها مقابل الأدلة الواقعية، ومن ثم استبدالها ببدائل أكثر توازناً وواقعية.

التعرض التدريجي (Graduated Exposure): يُستخدم لعلاج اضطرابات القلق والرهاب من خلال تعريض المريض تدريجياً للمثيرات المخيفة، مما يؤدي إلى تراجع الاستجابات القلقة عبر آلية الإطفاء.

التجارب السلوكية (Behavioral Experiments): توظيف مواقف حياتية مخطّط لها لاختبار صحة الفرضيات المعرفية للمريض، بهدف تعديل قناعاته من خلال الخبرة المباشرة.

تدريب المهارات (Skills Training): يشمل التدريب على حل المشكلات، وتنظيم الانفعالات، ومهارات التواصل الفعال، بما يزوّد المريض بأدوات عملية للتكيف مع الضغوط.

الواجبات المنزلية (Homework Assignments): تُعد جزءًا جوهريًا في العلاج، إذ تتيح للمريض تطبيق ما يكتسبه داخل الجلسة في حياته اليومية، وتعزز الاستقلالية وتحمل المسؤولية عن التغيير (Beck J., 2020).

## الدين كإطار معرفي-وجداني في العلاج السلوكي المعرفي

### 1.3 مكانة المعتقدات الدينية في تفسير المعاناة النفسية:

في السياقات الدينية، لا تفهم المعاناة النفسية دائما من منظور إكلينيكي بحت؛ بل غالبا ما تقرأ من خلال شبكة من المعتقدات والمعاني التي تشكل جزءا من البنية المعرفية للمريض. هذه المعتقدات تعمل كأسس تفسيرية تولّد الأفكار التلقائية وتوجّه الاستجابات الانفعالية والسلوك (Lowe, Siddiqui, و Dickens, 2023) فعلى سبيل المثال، قد ينظر إلى الفشل أو المرض باعتباره ابتلاء أو زيف عن الطريق المستقيم، وهو ما ينعكس مباشرة على كيفية تعامل الفرد مع الألم أو الحيبة.

فالمعتقدات الدينية يمكن أن تمثل مصدرا معرفيا وجدانيا مهما في خطوات إعادة البناء المعرفي ضمن العلاج السلوكي المعرفي فالآية الكريمة: «قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ» (الزمر: 53) تقدّم بديلا معرفيا يوازن بين الشعور بالذنب وإمكانية التغيير، بما يتجاوز مشاعر اليأس المطلق. من منظور العلاج السلوكي المعرفي، مثل هذه الآية يمكن أن تعمل كمرجع معرفي يساعد المريض على تحدي أفكار سلبية من قبيل (أنا مذنب بلا أمل)، وإعادة صياغتها نحو رؤية أكثر واقعية وافتتاحا على التعافي

### 2.3 الدين كإطار للمعنى والروحانية كمصدر للصبر:

يُعدّ الدين ركيزة أساسية تمنح الفرد قوة نفسية واجتماعية في مواجهة الشدائد. فعندما ينظر المريض إلى معاناته باعتبارها ابتلاء أو اختبار، يتحول وقع التجربة من عبء يسبب المرض والارهاق للعميل إلى معنى واسع يتجاوز هذا التفكير الضيق. ويستمد من الآيات الكريمة: ﴿فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا (٥) إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا (٦)﴾ [الشرح: 5 6] رسالة عميقة تخرجه من دائرة اليأس؛ فهي لا تنكر وجود الصعوبة، لكنها تفتح باب الأمل وتؤكد أن الضيق يمكن أن يكون بابا للفرج. ومن ناحية العلاج السلوكي المعرفي، يمكن النظر إلى هذا المعنى كصورة من إعادة التقييم المعرفي، حيث تُعاد صياغة التجربة لا كنهاية حتمية، بل كمرحلة قابلة للتغيير.

وبالمثل، تُقدّم الآية: ﴿لَا يَكْلِفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا﴾ [البقرة: 286] مبدأ مطمئنا يساعد على مواجهة المبالغة في التوقعات أو الخوف من العجز. ففي الجلسة العلاجية، يمكن استحضار هذا المبدأ لمساندة المريض في تحدي أفكاره التلقائية مثل: (أنا عاجز) أو (لن أستطيع)، وذلك بالاستناد إلى مرجعية ذات معنى عميق بالنسبة له. هذا ما نجده في تقنية اختبار الأدلة في العلاج السلوكي المعرفي، حيث يُطلب من المريض مراجعة مدى واقعية معتقداته، وهنا ومع إضافة بعد ديني سيمنحه شعورا أكبر بالقبول والاطمئنان تجاه البديل المعرفي.

### 3.3 أثر استخدام البعد الديني على التحالف العلاجي

يقوم التحالف العلاجي على ثقة المراجع في أن المعالج يفهم مرجعيته ويقدر قيمه، ويُعدّ الاعتراف الصريح بالبعد الديني في الجلسة داعما أساسيا لبناء هذه الثقة. فعندما يدرك المراجع أن معالجه يحترم مبادئه، يزداد انفتاحه على التعاون ويصبح أكثر استعدادا لتجريب بدائل معرفية جديدة. وقد أشار (Hook, Worthington, و Davis, 2010) إلى أن إدماج العناصر الدينية والروحانية المناسبة في البرامج العلاجية ارتبط بارتفاع مستويات المشاركة والالتزام لدى المستفيدين. كما أوضح (عبد الحميد، 2017) هذا التوجّه، مبينا أن دمج

البعد الروحاني في العلاج يسهم في تعزيز تقبل التدخل العلاجي وزيادة التزام المراجعين بخطط العلاج، وهو ما ينعكس إيجاباً على قوة التحالف العلاجي وعلى تعزيز الصمود النفسي.

فعلى سبيل المثال، يمكن استدعاء الآية القرآنية: «قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَى أَنْفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ» (الزمر: 53) عند التعامل مع الأفكار التلقائية المرتبطة بالذنب واليأس من التغيير. ففي سياق العلاج السلوكي المعرفي، لا يُستحضر النص بوصفه وعظاً دينياً، بل كإطار معرفي بديل يساعد المراجع على تحدي فكرة مشوّهة مثل: «أنا فاشل بلا أمل»، واستبدالها بصيغة أكثر توازناً مثل: «أخطئ أحياناً، لكن باب الرحمة مفتوح دائماً». هذه العملية تمثل إعادة بناء معرفي (Cognitive Restructuring) مكيفاً مع المرجعية الثقافية والدينية للمريض.

## استراتيجيات دمج الدين في العلاج السلوكي المعرفي:

### 1.3 استراتيجية إعادة التقييم المعرفي بالمعنى الإيماني

في هذا المستوى، يُستدعى المرجع القرآني لتعديل التشوهات المعرفية، مثل التعميم المفرط أو اليأس من التغيير. فعلى سبيل المثال، قد تسبب على المريض فكرة: «لن أتجاوز معاناتي أبداً» فباستحضار قوله تعالى: «وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ» (البقرة: 216). يصبح من السهل إعادة صياغة الفكرة السلبية عبر إدخال بعد جديد: أن ما يبدو معاناة قد ينطوي على إمكانية للنمو أو منفعة خفية. ومن ثم تصبح إعادة البناء المعرفي أكثر اندماجاً في المنظومة الفكرية والروحية التي يؤمن بها المراجع، مما يجعل التغيير أكثر عمقاً وفعالية.

### 2.4 استراتيجية إعادة الهيكلة السلوكية المعرفية الموجهة بالطقوس الدينية:

تُستخدم الممارسات الدينية هنا كواجبات علاجية مقصودة. فالصلاة مثلاً ليست مجرد طقس تعبدي، بل يمكن النظر إليها كتمرين منتظم على التركيز والانتباه واليقظة، بما يقارب تقنيات Mindfulness في الموجة الثالثة من CBT. كذلك، الذكر وتلاوة القرآن يمكن أن يُوظفَا كآليات تهدئة انفعالية، خاصة في مواجهة القلق. ويجد هذا المنحى دعمه في قوله تعالى: «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (الرعد: 28)، حيث يُنظر إلى الذكر بوصفه أداة فاعلة لتحقيق السكينة وتقليل الاستشارة الانفعالية.

### 3.4 الاستراتيجية القيمية الكينونية الموجهة بالدين:

يعمل الدين كبوصلة قيمية تعيد توجيه الفرد نحو أهداف ذات معنى أبعد من التجربة الفردية للألم. هنا يتقاطع CBT مع مقاربات الموجة الثالثة التي تركز على القبول والقيم (ACT، DBT). على سبيل المثال، الآية: «فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا» (الشرح: 5-6) تعزز رؤية المريض للمعاناة كمرحلة انتقالية مؤقتة وليست نهاية مطلقة، بينما قوله تعالى: «وَمَا تَدْرِي نَفْسٌ مَادًّا تَكْسِبُ غَدًا» (لقمان: 34) يفتح المجال لتبني موقف معرفي-انفعالي أكثر مرونة تجاه المستقبل، في مواجهة القلق من المجهول. إدخال هذه القيم في البناء العلاجي يتيح للمريض أن يرى نفسه جزءاً من معنى أكبر، ما يعزز قدرته على التحمل ويدفعه للالتزام بالعلاج.

## النموذج القيمي الديني في العلاج السلوكي المعرفي (VR-CBT):

1.5 التقييم التشخيصي المبدئي: يبدأ العلاج بجلسات تقييم دقيقة تشمل تحديد الأفكار التلقائية والمعتقدات الغير تكيفية، مع تحديد المرجعية الدينية التي يعتمد عليها المريض في تفسير معاناته. حيث أن هذا التقييم يساعد المعالج على فهم كيف ينظر العميل إلى مرضه: هل

يراه مجرد اضطراب نفسي، أم ابتلاءً إلهياً، أم عقوبة على سبيل المثال، تقدم كمال وهو شاب يدرس في الجامعة لطلب العلاج من حالة نفسية يعاني منها منذ مدة وأثناء جلسات التشخيص لاحظ المعالج أنه كثيراً ما يكرر مقولة: «أنا أعاني لأن الله يعاقبني على أخطائي». هنا يتضح أن البنية المعرفية مشبعة بالبعد الديني، هذا التحديد يساعد المعالج على إدراك أن أي تدخل فعال يجب أن يأخذ في الاعتبار التفسير الديني الذي قدمه المريض

## 2.5 التثقيف النفسي المدمج بالمرجعية الدينية:

يُقدّم المعالج لكمال شرحاً مبسطاً للمثلث المعرفي (الأفكار - الانفعالات - السلوكيات)، لكنه يربطه بمفهوم قرآني. فعلى سبيل المثال، يمكن الاستعانة بقوله تعالى: «إِنَّ اللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّى يُغَيِّرُوا مَا بِأَنْفُسِهِمْ» (الرعد: 11)، لتوضيح أن التغيير يبدأ من الداخل، وأن تعديل الأفكار والسلوكيات هو خطوة عملية تتماشى مع التصور الديني. هذا الربط يعزز مصداقية النموذج ويجعل المريض أكثر استعداداً للانخراط في العملية العلاجية. وأكثر تقبلاً لفكرة أن السيطرة على أفكاره هي خطوة عملية تتفق مع إيمانه

## 3.5 إعادة البناء المعرفي باستخدام النصوص الدينية:

في هذه الخطوة، يستخدم المعالج القرآن كإطار معرفي لتحدي الأفكار التلقائية السلبية. على سبيل المثال، إذا قال كمال: «لن أستطيع أبداً تجاوز أزمي»، يمكن للمعالج أن يستدعي الآية: «وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَكُمْ» (البقرة: 216)، ليظهر أن ما يبدو مأزقاً قد ينطوي على منفعة أو دروس. هذا لا يفرض عليه، بل يُطرح كخيار يساعده على اختبار بديل معرفي أكثر توازناً، وهو ما يتوافق مع تقنية اختبار الأدلة في CBT. وفي مثال آخر قد يقول كذلك «قلقي دليل أنني ضعيف ولن أستطيع المواجهة»، يساعده المعالج على اختبار هذه الفكرة باستدعاء قوله تعالى: «لَا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا» (البقرة: 286). هنا يتعلم المريض أن قلقه ليس دليلاً على ضعفه المطلق، بل هو استجابة يمكن ضبطها بما يتناسب مع قدراته. ويعاد صياغة الفكرة لتصبح: «لدي صعوبات، لكني أملك الوسع الكافي للتعامل معها». هذا التبديل يخفف من حدة القلق ويمنحه شعوراً بالقدرة.

## 4.5 الواجبات السلوكية ذات البعد الديني:

يوضح المعالج لكمال أنه من المفيد جداً أن يغير نظرتة ومفهومه للعبادات وأنها يمكن أن تكون علاجاً له إن هو قام بها بطريقة فعالة ثم يقوم بتصميم الواجبات السلوكية لتنسجم مع الممارسات الدينية اليومية. فبدل أن يُطلب من كمال فقط ممارسة تمارين الاسترخاء، يمكن اقتراح أداء الصلاة بخشوع مع التركيز على التنفس والنية، بما يجعلها شبيهة بتقنية اليقظة الذهنية. مثال آخر: يُطلب منه تسجيل مستوى قلقه قبل وبعد تلاوة سورة قصيرة أو أذكار مسائية، لملاحظة تأثيرها المباشر على حالته الانفعالية. هذه التجربة تعزز الربط بين الممارسة الدينية والفائدة النفسية بطريقة عملية وملموسة.

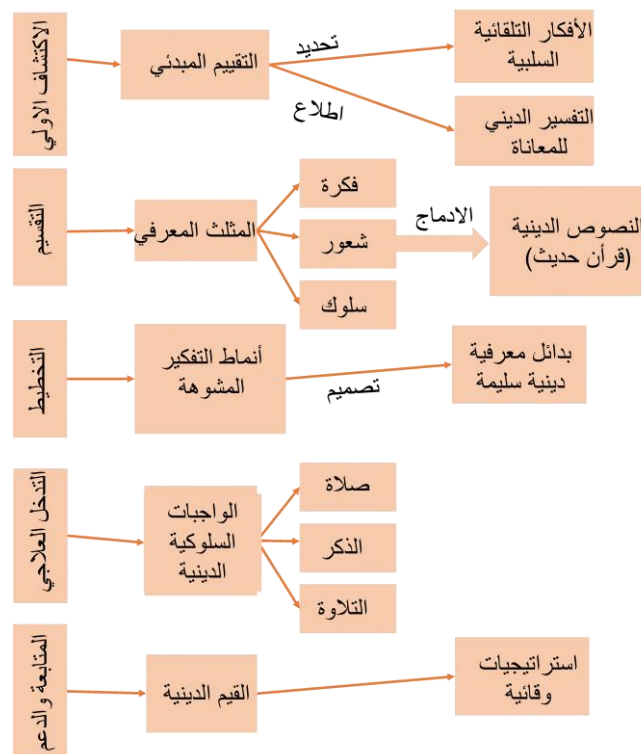
## 5.5 التوجيه القيمي وبناء المعنى:

في مرحلة متقدمة، يُشجّع كمال على تبني قيم حياتية منسجمة مع مبادئه الدينية، مثل الصبر، الإحسان، وتحمل المسؤولية. وهنا يمكن للمعالج استدعاء آيات قرآنية مثل: «وَيَبْشِرِ الصَّابِرِينَ» (البقرة: 155) ليوضح للمريض أن الصبر ليس مجرد تحمل سلبي أو فضيلة دينية، بل إطار يساعده على التعايش مع الضغوط. كما يمكن أن يُوجَّهه للقيام بزيارات عائلية من أجل أن يعزز ثقته بنفسه ويخرجه من دائرة الانعزال ويشجعه على الاندماج الاجتماعي الإيجابي من خلال استدعاء فضيلة صلة الأرحام وبالتالي لم يعد هذا السلوك مجرد تحدٍ شخصي، بل فرصة لممارسة قيمة صلة الرحم التي تحظى بمكانة دينية عليا.

## 6.5 تعزيز الصمود والوقاية من الانتكاس:

تُحتّم العملية العلاجية بناء خطة وقائية طويلة المدى، تجمع بين أدوات CBT (مثل مراقبة الأفكار واختبار الأدلة) والموارد الدينية. يُمكن للمريض وبمساعدة المعالج إعداد "بطاقات معرفية" يكتب فيها أفكارًا بديلة مدعومة بآيات. مثلاً: عند مواجهة قلق بشأن المستقبل، يمكنه تذكير نفسه بقول الله تعالى: «وَمَا تَدْرِي نَفْسٌ مَّاذَا تَكْسِبُ غَدًا» (لقمان: 34)، لتبني موقف أكثر مرونة تجاه الغد، مع التركيز على إدارة الحاضر. هذا المزج بين الأدوات العلمية والدينية يمنحه شعوراً بالسيطرة والمعنى معاً.

### الشكل 1 النموذج القيمي الديني في العلاج السلوكي المعرفي (VR-CBT)



يمثل الشكل 1 مخطط للنموذج القيمي الديني في العلاج السلوكي المعرفي (VR-CBT) حيث يبين المراحل العلاجية المكيفة دينياً ضمن إطار العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، حيث يبدأ بالاستكشاف المبدئي لتحديد الأفكار التلقائية غير التكيفية واستطلاع المرجعية الدينية التي يعتمد عليها المريض في تفسير معاناته. يلي ذلك مرحلة التقييم التي يتم فيها توضيح العلاقة بين الأفكار والانفعالات والسلوكيات، مع إدماج النصوص الدينية كإطار مفاهيمي داعم، مما يعزز فهم المريض لآليات اضطرابه. أمّا في مرحلة التشخيص والتخطيط فيتم تحليل أنماط التشوهات المعرفية وتصميم بدائل معرفية منسجمة مع القيم والمعتقدات الدينية. ثم تأتي مرحلة التدخل العلاجي التي تتجسّد في تنفيذ واجبات سلوكية ذات محتوى ديني مثل الممارسات الروحية المنظمة، مع التركيز على تعزيز السلوكيات الإيجابية التكيفية. وأخيراً، تهدف مرحلة المتابعة والدعم إلى ترسيخ القيم الدينية كأساس للتماسك النفسي، ووضع استراتيجيات وقائية ضد الانتكاس لضمان استمرارية التغيير والمحافظة على المكاسب العلاجية.

## تطبيقات النموذج القيمي الديني في العلاج السلوكي المعرفي (VR-CBT) على مختلف الاضطرابات النفسية:

يمكن تفعيل النموذج العلاجي المكثف دينياً عبر مقارنة تطبيقية تشمل مختلف الاضطرابات النفسية الشائعة، وذلك بربط الأفكار التلقائية المشوهة بأبعاد معرفية محددة، ثم تقديم بدائل مستمدة من المرجعية الدينية تعمل كإعادة صياغة معرفية وظيفية. ويوضح الجدول الآتي كيفية توظيف هذا النموذج في التعامل مع مجموعة من الاضطرابات مثل الاكتئاب، القلق، الخوف، والوسواس القهري، مع دمج الاستراتيجيات العلاجية المعتمدة في العلاج السلوكي المعرفي.

الجدول 1 تطبيقات معرفية دينية مقترحة في العلاج السلوكي المعرفي لاضطرابات متعددة

| نوع الاضطراب                | الفكرة التلقائية (مشوهة)                        | البعد المعرفي                        | المقترح المعرفي (مرجعية) دينية وظيفية                                                                                 | التقنية/الإجراء في CBT                                                 |
|-----------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| الاكتئاب                    | أنا بلا قيمة، حياتي لا معنى لها، ولن أغير أبدا  | يأس مطلق / تعميم سلبي                | (ولا تيأسوا من روح الله) يوسف 87<br>الأمل في التغيير                                                                  | إعادة البناء المعرفي + سجل الأفكار + تفعيل السلوك                      |
| القلق                       | سوف أفشل حتما الكارثة قادمة                     | توقع كارثي / تضخيم                   | (إن مع العسر يسرا) الشرح 6                                                                                            | إعادة التقييم الواقعي + التعرض التدريجي + الاسترخاء                    |
| الخوف                       | لن أستطيع المواجهة سيحدث شيء رهيب               | توقع سلبي / تهديد مبالغ فيه          | (الذين قال لهم الناس إن الناس قد جمعوا لكم فاخشوهم فزادهم إيمانا) آل عمران 173                                        | التعرض التدريجي + وقف الأفكار + التعزيز الإيجابي                       |
| الوسواس القهري              | لو لم أكرر الفعل سيحدث مكروه لي أو لأهلي        | تفكير سلبي / مسؤولية مفرطة           | (قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا) التوبة 51                                                                          | منع الاستجابة + إعادة البناء المعرفي + التعرض                          |
| اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) | لن أنعافي أبداً سأظل عالماً في الماضي، أنا ضعيف | اجترار/وصمة داخلية/تفسير كارثي للحدث | (وَالَّذِينَ جَاهَدُوا فِينَا لَنَهْدِيَنَّهُمْ سُبُلَنَا) (وَالَّذِينَ جَاهَدُوا فِينَا لَنَهْدِيَنَّهُمْ سُبُلَنَا) | التعرض للمعالج/السرد العلاجي + تقنيات اليقظة والتهديئة + إعادة التقييم |

### خاتمة:

خلص هذا المقال إلى أنّ إدماج البعد الديني في العلاج السلوكي المعرفي ليس مجرد خيار ثانوي، بل يمثل اتجاها مهما وضروريا ينسجم مع خصوصيات المجتمعات العربية والإسلامية. فالمعتقدات الدينية لا تُعدّ عنصرا هامشيا في التجربة النفسية، بل تشكل مرجعا معرفيا وعاطفيا يساعد الفرد على تفسير معاناته وتجاوزها، كما تساهم في تقوية علاقة المريض بالمعالج وزيادة التزامه بالعلاج. كما بينت هذه المعطيات على أهمية العمل نحو بناء مقاربات علاجية مشتركة تستفيد من خبرات علم النفس الإكلينيكي ومن عمق الدراسات الدينية معا، حتى نصل إلى تدخلات أكثر قربا من واقع المريض وأكثر فعالية في التخفيف من معاناته. ومن هنا تبدو الحاجة ملحة إلى دراسات ميدانية وتجريبية لاحقة، تختبر جدوى هذه النماذج في مواجهة الاضطرابات المنتشرة مثل الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة.

وتوصي الدراسة بـ:

- إجراء دراسات ميدانية وتجريبية لاختبار جدوى النموذج المقترح في معالجة الاضطرابات النفسية الشائعة.
- تشكيل فرق بحث متعددة التخصصات تضم علماء النفس والأطباء والباحثين في العلوم الشرعية لتطوير مقاربات بينية متكاملة.
- إدماج البعد الديني في برامج تكوين الأخصائيين النفسيين بشكل علمي ومنهجي، مع مراعاة التعددية المذهبية والثقافية.
- تشجيع البحوث النظرية والمراجعات المنهجية التي تستقصي حدود وفاعلية دمج الدين في العلاج السلوكي المعرفي.
- بناء بروتوكولات علاجية محلية تتلاءم مع الخصوصيات الثقافية والاجتماعية للبيئات العربية والإسلامية.

## المصادر والمراجع:

## Bibliographie

1. Al-Krenawi, A., & Graham, J. (2000). Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings. *Health & Social Work, 1*(25), 9–22. doi:https://doi.org/10.1093/hsw/25.1.9
2. Beck, A. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International . Universities Press.
3. Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*. Guilford Press.
4. Beck, J. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (3rd ed.)*. Guilford Press.
5. Costa, A., & Moreira, A. (2022). Religion-adapted cognitive behavioral therapy: A systematic review. *Journal of Religion and Health*, 3(61), 2069–2090.
6. Hodge, D., & Nadir, A. (2008). Moving toward culturally competent practice with Muslims: Modifying cognitive therapy with Islamic tenets. *Social Work, 1*(53), 31–41. doi:https://doi.org/10.1093/sw/53.1.31
7. Hook, J., Worthington, E., & Davis, D. (2010). Religion and spirituality in counseling: Competencies across the globe. *International Journal for the Psychology of Religion, 3*(20), 161–171.
8. Koenig, H., Pearce, M., Nelson, B., & Bellin, D. (2015). Religious vs. conventional cognitive behavioral therapy for major depression in persons with chronic medical illness: A randomized clinical trial. *Journal of Nervous and Mental, 4*(203), 243–251.
9. Siddiqui, S., Lowe, S., & Dickens, C. (2023). The role of religion in the understanding of mental distress: Perspectives from Muslim patients. *Mental Health, Religion & Culture, 26*(2), 101–118.
10. Siddiqui, S., Lowe, S., & Dickens, C. (2023). The role of religion in the understanding of mental distress: Perspectives from Muslim patients. *Mental Health, Religion & Culture, 2*(26), 101–118.
11. دولت, آ. (2019). أثر العلاج النفسي الديني-الروحي على الاكتئاب وجودة الحياة لدى مرضى فيروس نقص المناعة. *مجلة الدين والصحة, 5*(58), 1653–1667.
12. عبادي, م., وورنيقي, م. (2025). دور الخطاب العاطفي في القرآن الكريم في مواجهة تحديات الأمن النفسي والاجتماعي. *مجلة المعيار, 29*(2), 247–258. https://asjp.cerist.dz/en/article/265027
13. عبد الحميد, م. (2017). دمج الدين والروحانيات في العلاج النفسي لاضطرابات ما بعد الصدمة — مثال في التصوف. *ArabPsyNet*.