



النظرية السلوكية المعرفية ودورها في علاج اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

إعداد

نوال أحمد بن عامر عسيري

باحثة دكتوراه برنامج الإرشاد النفسي، والتربوي، قسم علم النفس،
كلية الدراسات العليا التربوية، جامعة الملك عبد العزيز.

النظرية السلوكية المعرفية ودورها في علاج اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

نوال أحمد بن عامر عسييري

الملخص:

اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (ASPD) له ملف إدراكي مميز وفقاً للنظرية المعرفية لاضطرابات الشخصية. نظرة الأفراد المعادين للمجتمع هي نظرة شخصية؛ أي من وجهة نظرهم الخاصة، لا يمكنهم تغليب وجهة نظر الآخرين على وجهة نظرهم. على هذا النحو، لا تستند أفعالهم إلى اختيارات بالمعنى الاجتماعي بسبب هذا القيد المعرفي. تشرح النظرية المعرفية السلوكية المتعلقة باضطرابات الشخصية اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، وفقاً لمعتقداتهم أو مخططاتهم الأساسية. يمكن أن يختلف محتوى المعتقدات باختلاف اضطرابات الشخصية، ينظر المرضى غير الاجتماعيين إلى أنفسهم على أنهم منعزلون ومستقلون وقويون. يرى بعضهم أنهم تعرضوا للإيذاء وسوء المعاملة من قبل المجتمع، وبالتالي يبررون إيذاء الآخرين لأنهم يعتقدون أنهم ضحايا؛ فوجهة نظرهم تجاه الآخرين سلبية للغاية؛ يرون الآخرين على أنهم استغلاليون وبالتالي يستحقون أن يتم استغلالهم بداعي الانتقام. في هذا البحث، وبعد استعراض الخصائص العامة لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، سنهدف إلى تقديم شرح لكيفية تصور العلاج المعرفي السلوكي (CBT) اضطرابات الشخصية بشكل عام واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع بشكل خاص وإبراز التطبيقات المهمة للعلاج المعرفي السلوكي والعلاج المخطط له.

الكلمات المفتاحية: المعرفية السلوكية - اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع.

Abstract

Antisocial personality disorder (ASPD) has a distinct cognitive profile according to the cognitive theory of personality disorders. The view of antisocial individuals is personal, not personal. They cannot accept other people's point of view on their own. As such, they cannot take on another role. Their actions are not based on choices in the social sense because of this cognitive limitation. Cognitive theory of personality disorders depicts personality disorder including antisocial personality disorder, according to their underlying beliefs or schemata. The content of beliefs can vary with different personality disorders. Antisocial patients view themselves as aloof, independent, and powerful. Some see that they have been abused and mistreated by society and thus justify harming others because they believe they have been victimized. Their view of others is very negative. They see others as exploiters and thus deserve to be exploited for revenge. In this chapter, after reviewing the general features of antisocial personality disorder, we aim to provide an explanation of how CBT conceptualizes personality disorders in general and antisocial personality disorder in particular and to highlight important applications of cognitive behavioral therapy and planned therapy.

Key words: Cognitive-behavioral - antisocial personality disorder.

مقدمة:

يُعرّف اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (ASPD) بأنه نمط واسع الانتشار من التجاهل وانتهاك حقوق الآخرين [١]. غالبًا ما يعاني المرضى المصابون باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع من مشاكل مع النظام القضائي مثل الاعتقال أو السجن لأنهم لا يحترمون حقوق الآخرين، ويميلون إلى انتهاك القوانين، ومشاكل الغضب، وإدمان الكحول / المخدرات [2].

أثناء المقابلة النفسية، قد يبدو غير مؤذيين وحتى ساحرين بعض الشيء، لكن تحت قناع العقل هذا، هناك عدوان وعداء وغضب وتوتر. لديهم موقف دفاعي عند الرد على مقاييس التقرير الذاتي [٣]. خلال حياتهم، أظهروا مرارًا وتكرارًا سمات الاندفاع والضمير المنخفض، والتي تسبب مشاكل اجتماعية وشخصية. قد يقومون بأعمال غير قانونية بشكل متكرر أو يكذبون أو يميلون إلى الناس. إنها متلاعبة من أجل الحصول على ربح أو متعة شخصية. يتجاهلون مشاعر أو رغبات الآخرين. بسبب اندفاعهم، قد يغيرون وظائفهم أو أماكن إقامتهم أو علاقاتهم فجأة دون مراعاة العواقب. إنهم غير مسؤولين كشريك وكوالد. غالبًا ما يكون لديهم أكثر من شريك جنسي واحد ولا يكادون يحافظون على علاقات أحادية الزواج. يعيش أطفالهم عمومًا في ظروف سيئة مثل نقص النظافة أو سوء التغذية أو الإقامة. كل هذه العيوب تؤدي إلى ارتفاع معدلات البطالة وسوء السكن والسجن والموت قبل الأوان بسبب السلوك المنهور [٤]، [٥].

إن نظامي التشخيص الرئيسيين، الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) والتصنيف الإحصائي الدولي لمنظمة الصحة العالمية للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة، الإصدار العاشر (ICD-10)، لهما معايير مماثلة لبناء الشخصية المعادية للمجتمع. وفقًا لأحدث إصدار من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5)، يتم تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع من خلال مجموعة معايير تشمل السلوك الإجرامي والكذب والسلوك المنهور والاندفاعي والعدوان وعدم المسؤولية [٤]. على الرغم من أنه يحدد بنية مماثلة، إلا أن التسمية التشخيصية للشخصية المعادية للمجتمع لها اسم مختلف في التصنيف الدولي للأمراض ١٠، مثل اضطراب الشخصية غير الاجتماعية. يُعرّف اضطراب الشخصية المضطربة في التصنيف الدولي للأمراض - ١٠ بأنه يتسم بتجاهل الالتزامات الاجتماعية وعدم الاهتمام الشديد بمشاعر الآخرين. هناك تفاوت كبير بين السلوك والأعراف

الاجتماعية السائدة. لا يمكن تعديل السلوك بسهولة من خلال التجربة المعاكسة، بما في ذلك العقوبة. هناك قدر منخفض من التسامح مع الإحباط وعتبة منخفضة للتخلص من العدوان، بما في ذلك العنف.

التصنيفان ليسا متطابقين ولكنهما متشابهان. يؤكد الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض الضعف في المجال الشخصي والعاطفي بينما يركز DSM-5 فقط على السلوك المعادي للمجتمع. (على سبيل المثال، هناك معايير منخفضة للتسامح مع الإحباط، وعتبة منخفضة للعدوان والعنف في الإصدار العاشر من التصنيف الدولي للأمراض، بينما يركز الدليل التشخيصي والإحصائي ٥ على الاندفاع، وتجاهل الآخرين، والسلوكيات غير المسؤولة.) كما أن اضطراب السلوك قبل سن ١٥ ليس كذلك ضروري في معايير التصنيف الدولي للأمراض ١٠.

تم تعريف الشخصية المعادية للمجتمع لأول على أنها "جنون أخلاقي" في القرن التاسع عشر من قبل دكتور جي سي بريشارد في إنجلترا، تم استبدال مصطلح الجنون الأخلاقي فيما بعد بمصطلح آخر هو "السيكوباتية" [٦]. تم تعريف السيكوباتية لأول مرة في كتاب كليكي "قناع العقل" والذي صوره على أنه اعتلال نفسي أكثر حدة من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أو اضطراب الشخصية غير الاجتماعية، وهي تشمل عمومًا عدم الرحمة، والخداع، والأنانية، والمعرفة السطحية للآخرين، والاكتئاب والقلق، وإضفاء اللوم على الآخرين [٩]. يعاني السيكوباتيون عمومًا من الخوف من الأحداث البغيضة والعجز في معالجة المعلومات العاطفية بغض النظر عما إذا كانت إيجابية أو سلبية [١٠]. هناك نتائج دراسات تشير إلى أن السيكوباتيين يعانون من نقص في التعاطف. [11]

يختلف انتشار اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع من اعتمادًا على الأدوات والمنهجية والبلد. يتراوح بين ١.٣ و ٦.٨٪ للرجال و ٠.٨ و ٥.١٪ للنساء [٥، ١٢]. انتشار أعلى في السكان المتأثرين بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة. نسبة الرجال / النساء ٣. حوالي ٥٠-٨٠٪ من المجرمين يستوفون معايير تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع [١٣، ١٤]. قد يعاني المرضى المصابون باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع أيضًا من الاضطرابات المرضية المرتبطة بتعاطي المخدرات واضطرابات القلق واضطرابات الاكتئاب والأعراض الجسدية ومشاكل التحكم في الانفعالات مثل اضطراب القمار (٥، ١٥، ١٦)

مثل معظم الاضطرابات النفسية، فإن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هو تشخيص غير متجانس له مسببات بيولوجية ونفسية. من دراسات التبنى، يتبين أن الطفل الذي لديه ضعف وراثي يعيش في بيئة معاكسة يكون عرضة للإصابة باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع [17].

كما تم التأكيد على أن السيكوباتيين قد يفتقرون إلى الاستجابات الفسيولوجية القشرية المرتبطة بتجربة المشاعر، وخاصة الخوف. وفقاً لذلك، حددت بعض الدراسات أن السيكوباتيين لا يعانون من فرط النشاط اللاإرادي عند مواجهة حافز استقزازي على عكس الأشخاص غير المصابين باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع [18]، ١٩.

من ناحية أخرى، وفقاً للنظرية المعرفية السلوكية، يُفترض أن هناك تأخيراً في النمو في النضج الأخلاقي والأداء المعرفي للأفراد المعادين للمجتمع الذي سيتم تناوله في هذا البحث [20].

٢. النظرية السلوكية المعرفية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

٢.١. النظرية المعرفية السلوكية

عند وضع تصور للسلوك البشري والإدراك والعواطف، فإن النموذج المعرفي ينظر إلى الإدراك تحت عنوانين رئيسيين: الأفكار والمخططات التلقائية. الأفكار التلقائية هي الإدراك الذي يصاحب المشاعر المؤلمة وهي خاصة بهذا الموقف / الحدث المنشط. إنها ليست نتاجاً لأفكار موجهة / مدفوعة يتم إنشاؤها بعد عملية إرادة. بل يبرزون فجأة والأفراد في الغالب لا يلاحظون الفكر التلقائي بل المشاعر الناتجة عنه. إنهم لا يتبعون القواعد النحوية، بل هم مجموعة من المعاني أو الصور (على سبيل المثال، "أنا أم سيئة"، أو وجود صورة لنفسه / نفسها مستلقية على السرير في خدمة الطوارئ) تتدفق في العقل والتي يتم قبولها على الفور بدون التقييم من قبل الفرد ويسبب عاطفة مؤلمة [٢١، ٢٢]. لذلك عند حدوث حدث تنشيط (أ)، هذا يؤدي إلى الإدراك والتفسير والتقييم والفكر التلقائي الذي هو مجرد غير قادر على التكيف / وظيفي (ب) وهذا يؤدي إلى عاطفة وسلوك (ج). وفقاً لذلك، يؤكد النموذج المعرفي السلوكي أنه ليس الحدث / الموقف هو الذي يحدد كيف يشعر الفرد أو يتصرف (الشكل ١). إن تفسير ذلك الحدث / الموقف هو الذي يحدد المشاعر والسلوكيات. هذا هو السبب في أن المعالجين السلوكيين المعرفيين يقترحون مناقشة هذه الأفكار غير القادرة على التكيف / المختلة وظيفياً لتعديل المشاعر [٢٣]. يؤكد النموذج المعرفي السلوكي أنه ليس الحدث / الموقف هو الذي يحدد كيف يشعر الفرد أو يتصرف (الشكل ١). إن تفسير ذلك الحدث / الموقف هو الذي يحدد المشاعر

والسلوكيات. هذا هو السبب في أن المعالجين المعرفيين السلوكيين يقترحون مناقشة هذه الأفكار غير القادرة على التكيف / المختلة وظيفياً لتعديل المشاعر [٢٣]. يؤكد النموذج المعرفي السلوكي أنه ليس الحدث / الموقف هو الذي يحدد كيف يشعر الفرد أو يتصرف، إن تفسير ذلك الحدث / الموقف هو الذي يحدد المشاعر والسلوكيات. هذا هو السبب في أن المعالجين السلوكيين المعرفيين يقترحون مناقشة هذه الأفكار اللاتكيفية / المختلة وظيفياً لتعديل المشاعر [23].

تنقسم المخططات إلى مجالين: المعتقدات الأساسية والمعتقدات الوسيطة (القواعد والافتراضات الأساسية). على الرغم من أن بعض المؤلفين مثل Padesky قد استخدموا مصطلح المخطط فقط لوصف المعتقدات الأساسية؛ بشكل عام، يتم تضمين المعتقدات الأساسية كمجال من المخطط.

نموذج ABC للعلاج المعرفي السلوكي .

مع معتقدات وسيطة [٢٤]. المعتقدات الأساسية هي التركيبات المعرفية التي تحدد كيفية تنظيم المعلومات عن نفسه / نفسها وبيئته / بيئتها وتشمل الافتراضات الأساسية عن نفسه / نفسها، والآخرين، والعالم. بعد تطويرها كنتيجة لتجارب / ذكريات الحياة المبكرة والتعرف على الشخصيات المهمة، يتم تعزيز المعتقدات الأساسية بالتجارب والتعلم المماثلة على مدار السنين [٢٢، ٢٥]. هذه المعتقدات حول الذات والحياة تشكل السمات العاطفية والسلوكية للشخصية. هذه المعتقدات جامدة وأساسية وعميقة لدرجة أن الفرد نفسه لا يعبر عنها. يقبل الفرد هذه الأفكار كحقائق لا جدال فيها. يقسم بيك المعتقدات الأساسية إلى ثلاثة: [25]

١. المعتقدات الأساسية غير المحبوبة: "أنا غير محبوب"، "أنا غير جذاب"، "أنا مرفوض"، "أنا لست مرغوباً"، "أنا قبيح"، إلخ.

٢. المعتقدات الأساسية العاجزة: "أنا ضعيف"، "أنا غير كفء"، "أنا سلبى"، "أنا خاسر"، "أنا جبان"، إلخ.

٣. المعتقدات الأساسية التي لا قيمة لها: "أنا عديم القيمة"، "أنا سيئ"، "أنا مقزز"، "أستحق أن أعاقب"، "أنا مذنب"، إلخ.

توجد المعتقدات الأساسية في جميع البشر. على سبيل المثال، لدى الفرد معتقدات أساسية "أنا محبوب" و "أنا لست محبوباً". الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية والذي لا يعاني من اضطراب نفسي أو اضطراب في الشخصية لديه المعتقد الأساسي الإيجابي باعتباره السمة

الفعالة ("أنا محبوب"). عندما يتعرض الفرد السليم لحدث سلبي، يتم تنشيط المعتقد الأساسي السلبي. على سبيل المثال، عندما يفصل شخص سليم عن شريكه، يتم تنشيط المعتقد الأساسي "أنا لست محبوباً". قد يشعر هذا الشخص بالإحباط لبعض الوقت أو قد يصاب بالاكتئاب لفترة. ولكن عندما يتخلص من الاكتئاب، يصبح الإيمان الأساسي الإيجابي نشطاً. إذا كان الفرد يعاني من اكتئاب مزمن أو اضطراب في الشخصية، فهذا يعني أن الاعتقاد الأساسي الإيجابي ضعيف للغاية. بشكل عام، هو المعتقد الأساسي السلبي السائد في حياته / حياتها. ونتيجة لذلك، فهو غير قادر على التخلص مما يفرضه هذا الاعتقاد الأساسي ("أنا لست محبوباً"). لا يقبل هذا النوع من الأشخاص سوى البيانات التي تؤكد الاعتقاد الأساسي السلبي ويخصم البيانات التي لا تتناسب مع المخطط. المعتقد الأساسي السلبي هو مثل إذاعة راديو لا تتوقف أبداً عن إخباركم هو غير محبوب.

تحت الأفكار التلقائية السطحية، توجد المعتقدات والقواعد والافتراضات الوسيطة. هذه القواعد والمعتقدات والافتراضات هي المنظمون المجردون للسلوك على الرغم من عدم نطقها من قبل الفرد. إنها قواعد ثابتة، توقعات، والمواقف حول الفرد نفسه، أو الآخرين أو العالم / التجارب (على سبيل المثال، "إذا بكيت، فهذا يعني أنني شخص ضعيف"، "يجب أن أفعل كل شيء بشكل مثالي حتى لا يفهم الناس أنني غير كفء في الواقع"). المعتقدات الوسيطة هي الترابط بين المعتقدات الأساسية والأفكار التلقائية. وظائفهم هي:

- الحفاظ على المعتقد الأساسي من خلال تقديم تفسير لتجارب الحياة التي تتعارض مع المعتقدات الأساسية. على سبيل المثال، لدى الفرد اعتقاد بأن "كل البشر سيئون". عندما يصادف هذا الشخص شخصاً يعامله / تعاملها بطريقة جيدة، فإنه يواجه تناقضاً مع معتقده الأساسي. من أجل التغلب على هذا التناقض، يأتي الفرد بالاعتقاد الوسيط "إذا عاملني شخص ما جيداً، فهذا يعني أنه / لديها فأس للطنح".
- التمتع بحياة متوافقة مع المعتقد الأساسي: إذا كان لدى الشخص اعتقاد أساسي بعدم الكفاءة، فإنه يتجنب المخاطرة.
- حماية الفرد من التأثير الشديد الذي ينشأ من تفعيل المعتقد الأساسي. على سبيل المثال، إذا كان لدى الشخص اعتقاد أساسي بعدم القيمة، ولكيلا يواجهه هذا الاعتقاد الأساسي، فإن الفرد ينتقل إلى الاعتقاد الوسيط: "إذا أصبحت ناجحاً في العمل، سأكون ذا قيمة".

يمكن تحديد المعتقدات الوسيطة من خلال تحديد الموضوعات الشائعة والمتكررة في الأفكار التلقائية، عن طريق السؤال عن المعنى والنتائج المحتملة للفكر التلقائي (تقنية السهم لأسفل)، أو استجابة المريض على بعض المقاييس (أي مقياس المواقف المختلفة). [22]

باختصار، يفترض النموذج المعرفي السلوكي أن لدينا جميعاً معتقدات أساسية متجذرة من التصرف الوراثي وتجارب الطفولة المبكرة. تحدد هذه المعتقدات الأساسية معتقداتنا الوسيطة (الافتراضات والقواعد والمواقف). ويطلق على هذين النوعين معاً اسم المخطط. المخططات هي نوع من الذاكرة الذي يحتوي على تفسيرات وافتراسات واستراتيجيات حول الفرد والآخرين والعالم. عند حدوث حدث تنشيط، يتم إنشاء أفكار تلقائية من هذه الذاكرة وتشكيل المشاعر والسلوكيات.

الهيكل المعرفي.

يقوم العلاج السلوكي بتقليل المشاعر المؤلمة عن طريق مناقشة الأفكار التلقائية المختلفة اللاتكيفية أولاً، وتجفيف الذاكرة (المخططات) التي تولد منها هذه الأفكار على المدى الطويل إذا كان العميل يتأثر بشكل متكرر / مزمن بهذه المخططات. في العلاج المعرفي السلوكي، يمكن دمج العمليات المعرفية مع الاستراتيجيات السلوكية لتحسين عملية التعلم.

إن الشخص المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عندما يتعامل مع أشخاص جدد قد يكون لديه أفكار عن الغش أو الإيذاء. قد تأتي هذه الأفكار من المعتقدات الوسيطة "يجب أن أكون الشخص الذي يضرب أولاً، وإلا سأكون الخاسر"، "الآخرون ليسوا سوى جبناء وهم موجودون في الحياة لخداعهم / خداعهم"، أو "القوانين هي عوائق لحياة مرضية وهي للضعفاء، إذا أطعت القوانين فسوف يستغلني الآخرون". بالطبع قد تكون هذه المعتقدات انعكاساً جيداً للاعتقاد الأساسي "أنا ضعيف وقد أتأذى".

اليوم، مع تركيز العديد من المدارس على المكونات المختلفة (على سبيل المثال، العلاج المخطط، العلاج السلوكي الديالكتيكي، العلاج بالقبول والالتزام، العلاج المعرفي القائم على اليقظة، اليقظة العقلية) وجد أن العلاج المعرفي السلوكي (CBT) فعال في العديد من الاضطرابات النفسية / المشاكل النفسية مثل الاكتئاب، واضطراب الوسواس القهري، واضطراب الهلع، واضطراب القلق العام، واضطرابات الشخصية، واضطرابات الأكل، والمشكلات الزوجية، والمشكلات العائلية، ومشكلات السيطرة على الغضب. [26-30]

٢٠٢ . مفهوم المخطط وفقاً لـ Young

على غرار العلاج المعرفي السلوكي، ذكر جيفري يونغ أن المخططات تتطور في مرحلة الطفولة استجابةً للميول الوراثي وبعض التأثيرات البيئية. ينظر يونغ إلى المخطط على أنه ناتج عن الاحتياجات العاطفية غير المشبعة في الطفولة [٣١]. لشرح هذه المخططات غير المفيدة، قدم مفهوم المخططات المبكرة لسوء التكيف (EMSS) وفقاً ليونغ، فإن نظم الإدارة البيئية هي معتقدات غير مشروطة ومختلة عن الذات. مثل المخططات التكيفية، تتطور نظم الإدارة البيئية من التجارب المبكرة مع الوالدين أو القائمين على الرعاية أو الأقران خلال الطفولة. الطفل الذي لا يستطيع تلبية احتياجاته الأساسية؛ هو / هي يطور المخططات كآليات للتكيف لفهم التجربة والعالم من حوله / حولها [٣٢]. حدد يونغ ١٨ مخططاً في خمسة مجالات. تعكس هذه المجالات الاحتياجات العاطفية الأساسية للطفل.

الانفصال والرفض: الهجر / عدم الاستقرار، عدم الثقة / سوء المعاملة، الحرمان العاطفي، العيب / العار، العزلة الاجتماعية / الاغتراب.

ضعف الاستقلالية والأداء: الاعتماد / عدم الكفاءة، التعرض للضرر أو المرض، الانتماء / الذات غير المتطورة، الفشل.

حدود ضعيفة: الاستحقاق / العظمة، عدم كفاية ضبط النفس / الانضباط الذاتي.

توجيهات أخرى: القهر، والتضحية بالنفس، والتماس الموافقة / التماس الاعتراف.

الإفراط في اليقظة العقلية والتثبيط: السلبية / التشاؤم، التثبيط العاطفي، المعايير الصارمة / الإفراط في النقد، العقاب

لأن كل مخطط يحتوي على مكونات شخصية ومعرفية وعاطفية، ويعطي منظوراً للفرد حول الاحتياجات غير المشبعة التي يتم اختبارها خلال مرحلة الطفولة المبكرة؛ عندما يتم تنشيط EMSS، تظهر مستويات عالية من التأثيرات مسببة ضائقة كبيرة وحتى اضطرابات نفسية. للتغلب على هذه المحنة، يمكن للفرد أن يختار ثلاثة خيارات. أيًا كان الخيار الذي يختاره، فقد يقلل من التأثير الشديد، ولكن سيتم تعزيز المخطط على أي حال. وفقاً ليونغ، هذه الخيارات الثلاثة هي: [31]

(1) صيانة المخطط: يقبل الأفراد، الذين لديهم صيانة المخطط، المخطط على أنه صحيح تماماً. على الرغم من أنهم يختبرون المشاعر السلبية التي يثيرها المخطط، إلا أنهم يستمرون في التصرف بطريقة لتأكيد المخطط. في مرحلة البلوغ، يعيدون تجربة الصدمات المماثلة التي

خلقت هذا المخطط. هذا النوع من السلوك يشبه اتخاذ نفس الإجراء والأمل في نتيجة مختلفة بشكل يائس.

(2) تجنب المخطط: في هذا النوع من آلية التكيف غير القادرة على التكيف، يحاول الفرد تجاهل المخطط تمامًا. يحاولون عدم التفكير أو الشعور بأي شيء لديه القدرة على إطلاق المخطط. من أجل تجنب المخطط، قد يقضون وقتهم في تشتيت انتباههم مثل الكحول، وما إلى ذلك. وبالمثل، فإنهم يميلون إلى تجنب العلاج ومواجهة هذه الأفكار والمشاعر المزعجة حول مخططهم. ليس من غير المألوف أن تتخرب هذه الأنواع من العملاء في سلوكيات تتدخل في العلاج مثل التأخير أو عدم أداء الواجب المنزلي. هذا النوع من السلوك يشبه دفن رأس المرء في الرمل مثل النعامة.

(3) تعويض المخطط: وهو يعني التصرف بطريقة لا يوجد بها المخطط على الإطلاق. للوهلة الأولى، قد يبدو الأمر وكأنه آلية صحية ولكن ما يفعله العميل هو مجرد جهد تعويض زائد لتمويه المخطط أدناه. من المحتمل أن يتسبب جهد التعويض الزائد هذا في حدوث مشاكل عاطفية وشخصية. من الناحية المجازية، تشبه آلية المواجهة هذه بالوثأ منتقًا بشكل مفرط وينفجر في النهاية. يمكن أن يكون أحد الأمثلة شخصًا لديه مخطط عدم الثقة / الإساءة إلى الآخرين.

بعد تحديد هذه المفاهيم، طور يونغ العلاج بالمخططات الذي يحتوي على بعض الطرق للعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج النفسي الديناميكي، والعلاج بالجشطالت. نظرًا لأن الفرد لديه دائمًا أكثر من مخطط واحد وهناك دائمًا تحول من مخطط إلى آخر استجابةً لتفعيل الحدث، أوضاع الشباب المحددة. الوضع هو حالة ذهنية تتكون من العديد من المخططات وسلوكيات التأقلم كرد فعل على هذه المخططات والعواطف. يمكن أن يكون الوضع غير قادر على التكيف أو صحي. يمتلك الفرد العديد من الأوضاع المختلفة ونتيجة لحدث التنشيط، يتم تنشيط أحد هذه الأوضاع بينما يظل الآخرون صامتين. عند حدوث حدث تنشيط جديد، يتم تنشيط وضع آخر. باختصار، في أي وقت يوجد وضع نشط في الفرد وبسبب أحداث التنشيط، هناك دائمًا تحول من وضع إلى آخر.

حدد يونغ الأوضاع تحت أربعة عناوين: أوضاع الطفل، وأنماط التأقلم، وأنماط الوالدين، ووضع البالغين الصحي. [31]

أوضاع الطفل: هناك أربعة أوضاع للأطفال. هؤلاء هم: الطفل الضعيف، الطفل الغاضب، الطفل المندفع / غير المنضبط، والطفل الراضي. الطفل الضعيف يتسم بالعواطف من الحزن والكره والعار. وهي تشمل أنواعاً فرعية من "الطفل الوحيد" و "الطفل المهجور والمعتدى عليه" و "الطفل المُذل والأدنى" في حين أن وضع الطفل الغاضب له أنواع فرعية من "الطفل العنيد" و "الطفل الغاضب". آخر "الطفل المتنازع عليه" هو الوضع الذي يتم فيه تلبية الاحتياجات الأساسية للطفل. يُفترض أن تكون أنماط الطفل عالمية وخلقية. [33]

أوضاع التأقلم غير القادرة على التكيف: هذه الأوضاع هي المستسلم المتوافق، والحامي المنفصل، والمعارض بشدة.

أوضاع الوالدين: نظراً لأن المخططات تظهر إلى حيز الوجود بسبب الاحتياجات الأساسية التي لم يتم تنفيذها، أو التجارب البغيضة مثل الصدمة أو الإهمال أو سوء المعاملة، فإن أنماط الوالدين تتبع عادةً من شخصيات التعلق التي يمكن أن تكون الوالدين أو أي شخص آخر (الزملاء، والسلطة الاجتماعية، وما إلى ذلك). بينما تهيمن العواطف الغامرة على أوضاع الطفل، فإن العملاء يختبرون الأوضاع الأبوية كأفكار سلبية. هناك نوعان من أوضاع الوالدين: الوالد العقابي والوالد المكافئ.

بالغ بصحة جيدة: هذا هو الهدف من العلاج المخطط لتحقيقه في النهاية. الشخص البالغ السليم قادر على وضع حدود و / أو قبول واحتضان أنماط غير صحية غير قابلة للتكيف إلى جانب الوظيفة في مجالات الحياة الاجتماعية / الأسرية والمهنية.

يتم تحديد الاستراتيجية في العلاج المخطط بمجرد تحديد الأوضاع، ويتحدى المعالج والعميل الأوضاع الحالية غير القادرة على التكيف لإلغاء تنشيطها. بعد التعطيل، يتم تقديم نمط وظيفي أكثر تكيفاً مع بعض التقنيات المعرفية والتجريبية التي سنذكرها في الفصول التالية [٣٣]. خلال هذه العملية، بعد تحديد المخططات غير القادرة على التكيف في وقت مبكر، من الضروري ملاحظة والتحقق من صحة احتياجات العميل العاطفية التي لم تتم تلبيتها. يجب أن يكون تغيير المخططات غير القادرة على التكيف المبكرة إلى مخططات أكثر تكيفاً ووظيفية مصحوبة بالضرورة بتغيير مهارات التأقلم غير القادرة على التكيف واستبدالها بمهارات أكثر ملاءمة.

تم التحقيق في العلاج بالمخطط في العديد من اضطرابات الشخصية ولكن أجريت معظم الدراسات حول الفعالية في اضطراب الشخصية الحدية. وتبين من خلال الدراسات السابقة أن العلاج المخطط كان أفضل من العلاج بالطرق العادية مثل أساليب العلاج النفسي الأخرى، مع

معدل تسرب أقل وأكثر فعالية من حيث التكلفة [٣٤-٣٦]. في دراسة أجراها Bamelis وآخرون، تمت مقارنة العلاج المخطط مع العلاج النفسي الموجه للتوضيح (COP) والعلاج كمجموعة معتادة من حيث الفعالية السريرية وفعالية التكلفة الاقتصادية في ستة اضطرابات شخصية (متجنبة، معتمدة، وسواس قهري)، بجنون العظمة، مسرحي، ونرجسي). أجريت الدراسة في ١٢ معهداً للصحة العقلية مع ٣٢٣ مريضاً.

٢.٣. النظرية المعرفية السلوكية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع على الرغم من أن نتائج استبيان مخطط الشباب (YSQ) تكون أعلى بشكل عام لدى العملاء الذين يعانون من اضطرابات الشخصية، إلا أنه لا يزال هناك دليل غير كاف لتحديد مخططات معينة لاضطرابات معينة. في الدراسة التي أجراها جوفيف وجاكسون، كانت تهدف إلى فحص مجالات المخطط المحددة في ثلاثة اضطرابات شخصية. بالنسبة لاضطراب الشخصية الحدية، تم الكشف عن درجات عالية من الاعتماد / عدم الكفاءة، والعيوب / العار، ونطاقات مخطط التخلي بينما ارتبطت الارتفاعات على المعايير الصارمة ومجالات مخطط التنشيط العاطفي باضطراب الشخصية الوسواسية القهرية واضطراب الشخصية الانعزالية، على التوالي [٣٨]. بينما نوردال وآخرون. وجدت أن الضعف تجاه الأذى، والتنشيط العاطفي من وجهة النظر التقليدية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هي أن هؤلاء الناس لديهم قصور في استيعاب معايير المجتمع [٤١]. يقترح بيك وفريمان أن هناك دليلاً على تأخر النمو في النضج الأخلاقي والأداء المعرفي للأفراد المعادين للمجتمع [٢٠]. لديهم قدرة تعاطف ضعيفة وغير قادرين على إدراك وجهة نظر الآخرين. إنهم يرون أنفسهم منعزلين ومستقلين وقويين، وقد يرى بعضهم أنهم يتعرضون لسوء المعاملة والإيذاء من قبل المجتمع. إنهم يرون الآخرين إما مستغلين أو ضعفاء وضعفاء. [25]

وفقاً لميلون وإيفرلي، فإن الأفراد المعادين للمجتمع يميلون إلى أن يكونوا عدوانيين، ومسيئين، وقاسيين. لقد تعلموا الاعتماد على أنفسهم وعدم الثقة بالآخرين لأنهم يخشون أن يتعرضوا للاستغلال والإذلال من قبل الآخرين. يتم تأمينهم فقط عندما يكونون مسيطرين على الموقف ويكونون مستقلين عن إرادة الآخرين الذين قد يهددون أمنهم (على سبيل المثال، السيطرة الشخصية). [42]

عندما ننظر إلى العلاقة بين نظام الإدارة البيئية والسلوك العدواني، نرى أن تريمبلاي ودوزوا وجدا علاقة بين مجال الانفصال والرفض (التخلي، وعدم الثقة / سوء المعاملة، والعزلة

الاجتماعية) ومجال الحدود الضعيفة (الاستحقاق، عدم كفاية الذات -التحكم) وعدوانية السمات [٤٣]. يهدف جيلبرت وزملاؤه إلى معرفة مدى انتشار نظم الإدارة البيئية في المجرمين وقرروا أن الاستحقاق، والعزلة الاجتماعية، والاعتماد، وعدم كفاية ضبط النفس، والفشل في الإنجاز ترتبط بالعدوان [٤٤]. لوبير وآخرون. التحقيق في العلاقة بين المخططات واضطرابات الشخصية في ١١٦ امرأة سجينة تمت إدانتهم من السرقة إلى الاعتداء. وفقاً للنتائج، تم تقديم حدود ضعيفة مع إحساس بالاستحقاق، وضعف تحكم في الانفعالات، وقد ارتبط عدم الاهتمام بالآخرين باضطرابات الشخصية العقودية بما في ذلك الشخصية المعادية للمجتمع. ارتبط هذا المجال أيضاً بالعداء وسوء السلوك المؤسسي والعنف الذاتي المبلغ عنه والإيذاء. [45]

قام بولاشيك وزملاؤه بتحليل المقابلات مع مرتكبي الجرائم العنيفين وحددوا النظريات الضمنية - وهو مصطلح يعرفونه على أنه شبكة اعتقاد مترابطة منظمة توجه السلوك وتسمح للفرد بالتنبؤ بنتيجة حدث معين [٤٦] - بدلاً من المخطط. من نص مقابلة الجناة، كشفوا عن أربع نظريات ضمنية: (١) منتصر أو مهزوم، (٢) أنا القانون، (٣) العنف أمر طبيعي، (٤) خرجت عن السيطرة وهو ما يتوافق مع الاستحقاق وانعدام الثقة / سوء المعاملة وعدم كفاية ضبط النفس [47].

Ozdel et al. فحص ٣٨ مريضاً تم تشخيصهم باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع تم اختيارهم من الجنود الشباب الذين كان معظمهم يتلقون العلاج من تعاطي المخدرات في الجيش و ٢٤ متطوعاً غير سريري. كان الغرض من الدراسة هو تحديد المعتقدات الأساسية والمخططات المبكرة لسوء التكيف التي تميز اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. تم التشخيص وفقاً للمقابلة السريرية المنظمة لاضطرابات الشخصية (SCID-II) (DSM-III-R)، واستبيان مخطط الشباب (YSQ)، ومقياس المقارنة الاجتماعية (SCS) تحاول SCS تحديد الأحكام المتعلقة بالرتبة (أدنى - أعلى) وتحدد كيف يحكم الشخص على نفسه / نفسها على أنه مناسب أو مشابه للآخرين. عندما تمت مقارنة درجات SCS لمجموعتين، وجد أن هناك فرقاً كبيراً في تفضيل المجموعة الضابطة في هذه العناصر: غير محبوب، ووحيد - ليس وحيداً، ومرفوضاً، وما إلى ذلك. أعلى، مما يعني إدراكاً أكثر إيجابية للمقارنة الاجتماعية. عندما تمت مقارنة المجموعتين مع YSQ، بدلاً من مجرد مقارنة وسائل مخططات معينة، فضل المؤلفون التركيز على المخططات التي أظهرت اختلافات كبيرة ولديها أيضاً درجات مخطط أولية من ٢٠ نقطة أو أكثر. باستخدام هذا الإجراء، تم الحصول على نتائج مهمة

للمخططات المحددة للحرمان العاطفي، والاستحقاق / العظمة، وعدم الثقة / سوء المعاملة، والتعرض للأذى، والعزلة الاجتماعية. ثلاثة من المخططات الخمسة أعلاه - الحرمان العاطفي وانعدام الثقة / سوء المعاملة والعزلة الاجتماعية تقع في مجال الانفصال / الرفض. نظرًا لأن هذا المجال يُنظر إليه على أنه نابع من احتياجات الشخص غير المشبعة للحب والأمن والاستقرار والرعاية، فيمكن الافتراض أن الفرد الحالي المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يعتبر نفسه غير محبوب وأكثر وحدة ورفضًا من الضوابط العادية [٤٨]. نتائج SCS (يميل الأشخاص المصابون باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع إلى رؤية أنفسهم غير محبوبين ووحيديين ومرفوضين) تدعم فكرة أن الأشخاص المعادين للمجتمع قد يتصرفون من أجل التعويض عن الشعور بالإيذاء (أي، "أنا ضعيف لذا يجب أن أكون الشخص الوحيد" من يضرب أولاً. "). ومن هنا قد توحى هذه النتائج بأن اعتقادًا مشروطًا مثل "يجب أن أذيه قبل أن يؤذيني" هو وراء الاستراتيجيات الاجتماعية الأساسية للهجوم والاستغلال التي يستخدمها الأفراد المصابون باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (٤٩). تتناسب هذه النتيجة جيدًا مع استراتيجية تعويض المخطط. ومن هنا قد توحى هذه النتائج بأن اعتقادًا مشروطًا مثل "يجب أن أذيه قبل أن يؤذيني" هو وراء الاستراتيجيات الاجتماعية الأساسية للهجوم والاستغلال التي يستخدمها الأفراد المصابون باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (٤٩). تتناسب هذه النتيجة جيدًا مع استراتيجية تعويض المخطط. ومن هنا قد توحى هذه النتائج بأن اعتقادًا مشروطًا مثل "يجب أن أذيه قبل أن يؤذيني" هو وراء الاستراتيجيات الاجتماعية الأساسية للهجوم والاستغلال التي يستخدمها الأفراد المصابون باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (٤٩). تتناسب هذه النتيجة جيدًا مع استراتيجية تعويض المخطط.

٢.٤ . علاج اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

عندما يمارس المعالج عمله مع عميل مصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (ASPD)، ستكون هناك العديد من التحديات منذ البداية. بادئ ذي بدء، اعتقد معظم المتخصصين أن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هو حالة غير قابلة للعلاج. لهذا السبب يحجمون عن علاج مرضى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. على الجانب الآخر من العلاقة، فإن المرضى المعادين للمجتمع الذين يأتون للعلاج هم أيضًا مترددون جدًا. [50] ليس من الشائع أن يذهب الفرد المصاب باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع إلى مكتب المعالج للحصول على المساعدة للمشاكل التي تعتبرها البيئة بالفعل. عادة ما يأتون للعلاج

عندما تتوقف استراتيجياتهم التقليدية عن العمل ولم يتمكنوا من الحصول على ما يريدون أو عندما يهددهم القانون أو السلطة غير الرسمية. في هذه الظروف، عادة ما تكون مواضيع القبول هي مشاكل المزاج، والمشاكل السلوكية، ومشاكل الكحول وتعاطي المخدرات. هناك مشكلة أخرى أثناء العمل مع اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع وهي الدافع. من منظور مراحل التغيير، عادة ما يكون الأفراد المصابون باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مرحلة ما قبل التأمل أو التأمل. هذا يشير إلى أن هؤلاء الناس يعتقدون أن مصدر المشكلة من الخارج. ليسوا المسؤولين. أو أن هناك مشكلة ما - لكنهم لا يستطيعون فعل أي شيء لحلها. الخصائص المذكورة أعلاه للصورة السريرية لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هي أيضاً مؤشرات مهمة للمعالج أثناء العمل معهم. هذا كله يعني أن مناطق المشاكل هي الحالة المضطربة كالمشاكل مثل الغضب أو القلق أو الاكتئاب؛ يجب أن تأخذ مشاكل تعاطي الكحول والمخدرات واستراتيجية العلاج في الاعتبار تعليم المزيد من المواقف الوظيفية وطرق الحصول على الأشياء المطلوبة، ويجب أن تكون الطرق المستخدمة في عملية العلاج محفزة (أي تحليل الإيجابيات والسلبيات).

لسوء الحظ، لا يوجد أي دليل مرضٍ على فعالية التدخل العلاجي في علاج اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. خلص تحليل تلوي بحثاً عن علاج فعال لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع إلى أنه على الرغم من وجود بعض التدخلات (على سبيل المثال، إدارة الطوارئ مع الصيانة القياسية أو العلاج المعرفي السلوكي مع الصيانة القياسية، وما إلى ذلك) يبدو أنها فعالة في مشاكل تعاطي المخدرات، إلا أن أيّاً من العلاجات النفسية كانت فعالة بشكل ملحوظ. [51]

ديفيدسون وآخرون. تم اختيارهم عشوائياً لـ ٥٢ مريضاً تم تشخيصهم باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع في مجموعتين، واحدة للعلاج المعرفي السلوكي والأخرى للعلاج كالمعتاد. تلقت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي العلاج إما لمدة ٦ أشهر أو لمدة ١٢ شهراً. عندما تمت مقارنة التقييمات التي تم إجراؤها في الأساس وفي ١٢ شهراً، وجد أنه على الرغم من ٦ أشهر من العلاج المعرفي السلوكي قللت من مشكلة تعاطي الكحول وزيادة المعتقدات الإيجابية والأداء الاجتماعي أكثر من العلاج كالمجموعة المعتادة، لم يكن الاختلاف كبيراً. [52]

من وجهة النظر المعرفية السلوكية، فإن طرق العلاج هي العلاج المعرفي السلوكي التقليدي والعلاج بالمخططات. نتائج الدراسات التي استخدمت أساليب العلاج المعرفي السلوكي التقليدية

غير مشجعة مع تغيرات ومواقف سلوكية غير مهمة [٥٣، ٥٤]. ومع ذلك، فإن نموذجًا سلوكيًا معرفيًا جديدًا يسمى الاستجابة للمخاطر والحاجة (RNR) أصبح أملاً في علاج اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع [٥٥]. يقيم هذا العلاج الأفراد الذين لديهم نمط سلوك إجرامي ومعاد للمجتمع بناءً على مخاطرتهم المستقبلية من العمل الإجرامي، واحتياجاتهم، والعوامل البيئية المتعلقة بالعودة إلى الإجرام. في هذا العلاج، الهدف هو تقليل عوامل الخطر المرتبطة بشكل خاص بالسلوك الإجرامي الدائم لأنه لا يستخدم عادة في أماكن الصحة العقلية غير التقليدية مثل السجون. يتعلق جزء "الخطر" من النموذج بكثافة العلاج لأنه يعتبر أنه كلما زاد خطر السلوك الإجرامي في المستقبل، كلما تطلب الأمر علاجًا أكثر كثافة. يدور جزء "الحاجة" من النموذج حول أهداف العلاج. هذه الأهداف هي التي اعتبرت محاولات الجرائم تتعلق في الغالب بالمستقبل. يتعلق جزء "الاستجابة" بالاتساق بين أساليب التعلم والقدرة والمراحل التحفيزية والتدخلات المقدمة [٥٦]. نظرًا لأن الأفراد المعادين للمجتمع لديهم حافز منخفض أو قدرات تعليمية منخفضة لتغيير استراتيجيات "العمل" الخاصة بهم بطريقة أو بأخرى، يجب أن يكون هناك ما يبرر خطة العلاج الفردية تمامًا. في خطة العلاج هذه، يتم استخدام الاستراتيجيات المتعلقة بنماذج التعلم المعرفي والسلوكي والاجتماعي من أجل بناء ملف تعريف فردي للتعلم. أندرو وآخرون. اقترح ثمانية عوامل تتعلق بعودة الأفراد المصابين باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. في نموذج الاستجابة للمخاطر (RNR) هذا، يتم تصنيف عوامل الخطر ضمن المجالين، وهما عوامل الخطر الثابتة، مثل الجرائم السابقة المرتكبة، وعوامل الخطر الديناميكية، مثل إساءة استخدام المواد الحالية. عامل الخطر الرئيسي الثابت هو تاريخ السلوك المعادي للمجتمع وعوامل الخطر الديناميكية هي الشخصية المضطربة، والتفكير الإجرامي (المعتقدات المعادية للمجتمع)، والزملاء المعادين للمجتمع، والأسرة المختلة أو الروابط الزوجية، وانخفاض مستويات الأداء و / أو الرضا في العمل / المدرسة، وانخفاض مستويات الأنشطة الترفيهية المؤيدة للمجتمع، وتعاطي المخدرات. يمثل التفكير الإجرامي والشخصية المضطربة محور الجزء المعرفي من العمل العلاجي. تمثل العوامل الأخرى مثل انخفاض الروابط الأسرية والبطالة وما إلى ذلك في نموذج الاستجابة للمخاطر (RNR) هذا، يتم تصنيف عوامل الخطر ضمن المجالين، وهما عوامل الخطر الثابتة، مثل الجرائم السابقة المرتكبة، وعوامل الخطر الديناميكية، مثل إساءة استخدام المواد الحالية. عامل الخطر الرئيسي الثابت هو تاريخ السلوك المعادي للمجتمع وعوامل الخطر الديناميكية هي الشخصية المضطربة، والتفكير الإجرامي

(المعتقدات المعادية للمجتمع)، والزملاء المعادين للمجتمع، والأسرة المختلة أو الروابط الزوجية، وانخفاض مستويات الأداء و / أو الرضا في العمل / المدرسة، وانخفاض مستويات الأنشطة الترفيهية المؤيدة للمجتمع، وتعاطي المخدرات. يمثل التفكير الإجرامي والشخصية المضطربة محور الجزء المعرفي من العمل العلاجي. تمثل العوامل الأخرى مثل انخفاض الروابط الأسرية والبطالة وما إلى ذلك في نموذج الاستجابة للمخاطر (RNR) هذا، يتم تصنيف عوامل الخطر ضمن المجالين، وهما عوامل الخطر الثابتة، مثل الجرائم السابقة المرتكبة، وعوامل الخطر الديناميكية، مثل إساءة استخدام المواد الحالية. عامل الخطر الرئيس الثابت هو تاريخ السلوك المعادي للمجتمع وعوامل الخطر الديناميكية هي الشخصية المضطربة، والتفكير الإجرامي (المعتقدات المعادية للمجتمع)، والزملاء المعادين للمجتمع، والأسرة المفككة أو المشكلات الزوجية، وانخفاض مستويات الأداء و / أو الرضا في العمل / المدرسة، وانخفاض مستويات الأنشطة الترفيهية المؤيدة للمجتمع، وتعاطي المخدرات. يمثل التفكير الإجرامي والشخصية المضطربة محور الجزء المعرفي من العمل العلاجي. تمثل العوامل الأخرى مثل انخفاض الروابط الأسرية والبطالة وما إلى ذلك وهي عوامل خطر ثابتة، مثل الجرائم السابقة المرتكبة، وعوامل الخطر الديناميكية، مثل إساءة استخدام المواد الحالية. عامل الخطر الرئيس الثابت هو تاريخ السلوك المعادي للمجتمع وعوامل الخطر الديناميكية هي الشخصية المضطربة، والتفكير الإجرامي (المعتقدات المعادية للمجتمع)، والزملاء المعادين للمجتمع، والأسرة المختلة أو الروابط الزوجية، وانخفاض مستويات الأداء و / أو الرضا في العمل / المدرسة، وانخفاض مستويات الأنشطة الترفيهية المؤيدة للمجتمع، وتعاطي المخدرات. يمثل التفكير الإجرامي والشخصية المضطربة محور الجزء المعرفي من العمل العلاجي. تمثل العوامل الأخرى مثل انخفاض الروابط الأسرية والبطالة وما إلى ذلك وهي عوامل خطر ثابتة، مثل الجرائم السابقة المرتكبة، وعوامل الخطر الديناميكية، مثل إساءة استخدام المواد الحالية. عامل الخطر الرئيسي الثابت هو تاريخ السلوك المعادي للمجتمع وعوامل الخطر الديناميكية هي الشخصية المضطربة، والتفكير الإجرامي (المعتقدات المعادية للمجتمع)، والزملاء المعادين للمجتمع، والأسرة المختلة أو الروابط الزوجية، وانخفاض مستويات الأداء و / أو الرضا في العمل / المدرسة، وانخفاض مستويات الأنشطة الترفيهية المؤيدة للمجتمع، وتعاطي المخدرات. يمثل التفكير الإجرامي والشخصية المضطربة محور الجزء المعرفي من العمل العلاجي. تمثل العوامل الأخرى مثل انخفاض الروابط الأسرية والبطالة وما إلى ذلك عامل الخطر الرئيسي

الثابت هو تاريخ السلوك المعادي للمجتمع وعوامل الخطر الديناميكية هي الشخصية المضطربة، والتفكير الإجرامي (المعتقدات المعادية للمجتمع)، والزلاء المعادين للمجتمع، والأسرة المختلة أو الروابط الزوجية، وانخفاض مستويات الأداء و / أو الرضا في العمل / المدرسة، وانخفاض مستويات الأنشطة الترفيهية المؤيدة للمجتمع، وتعاطي المخدرات. يمثل التفكير الإجرامي والشخصية المضطربة محور الجزء المعرفي من العمل العلاجي. تمثل العوامل الأخرى مثل انخفاض الروابط الأسرية والبطالة وما إلى ذلك عامل الخطر الرئيس الثابت هو تاريخ السلوك المعادي للمجتمع وعوامل الخطر الديناميكية هي الشخصية المضطربة، والتفكير الإجرامي (المعتقدات المعادية للمجتمع)، والزلاء المعادين للمجتمع، والأسرة المختلة أو الروابط الزوجية، وانخفاض مستويات الأداء و / أو الرضا في العمل / المدرسة، وانخفاض مستويات الأنشطة الترفيهية المؤيدة للمجتمع، وتعاطي المخدرات. يمثل التفكير الإجرامي والشخصية المضطربة محور الجزء المعرفي من العمل العلاجي. تمثل العوامل الأخرى مثل انخفاض الروابط الأسرية والبطالة وما إلى ذلك يمثل التفكير الإجرامي والشخصية المضطربة محور الجزء المعرفي من العمل العلاجي. تمثل العوامل الأخرى مثل انخفاض الروابط الأسرية والبطالة وما إلى ذلك يمثل التفكير الإجرامي والشخصية المضطربة محور الجزء المعرفي من العمل العلاجي. تمثل العوامل الأخرى مثل انخفاض الروابط الأسرية والبطالة وما إلى ذلك.

الجزء السلوكي من العلاج:

يتم الحفاظ على كل من الأجزاء المعرفية والسلوكية معاً. يمكن تقييم معتقدات الشخصية المعادية للمجتمع من خلال مقابلة غير منظمة أو بعض الأدوات المدعومة تجريبياً مثل استبيان اعتقاد الشخصية [٥٧]. بالنسبة للتفكير الإجرامي، هناك أدوات تقييم مختلفة لهم. بمجرد العثور على المعتقدات الشخصية وجوانب التفكير الإجرامي، يتم تنفيذ التدخلات المعرفية. تشمل التدخلات المعرفية إدخال المعتقدات المشروطة وغير المشروطة؛ إعادة الهيكلة المعرفية الأولى للمعتقدات الوسيطة من حيث العقلانية والوظيفة؛ سجل مخطط إيجابي والتجارب السلوكية.

إدخال نموذج العلاج المعرفي السلوكي العام وخاصة المعتقدات له تأثير علاجي. يمكن تقديم المواقف والقواعد والمعايير كعقائد شخصية يمكن الاحتفاظ بها أو التخلص منها وفقاً لوظائفها وسيحتاج تغيير العقيدة إلى وقت. سجل المخطط الإيجابي هو أسلوب معرفي يحاول فيه العميل

اكتشاف الأدلة الملموسة التي تتعارض مع المعتقدات الأساسية القديمة (يمكن أن تكون هذه المعتقدات الأساسية حول الذات أو الآخرين). التجارب السلوكية هي تجارب فردية مصممة جيداً تحاول اختبار معتقدات معينة.

تشمل التدخلات السلوكية التحليل الوظيفي، والمراقبة الذاتية، وجدولة النشاط، والتدريب على المهارات (التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب على الإصرار).

التحليل الوظيفي هو عمل لفحص المحفزات والسلوكيات ونتائج السلوكيات. تتم مناقشة هذه العواقب على المدى القصير والطويل. النوايا لا تتماشى دائماً مع العواقب. هذا التدخل له التركيز الفردي على تلك العواقب. تساعد المراقبة الذاتية العميل على الوقوف إلى الخلف ومراقبة نفسه. تساعد جدولة النشاط العملاء على إدراك كيف يقضون أوقاتهم، والأنشطة التي يشاركون فيها عادةً، وتأثيرات تلك الأنشطة. يجب أن يكون التدريب على المهارات مثل التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب على الإصرار أفضل إذا أضيف إلى بروتوكول العلاج عند العمل مع الأفراد المصابين باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. [58]

٢.٥. المفاهيم الأساسية في العلاج بالمخططات لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع كما ذكرنا سابقاً، نظراً لأن المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع عموماً لا يمتلكون الدافع الكافي وينأون بعيداً عن العلاج لأسباب قانونية، فمن الصعب جذبهم إلى العلاج. المرضى الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لديهم القليل من القلق بشأن عواقب أفعالهم وكيف يشعر الآخرون. إنهم يرون أنفسهم وحيداً، لذا فإن أحد أهم الأشياء للمضي قدماً في العلاج هو بناء علاقة علاجية. المعالج يستخدم استراتيجيتين مهمتين - التعويض المحدود والمواجهة المتعاطفة - لبناء علاقة علاجية جيدة. مرضى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لديهم مخططات قوية بسبب ذكريات الطفولة المبكرة عن الاحتياجات الأساسية التي لم تتم تلبيةها. يوفر التعويض المحدود "تجربة عاطفية تصحيحية" تغذي هذه الاحتياجات غير المشبعة [٥٩].

الردود، الموقف التعاطفي.

المواجهة العاطفية هي بناء علاقي آخر مفيد للغاية أثناء مرحلة تغيير العلاج. إنه مثل توتر - توتر. من ناحية، يقبل المعالج ويظهر مخطط المريض. يظهر تعاطفاً مع المريض حول سبب امتلاك المريض لهذا المخطط، وما فائدة المخطط في الطفولة المبكرة، وكيف ساعد المريض على البقاء في تلك الفترة المؤلمة. من ناحية أخرى، يواجه المعالج مع المريض حول العواقب

الحالية للمخطط، وكيف يدمر العلاقات الشخصية للمريض، وما إلى ذلك. التآرجح بين التعاطف والمواجهة سيقود المريض إلى أن يكون أكثر انفتاحاً على التفسيرات البديلة. تساعد الاستراتيجيات المعرفية المريض على بناء وضع صحي للبالغين، ولكن قبل ذلك يجب على المريض أولاً أن يدرك وضعه ثم يتحدى ذلك. من الواضح جداً أن المريض سيجد صعوبة في إدراك مخطئه / مخططها من عدة جوانب كانت هامة لإنقاذ حياته. لذا فإن الاستراتيجيات المعرفية تساعد المريض على التراجع والنظر إلى الصورة من مسافة بعيدة. تشمل الاستراتيجيات المعرفية: [31]

اختبار صلاحية المخطط: يشبه اختبار صحة الأفكار التلقائية في العلاج المعرفي السلوكي باستثناء أنه، هنا سيتم اختبار الصلاحية في النظر إلى الحياة بأكملها بدلاً من موقف معين. يبحث المعالج والعميل عن الأدلة المؤيدة والمعارضة للمخطط. إعادة صياغة الدليل الداعم للمخطط: يقوم المعالج والمريض بإعداد قائمة بالأدلة الداعمة للمخطط، ثم يقومان معاً بتوليد تفسيرات بديلة لتوفير فهم أفضل. تقييم مزايا وعيوب استجابات المريض للتكيف: الهدف هو جعل المرضى يلاحظون أن المخططات كانت ذات يوم المكونات الرئيسة للبقاء على قيد الحياة في وقت ما خلال حياتهم ولكن ليس بعد الآن.

إجراء حوارات بين "جانب المخطط" و "الجانب الصحي": مقتبساً من "أسلوب الكرسي الفارغ" في علاج الجشطات، يوجه المعالج المريض لتقديم إجابات صحية إلى "جانب المخطط" ثم يبدل مكانه ويلعب العميل "الجانب الصحي" أو يلعب "الجانب الصحي" و "جانب المخطط" ويولد إجابات صحية لاتهامات المخطط.

بطاقات فلاش المخطط: يحمل المرضى بطاقات التأقلم هذه عندما يتم تنشيط مخططاتهم. يوميات المخطط: يستخدم المرضى هذه اليوميات مرة أخرى عندما يتم تشغيل مخططاتهم. يتعرفون على الحدث المسبب، والعواطف، والأفكار، والمخطط الكامن وراءه، والمخاوف الواقعية وغير الواقعية، والاستجابات الصحية لها.

باتباع الاستراتيجيات المعرفية، يتم تنفيذ استراتيجيات التغيير التجريبي التي تشمل التعويض (حوارات خيالية بين الطفل الضعيف، والبالغ غير الصحي، والبالغ السليم)، وإرسال رسائل إلى الوالد والخيال لكسر الأنماط. [31]

العلاج بالمخططات لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع هو رحلة طويلة مع عقبات تتطلب تحفيز كل من المريض والمعالج. أثناء العملية، يجب على المعالج أن يعد نفسه / نفسها للعلاج من السلوكيات / العقبات التي تتدخل في العلاج مثل وضع الحماية المنفصل عن المخطط، ومشاكل السيطرة على الغضب، وتعاطي الكحول / المخدرات، والسلوكيات الإجرامية / القضايا القانونية والاحتفاظ بمخططاته الخاصة، التجنب والتعويضات الزائدة كذلك.

٣. الخاتمة:

في الختام، فإن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يشكل عبء كبير على المجتمع من حيث النفقات المالية لعلاج الاضطراب والمشاكل القانونية. ومع ذلك، لا توجد نتائج مرضية في علاج اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع. يبدو أن الهدوء الكامل (الأمثل) هدف غير واقعي للمعالجين النفسيين. أكبر عقبة هي تثبيط المريض، مما يؤدي إلى فك الارتباط بالعلاج أو حتى عدم حضور الجلسات بشكل صحيح. فإنه لن يكون من المدهش أن يرتكب العميل علاجاً يتدخل في سلوكيات مثل الغش أو الكذب أو حتى السخريّة من المعالج. تفترض العلاجات المعرفية ذات التوجه السلوكي أن الأشخاص المعادين للمجتمع يعتبرون أنفسهم غير محبوبين ووحيدين وما إلى ذلك، وهو ما قد يكون تعويضاً عن الإيذاء ويقترح التركيز على إعادة الهيكلة المعرفية للمعتقدات الوسيطة. على الرغم من عدم وجود أدلة كافية على أي تدخلات علاجية نفسية فعالة بشكل كبير، فإن التحسن في الأعراض مثل الاندفاع أو السلوك العدواني أو تعاطي المخدرات سيكون له بالتأكيد آثار إيجابية ليس فقط على المجتمع بشكل عام (مثل تقليل معدلات الجريمة، وما إلى ذلك) ولكن أيضاً على العلاقات الشخصية التي تربط المريض بالآخرين.

المراجع:

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1994.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013

Dinwiddie SH, Daw EW. Temporal stability of antisocial personality disorder: Blind follow-up study at 8 years. Comprehensive Psychiatry. 1998;39(1):29-34

- De Ruiter C, Greeven PG. Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: Convergence of interview and self-report measures. *Journal of Personality Disorders*. 2000;(14):162-170
- Swanson MC, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. *Antisocial personality disorders*. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum*. 1994; 376:63-70
- Ozarin L. Moral insanity: A brief history. *Psychiatric News*. 2001;36(10):21
- Cleckley H. *The Mask of Sanity*. 1st ed. St. Louis: Mosby; 1941
- Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*. 2nd ed. Toronto, Canada: Multi-health Systems; 2003
- Lilienfeld S. Conceptual problems in the assessment of psychopathy. *Clinical Psychology Review*. 1994; 14:17-38
- Herpertz SC, Werth U, Lukas G, Qunaibi M, Schuerkens A, Kunert H, Freese R, Flesch M, Mueller-Isberner A, Osterheider M, et al. Emotion in criminal offenders with psychopathy and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2001; 58:737-745
- Harpur TJ, Hakstian AR, Hare RD. Factor structure of the psychopathy checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56:741-747
- Torgensen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*. 2001; 58:590-596
- Hart SD, Hare RD. Psychopathy: Assessment and association with the criminal conduct. In: Stoff DM, Breiling J, Maser JD, editors. *Handbook of Antisocial Behavior*. 1st ed. New York, USA: Wiley; 1997. pp. 22-35
- Widiger TA, Corbitt EM. Comorbidity of antisocial personality disorder with other personality disorders. In: Stoff DM, Breiling JM, Maser JD, editors. *Handbook of Antisocial Behaviors*. 1st ed. New York, USA: Wiley; 1997. pp. 75-82
- Robins LN, Tipp J, Przybeck T. Antisocial personality. In: Robins LN, Legiar DA, editors. *Psychiatric Disorders in America*. 1st ed. New York: Free Press; 1991. pp. 258-290
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. 2007; 15:553-564

- Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E, Woodworth G, Stewart MA. Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressively and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry*. 1995;52(11):916-924
- Eysenck HJ, Gudjonsson GH. *The Causes and Cures of Criminality*. 1st ed. New York, USA: Plenum; 1989
- Hare RD. Electrodermal and cardiovascular correlates of psychopathy. In: Hare RD, Schalling D, editors. *Psychopathic Behavior: Approaches to Research*. 1st ed. New York, USA: Wiley; 1978. pp. 107-143
- Beck AT, Freeman A. *Cognitive Theory of Personality Disorders*. 1st ed. New York, USA: Guilford Press; 1990
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. New York, USA: Guilford Press; 1979
- Beck JS. *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. New York, USA: Guilford Press; 2011
- Ellis A. *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, USA: Lyle Stuart; 1962
- Padesky CA. Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology Psychotherapy*. 1994;1(5):267-278
- Beck AT, Davis DD, Freeman A. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. 3rd ed. New York, USA: Guilford Press; 2015
- Hofmann SG, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of metaanalyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2012; 36:427-440
- Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*. 2006; 26:17-31
- Clark DA, Beck AT, Alford BA. *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. Hoboken, NJ: Wiley; 1999
- Clark DA, Beck AT. *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice*. New York, USA: Guilford Press; 2010
- Shadish WR, Matt GR, Navarro AM, Phillips G. The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2000; 126:512-529
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, USA: Guilford Press; 2003
- Young JE, Lindemann MD. An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 1992; 6:11-23

- Dadomo H, Grecucci A, Giardini I, Ugolini E, Carmelita A, Panzeri M. Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implication and clinical applications. *Frontiers in Psychology*. 2016; 7:1987. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01987
- Giesen-Bloo J, van Dyck R, Spinhoven P, van Tilburg W, Dirksen C, van Asselt T, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder, randomised trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*. 2006; 63:649-658
- Farrel JM, Shaw IA, Webber AA. A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2009; 40:317-328
- Dickhaut V, Arnzt A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2014;45(2):242-251
- Bamelis LL, Evers SM, Spinhoven P, Arntz A. Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2014;171(3):305-322
- Jovev M, Jackson H. Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*. 2004;18(5):467-478
- Nordahl HM, Holthe H, Haugum JA. Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2005;12(2):142-149
- Reeves M, Taylor J. Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2007; 14:96-104
- Freeman A, Pretzer J, Fleming B, Simon KM. *Clinical Applications of Cognitive Therapy*. New York, USA: Plenum Press; 1990
- Millon T, Everly G. *Personality and its Disorders: A Biosocial Learning Approach*. New York: Wiley; 1985
- Tremblay PF, Dozois DJA. Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual Differences*. 2009; 46:569-574

- Gilbert F, Daffern M, Talevski D, Ogloff JR. The role of aggression-related cognition in the aggressive behaviors of offenders: A general aggression model perspective. *Criminal Justice and Behavior*. 2013;40(2):119-138
- Loper AB. The relationship of maladaptive beliefs to personality and behavioral adjustment among incarcerated women. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2003; 17(3):253-266
- Ward T. Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and Violent Behavior*. 2000; 5:491-507
- Polaschek DL, Calvert SW, Gannon TA. Linking violent thinking: Implicit theory-based research with violent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*. 2009; 24:75-96
- Ozdel, K, Turkcapar MH, Guriz SO, Hamamci Z, Duy B, Taymur I, et al. Early maladaptive schemas and core beliefs in antisocial personality disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2015;8(4):306-317
- Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2004
- Meloy JR, Yakeley J. Antisocial personality disorder. In: Gabbard GO, editor. *Gabbard's Treatment of Psychiatric Disorders*. 5th ed. Arlington. APA Publishing; 2014
- Gibbon S, Duggan C, Stoffers J, Huband N, Völm BA, Ferriter M Et al. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010:CD 007668
- Davidson KM, Tyrer P, Tata P, Cooke D, Gumley A, Ford I, et al. Cognitive behavior therapy for violent man with antisocial personality disorder in the community: An exploratory randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. 2009;39(4):569-577
- Matusiewicz AK, Hopwood CJ, Banducci AN, Lejuez CW. The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 2010;33(3):657-685
- Hoffman SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2012;36(5): 427-440
- Andrews Da, Bonta J. *Psychology of Criminal Conduct*. 5th ed. London and New York: Routledge; 2010
- Andrews DA, Bonta J, Wormith JS. The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*. 2006;52(1):7-27

Butler AC, Beck AT, Cohen LH. The personality belief questionnaire-short form: Development and preliminary findings. *Cognitive Therapy and Research*. 2007;31(3):357-370

Dobson D, Dobson KS. *Evidence-based Practice of Cognitive-behavioral Therapy*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2016

Alexander F, French TM. *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press; 1946