



جامعة ابي بكر بلقايد - تلمسان

كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

مذكرة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس

تخصص: تقنيات و تطبيقات العلاج النفسي

فعالية العلاج المعرفي لبيك تقنية التقييم الذاتي في التكفل
بالأعراض الاكتئابية المتوسطة لدى عينة من الطالبات
بجامعة تلمسان

تحت اشرف :

أ. د بشلاغم يحيى

اعداد الطالبة

بن منصور نسيمة

أعضاء لجنة المناقشة

رئيساً

استاذ جامعة تلمسان

أ/ د فقيه العيد

مشرفاً ومقرر

استاذ جامعة تلمسان

أ/ د بشلاغم يحيى

مناقشة

استاذ جامعة وهران محمد بوضياف

أ/ د ماحي ابراهيم

مناقشة

استاذة محاضرة أ جامعة تلمسان

د عطار سعيدة

مناقشة

استاذ محاضر أ جامعة ابو القاسم سعد الله الجزائر

د زقعار فتحي

مناقشة

استاذ محاضر أ جامعة جيلالي ليايس سيدي بلعباس

د حلوش مصطفى

السنة الجامعية : 2104 - 2015

شكر و تقدير

لا يسعني في هذه المناسبة إلا أن اشكر الله سبحانه وتعالى على توفيقه واحسانه لإتمام هذه الرسالة .

اتقدم بالشكر الجزيل والتقدير الى الاستاذ المشرف على المذكرة الدكتور بشلاغم يحيى، والى اعضاء لجنة المناقشة .

كما اتوجه بالشكر والتقدير لكل من ساهم معي من قريب او بعيد في اعداد هذا العمل .

فهرس الموضوعات :

أ	شكر و تقدير
ب	الاهداء
خ	فهرست الجداول والاشكال
1	المقدمة العامة

الباب الاول : الدراسة النظرية

الفصل الاول : مدخل الدراسة

9	الاشكالية
18	الفرضيات
19	أهمية الدراسة
21	أهداف الدراسة
22	اسباب اختيار موضوع الدراسة
24	المفاهيم الاجرائية للدراسة

الفصل الثاني :الاكتئاب

28	تمهيد
28	تعريف الاكتئاب
35	نبذة تاريخية عن الاكتئاب

35	مظاهر الاكتئاب
36	اعراض الاكتئاب
40	تصنيف الاكتئاب
54	نسبة انتشار الاكتئاب
56	اسباب الاكتئاب
62	النظريات المفسرة للاكتئاب
66	الخلاصة

الفصل الثالث: المراقبة و الاكتئاب

69	تمهيد
69	مفهوم المراقبة
71	ازمة المراقبة
72	مظاهر مرحلة المراقبة
72	التغيرات المصاحبة لمرحلة المراقبة
73	اشكال المراقبة
74	الشخصية الاكتئابية
74	الاكتئاب و مرحلة المراقبة
75	مراحل المراقبة
76	نسبة انتشار الاكتئاب في مرحلة المراقبة

79	اشارات دالة على اصابة المراهق بالاكتئاب
80	نتائج المراهقة
81	علاج الاكتئاب
84	أدوات تقييم و قياس الاكتئاب
85	الخلاصة

الفصل الرابع: العلاج النفسي المعرفي للاكتئاب

88	تمهيد
88	مفهوم العلاج النفسي المعرفي
90	تاريخ و تطور العلاج المعرفي
92	مفهوم النظرية المعرفية
92	عملية العلاج المعرفي
93	مميزات و عيوب العلاج المعرفي
94	خصوصيات العلاج المعرفي
94	معايير العلاج المعرفي
94	النموذج المعرفي للاكتئاب
106	العلاج المعرفي للاكتئاب وفق بيك
110	خطوات او عملية العلاج النفسي المعرفي للاكتئاب

- 111 الهدف من العلاج المعرفي للاكتئاب
- 112 المبادئ التي يقوم عليها العلاج المعرفي للاكتئاب
- 116 شروط اختيار التقنية المناسبة
- 117 الفنيات او التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي للاكتئاب
- 117 تقنيات تستخدم لتحديد و تعديل الافكار التلقائية
- 124 فنيات تستخدم لتحديد و تعديل المخططات
- 131 تقييم نظرية العلاج المعرفي لبيك
- 132 الخلاصة

الباب الثاني : الدراسة الميدانية

الفصل الخامس : الاجراءات المنهجية للدراسة

- 135 تمهيد
- 135 الدراسة الاستطلاعية
- 138 دراسة صدق وثبات أدوات الدراسة
- 140 مقياس الاكتئاب
- 145 مقياس التفكير الايجابي و السلبي
- 149 مقياس تقدير الذات
- 153 البرنامج العلاجي المعرفي
- 154 عينة الدراسة الاستطلاعية
- 156 اجراءات الدراسة الاستطلاعية

156	أهداف الدراسة الاستطلاعية
157	خطوات الدراسة الاستطلاعية
157	نتائج الدراسة الاستطلاعية
158	الدراسة الأساسية
160	المنهج المستخدم في الدراسة
161	مجتمع وعينة الدراسة الأساسية
162	مواصفات عينة الدراسة الأساسية
163	متغيرات الدراسة
164	وصف أدوات الدراسة

الفصل السادس : عرض و تحليل نتائج الدراسة

192	تمهيد
192	عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الاولى
193	عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية
194	عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة
194	عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة
195	عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة
196	عرض النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة
197	نتائج الدراسة
198	مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الاولى

203	مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية
204	مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثالثة
208	مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الرابعة
210	مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الخامسة
214	مناقشة و تفسير نتائج الفرضية السادسة
221	الخاتمة العامة

المراجع

230	المراجع باللغة العربية
258	المراجع باللغة الفرنسية

الملاحق

264	ملحق رقم (1) : مقياس الاكتئاب
270	ملحق رقم (2) : مقياس انماط التفكير
276	ملحق رقم (3) : مقياس تقدير الذات
278	ملحق رقم (4): الوصف التفصيلي لجلسات البرنامج العلاجي المعرفي

قائمة الجداول:

الرقم	العنوان	الصفحة
1	الفرق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني	46

120	كيفية استخدام تقنية التقييم الذاتي	2
139	الصدق التمييزي لقائمة بيك	3
140	ثبات مقياس الاكتئاب بطريقة الفاكرونبارخ واعداد التطبيق	4
141	قيمة (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الذكور	5
145	قيمة (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الاناث	6
143	ثبات مقياس الاكتئاب بطريقة اعادة تطبيق الاختبار ومعامل الفا	7
144	معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس	8
146	ثبات مقياس الاكتئاب بحساب قيمة الفاكرونبارخ	9
148	ثبات مقياس التفكير الايجابي والسلبى بطريقة الفا كرونبارخ	10
149	يبين معامل ارتباط مقياس التفكير الايجابي و السلبى	11
150	يبين معاملات الثبات في حالات البنين و البنات والعينة المشتركة بتطبيق معادلة بيرسون	12
151	يبين معاملات الارتباط بين درجات الذكور والاناث والعينة	13

المشتركة في اختبار تقدير الذات واختبار مفهوم الذات

151	يبين معامل ارتباط فقرات مقياس تقدير الذات	14
155	يبين معامل ثبات فقرات مقياس تقدير الذات بطريقة الفا كرونبارخ	15
155	يمثل توزيع أفراد المجموعة الاستطلاعية وفق متغير الجنس	16
155	يبين توزيع أفراد المجموعة الاستطلاعية وفق التخصص و المستوى الدراسي	17
157	يبين تكافؤ المجموعة التجريبية و الضابطة في متغير العمر	18
157	يبين قيمة (ت) لدلالة الفرق بين المجموعة التجريبية الاستطلاعية والضابطة على مقياس الاكتئاب	19
158	يبين قيمة (ت) لدلالة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية الاستطلاعية على مقياس الاكتئاب في القياس القبلي و البعدي	20
160	يبين تكافؤ المجموعة التجريبية و الضابطة في متغير العمر	21
161	يبين الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي المعرفي	22
165	يبين توزيع فقرات مقياس التفكير بجانبيه السلبي والايجابي	23
171	الخمس الاعمدة المكونة لتقنية التقييم الذاتي	24
179	يمثل مخطط الجلسات و سيرورة العلاج	25
192	يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس الاكتئاب	26
193	يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب	27

194	يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب	28
195	يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب	29
196	يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس التفكير الايجابي و السلبي	30
197	يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين القياسين القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية على مقياس تقدير الذات	31

فائمة الاشكال :

الرقم	العنوان	الصفحة
1	يبين العلاقة بين المخططات المعرفية والتشوهات المعرفية و الافكار الايوتوماتيكية	104
2	يبين دورة الاكتئاب	105
3	يبين الفنيات المستخدمة للكشف عن الافكار التلقائية	117
4	يبين الفنيات المستخدمة للكشف عن المخططات	124
5	يبين المنهج المستخدم في الدراسة	159

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية الى استقصاء مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي في خفض الأعراض الاكتئابية المتوسطة من خلال قياس أعراض الاكتئاب وتشخيصه عند عينة من الطالبات المراهقات السنة الأولى والثانية جامعي وأثره على تعديل طريقة التفكير الالية السلبية من خلال مقياس التفكير الايجابي والسلبى وذلك من خلال تصميم وتطبيق البرنامج العلاجي على عينة الدراسة الحالية ثم التحقق من الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي والفروق بين المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي والتتبعي والكشف عن فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي في خفض الأعراض الاكتئابية المتوسطة وأثره على تعديل الأفكار السلبية للطالبات المراهقات وكذا الرفع من قيمة تقديرهن لذواتهن.

انطلقت الدراسة من التساؤل الرئيسي التالي :

ما فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي في خفض الأعراض الاكتئابية المتوسطة لدى عينة من الطالبات المراهقات والى أي مدى يساهم هذا البرنامج في تعديل الأفكار الالية السلبية ؟

أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها 20 طالبة من الطلاب الجامعيين بجامعة أبو بكر بلقايد، حيث تم تقسيمهم الى مجموعتين متساويتين وهما:

المجموعة التجريبية : تتكون من 10 طالبات يعانين من الأعراض الاكتئابية المتوسطة .

المجموعة الضابطة : تتكون من 10 طالبات يعانين من الأعراض الاكتئابية المتوسطة.

تم تطبيق أدوات الدراسة على عينة الدراسة بعد التأكد من صدقها و ثباتها و المتمثلة فيما يلي :

مقياس الاكتئاب (من اعداد بيك ، ترجمة غريب عبد الفتاح)

مقياس التفكير الايجابي و السلبى (من اعداد عبد العزيز حنان)

مقياس تقدير الذات (كوبر سميث)

البرنامج العلاجي المعرفي (اعداد الباحثة)

قامت الباحثة بمعالجة البيانات التي تم الحصول عليها من خلال استخدام الأساليب الاحصائية المتمثلة في : معامل الفا كرونباخ، صدق الاتساق الداخلي، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، اختبار ت لدلالة الفرق بين عينتين مستقلتين اختبار ت لدلالة الفرق بين عينتين مرتبطتين، باستخدام حزمة البرامج الاحصائية للعلوم الاجتماعية spss

قد أسفرت نتائج الدراسة على:

1 وجود فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية

2 وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

3 عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في الاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي.

4 عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب

5 وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في مقياس التفكير الايجابي والسلبى بعد تطبيق البرنامج

6 وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس تقدير الذات بعد تطبيق البرنامج

المقدمة :

لقد نشط اهتمام السيكولوجيين والأطباء النفسانيين بالاضطرابات النفسية التي يمكن أن يتعرض لها الأفراد خلال حياتهم، ومن بينها الاكتئاب النفسي الذي يعتبر واحدا من اقدم الاضطرابات التي عرفها المجتمع البشري وأكثرها شيوعا وأشدّها خطورة نظرا لأنه يؤثر على الصحة سواء الجسدية أو النفسية ولقد شهد تقريبا ملحوظا وانتشارا واسعا حيث تشير بعض الاحصائيات الى أن نسبة انتشاره تصل الى 7 % من سكان العالم ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة الى 10 % خلال أعوام قليلة وتشير أيضا احصائية لمنظمة الصحة العالمية أجريت في عام 1994 الى أن نسبة حالات الاكتئاب تصل الى 1,8% من العينة التي شملتها الدراسة ويبين هذا الرقم أن هؤلاء الأشخاص قد أصيبوا بالاكتئاب في مرحلة ما من مراحل حياتهم وتم تصنيف 4,6 % منهم كحالات اكتئاب شديدة و 7,7 % منهم كحالات اكتئاب متوسط و 5,7 % كحالات اكتئاب بسيطة. (لطي الشربيني، 2002)

حسب ولسين walsin (1996) فان خطرالاكتئاب في درجاته المرضية لا يقل أهمية عن خطر الامراض الجسمية الشائعة والشديدة كأمراض الأوعية الدموية والقلب ويرجع رأيه هذا من خلال الدراسة المسحية التي أجراها على عينة اشتملت على (1242) من المصابين بمرض الاكتئاب حيث خلصت الدراسة الى ان مخاطر الاكتئاب سواء بلغ المستوى المرضي او ظل في المستوى العصبي تتساوى أو تفوق الامراض الجسمية المعروفة بما في ذلك امراض القلب والسكري وكذلك امراض الجهاز الهضمي

كما يؤكد ولسين بان هناك علاقة مؤكدة ودالة بين الاكتئاب والانتحار، حيث بين أن نسبة المنتحرين من بين المكتئبين تزيد على غيرها لتصل الى ما يقارب 15 %، ومن بين حالات الانتحار التي تبقى أن نسبة 80 % منها بسبب حالات الاكتئاب . (Walsin ,1996 ,p :74)

من هذا المنطلق كان من الضروري تسليط الضوء حول هذا الاضطراب نظرا لما ينجم عنه من نتائج وخيمة ربما يكون الاقدام على الانتحار هو ذروة ذلك، حيث أن 15 % من المصابين بالاكتئاب ينتهي بهم

الامرالى الانتحار(Beck,1993,p : 54). كما أن الدراسات اثبتت أن 50% من المنتحرين تم تشخيص حالة الاكتئاب لديهم في وقت من الاوقات .(نبيل عبد الله، 2010)

كما أن الهدف من تسليط الضوء حول هذا الموضوع هو محاولة خفض معدلات انتشاره وتحديد الحالات التي هي بحاجة الى العلاج النفسي .

كما بينت مجموعة من الدراسات أن مختلف الاضطرابات النفسية تشهد انتشارا واسعا في مرحلة المراهقة، حيث وصلت نسبة من يعانون من الكآبة في هذه المرحلة في دراسة سولفيان وأنجين Solfyen et Angel الى 30%(Sullvian w, 1986, p. 104) وفي دراسة أخرى قام بها بيك والبرت Beck et Albert وصلت هذه النسبة الى 33 %.

هذا ما يسمح لنا بالقول بأن الاكتئاب عند المراهق يمثل مشكلة كبيرة للصحة العامة، وذلك نظرا لكثرتة ولخطورة وقعه الشخصي والاجتماعي ولمخاطر الانتحار المرتبطة به.(شابرول، 1998)

بالرغم من ان هذا الاضطراب قد يظهر في أي مرحلة من مراحل الحياة، إلا أن مرحلة المراهقة تعد مرحلة حساسة نظرا لأنها تعد من أخطر المراحل التي يمر بها الانسان ضمن أطواره المختلفة حيث أنها تتميز بالتجدد المستمر وما يميزها أيضا هو كونها مرحلة انتقالية تنتقل بالإنسان من الطفولة الى الرشد ولهذه المرحلة تأثير بليغ في تشكيل شخصية الفرد بعد ذلك وهي تعني الفترة التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي باكتمال النضج، وعليه فيمكن وصفها بأنها مرحلة انتقالية تجمع بين خصائص الطفولة وسمات الرجولة (منذر كيتاني،2007). كما تتميز هذه المرحلة بظهور مجموعة من المشاكل منها ما يعود الى طبيعة المرحلة ذاتها ومنها ما يرجع الى عدم تفهم المجتمع الخارجي للشباب المراهق وعدم تقديره ومنه يمكن اعتبار مرحلة المراهقة مرحلة هامة في نمو الفرد وهذا بالرغم من أن كل مراحل النمو التي يمر بها الفرد هامة بسبب تأثيراتها الحالية والتالية إلا أن مرحلة المراهقة ذات أهمية خاصة نظرا للتغيرات العضوية والنفسية التي تطرأ على شخصية المراهق في هذه الفترة والتي قد تكون سببا وراء وقوعه في العديد من المشكلات (عبد الحميد رجعيه، 2000). كما يمكن اعتبار الاكتئاب لدى المراهق على أنه تعبير غير نمذجي وتطور عفوي يتناسب مع ازمة المراهقة حيث يمثل عرضا من اعراضها، غير أننا نجد أن المكتسبات الحديثة تمنحنا صورة معكوسة عن المراهقة تتلخص بكثرة حالات الاكتئاب عند المراهقين حيث تشبه اعراضها بشكل عام اعراض الاكتئاب لدى الراشدين كما ان تطور الاكتئاب هو تنمة لحالة مرضية لدى الراشد وخطورته مرتبطة بوقوعها على عملية النمو في فترة المراهقة. (شابرول، 1998)

عليه فقد قامت الباحثة بتسليط الضوء على فئة المراهقين ممن هم في المرحلة الجامعية وذلك لأهمية وخصوصية وخطورة هذه المرحلة في حياة الانسان، حيث نجد أن الشاب المراهق يتعرض في هذه المرحلة العمرية الى مجموعة من المشاكل والأزمات والضغوط النفسية التي ربما تهيب الأرضية للإصابة بمجموعة من الاضطرابات النفسية والتي يعد مرض الاكتئاب واحد منها وأشدّها خطورة، حيث نجد أن هذه المرحلة العمرية ذات علاقة بالإصابة بالاكتئاب فالمرحلة مرحلة خصبة للإصابة خاصة اذا تواجد المراهق في بيئة غير متقبلة ومتهمّة له، فمثل هذه البيئة تجعل من هذه التغيرات أزمة يعيشها المراهق ينجم عنها شعوره بالاكتئاب، الى جانب ذلك فان الاضطرابات الجسدية والنفسية التي تحدث للفتاة المراهقة من شأنها أن تساهم في تطور الاكتئاب ونخص بالذكر هنا التغيرات البيولوجية التي تمر بها الفتاة في تلك المرحلة العمرية، وفي مرحلة المراهقة يشعر المراهق بعلامات الاكتئاب، خاصة الضجر وفقدان الاهتمام بالحياة والتي غالبا ما يتم تجاهلها حيث يعتبرها البعض عادية في هذه المرحلة و أنها راجعة لها.

بالرغم من أن هذا الاضطراب يمس فئة المراهقين بصفة عامة غير اننا نجده يتربع لدى فئة الفتيات المراهقات بنسبة ملفتة بالمقارنة مع نظيرها فئة الشباب المراهقين، وقد يرجع ذلك الى أن الاناث يكن أكثر حساسية وتأثرا بالعديد من المؤثرات التي تؤثر على الحالة المزاجية لديهن وتجعلهن أكثر عرضة وقابلية للشعور بالحزن والكآبة عن الذكور، وهذا ما دلت عليه مجموعة واسعة من الدراسات حين أقرت أن الفتيات اللاتي تتراوح اعمارهن بين 12 و 17 سنة أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب الحاد ثلاث مرات أكثر من الفتيان في نفس المرحلة العمرية. (احمد سالم، 2012)

كما تبين ذلك من خلال الاطلاع على مجموعة واسعة من البحوث والدراسات والتي سعت الى اجراء دراسة مقارنة بين نسبة انتشار الاكتئاب بين الجنسين، منها دراسة (بدر الانصاري، 2007) دراسة (دويدار، 1989)، ودراسة (ماراتن وليونسون، 1990) وغيرها من الدراسات.

كما أنه من خلال احتكاك الباحثة مع الطلاب المراهقين الجامعيين، التمسّت صعوبة هذا الاضطراب ومدى الانتشار الواسع له والذي يرجعه بيك Beck الى تلك التشوهات المعرفية التي يتبناها الفرد والى الأفكار اللامنطقية أو الالية التي تسيطر عليه. من هذا المنطلق كان من الضروري تقديم العلاج النفسي لهؤلاء الطلاب عن طريق تصميم برنامج علاجي معرفي للتخفيف من تلك الاعراض الاكتئابية قبل أن

تتوغل وتستقر في أعماقهم ويصبحوا تحت سيطرتها، وبعد ذلك تقديم يد العون لهم للخروج من دائرة هذه الأعراض .

منه سنسعى من خلال هذا البحث تسليط الضوء على شريحة الفتيات المراهقات اللواتي يعانين من الاكتئاب وهذا لغرض مساعدتهن على التخلص من الاكتئاب وأعراضه، معتمدين في ذلك على العلاج النفسي المعرفي (النموذج المعرفي لبيك) الذي أثبتت فعاليته في القضاء على أعراض الاكتئاب، نظرا لان نظرية بيك تعد من النظريات النفسية الهامة في تفسير الاكتئاب والتي تقترض ان الاكتئاب ما هو إلا مجموعة من الاعراض والمظاهر الانفعالية (المزاجية) والمعرفية والدافعية والجسمية السلبية غيران الاعراض المعرفية هي التي تؤدي الدور الاساسي في استمرار معاناة المريض من هذه الاعراض، حيث يشوب تفكير المريض الخلل والأفكار الخاطئة ومنه يهدف العلاج المعرفي الى تغيير وتعديل محتوى المعارف التي يتبناها المكتئبين لأنها مشبعة بالنظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل وهو ما يطلق عليه بيك اسم الثالوث المعرفي وعليه فان العلاج المعرفي يسعى الى تعديل طريقة التفكير السلبية الى الايجابية وتأويل الاحداث المعاشة بطريقة واقعية و بهذا يتخلص المكتئب من جزء كبير من الاعراض الاكتئابية وهذا ما أكدته مجموعة من الدراسات نذكر من بينها : دراسة مواهب سعيد (2009)، دراسة شاو Chaw (1977) وغيرها من الدراسات ويشمل هذا العلاج مجموعة من الفنيات والاستراتيجيات غير أن الباحثة ستركز في بحثها هذا على فنية التقييم الذاتي وهي فنية معرفية تسعى الى تعديل أفكار العميل المختلفة.

عليه فان بحثنا سيحاول تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي على مجموعة من الطالبات المراهقات اللواتي يعانين من بعض الأعراض الاكتئابية المتوسطة من خلال الاستعانة بمجموعة من الفنيات والأساليب غير أن الفنية الأساسية والمحورية المعتمدة هي فنية التقييم الذاتي. مع الإشارة الى أن بحثنا هذا يهدف الى التخفيف من أعراض الاكتئاب وليس من الاكتئاب كمرض باثولوجي قائم بحد ذاته ومنه يجب التفرقة بين أعراض الاكتئاب والتي تعتبر أكثر انتشارا وبين اضطراب الاكتئاب حيث لا تشكل الأعراض مرضا ولكن تعتبر هذه الأعراض تفاعلا لمجموعة من الظروف (الاجتماعية، الأسرية، الاقتصادية) إلا أن اهمالها قد يحولها الى اضطرابات اكتئابية مزمنة (احمد عكاشة، 1992). من هذا المنطلق تتجلى أهمية التفرقة بين الاكتئاب بوصفه زملة مرضية محددة تشخص بواسطة المقاييس النفسية والأدلة التشخيصية سواء أكانت العالمية الصادرة عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين وبين الأعراض الاكتئابية التي يعترى واحد أو أكثر منها كل انسان تقريبا في فترة ما أو أخرى من فترات حياته (علي كاظم ،غادة عيد

،عبد الخالق ،2011) ونوضح أنه في هذه الدراسة المقصود هنا هوالأعراض الاكتئابية وليس الاكتئاب ،ومن الأعراض المهمة التي يستهدفها هذا البرنامج العلاجي هي تغييرالأفكار الالية السلبية الغير منطقية، حيث يزيد مستوى الأفكار اللاعقلانية عند فئة الإناث المراهقات وهذا ما بينته دراسة مزنونق (1996) وغيرها ومحاولة الرفع من قيمة المراهقة المكتتبه لذاتها هذا ما ينعكس بالضرورة على تحسن الحالة المزاجية والجسدية للفتاة المراهقة وننوه بأن العلاج المعرفي يحسن من قيمة تقدير الذات للمراهقة و هذا ما بينته دراسة تاتانيا ومونتجومري Tatanya et Montjomry (2007) وغيرها.

ان ما يميز بحثنا هذا هو محاولة التقرب من فتيات متمدرسات بالجامعة ويعانين من أعراض اكتئابية وعدم التوجه الى الحالات المتواجدة بمصلحة الأمراض النفسية والعقلية وهذا لنتلمس معاناة الفتيات اللواتي لا يتجهن للعلاج ويحاولن مواصلة حياتهن بصورة طبيعية.

ما يميز بحثنا ايضا هو محاولة بناء برنامج علاجي معرفي بالدرجة الأولى (نموذج المعرفي لبيك) حيث أنه يعتمد فقط على الفتيات المعرفية، هذا ما يجعله برنامج علاجي معرفي محض، غير أننا نجده يتمحور حول فنية أساسية ومركزية ومرجعية في نفس الوقت وهي فنية التقييم الذاتي ولقد تم بناء هذا البرنامج من طرف الباحثة وذلك بالاستعانة بالخلفية النظرية وبالدراسات السابقة .

كما أن البرنامج العلاجي المعرفي المقترح يهدف الى تغيير الافكار الالية واللاعقلانية التي غالبا ما تسيطر على الفتاة المراهقة، كما أنه يسعى الى الرفع من قيمة الفتاة المراهقة المكتتبه لذاتها، حيث يعد هذا العنصر مهما نظرا لأن حالة الاكتئاب التي تمس الفتاة المراهقة تجعل تقديرها لذاتها منخفض وهذا ما ينعكس على حالتها المزاجية .

منه يمكن القول بأن الغرض من هذا البحث هو الاجابة على الاشكالية المتمثلة في : الى أي مدى يساهم العلاج المعرفي في التخفيف من الأعراض الاكتئابية المتوسطة لدى الطالبات المراهقات وهل تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي عليهن سيساهم في التخلص من الأعراض الاكتئابية المتوسطة وعودة الراحة النفسية اليهن، وهل سينجح في الرفع من قيمة الطالبات لذواتهن وتغيير طريقة تفكيرهن الالية ؟ .

لقد شمل البرنامج العلاجي المعرفي عينة الطالبات المراهقات اللواتي يعانين من أعراض الاكتئاب تم التوصل الى ذلك من خلال تطبيق مقياس بيك للاكتئاب عليهن، ومساعدتهن على تجاوز هذه الأزمة وعدم الرجوع اليها حيث بينت مجموعة من الدراسات بأن الأفراد الذين خضعوا للعلاج المعرفي السلوكي تقل

معدلات الانتكاس لديهم مقارنة مع الذين يخضعون للعلاج الدوائي أو غير ذلك من العلاجات ومن بين هذه الدراسة نذكر دراسة كينج اخرون King (2000) .

لنفي هذا البحث حقه قامت الباحثة بعرض مجموعة من الفصول والتي حاولت خدمة موضوع الدراسة تمثلت في الجانب النظري للدراسة، حيث استهل البحث بفصل تمهيدي ثم من خلاله التطرق الى دواعي اختيار موضوع الدراسة، أهدافه، أهميته، صياغة مجموعة من الفرضيات والتي انبثقت من الاشكالية العامة

في الفصل الموالي تم فيه عرض اضطراب الاكتئاب بشكل من الاسهاب، حيث تم تقديم مجموعة من التعاريف و المفاهيم حول هذا الاضطراب، أنواعه وتصنيفه، نسبة انتشاره والأسباب المسؤولة عن ظهوره، النظريات المختلفة التي سعت الى تفسيره، وما هي الأعراض الأكثر بروزا .

نظرا لأن بحثنا هذا يحاول تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي على عينة من الفتيات المراهقات بدى من الضروري تخصيص فصل خاص بما يسمى بالمراهقة والاكتئاب لنتعرف أكثر على خصوصيات هذه المرحلة العمرية ولنلتمس التغيرات المختلفة التي تحدث فيها، ولنتكشف أهم الأعراض الاكتئابية المميزة لهذه المرحلة مع محاولة رصد أهم الأسباب و العوامل التي تقف وراء هذا الاضطراب في هذه المرحلة العمرية .

اما بالنسبة للب الموضوع فلقد خصص له فصلا معنون ب:العلاج المعرفي للاكتئاب، تم من خلاله التطرق الى النموذج المعرفي للاكتئاب وكذا خطوات العلاج المعرفي للاكتئاب، مع سرد مجموعة واسعة من الفنيات المعرفية والتفصيل في كل منها .

أما فيما يخص الجانب التطبيقي فلقد خصص له فصلين يحمل الفصل الأول عنوان : الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، أما في الفصل الموالي فلقد تم سرد النتائج المتوصل اليها في الدراسة مع تقديم التفسيرات حولها .

الفصل الأول : مدخل الدراسة

1- الاشكالية

2 - الفرضيات

3- اهمية الدراسة :

4:- أهداف الدراسة

5 - : أسباب اختيار موضوع الدراسة

6 - المفاهيم الاجرائية للدراسة:

1.6 - العلاج المعرفي:

2.6 - التشوهات المعرفية

3.6 - الأفكار الالية أو الأوتوماتيكية

4.6 - الأخطوطات المعرفية:

5.6- الاكتئاب

6.6 - المراهقة

1 الاشكالية:

بدأ احساس الباحثة بمشكلة الدراسة الحالية من خلال تفحصها لمجموعة من المقالات والأبحاث التي بينت الانتشار الواسع لاضطراب الاكتئاب في أوساط المراهقين، وكذا احتكاكها بالطلاب والطالبات الجامعيين الذين يشكون بكثرة من هذا الاضطراب الذي يبدو ملحوظا وملموسا من خلال سلوكياتهم اليومية، حيث أشارت نتائج احدى الدراسات التي شملت أكثر من 1200 حالة انتحار الى أن 81% من الشباب المنتحرين و42% من الفتيات الشابات المنتحرات كانوا يعانون في حياتهم اليومية من امراض متعددة يحتل الاكتئاب المرتبة الاولى بينها. (عبدالرحمن عادل، 2012)

في تقرير لمنظمة الصحة العالمية عن انتشار الاكتئاب في اربعة عشر مركزا للرعاية الصحية الاولى تراوح معدل الانتشار بين 2,6 الى 29,5 % . (يوسف لطيفة ، 2011) كما تشير الاحصائيات الأمريكية الى أن الاكتئاب كان السبب الثاني من بين الأسباب المؤدية الى الانتحار بين المراهقين (صالح احمد، 1989). ومنه يعد الاكتئاب من الامراض القاتلة والمسببة للانتحار وهذا ما أكدته مجموعة واسعة من الدراسات ومن بينها : دراسة فايد (1998) بعنوان الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها التي هدفت الى معرفة ما اذا كانت هناك فروق جوهرية بين الذكور والاناث واليأس وتصور الانتحار وأبضا الى التعرف على طبيعة العلاقة بين كل من الاكتئاب وتصور الانتحار لدى مجموعة الذكور والاناث، حيث تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب ومقياس اليأس ومقياس تصور الانتحار على عينة مكونة (324) من طلاب الجامعة (162) ذكورا و(162) انثى، تراوحت أعمارهم بين 17 و24 سنة .

أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق جوهرية بين الاناث والذكور في كل من الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار، وأبضا تزداد درجة تصور الانتحار بفعل التأثير المشترك لكل من الاكتئاب واليأس لدى مجموعتي الذكور والاناث، وعند عزل تأثير اليأس عن علاقته بين الاكتئاب وتصور الانتحار تراجعت

قيمة معامل الارتباط بشكل ملحوظ لدى مجموعة الاناث دون مجموعة الذكور بينما لم تتغير العلاقة بين اليأس وتصور الانتحار عند عزل الاكتئاب لدى مجموعتي الذكور والاناث. (حسين فايد، 1998).

منه يعد الاكتئاب مرض العصر نظرا لانتشاره الواسع في كل فئات المجتمع، حيث أنه في عام 2001 تم تصنيفه في المرتبة الرابعة من بين الأمراض التي تسبب العجز وبحلول 2020 يتوقع أن يكون تصنيف الاكتئاب في المرتبة الثانية (ابراهيم عبد الستار، 1998) غير أن فئة الشباب المراهقين قد تكون أكثر عرضة للإصابة به وهذا نظرا للطابع الحرج الذي يميز هذه المرحلة وهو الانتقال من مرحلة الطفولة الى مرحلة الرشد، كما أن البنية النفسية للشباب المراهق تتميز بالحساسية وبعدم الاستقرار، حيث يصيب اضطراب الاكتئاب نسبة كبيرة من المراهقين فهو يمس 3% منهم غي أن الفتاة المراهقة قد تكون عرضة للإصابة بهذا الاضطراب بشكل ملحوظ اذا ما قورنت مع الشاب المراهق وهذا ما بينته مجموعة من الدراسات من بينها : دراسة دويدار وزملاؤه (1989) بعنوان الفرق في القلق والاكتئاب بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين على عينة مكونة من (1123) طالبا من مختلف المراحل في المدارس الثانوية والجامعات ومن المقيمين في دور الرعاية، بلغ عدد المراهقين (235) تلميذا و(234) تلميذة. وبينت الدراسة أن القلق والاكتئاب يزداد في مرحلة المراهقة، وأن هناك فروقا بين الجنسين في القلق والاكتئاب وقد حصلت المراهقات على أعلى المتوسطات. (عبد الخالق دويدار، 1989)

أما الدراسة التي قام بها كل من مارتن وليونسون Martine et louinssoune (1990) الموسومة بالعوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالاكتئاب في مرحلة المراهقة، تكونت عينة الدراسة من (902) مراهق ومراهقة، تراوحت أعمارهم بين 13 و19 سنة من طلاب المدارس العامة، حيث توصلت الى أن هناك فروق بين الاناث والذكور في أعراض الاكتئاب وتقدير الذات والقلق، والأحداث الضاغطة وكانت الاناث أكثر اكتئابا من الذكور وأكثر ادراكا لأحداث الحياة الضاغطة. (عبد الفتاح السيد، 1993).

كما هدفت دراسة الزهراني(2000) بعنوان تشخيص مرض الاكتئاب والعوامل المرتبطة به باستخدام مقياس بيك بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية الى الكشف عن تأثير عامل الجنس و السن والحالة الاجتماعية لدرجة الاكتئاب النفسي، ولقد خلصت الدراسة الى أن هذه العوامل تؤثر في الإصابة بالاكتئاب. (الزهراني، 2000)

كما ان دراسة بدر الأنصاري ومهدي كاظم (2007)، التي تحمل عنوان الفروق في القلق والاكتئاب بين طلاب وطالبات جامعتي الكويت وجامعة السلطان قابوس التي أجريت في الكويت وعمان

حيث هدفت الى معرفة نسبة انتشار القلق والاكتئاب بين الطلاب والطالبات في جامعة الكويت وجامعة السلطان قابوس، بالإضافة الى كشف الفرق بين الجنسين في كل من القلق والاكتئاب .

تكونت عينة الدراسة من (1870) طالبا وطالبة (952) من جامعة الكويت و(918) من جامعة السلطان قابوس، تراوحت أعمار العينة الكويتية (10، 20) سنة والعينة العمانية (23، 60) سنة .

حيث استخدمت الدراسة مقياس الكويت للقلق من اعداد أحمد عبد الخالق 2000، وقائمة بيك الثنائية للاكتئاب. أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة احصائيا بين الطلاب والطالبات في القلق والاكتئاب وذلك لصالح الاناث . (بدر الانصاري، 2007)

كما بينت دراسة (Furham A, 1993 , p. 185) أن المرأة تعاني من الاكتئاب أكثر من الرجل، وأيضا توصلت دراسة (Hyde j, 2008, p. 300) الى أن الاناث المراهقات المكتئبات يكن أكثر اكتئابا من الذكور، وأن النساء المكتئبات يكن ضعف الرجال المكتئبين وعليه يعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا .

يعتقد ليهامان Lehamann أن الاكتئاب أصبح حقيقة من حقائق الحياة التي ترافقنا في كل مكان (شربنجي فادية، 1978)، وهو يشهد انتشارا واسعا في عصرنا الحالي المليء بالتغيرات الضاغطة والأحداث المتسارعة، تشير احصائيات منظمة الصحة العالمية الى ان عدد مرضى الاكتئاب في العالم يزيد عن 500 مليون شخص.(عبدالله عسكر، 1988)، وتشير بعض هذه الاحصائيات الى ان نسبة انتشار الاكتئاب تصل الى 7 % من سكان العالم. (لطي الشربيني، 2002)، في حين تقدر جمعية الطب النفسي الأمريكية نسبة المكتئبين في العالم بحوالي 10% . (الشناوي محروس، 1991)

من المنظور المعرفي فان الاكتئاب هو نتيجة لوجود مجموعة معرفية سالبة ومنه اقترح بيك Beck أحد رواد هذا المذهب مصطلح الأفكار الآلية والتي تعبر عن أفكار متشائمة وسلبية نحو الذات المحيط والمستقبل ولهذا فان السبيل الوحيد للتخلص من ذلك هو إتباع برنامج علاجي نفسي معرفي وهذا لأن عدم معالجة حالات الاكتئاب عند الطلبة المراهقين تجعلهم يعيشون في مجموعة من المشاكل النفسية نظرا لأن أعراض هذا الاضطراب قاسية وتفقد الفرد توازنه النفسي.(جان سكوت، وليامز، ارون بيك، 2002)

لذلك كان من الضروري انشاء برنامج علاجي معرفي للتكفل بهذه الفئة من المجتمع وهذا لغرض التخلص من اعراض الاكتئاب وبالأخص من خطر الانتحار، ولقد بينت مجموعة من الدراسات التي

حاولت تطبيق العلاج المعرفي (النموذج المعرفي لبيك) على أفراد يعانون من الاكتئاب (مجموعة من الطلبة المراهقين) بأن الأعراض بدأت تختفي وشهدت الحالة النفسية للحالات تغير ايجابي ملحوظ ويمكن في هذا الصدد ذكر مجموعة من الدراسات والتي بينت أثر العلاج المعرفي في التكفل بالأعراض الاكتئابية عند فئة المراهقين من بينها :

دراسة صلاح الدين محمد عراقي (1991) التي تحمل عنوان العلاج المعرفي السلوكي ومدى فعاليته في علاج مرضى الاكتئاب العصابي، انطلق الباحث من مشكلة الدراسة التي تهدف الى التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي كأحد تيارات العلاج النفسي في علاج مرضى الاكتئاب العصابي من طلبة وطالبات الجامعة، تضمنت الدراسة مجموعة من الأهداف المتمثلة في: تبين مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات الاكتئابية لدى طلاب الجامعة استجلاء الباحث للمفاهيم النظرية والمبادئ التفسيرية والأسس العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي.

أما المنهج المتبع في الدراسة هو المنهج التجريبي الذي طبق على عينة الدراسة والتي اشتملت على (20) طالبا متطوعا ممن يعانون بشدة من الاكتئاب و(20) طالبة متطوعة ممن يعانون بشدة من الاكتئاب توصلت الدراسة الى:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد العلاج لصالح كل من الذكور وإناث المجموعة التجريبية، وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد انتهاء فترة المتابعة في العلاج لصالح كل من ذكور وإناث المجموعة التجريبية، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة الضابطة بعد العلاج والمجموعة الضابطة بعد انتهاء فترة المتابعة في العلاج. (صلاح الدين عراقي، 1991)

دراسة بورنزونولين Burns et nolen (1992) بعنوان فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للتكفل بالأعراض الاكتئابية، أجريت الدراسة على عينة من المرضى الذين يعانون من اضطرابات وجدانية منهم (168) مريضا يعانون من اكتئاب حاد أو اكتئاب بسيط أو اكتئاب مزدوج أي يجمع بين البسيط والحاد معا، (89) مريضا يعانون من اضطراب اكتئابي خالص (79) مريضا يعانون من تلازم مرضي بين الاكتئاب والقلق، وللتأكد من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب تم تقسيم أفراد هذه العينة الى مجموعتين ضمت الأولى (98) مريضا تلقوا برنامجا للعلاج المعرفي السلوكي، وضمت المجموعة الثانية (68) مريضا تلقوا برنامج العلاج المعرفي السلوكي الى جانب العلاج بالعقاقير وذلك باستخدام

مضادات الاكتئاب واستغرق البرنامج العلاجي اثنتي عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة في الأسبوع، وتم خلالها استخدام فنيات المناقشة ومراقبة الذات وإعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية .

أوضحت النتائج أنه لا توجد فروق دالة في درجة التحسن بين مرضى الاكتئاب الخالص وأولئك الذين يعانون التلازم المرضي بين الاكتئاب والقلق، وهوما يؤكد فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج كل من الاكتئاب والقلق وأنه لم يتحسن مرضى الاكتئاب المزوج بنفس القدر الذي تحسن به مرضى الاكتئاب الحاد، إلا أن هذه الفروق لم تكن دالة، كذلك أوضحت النتائج أنه لا توجد فروق دالة في درجة التحسن بين المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي فقط والمرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي إضافة الى العلاج بالعقاقير . (Burns david nolen hoeksema, 1992, p. 60 .)

قام سترافنسكي Stravynski وآخرون (1994) بدراسة بعنوان فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من الأعراض الاكتئابية، على عينة شملت (18) مريضا بالاكتئاب الحاد، تم تقسيمهم الى مجموعتين تلقت المجموعة الأولى برنامجا للعلاج المعرفي السلوكي استغرق خمسة عشرة أسبوعا بواقع جلسة واحدة في الأسبوع، في حين تلقت المجموعة الثانية نفس الأسلوب العلاجي مضافا اليه عقار امبرامين كعقار مضاد للاكتئاب، بالنسبة للأدوات المستخدمة في الدراسة فلقد تمثلت في مقياس بيك للاكتئاب ومقياس هاملتون للاكتئاب ومقياس اليأس تم تطبيقها جميعا قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده، حيث كشفت النتائج عن وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات أفراد العينة في التطبيقين القبلي والبعدي لصالح التطبيق البعدي وعدم وجود فروق دالة بين المجموعتين بسبب الأسلوبين العلاجين المستخدمين، وعند متابعة ستة عشر مريضا منهم بعد ستة شهور أوضحت النتائج فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في علاج الاكتئاب الحاد وان إضافة العقار المستخدم للبرنامج العلاجي لم تكن له أي اثار دالة . (عبد الله محمد، 2000)

كما أن دراسة محمد صهيب مزنوق (1996) التي قام بها في اطار تحضيره لرسالة الماجستير بكلية البنات جامعة عين شمس القاهرة وهي تحمل عنوان الأفكار اللاعقلانية التي تميز المكتئب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى المراهقين ومدى الاستجابة للعلاج المعرفي، وذلك بهدف معرفة مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية بين المراهقين في المرحلة المتأخرة من المراهقة، وكذلك تحديد النسبة المئوية لانتشار الأفكار اللاعقلانية بين أفراد عينة الدراسة، معرفة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والضغط النفسية، معرفة تأثير العلاج المعرفي على تغيير الأفكار اللاعقلانية .

اجريت الدراسة على (332) طالبا وطالبة من طلاب جامعة عين شمس وجامعة حلوان منهم (216) اناث و (116) ذكور وقد اختيرت من بينها الحالات الطرفية المرتفعة والمنخفضة على متغيرات الدراسة وكان عددهم ثلاث حالات، وتوصلت الى وجود تقارب في النسبة المئوية بين الذكور والاناث على الدرجة الكلية لمقياس الأفكار اللاعقلانية حيث بلغت النسبة المئوية للاناث 12,96% والذكور 11,20%، وان للعلاج المعرفي دورا فعالا ومهما في تعديل الأفكار اللاعقلانية وابدالها بأخرى أكثر منطقية، كما سجلت ايضا وجود فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,01 بين الذكور والاناث على الدرجة الكلية لمقياس الأفكار اللاعقلانية والفرق لصالح الاناث. (صهيب مزنوق، 1996)

ايضا دراسة محمد توفيق علي محمد (1997) حول فاعلية برنامج علاجي معرفي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة المراهقين .

التي هدفت إلى التعرف على نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية وتحديد مستوياتها لدى عينة البحث وكدي تحديد طبيعة العلاقة بين الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة المراهقين وكل من المتغيرات التالية: التشويه المعرفي للذات، الوحدة النفسية، العلاقات الاجتماعية، الأنشطة السارة، كما هدفت أيضا إعداد برنامج علاجي معرفي للطلاب واختبار فاعليته في خفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة البحث.

استخدام الباحث المنهج التجريبي على العينة الكلية للدراسة والتي تتمثل في 400 طالب وطالبة من طلاب الفرقتين الأولى والثانية بجامعة عين شمس، كما تضم عينة الدراسة التجريبية 60 طالب تم اختيارهم من الطلاب الذين يعانون من الاكتئاب الخفيف والمتوسط من طلاب العينة الكلية، حيث استخدم في الدراسة مقياس الاكتئاب لتحديد شدة الاكتئاب عند طلاب الجامعة، مقياس التشويه المعرفي للذات، بالإضافة الى المقابلات التي تدخل ضمن اطار البرنامج العلاجي وتوصلت في النهاية الى ان نسبة انتشار الاكتئاب الخفيف 17% والمتوسط 13% والشديد 50%، أما النسبة الكلية 35%، وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الأعراض الاكتئابية لدى المراهقين من طلاب الجامعة وكل من التشويه المعرفي للذات والشعور بالوحدة، وجود علاقة سالبة بين الاكتئاب وكل من تبادل العلاقات الاجتماعية والأنشطة السارة، أدى البرنامج العلاجي المستخدم إلى خفض الأعراض الاكتئابية والتشويه المعرفي للذات وارتفاع معدل ممارسة الأنشطة السارة لدى عينة الدراسة. (محمد توفيق، 1997)

كما ان دراسة عبد العزيز عبد اللطيف (2001) حول فاعلية نموذج بيك المعرفي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة من المكتئبين السعوديين، والتي تهدف الى معرفة مدى فاعلية النموذج المعرفي

لبيك، في خفض درجة الأعراض الاكتئابية لدى مرضى الاكتئاب السعوديين، ولتحقيق ذلك قام الباحث باستخدام المنهج التجريبي على عينة الدراسة والتي تمثلت في مجموعة من المرضى السعوديين المصابين بالاكتئاب من مراجعي العيادات الخارجية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف ومركز رحاب التابع لمستشفى القوات المسلحة بالطائف وتكونت العينة من مجموعتين: مجموعة العلاج المعرفي وتضم 20 مريضاً ومجموعة العلاج الدوائي وتضم 20 مريضاً. لقد جانس الباحث بين المجموعتين في السن والتعليم، الحالة الاجتماعية، الحالة الوظيفية ودرجة الاكتئاب. أما بالنسبة للأدوات التي استعان بها الباحث في دراسته فتمثلت في : مقياس مستشفى الطائف للاكتئاب، اختبار الاكتئاب من مقياس الشخصية المتعدد الأوجه، برنامج بيك العلاجي المعرفي .

أوضحت النتائج المتوصل إليها فعالية برنامج بيك العلاجي للاكتئاب في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة العلاج المعرفي، فعالية العلاج الدوائي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة العلاج الدوائي، أفضلية العلاج المعرفي على العلاج الدوائي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة الدراسة. (عبد العزيز عبد اللطيف، 2001)

أما دراسة هويل واخرون (Hiwel et al 2006) بعنوان تقييم العلاج المعرفي السلوكي الجماعي مع المرضى لخفض مستوى الاكتئاب التي هدفت الى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي وجدوا في خفض الأعراض الاكتئابية لدى بعض المكتئبين، حيث تكونت العينة الكلية من 51 مريضاً، جرى تقسيمهم الى مجموعتين: المجموعة التجريبية وقوامها 26 فرد والمجموعة الضابطة وقوامها 25 فرداً واشتملت أدوات الدراسة على برنامج العلاج المعرفي السلوكي ومدته 12 اسبوع، ومقياس بيك للاكتئاب، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي علاج وذلك في كل من القياس البعدي والمتابعة، كما أوضحت النتائج أيضاً استمرار بعض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المتابعة، ولكن بمستوى متدني بالنسبة لنفس المجموعة قبل اشتراكها في البرنامج. (Hiwel c, 2006, p. 11)

كما يمكن ذكر دراسة عبد الخالق حنّدة خميس بلحيل (2008) حول مدى فعالية برنامج علاجي في خفض حدة اضطراب الاكتئاب، دراسة إكلينيكية على طلاب جامعة صنعاء باليمن بهدف الكشف عن مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي في خفض حدة اضطراب الاكتئاب لدى أفراد عينة البحث من طلاب

جامعة صنعاء المترددون على عيادات مركز الإرشاد النفسي والتربوي بالجامعة حيث قام ببناء البرنامج واعداده بهدف الكشف عن اضطراب الاكتئاب بأشكاله الثلاثة خفيف متوسط، شديد بدون أعراض ذهانية لدى أفراد العينة التجريبية، ومن جهة بناء برنامج علاجي معرفي للمضطربين بالاكتئاب وفقا للنظرية المعرفية عند بيك وزملائه مع إدخال جوانب معرفية علاجية بما يتفق مع ما يهدف إلى تحقيق هذا البحث من جهة أخرى.

استخدم الباحث المنهج التجريبي على عينة تتكون من (34) حالة (22) ذكور و(12) اناث ممن يعانون من اضطراب الاكتئاب (10) طلاب أسوياء يمثلون المجموعة الضابطة جميعهم من طلاب الجامعة من المستوى الدراسي الثاني والثالث وتم اختيارهم من أصل (80) حالة من المترددين على عيادات مركز الإرشاد النفسي و التربوي بالجامعة ممن تتراوح أعمارهم ما بين 19 الى 30 سنة وقد قسمت العينة الأساسية (10) و(34) إلى 4 مجموعات تجريبية والخامسة ضابطة من الأسوياء وقدم اختيار العينة بالطريقة القصديّة، كما قام الباحث باستخدام الأدوات التالية لانجاز بحثه وهي: مقياس بيك الثنائي للاكتئاب، مقياس هاملتون لتقدير شدة الاكتئاب، استبيان الأفكار السلبية التلقائية مقياس التشويه المعرفي، البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي .

لقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية : وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسط درجات الأفراد في التطبيق القبلي ودرجاتهم في التطبيق البعدي وإلى انخفاض المتوسطات في التطبيق البعدي في مختلف المجموعات الأربع مما يدل على انخفاض شدة الاكتئاب لدى أفراد العينة توجد فروق دالة إحصائيا بين تقديرات المضطربين بالاكتئاب في المجموعة التجريبية وتقديرات المجموعة الضابطة على أغلب مقاييس الدراسة بعد تطبيق البرنامج العلاجي عليهم يتجه لصالح المجموعة التجريبية وكانت المجموعة الأولى اكتئاب خفيف أكثر تحسنا في انخفاض شدة الاكتئاب من المجموعات الأخرى مقارنة بالمجموعة الضابطة، ومنه خلص البحث بان للعلاج المعرفي السلوكي كفاءة و فعالية عالية في خفض حدة اضطراب الاكتئاب خصوصا لدى طلاب الجامعة المضطربين فضلا عما تم تطبيقه من نتائج لفروض أخرى ذات أهمية كونها تناولت أبعادا أخرى لا تقل أهمية مثل تأثيره على الجنسين أو أهمية اصطحابه بالعلاج الدوائي أو تأثيره على مظاهر التشويه المعرفي والأفكار السلبية (حنده عبد الخالق، 2008)

كما ان دراسة حسية برزوان (2012) التي تهدف الى التأكد من مدى فعالية العلاج المعرفي للتخلص من الأعراض الاكتئابية والموسومة بدراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي، حيث تهدف الدراسة الى مساعدة الحالة م م على التخلص من الأعراض الاكتئابية التي غيرت مجرى حياته وهذا بالاعتماد على مجموعة من الفنيات المعرفية .

أما بالنسبة لأدوات البحث التي استعانت بها فلقد تمثلت في: المقابلة العيادية، مقياس الاكتئاب لهاميلتون والذي يضم 17 بنداً لغرض تحديد الشدة العامة للاكتئاب، حيث أنه بعد تطبيق استبيان الاكتئاب عليه تبين بأنه يعاني من اكتئاب متوسط

باستخدام الاستراتيجيات العلاجية المعرفية المتمثلة في: الاسترخاء، فنية معالجة الأفكار الآلية ، فنية الحوار الداخلي ، فنية التدعيم الاجتماعي الايجابي .

أما بالنسبة للنتائج المتوصل اليها: فإنه بعد نهاية الحصص العلاجية والتي ركزت على النموذج والفنيات المعرفية بالدرجة الأولى فلقد تبين أن المجموع الكلي بعد قياس درجة الاكتئاب على سلم هاميلتون قدرت بدرجتين وعليه لا يوجد اكتئاب .(حسية برزوان ،2012)

منه ينضح لنا من خلال مجموعة الدراسات السابقة الذكر أن العلاج المعرفي يمكن أن يساهم في تعديل مجموعة من الأعراض الاكتئابية المتمثلة في: القلق المرافق للاكتئاب، اليأس الشعور بالذنب، التشويه المعرفي للذات والانطواء، غير أن الأعراض التي يحاول البرنامج العلاجي المقترح التكفل بها في هذه الدراسة هي تغيير نمط التفكير من السلبي الى الايجابي وهذا عن طريق التخلص من الأفكار الآلية السلبية وكذلك الرفع من قيمة الذات، كما أن الدراسات المعروضة قد استعملت عينة من الطلاب من الجنسين الذكور والاناث غير أن بحثنا هذا سيركز على فئة الطالبات المراهقات بغض النظر عن فئة الذكور المراهقين وهذا لنقف عن قرب عن واقع الاكتئاب الذي يميز الطالبة المراهقة وعليه فان التساؤل الاساسي للدراسة الحالية هو:

هل يلعب العلاج المعرفي لبيبك دورا هاما وكبيراً ويساعد الطالبة المراهقة التي تعاني من الأعراض الاكتئابية المتوسطة على تجاوز اضطرابها؟ والى أي مدى يساهم هذا العلاج في تغيير وتعديل الأفكار الآلية السلبية التي تعد من أهم سمات هذا الاضطراب وهل يرفع من قيمتها لذاتها؟

يتفرع عن هذا التساؤل مجموعة من التساؤلات الفرعية و التي تتمثل في:

- ✓ الى أي مدى يمكن للعلاج المعرفي أن يكون علاجاً ناجحاً لأعراض الاكتئاب المتوسط ؟
- ✓ ما مدى فعالية العلاج المعرفي في خفض الأعراض الاكتئابية المتوسطة لدى الفتيات المراهقات ؟
- ✓ ما مدى فعالية العلاج المعرفي في الرفع من قيمة تقدير الذات لدى الفتيات المراهقات المكتئبات ؟
- ما مدى فعالية العلاج المعرفي في تعديل الأفكار السلبية اللاعقلانية لدى الفتيات المراهقات المكتئبات ؟

2 الفرضيات :

- 1 - توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج العلاجي) لصالح المجموعة التجريبية .
 - 2 - توجد فروق دالة احصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي .
 - 3 لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على مقياس الاكتئاب.
 - 4 - لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على مقياس الاكتئاب.
 - 5- توجد فروق دالة احصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات مقياس التفكير الايجابي والسلبى في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).
 - 6 - توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات مقياس تقدير الذات، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).
- 3 - أهمية الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة من كونها تحاول تسليط الضوء على مرض خطير يهدد حياة العديد من الأفراد، حيث أن الظروف المعاشية تهيئ الإصابة به، ومنه تسعى هذه الدراسة الى معالجة واحدا من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بعد القلق، حيث تشكل نسبة مراجعي العيادات من الذين يعانون من القلق والاكتئاب أعلى نسبة قياسا الى الاضطرابات الأخرى، حيث تتراوح النسبة ما بين 5,8 و 12,6%، كما أنه مع بدايات العقد الثامن من القرن العشرين ظهرت العديد من الشواهد منبئة عن زيادة نسبة الاكتئاب في أوساط المراهقين. (ابراهيم عبد الستار، 1998)

كما ان للدراسة أهمية أخرى وهي تبيان أن العلاج المعرفي يساعد الطالبة المراهقة على العيش بسلام وبهيئها لتبنى أفكار ايجابية وازالة الأفكار والمعتقدات السلبية وابدالها بأخرى أكثر منطقية، حيث أن العلاج المعرفي يقر أن سبب مشاكلنا ومن ثم الإصابة بالمرض هو طريقة تفكيرنا الخاطئة وتأويلاتنا الغيرمنطقية للأحداث الخارجية. ومنه فإن العلاج النفسي بكل أنواعه هدفه التخفيف من المعاناة النفسية وهذا عندما يصبح العلاج الدوائي باستعمال المهدئات العصبية غير فعال أو يعطى مردود قليل

كما أنه بالرغم من أن الاكتئاب هو مرض نفسي شائع غير انه يمكن التقليل والتغيير من أعراضه التي تفقد الفرد التوازن النفسي من خلال إتباع برنامج علاجي يحاول إبدال الأفكار غير المنطقية بأخرى أكثر منطقية، ومنه يمكن القول أن أهمية هذه الدراسة تتمثل في تسليط الضوء على شريحة مهمة من المجتمع والتي تعاني من هذا الاضطراب، حيث تشير الاحصائيات الى تزايد نسبة المراهقات المصابات بالاكتئاب من عام لآخر حيث أكدت مجموعة من الدراسات والتي نذكر من بينها : دراسة أحمد عبد الخالق وسامررضوان (1999) التي شملت(987) طالب وطالبة (643) ذكورا و(353) اناث، حيث خلصت الى أن متوسط درجات اكتئاب الاناث أعلى من نظيره لدى الذكور بمستوى دل احصائيا، كما بينت دراسة بشير معمريّة (2000) وغيرها أن الاناث أكثر شعورا بالاكتئاب من الذكور. (الزغبى، 2005،

من جهة اخرى قد تساهم هذه الدراسة في التكفل بالأعراض الاكتئابية المتوسطة للمراهقات وهذا عن طريق اتباع برنامج علاجي معرفي.

كما تكمن أهمية الدراسة في انها تحاول تناول العلاقة بين الأفكار الالية السلبية الناجمة عن التفكير السلبي وعلاقتها باضطراب الاكتئاب.

ان الدراسة الحالية تناولت فئة عمرية أكد العلماء والباحثين كثيرا على أهميتها، حيث أن الدراسات التي تناولت أعراض الاكتئاب عند المراهقين الجامعيين قليلة في حدود اطلاع الباحثة مقاومة بالدراسات التي تعرضت للفئات العمرية المختلفة من كبار السن .

خلاصة القول أن أهمية الدراسة تتبع من ناحيتين نظرية وتطبيقية:

1.3 الناحية النظرية:

تعتبر هذه الدراسة امتدادا لمجموعة من الدراسات والأبحاث والجهود في مجال فهم الاكتئاب، وأساليب التعامل معه باعتباره من أمراض العصر السائد في كل المجتمعات ومنها المجتمع الجزائري، الذي عانى وما زال يعاني من ضغوط وأزمات متعددة، التي مست كل الشرائح غير أن فئة الفتيات المراهقات قد تكون أكثر تأثرا بالضغوط والمشاكل مهما كان نوعها ولذلك كان لا بد للباحثة من المساهمة في إيجاد بعض الطرق والوسائل التي من الممكن أن تساعد على التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب ولتكون بداية الطريق للمهتمين بالعمل بهذا المجال، وعليه فأهمية الدراسة تكمن في تسليطها الضوء على مجموعة يمكن وصفها بالمهمشة في المجتمع وهي فئة الطالبات المراهقات اللواتي يعانين من أعراض اكتئابية، حيث أن هذه الفئة تعاني من أعراض هذا المرض كما يعاني معظم أفراد المجتمع، ولكن مع إضافة معاناة أخرى وهي خصوصية هذه المرحلة العمرية وهذا ما يضاعف من حدة الأعراض لديهن ويزيد من حاجتهن لخدمات نفسية متنوعة

2.3 الناحية التطبيقية :

لدراسة أهمية تطبيقية كونها تحاول مساعدة الفتيات المراهقات على تجاوز اضطرابهن من خلال اتباع برنامج علاجي معرفي يسعى لمساعدتهن .

تطبيق العلاج النفسي المعرفي الذي يعتمد على عدد من الفنيات العلاجية التي تساهم في التخلص من هذا الاضطراب، ويمكن للمختصين أن يستفيدوا من هذا البرنامج العلاج في التعامل مع الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب في المستقبل وصولا بهم الى مستوى مناسب من التوافق والصحة النفسية .

اختبار مدى صلاحية مثل هذه الطريقة في التعامل مع الفتيات المراهقات المكتئبات .

العمل على الحد من الأعراض الاكتئابية لدى الطالبات مما يساعدهن في تحقيق قدر معقول من التكيف في المجتمع.

4 أهداف الدراسة:

الشباب المراهق الذي يعاني من الاكتئاب لديه تصور خاطئ حول نفسه والمحيط الخارجي ومستقبله بسبب المعتقدات والأفكار الخاطئة التي تسيطر عليه، ومنه يسعى العلاج المعرفي الى تغيير هذه الأفكار الغير عقلانية بأفكار أخرى أكثر عقلانية ومنطقية. وبالتالي فان تعديل هذه الأفكار هو السبيل الوحيد لينعم المراهق المكتئب بحياة متوازنة.

تهدف هذه الدراسة الى الكشف عن مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي لبيك Beck في خفض حدة اضطراب الاكتئاب لدى الطالبة المراهقة وبالأخص التركيز على الأفكار والمعتقدات الخاطئة ومحاولة تعديلها من خلال اتباع البرنامج العلاجي المعرفي كما تهدف ايضا إلى بناء برنامج علاجي معرفي وذلك استنادا إلى المبادئ والأسس النظرية والعلمية للنظرية المعرفية والكشف عن اضطراب الاكتئاب بأشكاله الثلاثة (خفيف، متوسط، شديد) من خلال تطبيق مقياس الاكتئاب لبيك Beck depression de Échelle de Beck غير أن اهتمام الباحثة سيكون موجه للأعراض الاكتئابية المتوسطة.

على العموم فان هذه الدراسة تسعى الى التركيز على مجموعة من الأهداف وهي :

- ✓ بناء برنامج علاجي معرفي يهدف بشكل عام الى التخفيف من الأعراض الاكتئابية المتوسطة لدى الطالبات المراهقات وتعليم أفراد المجموعة العلاجية أنماط التفكير الايجابي والابتعاد عن التفكير السلبي الذي يؤدي الى أعراض الاكتئاب، ومساعدة الفتاة المكتئبة على الرفع من قيمتها لذاتها.
- ✓ توضيح أهمية العلاج المعرفي كعلاج يساعد المراهقة على تجاوز اضطرابها والعيش براحة بعيدا عن الضغوط والمشاكل النفسية وما يترتب عنها من أعراض تجعلها تعيش حياة حزينة مليئة بالهموم.
- ✓ تبيان فاعلية العلاج المعرفي لتغيير طريقة التفكير الخاطئة للفتاة المراهقة ومحاولة اعادة البناء المعرفي لها وهذا من خلال تغيير نمط وأسلوب ادراكها للوقائع .
- ✓ الكشف عن أثر العلاج المعرفي في التخفيف من الأعراض الاكتئابية المتوسطة لدى الطالبات المكتئبات .

✓ التعرف على مظاهر الاكتئاب في مرحلة المراهقة .

✓ معرفة العلاقة بين اتباع برنامج علاجي معرفي والتغلب على الأعراض الاكتئابية .

5- أسباب اختيار موضوع الدراسة:

لقد تم اختياري لموضوع الاكتئاب بسبب أن مجتمعنا يعاني في وقتنا الحالي من اضطرابات متعددة ومتنوعة ويعد الاكتئاب من أبرزها نظرا لانتشاره الواسع في أوساط كل فئات المجتمع كما أن أسبابه متعددة ومظاهره متنوعة هذا من جهة ومن جهة أخرى يعطى هذا الاضطراب مجال واسع للبحث والدراسة نظرا لعمقه وشموليته وتعدد مجال البحث فيه.

من الأشياء التي تجعل هذا الموضوع على قدر كبير من الحيوية والأهمية ما ذكره ولسين 1996 حينما الأمراض Weilsen خلص الى أن خطر الاكتئاب في درجاته المرضية لا يقل عن خطر الأمراض الأمراض بين الجسمية الشديدة، كأمرض الأوعية الدموية والقلب، كما أن هناك صلة معروفة ومؤكدة الاكتئاب والانتحار، فقد تبين أن نسبة الانتحار بين المكتئبين تزيد على غيرها لتصل الى ما يقرب من 15% . (ابراهيم عبد الستار، 1998)

كما أن الظروف الحالية سواء الاجتماعية منها والنفسية والاقتصادية هيأت المناخ المناسب لتقشي هذا الاضطراب الذي يعد واحدا من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا بين الأفراد ولقد حاولت الباحثة التطرق الى فئة مهمة من المجتمع والتي تعاني من هذا المرض وهي فئة المراهقين وهذا نظرا لحساسية هذه المرحلة الحاسمة من حياتهم ولأن الشاب المراهق كثيرا ما يجد صعوبات بليغة للتكيف مع هذه الفترة وما يزيد من صعوبتها هو تلك الأعراض الاكتئابية التي قد تسيطر عليه كما تقيد شواهد كثيرة بأن نسبة كبيرة من الأطفال والمراهقين خاصة في الظروف الحالية يعانون من الاكتئاب وبالرغم من هذا لم تحظى دراسة الاكتئاب لدى فئة الأطفال والمراهقين بنفس القدر من الاهتمام الذي حظيت ومازالت تحظى به دراسة الاكتئاب لدى الراشدين، وعليه ارتأينا من خلال هذا البحث تسليط الضوء على شريحة مهمة من المجتمع وهي شريحة المراهقين وبالخصوص الفتاة المراهقة.

بما أن الفتاة المراهقة تحتاج الى عناية من نوع خاص كان من الضروري الاعتناء بها وتسلط الضوء عليها في هذه المرحلة الحساسة من حياتها، لاسيما اذا تزامنت هذه المرحلة مع ظهور مجموعة من الأعراض الاكتئابية وعليه فلقد سعت الباحثة التطرق الى هذه الشريحة الهامة نظرا للطبيعة الخاصة التي

تميزها ولأن مجموعة كبيرة من الدراسات بينت أن الاكتئاب في فترة المراهقة يصيب الفتيات أكثر من الذكور وهذا للتأثير البالغ لهذه المرحلة على نفسية الفتاة. وبما أن المراهقين بصفة عامة والمراهقات بصفة خاصة نظرا لحساسيتهم المفرطة وقلة خبرتهم في الحياة لا يستطيعون التعبير عن هذا الاضطراب بأعراض واضحة ومفهومة كما هو الشأن لمن هم أكبر منهم، فإننا نجدهم يلجئون الى ممارسة مجموعة من السلوكيات والتصرفات التي قد تدمرهم وهذا ما يبدو جليا عندما يخطط المراهق المكتئب لوضع حد لحياته عن طريق الانتحار .

بما أن هذه المرحلة يمكن وصفها بالحرجة ويتعرض المراهقين خلالها الى مجموعة من الأزمات والمشاكل النفسية كان من الضروري البحث عن مخرج لهذه الوضعية والذي يتمثل في العلاج النفسي، ونخص بالذكر هنا العلاج النفسي المعرفي، حيث يعتبر هذا الأخير العلاج النفسي الأول للاكتئاب وأنواع القلق وهو الأكثر شيوعا بين أنواع العلاج النفسي في الوقت الحالي.

لقد عرف العلاج النفسي تطورا كبيرا وانتشارا واسعا وبدأ يأخذ مكانة هامة في الممارسة الميدانية وبما أنه تم اختيار موضوع الاكتئاب فلقد بينت مجموعة من الدراسات التي تم الاطلاع عليها أن العلاج المعرفي هو العلاج المناسب للاكتئاب الذي يصيب المراهقين في هذه الفترة. حيث أن لكل اضطراب علاج خاص به وبما أن العلاج المعرفي يهدف إلى تغيير التفكير السلبي للفرد فهو العلاج المناسب لحالة الاكتئاب لدى المراهق بما أن الشخص المكتئب من بين الأعراض التي تسيطر عليه هي الأفكار السلبية الآلية التي تشوه تفكيره و طريقة ادراكه للأمور.

كما أن السبب الأهم الذي يدعو الى البحث حول هذا الموضوع هو أنه لمعالجة اضطراب الاكتئاب لدى المراهق عادة ما يتم استخدام الأدوية وبالأخص الأدوية المضادة للاكتئاب للتقليل من أعراضه، ومن هنا بدى من الضروري تجاوز استعمال هذه الأدوية لما لها من اثار سلبية وغير مرغوب فيها. وعليه فان العلاج المعرفي يحاول تخليص المراهق المكتئب من الأعراض الاكتئابية كما يحاول تغيير طريقة تفكيره الخاطئة والتي غالبا ما تؤثر عليه بالدرجة الأولى كما تؤثر على المحيطين به.

عموما يمكن تلخيص دواعي اختيار هذا الموضوع في النقاط التالية:

أ - حداثة الموضوع من الوجهة المعرفية مما يعطي مبررا قويا للبحث فيه.

ب - المساهمة في البحث والتقصي عن الموضوع الذي يشغل اليوم ساحة البحث العلمي للبرامج المعرفية من طرف تخصصات عدة كونه يشغل اخر القضايا المبهمة التي لا تزال حتى الان يعتربها الكثير من الغموض .

ج - كون هذا الموضوع مركز تلتقي فيه اهتمامات علم النفس العيادي وعلم النفس المعرفي وأنه من المواضيع المعقدة التي لها من الزوايا ما يسمح للعديد من المجالات والفروع بالمساهمة بالبحث فيه .

د - ندرة الدراسات والتجارب القائمة على المقاربة المعرفية السلوكية المتخصصة في الاضطرابات النفسية في الوضع الجزائري .

6-المفاهيم الاجرائية للدراسة :

la psychothérapie cognitive

1.6 – العلاج النفسي المعرفي:

هو نوع من أنواع العلاج النفسي ويعتبر بيك Beck من مؤسسي هذا المذهب العلاجي الذي يركز على الأفكار والمعتقدات الخاطئة، وان الفكرة الأساسية للعلاج المعرفي هي أن انفعالاتنا وسلوكياتنا ترجع الى المعتقدات التي نتبناها والى طريقة تصورنا للمحيط الخارجي (أحمد متولي، 1993). سوف تقوم الباحثة باستخدام مجموعة من الفنيات المعرفية أثناء تطبيقها للبرنامج العلاجي المقترح والتي تتمثل في الجدل المباشر وتقنية التقييم الذاتي وغيرها من الفنيات المعرفية.

les distorsions cognitives

2.6 – التشوهات المعرفية

عند الشخص المصاب بالاكنتاب التشوهات المعرفية تعنى أن تصوراته وتمثلاته للمحيط تكون سلبية و متشائمة ويعتبر نفسه أنه المسئول عن عدم قدرته على تقييم الحقيقة بطريقة ايجابية أوحيادية وبالتالي فهو غير قادر على أن يتحلى بالموضوعية. تمس هذه التشوهات المعرفية عدة مجالات من حياة الفرد ومنه يعتبر بيك Beck أن الاكنتاب هو نتيجة لهذه التشوهات المعرفية وهي تمس 3 مجالات هامة: معرفة حول الذات، معرفة حول المحيط، معرفة حول المستقبل

les pensées automatiques

3.6 – الأفكار الالية أو الأوتوماتيكية :

هي عبارة عن مجموعة من الأفكار الخاطئة وغير الموضوعية التي تتصف بالسعي للكمال والاستحسان و تهويل الأمور المرتبطة بالذات والآخرين والشعور بالعجز والدونية والاعتمادية ويتم الكشف عنها خلال هذا البحث عن طريق مقياس التفكير الايجابي والسلبى.

4.6 - الأخطوطات المعرفية: Les schémas cognitifs

تمثل البنيات القاعدية الكبيرة للنظام المعرفي للفرد وهي عبارة عن معارف ثابتة ولا يصرح بها مباشرة وهي تمثل البنيات الأساسية للتنظيم المعرفي .

5.6- الاكتئاب: la dépression

هو اختلال في الحالة المزاجية للإنسان يؤدي به إلى الحزن والتشاؤم والنظرة القاتمة للنفس والعالم والمستقبل، يعرف الاكتئاب اجرائيا في هذه الدراسة على أساس الدرجات التي يحصل عليها الحالة عند تطبيق مقياس الاكتئاب لبيك عليه، بمعنى مجموع الاستجابات (الدرجات) التي يحصل عليها الفرد على فقرات المقياس المعد لهذا الغرض ومنه نميز بين الاكتئاب الخفيف، المتوسط و الشديد غير أنه في دراستنا سنهتم بالاكتئاب المتوسط بدون أعراض ذهانية. (ارون بيك، 2000). من هذا المنطلق يقصد بالاكتئاب في البحث الحالي الأعراض الاكتئابية المعروفة كما يقيسها مقياس الاكتئاب لبيك،

6.6 - المراهقة :

هي الفترة بين نهاية الطفولة و بداية سن الرشد و تنفرد بتغيرات البلوغ و ما يرتبط بها من تغيرات في أبعاد الجسم ومظهره علاوة على ما يشعر به المراهق من أحاسيس جديدة و رغبته في الاستقلال عن الروابط الأسرية و حددت المراهقة في دراستنا بالسن ما بين 19 الى 21 سنة

الفصل الثاني : الاكتئاب

تمهيد

1- تعريف الاكتئاب:

2 - نبذة تاريخية عن الاكتئاب

3- مظاهر الاكتئاب

1.3 - اضطراب الوظائف الحيوية

3. 2- اضطراب الوظائف التحفيزية:

3. 3- اضطراب الوظائف المعرفية:

4.3 - الاضطراب السلوكي:

4- اعراض الاكتئاب

5- تصنيف الاكتئاب:

6- نسبة انتشار الاكتئاب:

7- أسباب الاكتئاب:

8- النظريات المفسرة للاكتئاب:

خلاصة الفصل

تمهيد:

نعيش في عصر مليء بالضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية وهذا ما ساعد على ظهور مجموعة من الاضطرابات النفسية وبالأخص منها اضطرابات المزاج التي تعد من أشد أمراض العصر انتشارا وفتكا بالأفراد والأمم والتي من ضمنها مرض الاكتئاب .

ستحاول الباحثة من خلال هذا الفصل، رصد مجموعة من التعارف التي حاولت تسليط الضوء حول هذا المرض، مع ذكر أهم أنواعه وكذا مختلف النظريات المفسرة له، مع محاولة سرد مجموعة من العلاجات التي تسعى الى مساعدة الفرد على تجاوز اضطرابه. كما ستسعى الباحثة من خلال هذا الفصل أن تعرض أهم الأسباب المسؤولة عن الإصابة بالاكتئاب وتتمثل في الأسباب البيولوجية، الهرمونية، النفسية وغيرها من الأسباب، ولتفسير هذا الاضطراب ظهرت العديد من النظريات التي تبنت هذه المهمة يمكن القول ان هذا الفصل كان الهدف منه هو الامام بكل جوانب هذا الاضطراب .

1- تعريف الاكتئاب:

لقد عرف الانسان الاكتئاب منذ أقدم العصور، حيث يعتبره البعض أقدم اضطراب نفسي وعقلي ثم تسجيله في التراث الطبي الانساني، وان الميلانخوليا *melancolie* هو الاسم القديم للاكتئاب والذي يمثل خبرة انسانية شائعة فكل فرد قد مر في مرحلة ما من حياته بخبرة الاكتئاب.

كما يعد الاكتئاب من بين التجارب الانسانية الأكثر صعوبة والأكثر ألما، حيث أنه يؤثر على طاقة وحيوية الفرد وعلى اهتمامه بالأشياء، كما أنه لا يسمح له بالتطور والتقدم . (عيد ابراهيم، 1997)

أما اسم الاكتئاب في اللغة العربية مشتق من الفعل الثلاثي كَابَ ويشير هذا الفعل أيضا الى اسم الكأبة أي تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن لها عدة مرادفات منها الانقباض والمالنجوليا الانقباض مأخوذ من انقبض يعني تجمع وانطوى الرجل على نفسه ضاق بالحياة فاعتزل وانقبض عن القوم هجرهم .(سامي اللحياي، 1999: 32)

أما عن مفهوم الاكتئاب من المنظور الاسلامي فلقد ورد ذكره في القران الكريم بعدة معاني منها الحزن والغم والضيق، الاكتئاب في الاسلام ينقسم الى قسمين:

القسم الاول : هو حزن الفرد بسبب أمر دنيوي جزعا او ردا لقضاء الله وقدره وان هذا النوع من الحزن يجب على الانسان السيطرة عليه و عدم الانغماس فيه .

القسم الثاني : حزن ديني بمعنى الحزن من أجل الدين وهذا الحزن يتعلق بفكر المرء وعقيدته ويزيد وينقص بإيمانه . (الشهري سالم، 1996)

لقد أعطي للاكتئاب عدة تعارف نذكر من بينها التعارف التالية :

يعرفه انجرام ingram (1994) بأنه : ”اضطراب مزاجي أو وجداني ويتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى” (فايد علي، 2004: 60). ومن هذا المنطلق نجد أن انجرام يركز على فكرة مفادها هي أن المزاج المضطرب هي أهم العلامات التي تميز الفرد المكتئب.

أما وولمان Wolman (1970) فيعرفه على أنه : ”مشاعر من قلة الحيلة وفقدان الأمل وعدم الكفاءة و الحزن“ (صفوت فرج، 1989: 94) .

اعتبره الرازي مرضا عقليا يكدر العقل و الفكر ويؤذي النفس و الجسد وعرفه بأنه : ” الغم باعتباره مرادف للحزن ”، وهو عند ابن جزم : ”حالة من الضيق تنشأ من حالات كثيرة كالغيظ والعزلة و المهانة و قلة الحيلة“.(عثمان ناجي، 1992: 32)

أما أرسطو عام 270 ق م و أبو قراط عام 400 ق م، فسماه بالمالينخوليا والمعنى الحرفي لها سوء الطبع الأسود الذي يتحرك نحو المخ فيسبب المرض. (عبد العزيز رشاد، 1993: 42)

يرى بيك Beck أن الاضطراب الاكتئابي ما هو إلا استجابة لا تكفيه مبالغ فيها وتتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموعة التصورات أو الادراكات السلبية للذات أو للموقف الخارجي أو للمستقبل أو للعناصر الثلاثة مجتمعة وعليه يكون الاكتئاب كنتيجة للتشوهات المعرفية والادراكات الخاطئة (محمد جردات، 2011). وعليه فاقد عرف بيك الاكتئاب بقوله:

”أنه حالة انفعالية تتضمن تغيرا محددًا في المزاج مثل مشاعر الحزن، القلق، اللامبالاة ومفهوما سالبا عن الذات مع توبيخ الذات وتحقيرها ولومها، ووجود رغبات في عقاب الذات مع رغبة في الاختفاء والهرب والموت وتغيرات في النشاط مثل صعوبة النوم، الأكل، نقص أو زيادة النشاط.“. (صالح حسن، 1989: 105)

منه يعرف بيك الاكتئاب بأنه حالة تتضمن :

- ✓ مفهوم سالب عن الذات، مصاحب لتوبيخ الذات وتحقيرها، ولومها.
- ✓ رغبات في عقاب الذات، مع الرغبة في الهروب والاختفاء والموت .
- ✓ تغيرات في النشاط كما تبدو في : صعوبة النوم وصعوبة الأكل .
- ✓ تغيرات في مستوى النشاط كما تبدو في : نقص أو زيادة في النشاط.
- ✓ تغير محدد في المزاج، وذلك مثل وجود مشاعر بالحزن وبالوحدة، واللامبالاة.

اضافة الى ذلك يرى بيك أن الاكتئاب راجع الى افتقار التعزيز الايجابي ومنه يمكن أن ننسب الاكتئاب الى المعارف السلبية اضافة الى وجود عطب بيولوجي مع التاريخ الشخصي للفرد والمنبهات الحالية القادرة على اثاره الاكتئاب. (Beck A. , 1976, p. 29)

عرفه برنز وبيك Burns et Beck بأنه : ” اختلال يصيب الجهاز النفسي البيولوجي كله ويشتمل على الانفعالات والأفكار والسلوكيات والوظائف البدنية، ويتميز المكون الانفعالي بوجود مزاج كدر يشتمل مشاعر الحزن والتوتر واليأس والشعور بالإثم، وتشتمل الأعراض البدنية على توهم المرض والأرق و زيادة الوزن أو نقصانه “ . (الشناوي محروس، 1991: 1)

عرفه جرجس (1961) بأنه : ”الانقباض في المزاج واجترار الأفكار السوداء والهبوط في الوظائف الفسيولوجية، قد يصاحبه بعض الارجاج العقلي المرضي، وقد يكون أحد طوري ذهان الهوس والاكتئاب“ . (عبد العزيز رشاد، 1993: 423) .

كما يعرفه عبد الخالق ورضوان (1990) بأنه : ” حالة انفعالية عابرة أو دائمة تتصف بمشاعر الانقباض والحزن والضيق وتشيع فيه مشاعر كالهيم والغم والتشاؤم والقنوط والجزع“ .(علي مهدي كاظم، غادة عيد، احمد عبد الخالق، 2011: 25) .

يعرفه رجيعه والشافعي تعريفا اجرائيا على انه : ”ارتقاع في الدرجة على مقياس الاكتئاب والتي تدل على توافر بعض هذه الأعراض أو أغلبها التشاؤم، والاحساس بالفشل والشعور العام بعدم الاستمتاع، التصرف الخطأ، كراهية الذات وتخطيئها، الأفكار الانتحارية، البكاء، انخفاض القدرة على تحمل الاحباط،

انخفاض الاهتمام الاجتماعي، التردد، انخفاض في الدافعية للعمل أو الدراسة اضطراب النوم والشعور بالوحدة“. (الشافعي ابراهيم، 2002 : 295).

يعرفه حامد زهران بأنه : ”حالة من الحزن الشديد المستمر، ينتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعب عن شيء مفقود وكأن المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه“. (عبد السلام زهران، 1997: 514)

يعرفه مصطفى زيور بأنه : ” حالة من الألم النفسي يصل في الميلانخوليا الى ضرب من جحيم العذاب مصحوبا بالاحساس بالذنب شعوريا وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها ونقصان في النشاط العقلي والحركي والحشوي“. (محمد حاسم، 2004 : 241)

يرى محمد محروس الشناوي وعلي خضر أن الاكتئاب زملة اكلينيكية تشتمل على انخفاض في الايقاع المزاجي ومشاعر الامتعاض المؤلم وصعوبة التفكير وتأخر حركي نفسي وشعور بالذنب مصحوبا بنقص ملحوظ في الاحساس بالقيمة الشخصية ونقص في النشاط النفسي والحركي والعضوي و لكن بدون أي سبب عضوي .(طه عبد العظيم، 2007)

أما بالنسبة لليتشربيرج Lytcherberj: فهو يرى بأن الاكتئاب هو : ” مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف عندما تكون تبعية اليأس منسوبة الى علة شخصية، وفي هذا السياق فان الأمل يكون مفهوما كوظيفة لادراك مدى احتمال حدوث النجاح في صلته بتحقيق الهدف“. (عبد الله عسكر، 1988: 60)

ستات statt (1982) عرفه بأنه :” واحد من المظاهر أو الاشكال العامة للاضطراب الانفعالي الذي قد تختلف شدته من مجرد أزمات هموم الحياة اليومية الى الحالة العقلية لليأس التام وهو يتصف بالقلق و الكآبة وانخفاض النشاط العام“. (مليكه بطا، 2003 : 24)

يرى القريطي عبد المطلب (1998) أن الاكتئاب هو: ” حالة من الشجن المتواصل والحزن المستمر، لا يدرك الفرد مصدرها على الرغم من أنها تنجم عن خبرات أليمة، وأحداث مؤثرة انفعاليا قد مرت به، وتتميز هذه الحالة بهبوط في الطاقة النفسية والحركية والشعور بالإعياء من أقل مجهود، وبالقلق وعدم الارتياح“ (1998 : 141)

أما الدكتور أحمد عكاشة (1992) فهو يعرفه بأنه: "حالة من انخفاض المزاج وانخفاض الطاقة وقلة في النشاط وتضطرب القدرة على الاستمتاع والاهتمام بالأشياء والتركيز مع الشعور بالتعب الشديد حتى بعد أقل مجهود وعادة ما يكون النوم مضطرباً والشهية للطعام قليلة وينخفض تقدير الذات والثقة بالنفس، كثيراً ما توجد بعد الأفكار حول الاحساس بالذنب". (ابو العزائم ماضي، 2012)

عرفه صادق (1998) بأنه: "مرض عصابي وليس مرضاً عقلياً، لان اتصال المريض بالواقع سليم، وسلوكه سليم، والمريض مستبصر بحالته، وهو يحدث نتيجة لضغوط أو أزمات حادة يتعرض لها المريض و يتفاعل معها". (صادق عادل، 1998: 95)

كما يعرفه الدكتور عبد الرحمن العيسوي في كتابه علم النفس الطبي على أنه: "وصف لحالة انفعالية بمعنى انفعال يشير الى انخفاض المعنويات أو الروح المعنوية، أما باعتباره تشخيص فهو يشير الى زملة أعراض يمثل عنصر الغضب فيها عنصراً هاماً وهو اضطراب وجداني أو مزاجي يتسم بتقلبات مزاجية". (عبد الرحمن العيسوي، 2000: 45)

يواصل العيسوي (1999) تعريفه للاكتئاب بقوله: "هو حالة نفسية أو معنوية، تتسم بمشاعر انكسار النفس وفقد الأمل والشعور بالكسل والاسترخاء والبلادة والشعور بعدم القيمة وقد يشعر المريض بفقدان الشهية وعدم القدرة على النوم". (1999: 123)

عرفه ستور Store بأنه: "حالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن وتأخر الاستجابة والميول التشاؤمية وقد تصل الى الميول الانتحارية، كذلك تعلق درجة الشعور بالذنب وهذا راجع الى أن الفرد لا يذكر إلا أخطائه أو ذنوبه وقد يصل الى درجة البكاء الحاد". (عبد العزيز رشاد، 1993: 233)

يرى الحنفي أن الاكتئاب يعني صعوبة في التفكير وضعف في القوى الحيوية والحركية وهبوط في النشاط الوظيفي وقد يكون لديه أعراض كتوهم المرض وأوهام اتهام الذات، كما عرف استجابة الاكتئاب العصابي بأنها رد الفعل الذي يأتي نتيجة مواقف شديدة الوطأة مثل فقد عزيز. (الحنفي، 1992: 74)

يعرفه المعاطية (2001) بأنه: "رد فعل لبعض الأحداث في حياة الفرد، تلك الأحداث التي تسبب الشعور بالحزن والغم والضيق". (المعاطية، 2002: 325).

في حين يرى الحاج أن الاكتئاب هو: "حالة من الحزن الشديد والمستمر حيث يبدو الشخص وكأنه في حداد دائم والكآبة واضحة على قسما ت وجهه نتيجة ظروفه المحزنة الأليمة وقد لا يعي المريض المصدر الحقيقي لحزنه وقد يخيل إليه أنه مصاب بأمراض فتاكة لا أمل في شفائه منها أو أنه يعتقد بأنه ارتكب خطيئة ولا أمل في الغفران". (سامي اللحياني، 1996)

يعرفه كامبل campell بأنه: "زملة اكلينيكية تشمل انخفاض في الابقاع المزاجي ومشاعر الامتعاض المؤلم وصعوبة التفكير مع وجود تأخر حركي نفسي، الى جانب الشعور بالإثم الذي يكون مصحوبا بنقص ملحوظ في الاحساس بالقيمة الذاتية وفي النشاط النفسي الحركي والنشاط العضوي، من غير أن توجد مشكلات عضوية حقيقية وراء هذا التغيير. (الشناوي محروس، 1991: 2)

أما بالنسبة للرافعي نعيم فهو يعرفه بأنه: "انفعال أو انقباض أو حالة ذاتية من الانقباض تتكرر بسبب عوامل داخلية أو خارجية أو بسبب اجتماع الطرفين وتتطوي على شدة لا يقتضيها الموقف ولا تكون مرافقة بتعطيل أو اضطراب عقلي". (1978: 314)

يرى عيد ابراهيم (1997) أن الاكتئاب سواء كان تعبيرا عن حالة مزاجية أم عرضا للوجود الانساني فإنه تعبير عن فقدان الموضوع المحبوب، ومن ثم الشعور بخيبة الأمل وفقدان تقدير الذات وتوكيدها، وهو بذلك يتفق مع ما قاله عبد الله عسكر (1988) الذي اعتبر الاكتئاب فقدان الموضوع هذا الموضوع الذي يمثل قيمة معينة بالنسبة للذات (ماديا كان ام معنويا)

يصف محمد الخطيب (2000) الاكتئاب بأنه: "حالة من الحزن الشديد تتاب الفرد نتيجة الاحساس بالذنب والعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي والتفوق حول الذات". (2000: 568).

تعرف وجاد العجوزي (2007) الاكتئاب بأنه: "حالة نفسية وانفعالية يتعرض لها الفرد نتيجة خبرات صادمة واحباطات يواجهها الفرد في حياته وهي تتمثل في الحزن والتشاؤم والشعور بالذنب وقد تصل الى فقدان الشهية والانطواء وانعدام القيمة وفي الحالات الحادة يصل الى حد كراهية الذات وايداء النفس قد يصل الى درجة الانتحار". (2007: 11).

يعرفه ابو هين (1990) بأنه: "الاحساس الفعلي لوقوع ما كان يتوقع حدوثه وهو حالة من الحزن الشديد واليأس والانسحاب وهبوط حاد في جميع الوظائف التي يقوم بها الشخص". (1990: 255)

عرفه عبد الحميد الشاذلي (2001) بأنه : ” حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن ظروف أليمة، وتعتبر عن شيء مفقود وان كان المريض لا يعي السبب الحقيقي لحزنه.“ (2001 : 133)

عرفه غريب عبد الفتاح بأنه: ”خبرة وجدانية ذاتية تتبدى في أعراض الحزن والتشاؤم والشعور بالفشل وعدم الرضا والشعور بالذنب وعدم حب الذات وإيذاء الذات والانسحاب الاجتماعي والتردد وتغير صورة الذات و صعوبة النوم و التعب و أخيرا فقدان الشهية“. (1990 : 7)

عرفه أحمد عبد الخالق (1999) على أنه :” حالة انفعالية عابرة أو دائمة تتصف بمشاعر الانقباض والحزن والضيق، وتشييع فيها مشاعر كالههم والغم والشؤم والقنوط والجزع واليأس والعجز.“ (1999 : 104)

عرفت جمعية الطب النفسي الأمريكية DSMI في الدليل التشخيصي الأول الاكتئاب بأنه :” مجموعة من الانحرافات التي لا تتجم عن علة عضوية أوتلف في المخ، بل هي اضطرابات وظيفية ومزاجية في الشخصية، وترجع الى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية أوالى اضطراب علاقات الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه.“ (عطوف محمود، 1981: 209)

في الاخير يتضح للباحثة من خلال مجموعة التعاريف السابقة الذكر أن العنصر المشترك في كل هذه التعاريف هو أن تغير أو تقلب المزاج يعتبر من أبرز مميزات هذا الاضطراب، كما أن جلالته تعارف المذكورة سعت الى تعريف اضطراب الاكتئاب من خلال سرد مجموعة من الأعراض المختلفة المميزة له

تعرف الباحثة الاكتئاب بأنه اضطراب نفسي يتميز بمجموعة من الأعراض المؤلمة والقاسية التي تعبر عن العجز الذي يعيشه الفرد، حيث يتميز المزاج بالحزن، وينخفض تقدير الفرد لذاته ويتبنى أفكار سلبية، أما على المستوى البيولوجي فنجدته يعاني من اضطراب النوم وفقدان الشهية الى جانب أعراض أخرى، كما تنخفض رغبته في انجاز المهام المختلفة وهذا ما يمنع الفرد المكتئب من التقدم في الحياة، ويمكن لهذا الاضطراب أن يأخذ طابع المرض العقلي اذا زادت شدة الأعراض و بدأت فكرة الانتحار تلوح في الوجود .

2- نبذة تاريخية عن الاكتئاب:

يعد الاكتئاب مرض قديم قدم الانسانية، وحسب المعلومات التاريخية المتواترة الينا فان هذا المرض كان موجودا بصورة تشبه تماما ما نراه الان وان هذه الحالات كان يتم تشخيصها وعلاجها أيضا ببعض الطرق في مصر القديمة. (عبد الرحمن حمودة، 1990)

عرفه أرسطو طاليس منذ حوالي 350 سنة عاما قبل الميلاد على أنه الميلانخوليا وافر بأنها موجودة لدى كل من المفكرين والشعراء والفنانين، وفي نهاية القرن الخامس عشر وصف فيلكس بلاتر Platter الميلانخوليا بأنه نوع من الاغتراب العقلي الذي تكون فيه الأحكام والتصورات المحرفة بدون سبب أو داع.

(عبد الرحمن حمودة، 2004). كما وصفت أعراض الاكتئاب في قصة انتحار أجاكس في اليادة هوميروس homer في القرن الثامن قبل الميلاد. قد اشار بلاتر platter في اواخر عام 1500 الى ان الميلانخوليا نوع من الاغتراب العقلي الذي يؤدي الى الحزن والخرف، كما نصح باستعمال العقاقير وتوجيه النصائح والارشاد والكي كإجراء علاجي . (رشاد موسى، 1991)

كما ورد في مراجع التاريخ بأن الأمراض النفسية ومنها الاكتئاب، كان يتم الاهتمام بها وعلاجها بوسائل وطرق تتشابه كثيرا مع الطرق المستخدمة في العلاج في وقتنا الحالي.

أما في التراث العربي الاسلامي عرف ابن سينا Avicenna الميلانخوليا بأنها انحراف عن المجرى الطبيعي الى الفساد والى الخوف ورداء المزاج السوداوي وإذا صاحبها ضجر وشرارة سميت هوسا. (عبد الرحمن العيسوي، 1998)

3 - مظاهر الاكتئاب :

يتجلى اضطراب الاكتئاب من خلال مجموعة من المظاهر التي تمس الوظائف الحساسة للفرد التي تتمثل في :

1.3 - اضطراب الوظائف الحيوية:

زيادة معدل النوم أو نقصه وكذلك الحال بالنسبة للأكل فإما الإفراط أو نقص الشهية.

3.2 - اضطراب الوظائف التحفيزية :

يسجل عجز أو نقص على مستوى النشاط الذى يظهر من خلال فقدان الاهتمام والرغبة وفى معظم الأحيان تظهر الرغبة فى الانتحار كما نلاحظ نقص ملحوظ على مستوى التواصل الاجتماعى يكاد يكون غير موجود ولكن قد يكون العكس فى بعض الحالات حيث نلاحظ تبعية مبالغ فيها للآخرين.

3.3 - اضطراب الوظائف المعرفية:

يظهر من خلال فقدان تقبل الذات، عدم القدرة على اتخاذ القرار، التشاؤم وفقدان الأمل بدون مبرر موضوعي، أما بالنسبة للأحلام فهي تعبر عن استعداد نفسي عامة سلبي .

4.3 - الاضطراب السلوكي:

يسجل تراجع نفسي وحركي أو تهيج عادة ما تكون ملحوظة عند دخول المريض مصلحة الاستشارة النفسية و كذلك نقص فى السلوكات النشطة. (Lvy marie, 2008, p. 1)

4 - اعراض الاكتئاب:

يحدث الاكتئاب تراجع فى كل مجالات الحياة اليومية حيث أنه يمس الحياة العاطفية والوظائف العقلية والجسدية وهذا ما يتجلى من خلال الأعراض المختلفة التى تبقى ثابتة لمدة طويلة تقريبا 15 يوما، مع العلم أن الفرد المكتئب قد لا تظهر عليه جميع هذه الاعراض ومن بين هذه العلامات أو الأعراض يمكن ذكر:

✓ البكاء

✓ فقدان القدرة على الضحك .

✓ النظرة السلبية الشاردة .

✓ الأفكار الانتحارية.

✓ تغير عادات الأكل .

✓ فقدان الرغبة الجنسية.

✓ التعب و الاجهاد . (محمد خطاب، احمد عبد الكريم، 2010)

كما يمكن التفصيل في هذه الأعراض على النحو التالي:

1.4- الأعراض الجسدية :

- التعب والتباطؤ على مستوى الحركات : حيث يشعر الفرد بالتعب حتى عند عدم ممارسته لأي نشاط يدعو الى ذلك، فيسود الفرد الاحساس بفقد الطاقة وبعدم القدرة وهذا ما ينجم عنه الام جسدية وعقلية، وان ما يميز التعب الاكتئابي هو أن اللجوء الى النوم او الراحة لا يخفف من شدته.
- انقباض الصدر والشعور بالضييق وانخفاض الصوت عند التحدث حيث يشعر المستمع بأنه لا حياة للمتكلم وسرعة ذرف الدموع .
- الشعور بالألم وخاصة الام الظهر والام جسدية مختلفة وتوهم المرض والانشغال عن الصحة الجسمية .
- اضطراب الدورة الشهرية عند النساء .
- تغير ضغط الدم بين الارتفاع و الانخفاض. (عبد الله قاسم، 2001)
- اضطرابات النوم :

قد يعاني الفرد من عدم قدرته على النوم، كما يكون غير عميق ويدوم لفترة قصيرة، الى جانب النهوض المبكر صباحا مع استحالة العودة الى النوم من جديد ويرافق كل ذلك معاناة عقلية كبيرة. وفي حالات أخرى نسجل حالة نوم متواصلة وكأن الفرد يسعى الى الهروب من الوضعية المعاشة (عبد الحكيم عفيفي، 1989)

عليه فان اضطرابات النوم تعد مؤشرا واضحا وعرضا مهما من أعراض الاكتئاب وهذا ما بينته دراسة غانم(2002) بعنوان مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والاكتئاب التي هدفت الى فحص العلاقة بين مشكلات النوم وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة غير اكلينيكية من الذكور الاسوياء، بلغت العينة في كل فئة (100) فرد وتراوحت اعمارهم ما بين 17 و 57 عاما بالنسبة للأدوات المستخدمة في الدراسة فلقد تمثلت في : استبيان مشكلات النوم من اعداد الباحث واختبار تايلور للقلق الصريح، وقائمة بيك للاكتئاب و تم التوصل الى عدة نتائج منها: وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مشكلات النوم والقلق الصريح والاكتئاب وبين الاكتئاب والقلق الصريح لدى عينة الذكور ووجود علاقات ارتباطية سالبة بين عادات النوم وطقوس النوم ومشكلات النوم والاكتئاب لدى عينة الدراسة. (غانم حسن، 2002)

➤ اضطرابات الشهية أو الأكل: تنقص شهية الفرد، حيث يصبح الطعام بالنسبة له بدون ذوق وتكون أوقات الطعام غير منتظمة وينجم عن كل هذا فقدان الوزن الذي يعتبر عامل مهم يستدل به لتشخيص حالة الاكتئاب، وبالعكس فإنه في بعض الحالات الأخرى نسجل شراهة كبيرة وهذا ما يؤدي إلى زيادة الوزن .

➤ المشاكل الجنسية :

يعتبر الجنس وظيفة بيولوجية من جهة وعلائقية من جهة أخرى، وهاذين البعدين يسودهما الاضطراب في حالة الاكتئاب ومن البديهي أن يمس الاكتئاب الحياة الجنسية للفرد. (عصام الدين الانديجاني، 1999)

2.4 - الأعراض العاطفية:

تتمثل في الحزن العميق حيث أنه في حالة الاكتئاب يكون الحزن عميق ومؤلم وأسبابه غير واضحة وغير محددة وفي معظم الأحيان يترافق مع البكاء . (حامد زهران، 1997)

3. 4 - الأعراض العقلية:

نخص بالذكر ما يلي :

1.3.4- التراجع العقلي : يجد الفرد صعوبة في التفكير وفي ايجاد واستعمال الكلمات وفي التكلم بسلاسة، حيث يظهر وكأنه يحمل رأس فارغا وأن العالم أصبح جد معقد ولا يستطيع التأقلم معه ومواجهته، كما يجب عليه ابداء جهد مبالغ فيه لإتمام وانجاز الأنشطة المطلوبة منه. (عبد الله عسكر، 1988،

2.3.4- نقص على مستوى الانتباه و الذاكرة و التركيز: حيث أن هذه الوظائف المعرفية الحيوية يجد صعوبة في استخدامها .

3.3.4- الأفكار السلبية : حيث يحلل الفرد المكتئب أحداث الحياة اليومية و آراء الآخرين من زاوية سلبية . (Fournier, 2007, p. 8 ET 9)

4. 4- الأعراض المزاجية:

تعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية، وفي الأغلب تكون هي الأكثر وضوحاً مثل أن يسود الشخص مزاج حزين معظم اليوم تقريباً كل يوم لمدة أسبوعين تقريباً.

عدم القدرة على التمتع بمباهج الحياة .

انكسار في النفس .

هبوط في الروح المعنوية.

الشعور بفقدان الأمل والارتباك الشديد. (حامد الغامدي، 1996)

أما بالنسبة للأعراض التي وضعتها رابطة الأطباء النفسانيين بالولايات المتحدة الأمريكية فتتمثل في:

✓ ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن .

✓ الأرق أو النوم المفرط.

✓ التأخر الحركي النفسي وفقدان الاهتمام والسرور عند مزاولة الأنشطة المعتادة.

✓ تناقص في الطاقة مع الشعور بالإجهاد .

✓ الاحساس بانعدام القيمة ولوم الذات والاحساس بالذنب .

✓ الشكاوي والتظاهر بتناقص القدرة على التفكير والتركيز ويتجلى ذلك من خلال التبدل الفكري.

✓ تكرار التفكير في الموت بصفة دورية والأفكار الانتحارية و تمنى الموت .

✓ الأعراض تسبب انزعاجاً اكلينيكياً أو خلل في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي .

✓ الأعراض لا ترجع الى التأثيرات الفسيولوجية (مثل عقار طبي) أو حالة طبية مرضية (نقص

هرمون الغدة الدرقية).

✓ الأعراض ليست ناجمة عن فقد شخص عزيز. (مها الحمري، 2002)

منه فان حالة الاكتئاب تتميز بتغير عميق يمس النشاطات والوظائف الحالية المعتادة، وهناك ثلاث عناصر أساسية تكون مميزة في هذه الحالة وهي:

✓ حزن غير معتاد حيث يختلف عن ذلك الحزن الذي يمر به الفرد العادي، ويتميز هذا الحزن بالشدّة ولا يرتبط بسبب معين، كما انه لا يمكن تهدئته.

✓ فقدان الاهتمام والرغبة والذي يمس كل مجالات الحياة.

✓ اجتماع مجموعة من الأعراض القاسية التي تعرقل بطريقة مؤلمة الحياة اليومية . (Fédida, 2011, p. 8)

نشير الى أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد الى اخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكلاً حاسيس قاسية من اللوم، تأنيب الذات، وتجيء عند البعض الاخر مختلطاً مع شكوى جسمانية وأعراض بدنية، وفي حالات أخرى قد تجتمع كل هذه الأعراض وتختلط مع غيرها من أمراض نفسية وجسمية أخرى. (ابراهيم عبد الستار، 1998)

5- تصنيف الاكتئاب:

ان الاكتئاب ليس اضطراباً نفسياً واحداً ولكنه يشمل اضطرابات نفسية متعددة تجمعها بعض الصفات والمميزات وتختلف في حدتها وأعراضها واستجابتها للعلاج ، ولقد صنف كاندال Kandel (1986) الاكتئاب الى أربعة أصناف رئيسية وهي الكآبة النفسية، الكآبة الذاتية، اكتئاب سن اليأس والاكتئاب الدوري . (العوادي قاسم، 1992)

يرى أوبرليدر Oprlyder (1980) أن أنواع الاكتئاب كثيرة بحيث أنها تماثل عدد البشر وتتشرك جميعها في أنها تجعل الشخص بعيداً عن العالم، في حين يعتقد لويس Louis أن الاكتئاب مرض واحد يزخر بأعراض مختلفة تتباين كما وليس كيفاً . (عبد العزيز رشاد، 1993)

من بين ابرز التصنيفات يمكن ذكر ما يلي :

1.5 تصنيف هيئة الصحة العالمية WHO:

ذهان المرح او الهوس او الانبساط الاكتئابي (الذهان الدوري)

1 نوبات الاكتئاب

اكتئاب نفسي او عصابي او تفاعلي .

اكتئاب عقلي أو ذهاني أو داخلي .

خليط بين الحالتين .

2 نوبات مرح او انبساط

مرح تحت حاد .

مرح حاد .

مرح مزمن .

3 نوبة دورية من الاكتئاب والمرح .

اكتئاب سن اليأس او السواد الارتدادي . (احمد عكاشة ، 2003)

2.5 تصنيفات الرابطة الامريكية للطب النفسي :

1.2.5 التصنيف الاول DSM I

الاضطرابات الوجدانية الوظيفية .

عصاب الاكتئاب .

2.2.5 التصنيف الثاني DSM II

مرض الهوس الاكتئابي :النمط الهوسي

مرض الهوس الاكتئابي :النمط الاكتئابي

مرض الهوس الاكتئابي :النمط الدوري

السواد الارتدادي (اكتئاب سن اليأس)

العصاب الاكتئابي

الشخصية الدورية .

رد الفعل الاكتئابي الذهاني (Harris, 1980, p. 201)

3.2.5 التصنيف الثالث DSM III

الاضطرابات الوجدانية : الاضطرابات الوجدانية العامة

الاضطراب الثنائي : المختلط الهوسي الاكتئابي

الاكتئاب العام : نوبة واحدة عدة نوبات

اضطرابات وجدانية اخرى معينة :

الاضطرابات الوجدانية غير النمطية :

الاضطراب الثنائي غير النمطي

الاكتئاب غير النمطي

الاضطراب الاكتئابي المزمن (الشخصية الاكتئابية)

الاضطرابات الوجدانية الصغيرة المزمنة . (Sadock, 1983, p. 290)

4.2.5 التصنيف الرابع DSM IV

تصنيف اضطرابات الوجدان

1.4.2.5 - نوبات وجدانية :

نوبات اكتئاب جسيم نوبة هوس نوبة هوس خفيف نوبة مختلطة

2.4.2.5 - الاضطرابات الاكتئابية :

اضطراب الاكتئاب الجسيم

اضطراب الاكتئاب المزمن

اضطراب الاكتئاب غير محدد في مكان اخر

3.4.2.5 - الاضطرابات ثنائية القطب:

1 الاضطراب ثنائي القطب

2 الاضطراب ثنائي القطب

الاضطراب الدوري

الاضطراب ثنائي القطب غير محدد في مكان اخر

4.4.2.5- اضطرابات وجدانية اخرى:

-اضطراب وجداني بسبب حالة مرضية جسمانية

- اضطراب وجداني بسبب تأثير مادة

- اضطراب وجداني غير محدد في مكان اخر . (محمود حمودة، 1995)

كما يمكن تحديد الأنواع المختلفة للاكتئاب من خلال الاستعانة بالتصنيفات الأربعة التالية :

3.5 - التصنيف الأول:

يقوم على شدة درجة الاكتئاب ونميز فيه :

1.3.5 - الاكتئاب الخفيف :

ما يميزه هو المزاج المنقبض، والتعب المتزايد وفقدان الاهتمام والمتعة وقد يكون مترافق في معظم الاحيان مع اضطرابات سيكوسوماتية، ويلاحظ في هذا النوع من الاكتئاب غياب سمات الهياج والأوهام والأفكار الانتحارية، كما يلاحظ أنه قد ينشأ لظروف واقعية عارضة أو لظروف نفسية. (سعد جلال، 1986)

2.3.5 - الاكتئاب المعتدل أو البسيط :

تظهر فيه أعراض الاكتئاب الخفيف وتكون متلازمة مع أعراض أخرى كاضطرابات النوم والشهية، مع وجود أفكار خاصة بعدم الكفاءة والفاعلية، وأفكار أخرى ذات مضمون اكتئابي وبعض الهياج مع وجود أوهام .

3.3.5 - الاكتئاب الحاد أو الشديد:

نجد في هذا النوع من الاكتئاب الأعراض التي تميز الاكتئاب المعتدل مصحوبة بالشعور بعدم القيمة، فقدان احترام الذات، التهيج والشعور بالذنب، ويكون الكرب شديدا مصحوبا بأفكار انتحارية، ونميز فيه بين نوعين :

1.3.3.5 نوبة اكتئابية شديدة : بدون أعراض ذهانية وتكون مصحوبة بهياج ملحوظ و أوهام اكتئابية و خطط و أفكار ومحاولات انتحارية . (ابو هندي وائل، 2003)

2.3.3.5 نوبة اكتئابية حادة : مع أعراض ذهانية وهي مثل النوبة السابقة، إلا انها تتضمن أطوارا حادة، وذهانية و ضلالات وهلاوس، و بطء نفس حركي .

4.5 - التصنيف الثاني:

يقوم على أساس منشأ الاكتئاب ونميز بين الاكتئاب العصابي النفسي والاكتئاب الذهاني أو ما يعرف بالاكتئاب داخلي المنشأ والاكتئاب خارجي المنشأ *Dépression endogène , exogène*

1.4.5 الاكتئاب العصابي النفسي الخارجي المنشأ : *La dépression exogène ,psychogène ou réactionnel*

يرادف الاكتئاب العصابي مصطلح الاكتئاب الاستجابي وهو تعبير يشير الى أن حالة المريض هي استجابة واضحة ولكن مبالغ فيها اتجاه أحداث معينة مثل فقد شخص عزيز أو الرسوب في الامتحان أو فصل من العمل ومنه فهذا النوع من الاكتئاب هو خارجي المنشأ، حيث يكون استجابة لأحداث محزنة يمكن تحديدها و التعرف عليها وفي هذا النوع من الاكتئاب يعبر المريض عن الحزن واليأس الذي يشعر به والذي يتناسب مع الحادثة أو الواقعة المؤلمة التي مر بها، ويستمر هذا الحزن واليأس لفترة أطول من المعتادة مقارنة بالأسوياء الذين يتعرضون لخبرات مؤلمة أيضا و لكنهم يتجاوزون هذه الحالة بسرعة و يستعيدون توازنهم .

ان هذا التعبير يعبر عن نوع من الاكتئاب الذي يعتقد أنه يظهر تحت تأثير عوامل المحيط والتي تترجم بأنها عوامل نفسية، وهو يشمل كل أنواع الاكتئاب العصابية وهي تمثل نوع من الاكتئاب الذي يمكن ارجاعه الى أسباب بيولوجية، كما أنه تعبير عن اضطراب ثنائي القطب ويسمى أيضا الذهان الهوسي الاكتئابي. ويتميز هذا النوع من الاكتئاب بألم عقلي كامل متناقض مع عدم التغير العاطفي ومنه فالمعاناة العقلية تكون شديدة مع فقدان تقبل الذات وفيما يخص المشاعر يلاحظ تشاؤم واضح، كف ملحوظ ، عدم النوم مع الاستيقاظ مبكرا، النحافة، وهو يشمل كل أنواع الاكتئاب الذهاني ويكون العلاج الدوائي فعال في هذا النوع من الاكتئاب كما أن اضطرابات النوم تكون متكررة وهي تعبر عن اضطراب في بعض الأنظمة البيولوجية. (Edouard de perrot, 2004, p. 36)

2.4.5 الاكتئاب الذهاني الداخلي المنشأ : La dépression endogène

اما الاكتئاب الذهاني فهو داخلي المنشأ أي يرجع الى شخصية المريض دون أن يرتبط بأية أحداث خارجية ومنه لا يعي الفرد المصدر الحقيقي لحزنه وانقباضه ولهذا يطلق العنان لتخيلاته وأوهامه. ان ما يميز الاكتئاب الذهاني أيضا هو الهلوس والأفكار الهذيانة، مثل هذيان الاحساس بالذنب، والاحساس بالعار، اضطراب التفكير وكذلك تراجع ملحوظ يعرقل تواصل الفرد مع المحيط ويجعله غير قادر على التأقلم معه.

كما أن هاذين النوعين من الاكتئاب، يدلان على أن الاكتئاب هو نتيجة لعوامل محرضة أو محفزة كموت فرد من العائلة أو فقد العمل وهذا في حالة الاكتئاب العصابي أو الى أسباب بيولوجية راجعة الى شخصية الفرد في حالة الاكتئاب الذهاني . (Kleflaras, 2004, p. 67)

أما الاكتئاب العصابي فهو يحدث نتيجة للشعور بالذنب والكبت والتعرض للحوادث المؤلمة هو يرجع الى عوامل فردية لا شعورية يحس فيها المريض بالحزن والأسى دون أن يدرك مصدر احساسه الحقيقي . (عبد الحكيم عفيفي، 1989) وهو يصيب الفرد كرد فعل لظروف خارجية وهو أكثر أنواع الاكتئاب الناجم عن الشعور بالذنب ويتميز بعدد من الأعراض تتمثل في المزاج المكتئب الحزين والشعور بالتعب لأقل مجهود ويسود تفكير المريض التشاؤم والأفكار السوداء وفقدان الأمل والنوم يكون متقطع مع أحلام مزعجة ويتميز بحدوث قلق في أول الليل وأعراض جسمية خفيفة مثل ارتفاع ضغط الدم وهذا النوع من الاكتئاب معتدل الشدة مصحوب بقلق ويخلو من الأعراض الذهانية. (الحنفي، 1992)

يرى البعض أن الفرق بين النوع الأول والثاني هو فرق في الدرجة يصل في الاكتئاب الذهاني الداخلي المنشأ الى حد اساءة المريض تفسير الواقع والتوهم والهذيان . (حامد زهران، 1997). أما في الاكتئاب العصابي فيكون مصحوبا بأعراض عصابية كالقلق وتزداد حالات الانتحار في الاكتئاب الذهاني . (ابراهيم عبد الستار، 1998)

فيما يلي جدول يبين الاختلاف بين الاكتئاب العصابي والذهاني .

جدول رقم (1) الفرق بين الاكتئاب العصابي والذهاني

الاكتئاب العصابي	الاكتئاب الذهاني
غير عميق الجذور. لا يصاحبه جمود انفعالي تام. الاتصال مع الواقع موجود . التقييم الذاتي السلبي . درجة النكوص عادية. النشاط العقلي بطيء نسبيا لا يوجد فيه أوهام أو هلاوس أو أفكار انتحارية فكرة الانتحار قد تراود بعض المرضى و لكن ليس عن نية صادقة حيث نراه يهدد و يعلن عن رغبته في الانتحار و الهدف من ذلك هو إيقاع الآلام بالآخرين . المريض يدرك مرضه و يسعى للعلاج في العيادات النفسية .	عميق الجذور يصاحبه جمود انفعالي و يقل معه التعاطف الشعوري و الابتسام الموضوعي و التجاوب مع مثيرات الفرح . الاتصال مع الواقع محدود أو معدوم أو الي أو شبه الي مع عدم اتصال الأفكار مع واقع الحياة الخارجية . التقييم الذاتي يميزه تحقير الذات و ادانة النفس على أمور لم تصدر من الشخص والاعتقاد في عدم استحقاقه للحياة أو عدم صلاحيته و عدم نفعه . درجة النكوص السلوكي شديدة و خطيرة . تصاحبه بطء و هبوط النشاط النفسي الحركي والوظائف العقلية توجد فيه أوهام اكتئابية و هلاوس اضطهادية وهذات الخطيئة و أفكار الانتحار . فكرة الانتحار تراود المريض عن نية صادقة و دون سابق تفكير المريض لا يسعى للعلاج.

(حامد زهران، 1997)

يتضح من خلال الجدول أنه يمكن التمييز بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني هذا من خلال مجموعة الاعراض المميزة لكل واحد منهما .

5.5 - التصنيف الثالث:

قد يكون الاكتئاب مصاحبا لاضطراب اخر أو قد يكون خالصا وهنا يمكن ذكر:

1.5.5 - الاكتئاب الخالص:

هو الذي لا يكون مصحوبا باضطراب اخر وأبرز أعراضه: مزاج مكتئب، الشعور بالعجز فقد أو ضعف الشهية.

2.5.5 - اكتئاب مصحوب بالقلق:

أبرز أعراضه سرعة الانفعال، الشعور بالعجز، ضعف على مستوى التركيز والذاكرة الشعور بالتعب وبالليأس، الرغبة في البكاء ونشيرالى أنه لا يوجد فاصل بين أعراض الاكتئاب وأعراض القلق .

3.5.5 - اكتئاب مصحوب بالهوس:

أو ما يسمى بالاكتئاب ثنائي القطب حيث يكون الاكتئاب متزامنا مع الهوس مثلا، حسب DSM4، فإن الاكتئاب يمكن أن يتجلى من خلال أشكال اكتئابية خالصة (نوع أحادي القطب) أو بالاشتراك أو التناوب بين المرحلة الاكتئابية والتهيج الهوسى (نوع ثنائي القطب)

1.3.5.5 الاكتئاب احادي القطب :

فيما يخص الشكل الأحادي القطب فنميز بين :

1.1.3.5.5- الشكل احادي القطب المتوسط و يسمى أيضا DYSTHYMI، عسر المزاج يظهر من خلال المزاج الحزين وعلى الأقل نوعين من الأعراض الاكتئابية التي تظهر بطريقة تقريبا ثابتة لمدة عامين.

2.1.3.5.5- الشكل احادي القطب الشديد :

يظهر من خلال مراحل متفرقة، مختلفة في شدتها مقارنة مع الشكل الأول، حيث تكون أكثر شدة .
(Lvy marie, 2008, p. 11)

2.3.5.5 الاكتئاب ثنائي القطب: Dépression bipolaire

ان الاضطراب ثنائي القطب يتميز بتناوب كل من المرحلة الهوسية وكذا المرحلة الاكتئابية وفي بعض الأحيان بالاشتراك بين مراحل تنشيط الطاقة الهوسية والمرحلة الاكتئابية، مع العلم أن بعض الأشخاص يمكن أن يظهروا نوبة هوسية فقط ويظهر هذا الاضطراب في سن الثلاثين وهو يصيب النساء والرجال بنفس الدرجة.

يعتقد ان السوابق العائلية، بمعنى اصابة الآباء وكذا العامل الوراثي هوالمسئول عن هذا النوع من الاكتئاب، حيث لوحظ ان العامل الوراثي يساهم فى حدوث ما نسبته 80 الى 90 %من حالات هذا المرض. (Weyeneth, 2004, p. 38)

ما يميز الاضطراب الأحادي القطب على غرار الاكتئاب الثنائي القطب هو المزاج الحزين وعلى الأقل نوعين من الأعراض الاكتئابية والتي تظهر بطريقة ثابتة لمدة عامين، ويسجل هذا الاضطراب فى نهاية الثلاثين بداية الأربعين، وهو يمس الآباء من الدرجة الأولى ويصيب أكثر النساء.تجدر الإشارة الى أن كل من المراحل الهوسية والاكتئابية يمكن أن تأخذ طابع حاد ومتطور والفرد أثناء المرحلة الهوسية تظهر عليه بعض الأعراض: كحدة الطبع، ارتفاع مستوى تقدير الذات، عدم الرغبة فى النوم .

نجد نفس المراحل الاكتئابية سواء فى الاضطراب ثنائي القطب أو الاضطراب الاكتئابى وبالعكس فان الاكتئاب احادى القطب تتدرج فيه مراحل اكتئابية فقط بدون مؤشر يدل على الهوس

فيما يخص النوم فانه فى حالة الاكتئاب أحادى القطب نسجل صعوبة فى النوم وبالعكس النوم أكثر من العادة فى الاضطراب ثنائي القطب و بالأخص فى المرحلة الاكتئابية. أما فيما يخص النشاط الحركي نسجل تهيج مفرط فى حالة الاكتئاب أحادى القطب وتراجع حركي فى حالة الاكتئاب ثنائي القطب.

اضافة الى ذلك فان الاكتئاب فى معظم الأحيان، يظهر على شكل مراحل أو حلقات، ومنه نتكلم عن المرحلة الاكتئابية المتميزة أو المرحلة الاكتئابية الكبرى. d'épisode dépressif majeur ou épisode dépressif caractérisé

6.5 - التصنيف الرابع:

يعتمد عليه عدد من الأخصائيين فى الصحة العقلية وفيه يمكن ذكر الاكتئاب الشديد، la dépression majeure . لقد أعطي DSM 4 التعريف الرسمى للاضطراب الاكتئابى الشديد والذي يعتبر أساس التشخيص الاكلينيكي والبحوث، كما أن هذا التعريف يشمل معظم تشخيصات الاكتئاب ويتميز بالوضوح والدقة ويضم مجموعة من المعايير التى من خلالها نحكم على الفرد بأنه مكتئب ويستعمل هذا المصطلح فى الطب العقلي وهذا ليميز حالة اكتئابية حادة و خطيرة، حيث يكون خطر الوصول الى الفعل الانتحاري . (وليد سرحان، 2001)

كما أن الجدول الاكلينيكي يختلف عن التناذر الاكتنابي ويمكن تحديده من خلال ثلاث عناصر أساسية:

✓ الألم العقلي يتجاوز المعاناة الجسدية، مع تسجيل تراجع حركي يكاد يقترب من حالة الكف.

✓ يكون التعبير عن الأفكار الهذيانة بطريقة متكررة ومتحفظة ويركز دائما حول المواضيع الخاصة بعدم القيمة، الفشل، والاحساس بالذنب .

✓ الرغبة الثابتة والملحة في الموت مع محاولة عدم اظهار ذلك.

ان النوبة الاكتنابية الكبرى أو الشديدة من أهم أعراضها الحزن ولكنه حزن من طبيعة خاصة حيث أنه يعبر عن فقدان الأمل وعدم التمتع والرغبة في الحياة و فقدان الإحساس باللذة والبهجة ونقص على مستوى كل الأحاسيس وعدم الاهتمام بالمحيط و الرؤية السوداء للعالم من حوله.

ان ما يميز هذه الحالة أنها ليست عابرة بل بالعكس فإنها ثابتة لعدة أسابيع او أشهر وعلى العموم فان الاكتناب يستقر بطريقة تدريجية وفي بعض الأحيان يظهر بطريقة فجائية حيث يظهر بين عشية و ضحاها.

عندما يتعرض الفرد الى نوبة اكتنابية للمرة الأولى فانه يصعب عليه التعرف على طبيعة المرض الذي يعاني منه ويحاول ارجاعه الى أسباب جسمية ويعتقد أنها حالة عابرة، وتترافق النوبة الاكتنابية الكبرى مع اضطرابات ذهانية مهمة مثل صعوبة الانتباه و التركيز. (Granger, 2004, p. 14)

منه يتم تشخيص هذا النوع من الاكتناب اذا توفر ما يلي:

✓ استمرار المرحلة الاكتنابية لوقت طويل على العموم أكثر من 15 يوم.

✓ تدوم هذه المرحلة كل يوم تقريبا، وفي معظم أوقات اليوم، حيث يشعر الفرد المكتئب بالحزن ويكون فاقد الأمل أو يفقد كل مركز اهتمام .

كما أن هذه المعاناة العميقة تكون مترافقة مع جملة أعراض أخرى (على الأقل 4 عناصر من أعراض الاكتناب) والتي تؤثر على مستوى الفرد في كل الميادين حيث تمس الجانب الانفعالي الاجتماعي، المهني وأيضا مختلف مجالات الحياة المهمة. ومنه فانه خلال مرحلة الاضطراب الاكتنابي الشديد يجب على

الفرد أن يظهر على الأقل 5 من 9 الأعراض اللاحقة الذكر وذلك خلال فترة تتراوح على الأقل أسبوعين، كما يجب على الأقل توفر هذين المعيارين المتمثلين في المزاج الحزين و نقص الرغبة .

غياب الأعراض الهوسية التي تعبر عن مرحلة هوسية يكون الفرد قد تعرض لها خلال إحدى مراحل حياته، هذه المرحلة الاكتئابية ليست ناتجة عن اضطراب عقلي أو عضوي .

(Allan horwitz , 2010, p. 11)

الأعراض هي كما يلي :

✓ مزاج حزين مكتئب حيث أن شدته تضاهي تلك التي تظهر في حالة الألم الناتج عن الحزن حيث يشعر المريض بعدم الفرح والاضطهاد وفي بعض الأحيان هو غير قادر على استقبال كل الأحاسيس، كما تسوء حالة المزاج في الصباح بالنسبة للطفل والمراهق ويتجلى ذلك من خلال سرعة الانفعال وحدة الطبع .

✓ نقص ملحوظ يمس الاهتمام والرغبة وهذا على مستوى كل النشاطات كما أن عاداته تتغير و يقضى معظم وقته في الفراغ .

✓ تغيير غير عادي للوزن حيث تسجل الزيادة أو النقص بنسبة 5% و أكثر عن الوزن العادي لمدة شهر .

✓ اضطراب النوم، حيث يسجل عدم النوم أو الزيادة في أوقات النوم .

✓ اضطراب يخص التركيز وكذا السيرورات المسئولة عن اتخاذ القرار .

✓ التهيج أو الاسترخاء النفس حركي، الى جانب التعب و فقدان الطاقة .

✓ الاحساس بالذنب وفي معظم الأحيان غير مبرر وهذا راجع الى إحساس الحالة بنقص قيمته .

✓ الأفكار السوداء والمتمثلة في التفكير في الموت بشكل متكرر وكذلك أفكار انتحارية متكررة قد يكون مخطط لها من قبل أو لا .

(Service d'évaluation des pratiques, 2005, p. 11)

كما يمكن ذكر أنواع أخرى من الاكتئاب و المتمثلة في :

7.5 الاكتئاب المبكر ا المتأخر:

Dépression précoce/ tardive

يمكن التمييز بين الاكتئاب المبكر و المتأخر من خلال السن الذي يظهر فيه هذا الاضطراب حيث يرى ويسمان و وارنر weissman et warne أن ظهور الاكتئاب الشديد عند الأباء في سن يقل عن 20 سنة، ينتج عنه خطر اصابة الابن بالاكتئاب الشديد في مرحلة ما من حياته ويرتفع هذا الخطر مرتين مقارنة ما اذا تعرض الأباء للاكتئاب في سن الثلاثين. كما توصلت دراسة أخرى أنه عند ظهور الاكتئاب بعد سن الأربعين، فإن الأقرباء من المريض ليس لديهم احتمال الاصابة بنفس المشكل وان هذه النتائج تم التحقق من مصداقيتها في دراسات اخرى

8.5 - الاكتئاب الأولى ا الثانوى:

dépression primaire/ secondaire

ان مفهوم الاكتئاب الأولى أو الابتدائي يدل بان الاكتئاب لا يترافق مع وضعية نفس مرضية أخرى ومنه فهو يدل على الحالات أحادية القطب مقارنة مع الحالات ثنائية القطب . أما الاكتئاب الثانوى فهو يعبر عن اضطراب نفس مرضي له جذور متأصلة من قبل، باستثناء الاكتئاب والهوس، يمكن للاكتئاب أن يترافق مع مجموعة من الوضعيات النفس مرضية، مثل اضطراب الوسواس القهرى، الخوف، واستعمال المواد المسمة كالكحول وكذلك اضطراب عضوى للجهاز العصبي والقلبي.

9.5- اكتئاب الأمراض العضوية أو الاكتئاب الراجع الى علة جسمانية :

قد يتزامن ظهور الاكتئاب عند الاصابة بمجموعة من الأمراض العضوية الخطيرة مثل السرطانات، الأورام، حيث يرى البعض ان هذه الاضطرابات الجسمانية هي التي تسبب هذا النوع من الاكتئاب.(عبد الحكيم عفيفي، 1989)

10.5 - الاكتئاب الانفصالي:

عندما ينفصل الاطفال عن امهاتهم في سن متقدمة فانهم قد يصابوا بهذا النوع من الاكتئاب حيث نلاحظ الام الفراق، وبعد ثلاث شهور أو نحو ذلك يتوقفون عن البكاء. (اسيا بركات، 2000)

11.5 - الاكتئاب العدائى : La dépression hostile ou agressive

ما يمتاز به هو ذلك التغيير العميق الذي يمس شخصية الفرد ،حيث يتميز سلوكه بالعدائية ويصبح اكثر اندفاعية ولايمكنه السيطرة على غضبه وتصرفاته .

12.5 - الاكتئاب الغير ظاهر : La dépression masquée ou hypocondriaque

في هذا النوع من الاكتئاب نسجل غياب أعراض المزاج الاكتئابي،بالتزامن مع كثرة الشكاوى الجسدية والتي تتمثل في الألم الغير عادى والمستمر،الى جانب ذلك فان المعاناة الذهنية تكون شديدة

13 .5 - الاكتئاب القلق، الهيجاني: La dépression anxieuses , agitée

ما يميز الاكتئاب الهياجي هو ارتفاع خطر الوقوع فى الانتحار ، كما ان الهيجان النفسى الحركى يكون اكثر بروزا الى حد بلوغ نوبات الفزع

14.5 .- الاكتئاب الموسمي: La dépression saisonnière

أسباب هذا النوع من الاكتئاب هي غير واضحة غير ان نقص شدة الضوء الطبيعى ومدته يمكن ان تساهم فى ظهوره، حيث انه يكثر فى الخريف وبداية الشتاء ويستمر حتى الربيع، وعليه يعتقد ان التعرض للضوء الشديد فى فترات الصباح يساعد على الشفاء واختفاء الاعراض. (kleflaras, 2004, p. 178)

15 .5 - اكتئاب ما بعد الولادة :

قد تشعر المرأة بالضيق والتقلب المزاجي بعد الولادة، ولكن اذا استمرت الأعراض عدة أيام وكانت واضحة فهنا لا بد من استشارة الاخصائي النفسى.حيث يتم خلط هذا النوع من الاكتئاب مع ما يسمى lépisode dépressif du post partum، أين تشعر الأم بأنها لا تفهم ولا تلبى رغبات المولود الجديد. (Maurice ferreri, 2003, p. 16)

16. 5 - الاكتئاب التفاعلي أو الاستجابي:

ان هذا النوع من الاكتئاب هو عبارة عن رد فعل قوي اتجاه صدمة قوية وعنيفة كالتعرض للكوارث أو الحروب،غير انه من الممكن شفاؤه وتجاوز اعراضه.(طه عبد العظيم، 2007)

17. 5 - الاكتئاب الداخلى:

قد يحدث الاكتئاب دون وجود اسباب خارجية واضحة، فنجدّه يظهر في مرحلة معينة من حياة الفرد ثم يختفي (ابراهيم عبد الستار، 1998)

يتحدث علماء الطب العقلي عن أنواع أخرى من بينها :

18.5 - الاكتئاب العنيد المقاوم للعلاج : (عبد الحكيم عفيفي، 1989)

19.5 - الاكتئاب الهياجي : ان عدم استقرار المريض في مكان واحد وكثرة حركته واتهامه لنفسه بالعجز تعتبر من دلائل الاصابة بهذا النوع من الاكتئاب

20.5 - اكتئاب سن اليأس: يظهر في الأعمار المتوسطة والمتأخرة في الفترة ما بين 40 و 55 سنة عند النساء، والرجال ما بين 50 و 65 سنة عند سن القعود. (سعد جلال، 1986)

21.5 - الاكتئاب الشرطي : سبب هذا النوع من الاكتئاب هو التعرض لخبرة جارحة ومنه فهو يظهر عن التعرض لوضعية مشابهة لتلك المعاشة سابقا

22.5 - الاكتئاب المزمن : وهو دائم وليس في مناسبة فقط (حامد زهران، 1997)

23.5 - الاكتئاب القهري: يميز الشخصية القهرية اذا حرمت من القيام بالأعمال الروتينية التي تحب ممارستها .

24.5 - الاكتئاب الدوري: ينتاب المريض نوبة اكتئاب مرة كل عدة أسابيع أو شهور أو سنوات، حيث يشعر بأنه متعب ويائس، غير ان فترات الانسراح تساعد في عدم الوقوع في خطر الانتحار

25.5 - الاكتئاب الفجائي: يرى البعض ان اصابة المخ في الفص الصدغي هي المسؤولة عن الاكتئاب الفجائي .

6- نسبة انتشار الاكتئاب:

يفضل العديد من الكتاب والأدباء أن يصفوا هذا العصر بأنه عصر الاكتئاب.(ابراهيم عبد الستار، 1998). حيث شهدت الفترة الاخيرة من النصف الثاني من القرن العشرين زيادة هائلة في انتشار اضطراب الاكتئاب في كل أنحاء العالم (لطفى الشربيني، 2002)

حسب منظمة الصحة النفسية فان الاكتئاب في زيادة مستمرة، حيث أنه في عام 2001 تم تصنيفه في المرتبة الرابعة من بين الأمراض التي تسبب العجز، وبحلول 2020 يتوقع أن يكون تصنيف الاكتئاب في المرتبة الثانية، وتتراوح نسبة الانتشار السنوي أي الحالات الجديدة التي تمرض كل سنة حوالي 0,27 لكل ألف شخص.(ابراهيم عبد الستار، 1998)

هناك نسبة تكاد تكون ثابتة في جميع المجتمعات البشرية مفادها أنه 5 الى 10 % من الاناث و 3 % من الذكور مصابون بنوبة الاكتئاب الكبرى ومنه فهو يمس 7 % من السكان كل عام ومن المؤسف أن نجد بأنه أكثر من 85 % من مرضى الاكتئاب لا يتلقون علاجاً له اما لجهلهم به أو لعدم توفر الخدمات العلاجية لهم مع العلم بأنه في كل حالتين هناك حالة لا تتلقى العلاج، بعبارة أخرى فان حوالي 30 الى 50 % من الحالات الاكتئابية غير مشخصة. (برونزي عنابي، 2013)

حسب تقرير منظمة الصحة العالمية WHO الصادر في يناير (2007) فان معدل انتشار الاضطرابات النفسية والعصبية في العالم تعادل 450 مليون شخص يعاني من اضطرابات نفسية أو عصبية أو مشكلات بالسلوك، ومنهم 873 ألف شخص ينجح بالانتحار سنوياً، وان 60 % من المنتحرين مصابين بالاكتئاب. وكان التقرير الصادر عن المنظمة قد أشار أن نسبة انتشار الاكتئاب بالتحديد حوالي 121 شخص في العالم، و 25 % منهم فقط قد حصلوا على الرعاية والخدمات المناسبة (نبيل عبد الله، 2012)

كما تشير احصائيات الصحة العالمية الى أن نسبة مرض الاكتئاب النفسي في العالم تقدر بـ 5 %، كما يوجد نحو 350 مكنّاب في عالمنا المعاصر ويحتمل في عام 2020 ان تصل النسبة الى 400 مليون في عالمنا المعاصر، وتشير بعض الدراسات الى انتشار الاكتئاب لدى طلاب الجامعة حيث يعاني 17 الى 23 % منهم من الاكتئاب وان 45 % من الذين يبحثون عن الارشاد يعانون من الاكتئاب . وقد اتضح أن 50 % تقريباً من المفحوصين الذين حاولوا الانتحار أو انتحروا فعلاً يعانون من الاكتئاب . (ناجي السيد، 2011)

في الوقت الحالي فان 2 الى 10 % من الأوروبيين يعانون من الاكتئاب وهو يشكل حمل ثقيل على الفرد نفسه والعائلة والمجتمع، ويقترن الاكتئاب مع خطر كبير للانتحار حيث أن 15 % من المصابين بالاكتئاب أقدموا على الانتحار بالفعل. وهذا ما قد أكدته سابقاً منظمة الصحة العالمية لعام 1985 حين صرحت بأن هناك أكثر من 200 مليون نسمة في العالم يعانون من اضطرابات اكتئابية (Medlin, 2000, p17)

لا تتوفر معلومات دقيقة حول انتشار الاضطرابات الاكتئابية في المجتمع العربي يمكن الاعتماد عليها بسبب غياب السياسة المتسقة فيما يتعلق ببحوث الصحة النفسية، وبالرغم من عدم وجود احصائيات موثوقة في دول العالم الثالث حول انتشار الأمراض النفسية بصفة عامة فان بعض الدراسات تشير الى أن ما يقارب 200 % من المرضى الذين يترددون على العيادات النفسية يعانون من الاكتئاب ولكن توجد معلومات متفرقة لانتشار أعراض الاضطرابات النفسية بنسب مختلفة، وانتشارها بين النساء أكثر من الرجال. (ابراهيم عبد الستار، 1998). ففي دراسة سامر رضوان (2009) حول انتشار الأعراض في عينات جامعية وغير جامعية تبين أن انتشار الأعراض الاكتئابية عند الذكور يبلغ 4.9%، وعند الإناث 7.9%، وبين المتزوجين 5.3%، وبين العزاب 9.6%. كما تشير الدراسات المذكورة إلى أن الإناث يعانون من الاكتئاب درجة أشد مقارنة بالذكور، فالإناث يحصلن على درجات أعلى في المتوسط من الذكور. (سامر جميل، 2000) من جهة أخرى، تشير دراسة بدر الأنصاري (200) إلى أن الذكور الموظفين قد حصلوا على متوسطات أعلى من متوسطات الإناث الموظفين. (بدر الانصاري، 1997،

في البلدان العربية نشرت المجلة الصحية التي تصدرها منظمة الصحة العالمية مسحا وطنيا اوليا في جمهورية مصر قام به مجموعة من الباحثين شمل اكثر من 14640 بالغاً في المرحلة العمرية (18،64) سنة، تصدرت فيه اضطرابات المزاج بقية الاضطرابات النفسية انتشارا بنسبة بلغت 6,4 % (منظمة الصحة العالمية، 2009)

هناك ما يدفع الى الاعتقاد بأن انتشار الاكتئاب يفوق كثيرا كل الأرقام التي تذكرها الجهات الصحية المختلفة فهناك حقيقة ثابتة بأن مقابل كل حالة حادة أو متوسطة من الاكتئاب يتم تشخيصها والتعرف عليها يوجد العديد من الحالات الأخرى تظل مجهولة لا يعلم عنها أحد شيئا، وقد ثبت ذلك من خلال دراسات ميدانية أكد بعضها أن ما يقارب 80 % من مرضى الاكتئاب لا يذهبون الى الأطباء ولا يتم اكتشاف حالتهم رغم معاناتهم من المرض . (لطفى الشربيني، 2002)

حسب (عبد الله عسكر، 1988: 20)، فإنه يختلف انتشار الاكتئاب باختلاف العوامل الحضارية والاجتماعية و الاقتصادية من مجتمع لآخر، كما يؤكد عبد العزيز مفتاح (2001: 44) أن مرضى الاكتئاب في تزايد مستمر، وبين طلاب الجامعة تحديدا مقارنة بالأمراض النفسية الأخرى ولعل التحولات

الاقتصادية والاجتماعية قد ساهمت كثيرا في ظهور الاضطراب على النحو الذي أصبح يمثل ظاهرة تحتاج الى دراسة ومن ثم الى علاج.

7 - أسباب الاكتئاب:

يحدث الاكتئاب نتيجة تضافر واجتماع مجموعة من العوامل وفيما يلي سنحاول ذكر مجموعة من الأسباب و التي من بينها :

1.7 - السبب الوراثي:

يعتبر هذا السبب مهم، حيث لوحظ ظهور الاكتئاب في العائلات بصفة وراثية ، ولكن هذا لا يمنع امكانية حدوث الاكتئاب عند بعض الأفراد دون أن يكون قد حدث في نفس الأسرة .

تشير الدراسات الوراثية الى أن امكانية حدوث الاكتئاب تأتي من تأثير عدة عناصر وراثية التي تشترك مع غيرها من العناصر. ومنه تزيد احتمالية الإصابة بالاكتئاب مرتين الى ثلاث مرات لدى أقارب مريض الاكتئاب من الدرجة الأولى. كما وجد أن نسبة حدوث مرض الاكتئاب تزداد عند التوائم المتطابقة حيث تصل هذه النسبة الى حوالي 70 % و كذلك تبلغ نسبة الإصابة بين الأقارب من الدرجة الأولى حوالي 20 %، وقد وجد أن حوالي 50 % من حالات الاضطراب الوجداني (الاكتئاب ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصابا بالمرض نفسه، فإذا كان الأب أو الأم مصابا بهذا المرض فان طفلها يكون عرضة للإصابة به بنسبة 25 الى 30 %، أما اذا كان الوالدين مصابين بالمرض نفسه فان نسبة إصابة طفلها ترتفع الى 60 % . (لطفى عبد العزيز الشربيني). ان تأثير الوراثة على حدوث المرض تكون بدرجة أكبر على الأقارب بالمقارنة لنسبة المرض في المجتمع ككل (ابراهيم عبد الستار، 1998)

لم يعرف لحد الان الأسلوب الدقيق لنقل المورثة المسؤولة عن الكآبة و يعتقد أنها تنتقل بواسطة مورثات جسمية مهيمنة أو مورثات جنسية محمولة على الكروموزوم X. (أحمد عكاشة، 2003)

2.7 - السبب البيولوجي :

يتمثل في تلك التغيرات على مستوى المواد الكيميائية للمخ كمادتي السيروتون والنورادرينالين وكذا مادتي الدوبامين والأسيتيل كولين، حيث أن نقص هذه المواد المذكورة هو المسئول عن الإصابة بالاكتئاب

حيث تعمل هذه المواد على احداث التواصل بين الخلايا العصبية ومنه فهي تلعب دور الناقلات العصبية، علاوة على اختلال في وظيفة الجهاز السمثاوي والقشرة . عباس ابو زيد، 2008)

3.7 - الأسباب العضوية الكيميائية :

كما يمكن ذكر مجموعة من الأسباب العضوية الكيميائية التي قد تكون هي المسؤولة عن ظهور اضطراب الاكتئاب ومنها:

- ✓ عدم التوازن في تركيز أملاح الصوديوم والبوتاسيوم في الجسم .
- ✓ التغيرات التي تحدث في الهرمونات .
- ✓ النقص في افراز الهرمون المنشط للغدة الدرقية .
- ✓ النقص في معدلات بعض المواد الكيميائية في المخ مثل السيروتونين مما يؤثر على المزاج (عبد الحميد الشاذلي، 2001)
- ✓ الخلل في افراز المواد الكيميائية في نهايات الأعصاب .
- ✓ تعاطي بعض الأنواع من الأدوية مثل الأدوية التي تستخدم لمعالجة ارتفاع ضغط الدم .
- ✓ تعاطي الكحول . (وريكات عواطف، 1995)
- ✓ اضطرابات الغدد الصماء وبالأخص قلة افراز الغدة الدرقية، وزيادة افراز الغدة المجاورة للدرقية . (وليد سرحان، 2001)

4.7 - السبب الهرموني:

حيث لوحظ ان التغيرات الهرمونية قد تكون من بين الأسباب المحركة للاكتئاب فعلى سبيل المثال فان من النساء من تعانى من أعراض اكتئابية في فترة ما قبل الدورة الشهرية أو عند استخدام أقراص منع الحمل. كما أن الاضطرابات التي تصيب الغدد وخاصة الغدة النخامية من شأنها أن تحفز حالة الاكتئاب عند الفرد وكذلك زيادة هرمون الكورتيزون كما أن الاقلال من افراز هرمون النمو وهرمون الميلاتونين من شأنه أن يساهم في ظهور الأعراض الاكتئابية .

5.7 - خلل في المخ :

قد يرجع الاكتئاب الى وجود خلل في القشرة قبل الجبهية لدى بعض المرضى المصابين
بالاضطراب الاكتئابي الرئيسي. (احمد عكاشة، 2003)

6.7 الأسباب النفسية :

يمكن تلخيصها في مجموعة من النظريات والتي تتمثل في نظرية التحليل النفسي وكذا النظرية
السلوكية والمعرفية

1.6.7 - من المنظور التحليلي:

ينظر الى الاكتئاب من هذا المنظور على أنه كبت للغرائز وما ينتج عن ذلك من عدوان يرد الى
الذات، ويربط فرويد Freud كذلك بين الاكتئاب وفقدان الموضوع، فعندما يفقد الفرد موضوعا محببا الى
نفسه فإنه يشعر بالحزن، ولكن ليس الحزن العادي الذي يعبر عن فقدان فالمكتئب يفسر الفقد على أنه
رفض، ولما كان ما فقده الشخص مصدر للحب والتقدير، فإن المكتئب لا يستطيع أن يعبر عن غضبه
صراحة، عوضا عن ذلك يحوله الى الداخل وبذلك يشعر بالعجز وبالشعور بالذنب وعدم القيمة و تجريم
الذات. (عباس عوض ،مدحت ابو زيد ، 2008)

2.6.7 - من المنظور السلوكي :

لقد حاولت النظرية السلوكية تفسير الاكتئاب واعتبرت بأن العصاب أو المرض النفسي هو عبارة
عن سلوك متعلم شأنه شأن غيره من الأنماط السلوكية السوية، مستنديين في ذلك الى ما يسمى بالاشتراط
والتعزيز، وعلى هذا الأساس تفسر السلوكية الاكتئاب على أنه يعد نتيجة لانخفاض معدل الاستجابة
المتوقعة على التعزيز الايجابي. ومنه يرى المذهب السلوكي بأن هذه الأساليب من التفكير تكتسب من
الخبرات اللاتكيفية في الطفولة، مؤكدين في ذلك على أن الأطفال الذين تتسم علاقتهم المبكرة مع آبائهم
بالسوء والحرمان هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب مستقبلا (الوقفي راضي ، 1989)

3.6.7 - من المنظور المعرفي :

يرى اصحاب هذا الاتجاه أن الاكتئاب ينتج من خلال نظرة الفرد الى نفسه ثم الى العالم
والمستقبل نظرة تشاؤمية، ويطلق على هذه النظرة المشوهة ما يسمى بالثالوث السلبي (الذات ،العالم
،المستقبل) . (غانم حسن ، 2002)

أما عالم النفس الأمريكي ارون بيك Beck فهو يرى أن الاكتئاب ناجم عن عملية الإدراك والتفكير الخاطيء ومنه فهو يتصور بأن الأفراد المكتئبين يخلقون الاكتئاب بأنفسهم عن طريق تبنينهم طريقة تفكير سلبية والتي يطلق عليها بيك اسم اللاعقلانية، فهم يعززون الى رد الفعل الى أسباب داخلية شخصية بغض النظر عن الظروف الخارجية التي تسببت في ذلك. (عبد اللطيف ابراهيم، 1997)

7. 7 - السبب البيئي و الاجتماعي :

ترتكز تفسيرات العلماء الذين يقرون بأثر البيئة الاجتماعية على اصابة الأفراد بالاكتئاب على العلاقة بين الفرد والمجتمع ، فاذا ما اتسمت هذه العلاقة بالاجابية والديناميكية والتفهم فانه من الصعب تعرض الفرد للإصابة بالاكتئاب. (عبد الحكيم عفيفي، 1989)، كما نشير الى أن سرعة التغير الاجتماعي تساعد على زيادة الضغوط النفسية والتي من شأنها تحفيز ظهور الاكتئاب.

الى جانب ذلك فان الحالة الاجتماعية قد تكون سببا للإصابة باضطراب الاكتئاب، حيث نجد ان الاضطرابات الوجدانية أعلى بين المطلقين والمنفصلين وأقل بين العزاب والمتزوجين .

يمكن في هذا الصدد الاشارة الى دراسة عديلة التونسي(2002) التي سعت الى معرفة مدى وجود القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات بمكة المكرمة، تكونت العينة من(180) امرأة مطلقة و(180) امرأة غير مطلقة في مكة، طبقت عليهن مقياسي القلق والاكتئاب أسفرت النتائج على أن مجموعة المطلقات تعاني من درجة أعلى دالة احصائيا من القلق والاكتئاب مقارنة بغير المطلقات، كما أن المطلقات في سن مبكرة أكثر عرضة للاكتئاب والقلق . (عديلة التونسي، 2002)

كما أن الضغوط النفسية المتمثلة في الوفاة والطلاق أو الاختلافات تزيد من احتمال الإصابة بالاكتئاب لكنها ليست سببا مباشرا. أما العوامل البيئية فتتمثل في التعرض للعنف والاعتداء النفسي أو الجسدي وكذا كثرة الضغوط الخارجية على الانسان دون وجود متنفس لها ويمكن أن يظهر الاكتئاب أيضا لدى الأشخاص الذين لا تحظى عائلتهم بمركز اجتماعي مرموق الذين ينشئون في بيئة مضطربة اجتماعيا .(ابو حجازي، 2004)

8.7 - السبب الاقتصادي :

بينت مجموعة من الدراسات وجود علاقة بين الوضعية الاجتماعية الاقتصادية والاكنتاب وبالأخص فان عدم الشغل لفترة طويلة يمكن اعتباره مؤشرا خطيرا يساهم في ظهور الاكنتاب، نظرا لأن عدم الاستقرار المادي يؤثر بلا شك على نفسية الفرد .

9.7 - التاريخ العائلي :

يتعرض أطفال الوالدين المكتئبين للإصابة بالاضطراب ضعفي الى أربعة أضعاف الأطفال من والدين غير مصابين بالاضطراب، كما يكونوا معرضين لبداية مبكرة بالمرض وأيضا متكررة وينتقل كامل الخطر خلال الأجيال للأحفاد .

أكدت نتائج الدراسات التي أجريت حول العلاقة بين اكتئاب الوالدين واكنتاب الأبناء أن الأباء المكتئبين يظهرون صراعات أكثر وقليلًا من الانسجام والتماسك في عائلاتهم وهم أقل انغماسا وعاطفية مع أطفالهم ويعانون من نقص في التواصل في علاقاتهم بأبنائهم، كما تميل الأم المكتئبة الى أن تكون أكثر قسوة وأكثر تسلطا وأقل استجابة وعاطفية، كما أن الأمهات المكتئبات يقضين وقتا أقل في التحدث ولمس أطفالهن ويظهرن وجدانات سالبة في تواصلهن مع أبنائهن. (غريب عبد الفتاح، 2005).

10.7 - أساليب المعاملة الوالدية :

ان المكتئبين من الراشدين قد نشئوا في وسط عائلي شديد الانتقاد و يتميز بسوء المعاملة من هذا المنطلق فان أسلوب الاساءة أو سوء المعاملة الوالدية والاهمال يمثل سببا من أسباب الاكنتاب. (Zhong gao, 2012, p45)

في هذا الإطار يمكن الاستدلال بدراسة السيد(1993) حول مظاهر الاكنتاب لدى الفتاة الجامعية :دراسة لعلاقة مظاهر الاكنتاب ببعض متغيرات التنشئة الاسرية كما تدركها الفتاة.هدفت هذه الدراسة الى التعرف على العلاقة بين بعض متغيرات التنشئة الأسرية ومنها القبول والرفض الوالدي وبين مظاهر الاكنتاب لدى الفتاة الجامعية . تكونت عينة الدراسة من (249) طالب وطالبة من كلية أداب جامعة الزقازيق من أقسام الكلية المختلفة وكانت (101) من الذكور (148) من الاناث، تراوحت أعمارهم بين 18 و 23 سنة واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: مقياس الاكنتاب (د) اعداد غريب عبد الفتاح ،مقياس الأحكام التلقائية عن الذات واستبيان نمط الوالدية كلاهما من اعداد ممدوحة سلامة، مقياس التنشئة الأسرية لفتيات اعداد محي الدين حسنين واستمارة جمع البيانات، وقد توصلت الدراسة الى النتائج التالية :

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث في درجات شدة أعراض الاكتئاب كذلك وجود ارتباط سالب بين درجات شدة أعراض الاكتئاب لدى عيني البحث من الذكور والاناث و درجاتهم لإدراكهم للقبول من قبل الوالدين، وان كانت هذه العلاقة أقوى لدى الاناث عنه لدى الذكور، كذلك توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائيا بين درجات شدة أعراض الاكتئاب ودرجات الضبط الوالدي لدى عينة الذكور، بينما لا توجد مثل هذه العلاقة لدى عينة الاناث، كذلك وجود ارتباط طردي بين درجات شدة أعراض الاكتئاب ودرجات عدم الاتساق الوالدي لدى عيني البحث من الذكور والاناث، (عبد الفتاح السيد، 1993)

11.7 - البناء الجسمي:

الأشخاص الذين يكون بناءهم الجسمي من النوع المكتنز أكثر تعرضا لمعاناة المرض من غيرهم، وهذا النوع من البناء الجسمي يمتاز بالقصر وضخامة تجويف البطن مع قصر الأطراف والرقبة واستدارة الوجه. (عطوف ياسين، 1981)

12.8.2 - الشعور باليأس :

أشار كل من ميلجس وباولبي (Meljs et Bawly (2000 الى أن لليأس دور كبير في احساس الفرد بالمشاعر الاكتئابية وان ما يميز المكتئب هو ذلك الشعور باليأس حول مستقبله عندما يعتقد بأن امكانياته ومهاراته غير قادرة على أن تبلغه الى الأهداف وأنه فاشل لأنه لا يمتلك القدرة على بلوغ هذه الأخيرة وهذا ما قد يجعله مدفوعا للاعتماد على الاخرين وبالتالي فان مجهوداته السابقة فشلت في تحقيق الأهداف ومع ذلك فان مشاعر الاكتئاب تجعله غير قادر على تحقيق أهدافه وتبقى ذات أهمية بالنسبة له ويصبح مشغولا بها . (سلطان، 1995)

13.7 - انخفاض تقدير الذات:

كلما انخفض تقدير الذات زاد الاكتئاب وكلما زاد الاكتئاب انخفض تقدير الذات لدى الفرد كما أن للاكتئاب علاقة بالشعور بالوحدة فكلما زاد الاكتئاب زاد الشعور بالوحدة، وكلما انخفض الاكتئاب انخفض الشعور بالوحدة فليس هناك مكتئب لا يشعر بوحدته وسط العالم و ليس هناك شاعر بالوحدة غير مكتئب لحاله. (أحمد عكاشة، 1992)

7. 14 - عوامل روحية:

يرجع سبب الاكتئاب في الاسلام الى البعد عن الله وارتكاب المعاصي والاثام واتباع الشهوات
(لطفى الشربيني، 2002).

8- النظريات المفسرة للاكتئاب:

لقد نجم عن التفكير العلمي في الأمراض النفسية بصفة عامة ظهور مجموعة من النظريات الحديثة التي حاولت تفسير أسباب الأمراض النفسية ووصف علاماتها وفيما يلي ستحاول الباحثة عرض لأهم النظريات التي حاولت تفسير ظاهرة الاكتئاب

1.8 - النظرية الأحادية:

تؤمن هذه النظرية بوحدة الأمراض الوجدانية وعدم اختلافها الا في شدة الأعراض كما ترى أن الاكتئاب مرض واحد يزخر بأعراض مختلفة تتباين في الكم وليس في الكيف وأنه لا يوجد اكتئاب نفسي عصابي خارجي مستقل عن الاكتئاب الذهاني الداخلي العقلي وان الفرق الوحيد بينهما هو تعقيد و شدة الأعراض الاكلينيكية، كما أنه من الناحية البيولوجية لا يوجد ما يثبت الاختلاف بين هذين النوعين من المرض، ونشير أيضا الى ان الاكتئاب الداخلي أحيانا تسببه عوامل خارجية وكثيرا ما تكون أسباب الاكتئاب النفسي الخارجية ضعيفة.

2.8 - النظرية الثنائية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الاكتئاب نوعان، اكتئاب داخلي عقلي ذهاني واكتئاب خارجي نفسي عصابي و قد يكون الاكتئاب خليط بين الاثنين. (عبد العظيم عزت، 1985)

3.8 - نظرية التحليل النفسي :

تعتبر نظرية التحليل النفسي لصاحبها فرويد من أوائل النظريات التي سعت إلى تفسير ظاهرة الاكتئاب والبحث عن أسبابه، وهي ترى أن الصدمات التي يتعرض لها الفرد في السنوات المبكرة من عمره مثل الانفصال عن أحد الوالدين أو فقدهم يؤدي إلى الغضب، وهذا الغضب يكون موجهاً إلى الداخل نحو الذات والذي يتجلى من خلال الشعور بكراهية الذات ثم يستبدل لاحقاً بالاكتئاب. (سعد جلال، 1986) ومنه يرى فرويد أن الاكتئاب عبارة عن غضب موجه ضد الذات، فالشخص المكتئب يصبح لديه مشاعر عدوانية تجاه ذاته بدلاً من توجيهها نحو الموضوع الذي تسبب له في حالة الاكتئاب أو تسبب له في نشأة تلك المشاعر العدوانية. (طه عبد العظيم، 2007)

عليه فقد سعى فرويد إلى تفسير ظاهرة الاكتئاب من خلال ما يسمى بالاشعور، وهذا ليبين أن أمراضنا النفسية بعد تجاوز مراحل الطفولة ما هي إلا تكرار لا شعوري رمزي لكل ما يحدث خلال السنوات الست الأولى من العمر. (عبد الستار، 1998)

خلاصة القول هو أن تفسير النظرية التحليلية يقر بأن المشاعر والانفعالات المكبوتة تتجه ضد النفس وهنا يظهر اضطراب الاكتئاب، كما أنه نتيجة لفقد شيء هام بالنسبة للفرد ونتيجة للضغوط و العوامل المحيطة بالفرد يحدث هذا الأخير. (علي السيد، محروس خضر، 1988)

4.8 النظرية السلوكية:

ترى السلوكية أن الاكتئاب سلوك متعلم شأنه شأن السلوكات الأخرى، ولذلك فإن الاكتئاب يظهر عادة عند الأشخاص الذين يعانون من حرمان في التعزيز الإيجابي. (جميل رضوان، 2009) كما حاول لوينسون Lewinsohn ادخال ظاهرة الاكتئاب في ميدان نظريات التعلم وأشار إلى أن جوهر الاكتئاب ينتج من انخفاض التقدير الإيجابي للسلوك وأن هذا التقدير المنخفض للسلوك هو الذي يسبب جميع الأعراض الاكتئابية، كما يفترض أن سلوك الشخص المكتئب يؤدي إلى التدعيم الإيجابي لدرجة كافية للمحافظة على السلوك وبالتالي يجد الفرد المكتئب أنه من الصعب عليه أن يبدأ أو يحافظ على سلوكه ويصبح تدريجياً سلبياً، إن المعدل المنخفض من التدعيم الإيجابي يفترض أيضاً أنه يسبب مشاعر القلق وعدم الراحة التي تعتبر مركزية في حالة الاكتئاب. (عبد الله عسكر، 1988)

يرى فيرستر Ferster أن السلوك المرضي هو نتيجة مباشرة لتفاعل الفرد مع البيئة ومحصلة تعليمية لسيرة الفرد ويعتبر بأن وجود الاكتئاب يقل بالتدريج عن طريق التدعيم الايجابي للسلوك.(المشعان سلطان, 1995)

5.8 - النظرية المعرفية :

حسب المعرفيون فان المعرفة تلعب دوراً أساسياً في حدوث واستمرار وعلاج الاكتئاب ومن بين الباحثين المعرفيين الذين وضعوا نظريات تهدف الى تفسير ظاهرة الاكتئاب يمكن ذكر التفسير الذي قدمه بيك

1.5.8 - وجهة نظر بيك في تفسير الاكتئاب:

يرى بيك أن اضطراب الاكتئاب يعود الى التقييم السلبي والخطأ للأحداث والمواقف التي يمر بها الفرد، فتنشأ لديه نظرة سلبية عن ذاته تتضح من خلال أسلوب تفكيره الخطأ الذي يتسم بالحتمية والجمود ومن خلال طريقته الشاذة في معالجة المعلومات. (Nevid, psychopathologie, 2009, p. 86)

يتضح من ذلك أن النظرية المعرفية ترى أن المكتئب يرى نفسه بأنه غير كفاء وعاجز عن تحقيق أهدافه، نظراً لأنه يبنى مجموعة من الأخطاء المعرفية والتي تتجلى في طريقة تفسيرهم للأحداث والتي من بينها :

- ✓ الوصول الى استنتاج عام خاطيء دون وجود دليل كافي .
- ✓ التعليل الانتقائي، الوصول الى نتيجة مهمة مبنية على عامل واحد مع اغفال العوامل الأخرى.
- ✓ المبالغة في التعميم .
- ✓ لوم الذات والاحساس بالذنب والمسئولية بصفة عامة. (اسماء الحسين ،2002)

6.8 - النظرية النيرولوجية neurologique :

قدم كرينز Krynz نظرية يوضح فيها الدور الذي يلعبه الهيبتوتلاموس في اصابة الفرد بالاكتئاب في ضوء ما أطلق عليه الدائرة الانفعالية التي تبدأ باستقبال الفرد لأحداث بيئة معينة التي تنتقل بدورها الى

القشرة المخية ثم يقوم مثير من القشرة المخية باستثارة الهيبتوتلاموس وهذا بدوره يؤدي الى استثارة النظام الجسمي الحشوي ويقوم العائد البيولوجي في هذا النظام باستثارة التكوين الشبكي وبعد ذلك يتم تكملته وتشغيله في التلامس والجهاز الطرفي وتنتهي بعد ذلك الى الدوافع في القشرة المخية ومنه هذه النظرية تؤكد أن إصابة الهيبتوتلاموس هي المسؤولة عن احتمال إصابة الفرد بالاكتئاب. (اسماعيل علوي، 2005)

7.8 - النظرية البيولوجية:

تضم هذه النظرية التفسير الوراثي و كذا التفسير الفسيولوجي، حيث يمكن الإشارة اليهما فيما يلي:

1.7.8 التفسير الوراثي:

يفترض إمكانية انتقال الأعراض الاكتئابية من خلال الجينات الوراثية والدليل على ذلك تلك الدراسات التي أجريت على التوائم المتماثلة وغير المتماثلة، ودراسات التبني والتاريخ الأسري للحالات المرضية، كما أوضحت الدراسات الحديثة أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مؤثراً في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية، وتشير هذه الدراسات الى وجود عوامل في الجينات الوراثية لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب. (اباطة أمال، 2001)

2.7.8 أما التفسير الفسيولوجي:

يعتبر هذا التفسير أن الاكتئاب يرتبط باضطراب الغدد وخاصة الغدد الكدرية والجنسية والغدة الدرقية، كما يرى آخرون الى أن هناك ارتباط بين الاكتئاب الذهاني وبين اضطرابات الجهاز العصبي. كما يشير أسترا Aster (1970) الى أن حدوث خلل في المثيرات العصبية (المواد الكيميائية) بالجهاز العصبي التي تقوم بنقل الإشارة العصبية من خلية الى أخرى مثل السيروتونين والدوبامين، ان هذا الخلل هو المسؤول عن الإصابة بالاكتئاب النفسي (Neale, 1974, p. 191. 193)

8. - النظرية الوجودية :

يشير فكتور فرانكل frankl، رائد مدرسة علم النفس الانساني، وصاحب تيار العلاج بالمعنى، الى ظاهرة الفراغ الوجودي كعرض رئيسي في الاكتئاب وهي ظاهرة واسعة الانتشار في القرن العشرين،

كما اعتبر أن ثمة علاقة بين الاكتئاب ودلالة المعنى في الحياة باعتبار أن الاكتئاب هو الشعور بفقدان الموضوع المحبوب ومن ثم تعبيراً عن الشعور بخيبة الأمل . (محمد عيد، 1990)

خلاصة الفصل :

يعد الاكتئاب النفسي مشكلة من المشكلات التي تؤثر على الفرد بشكل كبير وعلى توافقه وصحته النفسية، حتى إذا وصل إلى درجة شديدة كان التعطل أو التأخر بصفة عامة، حيث أن الفرد يبدو عديم الاتزان وتغلب عليه أعراض المرض وتجعله يقدم حتى على وضع حد لحياته .

منه فلقد حاولت الباحثة خلال هذا الفصل إعطاء نظرة واضحة و شاملة حول هذا الاضطراب الذي أصبح يشكل تهديدا حقيقيا وأصبحت ضرورة مقاومته لمنعه من التقشي من الضروريات .

إلى جانب ذلك فعندما نتكلم بإسهاب عن هذا المرض، هذا يعطينا الفرصة أكثر لتعرف عليه ومن ثم نتقبل الحصول على المساعدة والمساندة الطبية والنفسية لأن الفرد المصاب يكون على دراية واسعة به ولديه معلومات وافية حوله.

خلاصة القول هي أن الاضطرابات النفسية بكل أنواعها تهدد الحياة العامة للفرد وتجعله يعيش حياة شاقة ولعل ذلك يتجلى بوضوح في اضطراب الاكتئاب الذي تعد أعراضه أعراضاً قاسية تعيق تقدم الفرد وتفرض عليه حصاراً وتجعله تائها بلا أهداف، وهذا ما يؤدي به في الحالات المتطورة من الاكتئاب إلى التفكير بوضع حد للحياة، غير أن البعض لا يكتفي بالتفكير بل بالتنفيذ الفعلي ورغم أن الأرضية خصبة لظهور هذا المرض واستقراره إلا أن ضرورة التصدي له ومقاومته تبقى الهدف الأسمى الذي يجب أن نصل إليه .

الفصل الثالث : المراقبة و الأكتئاب

تمهيد:

1 مفهوم المراهقة:

2 أزمة المراهقة

3 مظاهر مرحلة المراهقة

4 التغيرات المصاحبة لمرحلة المراهقة :

5 أشكال المراهقة:

6 الشخصية الاكتئابية

7 الاكتئاب و مرحلة المراهقة:

8 مراحل المراهقة

9 نسبة انتشار الاكتئاب في مرحلة المراهقة

10 اشارات دالة على اصابة المراهق بالاكتئاب

11 نتائج المراهقة:

12 علاج الاكتئاب

13 أدوات تقييم و قياس الاكتئاب:

الخاتمة

تمهيد:

يرى علماء النفس والاجتماع أن فترة المراهقة تعد من أخطر وأحرج المراحل العمرية التي يمر بها النوع البشري بجنسيه الذكر والأنثى، أن الاكتئاب في سن المراهقة يمكن أن يؤدي الى الانتحار هذا ما دفع بالآباء وعلماء الاجتماع والنفس والمختصين في مجال الصحة العقلية للبحث عن ايجاد تفسير لهذه الظاهرة وتقصي أسبابها وعليه فقد تطرقت الباحثة خلال هذا الفصل الى رصد نسبة انتشار الاكتئاب في أوساط فئة الشباب والمراهقين، كما عرجت على العلاقة التي تربط المراهقة بالاكتئاب من خلال محورين أساسيين هما علامات الاكتئاب التي تميز المراهق والاكتئاب و مرحلة المراهقة، دون أن ننسى ذكر مجموعة من الأدوات والتقنيات والتي تمكنا من تحديد شدة الاكتئاب. عليه يمكن القول أن هذا الفصل حاول توضيح العلاقة بين مرحلة المراهقة التي تعد مرحلة خطيرة ومتشعبة وحاسمة في نفس الوقت وبين اضطراب الاكتئاب الذي يعد مرض العصر ومن الاضطرابات ذات الطابع الخطر من حيث الأعراض.

1 مفهوم المراهقة:

تعتبر المراهقة من المواضيع التي لقت اهتماما كبيرا من الباحثين، فبعضهم يعتبرها مرحلة نمو عادي في حين يعتبرها البعض الاخر مرحلة غير عادية، فلا عجب أن نجد كثير من العلماء ومن بينهم أرنولد جازل Arnold Jazel ومعاونوه قد قضوا الشطر الأعظم من حياتهم في دراسة هذه الفترة من عمر الانسان. كما أن مفهوم المراهقة لم يأخذ بعين الاعتبار في عدد كبير من المجتمعات، وليس فقط المجتمعات البدائية، حيث نجد أن هذا المفهوم قد تم تجاهله حتى في المجتمعات الأكثر تطورا كاليونان و روما والمجتمعات الفرنسية . (Bernard j, 2002, p. 23)

لغة المراهقة مشتقة من الفعل راهق والذي يعني التطور والنضج الجنسي والجسمي والعقلي والانفعالي، والأصل اللغوي هو الاقتراب والدنو الى الحلم . (مصطفى زيد، 1989: 157)

بالفرنسية adolescence تدل على العقد الثاني من حياة الفرد من الثالثة عشرة الى التاسعة عشرة . (عبد الفتاح دويدار، 1990: 241)

اصطلاحا المراهقة لفظ وصفي، يطلق عادة على المرحلة التي تحدد بين 10 الى 18 سنة مع الاختلاف بين الجنسين، فهي المرحلة بين الطفولة و سن الرشد .

غالبا ما تعرف فترة المراهقة على أنها مرحلة انتقالية وهذا لأنها المرحلة التي تعقب الطفولة وتسبق سن الرشد، وان هذا الانتقال من الطفولة الى الرشد هو الذي يجعلها تعرف بمرحلة المشاكل والأزمات. وتبدأ المراهقة بوجه عام في الثانية عشرة وتمتد حتى الواحد والعشرين وتسمى الفترة الأولى من هذه المرحلة بفترة البلوغ . (بول سول، 1986)

المقصود بالبلوغ النمو الفيزيولوجي الجنسي وخلال مرحلة البلوغ تتضج الغدد التناسلية ويصبح الفرد قادرا على التناسل و المحافظة على نوعه و استمرار سلالته . (خليل معوض، 1993)

من بين ابرز تعاريف المراهقة يمكن ذكر ما يلي:

يعرف ريشارد Richerd المراهقة بأنها: ” مرحلة من الحياة يمكن تعريفها من منظورين الأول من الناحية البيولوجية والتي تتمثل في البلوغ وثانيا من الناحية الاقتصادية والثقافية وهناك اتفاق على أن البلوغ علامة تدل على بداية مرحلة المراهقة “ (Antonie bioy, 2002, p. 218)

اما ستانلي هول Stanly فهو يعرف المراهقة على أنها: ” مولد جديد للفرد وهي فترة عواصف وتوتر و شدة “ . (خليل معوض، 2000: 23)

ترى دورتي روجز dourty rougers أنها: ” فترة النمو الجسدي وظاهرة اجتماعية ومرحلة زمنية، كما أنها مرحلة تحولات نفسية عميقة، وترى أيضا بأنها فترة نمو شامل ينتقل من خلالها الكائن البشري من مرحلة الطفولة الى مرحلة الرشد . “ (مخائيل اسعد، 1994: 225)

يطلق فرويد freud على مرحلة المراهقة بالتناسلية وتحدث عدة أمور تسبق الكثير من الشحنات النفسية الليبيدية وتنظم بعض الشحنات النفسية الليبيدية في صورة أعمال تمهيدية أو مساعدة، عليه فهو يرى بأنها: ” فترة تبدأ بالبلوغ و تنتهي عند نضوج الأعضاء الجنسية بالمفهوم النفسي . “ (سيجموند فرويد، 1985: 1)

حسب الموسوعة النفسية المراهقة هي: ” مرحلة اعادة البناء العاطفي والفكري للشخصية وهي مرحلة التحولات الفيزيولوجية المرتبطة بتكامل الجسد جنسيا “ (الحافظ نوري، 1981: 28)

يعرفها سانفورد Stanford بأنها: ” الفترة التي تبدأ من البلوغ الجنسي وصولا الى النضج “ .

(عبد الرحمن العيسوي، 1993: 196)

عرفها لوين Lewin بأنها: ” مرحلة انتقالية من وضع معروف (الطفولة) الى وضع مجهول و بيئة مجهولة معرفيا (الراشدين) ،لا يحسن التعامل معها.“ (قشقوش، 1980: 219)

عرفتها ماديناس Medinnus بأنها: ” مرحلة تبدأ بظهور علامات النضج الجنسي في جوانب النمو الجسمي والاجتماعي وتنتهي بتولي الفرد أفكار الكبار في أغلب الأحوال على أنه شخص بالغ .“ (يوسف جميل ،محمد منصور ،1989: 452)

كما عرفها فورد وبيتش Ford et Bech بأنها: ” فترة تمتد من البلوغ وحتى النضج التناسلي الكامل“ ، ويتنظر العالم ستانلي هول Stanly Hall الى هذه المرحلة نظرة تشاؤمية واعتبرها مولدا جديدا للفرد، حسب رأيه فان العامل الأساسي الذي يخلق التوترات والصعوبات في هذه الفترة من عمر الانسان، هو التغيرات الفسيولوجية ، كما أن الحياة الانفعالية للمراهقين متناقضة من الحيوية الى الخمول ومن المرح الى الحزن . (خليل معوض ،1993)

تري اسيا بركات (2000) أن مفهوم المراهقة يختلف باختلاف اتجاهات العلماء النفسية الاجتماعية، البيولوجية، وجميعها تخلص الى أنها مرحلة تبدأ بالبلوغ وتنتهي بالرشد وهي بيولوجية في بدايتها و اجتماعية في نهايتها . (2000: 25)

اما بالنسبة للباحثة فهي ترى بأن المراهقة مرحلة مهمة في حياة الفرد وعلى أساسها تتحدد سلامة المراحل العمرية اللاحقة وهي مرحلة تتميز بكونها حساسة من جهة و مليئة بالتغيرات على كل المستويات (النفسية ،الاجتماعية ،العلائقية ،البيولوجية) من جهة أخرى .

2 أزمة المراهقة :

التحدث عن المراهقة يدفعنا بلا شك الى التكلم عن أزمة المراهقة، فبالنسبة لجوري اقونزين Gury Avanzin (1978) فهي مرتبطة بعدم الاتزان الذي يعيشه المراهق بفعل نموه الجنسي في الوقت الذي مازال يعتبر

طفلا على الصعيد العاطفي والاجتماعي، وأزمة المراهقة وقتها قصير ومفهومها يشير لمجموعة الاضطرابات التي يعيشها المراهق والتي ستتظم شخصيته وتحدد هويته. (Hassas, 1993, p. 12)

ففي هذه الفترة تظهر اضطرابات في السلوك التي تكون مرحلية وغير خطيرة و لكن هناك بروز لبعض الاضطرابات العميقة للشخصية . (Canouis p, 1994, p. 302.303)

3 مظاهر مرحلة المراهقة:

يمكن تمييز ثلاث علامات أو تحولات بيولوجية التي تظهر على المراهق وهذا اشارة لبداية هذه المرحلة عنده و هي :

1.3 النمو الجسدي:

من أخطر أحداث النمو التي يحتاج الشاب الى التكيف معها تلك التغيرات الفيزيولوجية والمرفولوجية التي تظهر خلال المرحلة المبكرة من المراهقة من حوالي السنة الحادية عشر الى الخامسة عشر. (عبد الحق منصوري،2007)، حيث تظهر قفزة سريعة في النمو طولا ووزنا وهي تختلف بين الذكور والاناث.(Raffy, 2000, p. 437)

2.3 النضوج الجنسي :

ان ما يحدد النضوج الجنسي عند الاناث هو ظهور الدورة الشهرية ولكنه لا يعني بالضرورة ظهور الخصائص الجنسية الثانوية أما عند الذكور فالعلامة الأولى للنضوج الجنسي هي زيادة حجم الخصيتين (Biraud, 1994, p. 57)

3.3 التغير النفسي:

ان للتحولات الهرمونية والتغيرات الجسدية في مرحلة المراهقة تأثيرا قويا على الصورة الذاتية والمزاج و حتى العلاقات الاجتماعية، حيث تتميز ردود فعل المراهق بالتعقيد أو مزيج من الشعور بالمفاجأة والخوف والانزعاج. ومنه فان الحالة النفسية للمراهق تكون غير مستقرة وعرضة للأزمات والضغوط النفسية بصورة واضحة وهذا راجع لحالة عدم الاستقرار النفسي التي تميز هذه المرحلة. يمكن القول أن للاكتئاب تأثير على الحياة اليومية للمراهق ويتجلى ذلك من خلال سرعة الغضب، الفشل الدراسي، الشكاوي الجسدية والعدوانية. (Santé, 2011, p. 3)

4 التغيرات المصاحبة لمرحلة المراهقة :

كما أن التغيرات النفسية للشباب المراهق يمكن تلخيصها كما يلي وهذا حسب المراحل التي يمر بها

أ - المراهقة المبكرة: في هذه المرحلة فإن المراهق الصغير يشبه في سلوكه تماماً الطفل الكبير في سن المدرسة، وان ما يميز هذه المرحلة هو انشغال المراهق بالتغيرات التي تحدث في جسمه كما أنه يسعى الى كسب ثقة واحترام الكبار .

ب - المراهقة المتوسطة: يتأثر المراهقون خلال هذه المرحلة بأصدقائهم من حولهم في جميع الأمور وهنا يبدأ الشباب المراهق بالابتعاد عن الأبوين وعن الجو الأسري وهذا ليحقق التكيف مع الأقران وان ما يميزها هو نضج القدرات العقلية .

ج - المراهقة المتأخرة: هنا يبذل الشباب المراهق كل ما في وسعه ليصبح بالغاً ومن أهم الخصائص التي يتميز بها المراهق في هذه المرحلة هي التوصل الى الشعور بالذات.(الانصاري عبير، 1996)

5 أشكال المراهقة:

تشير الدراسات الى وجود أربعة اشكال للمراهقة و هي :

1.5 المراهقة المتكيفة :

ان ما يميز المراهق المتكيف هو ذلك الهدوء النسبي والاتزان الانفعالي وعلاقاته الجيدة بالآخرين، لا أثر للتمرد على الوالدين والمدرسين، حياته غنية بمجالات الخبرة العلمية والسعي لتحقيق الذات، وتنحو مراهقته نحو الاعتدال والاشباع المتزن وتكامل الاتجاهات ومرد كل ذلك هو العلاقة السوية والمعتدلة مع الآباء . (الاشول عادل، 1989: 42)

2.5 المراهقة الانسحابية المنطوية:

المراهق المنسحب مكتئب، يعاني من العزلة والشعور بالذنب، ينشغل ببعض الأنشطة الانطوائية كالقراءة أو كتابة المذكرات التي تدور حول انفعالاته، كثير التأمل في القيم الروحية والأخلاقية ، يرى المراهق أن التربية الضاغطة التي يتلقاها من والديه هي سبب حالته هذه.

3.5 المراهقة العدوانية المتمردة:

بيدي المراهق عدوانية ضد المدرسة والأسرة وأشكال السلطة، ويسعى الى الانتقام والاحتياط لتنفيذ مأربه، كما تتنابه مشاعر الاضطهاد والظلم واحساسه بعدم تقدير من يحيطون به لقدراته ومهاراته. (اسيا بركات، 2000،

4.5 المراهقة المنحرفة:

تأخذ صورة الانحلال الخلقي التام، الانهيار النفسي الشامل، والانغماس في ألوان من السلوك المنحرف. (صموئيل مغاريوس، 1957)

6 الشخصية الاكتئابية:

يرى بيك Beck (1967) أن الاكتئاب يلخص في ثلاث خصائص وهي النظرة السلبية عن الذات وعن العالم وعن المستقبل، حيث ينظر الى نفسه الى أنه مهجور ولا قيمة له وتنعكس الاعتمادية الزائدة عند المكتئب حيث ينظر الى نفسه على أنها عاجزة كما يبلغ في صعوبة تقدير الذات. ان الكآبة عند المراهق تظهر عادة في شكل أعراض مخففة كالشعور بالملل الدائم تتخلله فترات من التعصيب أو التعلق، ومحاولة التخلي عن الأهل وفوضى في الشهية وصعوبات في التركيز وسلوك مضاد للمجتمع أو الجروح الى جانب الشعور بعدم قيمة الذات .

كما لخصت دراسة كندية التي شملت أكثر من 2600 طفل ومراهق الى أن الاكتئاب والقلق في مرحلة الطفولة متساوية و لكن تزداد هذه الاضطرابات عند الفتيات في مرحلة المراهقة بينما تزداد نسبة الاضطرابات السلوكية عند الفتيان، وأثبتت دراسة روتر rutrer (1985) أن نسبة الاكتئاب في مرحلة ما قبل البلوغ أعلى بمرتين عند الذكور، بينما تتضاعف عند الاناث بعد سن المراهقة في حين يرى كاشاني Kachani هيمنة اكتئاب المراهقة عند الاناث في كل الشطور العمرية، وهذا ما أكدته دراسة المعهد الوطني للصحة العقلية في الولايات المتحدة كما أن العادة الشهرية عند الفتاة تساهم في تكبير الصورة السلبية للجسد ومن هذا المنطلق لقد اعتبر أن الاكتئاب لدى المراهق يتناسب مع أزمة المراهقة حيث يشكل عرضاً من أعراضها . (الشناوي محروس، 1996)

7 الاكتئاب و مرحلة المراهقة:

يرى دولجان Dolgen (1990)، أن الاكتئاب مشكلة مرضية كبرى يعاني منها حالات كثيرة في الطفولة والمراهقة وهذا لتعدد المشكلات المجتمعية و الصحية في هاتين المرحلتين كما أن الأطفال

والمراهقين المكتئبين يتزايد الاحتمال لديهم في تطوير فترات من الاكتئاب عندما يكبرون ويبلغون مرحلة الرشد. ويحدث الاكتئاب بنسبة كبيرة عند المراهقين حيث يصيب 3 % منهم، فقد توصل ويست و كاسي weast et kass الى أن المرء معرض للإصابة به ما بين 15 و 24 سنة .(صفوان الزهراني ،2000)، ومع أن التشخيص الرسمي في المستشفيات والعيادات يبين معدلات أقل بالنسبة للاكتئاب لدى المراهقين، إلا أن النسبة الحقيقية كما يعتقد جنسن Jenson قد تكون أكبر بكثير . (عبد الله عسكر، 1988)

كما وجد بدر الأنصاري (1997)، في دراسة أجراها على عينات متنوعة من أفراد المجتمع الكويتي قوامها (2135) أن أعلى معدلات انتشار الاكتئاب بين طالبات الثانوي تليها ربات البيوت فالمسنون تم طالبات الجامعة وطلبة الثانوي تم الموظفون وطلبة الجامعة وأخيرا الموظفات والمدرسات والمدرسين، كما كشفت نتائج الدراسة أيضا عن فروق بين الجنسين في الاكتئاب لصالح الاناث أي أن الاناث أكثر اكتئابا من الذكور في جميع الفئات.(بدر الانصاري، 2007)

الى جانب ذلك فلقد بينت الدراسة المسحية التي قام بها هيربست و بايكل Herbst et Paykel (1989) على عينات من المراهقين أن 4,7% منهم يعانون من اكتئاب رئيسي و 33% منهم يعانون من اكتئاب عصبي و 25% منهم يعانون من اكتئاب حاد .(بدر الانصاري، 2012)

كما بينت دراسة كندية لعلم الاوبئة شملت اكثر من (2600) طفل ومراهق من 4 الى 16 سنة أن 19% من الصبيان و 31 % من الفتيات اعتبروا مكتئبين.(شابروول هنري،1998). ومنه يعد الاكتئاب أحد صور التقلبات الانفعالية التي تحدث في مرحلة المراهقة، والذي يمكن ارجاعه الى ما يتعرض له مفهوم الفرد عن ذاته في هذه المرحلة العمرية من تغير و اعادة تنظيم في البناء.

8 مراحل المراهقة:

يمكن تمييز أربع مراحل حسب هتشق hatching وتختلف الفترة الزمنية للمراهقة من مجتمع لآخر ومن بيئة لأخرى وقد تكون مبكرة أو متأخرة، طويلة أو قصيرة .

1.8 المراهقة الأولى 10 الى 13 سنة :

تتميز بتغيرات فيزيولوجية توافق البلوغ، الناجمة عن بدء النشاط الغددي و انعكاس هذه التغيرات على نفسية المراهق وسلوكه كما أن فترة البلوغ تسمح بنشاط الغريزة التناسلية ويزداد النشاط الهرموني،

كما أن البلوغ يكون مبكرا عند البنات بفارق سنتين، فيحدث عادة في سن 11 الى 13 سنة بالنسبة للبنات و 13 الى 15 سنة بالنسبة للذكور.

2.8 مرحلة المراهقة المتوسطة 14 الى 18 سنة:

هي مرحلة تأكيد الذات، حيث يفتح المراهق على عالم الكبار من أجل العمل وتحقيق التوازن بين الرغبات والامكانيات، وهي تمتاز باكتمال التغيرات البيولوجية ، ازدياد الاحساس بالولاء للجماعة، نشوء نوع من النزاع الناتج عن التمرد عن السلطة الابوية. (امزيان، 2007)

3.8 مرحلة النضوج 18 الى 21 سنة:

ان الوصول الى النضوج هو غاية النمو ويتمثل النضج الجسدي في ثبات ملامح الوجه والنضوج الذهني يتمثل في ثبات معدل الذكاء، كما يمس النضج كل من المجال الانفعالي والاجتماعي حيث نلاحظ الاستقرار العاطفي والاهتمام بالنشاطات الاجتماعية. (عبد الغني الديدي 1995)

9 نسبة انتشار الاكتئاب في مرحلة المراهقة:

بعد الاكتئاب في مقدمة الاضطرابات النفسية من حيث الانتشار و أن هذه النسبة أعلا بين المراهقين وخاصة عند فئة الإناث، قبل سن 20 سنة نلاحظ أن الحالة المزاجية للمراهقين تبدأ بالتغير حيث تكون الاضطرابات السلوكية وأزمة المراهقة من الأمور الشائعة والمميزة لهذه الفترة وهذا ما يجعل المناخ مناسب لظهور الاكتئاب في هذه المرحلة .

تتراوح نسبة الاكتئاب عند الشباب ما بين 15 الى 24 سنة بـ 8,5% وهذا في فرنسا، أما في الولايات المتحدة الأمريكية فإن حوالي 3 ملايين و نصف من الشباب يعانون من الاكتئاب كما أن 20 من 100 مراهق و 1 من 5 مراهقين يعاني من مرحلة اكتئابية كبرى والتي لم تعالج خلال مرحلة المراهقة .الى جانب هذا فإن الأطفال الأمريكيين الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة يستعملون المهدئات العصبية بنسبة مرتفعة تقدر ب 49 % و هذا خلال السنوات الأخيرة بين 1998 و 2004

(Clair laberge, 2007, p. 23)

اما راتز بيك للاكتئاب فانه يجد نسبا توحى بوجود 7% من الاكتئاب الوسطي و 1,3 % من الاكتئاب الحاد في عينة من 400 شخص تتراوح اعمارهم بين 17 و 18 عاما. (شابروول، 1998). كما يصيب الاكتئاب طفل من كل 50 طفل تحت سن 12 سنة ويصيب مراهق من بين كل عشرين مراهق. (عبد الله عسكر، 1988)

أثبتت البحوث التي أجريت في هذا المجال أن حوالي 33% في كل 7 إلى 8 مراهقين، 22% من كل 9 إلى 10 مراهقين يشعرون بالاكتئاب على الرغم أن التشخيص الرسمي في العيادات النفسية والمستشفيات يبين معدل أقل من هذا. (وليد سرحان، 2001)

ان كان الانسان يصاب بالاكتئاب في أي مرحلة من مراحل حياته، غير أن مرحلة المراهقة ومتوسط العم، تعد أكثر عرضة نظرا لأن الفرد يبدأ بالالتفات الى ماضيه والى خبراته الحياتية وقد تتراكم عليه مسؤوليات أعلى وتزداد حساسيته اتجاه أحداث الحياة، وهذا ما أشارت اليه مجموعة من الدراسات والتي بينت أن نسبة الاصابة بالاكتئاب ترتفع في اوساط المراهقين بصفة عامة وفي اوساط المراهقات بصورة جد ملفتة . (محمد الفلاحى، 2008)

يرجع البعض ذلك الى تفاعل عاملين أساسيين و هما :

العامل الأول : عدم رضا الفتاة المراهقة على شكل جسمها بالمقارنة مع الفتى المراهق .

أما العامل الثاني: فيتمثل في الدور الجنسي، ومرد ذلك أن الفتاة المراهقة تقضي وقتا أطول في الأنشطة ذات الصبغة الأنثوية وذلك أكثر من الفتى المراهق، كما أن الدور الأنثوي يعتبر أكثر سلبية وأكثر اعتمادية ولا يفسح المجال للتحكم والاستقلالية، بل انه ذو صبغة اكتئابية على عكس الأنشطة الذكرية التي تعطي مجالا واسعا للحرية و الاستقلالية. (غريب عبد الفتاح، 1995)

فالإناث حسب الإحصاءات الطبية الأميركية يصابن بمرض الاكتئاب الشديد بنسبة الضعف مقارنة بالذكور، بينما حالات الاكتئاب الخفيف تزداد بنسبة ما بين (5،6) أضعاف بين الإناث مقارنة بالذكور. لأن المرأة تستسلم للحزن وتسمح له بالسيطرة على مشاعرها مما يؤدي إلى الوقوع في دوامة الحزن الدائم والعميق على عكس الذكور الذين يستطيعون نسيان الحزن بطريقة أو أخرى. ينتشر الاكتئاب بين الرجال بنسبة 15% وترتفع النسبة في النساء إلى 25%، وهذه الزيادة في النساء تعزى للعديد من العوامل كاضطراب الهرمونات، الضغط النفسي للحمل والولادة تقبل المرأة لأعراض الاكتئاب أكثر منه لدى

الرجل، ميل الرجال لعلاج الذات وإخفاء الاكتئاب بعدة وسائل ومنها تناول الخمر والمخدرات. (عبد المحسن محمد، 2010)

منه ان معدلات شيوع الاكتئاب بين الاناث أعلى من شيوعه بين الذكور وهذا الأمر حقيقي خاصة بعد مرحلة المراهقة وأثناءها، حيث تشير نتائج الكثير من التقارير العلمية أن معدل شيوع الاكتئاب بين الاناث بعد مرحلة المراهقة ضعف معدل شيوعه بين الذكور، حيث يقابل كل ذكر مصاب بالاكتئاب اثنتان من الاناث تعانين من الاكتئاب الاكلينيكي (المشخص). (ستيورات واطسن، 2002)

كما اسفرت نتائج كثير من الدراسات على ان الاناث اكثر اظهارا للأعراض الاكتئابية من الذكور ومن هذه الدراسات المسح القومي للاكتئاب الذي اجراه كل من يوجين ليقيت و بيرنارد لوين Levitt Lubin (1975) في الولايات المتحدة الامريكية حيث توصلوا الى أن الاناث اكثر اكتئابا عن الذكور وذلك على عينة قوامها 2009 مفحوصا. (ليوناتايلر، 1985)

كذلك استطاع عباس محمود عوض (1985) التوصل الى ان الاناث ايضا اكثر اظهارا للاكتئاب عن الذكور في دراسته لعينة قوامها 235 طالبا وطالبة من المرحلة الثانوية بواقع 118 ذكرا و 117 انثى.

كما أكدت مجموعة اخرى من الدراسات التي نذكر من بينها دراسة أحمد عبد الخالق وسامر رضوان (1999) والتي شملت 987 طالب وطالبة منهم 634 ذكور و 353 اناث التي بينت أن متوسط درجات اكتئاب الاناث أعلى من نظيره لدى الذكور بمستوى دال احصائيا

لمعرفة الفروق بين الجنسين في الاصابة بالاكتئاب باستعمال القائمة الثانية لقياس الاكتئاب لبيك لخص بدر الأنصاري (2007) نتائج عدة دراسات أجريت في البلدان العربية نذكر من بينها : غريب عبد الفتاح غريب مصر، الاناث أكثر اكتئابا، بدر الأنصاري (2003) الكويت، لا توجد فروق بين الجنسين في الاكتئاب، حسين علي فايد (2004)، تغريد الشطي (2004) الكويت، الاناث أكثر اكتئابا من الذكور وبينت مجموعة من الدراسات أقيمت في الجزائر، العراق، سوريا، السعودية، مصر عمان، المغرب، الكويت، قطر، على أن الاناث أكثر اكتئابا. (بدر الأنصاري، 2007) كما بينت دراسة بشير معمرية (2000)، (الزغبى أحمد، 2005) وغيرها أن الاناث أكثر شعورا بالاكتئاب من الذكور و يمكن ان يرجع هذا الاختلاف حسب لويس Lewis الى أن الأنثى عموما أكثر حساسية ورهافة من الذكر وأكثر خضوعا للآخرين منه و هذا ما يعلل اصابتها بالاكتئاب أكثر من الذكر . بينما يشير بعض الباحثين مثل بومس Bomas الى أن تعرض الفتاة للاكتئاب أكثر من الذكور يرجع الى عوامل عضوية وحيوية وهرمونية،

وهذا ما اثبتته كثير من الدراسات: مثل دراسة جريجوري بويل في جامعة ديلاواير بولاية نيوارك بالولايات المتحدة الأمريكية و ذلك على عينة قوامها (154) انثى بمدى عمري يتراوح من 18 الى 44 سنة، حيث هدفت هذه الدراسة الى فحص تأثيرات مقياس عبارات فيلتن المثيرة للاكتئاب وعلاقتها بمرحلة الافراز المتأخر لهرمون اللوتين الذي يفرزه الجسم الاصفر بالمبيض في فترة الحيض واسفرت نتائج الدراسة عن ان الاناث يكن اكثر حساسية للمثيرات الاكتئابية في تلك المرحلة. (1985, p:25) Boyle ,

كما تؤكد أبحاث أخرى أن الأعراض الاكتئابية متشابهة لدى جميع الفئات العمرية غير أن هناك بعض المميزات أو الفروق التي تميز كل فئة عمرية ويتجلى ذلك من خلال مظاهر الاكتئاب وشدته حسب لبلونك وكدل Leblanc et kendal (1999) فان أعراض الاكتئاب تظهر بصورة مشابهة عند المراهق و الراشد (دانيا الشبؤون، 2011).

تشير الاحصائيات الأمريكية الى أن الاكتئاب كان السبب الثاني من بين الأسباب المؤدية الى الانتحار عند المراهقين، وأن 50% ممن انتحروا فعلا كانوا يعانون منه . (عبد الخالق احمد، 1999)

وجد الدباغ فخري (1986) في العراق أن 60 % من المرضى المكتئبين عام 1966 يحملون أفكار انتحارية، وأن 60% من المنتحرين في مصر عام 1960 تتراوح أعمارهم بين 20 و 30 سنة كانوا يعانون من الاكتئاب، وفي لبنان تحدث 200 محاولة انتحارية كل سنة اغلبها في عمر 15 و 30 سنة. كما ننوه الى أن 13,6 من كل 100 ألف من المراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 الى 19 سنة ينتحرون سنويا في أمريكا بسبب الاكتئاب، 3,6 من كل 100 ألف من البنات البالغات 15 الى 19 سنة ينتحرون سنويا في أمريكا بسبب الاكتئاب. (عبد الرحمن، دت)

10 اشارات دالة على اصابة المراهق بالاكتئاب :

الانفعال والحساسية المفرطة قد تكون سمة من سمات فترة المراهقة ولكن اذا استمرت هذه السمات وأصبحت متأصلة في المراهق أو المراهقة كالبكاء بصفة مستمرة والشعور بالحزن والاكتئاب بدون سبب قد تكون علامة من علامات الاكتئاب .

يمكن وصف فترة المراهقة بالحرجة نظرا للتغيرات التي تطرأ على المراهق سواء في السلوكيات أو العادات خاصة العادات الغذائية، فنجد أن المراهق أو المراهقة قد يتخذون من الأكل أسلوبا للتعبير عن مشاعرهم، فنجد أن منهم من يمتنع عن الطعام و منهم من يكثر من تناوله ولكن اذا امتنع المراهق

عن تناول الطعام حتى وصل به الأمر الى النحافة أو الإصابة بمرض سوء التغذية أو العكس صحيح فقد يكون هذا مؤشر واضح على أن هناك اضطرابات في العادات الغذائية نتيجة للاكتئاب .

كما أن تجنب الاتصال بالعين والرغبة في خفض البصر (تجنب الاتصال البصري المباشر) والانطواء على النفس يمكن اعتباره مؤشرا أو علامة للاكتئاب .

عدم الاعتناء بالمظهر العام وقد يصل الأمر بالمراهق الى الإهمال على مستوى النظافة الشخصية على غير المعتاد وعدم الاهتمام بنظرة الآخرين سواء في السلوكيات أو في المظهر قد يكون إشارة تحذير للاكتئاب

عدم الاهتمام بممارسة الهوايات المحببة للنفس وعدم شعور المراهق أو المراهقة بالميل لفعل أي شيء ذو فائدة قد يكون علامة من علامات الاكتئاب .

قد يلاحظ الأباء عدم اهتمام المراهق أو المراهقة بالتحدث عن المستقبل والأهداف والأحلام التي يرغبون في تحقيقها، حيث يسودهم الشعور بالسلبية واللامبالاة تجاه مثل هذه المواضيع. (محي الدين مروة، 2012)

الى جانب الأعراض السابقة الذكر فإن ما يميز الاكتئاب في مرحلة المراهقة هو التوتر الحركي العام وعدم الارتياح والشكاوي الجسدية أو البدنية مثل الام المعدة، الصداع (سامي اللحياني، 1996). ومنه يمكن القول أن الاشارات المذكورة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار كما يجب على الأباء المراقبة المستمرة لأبنائهم المراهقين ولتصرفاتهم هذا لرصد الأعراض الاكتئابية في صورتها الأولية قبل أن تتفاقم، نظرا لما لهذه المرحلة من خصوصية ولأن تعرض المراهق فيها لخطر الاكتئاب يكاد أن يكون شبه حتمي .

11 نتائج المراهقة:

بالرغم من حساسية هذه المرحلة العمرية الا أنه خلالها يتم تحقيق مجموعة من الأهداف التي تتمثل في:

القضاء على التوازن النسبي الذي يميز الطفولة الثالثة ويسعى المراهق الى التوافق مع المتغيرات الجسدية الجديدة وما تجره من صعوبات في التوافق مع المحيط وصولا الى حالة الاستقرار والثبات التي تميز مرحلة النضج و حل أزمة المراهقة .

فعلى الصعيد الجنسي نلاحظ انتقال المراهق من الاهتمام بأعضاء نفس الجنس الى الاهتمام بأعضاء الجنس الاخر و انتقاله من مرحلة الوعي الكامل بالنمو الجنسي الى قبول النضج الجنسي

على الصعيد الاجتماعي ينتقل المراهق من الشعور بعدم التأكد في قبول الاخرين له الى الشعور بالأمن و قبول الاخرين، أماعلى صعيد النضج الانفعالي نلاحظ انتقال المراهق من التعبير الانفعالي الغير ناضج الى التعبير الانفعالي البناء، التفسير الذاتي للمواقف الى التفسير الموضوعي للمواقف قلة تقدير قدراته الى التقدير الدقيق لقدراته

على صعيد توحيد الذات نلاحظ انتقال المراهق من ادراك قليل للذات الى ادراك دقيق نسبيا للذات توحيد الذات مع أهداف شبه مستحيلة الى توحيد الذات مع أهداف ممكنة. (عبد الغني الديدي،1995)

12 علاج الاكتئاب :

1.12 العلاج الدوائي أو العلاج بمضادات الاكتئاب :

انطلاقا من التفسير البيولوجي تعد مضادات الاكتئاب علاجا أساسيا لاضطرابات الاكتئاب وان الهدف من العلاج من خلال الأدوية المضادة للاكتئاب هو التقليل الفعال للأعراض الاكتئابية ومن نتائجها التي تعرفل الحياة اليومية للفرد، حيث أن مضادات الاكتئاب تكون أكثر فاعلية في حالة الاكتئاب الخفيف والشديد وهي تعمل على تعديل المزاج، ولقد تمكنت الأدوية المضادة للاكتئاب من تقديم عدة حلول للمصابين بالاكتئاب ويعد الايمبرامين imipramine أول دواء ظهر في هذا المجال، ومضادات الاكتئاب هي عبارة عن عقاقير تستخدم لشتى درجات الاكتئاب وهي أدوية لا تؤدي الى الادمان. ونشير أيضا الى أن العلاج المتواصل لمدة 3 الى 4 أسابيع ينتج عنه تخلص المريض من معظم الأعراض الاكتئابية . (محمد شريف سالم ، 2012)

كما بينت مجموعة من الدراسات أن مضادات الاكتئاب لا تستطيع أن تعالج أكثر من 70 % من حالات الاكتئاب، بمعنى أن 30 % من الحالات تبقى مقاومة للعلاج .(مطيع سليمان، 2001) غير أنه في حالة الاشتراك بين العلاج المعرفي مثلا و العلاج الدوائي فان حالة المريض تتحسن وهذا ما بينته مجموعة من الدراسات التي نذكر من بينها :دراسة ميرسه واخرين (1992)، بعنوان دراسة تتبعية رائدة للعلاج المعرفي والعلاج الدوائي للاكتئاب اللانمطي و التي طبقت على عينة مكونة من 27 متعالجا يعانون من الاكتئاب، تلقوا جميعا العلاج المعرفي ثم العلاج بمضادات الاكتئاب بالنسبة للذين لم يستجيبوا للعلاج

المعرفي . وتمثلت اهداف البحث في المقارنة بين فاعلية العلاج المعرفي والعلاج بمضادات الاكتئاب لمجموعة سكانية واحدة، ولقد توصلت الدراسة الى أنه من 25 متعالجا تابعوا الدراسة كان هناك 14 متعالجا (56%) استجابوا للعلاج المعرفي فقط 69% (9 من 13) من الذين استجابوا حافظوا على المزايا التي حصلوا عليها لمدة 6 أشهر أو أكثر 63% (7 من 11) من الذين لم يستجيبوا للعلاج المعرفي استجابوا للعلاج بمضادات الاكتئاب وعليه يمكن استنتاج النتائج التالية :

ان كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي أي العلاج بمضادات الاكتئاب يعتبران علاجاً فعالاً لفئات سكانية مختلفة من المتعالجين المكتئبين، وكانت نسبة استجابة المتعالجين للعلاج الدوائي بمضادات الاكتئاب من بين الذين لم يستجيبوا للعلاج المعرفي أكبر مما كان التوقع كان الأثر الفعال للعلاج المعرفي أطول ديمومة . (بكيري نجية، 2012)

دراسة بيك واخرون (1985) بعنوان المعالجة المعرفية والمعالجة الدوائية للاكتئاب تألفت العينة من 33 متعالجا اكتئابيا غير ثنائي، من متعالجي العيادات الخارجية ، تم تقسيمهم الى مجموعتين الأولى تتكون من 18 متعالجا تم علاجهم بالعلاج المعرفي، والثانية تتكون من 15 متعالجا تم علاجهم بالعلاج المعرفي والعلاج الدوائي، تم تطبيق العلاج على جميع المتعالجين بمعدل 20 جلسة خلال فترة 12 اسبوعا .

توصلت الدراسة الى النتائج التالية : أظهرت كل من المجموعتين فروقا ذات دلالة احصائية في الأعراض الاكتئابية، لم تحسن اضافة الدواء من الاستجابة التي تم الحصول عليها من العلاج المعرفي منفردا في فترة علاج قصيرة المدى، أظهر العلاج المشترك ثباتا أكبر في التحسن في فترة متابعة استمرت عاما في العلاج المشترك (بكيري نجية، 2012)

دراسة راش واخرين Rech(1977) بعنوان دراسة مقارنة لفاعلية العلاج الدوائي (الأميرامين) والعلاج المعرفي السلوكي في علاج متعالجي الاكتئاب الخارجيين، أهداف البحث تمثلت في مقارنة فاعلية العلاج الدوائي والمعرفي في علاج المتعالجين المكتئبين

أظهرت النتائج بعد انتهاء فترة المعالجة ومن خلال نتائج التقييم البعدي تناقصا واضحا في الأعراض الاكتئابية لدى كل المتعالجين في المجموعتين، الا أنه عند تحليل التباين وحيد الاتجاه أكدت النتائج أن العلاج المعرفي أظهر تحسنا أكبر بشكل مهم في الأعراض الاكتئابية عن متعالجي العلاج الدوائي . (بكيري نجية، 2012)

2.12 العلاج بالجلسات الكهربائية:

أدخل العلاج بالاختلاج الكهربائي للأمراض النفسية في ثلاثينات القرن الماضي، وكان الإيطاليان سيرليتي وبينيه syrlity et Byni أول من استخدم التيار الكهربائي عبر الدماغ بشكل منتظم لإحداث الصدمة أو النوبة الصرعية. (وليد سرحان، 2001).

بينت بعض الدراسات التي أجريت على المرضى الذين عولجوا بالجلسات الكهربائية، أن 80% من هؤلاء المرضى أقرروا بأن العلاج كان فعالاً و أدى الى تحسنهم، وصرح حوالي 70% من المرضى من تخوفهم من هذا العلاج، ومنه فهذا النوع من العلاج يعطى نتيجة سريعة و ناجحة في علاج الاكتئاب و لكن يجب أن يتبع ذلك استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب (سلطان عماد، دت)، غير أن هناك من أشار الى أن العلاج الكهربائي يؤدي الى تلف المخ. (عبد الله عسكر، 1988)

3.12 العلاج من وجهة نظر النظرية المعرفية :

يعتمد العلاج المعرفي على اكتساب المريض المعارف الايجابية اللازمة وتوضيح مضار و عيوب المفاهيم الخاطئة حول ذاته مع جعله أكثر قوة في تحقيق ذاته، كما يرى ألبرت اليس Albert Ellis أن العلاج يكمن في التعرف على الجانب الغير عقلائي في التفكير ثم مهاجمته وتوضيح عدم عقلائيته يلي بعد ذلك احلال الأفكار الصحيحة أي العقلانية مكانه. (محروس الشناوي، 1996)

4.12 العلاج من وجهة نظر السلوكية :

يستند العلاج السلوكي على فرضية جوهرية وأساسية وهي أن معظم مشاكل المسترشدين هي مشاكل سلوكية تنتج عن تعلم خاطيء في أساليب التعلم لديهم. (محمد الخطيب، 2000)

كما يقوم المعالج باستخدام تقنيات تعديل السلوك السلبى عند الحالة ، وتدريبه على بعض التقنيات السلوكية التي تساهم في تغيير وضعه الحالي ونظرته السوداوية، ومنه يتجه العلاج الى اطفاء السلوك غير المرغوب فيه والعمل على بناء فعل شرطي أو سلوك اخر بديل عنه . (احمد عكاشة، 1992)

12. 5. العلاج من وجهة نظر التحليلية :

يحاول هذا النوع من العلاج الوصول الى مكونات الفرد المكتئب وهذا عن طريق التعرض لخبرات طفولته، والصدمات التي تلقاها في الخمس سنوات الأولى، ومن أهم الأساليب المستخدمة التداعي الحر والتحول والكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية. (احمد عكاشة، 1980). منه فان الهدف من هذا العلاج هو مساعدة المريض على استحضار المخزونات الموجودة في اللاشعور الى حيز الشعور والتعامل معها . (محروس الشناوي، 1996)

13 أدوات تقييم و قياس الاكتئاب:

ان القياس النفسي للاكتئاب بمفهومه الحديث يتضمن تطبيق اختبارات ومقاييس موضوعية يتم اخضاعها لخطوات كثيرة، قبل أن يتم استخدامها و تتميز بدرجة عالية من الصدق والثبات أي أنها تقيس بالفعل وجود الاكتئاب وشدته ويأخذ العاملون بحقل الصحة النفسية والعلاج النفسي طريقتين في تشخيص الاكتئاب بمعناه المرضي والمتميز عيادياً

1.13 - طرائق الفحص النفسي العيادي:

تتم بالنقاء المتعالج وجها لوجه و سؤاله بطريقة منهجية منظمة عن مختلف الظروف الاجتماعية والنفسية والطبية التي أحاطت بشكواه وعادة ما يحاول الطبيب النفسي خلال هذا الفحص، أن يضع تشخيصه المناسب للحالة بما يتوافر له من خبرة أو بالرجوع الى ما يتوافر لديه من الأدلة التشخيصية للأمراض النفسية والعقلية التي تشرحها المراجع الطبية النفسية المعروفة ومن أمثلتها الدليل الاحصائي والتشخيصي الرابع. (ابراهيم عبد الستار، 1998)

2:13 الطرائق السيكومترية:

يكون ذلك من خلال استخدام المقاييس النفسية والسلوكية الموضوعية، المتميزة بدرجة عالية من الصدق والثبات، تساعد هذه الاختبارات على تحديد وجود الاكتئاب ونوعه وشدته، وعلى تحديد مسائل شخصية

قد تكون مرتبطة بالاكئاب، وتفيد هذه الطريقة في وضع الخطة العلاجية للمعالج وفي تقويم فاعلية العلاج النفسي أو الطبي (لطفى الشربيني، 2002) و من هذه المقاييس :

1.14. 1.2 مقياس الاكئاب لبيك: inventaire de dépression de Beck IDB 1961

يسمح مقياس الاكئاب لبيك بالتعرف على شدة الأعراض الاكئابية التي تظهر عند المراهق أو الراشد وهو عبارة عن مجموعة من الأسئلة يطلب من الحالة الاجابة عليها وهو يضم 12 بند ويتراوح المجموع النهائي للدرجات التي يحصل عليها الحالة من 0 الى 63 درجة بما أن كل بند يرقم من 0 الى 3، وعليه فانه توجد صورتان لهذا المقياس الذي أعده ارون بيك Aaron Beck وأصبح ذا شهرة كبيرة واستخدم في تقدير الاكئاب وهما الصورة الأصلية وتتكون من 21 بندا نشرت عام 1961، وخضعت لتعديلات متلاحقة،والصورة المختصرة وتتكون من 13 بندا وقدمها بيك وزوجته كطريقة سريعة للتعرف على المرضى المكتئبين، وفي هاتين الصورتين تستخدم قائمة بيك خاصة لتقدير التغيرات لدى المرضى نتيجة للعلاج المعرفي

1.14. 2.2 مقياس الاكئاب لهاملتون: grille d'entrevue de hamilton 1967

من اعداد هاملتون hamilton (1976) وهو يقيس شدة الاكئاب ويحدد المكونات الوجدانية والمعرفية و السلوكية له الى جانب ما يرتبط به من متغيرات تتعلق بالخمول وذلك من خلال سبع عشرة عبارة تمثل كل منها عرضا مرضيا، ويتم التقدير على مقياس متدرج من خمس درجات تتراوح بين صفر (لا يوجد) الى أربع درجات (شديد) وعليه فان هذا المقياس يسمح بتقييم شدة الاكئاب بطريقة كمية كما أنه يسمح بتقييم التغيرات التي تطرأ على الفرد بمرور الوقت. (عبد الله عادل، 2000)

الخلاصة :

تعد المراهقة مرحلة مهمة يمر بها كل فرد، وهذا ليصل في الأخير الى مرحلة الرشد والنضج وان الشاب المراهق قد يتأثر تأثرا بليغا بها وهذا نظرا لطبيعة الحساسة التي تميزها، كما أن الاضطرابات النفسية ومن بينها الاكئاب تنقشى بكثرة خلال هذه الفترة العمرية حيث أن عددا كبيرا من الدراسات وكذا

الاحصائيات المختلفة قد بينت اتساع اصابة الشباب المراهقين بهذا الاضطراب وهذا ما تم التفصيل فيه خلال هذا الفصل .

كما حاولنا خلال هذا الفصل أن نعطي مفهوم واضح وشامل لتلك العلاقة التي تربط مرحلة المراهقة وأزماتها باضطراب الاكتئاب كما تم التركيز على أن الفتاة المراهقة يكون لها حصة الأسد من هذا الاضطراب وفصلنا مطولا في أسباب ذلك.

الفصل الرابع : العلاج النفسي المعرفي للاكتئاب

تمهيد:

- 1 مفهوم العلاج النفسي المعرفي
- 2 تاريخ و تطور العلاج المعرفي
- 3 مفهوم النظرية المعرفية
- 4 عملية العلاج المعرفي
- 5 مميزات و عيوب العلاج المعرفي
- 6 خصوصيات العلاج المعرفي
- 7 معايير العلاج المعرفي
- 8 النموذج المعرفي للاكتئاب
- 9 العلاج المعرفي للاكتئاب وفق بيك
- 10 خطوات او عملية العلاج النفسي المعرفي للاكتئاب
- 11 الهدف من العلاج المعرفي للاكتئاب

12 المبادئ التي يقوم عليها العلاج المعرفي للاكتئاب

13 شروط اختيار التقنية المناسبة

14 الفنيات او التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي للاكتئاب

15 تقييم نظرية العلاج المعرفي لبيك

الخاتمة

تمهيد:

لقد سبق العلاج النفسي المعرفي علم النفس المعرفي وهو العلم الذي يدرس الطريقة التي يتأقلم بها الفرد مع محيطه كما يهتم بدراسة القدرات المعرفية للفرد، كما يرى بيك أن المدارس المعاصرة التحليلية والسلوكية والبيولوجية لا تعطي قيمة لقدرة الفرد على فهم نفسه بنفسه وعلى حل مشكلاته بما لديه من قدرات عقلية. (Beck, 1976, p :20)

عليه ظهر العلاج المعرفي لينفض الغبار عن كل هذا و ليحاول تبني أفكار ومفاهيم جديدة تساهم في دفع عجلة تطور العلاج النفسي ولقد حاولت الباحثة خلال هذا الفصل التطرق الى نقطة مهمة وجوهرية وهي العلاج المعرفي للاكتئاب الذي يعد من أخطر الاضطرابات النفسية من جهة وأشدّها خطورة على الأفراد من جهة أخرى، لهذا الغرض سيتم التطرق الى مجموعة من النقاط التي تتمثل في الاكتئاب في المنحى المعرفي، الى جانب ذلك فلقد تم عرض النموذج المعرفي لبيك دون أن ننسى خطوات العلاج المعرفي للاكتئاب والهدف من العلاج المعرفي للاكتئاب وما هي المبادئ التي يقوم عليها هذا العلاج ويمر العلاج المعرفي للاكتئاب بمجموعة من الخطوات التي تعتبر ضرورية ومهمة لنجاحه وهذا ما ركزت الباحثة عليه، الى جانب ذكر مجموعة من الفنيات العلاجية المعرفية، بهذا تكون الباحثة قد ألمت بكل الجوانب المتعلقة بالعلاج المعرفي للاكتئاب الذي تم التركيز عليه واعطائه مساحة واسعة من هذه المذكرة نظرا لكونه العلاج الأمثل لاضطراب الاكتئاب ولأنه حقق نتائج باهرة في هذا المجال.

1- مفهوم العلاج النفسي المعرفي:

يعد الاكتئاب من أكثر المشكلات تعقيدا وشيوعا في مجال الصحة العقلية، وقد استخدمت عدة أساليب لعلاجها مع التأكيد على الأساليب العلاجية التي تستغرق وقتا قصيرا ومن بين هذه العلاجات العلاج المعرفي السلوكي غير أن بعض العلماء يرى بأن العلاج المعرفي السلوكي ارتبط باسم بيك، ولقد أعطي للعلاج المعرفي السلوكي عدة تعريفات نذكر من بينها التعريف الذي قدمه كاندول Kandol (1993) حيث يرى بأنه: " محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك مع الجوانب المعرفية لطلب المساعدة، بهدف أحداث تغيرات مطلوبة في سلوكه بالإضافة الى ذلك يهتم العلاج المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الاجتماعي من حوله، من خلال استخدام استراتيجيات معرفية، سلوكية، انفعالية لاحداث التغير المرغوب فيه ". (ابنسام الزغبى، 2002: 28)

كما يمكن اعتبار العلاج المعرفي السلوكي بأنه: " أحد التيارات العلاجية الحديثة والتي تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ويهدف هذا الأسلوب من العلاج الى افناع العميل بأن معتقداته الغير منطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف ". (عمر متولي، 1993: 76)

أما بالنسبة لمفهوم العلاج المعرفي فهو: " أحد الأساليب الحديثة في العملية العلاجية وأفكاره مستقاة من أحد تخصصات علم النفس وهو علم النفس المعرفي ". (داليا مؤمن، 2003)

أما ارون بيك Aaron Beck فانه يعرف العلاج المعرفي بأنه: " طريقة بنائية مركبة ومحددة الوقت وذات أثر توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية غيرها ". كما حدد بيك أهم المهام المرتبطة بالعلاج المعرفي و التي تتمثل في :

✓ تعليم المرضى كيفية التعرف على أفكارهم الخاطئة والتي لها علاقة بالانفعالات المؤلمة والسلوك المضطرب .

✓ مساعدة المرضى على تصحيح الأفكار والاعتقادات الخاطئة والتعريفات المعرفية .

✓ العمل على تغيير المخططات الكامنة والمختلة وظيفيا .

✓ استعمال الفنيات المعرفية والسلوكية لغرض مقاومة الأفكار والاعتقادات الخاطئة . (طه عبد العظيم، 2007)

كما يرى بيك بأن العلاج المعرفي هو: ” عبارة عن مجموعة من التقنيات العلاجية والتي تعمل على الغاء أو محو أعراض الضيق والقلق النفسي وهذا من خلال التغيير أو التعديل المباشر للأفكار الغير وظيفية التي ترافقها”. (Aaron & Rush.Shaw.Emery, 1979, p. 7.3)

منه فان هذا النوع من العلاج يعتبر الخلل في جزء من العملية المعرفية وهي الأفكار والتصورات عن النفس والآخرين والمستقبل وهذا هو مصدر ظهور الأعراض النفسية . (Granger ,2008 ,P . 334)
يكون للعلاج المعرفي فعالية كبيرة في حالة الاكتئاب خفيف الشدة أو المتوسط مقارنة مع حالات الاكتئاب الشديد ويكون من الضروري أن يتمتع الحالة بالذاكرة والتركيز الكافيين وبإمكانه بناء الترابط واقامة العلاقة بين المزاج والأحداث الخارجية وأيضا بين المزاج والأفكار، ولا يمكن أن ينجح العلاج في الحالات التالية :

✓ فقدان الدافعية وعدم التحمس للعلاج المقترح .

✓ حالة السوداوية والاضطرابات الفصامية .

✓ اضطرابات شديدة تمس الانتباه.

✓ غياب أو نقص المراقبة الذاتية، اذا كانت بعض الدراسات قد بينت فعالية العلاج النفسي المعرفي على الأشخاص الذين يتمتعون بقدرة عالية على المراقبة الذاتية إلا أن دراسات اخرى بينت أنه لا يوجد أي تأثير لهذا العامل أو المتغير على العملية العلاجية . كما أن المستوى العقلي والاجتماعي لا يؤثر على العلاج النفسي المعرفي . (Cottraux ,2006,p 58)

من هذا المنطلق ترى الباحثة أن العلاج المعرفي هو أسلوب علاجي يسعى الى تغيير سلوك المريض المختل من خلال التأثير في عمليات التفكير وفي طريقة ادراكه للأمور وهو يركز بالدرجة الأولى على العمليات المعرفية وانعكاساتها القوية على الانفعالات والسلوك معاً، كما أن هذا العلاج رغم اختلافه عن العلاج السلوكي الا أنه غالبا ما يقترن به نظرا لاستحالة فصل التفكير عن السلوك أو السلوك عن التفكير، حيث أن سلوكنا هو نتاج تفكيرنا و تفكيرنا هو مستمد من سلوكنا

2 - تاريخ و تطور العلاج المعرفي:

بدأ الاهتمام بالعلاج المعرفي في بداية السبعينيات، بعد أن تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية وعلاقتها بالجوانب والوظائف النفسية التي تقوم أساسا على علم النفس المعرفي. (الشناوي محروس، 1991)

يعود مصدر العلاج المعرفي الى فلاسفة الاغريق حيث تنبه الفلاسفة الرواقيون قديما الى أن الطريقة التي ندرك بها الأشياء وليست الأشياء نفسها هي التي تحدد سلوكنا وتصفه بالاضطراب أوالسواء، حيث يقول أبيقورس في هذا الصدد لا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الاراء التي يكونونها عنها. (Ellis, 1987, p. 3)

كما شاطره في الرأي كل من ايكاتس و ايرليوس Iktetes Irlyos حيث أعتبر أن الناس لا تقلق من الأشياء في ذاتها بل من الاراء التي يكونها عنها و منه فان الأشياء الخارجية ليست هي المسؤولة عن الحزن الذي تشعر به بل حكمك عليها هوالمسئول عن ذلك.(المحارب ناصر، 2000) كما اوضح ابن القيم قدرة الافكار اذا لم يتم تغييرها على التحول الى دوافع حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها الى جهد كبير. (عثمان نجاتي، 1992) ولا يخلو التراث الاسلامي من الاشارة الى أثر التفكير على توجيه سلوك الفرد، حيث اشار الغزالي الى ان بلوغ الاخلاق الجميلة يتطلب اولا تغيير افكار الفرد عن نفسه، ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادية. (المحارب ناصر، 2000)

كما أن لعلم النفس النمائي الذي يعتبر بياجى Piaget (1854. 1956) من رواده دور كبير وواضح في ظهور العلاج المعرفي عند بيبك، حيث أن هذه النظرية عملت على تقديم مراحل التفكير لدى الطفل في مراحلها المختلفة، أما بيبك فقد قام بالتركيز على الأساليب الخاطئة في التفكير وعلى العموم فان كل من بياجى وبيبك قدما نظرية بنائية تركز على البناء المعرفي غير أن بياجى قد سبق بيبك في استخدام مصطلح المخططات .

محمل القول أن أساس العلاج المعرفي لبيبك كان منصبا على الملاحظة الاكلينيكية إلا أنه تأثر بالنظريات الأخرى، حيث نجد أن بيبك قد تأثر بأفكار أدلر في تأكيده على الجوانب المعرفية والذي يعد الأب الأول للعلاج المعرفي وتأثر أيضا بجورج كيلى Jorg Kily (1955) عن التراكيب الشخصية التي تفسر دور المعارف في نمو الشخصية إذ أن هناك تشابه بين التراكيب الشخصية عند كيلى والمخططات المعرفية لبيبك حيث يركزان على دور الاعتقادات في تغيير السلوك .

إضافة الى ذلك فلقد تأثر بيك بأعمال بياجى Piaget (1854. 1965) حول النمو العقلي المعرفي كما يتفق مع أليس Ellis على أهمية المعارف في نشأة الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد عليه فلقد شكلت طريقة اليس المنبع الأساسي الذي انطلقت منه فيما بعد علاجات معرفية أخرى منها العلاج المعرفي وفق منهج بيك. (علي كمال،1994) كما تشير الى ميكانيكوم Meichenbaum (1977) الذي أضاف طريقة التدريب على التعليمات الذاتية، ولزاروس Lazarousse الذي دمج العلاج السلوكي بالعلاج المعرفي ضمن منظومة علاج متكامل أسماه العلاج متعدد المحاور . (Marge, 1994, p. 3)

3 - مفهوم النظرية المعرفية :

تعتبر نظرية ارون بيك من أكثر نظريات العلاج المعرفي شيوعا، وتعتبر نظريته نسقا علاجيا يقوم على اساس نظرية في السيكوباتولوجيا ومجموعة من الاساليب العلاجية والمعارف المستمدة من البحوث الامبريقية والاكلينيكية. (عبد الله قاسم، 2012)

تعرف النظرية المعرفية بأنها: ”مجموعة المفاهيم التي توضح للأفراد كيفية تنمية معلوماتهم و كيفية توظيفها في الحياة العملية، وكيفية استخدامها في المواقف المختلفة ”. (فاروق عثمان، 1998: 28)

(

4 عملية العلاج المعرفي :

تشمل عملية العلاج المعرفي عند بيك على العلاقة العلاجية، وخفض المشكلات، تصميم خطة المعالجة .

➤ العلاقة العلاجية :

تعد العلاقة العلاجية ذات أهمية خاصة في العلاج المعرفي نظرا لتحقيقها لمجموعة من الوظائف والتي تتمثل في : ارشاد المتعالج وتمكينه من فهم مشكلاته ومواجهتها بطريقة فعالة .
تعد العلاقة العلاجية بمثابة وسيط يتم من خلالها تحسين نوع الخبرات التصحيحية خارج العلاج الى جانب تحسين مهارات التلاؤم والتوافق لدى المتعالج .

➤ خفض المشكلات :

قد يعاني الكثير من الحالات من مجموعة من الأعراض، ولا توجد نهاية للتعامل مع كل عرض وما يترتب عليه من مشكلات معينة، إلا أنه في الغالب يتم الكشف عن قاسم مشترك بين جميع هذه الأعراض، ومن خلال التركيز عليه يمكن حل المشكلات المتنوعة في الوقت نفسه .

➤ تصميم خطة المعالجة :

تشمل الخطة العلاجية مجموعة من المراحل، الأولى هي القيام بتصوير مؤقت للحالة، أما المرحلة الثانية فهي عبارة عن تليخيص للعوامل النمائية الأولى والعلاقات والتوافقات وبعض الأفكار عن تأثيراتها في بنية الشخصية الحالية للمتعالج، أما المرحلة الثالثة فهي شرح الكيفية التي يعالج بها المتعالج المشكلات والضغوط الحالية في ضوء تاريخ الحالة .(عبد الله قاسم، 2012)

5 - مميزات و عيوب العلاج المعرفي:

1.5 - مميزاتة :

- ✓ يعد نقطة التقاء جديدة بين السلوكية والتحليلية أخذت في التنامي والانتساع.
- ✓ هناك انتشار واسع لاستخدام طرائق العلاج المعرفي، حيث يعتبر العلاج المعرفي في الوقت الحاضر من أكثر العلاجات المستخدمة بين المعالجين السلوكيين.
- ✓ لقد بينت العديد من البحوث أن العلاج المعرفي له فاعلية في علاج الاكتئاب أكثر من فاعلية العلاج بالعقاقير .
- ✓ يعد العلاج المعرفي أفضل أنواع العلاج المستخدمة من حيث نتائجه بالنسبة للمرضى، متفوقا بذلك على العلاج السلوكي و العلاج التحليلي.
- ✓ سهولة اتباع خطوات العلاج المعرفي .
- ✓ مرن وليس مصمما على حالة معينة.
- ✓ يعتمد بشكل كبير على المريض .(احمد الهادي، 2012)

2.5 - عيوبه:

✓ كثير من الاضطرابات شهدت تطورا عند تناولها معرفيا ومنها اضطراب الهلع .

✓ ان ما يطلق عليه العلاج المعرفي لم يكن معرفيا خالصا منذ البداية، فعلى المستوى النظري يتم التعامل مع الأفكار الالية بقصد تغييرها حتى يتسنى حدوث تغيرات سلوكية مرغوبة وعلى المستوى التطبيقي لم يتوقف ببيك عن استخدام الفنيات المعرفية فقط في العلاج بل استخدم الى جانبها فنيات سلوكية حيث أنه لا مجال لعزل الفنيات السلوكية عن المعرفية (وسام محمد، 2011)

✓ انه يركز على فكرة واحدة و التي مفادها أن الانفعال يكون نتيجة للتفكير وأن الاضطرابات الانفعالية كالقلق والاكتئاب وغيرها تكون ناتجة عن الأفكار المحرفة والمختلة وظيفيا ويعارض علماء النفس التأكيد على أن الأفكار هي التي تولد الانفعالات وتوجهها ويقرون بالعكس أي أن الانفعالات هي التي توجه الافكار، كما لا تعطي النظرية المعرفية أهمية للمشاعر والسلوكيات و تركز على التعامل مع الافكار. (طه عبد العظيم، 2007)

6 - خصوصيات العلاج المعرفي:

✓ علاجات قصيرة المدى تمتد بين 15 و 25 حصة، بمعدل حصة أسبوعية من 45 دقيقة الى ساعة واحدة .

✓ علاجات مهيكلة منظمة حسب خطة للعمل وبرنامج علاج مرن يلائم خصوصيات كل معالج.

✓ علاجات متمركزة حول هنا والان حيث أن العلاج المعرفي لايتجاهل تأثير الماضي على الصعوبات السيكلوجية الحالية ومنه يتم التساؤل عن الماضي والبحث فيه كعنصر لفهم الحاضر وتغييره أكثر منه كغاية في حد ذاته . (بنعيسى زغبوش، 2000)

7 - معايير العلاج المعرفي:

لقد حقق العلاج المعرفي معايير نظام العلاج النفسي، وهذه المعايير كما ذكرها هيليس Hales (1999) هي

✓ نظرية شاملة .

✓ دعم النظرية بالملاحظة والتجربة .

✓ نظرية جاهزة للتنفيذ اعتمادا على المبادئ النظرية .

✓ دليل بالملاحظة والتجربة على فاعلية العلاج النفسي . (Hales, 1999, p. 1206)

8- النموذج المعرفي لببيك : Le Modél Cognitif de Beck

حسب جودث بيك Judith Beck (ابنة أرون بيك) فإن النموذج المعرفي لببيك يقترح أن الأفكار الغير وظيفية أو التشوهات المعرفية التي تؤثر على مزاج وسلوك المريض، يمكن شرح النموذج المعرفي في العلاج المعرفي من خلال التقييم الحقيقي وتغيير الأفكار التي ينجم عنها تغيير ايجابي للمزاج و السلوك . (Hoffmann, 1976, p. 18)

ان العناصر الأساسية التي يركز عليها النموذج المعرفي لببيك هي: الأخطوطات، المعتقدات، السيرورات المعرفية، الأفكار الالية، التشويه المعرفي وسنحاول التفصيل في كل واحد على حده . (Martind, 2010, p. 59)

1.8 - الأخطوطات:

تعتبر المخططات المعرفية من المفاهيم الأساسية في نظرية بيك، فجميع الأفراد يمتلكون مخططات معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير مرتبطة بالبيئة التي يعيشون فيها والاحتفاظ بمعلومات أخرى، حيث نجد أن الأشخاص المكتئبين مثلا لديهم مخططات معرفية سلبية تستبعد بشكل انتقائي المعلومات الايجابية عن الذات وتبقي على المعلومات السلبية. (طه عبد العظيم، 2007)

المخططات هي خطط عقلية مجردة تنظم المعلومات ولها دور كبير في توجيه سلوك الانسان فهي تمثل أنماطا من التفكير ثابتة وطويلة الأمد، كما تمثل تقييمات الفرد عن خبراته السابقة. (محمود مصطفى، 2009)

كما تعرف بأنها : "بنىات قاعدية كبيرة للتنظيم المعرفي للفرد وهي عبارة عن معارف أساسية ثابتة وناذرا ما يعبر عنها بصورة مباشرة وهي تطبق بصورة الية وتبنى في المراحل المبكرة من حياة الطفل، و تعرف بأنها تكوين عقلي افتراضي يسمح بتصنيف وتنظيم المعلومات الجديدة " . (Young jeffor, 2005, p. 16)

من هذا المنطلق يؤكد بيك على أهمية المخططات في الاكتئاب، حيث أن المخطط عبارة عن بنية معرفية لفحص وترميز وتقييم المنبهات التي يصطدم بها الكائن الحي، وعلى أساس هذه المخططات يستطيع الفرد توجيه نفسه بالنسبة للمكان و الزمان. (عبد الرحمن الوافي، 2007)

عليه يرى بيك أن الاكتئاب ينتج عن وجود مخططات معرفية مختلة وظيفيا وهذه بدورها تؤدي الى سلسلة من الأفكار التلقائية السلبية والتي تشتمل على مجموعة من الاخطاء المعرفية.(طه عبد العظيم ،2007،

تجدد الاشارة الى أن هذه المخططات هي المسؤولة عن نشأة الأفكار السلبية التلقائية وأيضا تنشيطها وبقائها، كما أن بيك يرى أن الاكتئاب ينتج عن وجود مخططات معرفية مختلة وظيفيا هذه بدورها تؤدي الى سلسلة من الأفكار التلقائية السلبية والتي تشتمل على مجموعة من الأخطاء المعرفية وعليه فهو يرى أن للمكتئب تمثلات غير عقلانية حول ذاته و الاخر والمحيط وهو ما أطلق عليه اسم الثلاثي المعرفي والسبب في ذلك يعود أساسا الى هذه الأخطوطات المعرفية .(طه عبد العظيم ،2007) حددت النظرية المعرفية ستة عشرة مخططا رئيسيا يظهر لدى المكتئبين ويجري اكتسابها ودعمها من خلال خبراتهم الاكتئابية وتنظم هذه المخططات حول ستة محاور رئيسية وفيما يلي عرض لهذه المحاور وما يقع على كل منها من مخططات :

❖ المحور الأول ضعف الاستقرار مع الانفصال عن الاخرين:

مضمونه وجود توقع بأن حاجة الشخص للشعور بالأمن والاستقرار والتعاطف لايمكن اشباعها في حدود سياق العلاقة الأسرية الحميمة ، وفي معظم الأحيان فان العائلات التي ترسب عند الطفل هذا التوقع يكون لديها نوع من الانفصال غير الصحي، ولهذا المحور ثلاث مخططات

✓ الهجر:

فيه يدرك الطفل الصغير جدا في السنوات الأولى، عدم الثبات وعدم الاستقرار في المحيطين به الذين يقدمون له الحماية ، ويقوم هذا المخطط على أن الاخرين الذين لهم أهمية في حياته لن يستمروا في تزويده بالدعم العاطفي، أو الشعور بالتعلق أو القوة أو الحماية العملية ، لأنهم عاطفيا غير مستقرين وبالتالي لا يمكن التنبؤ بسلوكهم ولا يمكن الاعتماد عليهم لأنهم يمكن أن يتركوه ويهجروه لكي يذهبوا الى طفل اخر أفضل منه .

✓ ضعف الثقة بالآخرين و توقع الاساءة :

في هذا النوع من الأخطوطة أيضا لا يستطيع الطفل أن يثق فيمن حوله ضمنا وليس صراحة وأنه قد يتوقع منهم الايذاء في أي وقت .

✓ الحرمان العاطفي

يوجد ثلاث انواع من الحرمان: أ الحرمان من الرعاية بوجه عام، ب الحرمان من الحماية ج الحرمان من التعاطف، وهذه المعاني الثلاثة من الحرمان يربط بينهما اسم المحور وهو ضعف الاستقرار مع الانفصال عن الاخرين

المحور الثاني: التلقائية المنقوصة و له ثلاث مخططات :

✓ الاعتماد على الاخرين أو عدم الكفاءة:

حيث يكون الاعتقاد عند الشخص أنه عاجز عن معالجة مسؤولياته اليومية بطريقة تتميز بالكفاءة دون أن يتلقى مساعدة من الاخرين.

✓ الاستهداف للأذى و للمرض:

هو خوف مبالغ فيه بأنه سوف تقع به مصيبة، وشعور مستمر بالتهديد وهذا ما يدفعه الى الاعتماد على الاخرين .

✓ الاندماج في الاخرين أو قصور نمو الذات:

هنا يكون الشخص تابع للآخرين في توجهاته حتى في عاطفته للآخرين، ويكون لديه كذلك اندماج عاطفي مغالي فيه، وارتباط شديد بشخص أو أكثر في مجموعة أفراد عائلته المحيطة به

❖ المحور الثالث: التنفير أو عدم الجاذبية و له ثلاث مخططات :

✓ كثرة العيوب:

يشعر الفرد بأنه معاب داخليا، وبالتالي لا يمكن للآخرين أن يحبوه، وخاصة المهمين في حياته

✓ انعدام الجاذبية الاجتماعية:

يغلب على الفرد الاهتمام بالمظهر الخارجي ورأي الاخرين، فيكون الفرد مقتنعا بأن الاخرين ينفرون منه و يعتقد أن شكله غير مقبول لدى الاخرين.

✓ العجز عن الانجاز:

في هذا المخطط يعتقد الفرد أنه من المؤكد سوف يفشل أو أنه مقارنة بأقرانه فهو أقل منهم.

❖ المحور الرابع: محدودية أو قمع التعبير عن الذات و له مخططين :

✓ العبودية أو الاستعباد :

هو تسليم مبالغ فيه بأنه لا يتخذ القرارات المناسبة، وأنه لن يتحكم في قراراته

✓ الكف العاطفي أو الوجداني:

وجود صعوبة شديدة جدا في مناقشة مشاعره أو عواطفه، سواء كانت مشاعر حزن أو سعادة لأنه في حالة توقع دائم أن أي تعبير سوف يصدر عنه سوف يكشف عن هذه المشاعر وسوف يؤدي الى فقدان القيمة الذاتية

المحور الخامس: محدودية أو قمع الاشباع و له ثلاث مخططات :

✓ تضخم الشعور بالمسؤولية:

ما يميز هذا المخطط هو مغالاة الفرد في التضحية بنفسه لكي يساعد الاخرين، بصرف النظر عما اذا كان هذا سوف يرضيه هو أو لا، أي على حساب ارضاء جوانب معينة في نفسه

✓ المغالاة في المعايير بالنسبة للذات و للاخرين (معايير التحصيل، الانضباط، الأخلاقيات)

في هذا المخطط فان محاولات الفرد لا تتوقف عن أن يرقى الى توقعات رفيعة جدا من نفسه أو من الاخرين، فيضع معايير قاسية على حساب سعادته و صحته و راحته

✓ السلبية و التشاؤم:

يكون التركيز في هذا المخطط على مدى امتداد العمر على جوانب الحياة السلبية مثل الموت الخسارة، خيبة الأمل، الصراع والذنب.

❖ المحور السادس: اختلال الحدود و له مخططين و هما :

✓ التمرکز في الذات:

يشير هذا المخطط الى أن الشخص لديه اصرار شديد و مغالي فيه على أن من حقه أن يحصل على كل ما يريد بغض النظر عما يعتبره الاخرين أنه مطلب معقول حتى لو يتم هذا المطلب على حساب الاخرين .

✓ ضعف ضبط النفس:

في هذا المخطط يجد الفرد صعوبة شديدة في أن يتحكم في نفسه، أو أن يضبط انفعالاته و رغباته وتعبيراته.(مصطفى سويف، دت)

2.8 - المعتقدات الاساسية:

يعرف اليس (1987) Elis المعتقدات بأنها: ” تلك المجموعة من الأفكار الخاطئة والغير منطقية والتي تتميز بعدم موضوعيتها والمبنية على توقعات وتعميمات خاطئة وعلى مزيج من الظن والتنبؤ والمبالغة و التهويل بدرجة لا تتفق مع الامكانيات العقلية للفرد” (عبد الله معتز ،محمود السيد ،1994: 424)

في حين عرفها باترسون Paterson (1981) قائلاً: ”هي المفاهيم والمعتقدات التي يتبناها الفرد عن الأحداث والظروف الخارجية والتي ترجع نشأتها الى التعلم المبكر غير المنطقي ” (باترسون ،1981: 6).

كما صرح بيك بوجود أنواع أخرى من المعارف التي تسمى ب المعتقدات القاعدية les croyance de base، وتتميز بأنها ثابتة ويتم قبولها بأنها صحيحة بدون مناقشة، أما بالنسبة للمعتقدات المركزية Les croyances centrales في الغالب هي غير لفظية وتكون غير نشطة في معظم الوقت ويمكن أن تصبح في حالة نشاط عندما يكون الفرد مكتئباً أو يعيش تحت ضغط نفسي، تشير الى أن المعتقدات القاعدية هي مصدر الأفكار الالية والانفعالات والسلوكات الغير مناسبة وهذه المعتقدات تظهر خلال المراحل الابتدائية أو التمهيدية للنمو الطفولي وهذا عندما ينظم الأطفال تجاربهم واندماجهم مع الاخر والعالم . (Tiberghien & Baudouin, 2008, p. 15)

3.8 - السيرورات المعرفية :

عبارة عن قواعد منطقية لتحويل المعلومة وهي المسئولة عن انتقال الأخطوطات نحو الأحداث المعرفية كما أنها تسمح بانتقال الأخطوطات الغير واعية الى أفكار الية وبعد ذلك الى أفكار مراقبة.

1.3.8 - السيرورات المعرفية الآلية : processus automatique

تتميز بأنها غير واعية، سريعة، بدون جهد وهي تستوجب اهتمام بسيط وأحيانا معدوم ومن الصعب تغييرها ولها علاقة مع الأخطوطات وتنتج الأفكار الآلية التي تبرز الى مستوى قريب من الوعي .

2.3.8 - السيرورات المعرفية المراقبة : les processus controlés

تكون واعية، طويلة، تستوجب القوة والانتباه ومن السهل تغييرها ولها علاقة مع الأفكار المنطقية وتبرز من خلال التركيز على الذات نفسها وان العلاجات المعرفية تسعى الى مساعدة السيرورات المراقبة بالموازات مع السيرورات الآلية لمعالجة المعلومات من خلال التركيز على المخططات المضطربة. (Cottraux,2000 ,p :18)

4.8 - الأفكار الآلية أو الأوتوماتيكية :

ان الافكار الاوتوماتيكية هي عبارة عن تيار من الأفكار المنضمة والسابقة للخبرة الانفعالية وتسمى بالأفكار الأوتوماتيكية لأنها أفكار تنبثق تلقائيا وبسرعة خاطفة موازية في ذلك تيار من الأفكار العلنية (أرون بيك، 2000).

يمكن تعريف الأفكار الأوتوماتيكية أو الآلية أو الغير وظيفية بأنها تيار من الأفكار أو المعتقدات التي تتولد لدى الفرد من لحظة الى أخرى وهي تظهر في مواقف محددة، تبدو وكأنها معقولة عند اجتيازها الذهن رغم كونها لا تتطابق مع الواقع. (Cottraux J. , 2006, p. 59.60)

يوضح بيك الى أن الأفكار التلقائية تؤدي الى التحريف المعرفي الذي يعد نتيجة لها وهذا التشويه المعرفي يظهر في أساليب التفكير الخاطئة في صور وأشكال متنوعة مثل التجريد الانتقائي والاستنتاج الاعتيابي وغيرها وان ما يميز هذه الأفكار هو أنها محرفة وغير واقعية وغير دقيقة في الاضطرابات النفسية. (طه عبد العظيم، 2007)

كما تتمثل الافكار التلقائية في الأفكار والتصورات والتخيلات والاعتقادات والمعاني السلبية التي يكونها الفرد نحو ذاته ونحو المواقف و الأشياء من حوله والعالم. (المؤمن داليا، 2004)

يعرفها المحارب بأنها : ”تلك الأفكار التي تقلت من سيطرة الفرد وتزعجه، ولكن من الممكن تدريبه على مراقبة ورصد هذه الأفكار، ثم التخلص منها او ابطال مفعولها غير الايجابي عليه” (ناصر المحارب، 2000 : 133) .

تتميز هذه الأفكار بمجموعة من الخصائص وهي :

- ✓ تكون واضحة ومميزة بصفة عامة و بعيدة عن الغموض.
- ✓ تكون صياغة الأفكار في شكل أسلوب اختزالي حيث تكون مكونة من كلمات جوهرية قليلة جدا.
- ✓ ان هذه الأفكار خالية من المضمون المنطقي .
- ✓ أنها تدور حول موضوع واحد وان اختلف مضمونها في الظروف المختلفة .
- ✓ ان هذه الافكار تقاوم التغيير بالرغم من وجود المنطق والدليل الذي يبين ضرورة تغييرها لأنها سلبية و انعكاسية .
- ✓ تكون الأفكار التلقائية متعلمة أو مكتسبة من خلال الأسرة والأصدقاء.
- ✓ تظهر بشكل عفوي و بدون مجهود .
- ✓ ينتج عنها أخطوطات وقواعد تكون موجه في معظم الأحيان الى الفرد ذاته. (عبد العظيم، 2007)
- ✓ تتمتع بنوع من الاستقلالية فهي تنشأ دون أي جهد من طرف الشخص (المريض) بل انه لا يمتلك القدرة على ايقافها .
- ✓ لا تساعد على تحقيق و انجاز الأهداف. (ارون بيك، 2000)

5.8 - التشويهات أو التحريفات المعرفية:

يمكن اعتبار التشويهات المعرفية همزة وصل بين المخططات المعرفية والأفكار التلقائية لدى المريض، حيث أن أي تفكير تلقائي ينعكس في تشويه معرفي واحد أو أكثر، يقصد بالتحريفات المعرفية أن المعاني والأفكار التي يكونها الفرد عن الحدث أو الموقف تكون خاطئة ولا تمثل بالضرورة مكونات الواقع الفعلي، ويتضمن التشويه المعرفي أخطاء في المحتوى المعرفي للفرد (طه عبد العظيم، 2007)

5.8.1 - الاستنتاج التعسفي:

يعرف بأنه العملية التي يتم فيها التوصل الى نتيجة ما من موقف أو حادثة أو خبرة في الوقت الذي لا يوجد فيه أي دليل ليدعم هذه النتيجة أو عندما تتعارض النتيجة مع الموقف أو الحادثة أو الخبرة .

5.8.2 - التجريد الانتقائي أو الانتقاء السلبي:

فيه يتم ادراك المعلومة خارج سياقها فيلاحظ الفرد تفاصيل معينة ويتجاهل معلومات أخرى مهمة، كما يعني أيضا عزل الفرد لخاصية معينة من سياقها العام مع تأكيدها في سياق اخر لا علاقة له بالنتيجة السلبية السابقة .

5.8.3 - التعميم الزائد أو المبالغ:

يعد التعميم أسلوب من التفكير يرتبط بكثير من الأنماط المرضية خاصة الاكتئاب فالمكتئب غالبا ما يعمم الخبرات الحزينة على ذاته تعميما سلبيا، فقد تأخذ حادثة أو عنصر واحد كتمثل لفئة واسعة من المواقف أو العناصر.(ابراهيم عبد الستار، 1994).

5.8.4 - التهويل أو التصغير,التضخيم أو التقليل:

تهويل وتكبير بعض السلوكيات مثل تأثير السلوك السلبي للزوج في حين التقليل والتصغير من سلوكيات اخرى مثل السلوك الايجابي للزوج وبعبارة أخرى تعظيم السلوكيات السلبية والتصغير من السلوكيات الايجابية.

5.8.5 - أخذ الأمور على محمل شخصي:

يرجع الفرد الأحداث الخارجية لنفسه عندما يظهر دليل غير كاف لتحديد السبب وبمقتضى هذا الأسلوب يقوم المريض بالاكتئاب الى التورط في تحمل مسؤولية الأخطاء الخارجية بمعنى أنه ينسب الى نفسه (دون وجود برهان) مسؤولية الخطأ والنتائج السلبية في المواقف التي يمر بها.

5.8.6 - التفكير الثنائي و هذا ما يعرف بالكل أو لا شئ أو التفكير الاستقطابي:

حيث أنه يصنف الخبرات على أنها نجاح كامل أو فشل تام، فعلى سبيل المثال تقول الأم لابنها الذي ينظف غرفته لا تزال هناك أتربة على مكتبك وعليه يرى ابنها أنها لا ترضى أبدا عما فعله وهي تعني الميل للتفكير بصورة مطلقة .

5.8.7 - وضع اللافتات أو العنونة:

حيث ينسب الفرد السمات السلبية لنفسه وللآخرين مثل أنا شخص خاسر، ومنه فالعنونة تعني أنه بدلا من وصف أخطائنا الشخصية أو أخطاء شخص ما اخر تستخدم تسمية سلبية مثل أنا خاسر(طه عبد العظيم، 2007،

5.8.8 - قراءة الأفكار أو القفز الى الاستنتاجات:

يعتقد الفرد أنه قادر على معرفة ما يفكر به عضو اخر في الأسرة أو ما الذي سيفعله في المستقبل القريب وهذا بدون تواصل لفظي مباشر بين الطرفين فعادة ما يكون لدى المتزوجين غير متوافقين توقع سلبي لتصرفات الطرف الاخر. ان هذا النزوع للاستنتاج السريع هو الذي يدفع بالفرد المكتئب الى أنماط خاطئة من السلوك و التصرفات .

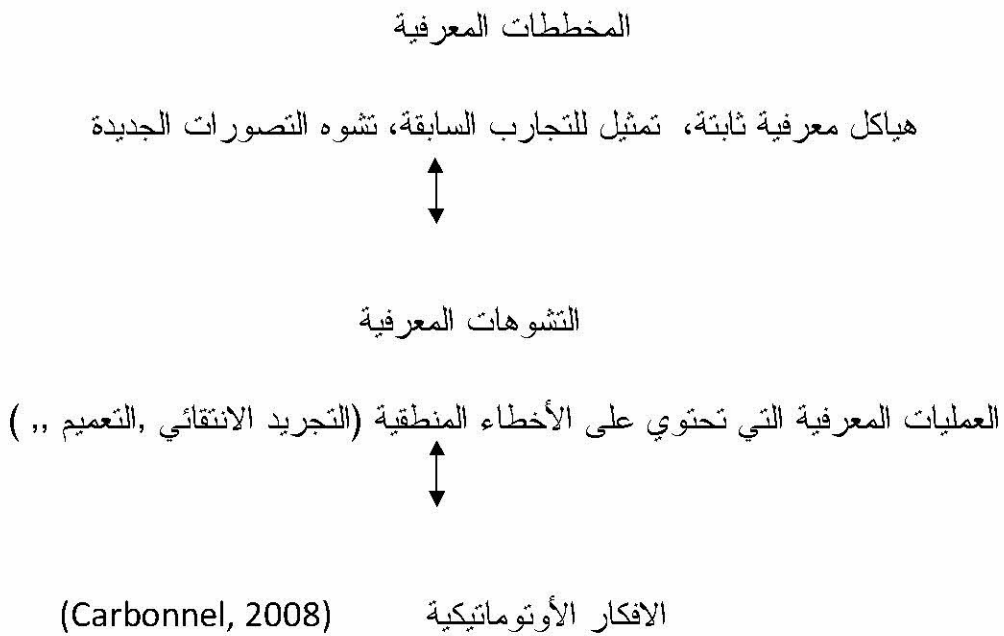
يمكن تلخيص وجهة نظر بيك في الاكتئاب في النقاط التالية :

✓ تكون نموذج بيك المعرفي من أنماط معرفية ثابتة نسبيا (مخططات) ومن النظرة سالبة عن الذات والمستقبل والعالم (الثالوث المعرفي)، ويتألف هذا الأخير من ثلاثة عناصر معرفية تحت المتعالج على أن ينظر الى نفسه ومستقبله وتجاربه بطريقة خاصة، فالمكتئب ينظر الى نفسه نظرة سلبية معتقدا بأنه شخص غير مرغوب فيه، وعديم القيمة بسبب خلل نفسي أو أخلاقي أو جسدي في نفسه، ويتألف العنصر الثالث من الثالوث المعرفي من ميل المكتئب الى تفسير تجاربه بطريقة سلبية، فهو يرى أن العالم يفرض عليه مطالب ومصاعب لا تقهر ولا يمكن تذليلها للوصول الى أهدافه في الحياة، أما العنصر الثالث من الثالوث المعرفي فهو النظرة السلبية للمستقبل، حيث يرى المكتئب بأن مصاعبه الحالية سوف تستمر الى ما لا نهاية.

✓ ان المخططات تمثل المكونات البنائية الأساسية للتنظيم المعرفي التي من خلالها يتعرف الكائن

ويصنف ويقيم خبراته وتتصف مخططات الفرد المكتتب بوجهات نظر سالبة، كرؤية الذات على أنها سالبة وبلا قيمة وغير مرغوب فيها ورؤية العالم على أنه محبط والنظر الى المستقبل على أنه عقيم و مليء باليأس .

- ✓ لقد افترض بيك أن المخططات السالبة يتم تفجيرها أو ظهورها بحدوث أحداث حياة سالبة ويتم المحافظة عليها بميل الفرد الى تشويه المعلومات الواردة اليه بطريقة منظمة في أسلوب غير توافقي أو سلوك انهزامي . (غريب عبد الفتاح، 2005)
- ✓ يرى بيك أن وجدان وسلوك الفرد يتم تحديدهما الى حد بعيد بالطريقة التي يبني أو يفكر في العالم وقد اقترح بيك أن خبرات الحياة المبكرة تؤثر في طبيعة النظام المعرفي للفرد وذلك لأنها المسؤولة عن المفاهيم السالبة للذات والعالم والمستقبل، ان الأفراد الذين ينمون وجهة نظر سالبة عن الذات والعالم والمستقبل والذين يحافظون على وجهة النظر هذه من خلال التشوهات أو الانحرافات المعرفية يكونون مهينون للاكتئاب عندما تنشط المخططات بخبرات حياة سالبة مماثلة أو مشابهة بتلك التي ساهمت في نمو المخططات السالبة. (محمد الخطيب، 2000)
- ✓ توجد علاقة ترابطية بين كل من المخططات المعرفية والتشوهات المعرفية والأفكار الاوتوماتيكية ،كما يبينه الشكل التالي :



الشكل (1) العلاقة بين المخططات المعرفية و التشوهات المعرفية و الافكار الاوتوماتيكية

يتضح لنا من خلال الشكل المعروض ان المخططات المعرفية هي المسئولة عن ظهور الافكار الاوتوماتيكية التي غالبا ما تكون مشبعة بالتشوهات المعرفية.

✓ نخلص الى أن النموذج المعرفي لبيك يعتبر من أنسب العلاجات المعرفية السلوكية لعلاج الاكتئاب البسيط و المتوسط و يتلخص في أربع خطوات أساسية اتبعت هذه الخطوات أيضا في علاج اضطرابات أخرى من قبل علماء آخرين وتتضمن الخطوات ما يلي :

➤ مساعدة المريض في تحديد والتعرف على الأفكار الالية السلبية والتعرف على العلاقة بين هذه الأفكار والمشاعر السلبية المرافقة والنتائج السلوكية .

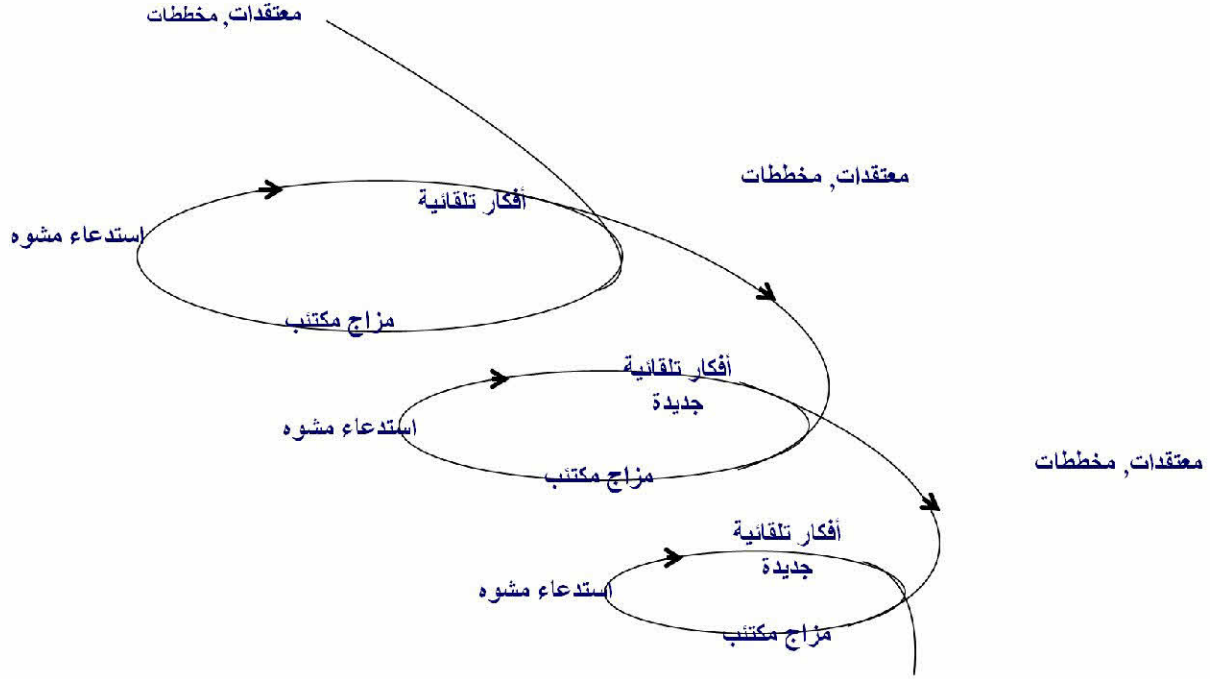
➤ اختبار دقتها و مدى صلاحيتها .

➤ تدريب المريض على كيفية استبدال أفكار بديلة ايجابية بدل السلبية .

➤ التدريب على أساليب تحدي الأفكار الأولى الخاطئة.

هذه الخطوات الرئيسية وما يتبعها من أنشطة تستخدم أيضا في معالجة اضطرابات مختلفة غير الاكتئاب مع وجود تعديلات أجريت من قبل بعض المعالجين المعرفيين السلوكيين أمثال ديفيد كلارك David Clark ,ساركوفيكس Serkofiks . (تيسير شواش ، 2006)

ان العناصر السابقة الذكر التي تشكل النموذج المعرفي المقترح من طرف بيك يمكن ان تساهم في ظهور دورة الاكتئاب على النحو التالي:



الشكل رقم (2) يبين دورة الاكتئاب (صباح السقا، 2009)

يتضح من خلال الشكل المعروض ان الافكار التلقائية هي التي تساهم في تجدد دورة الاكتئاب حيث تتميز هذه الاخيرة باللاعقلانية وبالتشوّهات المعرفية التي من شأنها المساهمة في ظهور المزاج المكتئب .

9 - العلاج المعرفي للاكتئاب وفق منهج بيك:

لقد أثبت العلاج النفسي المعرفي فعالية كبيرة في علاج الاكتئاب وكذا علاج مجموعة أخرى من الاضطرابات النفسية وهذا ما بينته مجموعة واسعة من الدراسات و التي نذكر من بينها :

دراسة سميرة شرقي وجبالي نور الدين (2009) بعنوان البرنامج العلاجي المعرفي لعلاج كرب ما بعد الصدمة لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، من بين النتائج التي توصل إليها هذا البرنامج العلاجي المعرفي: تبصير أعضاء المجموعة بأهمية المحاولات المبذولة للتغلب على الضغوط التالية لصدمة الإصابة بسرطان الثدي والتعايش معها ومنه خلص هذا البحث إلى أن العلاج المعرفي هو علاج فعال وذو

تأثير كبير للتخفيف من حدة أعراض الإصابة بسرطان الثدي . (جبالي نور الدين ،سميرة شرقي، 2009)

دراسة صفاء ديوب (2010)، بعنوان فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاحتراق النفسي، يهدف هذا البحث إلى إنشاء برنامج يعتمد على مجموعة من المهارات المعرفية والسلوكية بغرض التخفيف من حدة الاحتراق النفسي لدى العاملين، من النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيق هذا البرنامج العلاجي: أن العلاج المعرفي السلوكي يعد علاجاً فعالاً عند تطبيقه على الأشخاص الذين يعانون من الاحتراق النفسي، حيث لوحظ تلاشي الأعراض وكذلك تحسن في الحالة المزاجية وارتفاع مستوى الثقة بالنفس وعند بعض الحالات زوال أعراض الاحتراق النفسي . (صفاء ديوب، 2010)

دراسة حامد الغامدي(2009) بعنوان البرنامج المعرفي السلوكي لتخفيف اضطراب القلق والرهاب الاجتماعي، لقد طبق هذا البرنامج على مرضى تتراوح أعمارهم ما بين 18 و 45 سنة وهذا باستخدام المنهج التجريبي أما بالنسبة لأهم الفنيات التي استخدمها الباحث في هذه الدراسة فلقد تمثلت في: فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها، فنية المراقبة الذاتية، فنية التعريض. خلصت الدراسة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يعد علاجاً فعالاً للتخفيف من اضطراب القلق والرهاب الاجتماعي . (احمد الغامدي، 2005)

كما يعد منحى بيك في التفسير والعلاج المعرفي للاكتئاب من أبرز التفسيرات المعرفية وأكثرها شيوعاً في مجال العلاج المعرفي وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات أن فاعليته توازي على الأقل فاعلية العلاج بالعقاقير في علاج الاضطرابات الاكتئابية. (بديعة واكلي، 2010)

كما درس بيك الاكتئاب و وجد أنه يضم نظم معرفية خاصة وهي :

✓ التفسيرات السلبية للأحداث الخارجية .

✓ رفض الذات وكرهها .

✓ النظر الى المستقبل بطريقة سلبية .

✓ ترجع تلك الإدراكات والتفسيرات السلبية الى أخطاء في المنطق وعليه فان مهمة المعالج المعرفي تتمثل في :

✓ جعل المريض على دراية بأخطاء المنطق التي يمتلكها عند تفسيره للأحداث الخارجية .

✓ مساعدة المريض على تغيير أفكاره غير المنطقية .

✓ النظر الى الأحداث الخارجية بنظرة موضوعية. (بديعة واكلي،2010) .

كما يمر العلاج المعرفى بمجموعة من الخطوات أو المراحل التى ينبغى للمعالج والعميل اتباعها و الحرص على التطبيق الأمثل لها و يتم ذلك فى حالة التعاون المتبادل بين هاذين الأخيرين ولهذا يمكن القول أن العلاج المعرفى هو علاج تعاونى وتفاعلي ويتطلب العلاج مجموعة اجراءات تهدف الى تحديد ومواجهة الأفكار السلبية بصورة تسمح بتطوير بدائل ايجابية مناسبة وأفكار منطقية وتوافقية تتعامل مع الواقع من جديد .

تتمثل هذه الخطوات وفق منهج بيك فيما يلي :

✓ تعريف المريض بمبدأ العلاج المعرفى، الى جانب التعرف على الافكار الالية .

✓ وضع معلم أو مرجع للتشوهات المعرفية.

✓ تقييم مدى ملائمة أو مناسبة الأفكار الأوتوماتيكية السلبية.

✓ محاولة التعرف على ايجابيات وسلبيات هذه الأفكار الالية .

✓ نقترح على المريض توصيات وتأكيدات أكثر تأقلا و لها طابع واقعي وحقيقي.

بالنسبة للخطوة الأولى فنتمثل فى تعريف المريض بالمبدأ الذى يقوم عليه العلاج المعرفى وهذا باستعمال نموذج أ ،ب ،ج مثلا، ويمثل العمود(أ) الحدث المفجر أوالمحرض الذى تعرض له الفرد، فى حين نطلب منه أن يسجل فى العمود(ب) المعتقدات وردود الفعل اتجاه هذا الحدث والمتمثلة فى الأفكار الأوتوماتيكية وأخيرا العمود (ج) الذى يمثل النتائج الانفعالية الناجمة عن هذا الحدث، وهذا ليعي المريض العلاقة التى تربط طريقة التفكير والانفعال الناتج عنها .

نأخذ المثال التالى لتوضيح ذلك، طلبت مريم من طبيبها مساعدتها لأخذ شهادة طبية وهذا للاستقالة من وظيفتها الحالية حيث أنها حديثة العهد بهذه الوظيفة و وجدت صعوبة كبيرة فى التأقلم مع زملائها فى العمل رغم محاولاتها العديدة لتوطيد أواصر الصداقة بينها وبينهم، حتى أنهم يتجاهلونها فى

بعض الأحيان و يعتبرونها غبية وعديمة المسؤولية وغير مؤهلة حسب رأيها وما زاد من حدة المشكلة هو مديرها فى العمل الذى يتصرف معها بطريقة قاسية ويصرخ بوجهها أمام الزملاء.

سيحاول المعالج تطبيق هذا النموذج على الحالة

أ - الحدث المفجر أو المحرض فيتمثل فى: تجاهلها من طرف الزملاء وانقاص قيمتها من طرف المدير.

ب - المعتقدات وردود الفعل اتجاه هذا الحدث : اعتقادها بأنها غبية وغير مؤهلة وعديمة الجدوى وهذا ما يفسر سلوك زملائها

ج - النتائج الانفعالية : تشعر مريم بالاكنتاب والقلق والضيق .

هنا نفهم العلاقة بين الأفكار الالية والاستجابة الانفعالية وكيف أن ذلك يؤدي الى الفهم الخاطئ للأخر وهو الحال بالنسبة للشخص المصاب بالاكنتاب حيث أنه نتيجة لتبنيه أفكار الية خاطئة نجده تسيطر عليه مجموعة من الانفعالات السلبية المميزة لاضطراب الاكنتاب.

الخطوة الثانية: تتمثل فى التعرف على الأفكار السلبية وهي تلك الافكار التي تظهر بطريقة عفوية خلال تجاوبنا مع وضعية أو حدث معين، قد يكون المريض واعى بالسمة الالية لهذه الأفكار أولا وهي تمثل مركز العلاج المعرفي لأن المريض المكتئب فى معظم الأحيان يكون مقتنعا بملائمتها أو صحتها وهي التي تحدد طريقة ترجمته للأحداث .

فمثلا المريض المصاب بالقلق الذى يطلب منه القاء كلمة أمام الجمهور يمكن أن يعبر بالفكرة السلبية الالية التالية : ان الناس يسخرون منى وبالتالي يتفادى اللقاءات والعروض الاجتماعية، كما أن المرأة المصابة بالاكنتاب تعبر عامة بالفكرة الالية السلبية التالية: أنا أشكل عبئا على أقاربي و هذا ما يجعلها تبتعد عن محيطها العائلي .

منه فانه خلال هذه المرحلة يستطيع المريض تقييم أفكاره السلبية الناتجة عن بعض التوقعات من خلال شبكة تقييم الأفكار او تقنية التقييم الذاتى grille dévaluation des pensés والتي تتمثل فى :

التاريخ، date، الوضعية situation (ماذا تفعل أو بما تفكر)، الانفعال Emotion بماذا تحس وما هى شدة الانفعال من خلال تحديد الدرجة على مقياس يتراوح من 0 الى 100، الأفكار الالية pensée automatique

ماهى الأفكار التى تدور برأسك الآن وما هو مستوى المعتقدات الذى ستمنحه له من خلال سلم يتراوح من 0 الى 100

أما خلال المرحلة الثالثة سيحاول المعالج تقييم ما اذا كانت أفكار المريض تعكس بعض التشوهات المعرفية وتجدر الإشارة الى أن هناك 7 أنواع من التشوهات المعرفية .

فى المرحلة الموالية يأخذ المريض موقف المواجهة مع هذه الأفكار الالية و هنا يتم البحث عن الدلائل التى تؤكدتها ثم الدلائل التى تنفيها مثلا نطلب من المريض ذكر الأدلة التى تؤكد أن تفكيره صحيح و ما هى الأدلة التى تبين عدم صحتها .

فى المرحلة الخامسة : نقوم بعملية تقييم أو تمشين مدى ايجابية وسلبية الأفكار الالية لا يجب أن نقول له بماذا يجب أن يفكر ولكن نجعله يتحقق من نتائج ميكانيزمات تفكيره ويمكن الاستعانة بجدول.

أخيرا وبالتعاون مع المريض نحاول بناء أفكار بديلة أكثر تأقلمًا ولتحقيق ذلك يمكن الاستعانة بالأسئلة التالية : هل يمكنك التعامل مع هذه الوضعية بطريقة أكثر عقلانية؟ ما الذى سيفكر به شخص اخر اتجاه هذه الأفكار؟ ما هى النصائح التى تقدمها له ؟

10 خطوات أو عملية العلاج النفسى المعرفى للاكتئاب:

يمكن استخدام العلاج المعرفى مع كل أنواع الاكتئاب، وفي بعض الحالات قد يترافق مع العلاج الدوائي وهذا في الحالات الشديدة من الاكتئاب، ويعطى العلاج المعرفى نتائج ايجابية اذا كان المريض على استعداد تام للمشاركة فى العلاج و يمر العلاج المعرفى للاكتئاب بثلاث مراحل

مرحلة بداية العلاج والتي تتجمع فيها أهداف عديدة والتي على المعالج أن يعمل على تحقيقها فى البداية مع مريض الاكتئاب، هذه الأهداف يمكن وضعها فى ثلاث فئات وهي التقييم، تطبيع المريض داخل النموذج المعرفى، والتعامل مع أعراض التشاؤم لدى المريض ولتحقيق هذه الأهداف وغيرها، لا بد من الحرص عند بداية العلاج على أن يكون للمعالج المعرفى علاقة تعاونية بينه وبين المريض، كما يتم التركيز خلال هذه الجلسات على نوعين من الاختلال الوظيفى: التفكير المشوه معرفيا والعجز عن التعلم، وضعف الأداء الوظيفى للذاكرة. (صباح السقا، 2009)

أما بالنسبة للمرحلة الوسطى من العلاج فتكون موجهة الى كشف الأفكار التلقائية المشوهة سلبيا و كذلك التعرف على المعتقدات أو الأخطوطات وتوظيفهما لعكس الثالوث المعرفي السليبي كما يتم مساعدة العميل على تحديد التشوهات المعرفية مثل التجريد الانتقائي وغيرها وهذا من خلال الاستعانة بتقنيات مختلفة ولتحقيق كل ذلك لا بد من وضع جدول أعمال للجلسة (أجندة)

أن المهمة الأسمى والأخيرة للمعالج في كل جلسة هي الحصول على تقرير يبين ردود أفعال المريض عن الجلسة، كأن يذكر ملخصا للأشياء البارزة في الجلسة أو ما تعلمه أثناء الجلسة والعائد يساعد في اكتشاف مشاعر المريض حيال الجلسة. ومنه فهذه الجلسة ترمي الى استنباط واختبار الأفكار التلقائية السلبية وبذلك يكون المريض قد أدرك المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي.

مرحلة انتهاء العلاج منذ البداية يوضع المعالج للمريض بأن العلاج له وقت محدد وسينتهي بانتهاء الخطة العلاجية المبرمجة ولذلك يجب عليه أن يتعلم كيف يتعامل مع مشكلاته النفسية بنفسه نظرا لأن هدف العلاج المعرفي هو تسهيل عملية الشفاء من الاضطراب و تعليم المريض أن يكون هو المعالج لذاته، وليس الاعتماد على المعالج في حل كل المشكلات ولهذا الغرض فانه من المفيد أن يقوم المعالج بتعليم المريض بعض الأدوات و الأساليب

أن يؤكد له في نفس الوقت أن هذه المهارات بمثابة مساعدات مدى الحياة حيث بإمكان المريض استخدامها مع عدد من المواقف في المستقبل، كون أن هذه الأساليب ليست محددة فقط باضطراب واحد مثل الاكتئاب بل أنها يمكن أن تستخدم في أي وقت يشعر فيه الفرد أنه يتصرف بشكل شديد الانفعالية أو بطرق غير تكيفيه وعليه فانه من بين الأساليب والأدوات التي يمكن أن تستخدم أثناء وبعد العلاج هي:

✓ تقنيات المشكلات الكبيرة الى مكونات أصغر يمكن التعامل معها .

✓ توليد استجابات جديدة للتعامل مع المشكلات .

✓ تحديد الأفكار و المعتقدات الذاتية واختبارها والاستجابة لها .

✓ استخدام جدول تسجيل الأفكار المضطربة .

✓ مراقبة و تسجيل الأفكار المضطربة .

✓ القيام بتدريبات الاسترخاء .

✓ استخدام أساليب التشتيت و إعادة التركيز .

✓ ابتكار وتجريب الطرق للتعامل مع مهام متدرجة الصعوبة .

✓ كتابة قائمة بالعبارات الذاتية الايجابية، تحديد المميزات والعيوب للأفكار والمعتقدات والسلوكيات
أو الاختيارات المحددة عند محاولة اتخاذ القرار. (زيزي السيد، 2006)

11 الهدف من العلاج المعرفي للاكتئاب:

يسعى العلاج المعرفي للاكتئاب الى تحقيق مجموعة من الأهداف والتي نوجزها فيما يلي :

✓ التغيير المعرفي بمعنى حمل الأفراد على مقارنة مختلفة للأشياء من خلال الكثير من الهدوء
والوضوح وأخذ مسافة معينة تجاه الحدث.

✓ تغيير النظرة التي يحملها الفرد حول العالم وهذا ما يسمح له بالوصول الى التحكم أكثر في ذاته
تعلم كيفية قبول العالم كما هو و ليس كما يجب أن يكون.

✓ مساعدة الحالات التي عانت من الاكتئاب في مراحل سابقة من حياتها من تعلم تقنيات مفيدة
ونافعة وهذا لتجنب خطر العودة الى الاصابة بالاكتئاب مجددا. (بنعيسى، 2000)

✓ من خلال تعرض الحالة الى البرنامج العلاجي المعرفي يصبح أكثر وعياً بأحاسيسه الجسدية و
مشاعره وأفكاره وهذا فترة بعد فترة .

✓ يلعب العلاج المعرفي دورا مهما حيث أنه يساعد الفرد المكتئب على بناء العلاقة بين أفكاره
وأحاسيسه وتعتبر هذه الخطوة ضرورية ليتمكن الفرد المكتئب من اعادة بناء توازنه النفسي.

✓ يسعى العلاج المعرفي الى مساعدة الفرد المكتئب على اختيار الايجابيات العقلانية التي تعتبر
كردود فعل مقنعة ضد الأفكار المشوهة.

✓ التعرف وادراك العلاقة بين الأفكار والانفعالات والسلوك وبالتالي يمكن بتعديل أحد أركان هذا
الثلاثي يعتدل الطرفان الآخران .

✓ تعليم المتعالجين أن يحددوا و يقيموا أفكارهم وتخييلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث
والسلوكات المضطربة أو المؤلمة.

✓ جعل المريض على وعي بأفكاره الالية الغير مكيفة أو الغير مؤهلة .

✓ التعلم كيفية التساؤل حول محتوى الأفكار الالية واختبار مدى مصداقيتها

✓ السعي الى ايجاد تأويلات أكثر عقلانية بديلة للأفكار الالية .

✓ التعرف وتغيير الأخطوطات الانفعالية .(Graziani, 2000)

✓ تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة أو تشوهات فكرية .

✓ تدريب المتعالجين على استراتيجيات وتقنيات معرفية وسلوكية لتطبيق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة مشكلات مستقبلية .

✓ تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات

✓ تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام ذلك خلال الحوار الداخلي . (Zindel v, 2004, p. 110)

12 المبادئ التي يقوم عليها العلاج المعرفي للاكتئاب:

يرى المعرفيون أن التفكير هو الجانب الأساسي للانفعال، ومنه يجب التركيز حول أفكار الفرد المكتئب وهذا بتدريبه على التفكير بطريقة سليمة تساعده على السيطرة على كثير من انفعالاته السالبة، ولقد بينت مجموعة من الدراسات ان العلاج المعرفي يتعامل مع انفعالات الفرد من خلال الجانب المعرفي له ويتصحيح نظامه المعقدي وهذا للتغلب على الأعراض الاكتئابية التي قد تكون خالصة أو مصاحبة لاضطراب آخر من بين الدراسات التي يمكن الاشارة اليها في هذا المجال يمكن ذكر ما يلي :

دراسة مها بنت صالح محمد الحمري (2002) التي تحمل عنوان فاعلية أسلوب بيك للعلاج المعرفي في علاج الاكتئاب المصاحب للاعاقة الحركية، ولقد هدفت هذه الدراسة الى : الكشف عن مدى فاعلية العلاج المعرفي في علاج الاكتئاب المصاحب للاعاقة الحركية، وقد استخدم الباحث الادوات التالية:مقياس بيك للاكتئاب، مقياس الأحكام التلقائية عن الذات، مقياس وكسلر بلنفيو اللفظي لذكاء الراشدين والمراهقين.

تمثلت نتائج هذه الدراسة فيما يلي : توجد فروق ذات دلالة ايجابية في نتيجة القياس النفسي القبلي والبعدي للاكتئاب، توجد فروق ذات دلالة ايجابية في نتيجة القياس النفسي القبلي والبعدي لتعميم الفشل، توجد فروق ذات دلالة ايجابية في نتيجة القياس النفسي القبلي و البعدي للمبالغة في المستويات ومعايير الأداء. (مها بنت صالح الحمري، 2002)

دراسة دوبسون Dobson (1989) بعنوان التحليل الكمي لفاعلية العلاج المعرفي للاكتئاب أما بالنسبة لأهداف البحث فلقد تمثلت في القيام بتحليل مقارن لعدة دراسات للعلاج المعرفي والدوائي للاكتئاب من خلال مراجعة دوبسون لثمانى دراسات عشوائية عدد العينة (721) تقارن مقارنة واضحة بين علاج بيك المعرفي للاكتئاب والعلاج الدوائي (مضاد ثلاثي الحلقات) في علاج متعالي العيادات المكتئبين ولقد توصلت هذه الدراسة الى أن العلاج المعرفي قد تفوق على العلاج الدوائي حسب مقياس بيك للاكتئاب، فقد كان المعدل الوسطي للذين تحسنوا بتلقي العلاج المعرفي أفضل بنسبة 70 % من المتعالجين الذين تلقوا علاجاً دوائياً. (صباح فتحي السقا، 2005)

دراسة فاديا شربتجتي (1987) التي تحمل عنوان تقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لحالات الاكتئاب العصابي وترمي هذه الدراسة الى تحقيق مجموعة من الأهداف و التي تتمثل في: تبيان قيمة العلاج المعرفي السلوكي وفاعليته في معالجة حالات الاكتئاب العصابي لدى الاناث في المملكة العربية السعودية. توصلت الدراسة الى النتائج التالية: وجود فروق جوهرية ذات دلالة احصائية بين درجات الاختبارات قبل العلاج وبعده على فئات البحث الثلاثة وقد حققت مجموعة العلاج المعرفي المصاحبة للعلاج الدوائي أفضل تحسن و تلتها مجموعة العلاج المعرفي ثم مجموعة العلاج الدوائي تبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المتوسطات الحسابية لمعدلات التحسن المئوية لمجموعة العلاج الثلاث بين بعضها البعض . (صباح فتحي السقا، 2005)

بعد سرد هذه الدراسات يمكننا الى ان العلاج المعرفي يتأسس عموماً على مجموعة من المبادئ تكاد أن تشترك فيها كافة التيارات المنظرية أو الاتجاهات العامة في اطاره المعرفي العام وهي :

1. 12 المبدأ الأول: نموذج تفسير الاضطرابات الانفعالية

يتأسس العلاج المعرفي على النموذج المعرفي لتفسير الاضطرابات الانفعالية وحسب هذا النموذج ان الناس يضطربون و يعانون من المشكلات النفسية ليس بسبب الأشياء في حد ذاتها بل بسبب طبيعة وأسلوب تفكيرهم ازاء الأشياء والأحداث.

2.12 المبدأ الثاني:

ان الأحداث والأفكار والانفعالات والسلوكيات وردود الفعل الفزيولوجية لها تأثير متبادل

3.12 المبدأ الثالث:

ان الانفعالات الغير وظيفية عادة ما تكون سببها الأفكار الغير واقعية وللتخفيف من هذه الانفعالات يجب على الفرد أن يكون على وعي بهذه الأفكار مع محاولة السعي لتغييرها .

4.12 المبدأ الرابع :

ان الافراد لديهم ميل فطري لجعل حياتهم مضطربة وهذا راجع لمعتقداتهم الغير وظيفية و تدعم هذه المعتقدات من خلال المحيط الذي يعيشون فيه .

5.12 المبدأ الخامس :

يعتمد العلاج المعرفي على المنهج السقراطي و يقصد به أسلوب الحوار السقراطي فهو قائم على النقاش والجدل وتبادل المواقع في طرح السؤال والنقاش وليس على المسائلة والاستجواب كما يمكن للمناقسة و الجدل الجديين أن يساهما في تطوير علاقة علاجية تعاونية وبناء بنية معرفية سوية و يتم ذلك من خلال :

✓ أن يعترف المريض بطبيعة أفكاره التلقائية السلبية و طبيعة مشكلاته وهذا ما يساعده على أن يتعرف عليها .

✓ فحص تشوهات المريض المعرفية .

احلال أساليب تفكير أكثر توازنا وتوافقا .

✓ وضع خطط لبناء نماذج جديدة للتفكير (ارون بيك، 2000)

عليه يرى بيك (1989) ان توجيه الاسئلة خلال العلاج تعمل على تسهيل قيام المرضى بترجمة تلك الأفكار والاعتقادات التي يرونها أمورا بديهية لا تقبل النقاش الى فروض تقبل التحقق من صحتها و صدقها مما يسهل من عملية التجريب و طرح البدائل . (عبد الله محمد، 2000)

6.12 المبدأ السادس:

العلاج المعرفي عمل تفككي بنيوي مباشر يظهر ذلك من خلال استخلاص الأفكار السلبية المختلفة و تحديد المشكلات و نقد ومواجهة هذه الأفكار ووضع صيغة عامة للحالة وتحديد برنامج عمل بنيوي يتعلق بأعراض المريض و نظرتة لذاته والعالم من حوله والمستقبل.

7.12 المبدأ السابع:

العلاج المعرفي موجه نحو حل المشكلات ،حيث انه من احدى تقنيات العلاج المعرفي هي تحديد المشكلات التي تواجه المريض في الفترة الحالية وخاصة المشكلات القابلة للحل لأن المريض يمكنه توفير بيانات دقيقة عنها ووضع حلول ممكنة لها .

8.12 المبدأ الثامن :

العلاج المعرفي مؤسس على النموذج التعليمي بمعنى تعلم كيف تتعلم وهذا لغرض تعلم كيفية التفكير و تعلم طرائق أكثر فعالية لممارسة حياته. (عمر زيدية، 2012)

9.12 المبدأ التاسع:

تعتمد نظرية و تقنيات العلاج المعرفي على منهجية الاستقراء المتمثلة في حوار المعالج مع المريض ويحاول المعالج صياغة افتراضات ومن ثم محاولة اختبار ومراجعة صدق هذه الافتراضات طبقا لبيانات الحالة و نتائج العلاج .(سعد خضير،اشراف الحمداني،1991)

10.12 المبدأ العاشر:

يعتبر الواجب المنزلي أحد السمات الرئيسية للعلاج المعرفي وعليه يجب شرح أهمية الواجب المنزلي للمريض.(عبد الله محمد ،2000)

11.12 المبدأ الحادي عشر:

تتميز المقاربة المعرفية بأنها نشطة وموجهة كما أن الحصص العلاجية تكون مبنية و مؤسسة مثال عن كيفية بناء أو تأسيس الحصص العلاجية :

- المراجعة بصورة موجزة للأعراض والأحداث التي استجبت منذ اخر حصة .

- محاولة ربط الأحداث الجديدة مع نتائج الحصة السابقة.

- محاولة حل المشكل أو المشاكل الرئيسية البارزة .

- تحديد الأدلة الناجمة من الواقع . (محمد عقلان، 2000)

12.12 المبدأ الثاني عشر :

العلاج المعرفي عادة ما يكون قصير في مدة تطبيقه ويحاول حل المشاكل المعاشة في الوقت الحاضر، وان الهدف من قصر مدة الحصص العلاجية هو عدم تعلق الحالة بالمعالج واعتماده على نفسه .

(Beck Greeberg .1985 , P171)

13 شروط اختيار التقنية المناسبة :

هناك مجموعة من الشروط ينبغي الالتزام بها أثناء اختيار التقنيات العلاجية المختلفة و منها :

- ✓ الامام الكامل بتطبيق التقنية .
- ✓ مناسبتها للحالة و الموقف .
- ✓ عدم تناقضها مع تقنية أخرى مستخدمة في نفس الوقت .
- ✓ تطبيقها بشكل متكامل ومراعاة الوقت الذي تحتاج اليه .
- ✓ عند استخدام التقنية يجب شرحها وتوضيحها للحالة .
- ✓ التدريب و الممارسة الكافية لتحقيق الهدف .
- ✓ التدعيم بالتدريب والواجبات المنزلية .
- ✓ التقييم المستمر للتأكد من فاعليتها. (ال غالب ليلي ، 2005)

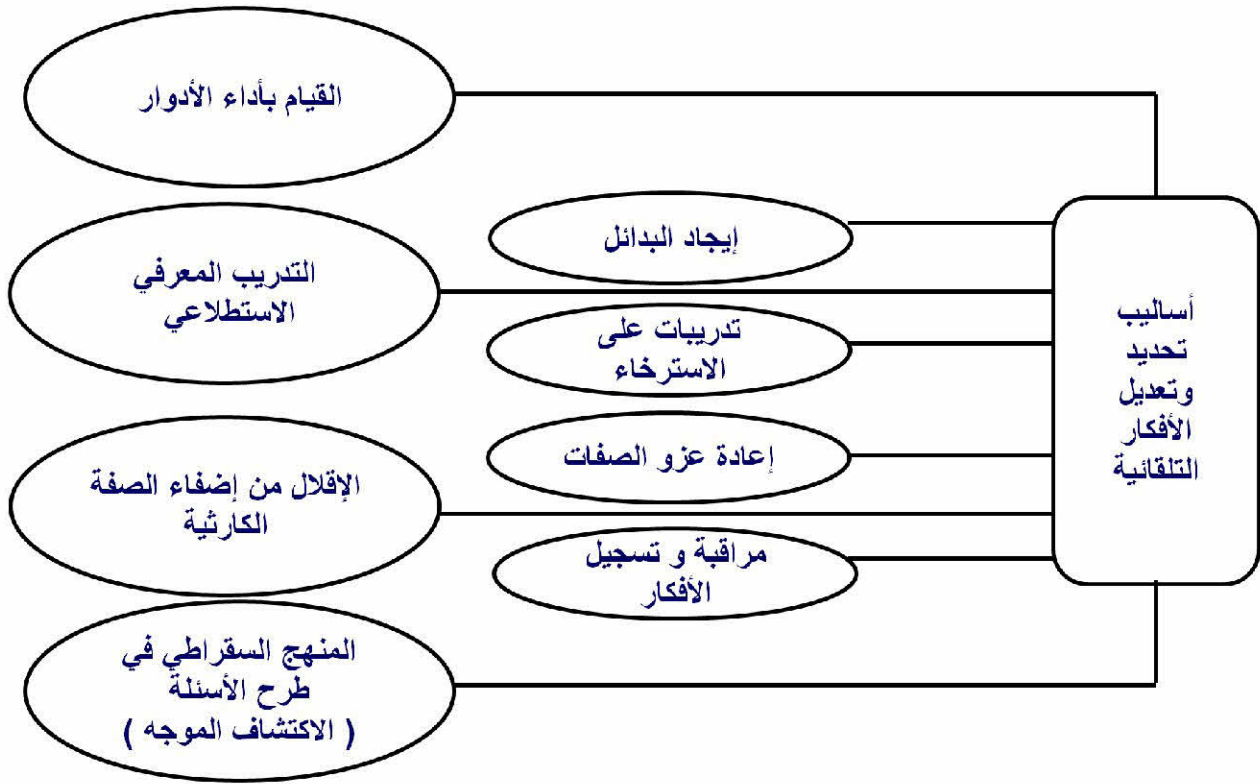
14- الفنيات أو التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي للاكتئاب :

تعتمد الفنيات العلاجية للعلاج المعرفي على مساعدة المرشد للمسترشد على التفكير والتصرف بواقعية أكثر، والتكيف مع مشكلاته النفسية لتقليل أعراضها بخفض تأثيرالتشوهات المعرفية لصياغة التفكير بالأحداث والتجارب بواقعية أكثر .

(Aaron & Rush.Shaw.Emery, 1979, p. 4)

ان معظم هذه التقنيات مقترحة من طرف بيك و أغليبتها يمكن استخدامها في نفس المداخله العلاجية من بين هذه التقنيات يمكن ذكر ما يلي :

1.14 - تقنيات تستخدم لتحديد و تعديل الأفكار التلقائية:



الشكل رقم (3) الفنيات المستخدمة للكشف عن الأفكار التلقائية

(صباح السقا، 2009)

1.1.14 - فنية المراقبة الذاتية أو التقييم الذاتي (فنية مراقبة و تسجيل الأفكار) :

la fiche d'autoévaluation de Beck

يقصد بالمراقبة الذاتية قيام المريض بملاحظة وتسجيل ما يقوم به في مفكرة أو نماذج معدة مسبقاً من المعالج وفقاً لطبيعة مشكلة المريض ويحرص المعالج على البدء في استخدام المراقبة الذاتية بأسرع وقت ممكن خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف على مشكلة المريض. إن الهدف من هذه التقنية هو التفرقة بين الانفعالات والمشاعر والأفكار وتعد هذه التقنية من أكثر إجراءات العلاج المعرفي استخداماً لتحديد الأفكار التلقائية، وعلى المعالج التعامل مع بعض المشكلات المتعلقة بتحديد الأفكار الذاتية السلبية وهي :

- ✓ صعوبة التمييز بين المشاعر والأفكار والانفعالات .
- ✓ تجنب المريض تسجيل الأفكار الذاتية لتجنب الضيق .
- ✓ عدم القدرة على الإمساك بالفكرة الذاتية السلبية .

✓ فقدان جوهر الأفكار الذاتية السلبية، فهناك الأفكار الذاتية الطرفية والفكرة الذاتية الجوهرية التي قد يصعب على المريض تحديدها بنفسه.

تعتبر هذه التقنية تشخيصية وعلاجية نظرا لأنها تهتم أساسا بتحديد الاطروالانماط المعرفية المضطربة في تفكير العميل ثم تقييم من طرف المعالج والعميل لاختبار صدقها وواقعيتها وتشمل هذه التقنية سبعة مراحل يمكن تلخيصها فيما يلي :

✓ تحديد العلاقة بين المعارف الاكثنايية و الحزن

✓ تحديد العلاقة بين المعارف والدافعية محاولة الانتحار مثلا

✓ الكشف عن المعارف الاكثنايية

✓ فحص و تقييم وتعديل المعارف

✓ تحديد الاعتقادات الخاطئة

✓ فحص و تقييم وتعديل هذه الاعتقادات. (بديعة واكلي ، 2010)

تؤدي المراقبة الذاتية في أغلب الأحيان الى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير مرغوب فيها لدى المريض، توجد عدة طرق تسمح بتطبيق هذه الفنية ومنها الصيغة التي وضعها بيك وآخرون حيث يطلب من المريض كتابة قائمة بالموقف، التفكير السلبي المصاحب له، الانفعال الناتج عنه وتقدر درجة الاعتقاد في الفكرة ودرجة الانفعال على مدرج من 1 الى 100 أو يتم تسجيل المعارف و الاستجابات في أعمدة متوازية .

تأسست هذه التقنية على يد ايرون بيك وهذا لمساعدة المرضى على تكوين صورة واضحة حول الأفكار الغير وظيفية بهدف التحليل الجيد لها وعلى هذا الأساس تعطي هذه التقنية للمريض الفرصة ليتعرف أكثر على أفكاره الغير عقلانية وعلى مشاكله .

تحتوي هذه التقنية على استبيان يضم 5 أعمدة يطلب من المريض ملؤها من اليمين الى الشمال

➤ العمود الأول : الوضعية Situation

في هذا العمود يكتب الحالة كل الأحداث والوضعيات التي تؤدي الى ظهور التوتر والتضايق ولا يجب كتابة أي انفعال ولا أي فكرة فقط الأحداث

➤ العمود الثاني : الانفعال Emotion

يسجل الحالة الانفعالات التي يشعر بها والناجمة عن الوضعية المعاشة التي سببت له الضيق كما يجب التقييم الدقيق لهذه الانفعالات وهذا من خلال نسبة تتراوح من 0 الى 100 وتتمثل هذه الانفعالات بصفة عامة في الحزن، الغضب، القلق، وهي العناصر الأساسية التي عادة ما تشكل المزاج السلبي كما يمكن اضافة انفعالات أخرى كالرفض و غيرها .

➤ العمود الثالث: الأفكار الالية Les Pensée Automatiques

هي تمثل مجمل الأفكار التي تخطر على بالنا وتجعلنا في حالة سيئة كما يجب تحديد المستوى العام للمعتقد الخاص بهذه الأفكار الالية حيث تعتبر المعتقدات مصدر الأفكار الالية.

➤ العمود الرابع : الاجابات العقلانية les réponses rationnelles

ان هذه المرحلة هي مكملة للمرحلة السابقة حيث يتم أخذ الأفكار الالية التي سبق سردها من طرف المريض ومحاولة وضع اجابات عقلانية لها و التي لها علاقة بالوضعية أو الحدث الذي ساعد في ظهورها مع تحديد المستوى العام للمعتقدات الخاصة بهذه الأفكار العقلانية .

➤ العمود الخامس : النتيجة Résultat

بعد تسجيل الأفكار الالية والايجابات العقلانية الخاصة بها نقيم من جديد الانفعالات التي يشعر بها الفرد والمتمثلة في الحزن، الغضب، القلق، مع الاشارة الى الشدة العامة للانفعال بعد التحليل مع مقارنته مع الشدة العامة للانفعال قبل التحليل (العمود الثاني). ان استبيان التقييم الذاتي لمؤسسه بيك، ليس عبارة عن تقنية تسمح بزوال كل تناقضات الحياة غير أنها تسمح بتحسن واضح لمزاج المريض. وهذا ما يسمح له بالتأقلم مع الوضعية المعاشة، يمكن أخذ المثال التالي لتوضيح كيفية استخدام هذه الفنية .

جدول رقم (2) يبين كيفية استخدام تقنية التقييم الذاتي

الموقف	الانفعالات	الأفكار التلقائية	الاستجابات	النتيجة
--------	------------	-------------------	------------	---------

	العقلانية			
استيقاظ مبكر وعدم تمكنني من متابعة النوم	الحزن 70% القلق 80%	انني لا أستطيع تحمل أعباء هذا اليوم والأيام القادمة .	حتى و ان استيقظت اليوم منزعا لسبب ما فانني قادر على الذهاب الى العمل وغذا انشاء الله سيكون أفضل وهذا يتوقف على ما أفعله اليوم	تحسن الحالة المزاجية و تغير على مستوى الانفعالات بسبب التبني للفكرة العقلانية

نشير أيضا الى أن هذه الفنية تسمح بتحديد التشوه المعرفي الذي ساهم في ظهور الفكرة الالية و في هذا المثال فلقد تمثل التشوه المعرفي في القفز الى النتائج والتضخيم. في بداية العلاج يملأ المريض الاستمارة بمساعدة المعالج وهذا ليتعلم مبادئها وفيما بعد يتعلم بسرعة استعمالها بمفرده وهذا ما يسمح له بالاستقلالية في تسيير مشاكله اليومية .

في اطار العلاج المعرفي يطلب من المريض ملئ استمارة بيك في كل مرة يشعر بها بالضيق أو بصفة عامة عندما تسوده مشاعر سلبية، كما يمكن ملؤها عدة مرات في اليوم ويمكن الاحتفاظ بها حتى تكون لديه متابعة لعمله. يمكن للمريض أن يملأ استمارة بيك و هذا ليتخلص من مشكل معين وحتى في حالة ظهوره من جديد فيجب عليه ان لا يتردد في ملئ الاستمارة من جديد . (Liliama, 2010)

منه فهدف هذه التقنية هو قياس تفكير المريض، انفعالاته وسلوكه سواء في الحصص العلاجية أو خارجها، حيث يطلب من الحالة تدوين الأحداث والأفكار والمشاعر وهذا لغرض التعرف على أفكاره المشوهة والهدف منها هو ليس تحسن مزاج العميل ولكن أيضا تعتبر كأداة هامة للتأمل الذاتي. ومنه فهي تساعده في اكتشاف وفهم طرق وأساليب التفكير المعتادة لدى المريض في المواقف المؤلمة والضاغطة التي يتعرض لها وعليه فانه من خلال هذه التقنية تتجلى العلاقة واضحة بين الأفكار التلقائية والانفعالات والسلوك والهدف من كل ذلك هو الشعور بالتحسن تسمى هذه الفنية أيضا بفنية الأعمدة حيث يتم فيها

تسجيل الأحداث المرافقة للأفكار الأوتوماتيكية مع ملاحظة المشاعر والانفعالات المرافقة له وهذا ما يؤدي إلى أحداث تغيير في التفكير والتصور كما تهدف هذه الفنية إلى التحدي اللفظي للأفكار الذاتية، ففيها يتم تسجيل الموقف والانفعالات المصاحبة له، والأفكار الذاتية المرتبطة بالموقف ودرجة اعتقاد الأفراد فيها ويذكر ديروبيس وآخرون (Dyropis, 2001) أن فوائد ثانوية كثيرة يمكن الحصول عليها من خلال استخدام فنية التقييم الذاتي التي تهدف إلى التسجيل اليومي للأفكار المضطربة، فالمريض يمكنه تسجيل درجة اعتقاده في كل فكرة ذاتية قبل وبعد فحصها واختبارها، وإعادة التقدير هذا يسمح بمراجعة أثر المناقشة التي أجريت حول الفكرة الذاتية. يمكن القول أن هذه التقنية تنطلق من الأفكار الغير وظيفية ومن ثم السعي إلى تحليلها بطريقة عقلانية وهذا حتى يتمكن الحالة من رؤية الأمور بوجهة نظر واقعية وحيادية و أقل انفعالا (Mantes, 2009 , p. 415)

انطلاقاً من هذا فقد ركزت الباحثة خلال هذا البحث على هذه التقنية واعتبرها من أهم التقنيات التي يعتمد عليها برنامجها العلاجي وهذا نظراً لسهولة تطبيقها واستيعابها من طرف الحالة من جهة و لأنها تلخص المعنى العام للعلاج المعرفي وهو الربط بين الأفكار والانفعال من جهة أخرى، لكن هذا لا يمنع الباحثة من استخدام تقنيات أخرى مكملتها .

2.1.14 - فنية لعب الأدوار:

يعد هذا الأسلوب واحداً من الأساليب الفعالة التي تساعد على أحداث تغييرات فكرية وسلوكية إيجابية ومن خلالها يتم مواجهة المواقف والأحداث الضاغطة التي تتولد في الفرد عن طريق الأشخاص الآخرين أثناء العلاقات والتواصل المباشر معهم، أن لعب الدور يشمل عناصر معرفية متميزة وهذه العناصر تساعد الناس على أن يغيروا مشاعرهم المختلفة وظيفياً وأعمالهم أيضاً . (إبراهيم عبد الستار، 1998)، يتحدد دور المعالج النفسي على تعليم العملاء لمهارات القيام بالأدوار ومساعدتهم في اكتساب خبرات ومشاعر إيجابية عن تلك الأدوار وخفض مستوى المعتقدات غير العقلانية تجاه بعض الأدوار الاجتماعية . (ابوشعر عبد الفتاح، 2007)

3.1.14 - فنية التدريب على الاسترخاء: Relaxation

يعد الاسترخاء من العمليات الهامة التي يعتمد عليها أسلوب تعديل السلوك، وخاصة الاستجابات الانفعالية غير المرغوب فيها كالقلق والاكتئاب والضغط النفسي والعصبي.

ان الاسترخاء بالمعنى العلمي يعني التوقف الكامل أو شبه الكامل لكل الانقباضات أو التقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، كما أن الاسترخاء يختلف عن الهدوء الظاهري أو النوم حيث نجد أن شخصا ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات عديدة غير أنه لا يحصل على الراحة النفسية المنشودة (رياض العاسمي، 2010)

4.1.14 - فنية الأسئلة السocraticية و الاكتشاف الموجه :

تعد من أكثر تقنيات العلاج المعرفي استعمالا، وأكثرها استخداما في طرح الأسئلة وليس هناك شكل أو تنسيق محدد أو بروتوكول خاص بهذا الأسلوب، وإنما يعتمد ذلك على كفاءة و مهارة المعالج. حيث أنه يجب عليه أن يعتمد على خبرته وإيداعه بصوغ الأسئلة المناسبة التي من المحتمل أن تكشف عن أنماط الأفكار المختلة وظيفيا مثل « ماذا تقصدين " دعينا نتوقف" "هل ترغبين". أما فيما يخص خصائص الأسئلة السocraticية الجيدة فتتمثل في :

بشكل عام هي الأسئلة التي توجه العميل إلى اكتشاف واسترجاع معلومات لم تكن متوفرة له في الوقت الراهن واستخدامها في إعادة تقويم الاعتقادات الموجودة لديه قبل اكتشاف هذه المعلومات. (عبد المولى سماح، 2012)

5.1.14 - تقنية البحث عن البديل الخياري (إيجاد البدائل):

تسعى هذه الفنية الى البحث عن الأفكار البديلة التي تسهل حل المشكلة، يمكن القول أن التطبيق الأمثل لهذه التقنيات من شأنه أن يساهم في نجاح العلاج النفسي المعرفي الا أن المعالج المعرفي يجب عليه الالتزام بمجموعة من المهارات و من بينها :

✓ القدرة على تبصير الحالة بالعلاقة بين أفكاره ومشاعره.

✓ القدرة على مساعدة الحالة على تغيير أفكاره من أجل تغيير مشاعره.

✓ القدرة على استخدام علمه من أجل احداث تغيير ايجابي في تفكير الحالة وهذا من أجل ايجاد حل للمشكلة . (راشد السهل، 2008)

6.1.14 - فنية اعادة العزو الصفات :

يلاحظ أنه غالباً ما ترتبط الأفكار الأوتوماتيكية بأنماط عزولا تواجمية، وفي هذا الإطار يقدم وليامز (1992) Welyamz إجراء يقوم من خلاله المرضى بتخيل حدث سلبي افتراضي ويقوم بعزو سبب حدوثه بذلك الشكل الى عوامل معينة من وجهة نظره، ويعمل المعالج على تقديم تفسيرات بديلة معقولة للموقف، ثم يتم تقييم الموقف ككل، يلي ذلك تطبيق هذه الفنية على أحداث واقعية مع مساعدة المريض على تحديد أنماط العزو اللاتواؤمية التي يقوم باستخدامها ثم العمل على تطوير بدائل معقولة و مقبولة للموقف.

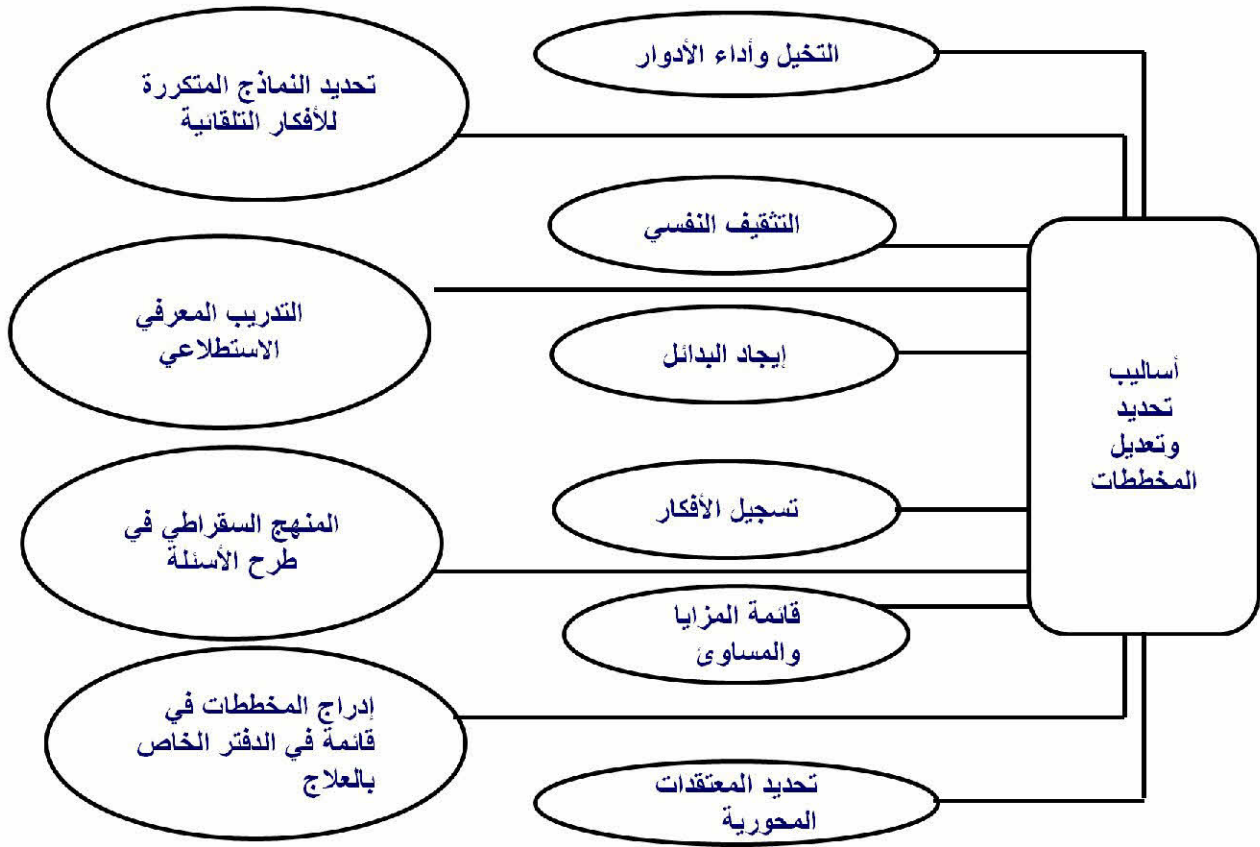
بعد الانتهاء من ذلك يتم التركيز على العناصر المعرفية الأكثر دواما واستمرارا كالاقتادات والاتجاهات والقواعد التي تلعب دورا هاما في حدوث الاكتئاب. (عبد الله محمد، 2000)

7.1.14 - فنية الاقلال من اضعاء صيغة الكارثة :

تسمى بأسلوب افتراضي " ماذا لو " ويساعد هذا الأسلوب المتعالج على التقويم بنفسه فيما إذا كان يببالغ في تقدير الصفة الكارثية للحدث أو للفكرة، وفيه يسأل المتعالجون أسئلة سلبية مثل "ماذا لو لم أستطع " " ماذا لو رسبت " فلا يعطون وقتا لأسئلة مشابهة حرفيا ولكن بشكل إيجابي. (صباح السقا، 2009،

2.14 -فنيات تستخدم لتحديد وتعديل المخططات:

إن عملية تحديد المخططات وتعديلها هي أصعب إلى حد ما من تغيير الأفكار التلقائية السلبية لأن هذه المعتقدات الجوهرية الأساسية مطمورة بعمق أكثر وربما أبعد بكثير عن وعي المتعالج وتكون قد تعززت عادة عبر سنوات من التجارب الحياتية. والمخطط التالي يبين بعض الأساليب المستعملة لتعديل المخططات .



الشكل رقم (4) الفنيات المستعملة للكشف عن المخططات (صباح السقا، 2009)

1.2.14 - فنية التخيل و إعادة التخيل او التصور:

بدأت هذه الفنية تظهر في المجال العيادي في بداية الستينيات من هذا القرن وكان أول من وصفها توماس ستامف Thomas Stampfl ، كما أشار بيك الى أن فنية التخيل تستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف فيطلب المعالج من المريض أن يتخيل مشهداً أو منظراً غير سار ويلاحظ استجاباته فإذا أظهر المريض استجابات انفعالية وعاطفية سالبة عندئذ يبحث عن محتوى أفكاره .(ارون بيك، 2000)

2.2.14 - فنية لعب الأدوار:

يمكن استخدام هذا الأسلوب لخدمة مدى واسع من الأغراض ،فقد يستخدم لاكتشاف الأفكار الذاتية لتنمية استجابات أكثر عقلانية أو لتعديل معتقدات جوهرية أو معتقدات وسطية كما أنه مفيد في تعلم و ممارسة المهارات الاجتماعية، يتضمن لعب الدور أن يقوم المعالج أو المريض أو كلاهما بتقمص دور

ويتفاعلون معا وفقا لهذا الدور، وان هذه الفنية يمكن توظيفها بفعالية في علاج المرضى المكتئبين ومن مميزات هذه الفنية اعطاء الفرصة لظهور المشاعر والانفعالات الحقيقية

3.2.14 - فنية تفحص الدليل:

ان الهدف من هذه الفنية هو حث المتعالج على الشك بصحة المخططات، والبدء بالتفكير بتفسيرات بديلة، ويتضح ذلك في المثال التالي : فتاة تعاني من الاعتقاد التالي " يجب أن أكون جميلة وجذابة ونحيلة لأكون سعيدة ومقبولة في المجتمع " وهنا يطلب المعالج منها أن تحدد الدلائل المؤيدة و المعارضة لهذه الفكرة

4.2.14 - فنية تحديد المزايا و المساوى :

يختلف أسلوب تحليل المزايا و المساوى عن الأساليب المعرفية الأخرى، لأنه يتعامل مع الأفكار السلبية للمتعالج من منظور التحريض أكثر من الحقيقة، وغالباً ما يؤدي ذلك إلى الشك بصحة المخططات، وإيجاد تفسيرات بديلة لهذه الأفكار السلبية بأن يطلب المعالج من المتعالج إعداد قائمة بالمزايا و المساوى . (صباح السقا، 2009)

كما يمكن ذكر مجموعة أخرى من الفنيات والتي يمكن الاستعانة بها سواء للكشف عن الأفكار الألية أو المخططات و منها :

➤ فنية الابعاد وفض المركزية:

يطلق على العملية التي ينظر بها موضوعيا الى الأفكار الابعاد ومفادها الاعتراف بأن الأفكار التلقائية ليست هي الواقع ولا يمكن الاعتماد عليها وهي لا تساعد التكيف وتشتمل على أحداث خارجة عن ابطار الفرد، أما فض المركزية فتعني صرف نظر الفرد لنفسه بوصفه بؤرة لكل الأحداث. (ابراهيم عبد الستار، 1998)

➤ فنية تدقيق الاستنتاجات :

نحاول أن نبين للمريض من خلال هذه الفنية أن ما يعتقد ليس الحقيقة وأن استنتاجهم ليس واقعي وهذا من خلال تدخل المعالج ومحاولة تمحيصه للواقع ومن خلالها يحاول الفرد جمع المعلومات التي تدعم أفكاره عن العلاقة و الأسباب و التوقعات المعدلة.(المحارب ، 2000)

➤ فنية الدحض و التنفيذ:

ان دحض وتنفيذ الأساليب الخاطئة من التفكير مع الإقناع، يساعد الفرد على اكتشاف أن طرق تفكيره السابقة لم تعد تجدي نفعاً، وأنه باستمرار تبني هذه الأفكار الخاطئة لا تتكرر اضطراباتنا وأخطائنا فحسب، بل تعمل على زيادتها وقوة تأثيرها بدلا من زيادة فاعلية الانسان الاجتماعية وقدراته على التوافق. (احمد الزغبي، 1994)

➤ فنية الكف المتبادل :

تقوم هذه الفنية على مبدأ أن الانسان لا يمكن أن يكون قلقا و مطمئنا في وقت واحد، كما لا يكون منطقيا ولا منطقيا في الوقت نفسه ، ولا يتبنى فكرة سلبية وأخرى ايجابية معا عن نفسه أو عن الاخرين في ان واحد. ولهذا يتوجب على الفرد أن يغير أفكاره الداخلية السلبية عند حدوث موقف معين بأفكار ايجابية، مثلا أن يربط أداءه بعمل ما على أنه مصدر للمتعة بدلا من تصوره على أنه واجب أو عبء ثقيل. (احمد الزغبي، 1994)

➤ فنية الازاحة من الوسط :

قد يشعر معظم المكتئبين والقلقين بأنهم مركز اهتمام الاخرين الذين يحكمون عليهم وعلى مظهرهم و سلوكهم و هم يرفضونهم .(عبد الله قاسم ، 2012)

➤ فنية الاقلال من التنافر المعرفي:

لا يقل أسلوب التقليل من التنافر المعرفي عن غيره أهمية في التغير والتعديل الفكري للاتجاهات الخاطئة، نظرا لكون معظم النظريات المعرفية متشابهة في الاعتراف بأن المعتقدات والاتجاهات والعمليات الرمزية الأخرى للفرد لا توجد في عزلة و لكنها تتفاعل، وأنه من المحتمل أن يكون هناك بعض التناقضات فيما بينها تدفع بالفرد الى علاجها. (ابراهيم عبد الستار ، 1998)

➤ فنية جداول الأنشطة السارة :

هي أحد الفنيات المستخدمة في العلاج المعرفي بصفة عامة وفي علاج الاكتئاب بصفة خاصة واستخدام جداول الأنشطة في علاج وتشخيص الاكتئاب نابع من فكرة نظرية مؤداها أن الاكتئاب ينطوي ضمن ما ينطوي عليه من أعراض على نقص في النشاط العام ومن ثم فان هذه الجداول بالإضافة

الى دورها في قياس النقص في ممارسة الأنشطة فهي عنصر هام في تقدير الاكتئاب ذاته . (عبد الله محمد، 2000)

➤ فنية تحليل النواتج عن طريق الاستعانة بالسؤال (ماذا يحدث لو...؟):

خلال هذه الفنية يوجه المعالج السؤال كالتالي: ماذا يحدث لو شعرت بالقلق ؟ ثم يقوم بعد ذلك بتحليل ما يذكره المريض ويوضح له مدى العلاقة بين الأفكار والمشاعر، ويطلب منه أن يقوم بتحويل تلك المسلمات التي يعتقد فيها وفي صحتها الى فروض علمية يقوم بفحصها والتحقق من صحتها وصدقها . (عبد الله محمد، 2000)

➤ فنية عداد المعصم (أو المسبحة):

تستخدم لمراقبة الأفكار السلبية وإيقافها، وهو عبارة عن عداد يشبه ساعة اليد له زر يمكن الضغط عليه في كل مرة تمر في عقل المتعالج فكرة سلبية، وفي نهاية اليوم يتم تسجيل العدد النهائي للأفكار، حيث يلاحظ ازدياد العدد في البداية، مع تحسن ملحوظ في تحديد أفكاره. (صباح السقا، 2009)

➤ فنية التعديل من أهمية بعض الأهداف:

هي من الأساليب التي تؤدي الى زيادة الأفكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية، فقد ينتبه الفرد مثلا الى أن أهدافه في اثبات رجولته وقوته غير واقعية ومعقولة، مما يساعده على أن يغير طريقة تفكيره وسلوكه الاجتماعي تعديلا ملحوظا. (ابراهيم عبد الستار، 1998)

➤ فنية ملء الفراغ :

يرى بيك أن المريض بإمكانه أن يفهم سر انفعالاته اذا استطاع أن يسترجع الأفكار التي حدثت له خلال هذه الفجوة، وعلى المعالج ملء هذه الفجوة من خلال تعليم المريض التركيز على تلك الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثير والاستجابة وتملئ هذه الفراغات بمادة مستمدة من المنظومة الاعتقادية للمريض. كما يصف اليس التقنيات التالية وهذا ليوضح للمريض هذا الاجراء والتي تتمثل في (أ،ب،ج)، حيث (أ) هي المنبه المنشط ، (ج) هي الاستجابة الشرطية المفرطة وغير الملائمة (ب) هي الفراغ الكائن في ذهن المريض، والذي يمكن حين يملأه أن يكون بمثابة جسر يصل بين (أ) و (ج)، بذلك يصبح ملء الفراغ بمادة مستمدة من المنظومة الاعتقادية للمريض وهو المهمة العلاجية الاساسية. (ارون بيك، 2000)

➤ فنية وقف الأفكار أو مقاطعة الفكرة و إيقافها :

استعملت هذه التقنية في بداية الأمر لعلاج الأفكار الوسواسية نظرا لأن للأفكار الخاطئة تأثيرا واضحا على الفرد ومنه تسعى هذه التقنية الى إيقاف سلسلة الأفكار الدخيلة من خلال جعل المريض ينتبه الى شئ اخر غير هذه الأفكار، وهذا بتحويل الذهن الى شئ اخر بشكل مفاجئ ومكثف و لمدة قصيرة ولإيقاف هذا التيار من الأفكار نطلب من المريض أن يقول بصوت عال كلمة توقف وبعد التدرب على ذلك يمكن تكرار نفس العبارة بصمت وقد يستخدم الاحساس المؤلم لإيقاف الافكار .(ابتسام الزغبى، 2012،

➤ فنية المحاضرة :

فيها يتم تقديم المعلومات الأساسية والضرورية للحالة بشكل منطقي حتى يتمكن من استبدال فكرة بفكرة و حتى يثبني له الجانب الخاطئ من معتقداته وما يميز هذه الفنية هو التكلفة المنخفضة و قلة الوقت لإيصال المعلومة .

➤ فنية تجنب الربط بين وقائع غير مترابطة بالضرورة:

ان الربط بين ظواهر ووقائع غير مترابطة تؤدي بالفرد الى القفز الى استدلالات ونتائج ارتباطية و تعميمات ومبالغات مفرطة. ومنه تحاول هذه الفنية توجيه انتباه الشخص الى خطأ الربط بين جانبين غير مترابطين في حقيقة الأمر، وأن لكل جانب من هذه الجوانب، قوانينه وأحكامه الخاصة، التي تتم على نحو مستقل (ابراهيم عبد الستار، 1998) .

➤ فنية تحديد مزايا و عيوب التفكير:

يطلب من الحالة وضع قائمة تتضمن كل من المزايا والعيوب الناجمة عن تفكيره وأن يضع درجة مئوية للأهمية بالنسبة لكل من الميزة والعيوب وهذا ما يزيد من دافعية الفرد نحو تغيير تفكيره والوصول الى حل فعال وواقعي للمشكلات. (طه عبد العظيم، 2007)

➤ فنية الدحض في وجود المثير:

يتم ذلك من خلال قيام المريض باستدعاء ذلك المثير الذي يسبب له اضطرابا معيناً، ثم يطلب منه المعالج في ذلك الوقت أن يرسم صورة مغايرة لذلك المثير.(احمد عكاشة، 1992)

➤ فنية الهبوط الرأسي:

يطلق عليها أيضا فنية السهم الهابط وهي تعني التدرج الرأسي للأفكار وترتيبها تنازليا من الفكرة السيئة الى الأسوأ، وهي طريقة مهمة لمعرفة الأفكار والمخاوف التي يعانيتها المريض وترتيب الافكار تنازليا و ما يتولد عن كل فكرة من فكرة أخرى ليحدد درجة الاضطراب.
(Burns, 1999, p. 67)

➤ التفكير بتدرجات الرمادي:

تقوم هذه الطريقة على تحفيز المتعالج على التفكير المتعدد وعدم الإقتصار على اما اسود او ابيض كأن يقول المتعالج "إنني إنسان فاشل، لا أفعل شيئا صحيحا على الإطلاق، إنني مجرد خاسر " على المعالج توضيح أفكار المتعالج المتطرفة والمشوهة والتي غالباً ما تؤدي إلى القلق والاكتئاب. (صباح السقا، 2009).

➤ فنية التشتت و اعادة التركيز :

أساليب التشتت قد تستخدم في بداية العلاج بحيث تساعد الفرد على طرد الأفكار الذاتية السلبية التي تعمل على تقادم المشاعر الاكتئابية، يكون ذلك مفيدا في الفترة الأولى التي لم يصبح فيها المريض جاهزا لتحدي تلك الأفكار. من أساليب التشتت أن يركز المريض على شيء خارجي ويصفه لذاته، أو أن يركز على احساسات جسدية داخلية، أو عمل تدريبات عقلية كالعقد للخلف أو استدعاء ذكريات و خيالات مفرحة أو القيام بنشاطات تعمل على امتصاص الانفعال.(زيزي السيد، 2006)

➤ فنية اعادة البنية المعرفية :

هي من الأساليب أو الفنيات التي تساعد المريض على تغيير أفكاره اللاعقلانية واتجاهاته غير المنطقية و تعتمد هذه الفنية على عدة خطوات :

- ❖ يثبت المعالج للعميل عدم عقلانية أفكاره .
- ❖ يساعد المعالج العميل على أن يربط بين أفكاره واضطرابه الانفعالي .
- ❖ تعديل الأفكار اللاعقلانية الى اخرى أكثر عقلانية ومنطقية . (نبيلة شيحة ، 2000 : 65)

➤ التدريب على اعادة صياغة الأفكار معرفيا:

ان جوهر العلاج المعرفي مبدأ مؤداه أن الأفكار هي التي توجه السلوك وتسير الانفعالات، حيث أننا نقوم بتحليل مستمر للمعلومات الواردة إلينا من الداخل أو الخارج، وعليه تسعى هذه الفنية إلى إعادة صياغة أفكار المريض التلقائية السلبية باستخدام عمليات الحوار السقراطي بحيث يشجع المريض على البحث عن جوهر اعتناقه لهذا التفكير الغير منطقي. (بلحسين وردة، 2011)

➤ فنية التدريب المعرفي الاستطلاعي :

يرى بيك Beck (1979) أن بعض الصعوبات في معالجة المكتئبين تكمن في أنهم عندما يكتئبون تكون لديهم مشكلات في تنفيذ مهمات كانوا قد تعلموها سابقا ويعود ذلك إلى عدد من العوامل النفسية كالصعوبة في التركيز. (باترسون، 1990)

➤ فنية الواجبات المنزلية:

تلعب الواجبات المنزلية دورا مهما في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فاعلية العلاج المعرفي، حيث أنها الفنية الوحيدة التي يفتح ويختتم بها المعالج المعرفي كل جلسة علاجية وتساهم في تحديد درجة الألفة والتعاون بين المعالج والعميل. ومنه تعد الواجبات المنزلية من أهم الأساليب المستعملة في العلاج المعرفي ويقوم المعالج بتحديد واجبات إنجازها العميل في منزله بما يتفق مع بيئته الاجتماعية بهدف دمج العميل مع المحيطين به، وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين ادراك الأفكار الأوتوماتيكية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية كما أنها تلعب دور مهم في زيادة فعالية العلاج المعرفي وتساهم في تكوين الألفة بين المريض والمعالج وهذا إذا اهتم هذا الأخير ببعض النقاط التي حددها حامد الغامدي (2005) والتي تتمثل في :

- ❖ إعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المريض .
- ❖ تفسير و توضيح كيفية اجرائها والتأكد من استعاب المريض لها .
- ❖ مراجعتها في بداية كل جلسة .
- ❖ تحديد زمن محدد في نهاية كل جلسة لتقرير لتلك الواجبات المنزلية .
- ❖ فحص الأسباب الكامنة وراء عدم اتمام الواجبات المنزلية عند بعض المرضى.

(حامد الغامدي، 2005)

كما ترجع أهمية أسلوب الواجب المنزلي في العلاج المعرفي للأسباب التالية :

- ❖ يساعد على تطوير وتنمية المهارات من خلال الممارسة التكرارية .
- ❖ يساعد على تطبيق الطرق التي تم التدريب عليها في الجلسات العلاجية في الظروف البيئية الطبيعية .
- ❖ يساعد على الوقاية من انتكاس المريض .
- ❖ يساعد على زيادة قدرة المريض على تقدير الذات والضبط الذاتي بعد انتهاء العلاج .

(Ellis A , 1987, P 37)

15 - تقييم نظرية العلاج المعرفي لبيك:

- لقد تعرضت نظرية العلاج المعرفي للاكتئاب الى مجموعة من الانتقادات نذكر من بينها :
- ✓ ان اعتبار الأفكار هي التي توجه الانفعالات و تسببها، فيه اختزال شديد لتعدد السلوك .
 - ✓ تركز هذه النظرية من خلال الأساليب التي تستخدمها على الأفكار فقط و تتجاهل المشاعر و السلوك.
 - ✓ ان العلاقة الارشادية والعلاجية غير واضحة في هذه النظرية العلاجية.(عبد الله محمد،2012)

الخلاصة :

تسعى العلاجات النفسية بصفة عامة والعلاج المعرفي بصفة خاصة الى مساعدة الأفراد على التمتع بحياة هادئة بعيدة عن المنغصات النفسية التي تثقل كاهل الفرد المصاب بها وتثبط من عزيمته و تجعل نظرتة للحياة سوداوية .

من هذا المنطلق يهدف العلاج المعرفي للاكتئاب الى تغيير وتعديل الافكار التي تسمى بالافكار الالية والتي تركز على المخططات المعرفية المختلفة وظيفيا، حيث أن العلاج يسعى الى احداث انخفاض مباشر في مستوى المعارف المختلفة، وتعليم المريض تغيير طريقته في ادراك المحيط والأحداث وتصحيح كيفية تفسيره للأشياء، مع الأخذ بعين الاعتبار المعارف من أجل الوصول الى تفسيرات أكثر دقة و واقعية، ومنه فان هذا النموذج العلاجي يركز بالدرجة الأولى على الأفكار ويسعى الى اعادة ضبطها و تكييفها باعتبارها أساس ومصدر كل الاضطرابات النفسية هذا من جهة و من جهة أخرى لأن تعديلها ينجم عنه تحسن و تطور كل المجالات التابعة لها .

عليه فان الفكرة الأساسية التي انطلق منها العلاج المعرفي للاكتئاب والتي حاولنا الوقوف عليها مطولا خلال هذا الفصل مفادها أن للأفكار دور فعال ومهم في الإصابة باضطراب الاكتئاب من هذا المنطلق سعى هذا النوع من العلاج الى تطوير هذه الفكرة من خلال مساهمة العديد من المعالجين المعرفيين غير أن بيك احتل الصدارة نظرا لتبنيه لهذه الأفكار وايمانه بها و سعيه الى تطويرها . كما يعتمد العلاج المعرفي للاكتئاب على التفاعل النشط بين المعالج والمتعالج وهو ما يوصف بتبادل الخبرات، إذ يقدم المعالج إلى المتعالج مبادئ أساسية للعلاج وتكون مهمته القيام بدور المعلم أو الدليل وهو يقوم بدور موضوعي بعيدا عن إصدار الأحكام .

الفصل الخامس : الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية :

1.1 دراسة صدق و ثبات أدوات الدراسة

1.1.1 مقياس الاكتئاب :

2.1.1 - مقياس التفكير الايجابي و السلبي:

3.1.1 مقياس تقدير الذات

4.1.1 - البرنامج العلاجي المعرفي

2.1 - عينة الدراسة الاستطلاعية:

3.1 - اجراءات الدراسة الاستطلاعية :

4.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية

5.1 - خطوات الدراسة الاستطلاعية:

6.1 - نتائج الدراسة الاستطلاعية:

2 - الدراسة الأساسية:

1.2 - المنهج المستخدم في الدراسة:

2.2 - مجتمع و عينة الدراسة الأساسية:

4.2 - متغيرات الدراسة:

5.2. - أساليب المعالجة الاحصائية:

خلاصة الفصل

التمهيد

يتناول البحث الحالي أثر البرنامج العلاجي المعرفي في علاج الأعراض الاكتئابية المتوسطة لدى عينة من طالبات الجامعة، وقد تم وضع عدة فروض فيما يخص فاعلية هذا البرنامج و فنياته بالاعتماد على الجوانب النظرية للمشكلة وما جاء فيها من دراسات سابقة و لاختبار هذه الفروض قامت الباحثة بعدة اجراءات منهجية متضمنة في هذا الفصل بداية من تحديد المنهج المستخدم في البحث ووصف مجتمع الدراسة وعينتها وتحديد أدوات الدراسة والمتمثلة في مقياس الاكتئاب لبيك و مقياس أنماط التفكير و مقياس تقدير الذات والاجراءات التي اتبعت للكشف عن مدى صدق وثبات الأدوات، كما تم ضبط متغيرات الدراسة التي تتطلب تكافؤ مجموعتي الدراسة التجريبية والضابطة حسب متغيري العمر الزمني والمستوى الدراسي والوصف التفصيلي للتجربة من خلال اعداد دليل تطبيق التجربة، الى جانب وصف البرنامج العلاجي واطاره النظري وتقنياته و خطوات تطبيقه، ثم الأسلوب الاحصائي المتبع في معالجة البيانات .

1- الدراسة الاستطلاعية :

1.1 دراسة صدق و ثبات أدوات الدراسة

أجريت الدراسة الاستطلاعية بجامعة أبي بكر بلقايد بتلمسان خلال شهر نوفمبر 2012 بكلية العلوم التكنولوجية .

1.1.1 مقياس الاكتئاب :

استخدمت عدة طرق في دراسة ثبات وصدق المقياس في البيئة الأمريكية ، فلقد استخدمت طريقة الاتساق الداخلي في دراسة ثبات المقياس، فباستخدام تحليل التباين، اتضح أن كل فئة من فئات المقياس أظهرت علاقة دالة إحصائياً مع الدرجة الكلية على المقياس، كما استخدمت طريقة التجزئة النصفية ، ووجد ارتباط بين الفئات الفردية والزوجية وصل بعد استخدام معادلة سبيرمان براون إلى 0.93 (ن =97). أما بالنسبة للصدق، فلقد استخدمت عدة طرق في دراسته منها طريقة الصدق التلازمي، حيث وجد معد المقياس الأصلي بيك معاملات ارتباط مرتفعة بين نتائج المقياس وبين نتائج مقاييس أخرى للاكتئاب، فلقد وجدت معاملات ارتباط تتراوح ما بين 0,620 إلى 0,66، بين نتائج مقياس الاكتئاب وبين التشخيصات السيكياترية، ووجدت معاملات ارتباط بين نتائج المقياس وبين نتائج مقاييس الاكتئاب

لمقياس الشخصية المتعدد الأوجه و بين نتائج المقياس ونتائج مقياس هاملتون للاكتئاب حيث بلغت معاملات الارتباط بين النتائج على مقياس الاكتئاب ونتائج المقاييس السابقة ما بين 0,72 إلى 0.76 .

أما في البيئة المصرية، والتي ينتمي إليها مترجم هذا المقياس الى اللغة العربية فلقد استخدمت طريقة التجزئة النصفية في دراسة ثبات مقياس الاكتئاب، ووجد معامل ثبات مقداره 0.87 (ن=33). (غريب عبد الفتاح، 1985)

كما استخدمت طريقة إعادة التطبيق لمجموعة من 33 فردا بفاصل زمنى مقداره شهر ونصف ووصل معامل الثبات بهذه الطريقة إلى 0.77 .

1.1.1.1 صدق مقياس الاكتئاب :

لقد تمت دراسة صدق قائمة بيك الثانية للاكتئاب بعدة طرق نذكر من بينها صدق المحتوى وصدق التكوين الفرضي والبنية العاملية للقائمة و سنحاول التطرق الى كل واحد على حدى :

➤ صدق المحتوى:

يبين بيك و زملاؤه (1996) أن صدق المحتوى للقائمة الثانية لمقياس الاكتئاب، الهدف منه هو التأكد من طبيعة بناء القائمة وصياغة بنودها وأيضا التأكيد على الغرض الذي وضعت القائمة من أجله و الذي يتمثل في :

تقييم أعراض الاكتئاب كما هي مقررة في محك اضطرابات الاكتئاب بالدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية ولهذا الغرض تمت اعادة صياغة بنود القائمة الأولى المعدلة الصادرة عام 1979 و أضيفت إليها بنود أخرى لتحقيق الغرض

➤ صدق التكوين الفرضي أو صدق المفهوم: و يتم حسابه بعدة طرق نذكر من بينها:

✓ الصدق الاتفاقي (التقاربي)

تكون القائمة صادقة، اذا ارتبطت ايجابا مع المفاهيم التي تبين نظريا أو من خلال نتائج الدراسات السابقة، أنها تتسق معها أو أنها من الأعراض الأساسية للاكتئاب. ومنه فانه خلال هذا النوع من الصدق نجد التوجه النظري ونتائج الدراسات السابقة تشير الى أن الاكتئاب يرتبط ايجابا باليأس،التشاؤم، التفكير في الانتحار، القلق وغيره .

لحساب الصدق الاتفاقي طبق بيك وزملاؤه (1996)، قائمة الاكتئاب الثانية، قائمة اليأس لبيك وقائمة التفكير الانتحاري لبيك على 158 مريضا نفسيا من غير المقيمين بالمستشفى وتبين أن معامل الارتباط بين الاكتئاب واليأس يساوي 0,683، و بين الاكتئاب والتفكير الانتحاري يساوي 0,374. (بشير معمريه، 2000،

✓ الصدق التعارضي (الاختلافي)

تكون القائمة صادقة أيضا اذا ارتبطت سلبا بالمفاهيم التي تبين نظريا، أو من خلال نتائج الدراسات السابقة، أنها لا تتسق معها أو أنها معارضة للاكتئاب، و منه يبين هذا النوع من الصدق أن التوجه النظري ونتائج الدراسات السابقة تشير الى أن الاكتئاب يرتبط سلبا بالأمل والتفاؤل وحب الحياة والسعادة .

✓ الصدق التمييزي :

الغرض منه تقييم قدرة قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب على تشخيص الاكتئاب والتمييز بين المرضى بالاكتئاب والأسوياء، ولتحقيق هذا المسعى طبق بيك وزملاؤه عام (1996) قائمة بيك الثانية على عينتين :

شملت العينة الأولى 500 مريض نفسي من غير المقيمين بالمستشفى، منهم 317 اناثا، 183 ذكورا ومتوسط العمر للعينة الكلية هو 37,20 وانحراف معياري 15,90.

تكونت العينة الثانية من 120 من طلاب الجامعة ، منهم 67 أنثى و 53 ذكرا، بمتوسط عمر قدره 19,58 وانحراف معياري يساوي 1,84، ولقد قدر المتوسط الحسابي لعينة المرضى ب 22,54 وانحراف معياري ب 12,75، بينما قدر لدى العينة السوية ب 12,56 وانحراف معياري يساوي 9,93 وبلغت قيمة ت لدلالة الفرق بين المتوسطين ب 8,04 وهي دالة احصائيا عند مستوى 0,001. (غريب عبد الفتاح، 2000)

➤ البنية العاملية لقائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب :

لحساب البنية العاملية لقائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب، قام بيك واخرون (1996) بتحليل استجابات 500 مريض نفسي من غير المقيمين بالمستشفى بهدف الوصول الى أبعاد الاكتئاب كما يقاس

بقائمة بيك الثانية للاكتئاب، ولقد بينت النتيجة وجود عاملين : الأول بجذر كامن يساوي 4,61 ، الثاني بجذر كامن يساوي 4,41، وكان معامل الارتباط بين العاملين يساوي 0,661 وهو دال احصائيا عند مستوى 0,01 .

2.1.1.1 - ثبات مقياس بيك للاكتئاب:

➤ الثبات بطريقة اعادة التطبيق (طريقة اعادة الاختبار):

قام بيك و زملاؤه عام (1996) بحساب الثبات بطريقة اعادة التطبيق على عينة تتكون من 26 فردا من المرضى النفسيين غير المقيمين بالمستشفى، وكان الفاصل الزمني بين التطبيقين أسبوعا واحدا، وبلغت قيمة معامل الاستقرار عبر الزمن ب 0,931 وهو دال احصائيا عند مستوى 0,01 .

➤ الثبات بطريقة التجانس :

من خلال الدراسة التي قام بها بيك و اخرون (1996) والتي شملت عينتين احدهما من المرضى النفسيين وعددها 500 والثانية من طلاب الجامعة عددها 120، تبين أن معامل الفا لعينة المرضى يساوي 0,921 و لعينة الطلاب يساوي 0,932 (غريب عبد الفتاح، 2000)

❖ دراسة التقنين في البيئة المصرية :

تم حساب صدق القائمة على عينات من البيئة المصرية بثلاث طرق والتي تمثلت في الصدق الاتفاقي والصدق التمييزي .

• **الصدق الاتفاقي :** تم التأكد منه من خلال حساب معاملات الارتباط بين قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب وكل من قائمة بيك الأولى المعدلة والمختصرة وقائمة القلق من اعداد كومري و كوستلو (1967) Comery et Costello

• **الصدق التمييزي :**

للتأكد منه فلقد تم اجراء بحث على عينتين، الأولى من العاديين و عددهم 36 فردا، والثانية من المرضى باضطرابات نفسية مختلفة (اكتئاب نفسي، وسواس، قلق، قلق مع اكتئاب) ولقد بلغ عددهم 36 فردا، طبقت على العينتين قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب وكانت النتائج على النحو التالي :

جدول رقم (3) يبين الصدق التمييزي لقائمة بيك

العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
عينة العاديين	21,69	9,45
عينة المرضى	34,89	9,45

بلغت قيمة ت لدلالة الفرق بين العينتين ب 5,81 وهي دالة احصائيا عند مستوى 0,01

مما يدل على أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب تتميز بقدرتها على التمييز بين المرضى العاديين والنفسيين وهذا دليل على صدقها.

• البنية العاملية لقائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب على البيئة المصرية:

قام مترجم قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب (غريب عبد الفتاح) بدراسة البناء العاملي للقائمة على عينة تتكون من (114) مفحوصا، منهم (70) ذكرا و (44) أنثى، بمتوسط عمري قدره 22,33 وانحراف معياري يساوي 1,42 وهم من طلاب الجامعة. فبينت النتيجة أن الاكتئاب كما يقاس بقائمة بيك الثانية يتكون عامليا من عاملين، الجذر الكامن للعامل الأول يساوي 5,11 ويفسر 24,34 من التباين الارتباطي، بينما كان الجذر الكامل للعامل الثاني يساوي 1,71 و يفسر 8,14 من التباين الارتباطي

• الثبات:

قام غريب عبد الفتاح مترجم قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب بحساب ثبات القائمة بطريقتين هما طريقة اعادة تطبيق القائمة، طريقة حساب معامل ألفا لكرونبارخ و الجدول التالي يبين ذلك :

جدول رقم (4) يبين ثبات مقياس الاكتئاب بطريقة ألفا كرونبارخ و إعادة التطبيق

العينات	حجم العينة	طريقة حساب معامل الثبات	معامل الثبات
ذكور	24	إعادة التطبيق بعد أسبوعين	0,74**
إناث	31	إعادة التطبيق بعد أسبوعين	** 0,75
	55	إعادة التطبيق بعد أسبوعين	0,74**
ذكور	44	معامل ألفا	0,88
إناث	70	معامل ألفا	0,79
	114	معامل ألفا	0,83

دالة احصائيا عند مستوى 0,01. (غريب عبد الفتاح، 2000)

❖ التقنين في البيئة الجزائرية

قام بشير معمريه بتقنين قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب على البيئة الجزائرية و لهذا الغرض قام بإجراء دراسة ميدانية على عينات من المجتمع الجزائري ولقد تحددت مشكلة دراسته من خلال التساؤلات التالية :

✓ ما معاملات الصدق التمييزي والاتفاقي والتعارضى لقائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب على عينات من الجنسين من البيئة الجزائرية .

✓ ما معاملات الثبات بطريقة إعادة تطبيق القائمة وطريقة حساب ألفا كرونبارخ لقائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب على عينات من الجنسين من البيئة الجزائرية .

✓ ما المعايير الناتية لدرجات قائمة بيك الثانية لقياس الاككتاب على عينات من الجنسين من البيئة الجزائرية.

✓ ما الدرجات الفاصلة لتحديد مستويات الاككتاب .

الاجراءات الميدانية لتقنين قائمة بيك لقياس الاككتاب على عينات من المجتمع الجزائري :

عينة التقنين:

تكونت عينة التقنين من (998) فردا، منهم (473) ذكور و (525) اناث، تراوحت أعمار عينة الذكور بين 18 و 49 سنة، بمتوسط حسابي قدره 26,55 وانحراف معياري قدره 3,66 وتراوحت أعمار الاناث بين 18 و 45 سنة، بمتوسط حسابي قدره 24,80 وانحراف معياري قدره 5,06 .

لقد تم سحب العينتين الذكور والاناث من كليات جامعة الحاج لخضر باتنة و شملت الطلبة والموظفين والأساتذة ومن مراكز التكوين المهني والتكوين شبه الطبي بمدينة باتنة، ثم تطبيق قائمة بيك الثانية لقياس الاككتاب من قبل بشير معمريه شخصيا واستغرقت عملية التطبيق من 11 أكتوبر 2009 الى 15 جانفي 2010 .

الخصائص السيكومترية للقائمة :

بعد اجراءات التطبيق وتصحيح اجابات المفحوصين على قائمة بيك الثانية لقياس الاككتاب،تم التحصل على النتائج التالية فيما يتعلق بصدق وثبات القائمة على عيني البحث .

الصدق:

➤ **الصدق التمييزي أو قدرة القائمة على التمييز بين مجموعتين متطرفتين:**

عينة الذكور:

لحساب هذا النوع من الصدق،تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية، حيث تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الذكور،حجم كل عينة 100 مفحوص بواقع سحب 27 % من العينة الكلية (ن 372)

جدول رقم (5) يبين قيمة (ت) لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الذكور .

قيمة ت	العينة الدنيا ن =100		العينة العليا ن =100		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
20.48***	2,60	7,47	7,05	27,95	الاكتئاب

قيمة ت دالة احصائيا عند مستوى 0,001

عينة الاناث:

كما تمت المقارنة أيضا بين عينتين ثم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الاناث، حجم كل عينة 112 مفحوص بواقع سحب يساوي 25 % من العينة الكلية (ن=448)

جدول رقم (6) يبين قيمة (ت) لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الاناث

قيمة ت	العينة الدنيا ن =112		العينة العليا ن =112		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
24.48***	4,46	8,99	7,67	5 29,5	الاكتئاب

قيمة ت دالة احصائيا عند مستوى 0,001

يتبين من خلال الجدولين أن القائمة تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين و المنخفضين في الاكتئاب ،مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى الذكور و الاناث .

الثبات:

تم حساب صدق القائمة بطريقتين هما طريقة اعادة تطبيق الاختبار ومعامل الفا كما هو مبين في الجدول الموالي :

الجدول رقم (7) يبين ثبات مقياس الاكتئاب بطريقة اعادة تطبيق الاختبار و معامل الفا

معامل الثبات	حجم العينة	نوع العينة	نوع معامل الثبات
0,751	81	ذكور	طريقة اعادة التطبيق (بعد اسبوعين)
0.747	117	اناث	طريقة اعادة التطبيق (بعد اسبوعين)
0,743	198	ذكور و اناث	طريقة اعادة التطبيق (بعد اسبوعين)
0,839	432	ذكور	معامل ألفا لكرونبارخ
0,831	520	اناث	معامل ألفا لكرونبارخ
0,839	952	ذكور و اناث	معامل ألفا لكرونبارخ

دالة احصائيا عند مستوى 0,01. (بشير معمريّة، 2010: 101)

يتبين من معامل الصدق والثبات التي تم الحصول عليها، أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب، تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان، سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي وعليه فان الباحثة ستستعملها في دراستها الحالية على عينة الدراسة نظرا لان قائمة بيك لقياس الاكتئاب تستوفي كل شروط الصدق و الثبات و لأنه قد تم تقنينها على البيئة الجزائرية .

منه يقصد بصدق الاختبار هو أن الاختبار يقيس ما وضع من أجل قياسه، وقد قامت الباحثة بالتأكد

من صدق و ثبات المقياس بطريقتين و هما :

➤ صدق المحتوى أو صدق الاتساق الداخلي:

يشير الى قوة ارتباط الفقرة أو البند مع الأداة والدرجة الكلية.(الاعاء،2003)

منه يمثل هذا النوع من الصدق ارتباط كل فقرة من فقرات المقياس بالدرجة الكلية للمقياس، حيث قامت الباحثة بحساب ارتباط كل فقرة بالفقرات الكلية للمقياس وكانت النتائج كما هي مبينة في الجدول الموالي، حيث تظهر جميع فقرات المقياس وعددها 21 فقرة دالة احصائياً وبلغ معامل ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس ما بين (0,40 و 0,82)

جدول رقم (8) يبين معاملات الارتباط بين فقرات مقياس الاكتئاب والدرجة الكلية للمقياس

البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الحزن	0,695	دالة احصائيا	انعدام القيمة	0,685	دالة احصائيا
التشاؤم من المستقبل	0,759	دالة احصائيا	هبوط مستوى الكفاءة و العمل	0,791	دالة احصائيا
الاحساس بالفشل	0,723	دالة احصائيا	اضطرابات النوم	0,681	دالة احصائيا
فقدان الاستمتاع بالحياة	0,905	دالة احصائيا	القابلية للغضب	0,720	دالة احصائيا
مشاعر الائم	0,817	دالة احصائيا	فقدان الشهية	0,825	دالة احصائيا
توقع العقاب	0,719	دالة احصائيا	صعوبة التركيز	0,799	دالة احصائيا
كراهية النفس	0,733	دالة احصائيا	الارهاق او الاجهاد	0,737	دالة احصائيا
عدم حب الذات	0,910	دالة احصائيا	فقدان الاهتمام بالجنس	0,859	دالة احصائيا
وجود افكار انتحارية	0,774	دالة احصائيا			
البكاء	0,657	دالة احصائيا			
عدم الاستقرار النفسي	0,432	دالة احصائيا			
الانسحاب الاجتماعي	0,819	دالة احصائيا			
التردد في اتخاذ القرار	0,615	دالة احصائيا			

دالة عند مستوى 0,01 و يتضح من خلال الجدول ان جميع الفقرات دالة احصائيا

➤ الثبات بحساب قيمة الفا كرونبارخ

جدول رقم (9) يبين ثبات مقياس الاكتئاب بحساب قيمة الفا كرونبارخ :

البند	قيمة الفا
1	0,828
2	0,833
3	0,800
4	0,793
5	0,800
6	0,812
7	0,809
8	0,788
9	0,817
10	0,819
11	0,813
12	0,812
13	0,798
14	0,814
15	0,801
16	0,824
17	0,819
18	0,819
19	0,812
20	0,799
21	0,800

كما بلغت قيمة الفا كرونبارخ بالنسبة لكل البنود (0,820)

2.1.1 - مقياس التفكير الايجابي و السلبي:

1.2.1.1 - ثبات المقياس:

➤ الثبات بطريقة اعادة الاختبار (برافي بيرسون)

قامت عبد العزيز حنان(2012) صاحبة المقياس، بتطبيقه على عينة قدرها 40 طالب وهذا في المرحلة الأولى، بعدها تم تطبيق المقياس نفسه للمرة الثانية وعلى نفس أفراد العينة بفارق زمني 15 يوم،

وذلك للتأكد من ثبات المقياس بطريقة اعادة الاختبار، و لقد قدرت النتيجة ب (0,71) دالة عند مستوى 0,01

➤ الثبات بطريقة التجزئة النصفية :

تم تقسيم فقرات المقياس الى نصفين، ضم النصف الأول الفقرات من 1 الى 19، أما النصف الثاني من 19 الى 38، ولقد بلغت قيمة معامل الثبات بطريقة سبيرمان براون (0,75).

2.2.1.1 - صدق الاستمارة:

➤ صدق المحكمين

عرضت عبد العزيز حنان مقياس التفكير الايجابي و السلبي على مجموعة من الاساتذة المختصين في علم النفس، حيث بلغت نسبة الموافقة على فقرات المقياس بين (75 % و 58 %). كما قامت الباحثة بحساب صدق وثبات مقياس التفكير الايجابي والسلبي وذلك باستعمال طريقة الفاكرونبارخ و كذا صدق الاتساق الداخلي .

➤ الثبات بطريقة الفاكرونبارخ

بعد تطبيق معادلة ألفا، تبين أن قيمتها تساوي (0,840)، وهي قيمة مرتفعة مما يدل على تناسق فقرات الاستمارة

جدول رقم (10) يبين ثبات مقياس التفكير الايجابي و السلبي بطريقة الفا كرونبارخ

البند	المتوسط	قيمة الفا
1	2,3125	0,831
2	2,1875	0,821
3	1,9688	0,897
4	2,1250	0,819
5	2,3750	0,811
6	2,2813	0,803
7	2,0625	0,882
8	2,1250	0,858
9	2,0938	0,838
10	2,5625	0,836
11	2,3125	0,878
12	1,9375	0,807
13	2,2500	0,868
14	2,000	0,861
15	2,1563	0,846
16	1,8438	0,849
17	2,2500	0,820
18	2,2188	0,863
19	2,1250	0,844
20	2,2500	0,843
21	1,9063	0,826
22	1,9063	,0814
23	1,9688	0,830
24	2,0625	0,812
25	2,2188	0,888
26	2,2500	0,875
27	2,0625	0,823
28	2,1875	0,860
29	2,1250	0,834
30	1,19688	0,892
31	2,2500	0,885
32	2,1563	0,809
33	2,1563	0,870
34	2,0625	0,822
35	,2,2500	0,841
36	2,1563	0,853
37	2,1563	0,866
38	2,0625	0,891

➤ صدق الاتساق الداخلي

يتم ذلك من خلال معاملات الارتباط بين كل فقرة والمجموع الكلي للفقرات المكونة للاستمارة و يبين الجدول التالي تلك المعاملات :

جدول رقم (11) يبين معامل ارتباط مقياس التفكير الايجابي و السلبي

معامل الارتباط	رقم الفقرة
0,434	1
0,341	2
0,452	3
0,432	4
0,611	5
0,312	6
0,434	7
0,532	8
0,546	9
0,326	10
0,677	11
0,338	12
0,612	13
0,498	14
0,588	15
0,393	16
0,511	17
0,581	18
0,631	19
0,545	20
0,311	21
0,467	22
0,626	23
3,333	24
0,522	25
0,583	26
0,399	27
0,435	28
0,442	29
0,677	30

0,634	31
0,398	32
0,422	33
0,483	34
0,581	35
0,593	36
0,421	37
0,593	38

3.1.1 - مقياس تقدير الذات :

1.3.1.1 ثبات مقياس تقدير الذات

طبق فاروق عبد الفتاح موسى ومحمد أحمد الدسوقي (1996) هذا الاختبار على عينة من البنين والبنات، حيث بلغ حجم العينة الكلية 50 فرداً، منهم 25 ذكور و 25 بنات، ثم حساب معامل ثبات بتطبيق معادلة كيودر ريتشارد بيرسون وسنعرض النتائج في الجدول التالي

جدول رقم (12) يبين معاملات الثبات في حالات البنين و البنات و العينة المشتركة بتطبيق معادلة

بيرسون

العينة	معامل الثبات
الذكور	0,742
البنات	0,773
العينة مشتركة	0,797

2.3.1.1 صدق مقياس تقدير الذات

➤ طريقة الصدق التجريبي :

قامت الباحثة نجية بكيري (2012) باختبار الصدق التجريبي للاختبار على عينة مكونة من 50 فرداً، وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجات العينة في مقياس تقبل الذات. كانت معاملات الارتباط وفقاً لمعادلة سبيرمان وبراون تتراوح (0,652, 0,715) وجميعها موجبة دالة عند مستوى دلالة (0,01)، كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (13) يبين معاملات الارتباط بين درجات الذكور و الاناث و العينة المشتركة في اختبار تقدير الذات و اختبار مفهوم الذات

العينة	معامل الارتباط	الدلالة
الذكور	0,846	0,01
الاناث	0,917	0,01
العينة المشتركة	0,887	0,01

صدق وثبات الاختبار من طرف الباحثة :

للصدق عدة أنواع و لقد استعملت الباحثة طريقة صدق المحتوى او صدق الاتساق الداخلي

➤ صدق المحتوى أو صدق الاتساق الداخلي :

جدول رقم (14) يبين معامل ارتباط فقرات مقياس تقدير الذات

البند	معامل الارتباط
1	0,237
2	0,410
3	0,408
4	0,518
5	0,276
6	0,546
7	0,453
8	0,001
9	0,125
10	0,396
11	0,474
12	0,248
13	0,396
14	0,052
15	0,269
16	0,389
17	0,201
18	0,240
19	0,276
20	0,396
21	0,474
22	0,524

0,474	23
0,207	24
0,332	25

➤ ثبات المقياس :

تم حساب معامل ثبات مقياس تقدير الذات باستخدام معامل ألفا وجاءت النتيجة كما يلي:

معامل ألفا لمقياس تقدير الذات (0.801) وهو يعد معامل ثبات مرتفع، مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات في قياس تقدير الذات.

جدول رقم (15) يبين معامل ثبات فقرات مقياس تقدير الذات بطريقة الفا كرونبارخ

العبارات	قيمة الفا
1	0,798
2	0,790
3	0,791
4	0,785
5	0,797
6	0,784
7	0,788
8	0,809
9	0,804
10	0,791
11	0,787
12	0,798
13	0791
14	0,807
15	0,797
16	0,801
17	0,799
18	0,797
19	0,791
20	0,787
21	0,785
22	0,787

0,800	23
0,794	24
0,820	25

4.1.1 - البرنامج العلاجي المعرفي

1.4.1.1 تقييم البرنامج العلاجي (صدق البرنامج):

التقييم هو عملية تحديد كفاءة وفاعلية برنامج ما بالمقارنة مع برامج مماثلة وبالرجوع الى الاهداف المحددة له، وهو يعني ايضا مدى بلوغنا للأهداف التي نسعى الى تحقيقها وهو وسيلتنا للحكم على ما يقدم من أنشطة و خدمات و خلاصة القول فهو معرفة مدى صلاحية البرامج المقدمة وكشف نواحي القوة والضعف فيها بقصد تطويرها وتحسينها (محروس الشناوي، 1996). من اجل التأكد من ملائمة البرنامج للتطبيق على افراد العينة وصحة اجراءاته ثم عرضه في صورته الاولية على الاساتذة والمختصين المحكمين الواردة اسماؤهم في الملحق رقم (9)، وقد اجريت التعديلات المطلوبة والتي تمثلت في :

✓ التركيز على المشاكل الحالية التي يعاني منها أفراد المجموعة التجريبية وعدم الانقياد وراء المشكلات السطحية .

✓ تعديل أوقات الجلسات بحيث يجب الزيادة في مدة كل جلسة، حيث كانت مدة الجلسة العلاجية تقدر ب35 دقيقة وتم تعديلها الى 90 دقيقة .

✓ ادخال توضيحات بالنسبة للجلسة الاولى واهدافها والتركيز على العلاقة العلاجية خلال هذه الجلسة، تمثلت التوضيحات المدرجة في الجلسة الاولى في اخذ فكرة واضحة حول الحالات من خلال اجراء مقابلات علاجية معهم مع التركيز على الهدف من العلاج المعرفي .

✓ تنسيق الواجبات المنزلية مع اهداف كل جلسة والتخفيف من عدد الواجبات المنزلية المطلوب انجازها في الجلسة الواحدة ولقد اختلف محتوى الواجبات المنزلية من جلسة الى اخرى فتارة نطلب من الحالات اعادة تطبيق الفنيات المدرجة في الحصص العلاجية وتارة اخرى نطلب منهم تسجيل مختلف المواقف التي تسبب لهم الضيق و الاكتئاب .

✓ وضع ملخص عند نهاية كل جلسة علاجية و هذا لتأكد من فهم أعضاء المجموعة العلاجية لكل ما تم مناقشته وعرضه .

2.4.1.1 ثبات البرنامج العلاجي:

قامت الباحثة بتطبيق جلسة اخرى ثم تطبيقها سابقا خلال جلسات البرنامج على بعض افراد العينة ثم اختيارهم بطريقة عشوائية بعد اسبوع واحد من الانتهاء من التطبيق البعدي وذلك لمعرفة ثبات البرنامج على افراد العينة، و لقد تبين انهم حافظوا على كل المكتسبات العلاجية بعد مرور اسبوع من انتهاء البرنامج العلاجي، هذا ما اكدته درجات مقياس الاكتئاب التي تميزت بالانخفاض

2.1 - عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (12) طالبة مراقبة السنة الاولى والثانية تخصص علوم تكنولوجيا تعاني من بعض الأعراض الاكتئابية المتوسطة، مقسمة الى (6) أفراد تمثل المجموعة الضابطة (6) أفراد تمثل المجموعة التجريبية، ولقد تميزت عينة الدراسة بالخصائص التالية :

جدول رقم(16) يمثل توزيع أفراد المجموعة الاستطلاعية وفق متغير الجنس

المجموعة	عدد الأفراد	الجنس
التجريبية	6	اناث
الضابطة	6	اناث

جدول رقم (17) يبين توزيع أفراد المجموعة الاستطلاعية وفق التخصص و المستوى الدراسي

المجموعة	المستوى الدراسي	التخصص
التجريبية	(4) طالبات السنة الثانية جامعي (2) طالبات السنة الاولى جامعي	علوم تكنولوجيا
الضابطة	(3) طالبات السنة الاولى جامعي (3) طالبات السنة الثانية جامعي	علوم تكنولوجيا

العمر : كما نشير الى أن أفراد المجموعتين تتراوح أعمارهن بين 19 و 21 سنة

جدول رقم (18) يبين تكافؤ المجموعة التجريبية و الضابطة في متغير العمر

المجموعات	الطالبات اللاتي أعمارهن 19 سنة	الطالبات اللاتي اعمارهن بين 20 و 21 سنة
التجريبية	3	3
الضابطة	3	3
المجموع	6	6

3.1 - اجراءات الدراسة الاستطلاعية :

الهدف من القيام بالدراسة الاستطلاعية هو تدريب الباحث على البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية، بحيث يتمكن من تطبيقه بمهارة أكبر على مجموعات الدراسة الأساسية، ولمعرفة بعض النقاط الهامة التي قد يلاحظها عند تطبيقه للبرنامج على العينات الاستطلاعية، وأخذها في الاعتبار عند القيام بالدراسة الأساسية، كما يهدف الى التأكد من مدى صلاحية البرنامج للتطبيق وعليه فانه بعد الحصول على الاذن من الجامعة من أجل تنفيذ الجانب التطبيقي للأطروحة اتجهت الطالبة الى مجموعة من الطلاب المتمدرسين بجامعة أبو بكر بلقايد وطلبت منهم المساعدة لانجاز هذا الجزء من الدراسة.

4.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية :

تمثل الدراسة الاستطلاعية اللبنة الأولى للدراسة الميدانية، حيث أنها تسمح للباحث بالتطبيق العملي لبحثه وهذا بعد التزود بالجانب النظري الذي يؤهله للقيام بذلك .

ان الهدف من الدراسة الاستطلاعية هو التدريب على تطبيق البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة وهذا حتى يتمكن الباحث من تطبيقه بمهارة أكبر على مجموعة الدراسة الأساسية.

كما أنها تمكنه من معرفة بعض النقاط الهامة التي تتجلى للباحث عند تطبيق البرنامج العلاجي على العينات الاستطلاعية وأخذها بعين الاعتبار عند القيام بالدراسة الأساسية وعليه يمكن القول أن الهدف الأساسي هو التأكد من مدى صلاحية البرنامج للتطبيق

الى جانب ذلك يمكن ذكر مجموعة أخرى من الأهداف و التي تتمثل في :

✓ التعرف على صعوبات الميدان .

✓ استطلاع الظروف المحيطة بموضوع الدراسة و كشف جوانبها وأبعادها .

✓ التمكن من التقرب من الموضوع المراد دراسته وأخذ فكرة واضحة عن الحالات التي تناسب موضوعه

✓ تطبيق الاختبارات النفسية التي تتماشى مع الموضوع وفي هذا الصدد تم تطبيق مقياس الاكتئاب لبيك وهذا لتعرف على أهم الأعراض الاكتئابية التي يعاني منها المراهقين ومقياس أنماط التفكير و مقياس تقدير الذات .

5.1 - خطوات الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثة بتطبيق مقاييس الدراسة على الحالات، حيث وضع برنامج بالاتفاق مع أفراد عينة البحث على ميعاد اللقاء الأسبوعي، وأن يكون اللقاء في أوقات الفراغ لدى الحالات

قامت الباحثة بتقسيم عينة الدراسة الى مجموعتين، حيث خضعت المجموعة الأولى للعلاج المعرفي السلوكي (العلاج المعرفي لبيك) واستغرق تطبيقه 11 جلسة، واستغرقت الجلسة الواحدة حوالي ساعة، وبعد الانتهاء من تطبيق البرنامج قام أفراد المجموعتين بالإجابة على المقياس ثانياً (مقياس الاكتئاب،مقياس أنماط التفكير ،مقياس تقدير الذات) مما يمثل قياساً بعدياً

6.1 - نتائج الدراسة الاستطلاعية:

جدول رقم (19) يبين قيمة (ت) لدلالة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية الاستطلاعية والضابطة على مقياس الاكتئاب

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت التجريبية	ت الجدولية	درجة الحرية
التجريبية	14,10000	4,06714	4,340	1,26	10
الضابطة	12,100	3,0764			

ان النتائج المبينة في الجدول تدل أن هناك فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات المجموعة الضابطة ومتوسط درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية حيث ان قيمة ت المحسوبة تساوي (4,340) أكبر قيمة ت الجدولية (1,26) .

جدول رقم (20) يبين قيمة (ت) لدلالة الفرق بين درجات المجموعة التجريبية الاستطلاعية على مقياس الاكتئاب في القياس القبلي و البعدي

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت المحسوبة	ت الجدولية	درجة الحرية
التجريبية	14.3000	4,18331	4,846	0,33	5

ان النتائج المبينة في الجدول تدل ان هناك فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي

2 - الدراسة الأساسية:

1.2 - المنهج المستخدم في الدراسة:

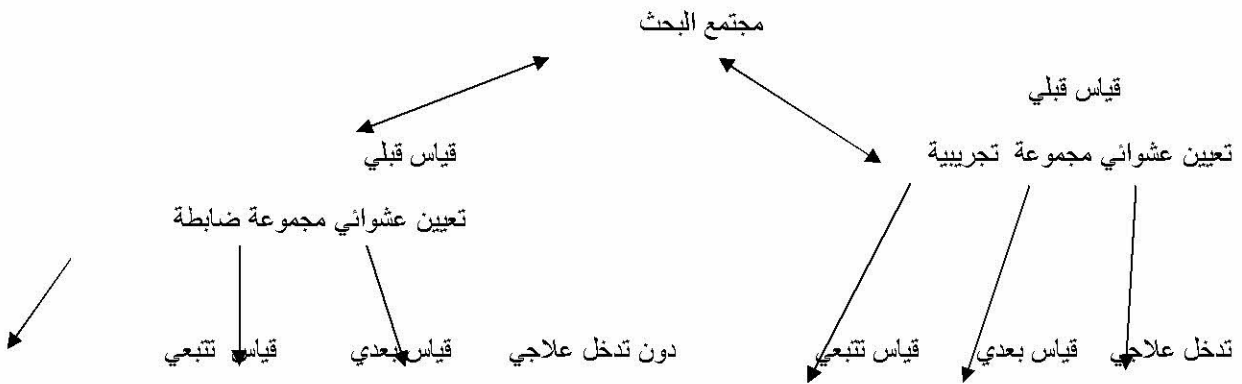
ان تحديد طبيعة المشكلة المدروسة و أبعادها، لا يأتي إلا عن طريق منهج علمي سليم، هذا الأخير الذي يعتبر طريق منظم يتبعه الباحث من أجل الوصول الى الحقائق العلمية، فالمنهجي حل مشاكل البحث ذات أهمية بالغة، ذلك لأن استخدام المناهج الخاطئة لا توصلنا للحل الصحيح، وفي بحثنا قد

اعتمدنا على المنهج التجريبي كونه الوسيلة الأنسب التي تساعدنا للتعرف عما اذا كان العلاج المعرفي هو العلاج المناسب للتخلص من الأعراض الاكتئابية التي تمس الطالبات المراهقات.

بما أن الهدف الأساسي للدراسة يتمثل في التحقق من أثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي (علاج معرفي بيك) في تخفيف حدة الاعراض الاكتئابية المتوسطة لدى عينة من الطالبات المراهقات اعتمدنا على المنهج التجريبي وذلك وفق التصميم التالي:

تصميم المجموعة الضابطة (اختيار قصدي للأفراد) واختبارين قبلي وبعدي، حيث ان هذا التصميم يتكرر ظهوره في السياق الطبي النفسي العيادي، ولذلك يطلق عليه اسم تصميم (المحاولات العيادية العشوائية المضبوطة)، الذي يتيح الفرصة لاختبار مدى فعالية عقار طبي او علاج نفسي جديد في مقابل تقديم علاج نفسي وهمي أو عدم تقديم أي علاج لمجموعة ضابطة. (نانسي بيسترنج ،اليوت، باركر، 1999)

عليه تمت المعاينة العشوائية لأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة، بعدما تتم المجانسة بينهما للتأكد من تكافؤ المجموعتين على جميع الخصائص المحددة، ثم تقدم المعالجة فقط للمجموعة التجريبية، ثم يتم اجراء القياسات البعدية للعينتين الضابطة والتجريبية والقياسات التتبعي



الشكل رقم (5) يبين المنهج المستخدم في الدراسة

(مصطفى باهي ،اخلاص عبد الحافظ ، 2000)

2.2 - مجتمع وعينة الدراسة الاساسية:

ستحاول الباحثة تطبيق البرنامج العلاجي المقترح على مجموعة من الطالبات المراهقات اللواتي تعانين من الأعراض الاكتئابية المتوسطة والمتمدرسات بجامعة أبي بكر بلقايد بتلمسان.

قامت الباحثة بتطبيق مقياس الاكتئاب على مجتمع الدراسة حيث شملت (150) طالب في مرحلة المراهقة، وهم طلاب السنة الاولى والثانية جامعي شعبة التكنولوجيا، منهم (ن=75) ذكور و(ن=85) اناث، تتراوح أعمارهم ما بين 19 الى 21 سنة .

ثم الغاء 20 استمارة بسبب عدم استيفائها لشروط العينة، ليصبح العدد الاجمالي (130) طالب، منهم 60 ذكور و70 اناث، اهتمت الباحثة بفئة الاناث نظرا لطبيعة موضوع دراستها، منهن (20) تعاني من اكتئاب نوعا ما شديد، (30) تعاني من اكتئاب بسيط و20 تعاني من اكتئاب متوسط وهي المجموعة التي تهم الباحثة، ثم توزيعهن بالطريقة العشوائية البسيطة (تخصيص عشوائي باستخدام القرعة) على مجموعتين :

المجموعة التجريبية : قوامها 10 طالبات .

المجموعة الضابطة : قوامها 10 طالبات .

3.2 - مواصفات عينة الدراسة الأساسية: قبل تطبيق البرنامج العلاجي ثم التأكد من تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة، وذلك لأن اعتماد المنهج التجريبي يتطلب تحقيق التكافؤ بين مجموعتي الدراسة، أي التأكد من أنهما متشابهتين في جميع المتغيرات عدا المتغير المراد قياس أثره (المتغير المستقل) وفي الدراسة الحالية تمت المجانسة بين المجموعتين في المتغيرات التالية :

1.3.2 درجة الاكتئاب (اكتئاب متوسط): حسب الدرجات المحصل عليها عند تطبيق مقياس الاكتئاب لبيك، حيث تم التأكد من تجانس العينتين الضابطة والتجريبية على مقياس الاكتئاب لبيك .

2.3.2 العمر: تراوح أعمار الطالبات في كلا المجموعتين التجريبية والضابطة بين 19 و21 سنة.

جدول رقم (21) يبين تكافؤ المجموعة التجريبية و الضابطة في متغير العمر

المجموع	الطالبات اللاتي اعمارهن بين 20 و21 سنة	الطالبات اللاتي أعمارهن 19 سنة	المجموعات
10	6	4	التجريبية
10	3	7	الضابطة
20	9	11	المجموع

3.3.2 - الجنس: تكونت العينة من نفس الجنس أي من الإناث فقط اللواتي حصلن على مجموع من الدرجات تعبر عن الاكتئاب المتوسط .

4.3.2 - نوع التعليم: روعي في أفراد العينة أن يكونوا كلهم من نفس الشعبة (شعبة تكنولوجيا) حتى لا يكون هناك تباين في نوع التعليم و تحاشيا لأي تأثيرات يمكن أن تدخل من هذا الجانب .

4.2 - متغيرات الدراسة:

تشمل الدراسة الحالية المتغيرات التالية :

المتغير المستقل : المتمثل في البرنامج العلاجي المعرفي والذي يتحدد بالأساليب العلاجية التالية التي سيتم عرضها وعرض أهدافها .

جدول رقم (22) يبين الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي المعرفي

التقنية	كيفية استخدام الأسئلة	الهدف
تقنية التقييم الذاتي	ماهي الأفكار التي تراودك عندما تتعرضين الى مواقف محبطة وضاغطة؟ ألا تلاحظين ان انفعالاتك تنشأ من الطريقة التي تنظر بها الى هذه المواقف ؟ حاولي ايجاد أفكار عقلانية بديلة لأفكارك الالية و قدري مدى تحسن حالتك المزاجية ؟	التعرف على الأفكار التلقائية الالية و محاولة ابدالها بأخرى أكثر منطقية .
الحوار السقراطي	ما هي الأدلة على ما تعتقده ؟ كيف يمكن تفسير الوضعية أيضا ؟ اذا كان ذلك صحيحا ماذا يعني ذلك بالنسبة لك ؟	التعرف على الأفكار التلقائية
الواجب المنزلي	ما هي الأفكار التي تخطر ببالك خارج الجلسات العلاجية	المساعدة على ابطال انشغال المتعالم بالأفكار السلبية ,للتخفيف من حدة الاكتئاب والتوتر .
المحاضرة	ما هي معلوماتك عن اضطراب الاكتئاب	تقديم المعلومات و الأساس النظري لزيادة الوعي باضطراب الاكتئاب وأعراضه
تحديد مزايا وعيوب الفكرة	أذكرني مزايا هذه الفكرة الالية ؟ أذكرني عيوب هذه الفكرة الالية	تنفيذ الأفكار الالية

الكشف عن الافكار الناتجة عن ذلك	اذكري لي اخر خبرة انفعالية تعرضت لها	تذكر اخر خبرة انفعالية
---------------------------------	--------------------------------------	------------------------

المتغير التابع: يتمثل في مقدار التحسن الذي يطرأ على أفراد العينة التجريبية بفعل التدخل العلاجي كما تظهره نتائج مقياس الاكتئاب .

5.2 وصف أدوات الدراسة:

استعانت الباحثة بمجموعة من الأدوات و الاجراءات لانجاز بحثها و لقد تمثلت في:

✓ مقياس الاكتئاب لبيك (ترجمة غريب عبد الفتاح)

✓ مقياس أنماط التفكير (عبد العزيز حنان)

✓ مقياس تقدير الذات (كمال دسوقي)

✓ برنامج نفسي علاجي معرفي (اعداد الباحثة)

✓ استمارة تقييم البرنامج (اعداد الباحثة)

1.5.2 - مقياس الاكتئاب لبيك تعريب غريب عبد الفتاح:

أ - بناء المقياس:

يعد مقياس بيك للاكتئاب من المقاييس العالمية للتعرف على الاكتئاب وهو من أكثر المقاييس شيوعاً ونجاحاً في تشخيص الحالة الاكتئابية وتقيس هذه الأداة أعراضاً متعددة للاكتئاب وجدانية، معرفية، سلوكية، فيزيولوجية وهو يزود الباحث أو المعالج النفسي بتقدير سريع وصادق لمستوى الاكتئاب لدى المفحوص، وقد استخدم في البيئة العربية في عدة دراسات مثل دراسة (عبد الخالق 1991)، دراسة (موسى 1993) وقد تم استخدامه أيضاً في البيئة الجزائرية من طرف بشير معمريّة.

تبنّت الباحثة هذا المقياس الذي أعده بيك، بهدف تقدير شدة الاكتئاب حيث يطلب من المفحوص أن يقرأ كل فئة من فئات المقياس ثم يختار منها ما تبدو وأنها تناسبه و تصف حالته في الأسبوع الأخير وحتى يوم الاختبار، و يتكون في صورتين أصلية مكونة من 21 مجموعة من العبارات و تتكون كل

مجموعة منها من أربعة عبارات تم ترتيبها تدريجيا من انعدام الاكتئاب الى أكثره شدة وانطلاقا من ذلك تعطى درجات تتراوح من 0 الى 3.(غريب عبد الفتاح، 1990)

ب - أصل القائمة:

نشرت القائمة لأول مرة سنة (1961) في مقابلة لبيك و بعض مساعديه بعد ذلك توالت الدراسات والأبحاث حولها، ويذكر بيك بأنه لتشخيص الاضطراب الاكتئابي كان يعتمد على التشخيص السيكاتري الذي يقوم به الأطباء النفسانيون في المقابلات مع المرضى، إلا أن مثل هذه التشخيصات كان يشوبها العديد من أوجه القصور .

ج - المقياس و أبعاده:

تعد قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب من أحدث صور قوائم بيك لقياس الاكتئاب، وتتكون من 21 مجموعة بنود لقياس شدة الاكتئاب ابتداء من سن 16 سنة ، وان ما يميز هذه القائمة هو أنها تهدف الى تقييم أعراض الاكتئاب المتضمنة في محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل الاحصائي والتشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1994. تشير الى أن قوائم بيك لقياس الاكتئاب قد حظيت باهتمام كبير منذ ظهورها لأول مرة في مجال البحث السيكولوجي عام 1961، وهذا على المستوى العالمي و الدليل على ذلك ترجمتها الى عدة لغات، كما تم استعمالها في البحث النفسي و الطب النفسي في عدد كبير من البلدان و كانت مؤشرات صدقها و ثباتها مرتفعة . (بشير معمريّة، 2000)

د - ترجمة قائمة بيك لقياس الاكتئاب:

لقد تم ترجمة القائمة و تعليماتها من طرف غريب عبد الفتاح غريب عام (2000) ويتمتع مترجم القائمة بخبرة طويلة في بحوثه حول الاكتئاب، وسبق له و أن ترجمه عام (1985) قائمة بيك الأولى المعدلة لقياس الاكتئاب في مصر والامارات العربية المتحدة، كما قام بإجراء دراسات عديدة حول الاكتئاب في عدد من البلاد العربية .

يشير المترجم بأنه اعتمد في ترجمته للقائمة الى العربية على عدد من القواميس و المعاجم للوصول الى المصطلحات والتعبيرات الملائمة لما تتضمنه النسخة الامريكية من معان، وقام بمراجعة الترجمة عدة مرات على فترات متباعدة .

و - صدق الترجمة:

قام المترجم بعرض الترجمة العربية مرفوقة بالأصل الانجليزي على مجموعة من أساتذة علم النفس في مصر والولايات المتحدة الأمريكية ممن يتقنون اللغتين العربية و الانجليزية لغرض مراجعتها وتقديم الملاحظات حول التعديلات التي ينبغي اجراؤها، وبعد أسابيع من ذلك تلقى المترجم تعليقات ومقترحات هؤلاء الأساتذة و الغرض من كل ذلك هو الوصول الى صدق الترجمة

ك - طريقة تطبيق وتصحيح المقياس:

يتم استخدام القائمة بواسطة مقابل مدرب وعادة ما يكون اخصائيا نفسيا اكلينيكي او اخصائيا اجتماعيا يمكن اجراءه فرديا أو جماعيا، وتحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية توضح طريقة الاجابة، وتسجل الاجابات على الكراسة ذاتها، ويتلخص دور المقابل الاكلينيكي في قراءة كل عبارة من عبارات كل فئة من فئات القائمة بصوت واضح و ان يطلب من الفرد ان يختار العبارة التي تصف حالته في الوقت الراهن. (عباس عوض ،مدحت ابو زيد ،2008) ويتم وضع درجات مقابل كل اجابة في كل مجموعة حيث تكون الدرجات على النحو التالي تبعا للإجابة:

من الدرجة 0 الى الدرجة 9 لا يوجد اكتئاب

من الدرجة 10 الى الدرجة 16 اكتئاب بسيط

من الدرجة 17 الى الدرجة 29 اكتئاب متوسط

من الدرجة 30 الى 63 اكتئاب شديد جدا

تحسب الدرجات في النهاية بجمع هذه النقاط فإذا كان المجموع الكلي لإجابة الشخص على مجموع الاختبار وعددها 21 يقل عن 10 درجات فان الشخص غير مكتئب ،اما اذا زاد المجموع عن 30 فان الحالة تعاني من اكتئاب شديد، واذا كان المجموع بين 10 و 29 فان الحالة لديها اكتئاب معتدل الى متوسط .

2.5.2 - مقياس التفكير الايجابي و السلبي:

ا - بناء المقياس:

يتكون هذا المقياس من 38 فقرة، منها 16 فقرة دالة على التفكير السلبي، 22 دالة على التفكير الايجابي، وهو من اعداد عبد العزيز حنان ، وان الغرض من هذا المقياس هو التعرف على الأفكار الالية السلبية .

ب - أبعاد الاختبار :

تنقسم فقرات المقياس الى ما يلي :

جدول رقم (23) يبين توزيع فقرات مقياس التفكير على بعديه السلبي و الايجابي

36,35,33,32,27,26,25,22,21,19,18,17,15,14,12,10,9,8,7,6,5,4,3	فقرات التفكير الايجابي
38,37,34,31,30,29,28,24,23,20,16,13,2,11,1	فقرات التفكير السلبي

ج - تطبيق و تصحيح الاختبار :

يتم تطبيق مقياس التفكير الايجابي و السلبي على الأفراد البالغين، ويتحصل المفحوص على درجة تتراوح بين (1,4) على ترتيب البدائل حسب فقرات التفكير الايجابي، أما فيما يخص الفقرات

السلبية للمقياس فيحصل المفحوص على درجة بين (1،4) على ترتيب البدائل، ومنه فان الدرجة الكلية للمقياس تتراوح بين (152 و38) درجة .

حيث أن الدرجة المنخفضة تدل على التفكير السلبي و قد اعتبرت الدرجة (114) الحد القاطع بين التفكير الايجابي و السلبي، وبذلك فان درجة المفحوص التي تفوق (114) فأكثر تدل على التفكير الايجابي للمفحوص ،بينما الدرجة (114) فأقل تدل على التفكير السلبي للمفحوص.

د - مستويات الاختبار:

من 38 الى 114 التفكير السلبي .

من 115 الى 152 التفكير الايجابي .

3.5.2 - مقياس تقدير الذات :

أ - بناء المقياس:

هو مقياس أمريكي صمم من طرف الباحث كوبر سميث Kuper Smith (1967) لقياس تقدير الفرد لذاته، يستخدم مع الأفراد الذين تزيد أعمارهم عن 16 سنة فما فوق وان الهدف منه هو تقدير الفرد لنفسه بطريقة ذاتية و قد تمت ترجمته الى العربية من طرف كل من فاروق عبد الفتاح محمد دسوقي عام 1987، ويتكون هذا المقياس من صورتين الصورة (أ) الطويلة والصورة (ب) القصيرة وأوضح سميث أنه يمكن الاقتصار على الصورة القصيرة توفيراً للوقت و الجهد حيث بلغ معامل الارتباط بين الصورتين 0,88.

ب - تطبيق و تصحيح المقياس:

يقسم هذا المقياس الى 8 عبارات موجبة و هي :

4 ، 5، 8، 9، 14، 19، 20، 1، اذا اجاب عليها المفحوص بتطبيق تعطى له درجة واحدة ، أما اذا اجاب لا تنطبق فنمنحه صفر .

كما يتضمن 17 عبارة سالبة و هي :

2، 3، 6، 7، 10، 11، 12، 13، 15، 16، 17، 18، 21، 22، 23، 24، 25

فاذا أجاب لا تنطبق فإنه يعطى درجة واحدة أما اذا أجاب تنطبق فتعطى له درجة صفر ويكون تقييم الإجابة على النحو التالي :

20 الى 40 ذوي التقدير المنخفض أو المتدني .

41 الى 60 ذوي التقدير المتوسط .

61 الى 80 ذوي التقدير العالي .

4.5.2 - البرنامج العلاجي المعرفي (اعداد الباحثة) :

يعد البرنامج العلاجي المعرفي المعد في هذه الدراسة من الأدوات الأساسية المراد منها تحقيق أهداف الدراسة، وهو برنامج مخطط، منظم يستند على التفسيرات النظرية لاضطراب الاكتئاب التي من خلالها تم تحديد فنياته، ويتضمن هذا البرنامج مجموعة من الخبرات والممارسات والتقنيات والأنشطة اليومية بهدف تخفيض الضيق والحزن الذي يرجع الى اضطراب الاكتئاب، كما يهدف الى تغيير طريقة التفكير وتأويل الأحداث وكذلك تدعيم المشاركة الفعالة لأفراد المجموعة في مختلف المواقف والأحداث اليومية الاجتماعية التي كانت تشكل بؤرة معاناتهم

1.4.5.2 - أهمية البرنامج:

يتناول البرنامج العلاجي معالجة اضطراب الاكتئاب لدى المراهقات و تظهر أهميته في معرفة خصائص مرحلة المراهقة وأثرها على اضطراب الاكتئاب، ومدى تبني الأفراد المكتئبين أفكار لاعقلانية ومستوى تقدير ذاتي منخفض، ومنه يعتبر هذا البرنامج نموذجاً واقعياً وعملياً من الممكن أن يساعد الطلبة المراهقين على انتهاج الأسلوب العلمي والعملية وهذا لغرض تحقيق التوافق و التوازن النفسي مما يساهم في ارتقاء مشوارهم التعليمي .

كما يمكن أن نعنون هذا البرنامج العلاجي كالتالي : كيف نتغلب على الاكتئاب بإتباع طريقة العلاج النفسي المعرفي لبيك؟ ونشير هنا الى نقطة مهمة وهي أن انشاء برنامج علاجي معرفي ليس بالأمر الجديد في مجال الممارسة العيادية ولكن الجديد فيه هو محاولة انتقاء حالات من مجتمعنا وبالتحديد فئة الفتيات المراهقات المتمدرسات بالجامعة وتطبيق هذا البرنامج العلاجي المعرفي عليهن والذي

سنحاول أن نعطيه صبغة فريدة من نوعها والتركيز على فنية التقييم الذاتي كفنية أساسية يتم الاعتماد عليها بالدرجة الأولى من أجل تغيير نمط التفكير الممثل كما تتضح أهمية البرنامج في الأساليب والفنيات التي يقوم عليها الى جانب الفنية المذكورة وفعاليتها في علاج اضطراب الاكتئاب، مما يجعله وسيلة اجرائية تمنح من يعاني من الاكتئاب من فهم اليات نشوئه وتفحص العلاقة بين جوانبه المعرفية والسلوكية والفيزيولوجية ، ومنه تأتي أهمية هذا البرنامج من أنه

تشكل خدمات الصحة النفسية بجوانبها العلاجية والتشخيصية والوقائية مطلباً ملحا للإنسان العربي بصفة عامة .

يرتبط الاكتئاب بأي درجة من درجاته بانخفاض في الوظائف العضوية والاجتماعية والنفسية و الفكرية، ومن ثم يؤثر في عمل ونتاجية الفرد وحياته العامة .

كما يسمح هذا البرنامج باكتشاف التشوهات المعرفية ، وتقنيد الأفكار السلبية، وارساء دعائم التفكير المنطقي الايجابي، اذ يتعلم ذلك كل فرد في المجموعة أثناء الجلسات وهذا حسب الأعراض التي يعاني منها ويعزز مكتسباته فيما بينها باستخدام الواجبات المنزلية، التي تشمل على فنيات مواجهة الافكار الالية السلبية و تغييرها.

كما تتضح أهمية هذا البرنامج في كونه يشمل على مادة علاجية لمجموعة من الأفراد (علاج جماعي) وهو ما يسمح باقتصاد الجهد كما أن قصر مدته الزمنية يعد مكسبا مقارنة مع الأساليب العلاجية الاخرى .

نتائج هذه الدراسة قد تفتح المجال أمام دراسات مستقبلية تقترح طرقا وأساليب جديدة تمكن المعلمين والمرشدين من استخدامها لمساعدة الطلبة لتغلب على مشاكلهم النفسية .

2.4.5.2 - أهداف البرنامج:

ان هذا البرنامج العلاجي يرمي الى تحقيق مجموعة من الأهداف و تتمثل في :

أ - الهدف العلاجي:

يتمثل في محاولة السعي الى خفض الأعراض الاكتئابية المتوسطة لدى أفراد العينة التي سنحاول تطبيق البرنامج العلاجي عليها من خلال تعديل التشويه المعرفي للذات والرفع من قيمتها ومحاولة ابدال

الأفكار الغير منطقية بأخرى أكثر عقلانية ومن هذا المنطلق فان المسعى الأساسي للعلاج المعرفي هو تغيير أوعلى الأقل تعديل طريقة التفكير المشوهة التي لها اثار جانبية تضر بالفرد ذاته وبالمحيطين به ويركز البرنامج العلاجي على هذه النقطة و يعتبرها من أولويات أهدافه نظرا لأهميتها .

ب - الهدف الوقائي :

يتمثل في العمل على أن يكتسب أفراد العينة أوالمجموعة العلاجية بعض الأساليب المعرفية بالدرجة الأولى، والانفعالية والسلوكية التي تمكنهم من مواجهة مخاطر الاكتئاب في المستقبل وعليه يمكن القول ان اكتساب الحالة وتمكنه من هذه الفنيات والأساليب العلاجية المعرفية سيجعله قادرا على مواجهة أعراض الاكتئاب قبل أن تتطور و تسوء حالته .

كما أن للبرنامج مجموعة أخرى من الأهداف التي يمكن تقسيمها الى أهداف أساسية وأخرى فرعية .

3.4.5.2- الأهداف الأساسية :

يعمل البرنامج بعد الانتهاء من تطبيقه على تحقيق الأهداف التالية :

العمل على خفض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد العينة موضوع البحث من خلال مجموعة من المبادئ واجراءات العلاج المعرفي و تقوم هذه المبادئ على أن العوامل المعرفية تؤثر في السلوك و من ثم فان تغييرها سيترتب عليه تغيير في سلوك العميل و مشاعره .

اعادة صوغ البنية المعرفية للعميل من خلال مجموعة من الأساليب تقوم على افتراض أن الاضطرابات الانفعالية انما هي نتيجة لأنماط من التفكير السلبي والتكيف الخاطئ الذي لا يتماشى مع الواقع و يمكن استخدام أوانتقاء عدة أساليب لتحقيق ذلك وفي بحثنا تم التركيز على نموذج بيك المعرفي .

4.4.5.2- الأهداف الفرعية (الاجرائية) :

يتم تحقيق هذه الأهداف من خلال العمل البناء داخل الجلسات من قبل المعالج، ومن خلال تنفيذ الواجبات المنزلية من قبل المجموعة العلاجية ، وتتلخص فيما يلي:

✓ أن يتعرف الأفراد الى أهداف البرنامج.

✓ أن يتعرف الأفراد المجموعة العلاجية الذين يخضعون للعلاج على أهمية العلاج المعرفي والى الأهداف التي يسعى الى تحقيقها .

✓ امداد المجموعة العلاجية بالخطوات الأولى لمواجهة الميول والأفكار الانتحارية باعتبار أنها من أهم أعراض هذا الاضطراب، مع تبصير الحالات بدور التفكير في احداث الاكتئاب كاضطراب انفعالي

✓ أن يتدرب أفراد المجموعة العلاجية على تفحص العلاقة بين الحدث المحزن أو المؤلم وبين كل من التفكير والانفعال من خلال استخدام تقنية التقييم الذاتي أو ما يعرف بتقنية الخمس أعمدة التي يركز البرنامج العلاجي عليها بالدرجة الأولى الى جانب استخدامه تقنيات أخرى مكمله لها.

✓ تدريب الحالات على ايجاد أفكار بديلة لتفسير الحدث المؤدي الى الاكتئاب ، حيث أن هذه الأفكار البديلة و التي تتميز بالعقلانية تساعد الفرد على تجاوز حالة الاكتئاب المسيطرة عليه.

✓ تدريب الحالات على التفكير المنطقي باستخدام فنيات معرفية متنوعة.

✓ تأكيد أهمية العلاقة بين المعالج والمتعالج في التشارك بينهما في فحص الأدلة أو المعطيات أو طرح الأفكار المختلفة أو المشوهة و العمل على تقويمها .

✓ ان الهدف من العلاج ليس الشفاء بل مواجهة المشكلات الصعبة والتخفيف من الأعراض الاكتئابية التي تعيق الحياة اليومية للفرد وتجعله يتخبط في كوكبة من المشاكل النفسية .

أما فيما يخص الأهداف العامة للبرنامج فتتمثل في :

علاج اضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة الذين يعانون من اعراض اكتئابية متوسطة حسب مقياس الاكتئاب، ويتأتى ذلك من خلال :

✓ تدريبهم على المراقبة الذاتية للأفكار والتخيلات السلبية، واخراجها الى حيز التفكير .

✓ دحض و تفنيد أنماط التفكير الغير فعالة واحلال أفكار أخرى أكثر واقعية .

✓ تعديل صورة الذات أثناء المواقف والأحداث اليومية التي تتميز بالتفاعل الاجتماعي وتخفيض التوقعات السلبية المتعلقة بتقييمات الاخرين .

✓ أن يتعرف الأفراد على العلاقة بين الأحكام التلقائية السالبة عن الذات والحوار الذاتي الخاطئ

✓ أن يعرف الأفراد معنى النشاط السار وعلاقته بتحسين الحالة المزاجية للمكتئب .

✓ تدريبهم على تحمل مسؤوليتهم في العلاج، ولعب دور أساسي فيه باستخدام الواجبات المنزلية

✓ متابعة احتفاظ أفراد العينة التجريبية بالمكاسب العلاجية خلال فترة مقدرة بشهر كامل .

5.5.2 - الفنيات العلاجية المعرفية المستعملة في البرنامج العلاجي :

تتمثل الفنيات العلاجية التي اعتمد عليها البرنامج العلاجي لتحقيق أهدافه في :

1.5.5.2 - فنية التقييم الذاتي أو فنية الخمس أعمدة :

هي الفنية الأساسية التي ركز عليها البرنامج العلاجي و حاول تطبيقها على الحالات ومن خلالها ستحاول الباحثة استبصار الحالة بالعلاقة التي تربط بين كل من الحدث و الانفعال و الأفكار الالية هذا في المرتبة الاولى ثم محاولة ايجاد أفكار عقلانية بديلة لتلك الافكار الالية وهذا في المرتبة الثانية ، ومحاولة التعرف على النتيجة النهائية الناجمة عن هذا التغيير التي بلا شك ستمس كل من الانفعالات و المعتقدات المرتبطة بالأفكار الالية و عليه تسمى هذه الفنية و كما سبق الذكر بفنية الخمس اعمدة حيث تشمل كل من :

الوضعية أو الحدث ⇔ الانفعال ⇔ الأفكار الالية ⇔ لايجابات العقلانية
النتيجة ⇔

Situation ⇒ Emotion ⇒ pensée automatique ⇒ réponse rationnelle
⇒ résultat

جدول رقم (24) الخمس الاعمدة المكونة لتقنية التقييم الذاتي

الوضعية	الانفعال	الأفكار الالية الناجمة عن هذه الوضعية	الأفكار العقلانية البديلة	النتيجة
	الحزن	1	ا	
		2		
	الغضب	3	ب	

--	--	--	--	--

2.5.5.2 فنية الواجبات المنزلية

تلعب الواجبات المنزلية دورا مهما في العلاج المعرفي ومن خلالها يطلب المعالج النفسي من الحالة انجاز بعض المهمات والأنشطة والأعمال ، فالمعالج المعرفي يجري الكثير من العمل فيما بين الجلسات كجمع المعلومات، واختبار المعرفيات وتغيير السلوكيات ، وتكون مهام العمل المنزلي موضع مناقشة في بداية كل جلسة وتلعب الواجبات المنزلية دورا هاما في زيادة فعالية العلاج المعرفي وتكوين الألفة والتعاون بين المعالج و المريض، اذا اهتم المعالج ببعض النقاط والتي تتمثل في :

- ✓ اعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المريض .
- ✓ تفسير وتوضيح كيفية اجراءها والتأكد من استيعاب المريض لها .
- ✓ مراجعتها في بداية كل جلسة .
- ✓ تحديد زمن محدد في نهاية كل جلسة لتقرير تلك الواجبات .
- ✓ فحص الأسباب الكامنة وراء عدم اتمام الواجبات لدى بعض المرضى. (احمد الغامدي، 2005)

3.5.5.2 - فنية الحوار السقراطي (الاكتشاف الموجه):

ان استخدام التساؤل كجانب أساسي علاجي أصبح هو السمة الاساسية في العلاج المعرفي السلوكي، حيث يعتبر الاكتشاف الموجه عملية مستمرة من بداية العلاج الى نهايته يتم من خلالها فحص الفروض باستخدام الاسئلة بدلا من التحدي المباشر لأفكار العميد واعتقاداته. ويوجه شكل خاص من منهجية الاكتشاف الموجه يسمى تقنية الأسئلة الثلاثة، حيث يتم طرح ثلاث اسئلة محددة تساعد العميل على مراجعة أفكاره السلبية وهذه الاسئلة هي :

- ✓ ما هي الدلائل على معتقدك ؟
- ✓ كيف يمكن أن تفسر الوضعية ايضا ؟
- ✓ اذا كان ذلك صحيحا، ماذا يعني لك ؟

حيث ان كل سؤال يقدم طريقة للبحث بشكل أعمق في المعتقدات السلبية واستحضار المزيد من الافكار الموضوعية (بنعيسى زغبوش ،اسماعيل علوي ،2009)

4.5.5.2 - فنية الجدل المباشر:

هذه الفنية هي احدى الفنيات المعرفية، و تكون نافعة في المواقف التي يتدخل فيها المعالج للعلاج بشكل سريع في الوقت الذي لا يكون للمريض الرغبة أو المقدرة على المشاركة الفعالة في عملية العلاج، فالنقاش الحاد يعتبر في جوهره من الأدوات الخطيرة وذلك لأنه من الصعب ان تقدم جدلا مقنعا دون أن تسبب للمريض نوعا من الدونية والهزيمة والضيق .

5.5.5.2 - فنية المحاضرة :

فيها يتم تقديم المعلومات الاساسية والضرورية للحالة بشكل منطقي حتى يتمكن من استبدال فكرة بفكرة وحتى يتبين له الجانب الخاطى من معتقداته وما يميز هذه الفنية هو التكلفة المنخفضة وقلة الوقت لإيصال المعلومة.

6.5.5.2 - فنية ذكر مزايا وعيوب الفكرة الالية:

فيها يطلب من الحالة وضع قائمة تتضمن كل من المزايا والعيوب الناجمة عن تفكيره وأن يضع درجة مئوية للأهمية بالنسبة لكل من الميزة والعيوب وهذا ما يزيد من دافعية الفرد نحو تغيير تفكيره والوصول الى حل فعال وواقعي للمشكلات.

7.5.5.2 - فنية تذكر أحدث خبرة انفعالية:

يطلب من المريض ان يتذكر اخر حادث او موقف المرتبط بالموضوع الانفعالي و يجب تذكر هذه المواقف او الحوادث بشيء من التفصيل، ويسعى المعالج الى جعل المريض يتذكر الافكار المرتبطة بظهور واستمرار رد الفعل الانفعالي باستخدام مجموعة من الاسئلة مثل ما هو اسوا ما توقعته حدوثه عندما كنت قلقا جدا؟ هل تخيلت شيئا ما في تلك اللحظة؟

6.5.2 - الخدمات التي يقدمها البرنامج:

أ . خدمات علاجية: تتمثل في خفض الأعراض الاكتئابية

ب . خدمات ارشادية اجتماعية : تتمثل في تدعيم العلاقات الاجتماعية بين أفراد الجماعة العلاجية و انتقال الأثر الحسن لهذا التدعيم على علاقات التفاعل الاجتماعي خارج اطار الجلسات .

ج . خدمات تربوية : تتمثل في تحسن التحصيل الأكاديمي لأفراد المجموعة العلاجية نتيجة لانخفاض الاكتئاب لديهم .

د . الخدمات المستقبلية : سوف تتحسن مهارات الأفراد المشاركين في البرنامج العلاجي في شتى مجالات الحياة و في الوظائف التي يمارسونها وهذا بعد تخلصهم من الأعراض الاكتئابية وعودة الاستقرار والراحة النفسية اليهم .

7.5.2 - الحدود الاجرائية للبرنامج العلاجي:

1.7.5.2 - الحدود الزمنية:

(10) أسابيع كاملة، (6) أسابيع تتضمن الجلسات العلاجية بمعدل جلستين أسبوعيا وأربع أسابيع فترة متابعة تختم بجلسة القياس التتبعي، مدة الجلسة (90) دقيقة .

2.7.5.2 - الحدود المكانية: يتم تطبيق البرنامج ب : كلية العلوم التكنولوجية، جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان

3.7.5.2 - الحدود البشرية:

تتضمن عينة الدراسة التجريبية (20) فردا من طالبات الجامعة الذين تم تشخيصهن طبقا لمقياس الاكتئاب، على أنهن يعانون من درجة متوسطة من الاكتئاب، تم تقسيمهن عشوائيا الى مجموعتين: مجموعة تجريبية (ن=10) يطبق عليها البرنامج العلاجي المعرفي الجماعي والمجموعة الضابطة (ن=10) لا تخضع لأي اجراءات علاجية .

8.5.2 - خطوات اعداد البرنامج:

1.8.5.2 - الخطوات التمهيدية:

❖ الأساس النظري المعتمد في تصميم البرنامج

تم تصميم الصيغة الأولية للبرنامج بعد الاطلاع على الأسس النظرية للعلاج المعرفي السلوكي بشكل عام والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج الاكتئاب بشكل خاص، وذلك من خلال الاطلاع على مجموعة من المراجع ونذكر بعض المراجع العربية مثل (أرون بيك، 2000)، (زيزي السيد ابراهيم، 2005)، (محمود عيد مصطفى، 2009)، (الزغبى ابتسام، 2002) (والمراجع الأجنبية (2006, Nevid) وغيرها.

تم الاطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية والارشادية والتدريبية مثل (الاحمد، 1991)، (حمدي الحجار، 1999)، (فتحي السقا، 2005)، (رزق الله، 2002) وأطروحة دكتورهنن العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب للباحث محمد توفيق كما حصلت الباحثة على برامج ارشادية سلوكية ومعرفية أجنبية وعربية عن طريق شبكة الانترنت، كما تم الاطلاع على الأبحاث والدراسات السابقة التي وردت خلاصة نتائجها في فصول البحث .

بناء على كل ما سبق تم صياغة البرنامج الحالي واخراجه بالشكل النهائي بعد المتابعة مع الأساتذة الذين حكموا البرنامج وأبدوا آرائهم حوله، واعتمد البرنامج العلاجي المقترح على مجموعة من الفنيات كفنية الحوار السقراطي والاكتشاف الموجه وفنية الجدل المباشر غير أن التركيز الأكبر كان منصبا حول فنية التقييم الذاتي.

أن التفسير المعرفي للاكتئاب يقوم على النظرة السلبية للذات وللعالَم و المستقبل، حيث يتجلى هذا الثالوث المعرفي السلبي من خلال استجابات الفرد التلقائية نحو حدث ما، ويعتقد أن الثالوث السلبي يقوم بصياغة تلقائية ومستمرة لادراكات الفرد وتفسيراته للأحداث، إذ تزيد النشوهات المعرفية في التأثير على الاعتقادات الضمنية المختلة وظيفيا والتي تؤدي بدورها الى مزاج مكتئب، الذي يؤثر بدوره سلبا في استدعاء الأحداث الماضية والتقويمات الحاضرة، مما يديم و يوسع من مزاج المكتئب وهذا ما يسمى بلولب الاكتئاب المتجه نزولا، ففي حالة الاكتئاب الخفيف، غالبا ما يكون المتعالج قادرا على النظر الى أفكاره السلبية بشيء من الموضوعية، وحينما تزداد شدة الاكتئاب تسيطر الأفكار السلبية على تفكيره رغم عدم وجود ارتباط منطقي بين الأحداث الفعلية و التفسيرات السلبية.

يكون التركيز الرئيسي في العلاج المعرفي للاكتئاب مساعدة الحالة على تفحص الأسلوب الذي يفسر فيه العالم وتجربيه سلوكا أكثر مرونة، مما يؤدي بذلك الى تحطيم دورة الاكتئاب لتصبح فيما بعد التشوهات المتعلقة بالذات و العالم والمستقبل حوارا للعلاج. (Beck, 1976, p. 13)

9.5.2 - خطوات تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي :

يمر تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي بمجموعة من الخطوات و هي :

اولا التعريف بالبرنامج العلاجي المقترح (البرنامج العلاجي المعرفي لبيك) حيث يتم عرض أهدافه واطار العمل والمبادئ الأساسية التي يقوم عليها، الى جانب ذلك فانه خلال هذه المرحلة سيتم اجراء مقابلات مع الحالة وهذا للتعرف أكثر عليه، حيث يتم جمع مجموعة من البيانات المتمثلة في الاسم اللقب ،المستوى التعليمي الخ

كما يتم خلال هذه المرحلة التعرف على المشاكل الحالية التي يعاني منها الحالة، حيث يتم التركيز على المشكل المطروح بمعنى متى وكيف ولماذا ظهر هذا الأخير وأيضا التعرف على النتائج المرجوة من العلاج المقترح. تحاول الباحثة أن تبين للحالة بأن العلاج المعرفي هو العلاج الفعال وبأنه مناسب للتخلص من الأعراض التي يعاني منها، كما يتم شرح النموذج المعرفي للاكتئاب وذلك يتيح فهما شاملا ودقيقا لعناصر النموذج مع التأكيد على دور الأفكار كعنصر معرفي في زيادة اضطراب الاكتئاب وكيف أن الأفكار السلبية هي المسؤولة عن ذلك ويتم عند هذا المستوى تدريب أفراد المجموعة على صياغة أفكارهم معرفيا وذلك بتوظيف خبراتهم السابقة في الأحداث والمواقف الضاغطة التي يتعرضون اليها في حياتهم اليومية وخلال تفاعلاتهم الاجتماعية بحيث تستخرج أوجه اللامعقولية فيها وفي المقابل يتم توليد الأدلة الأكثر منطقية . يساعد هذا الاجراء على تحديد التشويشات المعرفية التي تتطوي عليها الأفكار الالية ،وكيفية تقنين هذه الأفكار واعادة صياغتها معرفيا

أما الخطوة الموالية فهدها التركيز على المشكلة الرئيسية وهي الاكتئاب الذي يميز هذه المرحلة العمرية (فترة المراهقة) والأعراض المميزة له، مع توضيح سلبياته ومخاطره وضرورة التخلص منه، كما تحاول الباحثة أن تتعرف على رأي الحالة حول هذا الاضطراب وهل هو متحمس للعلاج، ثم مرحلة العمل البناء وهنا ندخل في صلب العلاج النفسي المعرفي وهي مرحلة تغيير الأفكار الالية وابدالها بأخرى

أكثر عقلانية وهذا من خلال تطبيق مجموعة من الفنيات المعرفية المتنوعة التي تعد تقنية التقييم الذاتي على رأسها و أهمها .

لهذه المرحلة حصة الأسد، حيث أنها قد تتجاوز 6 حصص و فيها يتم:

- ✓ التعرف على الأفكار الالية السلبية .
 - ✓ محاولة الربط بين التفكير والانفعال والسلوك الناجم .
 - ✓ ايجاد و صياغة أفكار جديدة أكثر ملائمة .
 - ✓ تغيير الطريقة السلبية في التفكير .
 - ✓ التعبير عن الأفكار التي يفتنح بحتميتها و بأنها صحيحة .
 - ✓ مساعدة الحالة على الرفع من قيمته و بأن ينظر للمستقبل بعيون ملؤها الأمل والتفاؤل .
 - ✓ محاولة تحبيب الحالة بالحياة وعدم التفكير في وضع حد للحياة و نبين له أن الحياة جميلة وتستحق أن نعيشها بكل سلبياتها و ايجابياتها.
- يطلب من الحالة القيام ببعض الواجبات المنزلية التي تدرج هي الأخرى ضمن اطار البرنامج العلاجي المعرفي، و تعتبر وسيلة هامة لنجاح العلاج، كما أن الالتزام بها يعبر عن رغبة الحالة في الشفاء و بتعاونها في العلاج .

في الأخير يتم بلورة الأهداف المكتسبة، والتي توصل اليها البرنامج العلاجي، كما يتم تهيئة الحالة نفسيا لإنهاء البرنامج و يتم هذا كله خلال الجلسة الأخيرة .

تجدر الإشارة هنا الى أن هذا البرنامج العلاجي المعرفي المقترح هدفه الأساسي هو التخلص من الأعراض الاكتئابية و عليه ف نجاحه مرهون باختفاء الأعراض و شعور الحالة بالراحة النفسية، و عليه يبدأ في تطبيق البرنامج العلاجي بعد التأكد من وجود حالة الاكتئاب عند الحالة و بعد تحديد شدته و ينتهي البرنامج بعد اعادة تطبيق استبيان الاكتئاب لبيك على الحالة مرة أخرى.

من هذا المنطلق اذا تبين اختفاء الأعراض الاكتئابية وتحسن الحالة النفسية للفرد، نقر هنا بأن البرنامج العلاجي المعرفي كان ناجحا و بأنه هو العلاج المناسب للقضاء على الأعراض الاكتئابية و اعادة التوازن النفسي للفرد، و في حالة عدم اختفاء الأعراض و بقاء الحالة الاكتئابية فقد يرجع ذلك لعدم فعالية

البرنامج العلاجي بسبب عدم التطبيق والاعداد الأمثل له أو بسبب عدم تحمس الحالة للعلاج لهذا وكما سبق الذكر لا بد من التعرف على رغبة و دافعية الحالة للعلاج كما أنه لا بد من الاعداد والتطبيق الجيد للبرنامج العلاجي المقترح.

10.5.2 - مراحل البرنامج العلاجي:

المرحلة الاولى : مرحلة ما قبل البرنامج العلاجي المعرفي (مرحلة تمهيدية) تشمل الجلسة الأولى.

المرحلة الثانية : مرحلة العلاج المعرفي وتشمل الجلسات من (2) الى (12) .

المرحلة الثالثة : مرحلة التقييم والمتابعة، وهي مرحلة تمثل ما بعد الجلسات العلاجية وتقييم حالة المشاركين في البرنامج والتغيرات التي حصلوا عليها نتيجة العلاج و تمثلت في الجلسة (13).

11.5.2 - مخطط جلسات البرنامج العلاجي :

يجب أن تبدأ كل جلسة بوضع جدول لما سيدور فيها، مع مناقشة الأمور والمشاكل الأكثر أهمية مع التعليق على الجلسة السابقة .

الأحداث السابقة بين الجلستين يجب مراجعتها باختصار .

المواضيع الاساسية للجلسة الحالية وهي تستغرق معظم وقت الجلسة وفيها تستخدم الفنيات التي تساعد الحالة على التعامل مع الأفكار الالية (تختلف المواضيع التي تناقش من جلسة الى اخرى) ولقد تم تصميم هذا البرنامج العلاجي وفقا للإطار النظري للدراسة والدراسات السابقة ولقد حرصت الباحثة لأن يكون لكل حصة أهداف متنوعة .

الجدول رقم (25) يمثل مخطط الجلسات و سيرورة العلاج

الموضوع العام	عدد الجلسات	ترتيب الجلسات	موضوع الجلسة العلاجية
التعرف على الحالات و على توقعاتهن فيما يخص المشاركة في البرنامج	1	1	أخذ فكرة واضحة حول أفراد المجموعة العلاجية و هذا من خلال طرح مجموعة من الأسئلة والتي تدخل ضمن اطار المقابلة العلاجية . التعريف بالبرنامج العلاجي المعرفي والهدف منه .

تحديد توقعاتهن حول المشاركة في البرنامج العلاجي المعرفي.			
التعريف باضطراب الاكتئاب وعلاقته بمرحلة المراهقة، عرض أمثلة واقعية لخبرات الحالات و كيف تعاملوا معه.	2	1	الاكتئاب و مرحلة المراهقة
توضيح مزايا و فوائد التخلص من الأفكار السلبية واقتراح استراتيجيات لمواجهة الأحداث المستقبلية. توضيح العلاقة بين اضطراب المريض وطريقة تفكيره، تحديد التشوهات المعرفية استعمال تقنية التقييم الذاتي .	3	1	التعرف على الأفكار السلبية و كيفية مواجهتها
مواجهة الافكار والمعتقدات السلبية باستخدام فنية الجدل المباشر و الحوار السقراطي .	4	1	تفنيد المعتقدات السلبية
تغيير طريقة التفكير السلبية مع محاولة استبدالها بطريقة أكثر عقلانية . استعمال تقنية التقييم الذاتي	5 و 6 و 7	3	مناقشة اهم الافكار اللاعقلانية السلبية
التعرف على الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي اذا غيرت ادى ذلك الى تحسين و تعديل النمط الفكري والمعرفي للحالة. التدريب على مهارة الحديث الايجابي	8	1	الحوار الداخلي أو الاحاديث الذاتية عند التعرض للمواقف التي تسبب الاكتئاب ومفهوم حل المشكلات
تقوم الباحثة باقناع الحالة بأفكار عقلانية وابطال الأفكار الغير عقلانية التي تسبب للحالة اضطراب الاكتئاب. تصحيح طريقة التفكير الانهزامية التي تدعو للتشاوم و تبني طريقة تفكير أكثر منطقية.مساعدة الحالة على الرفع من قيمة ذاته	9 و 10	2	التفكير الانهزامي مع الذات والتخلص منه وهذا لرفع من قيمة الذات .
استعمال الاساليب	11	1	مهارات ايجابية للتعامل مع

المواقف التي تسبب الاكتئاب			
المستعملة في مختلف المواقف التي تسبب ظهور الاعراض الاكتئابية .			
انتهاء البرنامج	1	12	الاجابة على جميع الاستفسارات ثم انتهاء وتقييم البرنامج .
القياس التتبعي	1	13	اعادة تطبيق مقياس الاكتئاب على افراد العينة التجريبية لتقييم مدى فعالية البرنامج بعد مرور شهر .

يتبين لنا من خلال الجدول ان لكل حصة علاجية موضوع خاص بها ، كما ان الفنيات العلاجية تختلف حسب الموضوع المقترح .

12.5.2 - عدد الجلسات:

يستغرق تنفيذ البرنامج العلاجي (6) اسابيع، يتم خلالها تنفيذ (12) جلسة علاجية بواقع جلستين اسبوعيا وشهرا للمتابعة يتم في نهايته اجراء الجلسة الثالثة عشرة للقياس التتبعي والملحق رقم (4) يتضمن الوصف الكامل للجلسات .

13.5.2 - زمن الجلسات:

يقدر زمن كل جلسة علاجية ب (90) دقيقة ،حيث تبدأ كل جلسة بمقدمة تستغرق (15)دقيقة ،تشتمل الترحيب و مراجعة الواجب المنزلي، ثم يتم تقديم التدخل العلاجي بفتياته في (60) دقيقة وفي نهاية كل جلسة يقدم ملخص ما جاء فيها ، وتحديد الواجب المنزلي (15) دقيقة .

14.5.2 - أسس نجاح البرنامج العلاجي:

ان نجاح البرنامج و فعاليته مرتبطة بمجموعة من العوامل التي تتعلق بالمرشد والمسترشد ومحتوى البرنامج وظروف تطبيقه، كما سعت الباحثة جاهدة الى مراعاة بعض العوامل التي لها دورا كبيرا في نجاح هذا البرنامج العلاجي والتي تمثلت فيما يلي:

✓ رغبة الحالات التي تخضع للعلاج (طالبات مراهقات تعانين من الاكتئاب) للمشاركة في الجلسات العلاجية.

- ✓ التزام جميع افراد المجموعة العلاجية بحضور جميع الجلسات العلاجية .
- ✓ توفير الظروف الفيزيائية الجيدة والمناسبة في غرفة الجلسات العلاجية (الاضاءة والتهوية والهدوء) .
- ✓ في بداية كل جلسة تطلب الباحثة من افراد المجموعة العلاجية تلخيص موضوع الجلسة السابقة و مناقشة الواجب المنزلي ومن ثم عرض عنوان للجلسة الراهنة .
- ✓ تختتم كل جلسة بتلخيص يقوم به الحالة وهذا لتقييم مدى استعابه لما يعرض عليه .
- ✓ توجيه انتباه الحالات الى ضرورة التروي في التفكير والنظرة الدقيقة للأمور والتمهل في اصدار القرارات والأحكام وتجنب الانسياق وراء الحلول الفورية . (محمد الخطيب،2000)

15.5.2 - الأهداف المتضمنة في كل جلسة:

يضم البرنامج العلاجي مجموعة من الجلسات العلاجية و لكل واحدة منها مجموعة من الاهداف :

الجلسة الأولى :

تتضمن ما يلي:

- ✓ بناء علاقة ايجابية بين الباحث وأعضاء المجموعة .
- ✓ تقديم شرح مبسط للبرنامج العلاجي المعرفي المقترح وأهميته .
- ✓ توضيح دور كل من المعالج أو الباحث وأعضاء المجموعة في البرنامج .
- ✓ تعريف أفراد المجموعة بأهداف البرنامج وما يمكن أن يحقق لهم من مكاسب علاجية.
- ✓ التأكيد على أهمية اداء الواجبات المنزلية والانضباط في حضور مواعيد الجلسات كما هي محددة .
- ✓ اعطاء أفراد المجموعة واجبا منزليا يتضمن تسجيل كل المواقف والأحداث التي تجعل الحالة تشعر بالضيق والحزن وترتيبها من حيث الشدة والتكرار الى جانب السؤال المفتوح والذي يتمثل في اكتبي كل ما تودين مناقشته في الحصة القادمة .

الجلسة الثانية :

تتضمن ما يلي :

- ✓ مناقشة الواجب المنزلي السابق
- ✓ توضيح مفهوم الاكتئاب وأسباب ظهوره .
- ✓ تبيان العلاقة بين الاكتئاب ومرحلة المراهقة .
- ✓ توضيح عناصر النموذج المعرفي للاكتئاب حسب بيك مع عرض أمثلة .
- ✓ الكشف عن صلة التفكير المختل وظيفيا بالاكتئاب .
- ✓ الواجب المنزلي اعطاء أمثلة واقعية وشرحها حسب عناصر النموذج المعرفي المتبني في الدراسة

الجلسة الثالثة :

تتضمن ما يلي :

- ✓ مناقشة الواجب المنزلي
- ✓ فحص الافكار الالية الواردة في الأمثلة والتأكد من فهم افراد المجموعة للنموذج .
- ✓ توضيح العلاقة الوطيدة بين تفكير المريض واضطرابه.
- ✓ تحديد التشوهات المعرفية المتضمنة في الافكار الالية من خلال فهم قائمة التشوهات المعرفية لبيك.
- ✓ تدريبهم على استخدام تقنية التقييم الذاتي لمواجهة الأفكار الالية السلبية وتقديم أمثلة على السبورة
- ✓ الواجب المنزلي بدء رصد الافكار الالية فيما بين الجلسات وهذا عند التعرض للمواقف الضاغطة التي تسبب الاكتئاب.

الجلسة الرابعة :

تتضمن ما يلي :

- ✓ مناقشة الواجب المنزلي
- ✓ استخدام فنية الحوار السقراطي لإبراز الأدلة المضادة .
- ✓ التدريب على الأسئلة السقراطية الثلاثة، وتقييم المشاعر في المواقف الباعثة على الاكتئاب.
- ✓ تعلم تفنيد المعتقدات السلبية التي تظهر في المواقف الضاغطة من خلال فنية الحوار السقراطي
- ✓ الواجب المنزلي تطبيق الحوار السقراطي وطرح الأسئلة الثلاثة الاساسية .

الجلسة الخامسة ,السادسة ,السابعة :

تتضمن ما يلي :

- ✓ مناقشة الواجب المنزلي
- ✓ تدريب وتعليم افراد المجموعة على المرونة والتخلي عن التصلب من خلال مناقشة الفكرة الالية السلبية المشتركة التي تتبناها كل الفتيات المشاركات في البرنامج .
- ✓ التعريف بالأفكار الالية وكيف انها تؤثر في السلوك والمشاعر .
- ✓ الكشف عن الأفكار السلبية وهذا لغرض تعديلها ,
- ✓ المواصلة في تغيير طريقة التفكير السلبية مع محاولة استبدالها بطريقة اكثر عقلانية .
- ✓ الواجب المنزلي التدريب على فنية المحاضرة.

الجلسة الثامنة :

تتضمن ما يلي :

- ✓ مناقشة الواجب المنزلي
- ✓ تبصير اعضاء المجموعة بمفهوم حل المشكلات من خلال الفكرة السلبية القائلة بأنه يوجد دائما حل صحيح لكل مشكلة والفشل في العثور على هذا الحل يعد كارثة
- ✓ التعرف على مهارات حل المشكلات
- ✓ الواجب المنزلي: ما هي اهم الافكار الالية التي مازالت تسيطر عليك ومازالت تظهر بإلحاح

الجلسة التاسعة و العاشرة:

تتضمن ما يلي

- ✓ مناقشة الواجب المنزلي
- ✓ السعي للتخلص من التفكير الانهزامي مع الذات
- ✓ تصحيح طريقة التفكير الانهزامية التي تدعو للتشاؤم وتبني طريقة تفكير اكثر منطقية
- ✓ الرفع من تقدير الذات
- ✓ الواجب المنزلي تسجيل مختلف المواقف التي تسبب الاكتئاب وتدعو للتشاؤم

الجلسة الحادية عشرة :

تتضمن ما يلي :

- ✓ مناقشة الواجب المنزلي
- ✓ تعلم مهارات ايجابية للتعامل مع المواقف التي تسبب الاكتئاب.
- ✓ تعلم كيفية مواجهة المواقف والضغط التي تعتبر مصدر الاكتئاب .
- ✓ التعامل مع الافكار السلبية المتبقية واكتساب مزيد من السيطرة على الافكار التي تسبب الحزن والاكتئاب في المواقف الضاغطة .
- ✓ الواجب المنزلي تسجيل كل الملاحظات الخاصة بالبرنامج العلاجي المعرفي المطبق عليكن

الجلسة الثانية عشرة :

تتضمن ما يلي :

- ✓ الاستماع الى أي ملاحظات والاجابة عن الاسئلة
- ✓ القيام بالتطبيق البعدي
- ✓ تقييم أعضاء المجموعة للبرنامج العلاجي بملء الاستمارة الخاصة بذلك والاستماع الى انطباعات الطالبات جميعا
- ✓ شكر اعضاء المجموعة على المشاركة والالتزام بالحضور واداء الواجبات

✓ اعطاء نصائح فيما يخص مرحلة المتابعة.

✓ تلتقي الباحثة في اليوم نفسه المجموعة الضابطة و تطبق عليها القياس البعدي مع العلم انها لم تتلق أي تدخل علاجي .

الجلسة الثالثة عشرة :

تتضمن ما يلي :

✓ الترحيب بالأعضاء مرة أخرى و الثناء على مواظبتهم.

✓ الاستماع الى التقارير اللفظية لكل طالبة عن حالتها النفسية الى غاية هذه الجلسة .

✓ الاجابة على أي اسئلة يمكن ان تطرح .

✓ القيام بالقياس التتبعي .

✓ تعميم الاثر بتطبيق كل ما تم تعلمه على باقي موضوعات الحياة .

✓ تلتقي الباحثة في اليوم نفسه المجموعة الضابطة و تطبق عليها القياس التتبعي، وفقا لما يقتضيه تصميم البحث

16.5.2 - اجراءات تطبيق البرنامج:

تم تطبيق البرنامج وفق الخطوات التالية :

✓ الحصول على موافقة افراد العينة التجريبية و التأكد من رغبتهم في المشاركة و المواصلة والالتزام بالتعليمات .

✓ تم الاتفاق على نظام الجلسات وأسلوب العمل وتوقيت الجلسات وفق ما يلائم التوقيت الدراسي لأفراد العينة .

✓ تم تطبيق البرنامج بقاعة تدريس مناسبة بقسم العلوم التكنولوجيا بعد أخذ موافقة الادارة

17.5.2 - الأساليب المستخدمة في تقييم البرنامج:

أ القياس القبلي : حيث يتم تطبيق مقياس الاكتئاب قبل بدء البرنامج .

ب القياس البعدي :يتم بتطبيق مقياس الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج ، وحساب الفرق بين القياسين

ج التقييم خلال البرنامج : من خلال تسجيل الملاحظات عن مشاركة افراد المجموعة و تنفيذهم للتعليمات، واجراء الواجبات المنزلية، واعطاء مؤشرات التحسن في كل جلسة .

د تقييم البرنامج بعد الانتهاء من تطبيقه : من خلال تطبيق و تفرغ استمارة التقييم المعدة لذلك

18.5.2 - استمارة تقييم البرنامج:

استمارة تم اعدادها من قبل الباحثة الهدف منها الحصول على تقييم عام لأفراد المجموعة التجريبية للبرنامج الذي خضعوا له، وهي تتكون من (10) بنود تتضمن تقييم اجراءات البرنامج وفنياته، حيث يجب عنها افراد المجموعة وفقا للبدائل التالية : اوافق بشدة ، اوافق الى حد ما ، لا اوافق . كما هو موضح في الملحق رقم (6).

19.5.2 - اجراءات تطبيق البرنامج:

قامت الباحثة بالتأكد من صدق وثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة (مقياس بيك للاكتئاب، اختبار التفكير الايجابي والسلبى، مقياس تقدير الذات) وذلك بتطبيق هذه الأدوات على العينة الاستطلاعية

ثم اعداد البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة، حيث قامت الباحثة بتصميم جلسات البرنامج وفقا للأعراض التي تعاني منها الطالبات ومن خلال الرجوع الى النظرية المعرفية والدراسات السابقة و قد قام (6) من المحكمين بوضع التعديلات اللازمة للبرنامج.

طبق مقياس الاكتئاب على طلبة العلوم التكنولوجية والبالغ عددهم (150) طالبا وطالبة ذلك من (15 نوفمبر 2012) الى (15 ديسمبر 2012) .

تم استخراج (20) طالبة من اللواتي حصلن على درجة اكنئاب متوسط واخذت الباحثة موافقتهم على المشاركة في البرنامج .

تم توزيع (20) طالبة عشوائيا الى مجموعة ضابطة و أخرى تجريبية، وأجريت المجانسة بين المجموعتين وفقا لمتطلبات المنهج التجريبي .

ثم تحضير العينة التي سيطبق عليها البرنامج كما حدد موعد البدء في التطبيق وتحديد موعد أول جلسة في البرنامج العلاجي .

ثم اخذ الموافقة من الطالبات اللواتي سيطبق عليهن البرنامج بعدما شرحت لهن الباحثة الهدف من تطبيق البرنامج فقبلت الطالبات الموضوع وابدین استعدادهن لحضور الجلسات .
البدء في تجهيز مكان اللقاء و تجهيز أدوات الأنشطة التي سيتم تطبيقها .

بدء تطبيق البرنامج في 12 فيفري 2013 على المجموعة التجريبية و المتكون من 12 جلسة، مدة كل جلسة ساعة واحدة ، امتدت عبر 12 اسبوع (3 أشهر)، بواقع جلسة واحدة في الاسبوع، وقد تضمنت الجلسات الفنيات العلاجية المذكورة سابقا .

طبقت الباحثة في نهاية الجلسات مقياس الاكتئاب على المجموعة التجريبية (تطبيق بعدي) كما طبقت استمارة تقييم البرنامج ، في نفس اليوم ثم تطبيق مقياس الاكتئاب (المقياس البعدي) على العينة الضابطة . تم الاتفاق على الجلسة الثالثة عشرة (13) وهي جلسة التطبيق التبعي بعد مدة متابعة دامت شهرا واحدا ، وذلك بتاريخ 13 جوان 2013 وفي الاخير تم تقرير النتائج وتحليلها احصائيا.

20.5.2 - أساليب المعالجة الاحصائية:

استخدمت الباحثة في معالجة بيانات الدراسة الأساسية الأساليب الاحصائية المناسبة للفرضيات المقترحة و التي تمثلت في : المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، اختبارات لدراسة الفرق بين عينتين مرتبطتين، اختبارات لدلالة الفرق بين عينتين مستقلتين، معامل الفا كرونبارخ، صدق الاتساق الداخلي

الفصل السادس :

عرض و تحليل نتائج الدراسة

1 عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى

2 عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية

3 عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة

4 عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة

5 عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة

6 عرض النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة

7 نتائج الدراسة

1.7 مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الاولى

2.7 مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية

3.7 مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثالثة

4.7 مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الرابعة

5.7 مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الخامسة

6.7 مناقشة و تفسير نتائج الفرضية السادسة

تمهيد :

بعد اعداد البرنامج الذي تم تصميمه وتجريبه في الجلسات العلاجية المعرفية كما أوضحنا في الفصل السابق في صورته النهائية، وبعد تطبيقه على عينة من الطالبات المراهقات المكتئبات الذين تتراوح أعمارهن بين 19 و 21 سنة، وبلغ العدد الاجمالي لعينة الدراسة ب 20 طالبة تعاني من أعراض اكتئابية متوسطة .

تم تقسيم عينة الدراسة وفقا لمقتضيات المنهج التجريبي المناسب لهذه الدراسة المستهدفة لتحديد أثر البرنامج، الى مجموعة تجريبية وعددها (10 طالبات تعاني من اكتئاب متوسط) ومجموعة ضابطة وعددها (10 طالبات تعاني من اكتئاب متوسط).

باستخدام البرنامج الاحصائي spss13 في اختبار الفرضيات تحصلنا على نتائج نعرضها حسب كل فرضية فيما يلي :

1. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى :

توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية

جدول رقم (26) يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في القياس البعدي على مقياس الاكتئاب

المجموعة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطا المعياري المتوسط	ت المحسوبة	ت الجدولية	درجة الحرية
التجريبية	23,2000	4,5320	4,538	9,761	2,87	18
الضابطة	26,1000	2,51440	2,514			

يتضح من خلال الجدول المعروض بأنه توجد فروق دالة احصائيا بين درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين تلقوا البرنامج العلاجي المعرفي، ودرجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي لاضطراب

الاكتئاب، حيث بلغت قيمة (ت) الجدولية (2,87) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01 عند اختبار دوالطرفين كونها أقل من قيمة (ت) المحسوبة (9,761) عند مستوى 0,01 وكانت الفروق لصالح المجموعة التجريبية، هذا يدل على أن درجات أفراد المجموعة التجريبية أقل من درجات المجموعة الضابطة مما يوضح تدني مستوى الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي الأمر الذي يؤكد فعالية البرنامج النفسي العلاجي المستخدم في الدراسة وأثره الواضح في التخفيف من درجة اضطراب الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية عن نظائرهم أفراد المجموعة الضابطة .

2 عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

توجد فروق دالة احصائيا بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياس القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي.

جدول رقم (27) يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب

المجموعة التجريبية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطا المعياري المتوسط	ت المحسوبة	ت الجدولية	درجة الحرية
القياس القبلي	20,000	4,216	1,955	8,610	2,82	9
القياس البعدي	23,1000	2,514	1,833			

نلاحظ من خلال الجدول بأنه توجد فروق دالة بين القياسين القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (8,610) وهي اكبر من (ت) الجدولية المقدره ب(2,82) عند مستوى دلالة 0,01، مما يدل على ان افراد المجموعة التجريبية قد استفادوا من البرنامج العلاجي المعرفي المقترح.

3. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة:

لا توجد فروق دالة احصائياً بين درجات المجموعة التجريبية في الاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي .

جدول رقم (28) يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين القياسين البعدي و التتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب

المجموعة التجريبية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري المتوسط	ت المحسوبة	ت الجدولية	درجة الحرية
القياس البعدي	23,1000	2,514	0,298	1,681	2,82	9
القياس التتبعي	24,2000	2,75076	0,389			

يتضح من خلال الجدول ان قيمة (ت) المحسوبة المقدره ب(1,681) أقل من قيمة (ت) الجدولية المقدره ب (2,82) عند مستوى دلالة 0,01 ودرجة حرية9، عليه فانه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات افراد المجموعة التجريبية في مقياس الاكتئاب في القياسين البعدي والتتبعي وبالتالي نقبل بفرضية الدراسة .

4. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب

جدول رقم (29) يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدى للمجموعة الضابطة على مقياس الاكتئاب

المجموعة الضابطة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطا المعياري المتوسط	ت المحسوبة	ت الجدولية	درجة الحرية
القياس القبلي	22,5000	4,08928	1,04	0,275	2,82	9
القياس البعدى	26,2000	2,815	1,03			

يتبين لنا من خلال النتائج المبينة في الجدول ان قيمة ت المحسوبة بلغت (0,275)، وهي قيمة أقل من ت الجدولية (2,82) عند مستوى دلالة 0,01 مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدى على مقياس الاكتئاب ومنه نخلص الى ان افراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا أي برنامج علاجي لم يحدث لديهم أي تحسن يذكر

5. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة :

توجد فروق ذات دلالة احصائية بين درجات افراد المجموعة التجريبية في مقياس التفكير الايجابي و السلبي قبل تطبيق البرنامج و متوسط درجاتهم في القياس البعدى بعد تطبيق البرنامج

جدول رقم (30) يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين القياسين القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية على مقياس التفكير الايجابي و السلبي

المجموعة التجريبية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطا المعياري المتوسط	ت المحسوبة	ت الجدولية	درجة الحرية
القياس القبلي	49,20	20,43	8,385	5,986	2,82	9
القياس البعدي	50,03	25,50	8,200			

ان قيمة (ت) المحسوبة والمقدرة ب (5,986) اكبر من قيمة (ت) الجدولية (2,82) بدرجة حرية 9 ومستوى دلالة (0,01) وهذا يعني ان مستوى افراد المجموعة التجريبية في مقياس التفكير الايجابي و السلبي قد تحسن بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي وان هذه النتيجة تدعم صحة الفرضية السادسة والتي تنص على انه :توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات افراد المجموعة التجريبية في درجات مقياس التفكير الايجابي و السلبي قبل تطبيق البرنامج و متوسط درجاتهم في القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج .

6. عرض النتائج المتعلقة بالفرضية السادسة

توجد فروق دالة بين درجات افراد المجموعة التجريبية في مقياس تقدير الذات قبل تطبيق البرنامج و متوسط درجاتهم في القياس البعدي

جدول رقم (31) يوضح قيمة (ت) لدلالة الفروق بين القياسين القبلي و البعدي للمجموعة التجريبية على مقياس تقدير الذات

المجموعة التجريبية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الخطا المعياري المتوسط	ت المحسوبة	ت الجدولية	درجة الحرية
القياس القبلي	29,9000	8,06	2,238	14,55	2,82	9
القياس البعدي	67,0000	7,46845	2,30			

دالة عند مستوى دلالة 0,01، حيث أن قيمة ت الجدولية (2,82) أصغر من قيمة ت المحسوبة (14,55)، حيث أن افراد المجموعة التجريبية قد تحسن مستوى تقديرهم لذواتهم وهذا راجع الى الفنيات المعرفية التي يزخر بها البرنامج العلاجي المتبنى في الدراسة

7 نتائج الدراسة :

تعد الدراسة الحالية دراسة تجريبية هدفت الى التعرف على اثر برنامج علاجي معرفي جماعي في التخلص من الاعراض الاكتئابية المتوسطة لدى عينة من طالبات جامعة تلمسان، وقد استخدمت الدراسة لفحص اثر المتغير المستقل وهو البرنامج العلاجي على المتغير التابع وهو الدرجة على مقياس الاكتئاب وعليه سنحاول فيما يلي مناقشة نتائج الفرضيات بالترتيب مستخدمين في ذلك ما تم التوصل اليه من نتائج الدراسات السابقة، سواء ما اتفق منها أو اختلف مع ما توصلنا اليه من نتائج، ثم تقديم تفسيرات علمية حسب الجوانب النظرية والاطار العام للعلاج المعرفي السلوكي المتبنى في هذه الدراسة مما قد يشكل قاعدة نظرية يمكن أن تعتمد في الدراسات المقبلة وفي الأخير تقديم خلاصة عامة للدراسة متضمنة بعض المقترحات فيما يخص انشاء بحوث مستقبلية، وهذا ليبقى البحث في هذا المجال مستمرا متجددا

1.7 مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الاولى :

توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية .

أظهرت نتائج هذه الفرضية وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية و متوسط درجات المجموعة الضابطة في الاختبار البعدي وهذا لصالح أفراد المجموعة التجريبية مما يبين أن الأفراد الذين خضعوا للبرنامج العلاجي المعرفي انخفض لديهم اضطراب الاكتئاب عند مقارنتها بأفراد المجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا أي برنامج علاجي .

تتفق هذه النتيجة مع الكثير من الدراسات التي كانت تصميماتها التجريبية تتضمن مجموعة ضابطة لم تتلقى أي علاج ومجموعة تجريبية طبق عليها البرنامج العلاجي، مثل دراسة صلاح الدين العراقي (1991) الذي أكد من خلال دراسته التي أجراها على(40) طالب وطالبة يعانون من الاكتئاب، أن نتائج المجموعة التجريبية كانت دالة جوهريا مقارنة مع المجموعة الضابطة التي تعاني من نفس الأعراض الاكتئابية .

أكد عبد الخالق بلحيل (2008) في دراسته التي أجراها على خمس مجموعات من مرضى الاكتئاب المجموعة الأولى والثانية والثالثة تلقت علاج معرفي سلوكي، أما المجموعة الرابعة فلقد تلقت العلاج المعرفي السلوكي الى جانب العلاج الدوائي وأخيرا المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي تدخل علاجي سواء أكان نفسي أو دوائي، أن تحسنا دالا ظهر على المجموعات الأربعة التجريبية حيث ظلت نتائج المجموعة الضابطة على حالها بعد القياس البعدي.

يتضح من خلال نتيجة هذه الفرضية وكذا الدراسات السابقة التي تم عرضها، أهمية التدخل العلاجي الذي يهدف الى الغاء أعراض الاكتئاب من خلال تبصير الحالة بمحتوى الأفكار الغير منطقية التي تسيطر على تفكيره وكذلك من خلال محاولة اعادة البناء المعرفي من خلال تبني أفكار أخرى أكثر عقلانية ومنطقية وحث الحالة أيضا على تجنب النظرة السوداوية للذات وللعالَم وللمستقبل بل بالعكس من ذلك التناول ومحاولة المضي قدما، وفي ظل وجود هذا الخلل في عملية التفكير وفي تأويل الأحداث المحيطة بالحالة يصبح من الضروري وجود تدخل علاجي يتناول كل عنصر من هذه العناصر وفق

خطة محكمة ومنظمة تتضمن عمليات علاجية مناسبة تشكل عاملا مهما في نجاح العلاج، وهذا ما لم يحظى به أفراد المجموعة الضابطة التي لم يظهر عليها أي تحسن دال .

يمكن تفسير ذلك بأن المجموعة التجريبية قد تلقت برنامجا علاجيا استغرق 12 اسبوع بواقع جلسة كل أسبوع وفق البرنامج العلاجي وفنياته وأنه قد حدث تحسن على المجموعة التجريبية الذي يرجع الى ممارسة الباحثة للفنيات العلاجية المختلفة، وتؤكد هذه النتائج أيضا مدى الاستفادة من البرنامج العلاجي في تغيير طريقة التفكير المختلة وتطوير أساليب تفكير أكثر وضوحا واتزاناً والى تحسين طريقة تقدير الذات والرفع من شأنها والسعي بالإيمان بالقدرات الشخصية والتفاؤل بالمستقبل المشرق و عدم الانغماس وراء النظرة السوداوية للذات والآخر المحيط، التي تؤدي بلا شك الى الهلاك و فقدان الأمل وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة كل من :

بيتلر وآخرون (1991) pitler، التي اهتمت بالمقارنة بين العلاج المعرفي والعلاج النفسي التعبيري وهو أحد أشكال العلاج النفسي الخبراتي الجمعي والعلاج بالتوجيه الذاتي والمساندة وقد أشارت النتائج الى حدوث تحسن في الأعراض الاكتئابية كما تقيسها بطارية بيك للاكتئاب ومقياس هاملتون لتقدير الاكتئاب لدى افراد المجموعة التجريبية بالمقارنة مع افراد المجموعة الضابطة واقترحت النتائج أيضا أن العلاج المعرفي كان أكثر فعالية بصفة عامة مع هؤلاء المرضى ذوي مهارات المواجهة الخارجية مثل التعبير الانفعالي، التجنب المباشر والرفض وأقل كفاءة مع هؤلاء المرضى ذوي أساليب المواجهة الداخلية مثل معاقبة الذات و الانزعاج و القلق .

أما دراسة واتكينز وآخريين (1993) Watkinz (فإشارت نتائجها الى أن العلاج المعرفي والعلاج الاجتماعي والعلاج بالايمبرامين كل منها كان فعالا في تخفيف أعراض الاكتئاب كما بدت في الدرجة على مقياس بيك وهاملتون لتقدير الاكتئاب عند فحص الدرجات التي حصل عليها المرضى في تلك المقاييس عند الأسبوع الثاني عشر وكذلك عند نقطة نهاية العلاج لكن بدت الدرجات في مجموعة التجريبية أكثر انخفاضا عنه في مجموعة الضابطة التي تلقت العلاج المعرفي . (زيزي ابراهيم ، 2006)

تفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء ما تم ممارسته من أساليب وفنيات علاجية مختلفة، حيث لاحظت الباحثة من خلال المناقشات الى أنه تم تعديل طريقة التفكير المختلة واللامنطقي التي ترجع بالدرجة الأولى الى تبني مفاهيم خاطئة عن الذات وهذا ما يبدو ملحوظا من خلال تدني تقدير الذات، حيث أن

المعلومات التي تم مناقشتها ضمن مواضيع الجلسات ساعدت على دحض الأفكار السلبية وحديث الذات السلبية وتم تبديلها بأفكار وأحاديث ايجابية وهذا ما ظهر واضحا في الاختبار البعدي لمقياس الاكتئاب للمجموعتين التجريبية والضابطة، وتعود الأفكار اللاعقلانية والسلبية التي تميز الطالبة المراهقة في هذه المرحلة الى الضغوط المفروضة عليها خلال هذه المرحلة سواء من الوسط العائلي أو الجامعي والى المشاكل النفسية التي تتعرض اليها نتيجة التفاعلات المختلفة التي تمر بها.

فمن خلال اتاحة الفرصة لأفراد المجموعة التجريبية في المشاركة في البرنامج العلاجي، يتيح لهم تغيير معتقداتهم اللاعقلانية والاستبصار الذاتي والسعي الى طرح الحلول للمشكلة من خلال مناقشتها و تبسيطها مع الباحثة، وأيضا مع أفراد المجموعة العلاجية، كما كانت الجلسات العلاجية بمثابة متنفس سمح لأفراد المجموعة التجريبية بالتعبير عن كل الانفعالات والمنغصات التي تؤثر فيهم و في حالتهم النفسية و التي كانت السبب وراء ظهور الأعراض الاكتئابية ، ومنه فان التحسن الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية كان نتيجة لتلقيهم عملا مكثف مبني على أساس عمل علمي و بطريقة منظمة و ذلك عكس ما حدث داخل المجموعة الضابطة والتي لم تتح لها فرصة المشاركة في البرنامج العلاجي ولا حتى ارشاد يؤدي الى استبصارهم الذاتي بالرغم من أنهم مروا بنفس المعاناة وهي المعاناة من الأعراض الاكتئابية، اضافة الى ما سبق فهذه المجموعة لم تجد من يوجهها ويرشدها الى كيفية تعديل النمط السلبى من التفكير والى تغيير الأفكار اللاعقلانية بأخرى بديلة أكثر منطقية، حيث يمكن ارجاع أعراض الاكتئاب الى هذا النمط من الأفكار الغير سوي .

ترى الباحثة أن الأفكار الالية التي تشوه الحقائق للفتاة المكتتبه وتجعلها تؤول كل ما يدور من حولها من الزاوية السلبية فقط هي التي تقف وراء اضطراب الاكتئاب الذي يميز مرحلة المراهقة حيث في هذه الفترة يكون تفكير المراهقين بشكل عام مضطرب وغير سوي وهذا يرجع بالدرجة الأولى الى تلك التغيرات البيولوجية التي تطرأ عليهم من جهة والى تعدد مسؤولياتهم من جهة أخرى وهذا نظرا لولوجهم عالم الكبار المليء بالتحديات والمهام ومنه تعد النظرية المعرفية التي انبثق منها العلاج المعرفي من النظريات الحديثة في تفسير و تعديل السلوك الانساني وعليه يرى أنصار الاتجاه المعرفي أن الأحداث الخارجية ليست هي سبب مشاكلنا ومعاناتنا و أن الظروف التي نمر بها والتغيرات التي نتعرض لها ليست هي سبب اضطراباتنا، وانما طريقة تأويلنا ونظرتنا للأمور هي التي تقف وراء ذلك، ومنه تعود معاناة المراهق الى كيفية تأويله للأحداث والتعامل معها لأن ذلك هو الذي يقود الى ردود الأفعال

الانفعالية، لذلك فإن الاضطراب النفسي ينشأ نتيجة اضطراب التفكير. ويرى بيك أن العلاج هو التعرف على الأفكار الالية السلبية التي تميز تفكير الفرد المكتئب وتوضيح عدم عقلانيته ولامنطقيته ومن ثم السعي الى ايجاد أفكار بديلة أكثر عقلانية ومنطقية وهذا من خلال الاستعانة بمجموعة من الفتيات المعرفية التي تسعى الى تحقيق هذه المهمة ومن بينها فنية التقييم الذاتي لصاحبها أرون بيك Aron Beck التي تساعد الحالة على تغيير نمط تفكيره الغير سوي بأخر منطقي، وهذا ما قامت الباحثة على فعله من خلال البرنامج العلاجي المعرفي الذي يعتمد على تهيئة البيئة العلاجية المناسبة المنظمة الهادفة كما حدث داخل المجموعة التجريبية فان ذلك سيساعدها على توفر عوامل التحسن للأعراض التي تعاني منها الفتيات المراهقات وهذا ما تم توفيره لأفراد المجموعة التجريبية من خلال البرنامج العلاجي المعرفي فساهم في تحسنهم و لم يتوفر لأفراد المجموعة الضابطة.

كما نشير أيضا الى أن المواظبة على حضور جلسات البرنامج العلاجي والمشاركة الفعالة خلال الجلسات في الموضوعات والنقاط التي كانت تطرح من قبل الباحثة والتي من خلالها كان يتم الكشف عن والتعرف على الأفكار الالية المشوهة والسلبية وهذا كان يعطي للباحثة الفرصة والمجال لتصحيح وتغيير هذه الأفكار من خلال الجلسات العلاجية واثاحة الفرصة لهن للتحدث عن خبراتهن العملية المعاشة و تبادلها بشكل مقنن تحت اشراف الباحثة ، ومنه فلفد ساهم كل ذلك في فتح الأفق لتبادل الخبرات الموجبة والتجارب للاستفادة منها عمليا على صعيد الحياة اليومية وكل ذلك قد ساهم في تقوية العلاقة بين أفراد المجموعة التجريبية من خلال ادراكهم أنهم يتقاسمون نفس المعاناة وهذا من الممكن أن يفسر التحسن الذي طرأ على حدة الأعراض عند أفراد المجموعة التجريبية .

تفسر الباحثة هذه النتيجة التي تشير الى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي الى العلاقة الحميمة المفعمة بالثقة التي نشأت بين أفراد المجموعة التجريبية والعلاقة المهنية التي نشأت بينهم وبين الباحثة ، كما يمكن أن نرجع التحسن الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية الى التصميم المتكامل للبرنامج الذي يشتمل على أهم النقاط الأساسية التي تساعد على التخلص من الأعراض الاكتئابية، حيث كانت الباحثة حريصة على أن تكون جلسات البرنامج العلاجي مناسبة لثقافة المجتمع الجزائري وتتماشى مع طبيعة هذه المرحلة العمرية، وقد جاءت هذه النتائج متفقة مع بعض نتائج الدراسات السابقة التي تؤكد على فاعلية البرامج العلاجية في خفض الاضطرابات النفسية بشكل عام و الاكتئاب بشكل خاص .

كما قد اتفقت نتائج هذه الدراسة مع العديد من الدراسات حول وجود فاعلية للبرامج العلاجية في خفض حدة الأعراض النفسية ومن أهم هذه الدراسات : دراسة سميرة شرقي (2009)، دراسة ابتسام عبد الله الزغبى (2000)، دراسة ابو عطية (2001)، دراسة محمد عادل (2001).

واتفقت دراسة كل من عبد الخالق بلحيل (2008)، دراسة صلاح الدين العراقي (1991) دراسة محمد توفيق (1997)، دراسة هويل hwil (2006)، دراسة بورنز و نولين Bornz et Nolin (1992)، في أن البرامج العلاجية النفسية لها فاعليتها في خفض حدة الأعراض الاكتئابية كما يمكن ذكر دراسة منوية خلفية الحداد (2008)، بعنوان فاعلية العلاج الجماعي المعرفي في تخفيض الاكتئاب النفسي لمرضى الغسيل الكلوي المترددين على المراكز الصحية بمدينة مصراتة ولقد تمثلت أهداف البحث في :

✓ تطبيق برنامج علاجي نفسي يهدف إلى تخفيض الاكتئاب النفسي للمجموعة التجريبية من مرضى الغسيل الكلوي في الاطار الجماعي .

✓ مدى فاعلية أسلوب العلاج النفسي الجماعي المعرفي في تخفيض الاكتئاب النفسي للمجموعة التجريبية مقارنة مع المجموعة الضابطة من مرضى الغسيل الكلوي .

✓ التعرف على الفروق ذات الدلالة الاحصائية في الاستجابة لأسلوب العلاج الجماعي للمجموعة التجريبية من مرضى الغسيل الكلوي وفقا لمتغير العمر بين 20 و 33 سنة .

كما هدف البحث الحالي الى الوقوف على مدى ملائمة هذا العلاج النفسي على البيئة الليبية .

أما بالنسبة لنتائج البحث فهي كالتالي :

ثبتت فعالية العلاج النفسي المعرفي في تخفيض الاكتئاب النفسي والذي تم اخضاعه للمجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة من مرضى الغسيل الكلوي اذ اتضحت الفروق الدالة احصائيا بين المجموعتين التجريبية والضابطة وكذلك بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية وبالتالي يمكن توضيح أن العلاج النفسي المعرفي (متغير مستقل) باستخدام البرنامج المصمم ذو تأثير فعال في تخفيض الاكتئاب النفسي (المتغير التابع) لدى عينة البحث المجموعة التجريبية . (الحداد، 2008)

كما بينت دراسات و بحوث أخرى أن العلاج المعرفي يعطي نتائج ايجابية عند تطبيقه على الأطفال والمراهقين المكتئبين والقلقين وهذا يتفق مع النتيجة التي توصلنا اليها في دراستنا حيث شملت عينة بحثنا مجموعة من المراهقين يعانون من الاكتئاب، وفي هذا الصدد يمكن ذكر دراسة كيندال kindal (1993)،

حول العلاج المعرفي مع الأطفال و المراهقين، و قد استخدم هذا العلاج كفاعلية مع الأطفال و المراهقين في علاج كل من اضطرابات القلق و اضطرابات ضعف الانتباه و النشاط الزائد و الاكتئاب و الاندفاعية و صعوبة التعلم ، و مع الأطفال الذين يعانون من المرض المزمن و قد تحصل على نتائج مقبولة (عطية،2009)

استخدمت حسية برزوان (2012) في دراستها أكثر من أسلوب أو فنية لتخفيف من حدة الاكتئاب وكانت نتيجة هذا الدمج وجود فاعلية في خفض حدة أعراض الاكتئاب أكثر من استخدام كل أسلوب على حدى وهذا ما اتفقت معه الدراسة الحالية، و منه نخلص الى أن الدمج بين الأساليب يعطي نتائج ايجابية وفي الدراسة الحالية بالرغم من اعتمادنا على فنية مركزية و مهمة والتركيز عليها بشكل مباشر وهي فنية التقييم الذاتي إلا أن هذا لم يمنع من استخدام فنيات معرفية أخرى مكملتها كفنية الحوار السقراطي و فنية الجدل المباشر، كما أنه يمكن اعتبار نتيجة هذه الفرضية سندا اخر لنجاح البرنامج العلاجي في علاج الأعراض الاكتئابية المتوسطة لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة .

2.7 مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثانية :

توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب في القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي .

تفسر الباحثة هذه النتيجة في ضوء استخدام البرنامج العلاجي المعرفي حيث تضمن البرنامج فنيات تهدف الى مساعدة الطالبة المرافقة على تغيير طريقة ادراكها وتأويلها للأحداث، حيث سعى البرنامج العلاجي الى تنمية قدراتها العقلانية الى أقصى درجة ممكنة والعمل على خفض التفكير اللاعقلاني الى أقل درجة ممكنة و ذلك بالاستعانة بمجموعة من الفنيات غير أن الباحثة قد اعتمدت بشكل كبير على فنية التقييم الذاتي التي من خلالها تم استخلاص الأفكار الالية والمواقف التي تظهر فيها مع محاولة ايجاد أفكار بديلة تتميز بالعقلانية والمنطقية وهذا ما انعكس بالضرورة على الحالة المزاجية للمرافقة، حيث لوحظ تغير في المزاج في الاتجاه الايجابي بدل السلبي .

كما يمكن تفسير التحسن الذي بدى ملحوظا على أفراد المجموعة التجريبية بذلك التغير الذي طرأ على محتوى تفكير أفراد العينة، وهذا ما أوضحه أرون بيك من خلال الحالات المرضية التي عرضت عليه، حيث خلص الى أن الفكرة تسبق الانفعال فإذا ما تميزت الفكرة بالخلل أو اللاعقلانية ينتج عنه اضطرابات

انفعالية، كما هو الحال في الاصابة باضطراب الاكتئاب، كما أكد بيك أن المرضى النفسيين الذين يعانون من الاكتئاب لديهم أفكار الفقدان والفشل وهذا ما اتضح للباحثة من خلال الجلسات العلاجية، حيث كانت هذه الأفكار واضحة وبارزة ومشاركة بين أفراد العينة التجريبية و منه فان تعديلها وتغييرها أدى الى ذلك التحسن الذي ظهر على مقياس الاكتئاب في القياس البعدي

اتفقت الدراسة الحالية في بعض جزئيات أسلوبها مع بعض الدراسات كدراسة فادية شربتجي (1987)، ودراسة مواهب سعيد (2009) بعنوان أثر العلاج النفسي الجمعي في المكتئبات نفسيا ولقد هدفت هذه الدراسة الى بناء برنامج نفسي علاجي معرفي والتأكد من فاعليته لمواجهة مجموعة من الأعراض الاكتئابية لدى عينة الدراسة .

تكونت عينة الدراسة من مجموعة من المكتئبات، وتم التأكد من ذلك عن طريق تطبيق مقياس الاكتئاب الأساسي، حيث خلصت هذه الدراسة على أن العلاج المعرفي يعطي مردودا ايجابيا وكان فعالا على عينة البحث . (سالم، 2009)

يتبين من ذلك أنه وجدت فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاكتئاب القبلي والبعدي مما يؤكد انخفاض مستوى الاكتئاب بفضل البرنامج العلاجي المعرفي المطبق في الدراسة لدى المجموعة التجريبية

3.7 مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الثالثة :

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي والتبعي على مقياس الاكتئاب .

بالرجوع الى النتائج المبينة في الجدول رقم (29) نلاحظ أنه لا توجد فروق بين نتائج القياس البعدي و التبعي بالنسبة للعينة التجريبية، مما يدل على أن المكاسب العلاجية التي نجمت عن التدخل العلاجي تم المحافظة عليها حتى بعد أربع أسابيع من انتهاء عملية التطبيق ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الأسلوب العلاجي المستخدم في هذه الدراسة، بالإضافة الى استجاباتهم لتعليمات الباحثة وانجازهم للواجبات المنزلية التي ارتبطت بشكل كبير بمفاهيم البرنامج و فنياته .

بالإضافة الى ذلك فان العلاقة التي نشأت بين أفراد المجموعة التجريبية قد امتدت حتى بعد انتهاء البرنامج العلاجي و يعد هذا العنصر مهم للمحافظة على كل ما تم اكتسابه من فنيات خلال الجلسات الى جانب ذلك

فأفقد حرصت الباحثة كثيرا على الالتزام بفنية التقييم الذاتي في حالة وجود أي مشاكل قد تتعرض لها الفتاة المراهقة بعد انتهاء فترة البرنامج العلاجي ومن خلال الالتزام بكل ذلك، أفقد تم تواصل التحسن حتى خلال الفترة التتبعية .

منه أثبتت نتائج هذه الفرضية أن هناك ثبات للاستجابات و هذا يعني أن هناك مقاومة للانتكاسة خلال 4 أسابيع، التي تلت تطبيق البرنامج، وهذه النتائج توافق النتائج التي توصلت إليها دراسة كلارك (2002)clark، التي أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في منع نوبات الاكتئاب خلال عام كامل، وقد أكد راش (1977) rech وآخرون (1977)، أن نتائج الدراسات التتبعية توضح أن لهذا النوع من العلاج فاعلية أفضل على المدى الطويل حيث يقلل بدرجة كبيرة من معدلات حدوث الانتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي إذا ما قورن بغيره من الأساليب العلاجية الأخرى النفسية أو الطبية و في مقدمتها العلاج بالعقاقير، و نفس النتيجة توصلت إليها دراسة كل من شاو (1977, p:28) shaw، و دراسة بلاك بورن (1981).

(Blackburn & bishop, 1981)

أما دراسة دانيال Daniel وآخرون بعنوان : كفاءة المرضى في الأداء ومهارات العلاج المعرفي وعلاقته بالحد من الانتكاس بعد علاج الاكتئاب، أفقد هدفت هذه الدراسة الى تعليم المرضى فنيات العلاج المعرفي السلوكي الذي يعتقد انها تساعد على منع الانتكاس .

تكونت عينة الدراسة الكلية من 35 مريضا تراوحت شدة الاكتئاب عندهم من المتوسط الى الشديد واشتملت أدوات الدراسة على: قائمة المواقف الضاغطة، ومواقف تجريبية وأوضحت نتائج الدراسة أن المرضى الذين استجابوا للعلاج المعرفي حدثت لهم تنمية نفسية مستقلة، وان استخدام هذه الكفاءات ساهم في التصدي للضغوط وانخفاض خطر الانتكاس، و قد أظهر القياس البعدي أهمية ودور كفاءة المريض وتمكنه من المهارات المعرفية السلوكية التي تدرب عليها اثناء العلاج. (Alvarez, 1996, p. 530)

كما قام بلاك بورن Bleck Born (1981) بدراسة تحت عنوان : فاعلية العلاج المعرفي للاكتئاب مقارنة بين فاعلية العلاج المعرفي الدوائي للاكتئاب كل بمفرده، والعلاج المشترك بينهم.

تألفت العينة من 140 متعالجا يعانون من الاكتئاب الأساسي، منهم 64 متعالجا أكملوا التجربة، تم تقسيم العينة عشوائيا لتلقي العلاج المعرفي (ن=21) أو العلاج بمضادات الاكتئاب (ن=22) أو العلاج المشترك (ن=21)

أدوات البحث: سبعة مقاييس تقيس المزاج و القلق و الاستثارة

نتائج البحث:

أظهرت نتائج التقييم البعدي تفوق العلاج المشترك على العلاج الدوائي لمتعالجي العيادات والمقيمين وتكافأ العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الدوائي لدى متعالجي العيادات الخارجية كما تكافأ العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج المشترك لدى المعالجين المقيمين، و تفوق العلاج المعرفي على العلاج الدوائي لدى المتعالجين المقيمين، أي ان العلاج الدوائي كان اقل فاعلية، كما كانت نسبة الانتكاسة على مدى العام ضمن مجموعة العلاج المعرفي اقل من النصف عما لوحظ لدى مجموعة العلاج الدوائي، وقد تمت مناقشة هذه النتائج على ضوء نظرية بيك المعرفية عن الاكتئاب . (Blackburn & bishop, 1981, p. 76)

في دراسة جاريت Gareth و اخرين (2001) قام الباحثون بتقدير كفاءة العلاج المعرفي لمنع عودة الاكتئاب مع استمرار أو عدم استمرار العلاج، أجريت الدراسة على عينة مكونة من (156) مريضا باكتئاب أولي أحادي القطب مع استبعاد التزامن مع اضطرابات نفسية أخرى وأشارت الدراسة الى أن العينة لم تتلق أي علاج بالعقاقير أو أي علاج نفسي اخر طول فترة التجربة و فترة المتابعة .

لقد تلقى جميع أفراد العينة علاجاً معرفياً وفقاً لمنحى بيك، وقد بلغ عدد الحصص العلاجية 20 جلسة، وبعد انتهاء مرحلة العلاج المعرفي تم تقسيم المرضى عشوائياً الى مجموعة العلاج المعرفي (مرحلة الاستمرار) والمجموعة الضابطة، استمرت المرحلة التجريبية لمدة 7 شهور، قدمت الجلسات للمجموعة التجريبية بمعدل مرتين في الشهر لمدة شهرين تم مرة واحدة شهرياً في الستة شهور التالية، تلى ذلك فترة متابعة لمدة 16 شهراً، أشارت النتائج الى أن اضافة مرحلة استمرار العلاج المعرفي قد عملت على خفض معدلات الانتكاس بدرجة دالة متفقاً بذلك مع نتائج الدراسات المهمة بمعدلات الانتكاس . (schaffer, 1999, p. 431.437)

كما أجرت جونزاليز Gonzales (1985) دراسة هدفها متابعة 113 مريضا راشدا لفترات تتراوح بين عام الى ثلاث أعوام وتحديد عوامل الخطر للانتكاس، لمرضى تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً. أشارت النتائج بعد عام من المتابعة لعدد 59 مريضاً بالكتئاب الأساسي و 28 مريضاً بالكتئاب المتبقي، 26 مريضاً بالكتئاب ثنائي إلى أن نسبة الشفاء في العينة الكلية كانت 35% (ن = 20) بنسب متفاوتة داخل المجموعات الثلاث. فكانت نسبة الشفاء بعد عام لمجموعة الاكتئاب الأساسي 70% ولمجموعة الاكتئاب المتبقي 43% و لمجموعة الاكتئاب الثنائي 27% و كانت معدلات الانتكاس في المجموعات الثلاث على التوالي هي 31% و 33% و 14%. ومن العوامل التي وجد أنها تتنبأ بالانتكاس هي عدد النوبات الاكتئابية السابقة والتاريخ الأسري للاكتئاب في الأقارب من الدرجة الأولى و المشكلات الصحية و غيرها من العوامل. (زيزي ابراهيم، 2006)

ان النتائج المبينة في هذه الدراسة تتفق مع النتائج التي توصلت اليها دراسة كل من تيسدال testal (2001) التي خلصت الى أن العلاج المعرفي يعمل على منع الانتكاس حيث أشارت النتائج الى أن العلاج المعرفي قد عمل على خفض معدل الانتكاس عن طريق خفض أسلوب التفكير المطلق الثنائي. كما قام سليجمان Sligman و آخرون عام (1990)، بدراسة عرضها فحص الأثر الوقائي لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي على الاصابة باضطراب الاكتئاب والقلق لدى عينة من طلبة الجامعة المعرضين لخطر الاصابة، ومن تم متابعة المشتركين لمدة ثلاثة أعوام بعد انتهاء البرنامج.

تبين من خلال النتائج أن المجموعة التجريبية كان تعرضهم لنوبات من القلق العام أو للنوبات الاكتئابية أقل بكثير من المجموعة الضابطة، وكانت المجموعة التجريبية تعاني من أعراض القلق والاكتئاب أقل من المجموعة الضابطة، كما ظهر تحسن كبير في درجات المجموعة التجريبية على مقاييس الاتجاهات المضطربة واستخبار أسلوب العزو ومقياس فقدان الأمل أكثر من المجموعة الضابطة، واعتبرت تلك المتغيرات وسائط هامة في الوقاية من أعراض الاكتئاب

كما يمكن الإشارة الى دراسة كوفاكس Kofaks و آخرون (1981)، التي تعتبر من الدراسات الأولى التي اهتمت بعمل متابعة لمرضى قد شفوا من اضطراب الاكتئاب الأساسي بعد تلقيهم علاجاً معرفياً، حيث قاموا بمتابعة 44 مريضاً تلقوا علاجاً معرفياً لمدة 12 أسبوعاً، ولقد أظهرت تحليلات النتائج في فترة المتابعة لمدة عام لعدد 35 مريضاً هم الذين أتموا العلاج أن كل المجموعات العلاجية بقيت في تحسن عام

وكانت الدرجة على بطارية بيك للاكتئاب أقل بدرجة دالة لدى المجموعة التي تلقت علاجاً معرفياً أكثر من المجموعة التي تلقت علاجاً دوائياً .

أما دراسة فافا Fava (1944) بعنوان العلاج المعرفي السلوكي لمعالجة الأعراض المتبقية في اضطراب الاكتئاب الأساسي، فلقد هدفت الى دراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للأعراض المتبقية من الاضطراب الاكتئابي الأساسي .

شملت عينة البحث 40 متعالجاً من الاضطراب الاكتئابي الأساسي، كانوا قد عولجوا بنجاح بمضادات الاكتئاب، قسموا عشوائياً الى مجموعتين: للمعالجة المعرفي السلوكي أو للتدبير السريري للأعراض المتبقية، وذلك بعد إيقاف مضادات الاكتئاب تدريجياً لكلا المجموعتين .

نتائج البحث تمثلت فيما يلي :

دلّت النتائج لدى المجموعة التي تلقت علاجاً معرفياً سلوكياً على مستوى أكثر انخفاضاً من الأعراض المتبقية بعد إيقاف الدواء نهائياً مقارنة بمجموعة التدبير السريري، وكانت نسبة الانتكاس منخفضة أكثر (15 %) لدى المجموعة التي تلقت علاجاً معرفياً سلوكياً في فترة المتابعة التي دامت سنتين وذلك مقارنة بمجموعة التدبير السريري (35 %) وهذا يدل الى المزايا السريرية الكامنة في العلاج المعرفي السلوكي الموجه للأعراض المتبقية من العلاج . (Fava GA, Grandi S, 1994)

منه فإن الدراسات المعروضة تتفق مع النتيجة التي توصلنا اليها و عليه نفسر استمرار التحسن واختفاء الأعراض الاكتئابية خلال الفترة التتبعية بأن أفراد المجموعة التجريبية أصبحوا قادرين على استعمال هذه الفنيات بمفردهم خلال مواجهتهم لمختلف الضغوط والأزمات اليومية كما أن تبنيهم للأفكار المنطقية والتي أصبحت مرسخة في أذهانهم وتمسكهم بالثقة العالية بالنفس جعلهم أكثر توازناً من الناحية النفسية و هذا ما لم يدع المجال لحدوث الانتكاسة .

4.7 مناقشة و تفسير الفرضية الرابعة:

لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس الاكتئاب .

يتضح من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (30) أنه لا توجد فروق بين القياسين القبلي والبعدي لدى المجموعة الضابطة، وهذا يعني أن أفراد هذه المجموعة لم يحصلوا على أي تحسن عبر الزمن

سواء بعد مدة البرنامج الذي دام 12 الاسبوع أو بعد فترة المتابعة التي دامت 4 أسابيع وهذا نظرا لأنهم لم يخضعوا للبرنامج العلاجي على غرار أفراد المجموعة التجريبية .

ان هذه النتيجة تؤيدها العديد من الدراسات منها دراسة صلاح الدين عراقي (1991) ودراسة عبد الخالق بلحيل (2008)، دراسة شاو Shaw (1977) الموسومة بعنوان مقارنة فاعلية العلاج المعرفي و العلاج السلوكي في علاج الاكتئاب

أهداف البحث : مقارنة العلاج المعرفي والعلاج السلوكي في علاج الاكتئاب

عينة البحث : تكونت العينة من 32 متعالجا مكتئبا تتراوح أعمارهم من 18 الى 26 سنة، قسمت العينة الى:

مجموعة تجريبية طبق عليها برنامج العلاج المعرفي بيك

مجموعة تجريبية طبق عليها برنامج العلاج السلوكي

مجموعة ضابطة طبق عليها برنامج علاج غير توجيهي

مجموعة ضابطة على قائمة الانتظار

تضمن برنامج العلاج السلوكي وفق ليفنسون، جداول الأنشطة و فنيات التدريب السلوكي لتعليم مهارات الاتصال، ومهارات التعزيز الاجتماعي، واستغرق العلاج المعرفي 16 أسبوعا بمعدل جلسة واحدة أسبوعيا مدتها 50 دقيقة، وكذلك العلاج السلوكي بمعدل واجب منزلي واحد كل أسبوع لمدة 16 أسبوعا.

أدوات البحث:

مقياس بيك ومقياس هاملتون لتقدير شدة الاكتئاب، فضلا عن التقارير الذاتية للمتعالجين

برنامج العلاج المعرفي وفق بيك

برنامج العلاج السلوكي وفق ليفنسون

برنامج العلاج المتمركز حول الذات (علاج غير توجيهي)

نتائج البحث :

أظهرت النتائج أن برنامج العلاج المعرفي أدى إلى تغييرات دالة إلى حد بعيد في الأعراض الاكتئابية عند إعادة تقييم هذه الأعراض بمقياس بيك للاكتئاب و بمقياس هاملتون، وكان ذلك بدرجة أكبر من تأثير العلاج السلوكي، كما أظهر العلاج غير المباشر تغييرات في الأعراض الاكتئابية مساوية للتغيرات التي أحدثها العلاج السلوكي، وأشار أن العلاج السلوكي والعلاج المعرفي أدى إلى تغييرات دالة في الأعراض الاكتئابية عند مقارنتها بالمجموعة الضابطة وذلك عند إعادة التقييم والمتابعة لمدة شهر . (shaw, 1977, p. 23)

غيرها من الدراسات التي ثبتت بقاء درجات المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لأي تدخل علاجي على حالها، وعدم حدوث أي تغيير ذو دلالة حتى وإن بدى أن هناك تحسن طفيف، إذ يظل الأداء ثابتا برغم مرور فترة زمنية مناسبة بين القياسات التي يتعرض لها أفراد العينة، وهذا ما يدل على استمرارية الاضطراب على حاله

5.7 مناقشة و تفسير نتائج الفرضية الخامسة

توجد فروق دالة احصائيا بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في درجات مقياس التفكير الإيجابي والسلبي في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج) .

يقوم العلاج المعرفي على فكرة أن الأفكار الخاطئة تسبب مشاعر أليمة و غير سارة ، وفي العلاج المعرفي يتم تلقين الشخص كيف يعيد تأويل وتفسير المواقف التي حدثت له بأساليب أكثر إيجابية ومن هذا المنطلق يعتقد بيك Beck بأن بعض الاضطرابات النفسية (وعلى وجه الخصوص الاكتئاب) راجعة إلى أنماط خاصة من تفكير الفرد ونظرته لذاته وللعالَم والمستقبل ، وهذا ما عرفه بك بالثلاثية المعرفية وأنماط التفكير هذه ذات المنحى السلبي، راجعة إلى أخطاء في المنطق وفي التفكير، وهدف طريقة بيك هو مساعدة المريض على التخلص من الأفكار السوداوية التي تجعل الفرد يغلب عليه الحزن والكآبة، حتى يقتنع المريض في الأخير بأن أفكاره غير منطقية، واعتقاداته غير عقلانية، وهكذا يعمد بمساعدة المعالج إلى تعديلها وتوجيهها الوجهة الصحيحة . وقد طور بيك إجراءات العلاج المعرفي، وهو شبيه بالعلاج الانفعالي العقلاني لإليس. (بديعة مجبر، 2010)

منه تفسر الباحثة انخفاض مستوى الأفكار الالية السلبية لدى أفراد المجموعة التجريبية، بأنه كان للبرنامج فاعليته من خلال الفنيات المعرفية التي تضمنها بوجه عام و فنية التقييم الذاتي بوجه خاص،

والتي ساهمت في اعادة البناء المعرفي لأفراد المجموعة التجريبية واقناعهم بلاعقلانية أفكارهم ولا منطقيتها وأنها هي المسؤولة عن الاضطراب الذي يعانون منه ومن ثم يجب التخلي عنها و استبدالها بأخرى أكثر عقلانية و منطقية . ومنه فان تغيير الأفكار السلبية ينعكس بلا شك على السلوك وعلى طريقة التفكير، حيث يرى اليس أن كل البشر العاديين يفكرون ويشعرون ويتصرفون وهم يفعلون ذلك في صورة تفاعلية وتبادلية، فأفكارهم تؤثر بشكل جوهري على مشاعرهم و سلوكياتهم . (عبد الرحمن السيد ، 1998)

عليه يمكن القول أن الأفكار اللاعقلانية أو السلبية الالية تساهم في ظهور الأعراض الاكتئابية هذا ما بينته دراسة الريحاني وآخرون (1989) التي تحمل عنوان :علاقة الأفكار اللاعقلانية بالاكتئاب لدى طلبة كليات الجامعة الأردنية، هدفت هذه الدراسة الى التعرف الى علاقة الافكار اللاعقلانية بالاكتئاب لدى طلبة كليات الجامعة الأردنية، حيث شمل مجتمع الدراسة والعينة طلبة الجامعة الأردنية من مستوى البكالوريوس والبالغ عددهم حوالي (11868) طالبا وطالبة، بالنسبة للأدوات التي استخدمها الباحث في الدراسة فلقد تمثلت في قائمة بك المعربة للتعرف على درجات الاكتئاب كذلك اختبار الريحاني للأفكار العقلانية و اللاعقلانية، وقد أظهرت الدراسة النتائج التالية :

أن هناك مجموعة من الأفكار اللاعقلانية أسهمت في تفسير التباين في الاكتئاب بنسبة 9,5 % لدى عينة الدراسة بوجه عام وبنسبة 15,6 % لدى الذكور وبنسبة 5,2 % لدى الاناث .

نتائج هذه الدراسة تشير الى أهمية تضمن البرامج التربوية و الإرشادية، التي تقدم لطلبة الجامعات تدريبات لتطوير التفكير العقلي، لأنها تساعد في الوقاية من الاكتئاب .

هناك بعض الأفكار اللاعقلانية تسبب الاكتئاب لدى الطلاب دون الطالبات، وبعض الأفكار اللاعقلانية تسبب الاكتئاب لدى الطالبات دون الطلاب، أي أن هناك أفكار تؤثر على جنس ولا تؤثر على الجنس الاخر .

بما أن البرنامج المعرفي المقترح في دراستنا كان يهدف الى اقناع العميل بأن معتقداته غير منطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف فقد انخفض مستوى التفكير السلبي وترسخ مكانه التفكير الايجابي وهذا ما بدى جليا عند اعادة تطبيق مقياس التفكير الايجابي والسلبي وعليه فان البرنامج العلاجي المقترح قد سعى الى تعديل الادراكات المشوهة لأفراد المجموعة التجريبية واستبدالها بطرق أكثر ملائمة للتفكير وهذا لغرض احداث تغييرات

على المستوى المعرفي والسلوكي لأفراد المجموعة التجريبية. وفي هذا الصدد يرى بيك أن الانسان يشوه المعلومات ويدرك الأشياء بطريقة خاطئة الذي يترتب عليه تفكير خاطئ وغير وظيفي كما يرى بيك بأن الطريقة التي يترجم و يقدر بها الفرد وضعية أو حدث معين تعتمد على تجاربه الماضية وهذا ما يؤثر على الأنواع العامة لتفكيره وعلى طريقة تأويله للأحداث وبالتالي على انفعالاته الناجمة عن هذا الحدث .

لقد سمي بالعلاج المعرفي لأن الفنيات التي يستخدمها تكون موجهة نحو تغيير الأخطاء والتحريرات المعرفية لدى العميل ومنه فان هدف العلاج المعرفي هو أن يصبح العميل واعي بالأفكار التلقائية السلبية لديه واستبدال هذه الأفكار بمعارف أكثر دقة و موضوعية بمعنى اعادة بناء طريقة تفكير الحالة و هذا ليتمكن من رؤية موضوعية لنفسه و للعالم من حوله. ومن هذا المنطلق هدف هذا البرنامج العلاجي المعرفي الى التعرف على الأفكار المشوهة التلقائية والعمل على تصحيحها، وعليه فمن خلال الجلسات العلاجية التي شملت أفراد المجموعة التجريبية لقد تم التركيز على البحث و التعرف على الأفكار التلقائية الالية التي تمثل أفكار سلبية تؤثر في قدرة الفرد على مواجهة مختلف الأحداث التي يتعرض لها والتكيف معها وبعد أن تم التعرف عليها، حاولت الحصص العلاجية المبرمجة تصحيح و تعديل هذه الأفكار السلبية التي تعد المسؤولة عن الاكتئاب حيث أن هناك علاقة بين التفكير السلبي والاكتئاب وهذا ما تم التوصل اليه من خلال مجموعة من الدراسات التي نذكر من بينها : دراسة كل من ماثيوز و ماكلود Mathews et Maclead (1987) والتي سعت الى دراسة دور العوامل المعرفية في القلق والاكتئاب، وقد بينت الدراسة أن كل من الأفراد القلقين والمكتئبين يميلون الى انتقاء المثيرات بطرق مختلفة، فالقلقون يتصفون بالميل الى انتقاء المثيرات المرتبطة بالقلق، كما أن لديهم ميل لانقاء المعلومات الأكثر تهديداً، أما المكتئبون فيميلون الى تحيز انتقائي في الذاكرة يتمثل في استرجاع الأحداث السلبية أكثر من الأحداث الايجابية .

(Mathews & Maclead, 1987) .

لعل هذا ما جعل برنامجنا العلاجي يركز على هذه النقطة المتمثلة في تغيير الافكار السلبية باعتبارها هي المسؤولة عن ظهور مجموعة مهمة من الاعراض الاكتئابية، وهذا ما يتفق مع دراسة تيسدل Teasdel (1993) التي سعت الى التعرف على تأثير التفكير السلبي في السلوك الاكتئابي ومدى العلاقة المتبادلة بينهما لدى طلبة الجامعة، طبقت الدراسة على عينة بلغت (522) طالبا وطالبة، وهذا للإجابة على السؤال الأساسي الذي يتمثل في: هل توجد علاقة بين الكآبة و التفكير السلبي، وقد خلصت الدراسة الى نتيجة مفادها أن التفكير السلبي يؤدي الى الاكتئاب، وأن المزاج المكتئب يحدد نوعية التفكير ايجابي أو سلبي، بمعنى أن هناك علاقة طردية بين التفكير السلبي والاكتئاب .

كما ان النتيجة التي توصلنا اليها في دراستها لا تتفق مع دراسة فينيل Fennel و اخرون (1996) والتي تناولت أثر الكآبة النفسية في توفير المناخ المناسب للتفكير السلبي، تكونت عينة الدراسة من (30) مريضا بالكآبة تراوحت أعمارهم بين (21، 59) سنة قد خلصت الدراسة الى نتيجة عامة هي أن لا يوجد تأثير جوهري للكآبة المنخفضة والمرتفعة في مستوى التفكير السلبي. (زياد بركات، 2006)

عليه فأن البرنامج العلاجي المقترح كان يهدف بالدرجة الأولى الى تغيير نمط التفكير المختل والى تبني أفكار ايجابية، هذا ما أدى الى انخفاض مستوى الأفكار اللاعقلانية ليحل مكانها أفكار منطقية وأكثر ايجابية هذا ما يفسر نتيجة هذه الفرضية التي بينت أن أفراد المجموعة التجريبية قد انخفض مستوى الأفكار السلبية عندهن من خلال تطبيق مقياس التفكير الايجابي والسلبي .
منه فان العلاج المعرفي هو علاج مباشر تستخدم فيه اليات وأدوات معينة و فنيات معرفية لمساعدة المريض على تصحيح أفكاره السلبية و معتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي و سلوكي وتحويلها الى معتقدات يصحبها ضبط انفعالي و سلوكي.

قد درس بك الاككتاب ووجد أنه يضم نظاما معرفية خاصة هي:

– التفسيرات السلبية للأحداث الخارجية والتي ترجع الى نمط التفكير السلبي .

– رفض الذات و كرهاها .

– النظر إلى المستقبل بطريقة سلبية .

ان تلك الإدراكات والتفسيرات السلبية ناتجة عن أخطاء في المنطق، ومهمة المعالج في هذا النوع من العلاج هي :

– جعل العميل يعي أخطاء المنطق التي يملكها عند تفسيره للأحداث الخارجية.

– مساعدة العميل على تغيير أفكاره غير المنطقية .

– النظر إلى الأحداث الخارجية بنظرة موضوعية .

إذ يشجع العميل على التمييز بين أفكاره الذاتية والأحداث التي تمثلها، ورؤية أفكاره واعتقاداته كفرضيات قابلة للاختبار الامبريقي والمناقشة الموضوعية. (بديعة محبر، 2010)

كما يعد العلاج المعرفي منهجا تفسيريا علاجيا للاضطرابات الانفعالية يقوم على فكرة بسيطة وهي أن التصورات،المعتقدات،الأفكار السلبية تساهم في نشأة الاضطرابات الانفعالية النفسية بمعنى أن الانسان يضطرب نفسيا،انفعاليا،جسديا وحتى اجتماعيا ليس بسبب الأشياء والأحداث الخارجية في حد ذاتها بل بسبب نظرتة و تفسيره لها تفسيرا سلبيا.حيث أن الاضطرابات الانفعالية كما يقول اليبس Ellis تتجم عن أسلوب التفكير و منه فان الفنيات المقترحة في هذا البرنامج قد سعت الى دحض الأفكار اللاعقلانية وهذا من خلال استبصار أفراد المجموعة التجريبية بنمط تفكيرهم واقناعهم بأن هذه الأفكار هي غير صحيحة ومعرقله لتقدم الفرد وأنها هي التي تقف وراء الاضطراب الذي يعانون منه، حيث تلعب المعتقدات الفكرية الخاطئة التي يتبناها الفرد عن نفسه وعن الاخرين الى اثاره مختلف الاضطراب النفسية (الاكتئاب) وكذا عدم التوازن والاستقرار النفسي وعليه فان أي شكل من أشكال الاضطراب يسبقه تفكير خاطيء في الموقف أو في فاعلية الذات .

منه فان نتيجة هذه الفرضية تؤكد ما جاء في الدراسات السابقة مثل دراسة تيسدال Teasddel (1993)، دراسة فينيل Finil(1996)، دراسة ماتيوز وماكلود Matheuz et Maclod(1987)، الريحاني (1989) والتي بينت أنه للتفكير السلبى دور مهم في نشأة اضطراب الاكتئاب وأنه بتعديل طريقة التفكير من السلبية الى الايجابية فانه يتم التخلص من الاكتئاب و أعراضه

6.7 مناقشة و تفسير الفرضية السادسة :

توجد فروق دالة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (مجموعة العلاج المعرفي) في درجات مقياس تقدير الذات، في القياس القبلي (قبل تطبيق البرنامج) ومتوسط درجاتهم في القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج).

تفسر الباحثة هذا الاختلاف في مستوى تقدير الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي و بعده الى أن أفراد المجموعة التجريبية وبعد خضوعهم للبرنامج العلاجي الذي سعى الى مساعدة الطالبة المكتتبة على الرفع من قيمة تقديرها لذاتها انعكس ذلك ايجابيا على الطالبات حيث بين مقياس تقدير الذات هذا التحسن حيث تعاني الفتاة المراهقة من انخفاض تقدير الذات بشكل ملموس بالمقارنة مع الذكور وهذا ما بينته دراسة

باكوين Bacwin (1981) التي تحمل عنوان التحقق من العلاقة العكسية بين الاكتئاب و تقدير الذات وذلك باستخدام عينات سوية واكلينيكية . تكونت عينة الدراسة من 62 فردا [26 (11 ذكور ، 15 إناث)] كانوا من الحالات التي تتردد على العيادة الخارجية للمستشفى بمتوسط مقداره 35 عاما ، وكان الـ 36 فردا الباقين (11 ذكور ، 25 إناث) طلابا في أحد فصول علم النفس الذين وافقوا على التطوع في التجربة، بمتوسط سن مقداره 34 عاما ولقد استخدمت أربع أدوات في الدراسة وتم تطبيقها على جميع المفحوصين وهي : مقياس "بك" الكامل للاكتئاب . مقياس الاكتئاب من مقياس الشخصية الفارق ، مقياس راث للتوكيد الذاتي، بالإضافة إلى ذلك تم جمع بعض البيانات العامة عن المفحوصين مثل السن، الجنس، الحالة الزوجية المستوى التعليمي، الحالة المهنية، الدخل العائلي.

أظهرت نتائج الدراسة : أن كل معاملات الارتباط بين الاكتئاب وتوكيد الذات لكل أفراد الدراسة كانت سلبية واضحة عند مستوى دلالة يتراوح ما بين (0,05)، (0,01) وكان معنى هذا أن الأفراد الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس توكيد الذات، قد حصلوا على درجات منخفضة على مقياس الاكتئاب. وعليه خلصت هذه الدراسة إلى أن هناك علاقة سالبة بين الاكتئاب وتوكيد الذات توجد بالذات لدى الإناث أكثر من وجودها لدى الذكور. ولقد علل الباحثان ذلك بأن المجتمع يميل إلى تشكيل النساء فيه ليذكرن ويرون أنفسهن بوصفهن سلبيات ولا حول لهن ولا قوة بالمقارنة لما يعطيه المجتمع للذكور فيه من حرية في الحركة والتعبير، والشعور بالإيجابية والقوة. (غريب عبد الفتاح، 1985)

كما أن الاصابة بالاكتئاب تؤثر بلا شك على تقدير الفرد لذاته وهذا ما خلصت اليه دراسة سلامة (1991)، وهي بعنوان الاعتمادية والتقييم السلبي للذات والحياة لدى المكتئبين وغير المكتئبين وهدفت الدراسة الى التقصي حول الاكتئاب والمتغيرات النفسية والمعرفية المرتبطة بحدوثه او استمراره، وقد ركزت هذه الدراسة على فحص ما اذا كانت الاعتمادية والتقييم السلبي للذات وللحياة و متغيرات نفسية يمكن التمييز بموجبها بين المكتئبين، وقد استخدم الباحث مقياس الاكتئاب المعرب من مقياس بك، وكذلك مقياس تقدير الشخصية للكبار ثم مقارنة درجات مجموعة من المكتئبين الاكلينكيين بدرجات مجموعة من غير المكتئبين على مقياس كل من الاعتمادية وانخفاض تقدير الذات وعدم الكفاية الشخصية والنظرة السلبية للحياة وذلك بعد مجانسة المجموعتين في متغيري السن والتعليم، وقد بينت نتائج هذه الدراسة بان المكتئبين الاكلينكيين كانوا أعلى بفروق دالة احصائية، كذلك وجدت علاقة حقيقية بين الاعتمادية والاكتئاب في العينة الاكلينيكية بينما لم تكن العلاقة دالة في العينة غير الاكلينيكية و وجد ايضا ان

درجات التقييم السلبي للذات ترتبط بدرجات الاكتئاب ارتباطاً طردياً دالاً في كلتا المجموعتين وان كانت العلاقة تزداد بقوة بين المتغيرين في مجموعة المكتئبين الاكلينيكين. (سلامة ممدوحة، 1991)

منه فلقد ركز البرنامج العلاجي المقترح على مفهوم تقدير الذات للفتاة المكتئبة، بعدما تبين أن جل المراهقات المكتئبات يعانين من تدني مستوى تقدير الذات وهذا استناداً الى مقياس تقدير الذات الذي أوضح ذلك و منه فان الخطة العلاجية المرسومة حاولت الرفع من قيمة أفراد المجموعة التجريبية لذواتهن وهذا بلا شك من خلال تعديل نمط التفكير السلبي، حيث أن الطريقة السلبية والمحبطة في التفكير تستلزم انخفاض تقدير الذات و منه حاول البرنامج العلاجي الموازنة بين هاذين المفهومين ألا و هما تعطيل نمط التفكير والرفع من قيمة الذات لما لهما من تداخل وتأثير واضح .

للتحقيق هذا المبتغى حاولت الباحثة تبصير أفراد المجموعة بالقدرات الشخصية التي يمتلكونها واقناعهم بضرورة الثقة بالنفس والسعي لتحدي العقبات و الأزمات و أن لا شيء مستحيل بالعزم والارادة وهي النقاط الجوهرية التي انضمرت في ضوء اضطراب الاكتئاب الذي يدعو الى فقدان الأمل والاستسلام واللامقاومة، كما نجد أن بيك قد ركز على أهمية مفهوم الذات السالب في نشأة الاكتئاب وتطوره حيث أنه عمد الى تفسير المشاعر الاكتئابية من خلال ما أسماه بالثالوث المعرفي، حيث يتضمن العنصر الأول من هذا الثالوث المفهوم السالب عن الذات الذي يميز الفرد الذي يعاني من المشاعر الاكتئابية أو المعرض للاكتئاب. كما يرى بيك أن الفرد المكتئب يميل الى أن يرى نفسه بطريقة سلبية، اذ يعتبر نفسه عاجزاً غير كفء أو عديم القيمة، كما أنه يعتبر نفسه غير مرغوب فيه وعديم الفائدة بسبب عجزه المفترض ومنه يتجه الى رفض نفسه نتيجة لذلك. (Beck, 1970, p. 250)

من هذا المنطلق فان حصص البرنامج العلاجي المعرفي سعت الى الرفع من تقدير أفراد المجموعة التجريبية لذواتهن وهذا من خلال تغيير نظرتهم السلبية عن أنفسهم وحثهم على مزاولة بعض النشاطات و القيام ببعض المهارات وهذا من أجل الوصول الى تحقيق ايجابي عن الذات. انطلاقاً من ذلك فلقد ظهر تحسن على أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ، مما يدل على أن العلاج المعرفي يساعد في الرفع من قيمة الذات .

حيث أن هناك مجموعة من الدراسات التي تؤيد هذه الفرضية التي بينت أن العلاج المعرفي يرفع من تقدير الفرد لذاته ومن تم تختفي الأعراض الاكتئابية وأن هناك علاقة حتمية بين انخفاض مستوى تقدير الذات وارتفاع مستوى الاكتئاب والتي نذكر من بينها :

دراسة تاتيانا و مونتجومري بول Tatyna et Paul (2007) بعنوان هل يمكن للعلاج المعرفي السلوكي ان يزيد من تقدير الذات لدى المراهقين المكتئبين ؟

هدفت هذه الدراسة الى تقييم كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى المراهقين الذي يعانون من الاكتئاب، تكونت عينة الدراسة الكلية من (88) مراهقا، جرى تقسيمهم الى مجموعتين متساويتين تجريبية وضابطة، تراوحت أعمارهم ما بين 13 الى 18 سنة اشتملت أدوات الدراسة على: مقياس تقدير الذات لروزنبرخ والبرنامج المعرفي السلوكي، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى المراهقين في المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، وأن العلاج المعرفي السلوكي قد يكون فعالا في تحسين تقدير الذات الشامل . (ريم ابو فايد، 2010)

أما دراسة باسم دحادحة (2009)، بعنوان أثر العلاج المعرفي في تنفيذ الأفكار غير العقلانية وتأكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين التي هدفت الى استكشاف مدى فاعلية برنامج ارشادي جماعي قائم على تنفيذ الافكار اللاعقلانية و برنامج ارشادي جماعي في تأكيد الذات على خفض مستوى الاكتئاب لدى الطلبة المكتئبين .

تكونت عينة الدراسة من (60) طالبا وطالبة من طلاب الصف الاول الثانوي في مدرسة اربد الثانوية للبنين و مدرسة صفية الثانوية للبنات في مدينة اربد، قسمت العينة عشوائيا الى مجموعتين تجريبيتين والثالثة مجموعة ضابطة .

تلقى أفراد المجموعة الأولى التدريب على تنفيذ الأفكار الغير عقلانية وأفراد المجموعة الثانية التدريب على تأكيد الذات .

نتائج الدراسة تمثلت في :

وجود فروق بين المجموعات الثلاثة فيما يتعلق بانخفاض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات للقياس البعدي، لصالح المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة .

هناك فرق بين المجموعتين التجريبيتين فيما يتعلق بانخفاض مستوى الاكتئاب البعدي لصالح المجموعة الثانية التي تلقت تدريبا على تأكيد الذات .

لا وجود لأثر كل من الجنسين والتفاعل في القياس البعدي فيما يتعلق بانخفاض مستوى الاكتئاب و تحسين مفهوم الذات. (صباح السقا، 2005)

أما دراسة جرين Green فسعت الى بيان مدى شيوع الاكتئاب و شدته ودراسة بعض المتغيرات المرتبطة به في مرحلة المراهقة المبكرة ، وقد شملت عينة الدراسة (630) من طلاب الصفوف السادس ابتدائي والأول والثاني اعدادي من مدرستين متشابهتين، وبالنسبة للأدوات المستعملة فلقد تمثلت في مقياس الاكتئاب (د) للصغار، ومقياس تقدير الذات لكوبر سميث اضافة الى بعض المقاييس الأخرى .

بينت نتائج الدراسة الى أن الاكتئاب يوجد عند مستوى منخفض نسبيا في العينة و لم تظهر فروق بين الجنسين ولا بين الأعمار في الاكتئاب، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة واضحة بين الاكتئاب وتقدير الذات، حيث ارتبط الانخفاض في تقدير الذات بالمستويات المرتفعة في الاكتئاب كما أظهر استخدام أسلوب معادلة الانحدار المتعدد أن تقدير الذات كان مؤشرا مفيدا لمعرفة درجات الاكتئاب لدى المفحوصين. (Green, 1981, p. 3890)

دراسة أندرو واخرون Andrew (2006) التي تحمل عنوان التدخل المبكر في انتكاسة مرض الاكتئاب أثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى المعتقدات السلبية حول المرض العقلي وتقدير الذات .

هدفت هذه الدراسة الى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التقييمات السلبية لدى الأفراد الذين يعانون من أعراض الاكتئاب وتحسين تقدير الذات في مرحلة الانتكاسة (أثناء فترة المتابعة)، و تكونت عينة الدراسة الكلية من (144) فردا ممن يعانون من أعراض اكتئابية، تم تقسيمهم الى مجموعتين المجموعة الأولى تضم (72) فردا ممن تلقوا علاج معتاد المجموعة الثانية وقوامها (72) فردا تلقوا العلاج المعرفي السلوكي، اشتملت أدوات الدراسة على استبيان الاعتقادات الشخصية حول المرض و أسفرت نتائج الدراسة خلال فترات المتابعة للانتكاسة والتي استمرت بعد 3 شهور و 6 شهور و12 شهر من نهاية العلاج عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التقييمات السلبية حول المرض العقلي وتحسين تقدير الذات لدى أفراد المجموعة الثانية بالمقارنة بأفراد المجموعة الأولى و الذين تلقوا علاجاً معتاداً، كما أوضحت النتائج أيضاً ارتفاعاً في المعتقدات والتقييمات السلبية وانخفاض في تقدير الذات لدى المجموعة الأولى التي تلقت علاجاً معتاداً وتبين هذه النتائج الى أن الانتكاسة أثناء فترة المتابعة بعد انتهاء العلاج مرتبط بدرجة كبيرة بمدى تطور التقييمات السلبية للفرد حول المرض و

تقديره لذاته . منه يمكن القول ان الرفع من قيمة الذات يعد عنصرا ضروريا و مهما لمواجهة الاعراض الاكتئابية.(Andrew, 2006)

ان ابرز نتيجة يمكن الاشارة اليها في ضوء كل ما سبق ذكره، ان الاعراض الاكتئابية تؤثر على الفرد وتفقد توازنه النفسي، غير ان ظهورها في مرحلة المراهقة قد يكون له انعكاسات سلبية أكثر بالمقارنة مع ظهوره في المراحل الاخرى من عمر الانسان، حيث ان المراهق لا يمتلك الخبرة الكافية لمواجهة هذه الاعراض وقد لا يدرك انه مصاب بها ،الا ان العلاج المعرفي يساعد الفرد على مواجهة هذا الاضطراب، وهذا ما اخلصنا اليه في هذا البحث، حيث انه من خلال مناقشة نتائج الفرضيات أدرکنا ان العلاج المعرفي يعطي نتائج ايجابية عند تطبيقه على الطالبات اللواتي يعانين من الاعراض الاكتئابية المتوسطة حيث أنه يسعى الى مساعدة المراهقة على التعرف وتبديل الأفكار المشوهة التي تسمى بالتشوهات المعرفية، نظرا لأن الفرد لديه الرغبة في توسيع الأحداث السلبية والتقليل من الانجاز الشخصي هذا ما يؤثر على مزاجه، كما يفسد سلوكه، نخض بالذكر هنا العرضين التاليين الذين استهدفهما البرنامج العلاجي والمتمثلين في : تغيير طريقة التفكير من الاتجاه السلبي الى الايجابي من جهة، و الرفع من قيمة الذات من جهة اخرى، حيث حرص البرنامج العلاجي المتبنى في الدراسة الى مواجهة هذه الأفكار المشوهة واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية، حيث أن المحتويات المعرفية لدى الطالبة المراهقة التي تعاني من الاكتئاب تكون محرفة في الاتجاه المعرفي السلبي دائما وتؤدي الى ظهور انفعالات مؤلمة وسلوكيات مختلفة وظيفيا، هذا ما تم التركيز عليه خلال الجلسات العلاجية أو حتى خارجها في اطار القيام بالواجبات المنزلية.وان تعديل طريقة التفكير ستؤدي بلا شك الى الرفع من قيمة الذات وعدم تحقيرها ومن ثم تغيير تلك النظرة السلبية حول الذات والآخر والمستقبل.

انطلاقا مما سبق ذكره يمكن استنتاج ما يلي :

يجب الاعتناء بالطالبة المراهقين في هذه المرحلة الهامة من حياتهم، نظرا لكثرة المشاكل والازمات النفسية التي تميزها و على راسها اضطراب الاكتئاب .

يجب عدم تجاهل الاعراض الاكتئابية التي قد تظهر خلال هذه المرحلة ، كما يجب تقديم يد العون للطالب الذي يعاني من الاكتئاب .

الخطمة

تعد هذه الدراسة على جانب كبير من الأهمية في ميدان العلاج النفسي بصفة عامة وميدان العلاج المعرفي للفتاة المراهقة التي تعاني من أعراض اكتئابية بصفة خاصة وان الهدف منها هو اعادة تشكيل البنية المعرفية للمتعالج و ذلك من خلال تغيير طريقة تفكيره المختلة والغير منطقية وهذا بالتركيز على المعرفيات باعتبارها حدث نفسي مهم في نشوء الاضطراب النفسي، حيث يرى اليس Ellis ان التفكير والانفعال وجهان لعملة واحدة وهذا ما يسمح لنا بالقول بأنهما شيء واحد مرتبط ومتماسك.

لقد مست هذه الدراسة فئة الفتيات المراهقات من طلاب الجامعة والذين يمثلون استثمارا بالنسبة للمجتمع ويعدون أمل الغد وسر النهضة والرفي وعليه يجب اعطاء المراهقين وخاصة الذين هم في المرحلة الجامعية الفرصة للتعبير عن أفكارهم بصورة نقدية بناءة ومساعدتهم على حل مشكلاتهم والازمات التي يتعرضون لها بدل من الهروب منها، حيث عمدت الباحثة الى الكشف عن ظاهرة مرضية شدت انتباه الباحثين اليها في العقود الأخيرة نظرا لتفشيها وللأضرار الوخيمة المترسبة عنها، حيث أنها تمثل خطرا على الصحة العامة للفرد، وهي الاكتئاب حيث أنه يعتبر مشكلة عامة وهو من أكثر الاضطرابات والظواهر النفسية انتشارا ولم يسلم من الاصابة به كل من الأطفال والكبار وقد بينت معظم الدراسات الى أن الاناث هم أكثر عرضة للإصابة به مقارنة مع الذكور ومرد ذلك التنشئة الاجتماعية التي تعطي للذكر بعض الحقوق التي لا تمنحها للأنثى ومجال واسع من الحرية، كما أن لهذه المرحلة والتي تتميز بالحساسية وبمشكلات البلوغ تأثير بليغ على نفسية الفتاة المراهقة وتتفق هذه الحقيقة مع نتيجة دراسة كل من عكاشة (1988) عبد الخالق والنيال (1991) والتي أشارت الى أن نسبة انتشار الاكتئاب بين الاناث أكثر من الذكور وكذلك الحال بالنسبة لتدني مستوى تقدير الذات وهذا ما بينته دراسة عبد اللطيف (1989) بعنوان العلاقة بين الاكتئاب و تقدير الذات لدى عين من المراهقين والذي بلغ عددهم (200) تلميذا وتلميذة، متوسط أعمارهم بين 11 و 23 سنة طبق عليهم مقياس تقدير الاكتئاب ومقياس تقدير

الذات ولقد بينت النتائج الى أن الاناث أكثر اكتئابا وأقل تقديرا للذات من الذكور كما استخرجت ارتباطات دالة سالبة بين معظم متغيرات مقياسي الاكتئاب و تقدير الذات. (عبد اللطيف مدحت، 1989). هذا ما جعل مجموعة واسعة من الباحثين تقتنع بان الادراكات والأفكار السلبية عن الذات ترتبط بالاكتئاب هذا ما يسمح لنا بالقول بان المنظومات الذاتية السالبة تلعب دورا في نشأة ودوام الاكتئاب، من هنا تكتسي هذه الدراسة أهميتها كونها تحاول المساهمة في علاج الطالبات المراهقات اللواتي يعانون من هذا الاضطراب كما أنها تمثل جهدا علاجيا لا مجرد وصف للظاهرة، وهو الأمر الذي نحتاج اليه و بإلحاح، حيث يمكن لهذه البرامج العلاجية بصفة عامة والجماعية بصفة خاصة أن تقدم خدمة قيمة وفي المستوى لمن هم يعانون من هذا الاضطراب، الذي يحمل في طياته عجزا مريرا وتدنيا ملحوظا للحالة النفسية وهذا ما ينعكس على مختلف مجالات حياة الفرد الاجتماعية والأكاديمية والمهنية.

ان هذا العجز قد يكون سببه الاصابة باضطراب الاكتئاب أو قد يكون نتيجة له، وان علاج الطلبة من هذا الاضطراب يساعدهم على تأكيد ذواتهم واكتساب الثقة بالنفس والقدم الى المستقبل بعيون مشرقة ومتفائلة، هذا لغرض النجاح في علاقاتهم الشخصية وانجاز وتحقيق أهدافهم المهنية والأهم من ذلك التمتع بشخصية متوازنة نفسيا قادرة على مواجهة الأزمات والعقبات .

لذلك قامت الباحثة بإجراء هذه الدراسة لمعرفة فعالية البرنامج العلاجي المعرفي لبيك في التخفيف من الأعراض الاكتئابية المتوسطة لدى عينة من الطالبات المراهقات وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن درجة الاكتئاب انخفضت بشكل ملحوظ بين افراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي مما يدل على نجاح البرنامج و فعاليته .

هذا راجع الى استبصار أفراد المجموعة التجريبية بمشكلاتهم و بالاضطراب الذي يعانون منه والى رغبتهم الشديدة في التخلص من المشاعر الاكتئابية، الى جانب ذلك التزامهم ومواظبتهم على حضور جلسات البرنامج العلاجي المعرفي المقترح، حيث كان للفنيات المستعملة في البرنامج العلاجي بالغ الأهمية و الفائدة و قد تمت الاستفادة الكاملة منها.

أيضا حرص الباحثة على التعرف على الأفكار الالية السلبية التي تجعل نظرة الفرد لنفسه ومحيطه ومستقبله دونية وسلبية، هذا من خلال اتاحة الفرصة لهم للتعبير عن معاناتهم وعن الأفكار التي تسيطر عليهم، وتعد هذه الخطوة ضرورية للتخلص من الأعراض الاكتئابية، حيث أن طريقة التفكير السلبية تؤثر على مزاج الفرد ومن ثم تفسح المجال لظهور مجموعة من الأعراض الاكتئابية القاسية .

كما ساهم في هذه النتيجة ذلك التحسن الذي مس مستوى تقدير الذات حيث اهتمت الباحثة بمحاولة الرفع من تقدير افراد المجموعة التجريبية لذواتهن وذلك من خلال تشجيعهن على تغيير نظرتهم لأنفسهن وعدم النظر الى السلبيات فقط في ظل تجاهل الايجابيات، ذلك من خلال احداث التغيير في التصورات الخاصة لكل فرد من أفراد المجموعة العلاجية ومعالجة البرنامج للنواحي النفسية، مما ساهم في زيادة النواحي الايجابية لديهن وتمييزها وفي الوقت نفسه اهمال الجانب السلبي وعدم التركيز عليه في تقديرهم لذاتهم .

يمكن تفسير هذه النتيجة أيضا في ضوء المهارات المكتسبة من خلال تطبيق الفنيات المعرفية وكذا الالتزام بالواجبات المنزلية المتضمنة في البرنامج العلاجي والتي عززت زيادة الثقة بالنفس مما ساهم في تعديل طريقة التفكير لديهن، وترى الباحثة أن اضطراب الفرد يرجع الى طريقة تفكيره المشوهة وليس نتيجة للأحداث التي يواجهها الفرد وذلك حسب ما يراه رواد النظرية المعرفية وعلى رأسهم أرون بيك Aaron Beck ، والتي تعتبر من النظريات الحديثة في ميدان تفسير وتعديل السلوك الانساني .

منه يمكن القول بأن للعلاج المعرفي تأثير واضح في تحسن العمليات المعرفية للأفراد المكتئبين حيث يعمل الأسلوب المعرفي على تعديل طريقة التفكير المختلفة وتبصير الفرد بالتشوهات المعرفية التي تسيطر عليه والتي يجعله يؤول الأحداث المحيطة به بطريقة خاطئة وغير متزنة وهذا ما ينعكس بالإيجاب على تقدير الفرد لذاته، حيث يرتفع تقدير الفرد لذاته نتيجة تغيير نمط التفكير من السلبي الى الايجابي ونتيجة التغيير في البنى المعرفي الى جانب ذلك فقد حاول بيك صياغة نظرية متكاملة، يفسر على أساسها حدوث الاضطرابات الانفعالية وبالأخص الاكتئاب وهذا في ضوء المعتقدات والاراء السلبية التي يحملها المريض عن نفسه والعالم والمستقبل، حيث أنه يرى أن الخبرات التي يمر بها الفرد تستمد دلالتها المكتنبة من خلال التحامها بهذا الأسلوب فتبني مثل هذا الاعتقاد يؤدي الى تشويه ادراك الواقع بشكل صحيح ومن ثم تظهر الاستجابة الانفعالية أو السلوكية الغير متكيفة والتي نسميها اكتئابا .

كما ان استعمال الفنيات المعرفية وعلى راسها فنية التقييم الذاتي ساهم في الكشف عن الأفكار الالية والانفعال الناتج عنها (الحزن ،اليأس) ومن ثم محاولة ايجاد أفكار بديلة أكثر عقلانية ومنطقية ومن ثم ظهور انفعالات جديدة سارة. الى جانب هذه الفنية تم استعمال فنيات أخرى كفنية الحوار السقراطي والجدل المباشر والمحاضرة والتي ساهمت في تعديل طريقة التفكير من السلبي الى الايجابية وذلك من خلال الكشف وتعديل الأفكار الالية السلبية . ومنه فانه خلال كل الحصص العلاجية تم التركيز

على فكرة جوهرية مفادها أن الأفكار السلبية الخاطئة تسبب مشاعر غير بهيجة و منه يسعى هذا العلاج الى تلقين الشخص كيف يعيد تأويل وتفسير المواقف التي حدثت له بأساليب أكثر ايجابية .

كما ان المواظبة على ممارسة الفنيات المكتسبة خلال الجلسات العلاجية وحتى خارجها جعل افراد المجموعة العلاجية يتمتعون بصحة نفسية جيدة وهذا ما يبدو جليا عند اختفاء الاعراض الاكتئابية التي كانت تسيطر عليهم حتى بعدد مرور شهر من انتهاء البرنامج العلاجي .

اما افراد المجموعة الضابطة فلم يسجل لديهم أي تحسن في مقياس الاكتئاب سواء في القياس القبلي او البعدي نظرا لانهم لم يستفيدوا من أي برنامج علاجي و بالتالي لم يتخلصوا من الافكار السلبية المسيطرة عليهم، التي تترجم من خلال الاعراض الاكتئابية التي تميزهم وعليه فان عدم التعرض للعلاج النفسي وعدم ممارسة الفنيات المعرفية يجعل الفرد واقفا في مكانه بعيدا عن التقدم والتطور .

كما تغير محتوى التفكير من السلبي الى الايجابي عند افراد المجموعة التجريبية وهذا يرجع الى وعيهم بالمحتوى السلبي لأفكارهم الالية، حيث ان التعرف على الصبغة السلبية للأفكار الالية يعد خطوة ضرورية و تمهيدية في عملية تحويلها الى افكار ايجابية .

عليه فانه خلال الحصص العلاجية تم السعي الى الكشف عن كل الافكار الالية السلبية وذلك لغرض تبديلها بأخرى ايجابية وهذا لقناعة العلاج المعرفي لبيك بان طريقة تفكيرنا هي التي تحدد سلوكنا وهي المسؤولة عن جل الاضطرابات النفسية التي تصيبنا .

بما ان الفئة المستهدفة في هذا البرنامج العلاجي هي فئة الطالبات المراهقات كان للضغوط المفروضة عليهن وطبيعة المرحلة المعاشة الفضل الاكبر في بلورت الافكار السلبية التي كانت تميزهن ومنه سعى البرنامج العلاجي خلال كل جلساته مواكبة هذه الظروف التي يمر بها افراد المجموعة التجريبية ومحاولة استخلاص العلاقة بين التفكير السلبي الذي يميزهن وطبيعة المرحلة التي يمرون بها و كيف ان ذلك يساهم في ظهور الاعراض الاكتئابية المتوسطة .

كما يرجع تحسن مستوى تقدير الذات الى تغير نظرة افراد المجموعة التجريبية الى انفسهن حيث انه عندما يغير الفرد طريقة تفكيره من السلبية الى الايجابية فان ذلك بلا شك سينعكس على تغير تقديره لذاته، وكما هو معلوم فان الفرد المكتئب لديه نظرة سلبية حول نفسه و الاخرين والعالم من حوله ومنه حاول البرنامج التكفل بنقطة مهمة وهي الرفع من قيمة الذات وذلك من خلال تغيير نظرة الفرد السلبية

كما تتلخص الأهداف المحققة من هذه الدراسة في ما يلي :

تطبيق مقياس الاكتئاب على عينة البحث وهذا بعد ترجمته الى اللغة العربية من طرف غريب عبد الفتاح، بعد التأكد من ملائمة بنوده مع البيئة المحلية مما يضمن امكانية استخدامه في الدراسات الاكلينيكية .

بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي، معتمدا على المنهج المعرفي لبيك، ولقد استخدم في هذا البرنامج تقنيات معرفية محضة، ليكون البرنامج العلاجي معرفيا بالدرجة الأولى واستخدام فنية التقييم الذاتي الى جانب فنيات معرفية أخرى، غير أن هذه الفنية كانت محورية وأساسية في معظم جلسات البرنامج العلاجي المعرفي وتركيزها على فئة الطالبات المكتئبات .

كما بينت الدراسة أن مستوى الأفكار السلبية للمكتئبات قد انخفض في حين ارتفع مستوى تقديرهن لذواتهن و تغير أسلوب تفكيرهن في الاتجاه الايجابي.

كما أثبتت الدراسة من خلال نتائج الفرضيات، فعالية البرنامج العلاجي المعرفي والذي ساهم بشكل دال في تخفيض مستوى اضطراب الاكتئاب لدى العينة التجريبية وهو ما أكدته كذلك النتائج المتحصل عليها من استمارة تقييم البرنامج، حيث حصل البرنامج على تأييد 92,5 % من قبل أفراد المجموعة التجريبية الذين أوضحوا مدى استفادتهم من كل اجراء من اجراءات البرنامج وبشكل خاص تبديل تفكيرهم السلبي وهذا عن طريق تبني أفكار عقلانية و التخلص من التفكير الالي و اللاعقلاني الذي ينعكس على الحالة المزاجية للفرد، و الرفع من مستوى تقدير الذات وتبني أفكار ايجابية حول الذات وعدم الحط من قيمتها وهي العناصر التي حصلت على تأييد (100%) من قبل أفراد المجموعة التجريبية، كما حافظ البرنامج على المكاسب العلاجية التي أظهرتها القياسات التتبعية، في حين لم تحصل العينة الضابطة التي لم تتلق أي تدخل علاجي على أي تحسن يذكر.

عليه تقترح الباحثة زيادة دراسة مثل هذه الاضطرابات التي تؤثر على الحالة المزاجية للفرد وتفقده توازنه النفسي، والاسهام الفعلي في علاجها، باستخدام برامج علاجية مختلفة معرفية وغير معرفية مساهمة للتطور العلمي العالمي .

في الأخير تبقى نتائج هذه الدراسة في اطار الحدود البشرية و المكانية و الزمانية المشار اليها في الفصل السادس، لقد حاولت أن تكون نقطة عبور هامة لمزيد من البحوث والدراسات وباستخدام حزمة أدوات أخرى، تقنيات علاجية متنوعة، وعلى عينات أخرى مختلفة في الجنس والعمر والمستوى التعليمي.

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية و استكمالاً للجهد الذي بذلته هذه الاخيرة تقترح الباحثة امكانية القيام بالمزيد من البحوث والدراسات التالية :

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى المراهقات في المرحلة العمرية بين 20 الى 30 سنة .

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التكفل بالأعراض الاكتئابية للشباب المراهقين في المرحلة العمرية من 18 الى 23 سنة .

تطبيق البر نامج العلاجي المعرفي والمعد من قبل الباحثة على الذكور لمعرفة أثره على المكتئبين منهم .

دراسة فاعلية العلاج المعرفي في تنمية ثقة المراهق بنفسه و من ثم تجنب الاصابة بالاكتئاب .

القيام بأبحاث خاصة ببرامج العلاج الجماعي أكثر تطوراً .

توصيات الدراسة :

توصي الدراسة بضرورة الاهتمام بفئة الطالبات المراهقات اللواتي يعانين من الاكتئاب وألا يقتصر الأمر على الراشدين الذين يعانون من هذا الاضطراب .

استثمار البرنامج المقترح الذي تبين فاعليته في تقديم العلاج النفسي الى الطالبات اللواتي تبدي عليهن بعض مظاهر الاكتئاب على فترات متباعدة كي يسترشدوا به ويستفيدوا منه ويسهموا في نشر الثقافة النفسية العلاجية لدى الناس عموماً .

اجراء بحوث ودراسات حول أسلوب العلاج المشترك القائم على اسلوب العلاج المشترك بين العلاج النفسي و العلاج الدوائي لمختلف الاضطرابات النفسية ولمختلف الفئات العمرية .

اجراء بحوث متابعة العلاج على الاقل لمدة سنة بعد انتهاء الجلسات العلاجية.

استثمار البرنامج المقترح في علاج بعض الافراد الذين لديهم بعض المظاهرالاكتئابية كتقدير الذات المنخفض او الشعور بالعجز والكسل قبل ان يصلوا الى متلازمة الاكتئاب .

المراجع

قائمة المراجع :

- (1) اباطة امال (2001)، الصحة النفسية، ط1 ، القاهرة: الانجلو مصرية .
- (2) ابتسام عبد الله الزغبى (2002)، العلاج المعرفى السلوكى تعريفه اهدافه و قواعد، جامعة الاميرة نورة بنت عبد الرحمن الرياض: كلية التربية قسم علم النفس.
- (3) ابتسام عبد الله الزغبى (2012)، فنيات العلاج المعرفى السلوكى، مجلة اطفال الخليج مقالات نفسية و سلوكية ، (الصفحات1, 28)
- (4) ابتسام عبد الله الزغبى. (2000, 3,13). *google*. تاريخ الاسترداد السبت افريل, 2011، من البرنامج المعرفى السلوكى لتعديل بعض متغيرات الشخصية:
www.gulfkids.com/ar/index.php?action
- (5) ابراهيم بن حسين الخضير. (2012, 5 14). *google*. تاريخ الاسترداد 30 5, 2013، من الرياض (الاكتئاب قد يمر بالانسان و ينتهي دون تدخل طبي):
www.tabibnafsan.com/pharma_antidep4_deal_with
- (6) ابو العزائم احمد جمال ماضي. (2012, 1 14). *google*. تاريخ الاسترداد 18 2, 2013، من دراسات في مدى انتشار اعراض الاكتئاب بين مرضى عيادات عامة بمستشفى رابعة العدوية
www.abouelazayem.com/index.php
- (7) ابو العون ايهاب. تاريخ الاسترداد (2011, 7 10)، *googl*، من الاكتئاب النفسى اسبابه وطرق علاجه: www.aklaam.net
- (8) أ بو هندي وائل، (2003,8,19). تاريخ الاسترداد (2011, 7 26)، *Google* من مجانيين (الاكتئاب و الاجراءات الخاصة): www.maganin.com/queries/queriesview.asp?key=82
- (9) أحمد العقيدى (2006,11,30) . تاريخ الاسترداد (4, 6, 2013)، *Google* من السباحة مع الدلافين طريقة جديدة و فعالة لعلاج حالات الاكتئاب:
http://www.incriaq.com/Al_mutamar/archive/975/051128-9758-7htm

(10) احمد الهادي. (9 5, 2012). *google*. تاريخ الاسترداد (21 4, 2013)، من العلاج المعرفي السلوكي : www.cbtarabia.com/index.php?

(11) احمد سالم. (8 2, 2012). *google* من زيادة نسبة الاكتئاب بين المراهقات . تاريخ الاسترداد (9, 3, 2014)

(12) ايناس مشعل (2010,5,20). *google*. تاريخ الاسترداد (24 2, 2012)، من العلاج المعرفي: forums.yallagroup.net/.../3131

(13) ابراهيم الشافعي (2002)، المهارات الاجتماعية و التوافق الدراسي وعلاقته بالاكتئاب لدى طلاب الجامعة في ضوء المتغيرات، المؤتمر السنوي التاسع لمركز الارشاد النفسي ، جامعة عين شمس (الصفحات 311,344).

(14) ابراهيم عبد الستار (1998)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه و أساليب علاجه الكويت : سلسلة عالم المعرفة

(15) ابراهيم عبد الستار (1994)، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث اساليبه وميادين تطبيقه القاهرة : دار الفجر للنشر و التوزيع.

(16) ابراهيم عبد الستار (1980)، العلاج النفسي الحديث ، الكويت : سلسلة عالم المعرفة

(17) ابو الحجاج يوسف (2007)، كيف تتغلبين على مشاعر الاكتئاب و تشعرين براحة نفسية , ط1 ، القاهرة : دار الكتاب العربي دمشق .

(18) ابو بكر مرسي (1997)، ازمة الهوية والاكتئاب النفسي لدى الشباب الجامعي، دراسات نفسية ، المجلد 2 ، العدد 3 ، (الصفحات 323,352).

(19) ابو حجازي هاشم (2004)، الاضطرابات الاكتئابية لدى عينة من المترددين على عيادة الطب النفسي للاطفال و المراهقين ، كلية طب الازهر ، رسالة دكتوراه غير منشوره.

(20) ابو شعر عبد القادر عبد الفتاح محمد (2007)، الافكار اللاعقلانية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية و علاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشوره: كلية التربية قسم علم النفس، فلسطين.

- (21) ابو فايد ريم محمود يوسف (2010)، فاعلية برنامج ارشادي مقترح لتخفيف من حدة الاكتئاب لدى بعض مرضى الفشل الكلوي ، رسالة ماجستير ، غزة : فسم علم النفس كلية التربية الجامعة الاسلامية.
- (22) أبو هين (1990)، الصحة النفسية لدى الأطفال المتأثرين بالعنف في فلسطين، رسالة ماجستير ، جامعة عين شمس : كلية التربية .
- (23) احمد احمد متولي (1993)، مدى فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج المعرفي السلوكي في تخفيف القويبا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة ، جامعة طانطا : كلية التربية رسالة دكتوراه .
- (24) أحمد الخالق الدماطي عبد الغفار (2002)، قائمة بيك للاكتئاب دراسة على عينة سعودية السعودية : الجمعية السعودية للعلوم التربوية و النفسية .
- (25) احمد الغامدي (2005)، فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة كل من اضطراب القلق و اضطراب الرهاب الاجتماعي لدى المرضى الاكثر ترددا على العيادات النفسية، القاهرة : رسالة دكتوراه غير منشورة.
- (26) احمد الفاضلي (2000)، الضغوط النفسية المدركة و علاقتها بمعاودة الانتحار دراسة مقارنة في اساليب التعامل و مستوى الشعور بالاكتئاب و اليأس ، جامعة البليدة .
- (27) احمد سهير كامل (1992)، الانفصال عن الاسرة في الطفولة وعلاقته بمصدر الضبط والاكتئاب، دراسات نفسية تصدر عن رابطة الاخصائيين النفسانيين المصريين ، المجلد 2.
- (28) أحمد عكاشة (2003)، اضطراب الاكتئاب، المجلة العلمية للطب النفسي، العدد 30.
- (29) احمد عكاشة (1992)، الطب النفسي المعاصر، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .
- (30) احمد عكاشة (1980)، علم النفس الفسيولوجي، القاهرة، مصر : دار المعارف
- (31) احمد محمد الزغبي (1994)، الارشاد النفسي نظرياته اتجاهاته مجالاته، الاردن : دار زهران للنشر والتوزيع .

(32) احمد محمد الزغبى (2005)، العلاقة بين الاكتئاب و تقدير الذات لدى طلبة المرحلة الثانوية من الجنسين، مجلة العلوم التربوية ، القاهرة، العدد 8

(33) ارون بيك (2000)، العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية،ترجمة عادل مصطفى، بيروت لبنان: دار النهضة العربية للنشر و التوزيع

(34) اسماء عبد العزيز الحسين (2002)، المدخل الميسر الى الصحة النفسية و العلاج النفسي الرياض : دار عالم الكتب .

(35) أسماء عبد الله عطية (2009)، الارشاد السلوكي و المعرفي لاضطرابات القلق لدى الاطفال الاسكندرية : مؤسسة موريس الدولية للنشر و التوزيع .

(36) اسماعيل علوي (2005)، السيكولوجيا البيولوجيا النوروبولوجيا،ظهر المهرزفاس : كلية الاداب و العلوم الانسانية، شعبة علم النفس .

(37) امزيان زبيدة (2007)، علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته و حاجاته الارشادية دراسة مقارنة في ضوء متغير الجنس، اشراف بن علي راجيه . جامعة الحاج لخضر باتنة : قسم علم النفس رسالة ماجستير غير منشوره.

(38) انور محمد الشرقاوي (2003)، علم النفس المعرفي المعاصر ، القاهرة : مكتبة الانجلو مصرية .

(39) ايمان فوزي (1996)، الصحة النفسية ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .

(40) ايمن الحسيني (1995)، الاكتئاب و الجنس ، الرياض : مكتبة بن سينا .

(41) اسيا بنت علي راجح بركات (2000)، العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية و الاكتئاب لدى بعض المراهقين و المراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف، اشراف عابد بن عبد الله النفيعي، مكة المكرمة : كلية علم النفس .

(42) ال غالب ليلي (2005)، بعض الفنيات الارشادية، القاهرة

(43) الأشول عز الدين عادل (1989)، علم النفس النمو، القاهرة: مكتبة الانجلو مصرية.

- (44) الاغا احسان (2003)، مقدمة في تصميم البحث التربوي ، غزة : مطبعة الرنتيسي . (45)
- الانصاري عبير عبد الله (1996) ، تغذية المراهقين الذكور، المملكة العربية السعودية ،رسالة دكتوراه
- (46) التميمي نادية (2000)، فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في حل بعض المشكلات الزوجية جامعة
- (47) الملك سعود : قسم علم النفس .
- الجوشي ناجي (1999)، الانتحار دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري ، القاهرة : مؤسسة الشبيبة للطباعة و الاعلام و النشر .
- (48) الحاج فايز محمد علي (1981)، مقياس الاكتئاب في اختبار الشخصية المتعدد الالوجه المدينة المنورة .
- (49) الحافظ نوري (1981)، المراهقة دراسة سيكولوجية، بيروت : المؤسسة العربية للدراسات و النشر .
- (50) الحجار محمد حمدي (1999) ، الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي السلوكي، بيروت : دار النفائس .
- (51) الحنفي (1992)، موسوعة الطب النفسي ، القاهرة ، ط1: مكتبة مدبولي .
- (52) الدباغ فخري (1986)، الموت اختيارا دراسة نفسية اجتماعية موسعة لظاهرة قتل النفس، بيروت ، ط2: دار الطليعة.
- (53) الرافي نعيم (1978)، الصحة النفسية (دراسة في سيكولوجيا التكيف)، القاهرة : مكتبة اجياد للتراث
- (54) (الطب النفسي (19,6,2013) . تاريخ الاسترداد 27 5, 2014، من اكتاب المرأة ،طبيب دوت كوم : www.tbbeb.net/hma/1947
- (55) الزغبي احمد محمد (2005)، العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات لدى طلاب المرحلة الثانوية من الجنسين ، مجلة العلوم التربوية ،جامعة قطر ، العدد 8، الصفحات (57, 80)

(56) الزهراني علي حسن صفوان (2000)، تشخيص الاكتئاب و العوامل المرتبطة باستخدام مقياس بيك بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية، مكة المكرمة : جامعة ام القرى ،رسالة ماجستير

(57) السيد احمد متولي (1995)، مبادئ الصحة العامة ، القاهرة : دار ابو مجد للطباعة .

(58) السيد صالح حزين (1993)، اساءة معاملة الاطفال(دراسة اكلينيكية)، دراسات نفسية يصدر عن رابطة الاخصائيين النفسيين رانم ، 49 ،المجلد 3.

(59) السيد محمد خيرى (1987)، الاحصاء في البحوث النفسية و التربوية و الاجتماعية، دار الفكر العربي .

(60) السامرائى عواطف عبد المجيد (2000) ،بعض الاضطرابات النفسية واثرها في ارتكاب الجريمة ،الجامعة المستنصرية : كلية التربية ، رسالة دكتوراه

(61) الشافعي رجبه ابراهيم (2002)، المهارات الاجتماعية و التوافق الدراسي وعلاقته بالاكتئاب لدى طلاب الجامعة في ضوء المتغيرات، المؤتمر السنوي التاسع لمركز الارشاد النفسي، القاهرة: جامعة عين شمس

(62) الشرقاوي أنور، عثمان السيد (1977)، التعلم و تطبيقاته ، القاهرة : دار الثقافة

(63) الشناوي محمد محروس (1996)، العملية الارشادية و العلاجية موسوعة الارشاد و العلاج النفسي، القاهرة: دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع.

(64) الشناوي محمد محروس (1991)، مقياس بيك ، القاهرة : مكتبة الانجلو مصرية

(65) الشناوي محمد محروس (1994)، نظريات الارشاد و العلاج ، القاهرة : دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع .

(66) الشهري سالم سعيد سالم (1996)، الالتزام الديني في الاسلام و علاقته بالاكتئاب النفسي لدى عينة من طلاب جامعة ام القرى ،مكة المكرمة : كلية التربية ،رسالة ماجستير .

(67) العطية اسماء،النيال مایسة، عبد الخالق احمد (2008)، الاعراض الاكتئابية وعلاقتها بتقدير الذات لدى عينة من تلاميذ دولة قطر، مجلة العلوم الاجتماعية، (الصفحات 43,65). (68) العوادي

- (69) القريطي قاسم حمادي (1992)، العصاب، بغداد: دار الشؤون الثقافية العامة .
عبد المطلب (1998)، الصحة النفسية ، القاهرة : دار الفكر العربي .
- (70) القرشي عبد الكريم (1988) ،التعليم المختلط و علاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لطلاب المرحلة الثانية بالجمهورية الجزائرية ،القاهرة : جامعة عين شمس
- (71) اللحياني سامي (1999)، مستوى الاكتئاب و قلق الموت لدى عينة من مرضى و مريضات الفشل الكلوي المزمن بالمنطقة الغربية ، مكة المكرمة : كلية التربية جامعة ام القرى .
- (72) المحارب ناصر ابراهيم (2000)، المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي ، الرياض : دار الزهراء .
- (73) المدني علي اسماعيل (2010)، الطب النفسي ، القاهرة : اصدار مطبعة الرحمة .
- (74) المشعان عويد سلطان (1995)،دراسة الفروق في الاكتئاب بين المراهقين و الشباب الكويتي المجلة التربوية ،العدد 37.
- (75) المعاطية (2002) ، المدخل الى علم النفس ، عمان : دار الثقافة و الدار العلمية الدولية
- (76) النمري امل بنت محمد علي (2002)، مفهوم القلق و الاكتئاب من وجهتي نظر الامام بن القيم الجوزية و بعض الاتجاهات النفسية الغربية الحديثة ، رسالة ماجستير
- (77) الوقفي راضي (1989)، مقدمة في علم النفس ، عمان : دار الشروق .
- (78) القحطاني. (6 4, 2009). google. تاريخ الاسترداد(8 6, 2013)، من العلاج المعرفي :
www.freedommiadi.com/joomla-stuff-mainmenu-26h
- (79) لمدرسة الارشادية المعرفية قسم التربية الخاصة (2011,7,25) google تاريخ الاسترداد(16 5, 2013)، من وسام المنتدى التربوي: wessam.allgoo.us/t15589-topic
- (80) بانرسون (1981)، نظريات الارشاد والعلاج النفسي، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، الاردن : دار القلم للنشر و التوزيع

(81) بدر محمد الانصاري (2007)، الفروق في الاكتئاب بين طلاب و طالبات الجامعة ،المجلد السادس ،العدد الاول ،القاهرة : رابطة الاخصائيين النفسيين المصريين رانم .

(82) بدر محمد الانصاري (1997)، دليل تعليمات قائمة بيك للاكتئاب ،الصورة الكويتية ،الكويت : مكتبة المنارة لاسلامية .

(83) بديعة واكلي ايت مجبر (2010)، العلاج المعرفي للاكتئاب ، محلة العلوم الاجتماعية .

(84) بلحسين وردة (2011)، اثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة ،اشراف عبد الكريم قريشي ورقلة : جامعة قاصدي مرباح، رسالة دكتوراه .

(85) بسمة شامخ، صالح صالح (2011)، الاضطرابات النفسية و السلوكية ، عمان: دار صفاء. (86) بشير معمريه (2000)، تقنين قائمة ارون بيك للاكتئاب. تأليف غريب عبد الفتاح غريب، مقياس الاكتئاب 2 ، التعليمات و دراسات الثبات و الصدق و قوائم المعايير و الدرجات الفاصلة القاهرة : مكتبة الانجلو مصرية .

(87) بشير معمريه (2010)، تقنين قائمة بيك الثانية للاكتئاب على عينات من الجنسين في البيئة الجزائرية صورة الراشدين BDI II، مجلة شبكة العلوم النفسية و العربية ،(الصفحات 92, 103). (88) بشير صالح (2000)، مقدمة في الارشاد النفسي ، الكويت: مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع (89) بكيري نجية (2012)، اثر البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في علاج بعض الاعراض النفسية للسكريين المراهقين ،باتة : جامعة الحاج لخضر بكلية العلوم الانسانية و الاجتماعية والعلوم الاسلامية .

(90) بن حسين عبد الله محمد (2000)، العلاقة بين الاكتئاب بمقياس بيك و الحالة الانفعالية بمقياس الانفعالات الفارق لدى عينة سعودية ، جامعة الملك سعود : قسم علم النفس كلية التربية .

(91) بنعيسى زغبوش (2000)، استراتيجيات معالجة المعلومات في العلاج المعرفي ، ظهر المهرز فاس : كلية الاداب و العلوم الانسانية ،مختبر الابحاث و الدراسات النفسية و الاجتماعية ،مجموعة المعرفية و اللغة و التربية .

(92) بنعيسى زغبوش، اسماعيل علوي (2009)، العلاج النفسي المعرفي ، عمان : عالم الكتاب الحديث

(93) بوسنة عبد الوافي زهير (2008)، الانتحار مقارنة نظرية ، مجلة العلوم الانسانية

(94) بول سول (1986)، سيكولوجية الطفولة و المراهقة، ترجمة سلامة أحمد عبد العزيز الكويت

(95) بدر محمد الانصاري (2012,10,11) . تاريخ الاسترداد (15 5, 2013)، من الصورة الكويتية

لقائمة بيك للاكتئاب : www.wata.cc/.../showtgrad.php

(96) برونزي عنابي (2013, 4, 27). Google. تاريخ الاسترداد (3, 5, 2013)، من منتدى الطب

العام و الشعبي (انتشار الاكتئاب) : vb.chatal3anabi.com/t214323.htm

(97) بوعلام. (الخميس مارس , 2010). google. تاريخ الاسترداد (22, 4 , 2013)، من فنيات و

تقنيات العلاج المعرفي : www.acofps.com/vb/showthread.php?t=245

(98) تيسير الياس شواش (2006)، دليل الاخصائيين و المرشدين النفسانيين في التعامل مع حالات

العنف ضد المرأة ,مستشار علم النفس الاكلينيكي .

(99) تيم عبد الجابر, الفرخ كاملة (1999)، مبادئ التوجيه و الارشاد النفسي ،عمان : دار صفاء للنشر

و التوزيع .

(100) جان سكوت،مارك وليامر (2000)،علم النفس المعرفي المعاصر، ترجمة مصطفى عبد المعطي

حسن. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق . (101) جان

سكوت، مارك وليامز، ارون بيك (2002)، العلاج المعرفي و الممارسة الاكلينيكية ترجمة حسن

مصطفى عبد المعطي. القاهرة: مكتبة الزهراء. (102) جبالي نور

الدين، سميرة شرقي (2009)، اقتراح برنامج علاجي معرفي لعلاج كرب ما بعد الصدمة لدى المرأة

المصابة بسرطان الثدي، جامعة باتنة : كلية التربية .

(103) جمال الخطيب ، محمد حباشنة ،وليد سرحان (2001)، سلوكيات (3) الاكتئاب،الاردن : دار

مجدلاوي للنشر و التوزيع (104)

جميل رضوان (2009)، علم النفس الاطفال الاكلينيكي، القاهرة : دار المعارف . (105) جوزت

عزة عبد الهادي، سعيد الحسني العزة (1999)، نظريات الارشاد و العلاج النفسي عمان الاردن: مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع.

(117) حامد الغامدي (2005)، فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق، القاهرة: جامعة عين شمس رسالة دكتوراه غير منشورة.

(118) حامد بن احمد ضيف الله الغامدي (1996)، الاكتئاب النفسي و علاقته بالتذكر لدي عينة من مراجعي العيادات النفسية بالمنطقة الغربية، كلية التربية، رسالة ماجستير غير منشوره . (119) حامد زهران (1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: دار الكتب .

(120) حامد احمد الغامدي. (13 9, 2011). *google*. تاريخ الاسترداد (23 5, 2013)، من فنيات العلاج المعرفي السلوكي : www.acofps.com/vb/showthread.php?t=12379

(121) حامد احمد الغامدي. (19 8, 2011). *google*. تاريخ الاسترداد (27 12, 2013)، من فنيات العلاج المعرفي السلوكي : www.acofps.com/vb/showthread.php?t=12379

(122) حامد الغامدي. (25 9, 2011), *google*, تاريخ الاسترداد(23, 12, 2011), من منتدى اطفال الخليج :

www.bafree.net/alhishn/shouhread.php

(123) حسن ابراهيم حسن المحمداوي (2008)، دراسة بعض اعراض الاكتئاب لدى المسنين من الجالية العربية في السويد. دورة الشاعر عيسى حسن الياسري، القاهرة: مؤسسة النور للثقافة و الاعلام.

(124) حسية برزوان (2012)، دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي، الجزائر : دراسات نفسية و تربوية مدير تطوير الممارسات النفسية .

(125) حسين فايد (2001)، العدوان و الاكتئاب، القاهرة : المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر و التوزيع

(126) حسين فايد علي (1998)، الفروق في الاكتئاب و اليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها. دراسات نفسية، القاهرة : العدد 1، المجلد 8

(127) حقي ألفت (1995)، الاضطراب النفسي، الاسكندرية : مركز الاسكندرية للكت

(128) حمدي نزيه (1992)، التكيف و رعاية الصحة النفسية، القدس: منشورات جامعة القدس المفتوحة

(129) حمدي نزيه (1998)، علاقة مهارة حل المشكلات بالاكثاب لدى طلبة الجامعة ، العدد1 المجلد 25 ، دراسات العلوم التربوية .

(130) حنّدة عبد الخالق خميس بلحيل (2008)، مدى فاعلية برنامج علاجي في خفض حدة اضطراب الاكثاب ، جامعة اسبوط : كلية علم النفس .

(131) خليل ميخائيل معوض (2000)، دراسة مقارنة في مشكلات المراهقين في المدن و الريف مصر : دار المعارف .

(132) خليل ميخائيل معوض (1993)، سيكولوجية النمو الطفولة و المراهقة، الاسكندرية: دار الفكر العربي.

(133) دانيا الشبؤون (2011)، القلق و علاقته بالاكثاب عند المراهقين دراسة ميدانية ارتباطية لدى عينة من تلامذ الصف التاسع من التعليم الاساسي في مدارس مدينة دمشق الرسمية ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد 27 ، العدد 3 .

(134) داليا مؤمن. (6 11, 2003). *google*. تاريخ الاسترداد (10 6, 2013) ,من العلاج المعرفي : www.maganin.com/articles/articlesview.asp?key=16

(135) دهمسة. (7 6, 2010). *google*. تاريخ الاسترداد (29 5, 2014) ، من الاسترخاء : kanouz.ahlamontada.net/t/1743/topic

(136) رافت السيد عسكر (2003)، علم النفس الاكلينيكي التشخيص و التنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية و العقلية ، القاهرة.

(137) رشاد موسى (1991)، سيكولوجية الفروق بين الجنسين ، القاهرة : مؤسسة مختار للنشر والتوزيع .

(138) رضوان الانصاري بدر (1997)، دليل تعليمات قائمة بيك الصورة الكويتية، مكتبة المنارة الاسلامية .

(139) ريم محمود يوسف ابو فايد (2010)، فاعلية برنامج ارشادي مقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، غزة : قسم علم النفس ، كلية التربية .

(140) ريتشارد سويس (1979)، علم الامراض النفسية و العقلية، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة القاهرة : دار النهضة العربية .

(141) رزق اسعد (1878)، موسوعة علم النفس ، بيروت : المؤسسة العربية للدراسات والنشر

(142) راشد السهل (2008, 5,12) . Google تاريخ الاسترداد(4,27, 2011)، من التقنيات العلاجية : www.maarifi.com/index.php?action...id=132

(143) رامز طه (2005, 5, 21) . google . تاريخ الاسترداد (23, 7, 2012)، من فن و مهارات العلاج النفسي: www.remeztana.net/fan 20 noharat.htm

(144) رفاه جمال لمفون . (2009, 4, 25) . google . تاريخ الاسترداد (18, 9, 2010)، من اكتاب النفس عند المراهقين : (www.4shabab.com...) شباب أكاديمي بحوث و دراسات

(145) رياض نابل العاسمي (2012, 9, 19) . تاريخ الاسترداد (20, 5, 2013)، من اوراق الكترونية (فنية الاسترخاء) : (www.eawraq.com...) الاخبار (العلاج و الارشاد النفسي

(146) زهران عبد السلام حامد (1998)، كيف نتغلب عن الاكتئاب ؟ مجلة السلام العربي، العدد 12 ، (الصفحات 20, 21).

(147) زياد بركات (2006)، التفكير الايجابي و السلبي لدى طلبة الجامعة دراسة ميدانية في ضوء بعض المتغيرات، فلسطين : جامعة طولكرم .

(148) زيزي السيد ابراهيم (2007)، العلاج المعرفي للاكتئاب، القاهرة : دار الغريب للطباعة والنشر و التوزيع .

- (149) زيزي السيد ابراهيم (2006)، العلاج المعرفي للاكتئاب اسسه النظرية و تطبيقاته العملية و اساليب المساعدة الذاتية، القاهرة: دار غريب.
- (150) زيزي السيد ابراهيم (2003)، تقييم برنامج المعرفي السلوكي على عينة من المرضى المصابين بالاكتئاب، كلية اداب المنيا .
- (151) زينب حسن فليح الجبوري (2012)، اثر العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الالم النفسي لدى طالبات كلية التربية الرياضية، رسالة ماجستير .
- (152) زينا نكاش (2012,8,5) Google تاريخ الاسترداد (10, 1, 2014)، من العلاج بالدراما : [doc.aljazeera.net/followp/.../201285805771063 oht](http://doc.aljazeera.net/followp/.../201285805771063)
- (153) سامر جميل (2000)، القائمة السورية لاعراض الاكتئاب دراسة ميدانية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد4.
- (154) سامر جميل رضوان (2002)، الاكتئاب و التشاؤم دراسة ارتباطية مقارنة، دمشق: كلية التربية.
- (155) سامر جميل رضوان (2000)، أهمية العلاج النفسي، جامعة دمشق : كلية التربية .
- (156) سامي احمد اللحياني (1996)، مستوى الاكتئاب و قلق الموت لدى عينة من مرضى ومريضات الفشل الكلوي بالمنطقة الغربية، رسالة ماجستير .
- (157) سعد خضير خلف العبيدي (1991)، دراسة المخاوف المرضية الرهاب و العلاج المعرفي لها، اشراف موفق الحمداني، العراق : قسم علم النفس، رسالة ماجستير
- (158) سامي أحمد صليح اللحياني (1996)، مستوى الاكتئاب و قلق الموت لدى عينة من مرضى و مريضات الفشل الكلوي بالمنطقة الغربية ، رسالة ماجستير .
- (159) سحر سيد عبد الغني احمد عبود (1996)، فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض مستوى الاغتراب لدى المراهقين من الجنسين، جامعة عين شمس: كلية التربية، رسالة ماجستير

- (160) سري اجلال محمد (1999)، علم النفس العيادي، القاهرة : عالم الكتب .
- (161) سعد جلال (1986)، في الصحة النفسية و العقلية و الانحرافات السلوكية، القاهرة : مكتبة المعارف الحديثة .
- (162) سعديّة محمد علي بهدار (1980)، سيكولوجية المراهقة، الكويت: دار البدر
- (163) سلامة ممدوحة (1991)، تقدير الذات وعلاقته بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى طلاب الجامعة ،
دراسات نفسية، العدد 3، المجلد 3
- (164) سلطان عماد (1995)، الطب النفسي، القاهرة : دار النهضة العربية .
- (165) سلماء القماي، سمر الزويهرى، اروى السفري (2000) الاكتئاب النفسي، بحث مقدم لمادة
الصحة النفسية .
- (166) سولسو روبرت (2000)، علم النفس المعرفي، القاهرة : مكتبة الانجلو مصرية
- (167) ستيوارات واطسن (2002)، الاكتئاب لدى الاطفال والمراهقين، ترجمة محمد السعيد ابو حلاوة.
الاسكندرية : كلية التربية بد منهور .
- (168) سيجموند فرويد (1985) ، معالم التحليل النفسي، الجزائر : ديوان المطبوعات الجامعية (169)
(شايح عبد الله مجلي (2010)، الافكار اللاعقلانية وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلبة كلية التربية
بصعده جامعة عمران، مجلة جامعة دمشق، المجلد 27 .
- (170) شربتجي فادية فؤاد (1978)، تقييم فعالية العلاج السلوكي المعرفي لحالات الاكتئاب جامعة
الملك سعود :رسالة ماجستير .
- (171) شقير زينب محمود (2000)، علم النفس العيادي، القاهرة : دار الفكر العربي
- (172) شابربول هانري (1998)، المراهقة و الاكتئاب، ترجمة سلمان قعفراني، بيروت لبنان : عويدات
للنشر و الطباعة

(173) شيما يوسف الحمود، محمد نجيب احمد الصبوة (2007)، بعض المتغيرات المعرفية المزاجية المنبئة بممارسة السلوك الصحي الايجابي و السلبي لدى عينة من طلاب جامعة الكويت , رابطة الاخصائيين النفسيين المصريين رانم، القاهرة ، المجلد السادس ، العدد الأول

(174) صادق عادل (1998)، الطب النفسي، جدة : الدار السعودية للنشر و التوزيع . (175) صالح احمد محمد حسن (1989)، تقدير الذات وعلاقته بالاكثاب لدى عينة من المراهقين القاهرة : الكتاب السنوي السادس تصدره الجمعية المصرية للدراسات النفسية الانجلو مصرية (الصفحات 127 104, .

(176) صباح السقا (2009)، العلاج المعرفي السلوكي للاكثاب، سوريا : محاضرة في مستشفى البشر للامراض النفسية العصبية

(177) صباح مصطفى فتحي السقا (2005)، اثر البرنامج العلاجي المعرفي في تنفيذ الافكار اللاعقلانية و تأكيد الذات لدى عينة من الطلاب المكتئبين، لبنان : كلية العلوم الانسانية رسالة دكتوراه

(178) صباح مصطفى فتحي السقا (2005)، اثر برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الاكثاب جامعة دمشق : كلية التربية، رسالة دكتوراه غير منشوره .

(179) صفوت فرج (1991)، مصدر الضبط و تقدير الذات و علاقتها بالانبساطية و العصابية، مجلة دراسات نفسية تصدر عن رابطة الاخصائيين النفسيين المصريين ، العدد 8.

(180) صفوت فرج (1989)، القياس النفسي، القاهرة : مكتبة الانجلو مصرية

(181) صلاح الدين محمد عراقي (1991)، العلاج المعرفي السلوكي و مدى فاعليته في علاج مرضى الاكثاب العصابي، جامعة الزقازيق: كلية التربية.

(182) صموئيل مغاريوس (1957)، اضواء على المراهق المصري، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية

(183) صهيب محمد مزنوق (1996)، الافكار اللاعقلانية للمكثب و علاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى المراهقين ومدى الاستجابة للعلاج المعرفي، القاهرة : كلية البنات جامعة عين شمس ,رسالة ماجستير

(184) صبري فتاح (4, 6, 2013). *google*. تاريخ الاسترداد (8, 1, 2014), من العلاج المعرفي ملتقيات في الطب و النفس و الفكر : sabryfattah.com/arabic/2

(185) صفاء ديوب (2010, 10, 10) . تاريخ الاسترداد (23, 1, 2011), من فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض اعراض الاحتراق النفسي: Nesasy.org/content/view/8087/286/152

(186) طه عبد العظيم حسين (2007), *العلاج النفسي المعرفي مفاهيم و تطبيقات*, القاهرة : دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر .

(187) طيوف الغسق. (28, 6, 2009). *googel*. تاريخ الاسترداد (14, 5, 2010), من الاكثاب الذهولي : bafree.net/ulhim/showthread.php?t=94819

(188) عادل عبد الله محمد (2000), *العلاج المعرفي السلوكي* , القاهرة : دار الرشاد .

(189) عباس محمود عوض (1985), *القيادة و القيم :دراسة في الفروق الجنسية باستخدام التحليل العاملي*, الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

(190) عباس محمود عوض, مدحت عبد الحميد ابوزيد (2008), *الاكثاب دراسة في السيكيوباتومتري*, القاهرة : دار المعرفة الجامعية .

(191) عبد الباقي سلوى (1985), *العزلة الاجتماعية لدى المسنين و علاقتها بالاكثاب النفسي مجلة دراسات تربوية* , 224المجلد 2, الجزء 7, القاهرة.

(192) عبد الحق منصورى (2007), *الطفولة و المراهقة*, الجزائر: دار الغرب للنشر و التوزيع

(193) عبد الحكيم عفيفي (1989), *الاكثاب و الانتحار دراسة اجتماعية تحليلية* , القاهرة : دار المصرية اللبنانية .

(194) عبد الحميد الشاذلي (2001), *الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية*, الاسكندرية : المكتبة الجامعية .

(195) عبد الحميدة عبد العظيم رجبى (2000), *تقدير الذات و الاعراض الاكتئابية لدى المراهقات*, جامعة السويس : كلية التربية .

(196) عبد الخالق أحمد (1999)، القائمة العربية لاكتئاب الاطفال عرض للدراسات على ثمانية مجتمعات، جامعة الكويت : مجلة العلوم الاجتماعية ، (الصفحات 103, 123)

(197) عبد الخالق احمد دويدار (1989)، الفرق في القلق و الاكتئاب بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين ، لجمعية العربية للدراسات النفسية : بحوث المؤتمر الخامس لعلم النفس

(198) عبد الخالق احمد (1991)، قياس الاكتئاب مقارنة بين أربعة مقاييس، دراسات نفسية العدد الأول

(199) عبد الخالق احمد محمد (1999)، دراسة عن مقاييس الاكتئاب، مجلة دراسات نفسية يصدر عن رابطة الاخصائيين النفسانيين المصريين رانم، المجلد 2 .

(200) عبد الخالق احمد محمد (1996)، دليل تعليمات قائمة بيك للاكتئاب، الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

(201) عبد الرحمن العيسوي (1985)، ابن سينا و الامراض العقلية العصرية، مجلة كلية الاداب و التربية ، جامعة الكويت، عدد ديسمبر .

(202) عبد الرحمن العيسوي (1995)، العلاج النفسي، القاهرة : دار الجامعة المعرفية . (203)
عبد الرحمن العيسوي (1993)، علم النفس الاسري، مصر: دار النهضة العربية

(204) عبد الرحمن العيسوي (2000)، علم النفس الطبي، الاسكندرية: مكتبة المعارف.

(205) عبد الرحمن العيسوي (1999)، في الصحة النفسية، بيروت لبنان: دار الطباعة العربية للنهضة و النشر .

(206) عبد الرحمن الوافي (2007)، المختصر في مبادئ علم النفس، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية .

(207) عبد الرحمن حمودة محمود (1990)، النفس اسرارها و امراضها، القاهرة: مكتبة الفاجلة

(208) عبد الرحمن سعد (1983)، القياس النفسي، مصر : مكتبة الفلاح .

(209) عبد الرحمن سلمان (1999)، بناء مقياس تقدير الذات لدى عينة من اطفال المرحلة الابتدائية في دولة قطر، مجلة علم النفس للصحة المصرية العامة للكتاب، العدد الرابع و العشرون القاهرة .

(210) عبد الرحمن علي اسماعيل (دت)، الاكتئاب طاعون العصر الحديث، القاهرة : بحث مرجعي للانتشارية وعوامل الخطورة .

(211) عبد الرحمن محمد السيد (1998)، العلاج السلوكي الحديث، اسسه و تطبيقاته، القاهرة : دار قباء للطباعة و النشر والتوزيع .

(212) عبد الرحمن محمود حمودة (2004)، الطب النفسي و امراض النفس، القاهرة

(213) عبد السلام حامد زهران (1997)، الصحة النفسية و العلاج النفسي، القاهرة: عالم الكتب

(214) عبد الظاهر طيب محمد (1998)، تيارات جديدة في العلاج النفسي، الاسكندرية : دار المعرفة

(215) عبد العزيز الجمعية (2002)، العلاج المعرفي، بيروت : مستشفى الامل .

(216) عبد العزيز عبد الرحمن عبد الطيف (2001)، فاعلية نموذج بيك المعرفي في خفض درجة الاكتئاب لدى عينة من المكتئبين السعوديين، جامعة عين شمس: كلية الاداب قسم علم النفس رسالة ماجستير .

(217) عبد العزيز محمد الجريسي (2003)، الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظة غزة و علاقته ببعض المتغيرات، غزة : الجامعة الاسلامية ، رسالة ماجستير .

(218) عبد العزيز موسى رشاد علي (1993)، دراسات في علم النفس المرضي، القاهرة: دار عالم المعرفة.

(219) عبد العظيم عزت (1985)، سيكولوجية الاكتئاب، القاهرة : دار المريخ.

(220) عبد الغني الديدي (1995)، التحليل النفسي للمراهقة، ظواهر المراهقة و خفاياها، بيروت لبنان : دار الفكر اللبناني .

(221) عبد الفتاح السيد فاتن (1993)، مظاهر الاكتئاب لدى الفتاة الجامعية دراسة لعلاقة مظاهر الاكتئاب ببعض متغيرات التنشئة الأسرية كما تتركها الفتيات، جامعة الزقازيق: كلية الآداب، قسم علم النفس.

(222) عبد الفتاح دويدار (1990)، سيكولوجية النمو و الارتقاء، بيروت : دار النهضة العربية (223) عبد الفتاح غريب (1995)، اكتئاب الاطفال للمرحلة الابتدائية دراسة مقارنة بين مصر والامارات العربية المتحدة، بحوث نفسية في دولة الامارات العربية المتحدة و مصر، القاهرة: الانجلو مصرية.

(224) عبد الفتاح غريب (1990)، مقياس الاكتئاب ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

(225) عبد الفتاح غريب (1985). مقياس الاكتئاب (د) كراسة التعليمات و اوراق الاجابة القاهرة : النهضة المصرية

(226) عبد الفتاح غريب (1986). مقياس توكيد الذات . مجلة التربية ، (الصفحات 134, 323)

(227) عبد القادر طه فرج (1993)، موسوعة علم النفس و التحليل النفسي، القاهرة ، ط1: دار سعاد الصباح.

(228) عبد الكريم مبروك عزة (2002)، تقييم الذات و علاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية و الاكتئاب لدى المسنين ، دراسات عربية في علم النفس (الصفحات 185, 209). العدد 1

(229) عبد اللطيف ابراهيم (1997)، الاكتئاب النفسي دراسة الفروق بين الحضارتين و بين الجنسين. دراسات نفسية ، العدد 1، المجلد 7

(230) عبد اللطيف حسن ابراهيم (1997)، الاكتئاب النفسي دراسة الفروق بين الحضارتين و بين الجنسين. دراسات نفسية ، (الصفحات 39, 56) . العدد 1 ، المجلد 7 .

(231) عبد اللطيف مدحت (1989)، العلاقة بين الاكتئاب و تقدير الذات لدى الاطفال دراسة عملية. الكتاب السنوي في علم النفس ، (الصفحات 86, 103).

(232) عبد الله سيد معتز ،محمود السيد عبد الرحمن (1994)، الافكار اللاعقلانية لدى الاطفال والمراهقين و علاقتها بكل من حالة و سمة القلق و مركز التحكم، المجلد الرابع ،العدد الثالث: دراسات نفسية.

(233) عبد الله عابد فهد الثقفي (1998)، القبول و الرفض الوالدي و علاقته بمستوى الاكتئاب لدى عينة من الاطفال السعوديين بمدينة جدة، مكة المكرمة ،جامعة أم القرى: رسالة ماجستير

(234) عبد الله عثمانية (2008)، بحث حول الاستجابة الانفعالية لدى الفتاة المراهقة المسعفة جامعة عنابة،الجزائر : قسم علم النفس .

(235) عبد الله عسكر (1988)، الاكتئاب النفسي بين النظرية و التشخيص، القاهرة : مكتبة الانجلو مصرية .

(236) عبد الله محمد عادل (2000)، العلاج المعرفي السلوكي اسس و تطبيقات، القاهرة : دار الرشاد

(237) عبد الله محمد عادل (2001)، فعالية برنامج ارشادي معرفي سلوكي لامهات الاطفال التوحديين للحد من السلوك الانسحابي لهؤلاء الاطفال، مجلة الارشاد، العدد 4،جامعة عين شمس،مركز الارشاد النفسي .

(238) عبد الله محمد قاسم (2001)، مدخل الى الصحة النفسية،عمان : دار الفكر للطباعة .

(239) عبد المقصود امانى، اسماء مرسي (2001)، المساندة الاجتماعية كما يدركها المراهقين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية، جامعة المنوفية : كلية التربية

(240) عبد المنعم الحفني (1992)، موسوعة الطب النفسي، القاهرة: مكتبة مديولي.
عبد المنعم الميلادي (2004)، الامراض والاضطرابات النفسية ،الاسكندرية : مؤسسة شباب الجامعة .

(242) عثمان نجاتي (1992)، الدراسات النفسية عند علماء المسلمين ، القاهرة : دار الشرق .

(243) عديلة حسن طاهر التونسي (2002)، القلق و الاكتئاب لدى عينة من المطلقات و غير المطلقات في مدينة مكة المكرمة ، مكة المكرمة : رسالة ماجستير

(244) عز الرشيد صان، مي الذويب، سليمان الريحاني (2009)، انماط المعاملة الوالدية كما يدركها المراهقون و اثرها في تكيفهم النفسي ، المجلة الاردنية في العلوم التربوية ،المجلد 5 ،العدد 3 ، (الصفحات 217, 131).

(245) عزة دري حسن (1986)، الطب النفسي، الكويت : دار القلم

(246) عصام الدين عبد الوهاب الانديجاني (1999)، الاكثئاب لدى عينة من تلاميذ الصف السادس الابتدائي في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشوره .

(247) عطا محمود (1993)، تقدير الذات و علاقته بالوحدة النفسية و الاكثئاب لدى طلاب الجامعة، دراسات نفسية ، العدد3 ،المجلد 3. (الصفحات 269, 287)

(248) عطوف محمود ياسين (1981)، علم النفس العيادي، بيروت : دار العلم للملايين

(249) علاء الدين كفاي (1989)، التنشئة الوالدية و الأمراض النفسية، القاهرة : دار هجر للنشر

(250) علي السيد الشناوي، محمود محروس خضر (1988)، الاكثئاب و علاقته بالشعور بالوحدة وتبادل العلاقات الاجتماعية، كتاب مؤتمر علم النفس (صفحة 642)، القاهرة: مركز التنمية البشرية و المعلومات.

(251) علي بن حسن صحفان الزهراني (2000)، تشخيص مرض الاكثئاب و العوامل المرتبطة به باستخدام مقياس بك بالمنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية ،المملكة العربية السعودية : رسالة ماجستير .

(252) علي مهدي كاظم ,غادة خالد عيد, احمد محمد عبد الخالق (2011). العوامل المنبئة بمستويات بعض الاعراض الاكتئابية لدى عينتين من الاطفال و المراهقين في الكويت و عمان مجلة جامعة دمشق ، العدد3 و 4 ،المجلد 27.

(253) علي موسى علي دبابش (2011)، فعالية برنامج ارشادي مقترح للتخفيف من القلق الاجتماعي لدى طلاب المرحلة الثانوية و اثره على تقدير الذات، اشراف محمد عليان و وباسم علي ابو كويك : رسالة ماجستير .

(254) عماد عبد الرحيم الزغول، رافع النصير الزغول (2007)، علم النفس المعرفي، الاردن : دار الشروق للنشر والتوزيع .

(255) عمر احمد احمد متولي (1993)، مدى فاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية و العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، جامعة طنطا: كلية التربية رسالة دكتوراه غير منشوره.

(256) عواطف عبد المجيد السامرائي (2000)، بعض الاضطرابات النفسية و اثرها في ارتكاب الجريمة ،الجامعة المستنصرية : كلية التربية ،أطروحة دكتوراه غير منشورة .

(257) عيد محمد ابراهيم (1990)، الاغتراب النفسي، القاهرة : الرسالة الدولية للاعلان.

(258) عيد محمد ابراهيم (1997)، دراسة مدى الاحساس بالاغتراب لدى طلاب الجامعة وطالبات الفنون التشكيلية، جامعة عين شمس: كلية التربية، رسالة ماجستير .

(259) عبد الرحمن عادل (2012 ,11 23). *google*. تاريخ الاسترداد (20 4 ,2013)، من مكان العرب في ظاهرة الانتحار : <http://information-centre.org>

(260) عبد الستار ابراهيم (13 5 ,2005). تاريخ الاسترداد (21 1 ,2014)، من الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالتقدم في العمر مدخل ايجابي معرفي متعدد المحاور: www.iraker.dk/index.php?option=com...id

(261) عبد الله نبيل علي (24 5 ,2012). *google*. تاريخ الاسترداد (21 5 ,2014)، من المنشاوي للدراسات و البحوث : WWW.mimshawi.com/other/depression.htm

(262) عبد المحسن محمد (5 10 ,2010). *google*. تاريخ الاسترداد (22 5 ,2013)، من ابحاث و دراسات نفسية اجتماعية : (www.afaq_n.net...)

(263) عبد المولى سماح (11 2 ,2012). *google*. تاريخ الاسترداد (20 4 ,2013)، من فنية الاستئلة السقراطية : www.cbtarabin.com/index.php.articl

(264) عمر زيدية (23 9 , 2012) googel تاريخ الاسترداد (3 6 ,2013)، من المبادئ العشرة للعلاج المعرفي السلوكي : www.safe-psy.com/showthread.php?t=385

(265) غانم محمد حسن (2002)، المساعدة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية و الاكتئاب لدى المسنين و المسنات المقيمين في مؤسسات ابواء و الاسر الطبيعية، العدد 3 ،المجلد 1: دراسات عربية في علم النفس. (الصفحات 35, 89)

(266) غراوه كلاوس (1999)، مستقبل العلاج النفسي ،ترجمة سامر جميل رضوان، دمشق : منشورات وزارة الثقافة

(267) غريب عبد الفتاح غريب (1993)، اكتئاب أطفال المرحلة الابتدائية دراسة مقارنة للبنية العاملة للاكتئاب بين مصر و الامارات العربية، دراسات نفسية رابطة الاخصائيين النفسانيين المصريين، القاهرة : دار الأفق للنشر .

(268) غريب عبد الفتاح غريب (2000)، البناء العاملي لمقياس بيك للاكتئاب على عينات مصرية من طلاب الجامعة، القاهرة: رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية رانم،المجلد العاشر ،العدد الثالث (269) غريب عبد الفتاح غريب (2000)، المواصفات السيكومترية لمقياس بيك للاكتئاب في البيئة المصرية ، المجلد العاشر ،العدد الرابع: رابطة الاخصائيين النفسيين المصريين ،القاهرة.

(270) غريب عبد الفتاح غريب (2003)، بحوث في الصحة النفسية ، القاهرة : دار النشر الانجلو مصرية .

(271) غريب عبد الفتاح غريب (1988)، دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الاكتئاب لدى عينة مصرية ، مجلة الصحة النفسية ،القاهرة ، المجلد 29.

(272) غريب عبد الفتاح غريب (2005)، دورة تدريبية في الاضطرابات الاكتئابية نظمها الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، القاهرة : مستشفى الطب النفسي عادل صادق .

(273) غريب عبد الفتاح غريب (1999)، علم الصحة النفسية ، القاهرة: الانجلو مصرية.

(274) غريب عبد الفتاح غريب (1995)، مفهوم الذات في مرحلة المراهقة و علاقته بالاكتئاب دراسة مقارنة بين مصر و الامارات العربية المتحدة، القاهرة : الانجلو مصرية .

(275) غريب عبد الفتاح غريب (1990)، مقياس الاكتئاب (د) التعليمات و دراسات الثبات والصدق و قوائم المعايير، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية .

- (276) غريب عبد الفتاح غريب (2000)، مقياس الاكتئاب التعليمات و دراسات الثبات و الصدق و قوائم المعايير و الدرجات الفاصلة، القاهرة : مكتبة الانجلو مصرية . (277)
- (غريب عبد الفتاح غريب (1990)، مقياس بك للاكتئاب، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية (278) غريب غريب (2003)، نمذجة العلاقة السببية بين التحصيل الدراسي و مفهوم الذات والاعراض الاكتئابية دراسة للتأثيرات المباشرة والغير مباشرة على الاعراض الاكتئابية في المرحلة الاعدادية بدولة الامارات العربية ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، (الصفحات 1, 88) .
- (279) فايد حسين علي (2004)، العدوان و الاكتئاب،الاسكندرية : مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع .
- (280) فخري دباغ (1986)، الموت اختيارا، بيروت : دار الطليعة .
- (281) فرج صفوت (1991)، القياس النفسي ،القاهرة : مكتبة الانجلو مصرية .
- (282) فريدة فَمَاز (2011)، التفكير الما وراء معرفي و تفسير السلوك المرضي،سطييف : دراسات نفسية و تربوية ،جامعة فرحات عباس .
- (283) فاروق عثمان السيد (1998) ،القلق و ادارة الضغوط النفسية ،القاهرة : دار الفكر العربي
- (284) فشقوش ابراهيم (1980). سيكولوجية المراهقة . القاهرة ،ط1: مكتبة الانجلو مصرية . (285) كاظم علي مهدي، الأنصاري بدر محمد (2007)، الفروق في القلق و الاكتئاب بين طلاب و طالبات جامعتي الكويت و السلطان قابوس، كلية الاداب ،جامعة القاهرة : حوليات مركز البحوث والدراسات النفسية ،الحولية الثالثة .
- (286) كريستوفرانش سكينر، سيتوارت واطسن (2005)، الاكتئاب لدى الاطفال و المراهقين ترجمة محمد السعيد ابو حلاوة،القاهرة : جامعة الاسكندرية .
- (287) كمال علي (1994)، العلاج النفسي قديما و حديثا، بيروت : المؤسسة العربية للدراسات والنشر .
- (288) كمال علي (1983)، النفس انفعالاتها و امراضها و علاجها ، بغداد : دار الوسط
- (289) كوروغلي لمين (2010)، دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل

الاسباب و الاستراتيجيات للتكفل النفسي ,دراسة ميدانية على ثلاث حالات بالمركز الاستشفائي الجامعي
سعدانة محمد سطيح , قسنطينة : رسالة ماجستير .

(290) كولز م و اخرون (1992)، المدخل الى علم النفس المرضي الاكلينيكي،ترجمة عبد الغفار
الدماطي ، الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية

(291) لطفي الشربيني (2002)، الاككتاب الاسباب و المرض و العلاج،بيروت: دار النهضة العربية .

(292) لطفي عبد العزيز الشربيني. (14 11, 2009). google. تاريخ الاسترداد 3 6, 2013، من
المستشار (هل ينتقل الاككتاب عبر الاجيال) : www.almostshar.com/.../subject_desc.php

(293) ليما عيد (2012, 4,2) . تاريخ الاسترداد الاربعاء جوان ، 2012، من العلاج المعرفي :
lima_1422.maktoobblog.com /العلاج المعرفي

(294) ليوناتايلر (1985)، الاختبارات و المقاييس الشخصية،ترجمة سعد جلال، القاهرة : دار المعارف

(295) محروس الشناوي (1996)، العملية الارشادية، القاهرة : دار الغريب .

(296) محمد احمد النابلسي (2003)، الجديد حول الاككتاب، مركز الدراسات النفسية و الجسدية
(الصفحات1, 45).

(297)محمد احمد النابلسي (1991)، مبادئ العلاج النفسي ومدارسه، مصر: دار النهضة العربية

(298) محمد احمد النابلسي (2000)مبادئ العلاج النفسي و مدارسه، بيروت : دار النهضة العربية

(299) محمد أحمد خطاب، احمد عبد الكريم (2010)، الارشاد النفسي و الاضطرابات الانفعالية
للأطفال و المراهقين. عمان: مكتبة دار الثقافة للتصميم و الانتاج.

(300) محمد جواد الخطيب (2000)، التوجيه و الارشاد النفسي بين النظرية و التشخيص، غزة :
مطبعة مقداد .

(301) محمد الدسوقي فاروق ، عبد الفتاح موسى (1991)، اختبار تقدير الذات للأطفال، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.

(302) محمد السيد بخيت (1999)، فعالية برنامج ارشادي معرفي في تعديل اساليب المعاملة الوالدية للابناء ، جامعة عين شمس : كلية التربية ،رسالة دكتوراه

(303) محمد توفيق محمد علي (1997)، فعالية برنامج ارشادي لخفض الاعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة المراهقين،جامعة عين شمس القاهرة: كلية البنات للاداب والعلوم التربية رسالة دكتوراه.

(304) محمد حاسم محمد (2004)، مشكلات الصحة النفسية امراضها و علاجها،عمان: مكتبة دار الثقافة للنشر و التوزيع.

(305) محمد عبد الخالق، سماح احمد الذيب (2006)، زملة التعب المزمن و علاقتها بكل من القلق و الاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة الكويت ، رابطة الاخصائيين النفسيين رانم ،القاهرة ، المجلد السادس عشر ،العدد الأول .

(306) محمد عبد اللطيف عزة (2000)، الاضطرابات النفسية لدى المراهقين في الأسر ذات العائل الواحد، سوريا : كلية طب الازهر فرع البنات ،رسالة دكتوراه غير منشوره .

(307) محمد عماد الدين اسماعيل (دت)، اكتاب النفس و اعراضه و انماطه و اسبابه و علاجه الكويت: وكالة المطبوعات .

(308) محمد محروس الشناوي (1991)، العملية الارشادية و العلاجية، القاهرة : دار غريب للطباعة و النشر .

(309) محمد محمد (2004)، مشكلات الصحة النفسية أمراضها و علاجها ، دار القلم للنشر و التوزيع

(310) محمد نبيل الفحل (1990)، بعض متغيرات الشخصية و ارتباطها بالاكتئاب لدى المسنين القاهرة : كلية التربية ،جامعة طانطا،رسالة ماجستير غير منشوره .

(311) محمود حمودة (1995)، النفس :اسرارها و امراضها، القاهرة: مطبوعات مركز كومي

312 محمود مصطفى (2009)، العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب (برنامج علاجي تفصيلي) القاهرة : دار ايتراك للطباعة و النشر و التوزيع .

- (313) مصطفى القمشي (2000)، القياس و التقييم في التربية الخاصة، عمان : دار الفكر
- (314) مصطفى حسين باهي ،اخلاص محمد عبد الحافظ (2000)، طرق البحث العلمي و التحليل الاحصائي في المجالات التربوية و النفسية و الرياضية، القاهرة : مركز الكتاب للنشر .
- (315) مصطفى سويف (دت)، محاضرات في علم النفس الاكلينيكي، جامعة القاهرة : كلية الاداب قسم علم النفس .
- (316) مصطفى محمد زيد (1989)، النمو النفسي للطفل و المراهق نظريات الشخصية ، جدة الرياض: دار الشروق.
- (317) مطيع رثيف سليمان (2001)، الامراض النفسية المعاصرة، لبنان : دار النفائس للطباعة و النشر و التوزيع .
- (318) معمريه بشير (2000)، مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين مجلة علم النفس، القاهرة ، العدد 53.
- (319) مكرم سمعان (2000)، مشكلة الانتحار، القاهرة : دار المعارف .
- (320) مليكة بطا (2003)، التظاهرات الاكتئابية لدى المرأة النزلية، جامعة محمد الخامس : رسالة لنيل دبلوم الدراسات العليا المتخصصة .
- (321) مليكة لويس (1994)، العلاج السلوكي و تعديل السلوك، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية
- (322) ممدوح صابر (2003)، الافكار اللاعقلانية كاحدى اشكاليات الامن الفكري المؤثرة باضطراب الشخصية، بحث مقدم للمؤتمر الوطني الاول للامن الفكري . (323) منذر ابراهيم كيتاني (2007)، دراسات وبحوث في المراهقة، الاردن : المكتبة الوطني (324) منظمة الصحة العالمية (2009)، المجلة الصحية للشرق الاوسط ، المجلد 15 ، العدد 12
- (325) منظمة الصحة العالمية (2009)، الاكتئاب و المراهقة .، المجلة الصحية للشرق الاوسط ، المجلد 15 ، العدد الأول

(326) منوية خلفية الحداد (2008)، فاعلية العلاج الجماعي المعرفي في تخفيض الاكتئاب النفسي لمرضى الغسيل الكلوي المترددين على المراكز الصحية بمدينة مصراتة، ليبيا : كلية الاداب رسالة ماجستير غير منشوره .

(327) منى خالد، شروق ناجي (2012)، النظرية المعرفية السلوكية، لبنان : دار الوفاء

(328) مها بيت صالح محمد الحمري (2002)، فاعلية اسلوب بيك / للعلاج المعرفي في علاج الاكتئاب المصاحب للاعاقة الحركية، مكة المكرمة : محلة ام القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والانسانية .

(329) مواهب سعيد سالم (2009)، أثر العلاج النفسي الجمعي في المكتئبات نفسيا ، جامعة صنعاء ،اليمن : قسم علم النفس ,رسالة ماجستير .

(330) محمد نبيل الفحل (1990)، بعض متغيرات الشخصية وارتباطها بالاكتئاب لدى المسنين، القاهرة : كلية التربية جامعة طانطا ,رسالة ماجستير

(331) موسى رشاد (1993)، علم النفس الديني، القاهرة : دار عالم المعرفة .
(332) ميخائيل ابراهيم اسعد (1994)، مشكلات الطفولة و المراهقة، بيروت: دار الجبل

(333) محمد احمد الفلاحي (2008, 2,3) . *Google*. تاريخ الاسترداد الخميس ديسمبر , 2012، من
الاكتئاب ازمة عالمية: <http://www.alriyadh.com/2005/08/19/article88417.htm>

(334) محمد جردات. (2011, 11, 2). *google*. تاريخ الاسترداد 24 3, 2012، من الاكتئاب و نظرياته : www.acofps.com/vb/archive/index.../T8175.html

(335) محمد جردات. (2011, 7, 15). *google*. تاريخ الاسترداد 5 6, 2013، من قاعة العلاج الوجودي : www.acofps.com/vb/showthread.php?t=11856

(336) محمد شريف سالم. (2008, 9, 23). *google*. تاريخ الاسترداد (2, 5, 2013)، من طبيب نفسي (أسباب حدوث الاكتئاب) : www.tabibnafsany.com/depression.causes.html

(337) محمد شريف سالم. (15, 4, 2012). *google*. تاريخ الاسترداد 24, 5, 2013، من التعامل

الامثل مع مضادات الاكتئاب: www.tabibnafsy.com/pharma_antidep_4_deal.with

(338) محمد عقلان (6,6, 2000). *google*: تاريخ الاسترداد (23, 5, 2013)، [.com/article/4525](http://www.com/article/4525)

(339) محي الدين مروة. (15, 5, 2012). *google*. تاريخ الاسترداد (21, 8, 2012)، من انتبهوا

ايها الاباء 10 اشارات دالة على اصابة الابناء بالاكتئاب: Hawaa.alnaddy.com/.../283109+الاباء+ايها+انتبهوا

(340) منى رضا (22, 4, 2013). تاريخ الاسترداد (8, 6, 2013)، من الاكتئاب النفسي :

www.fedoo.net/.../psychologicaldepression.htm

(341) هشام الخطيب، الزنادي محمد أحمد (2001)، مبادئ الارشاد و التوجيه النفسي، عمان : الدار العلمية الدولية للنشر و التوزيع ،دار الثقافة للنشر و التوزيع .

(342) هدى. (4, 4, 2011). *google*. تاريخ الاسترداد (13, 3, 2012)، من الخليج (استكشاف حالة

الاكتئاب عند الاطفال ,اكتئاب الطفل و علاجه: [forum.kleeg.com\)...pediatrics](http://forum.kleeg.com)...pediatrics)

(343) هوكسيما. (17, 3, 1992). *google*. تاريخ الاسترداد (24, 4, 2011)، من العلاج المعرفي

للاكتئاب : psychology.sudanforums.net (...العلاج النفسي

(344) ناصر المحارب (2000)، العلاج الاستعرافي السلوكي ، دار الزهراء : جامعة الزقازيق

(345) نانسي بيسترنج، روبرت اليوت، كريس باركر (1999)، *مناهج البحث في علم النفس*

الاكاديمي، ترجمة محمد الصبوة، مرفت شوقي، عائشة رشدي، القاهرة : الانجلو مصرية .

(346) نبيلة شيحة (2000)، *فاعلية برنامج الارشاد العقلاي الانفعالي لتحسين مستوى الصحة النفسية ،*

القاهرة : جامعة عين شمس ، رسالة ماجستير .

(348) نشوة كرم عمار، ابو بكر دردير (2010)، *فاعلية برنامج عقلاي انفعالي في تنمية أساليب*

مواجهة الضغوط الناتجة عن الأحداث الحياتية لدى طلبة الجامعة، جامعة القاهرة : معهد الدراسات

التربوية ، قسم الارشاد النفسي.

(349) ناجي داوود اسحاق السيد. (2011, 4 22). *google*. تاريخ الاسترداد (3, 6, 2013)، من انتشار الاكثتاب : kenanaonline.com/users/vagydaoud/post/264834

(350) نسرين سليمان. (2012, 2 12). *Google*. تاريخ الاسترداد (20, 5, 2013)، من نادي حواء مؤشرات الاكثتاب في مرحلة المراهقة و كيفية التغلب عليه : hawaa.alnaddy.com/.../279083

(351) نبيل علي عبد الله (2003,3,16) ،تاريخ الاسترداد (27,7,2010) المنشاوي للبحوث و الدراسات www.minshawi.com/other/Depressing.htm

(352) و جاد حسين ابراهيم العجوزي ،اشراف سناء ابراهيم (2007)، فاعلية برنامج ارشادي مقترح لتخفيف الاكثتاب لدى امهات الاطفال المصابين بسوء التغذية، غزة : رسالة

(353) وريكات العوران عواطف (1995)، الاكثتاب واحد من اضطرابات العصر، مؤتة : جامعة مؤتة .

(354) وليامز مارك، بيك ارون، سكوت جان (2002)، العلاج المعرفي و الممارسة الاكلينيكية القاهرة : مكتبة الزهراء .

(355) وليد سرحان (2001)، الاكثتاب ، عمان الاردن : مجدلاوي .

(356) وسام محمد. (2011, 3 22). *google*. تاريخ الاسترداد (23, 4, 2012)، من المدرسة الارشادية المعرفية : topi-5589wessam.allgoo.us/t1

(357) ياسين عطوف محمود (1981)، علم النفس العيادي، بيروت: دار العلم للملاي

(359) يحيى الرخاويو (1979)، دراسة في علم النفس السيكيوباتولوجي، دار الغد للثقافة و النشر يوسف جميل، منصور محمد (1989)، النمو من الطفولة الى المراهقة، الاسكندرية: دار الفكر الجامعي.

(360) يوسف لطيفة (2011)، دراسة نسبة انتشار الاكثتاب عند مراجعي العيادات الخارجية الباطنية في

مستشفى المواساة الجامعي و علاقته مع سبب المراجعة الرئيسي . مجلة جامعة دمشق للعلوم الجامعية ، المجلد 27 ، العدد 2 .

المراجع الاجنبية :

- (361) Aaron, B., & Rush, Shaw, Emery. (1979). *cognitive therapy depression* . new yourk : Guilford press .
- (362) Acrobat, a. (2006). *la dépression* . bais des chaleurs : centre de la santé et de services sociaux .
- (363) Alain baraconnier, e. b. (2000). *psychom 75:les psychothérapies* . france .
- (364) Allan horwitz, j. c. (2010). *tristesse ou dépression ,comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesse*. paris : amazon France
- (365) Andrew, G. ,. (2006). Early intervention for relape in schizophrenia: impact of cognitive behavioral therapy . *british journal of clinical psychology* , 247 .260.
- (366) Antonie bioy, d. f. (2002). *manuel de psychologie de soin* . paris : édition bréal
- (367) Barbier, D. (2003). *la dépression* . paris : odid jacob .
- (368) Beck Aaron, W. N. (1993). *cognitive thérapy of substance abuse*. new york: Guilford.
- (369) Beck. (1970). *depression :causes and treatment* . philadelphia : university of pennsylvania
- (370) beck, A. (1976). *cognitive therapy and the emotional disorders* . new york : international universiies press.
- (371) Bernard j, h. p. (2002). *l'adolescence n'existe pas* . paris : odide jacobe.
- (372) Burns david nolen hoeksema. (1992). therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive behavioal therapy :a structural equation model . *journal of consulting and clinical psychology* , 60 .3.
- (373) Biraud, h. h. (1994). *manuel de psychologie à l'usage des soignants* . paris : 2 édition masson .
- (374) Blackburn, j. c. (2001). *thérapie cognitive des troubles de la personnalivé* . paris : masson
- (375) Blsker phd, r. p. (2005). *guide d'autorision pour la dépression :developpement des stratégie pour surmonter la dépression* . paris: simon fraser university
- (376) Boyle. (1985). *the paramnstruum and negative moods in normal young women*.
- (377) Carbonnel. (2008). *introduction aux thérapie comportementales et cognitive* . nice: centre hospitalier sainte marie.

- (378) Chridtophe André, m. r. (2006). *la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*. paris : edition boeck.
- (379) Clair laberge, k. s. (2008). *le mal de vivre chez les adolescents*. paris : amazon france
- (380) Cottraux, j. (2008). *les thérapie comportementale et cognitive* . paris,troisieme édition : masson .
- (381) Cottraux, J. (2006). *place des psychothérapie contemporaine dans le traitement de la dépression* .
paris : more édition
- (382) Cournoyer, I. (2010). *la thérapie cognitive et les troubles émotionnelles d'aaron beck* . paris : boeck.
- (383) Canouis p, m. o. (1994). *révision accélérées en psychiatrie de l'enfants et de l'adolescent*. paris : momlinie
- (384) Diagnostic and statistical manuel of mental disorders . (1994). waschington .
- (385) Donald, M. (1979). *cognitive behavioral modification* . New york: plenum press.
- (386)Ellis, A. (1987). *the evolution of rational emotive therapy and cognitive behavior therapy the evolution of psychotherapy*. New york: Bernad mazel.
- (387) Edouard de perrot, m. w. (2004). *psychiatrie et psychothérapie une approche psychanalytique*.
paris : amazon france.
- (388) Fédida, P. (2001). *des bienfaits de la dépression :éloge de la psychothérapie* . Paris : odile jacob.
- (389) Filine, a. (1991). *la dépression* . paris : elsevier masson .
- (390) Fournier, v. (2007). *la dépression en savoir plus pour en sortir chez l'adulte:reperer les symptomes connaitre les traitements s'avoir a qui s'adresser*.
- (391) Furham A, G. N. (1993). Gender and locus of control correlates of body image dissatisfaction european . *journal of personality* , 183. 200
- (392)Genevière bouthillier, p. b. (2001). *la thérapie cognitivo comportementale:trois outils pratiques à utiliser au bureau . la thérapie cognitivo comportementale* , (p. 95.110). paris .
- (393) Granger, b. (2004). *la dépression* . paris : amazon france .
- (394) Granger, b. (2008). *la psychiatrie d'aujourd 'hui du diagnostic au traitement* . paris: amazon France

- (395) Green. (1981). *depression in early adolescence:an exploratory investigation of its frequency intensity and correlates*. Diss.
- (396) Greenberger D, P. C. (2005). *dépression et anxiété comprendre et surmonter par l'approche cognitive*. paris: montériale édition
- (397) Graziani, p. (2000). *approche comportementale et cognitive*.
- (398) Hiwel c, b. (2006). *the evaluation of cognitive behavioral group therapy on patient depression and self esteem* . archive of psychiatrie nursing.
- (399) Hassas, I. (1993). *contribution à l'étude de l'édentité culturelle chez l'adolescents* . université d'alger : thèse de magister en psychologie clinique
- (400) Hales. (1999). *Textbook of psychiatry* . america psychiatric press.
- (401) Hoffmann. (1976). *depressives verhalten psychologische modell der aetiologie und therapie*. New york.
- (402) Hyde j, M. A. (2008). the ABC of depression integrating affective biological ad cognitive modes to explain the emergence of the gender . *psychological review* , 291.313
- (403) Perrot, e. (2008). *la psychothérapie de soutien :une perspective psychanalytique*. paris: amazon france.
- (404) Isabelle giroux, p. m. (2010). *la thérapie cognitive comportementale . historique et fondement théoriques de la thérapie cognitive et comportementale* (p. 1 et 13). université laval .
- (405) Kleflaras, g. (2004). *la dépression approche cognitive et comportementale*. paris: amazon france.
- (406) libertes, m. d. (2011). *prograimme national d'action contre le suicide 2011 2014*. France
- (407) Liliama. (2010, 10 27). *google*. Consulté le 3 18, 2012, sur les fiches de beck: WWW.entriade-ago-psy.com/t263-les-hiches- de beck
- (408) Lvy marie, b. c. (2008). *psychothérapie cognitive de la dépression* . paris : elsevier masson
- (409) Marie blackburn, j. c. (2001). *thérapie cognitive de la dépression* . paris : masson .
- (410) Mantes, p. (2009). *traitement comportemental et cognitif des difficultés sexuelles :les thérapies comportementales et cognitives dans le cadre de psychothérapie*

- (411) Martin d, p. p. (2010). *la thérapie cognitivo comportementale. les principes fondamentaux de la thérapie cognitive et les modeles de beck et illis* (p. 1 A 28). paris: université laval
- (412) Medlin, r. (2000). *action contre la dépression :améliorer la santé mentale et le bien etre en luttant contre les effets négatifs de la dépression sur la santé,la sociétés ,et léconomie*. Communauté européennes.
- (413) Marge, T. L. (1994). *depression a cognitive therapy* . New york : New bridge communication
- (414) Maurice ferreri, f. f. (2003). *la dépression au féminin* . Paris : amazon france .
- (415) Nevid, j. (2009). *psychopathologie*. paris: amazon France
- (416) Neale, d. G. (1974). *abnormal psychology :an experimeta clinical approach* . new york : john wiley
- (417) Ovide fontaine, j. c. (1984). *cliniques de thérrapie comportementale*. paris: mardaga.
- (418) Québec, l. p. (2012). se poser les bonnes questions . *la psychothérapie*, (p. 1a 24).
- (419) Rouzeaud, c. (1918). *l'hypnotisme et la psychothérapie*. paris: more édition .
- (420) Rhoades, & Pflanzler. (1996). *humman physiology*. sounders: fort worth.
- (421) Samson, a. (2005). *le couselling théorie et pratique,les approches axées sur la cognition :la théorie de beck* . université d'ottxwa.
- (422) Samuel lajeuness, c. (2004). *manuel de thérapie comportementale et cognitive*. paris: dunod.
- (423) Vantalon, v. (1999). *les troubles dépressifs chez l'enfant:état des connaissances cliniques* . Paris: édition doin.
- (424) Walsin.LR (1996) : Depressive disorders ,In J .Jobson
- (425) Wang, R. (1974). *pratical drug therapy* . lippincot company: philadelphia toronto.
- (426) Weyeneth, m. (2004). *psychiatrie et psychothérapie*. paris : boeck.
- (427) Raffy, a. (2000). *les psychanalyse et le développement de l'enfant* . paris : toulouse
- (428) Service d'évaluation des pratiques, H. A. (2005). *référentiel d'auto évaluation des pratiques en psychiatrie:prise en charge par le psychiatre d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire*. paris.
- (429) Santé, h. a. (2011). *recommandation de bonne pratique: dépression de l'adolescent repérage diagnostic et prise en charge initial*
- (430) Sadock, K. (1983). *modern synopsis of comprehensive textbook of psychiatrie*. LOnon: Williams

- (431) Tobie nathan, a. b. (2000). *psychothérapie:élément de psychoyhérapie*. Paris
- (432) Tiberghien, G., & baudouin, J. Y. (2008). *psychologie cognitive;tome1,adulte* . Paris: édition bréal .
- (433) Shaw. (1977). *Comparaison of cognitive therapy and behaviour therapy in tht treatment of depression*. journal of consulting and clinical psychology
- (434) Weyeneth, m. (2004). *psychiatrie et psychothérapie*. paris : boeck.
- (435) Zhong gao, g. m. (2012). *la dépression chez l'adolescent* . paris : amazon France
- (436) Zindel v, s. j. (2004). *la thérapie cognitive basée sur la pleine ccoscience*. paris : amazon France

الملاحق

الملحق رقم (1) مقياس الاكتئاب لارون بيك ترجمة غريب عبد الفتاح

في اطار التحضير لمذكرة تخرج بعنوان فعالية العلاج المعرفي للاكتئاب، نرجو منكم الاجابة على فقرات مقياس الاكتئاب، حيث تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات، المطلوب منك ان تقرأ كل عبارة على حده وبعناية، ثم تختار في كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة افضل مشاعرك في الاسبوعين الاخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير الى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3 واذا تبين لك ان اكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول اعلى رقم في هذه المجموعة، مع التأكد انك تختار دائما عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة ب (تغيرات في نظام النوم) والمجموعة رقم 18 المتعلقة ب (تغيرات في الشهية)

1

الحزن 0 لا أشعر بالحزن

1 أشعر بالحزن معظم الوقت

2 اشعر بالحزن طوال الوقت

3 أشعر بالحزن الى درجة لا استطيع تحمل ذلك

2

التشاؤم 0 لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي

1 اشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة اكثر مما تعودت

- 2 اتوقع ألا تسير الامور بشكل جيد بالنسبة لي
- 3 اشعر بأنه لا امل لي في المستقبل و انه سوف تزداد الامور سوء
- 3 الفشل السابق 0 لا اشعر بانني شخص فاشل
1 لقد فشلت اكثر مما ينبغي
- 2 كلما نظرت الى حياتي السابقة ارى الكثير من الفشل
- 3 اشعر بانني شخص فاشل تماما
- 4 فقدان الاستمتاع بالحياة 0 استمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل
1 لا استمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه
2 احصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل
3 لا استطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت ان استمتع من قبل
- 5 مشاعر الاثم 0 لا اشعر بالذنب
1 اشعر بالذنب عن العديد من الاشياء التي قمت بها , او اشياء كان يجب ان اقوم بها و لم اقم بها
2 اشعر بالذنب في معظم الاوقات
3 اشعر بالذنب في كل الاوقات
- 6 الشعور بالتعرض للعقاب 0 لا اشعر بأنه يمكن ان اتعرض للعقاب او للأذى
1 اشعر بانني يمكن ان اتعرض قليلا للعقاب او للأذى
2 اشعر بانني سوف اتعرض كثيرا للعقاب او للأذى

3 اشعر بانني سوف اتعرض دائما للعقاب او للأذى		
0 شعوري حول نفسي عادي	عدم حب الذات	7
1 فقدت الثقة في نفسي		
2 اصبت بخيبة امل في نفسي		
3 لا احب نفسي		
0 لا انقد و لا ألوم نفسي	نقد الذات و لومها	8
1 انقد و ألوم نفسي اكثر مما تعودت		
2 انقد و ألوم نفسي على كل اخطائي		
3 انقد و ألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من اشياء سلبية		
0 ليس لدي أي افكار للانتحار	الافكار او الرغبات الانتحارية	9
1 لدي افكار للانتحار و لكن لا يمكنني تنفيذها		
2 اريد ان انتحر		
3 قد انتحر لو سمحت لي الفرصة		
0 لا ابكي اكثر مما تعودت	البكاء	10
1 اشعر بالرغبة في البكاء		
2 ابكي اكثر مما تعودت		
3 ابكي بكثرة جدا		
0 اشعر بالهيجان و الاثارة بدرجة عادية	عدم الاستقرار	11
1 اشعر بالهيجان و الاثارة اكثر مما تعودت		

2	الاستشارة	2	اتهيح و اثور الى درجة انه من الصعب علي البقاء مستقرا
3		3	اتهيح و اثور الى درجة تدفعني الى الحركة او الى فعل شيء ما
12	فقدان الاهتمام او الانسحاب الاجتماعي	0	لم افقد الاهتمام بالآخرين او بالأنشطة العادية
		1	انا قليل الاهتمام بالآخرين او بالأنشطة العادية
		2	فقدت معظم اهتمامي بالآخرين و بكثير من الامور الاخرى
		3	من الصعب علي ان اهتم بأي شيء
13	التردد في اتخاذ القرارات	0	اتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها
		1	اجد صعوبة في اتخاذ القرارات
		2	لدي صعوبة في اتخاذ القرارات اكثر بكثير مما تعودت عليه
		3	لا استطيع اتخاذ القرارات
14	انعدام القيمة	0	لا اشعر بانني عديم القيمة
		1	انا لست ذا قيمة كما تعودت ان اكون
		2	اشعر بانني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين
		3	اشعر اني عديم القيمة تماما
15	فقدان القدرة	0	لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت
		1	لدي قدر من الطاقة اقل مما تعودت

- 16
- تغيرات في نظام النوم
- 0 لم يحدث لي أي تغيير في نظام نومي
- 1 أ اناام اكثر مما تعودت الى حد ما
- 1 ب اناام اقل مما تعودت الى حد ما
- 2 أ اناام اكثر مما تعودت بشكل كبير
- 2 ب اناام اقل مما تعودت بشكل كبير
- 3 أ اناام معظم اليوم
- 3 ب استيقظ من نومي مبكرا ساعة او ساعتين او اكثر و لا استطيع ان اعود الى النوم مرة أخرى
- 17
- القابلية للغضب
- 0 اغضب بدرجة عادية
- 1 اغضب اكبر مما تعودت
- 2 اغضب اكبر بكثير مما تعودت
- 3 اكون في حالة غضب طوال الوقت
- 18
- تغيرات في الشهية
- 0 لم يحدث أي تغيير في شهيتي
- 1 أ شهيتي اقل مما تعودت الى حد ما
- 1 ب شهيتي اكبر مما تعودت الى حد ما
- 2 أ شهيتي اقل كثيرا مما تعودت
- 2 ب شهيتي اكبر كثيرا مما تعودت
- 2 ليس لدي طاقة لكافية لعمل الكثير من الاشياء
- 3 ليس لدي الطاقة لعمل أي شيء

3 أ ليس لدي شهية على الاطلاق

3ب لدي رغبة قوية الى الطعام طوال الوقت

0 استطيع التركيز بكفاءة كما تعودت

1 لا استطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت

2 من الصعب علي ان اركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة

3 اجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء

0 لست اكثر ارهاقا او اجهادا مما تعودت

1 اصاب بالإرهاق او الاجهاد عن عمل الكثير من الاشياء التي تعودت عليها

2 يعوقني الإرهاق او الاجهاد عن عمل الكثير من الاشياء التي اعتدت عليها

3 انا مرهق و مجهد جدا بحيث اجد صعوبة لعمل معظم الاشياء التي اعتدت عليها

0 ان اهتمامي بالجنس عادي هذه الايام

1 انا اقل اهتماما بالجنس في هذه الايام مما تعودت

2 انا اقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الايام

3 فقدت الاهتمام بالجنس تماما

19

صعوبة

التركيز

20

الإرهاق

او الاجهاد

21

فقدان

الاهتمام

بالجنس

الملحق (2) مقياس انماط التفكير

الفقرات	تنطبق كثيرا	تنطبق الى حد ما	لا تنطبق	لا تنطبق ابدا
1 يبدو لي أن الحياة كلها تعب				
2 أشعر كثيرا بفقدان الامل				
3 لا اشعر انني انسان ضعيف اذا اكتشف الناس اخطائي				
4 لن تكون نهايتي اذا فشلت في الحصول على ما اريد				
5 أنا متفاعل بان مستقبلي سيكون افضل من الحاضر				

6 احاول دائما تغيير

نظرة الاخرين السلبية

نحوي

7 اود السعي و

العمل بجد لان الحياة

ملئنة بالفرص

8 انني انسى الالساءة

بسرعة

9 السرور و البهجة

مطلب اساسي لي في

الحياة

10 احب الناس

واود ان اكون

اجتماعيا

11

ليس مهم أن اشعر

بمتعة الدراسة بقدر

الحصول على

الشهادة .

12

أشعر ان الله

يراعيني

13

أكره الناس
المتسلطين و لا
يهمني ان اتعامل
معهم

14

أشعر دائما بان ما
عشته البارحة
سأعيشه اليوم

15

طلب مساعدة
الاخرين و عونهم لا
يشعرنني بالضعف

16

ضروري ان انجح
في كل ما افعل، فاذا
لم انجح قد انطوي
على نفسي

17

حتما سيكون بعض
الناس افضل و
اكفى ء مني في بعض
الامور.

18

اني لا استطيع ان

اتحكم فيما يحدث،

ولكن استطيع أن

اتحكم في تفكيري

ومشاعري نحو ذلك

19 اعتقد ان مصائب

الدنيا اليوم قد تكون

لها فوائد في

المستقبل

20 لن اجد من

يحبني لو ظهرت

ضعيفا او فاشلا في

بعض المواقف

21

لن اتوقف عن

محاولة تصحيح

اخطائي.

22 مواجهة المشاكل

افضل من الهروب

منها و تجاهلها

23 لا استطيع ان

اشعر بالسعادة والثقة

بنفسي لو تعرضت

لمواقف محرجة امام

زملائي

24 لا اشعر بالذنب
او الخطأ عند ابداء
رأبي حتى ولو شعر
البعض بالضيق
والازعاج

25 لولا الكفاءة
والصبر و العمل بجد
لما وصلت الى
النجاح الذي احققه
في حياتي

26 كل علم وعمل
فيه خير و منفعة هو
عبادة.

27 لا يوجد انسان
شرير تماما

28 حاليا لا يهمني
التفكير بمصلحة
غيري بقدر ان افكر
في مصلحتي الخاصة

29 اعتقد اني اقل
حظا من اخوتي

30 اشعر انه كان
بإمكاني ان اصل الى
احسن مما انا عليه

لو ما تعرضت له
من سلب و نهب
بسبب الاخرين.

31 اشعر بصفة
مستمرة بان ما اقوم
به بلا هدف.

32 لدي ايمان بان
ما يحدث لي من خير
او شر فهو بمشيئة
الله .

33 اتقبل وجهة نظر
الآخر حتى لو لم
تتفق مع وجهة
نظري

34 من عادتي ان
اتأثر بالمشكل الذي
يواجهني الى درجة
انه لا استطيع وضع
حلول فاعلة له

35 حددت اهدافا في
حياتي و اسعى الى
تحقيقها

36 اعمل بالمثل
القائل :عامل الناس

كما تحب ان يعاملوك

37 في معظم

المواقف التي تكون

فيها المناقشات حادة

لا استطيع تملك

نفسي، لدرجة قد

تصدر مني اقوال

وافعال غير لائقة

38 اشعر انني

شخص تقليدي و لا

امتلك اساليب

ومهارات تواكب

التطورات الحياتية

المعاصرة .

الملحق رقم (3) مقياس تقدير الذات

لا تنطبق

تنطبق

العبارات

1 لاتضايقتني الاشياء عادة

2اجد من الصعب علي أن

أتحدث أمام مجموعة من الناس

3 أود لو استطعت أن اغير أشياء

في نفسي

4 لا أجد صعوبة في اتخاذ

قراراتي بنفسي

5 يفرح الآخرون بوجودي معهم

6أتضايق بسرعة في المنزل

7أحتاج الى وقت طويل كي اعتاد

على الاشياء الجديدة

8انا محبوب من الأشخاص من

نفس عمري

9 تراعي عائلتي مشاعري عادة

10 أستسلم بسهولة

11 تتوقع عائلتي مني كثيرا

12 من الصعب جدا أن أظل كما

أنا

13 تختلط الأشياء كلها في حياتي

14 يتبع الناس افكاري عادة

15 لا أقدر على نفسي حق قدرها

16 أود كثيرا ان أترك المنزل

17 أشعر بالضيق من عملي غالبا

18 مظهري ليس وجيها مثل

معظم الناس

19 اذا كان عندي شيء اريد أن

أقوله فاني أقوله عادة

20 تفهمني عائلتي

21 معظم الناس محبوبون عندي

22 أشعر عادة كما لو كانت

عائلتي تدفني للأشياء

23 لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم

به من اعمال

24 ارغب كثيرا ان اكون شخصا

اخر

25 لا يمكن للاخرين الاعتماد

علي

الملحق رقم (4) : الوصف التفصيلي لجلسات البرنامج العلاجي المعرفي

موضوع الجلسة الأولى: التعارف المتبادل والتعريف بالبرنامج العلاجي

أهداف الجلسة :

تهدف الجلسة الاولى الى تحقيق اللفة وتوثيق التعارف بين الباحثة واطباء المجموعة من خلال الترحيب بهم واستخدام عبارات تحثهم على التشجيع والتعاون وعليه فإنها ترمي الى بناء علاقة ايجابية بين الباحث واطباء المجموعة .

تزويد أعضاء المجموعة ببعض المعلومات عن الأسس التي يقوم عليها البرنامج العلاجي، وأهميته وأهدافه ومحتواه، والمدة التي يستغرقها البرنامج، وكيف انه سيساعدن في العلاج .

تهيئة أفراد المجموعة العلاجية للجلسات القادمة.

توضيح دور كل من المعالج (الباحثة) وأعضاء المجموعة في البرنامج .

بناء العلاقة بين الباحث و أفراد المجموعة التجريبية من ناحية، وبين أفراد المجموعة التجريبية بعضهم البعض من ناحية أخرى .

التأكيد على ضرورة أداء الواجبات المنزلية والانضباط في حضورمواعيد الجلسات كما هي محددة

تنمية مهارة حرية التعبير والمناقشة لدى أفراد المجموعة في مناخ من التسامح والألفة والثقة المتبادلة مع الباحثة .

تنمية روح العمل الجماعي عند الطالبات .

تحديد توقعات أفراد المجموعة حول المشاركة في البرنامج العلاجي .

اعطاء أفراد المجموعة الواجب المنزلي الأول وهو عبارة عن سؤال مفتوح اكتبى ما تحبين أن تناقشيه والتحدث عنه في الحصة القادمة. وكتابة كل المواقف التي تجعل الحالة تشعر بالحزن والضيق وذلك بتسجيلها وترتيبها من حيث الشدة و التكرار .

الاجراءات المتبعة :

كلمة ترحيبية تبدأ بها الباحثة الجلسة، تتضمن الشكر الخالص على قبول المشاركة في هذا البرنامج كما تعرف الباحثة بنفسها وبدورها في تأطير هذا البرنامج الذي يدخل ضمن متطلبات الحصول على شهادة الدكتوراه .

تؤكد الباحثة على سرية المعلومات الشخصية لكل فرد، وان ما يدور أثناء الجلسة لا يجب التحدث به مع الاخرين .

تطلب الباحثة من أفراد المجموعة تقديم انفسهن، الاسم واللقب، العمر، المستوى الدراسي، الهوية التي تمارسها لخلق جو من اللفة .

تعطي الباحثة شرحا مبسطا عن البرنامج ومحتوياته، حيث تبين أن الهدف منه هو مساعدة كل فرد في المجموعة على تحسين قدرته على مواجهة المواقف الضاغطة وما ينجم عنها من افكار الية ومشوهة تجعل نظرة الفرد للواقع غير منطقية وغير متكيفة، ومساعدته على تبني افكار ايجابية وهذا عن طريق تغيير البنية المعرفية للفرد، كما يهدف البرنامج الى التخلص من الأعراض الاكتئابية التي تتجم عن الأفكار الالية التي يتبناها الفرد، ويأتي ذلك من خلال الفنيات والأنشطة المدرجة في هذا البرنامج الذي يتكون من 13 جلسة علاجية، يستغرق ذلك اجمالا 10 أسابيع .

توضح الباحثة دورها كمعالج يستمع، يفهم ويوضح ويوجه داخل الجلسة ودو كل عضو هو الحرص والمثابرة في حل مشكلته، والاسهام في تفعيل المجموعة ومساعدة الاخرين للحصول على أحسن النتائج .

كما تبين الباحثة بأن الهدف من العلاج المعرفي هو تعليم الافراد التعرف وتقييم و تغيير الافكار والمعتقدات الخاصة الغير وظيفية. في الاخير تفتح الباحثة مجالاً للنقاش وتستمع الى توقعات افراد المجموعة حول البرنامج العلاجي المعرفي وتحاول الاجابة عن كل الاسئلة التي تطرح عليها من قبل اعضاء المجموعة مع تسجيل أي اقتراحات تعرض عليها .

الواجب المنزلي : اعطاء افراد المجموعة واجبا منزليا يتضمن تسجيل مذكرات يومية عن المواقف والاحداث التي تثير فيهن الشعور بالحزن والكآبة و التي تؤدي الى تولد الافكار الالية و من ثم الاعراض الاكتئابية وترتيبها من حيث الشدة و التكرار وفي الاخير تشكر الباحثة افراد المجموعة على تعاونهن معها، ويتم الاتفاق على مواعيد الجلسات الاخرى .

تحاول الباحثة كتابة تقرير خاص بالجلسة الاولى، الى جانب تدوين أي ملاحظات مهمة .

وصف الجلسة الثانية :

موضوع الجلسة : مظاهر الاكتئاب في مرحلة المراهقة

أهداف الجلسة :

مناقشة الواجب المنزلي السابق.

التعرف على اضطراب الاكتئاب بصفة عامة والاكتئاب الذي يظهر في سن المراهقة بصفة خاصة التعرف على أسباب الاكتئاب وأعراضه .

التعرف على العلاقة بين الاكتئاب ومرحلة المراهقة .

التعرف على المشكلات التي تعاني منها المراهقات وتأثيرها على الحالة الانفعالية والمعرفية .

التعرف على المشكلات الناتجة عن مرحلة المراهقة والتي تسبب لها الاكتئاب .

التأكيد على دور العلاج النفسي للتكفل بالأعراض الاكتئابية للفتاة المراهقة .

توضيح عناصر النموذج المعرفي للاكتئاب (مع ذكر بعض الامثلة).

الكشف عن صلة التفكير الغير العقلاني بالاكتئاب .

الرفع من الروح المعنوية للحالات وتقليل الشعور بالتوتر وزيادة الثقة في ذات المراهقات المشاركات في البرنامج و اشاعة التفاؤل لديهن وتقوية شعورهن بذاتهن .

الواجب المنزلي :

تطلب الباحثة من اعضاء المجموعة اعطاء امثلة من واقعهن وشرحها حسب النموذج المعرفي المتبنى في هذه الدراسة .

التقنيات العلاجية: المحاضرة، تقنية التقييم الذاتي، فنية تذكر أحدث خبرة انفعالية .

الاجراءات المتبعة :

لمناقشة الواجب المنزلي تسأل الباحثة اعضاء المجموعة بعض الاسئلة و من بينها :

1 ما هي أنواع المواقف التي تشعرين فيها بالاكتئاب ؟

2 ما هي الأشياء التي يقف هذا الاضطراب دون تحقيقها في حياتكن ؟

تستمع الباحثة الى الاجابات المعروضة عليها، وتحاول ان تشرح لهن كيف ان اضطراب الاكتئاب يجعل نظرة الفرد لنفسه وللمستقبل محدودة، وكيف ان طريقة ادراكه للأمر تصبح غير واقعية وغير منطقية، وهنا تحاول الباحثة تعزيز رغبتهم للوصول الى علاج هذه الحالة والخروج من سيطرة هذا الاضطراب .

تقوم الباحثة باعطاء شرح نظري لاضطراب الاكتئاب و ذلك من خلال عرضها لتعاريف الاكتئاب واعراضه واسباب نشوئه وكيف تفسره النظرية المعرفية. وذلك بقولها ان الاكتئاب مرض عصابي وليس مرضا عقليا لان اتصال المريض بالواقع سليم والمريض مستبصر بحالته وهو يحدث نتيجة لضغوط وازمات حادة يتعرض لها المريض ويتفاعل معها، وهو حالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن وتأخر الاستجابة و الميول التشاؤمية وقد يصل الى الميول الانتحارية، كذلك تعلق درجة الشعور بالذنب لان الفرد لا يذكر إلا اخطائه وذنوبه وقد يصل الى درجة البكاء الحاد. وهو شعور الانسان بالكدر واليأس والحزن

فقدان الاهتمام وعدم القدرة على الاستمتاع بأي شيء سار أو ممتع الاكتئاب درجات و أنواع فمنها ما يحدث نتيجة مرور الفرد بخبرات محبطة مؤلمة وهو ما يطلق عليه اسم الاكتئاب التفاعلي و منها ما هو عضوي داخلي ناتج عن نقص بعض الأمينات العضوية في الدماغ مثل السيروتونين والدوبامين وغيرها كما توجد عدة أنواع من الاكتئاب تنتج عن اضطراب الهرمونات مثل اكتئاب سن اليأس، أو نتيجة بعض الأمراض العضوية أو نتيجة تناول ادوية معينة

اعراض الاكتئاب: يتميز بمجموعة من الاعراض الجسمية والعقلية والانفعالية

الاعراض الجسمية :

فقدان اوزيادة الوزن، عدم القدرة على النوم، البكاء، فرط الحركة او الجمود، الصداع والشعور بالتعب لأقل مجهود، انقباض في الصدر والشعور بالضيق، اضطراب الشهية

الاعراض العقلية :

صعوبة اتخاذ القرارات، صعوبة التركيز ونقص القدرة على التفكير المنظم مما يتسبب في كثرة السرحان ورسوب بعض الطلاب أو فشل بعض الموظفين في أداء أعمالهم .

الشعور بالذنب والاثم وعدم تقدير الذات :

كثرة الأفكار عن الموت وعدم قيمة الحياة و في بعض الأحيان الإقدام على الانتحار .

الأعراض الانفعالية و النفسية :

الشعور بالحزن والكآبة واليأس وهو ما يطلق عليه المزاج المكتئب الى جانب التغير السريع للمزاج نلاحظ فقدان الاهتمام و الرغبة، لشعور بالحزن والضيق، هبوط الروح المعنوية والحزن الذي لا يتناسب مع سببه، ضعف الثقة في النفس والشعور بعدم الكفاية، الانطواء والانسحاب والعزلة الشعور بالذنب واتهام الذات .

فقدان الاهتمام والقدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة .

يرجع الاكتئاب الى مجموعة من الاسباب من بينها الاسباب الوراثية بمعنى ان المرض يظهر في العائلة بشكل وراثي، الاسباب العائلية وتتمثل في اساليب معاملة الوالدين للأبناء حيث يعد هذا العامل من اهم

العوامل المؤدية والمسببة للاكتئاب، الى جانب الاسباب الاجتماعية والتي ترجع الى علاقات الفرد الاجتماعية مع أسرته والآخرين من حوله والمجتمع الذي يعيش فيه فهو يتفاعل معهم على قدر احتياجه لهم فيؤثر فيهم ويؤثرون فيه، وترجع معظم الاضطرابات النفسية الى اختلال التوازن بين الفرد والمجتمع، وبين الفرد والآخرين، ومن بين اهم الاسباب الاجتماعية الضاغطة التي قد تتسبب في اصابة الانسان بالاكتئاب :

الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية .

علاقات الطفل بأمه، فإذا كانت الانطباعات التي كونها عن هذه العلاقة حسنة فان الحياة ستكون بالنسبة له مبهجة، واذ لم تكن كذلك فان الحياة قاسية ومملوءة بالألم .

امتصاص الطفل اسلوب الوالدين الخاطيء في حل المشاكل .

التربية الخاطئة كالترقة في المعاملة والتسلط والاهمال .

كما ذكرت الباحثة مجموعة اخرى من الاسباب التي يمكن اعتبارها المسؤولة عن اضطراب الاكتئاب .

تعتبر النظرية المعرفية ان الاكتئاب هو نتاج تبني الفرد افكار غير منطقية والتي تجعل نظرتة لذاته وللمستقبل و للمحيطين به مشوهة وعليه فان تعديل طريقة التفكير المختلة هو السبيل الوحيد حسب هذه النظرية لتجاوز هذا الاضطراب. ومنه فان العلاج المعرفي يهدف الى اكتشاف هذه الأفكار السلبية النشطة في ذهن المريض والتصورات والتوقعات التشاؤمية التي تنشط طوال الوقت في تفكيره و خياله بحيث تدفعه باستمرار الى اليأس والحزن والتشاؤم .

تبين الباحثة العلاقة بين الاكتئاب ومرحلة المراهقة بقولها: تعد المراهقة مرحلة خصبة للإصابة باضطراب الاكتئاب لما فيها من تغيرات جسمية ونفسية واجتماعية، خاصة اذا تواجد المراهق في بيئة سيئة في علاقاتها وتقبلها للمراهق فمثل هذه البيئة تجعل من هذه التغيرات ازمة يعيشها المراهق، ينجم عنها شعوره بالاكتئاب لما يجد من احباط او ما يعانته من صراع في عالمه الداخلي والخارجي، كما انه خلال هذه المرحلة العمرية يكون المراهق مرهف الاحساس ويتأثر بكل الظروف المحيطة به و لعل هذا ما يمنح الجو المناسب لظهور اضطراب الاكتئاب . كما ان البنية النفسية للفتاة المراهقة بالمقارنة مع الشاب المراهق تكون اكثر حساسية و تأثراً و لعل ذلك ما يجعلها تتغمس في هذا الاضطراب و تتأثر به

تطلب الباحثة من اعضاء المجموعة اعطاء امثلة واقعية من خلال مواقف الحياة اليومية ووصف ردود افعالهم ومشاعرهم اتجاهها وهذا ما يعطي فرصة الاستماع الى معاناة الاخرين وهي بداية جيدة لتحريك التفاعل الاجتماعي والانساني داخل المجموعة.

تعرض الباحثة النموذج المعرفي للاكتئاب (النموذج المعرفي لبيك) وتشرح المخطط وتطلب من اعضاء المجموعة تسجيله ووضع امثلة واقعية معاشة مع تسجيل كل ذلك في ورقة الاستجابات حيث اخذت الباحثة مثالا ثم ذكره في الواجب المنزلي وحاولت تطبيق النموذج المعرفي عليه ولقد كان على النحو التالي:

النموذج المعرفي للاكتئاب حسب بيك

الخبرات المبكرة (و هي الاحداث و التجارب التي يمر بها الفرد بدءا من مرحلة الطفولة الى المرحلة الحالية)

تشكل الاعتقادات الاساسية (الايخوطات)

الحوادث الحاسمة

(الفشل الدراسي،العلائقي ، مشاكل مع الاباء، التغيرات النفسية والجسمية

الناجمة عن مرحلة المراهقة)

تنشيط الاعتقادات الاساسية او الايخوطات

الافكار التفكائية او الالية السلبية التثويه المعرفي



اعراض الاكتئاب (السلوكية، الانفعالية، المعرفية)

تشكل الاعتقادات الاساسية او الاخطوطة : أنا انسانة فاشلة وعديمة القيمة

الحدث الحاسم او المحرض : عدم النجاح في الامتحان.

تنشيط الاخطوطات او المعتقدات الاساسية : ان زملائي هم اكثر كفاءة مني .

الفكرة الالية : انا بلا قيمة .

من هنا تظهر مجموعة من الاعراض الاكتئابية على مستوى الانفعال (الحزن، الضيق)، على مستوى

السلوك (العزلة، الابتعاد)، على المستوى الفيزيولوجي (فقدان الشهية، اضطرابات النوم)

منهذا المنطلق تبين الباحثة كيف أن الأفكار الالية تكون هي المسؤولة عن ظهور الانفعالات السلبية، وهو ما يدخل الفرد في دائرة الاكتئاب والشعور بالدونية. وتنبه الباحثة اعضاء المجموعة الى ان الاكتئاب غالبا ما يرتبط بالمخطط السلبي للفشل و الضياع و النزاع. كما تشير الباحثة الى ان مصدر هذه الاخطوطات هو المعتقدات التي يتبناها الفرد والتي تكونت لديه منذ المراحل الأولى من حياته. والخطوطة هي بنية تتطور مبكرا من خلال التجارب الشخصية التي نعيشها واندماجنا او تفاعلنا مع الافراد الاخرين .

كما تمت معالجة مجموعة اخرى من الافكار الالية وفق هذا النموذج المعرفي مثل: ان اصدقائي

يهملون، ان ابي لا يثق بي، ان الاخرين هم اكثر كفاءة مني .

الواجب المنزلي :

تطلب الباحثة من اعضاء المجموعة، اخذ موقف من المواقف التي مروا بها و التي كانت سببا في ظهور

الحالة الاكتئابية، ومحاولة تحليلها بالصورة المعروضة، و ذلك لتأكد من الفهم الجيد للعلاقة التي تربط

الافكار بالانفعال، و فق النموذج المتبنى في هذا البر نامج

وصف الجلسة الثالثة :

موضوع الجلسة الثالثة: ماهية الأفكار الالية السلبية

أهداف الجلسة :

مناقشة الواجب المنزلي

- تخصص الافكار الالية الواردة في الامثلة، والتأكد من فهم اعضاء المجموعة للنموذج المعرفي المقترح .
 - التعريف بالأفكار التلقائية السلبية وتأثيرها في السلوك والمشاعر .
 - توضيح العلاقة الوطيدة بين تفكير المريض واضطرابه .
 - أن يتعرف أفراد المجموعة العلاجية على الأفكار الالية المرتبطة بمشاكلهم .
 - تحديد التشوهات المعرفية المتضمنة في الافكار الالية، من خلال عرض قائمة التشوهات المعرفية لبيك، التدريب على استخدام فنية التقييم الذاتي وتقديم أمثلة على السبورة .
- الواجب المنزلي :

بدء رصد الافكار الالية فيما بين الجلسات وهذا عند التعرض للمواقف الضاغطة التي تسبب الاكتئاب

التقنيات العلاجية: فنية تذكر اخر خبرة انفعالية، تقنية التقييم الذاتي.

الاجراءات المتبعة :

تشكر الباحثة أعضاء المجموعة على قيامهن بالواجب المنزلي، ثم تقوم بمراجعته ومحاولة تصحيح الأخطاء الواردة فيه (اخطاء في تطبيق النموذج المعرفي) وإعادة الشرح مرة اخرى اذا تطلب الامر ذلك.

تطلب الباحثة من أفراد المجموعة أن يتخيل موقفا حدث لهم، او تذكر اخر حدث انفعالي مروا به (هي فنية معرفية)، وشعروا خلاله بالحزن وبسيطرة المشاعر الاكتئابية، ثم تسأل ما الذي كنت تفكرين فيه في تلك اللحظة ؟ ما الذي جال بخاطرك ؟ وما هي الكلمات والافكار التي رددتها داخليا ؟

توضح الباحثة أن الاجابة عن هذه الأسئلة، تكشف عن نمط تفكير الحالة، حول نفسها أو الموقف أو الآخرين في تلك اللحظة .

توعية أعضاء المجموعة بأن هناك نوعين من الأحاديث الذاتية: الأحاديث الذاتية السلبية والمتمثلة في الأفكار السلبية اللاعقلانية والأحاديث الذاتية الايجابية وهي الأفكار العقلانية .

تستمع الباحثة الى كل الاجابات التي قدمتها الطالبات، و تجعل كل واحدة تربط بين نوع التفكير الوارد الى ذهنها و بين الانفعالات التي تظهر عليها و التي من شأنها مضاعفة الأعراض الاكتئابية والمتمثلة في الشعور بالحزن و الضيق .

تجمع الباحثة على السبورة كل الافكار الالية التي ذكرتها الطالبات من قبل مع ذكر نوع التشويه المعرفي مثلا :

لا احد يثق بي و يعتمد علي (لوم الذات و انتقادها)

دائما اعجز عن التعبير عن رأيي (التعميم)

ان لم انجح في هذا الامتحان سأفقد احترام الاخرين لي (الاستنتاج التعسفي)

انا انسانة تافهة و عديمة القيمة (العنونة)

لا احد يحبني (قراءة الافكار)

ان الحياة لا تستحق العيش (التجريد الانتقائي)

يتم استنتاج التشوهات المعرفية من هذه الافكار الالية وذلك بالرجوع الى قائمة التشوهات المعرفية وتعرض الباحثة القائمة مع تقديم مجموعة من الشروح حول هذه التشوهات المعرفية و كيف أنها تكون هي المسئولة عن ظهور الأفكار الالية، وتذكر أنواع التشويه المعرفي كالتفكير الثنائي أي التفكير بطريقة مطلقة كالاعتقاد بان الانسان الذي يرتكب خطأ واحدا هو انسان سيء لا يفعل إلا الاخطاء او العكس

الاستنتاج الاعتباطي او التعسفي ويشمل الخروج باستنتاجات بناءا على أدلة غير كافية، كأن يغضب الانسان نتيجة كلمة او نظرة غاضبة من شخص اخر، وهذه الكلمة او النظرة لم تكن موجهة نحوه شخصيا

الافراط في التعميم ويعني تبني أفكار عامة واعتقادات بناءاً على خبرات محدودة، كأن يعتقد الشخص أنه فاشل في كل شيء اذا فشل مرة واحدة .وغير ذلك من التشوهات الواردة في الملحق رقم 5 .

تعرض الباحثة على الطالبات تقنية التقييم الذاتي وهذا لغرض ملء الاعمدة انطلاقاً من الامثلة المذكورة و التي توصلت اليها الطالبات

الموقف	الفكرة الالية	الانفعال	الفكرة البديلة	النتيجة
تلقت الحالة كلاماً قاس ووجرح من قبل امها	لا احد يحبني	-الشعور بالضيق -الشعور بالغضب	هذا غير صحيح فأمي تحبني ولقد تكلمت بهذه الطريقة لأنها تحب مصلحتي .	تحسن الحالة المزاجية للحالة و هذا عن طريق تبديل الفكرة الالية باخرى اكثر عقلانية .
			هناك العديد من الأشخاص الذين صرحوا بانهم يحبونني	

الواجب المنزلي

تطلب الباحثة من كل طالبة تسجيل على الأقل موقف واحد او موقفين عانت فيه من الاكتئاب ورصد الافكار الالية التي انتابتها خلاله، و ملئ جدول التقييم الذاتي انطلاقاً من ذلك.

الجلسة الرابعة :

موضوع الجلسة الرابعة : الوصول الى أفكار ايجابية بدل السلبية

أهداف الجلسة :

مراجعة الواجب المنزلي .

استخدام فنية الجدل المباشرة للوصول الى الأفكار البديلة .

تدريب أفراد المجموعة العلاجية على كيفية تقييم أفكارهم من حيث سلبياتها وإيجابياتها.

تعلم تنفيذ الأفكار الالية من خلال فنية الأسلوب السقراطي.

زيادة وعي و انتباه الحالة على أفكارها و انفعالاتها و استجاباتها الفسيولوجية.

الواجب المنزلي : التدرج على فنية الجدل المباشر

الفنيات العلاجية : فنية الجدل المباشر ،فنية الاسلوب السقراطي .

الاجراءات المتبعة :

مراجعة الواجب المنزلي السابق مع اعطاء امثلة، كل طالبة تقرا مثالا والتنبيه دائما الى ضرورة ربط التفكير بالمشاعر، وفحص نوعية التفكير ومدى عقلانيته والاجابة على اسئلة افراد المجموعة .

تشير الباحثة انتباه الطالبات من خلال طرح السؤال التالي :

انطلاقا مما سبق ذكره ما الذي يجب فعله حتى نحدث تغيير في طريقة تفكيرنا و مشاعرنا ؟

فإذا استطاع أعضاء المجموعة العلاجية أن يتوصلوا الى الاجابة الصحيحة والتمثلة في تغيير معتقداتهم وافكارهن حتى تتحسن حالتهم الميزاجية، في هذه الحالة يكون الوقت مناسب لتحدي طريقة التفكير المختلفة والتي تكون هي المسئلة عن ظهور الأعراض الاكتئابية.

تستخدم الباحثة الاسلوب السقراطي والتمثل في طرح مجموعة من الاسئلة وهذا لتعمق اكثر في المعتقدات السلبية، وفي ذات الوقت يمكن من خلالها استحضار المزيد من التفكير الموضوعي، كما قد تستعمل فنية الجدل المباشر والتي من خلالها تستبصر الحالة بعدم ملائمة هذه الافكار الالية والمعتقدات بالرجوع الى الفكرة الالية والتي توصلت اليها احدى الطالبات (لا احد يثق بي و يعتمد علي) يطرح السؤال التالي :

ما دليلك بأن لا احد يثق بك ؟ وهل يحدث ذلك دائما ؟

تناقش الباحثة الاجابات وتقدم التفسيرات، الى ان تحصل على الاجابة الصحيحة،لا يوجد دليل على ان لا احد يثق بي وهنا تطرح الباحثة سؤال اخر، كيف يمكن ان نقسر الوضعية ايضا؟ وهو سؤال يوجه تركيز الفرد الى تقويم معتقداته موضوعيا بدلا من تفكيره التلقائي مما يسمح بظهور بدائل اخرى اكثر عقلانية لا تثير مشاعر الحزن والاكتئاب.

بهذا تساعد الباحثة كل فرد من المجموعة على طرح الاسئلة الصحيحة، التي تساعدن على تغيير طريقة تفكيرهن الخاطئة وتبني طريقة تفكير اكثر منطقية وعقلانية وهذا بالاعتماد على فنية الجدل المباشر .

فيما يلي عرض لكيفية استخدام فنية الحوار السقراطي

الباحثة: حدثينا عن الموقف الذي ذكرته اليوم في واجبك المنزلي

الطالبة : عندما أريد ان اتخذ قرارا مصيريا في حياتي أشعر بانني غير قادرة على ذلك .

الباحثة : ما الذي يجعلك غير قادرة على اتخاذ القرارات المصيرية في حياتك .

الطالبة : لأنني اعتقد أنني لم اتخذ أي قرار مناسب في حياتي.

الباحثة : ما الذي يدور في ذهنك في تلك اللحظة، ما الذي تقولينه لنفسك .

الطالبة : انا غير قادرة على اتخاذ القرارات الحاسمة والمهمة في حياتي.

الباحثة : ما مدى اعتقادك الان بهذه الفكرة التي جالت بخاطرك، قيمها على سلم من 0 الى 100%

الطالبة :حوالي 80 %

الباحثة :ما هو دليلك على صحة هذه الفكرة، هل صارحك احد بذلك

الطالبة :لا ليس لدي أي دليل هذا مجرد احساس فقط .

الباحثة :هل يمكن أن تفكري في موقف اتخذت فيه قرارا صحيحا وصائبا ؟

الطالبة : لقد اتخذت بمفردي قرار تخصصي الدراسي وعلى ما يبدو فلقد كان قرارا صائبا حيث انني متفوقة الى حد ما في دراستي .

الباحثة :هل فعلا يفكر فيك أحد افراد اسرتك أو أصدقائك على انك غير قادرة على اتخاذ القرارات المناسبة وضعيفة الشخصية

الطالبة : لا لا أعتقد ذلك

الباحثة : اذن هل يمكن ان تعطينا تفسيرا اخر للوضعية غير الفكرة السلبية الالية الأولى ؟

الطالبة :اعتقد انهم يعتقدون انني مترددة بعض الشيء في اتخاذ القرارات واني افكر بطريقة هادئة ومثروية .

الباحثة : كيف تقدرى اعتقادك في كل من هذه البدائل

الطالبة :متردة بعض الشيء 30 %، افكر بطريقة هادئة 70 % .

الباحثة : اذا اعتبرنا ان بعض الناس يعتبر بأنك غير قادرة على اتخاذ القرارات، ماذا سيعني ذلك بالنسبة لك

الطالبة : لن يؤثر في لأنى اتخذت بعض القرارات في حياتي وكانت صائبة و لم اكن مترددة في ذلك

الباحثة : كيف تقدرين الان اعتقادك في الفكرة الاصلية وهي انك غير قادرة على اتخاذ القرارات المهمة في حياتك ؟

الطالبة: 20% ان لم يكن اقل .

الباحثة: وكيف تشعرين الان ؟

الطالبة: افضل بكثير الان .

تعلق الباحثة على هذا الحوار وتسمح لباقي اعضاء المجموعة بإبداء رأيهن، وملاحظتهن حول طريقة حديث الطالبة واعراضها الظاهرة وتقيم الوضعية ككل .

الواجب المنزلي :

هو ان يطبق كل عضو من اعضاء المجموعة، طريقة الحوار السقراطي و طرح الاسئلة الاساسية الثالثة :

ما هي الادلة على ما تعتقده ؟

كيف يمكن ان تفسر الوضعية ايضا ؟

اذا كان ذلك صحيحا ،ماذا يعني ذلك بالنسبة لك ؟

من خلال ذلك تتعلم الطالبات تنفيذ الافكار السلبية وخلق بدائل ايجابية اكثر ملائمة و موضوعية

وصف الجلسة الخامسة، السادسة، السابعة

موضوع الجلسات : تنفيذ الأفكار الالية السلبية المسيطرة على أفراد المجموعة العلاجية .

اهداف الجلسات :

مناقشة الواجب المنزلي السابق

مناقشة الافكار السلبية والانفعالات الناتجة عنها والمواقف التي تتجم عنها .

شرح العلاقة بين الأفكار السلبية التي تؤثر على الحالة الانفعالية للمريض .

التعرف على مزايا وفوائد التخلص من الأفكار السلبية .

تدريب و تعليم أفراد المجموعة على المرونة والتخلي عن التصلب من خلال مناقشة الفكرة الالية والتي تذهب الى (انا فتاة فاشلة ولا امل في المستقبل و ان المحيطون بي لا يحبونني)، مع الاشارة الى أنه في كل حصة من الحصص الخامسة والسادسة والسابعة تم مناقشة الفكرة السلبية الأكثر هيمنة و المشتركة بين جميع أفراد المجموعة العلاجية .

التعريف بالأفكار الالية او التلقائية السلبية وتأثيرها في السلوك والمشاعر.

المواصلة في تغيير طريقة التفكير السلبية واستبدالها بطريقة اكثر عقلانية .

التعرف على الافكار الايجابية والسلبية من خلال تطبيق اختبار الأفكار الايجابية والسلبية .

ملاحظة ستحاول الباحثة مناقشة هذه الفكرة في هذه الجلسات (أنا فتاة فاشلة و لا أمل في المستقبل و أن المحيطون بي لا يحبونني) باعتبارها فكرة اساسية و مشتركة بين جميع الفتيات المشاركات في البرنامج و ثم التوصل الى ذلك من خلال مراجعة الواجبات المنزلية التي عرضت على الباحثة.

الواجب المنزلي: التدريب على فنية المحاضرة .

الفتيات المتبعة : فنية التقييم الذاتي،المحاضرة، فنية تحديد مزايا وعيوب الفكرة الالية .

الاجراءات المتبعة :

تراجع الباحثة قيام افراد المجموعة بالواجب المنزلي، وتتأكد من الفهم الصحيح تجيب عن الاسئلة التي يطرحها اعضاء المجموعة، وتشجع المواظبة على انجاز الواجبات المنزلية .

تطبيق استمارة الافكار الايجابية و السلبية الواردة في الملحق 2، وهذا للكشف عن كل الافكار الالية التي تعاني منها الحالات و محاولة تصحيحها و تعديلها .

تعطي الباحثة مفهوم الافكار الالية بقولها هي مجموعة من الأفكار التي ترد الى الذهن بصورة سريعة او تلقائية وتحمل في طياتها معاني سلبية وافكار سوداوية، غير انه غالبا ما يتقبلها الفرد ويؤمن بها ويبنى طريقة تفكيره ويحكم على الاشياء المحيطة به استنادا اليها، حتى انه لا يفكر في التأكد من مصداقيتها .

تضيف الباحثة قائلة لقد تبين انكن تتبنين على العموم الفكرة التي مفادها ضروري أن أنجح في كل ما أفعل، فاذا لم أنجح فقد أنطوي عن نفسي .

ما هو الموقف الذي من خلاله تظهر لديك هذه الفكرة ؟

الحالة : عندما اتحصل على علامة اقل من 12 في الامتحان مثلا .

الباحثة : ماهي الانفعالات التي تراودك عندئذ .

الحالة : اشعر بالضيق و الغضب و بأنني بلا قيمة .

الباحثة : سنحاول معا انشاء قائمة تتضمن مزايا و عيوب فكرتك الالية السابقة الذكر

1 المزايا

تحثني على العمل اكثر

2 العيوب

اشعر بالدونية لاني لم احقق ما ارغب فيه .

اشعر بانني بلا قيمة عندما لا اصل الى ذلك .

عليه فلقد تبين للحالة ان عيوب هذه الفكرة اكثر من ايجابياتها ومنه لا بد من التوصل الى افكار بديلة غير هذه وهنا نستعمل فنية المحاضرة ومن خلالها نقتع الحالة ان هذه الطريقة في التفكير تضر اكثر مما تنفع ، حيث انها تهدف الى الوصول الى الكمال وهو أمر مستحيل لا يستطيع البشر الوصول اليه وان الفرد عليه ان يعمل و يسعى في حدود امكانياته و قدراته وان لا يكلف نفسه بأمور لا تطبيقها

الباحثة :سنحاول الان استبدال هذه الفكرة الالية بأفكار اخرى حاولي ان تتوصلي الى ذلك من خلال ما سبق ذكره

الطالبة : يجب أن يؤمن الفرد بقدراته .

الباحثة : ماهو الانفعال الذي يغمرك الان .

الطالبة : الرضا و التفاؤل

تحاول الباحثة و الطالبة تطبيق تقنية التقييم الذاتي و ذلك كحوصلة لكل ما تم التوصل اليه

النتيجة	الفكرة البديلة	الانفعال	الفكرة الالية	الموقف
شعور الحالة بالراحة النفسية وهذا من خلال تغير الحالة الميزاجية من الضيق الى الرضا ,تغير طريقة تفكير الحالة	يجب ان يؤمن الفرد بقدراته	-الشعور بالضيق -الشعور بالغضب	يجب ان يتمتع الفرد بدرجة عالية من الكفاءة و المنافسة	تحصلت على علامة اقل من 14 في الامتحان

تحاول الباحثة بعد ذلك الرجوع الى الفكرة الالية المحورية والمشاركة أنا فتاة فاشلة و لا أمل في المستقبل و أن المحيطين بي لا يحبونني.

تطرح الباحثة السؤال التالي ان هذه الفكرة اللاعقلانية تشمل مجموعة من الافكار المطلوب منكن تحديدها

تجيب احد الفتيات تتضمن هذه الفكرة ثلاث أفكار فرعية :

الفكرة 1 أنا فتاة فاشلة

الفكرة 2 لا أمل في المستقبل

الفكرة 3 ان المحيطين بي لا يحبونني

الباحثة لنبدأ بالفكرة الالية الاولى: انا فتاة فاشلة ما دليلك على هذا الاعتقاد

الحالة: لأنني اظن ذلك

الباحثة : ما هي توابع ذلك

الحالة : الشعور بالعجز والحزن وعندما افكر كذلك فانه ينتابني جملة من الأعراض الاكتئابية

الباحثة : هل يمكن ذكر هذه الاعراض

الحالة : ابدأ بالبكاء، اعاني من اضطراب النوم، لم تعد لدي الرغبة في تناول الطعام .

الباحثة : هل انت مقتنعة بان هذه الاعراض والانفعالات السلبية هي نتيجة لهذه الفكرة الالية .

الحالة : نعم بدأت استوعب العلاقة بين كل من الافكار السوداوية التي تنتابني والأعراض الاكتئابية التي تسيطر علي

الباحثة : اذن لا بد من تغيير طريقة تفكيرك الالية، ما هي المواقف التي فشلت فيها في حياتك ؟

الحالة : فشلت عند مشاركتي في بعض المسابقات، كما فشلت في احدى الامتحانات.

الباحثة : أذكر لي المواقف التي نجحت فيها .

الحالة : نجحت في شهادة التعليم الأساسي و التعليم الثانوي و في السنة الأولى جامعي .

الباحثة : هل تتفقين معي بان الحياة فيها النجاح و الفشل و اذا فشلت مرة فهذا لا يعني بانني سأفشل دائماً و منه فأسلوبك في التفكير خاطئ

الحالة : أظن كذلك فالنجاح نظير الفشل و كلنا عرضة لأن نفشل .

الباحثة : حاولي اعادة صياغة هذه الفكرة الالية .

الحالة : كلنا عرضة للفشل و بإمكاننا النجاح .

الفكرة الثانية : لا أمل في المستقبل، تنتقل الباحثة الى الطالبة الثانية

الباحثة سنحاول مناقشة هذه الفكرة من خلال فنية التقييم الذاتي، اذكر لي اهم المواقف التي تجعل هذه الفكرة تظهر عندك و تسيطر عليك

النتيجة

الفكرة البديلة

الانفعالات

الفكرة الالية

المواقف

عند تبديل طريقة التفكير السلبية بأخرى ايجابية تحسنت الحالة المزاجية للحالة .	تحاول الباحثة اقتناع الحالة بالفكرة البديلة التي مفادها ان المستقبل مشرق وزاهر و يجب دائما توقع حدوث الافضل و ان الانسان عليه السعي و الاجتهاد	القلق	لا امل في المستقبل الضيق	-عندما ارى ان عدد كبير من المتخرجين بلا عمل و بلا شك هذا هو مصيري .
--	--	-------	--------------------------	---

الخوف

الباحثة تنتقل الان الى الفكرة الثالثة : ان المحيطون بي لا يحبونني، سنعاول تطبيق فنية التقييم الذاتي مرة اخرى

النتيجة	الفكرة البديلة	الانفعالات	الفكرة الالية	الموقف
اقتناع الحالة بان المحيطون بها يحبونها و يساندوها و بالتالي يجب عليها التخلي عن هذه الفكرة	لقد ساعدتني في اكثر من مرة ربما هي الان منشغلة بامور اخرى و لها ظروفها ,		-الحزن التوتر الشعور بالوحدة	كنت بحاجة ماسة الى صديقتي و لم تقدم لي يد العون .

الفكرة اللاعقلانية كان مضمونها انا فتاة فاشلة، لا امل في المستقبل، وان المحيطون بي لا يحبونني

بعد التغيير المعرفي الذي حاولت الباحثة ترسيخه في الحالات وبعد اعادة الصياغة المعرفية لأفكارهن اصبحت الفكرة على النحو التالي :

كلنا عرضة للفشل وبإمكاننا النجاح وان المستقبل مشرق و زاهر و يجب دائما توقع حدوث الافضل وان المحيطون بنا يحبوننا و هم سند لنا .

ان تغيير طريقة التفكير الخاطئة نجم عنها تحسن الحالة المزاجية للحالات و اختفاء جزء كبير من الأعراض الاكتئابية .

الواجب المنزلي : حاولي تطبيق فنية التقييم الذاتي على أحد أفكارك الالية وهذا لغرض ابدالها من صيغتها السلبية الى الايجابية .

الجلسة الثامنة:

موضوع الجلسة الثامنة : السعي الى حل المشكلات المسببة للاضطراب .

اهداف الجلسة:

مناقشة الواجب المنزلي السابق

تبصير اعضاء المجموعة بمفهوم حل المشكلات من خلال الفكرة اللاعقلانية القائلة: بأنه يوجد دائما حل صحيح لكل مشكلة والفشل في العثور على هذا الحل يعد كارثة .
محاولة اقناع الفتاة نفسها بضرورة حل مشاكلها حتى لا تتطور .

الواجب المنزلي: ما هي اهم الافكار الالية التي مازالت تسيطر عليك و مازالت تظهر بالحاح .

التقنيات العلاجية: فنية المحاضرة

الاجراءات المتبعة :

تشكر الباحثة اعضاء المجموعة على التزامهم بالواجب المنزلي

تستعمل الباحثة فنية المحاضرة وذلك بقولها مثلا: انه من الطبيعي ان يواجه أي الفرد مشكلة معينة،ومنه لا بد من اتباع عدة خطوات لمواجهة تلك المشكلة،اولها ان تدرك بان لديها مشكلة وان تكون واعية بمشاعرها عند ادراك تلك المشكلة، بعدها يأتي وقف الافكار الاوتوماتيكية لان اغلب تلك الافكار تكون سلبية مما يؤدي الى التشويه المعرفي لديها، بعدها تأتي خطوة التفكير قبل القيام باي سلوك،أي تضع المشكلة على شكل سؤال تحاول الاجابة عنه، ثم تضع عدة حلول للمشكلة بعدها تبحث عن الحل الامثل .

لقد ركزت الباحثة على هذه الفكرة لأنه بحكم المرحلة العمرية التي تعيشها المشاركات في البرنامج فانه مفهوم حل المشكلة كثيرا ما يشوبه الخلل، ويجعلهن يتخبطن في الكثير من الازمات والقرارات الغير صائبة في مواجهة مشاكلهن وهذا ما يجعلهن عرضة للاكتئاب . كما انا الفتاة التي تعاني من الاكتئاب تميل الى مضاعفة حجم المشاكل بدلا من محاولة السعي الى ايجاد الحلول وهذا نظرا لطريقة التفكير المختلة التي تسيطر عليها .

الواجب المنزلي: تطلب الباحثة من افراد المجموعة صياغة مجموعة من الافكار الالية التي لازالت ترد الى الذهن بإلحاح و التي تؤثر على حالتها المزاجية و النفسية

الجلسة التاسعة و العاشرة :

موضوع الجلسة التاسعة والعاشرة : الرفع من قيمة الذات

أهداف الجلسة :

مناقشة الواجب المنزلي .

مواصلة عملية رصد الافكار الالية و مناقشتها.

التخلص من التفكير الانهزامي مع الذات.

رفع تقدير الذات المنخفض .

تصحيح طريقة التفكير الانهزامية التي تدعوا للتشاؤم و تبني طريقة تفكير اكثر منطقية.

تطبيق اختبار تقدير الذات

مواجهة الشعور بتدني تقدير الذات .

الرفع من قيمة أفراد المجموعة العلاجية لذواتهن .

التدريب اليومي على تحسين صورة المتعالج عن الذات .

عدم الاهتمام و تجاهل الأفكار السلبية والغير منطقية .

الواجب المنزلي: تسجيل مختلف المواقف التي تسبب الاكتئاب.

الفنيات العلاجية : تقنية التقييم الذاتي

الاجراءات المتبعة :

ممارسة بعض الأنشطة التي لها تأثير ايجابي على تحسن الحالة المزاجية لأفراد المجموعة التجريبية مثل

محاولة تكوين علاقات جديدة ، القيام بنزهة ، الاستماع الى الموسيقى الهادئة .

تتوه الباحثة الى ضرورة تحسين المزاج لما له من أهمية في اثاره الأعراض الاكتئابية ، لذلك تطلب من أفراد المجموعة التجريبية القيام بمجموعة من المهام و التي من شأنها تعديل المزاج كالقيام بنزهة مع مجموعة من الأصدقاء و الابتعاد عن العزلة و محاولة الترويح عن النفس .

عدم الاهتمام و تجاهل الأفكار السلبية و الغير منطقية .

تقوم الباحثة بمراجعة الواجب المنزلي والذي نص على تسجيل كل الافكار الالية التي لازالت تؤثر في طريقة تفكير الفتاة المراهقة المشاركة في العلاج، حيث تم تسجيل ايجابيات الطالبات على السبورة و هذا لغرض مناقشتها و تنفيذها .

لقد تمثلت هذه الافكار مثلا في : لم احقق أي شيء ايجابي في الحياة

انا عاجزة عن تحقيق طموحاتي

لقد تبين للباحثة ان الافكار الالية المذكورة تدل على طريقة تفكير انهزامية و تشاؤمية و هذا من شأنه أن يحط من قيمة الحالة و يؤثر على نفسيته و من ثم يجب تبني طريقة تفكير أكثر منطقية، حيث أن هذه الافكار تحمل في طياتها تدني تقدير الذات و سنعطي مثلا عن ذلك من خلال مناقشة الفكرة الالية التالية : (لم احقق شيء في حياتي)

تطرح الباحثة السؤال التالي : ما هي المواقف التي من خلالها تتجلى هذه الفكرة لديك ؟

الحالة : عندما يصفني الاخرين بانني فاشلة

الباحثة : ما هي الانفعالات التي تسيطر عليك عندما تجول هذه الفكرة في ذهنك

الحالة : اشعر بالحزن و الضيق

الباحثة : هل انت مقتنعة بهذه الفكرة و هل ترين بأنها صحيحة ؟

الحالة : الى حد ما

الباحثة : هل يمكن ان تذكر لي الادلة التي تؤكد هذه الفكرة

الحالة : اعاني من مشاكل في الدراسة وانا لست متفوقة فيها .

الباحثة : هل عدم تفوقك في الدراسة دليل على انك لم تحققي أي شيء في حياتك ؟

الحالة : تصمت لبرهة ثم تجيب لا .

الباحثة : اذن اذكري لي الادلة التي تنفي هذه الفكرة .

الحالة : لدي مستوى دراسي مقبول فانا الان طالبة جامعية .

الباحثة : اذن حققت انجازا كبيرا في حياتك بوصولك الى هذه المرحلة .

الحالة : اظن ذلك .

الباحثة : حاول ابدال هذه الفكرة الالية بأخرى اكثر منطقية من خلال كل ما سبق ذكره .

الحالة : لقد حققت بعض الاشياء الايجابية في حياتي .

الباحثة: حاولي ملء اعمدة تقنية التقييم الذاتي

النتيجة	الفكرة البديلة	الانفعال	الفكرة الالية	الموقف
تبني طريقة تفكير ايجابية و بالتالي تحسن الحالة المزاجية للفتاة.	لقد حققت بعض الاشياء الايجابية في حياتي (المستوى الدراسي الحالي)	الضيق الحزن	لم احقق أي شيء ايجابي في حياتي	وصف الاخرين لي بانني فاشلة
الانفعال التفاؤل, الراحة	(

تدريب أفراد المجموعة على حمل عبارات ذاتية ذات مضمون ايجابي، ومساعدتهن على تعزيز ثقتنهن بأنفسهن و هذا من خلال الحوار الفعال و البحث الذاتي والتدريب على مهارات فعالة لبناء معرفي مناسب ويتم هذا عبر تغيير الأفكار الغير عقلانية الى ايجابية مناسبة للموقف .

الواجب المنزلي أذكري مختلف المواقف و الأحداث التي تجعلك تعيشين حالة اكتئاب و من خلالها تتجلى المظاهر الاكتئابية عليك

الجلسة الحادية عشرة

موضوع الجلسة: مواجهة المواقف الضاغطة المسببة للاكتئاب

اهداف الجلسة :

مناقشة الواجب المنزلي

تعلم مهارات ايجابية للتعامل مع المواقف التي تسبب الاكتئاب.

زيادة ثقة الفتيات بأنفسهن وبقدراتهن وبأهميتهن كفرد في المجتمع .

الواجب المنزلي : تسجيل كل الملاحظات الخاصة بالبرنامج العلاجي المعرفي المطبق عليكن

الاجراءات المتبعة :

تستهل الباحثة الجلسة بالسؤال التالي : ما هي اهم المواقف التي من خلالها تظهر لديكن اعراض الاكتئاب، ولقد تم تحضير الاجابات من قبل الطالبات المشاركات في الحصة العلاجية و هذا نموذج عن بعض الاجابات :

عندما لا يتفهم والدي مشاكلي .

عندما أشعر اني قد تغيرت كثيرا من الناحية الفيزيولوجية.

عندما أجد صعوبة في التواصل مع الجنس الاخر .

تعتبر هذه المواقف و الظروف التي تتعرض لها الفتاة المراهقة تمهيدا لظهور اعراض الاكتئاب لديهن لذلك يجب تعلم بعض المهارات لمواجهة هذه الظروف بطريقة ايجابية و من ثم منع ظهور اعراض المرض و من بين هذه المهارات

استبدال طريقة التفكير المختلفة بأخرى أكثر ايجابية .

التركيز على الحوار الذاتي الايجابي والذي يسعى الى زيادة تقدير الذات .

الواجب المنزلي: تطلب الباحثة من أعضاء المجموعة العلاجية تسجيل كل الملاحظات المتعلقة بالبرنامج العلاجي المطبق عليهن .

مناقشة الواجب المنزلي

وصف الجلسة الثانية عشرة

موضوع الجلسة : التعليق على البرنامج العلاجي

اهداف الجلسة :

الاستماع الى أي ملاحظات والاجابة على التساؤلات .

القيام بالتطبيق البعدي .

تقييم أعضاء المجموعة للبرنامج العلاجي بملء الاستمارة الخاصة بذلك (ملحق 6) والاستماع الى انطباعات الطالبات جميعا

شكر اعضاء المجموعة على المشاركة و الالتزام بالحضور و اداء الواجبات .

اعطاء نصائح فيما يخص مرحلة المتابعة.

الاجراءات المتبعة :

تطلع الباحثة على الملاحظات وتجبب عن الاسئلة .

تطلب الباحثة من اعضاء المجموعة الاجابة على مقياس الاكتئاب للمرة الثانية (تطبيق بعدي) . وكدي على مقياسي التفكير الايجابي و السلبي و مقياس تقدير الذات .

تطلب الباحثة من الاعضاء تقييم البرنامج من حيث ملائمة الانشطة المستخدمة في البرنامج والوقت المخصص للجلسات و مدى ملائمة الواجبات المنزلية التي وضعت لها .

تشكر الباحثة الأعضاء على تعاونهن والتزامهن بالجلسات وعلى بذلهن كل هذه الجهود ,كما تثني الباحثة على مجهداتهن المبذولة، وروح الجماعة التي تحلى بها الجميع , تحدد الباحثة مع اعضاء المجموعة موعد جلسة المتابعة و ذلك بعد مرور شهر،تبين الباحث للطلبات ضرورة متابعة الاستفادة مما تعلمن منه خلال الجلسات، ان يتحلين بالعزيمة والارادة للخروج من مشكلة الاكتئاب، و تبين لهن وسائل الاتصال بها في حالة الحاجة الى أي مساعدة.

وصف الجلسة الثالثة عشرة :

موضوع الجلسة : تقييم مدى الاستفادة من البرنامج

أهداف الجلسة :

الترحيب بالأعضاء مرة أخرى، والثناء على مواظبتهم

الاستماع الى التقارير اللفظية لكل طالبة عن حالتها النفسية الى غاية هذه الجلسة .

الاجابة على أي اسئلة يمكن ان تطرح .

القيام بالقياس التتبعي

تقييم الاثر بتطبيق ما تم تعلمه على باقي موضوعات الحياة

الاجراءات المتبعة :

رحبت الباحثة بالطالبات واثنت كثيرا على المثابرة والمواظبة و تحمل المسؤولية في العلاج

استمعت الباحثة الى التقارير اللفظية وبعضها كان كتابيا من الطالبات اللواتي عبرن عن التجربة بكثير من التفاؤل والامتنان، مع تبيان مشاعر التغيير والتحسن الذي شعرن به، وشعر بها المحيطون بهن .

القيام بالقياس التتبعي كما يقتضيه تصميم البحث

وضحت الباحثة في الاخير كيف يمكن استغلال ما تم تعلمه في احداث تغييرات مهمة وملائمة في حياة كل طالبة، ذلك ان العلاج النفسي المعرفي هو عملية تعلم مستمرة، تقييم و تقويم مستمرين وذلك بما يفيد تعميم الاثر و دوامه .

ملحق رقم (5) قائمة التشوهات المعرفية لبيك

الرقم	التشوهات المعرفية	معناها
1	الاستنتاج التعسفي	توصل الفرد الى استنتاج معين دون وجود دليل كاف عليه

التجريد الانتقائي	2
التوصل الى نتيجة استنادا الى عنصر واحد فقط من عناصر الموقف .اي ان الفرد يبني استنتاجه على العناصر السلبية و يتجاهل الايجابية	
التعميم الزائد	3
التوصل الى استنتاجات كلية على اساس حدث واحد فقط و قد يكون تافها،أي القفز الى التعميم الغير منطقي بناءا على واقعة واحدة	
التفكير المستقطب	4
التفكير في الكل او لاشيء ,الميل للتفكير بصورة مطلقة مثل النجاح الكامل او الفشل التام	
الشخصنة او اخذ الامور على محمل شخصي	5
تفسير الاحداث من وجهة نظر المريض .	
التضخيم و التهويل	6
ميل الفرد الى التضخيم من اهمية الاحداث السلبية و التقليل من الجوانب الايجابية التي ينطوي عليها الموقف	
لوم الذات و انتقادها	7
اساءة تفسير الاحداث والوقائع بشكل يؤدي الى التقليل من شان الذات ,و القاء اللوم عليها	
قراءة الافكار	8
اعتقاد الفرد انه يعرف ما يفكر فيه الناس الاخرين نحوه	
العنونة	9
ينسب الفرد السمات السلبية لنفسه و	

تحتوى هذه القائمة على مجموعة من الفقرات لتقييم البرنامج العلاجي الذي خضعت له ارجو وضع العلامة* امام العبارة المناسبة

الرقم	الفقرة	اوافق بشدة	اوافق الى حد ما	لا اوافق
1	تقد تبدل مضمون تفكيري من السلبي الى الايجابي			
2	التخلص من النظرة الدونية للذات			
3	ان لأفكارنا تأثير كبير على انفعالاتنا			
4	التعرف على الافكار الالية و التخلص منها			
5	تعديل الصورة المتخيلة عن الذات			
6	استخدام حوار ذاتي ايجابي عند مواجهتي للمواقف الضاغطة والمحبطة			
7	النظرة المتفائلة للحياة			
8	رفع تقديري لذاتي			
9	لكل مشكلة حل و لا بد من التفكير المنطقي			
10	مواجهة المواقف والاحداث المؤلمة بصورة ملائمة			

هدفت الدراسة الحالية الى استقصاء مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي في خفض الأعراض الاكتئابية المتوسطة من خلال قياس أعراض الاكتئاب وتشخيصه عند عينة من الطالبات المراهقات السنة الاولى و الثانية جامعي وأثره على تعديل طريقة التفكير الالية السلبية من خلال مقياس التفكير الايجابي والسلبي والرفع من مستوى تقدير الذات وذلك من خلال تصميم و تطبيق البرنامج العلاجي

على عينة الدراسة الحالية ثم التحقق من الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي و الفروق بين المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي والتتبعي والكشف عن فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي في خفض الأعراض الاكتئابية المتوسطة وأثره على تعديل الأفكار السلبية للطلاب وكذا الرفع من قيمة تقديرهن لذواتهن .

الكلمات المفتاحية :

العلاج المعرفي، الأعراض الاكتئابية المتوسطة، المرافقة، الأفكار الآلية السلبية، تقدير الذات

La présente étude visait à étudier l'efficacité d'un programme de traitement cognitive dans la réduction des symptômes moyennes de dépression en mesurant les symptômes de la dépression et le diagnostiquer chez quelques étudiantes adolescente de la première et la deuxième année à l'université et son effet dans le réglage de la pensée négative via l'échelle de la pensée négative et de l'augmentation du niveau de l'estime de soi par la conception et l'application d'un programme de traitement sur l'échantillon d'étude en cours, puis enquêter sur les différences entre les groupes principaux et les groupes expérimentales dans le test a posteriori, et les différences entre les groupes expérimentaux dans le pré-test, test posteriori afin de révéler l'efficacité du programme de traitement pour réduire les symptômes de la dépression moyenne et son impact en ajustant les idées négatives chez les étudiantes ainsi que le renforcement de leur estime de soi même.

Mots clés :

La thérapie cognitive, les symptômes de dépression moyennes, l'adolescence, les pensées négatives, l'estime de soi

The current study aimed to investigate the efficiency of a Knowledge-based treatment program in decreasing the medium symptoms of depression through measuring the symptoms of depression and diagnosing it in a sample of students from first and second year in University and its effect in adjusting the negative thinking via the positive and the negative thinking scale and rising the level of self-esteem by designing and applying the treatment program on the current study sample then investigating the differences between the main and experimental groups in the posteriori test and the differences between the experimental groups in the pre-test, posteriori test, and reveal the efficiency of the treatment program in decreasing the medium symptoms of depression and its impact in adjusting the negative ideas for female students and rising their self-esteem as well.

Key words:

Cognitive therapy , medium symptoms of depression, adolescence, negative thoughts, self-esteem.