

The Role of Cognitive Behavioral Therapy in Treating Chronic Pain: A Migraine Case Study

Dr. Zinab Stitou¹, Zouhayr Souirti², Najat Belarbi³

Science Step Journal / SSJ

2025/Volume 3 – Issue 10

Doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.17449359>

To cite this article: Stitou, Z., Souirti, Z., & Belarbi, N. (2025). The Role of Cognitive Behavioral Therapy in Treating Chronic Pain: A Migraine Case Study. Science Step Journal, 3(10). ISSN: 3009-500X.

Abstract

Over recent decades, psychological treatments have evolved significantly through theoretical and empirical advances addressing psychological, psychosomatic, and physical disorders such as chronic pain and headaches. Within this framework, cognitive behavioral therapy (CBT) has emerged as one of the most effective psychotherapeutic approaches, demonstrating substantial efficacy in managing chronic conditions, including migraines. This study aims to examine the role of CBT in alleviating chronic pain by reviewing and analyzing findings from experimental and clinical research. A descriptive-analytical approach was adopted to synthesize results demonstrating that CBT helps modify dysfunctional thoughts and beliefs associated with pain perception, thereby enhancing emotional regulation, psychological resilience, and pain management. The findings highlight CBT's capacity to improve both psychological and physiological adaptation among patients suffering from chronic pain. The study underscores the importance of integrating psychological interventions, such as CBT, into multidisciplinary healthcare models in Morocco to ensure more comprehensive and effective treatment of psychosomatic disorders. Ultimately, this research advocates for a biopsychosocial understanding of pain that bridges psychological and physical dimensions within clinical practice.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, chronic pain, migraine.

¹ PhD, Laboratory of Psychological and Intellectual Studies, Sidi Mohamed Ben Abdellah University – Faculty of Letters and Human Sciences, Dhar El Mehraz, Fez, Morocco. Email: zinabstitou1234@gmail.com

² Neurologist, Clinical Neuroscience Laboratory, Sidi Mohamed Ben Abdellah University, Faculty of Medicine, Pharmacy and Dentistry, Fez, Morocco.

³ Najat Belarbi, Professor of Psychology, Laboratory of Psychological and Intellectual Studies, Sidi Mohamed Ben Abdellah University, Faculty of Letters and Human Sciences - Dhar El Mehraz – Morocco.

دور العلاج المعرفي السلوكي في علاج الآلام المزمنة (حالة الصداع النصفي)

د.ة. زينب ستيتو، د.ة. زهير سويرتي، د.ة. نجاة بلعربي

ملخص

عرفت العلاجات النفسية تطوراً مضطرباً عبر عقود من الزمن، بفضل مساهمة العديد من الأبحاث والدراسات والنماذج النظرية والتطبيقية التي تناولت الاضطرابات النفسية المحضة أو النفس-جسدية أو الجسدية، بما في ذلك الصداع والآلام المزمنة، كشفاً وتشخيصاً، وعلاجاً، وتدخلات، ومراقبة. وفي هذا السياق، يبرز العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy) كأحد أهم الأساليب العلاجية الحديثة التي أثبتت نجاعتها وفعاليتها في علاج مجموعة من الاضطرابات النفسية والأمراض المزمنة، مثل الصداع النصفي. بناءً على ما سبق، فإننا نهدف من خلال هذا المقال إلى تسليط الضوء على الدور الفعال والناجع للعلاج المعرفي السلوكي في علاج الآلام المزمنة مثل الصداع النصفي أو ما يعرف على نطاق واسع في سياق الثقافة المغربية بـ "الشقيقة"، وذلك من خلال عرض وتحليل نتائج وخلصات بعض الدراسات التجريبية. بما يساهم في توسيع اعتماد هذا العلاج في الممارسة الإكلينيكية بالمغرب، وتكريس مقاربة علاجية أكثر شمولية وفعالية للاضطرابات ذات الطابع النفس-جسدي. ولمقاربة إشكالية الدراسة المتمثلة في التساؤل حول مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الآلام المزمنة، وخاصة الصداع النصفي، تم اعتماد منهج وصفي تحليلي يستند إلى مراجعة نتائج أبحاث ودراسات تجريبية أثبتت أن العلاج المعرفي السلوكي يساهم في تعديل الأفكار والاعتقادات المختلة المرتبطة بالألم بمختلف أنواعه، مما يعزز القدرة على التكيف النفسي والجسدي، ويحسن تدبير الألم. وهكذا، تكمن أهمية هذه الدراسة في دعمها لمقاربة علاجية تكاملية تربط بين الجانبين النفسي والجسدي في فهم الألم والصداع وعلاجهما، وفي تعزيز الوعي بأهمية إدماج التدخلات النفسية ضمن منظومة الرعاية الصحية الشاملة.

الكلمات المفتاحية

العلاج المعرفي السلوكي؛ الآلام المزمنة؛ الصداع النصفي.

تقديم

عرف العلاج النفسي منذ بداياته الأولى إلى اليوم تطورا مهما وملحوظا، ويعد العلاج المعرفي السلوكي نوعا من أنواع العلاجات التي تستخدم فيها أساليب وتقنيات نفسية للتدخل على مستوى الصعوبات والاضطرابات النفسية، وكذا النفسية الجسدية، والأمراض الجسدية المزمنة (Stefan et al., 2012). وعليه فالعلاج النفسي لم يعد يقتصر على الاضطرابات النفسية بشكل خاص، بل تعداها إلى ما هو نفسي جسدي وما هو جسدي مزمن. كما لا يمكن الحديث عن علاج نفسي واحد، بل هناك أنواع مختلفة من العلاجات، حيث تعددت واختلفت طرقها وأشكالها باختلاف نظرياتها ونماذجها ومقارباتها. وسينصب تركيزنا بالتحديد على العلاج المعرفي السلوكي لكون هذا النوع من العلاجات أثبت نجاعته وفعاليتها في علاج العديد من الاضطرابات الذهنية والأمراض المزمنة والألم المزمن مثل الصداع النصفي (Esther et al., 2009).

تعود جذور العلاج المعرفي السلوكي إلى الفلسفات القديمة، فالعلاج المعرفي السلوكي لم يكن وليد السنوات الأخيرة كما هو شائع، وإنما يرجع تاريخه إلى العصور القديمة، لكن تاريخه في مجال الممارسة العلاجية هو الذي يعد قصيرا إلى حد ما (علوي وزغبوش، 2009). لقد كانت فكرة سقراط تقوم على توليد الأفكار من خلال سلسلة من الأسئلة، فحوار سقراط قام على أن المعرفة موجودة في ذهن الإنسان بشكل فطري، ولاستخراجها يحتاج إلى تساؤلات (فضل، 2008). والحقيقة أن سقراط يعتبر أن النفس بطبيعتها لها القدرة على اكتشاف الحقائق وتعلم الأشياء، لكن ظروف الحياة العملية وإكراهاتها، وما ورثه الأشخاص من طقوس وعادات وأساطير جعلت النفس تفقد صفاءها وتكون عرضة للصدأ. لذا فالحوار السقراطي يسعى إلى توليد الحقائق القابعة في الداخل (علوي وزغبوش، 2009).

لقد كان منطلق نظرية المعرفة في الفكر اليوناني، خصوصا عند أفلاطون، قائما على فكرة أن المعرفة كامنة في ذهن الإنسان ويحتاج إلى تذكرها من خلال طرح الأسئلة. وفي هذا السياق، أشار إبراهيم عبد الستار (1994) في كتابه "العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه ومبادئ تطبيقه" إلى فكرة جوهرية تعود إلى أبيقور، مفادها أن هموم الشخص ومشاكله لا تتعلق بتلك المشاكل والهموم في حد ذاتها، ولكن بطريقة حكمه عليها، لأن المشكل يوجد في الخارج والحكم يوجد في الداخل. فالطريقة التي ندرك بها الأشياء أو الأحداث هي التي تحدد طريقة استجاباتنا السليمة أو غير السليمة، وليست الأشياء أو الأحداث في حد ذاتها. تشكل هذه الأرضية إذن الأساس الفلسفي العقلاني الذي يبنى عليه المنظور المعرفي للعلاج المعرفي السلوكي كما هو متعارف عليه حاليا.

انطلاقاً من هذا التقديم، يمكن تحديد إشكالية الدراسة في التساؤل التالي:

إلى أي حد يساهم العلاج المعرفي السلوكي، في علاج الاضطرابات والأمراض النفسية الجسدية، وخاصة الصداع النصفي؟

وللإجابة عن هذه الإشكالية، تم الاعتماد على منهج وصفي تحليلي يرتكز على مراجعة الأدبيات العلمية ونتائج أبحاث ودراسات ذات الصلة بالعلاج المعرفي السلوكي، مع التركيز على الدراسات التطبيقية والتجريبية التي تناولت فعاليته في علاج الاضطرابات والأمراض المزمنة بمختلف أنواعها، خاصة الصداع النصفي.

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي

يعتبر مفهوم العلاج المعرفي السلوكي أحد المفاهيم الأساسية في الجهاز المفاهيمي للعلاجات النفسية والأكثر انتشاراً؛ إنه مقارنة منظمة، ومحدودة زمنياً. يركز على الحاضر ويستخدم لمساعدة الأشخاص على التغلب على العديد من الاضطرابات والصعوبات النفسية مثل الاكتئاب والقلق، وكذا الأمراض المزمنة (Aslan, 2020). ويستند العلاج المعرفي السلوكي إلى فكرة أساسية، مفادها أن السلوك غير التكيفي ينتج عن أنماط تفكير غير مناسبة أو غير عقلانية؛ أي أن الطريقة التي يفكر بها الشخص تؤثر على الطريقة التي يشعر بها. لذلك يمكن القول إن تعلم التفكير بطريقة مختلفة يفتح المجال لأن نحس ونتصرف بطريقة مختلفة (Kuehlwein & Rosen, 1993). وهذا يعني أن الفرد قد يعاني من مشاكل نفسية عندما يكون المعنى الذي يعطيه للأحداث ذا طابع سلبي (Butler & Hope, 1996).

وانطلاقاً مما سبق، يمكن القول إن العلاج المعرفي السلوكي يعد أسلوباً علاجياً يركز على السيرورات المعرفية والمهارات السلوكية، ويقوم على وجود علاقة متبادلة بين السيرورات المعرفية للفرد (أي ما يعتقده الفرد ويفكر فيه) والانفعال (التجربة الانفعالية) والأعراض الفسيولوجية والسلوك. وبذلك يقوم هذا العلاج على مجموعة من الافتراضات، أهمها أن الأعراض والسلوكات المختلة غالباً ما تتوسطها السيرورات المعرفية. وبناءً على هذه الفكرة، فإن تعديل التفكير والاعتقادات المختلة وظيفياً يُمكن من تعديل الأعراض والسلوكات المختلة (Dobson & Dozois, 2001). هكذا إذن، يعتمد هذا النوع من العلاجات على تقنيات معرفية تهدف إلى إحداث تغييرات في التفكير وبالتالي تغييرات في السلوك أو الانفعال (Harrington, 2000). وهذا يعني أن الأفكار والانفعال والسلوك والأعراض الفسيولوجية هي مكونات لنظام موحد. والتغيير الذي قد يقع في أي مكون منها، يكون مرافقاً بتغيير في المكونات الأخرى. وتعتبر الأفكار بمثابة موجه لهذه المكونات الثلاثة، حيث أنها لا تنشأ عن الموقف بشكل أساسي، وإنما ناتجة عن الطريقة التي يتم بها إدراك هذا الموقف (كورين وآخرون، 2008).

ويرتكز العلاج المعرفي السلوكي على مجموعة من الأسس والمبادئ؛ ولعل أولى هذه المبادئ تتمثل في التأكيد على أن الأنشطة المعرفية تؤثر في السلوكات والانفعالات، بمعنى أن النشاط المعرفي يؤثر على السلوك، وهو عبارة عن إعادة الصياغة لنموذج الوسيط الأساسي. والذي يعتبر أن السيرورات المعرفية تتوسط الأحداث واستجاباتنا السلوكية سواء الانفعالية أو الأعراض الفسيولوجية أو السلوكية (Mahoney, 1974). أما المبدأ الثاني، فهو يقوم على فكرة مفادها أن الأنشطة المعرفية للفرد من الممكن مراقبتها وتعديلها، مما يشير إلى إمكانية الوصول إلى النشاط المعرفي وإدراكه وتقييمه (Nisbett & Wilson, 1977). وأخيراً، يفترض المبدأ الثالث أن التغيير المرغوب للسلوك قد يتم من خلال التغيير والتعديل المعرفي، بحيث يؤكد هذا المبدأ على أن تغيير السلوك المرغوب قد يتأثر من خلال التغيير المعرفي. وأن هناك طرقاً بديلة لتغيير السلوك، أحدها على وجه الخصوص، إعادة البناء المعرفي (Dobson, 2010).

لقد تشكلت أساليب وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي وتطورت في البداية لعلاج اضطرابات الاكتئاب والقلق (Beck, 2005). غير أنها تستخدم الآن بشكل أوسع لمقاربة العديد من الاضطرابات الذهنية، بما في ذلك اضطرابات الشخصية واضطرابات الأكل وتعاطي المخدرات (Beck & Weishaar, 2000). ويمكن القول إن العلاج المعرفي السلوكي قد تجاوز نطاق الاضطرابات النفسية البحتة ليشمل

أيضا الحالات الطبية المزمنة (White, 2001). ويركز هذا العلاج على تعليم المفحوصين كيفية الكشف عن أفكارهم المختلة وفحصها وتعديلها، الشيء الذي سينعكس بدوره على السلوكات المختلة وإحداث التغييرات المطلوبة في السلوك. وتعبير آخر، كلما تم تعديل تلك الأفكار غير الوظيفية، كلما أدى ذلك الى استجابات تكيفية، ومحاولة دمج المهارات المستخدمة في العلاج السلوكي من أجل مواجهة الحياة اليومية، بحيث يصبح معالجا لنفسه بعد انتهاء العلاج (Beck, 1995).

يعكس العلاج المعرفي السلوكي تكاملاً حديثاً للنظريات والأساليب المعرفية التي طورها آرون بيك وألبرت إليس، والنظرية السلوكية القائمة على أعمال سكينر وإيفان بافلوف (Sadock et al., 2003). ويُمكن هذا النوع من العلاج المفحوصين من تطوير استراتيجيات لتعديل أنماط التفكير أو المعرفية المختلة وظيفيا، والتكيف الانفعالي والسلوكي من أجل مساعدتهم في حل المشكلات الآنية (Wenzel et al., 2011).

عموما، يشير مفهوم العلاج المعرفي السلوكي إلى العديد من العلاجات المختلفة التي تشترك في مجموعة من العناصر. فالملاحظة التي يمكن استنتاجها، هي أن هناك أنواعا أخرى من العلاج المعرفي السلوكي التي تشترك في الخصائص مع علاج بيك، رغم الاختلاف في تصوراتها للعلاج؛ وتشمل العلاج الانفعالي العقلاني السلوكي⁴، العلاج السلوكي الجدلي⁵، علاج حل المشكلات⁶، العلاج بالتقبل والالتزام⁷، علاج التعرض exposure therapy، علاج السيورورات المعرفية⁸، العلاج النفسي لنظام التحليل السلوكي المعرفي⁹، النشاط السلوكي behavioral activation، وتعديل السلوك المعرفي¹⁰ وغيرها. إلا أنه غالباً ما يشتمل العلاج المعرفي السلوكي لأرون بيك، على تقنيات من كل هذه العلاجات وأنواع العلاجات النفسية الأخرى ضمن إطار معرفي (Beck & Beck, 2011).

⁴ - العلاج الانفعالي العقلاني السلوكي rational emotional behavior therapy

⁵ - العلاج السلوكي الجدلي dialectical behavior therapy

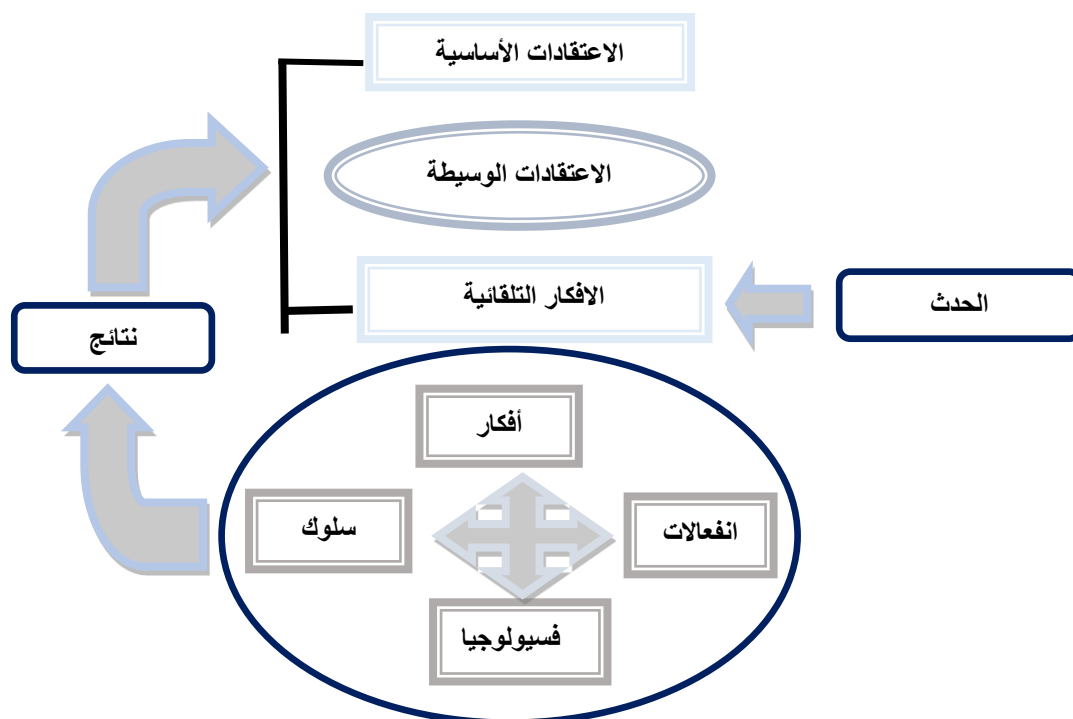
⁶ - علاج حل المشكلات problem-solving therapy

⁷ - العلاج بالتقبل والالتزام acceptance and commitment therapy

⁸ - علاج السيورورات المعرفية cognitive processing therapy

⁹ - العلاج النفسي لنظام التحليل السلوكي المعرفي cognitive behavioral analysis system of psychotherapy

¹⁰ - وتعديل السلوك المعرفي cognitive behavior modification



الشكل 1: النموذج العام للعلاج المعرفي السلوكي. تم نقل هذه الخطاطة الى اللغة العربية من طرف عز الدين هدير، 2014 (Allis & Jem et al., 2004)

2. العلاج المعرفي السلوكي للصداع النصفي

تناولت العديد من الدراسات السيكولوجية الآلام المزمنة مثل الصداع النصفي أو ما يعرف على نطاق واسع في المغرب بـ "الشقيقة". وسنعرض تلك الدراسات من خلال التركيز على نتائجها وخصائصها، خصوصا فيما يتعلق بفعالية العلاج المعرفي السلوكي ودوره في علاج هذا النوع من المشاكل الصحية. لقد تم اختبار العلاج المعرفي السلوكي على نطاق واسع منذ نشر نتائج أول دراسة سنة 1977 (Rush et al., 1977). ففي هذه المرحلة، عرضت أكثر من 500 دراسة نتائجها حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي لمجموعة كبيرة من الاضطرابات والمشاكل النفسية الطبية والأمراض المزمنة والألم مثل اضطراب الاكتئاب الحاد، اضطراب القلق (Beck & Beck, 2011)، اضطرابات الأكل، اضطراب ثنائي القطب مع الدواء، اضطراب الفصام مع الدواء، المشاكل الزوجية، الإدمان السلوكي (القمار المرضي)، ارتفاع ضغط الدم (Nakao, et al. 2021)، آلام الظهر المزمنة (Presseau, et al. 2018)، متلازمة القولون العصبي، آلام السرطان (Chuanghao, et al. 2022)، داء المفاصل (Keefe & Somers, 2010)، والآلام والصداع بمختلف أنواعه (Bae, et al. 2022). وهكذا، يتضح أن العلاج المعرفي السلوكي قد اتخذ منحى جديدا، فيما يتعلق بالتعامل مع المرض أو الاضطراب، حيث تجاوز التعامل مع الحالات النفسية المحضة واتجه نحو الاهتمام بالتدخل في الاضطرابات النفسية الجسدية، والأمراض العضوية والآلام المزمنة، وكذا الصداع عامة وخاصة الصداع النصفي.

وفي هذا السياق، نجد دراسة حسانين أحمد (2014) الموسومة بـ "العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل"، التي أجريت على عينة من المرضى الذين يعانون من روماتويد المفاصل عددهم 30، 13 مجموعة تجريبية و 17 عينة ضابطة. هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مهارات مواجهة الألم، والتغلب عليه وتقليل التأثير السلبي للألم على الحياة اليومية للمريض، وزيادة مهارات التعامل بشكل فعال من أجل تدبير ألم روماتويد المفاصل والتكيف معه. ولتقييم البرنامج، تم استخدام مقياس استراتيجيات التغلب على الألم، ومقياس القلق والاكتئاب، واستبيان التقييم الصحي، ومقياس قائمة الأبعاد المتعددة للألم وذلك لتقدير شدة الألم، والجوانب المتعلقة بالألم. وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى التأكيد على فعالية العلاج المعرفي السلوكي عندما تتم إضافته إلى العلاج الطبي في تحسين أساليب التغلب على الألم وتقليله، وتخفيف الأعراض النفسية للمرضى. كما توصلت نتائج هذه الدراسة أيضاً إلى التأكيد على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج روماتويد المفاصل، وخاصة في ما يتعلق بتقليل الاضطرابات النفسية ومستوى الألم والعجز وتحسن وظائف المفاصل، بالإضافة إلى تحسن بعض المؤشرات البيولوجية للمرضى.

ومن بين الدراسات الحديثة حول العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن أيضاً، نستحضر دراسة ميندوري وآخرون Mindouri et al (2023)، في موضوع فعالية العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن أسفل الظهر. تم تضمين هذه الدراسة ما مجموعه 16 دراسة؛ أغلب الدراسات فحصت فوائد العلاج المعرفي السلوكي على المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة أسفل الظهر. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن تطبيق العلاج المعرفي السلوكي له آثار إيجابية على شدة الألم والعجز والخوف من الحركة والقدرة على الاسترخاء وتدبير الألم والنشاط والاستمتاع بالأشياء. ومن ناحية أخرى، توصلت دراسة جيه دبليو بيرنز وآخرون John W Burns et al (2021)، إلى أنه على الرغم من النتائج الإيجابية الملحوظة في المراحل الأولى من العلاج المعرفي السلوكي، فإن فعاليته قد تتراجع نسبياً مع مرور الوقت. وتشير أبحاث أخرى مثل بحث ليا شيمر وآخرون Lea Schemer et al (2019)، إلى أن العلاج المعرفي السلوكي له تأثير كبير على الأفراد الذين يعانون من خوف شديد من الحركة بسبب آلام مزمنة أسفل الظهر. فقد أظهرت النتائج على أن البرنامج المتخصص والمصمم خصيصاً يهدف إلى الراحة النفسية للمصاب ويؤدي إلى خفض الخوف لديه من الحركة وتحسين ملحوظ في قدرته على الاسترخاء وتدبير آلامه.

وفي سياق الحديث عن الصداع النصفي باعتباره أحد الآلام المزمنة، نستحضر دراسة بول وآخرون Paul et al (2015) حول العلاج المعرفي السلوكي للصداع النصفي و/أو صداع التوتر المصاحب باضطراب الاكتئاب الأساسي. لقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على عينة من 66 مشاركاً (49 أنثى، 17 ذكراً) يعانون من الصداع النصفي و/أو صداع التوتر واضطراب الاكتئاب الشديد بشكل عشوائي. وتضمن برنامج العلاج 12 جلسة أسبوعية مدة كل منها 50 دقيقة يقوم بها أخصائون نفسيون إكلينيكيون. وقد لوحظ تحسن لدى أفراد العينة المنتمين إلى مجموعة العلاج مقارنة بالمشاركين في المجموعة الضابطة في مرحلة ما قبل العلاج إلى ما بعده على مستوى مقاييس الصداع والاكتئاب والقلق وجودة الحياة، كما تم الحفاظ على التحسن الذي تحقق مع العلاج في متابعة لمدة أربعة أشهر.

وتوصلت دراسة كين وآخرون Qin et al (2017) الميطة تحليلية حول فعالية تطبيق العلاج المعرفي السلوكي على الأطفال الذين يعانون من ألم الصداع النصفي، إلى نتائج هامة تدعم بشكل جيد الدور الإكلينيكي للعلاج المعرفي السلوكي في تدبير الصداع النصفي عند الأطفال. لقد كان التحسن ملحوظاً إكلينيكيًا بنسبة 50٪ أو أكثر، وذلك بتقليل شدة الصداع بعد العلاج وعند المتابعة. وهذا دليل على

أن العلاج المعرفي السلوكي مفيد للأطفال الذين يعانون من الصداع النصفي، وقد يزيد أيضًا من فعالية الأدوية القياسية مثل الأميترابتيلين Amitriptyline (علاج مضاد للاكتئاب ولبعض آلام الأعصاب في بعض البلدان الأوروبية وفي كيبك، ويُصرح به أيضًا للمرضى الذين يعانون من الصداع النصفي المتكرر أو صداع التوتر) (Cipriani et al., 2018). وبشكل عام أكدت هذه الدراسة على أهمية تقديم العلاج المعرفي السلوكي بشكل روتيني كعلاج من الدرجة الأولى وليس فقط كعلاج إضافي في حال عدم فعالية الأدوية.

وفي نفس الإطار، أنجز نوتاش وآخرون Nutash et al (2020)، دراسة حول موضوع "فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج أعراض الصداع النصفي والقلق المرضي لدى الممرضات". هدفت هذه الدراسة إلى تحديد تأثير العلاج المعرفي السلوكي على أعراض الصداع النصفي والقلق المرضي بين الممرضات. وتكونت عينة الدراسة من 30 مريضة تلقين تشخيصًا للمرض بناءً على معايير التصنيف الدولي لاضطرابات الصداع الطبعة الثالثة ICHD-3. لقد كان هذا البحث شبه تجريبي (اختبار قبلي - اختبار بعدي مع مجموعة ضابطة)، وتم تعيينهم عشوائيًا في مجموعات تجريبية وضابطة (15 فردًا في كل مجموعة). وأكملت المجموعات مسح أعراض الصداع النصفي لنجارين Najarrian Migraine Headache Symptoms (1997) واستبيان حالة القلق (Penn State Worry Meyer et al. 1990) كاختبار قبلي واختبار بعدي. كما تم تطبيق العلاج الجماعي المعرفي السلوكي على المجموعة التجريبية خلال ثمان جلسات مدة كل منها 60 دقيقة (حصتان أسبوعيًا لمدة أربعة أسابيع)، ولم تتلق المجموعة الضابطة العلاج المعرفي السلوكي. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي السلوكي له تأثير كبير على تقليل أعراض الصداع النصفي والقلق المرضي لدى الممرضات.

وفي عام 2022، أجرى باي Bae وآخرون دراسة منهجية ميطا تحليلية في موضوع "العلاج المعرفي السلوكي للصداع النصفي". ركزت الدراسة على تقييم مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الصداع النصفي. وتم البحث في سبع قواعد بيانات إلكترونية، حيث تم تضمين دراسات عشوائية قامت باستخدام العلاج المعرفي السلوكي كدخل للصداع النصفي. ومن بين 373 دراسة تم اعتماد 11 تجربة عشوائية مضبوطة في هذه المراجعة المنهجية. خلصت نتائج هذه الدراسة إلى التأكيد على دور وأهمية العلاج السلوكي المعرفي للصداع النصفي، حيث قلل بشكل فعال من تكرار الصداع، كما كان له تأثيرًا كبيرًا على تخفيف العجز في الصداع النصفي. وعلى الرغم من النتائج الإيجابية المتوفرة، لا تزال هناك حاجة إلى إجراء تجارب ودراسات عشوائية مضبوطة تتخذ من العلاج المعرفي السلوكي للصداع النصفي موضوعًا لها، وذلك من أجل تحليل أكثر دقة لآليات فعاليته.

خلاصة عامة

بناءً على كل ما تقدم، يمكن التأكيد على أن العلاج المعرفي السلوكي يلعب دورًا هامًا وحاسمًا في علاج مجموعة من الاضطرابات والآلام المزمنة، وفي مقدمتها الصداع النصفي (الشقيقة). فقد خلصت مجموعة من الدراسات التجريبية إلى التأكيد على فعاليته ونجاعته كمقاربة علاجية علمية وعملية، تساهم في علاج مجموعة من المشاكل الصحية، وتساهم في تجويد حياة المرضى من خلال تخفيف الآلام الجسدية المزمنة، ووطأتها النفسية الحادة، خصوصًا عندما يتعلق الأمر بالآلام المزمنة المتمثلة في الصداع النصفي، وفي روماتويد المفاصل وألم أسفل الظهر، ما يجعله أداة علاجية متعددة الأبعاد تتقاطع فيها الجوانب النفسية والجسدية بشكل تكاملي.

وختامًا، فإن النتائج المتراكمة حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي تفتح المجال أمام تساؤلات جديدة، يمكن أن تشكل منطلقًا لأبحاث مستقبلية أعمق تستكشف العلاقة بين السيرورات المعرفية والاستجابات الجسدية في سياقات مختلفة من الألم المزمن. ومن بين أبرز هذه التساؤلات نجد ما يلي: إلى أي مدى يمكن توسيع نطاق تطبيق هذا العلاج ليشمل فئات مرضية أخرى ذات طابع نفسي جسدي أكثر تعقيدًا؟

المراجع

- أحمد، حسنين، أحمد. (2014). *العلاج المعرفي السلوكي للألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل*. المجلة العلمية لكلية التربية. العدد الثاني. جامعة مصراته، ليبيا.
- شعبان، امحمد، فضل. (2008). *العلاج المعرفي السلوكي "الاستراتيجيات والتقنيات"*. الدار الجامعية للنشر والتوزيع والطباعة غريان، ليبيا.
- علوي، اسماعيل. (2005). *نمو الوعي اللساني وسيروية اكتساب اللغة عند الطفل*. الرباط: مجلة علوم التربية: 29.
- علوي، اسماعيل؛ زغبوش، بنعيسى. (2009). *العلاج النفسي المعرفي: مدخل الى تدبير صعوبات الحياة اليومية والتخفيف من المعاناة النفسية*. عالم الكتب الحديث.
- كورين، رودل، بالمر، بيرني، بيتر، ستيفين. (2008). *العلاج المعرفي السلوكي المختصر*. ترجمة محمود عبداللطيف مصطفى. الطبعة الاولى. دار ايترك للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- هدير، عز الدين، صالح الإسي. (2014). *العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام: دراسة اكلينيكية*. رسالة ماجستر. الجامعة الاسلامية، قطاع غزة. فلسطين.

references

- Anastasia-Sofia, Mindouri., Evgenia, Trevlaki2., Emmanouil, Trevlakis., Nikos, Mallios., Georgios, Domatas., & Alexandra, Xristara Papadopoulou. (2023). *The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Chronic Low Back Pain*. Biomed J Sci & Tech Res 48(3).
- Bae, J.-y., Sung, H.-K., Kwon, N.-Y., Go, H.-Y., Kim, T.-j., Shin, S.-M., & Lee, S. (2022). *Cognitive Behavioral Therapy for Migraine Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Medicina, 58, 44. <https://doi.org/10.3390/medicina58010044>.
- Bandura, A. (1986). *Fearful expectations and avoidant actions as co-effects of perceived self-efficacy*. American Psychologist, 41.
- Beck, A. T. (1964). *Thinking and depression: II. Theory and therapy*. Archives of General Psychiatry, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (1970). *Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy*. Behavior Therapy, 1, 184-200.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1987). *Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy*. In S. Rachman & J. Maser (Eds.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Beck, A.T. (2005). *The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective*. Arch Gen Psychiatry, 62, 953-959.
- Beck, A.T., & Weishaar, M.E. (2000). *Cognitive therapy*. In R.J. Corsini, D. Wedding (Eds.), *Current Psychotherapies*. Itasca: Peacock Press.
- Beck, J. S., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. 2nd ed. Published by The Guilford Press. New York.
- Beck, J.S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.

- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. (Eds.). Oxford University Press.
- Burns, D.D. (1999). *Feeling good: The new mood therapy*. Avon Books, New York.
- Butler, G. & Hope, T. (1996). *Manage Your Mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Chalout, Louis. (2008). *La thérapie cognitive-comportementale: théorie et pratique*. GAETAN MORIN. Québec.
- Chuanghao, Lin. Huiting, Tian. Lingzhi, Chen. Qiuping, Yang. Jinyao, Wu. Zeqi, Ji. Daitian, Zheng. Zhiyang, Li. & Yanna Xie.(2022). *The efficacy of cognitive behavioral therapy for cancer: A scientometric analysis*.Front Psychiatry.. 13: 1030630. doi: 10.3389/fpsyt.2022.1030630
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., Higgins, J. P. T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J. P. A., & Geddes, J. R. (2018). *Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis*. doi:10.1016/S0140-6736(17)32802-7
- Collingwood, R.G. (1949). *The idea of nature*. London: Oxford University Press.
- Coyne, J. C. (1999). *Thinking interactionally about depression: A radical restatement*. In T. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The interactional nature of depression* (pp. 365–392). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dobson, K.S. & Dozois, D.J.A. (2001). *Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies*. In K.S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies*, (pp. 3-39). New York: Guilford Press.
- Elliott, S.A., & Brown, J.S. (2002). *What are we doing to waiting list controls?*. Behav Res Ther. Sep; 40(9): 1047–52.
- Esther, P.G., Evangeline, S.L., & Beng-Yeong N.g.(2009). *Efficacy of Cognitive Behavioural Therapy for Patients with Chronic Pain in Singapore*. Annals Academy of Medicine,38, 952-9.
- Etienne, V. Pressau.Sara, E. Berger. Taha, B. Abdullah. James, W. Griffith. Thomas, J. Schnitzer, A. Vania, Apkarian. (2018). *Identification of traits and functional connectivity-based neuropsychotypes of chronic pain*.Funded by the National Center for Complementary and Integrative Health AT007987. EVP was funded through Canadian Institutes of Health Research (CIHR) and Fonds de Recherche Santé Québec (FRQS).doi.org/10.1101/421438
- Francis, J. Keefe & Tamara, J. Somers.(2010).*Psychological approaches to understanding and treating arthritis pain. Pain Prevention and Treatment Research Program*, Duke University Medical Center, USA. 6, 210–216; doi:10.1038/nrrheum.. 2010.22
- Haniye, Kharazi. Nutash., Ali, Khademi., Jalil, Babapour., & Marzieh, Alivandi Vafa. (2020). *The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Signs of Migraine Headaches and Pathological Worry in Female Nurses*. Journal of Nursing Education (JNE). February-March, Volume 8, Issue 6.
- Harrington, R. (2000). *Cognitive-behavioural therapies for children and adolescents*. In: Gelder, M. G., Lopez-Ibor J.J., and Andreasen, N. C. (Eds). *New Oxford Textbook of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Harris, B. (1979). *Whatever happened to Little Albert?*. American Psychologists, 34, 151-160.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., & Clark, D.M. (1989). *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide* (pp. 52–96). New York: Oxford University Press.

- International Association for the Study of Pain. (1994). Part III: Pain terms: A current list with definitions and notes on usage. (pp. pp209-214) *Classification of Chronic Pain*, Second Edition. IASP Task Force on Taxonomy Eds H. Merskey & N. Bogduk. IASP Press: Seattle.
- Ji-yong, Bae, Hyun, K.Sung, Na-Yoen, Kwon, Ho-Yeon, Go, Tae-jeong, Kim, Seon-Mi, Shin, & Sangkwan, Lee. (2022). *Cognitive Behavioral Therapy for Migraine Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Medicina (Kaunas). 58(1): 44.
- John W Burns, James Gerhart, Benjamin P Van Dyke, Calia A Morais, Andrea K Newman, et al. (2021). *Examination of mechanism effects in cognitive behavioral therapy and pain education: analyses of weekly assessments*. Clinical Trial 162(9): 2446-2455.
- Keith, S. D. (2010). *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies*. Third Edition. The Guilford Press.
- Kuehlwein, K.T., & Rosen, H.E. (1993). *Cognitive therapies in action: evolving innovative practice*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Mahoney, M. I. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, MA: Ballinger.
- Majella, B., & Kristina, F. (2013). *The key principles of cognitive behavioural therapy*. The Author(s). Reprints and permissions: sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav.
- McCaffery, M. & Pasero, C. (1999). *Pain: Clinical Manual* (2nd edition). St. Louis, MO: C. V. Mosby
- McLeod, S. A. (2007). *B.F. Skinner / Operant Conditioning - Simply Psychology*. Retrieved from <http://www.simplypsychology.org/operant-conditioning.html>.
- Murphy, J. L., McKellar, J. D., Raffa, S. D., Clark, M. E., Kerns, R. D., & Karlin, B. 2. (2014). *Cognitive behavioral therapy for chronic pain among veterans: Therapist manual*. Washington, DC: US Department of Veterans Affairs.
- Mutsuhiro, Nakao, Kentaro, Shiotsuki, & Nagisa, Sugaya. (2021). *Cognitive-behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies*. BioPsychoSocial Medicine 15(1). 10.1186/s13030-021-00219-w
- Nehra, D. K., Sharma, N. R., Kumar, P., & Nehra, S. (2013). *Cognitive behaviour therapy: An overview*. Mental health risk and resources, 271-313.
- Nehra, D.K., Sharma, N.R., Kumar, P., & Nehra, S. (2012c). *Efficacy of Cognitive Behavior Therapy on Perceived Stress and Health Complaints in Coronary Heart Disease patients*. Indian journal of positive psychology, 3(1).
- Paul, R. M., Rachele, A., Kathryn, G., Graham, M., Jeannette, M., & John, R. (2015). *Cognitive behavior therapy for comorbid migraine and/or tension-type headache and major depressive disorder: An exploratory randomized controlled trial*. Elsevier Ltd. Behaviour Research and Therapy 73. 8 -18.
- Pavlov, I. P. (1928). *Lectures on conditioned reflexes*. (Translated by W.H. Gantt). London: Allen and Unwin.
- Qin, X. N., Nandini, V., & Lakshmi, K. (2016). *A Systematic Review and Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for the Management of Pediatric Migraine*. American Headache Society.
- Rosen, H. (1988). The constructivist development paradigm. In R. A. Dorfman (Ed.), *Paradigms of clinical social work*. New York: Brunner/ Mazel.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. D. (1977). *Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients*. Cognitive Therapy and Research, 1(1), 17-37.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Kaplan, H.I. (2003). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. 9th Edition. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

- Skinner, B. F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. New York: Appleton-Century.
- Stefan, G. H., Anu, A., Imke J. J., Alice T. S., & Angela, F. (2012). *The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses*. Springer Science, 6, 427–440.
- Watkins, E. (2003). *Combining cognitive therapy with medication in bipolar disorder*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 110–116.
- Watson, J. B. (1913). *Psychology as the Behaviorist Views it*. *Psychological Review*, 20, 158-177.
- Wenzel, A., Brown, G.K., & Karlin, B.E. (2011). *Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Veterans and Military Service Members: Therapist Manual*. Washington, DC: U.S. Department of Veterans Affairs.
- White, C.A. (2001). *Cognitive Behaviour Therapy for chronic medical problems: A Guide to assessment and treatment in practice*. John & Sons, Inc., New York, USA.
- Yigit, A. (2020). *The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Generalized Anxiety Disorder (GAD)*. <https://www.researchgate.net/publication/338610510>