

إقرار

أنا الموقع أدناه مقدم الرسالة التي تحمل العنوان:

فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة

The effectiveness of a cognitive behavioral therapy program in reducing depression symptoms of a sample of patients who visit psychiatric clinic

أقر بأن ما اشتملت عليه هذه الرسالة إنما هي نتاج جهدي الخاص، باستثناء ما تمت الإشارة إليه حيثما ورد، وإن هذه الرسالة ككل، أو أي جزء منها لم يقدم من قبل لنيل درجة أو لقب علمي أو بحث لدى أية مؤسسة تعليمية أو بحثية أخرى.

DECLARATION

The work provided in this thesis, unless otherwise referenced, is the researcher's own work, and has not been submitted elsewhere for any other degree or qualification.

Student's name:

اسم الطالب : **مهند محمد رفعت رمضان سليمان**

Signature:

التوقيع: 

Date:

التاريخ: 2014/4/7



الجامعة الإسلامية - غزة
عمادة الدراسات العليا
كلية التربية
قسم علم النفس

**فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب
لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة
النفسية بمحافظة شمال غزة**

إعداد الباحث
مهند محمد / رفعت رمضان سليمان

إشراف
د. عبد الفتاح عبد الغني الهمص

قدمت هذه الدراسة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الصحة النفسية المجتمعية

1435 هـ - 2014 م



هاتف داخلي: 1150

مكتب نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا
الرقم: Kef.....

التاريخ من غ/35/.....
Date
08/03/2014

نتيجة الحكم على أطروحة ماجستير

بناءً على موافقة شئون البحث العلمي والدراسات العليا بالجامعة الإسلامية بغزة على تشكيل لجنة الحكم على أطروحة الباحث/ مهند محمد رفعت رمضان سليمان لنيل درجة الماجستير في كلية التربية/ برنامج الصحة النفسية المجتمعية وموضوعها:

فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة

وبعد المناقشة العلنية التي تمت اليوم السبت 6 جمادي الأولى 1435هـ، الموافق 2014/03/08م الساعة الحادية عشر والنصف ظهراً في مبنى القدس، اجتمعت لجنة الحكم على الأطروحة والمكونة من:

د. عبد الفتاح عبد الغني الهمص	مشرفاً ورئيساً	
د. أنور عبد العزيز العبادسة	مناقشاً داخلياً	
د. باسم علي أبو كويك	مناقشاً خارجياً	

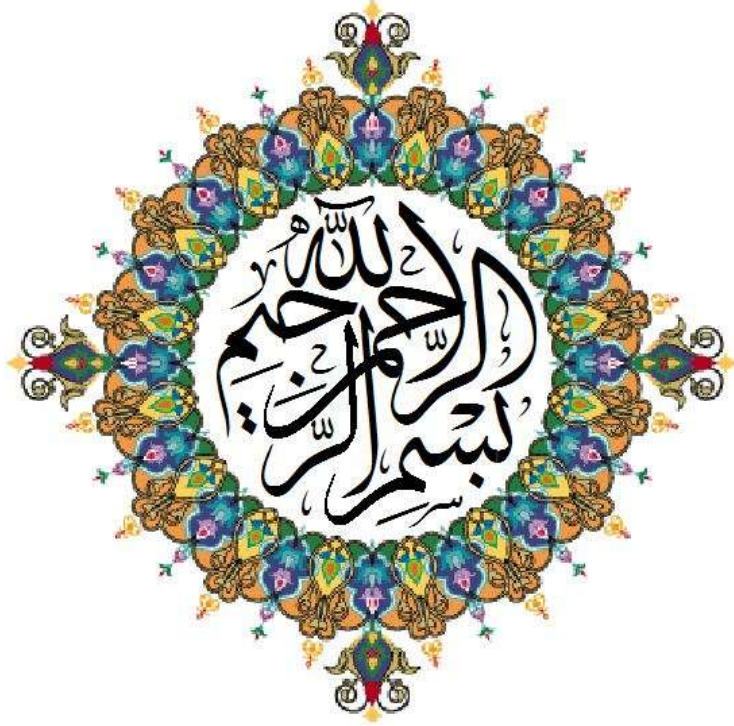
وبعد المداولة أوصت اللجنة بمنح الباحث درجة الماجستير في كلية التربية/قسم الصحة النفسية المجتمعية. واللجنة إذ تمنحه هذه الدرجة فإنها توصيه بتقوى الله ولزوم طاعته وأن يسخر علمه في خدمة دينه ووطنه.

والله ولي التوفيق،،،

مساعد نائب الرئيس للبحث العلمي والدراسات العليا

أ.د. فؤاد علي العاجز





﴿وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ﴾

(الشعراء: 80)



الهدايا

- إلى مروح جدتي وأمي مرحهما الله وأسكنهما فسيح جناته . . .
إلى جدي الغالي اللواء مكن رمضان داود سليمان . . .
إلى والدي ووالدتي (نروجة أبي) أمدهما الله بالصحة والعافية . . .
إلى خالي العزيز حفظه الله ومرعاهما
إلى أعمامي وعماتي حفظهم الله
إلى نزوجتي العزيزة التي كابدت معي عناء الدراسة
إلى بهجة عمري ابنتي أحلام . . .
إلى إخواني وأخواتي وفقهم الله لما يحب ويرضى . . .
إلى زملائي وزميلاتي العاملين في المجال النفسي . . .
إلى كل من وقف بجانبني مشاركاً وموجهاً وناصحاً . . .
أهدي هذا العمل المتواضع . . .

الباحث

مهند محمد رفعت سليمان

شكراً وتقديراً

﴿ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي بُثْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ ﴾ (الأحقاف، آية: 15)

يستطيع الإنسان أن يترجم اللغة إلى لغة أخرى، لكنه لا يستطيع أحياناً أن يترجم معاني الشكر إلى كلمات ترقى إلى المستوى المطلوب.

واعترافاً مني وتقديراً لأهل الفضل، فإنني أتوجه بالشكر والتقدير إلى مشرفي على الرسالة أستاذي الفاضل، الدكتور/ عبد الفتاح الهمص الذي تفضل مشكوراً بالإشراف على هذه الرسالة، والتي ما كان لها أن ترتقي إلى المستوى المطلوب إلا بفضل الله أولاً، ثم بفضل توجيهاته السديدة، ورعايته الحكيمة، فلم يبخل عليّ بعلمه، ووفته فجزاه الله خير الجزاء، وحفظه ذخراً للعلم وأهله.

وشكري موصول إلى عضوي لجنة المناقشة الدكتور باسم أبو كويك والدكتور أنور العبادسة اللذين تفضلوا بمناقشتي رسالتي.

كما أقدم بالشكر والعرفان إلى الجامعة الإسلامية ممثلة في رئاستها وإداراتها المتعددة التي أتاحت لي فرصة البحث العلمي، وشكري موصول إلى عمادة كلية التربية ممثلة بعميدتها الأستاذة الدكتورة/ فتحية اللولو، وإلى أسرة كلية التربية وإلى قسم علم النفس.

وشكري الخالص إلى جميع أفراد أسرتي الذين تحملوا أعباء كثيرة ليتيحوا لي فرصة الإطلاع، والبحث، واستغلال الوقت وأخص بالذكر جدي اللواء رمضان سليمان، ووالدي الدكتور محمد رفعت سليمان، ولجميع أفراد عينة الدراسة الذين تفضلوا بالإجابة عن استبانات هذه الدراسة، وتابعوا حضور كامل جلسات البرنامج الإرشادي.

كما أقدم بالشكر الجزيل السادة المحكمين لما بذلوه من جهد في تحكيم أداة الدراسة التي أعدها الباحث، حيث كانت لتوجيهاتهم السديدة الأثر البالغ، وأخص بالذكر الدكتور مصطفى المصري، والدكتور أنور العبادسة فجزاهم الله خير الجزاء، وشكري موصول إلى الأستاذة القديرة/ صفية البراوي ناجي نبهان والتي قامت بالتدقيق اللغوي لهذه الرسالة.

وأخيراً أكرر عظيم الشكر وخالص التقدير لكل من ساهم ولو بجهد ضئيل أو بث في نفسي العزيمة والطموح على المواصلة والعطاء، أو أضاء لي الدرب، وأسأل الله أن يجزيهم خير الجزاء.

وما توفيقني إلا بالله

والسلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الباحث

مهند محمد رفعت سليمان

غزة - فلسطين

ملخص الدراسة

هدف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى إظهار مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرض المترددين على العيادة النفسية، وتكونت عينة الدراسة من (30) شخص في تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تجريبية وقوامها (15) شخص، والثانية ضابطة وقوامها (15) شخص، حيث تم اختيارهم من بين (77) شخص من مركز أبو شباك الصحي في منطقة شمال غزة ممن حصلوا على أعلى درجات على مقياس بيك للاكتئاب، واستخدم الباحث في دراسته الحالية الأدوات التالية للتحقق من صحة فروض الدراسة:

مقياس بيك المعدل للاكتئاب ، والبرنامج المقترح الذي أعده الباحث ، واستمارات خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي، واستخدم الباحث في دراسته المنهج التجريبي باستخدام مجموعتين متكافئتين، مجموعة تجريبية، مجموعة ضابطة.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

توجد فروق دالة إحصائياً في أعراض الاكتئاب لدى افراد المجموعة التجريبية في القياسات المتعددة (القبلي والبعدي والتتبعي).
توجد فروق دالة إحصائياً في أعراض الاكتئاب بين افراد المجموعة التجريبية وافراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.

Abstract

This study aims at investigating the effectiveness of a cognitive behavioral therapy program in reducing depression symptoms of a sample of patients who visit psychiatric clinic.

The study sample consists of 30 persons. They are divided into two groups. The first group is an experimental group consisting 15 persons, and the second is control group consisting 15 persons. Those persons were chosen out of 77 person from Abu Shbak Health Center in northern Gaza and who got the highest level in the Beck Depression Inventory.

The researcher used the following means to verify the study's hypothesis: The Beck Depression Inventory and The therapeutic program prepared by the researcher to reduce the effects of depression of the target group and Special form of cognitive behavioral therapy.

The researcher used two approaches, i.e. the descriptive and experimental (through two groups – experimental and control groups).

The study findings

After using the tools of the study and conducting statistical investigation for the data available, the following findings have been identified:

- There are statistically significant differences in the averages of the experimental group pre and post applying the program and follow-up test for the benefit of the latter.
- There are statistically significant differences in the averages of the experimental group and control group pre and post applying the program for the benefit of the experimental group.

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	آية
ب	إهداء
ج	شكر وتقدير
د	ملخص الدراسة باللغة العربية
هـ	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
و	فهرس المحتويات
ي	فهرس الجداول
ك	فهرس الأشكال
ك	فهرس الملاحق
الفصل الأول: خلفية الدراسة	
2	مقدمة
4	مشكلة الدراسة
4	فروض الدراسة
4	مببرات الدراسة
5	أهداف الدراسة
5	أهمية الدراسة
6	حدود الدراسة
6	مصطلحات الدراسة
الفصل الثاني: الإطار النظري	
9	المبحث الأول: الإكتتاب النفسي
9	مقدمة
10	تعريف الإكتتاب النفسي
11	الإكتتاب ومتغيرات أخرى
11	الإكتتاب وتقدير الذات
15	الإكتتاب والمهارات الإجتماعية

الصفحة	الموضوع
17	تصنيف الإكتئاب
21	نظريات الإكتئاب النفسي
21	نظرية التحليل النفسي
22	النظرية الفسيولوجية
23	نظرية التعلم السلوكي
24	النظرية المعرفية
25	النظرية الشخصية
26	تفسير الإكتئاب من منظور إسلامي
30	أسباب الإكتئاب
33	أعراض الإكتئاب
35	علاج الإكتئاب
35	العلاج الطبي النفسي
37	العلاج النفسي
37	العلاج النفسي التحليلي
38	العلاج السلوكي
38	العلاج المعرفي
38	العلاج الإجتماعي
38	العلاج الديني
40	المبحث الثاني: العلاج المعرفي السلوكي
40	مقدمة
42	تعريف العلاج المعرفي السلوكي
43	قواعد العلاج المعرفي السلوكي
44	مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
45	خصائص العلاج المعرفي السلوكي
46	أهداف العلاج المعرفي السلوكي
47	النموذج المعرفي السلوكي للإكتئاب

الصفحة	الموضوع
49	فنيات العلاج المعرفي السلوكي
58	أساليب العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب
64	فنيات العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب
الفصل الثالث: الدراسات السابقة	
70	مقدمة
70	أولاً: الدراسات التي تناولت الإكتئاب
70	-الدراسات عربية.
74	- الدراسات أجنبية.
77	تعقيب الباحث على الدراسات التي تناولت الإكتئاب النفسي
78	ثانياً: دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب
78	- دراسات عربية.
83	- دراسات أجنبية.
85	تعقيب الباحث على الدراسات التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب
الفصل الرابع: إجراءات الدراسة	
89	مقدمة
89	منهج الدراسة
89	المجتمع الأصلي للدراسة
89	عينة الدراسة
92	ادوات الدراسة
102	خطوات الدراسة
102	المعالجات الإحصائية
103	الإنجازات
103	الصعوبات
الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشتها	
105	فروض الدراسة
107	نتيجة وتفسير الفرض الأول.

الصفحة	الموضوع
109	نتيجة وتفسير الفرض الثاني.
111	التعليق العام على نتائج الدراسة.
112	توصيات ومقترحات الدراسة.
113	البحوث المقترحة.
114	المصادر والمراجع.
114	مراجع باللغة العربية
122	مراجع باللغة الإنجليزية
127	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول	الرقم
91	نتائج اختبار مان وتني للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة حسب العمر	1
91	نتائج اختبار كاي للمجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة حسب المستوى التعليمي	2
93	معامل الارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس	3
100	جلسات البرنامج الإرشادي النفسي وموضوع كل جلسة	4
105	نتائج اختبار التوزيع الطبيعي	5
106	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي داخل المجموعات للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي والتتبعي	6
106	نتائج اختبار بنفروني لمقارنة متوسطات القياس القبلي والبعدي والتتبعي	7
108	نتائج اختبار t لعينتين مستقلتين للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج	8

فهرس الأشكال

الصفحة	الشكل	الرقم
49	دورة الاكثتاب	1

فهرس الملاحق

الصفحة	الملحق	الرقم
128	اختبار قياس الاكثتاب	1
134	أعضاء لجنة تحكيم مقياس بيك للاكثتاب النفسي	2
135	أعضاء لجنة تحكيم البرنامج الإرشادي	3
136	البرنامج الإرشادي	4
149	سجل الأفكار اليومي	5

الفصل الأول

خلفية الدراسة

مقدمة

مشكلة الدراسة

فروض الدراسة

مببرات الدراسة

أهداف الدراسة

أهمية الدراسة

حدود الدراسة

مصطلحات الدراسة

الفصل الأول

خلفية الدراسة

مقدمة:

يمر الإنسان بحالات مزاجية متقلبة، تتراوح بين الفرح والحزن، ويعاني بطبعه من الشعور بالضيق، والأسى لما يتعرض له في حياته من صعاب، ومشكلات، وقد عبر القرآن الكريم عن هذه الحالة الإنسانية في قوله تعالى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ﴾ (البلد: آية:4).

فهذه الآية تشير بوضوح إلى حالة نفسية مصاحبة للإنسان في معظم أوقات حياته، تتمثل في شعوره بالضجر والملل والأسى والحزن، فلان توفاه الله، وفلان قد هبطت معنوياته؛ لأن الفتاة التي أحبها لسنوات قررت الزواج من غيره (سرحان "وأخرون"، 2001 : 24).

والحزن انفعال مضاد للفرح والسرور، وهو يحدث إذا فقد الإنسان شخصاً عزيزاً، أو حلت به كارثة ما، أو فشل في تحقيق أمر ما، لذلك فغالباً تشعر الزوجة بالحزن إذا ما غاب زوجها عنها أو أحد أبناءها، أو إذا ما لحق بهم أذى، أو أصابهم مكروه (نجاتي، 1989، :93).

ويشير الشربيني (2001، :183) إلى أن شعور الحزن هو من المشاعر المعتادة إذا كان هناك سبباً يدعو إلى ذلك، وتزيد درجته، أو تخف تبعاً لأسبابه، بينما حالة الاكتئاب النفسي هي حالة نفسية مرضية، مثل: الاضطرابات، و الأمراض النفسية الأخرى، ورغم أوجه التشابه في الصورة العامة بين الحالتين، فإن من المتوقع أن تعود الحالة النفسية إلى وضعها الطبيعي تدريجياً في حالة رد فعل الحزن، وذلك بعد مرور فترة زمنية قصرت أم طالت، أما حالة الاكتئاب فإنها تتطلب العلاج والمتابعة لكي يتخلص المريض من الأعراض.

وهناك كم هائل من الأعباء والمسؤوليات، والمشكلات التي يتعرض لها الإنسان في عالم اليوم، وينسب متفاوتة في كل المجتمعات، سواء المتقدمة أو النامية أو البدائية وهذه تمثل ضغوط الحياة التي يعاني منها كل أفراد المجتمع صغاراً أو كباراً وأهمية ضغوط الحياة أنها قد تكون العامل الذي يتسبب في الاكتئاب النفسي (الشربيني، 2001 :89).

وقد عرف القدماء حالة الاكتئاب النفسي باسم السوداوية، وأول وصف إكلينيكي هو ما جاء به أبوقراط في القرن الرابع قبل الميلاد، حيث أرجع سبب التقلبات المزاجية لدى الأفراد وهي حالات السوداوية، والهوس إلى زيادة في تأثير العصارة السوداء في الدماغ، أما أرتيوس في القرن الثاني

بعد الميلاد، فقد وصف الشخص السوداوي بأنه حزين، وقانط الجسم ويتمنى الموت
(العمري، 1985: 5).

وفطن المسلمون إلى مرض الاكتئاب النفسي وعرفوه منذ القدم باسم الهم والوجد، كما أطلق
عليه بعضهم الوسواس، حيث يعزى سبب الاكتئاب عندهم إلى إفراط في العمليات العقلية، كالتفكير
والتذكر والإدراك، وهذا يجلب الهم والحزن (الطويل، 1988: 18).

وشهدت السنوات الأخيرة من القرن العشرين زيادة هائلة في انتشار أعراض الاكتئاب
النفسي في كل أنحاء العالم، حيث يعاني (7% - 10%) من سكان العالم من الاكتئاب، وهذا يعني
وجود مئات الملايين من البشر في معاناة نتيجة للإصابة بهذا المرض (الشربيني، 2001: 91).
ونظراً للظروف الاستثنائية التي يمر بها المجتمع الفلسطيني، وما يتعرض له من فقدان
للأبناء في انتفاضة الأقصى، ومضايقات، ومشكلات، وضغوط، وملاحقة، وإصابات جسدية،
وممارسات قمعية، ومن هدم للبيوت، وقلع للأشجار، واقتحام للمدن والقرى الفلسطينية، وإطلاق
للنار المكثف دون تمييز، بالإضافة إلى سوء الأوضاع الاقتصادية، وضيق فرص العمل، وارتفاع
معدلات البطالة بين الشباب، أدى كل ذلك إلى زيادة أعراض الاكتئاب لديهم.

وتشير أدبيات الدراسة إلى زيادة انتشار الاكتئاب النفسي لدى المرأة بنسبة تفوق حدوثه بين
الرجال بنسبة 2: 1 وغالباً ينعكس ذلك على الأبناء (إبراهيم، 1998: 32).

حيث أن الأطفال الذين لديهم ميولاً انتحارية تسيطر عليهم الرغبة في الموت ويتمنون
بالمزاج الاكتئابي، كما أن لديهم تاريخاً طويلاً مع الاكتئاب وتبدو عليهم إشارات المشكلات
الانفعالية مع تزايد دوافع الانتحار لدى أمهاتهم، حيث أن إصابة الوالدين أو أحدهما بالاكتئاب،
ودخول الوالدين أو أحدهما إلى مستشفى الطب النفسي للعلاج من المشكلات الانفعالية، أو الميول
الانتحارية فضلاً عن تزايد دوافع الانتحار لدى أمهاتهم
(الشخص، و السرطاوي، 1999: 257).

ويؤكد ولسون " وآخرون " (Wilson, et al، 1996: 75) أن هناك علاقة بين الاكتئاب
والانتحار فقد تبين أن نسبة الانتحار بين المكتئبين تزيد عن غيرها لتصل إلى ما يقرب من 15%
من بين حالات الانتحار، وأن نسبة 80% تسود بينهم حالات الاكتئاب، وأن نسبة الوفاة المبكرة
تزيد في حالات الاكتئاب بسبب تعرض نسبة من المكتئبين للانتحار.

ولقد اهتم العلماء والباحثون بالعلاج المعرفي السلوكي، وذلك بتأكيدهم على أهمية تعديل الأفكار السلبية، وضبط السلوك (فونردين، 1994: 112).

ولقد اثبتت الدراسات فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اعراض الاكتئاب، من هذه الدراسات : دراسة علي (2004)، ودراسة بلحيل (2008) ، ودراسة إدريس (2008) وهذا ما دفع الكثير من المؤسسات العاملة في مجال الصحة النفسية بالبحث والعمل على تطوير برامج للتعامل مع المشكلات النفسية التي بدأت تطفو على الساحة الفلسطينية.

أولاً: مشكلة الدراسة:

المشكلة الأساسية للدراسة تتمثل في السؤال التالي:

"ما مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة ؟"

وينبثق عن هذه المشكلة التساؤلات الفرعية التالية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسات المتعددة القبلي والبعدي والتتبعي؟.
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى أعراض الاكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج؟.

ثانياً: فروض الدراسة:

وتنبثق من الأسئلة السابقة الفروض الآتية:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أعراض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسات المتعددة القبلي والبعدي والتتبعي
2. . توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) في أعراض الإكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.

ثالثاً: مبررات إجراء الدراسة:

1. تنمية الوعي في مجتمعنا المحلي بأهمية العلاج النفسي والخدمات التي يمكن أن تقدم للمرضى.
2. ندرة الدراسات التي تهتم بتقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب وخاصة في المجتمع المحلي.

3. عدم وجود إطار علمي وأكاديمي واضح وعملي للعلاج المعرفي السلوكي بحيث يكون العلاج الأجدى والأنجع في حال تطبيقه في مجتمعنا.
4. أنها باكورة الدراسات في المجتمع الفلسطيني التي عملت على تطوير برنامج علاجي لمساعدة المرضى المتأثرين في الاكتئاب.
5. تفتح المجال للباحثين للعمل على تطوير برامج علاجية تساهم في التقليل من الإضطرابات النفسية.

رابعاً: أهداف الدراسة:

1. الكشف عن مدى نجاح البرنامج العلاجي المقترح .
2. معرفة وتحديد فيما إذا كان هناك تفاوت بين المرضى في الاستفادة من البرنامج
3. التعرف إلى التفسيرات النظرية للإكتئاب وبشكل خاص النظرية المعرفية.
4. تقديم رؤيا واضحة عن اضطراب الاكتئاب
5. تقديم خلفية نظرية وعملية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي للإكتئاب

خامساً: أهمية الدراسة:

للدراسة أهمية تتبع من ناحيتين ، نظرية وتطبيقية موضحة كما يلي:
الناحية النظرية:

تعتبر هذه الدراسة امتداد لمجموعة من الدراسات والأبحاث والجهود في مجال فهم الاكتئاب وأساليب التعامل معه باعتباره من أمراض العصر السائدة في كل المجتمعات ومنها المجتمع الفلسطيني ، ولذلك كان لابد للباحث من المساهمة في إيجاد بعض الطرق والوسائل التي من الممكن أن تساعد على التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب وتكون بداية الطريق للمهتمين للعمل بهذا المجال، وتتبع أهمية الدراسة أيضا من تسليطها الضوء على مجموعة مهمشة من المرضى النفسيين في المجتمع الفلسطيني والتي تعاني كما يعاني معظم أفراد المجتمع وهذا ما يزيد من حاجتهم لخدمات نفسية متنوعة.

الناحية التطبيقية:

- تساهم هذه الدراسة في الرقي بمستوى التدخل العلاجي في مجتمعنا الفلسطيني من خلال تنمية توجهات الباحثين.
- تساعد هذه الدراسة على مساعدة المرضى الذين يعانون من أعراض الاكتئاب من خلال الاستفادة من برنامج الدراسة.

- سوف يستفيد من الدراسة المرشدون و الأخصائيون النفسيون و العاملون في الصحة النفسية والمجتمعية والباحثون في الجامعات.
- تساهم هذه الدراسة في تطوير أساليب العمل بالمؤسسات التي تهدف إلى رعاية المرضى النفسيين المتأثرين باضطراب الاكتئاب.

عاشراً: حدود الدراسة :

تمثلت حدود الدراسة الحالية فيما يلي :

1. الحدود البشرية :

تكونت عينة الدراسة من "77" حالة من مرضى الاكتئاب النفسي وسوف يختار الباحث (30) مريضاً ممن حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس الاكتئاب النفسي وسوف توزع بالتساوي على مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة .

2. الحدود المكانية :

حددت الدراسة مكانيا بمركز أبو شباك الصحي في قسم الصحة النفسية بمحافظة شمال غزة

3. الحدود الزمانية :

سوف يطبق البرنامج العلاجي مابين شهر سبتمبر إلى نوفمبر للعام 2013 م .

حادي عشر : مصطلحات الدراسة :

الفاعلية: هي القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة طبقاً لمعايير محددة مسبقاً وتزداد الكفاءة أو الفاعلية كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقاً كاملاً (بدوي ، 1982 : 12).

البرنامج الإرشادي: هو مجموعة أو سلسلة من النشاطات التي ينبغي القيام بها لبلوغ هدف معين، وهدف البرنامج هو تنظيم العلاقة بين أهداف الخطة ومشروعاتها وطريقة تنفيذها (زهران، 1998: 449).

ويعرف الباحث البرنامج على انه مجموعة من الخطوات المبنية على أسس علمية ونظرية والتي بعد تطبيقها بشكل مهني سوف تؤدي إلى معالجة أعراض الاكتئاب

الأسلوب المعرفي السلوكي:

هو برنامج مخطط ومنظم يستند علي مبادئ وفنيات محددة تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية عند الفرد، ويتضمن هذا البرنامج مجموعة من الخبرات والممارسات والأنشطة اليومية بقصد التخلص من مشاعر الضيق الناتجة عن الاكتئاب والتقليل من حدة الاضطراب الانفعالي

لدى أفراد العينة، وتدعيم مشاركتهم الفعالة في المواقف الاجتماعية المختلفة والعمل علي منع حدوث الانتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي (بيك، 2000: 5).

ويعرف العلاج المعرفي السلوكي إجرائيا : بأنه التدخل العلاجي المراد قياس أثره، والذي يجمع بين إعادة صياغة الأفكار معرفيا وإعادة تنظيم حديث الذات والعلاج بالتخيل كأساليب معرفية والعلاج بالتعريض كأسلوب سلوكي لتخفيض الاكتئاب لدى عينة من المرضى

تعريف الإكتئاب:

هو الحالة المرضية لانفعال الحزن، أي عندما يتحول الحزن إلى حالة مزمنة من البؤس والتشاؤم والعجز والقلق فهو اكتئاب (توفيق، 2002: 396).

تعريف الباحث للاكتئاب: هو حالة من الألم النفسي تمثل في الشعور بالكآبة والحزن الشديد، والقنوط واليأس، تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتكون مصحوبة بإنخفاض ملحوظ في تقدير الذات والميل إلى العزلة والانطواء.

المريض النفسي: هو الشخص الذي يشكو من تغير، أو يشتكي من حوله، منه بحيث أن تصرفاته، إما تسيء إليهم، أو تشكل تهديد لأمنهم، ولذلك ترى عدة مفاهيم للمرض من الشاكي نفسه، أو من حوله أو من المجتمع (سمور، 2006: 56)،

ويعرف الباحث المريض النفسي بأنه "الشخص الذي يأتي بقصد العلاج إلى عيادات الصحة النفسية الحكومية ويتم عمل ملف له يتضمن شكواه، وملاحظات المعالج، والخطة العلاجية

الفصل الثاني

الإطار النظري

المبحث الأول: الاكتئاب النفسي

المبحث الثاني: العلاج المعرفي السلوكي

المبحث الأول الاكتئاب النفسي

مقدمة:

إن الاكتئاب مثل معظم أنواع الاضطرابات العقلية لا يتألف من صور متميزة بل يكون اضطراباً تدريجياً مستمراً يبدأ بالحالات القريبة من السوية ويتدرج حتى يصل إلى حالات المرض العقلي التي تتطلب العلاج الطبي، أما حالة الاكتئاب الشديد فتتسم بالحزن، رغم أن الحزن ليس بالضرورة الطابع الرئيسي المميز لهذه الحالة، كما تتسم أيضاً بعدم الميل إلى النشاط الذي قد يتصاعد إلى درجة قد تصل في أغلب الأحوال إلى السكون التام والتوقف عن الحركة وتأخر العمليات العقلية ويصاحب ذلك بعض حالات الاضطراب في نظام النوم ويتمثل هذا في الاستيقاظ المبكر وفقدان الشهية إلى الطعام والإمساك وارتخاء العضلات وكذلك تضائل الرغبة الجنسية (موسى، 1999: 279-280).

ويعتبر الاكتئاب من أكثر الظواهر النفسية انتشاراً، ونستطيع القول أن أي واحد منا قد يمتلكه في وقت من الأوقات شعور بالحزن أو الضيق، أو إننا نشعر باضطراب يمنعنا من ممارسة أنشطة الحياة المعتادة كالعمل وتناول الطعام والنوم وزيارة الأصدقاء، كل هذه العلامات هي في الغالب دلالة على الاكتئاب النفسي، غير أن هناك خطأ شائعاً نفع فيه جميعاً حين نتوقع أن الشخص الذي يعاني من الاكتئاب لابد أن تبدو عليه علامات الحزن والأسى الشديد بصورة واضحة للجميع، وإذا لم يكن الأمر كذلك فإن عامة الناس لا يدركون أن الشخص يعاني من الاكتئاب، وهذا الكلام ينطبق على الأطباء أيضاً، لأن الجميع يتوقع أن يكون المريض المكتئب في حالة من الحزن الواضح، لكن الواقع أن مظهر الحزن وحده ليس دليلاً على الاكتئاب أو مرادفاً لوجود هذا المرض في كل الأحيان، لكن الاكتئاب له مظاهر وعلامات أخرى.

وقد شهدت الفترة الأخيرة من النصف الثاني من القرن العشرين زيادة هائلة في انتشار مرض الاكتئاب في كل أنحاء العالم، وتقول آخر الإحصائيات التي صدرت عن منظمة الصحة العالمية أن ما يقارب 7% إلى 10% من سكان العالم يعانون من الاكتئاب وهذا يعني أن العالم اليوم يعيش في عصر الاكتئاب، ولعل أبلغ تعبير عن هذه الحقيقة هو قول "ميلاني كلاين" أحد علماء النفس بأن المعاناة التي تسببت للإنسانية من آثار الاكتئاب النفسي تفوق تلك التي نتجت عن بقية الأمراض الأخرى مجتمعة.

وهناك دليل آخر على أن العالم يعيش عصر الاكتئاب، وهو ما ورد في إحصائيات منظمة الصحة العالمية حول عدد الأشخاص الذين يقدمون على الانتحار كل عام، ويصل هذا الرقم إلى 800 ألف شخص في العالم سنوياً، وهذا يمثل العبء الأساسي لمرض الاكتئاب لأن الانتحار يحدث كنتيجة مباشرة للإصابة بمرض الاكتئاب حين يصل الشخص إلى مرحلة اليأس القاتل، وهناك ما يدفع على الاعتقاد بأن انتشار الاكتئاب يفوق كثيراً كل الأرقام التي تذكرها الجهات الصحية المختلفة، وهناك 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 شيئاً، وقد تثبت من خلال دراسات ميدانية أكد بعضها أن ما يقرب من 80% من مرضى الاكتئاب لا يذهبون إلى الأطباء ولا يتم اكتشاف حالتهم رغم معاناتهم من حالة الاكتئاب (الشرييني، 2001: 17-20).

تعريف الاكتئاب النفسي:

أ. الاكتئاب لغة:

الاكتئاب في اللغة العربية مأخوذ من مادة "كئب" وكأبة: تعني تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن فهو كئب وكئيب، وأكأب فلاناً أي أحزنه، وأكأب وجه الأرض، تغيرت وضربت إلى السواد، والكأبة: الحزن الشديد والاكتئاب مرادف للانقباض، وانقبض تعني تجمع وانطوى وانقبض الرجل على نفسه ضاق بالحياة فاعتزل، وانقبض على القوم هجرهم (المنجد، 1986: 668).
ك أ ب: الكأب والكأبة: الغم وسوء الحال، كئب واكتئاب فهو كئيب ومكتئب.

(الزاوي، 1980: 52)

ب. تعريف الاكتئاب اصطلاحاً:

يعرف (بيك، 1991: 29) الاكتئاب على أنه افتقاد للتعزيز الإيجابي، حيث يرى أن السبب في الاكتئاب لا يعود إلى المعارف السلبية فقط، بل إلى الاضطراب المعرفي إضافة إلى وجود عطب بيولوجي مع التاريخ الشخصي للفرد.
يعرف (حامد، 1997: 514) الاكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة المؤلمة، وتعبير عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.

ويعرف (أبو هين، 1999: 255) الاكتئاب بأنه الإحساس الفعلي لوقوع ما كان يتوقع حدوثه، وهو حالة من الحزن الشديد واليأس والانسحاب وهبوط حاد في جميع الوظائف التي يقوم بها الشخص.

ويعرف (معمرية، 2000: 126) الاكتئاب بأنه حالة انفعالية من الهم والغم المداوم، والتي تتراوح بين تثبيط الهمة البسيط والكآبة، وهي حالة يتعرض لها جميع الأفراد في مواجهة ما يصادفونه من عقبات وإحباط وتمتد إلى مشاعر القنوط والجزع واليأس السوداوي والتي تؤدي إلى الانتحار.

ويعرف (ملحم، 2001: 234) الاكتئاب على أنه اضطراب نفسي يشعر فيه الشخص بالقلق والحزن والتشاؤم وغالباً ما يشعر بالذنب أو العار كما يقلل الشخص من ذاته.

يعرف (المعاينة وآخرون، 2001: 327) الاكتئاب بأنه عبارة عن رد فعل لبعض الأحداث في حياة الفرد، تلك الأحداث التي تسبب الشعور بالحزن والغم والضيق، ويعبر الاكتئاب لدى غالبية الناس عن استجابة عادية تثيرها خبرة مؤلمة.

التقت غالبية التعريفات التي تم تناولها حول ماهية الاكتئاب كونه حالة انفعالية من الحزن الشديد، الذي يمتد ليصل إلى حالة من العجز واليأس والشعور بالذنب، وهي حالة يتعرض لها الفرد نتيجة لما يواجه من عقبات وإحباطات في حياته، وتجدر الإشارة إلى وجود اختلافات بسيطة في التعريفات التي تم استعراضها وذلك بسبب المدرسة التي يتبعها كل باحث.

* ويعرفه الباحث إجرائياً:

الاكتئاب هو حالة نفسية تتسم بالحزن والتشاؤم وفقدان الأمل، لتصل أحياناً إلى الشعور بالذنب وفقدان الشهية والانطواء وانعدام القيمة، وفي الحالات العميقة يصل المريض إلى حد كراهية الذات وإيذاء النفس، وهي حالة يتعرض لها الفرد نتيجة للخبرات الصادمة التي يصادفها في حياته.

الاكتئاب ومتغيرات أخرى

الاكتئاب وتقدير الذات:

تعد دراسة مفهوم الذات وتقديره من الموضوعات التي ما زالت تنصدر المراكز الأولى في البحوث النفسية، لقد حفل التراث السيكلوجي بدراسات عديدة، تناولت تقدير الذات باعتباره مفهوماً سيكلوجياً يتضمن العديد من أساليب السلوك، فضلاً عن ارتباطه بمتغيرات متباينة فهو يرتبط

بالعلاقات الشخصية المتنوعة مدى شعور الفرد بالتوافق مع ذاته ومع الآخرين إلى جانب تحديد أهدافه الذاتية وتجدر الإشارة إلى أن تقدير الذات لا يتسم بالثبات فهو قابل للتغير، وفي الواقع بدأ مصطلح "تقدير الذات" في الظهور في أواخر الخمسينات، وسرعان ما أخذ مكانته المتميزة في كتابات الباحثين والعلماء (علاء الدين كفاي، 1989: 102)

تعريف تقدير الذات:

ويرى كوبر سميث (Coppersmith, 1967) أن تقدير الذات هو الحكم الشخصي للفرد عن قيمته الذاتية والتي يتم التعبير عنها من خلال اتجاهات الفرد عن نفسه (فايد، 1998: 145) ويعرف (فرج، 1991: 8) تقدير الذات بوصفه اتجاه من الفرد عن نفسه يعكس من خلاله فكرته وخبرته الشخصية معها، وهو بمثابة عملية فينومولوجية يدرك الفرد بواسطتها خصائص الشخصية مستجيباً لها سواء في صورة انفعالية أو في صورة سلوكية

بالإضافة إلى تعريف تقدير الذات فهناك ما يسمى بتقدير الذات الشامل (Esteem Global Self) احساس عام للفرد باحترام الذات (استحقاق الذات) Self- worth وهذا عنصر ثابت مع الوقت بالإضافة إلى تقدير الذات الشامل أو العام فيمكن أن يكون لدينا شعور بالاستحقاق أو عدم الاستحقاق في مواقف معينة، تبعاً لذلك فقد نشعر بعدم جدارتنا (أي تقدير ذاتي منخفض) فنجد ممارسة الأنشطة المختلفة وكأننا متأثرين بأن لدينا ذات منخفضة فإن هذا يؤثر على ممارسة الأنشطة المختلفة.

باختصار ينمو تقدير الذات كنتيجة للعلاقات الشخصية من خلال الإطار العائلي الذي يتميز بالتدرج على التأثيرات المدرسية وتأثيرات المجتمع الأكبر، حيث يختار الفرد أن يعيش فيه وتعمل هذه التأثيرات المتفرقة التي تفقد فاعليته إلى حد يصبح عنده الفرد الذاتي القرار (Denis, 1996, p10).

والطريقة التي يرى بها الفرد نفسه تعد في غاية الأهمية بالنسبة لصحته النفسية وفاعليته الشخصية وقدرته على الإنجاز وفي تحديد أهدافه وطموحاته واتجاهاته نحو نفسه ونحو الآخرين وفي تفسير سلوكه وقدرته على التعامل مع الآخرين (رشتي، 1993: 545-546).

وقد كشفت دراسات كثيرة عن وجود عوامل تميز الأطفال المبتكرين مثل تحقق الذات وتقدير الذات وتأكيد الذات والاستقلال الذاتي ومفهوم الذات مما دعى (بنوس) أن يطلق على متغيرات الذات جميعاً بالعوامل الابتكارية (حبيب، 1991: 227).

ويؤكد (برانندن) أن الكفاءة الشخصية والشعور بالقيمة الشخصية والأخلاقية واحترام متغيرات أساسية يستلزمها تقدير الذات، ويمكن القول أن تقدير الذات هو إدراك الفرد لذاته من خلال المدركات التي تتكون أثناء تفاعله مع الخبرات البيئية التي تتأثر بصفة خاصة بالتعزيزات التي تصدر عن الأشخاص ذوي الأهمية في حياته والتفاعل معهم وهم عادة الوالدين والمدرسين والأقران (شلمي، 1993: 39).

وهناك نوعين من العوامل التي تؤدي إلى تكوين تقدير ذات عال أو منخفض لدى الأفراد:

1. عوامل تتعلق بالفرد نفسه فلقد ثبت أنه يتحدد تقدير الذات لدى الشخص بقدر خلوه من القلق والخوف والشخص الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة يكون تقديره لذاته مرتفعاً أما إذا كان الشخص من النوع القلق غير المستقر تكون فكرته عن ذاته منخفضة.

2. عوامل تتعلق بالبيئة الخارجية أو المجتمع الذي يعيش فيه الفرد منها الظروف الاجتماعية والظروف التي تربي فيها الشخص.

إن تطور الاكتئاب لدى المريض يبدأ عادة بخبرة تمثل فقداناً لها، وقد يكون الفقدان واقعياً أو فرضياً أو كاذباً وفي كل الحالات، فإنه يكون مبالغاً فيه، ويدركه الشخص على أنه دائم غير قابل للارتداد، كما ينظر إليه على أنه انعكاس على الذات وعلى خصائصه وعلى قدراته مما يؤدي إلى مفهوم سالب للذات، بأن الشخص خاسر وليس له قيمة، وقد يعزو الفرد بسبب هذه الحوادث المؤلمة إلى عيوب في نفسه، كما يحكم على خبرة تالية حتى لو كانت بسيطة في جوانبها السلبية أو حتى مبهجة على أنها ترجع إلى نقص ذاتي.

وتؤدي المقارنات التي يجريها الفرد لذاته مع الآخرين إلى تخفيض تقدير لذاته Self Esteem وربما تكون النتيجة النهائية رفضاً تاماً من الفرد لذاته، وتؤدي هذه النظرة السالبة للذات إلى نظرة سالبة للمستقبل، ويصبح التساؤم طاغياً على نظرة الشخص للحياة

(الشناوي، 1994: 150).

ويربط (مايكل ارجايل 1993) نقلاً عن جاب الله أن تقدير الذات يرتبط ارتباطاً قوياً بالشعور الذاتي بالهناء، وقد وجد أنه أقوى ارتباط به من أي متغير آخر في بعض الدراسات، ويقيم

المكتتبون أدائهم على الأعمال المختلفة بصورة أكثر سلبية، ويقللون من قيمة كفاءة أدائهم، رغم أن هناك من الأدلة ما يشير إلى أن تقديرهم لذواتهم أكثر دقة وواقعية من تقدير الأسوياء لذواتهم، ولكن هناك تدهور في تقدير الذات أثناء فترات الشعور بالتعاسة، وربما كانت السعادة تؤثر على تقدير الذات والعكس صحيح (جاب الله، 1993).

ويقول (انطوني ستور 1996) بأن الشخصيات المكتتبة تبدو لسبب أو لآخر مفتقرة إلى الشعور الفطري الباطن بتقدير الذات، فحين نصاب بالإخفاق يمكن الرجوع إليها لإعادة الطمأنينة إلى نفوسنا، ونحن نملك إيماناً باطنياً بقيمتنا منذ طفولتنا، وهو الذي يشد أزرنا حتى لو ابتلينا أو الرفض أو الخسارة، ولكن الشخصيات المكتتبة تفتقر إلى مثل هذا الإيمان حيث أنهم عرضه لأن يخرجوا بسهولة لأن إحساسهم بقيمتهم مستمدة كلية من مصادر خارجية (استور، 1996: 317).

وتعرض (دسوقي 1995) العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات والقلق حيث أكدت على وجود علاقة ارتباطية سالبة عكسية بين تقدير الذات ومتغير القلق والاكتئاب، حيث أن تقدير الذات والقلق جانبان متضادان في تكوين الشخصية، فالفرد الذي لديه مفهوم إيجابي عن ذاته يكون أقل قلق، فكلما ارتفع القلق لدى الفرد قل تقديره لذاته وانعكس حيث أن العلاقة بينهما عكسية كذلك كلما انخفض تقديره لذاته زادت الأعراض عنده.

وقد أوضح (روجرز) أن القلق يعتبر تهديد للذات، وكلما كان هناك عدم تطابق بين الذات وبين الخبرة يصبح الفرد عرضه للقلق واضطراب الشخصية، ويصبح عرضه للاضطراب النفسي وعدم التوافق لأنه أصبح ينظر للبيئة من خلال خبراته المؤلمة وينظر إلى نفسه من خلال عجزه السابق في مواجهة التهديدات والأخطار التي تعرض لها في طفولته (دسوقي، 1995: 27).

وأيضاً نجد كوبر سميث من خلال دراسته على الأطفال اللذين تراوحت أعمارهم بين 10-12 عام دراسة تقدير الذات لديهم من خلال مستوياته الثلاث مرتفعي، متوسطي، منخفضي تقدير الذات وجد أن الأطفال ذوي تقدير الذات المنخفض يتميزون بالاكتئاب والقلق لا يستطيعون التعبير عن أنفسهم، ليس لديهم ثقة نحو قدراتهم (سليمان، 1992: 90).

الاكتئاب والمهارات الاجتماعية:

تلعب المهارات الاجتماعية دوراً هاماً في نجاح الفرد في شتى نواحي الحياة الشخصية، والعلاقات الاجتماعية والأسرية والدراسية، ومساعدة الأشخاص المكتئبين على التخلص من أعراض الاكتئاب ومشكلات عدم التكيف مع المحيطين والأقران ولأن يتمتع الشخص بدرجة طيبة من المهارات الاجتماعية التي تساعده على تحقيق السواء النفسي.

وتتجلى أهمية المهارات الاجتماعية في أنها تمثل مع القدرات العقلية، قطبي الكفاءة والفاعلية في مواقف الحياة اليومية للفرد، وتفاعلاته مع المحيطين به، ويفسر ذلك أيضاً الإخفاق الذي يعانيه البعض في تلك المواقف، ممن يملكون قدراً منخفضاً منها، على الرغم من ارتفاع لقدراتهم العقلية، والذي يمثل في عدم استثمار الفرص المتاحة لإقامة علاقات ودية مع مواقف المحيطين بهم، وعدم الحصول على المكانة الملائمة في العمل وبين الزملاء وزيادة الخجل في التفاعل الاجتماعي، وما يترتب عليه من عزلة اجتماعية مما يمثل عائقاً في التعبير عن الذات، بل الأمر لا يقف في كثير من الأحيان عند حدود التفاعل الاجتماعي، وانخفاض الكفاءة الاجتماعية ونقص الفاعلية في المحيط الاجتماعي للأفراد، بل يصل إلى درجات متفاوتة من سوء التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد الذين يعانون من انخفاض في الكفاءة الاجتماعية أو عدم توظيفها بالشكل المناسب، بحيث يقعون فريسة للأمراض النفسية بمختلف أشكالها ودرجاتها.
(عبد الله، 2000: 250-251).

وتتحدد المهارات الاجتماعية في ضوء جوانب معينة من سلوك الفرد وخصاله وفي إطار ملاءمتها للمواقف الاجتماعية (خليفة، 1997: 52).

تعريف المهارات الاجتماعية:

تختلف تعريفات المهارات الاجتماعية باختلاف المواقف، ما يحدث من تفاعل لتحقيق الهدف المنشود، وذلك عن طريق إدراك الفرد للموقف الذي يواجهه
(قاسم، 1997: 50).

ويقرر (سبنسر 1991 Spencer) إن المهارات الاجتماعية هي المكونات المعرفية والعناصر السلوكية اللازمة للفرد للحصول على نواتج إيجابية عند التفاعل مع الآخرين مما يؤدي إلى إصدار الآخرين الأحكام وتقييمات إيجابية على هذا السلوك
(Spencer 1991, P p 149).

ويعرفها (بيك 1991) بأنها قدرات نوعية للتعامل الفعال مع الآخرين في مواقف محددة بالشكل الذي يحقق أهدافاً معينة فيما يتعلق بالشخص أو الأشخاص الآخرين (Beck, 1991. pp87). ويرى (الكافوري 1992) أن المهارات الاجتماعية هي مجموعة من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية المتعلمة والتي تحقق للطفل التفاعل الإيجابي سواء في محيط الأسرة أو المدرسة أو الرفاق أو الغرباء، تؤدي إلى تحقيق أهدافه ويرضى عنها الجميع (الكافوري، 1992: 7).

ويعرض (السمادوني، 1994) المهارات الاجتماعية بأنها قدرة الفرد على التعبير الانفعالي والاجتماعي واستقبال انفعالات الآخرين وتفسيرها، ووعيه بالقواعد المستقرة وراء أشكال التفاعل الاجتماعي، ومهاراته في ضبط وتنظيم تعبيراته غير اللفظية، وقدرته على أداء وتهيئة الذات اجتماعياً (السمادوني، 1994: 462).

وتشير (جيدة، 1994) على أن المهارات الاجتماعية تتمثل في قدرة الطفل على معرفة وتحديد الأهداف الاجتماعية واستراتيجيات تحقيقها، ومعرفة سياق التفاعل الذي تؤدي فيه سلوكيات معينة وفي قدرته على مراقبة أدائه وتعديله وتوجيهه (جيدة، 1997: 5).

علاقة المهارات الاجتماعية بالاكنتاب:

يوجد ما يدل بقوة على أن الاكنتاب في كثير من جوانبه يرتبط بفرق واضح في المهارات الاجتماعية حتى أننا نجد أن من محكات التشخيص الطبي للاكنتاب أن يتسم السلوك بوجود قدر واضح من الاضطراب في السلوك الاجتماعي والافتقار للمهارة الاجتماعية ومن غير المعروف ما إذا كان اضطراب السلوك الاجتماعي يعتبر نتيجة من نتائج الاكنتاب أو سبباً له، والأغلب أن العلاقة بينها مثلها في ذلك مثل كثير من العلاقات التي تصف السلوك في علاقته بالأمراض النفسية أقرب ما تكون إلى ما يسمى بالعلاقة الدائرة (الحلقة المفرغة) ولكن هناك فرق واضح في المهارات الاجتماعية عند الشخص المريض نفسياً، فهو سرعان ما يلقي بمسئولية فشله الاجتماعي على نفسه، ما يجعله دائماً عرضة للوم نفسه بشدة

(إبراهيم، 1998: 154 - 160).

إلى جانب المهارات الاجتماعية التي يكتسبها الشخص، فهو أيضاً يكتسب الاستجابات الانفعالية التي تعد من العناصر المهمة في التفاعل بين الإنسان وبيئته، وتحدث هذه الاستجابة رداً على كل تغيير لهم يحدث في البيئة، حيث تؤثر الانفعالات بقوة في السلوك والانفعال كذلك تعد عنصراً حاسماً في طريقة حياتنا، كما يعد محدداً لها ويصاحب الانفعال بعض الآليات

(الميكانيزمات المرضية) ويعتقد أنه جزء في العديد من الاضطرابات الطبية النفسية والنفسية الجسمية (عبد الخالق، 1991: 2).

ويرى أصحاب العلاج المعرفي أن العوامل المعرفية مثل التوقعات السلبية والتقييم الذاتي هي الأسباب الأساسية لقصور المهارات الاجتماعية كما تأخذ العوامل المعرفية شكل معرفة القواعد الاجتماعية والمخططات المناسبة في برامج التدريب على المهارات الاجتماعية ومن الجهود البارزة في هذا السياق ما يعرف بالعلاج المعرفي السلوكي الذي قدمه "لازاروس" Lazarus فيما أسماه إعادة البناء المعرفي للفرد وكذلك العلاج العقلاني الانفعالي الذي قدمه "اليس" بالإضافة إلى النموذجين السابقين الأساسيين اللذين استحدثت منهما أغلب الأساليب التي تستخدم في برنامج تنمية المهارات الاجتماعية

(عبد الله، 2000: 261).

وتشير نتائج دراسة (محمد السيد عبد الرحمن 1998) حول المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالاكئاب واليأس لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 9-12 سنة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين أبعاد المهارات الاجتماعية والدرجة الكلية للمقياس، وكل من الاكئاب واليأس لدى الأطفال. (عبد الرحمن، 1998: 9-11)

تصنيف الاكئاب:

للاكئاب أنواع عديدة منها:

1. الاكئاب الخفيف (Mid Depression)

وهو أخف صور الاكئاب، ويبدو في شكل شعور بالإجهاد وهبوط العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة بل إن خطر اقتراف جريمة القتل ضد الآخرين موجودة أيضاً خاصة بالنسبة للأبناء والزوجة ومن يعول المريض.

2. الاكئاب البسيط: (Simple Depression)

وهو أبسط صور الاكئاب، ويكون المريض في حالة ذهول، غير قادر على تحمل المسؤولية ويشعر بالذنب والتفاهة ولكن لا يوجد لديه اختلال في الوظائف العقلية.

3. الاكئاب الحاد: (Acute Depression)

وهو أشد صور الاكئاب حدة، ويشعر المريض بموجه من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء وتعترية فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله وتبدو عليه البلادة الذهنية

ويختل تفكيره ويفقد الشهية ولا ينام إلا قليلاً ويعجز عن القيام بأي وجه من أوجه النشاط العادية، ومن الأعراض المألوفة شكوى المريض من كثير من الأمراض الجسمية التي لا وجود لها.

4. الاكتئاب الذهولي:

يمثل أقصى درجات الحدة من المرض فإذا ترك المريض وشأنه يظل راقداً دون حركة ويعزف عن الأكل والشرب فيما يشبه حالة التخشب لدى مريض الفصام الكتانوني.

5. الاكتئاب التفاعلي "الموقفي" (Reactive Depression)

وهو رد فعل لحدوث الكوارث مثل رسوب طالب أو خسارة أو فقد عزيز ويكون المرض بصفة عارضه وهو قصير المدى.

6. الاكتئاب الشرطي:

وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحه إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للخبرة السابقة (شاذلي، 2001: 134)

7. اكتئاب سن القعود (Involutional Depression)

ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد، ويشاهد فيه القلق والهم والتهيج وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم وقد يظهر تدريجياً أو فجأة وربما صحبته ميول انتحارية (زهران، 1997: 429).

9. الاكتئاب العصابي (Neurotic Depression)

يسمى الاكتئاب العصابي اكتئاباً استجابياً لأنه عادة ما يكون نتيجة لبعض الأزمات الخارجية كفقدان قريب أو صديق أو نتيجة في أداء عمل أو مهنة أو علاقة اجتماعية وثيقة (عبد الستار، 1988: 45).

ويعاني المريض من الكراهية المكبوتة بسبب الرفض الانفعالي الذي يكون قد تعرض له في طفولته وبلوغه، وهذه الكراهية المكبوتة تتجه إلى المريض ذاته لا يستطيع أن يعبر عنها تعبيراً خارجياً ملائماً، وعندما توجه الكراهية داخلياً إلى ذاته فإنه يشعر بعدم الأهمية والكفاءة وقد تصل الكراهية الموجهة داخلياً إلى درجة تحطيم الذات بالانتحار (سلطان، 1999: 242).

10. الاكتئاب الذهاني (Psychotic Depression)

ويكون مصحوباً بالاضطرابات العقلية أكثر شدة مثل الهلوس والهواجس وتزايد حالات الانتحار وخاصة عندما يكون مصحوباً باضطرابات وأزمات نفسية أو جسمية أو اجتماعية ويمكن

التفريق بين الاكتئاب العصبي والاكتئاب الذهاني في الدرجة، حيث أن مريض الاكتئاب الذهاني يفقد الاتصال بالواقع الخارجي وتصاحبه أوهام وهذيان (عبد الستار، 1988: 46).

ولا شك في أن التصنيف السابق أقل انتظاماً ومنطقية فمعظم ما ذكر يمكن أن يندرج تحت الاضطراب العصبي حيث تعد غالبية الاضطرابات المزاجية اضطرابات عصابية، ولذا فإنه يوجد استعراض لبعض التصنيفات العالمية كتصنيف جمعية الطب النفسي (American psychiatric association: 1994) والذي يصنف الاكتئاب ضمن الاضطرابات المزاجية Mood Disorders والتي تشمل اضطرابات الهوس والاكتئاب.

وفيما يلي ملخص هذا التصنيف وفقاً لجمعية الطب النفسي الأمريكي في طبعته الرابعة:

1. اضطراب الاكتئاب الأساسي (نوبة الاكتئاب العظمى) Major Depressive Disorder

وتتسم بنوبة من الاكتئاب وتستمر هذه النوبة أسبوعين على الأقل يعاني الفرد فيها من خمسة أعراض على الأقل من أعراض الاضطراب وذلك بشكل متلازم خلال هذه الفترة، وتشمل الاكتئاب واثنان على الأقل من الأعراض الأخرى كفقدان الاهتمام والتلذذ والاستمتاع بأي نشاط، فقدان الوزن فقدان الطاقة والشعور بالخمول، والشعور بعدم النفع والذنب، فقدان القدرة على التفكير والتركيز وذلك بشكل يومي تقريباً، سيطرة الأفكار السيئة والتشاؤمية ومنها أفكار الموت والانتحار من غير وجود أي خطط وأحياناً محاولة الانتحار.

2. الاكتئاب العصبي (الديشيميا) Dysthemic Disorder

وهي حالة اضطرابية تتسم بمزاج اكتئابي مستمر عادة سنتين على الأقل لدى الراشدين وسنة على الأقل لدى الأطفال، وإضافة إلى الشعور بالاكتئاب فإن الفرد أيضاً يعاني من عدد من الأعراض كفقدان الشهية للطعام أو الشراهة، وضعف الطاقة والوهن وضعف تقدير الذات وعدم القدرة على التركيز وعدم القدرة على اتخاذ القرارات، ومن الجدير بالذكر أن هذا الاضطراب لا يحدث فيه أي نوبات اكتئابية عظمى أو حالات من الهوس، كما أن الأعراض لا تتقطع لأكثر من شهرين.

3. الاكتئاب غير المحدد Depressive Disorder Not otherwise specified

ويرجع إلى الأعراض الاكتئابية غير المحددة في هذا التصنيف والتي يمكن أن تأتي كأعراض مع اضطرابات أخرى.

4. الاضطراب ثنائي القطب Bipolar Disorder

وهو اضطراب يتسم بحدوث نوبة هوس واحدة أو أكثر أو نوبة واحدة من نوبات الاكتئاب العظمى على الأقل، أو النوبات المختلطة، وتتخلص خصائص نوبة الاكتئاب العظمى فيما ذكر أعلاه في الفقرة الأولى، أما أهم أعراض النوبة الهوس فتتخلص بدرجة كبيرة في الشعور بالعظمة وسرعة الاستثارة إضافة إلى ثلاثة على الأقل من الأعراض المصاحبة وتشمل تضخم الأنا ومفهوم الذات عدم الحاجة للنوم، الحديث الكثير، الأفكار الطائفة الانتباه للأشياء الصغيرة والتي قد لا تكون مهمة، وزيادة النشاط الهادف اجتماعياً أو عملياً أو أحياناً كاستجابة لمثيرات خارجية أخرى، الانغماس في الأنشطة المختلفة التي يكون احتمال الألم فيها قليلاً وتستمر الحالة لأسبوع على الأقل كما أنها تكون شديدة بالدرجة التي تؤدي إلى العجز الاجتماعي على مستوى الأنشطة المختلفة والعلاقات الاجتماعية، كما تتلخص أهم أعراض الهوس Hypomanic بنفس الأعراض السابقة إلا أنها تدوم أربعة أيام، كما أنه يمكن ملاحظتها من الآخرين إلا أنها أقل شدة بحيث لا تصل إلى درجة إعاقة الفرد اجتماعياً أو عملياً.

5. الاضطراب الدوري Cyclothymic Disorder

تستمر نوبات الهوس والأعراض الاكتئابية والتي لا تقابل نوبة الاكتئاب العظمى، هذه الأعراض تستمر سنتين على الأقل لدى الراشدين، وسنة على الأقل لدى المراهقين والأطفال، كما أنها لا تتقطع أكثر من شهرين.

6. الاضطراب ثنائي القطب غير المحدد Bipolar Disorder Not otherwise specified

وتشمل الاضطرابات ثنائية القطب التي لا تقابل أعراضها معايير التصنيف تحت أي من الاضطرابات ثنائية القطب السابقة الذكر، ومن ذلك التحول السريع بين الهوس والاكتئاب في اليوم الواحد مثلاً، أو دورية الهوس الخفيف من غير أعراض اكتئابية.

7. الاضطرابات المزاجية المرتبطة بالحالة الصحية العامة (المرضية)

Mode Disorder Due to General Medical

تتمثل أعراض هذا النوع في ظهور مزاج اكتئابي ونوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية للحالة الصحية السيئة.

8. اضطرابات المزاج المرتبطة بتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية:

Substance Induced Mood Disorder

تتمثل أعراض هذا النوع من مزاج اكتئابي أو نوبات هوس تظهر كنتائج فسيولوجية لتعاطي الأدوية أو المواد الكيميائية وتظهر خلال الشهر الأول من التعاطي أو الانقطاع (الانسحاب).

النظريات المفسرة للاكتئاب:

1. نظرية التحليل النفسي: Psycho Analysis Theory

يرى فرويد Freud أن العصاب ينشأ نتيجة لصدمة نفسية خلال السنوات الأولى من حياة الإنسان، وهو أساس الصراع الأوديبي بين الطفل وأحد الوالدين من الجنس الآخر ويعبر عن الصراع الشديد بين مكونات الشخصية الهو والأنا الأعلى (عكاشة 1998: 25).
وافترض أن الاكتئاب يشبه الحزن ويختلف عن السوداوية في مسألة اتهام الذات حيث ينقلب العدوان في الحالات التي تقدم على الانتحار إلى الذات، وقد ارجع حالة السوداوية إلى النكوص إلى المرحلة الفمية (عسكر، 1988: 77).

حيث يترد المريض إلى مرحلة الطفولة إلى الفترة التي لا يستطيع فيها أن يفرق بين نفسه وبين بيئته بسبب التناقض الوجداني يتحرر جزء من طاقة الليبدو لتعزيز العدوان الموجه نحو الذات (موسى، 1993: 435).

وأشار إلى أن مظاهر الاكتئاب مثل فقدان الاهتمام بالعالم والتناقص في القدرة على الحب والميل لإيلاام الذات فإنه قائم في حالة السوداوية فقط، ويعد فقدان موضوع الحب في حالة السوداوية لاشعورياً عكس حالة الحزن التي يكون الفقد فيها على مستوى شعوري، لذا ينبغي جعل الحزن شعورياً باستعادة الخبرات المصاحبة للموضوع المفقود إلى الذات (إسماعيل، 1997: 147).

ويرى أدلر Adler وفقاً لما يذكر عكاشة أن القوة الدافعية في الإنسان هي الرغبة في القوة، وهو نوعاً من التعويض عن مشاعر النقص التي تبدأ من الطفولة عندما يرى الطفل أنه أضعف من الكبار المحيطين به جسماً وعقلياً ويدفع به هذا الشعور إلى الكفاح من أجل التفوق والسمو، وما العصاب إلا محاولة لتحرير النفس من الشعور بالنقص، وقد أشار أدلر إلى بعض المواقف الأسرية كتدليل أو إهمال الطفل وترتيبه بين إخوانه وأسلوب الحياة الذي يضعه الفرد هدفاً مبكراً في حياته بحيث تصبح بقيه جوانب الحياة الأخرى ثانوية بالنسبة له، ويعتقد بأن من الممكن أن يؤدي أسلوب الحياة إلى ظهور المواهب والسلوك الإيجابي المفيد اجتماعياً

(عكاشة، 1998: 26).

أشار "كارل ابراهام" Karl Abraham إلى معاناة المكتئب من مشاعر البغض والضعينة التي يحاول كبثها وإسقاطها على نفسه فيعتقد أنه منبوذ بسبب نقائصه الفطرية

(موسى، 1993: 34)

ويكشف المكتئبون عن تمركز حول الذات ومشاعر متناقضة من الحب والكره في وقت واحد بدرجة قد تؤدي إلى شلل علاقاتهم مع الآخرين، وتخفض الدوافع العدوانية من قدراتهم على أن يحبوا، وحاجاتهم لقمع العدوانية تسلبهم الكثير من طاقاتهم اللبديية وفي نهاية الأمر يتم توجيه الدوافع العدوانية داخلياً أو يتم إسقاطها على الآخرين، ويعبر هؤلاء المرضى عن دوافع فمية قوية جبلية ناتجة عن الإحباط الناشئ من قصور الإشباع من الأم، وعند تعرضهم للإحباط ينكصون إلى أساليبهم الأولى في علاقاتهم بموضع الحب، وتستثار مشاعرهم المتناقضة الموجهة نحو الذات، وكلما تكررت خبرات الإحباط يصبح الإنسان معرضاً للإصابة بالاكتئاب (إسماعيل، 1999: 146).

2. النظرية الفسيولوجية (البيوكيميائية) Biochemical Theory

ترى النظرية الفسيولوجية (البيوكيميائية) أن الأسباب الكيميائية من أهم العوامل السابقة لنشأة الاكتئاب، والتي أدت إلى تطور بالغ في علاج مرض الاكتئاب فقد لاحظ البعض من عدة سنوات على سبيل المثال أن كثيراً من مرضى الضغط المرتفع الذين يتناولون عقار السيريازيل بانتظام تتناهم نوبات من الاكتئاب الشديد، ولوحظ أيضاً أن مرضى الدرن يعالجون بعقار المارسيليد يصابون بنوبات من الانبساط والشعور بحسن الحال بالرغم من خطورة مرضهم، ووجد أن إعطاء المارسيليد لمرضى الاكتئاب يشفي الكثير منهم ويخفف من الأهم.

وأشارت عديد من الأبحاث إلى علاقة الاكتئاب بنسبة المعادن في الجسم وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة، فقد وجد أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد عن 50% عن الطبيعية، أما الفرد المصاب بنوبة الانبساط فتزيد هذه النسبة إلى 200% ويشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها.

كذلك وجد اختلاف في اندفاع وتأرجح المعادن بين أغشية خلايا الدماغ، وبالتالي اختلاف الطاقة الكهربائية بين هذه الخلايا في حالات هذا المرض مما يؤيد النظرية الفسيوكيميائية.

ولتوضيح العلاقات الكيميائية بالأعراض الاكتئابية يعرض عكاشة (1987) نتائج العديد من الدراسات والتي أظهرت نتائجها ما يلي:

تزيد الأعراض الاكتئابية أثناء الطمث وفترة ما قبل الطمث، ويشكو الكثير من النساء من التوتر الداخلي والصداع والانتفاخ وسهولة التهيج العصبي، مع حساسية الانفعال وكثرة البكاء، وتلك الفترة يصاحبها تغيرات واضحة في الهرمونات الجنسية.

تبدأ وتزيد وتشتد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية. يصاحب مرض المكسديما (نقص إفراز الغدة الدرقية) أعراض اكتئابية شديدة في حوالي 40% من الحالات، بل وتبدأ الحالة أحياناً بهذه الأعراض النفسية والعقلية قبل ظهور العلاقة العضوية الجسمية. تصاحب نوبات الزهان الدوري من اكتئاب أو انبساط مرض كتننج (زيادة إفراز الغدة الأدرينالية) أو أحياناً خلال علاج بعض المرضى بعقار الكورتيزون. تقل نسبة الزهان الدوري قبل البلوغ، وتزيد ببدئه (الحسين، 2002: 315-316).

3. نظرية التعلم السلوكي: Behavioral Learning Theory

يرى أنصار المدرسة السلوكية أن السلوك العصابي يتم تعلمه تبعاً لنفس المبادئ العامة التي تحكم اكتساب كل سلوك يتم تعلمه ألا وهي مبادئ التشريط سواء لدى بافلوف Pavlov في صورتها الكلاسيكية أو لدى سكنر في صورتها الإجرائية، كما يؤكد هذا الوضع الأساسي على رفض المفاهيم السيكودينامية العصابية، ومن قبيل مفاهيم الصراع العصابي، والأسباب الكامنة للمرض، دور الكبت في نشأة الكبت، إلى غير ذلك من المفاهيم (المرجع السابق، 2002: 320).

وتطورت نظرية بافلوف بواسطة بعض العلماء مثل ايزنك Eysink الذي يرى وجود اختلاف وراثي بين الأفراد في تكون الأفعال المنعكسة، وأن الأمراض النفسية تنشأ من أفعال منعكسة خاطئة تتكون بتأثير عاملي البيئة والوراثة، وهي أنماط من السلوك الخاطئ للتخفيف من الألم القلق يعززها أحجام المريض عن القيام بأي عمل يؤدي إلى مخاوفه مما يثبت المرض لديه، ويؤكد الأبحاث الفسيولوجية على أن الأبعاد الانطوائية والانبساطية مركزها في التكوين الشبكي الذي له علاقة مباشرة بدرجة الانتباه والوعي وتنقية المداخل الحسية للمخ ويمتد من جذع المخ حتى المهاد ومنه إلى قشرة المخ، وإذا تفاعلت الانطوائية مع الاستعداد الوراثي للعصاب نشأت الأمراض النفسية كالقلق والوسواس القهري والاكتئاب (عكاشة، 1998: 30-32).

ويرى ليونسون Lewinsohn، ووينستاين Winstein وشو show وهم أول من أوضحوا الأسس التجريبية لظاهرة الاكتئاب، وتوصلوا إلى أن حالات البؤس ترجع إلى النقص في التدعيم الإيجابي، أو الزيادة في العقاب ويحدث الاكتئاب عندما تزيد الحساسية للظروف المكروهة أو

عندما يرتفع معدل حدوث الظروف المكروهة خاصة إذا كان الفرد يفتقر على المهارات الضرورية التي ينهى بها هذه الأحداث (عسكر، 1988: 47).

4. النظريات المعرفية: Cognitive theory

لقد تحدى بيك (Beck, 1967) وجهة النظر العامة التي وصفت الاكتئاب بأنه اضطراب عاطفي Affective Disorder ولم تضع في الاعتبار المظاهر المعرفية الواضحة للاكتئاب مثل: تقدير الذات المنخفض، والشعور باليأس Hopelessness والشعور بالعجز Helplessness وقد أكد بيك أن الإدراك يؤدي إلى المعرفة والانفعال عند الأفراد العاديين والاكتئابيين أيضاً، وبخلاف الإدراكات المعرفية العادية، نجد أن الإدراكات المعرفية للفرد المكتئب تسيطر عليها العمليات المفترطة في الحساسية Idiosyncratic Processes والمحتوى، وهذه الإدراكات المعرفية تحدد الاستجابات العاطفية Affective Response في الاكتئاب.

وقام بيك باختبار محتوى الفكر الشديد الحساسية Idiosyncratic للمكتئبين، وقد اكتشف من خلال ذلك مفاهيم مشوهة وغير حقيقية يعاني منها الفرد المكتئب، وقد ظهر أيضاً من خلال التداخيات الحرة Associations للمرضى الاكتئابيين مجموعة من الخصائص الإدراكية مثل: احترام الذات المنخفض Low self – Regard والحرمان Deprivation ونقد الذات Self-Criticism ولوم الذات Self – Blame والمشاكل والواجبات المحددة ومطالب الذات Self-Commands والأوامر I njunction والهروب من الواقع بالاستغراق في الخيال، والميول والرغبات الانتحارية Suicidal Wishes وتكون كل هذه الإدراكات مشوهة وغير حقيقية لأن المرضى بالاكتئاب يميلون إلى المبالغة في تضخيم أخطائهم والعوائق التي تعترض مسارهم.

واستطاع بيك أن يقسم المفاهيم النظرية المتعددة للمريض المكتئب إلى الثالوث المعرفي Cognitive triad فيرى المكتئب عالمه وذاته ومستقبله بطريقة سلبية، وكلما أصبح هذا الثالوث غالباً أو مسيطراً كان المريض أكثر اكتئاباً، وتظهر أعراض أخرى غير معرفية للاكتئاب لأن الشخص يشعر بالنبذ أو يعتقد بأنه منبوذ، فيشعر بالحزن، كما يبدو أن المطالب تجنباً لمثل هذه المشاعر، وعندما تكون هذه المشاعر في زيادة مستمرة وتتحدد مع مشاعر الشعور بالعجز وعدم الإحساس بالقيمة Worthlessness فتزداد رغباته للانتماء من أجل الهروب من هذا المصير (موسى، 1999: 286)

واعتقد كل من بيك ورفاقه أن الاكتئاب يعد كاضطراب في التفكير وليس في الوجدان وتتوالى أعراض الاكتئاب طبقاً لفاعلية الأنماط المعرفية السالبة، ويرتبط الوجدان بصفة أساسية مع

العنصر المعرفي، بين حدث ما ورد الفعل العاطفي لهذا الحدث لدى الفرد بصورة معرفة أو تفكير تلقائي طارئ يعد محدداً للوجدان الاكتئابي الحادث وعندما تكون المعارف المستدعاة مضطربة في تقديرها للحدث، فإن المشاعر الواردة ستكون غير ملائمة للحدث أو مبالغاً فيها.

وطبقاً لبيك فإن مشاعر البؤس وقطع الرجاء أو الحزن المصاحبة للاكتئاب تتحرك عن طريق ميل الفرد لتفسير خبراته ضمن حدود الحرمان والنقص، والانهازم، وأن ما يصاحب الاكتئاب من أعراض سلوكية ووجدانية ودافعية تترتب على نمط من التفكير السلبي والتشويه المعرفي الذي يميز المكتئبين عن غيرهم، إذ أن تفكير المكتئبين يقوم كما أسلفت على ثلاثية معرفية من الأفكار السلبية والتقييم السلبي، للذات وللحياة وأحداثها (الواقع) وللمستقبل.

فالمكتئب يرى أنه غير كفء ومخفق وغير قادر على تحقيق أهدافه، كما يرى الحياة جافة وقاسية مليئة بالصعاب والعقاب، كما يرى أن أحواله سيئة لن تتغير وأنه لا أمل له أبداً في تحسين ظروفه، ومن أهم الأخطاء المعرفية التي يقوم بها المكتئبون (حسب هذه النظرية) والتي تتضح في طريقة تفكيرهم وتفسيرهم للأحداث ما يلي:

1. الوصول إلى استنتاج عام خاطئ دون وجود دليل كافي.
2. التعليل الانتقائي، الوصول إلى نتيجة مبنية على عامل مع إغفال العوامل الأخرى.
3. المبالغة في التعميم "بناء على حدث واحد"
4. التضخيم أو التقليل، تضخيم الأحداث السلبية وتحقير شأن الإيجابية.
5. لوم الذات والإحساس بالذنب والمسئولية بصفة عامة (الحسين، 2002: 321-323).
5. نظرية الشخصية:

لم ينجح تماماً منظرو الشخصية في تحديد معالم الشخصية الاكتئابية أو شخصية المصاب بالجنون الدوري، وعلى وجه العموم وجد أن مرضى الهوس يمتازون بالطموح والانطلاق والحيوية، والطاقة الاجتماعية والتحكم في الأسرار من الوعي بالذات، وبالمثل مرضى الاكتئاب بهم بعض الملامح، بالإضافة إلى ذلك يميلون إلى الوسوسة والقلق وبخس الذات والضمير الحي والتحكم الزائد.

ويشعر مريض الجنون الدوري، بصفة عامة بأنه من الخطر الاعتماد على الآخرين ولذلك يهتم بخلق دور اجتماعي يسمح له بالتحكم في الناس الآخرين الذين سوف يعتمد عليهم، أما مرضى الاكتئاب خلافاً لذلك يحاولون وضع الناس الآخرين في موقف يسمح لهم بتوجيه الاهتمام والانتباه نحو المريض (محمد، 2004: 257).

تفسير الاكتئاب من منظور إسلامي:

مما لا شك فيه أن الاكتئاب موضوع، لطالما جذب إليه الكثير من الكتاب، والباحثين، والعلماء للخوض في جنباته، والكتابة فيه، والبحث عن أسبابه، وطرق علاجه، وهذا الموضوع الحديث القديم، السهل الصعب، اليسر العسر، قد خاض غمار البحث فيه كثير من علماء المسلمين منذ القدم، ومن كتب فيه ابن القيم، والفارابي، وابن سينا والكندي، فقد بحثوا في الأسباب وحدودها، كما اقترحوا طرق علاج وبيّنوا سبل الاستفادة منها، فإذا كان هذا هو حال القدماء، فكيف يكون حال المحدثين الذين زادت في عصرهم الأسباب التي توقع الناس في حالات الاكتئاب، ربما تختلف في السبب والنتيجة عن حالات الاكتئاب التي تناولها علماء المسلمين سابقاً، ربما تختلف في السبب والنتيجة عن حالات الاكتئاب التي تناولها علماء المسلمين سابقاً، ولكننا سنركز هنا على واحد من علماء المسلمين الذين أعطوا هذا الموضوع جزءاً من كتاباتهم، وأبحاثهم، إنه الكندي.

فقد أكد محمد أبو ريذة (1953، : 22-23) أن الكندي وجه رسالة إلى صديق طلب منه أن يضع كتاباً في دفع الأحزان، عرف من خلاله الحزن بأنه ألم نفسي ناشئ عن فقد أشياء محبوبة، أو عن عدم تحقيق رغبات مقصودة، وأوضح أن الإنسان لا يستطيع أن يحصل على كل ما يرغب فيه، أو أن يكون في مأمن من فقد الأشياء المحببة إليه؛ لأنه لا دوام لشيء في هذا العالم، ولذلك على الإنسان ألا يرغب إلا فيما هو ميسور له؛ لأن من يطلب مالا يمكن أن يناله، يطلب مالا يوجد، وعليه ألا يأسف عما يفلت منه.

كما بين الكندي العلاجات التي يفضلها لدفع الأحزان، وأول هذه العلاجات أن يعتبر المرء في الحزن، ويقسمه إلى نوعين: حزن ناشئ عن إرادتنا، وحزن يتوقف أمره على إرادة الغير، فإن كان الحزن راجعاً إلينا فليس لنا أن نحزن؛ لأننا نستطيع أن نمتنع عن السبب الذي يؤدي إلى الحزن أساساً، أما إذا كان سبب الحزن راجعاً إلى الغير، فإما أن نستطيع التوقي منه أو لا نستطيع، فإن كنا نستطيع فعلينا أن نتوقع منه ولا نحزن، وإن كنا لا نستطيع فليس لنا أن نحزن قبل أن يقع؛ لأنه قد لا يقع أصلاً.

ومن العلاجات أيضاً أن نتذكر الأمور المحزنة التي تمكنا من التعزي عنها، والأمور المحزنة التي عاناها الآخرون وتعزوا عنها، وتعتبر حالة الحزن الحالية مشابهة لتلك الأحوال عنها، وتعتبر حالة الحزن الحالية مشابهة لتلك الأحوال الماضية، وبهذا نستمد قوة وصبراً على الأحزان الحالية.

ويرى الكندي أن الرغبة في ألا يصاب بشقاء هو كالرغبة في عدم الوجود؛ لأن المصائب تأتي من كوننا كائنات فانية هالكة، وعلينا أن نتذكر أيضاً أن ما بين أيدينا هو في حوزتنا على سبيل العارية فقط، أما ما هو في حوزتنا دائماً فهو الخيرات الروحية وحدها.

وعلينا أيضاً أن نتذكر أنه ينبغي ألا نكره ما ليس رديئاً، وأن نكره ما هو رديء، فهذا من شأنه أن يحمينا من كثير من الأشياء الحسية المحزنة، فمثلاً نحن نعتقد أنه لا شيء أسوأ من الموت، لكن الموت ليس شراً إنما الشر هو الخوف من الموت؛ لأن الموت هو تمام لطبيعتنا الإنسانية، وبدونه لن يوجد إنسان أبداً، وأخيراً يجب أن نتذكر إذا أحسنا بفقد شيء ما، فالأشياء الباقية التي ما زالت في حوزتنا؛ لأن نتذكر ما يبقى لنا يعزينا عما فقدناه.

ويجمع علماء المسلمين على أن الإسلام مصدر سعادتنا في الدنيا والآخرة؛ لأنه منهج حياة فاضلة، يعني بتحقيق التوازن في داخل الفرد وخارجه، ويدعو إلى تنميته جسمياً، ونفسياً، وروحياً، ويأخذ بيده منذ ولادته، فينظم علاقته بربه، وبنفسه، وأسرته، والناس، والحياة، فالإيمان بالله ينبوع الحياة الفاضلة، والأخلاق السامية (فرحان، 1983: 17).

فحب الله وطاعة أوامره، وحفظ وصاياه، يجعل حياتنا على ما يرام، فالشخص لا يقلق ولا يضطرب، وهو يؤمن بالله مدبر الأمور، وبرعايته ولطفه ينتهي كل شيء بأفضل ما يمكن، فالإيمان يمنحنا الرضا، والأمل، والشجاعة، ويحمينا من القلق، والتوتر، ويجعل للحياة معنى، ويزيد من سعادتنا (دايل كارنيجي، ب. ت: 172).

ولا يتعارض الحصول على السعادة في الدنيا مع الحصول عليها في الآخرة، بل يرتبط بها ويؤدي إليها، لكن السعادة في الدنيا لا تصلح أن تكون غاية إنسانية؛ لأنها سعادة ناقصة لا ترقى إلى مستوى السعادة في الآخرة التي يجب أن يجعلها الإنسان غايته التي يسعى لها، فيسعد في الدنيا والآخرة، فالسعيد في الآخرة سعيد في الدنيا بعمله الصالح وحبه للناس، وعبادته لربه، أما السعيد في الدنيا فقد يكون سعيداً في الآخرة إذا سعى لها سعيها وهو مؤمن، وقد يكون سعيداً في الدنيا فقط، وهي سعادة ناقصة زائلة، إما بزوال الإنسان عنها، أو بزوالها عنه.

(المناوي، 1937: 293).

فالسعادة شيء ينبع من داخل الإنسان، ولا يستورد من خارجه، وإذا كانت السعادة شجرة منبتها النفس البشرية، والقلب الإنساني، فإن الإيمان بالله، وبالدار الآخرة هو ماؤها، وغذاؤها، وهواؤها.

إن ما يتعرض إليه الإنسان في الدنيا من هموم واضطراب ما هو إلا نقص في إيمانه بالله، وعليه فإن التخلص من تلك الهموم يكون فقط بالعودة إلى الله، والقيام بأداء العبادات، والطاعات المطلوبة منه، وهذا جوهر الإرشاد والعلاج النفسي الإسلامي لتخليصه من اضطراباته، وهمومه النفسية المختلفة، حيث يكون قد أدى ما عليه من حقوق لخالقه، وهو راض عنه بما قدر الله له، وبهذا لم يعد مجالاً للإصابة بالأمراض النفسية، فأمر المسلم كله خير، إن أصابته سراء شكر، وإن أصابته ضراء صبر، والصبر هنا يعني التعامل مع الاضطراب النفسي، وكأنه حالة مؤقتة يمكن أن تصيبه في أي وقت، وأن إيمانه بالله هو السبيل إلى إعادة اتزانه النفسي (الخطيب، 2000:431).

قال تعالى: {وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى} (طه، آية:124)

وكذلك لإقامة الصلوات الخمس، وشهود صلاة الجمعة، وصيام رمضان، والحج والعمرة، فإنها مكفرات للذنوب، فيها مكفرات اليوم، والأسبوع والسنة والعمر.

فعن أبي هريرة رضي الله عنه أن رسول الله ﷺ قال: "أرأيتم لو أن بباب أحدكم نهراً غمراً يغتسل فيه كل يوم خمس مرات، هل يبقى من درنه شيئاً؟ قالوا: لا يا رسول الله، قال: كذلك الصلوات الخمس يمحو الله بهن الذنوب والخطايا" (أبو الفداء، 1980 : 463).

وعن أبي هريرة رضي الله عنه أنه قال: "الصلوات الخمس والجمعة إلى الجمعة ورمضان مكفرات لما بينهن ما اجتنبت الكبائر" (أبو الفداء، 1980:464).

وعن أبي هريرة رضي الله عنه أن النبي ﷺ قال: "من حج فلم يرفث ولم يفسق رجع كيوم ولدته أمه" (البغدادي، 1990:261).

فعن عبد الله بن مسعود رضي الله عنهما قال: قال رسول الله ﷺ: "ما أصاب أحداً قط هم ولا حزن فقال: اللهم إني عبدك ابن أمتك ناصيتي بيدك، ماض في حكمك، عدل في قضاؤك، أسألك بكل اسم هو لك سميت به نفسك، أو علمته أحداً من خلقك، أو استأثرت به في علم الغيب عندك، أن تجعل القرآن ربيع قلبي، ونور صدري، وجلاء حزني، وذهاب همي، إلا أذهب الله همه وحزنه، وأبدله مكانه فرحاً" (مسند أحمد، ب.ت:391).

وقد أعلن المؤتمر العالمي للطب النفسي الذي انعقد في البرازيل أن علاج الاكتئاب بالطرق التقليدية باستعمال العقاقير المضادة للاكتئاب لم يعد كافياً، وإنما تطورت العلاجات إلى طرق غير تقليدية مما يبعث على الأمل في التخلص من العقاقير، أو الحد من استعمالها، خاصة وأن لها أعراض جانبية (مكاوي، 1997: 63).

فالأساليب المستخدمة في القرآن الكريم لترهيب وترغيب النفس البشرية لإثارة الدافع إلى التعلم من خلال تكرار بعض المعاني ذات العلاقة لتأكيداها في الأذهان، ذات أثر بالغ في نفوس الناس لتقبل الدين الجديد، وكذلك في حثهم على الإيمان بعقيدة التوحيد، فالإنسان يولد مزوداً بطاقة روحية هائلة تؤهله لتغيير مفهومه عن ذاته، وعن الناس، والحياة والكون، وكذلك عن رسالته في الحياة، وبعدها يشعر وكأنه يعمر قلبه بحب الله - تعالى - ورسوله ﷺ، والناس عامة، ومن ثم ينبعث في نفسه الشعور بالأمن والطمأنينة (الخطيب، 2000: 455).

وهذا ما أكده، (توفيق 2002، 397-398) إذا كان سبب الكآبة مصيبة نزلت بالشخص (فقد عزيزاً أو خسر مالا...) يتركز حوار المعالج حول النظرة الإسلامية إلى المصائب والابتلاءات، وأنها للمؤمن خير، وأنها مقدره من عند الله، وأن الله تعالى وعد الصابرين ما هو خير مما أصابهم كمال قال تعالى: {...وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ*الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمُ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ*} أولئك عليهم صلوات من ربهم ورحمة وأولئك هم المهتدون} (البقرة، آية: 155-157)

ففي هذه الكلمة القرآنية سلوى لكل مصاب، فإنه وماله، وأهله لله، وأن مصيره ومرجه إليه، فما أصابه لم يكن ليخطئه، وما أخطأه لم يكن ليصيبه، وكل ما أصابه فهو مكتوب، كتب الله له لا عليه، قال تعالى: {قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ} (التوبة: آية: 51)

وكذلك ما روي في الحديث الشريف، فعن أم سلمة رضي الله عنها قالت: سمعت رسول الله ﷺ يقول: "ما من عبد تصيبه مصيبة فيقول: إنا لله وإنا إليه راجعون اللهم أجرني في مصيبي واخلف لي خيراً منها إلا أجره الله في مصيبيته وأخلف له خيراً منها، فلما توفي أبو سلمة، قلت كما أمرني رسول الله ﷺ فأخلف الله لي خيراً منه رسول الله ﷺ"

(صحيح مسلم، ب.ت: 632).

تعليق عام على النظريات المفسرة للاكتئاب النفسي:

يرى الباحث أن النظريات التي تناولت الاكتئاب النفسي اختلفت في تفسير أسباب حدوثه، وكيفية علاجه فمنها ما يركز على العوامل الداخلية أو التكوينية، ومنها ما يبحث في العوامل السيكولوجية الدينامية، ومنها ما يبحث في العوامل البيئية الاجتماعية، ومنها ما يبحث في الإدراكات المعرفية في الاكتئاب فعلى سبيل المثال فقد اهتم أصحاب النظرية الطبية بدراسة الأعراض الطبية في الاكتئاب وعلاقتها بالاضطرابات الوظيفية في الجسم واختلال النظام الكيميائي أو العصبي أو الهرموني وبالتالي فإن العلاج عندهم ينصب على تلك الأعراض المرضية دون البحث في الجذور الكامنة وراء تلك الأعراض. أما بالنسبة لأصحاب نظرية التحليل النفسي يرون بأن الاكتئاب كمرض عصابي ينشأ نتيجة لصدمة نفسية خلال السنوات الأولى من حياة الإنسان، ويعبر عن الصراع الشديد بين مكونات الشخصية الهو والأنا الأعلى ولكي تقوم بعلاج الاكتئاب ينبغي جعل الحزن والاكتئاب شعورياً باستعادة الخبرات المصاحبة للموضوع المفقود إلى الذات. ويرى أصحاب النظرية السلوكية بأن الاكتئاب كسلوك عصابي يتم تعلمه تبعاً لنفس المبادئ العامة التي تحكم اكتساب كل سلوك يتم تعلمه وبالتالي فعلاجه يكون عن طريق تعديل وإطفاء هذا السلوك المتعلم واستبداله بسلوكيات أخرى جيدة.

ويرى أصحاب النظرية المعرفية بأن الاكتئاب يحدث نتيجة لاضطراب في التفكير ونتيجة لنمط التفكير السلبي والتشوه المعرفي لذا يمكن علاجه عن طريق تعديل التفكير واستبدال التفكير السلبي وغير المنطقي بتفكير إيجابي منطقي.

بعد هذا العرض الشامل لتفسيرات هذه النظريات يرى الباحث أنه من الضروري عند التعامل مع مرضى الاكتئاب، يجب التركيز على معرفة الأسباب الحقيقية والعوامل الخفية التي تكمن وراء حدوثه لكي يسهل بعد ذلك اختيار العلاج المناسب والفعال للتعامل مع المرض.

كذلك اتبع الباحث النظرية المعرفية السلوكية لما لها من فاعلية في حل الاضطرابات النفسية وهذا ما تأكده الدراسات التي اتبعت هذا الأسلوب في حل الكثير من المشاكل.

أسباب الاكتئاب:

لقد أجريت العديد من الدراسات، للتعرف إلى الأسباب المؤدية للاكتئاب، وقد تناولت تلك الدراسات النواحي البيولوجية، والنفسية والاجتماعية، ولكن وللأسف ما زالت الأسباب غير معروفة

بالتحديد ولوحظ تظافر عوامل مختلفة منها بيولوجية ونفسية واجتماعية، وفيما يلي يعرض الباحث لتلك العوامل على النحو التالي:

أولاً: العوامل البيولوجية:

1. الجينات الوراثية:

كشفت العديد من الدراسات الأسرية، ودراسة التوائم عن مؤشر على وجود عامل جيني له دور مهم في نقل الاكتئاب وقد لوحظ أن الاكتئاب ينتشر في عائلات دون سواها واستنتج من ذلك أهمية العوامل الوراثية في الإصابة بالاكتئاب وافترض أنه جين أحادي سائد أو متعدد الأساس الجيني، كما افترض أنه يرتبط بالجين الأنثوي، وذلك لشيوع الاكتئاب أكثر بين النساء (إبراهيم، 1998: 23)

2. الأمينات الحيوية:

بينت الدراسات أن هناك ثمة علاقة سببية، بين الاكتئاب والأمينات الحيوية في الدماغ وذلك من خلال:

نقص الأمينات الحيوية مثل الرزبين ينتج عنه مرض الاكتئاب.

نقص السيروتوفين، يرسب الاكتئاب.

الدوبامين الذي يؤدي ارتفاعه إلى الهوس، وانخفاض معدله إلى الاكتئاب (موسى، 1993: 23)

3. اختلال النشاط الهرموني:

وجد أن هناك اختلالات هرمونية يعاني منها مرضى الاكتئاب من خلال الآتي:

تزيد الأعراض الاكتئابية أثناء الطمث.

تزايد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية، يصاحب مرض

المكسيديما (نقص إفراز الغدة الدرقية) أعراض اكتئابية شديدة في حوالي 40% من الحالات.

تصاحب نوبات الذهان الدوري من اكتئاب وانبساط لدى مرضى "كوشنج" (زيادة إفراز الغدة

الإدرينالية) أو خلال علاج المرض بعقار الكورتيزون. (عسكر 1998: 26-27)

4. اختلال عمليات الأيض:

وهو الاختلال الناجم عن عمليات الهدم والبناء والتي تتركز في البوتاسيوم، فقد اتضح أن ازدياد

مستوى تكثيف الصوديوم داخل الخلايا العصبية يؤدي إلى الهوس، وقد لوحظ أن ازدياد نسبة

الصوديوم المتبقي متوفر في حالات الاكتئاب بنسبة 50% وفي حالات الهوس بنسبة 200% عن

المستوى الطبيعي (عكاشة، 1980: 18).

ثانياً: العوامل الاجتماعية والبيئية:

من المعروف أن الظروف الحياتية الضاغطة خاصة في مرحلة الطفولة مثل فقدان أحد الوالدين، وعدم التخطيط الأسري في طريقة التربية وتصلب الأم في معاملة الطفل، والتربية الاعتمادية، وكذلك الأمر العزلة الأسرية، والضغوط الاقتصادية، كل تلك العوامل لها دور هام في الإصابة بالاكتئاب، وكذلك فإن النماذج الأبوية المكتتبة بالتأكيد تجعل الأطفال يقلدون مظاهر الاكتئاب فيتعلمون كيف يكونوا متشائمين وحزاني وبالتالي فإن ليس من السهل أن يثيرهم الفرح والسرور (شيفر وملمان، 1999: 124).

يضاف إلى ما سبق الضغوط التي قد يواجهها الفرد في العمل، من جهد مكثف والصراعات مع الرؤساء، وكثرة المسؤوليات وقلة الحوافز وكذلك الأمر ضغوط الانتقال والتغير، كتغيير السكن، والهجرة.

ثالثاً: العوامل النفسية:

إن عدم النضج الانفعالي، وثنائية المشاعر والإدراك للخبرات الحياتية المختلفة لها دور مباشر وهام في الإصابة بالاكتئاب.

ومن بين أهم الأسباب النفسية التي قد تلعب دوراً هاماً في حدوث الاكتئاب لدى الفرد وهي مايلي:

التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية مثل موت عزيز أو سجن برئ أو هزيمة. الحرمان، وفقد الحب والمساندة العاطفية أو فقد حبيب أو صديق أو ثروة أو الإصابة بمرض. الصراعات اللاشعورية، وضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب. الخبرات الصادمة (زهران، 1997: 515)

ويرى عسكر (1988) أن ارتفاع نسبة المكتتبين في العالم يعود للأسباب التالية:

1. تزايد متوسط عمر الفرد.
2. تزايد الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى الاكتئاب الثانوي.
3. تزايد استعمال الأدوية التي تؤدي آثارها الجانبية إلى الاكتئاب مثل الفينوتيازين وأدوية ضغط الدم المرتفع.

4. سرعة التغير الاجتماعي الذي عمل على زيادة الضغوط النفسية المعروف بأنها تعجل بحدوث الاضطرابات الاكتئابية كما تساعد على استمرارها.
5. التفاوت الطبقي في المستوى الاقتصادي، حيث وجد أن هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي المنخفض وشيوع الأعراض الاكتئابية والاضطرابات الوجدانية (عسكر، 1988: 19).

ويعتقد الباحث أن العوامل النفسية تعد العامل الأهم في حدوث الاكتئاب، حيث أن العوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية على أهميتها لم تثبت بشكل قاطع كيفية التأثير المباشر لها في الإصابة بالاكتئاب.

أعراض الاكتئاب:

تتفاوت شدة الأعراض ووفرة ظهورها تبعاً لنوع ودرجة الاكتئاب التي تصيب المريض، ويمكن تقسيم الأعراض الاكتئابية إلى أعراض جسدية وأعراض نفسية وأعراض اجتماعية.

أ. الأعراض الجسدية:

- انقباض الصدر والشعور بالضييق.
- فقدان الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن.
- الصداع والتعب (لأقل جهد) وخمود الهمة والألم خاصة ألام الظهر.
- ضعف النشاط العام والتأخر النفسي والحركي والضعف الحركي والبطئ.
- نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي.
- توهم المرض والانشغال على الصحة الجسدية (زهران، 1997: 516)
- الإمساك
- بطء الكلام (العيسوي، 1990: 225).

ب. الأعراض النفسية:

- الأرق أو الإفراط في النوم
- انخفاض الطاقة أو التعب المزمن.
- الشعور بالنقص.
- البكاء والصراخ.
- فقدان الاهتمام أو الاستمتاع الجنسي.

- الشعور بالانحطاط والهمود.
- الحزن والكآبة، الغم.
- الضجر والسأم وعدم ضبط النفس.
- الحط من قدرات الذات (عسكر، 1988: 35)
- انحراف المزاج وتقلبه والانكفاء النرجسي على الذات.
- فتور الانفعال والانطواء.
- الأفكار الانتحارية والسوداوية الملازمة (زهران، 1997: 518)

ج. الأعراض الاجتماعية:

- الافتقار للإيجابية في المواقف الاجتماعية.
- الصعوبة في البدء وتكوين علاقات جدية.
- التفاعل المحدود وقلة المشاركة مع الآخرين.
- يصفهم الآخرون بالجمود والتصلب، والافتقار إلى المهارات الاجتماعية.
- يعاني المكتئبون من حساسية قوية عند دخولهم في مواقف تفاعل بما في ذلك حساسيتهم الشديدة للرفض أو التجاهل لذا يتعرضون في كثير من المواقف إلى إحباطات متكررة.
- عدم القدرة على التعبير عن أنفسهم بشكل مناسب أو الدفاع عما ينسب إليهم من أخطاء أو تصرفات.
- عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية كالعلاقات بالزوج أو الزملاء.
- يشعر بعضهم بالوحدة ويميل إلى الانسحاب.
- يشعر بالقلق والكدر تجاه المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل.
- اللامبالاة بالبيئة، ونقص الميول والاهتمامات وإهمال النظافة الشخصية والإهمال العام وعدم الاهتمام بالأمر العادية (في المنزل والعمل) (المعاينة، 2002: 373)

ولا يشترط أن تتوافر كل تلك الأعراض لدى مريض الاكتئاب، فإن وفرة ظهور تلك الأعراض يعتمد اعتماداً مباشراً على حدة الدرجة بالإضافة إلى نوع الاكتئاب، فمثلاً الأعراض المصاحبة للاكتئاب البسيط تكون بسيطة ومحدودة إذا ما قورنت بالاكتئاب الحاد. وبشكل عام فإن أعراض الاكتئاب العصبي أبسط من تلك الأعراض المصاحبة للاكتئاب الذهاني.

علاج الاكتئاب:

تتعدد طرق ووسائل علاج الاكتئاب بتعدد النظريات التي تتناوله، فبينما يركز الطب النفسي على العلاج بالعقاقير، والتدخل الجراحي إضافة إلى استخدام الصدمات الكهربائية والمدرسة السلوكية تسعى إلى تعديل السلوك من خلال التدعيم الإيجابي وإزالة الخبرات المؤلمة فالتحليل النفسي يسعى إلى إزالة الاكتئاب من خلال الطرح والعمليات العلاجية الأخرى إلى تخفيف حدة التثبيت لدى المريض.

وقد بينت الخبرة الإكلينيكية أنه إذا وجدت الخصائص التالية في الاكتئاب العصابي فإن احتمال تحسن المريض يتزايد:

1. أن تكون نشأة الاكتئاب محدودة زمنياً، وألا يكون المريض قد عانى من الاضطراب الانفعالي لسنوات عديدة قبل هذا التاريخ.
2. أن يعاني المريض من الإحساس بعدم الأهمية والذنب وأن ينتابه هذه الإحساس معظم الأحيان على الرغم من أنه قد يتذبذب في شدته.
3. أن تزداد شدة الأعراض غالباً في النهار حيث تسوء صباحاً ويشعر المريض بتحسن ما بعد الظهر وفي المساء.
4. أن يكشف تاريخ حياة المريض قبل نشأة الاكتئاب عن اضطراب قليل الدلالة باستثناء نوبة أو نوبتين من الاكتئاب يكون المريض قد شفي منها تماماً في حينها.
5. أن يفقد المريض من وزنه أكثر من 2 كجم فقدان الوزن الذي يتعرض له المريض غالباً ما يدل على فقدان الشهية وفقدان الاهتمام بالأنشطة الحياتية العامة (سلطان، 1997: 244-245)

هذا ويستمر الاكتئاب العصابي فترة من الزمن تتراوح ما بين أسابيع إلى عدة سنوات والجدير بالذكر أن اللجوء إلى أهل الاختصاص لتلقي العلاج اللازم من شأنه أن يساعد على الشفاء من الاكتئاب خلال فترة وجيزة.

وفيما يلي سنتناول وسائل علاج الاكتئاب وهي:

أولاً: علاج الطب النفسي:

أ. مضادات الاكتئاب Antidepressants

يثير التطور الكيميائي في علاج الاكتئاب، بما اشتمل عليه من العقاقير المضادة للاكتئاب نتاجاً شرعياً للتفسير الأميني، فعقاقير الاكتئاب فيما هو معروف تعمل على ضبط الاكتئاب بسبب

تأثيرها على تركيز الأمينات وتصحيحها، ومن المعروف أن هناك ثلاث مجموعات من العقاقير المضادة للاكتئاب ومن أهمها ما يسمى:

- التريسيكلك "Tricyclic" والوظيفة الأساسية للعقاقير التي تنتمي إلى هذه المجموعة تتمثل في تعزيز القوة لمواصلات المخ المزاجية في مواضع الاتصال بين الأعصاب.
- المجموعة الثانية من العقاقير المضادة للاكتئاب تعمل على زيادة نسبة تركيز الأمينات في المنطقة المرتبطة بالانفعالات في المخ، ومن المفترض أن زيادة تركيز الموصلات الكيميائية في المخ، يعمل على تعويض النقص فيها، ومن ثم تغير الحالة الانفعالية الاكتئابية إلى وضع أفضل.
- وهناك عقار الليثيام "Lithium" الذي يعمل على التوازن الانفعالي، ومن ثم التحكم في التقلبات الانفعالية (إبراهيم 1998: 107)

وهناك مجموعة أخرى من المضادات للاكتئاب مثل الفلوكستين Fluoxetine وإلى هذه المجموعة ينتمي العقار المشهور والذي يعرف باسم البروزاك Prozac ويعتمد اختيار العقار على الاستجابة السابقة للمريض، أو على نوع الاكتئاب كيميائياً (إبراهيم، 1998: 109).

جلسات الكهرباء:

هذا النوع من العلاج لا يستخدم إلا في حالات الاكتئاب الشديد، المصاحب لميول انتحارية وغالباً ما تكون مصاحبة بالعقاقير سالفة الذكر.

وقد لوحظ أن العلاج بالنوبات الكهربائية بعدد من الجلسات (4-6 جلسات) يؤدي إلى تغيير واضح في موجات الدماغ الكهربائي، إذا تصبح بطيئة، وذات فرق جهد عال.

إضافة إلى الاعتقاد بأن استخدام مثل هذا النوع من العلاج يحقق التوازن المفقود بين الناقلات العصبية المختلفة، ولدى هذا النوع من العلاج العديد من الأعراض الجانبية غير المرغوبة مثل: النسيان العابر، فقدان الوعي المؤقت، حدوث فجوات في الذاكرة، القلق.

ونود الإشارة إلى أنه إذا وجد أي من الخصائص التالية في الصورة الإكلينيكية للمريض فإنه لا يحتمل أن يستجيب جيداً للعقاقير.

1. أن يتميز اكتئاب المريض بالتذبذب الواضح، فقد يشعر المريض بالتحسن النسبي يوماً ويشد الاكتئاب في اليوم التالي.

2. أن يكون للمريض تاريخ طويل مع الأعراض العصابية كالقلق والمخاوف وقد يصعب تحديد زمن نشأة اضطرابه الانفعالي الحالي.
3. لا يشعر المريض بالذنب أو عدم أهمية، ويشعر بأن الآخرين لم يحسنوا معاملته ويلومهم على اكتتابه واضطرابه (سلطان، 1997: 246)

ويرى الباحث أن العلاج باستخدام العقاقير شائع استخدامه في معالجة الاضطرابات النفسية وله نتائج جيدة في تخفيف الأعراض لدى المرضى ومن أهم سلبيات العقاقير الطبية أنها تعالج الأعراض المرضية، ولكنها لا تعالج المرض نفسه.

إضافة إلى الأعراض الجانبية المصاحبة لاستخدام مثل تلك العقاقير من الهذيان وضعف الذاكرة والخمول والتقيؤ الخ.

ثانياً: العلاج النفسي:

ويهدف إلى تحسين قدرات المريض الفكرية والمهنية والاجتماعية والسلوكية.

ويكون ذلك عن طريق أنواع متعددة من العلاج النفسي أهمها:

1. العلاج النفسي التحليلي:

ويبحث هذا النوع من العلاج في العوامل الدفينة في طفولة الفرد المعتمدة أساساً على الجنسية الطفلية والصدمات التي تلقاها المريض في الخمس سنوات الأولى من حياته، مع عمليات التداعي الحر، وتفسير الأحلام، والتحول والكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية (عكاشة، 1980: 121)

ويرجع الفضل إلى علماء التحليل النفسي في الكشف عن أهمية العلاقة المهنية (الطرح بين المريض - المعالج) وبمدى ما تكون عليه العلاقة الطردية من قوة تسمح بقبول المعالج كآخر وبالتالي قبول الموقف العلاجي نفسه وتحقق المعرفة ويكون الشفاء (عسكر، 1988: 181).

ويرى الباحث أن استخدام التحليل النفسي في علاج الاضطرابات النفسية عامة، والاكتئاب بشكل خاص يبقى محدوداً لأن معظم الدراسات التي بنيت عليها هذه النظرية أوروبية، وعامل الثقة له كبير الأثر في صياغة العلاج، إضافة إلى الإمكانيات المادية التي يحتاجها هذا النوع من العلاج، وكما هو معروف فإن المريض بحاجة إلى حوالي خمس جلسات أسبوعياً لعدة سنوات وهذا أمر مرهق.

كما يتطلب العلاج قدرة ذكائية فوق المتوسط لدى المريض حتى يستطيع التعبير عن ذاته لفظياً بشكل جيد، يضاف إلى تلك الأسباب اعتماد النظرية على المبدأ الجنسي الغريزي في تفسير السلوك.

ثالثاً: العلاج السلوكي:

يعمل العلاج السلوكي على تعديل السلوكيات المؤدية للاكتئاب وتعليم المريض سلوكيات إيجابية تؤدي إلى رفع كفاءته وقدرته في مواجهة الظروف الضاغطة، يعتمد أيضاً على النظرية الشرطية، واعتبار الأمراض النفسية كونها عادات خاطئة تعلمها المريض كي يقلل من درجة القلق، والتوتر، ويتجه العلاج إلى إطفاء السلوك غير المرغوب، وبناء فعل شرطي منعكس جديد ليكون بديلاً عنه (عكاشة، 1980: 131).

رابعاً: العلاج المعرفي:

ويعمل على تصحيح المفاهيم الخاطئة لدى المريض حيال نفسه ومجتمعه واستبدال هذه المفاهيم بأخرى أكثر إيجابية، ويعتمد العلاج المعرفي على إكساب المريض المعارف الإيجابية اللازمة وتوضيح مضار وعيوب المفاهيم الخاطئة حول ذاته مع جعله أكثر قوة في تحقيق ذاته (Kalman, field, 1993: 87)

خامساً: العلاج الاجتماعي:

ويعمل على مساعدة المريض اجتماعياً، وحل مشاكله الاجتماعية وإحداث التغييرات البيئية المناسبة، لتقليل معاناته، كما هو معروف فإن أثر البيئة والمجتمع في نشأة وعلاج العصاب قوي ومن ثم فينتج العلاج أحياناً نحو تحسين هذه العوامل من ناحية العمل والمنزل والزواج، وتشجيع الهوايات من ثقافة وفنون، أو رياضة، أو الإيمان الديني خصوصاً هؤلاء الذين يميلون بطبيعتهم إلى الناحية الدينية. (عكاشة، 1980: 138)

سادساً: العلاج الديني:

لقد خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان، وهو يعلم من خلق والخالق هو الذي يعرف كيف يصير الإنسان سوياً، ووضع لذلك القوانين السماوية، وهو الذي يعلم ماذا يفسد الإنسان، وهو الذي يعلم طريقة علاجه وصلحه، وفيما نرى أن علماء النفس العلاجي يجب أن يستفيدوا من الدين، وأن يلتزموا بقوانين الخالق لأنهم ليسوا أعلم بالإنسان من الله الذي خلقه (زهرا، 1997: 353)

وقد أوضح القرآن الكريم لبني البشر الطرق الصحيحة لتربية النفس وتقويمها وتنشئتها تنشئة سليمة تؤدي بها إلى بلوغ الكمال الإنساني الذي تتحقق به سعادة الإنسان في الحياة الدنيا والآخرة (الخطيب، 2000: 445).

إن هذا القرآن يهدي للتي هي أقوم ويبشر المؤمنين الذين يعملون الصالحات أن لهم أجراً كبيراً (الإسراء: 9).

وتشير (أبو عطية، 1997: 187) إلى أن الإيمان يجعل صاحبه لا ينشغل بهموم الدنيا من فقر، ولا يخشى الموت والآخرة، لديه من الأعمال الخيرة ما هو ذخراً له. كما أنه إذا أصابته مصيبة يذكر الله ويؤمن بقوله تعالى: "الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب" (الرعد: 28)

ويعتقد الباحث أنه من الأهمية بإمكان استخدام أكثر من أسلوب علاجي، وذلك بحسب البناء النفسي والفكري الذي يتم التعامل معه، وبشكل عام يمكن التركيز على العلاج الديني كوسيلة فعالة للتخفيف من الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين خاصة في محافظات غزة كون الدين مكون أساسي للثقافة في مجتمعنا.

المبحث الثاني العلاج المعرفي السلوكي

مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين بدأ الاهتمام الفعلي بالجوانب المعرفية ودورها في الاضطرابات وفي العلاج النفسي، فقد نشأ أسلوب العلاج المعرفي ضمن حدود العلاج السلوكي وكان نشوء هذا الأسلوب نتيجة التذمر وعدم الرضا الذي ساد بين بعض العاملين من خارج أصحاب المدرسة السلوكية وقد بني هذا التذمر والنقد للمدرسة السلوكية وتقنياتها على أساس أنها مدرسة ميكانيكية مادية وبأنها لا تأخذ الحاجة النفسية والعقلية للفرد بعين الاعتبار لا في فرضياتها ولا في تطبيقاتها العملية العلاجية فجاء التطور الجديد بتوجه الاهتمام إلى ما يحمله الإنسان في ذهنه من أفكار، وما يتوجه به من مواقف نحو المحيط والأشياء، وما يستجيب به من مسالك وعواطف، وضرورة أخذ هذا كله بين الاعتبار في العملية العلاجية.
(كمال، 1994: 258-286)

فالعلاج المعرفي السلوكي عبارة عن مظلة تتطوي على العديد من أنواع العلاج التي تتشابه في جوهرها وتختلف في تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات .

إلا أن بعض العلماء يرى أن العلاج المعرفي السلوكي ارتبط باسم "بيك" ومع أن بيك وضع البنية الأولى لهذا الأسلوب العلاجي فقد كانت أفكار "كيلي Kelly" حول التصورات الشخصية مصدراً هاماً في العلاج المعرفي فلقد كان "كيلي" أثر كبيراً على حركة العلاج المعرفي لأنه ركز على أهمية الطرق الذاتية التي ينظر ويفسر من خلالها الفرد ما يدور حوله من تغير السلوك أما عالم النفس الشهير "اليس ELLIS" فقد درس عدداً كبيراً من الأساليب العلاجية، ثم توصل إلى ما أسماه بالعلاج العقلاني ولكنه غير اسمه إلى العلاج العقلاني الانفعالي فقد اعتمد "اليس" في نظريته على دمج جوانب من العلاجات الإنسانية والسلوكية وكان "اليس" قد اقترح في بداية صياغته لنظريته العلاج العقلاني الانفعالي عدداً من الأفكار التي يعتقد أنها المسئولة عن الاضطرابات العصائية. (المحارب، 2000: 6-10).

ويرى "اليس" أن هناك تداخلاً وتشابكاً بين الانفعال والتفكير، وأن الفرد يفكر ويشعر ويتصرف في ذات الوقت ونادراً ما يحدث أحد هذه المكونات دون الأخرى وعلى ذلك قام "اليس" بتقديم أحد عشر فكرة لاعقلانية هي التي تسبب الاضطرابات المختلفة والتخلص من هذه الاضطرابات يكمن في تعديل هذا التفكير اللاعقلاني ولذلك قدم نموذج المعروف (ABC) حيث

يربط بين الحدث "A" بالنتائج الانفعالية "C" من خلال الاعتقادات والتفكير "B" وهكذا فإن العلاج العقلاني الانفعالي يهدف إلى جعل المريض واعياً بمعتقداته غير العقلانية والنتائج غير المناسبة لتلك المعتقدات (عبد الله، 2000: 72).

أما بالنسبة لمؤسس العلاج المعرفي "بيك" يذكر "باترسون" (1990) أن "بيك" تدرب ومارس التحليل الكلاسيكي وأصبح غير راضي عن تعقيدات هذا التحليل وتجرباته، وقد فشلت محاولاته لتحقيق صدق المفاهيم التحليلية وتدعيم فروض التحليل عن طريق الدراسات العلمية وأن تشجيع "بيك" لمرضاه كي ينغمسوا في تحليل معرفي لتفكيرهم ساعده على إعادة تشكيل مفاهيم عن الاكتئاب والقلق والخوف والأعصاب المتصلة بالأفكار والأفعال المتسلطة "الوسواس القهري" وتصويرها على أنها اضطرابات معرفية وقد طور ألواناً من الأساليب لتصحيح التفكير الخاطئ الذي تبني عليه تلك الاضطرابات وبالتالي تخف حدة تلك الأعصاب.

ولقد جذب هذا الحقل الجديد المتطور - العلاج السلوكي - اعتماد "بيك" حيث درسه وتدريب عليه ومارسه، ولذا شعر "بيك" أن التكنيكات السلوكية ذات فاعلية ولكن هذه الفاعلية ليست راجعة إلى الأساليب السلوكية ولكنها راجعة إلى أن هذه الأساليب تؤدي إلى تغييرات معرفية لدى المرضى ومع أن العلاج السلوكي محدود لأنه يغفل تفكير المرضى المتعلق بأنفسهم والمتعلق بالمعالج والعلاج إلا أنه بسبب تأكيده على أهمية الحصول على المادة الموضوعية من المرضى، وأهمية التخطيط المسبق لعملية العلاج وأهمية التحديد الكمي للتغيير السلوكي، أصبح ذا قيمة في نظر "بيك" حيث شجعه على استخدامه في العلاج المعرفي (باترسون، 1994: 27-28).

مما سبق يتضح لنا أن أعمال "بيك" هي الرائدة في تطور العلاج المعرفي السلوكي قياساً على مساهمات المنظرين الآخرين وتعتبر نظريته النظرية الأكثر جذباً لاهتمام الباحثين والمهتمين بالعلاج المعرفي السلوكي ويرجع ذلك لمحاولاته في ربط نظريته بما يستجد من دراسات في علم النفس، ويرى الباحث أن التطور الأهم هو ما قدمه "بيك" في وضع الملامح الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي، من حيث تأثير الأفكار على الانفعالات والسلوكيات كما أنه يهدف إلى إقناع العميل أن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تعديل إدراكات العميل المشوهة ويعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملائمة للتفكير، وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى العميل.

تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

ظهر مصطلح العلاج المعرفي السلوكي في بداية الثلاث الأخير من هذا القرن ويهتم هذا النوع من العلاج النفسي بالجانب الوجداني للمريض وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية انفعالية واجتماعية وبيئية لأحداث هذا التغيير المرغوب فيه فكلمة معرفي cognitive مشتقة من مصطلح conition ولقد استخدم بعض المصطلحات العربية كترجمة لهذا المصطلح ومنها عل سبيل المثال "تعرف، ذهن" (المحارب، 2000: 1).

ويعرف "كندول:kendall: (1993) العلاج المعرفي السلوكي بأنه "محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي الذي ثبت نجاحه في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف أحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه".

كما عرفه مليكه (1994: 174) بأن العلاج المعرفي السلوكي هو منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل.

ويرى النمر (1995: 249) بأن العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على تعديل، أو تغيير المكونات المعرفية الخاطئة أو السلبية عن الذات أو الآخرين بأخرى صحيحة أو إيجابية.

ويعرف الحلبي واليحيي (1995: 261) العلاج المعرفي السلوكي بأنه نوع من العلاج النفسي يضع الخل في جزء من العملية المعرفية وهي الأفكار أو التصورات عن النفس والآخرين والحياة.

ويعرف "ستيفن وبيك" (1995: 249) بأنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية.

ويرى ايزنك (Eysenck :2000، 720): أنه تطور للعلاج المعرفي في محاولته لتغيير السلوك من خلال تغيير محتوى التفكير وإعادة بناء القناعات من خلال الإجراءات المعرفية.

ويرى الباحث بأن العلاج المعرفي السلوكي هو نوع من العلاج يقوم على استخدام الطرق العلاجية القائمة على نظرية التعلم السلوكي من جهة وعلى طرق علاجية تعطي التفكير المعرفي مركزاً هاماً في علاج الاضطرابات الانفعالية.

وتفترض النظرية المعرفية السلوكية في العلاج النفسي وجود ثلاثة عناصر مترابطة يساهم تفاعلها في تطوير السلوك واستجاباتها للعالم بجانبها الصحي والمرضي.

1. الموقف أو الخبرة المرتبطة بالحالة النفسية.
2. الجانب الوجداني والحالة الانفعالية موضوع الشكوى "بماذا أشعر الآن".
3. البناء المعرفي للخبرة (كيف أدرك الموقف وأفسره) (عبد الستار، 2008: 92).

قواعد العلاج المعرفي السلوكي:

إن ما يميز العلاج المعرفي السلوكي هو صبغته التعليمية التي تظهر من خلال سير وردة فعل العمل العلاجي بدءاً بالتعليم النفسي للمريض وإقناعه بمنطق العلاج ومسؤوليته، وتوضيح العلاقة بين الاعتقادات اللاعقلانية وما يعانيه من اضطراب ويبتدأ في إطار علاقة تعاونية مهنية توجهها مجموعة من الضوابط يمثل صميم مبادئ المنحى العلاجي المعرفي السلوكي وهي:

1. يرتبط كل من المعرفة والسلوك ببعضهما البعض.
2. التعليم يتم من خلال الجانب المعرفي.
3. التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.
4. يعمل كل من العميل والأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.
5. تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية حيث يستطيع الكثيرون من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعالهم تجاه المواقف وبذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة (آمال، 1999: 273).

من ثم فإن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على:

- تعليم البناء المعرفي وإيجاد مهارات التوافق الطبيعية.
- تعليم وتعميم بعض المهارات الجديدة وتدعيم بعضها من خلال استخدام العديد من الاستراتيجيات.
- تبليغ المريض متابعة وإدراك الواقع في إطار الأفكار الحالية ومواجهة التحديات الجديدة.
- الدعوة إلى التفكير المنطقي والاختبارات الواقعية للتفكير السلبي وهكذا يتعلم العميل كيفية تعديل أخطائه وزيادة الأداء الحالي بشكل واضح (سكران، 2006: 666).

مما سبق يرى الباحث:

1. أن العلاج المعرفي السلوكي يركز على الجوانب المعرفية حتى يستطيع أن يتعامل مع أفكار الفرد التي تكون فيها التشوهات المعرفية ويعمل على تعديلها.
2. يركز العلاج المعرفي السلوكي على هنا والآن بمعنى أنه ليس له علاقة بالماضي وإنما ما حدث مع الفرد في الحاضر حتى يستطيع تعديل سلوكه.

3. العلاج المعرفي السلوكي يعمل على تقديم خبرات جديدة للفرد حتى يستطيع مواجهة الموافق الجديدة.

4. العلاج المعرفي السلوكي يعمل على تعليم العميل كيف يفكر وكيف يشعر حتى يصدر سلوكيات صحيحة.

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

هناك مبادئ خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي الذي يمارس ضمن حدود مسلمات النظرية المعرفية وهي:

1. يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض التي يتم تطويرها وتنقيحها ضمن إطار المنظور المعرفي.

2. يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في المعالج.

3. يشدد العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة في الأنشطة التي سيكلف بها المريض.

4. يسعى المعالج إلى تحقيق أهداف معينة وحل مشكلات معينة.

5. العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي، يهدف إلى جعل المريض معالجا لنفسه

(عبدالله، 2000: 6).

6. العلاج المعرفي السلوكي علاج قصير المدى.

7. تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي وفق جدول معين.

8. يعلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف إلى الأفكار والاعتقادات الخاطئة.

9. يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير والمزاج والسلوك.

10. يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحا مع المريض يناقش معه وجهة نظره حول المشكلة (المحارب، 2000: 38-39).

مما سبق يرى الباحث ما يأتي:

1. يعتمد المعالج في صياغة المشكلة على تحديد الأفكار الحالية للمريض للأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف إلى السلوكيات غير المرغوب فيها.

2. يستطيع المعالج عمل علاقة علاجية جيدة مع المريض من خلال احترامه وتقديره والاهتمام به.

3. يعمل العلاج المعرفي السلوكي بكل قوة لمنع عودة المريض إلى السابق "الانتكاسة".
4. يكون العمل في العلاج المعرفي السلوكي كفريق.

خصائص العلاج المعرفي السلوكي:

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بخصائص عملية محددة يتم وصفها بالتفصيل فيما يلي:

1. الصفات التفاعلية:

على المعالج أن يكون قادراً على التواصل اللفظي وغير اللفظي الذي يبين إخلاصه وتفتحه واهتمامه، أنه مباشر ومن المهم أيضاً ألا يبدو المعالج كما لو أن لديه معلومات أو أسئلة مراوغة. ويجب أن يكون المعالج حريصاً على ألا يبدو ناقداً أو معترضاً على وجهات نظر المريض. كما أن السلوك المهني الواثق مهم في العلاج المعرفي، وعلى المعالج أن يشعر المريض بالثقة في مساعدته، ومثل هذه النغمة يمكن أن تساعد على إبطال مشاعر اليأس من المستقبل لدى المريض.

2. العائد المنتظم:

هو إتاحة الفرصة للمعالج للتحقق المنتظم وتحديد ما إذا كان المريض فهم المعلومات أولاً، والعائد من الأمور المهمة في العلاج المعرفي لمرضى الاكتئاب على وجه الخصوص ويبدأ المعالج المعرفي في إعداد مكونات العائد في فترة مبكرة من العلاج.

وطالما أن كثير من المرضى بين تأويل عبارات وأسئلة المعالج، يصبح في مقدور المعالج من خلال العائد المنتظم فقط التأكد مما إذا كان هو والمريض على نفس الموضوع ويقوم المعالج المعرفي كجزء من عملية العائد المنتظم بتبرير كل شكل من أشكال التدخل ويساعد ذلك على تجزئة العملية العلاجية وتسهيل الإجابة عن تساؤلات المريض حول مصداقية طريقة معينة للعلاج.

ويقوم المعالج المعرفي بكل جلسة بتوفير ملخص قصير لما تم في الجلسة، ويطلب من المريض أن يستخلص النقاط الخاصة ويقوم بتدوينها (بارلو، 2004: 593).

3. بناء الجلسات:

يتم التخطيط للجلسات من خلال جدول أعمال يتم الاتفاق عليه بين المعالج والعميل وهذا الجدول يسمح باستخدام أمثل للوقت وهو يعمل بمثابة موجه للعميل، كما يمدنا بإطار عمل محدود وملائم لرصد التقدم بالعلاج، ويكون كما يلي:

فحص مزاج المريض.

مراجعة موجزة للأسبوع المنقضي بين الجلسات.
وضع جدول أعمال للجلسة الحالية.
مناقشة بنود جدول الأعمال.
طلب عائد في نهاية الجلسة.

ويتم تعميق التقدم العلاجي عن طريق طرح مهام ومسؤوليات محددة للمعالج والعمل في
مرحلة علاجية وثيقة الصلة بالموضوع (بالمر، 2008: 43).

4. رصد وتعديل التفكير غير المنطقي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أن الاضطراب النفسي هو اختلال في التفكير يتضمن
عمليات معرفية مختلة تؤدي إلى رؤية محرفة عن الذات والعالم والمستقبل كما تؤدي إلى انفعالات
غير سارة وصعوبات سلوكية، واعتماداً على هذا التصور يتم استخدام فنيات لفحص وتحدي
الأفكار غير المساعدة ويعلم المريض كيف يستخدم الأدلة والبراهين لفحص وتفنيده غير
الواقعي. ويقوم المعالج في أثناء الجلسات بالعمل على فكرة معينة من الأفكار المختلة والتي يعاني
منها المريض (طه، 2007: 112).

5. العلاج الموجه نحو الهدف:

عادة ما يتم تحديد الأهداف وتقديرها بشكل تعاوني بين المعالج والمريض وينبثق أهداف
العلاج المعرفي السلوكي عن قائمة المشكلات محكمة الصياغة والبناء، والفروض العاملة، فإذا
افترض المعالج مثلاً أن قلق مريضه ناجم عن عجزه في استعداداته ومهاراته فإن خطة علاجه لا
بد أن تتضمن بناء مهارات المواجهة والتعرف المباشر وعدم التجنب والهروب في هذا المجال وإذا
افترض المعالج فرضاً بديلاً بأن قلق مريضه ناجم عن تنشيط اعتقاد أساسي لا تكفي لديه
مضمونه "أنه عاجز عن أداء مهمة في المهام" فلا بد أن يتضمن خطته العلاجية "إعادة البناء
المعرفي لهذا المعتقد المشوه" (اليهي، 2006: 71).

ويرى الباحث أن التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي لا يتم تطبيقها بصورة
سلبية، بل تكون موجهة بعناية كاملة حيث تختلف المضامين العلاجية باختلاف محتوى مشكلات
المريض.

أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

1. تعليم المريض كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.
2. مساعدة المريض على أن يكون واعياً بما يفكر فيه.

3. مساعدة المرضى على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
 4. تعليم المرضى كيفية تقييم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث المضطربة.
 5. تعليم المرضى تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية.
 6. تحسين المهارات الاجتماعية للمرضى من خلال تعليمهم حل المشكلات.
 7. تدريب المرضى على استراتيجيات وفتيات سلوكية ومعرفية متباينة.
 8. تدريب المرضى على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكهم.
- (عادل، 2000 : 53)

النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب:

يعطي العلاج المعرفي السلوكي دوراً مهماً للعلاقة بين مجالات التفكير والانفعال والسلوك فجميعها أشكال متلاحمة ومتكاملة والتعديل في إحداها يعدل في المجالات الأخرى ويرى اليس أن جانباً كبيراً من الانفعالات "لا تزيد عن كونها أنماط فكرية متحيزة أو متعصبة أو تقوم على التعميم الشديد".

فالناس تتفاعل تبعاً للمعاني أو التفسيرات التي يسبغونها على الأحداث والفكرة التي تعزز أن المعنى أو التفكير الخاص لأي حدث يحدد أشكال الاستجابة الانفعالية التي تصدر عن ذلك الشخص والتي يعتبرها "باترسون" محور النموذج المعرفي في التعامل مع الانفعالات والاضطرابات الانفعالية (باترسون، 1999: 33).

لقد اعتبر المعرفيون أن الاضطرابات النفسية وفق النموذج المعرفي تتركز حول ثلاثة آليات أساسية يفترض أنها تساعد في الإبقاء على الاضطراب كالاكتئاب وغيره.

وهذه الآليات هي الثالوث المعرفي، والتشوهات المعرفية والمخططات schemata.

أ. الثالوث المعرفي: The cognitive triad

يتألف الثالوث المعرفي من ثلاثة عناصر معرفية تحت المريض على أن ينظر إلى نفسه ومستقبله وتجاربه بطريقة خاصة.

فالمكتئب ينظر إلى نفسه نظرة سلبية، معتقداً أنه شخص غير مرغوب فيه وأنه عديم القيمة بسبب خلل نفسي، أو أخلاقي، أو جسدي في نفسه ويتألف العنصر الثاني في الثالوث المعرفي من ميل المكتئب إلى تفسير تجاربه بطريقة سلبية فهو يرى أن العالم يفرض عليه مطالب ومصاعب لا يمكن تذليلها للوصول إلى أهدافه في الحياة فهو مهزوم وأما العنصر الثالث من

الثالوث المعرفي فهو النظرة السلبية للمستقبل، فالمكتئب ينتبأ بأن مصاعبه الحالية سوف تستمر إلى ما لا نهاية.

ب. التشوهات المعرفية: Cognitive Destortion

تحتوى الأفكار السلبية (للالوث المعرفي) والتي تسبب الاكتئاب على الدوام تشوهات ضخمة، ورغم أن هذه الأفكار غريبة بعض الشيء وخارجة عن المألوف فالتالي تبدو للمكتئب صحيحة، وغير ممكن إثباتها عموماً بالإجماع، لأنها تتسم بالخصوصية الفردية.

كما تظهر بشكل عفوي ولهذا السبب تسمى بالأفكار التلقائية "أما التشوهات المعرفية فهي" الأنماط المختلفة من الأخطاء في منطق التفكير التلقائي ويمكن الوصول إليها من خلال أساليب الاستقصاء المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي" وهناك عدة تشوهات تتكرر يقوم المعالج بمواجهتها مع المرضى.

ويكون هدف العلاج المعرفي السلوكي هنا مساعدة المريض على التخلص من التشوهات المعرفية، أو أن يتكيف معها، إذا كان ذلك مستحيلاً.

ج. المخططات: Shemta

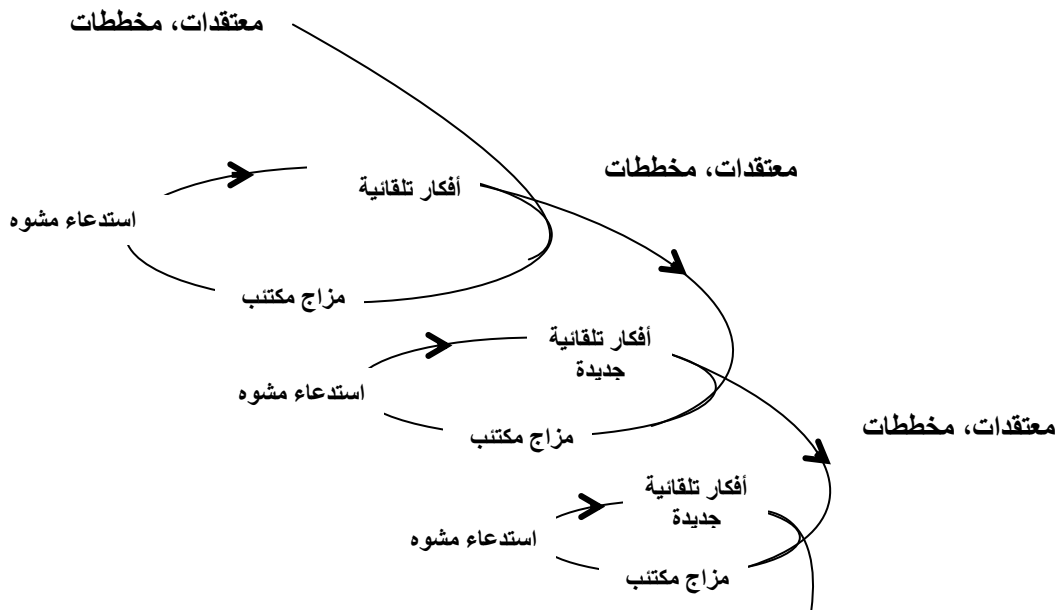
هي بنى (structure) معرفية يعتقد أنها تسبب شتى التشوهات التي نراها لدى المتعالجين. إن التفسير المعرفي للاكتئاب يقوم على النظرة السلبية إلى الذات والعالم والمستقبل. حيث يتجلى هذا الثالوث المعرفي السلبى من خلال استجابات الفرد التلقائية نحو حدث ما، ويعتقد أن الثالوث السلبى يقوم بصياغة تلقائية مستمرة لإدراكات الفرد وتفسيراته للأحداث، إذ تزيد التشوهات التلقائية في تأثير الاعتقادات الضمنية المختلة وظيفياً، والتي تؤدي بدورها إلى مزاج مكتئب، والمزاج المكتئب يؤثر بدوره سلبياً في استدعاء الأحداث الماضية والتقويمات الحاضرة، وهذا ما يسمى بلولب الاكتئاب.

ففي حالات الاكتئاب الخفيف (milde) غالباً ما يكون المريض قادراً على النظر إلى أفكاره السلبية بشيء من الموضوعية، وحينما تزداد شدة الاكتئاب تسيطر الأفكار السلبية على تفكيره رغم عدم وجود ارتباط منطقي بين الأحداث الفعلية والتفسيرات السلبية على تفكيره رغم عدم وجود ارتباط منطقي بين الأحداث الفعلية والتفسيرات السلبية إلى أن يصبح مشغولاً بشكل مسبق بالأفكار السلبية المتكررة الدؤوبة، فيجد صعوبة شديدة في التركيز على المثيرات الخارجية مثل القراءة والانشغال بنشاطات ذهنية مثل التذكر أو حل المشكلات، ويكون التنظيم المعرفي الخاص بالمزاج ذات التحكم لا يستجيب للمدخلات المحيطة به

(السقا، 2005: 55-75).

مما سبق يرى الباحث أن الاكتئاب يحدث من خلال استجابات الفرد للأفكار التلقائية التي يكونها وهذه الأفكار يعمل على تفسيرها حتى تصبح راسخة في عقله وتسمى بالمعتقدات وهذه المعتقدات تكون تشوهات معرفية تدخل الشخص في المثلث المعرفي أو الدائرة السلبية للاكتئاب ويعمل المعالج المعرفي على فك هذا المثلث من خلال أساليب معرفية.

شكل (1): دورة الاكتئاب



(السقا، 2005: 85)

فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

العلاج المعرفي السلوكي هو أحد الأساليب الحديثة الذي يهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية ويهدف هذا الأسلوب إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب وذلك من خلال التعرف إلى المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة وتحديدتها والعمل على تعديلها وتصحيحها.

ويتوقف تحقيق هذا الهدف على وجود علاقة علاجية دافئة بين المعالج والمريض، الذي يجب أن يتصف بالقبول والتقبل والدفء والود والتعاون والمشاركة الوجدانية، وأن يقوم المعالج بتدريب المريض وتعليمه كيفية التعرف إلى المشكلات وحلها، والتعرف على مكوناتها وأسبابها وعلاقتها بالاضطراب (عبد الله، 2000: 76-69).

وهناك العديد من الأساليب العلاجية التي تستخدم خلال الاتجاه المعرفي السلوكي منها:

1. فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها:

2. The Technique Identifying Automatic Ideas and Corecting Them

يقصد بالأفكار التلقائية، تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعة كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً دون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة، وهي السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية هذه تكون دائماً ذات صفة سلبية لحالة معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية.

وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار ومن ثم تبديلها بإيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، ولذلك يطلب من المريض أن يسجل الواجبات المنزلية على ورقة، ويدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مرت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر هذه الواجبات جزء من العلاج (الحلبي، اليحيى، 1996: 271).

ويرى "بيك" (2000: 189) أن الشخص قد يكون غير مدرك تماماً للأفكار التلقائية التي تؤثر كثيراً على أسلوب المريض وشعوره ومدى استمتاعه بخبراته، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذه الأفكار ويتعرف إليها بدرجة عالية من التناسق، وفي هذه الفنية يطلب المعالج من المريض أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقاً لا مبرر له، أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي.

مما سبق يرى الباحث أن هذه الفنية تقيد كلا من المعالج والمريض، في التعرف إلى الأفكار السلبية التي تؤدي إلى التوتر، ومن ثم تبديلها بأفكار إيجابية ومن ثم تقيد المعالج في اختيار الأسلوب المناسب للعلاج.

3. فنية المراقبة الذاتية: The Technique of Self Monitoring

يقصد بالمراقبة الذاتية في العلاج المعرفي السلوكي، 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، من خلال عملية التقويم لكي يتمكن من التعرف إلى مشكلة المريض بشكل يسمح له بإعادة صياغة مشكلة المريض والاستمرار في استخدامها لمتابعة العملية العلاجية، وبالإضافة إلى ذلك فالمراقبة الذاتية

تؤدي في الغالب إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير المرغوب فيها لدى المريض، وتقدم أدلة تحد من ميل المريض إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته (المحارب، 2000: 118).

ويطلب المعالج من المريض تعبئة هذه الاستمارة بتسجيل وقت ومصدر المواقف التي تسبب القلق والخوف، والأعراض الجسدية والأفكار التي صاحبته.

ومن الممكن أيضاً أن يقوم بتقييم قلقه بمقياس من (صفر-100) ليصف كيف يواجه الموقف، ونضع هذه المعلومات أساساً لتسجيل مدى تكرار نوبات التوتر أو أي أعراض جسدية أخرى، وتساعد المعالج على معرفة مصادر ومظاهر القلق لدى المريض، كما تساعد مراقبة الذات المريض على رؤية متاعبه بشكل مختلف فتشجعه على المحاولة، وأن يكون، موضوعياً مع نفسه مما يساعده لتحديد مشكلته بشكل معرفي سلوكي (عوض، 2000: 114).

مما سبق يرى الباحث أن هذه الفنية تساعد المعالج والمريض على تحديد قوائم المشكلات بشكل موضوعي، وأن يتعرف على الأعراض الجسدية والآثار النفسية ومن ثم تساعد المعالج في التقييم وإيجاد الأسلوب الأمثل في العلاج، وتعطي المريض تغذية راجعة عما يحدث معه مما يعطيه تعزيز إيجابي نحو العلاج.

4. فنية المتصل المعرفي: Cognitive Cntinuum Tecnique

وفي هذه الفنية يطلب من المريض أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، وعلى سبيل المثال، يطلب من المريض الذي لديه اعتقاد "أنا شخص عديم الفائدة" أن يعرف المقصود بعديم الفائدة، ثم يطلب منه أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة.

وهي فنية مفيدة لاستبدال الأفكار التلقائية وكذلك الاعتقادات الأساسية، وتفيد في التعامل مع التفكير الثنائي (كل شيء أو لا شيء) (المحارب، 2000: 217).

مما سبق يرى الباحث أن هذه الفنية تساعد المريض على التخلص من الاعتقادات التي يرى فيها نفسه أنه فاشل ويقول له المعالج تذكر مواقف كنت فيها فعالاً وقوياً ويقارب هذه المواقف بهذه الفكرة مقارنة مع الآخرين على مقياس (من صفر. 10) وبذلك يستبعد له الفكرة القائلة بأنه عديم الفائدة.

5. فنية الجدل المباشر: Direct Dialogue Technique

وهذه الفنية إحدى الفنيات المعرفية، فرغم أن العلاج المعرفي يؤدي التوجه نحو الاكتشاف الموجه أكثر من المواجهة المباشرة لأراء المريض، إلا أنه في بعض الأحيان لابد للمعالج من المواجهة المباشرة، ويظهر هذا الأسلوب عندما يكون للمريض شعور بالانتحار فبالتالي يجب على المعالج أن يعمل بسرعة بشكل مباشر على مواجهة هذا الشعور باليأس كما تكون المواجهه المباشرة نافعة في المواقف التي يتدخل المعالج فيها للعلاج بشكل سريع في الوقت الذي لا يكون للمريض فيه رغبة أو المقدرة على المشاركة الفاعلة في عملية العلاج.

(freeman.1999:55)

6. فنية التعريض: Exposure Tecnique

هو مكون رئيسي في العلاج المعرفي السلوكي وكذلك في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق، فقد وجد الباحثون في هذا المجال، أن التعريض المستمر للمثيرات التي تسبب القلق ينتج عنه تشتت في استجابة الفرد الذي يعاني من القلق.

فالتعريض له عدة أشكال يتخذ منها:

التعريض التخيلي، التعريض المتدرج والتعريض في الواقع، وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج، ولابد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة المريض.

ويعود الهدف من هذه الفنية إلى التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية، ومواجهة سلوك التجنب من ناحية أخرى (سعفان، 2003: 141-142).

مما سبق يرى الباحث أن فنية التعريض من الفنيات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي وخاصة في حالات القلق ومنها (الخوف من الأماكن المتسعة، الخوف من الأماكن الضيقة، والخوف الاجتماعي) حيث تعد من أفضل الوسائل نجاحاً لهذا المرض.

فإذا لم يتعرض الشخص لهذا الموقف فإنه سيتجنبه ومن ثم سيعزز هذا السلوك الخاطيء ويبقى في دوامة المرض.

فالتعرض يكون في البداية مزعجاً لدى الشخص ولكن سرعان ما يتحول إلى إطفاء للسلوك المزعج ويشعر بالراحة.

7. فنية التخيل Imagination Tecnique

لقد أشار "بيك" إلى أن فنية التخيل تستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف، فيطلب المعالج من المريض أن يتخيل مشهداً أو منظرًا غير سار ويلاحظ استجاباته، فإذا أظهر العميل استجابات انفعالية وعاطفية سالبة عندئذ يبحث في محتوى أفكاره.

ثم يطلب المعالج من المريض أن يتخيل مشهداً ساراً ويصف مشاعره، كي يستطيع المريض أن يدرك التغيير في محتوى الأفكار التي أثرت في مشاعره وبالتالي يمكن أن يغير مشاعره إذا غير أفكاره (معوض، 1996: 106).

مما سبق يرى الباحث أن فنية التخيل تساعد المريض في تعلم وإدراك أن تغيير الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر سلبية، تؤدي إلى تغيير هذه المشاعر نتيجة تغيير محتوى الأفكار وأبدالها بأخرى إيجابية.

8. فنية الواجبات المنزلية: Home work Tecnique

تلعب الواجبات المنزلية دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، إذ أنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والمريض، وذلك يؤثر في طريقة أداء المريض في كل الخطوات، وتأخذ الواجبات المنزلية عدة أشكال فيطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الآلية، والاتجاهات المختلة وظيفياً، أو إجراء تجربة سلوكية أو معرفية لها أهداف محددة ومتعلقة بمشكلاته، بالإضافة إلى كيفية إجرائها والاهتمام بمراجعتها في بداية كل جلسة (معوض، 1996: 117-118).

إن الواجبات المنزلية تستخدم لتعريف المريض بارتباط الأفكار الآلية وعلاقتها برودها الانفعالية، كما أنها تؤكد للمعالج فهم المريض لتقنيات العلاج، وتعطي فرصة للمريض لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية، لمعرفة أفكاره المختلة واتجاهاته غير العقلانية ومحاولة تعديلها.

9. فنية ملء الفراغ: Filling in the Blank Tecnique

من الإجراءات الأساسية لمساعدة المريض على توضيح أفكاره التلقائية أن ندرجه على ملاحظة سلسلة الأحداث الخارجية وردود أفعاله تجاهها. وقد يذكر المريض أحياناً عدداً من المواقف التي أحس فيها بكدر وضيق لا مبرر له.

ففي هذه الحالة تكون هناك دائماً فجوة ما بين المثير والاستجابة الانفعالية، وقد يكون باستطاعة المريض أن يفهم سر كدره الانفعالي إذا أمكنه أن يتذكر ويسترجع الأفكار التي وقعت له خلال هذه الفجوة (بيك، 2000: 92).

10. فنية الأسئلة السقراطية والاستكشاف الموجهة: **Discovery Tecnique Soratic** **Questionad Guided**

العلاج المعرفي السلوكي عملية تجريبية تعاونية يشترك فيها المعالج والمريض في وضع أهداف العلاج، وجدول أعمال كل جلسة وجمع الأدلة لصالح أو ضد اعتقادات العميل، بطريقة تشبه الطريقة العملية لفحص الفروض، ويتم فحص هذه الفروض باستخدام الأسئلة السقراطية (نسبة إلى سقراط) من قبل المعالج، بدلاً من التحدي المباشر لأفكار المريض، اعتقاداته. وفي الأسلوب الأول من أساليب هذه الفنية، يقدم المعالج وجهة النظر البديلة للمريض مباشرة كأن يشير إلى عدم التناسق ووجود أخطاء في التفكير، ويسأل المريض عن مدى موافقته وفهمه لذلك.

أما الأسلوب الثاني فيكون الهدف منه توجيه المريض إلى تفحص جوانب وضعه خارج نطاق الفحص والتدقيق، وتعويد المريض على التفكير وطرح الأسئلة على نفسه، في مقابل الاندفاع التلقائي وتمكينه بذلك من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية (المحارب، 2000: 132).

ويرى الباحث أنه من خلال هذه الفنية يحصل المعالج على معلومات من المريض، فهو الذي يستطيع شرح أفكاره، ومشاعره وتساعد المريض على التفكير في الاتجاه الصحيح، وتعمل على مساعدة المعالج في تحديد الكيفية التي تستخدم بها القواعد العلاجية التي ينوي المعالج تطبيقها.

11. فنية اختبار الدليل: **Alternatives Choosing Tecnique**

وهي إحدى الفنيات الفعالة لمواجهة الأفكار الخاطئة، بحيث تدعم الفكرة بواسطة الحدث المتاح، حتى لو كانت هناك بعض التأويلات الأخرى التي تكون مناسبة بشكل أكبر لهذا الدليل.

فالعلمية لا تشمل فقط مجرد اختبار للدليل، ولكنها تضع في الاختبار أيضاً مصدر تلك المعلومات ومدى صلاحية استخدام الآراء التي انتهى إليها المريض، بالإضافة إلى التفكير في ما إذا كان العميل قد أغفل بعض المعلومات المتاحة.

وتذكر "زارب" (1992: 21) أن هذه الفنية تستخدم من أجل مساعدة المرضى على اكتشاف المنطق الخاطئ الكامن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة، و يطلب من المريض أن يقدم الدليل المؤيد أو الدليل المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث، وأن يقوم بتسجيل الدليل المؤيد أو الدليل المعارض.

12. فنية الحوار الذاتي: Monologue Technique

ويكون الحوار الذاتي عن الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية فالإنسان يسلك بحسب ما يفكر وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص على تعديل مستوى أفكارهم، التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة.

إن الحوار مع النفس عند أي نشاط معين من شأنه أن ينبه الفرد إلى تأثير أفكاره السلبية على سلوكه وحديث المرء مع نفسه وما يحتويه من انطباعات وتوقعات في المواقف التي تواجهه، هو السبب في تفاعله المضطرب.

ولهذا يحاول المعالج المعرفي السلوكي إلى تحديد مضمون مثل هذا الحديث، والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه خاصة المواقف التي تثير القلق والاكتئاب (عوض، 2001: 112).

13. فنية لعب الدور: Role play Technique

وتعتبر من الفنيات التي تستخدم مع المكون الانفعالي في العلاج المعرفي السلوكي إذ تتيح هذه الفنية الفرصة للتنفيس الانفعالي وتفرغ الشحنات والرغبات الظاهرة المكبوتة، ويتم ذلك من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين كما لو أنه يحدث بالفعل، على أن يقوم المعالج بدور الطرف الآخر من التفاعل والحوار والمناقشة. ويتكرر لعب الدور حتى يتم تعلم السلوك المرغوب (شقيير، 2000: 272)

كما يستخدم لعب الدور في مساعدة الأفراد على ممارسة السلوكيات التي يرغبون في أن تنمو لديهم كي يصبحوا أكثر وعياً لانفعالاتهم وأسلوب تفاعلهم مع الآخرين، ويعد لعب الدور أحد الطرف التي تعيين على نمو المهارات الاجتماعية (عمارة، 2008: 160-161)

ويرى الباحث أن فنية لعب الدور تتيح للفرد الفرصة لتجربة طرق بديلة للتغلب على السلوكيات غير المرغوبة، أيضاً تتيح الفرصة للمريض بإظهار ثقته بنفسه حتى يستطيع مواجهة

المواقف الأخرى، ويعمل لعب الدور على تدريب المريض على تحمل الإحباط والتحكم في السلوكيات غير المرغوبة.

14. فنية النمذجة: Modeling

يعتبر التعلم بالنمذجة من أهم الأساليب المستخدمة في تعلم العديد من المهارات الاجتماعية وذلك من خلال التعرف إلى النماذج السوية في البيئة والافتداء بها فالمعالج يعرض على العملاء النماذج المرغوب تعلمها في سلوكهم فيقومون بتقليدها بعد ملاحظتها مع تعزيز أدائهم للسلوك (منصور، 2000: 87).

فنية التدريب على حل المشكلات: Problem Solving Skills

هناك عدة مراحل يجب إتباعها في أثناء حل المشكلات وهي:

1. مرحلة إدراك وجود المشكلة وفيها يدرك الشخص بأن لديه مشكلة فمن المهم أن ينتبه إلى مشاعره عندما يكون متوتراً أو مضطرباً.
2. خفض الإثارة: عن طريق التوقف عن التفكير التلقائي، فضبط النفس يكسر دائرة الإثارة المفرطة، وفرط الإثارة يمكن أن يستثير سلوكيات غير مرغوبة، لأنها تستطيع أن تقطع تسلسل حل المشكلة.
3. وضع صياغة للمشكلة: من خلال التركيز على المطلوب عمله، وليس من خلال سبب الإحباط، وتقدير حجم المعلومات المتاحة، ثم عرض المشكلة في شكل يمكن حله بشكل إيجابي.
4. التفكير بطريقة الحل البديل: يشير إلى السلوك العقلي المنتج لحلول بديلة عديدة لمشكلة واحدة الاختيار من بينها.
5. التفكير بالعواقب: فإذا فكر الفرد في عواقب الفعل الذي سيقوم به، سواء أكان على نفسه أو على الآخرين أو الأشياء المحيطة به سيكف عن هذا الفعل.
6. مهارة التفكير العلمي: وفيها يتم تقديم إجابات عن الأسئلة، مثل لماذا؟ كيف! أيمن؟
7. تقييم النتائج: من خلال النظر إلى السبب والنتيجة والعلاقات بينهما، التعلم من النتائج وهل وصلت إلى اختيار جيد أم لا، تعلم الأخطاء، تجنب لوم الذات على محاولة المتغير التفكير الضعيف غير المجدي، تعلم القيمة الاستراتيجية لحل المشكلات (عمارة، 2008: 498-499).

ويرى الباحث أن مهارة حل المشكلات تعمل على تحديد أهداف العميل من العملية العلاجية، كما أنها تعمل على تعلم التخطيط الجيد في جميع مجالات الحياة، كما أنها تعمل على تفتيح عقل العميل عن البحث على البدائل والحلول الآخرين، وتعمل أيضاً على بث روح الثقة عند المريض ومن خلال هذه المهارة يستطيع الشخص أن يضع تعريف إجرائي للمشكلة، كما أنها تعلم المريض ضبط النفس.

15. فنية صرف الانتباه

تستخدم فنية صرف الانتباه في العلاج المعرفي السلوكي لأهداف محدودة وقصيرة المدى، وذلك بأن يطلب من المريض الذي يعاني من القلق، مثلاً القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً، ولكن لفنية صرف الانتباه بعض الجوانب السلبية التي قد تؤثر سلباً على سير العملية العلاجية على المدى البعيد، عندما يستخدمه العميل كأسلوب لتجنب الأعراض.

يستطيع المعالج استخدام فنية صرف الانتباه في بداية العلاج، لكي يجعل المريض يدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهذه خطوة مهمة جداً في العلاج وقد تستخدم هذه الفنية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض، عندما يكون المريض في وضع لا يسمح بتحدي الأفكار السلبية التلقائية. ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للمريض.

وفيما يلي بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه:

أ) التركيز على شيء معين:

يُدرَّب العميل على التركيز على شيء ما يصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة التالية والإجابة عليها: (أين هو بالضبط، ما حجمه، ما لونه، كم يوجد منه...الخ).

ب) الوعي الحسي:

يُدرَّب العميل على ملاحظة البيئة المحيطة به ككل باستخدام النظر، السمع، الذوق، اللمس، والشم مستعيناً بالأسئلة التالية: (ما الذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك؟).

ت) التمرينات العقلية:

يشمل ذلك مثلاً على العد إلى الخلف من (100) يطرح (7) كل مرة، التفكير في أسماء الحيوانات التي تبدأ بحرف (أ) وهكذا. تذكر حادثة معينة بالتفصيل.

ث) الذكريات والخيالات السارة:

تذكر الحوادث السارة بأكبر قدر ممكن من الوضوح مثلاً (رحلة سعيدة) أو تخيل ما الذي سيفعله المريض لو كسب شيء غير متوقع (المحارب، 2000: 208-211).

مما سبق يرى الباحث أن فنية صرف الانتباه تفيد في خفض مستوى القلق والتوتر عند الفرد بعدة طرق من شأنها أن تصرف انتباه الفرد عن الأعراض التي يشعر بها نتيجة للأفكار التي تدور في ذهنه مما يؤدي به إلى تغيير محتوى تفكيره إلى أمور أخرى تجعله أكثر هدوءاً وأقل توتراً.

أساليب العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب:

1. العلاج المعرفي السلوكي وفق نظرية أليس:

أطلق (ألبرت أليس 1970) على طريقته في العلاج المعرفي تسمية العلاج العقلاني الانفعالي Emotive Therapy Rational، ويعتمد في علاجه على العلاقة التفاعلية للعمليات النفسية الإنسانية، وذلك وفق نظريته المعروفة (A)، (B)، (C)

(A) يعني الحدث النشط (Active Events)

(B) يعني طريقة التفكير والتأويل (Beliefs)

(C) يعني النتائج السلوكية الانفعالية (Consequences)

ويعتقد أليس أن الأحداث ليست هي السبب في الانفعالات لكن الأفكار والمعتقدات التي تكونها عن الأحداث هي السبب للانفعالات (العزة والهادي، 1999: 144).

لقد لخص أليس الأفكار والمعتقدات التي تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية وسوء التكيف في ثلاث حتميات:

1. يجب على أو ينبغي لي أن أؤدي جيداً وأن أكون محبوباً من جانب الآخرين.
2. يجب عليك أن، تعاملني برفق وبعدل، ومن المفزع ألا تفعل، فإني حينئذ لا أستطيع تحملك ولا تحمل سلوكك، وتكون حينئذ شخصاً سيئاً.
3. يجب أن يتعامل العالم بشكل طيب ووليء بالحظ، وأن يمنحني كل شيء أريده.

(Trower.1999.3-5)

عملية العلاج:

تتلخص عملية العلاج عند اليس في معالجة اللامعقول بالمعقول. وبما أن البشر لهم إمكانيات أن يكونوا عقلايين، فإن، لديهم القدرة على تجنب أو إلغاء معظم الاضطراب الانفعالي أو التعاسة من خلال تعلمهم بعقلانية. ويكون دور المعالج أو المرشد مساعدة المريض على التخلص من الأفكار والاتجاهات غير العقلانية وأن، يحل محلها أفكار واتجاهات منطقية (الشناوي، 1994: 109).

ويتألف العلاج الانفعالي المنطقي "من ثلاثة أطوار متداخلة: تحليل الذات المنطقي، تمارين التوهم أو الخيال الانفعالي المنطقي وتدريب السلوك. وتعد طريقة إدارة المحادثة الجدلية على نحو "الجدل السقراطي"، والملاحظة المنهجية لذات لإبراز "القناعات غير المنطقية" والتشكيك بها، وتحليل الموقف والفعل فيما يتعلق بالسلوك "غير المنطقي" من التقنيات "المنطقية" بشكل خاص. وفي العلاج يتم العمل بشكل ملموس قدر الإمكان بهدف أن يتمكن المريض من بين الإجراء واستخدامه في المستقبل في مشكلات جديدة. (غرواة، 1999: 188-189).

مما سبق يرى الباحث أن منهج اليس يتمثل بعلاج الأفكار غير العقلانية وتعديلها حتى تصبح أفكار عقلانية ويعتمد منهجه على أن الأفكار التي تنتج عن الأحداث هي التي تسبب مشاعر سلبية وهذه المشاعر هي التي تصدر السلوك السيء. لذلك من المفترض أن يفكر الإنسان بشكل سوي ولا يعاني من التفكير حتى لا يقع في دوامة المرض فالإنسان لا يستطيع ارضاء جميع الناس. لذلك فإن القناعة كنز لا يفني.

2. العلاج المعرفي السلوكي وفق منهج ميكنباوم:

يتمثل منهج (ميكنباوم 1969) في الجمع بين المنهجين المعرفي والسلوكي، مثل النمذجة والمهام المتدرجة والتدعيم الذاتي. فقد استنتج ميكنباوم بأن التفكير والإدراك والبناءات المعرفية السلوكية وحديث الفرد مع نفسه، وكيفية عزوه للأشياء، لتدخل كلها في عملية التعلم وهذه بالتالي لها دور في التأثير على سلوك الفرد (مليكة، 1990: 245).

وقد ركز ميكنباوم فيما بعد على أهمية الحوار الذاتي عند الإنسان وتأثيره في العمليات الإدراكية وكيف يمكن تغييره (الحوار) وتغيير التفكير والمشاعر يتم تعديل السلوك في النهاية واستخدام لذلك أسلوب التوجيه الذاتي (Sel-Instruction) أن يعطي المتعالجون تعليمات لأنفسهم لكي يغير من سلوكهم. (العزة، الهادي، 1999: 150).

عملية العلاج عند ميكنياوم:

تتألف عملية العلاج عند ميكنياوم من ثلاث مراحل:

1. **المرحلة الأولى:** مراقبة الذات وفيها يعرف المسترشد كيف يتحدى أو يعبر عن سلوكه الذي يزيد في وعيه وأن لا يشعر المريض بأنه سيكون ضحية للتفكير السلبي ويجب على المعالج أن يعرف طرائق العزو عند الأفراد وعباراتهم التي يوجهونها نحو ذواتهم.
2. **المرحلة الثانية:** السلوكيات والأفكار السيئة غير المتكافئة:

وفي هذه المرحلة يؤثر الحديث الجديد للمعالج في البنية المعرفية، فإذا كان المطلوب تغيير سلوك المريض فينبغي أن يولد ما يقوله لنفسه لسلسلة من سلوكيات جديدة غير مكيفة مع سلوكياته الحالية. وهنا يستطيع المعالج أن يتجنب السلوكيات غير المناسبة ويختار سلوكيات مناسبة وفقاً للأفكار الحالية (العزة والهادي، 1999: 154).

المرحلة الثالثة: المرتبطة بالتغيير، وفيها يؤدي المريض مهمات تكيفيه جديدة خلال حياته اليومية، ليكون التركيز على ما يقوله المتعالج لنفسه حول السلوكيات المتغيرة الجديدة التي تعلمها وعلى نتائجها التي ستبقى وستعمم إلى مواقف أخرى.

مما سبق يرى الباحث أن عملية العلاج عند ميكنياوم تتركز على الحديث الداخلي والمراقبة الذاتية للأفكار التي ينتج عنها التشوهات المعرفية حيث يكون العميل قبل العلاج سلوك غير مرغوب فيه، وهذا السلوك يولد حديث داخلي جديد أثناء العلاج، وسيبطل الحديث بحديث داخلي جديد ينتج عنه تكوينات معرفية جديدة ويلاحظ أن عملية العلاج عند ميكنياوم تركز على ما يقوله المريض لذاته حول السلوكيات التي تغيرت وليس على المهارات التي تعلمها.

3. **العلاج المعرفي وفق منهج بيك.**

يقرر بيك صاحب أكثر نظريات العلاج المعرفي شيوعاً، أن منهجه نسق علاجي يقوم على أسس نظرية في علم الأمراض النفسية، ومجموعة من أسس وأساليب علاجية مستمدة من البحوث التطبيقية.

وقد استمد بيك نظريته في العلاج المعرفي السلوكي من مصادر ومناهج نظرية أهمها:

النظرية البنوية (لكانت) ونظرية التحليل النفسي (لفرويد)، ومن إسهامات علم النفس المعرفي وبخاصة مفهوم البنية المعرفية والعمليات المعرفية اللاشعورية (مليكة، 1990: 226).

إن العلاج المعرفي عند بيك يقوم على أساس العلاقة الوثيقة بين المعرفيات والانفعال، أي الاستجابات الانفعالية تعتمد إلى حد كبير على التقييم المعرفي لأهمية الأحداث المحيطة.

فالأضطراب يحدث عندما يحاول الشخص تفسير الأحداث التي تواجهه ويعيد صياغتها وفق معتقداته وأساليب تفكيره وإدراكه للموقف، أو الحديث الذي لا يواجهه ويشعر الشخص بالحزن عندما يدرك الموقف ويفسره على أنه ينطوي على خسارة أو هزيمة أو حرمان.
(Dobson, 1988,pp13).

إن هذه الإدراكات الخاطئة للواقع ليست هي الواقع نفسه لأنها محدودة بحدود الوظائف الحسية للأشخاص كما أن تأويلاتهم للمدخل الحسي متوقفة على عمليات معرفية مثل دمج المثبرات وتمييزها وهي عمليات عرضة بدورها للخطأ.

إذ أن هذه التقييمات للواقع قد يعتريها الخطأ من جراء بعض الأنماط الفكرية المختلة وظيفياً.
(Beck,1976,P.233)

وقد ميز بيك بين مستويين من المعرفيات المختلة وظيفياً:

أ) الأفكار التلقائية (Thought Automatic): وهي المعرفيات التي تخطر في البال عندما يكون الشخص في حالة ما، ولا تكون هذه الأفكار التلقائية عادة عرضة للتحليل العقلاني، وغالباً ما تتركز على منطق خاطئ، ورغم أن الفرد قد يكون مدركاً لها دون الوعي لهذه المعرفيات، ويمكن الوصول إلى هذه الأفكار من خلال أساليب الاستجواب المستخدمة في العلاج المعرفي، وقد أطلقت تسمية الأخطاء المعرفية (Cognitive Errors) على الأنماط المختلفة من المنطق الخاطئ، ومن هذه الأفكار:

1- التفكير بالكل أو بلاشئ: Thinking All- Or Nothing

هو نوع من التفكير يجعل الفرد يرى إما أبيض أو أسود.

2- عبارات الينبيغيات:

يحاول الفرد تحريض نفسه بعبارات مثل ينبغي، أو يجب، أو لا بد.

3- التصفية الذهنية: Mental Filter

ينتقي الشخص الموقف الذي ينطوي على السلبية متجاهلاً المواقف الإيجابية.

4- التضخيم والتقليل: Minimizing and Magnifying

يتم التضخيم في أهمية الأشياء سواء كانت للفرد أم للآخرين، كذلك التقليل من شأن الأشياء بدرجة متناهية في الضالة.

5- العزو الشخصي: Personalization

وفيه يعتبر الشخص نفسه السبب عن بعض الأحداث الخارجية السلبية التي لا يكون في الواقع مسؤولاً عنها.

6- الاستنتاج الانفعالي: Emotional Reasoning

هو استنتاج يفترض الفرد بأن انفعالاته السلبية تعكس بالضرورة حقيقة الأشياء.

7- فرط في التعميم: Overgeneralization

ويرى الفرد حدثاً سلبياً واحداً على أنه نموذج الهزيمة لا تنتهي.

8- القفز إلى النتائج: Jumping TO conclusions

يقدم الفرد نتائج وتفسيرات سلبية وإن لم تكن هناك حقائق محدودة تدعم استنتاجاته.

9- الانتقاص من المزايا الإيجابية:

هو تفكير يحاول الفرد به رفض التجارب الإيجابية أو اعتبارها صدفة. (Beck,1979,PP.261)

ب. المخططات المعقدات: Scemata

" وهي بناءات معرفية افتراضية عميقة تقود وتنظم عملية معالجة المعلومات من المحيط، وفهم التجارب الحياتية، وتعتبر أنها تسبب مختلف التشوهات المعرفية التي تديم مزاج المكتئبين" (Dobson, 1988,P.17)

وبشير تعبير مفهوم المخططات بوضوح إلى الأنماط المعرفية الثابتة التي ربما تكون فعالة أو ضعيفة، أو مفروضة بالقوة.

فالمخططات الفعالة هي التي تحكم السلوك اليومي أما المخططات الضعيفة فتدعي لأداء دورها في ضبط السلوك في أوقات الشدة وكلما كانت المخططات قاهرة أكثر زادت استجابة الفرد لها (Dattilio& Freeman,2000,P.15)

ويمكن الاستدلال على هذه المخططات من السلوك أو الأفكار التلقائية حين يتم تطور هذه البناءات المنظمة عبر تجارب الطفولة المبكرة والتأثرات التقويمية المكونة الناتجة عن ذلك. وتكون نتيجة لتراكم تجارب المرء وتعلمه ضمن مجال الأسرة أو المجتمع.

(Beck,1979,P.13)

عملية العلاج:

ترتكز العملية العلاجية عند بيك على المعرفيات اللفظية أو التصورية للمتعالج وعلى الافتراضات أو أنماط الاتجاهات التي تقوم عليها هذه المعرفيات، وفي الخطوة الأولى من العلاج يتم توضيح مفهوم العلاج المعرفي للمريض، وفي الخطوة الثانية يتم من خلال الإرشادات المنهجية والتمارين والمعرفيات الإشكالية للمريض مثل التشوهات المعرفية وأنماط التفكير غير متناسبة مع الواقع والهدف.

وفي الخطوة الثالثة يتم إخضاع المعرفيات الإشكالية إلى تحليل. ويميز بيك بين ثلاثة أنواع من التحليل:

(أ) **التحليل المنطقي:** يتم اختبار المعرفيات استناداً إلى أخطاء منطقية.

(ب) **التحليل الامبريقي:** يهتم بتطابق الفرضيات الضمنية للمتعالج مع المعطيات الواقعية.

(ت) **التحليل الذرائعي:**

تتم فيه دراسة ماهية العواقب العملية التي تمتلكها فرضيات وقناعات محددة للمتعالج. وعلى أساس من هذا التحليل ينجز المعالج والمتعالج معاً تقويمات ومواقف جديدة تمارس بعد ذلك في مجالات تعليمية مختارة (غراوة، 1999: 193-194).

ويوصف العلاج المعرفي عند بيك بأنه اتجاه فردي مع وجود قرارات فردية، وخيارات علاجية، وفتيات واستخدام الأشكال التقليدية للعلاج النفسي، وبالرغم من ذلك فإن هناك العديد من الخطوات العلاجية التي تتكون من جلسات منظمة يتم التخطيط لها بعناية وفق خطوات تتمثل في جدولة النشاطات، أما الأفراد غير النشطين والمكتئبين بحدّة تستخدم معهم الأنشطة وتسجل المعلومات بواسطة فنية العمود الثلاثي والتي تختلف عن فتيات مراقبة الذات الشائع استخدامها في العديد من العلاجات المعرفية السلوكية، وفي الجلسة التالية يتم مناقشة ما يجب أن يكون، وكذلك مناقشة متطلبات الخطة العلاجية والتعامل مع نقد الذات أما النوع الثاني من العلاج الأساسي، فهو عملية تفترض أن يكون هناك تجريب تعاوني وهو أسلوب يتم من خلاله العلاقة بين المريض والمعالج، وتتكون من جلسات علاجية تتضمن تغذية راجعة للمريض

. (Rehm,2003,PP189-91)

ويفترض يونج وبيك (181: 2002) أن المعرفة، والسلوك، والكيمياء الحيوية، جميعها مكونات مؤثرة في الاضطراب الاكتئابي، ونحن لا ننظر إلى وجهات النظر هذه باعتبارها نظريات متنافسة للاكتئاب، ولكن باعتبارها مستويات مختلفة للتحليل. وكل طريقة لها توجهها المقنع؛

فالمعالج الدوائي يتدخل في المستويات المعرفية، والانفعالية والسلوكية. ويتغير عندما نقوم بتغيير المعارف الاكتئابية فإننا نغير تلقائياً خصائص المزاج والسلوك.

وتؤكد البحوث المعرفية أهمية معالجة البيانات Information Processing في الأعراض الاكتئابية، ووفقاً لهذه النظريات فإن المعارف ذات الأساس السلبي تعد العملية المحورية في الاكتئاب، وتنعكس هذه العملية في المثلث المعرفي للاكتئاب Cognitivetriad Of Depression وفقاً للتطورات الحديثة في النموذج المعرفي، وتعد المخططات المبكرة Early Chemas عاملاً مهماً لدى كثير من مرضى الاكتئاب.

مما سبق يرى الباحث أن بيك ركز في العلاج المعرفي على مرضى الاكتئاب ورأي الاكتئاب في ضوء ثلوث معرفي وقد افترض أن الأساس في الاكتئاب وهو التشوه المعرفي للخبرة التي تعتمد على تحريف المخطط المعرفي والذي ينشط عندما يكون الفرد مكتئباً. ويهدف العلاج المعرفي عند بيك إلى إعادة صياغة المكونات المعرفية لدى المريض حيث تكون أكثر دافعية وإيجابية.

فنيات العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب:

أولاً: التنشيط السلوكي:

عناصر هامة للتنشيط السلوكي:

- أ) من المهم فهم السياق العام لحالة المريض وعلاقته بالاكتئاب.
- ب) مساعدة المريض على صياغة الشكاوي الغامضة أو المجردة إلى مشاكل محسوسة مرتبطة بأعراض الاكتئاب.
- ت) العمل مع المريض على تحديد الطرق الذي أدى فيه انخفاض معدل النشاط والتعزيز الإيجابي وتقليل النشاط العام إلى تطور الاكتئاب.

التقنيات العلاجية الخاصة بالتنشيط السلوكي:

1) خطة العلاج وينتج عنها ما يلي:

أ- مساعدة المريض في تنفيذ تحليل سلوكي مبسط (طريقة Abc يربط السوابق والسلوك واللاحق).

ب- العمل مع المريض لإعداد أجندة لكل جلسة.

ت- العمل مع المريض لتصميم الواجبات المنزلية.

- ث-الانتباه ولفت نظر المريض إلى أمثلة سلوكية داخل الجلسة تساعد على استمرار الاكتئاب.
- ج- دعوة المريض لإعطاء تغذية راجعة عن الجلسة والاستفادة من العلاج.
- 2) مساعدة المريض على تعبئة نماذج الأنشطة:
- أ- وذلك لقياس قيمة المتعة والسيطرة المرتبطة بالأنشطة.
- ب-مراقبة أنماط التجنب.
- ت-المساندة وتوجيه الأنشطة (المصري، 2011: 63-64).
- 3) مساعدة المريض على تنفيذ الخطط العملية وذلك عن طريق الآتي:
- أ- تفهم المصاعب التي يواجهها المريض في تنفيذ الخطط.
- ب-مساعدة المريض على وضع خطط تعتمد على أفعال محسوسة.
- ت-مساعدة المريض على تقسيم الأنشطة إلى خطوات سهلة لتسهيل تحقيق الأهداف.
- ث-استخدام لعب الدور والنمذجة لتعليم المريض استراتيجيات التنشيط السلوكي.
- ج-مساعدة المريض على أن يوجه أفعاله نحو هدف معين.
- 4) مشاركة الأشخاص المهمين في العلاج وذلك عن طريق الآتي:
- أ- ابحث إن كان إشراك الأشخاص المهمين في العلاج يزيد من كفاءة التنشيط السلوكي واتفق مع المريض على هذا الخيار.
- ب-نعرض مسوغات إشراك الشخص الأخر للمريض والشخص المهم وتوضيح أن محور العلاج هو المريض وليس العائلة.
- ت-نستفيد من الشخص المهم في توكيد فهم المريض للتنشيط السلوكي (أن يقوم المريض بشرح الطريقة للشخص المهم).
- ث-نكلف الشخص بمساندة تحقيق الأهداف العلاجية (المصري، 2011: 65-66).

مما سبق يرى الباحث أن التنشيط السلوكي مهم جداً في العملية العلاجية وخاصة مع مرضى الاكتئاب ويجب أن نبدأ به في علاج أي حالة اكتئاب وذلك لأن مريض الاكتئاب يعاني من خمول وكسل. ويعمل التنشيط السلوكي على تقليل المزاج الاكتئابي وممارسة أشياء كان يفعلها وبسبب هذا المرض فقد المتعة ويعمل التنشيط السلوكي على إكساب الشخص المهارات الاجتماعية وبث روح الثقة فيه.

ثانياً: الجانب المعرفي:

1- إعادة البنية المعرفية:

وهو من الأساليب أو الفنيات التي تساعد المريض على تغيير أفكاره اللاعقلانية واتجاهاته غير المنطقية إلى أفكار واتجاهات عقلانية جديدة وينبني فلسفة فكرية واضحة ومقبولة في الحياة تقوم على العقلانية (شيحة، 2002: 65).

وترتكز هذه العملية على تفكير الفرد واستدلالاته وافتراضاته، والاتجاهات التي تقوم وراء الجوانب المعرفية لديه. وتختلف الجوانب المعرفية باختلاف التصورات التي يتبناها كل معالج ومنها:

أ) العمليات المعرفية باعتبارها أنظمة تفكير غير عقلائي:

يدخل في هذا التصور ذلك النموذج الذي وصفه (ألبرت أليس) الذي يرى أن الأفكار اللاعقلانية هي التي تؤدي إلى الاضطرابات الانفعالية، وتفترض هذه النظرية أن التفكير يقرر السلوك، أي أن المشكلات التي يمر بها الأفراد تعزي إلى الطريقة التي يفسر بها الأحداث والمواقف (حجار، 2004: 13).

وإن الاضطرابات النفسية التي يعانيها الفرد هي نتاج أفكار ومعتقدات خاطئة وسلبية تشكل البناء المعرفي لديه (زهران، 2004: 69).

وعليه فإن محور العلاج يركز على تحليل أفكار المريض غير العقلانية وتفنيدها وتعليم المريض أفكاراً أكثر عقلانية.

ب) العمليات المعرفية باعتبارها أنماط تفكير خاطئ:

ويدخل هذا النموذج الذي قدمه (بيك) والذي يركز على أنماط التفكير المشوه الذي يتبناه المريض. وتشمل التحريفات والاستنتاجات الخاطئة التي لا تقوم على دليل. ويرتكز العلاج عند بيك على مساعدة المريض في التغلب على النقاط العمياء والإدراكات الخاطئة، وخداعات الذات، والأحكام الخاطئة، أي تصحيح نمط تفكير المريض. ويتمثل الهدف الأساسي المتوخى من العلاج في مساعدة الشخص على التعامل بواقعية مع خبراته، وتغيير أنماط تفكيره وإدراكه للأمور، وتسمى هذه العملية بالتحقق من الواقع واختبار الفرضيات (الخطيب، 2011: 278).

ومن خلال هذا النموذج يمكن عرض عدد من التقنيات لبيك ومنها:

1- استخدام الاكتشاف الموجه كأساس للعمل المعرفي:

من خلال مساعدة المريض على اكتشاف معلومات مفيدة عن نفسه تتفع في التعامل مع مشاكله. والنظر إلى مشاكله من نواحي متعددة من خلال بحث البدائل ومقارنة الفوائد والمضار.

2- اكتشاف وتسجيل الأفكار الأساسية وذلك عن طريق:

أ) مساعدة المريض على فهم العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك باستخدام أمثلة من واقعه.

ب) مساعدة المريض على اكتشاف الصلة بين أحداث الحياة والبيئة والأعراض الاكتئابية.

ت) مساعدة المريض على اكتشاف الأفكار التلقائية عن طريق تجارب سلوكية.

ث) اكتشاف التشوهات المعرفية التي تقف وراء تفكير المريض.

ج) استخدام سجل الأفكار بهدف مساعدة المريض على تقييم صحة الأفكار.

3- اكتشاف وتعديل الاعتقادات السلبية وذلك عن طريق التالي:

أ) العمل مع المريض لاكتشاف الافتراضات السلبية بطريقة تضمن أن تكون العملية بتوجيه من المريض وليس المعالج.

ب) تجنب القفز إلى الاستنتاجات فيما يتعلق بالفرضيات السلبية التي تشكل تفكير المريض.

ت) فحص الافتراضات من خلال طرح أسئلة واقتراح بدائل وتجنب تلقين المريض.

ث) مساعدة المريض في تصميم وتنفيذ تجارب سلوكية تساعد في تعديل الفرضيات.

4- مساعدة المريض في تطبيق واختبار طرق التغيير عن طريق الواجبات المنزلية:

مساعدة المريض على تفهم أداء المهمات المنزلية في ضوء النظريات المعرفية والتعرف إلى المعوقات المتوقعة والحصول على تغذية راجعة من المريض عن فهمه لما سبق

(المصري، 2011: 67-68).

ج) الجوانب المعرفية كأدلة على القدرة على حل المشكلات ومهارات المواجهة:

اقترح جولد فرايد (Gold Fried) التركيز إلى التعرف على غياب مهارات تكيفيه ومعرفية

معينة، وعلى تعليم المرضى مهارات حل المشكلات عن طريق التعرف إلى المشكلة، وتوليد بدائل الخاصة بالحلول، واختبار واحد من هذه الحلول ثم اختبار كفاءة هذا الحل.

(الشناوي، 1994: 138)

كما يشجع المريض على تقديم أكبر قدر ممكن من الحلول وإمكانية تطبيق أو دعم هذا

الأسلوب من التفكير عندما يتعرض لمشكلات أخرى (شقيير، 1999: 522).

مما سبق يرى الباحث أن النموذج المعرفي السلوكي في العلاج النفسي هو نموذج فعال وناجح لأنه يقوم إلى التعرف إلى أنماط التفكير المشوه الذي يتبناه المريض ومن ثم يقوم المعالج بتفنيده هذه الأفكار والمشاعر والسلوك والعمل على اكتشاف التشوهات المعرفية التي تقف وراء تفكير المريض والبحث عن البدائل التي تخرج المريض من هذا التفكير المشوه والدليل المؤيد لهذه الفكرة ودرجة الاعتقاد لهذا الدليل، والدليل المعارض لها ودرجة الاعتماد لهذه الفكرة. مما جعل المريض مقتنع تماماً بأن السبب وراء هذا المرض هو التفكير المشوه له.

الفصل الثالث

دراسات سابقة

أولاً: الدراسات التي تناولت الاكتئاب

أولاً: الدراسات العربية التي تناولت الاكتئاب

ثانياً: الدراسات الأجنبية التي تناولت الاكتئاب

ثانياً: دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب

أولاً: الدراسات العربية التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب

ثانياً: الدراسات الأجنبية التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب

الفصل الثالث

دراسات سابقة

مقدمة:

على الرغم من وجود دراسات وأبحاث عدة حول الاكتئاب إما بشكل أكاديمي وصفي وإما بشكل مرضي طبي عولج دوائياً، فإن قلة من الأبحاث اهتمت بالعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، أو بناء برامج علاجية للخفض من حدة أعراض الاكتئاب (علاج معرفي سلوكي) وخاصة في المجتمعات العربية، وذلك في حدود علم الباحث، وفي ما يلي عرض لأهم الدراسات التي تمكنا من الإطلاع عليها، مصنفة إلى دراسات عربية وأخرى أجنبية، وسيتم عرضها وفقاً لتسلسل زمني من الأقدم إلى الأحدث

أولاً: الدراسات التي تناولت الاكتئاب:

أولاً: الدراسات العربية:

1. دراسة غانم، محمد حسن (2002) بعنوان: مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والاكتئاب.

هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقات بين مشكلات النوم وكل من القلق والاكتئاب لدى عينة غير إكلينيكية من الذكور الأسوياء بلغت العينة في كل فئة (100) فرد وتراوحت أعمارهم ما بين 17 - 57 عاماً بمتوسط قدره (31.57) سنة وانحراف معياري قدرها (10.85) سنة وتم تطبيق استبيان مشكلات النوم من إعداد الباحث واختبار تايلور للقلق وقائمة بيك للاكتئاب ، وتم التوصل إلى عدة نتائج وهي وجود علاقات ارتباطية موجبة بين المشكلات 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 الإناث ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في جانب الإناث في مشكلات النوم والقلق الصريح والاكتئاب.

2. دراسة مبروك (2002): بعنوان تقييم الذات وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين"

وهدف هذه الدراسة إلى التعرف إلى واقع متغيرات تقييم الذات والشعور بالوحدة النفسية للاكتئاب لدى عينة من المسنين الذكور في مدينة القاهرة كما حاولت فحص تأثير تقييم الذات على العلاقة الارتباطية بين مشاعر الوحدة النفسية والاكتئاب وقد طبقت بطارية من الاختبارات التي تقيم هذه المتغيرات على عينة عشوائية من المسنين بلغت 60 مسناً وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود

علاقة سالبة ودالة إحصائية بين تقييم الذات توكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب حيث تنخفض مشاعر الوحدة النفسية ومستويات الاكتئاب في ظل التقييم الإيجابي والذات وأيضاً توصلت هذه الدراسة إلى أن دور تقييم الذات في خفض العلاقة بين الوحدة النفسية والاكتئاب لدى كبار السن تتأثر بمتغير تقييم الذات.

3. دراسة عبد القوي (2002) بعنوان أساليب التعامل مع الضغوط، ومظاهر الاكتئاب لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة الإمارات.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين من طلاب جامعة الإمارات في كل من أساليب التعامل مع الضغوط ومظاهر الاكتئاب، والكشف أيضاً عن الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الدرجة على الاكتئاب في أساليب تعاملهم مع الضغوط واشتملت عينة الدراسة على (234) طالباً وطالبة، وبلغ متوسط أعمارهم من (15-20) وتمثلت أدوات الدراسة في الآتي: مقياس عمليات تحمل الضغوط، اختبار الاكتئاب متعدد الدرجات، وأسفرت نتائج الدراسة عن كون الإناث أكثر اكتئاب من الذكور، وأنهم يستخدمون الأساليب الموجهة انفعالياً عند تعاملهن مع الضغوط.

4. دراسة الجريسي (2003): بعنوان الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة بمحافظات غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات"

وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظات غزة ومعرفة ما هي أبعاده (ومدى العلاقة بين مستوى السلوك الديني والاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظة غزة)، (والعلاقة بين منطقة السكن ومستوى الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في محافظة غزة)، (والعلاقة بين المستوى التعليمي والاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في قطاع غزة)، (والعلاقة بين العمر والاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة في قطاع غزة).

وتكونت العينة من 200 فرد من أفراد المجتمع الفلسطيني ويوجد تكافؤ في المرحلة العمرية والمستوى التعليمي والمنطقة السكنية وتم اختيار العينة بالطريقة العشوائية الطبقية حيث قام الباحث بتوزيع درجات مقياس بيك للاكتئاب عليهم لمقارنة الدرجة التي حصلوا عليها المرضى وعلى مستوى للاكتئاب.

وكانت النتائج تتمثل بوجود علاقة إرتباطيه سالبة ذات دلالة إحصائية سالبة بين الاكتئاب والسلوك الديني وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في الالتزام الديني لدى مرضى سرطان الرئة تعزي إلى متغير فئة العمر لصالح المجموعة أكثر من 60%.

5. دراسة دحادحة (2004) بعنوان أثر التدريب في تنفيذ الأفكار غير العقلانية وتأکید الذات في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتتبين.

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف مدى فاعلية برنامج إرشاد جمعي قائم على تنفيذ الأفكار غير العقلانية وبرنامج إرشاد جمعي في تأكيد الذات على خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتتبين، وتكونت عينة الدراسة من (60) طالباً وطالبة من طلاب الصف الأول الثانوي في مدرسة أريد الثانوية للبنين، ومدرسة صفية الثانوية للبنات في مدرسة أريد. قسمت العينة إلى مجموعتين تجريبيتين والثالثة ضابطة. واستخدمت الباحثة مقياس بيك ، والبرنامج المقترح، وأظهرت نتائج الدراسة على وجود فاعلية للبرنامج في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتتبين لصالح المجموعتين التجريبيتين مقارنة بالمجموعة الضابطة.

6. دراسة نحبس (2007) بعنوان أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين بالمملكة العربية السعودية.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين بالمملكة العربية. وتكونت عينة الدراسة من (120) أماً منهم (60) من أمهات الأطفال العاديين و (60) ومن أمهات الأطفال المعاقين عقلياً وقد تم تطبيق مقياس أحداث الحياة الضاغطة، ومقياس القلق، ومقياس بيك للاكتئاب، وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية سالبة في الإكتئاب لصالح أمهات الأطفال المعاقين عقلياً

7. دراسة العجوري (2007) بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات أطفال مرضى سوء التغذية. وتكونت عينة الدراسة من (30) سيدة اللواتي لديهن أطفال يعانون من سوء التغذية، وتمثلت أدوات الدراسة في الآتي: مقياس بيك للاكتئاب، استمارة الرضا، البرنامج الإرشادي المقترح، وأظهرت نتائج الدراسة على وجود فاعلية للبرنامج

الإرشادي المقترح لصالح المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة وأن هناك انخفاض واضح لأعراض الاكتئاب.

8. دراسة النجمة (2008) بعنوان مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى مستوى الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية والتعرف إلى مدى فاعلية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية. وتكونت عينة الدراسة من (26) طالباً تم تقسيمهم، إلى مجموعتين الأولى تجريبية وقوامها (13) والثانية ضابطة قوامها (13) طالباً، وتم اختيارهم من بين (200) طالب من مدرسة عثمان بن عفان الثانوية منطقة شمال غزة من حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس بيك للاكتئاب واستخدم الباحث مقياس بيك للاكتئاب، كما استخدم في دراسته المنهج التجريبي والمنهج الوصفي وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح لتخفيف أعراض الاكتئاب

9. دراسة فريد، عبد الحميد (2008) بعنوان الفروق بين القلق والاكتئاب ومفهوم الذات بين الأصحاء والمرضى (مرضى الربو الرئوي - الربو الشعبي).

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة الفروق بين الأطفال الأصحاء والمرضى (أصحاب مرضى الربو الرئوي - الربو الشعبي) ، وتكونت عينة الدراسة من (120) طفلاً ممن تتراوح أعمارهم من (6-10) سنوات من تلاميذ المرحلة الأساسية الدنيا مقسمة إلى ثلاث مجموعات. المجموعة الأولى: تكونت من أطفال مرضى الربو الرئوي من النوع الاجتماعي وعددهم (40) طفلاً يخضعون للعلاج الطبي داخل مستشفى السيدة زينب الجامعي لطب الأطفال. المجموعة الثانية: تكونت من الأطفال مرضى حساسية (الصدر والربو الشعبي) وعددهم (40) طفلاً يعانون من نوبات حساسية متكررة. المجموعة الثالثة: تكونت من الأطفال الأصحاء وهم تلاميذ بالمرحلة الابتدائية بمدرسة المنيرة الابتدائية إدارة السيدة زينب التعليمية وعددهم (710).

واستخدم الباحثان مقياس مفهوم الذات للأطفال واختبار رسم الأسرة المتحركة. وأسفرت نتائج الدراسة عن الآتي:

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال مرضى الربو الرئوي ومرضى الربو الشعبي على مقياس القلق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أطفال مرضى الربو الرئوي

والربو الشعبي على مقياس الاكتئاب، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المرضى وأقرانهم الأصحاء.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

1. دراسة شو (Show 2000) بعنوان علاقة الأداء الأكاديمي بالاكتئاب وإدراك البيئة الأسرية لدى التلاميذ المتفوقين.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى علاقة الأداء الأكاديمي بالاكتئاب وإدراك البيئة الأسرية لدى التلاميذ المتفوقين، وتكونت عينة الدراسة من 357 تلميذاً من الذكور والإناث من المتفوقين بالمدارس الثانوية واستخدم الباحث لهذا الغرض الأدوات الدراسية التالية مقياس رينو للاكتئاب المراهقين، ودرجات التحصيل للطلاب.

وأظهرت نتائج الدراسة: أن الاكتئاب وإدراك التماسك الأسري والتعبير الأسري قد ارتبطت كلها بالأداء الأكاديمي وأظهرت نتائج الدراسة أيضاً أن التلاميذ الذين حصلوا على درجات مرتفعة في الاكتئاب وأيضاً في التماسك الأسري قد حصلوا على درجات في التحصيل الأكاديمي أعلى من أولئك التلاميذ الذين حصلوا على درجات مرتفعة في الاكتئاب درجات منخفضة في التماسك الأسري.

2. دراسة اندرو وكارتر (Andrew and Carter :2001): بعنوان: معدل انتشار الاضطرابات النفسية بين المجتمع الاسترالي والإطلاع على آراء الجمهور حول الصحة النفسية وخصوصاً الاكتئاب والقلق.

أجريت الدراسة بواسطة المركز القومي للدراسات النفسية في استراليا سنة 1997، واشترك في الدراسة 10641 من الأشخاص البالغين وكان معدل الاستجابة 78% واهتم الباحثان بقياس معدل انتشار القلق والاكتئاب واضطرابات أخرى، وكذلك عدد الإستشارات نتيجة المشاكل النفسية والعلاج المتلقي، وتم استخدام المقابلة الشخصية لتحديد ماهية الاضطرابات النفسية التي تعاني منها العينة، فكانت نتائج الدراسة كالتالي: 6-13% من العينة انطبقت عليهم معايير الإصابة، وكانت استشارتهم للطبيب العام أو الفريق الطبي 104 مرات خلال فترة الدراسة، وأكثر من نصف العينة لم يستشيروا أخصائي نفسي خلال فترة الدراسة وذلك بسبب شعورهم بعدم الحاجة لذلك وخلصت الدراسة إلى أن معظم الأشخاص الذي بحاجة إلى تلقي الخدمات النفسية لم يتلقوها بالشكل المطلوب ومن الممكن أن يلعب الطبيب العام داخل مراكز الرعاية الصحية الأولية دوراً كبيراً وفعالاً في تقديم الخدمات النفسية للمرضى للحصول على خدمات نفسية فعالة وبتكلفة أقل.

3 دراسة الكسندر وآخرون (Alexander and other 2001) وعنوانها: جودة الخدمات المقدمة لمرضى الاكتئاب والقلق في الولايات المتحدة الأمريكية.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى جودة العلاج المقدم لهؤلاء المرضى ودور التأمين ومقدم الخدمة وخصائص الشخص في الحصول على الرعاية المناسبة والمطلوبة وتم إجراء دراسة مسحية لهذا الغرض بواسطة التليفون وكان المتسجبيون لهذه الدراسة (1636) شخص بالغ مع احتمال إصابتهم بالاكتئاب والقلق وأظهرت تحليل نتائج الدراسة أن 83% من المرضى المحتمل إصابتهم بالاكتئاب أو القلق حصلوا على رعاية من قبل مقدمي الخدمات الطبية في مراكز الرعاية الأولية و 30% تلقوا العلاج المناسب ومعظمهم زادوا فقط من مراكز الرعاية الصحية الأولية. وخلصت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الخدمات تعود إلى التأمين أو الدخل. وأن معظم مرضى القلق والاكتئاب لا يتلقون خدمات جيدة.

4. دراسة بور (power 2001) بعنوان الاكتئاب النفسي لدى مرضى السكري وعلاقته بمستوى التحكم في نسبة السكر بالدم.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى ظهور علامات الاكتئاب لدى مرضى السكري وعلاقتها بمستوى التحكم في نسبة الدم لديهم، وتكونت عينة البحث من (174) من الذكور والإناث واستخدم الباحث لهذا الغرض الأدوات الدراسية الآتية مقياس خاص لتوضيح أسباب القلق والاكتئاب السجلات الخاصة بالمرضى، وأظهرت نتائج الدراسة أن العلاقة الارتباطية بين الاكتئاب والسكري كانت أقوى لدى النساء منه لدى الرجال.

5. دراسة بيكر وآخرون (Becker et al 2002):

بعنوان: معدل انتشار الاكتئاب والقلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية في السعودية وخصوصاً الاكتئاب والأعراض السيكوسوماتية.

وهدف هذه الدراسة إلى التعرف إلى الأعراض السيكوسوماتية ، الاكتئاب والقلق ولذلك تم استخدام استبيان صحة المرضى (PHQ) وهو أداة لمسح، وتشخيص الأمراض السيكوسوماتية، ولذلك استخدمت عينة عشوائية من 431 مريض من المترددين على مراكز الرعاية الصحية الأولية من الرجال والنساء، والمرحلة الأولى من الدراسة تضمنت استخدام PHQ لمعرفة معدل انتشار الأمراض خصوصاً السيكوسوماتية، الاكتئاب و القلق، وزع الاستبيان على 431 مريض منهم 173 مريض (40%) تمت مقابلتهم بواسطة مهيئين نفسيين واستخدموا (SCID -R) مقابلة منظمة إكلينيكية كمعيار لمصادقية استبيان صحة المرضى في المجتمع السعودي وبعد ذلك تم استخدام المقياس لقياس مدى انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من سيكوسوماتية

واكتئاب على المرضى المتبقين 2058 مريض. كانت النتائج كالتالي: معدل انتشار الأمراض السيكوسوماتية وتلازمه مع الاكتئاب في مراكز الرعاية الصحية الأولية في السعودية مشابهة أو مساوي لمعدل انتشاره في الولايات المتحدة الأمريكية وفي العالم وأنه من الممكن فحص معدل انتشار الأمراض النفسية في مراكز الرعاية بواسطة استخدام استبيان صحة المريض كأداة فعالة لهذا الغرض.

6. دراسة يانج (yang 2002) وعنوانها: العوامل المدرسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى تلاميذ المدارس المتوسطة.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى العوامل المدرسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى تلاميذ المدارس المتوسطة، وتكونت عينة الدراسة من 500 تلميذ من الفصول السابع والثامن والتاسع في ثلاث مدارس، واستخدم في الدراسة مقياس الاكتئاب لمركز الدراسات الوبائية ومقياس الاكتئاب لمركز الدراسات الوبائية ومقياس العلاقة بين المدرس والطالب، ودرجات التلاميذ في الرياضيات واللغة الانجليزية، وأظهرت النتائج ارتباط الاكتئاب بدلالة إحصائية بكل من العلاقة مع المدرسين والأقران.

7. دراسة أوليسوفيسكي (Olesovsky 2003) بعنوان: معنى الحياة والاكتئاب دراسة مقارنة للعلاقة بينهما على امتداد الحياة.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى معنى الحياة وعلاقته بالاكتئاب وبالتقدم في العمر وذلك على عينة ضمت أنماطاً مختلفة من الطلاب وأفراداً من كبار السن وبلغ عددهم (81) متطوعاً تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات فرعية عمرية وقد استخدمت في الدراسة عدة أدوات منها: قائمة النظر للحياة (المعدلة)، ومقياس المرغوبية الاجتماعية (مارتوي -كروان). ومقياس لتقدير الاكتئاب (لزنج)، وأوضحت نتائج الدراسة وجود علاقة سالبة بين معنى الحياة والاكتئاب في كل المجموعات العمرية، وبينما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين معنى الحياة والتقدم في السن عند حدوث الاكتئاب.

8. دراسة هيلين ميلز وآخرون (Helen miles 2004) بعنوان: الإدراكات المعرفية لاستعادة الأحداث الماضية والتأمل فيها والتطلع إلى المستقبل عند المراهقين: القلق والاكتئاب والشعور السلبي والإيجابي.

هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين الذكريات السلبية والذكريات الإيجابية وبين الشعور بكل من القلق والاكتئاب عند المراهقين ، وتكونت عينة الدراسة من (123) مراهقاً

ومراقبة، وقد تراوحت أعمارهم بين (11-16) واستخدم الباحثون لهذه الدراسة الأدوات التالية: اختبار الشعور بالاكتئاب (كوفاكس)، واختبار الشعور بالقلق (راينو ليدز ورينشمونر)، واختبار الشعور السلبي والإيجابي (لواطسن وكلاك). وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة موجبة بين القلق والاكتئاب وبين الذكريات السلبية لدى المراهقين.

9. دراسة باتريسيا فوجيك وآخرون (Patricia Vujik et al 2007) بعنوان فحص طرق الجنس المحدد من ضحايا الأقران في كل من القلق والاكتئاب عند المراهقين في مرحلة المراهقين المبكرة.

هدفت هذه الدراسة إلى فحص الفروق بين الجنسين في دور كل من ضحايا الأقران الجسدي في الشعور بالقلق والاكتئاب عند المراهقين في مرحلة المراهقة المبكرة، وتكونت عينة الدراسة من (448) مراهقاً ومراقبة وقد تراوحت أعمارهم بين (7-13)، واستخدم الباحثون لهذا الغرض الأدوات التالية: تقارير المدرسين لأعراض القلق والاكتئاب التي يلاحظونها لدى المراهقين كتابة تقارير ذاتية من خلال المراهقين أنفسهم يتحدثون فيه عن شعورهم بالقلق والاكتئاب من جراء تعرضهم للأذى الجسدي، وأوضحت نتائج الدراسة أن المراهقين الذكور حصلوا على درجات أعلى من الإناث في تعرضهم للإيذاء الجسدي وأن الإناث حصلن على درجات أعلى من الذكور في شعورهن بكل من القلق والاكتئاب.

تعقيب الباحث على الدراسات السابقة للاكتئاب

من خلاصة العرض السابق للدراسات السابقة المتعلقة بالاكتئاب يتضح لدى الباحث أن الاكتئاب النفسي من الاضطرابات النفسية الغير مرغوب فيها ولا بد من التعرف على المتغيرات المتعلقة به، حتى نستطيع التعرف على اسبابه، وسيقوم الباحث بالتعليق على هذه الدراسات من عدة نواحي:

من حيث الهدف.

اتفقت دراسة كلاً من مبروك (2002)، عبد القوي (2002)، نحبس (2007)، غانم (2002) بالاهتمام بدراسة العلاقة بين الاكتئاب ومتغيرات مختلفة منها، الوحدة النفسية وتقدير الذات والأحداث الضاغطة وهناك دراسات أيضاً هدفت إلى تأثير البرامج الإرشادية لتخفيف أعراض الاكتئاب ومنها: دراسة العجوري (2007) ودراسة النجمة (2008)

من حيث العينة:

اختلفت أعداد العينة بما يتناسب مع هدف الدراسة فبعض الدراسات اهتمت بالعدد فاستخدمت أعداداً كبيرة مثل الجريسي (2003)، غانم (2002) واندرو كارتر (2001) ويانج (2002) ودراسة الكسندر (2001) بينما تميزت دراسة مبروك (2002) بصغر حجم عينتها.

من حيث الأداة:

معظم الدراسات السابقة استخدمت أدوات معدة مسبقاً على حد علم الباحث ما عدا دراسة بور (2001) ودراسة باتريسيا (2007) حيث أعدوا أدوات دراستهم من تلقاء أنفسهم وهناك دراسات استخدمت مقياس بيك للاكتئاب، ومنها دراسة العجوري (2007)، ودراسة نحيس (2007) ودراسة النجمة (2008) وهذه الدراسات التي استخدمت بطارية بيك للاكتئاب تتفق مع الدراسة الحالية، حيث أن الباحث سيستخدم هذا المقياس في دراسته.

من حيث المنهج:

معظم الدراسات السابقة استخدمت المنهج الوصفي التحليلي التي يعمل على ربط الظواهر ببعضها البعض ولكن هناك دراسات استخدمت أيضاً المنهج التجريبي ومنها دراسة دحادحة (2004) ودراسة العجوري (2007) ودراسة النجمة (2008) وهذه الدراسات أيضاً تتفق مع الدراسة الحالية: حيث أن الباحث سيطبق المنهج التجريبي في دراسته الحالية.

من حيث النتائج:

استفاد الباحث من دراسة مبروك (2002) بضرورة الاهتمام بتقدير الذات كمتغير له تأثير مباشر على الاكتئاب وضرورة التركيز على دور الأسرة من خلال التدخل مع حالات الاكتئاب واستفاد الباحث من دراسة شو (2000) أن الأداء الأكاديمي يتأثر بالاكتئاب والتماسك الأسري فإذا كان هناك دعم أسري للتلميذ المصاب بالاكتئاب فإنه سيحصل على أداء أكاديمي ناجح

ثانياً: دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب:

أولاً: الدراسات العربية:

1. دراسة علي (2004): اثر العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من اعراض الاكتئاب لدى

عينة من مرضى الاكتئاب الاساسي.

وهدف هذه الدراسة إلى فحص تأثير العلاج المعرفي في تخفيف أعباء الاكتئاب لدى عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي أحادي القطب، وتكونت عينة الدراسة من "25" مريضاً وأجريت

التحليلات الإحصائية على "13" مريض وقد استخدمت الباحثة الاختبارات الالاعلمية نظراً لصغر حجم العينة وبطارية بيك للاكتئاب واختبار هاملتون للاكتئاب. وأشارت نتائج الدراسة إلى: وجود فاعلية للبرنامج العلاجي المقترح مقارنة بالمجموعات التي تلقت العلاج الدوائي فقط.

2. دراسة مصطفى (2005): مدى كفاءة القدرة على حل المشكلات في الحياة اليومية لدى مرضى العته المصحوب وغير المصحوب الاكتئاب من كبار السن

وهدفنا الدراسة إلى الكشف عن كفاءة القدرة على حل المشكلات في الحياة اليومية لدى مرضى العته المصحوب وغير المصحوب بالاكتئاب من كبار السن، وتكونت عينة الدراسة من "44" مريضاً قسمت إلى مجموعتين مجموعة تجريبية وعددها "24" ومجموعة ضابطة تكونت من "20" شخصاً ويوجد تكافؤ في المرحلة العمرية واستخدمت الباحثة لهذا الغرض بطارية القدرة على حل المشكلات وهي من إعداد الباحثة وتوصلت الباحثة إلى النتائج التالية:

1. وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح المجموعة التجريبية.
2. عدم اختلاف أداء مجموعة مرضى العته المصحوب بالاكتئاب عن أداء مجموعة مرضى العته غير مصحوب بالاكتئاب.

3. دراسة بلجيل (2008) فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة صنعاء

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة صنعاء تكونت عينة البحث من "34" حالة (12) من الذكور و(12) ممن يعانون من اضطراب الاكتئاب وقد تم اختيارهم من أصل 80 حالة من المترددين على عيادات مركز الإرشاد النفسي والتربوي بالجامعة من أصل "50" شخص، ولقد تم استخدام مقياس بيك الثاني للاكتئاب ومقياس هاملتون لتقدير شدة الاكتئاب واستبيان الأفكار التلقائية السلبية، وكانت نتائج البحث كالتالي:

- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفراد في التطبيق القبلي ودرجاتهم في التطبيق البعدي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات المضطربين بالاكتئاب في التجريبية وتقديرات المجموع الضابطة في أغلب مقاييس الدراسة، وكانت لصالح المجموعة التجريبية.

4. دراسة إدريس (2008) بعنوان: فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحسين درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج العلاج السلوكي والمعرفي على درجة التحسس من القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن في مراكز علاج مرضى الكلى بولاية الخرطوم، واستخدمت الباحثة المنهج التجريبي وبلغ حجم العينة (60) مريضاً مصابين بالفشل الكلوي المزمن والذين تم تشخيصهم بأنهم يعانون من القلق والاكتئاب 31 ذكر و 29 أنثى تتراوح أعمارهم ما بين 20-55 سنة تم اختيارهم عن طريق المعاينة العشوائية الدقيقة. وتمثلت أدوات الدراسة في الآتي: مقياس بيك، والبرنامج المقترح التي أعدته الباحثة وتوصلت نتائج الدراسة: أن هناك فاعلية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي وذلك عن طريق وجود تحسناً جوهرياً في درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن.

5. دراسة نصر (2009) بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين قدرة الذات لدى الشباب الجامعي.

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى عينة من الشباب الجامعي، وتمثلت عينة الدراسة الكلية من (481) طالباً وطالبة من الطلبة المنتظمين بجامعة عين شمس وتم اختيار (60) طالباً وطالبة لهذا البرنامج وتمثلت أدوات الدراسة في الآتي: مقياس الاكتئاب لدى الأسوياء من إعداد الباحث، ومقياس تقدير الذات من إعداد الباحث، والبرنامج العلاجي المقترح من إعداد الباحث. ، وأظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج العلاجي المقترح في خفض أعراض الاكتئاب.

6. دراسة كحلة (2009) بعنوان: العلاج المعرفي والسلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي لمرضى الاكتئاب.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم لمرضى الاكتئاب وشملت عينة الدراسة (30) مريضاً بالاكتئاب الخفيف والمتوسط من المرضى الخارجيين (9) منهم ذكور و(21) منهم إناث تراوحت أعمارهم ما بين 25-40 سنة وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات.

1. مجموعة تتلقى العلاج بالعقاقير والعلاج المعرفي معاً.
2. مجموعة تتلقى العلاج السلوكي والعلاج بالعقاقير معاً.
3. مجموعات تتلقى العلاج بالعقاقير فقط.

واستخدمت الباحثة لهذا الغرض الأدوات الدراسية الآتية
مقياس الأفكار الإيجابية من إعداد الباحثة مقياس الأفكار السلبية من إعداد الباحثة، ومقياس
التحكم الذاتي (عبد الوهاب كامل)، والبرنامج العلاجي.
وأسفرت نتائج البحث أن البرنامج العلاجي المقترح له فاعلية في التخفيف من مرض الاكتئاب.

7. دراسة علاء الدين، عبد الرحمن (2011) فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان

هدفت هذه الدراسة للتعرف إلى فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى
أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان، وتكونت عينة الدراسة من "20" أما قسمت إلى
مجموعتين متساويتين تجريبية وضابطة وقد استخدم الباحثان عدد من الأدوات لتحقيق الدراسة وهي
البرنامج الإرشادي من إعدادهما ومقياس التوتر الوالدي ومقياس التشاؤم
وأشارت نتائج الدراسة إلى مايلي:

1. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى "0.05" بين المجموعة التجريبية ومتوسط درجات
المجموعة الضابطة على مقياس التوتر الوالدي في القياس البعدي تعزز للبرنامج الإرشادي
المستخدم.
2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى "0.05" بين متوسط درجات المجموعة التجريبية
و درجات المجموعة الضابطة على مقياس التشاؤم في القياس البعدي تعزز لبرنامج الإرشاد
المستخدم.
3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى "0.05" بين متوسط درجات الأمهات في
المجموعة التجريبية اللواتي تعرض لبرنامج الإرشادي على مقياس الدراسة والقياس البعدي
ومتوسط درجاتهن على نفس المقياس في القياس التتبعي.

8. دراسة منصور (2011) بعنوان: فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب
للأطفال ضعاف السمع، وتكونت عينة الدراسة من (8) أطفال (4) تجريبية، 4 ضابطة، واستخدمت
الباحثة لهذا الغرض الأدوات التالية: مقياس الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع من إعداد الباحثة
والبرنامج المعرفي السلوكي من إعداد الباحثة، وتمثلت نتائج الدراسة في فاعلية برنامج العلاج
المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة.

9. دراسة الجبوري (2012) بعنوان: أثر العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف الألم النفسي لدى طالبات كلية التربية الرياضية.

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر البرنامج العلاجي المقترح في خفض الألم النفسي لدى طالبات كلية التربية الرياضية اختيروا بالطريقة العمدية وقد قسمت عينة البحث إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية بواقع (10) طالبات لكل مجموعة وقد طبق البرنامج المقترح على عينة البحث التجريبية وقد اختارت الباحثة مقياس الألم النفسي وكان من إعدادها والبرنامج العلاجي الذي يتكون من (8) جلسات وقد أثبتت نتائج البحث أن البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي المقترح له أثر واضح في خفض الألم النفسي لدى طالبات كلية التربية الرياضية.

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

1. دراسة بايتليز، سوتيس وآخرون (2001) Patiles, Siotis and others عنوانها: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب ثنائي القطب.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي لاضطراب ثنائي القطب في تحسين الأداء الوظيفي والحياتي، ولقد تكونت عينة الدراسة من (49) متعالجاً من متعالجي العيادة الخارجية تم تشخيصهم بالاضطراب ثنائي القطب وتمثلت أدوات الدراسة في الآتي: مقياس هاملتون للاكتئاب، ومقياس يونغ للهوس وبرنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح وأسفرت نتائج الدراسة أن هناك فاعلية لبرنامج العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الدوائي أدى إلى تغيير ملحوظ في أعراض المزاج وتحسناً واضحاً في الأداء الوظيفي النفسي والاجتماعي.

2. دراسة كاسكاليندا وآخرين (2002) Cascallenda itall. وعنوانها: التخفيف من حدة الاضطراب الاكتئابي الأساسي دراسة مقارنة بين العلاج النفسي، العلاج الدوائي.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى فاعلية العلاج النفسي في التحقق من حدة الاضطراب الاكتئابي ومقارنة بالعلاج الدوائي، وتمثلت عينة البحث من (883) متعالجاً من متعالجي العيادات الخارجية ويعانون من اضطراب الاكتئاب الأساسي من الخفيف إلى المتوسط وتمثلت أدوات الدراسة في الآتي: مقياس بيك للاكتئاب والتشخيص الطبي النفسي والبرنامج العلاجي المقترح، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الدوائي في خفض أعراض الاكتئاب مقارنة بالمجموعة التي استخدمت العلاج الدوائي.

3. دراسة هويل، وآخرون (2006) Hiwel et al عنوانها: تقييم العلاج المعرفي السلوكي الجماعي مع المرضى لخفض مستوى الاكتئاب.

وهدف هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي والسلوكي الجماعي وجدواه في خفض الأعراض الاكتئابية لدى بعض المكتئبين، وتكونت عينة الدراسة من (51) مريضاً جرى تقسيمهم إلى مجموعتين المجموعة التجريبية وقوامها (26) فرد، المجموعة الضابطة (25) فرد، واشتملت أدوات الدراسة على برنامج العلاج المعرفي السلوكي ومقياس بيك للاكتئاب، وأسفرت نتائج الدراسة في فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة التي لم تتلقَ أي علاج وذلك في كل من القياس البعدي والمتابعة.

4. دراسة أندرو وآخرون (2006) **Anderw et** بعنوان: التدخل المبكر في انتكاسة مرض الاكتئاب:

وهدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التقييمات السلبية لدى الأفراد الذين يعانون من أعراض الاكتئاب وتحسين تقديرات الذات في مرحلة الانتكاسة، وتكونت عينة البحث من (144) فرد ممن يعانون من أعراض اكتئابية جرى تقسيمهم إلى مجموعتين المجموعة الأولى وقوامها (72) ممن تلقوا علاجاً معتاداً والمجموعة الثانية وقوامها (72) فراداً تلقوا معرفي سلوكي واشتملت أدوات الدراسة على استبيان المعتقدات الشخصية حول المرض، وأسفرت نتائج الدراسة خلال فترات المتابعة للانتكاسة والتي استمرت بعد (3) شهور عن فاعلية العلاج المعرفي والسلوكي في خفض التقييمات السلبية حول المرض العقلي وتحسين تقدير الذات لدى أفراد المجموعة الثانية بالمقارنة مع أفراد المجموعة الأولى

5. دراسة دانيال وآخرون (2007) **Daniel et.al** عنوانها: كفاءة المرضى في الأداء ومهارات العلاج المعرفي والسلوكي وعلاقته بالحد من الانتكاس بعد علاج الاكتئاب.

هدفت هذه الدراسة إلى تعليم المرضى فنيات العلاج المعرفي والسلوكي التي يعتقد أنها تساعد على منع الانتكاس بعد نجاح العلاج من الاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (35) مريضاً شدة الاكتئاب لديهم المتوسط إلى الشديد، واشتملت أدوات الدراسة على قائمة المواقف الضابطة، مواقف تجريبية والتصوير المقطعي، وأوضحت نتائج الدراسة أن المرضى الذين استجابوا للعلاج المعرفي حدثت لهم تنمية نفسية مستقلة وأن استخدام هذه الكفاءات ساهم في توقع مكافحة الخطر وانخفاض خطر الانتكاس.

6. دراسة تاتينا ومونتجومري بول (2007) **Tatiana and Pal** عنوانها: هل يمكن للعلاج المعرفي السلوكي أن يزيد من تقدير الذات لدى المراهقين المكتئبين؟

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى المراهقين الذين يعانون من الاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (88) مراهقاً جرى تقسيمهم إلى مجموعتين متساويتين ضابطة وتجريبية، وتراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (13-18) فئة، واشتملت أدوات الدراسة على مقياس تقدير الذات لروزنبرج والبرنامج المعرفي السلوكي، وأسفرت نتائج الدراسة عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات لدى المراهقين المكتئبين في المجموعة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة.

7. دراسة ميهيت (2008) Mehmet فاعلية معالجة حل المشكلات في علاج الاكتئاب والانتحار المحتمل من المراهقين والشباب.

هدفت هذه الدراسة إلى اختبار فاعلية علاج أسلوب حل المشكلات في تغيير البنية المعرفية والسلوكية في علاج الاكتئاب ومنع الانتحار لدى طلاب المرحلة الثانوية والجامعية، وتكونت عينة الدراسة من (46) طالب بالشكوى تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وقوامها (19) طالباً ومجموعة تجريبية وقوامها (27) تم تدريبهم على معالجة حل المشاكل المعرفية لعينة الدراسة وعلى مقياس بيك للاكتئاب وقائمة حل المشكلات، وأسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض كبير في القياس البعدي لمقياس الاكتئاب وحظر الانتحار بالمقارنة بالقياس القبلي (قبل الاشتراك بالبرنامج).

8. دراسة كينار بيستي وكلاك (2009) Kennarr and Klark عنوانها: فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض الاكتئاب لدى عينة من الشباب.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب استخدم الباحث المنهج التجريبي وتكونت عينة الدراسة من (344) من الشباب امتدت أعمارهم من (14-18) عاماً واستخدم الباحثان لهذا الغرض الأدوات الدراسية الآتية:
مقياس هامليون للاكتئاب والبرنامج العلاجي المعد من الباحثان وأسفرت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب

9. دراسة ليكرست جروين وتولين (2010) Laquerste, and tulen عنوانها: برنامج إرشادي للعلاج المعرفي السلوكي لخفض القلق والاكتئاب لدى عينة من الأطفال.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي للعلاج المعرفي السلوكي وذلك لخفض الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) ولقد تكونت عينة الدراسة من عينة كبيرة من الأطفال وبلغت (91) طفل وقسمت العينة إلى ثلاث مجموعات
المجموعة التجريبية الأولى على الأطفال والمجموعة التجريبية الثانية ركزت على الآباء وأطفالهم ومجموعة ضابطة وأوضحت نتائج الدراسة على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للآباء والأطفال في خفض اضطرابات القلق والاكتئاب.

تعقيب الباحث على الدراسات التي تناولت برامج العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.

من خلاصة العرض السابق للدراسات السابقة المتعلقة ببرامج العلاج المعرفي السلوكي يتضح لدى الباحث أن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي فعال ومهم في التخلص من الاضطرابات

النفسية الغير مرغوب فيها أو تغيير اتجاه سلبي نحو موضوع معين، وسيقوم الباحث بالتعليق على هذه الدراسات من عدة نواحي:

أولاً: من حيث الهدف: تشابهت أهداف الدراسات من حيث العمل على إيجاد تقنية أو وسيلة إرشادية للتعامل مع المشكلة أو الاضطرابات النفسية التي تواجه الأفراد بغض النظر عن العمر أو الجنس وإن اختلف نوع المشكلة التي تصيبهم ففي دراسات ركزت على فئة الأطفال ومنها دراسة منصور (2011) ودراسة ليكرست (2010) وبعض الدراسات كانت عن الراشدين وأغلبهم من الشباب الجامعي مثل دراسة بلجيل (2012) دراسة نصر (2009) ودراسة كلارك (2009) ومن الدراسات التي تعاملت مع المراهقين ومنها دراسة تاتينا ومونتجومري (2007) ودراسة ميهيميت (2008) وهناك دراسات تعاملت مع المرضى المكتئبين ومنها دراسة علي (2004) ودراسة هويل (2006) ودراسة دانيال (2007) ودراسة باتيليز (2001) ودراسة كاسكاليندا (2002) ودراسة اندرو (2006) وتشابهت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث الاهتمام بمرضى الاكتئاب الأساسي.

معظم البرامج على حد علم الباحث تعاملت مع مرضى الاكتئاب ما عدا دراسة الجبور (2012) تعاملت مع الألم النفسي ودراسة علاء الدين (2011) حيث تعاملت مع التوتر. **من حيث العينة:** بعض الدراسات الذي اطلع عليها الباحث تتميز بصغر حجمها من (4-8) ومنها دراسة منصور (2011) ودراسة مصطفى (2005) واتفقت دراسة الباحث مع الدراسات الحالية من حيث صغر حجم العينة، وهناك دراسات تتميز بكبر حجمها مثل دراسة نصر (2009) ودراسة ليكرست (2010) حيث قام بدراسة (91) طفل ودراسة كلارك (2009) حيث طبق دراسة على (334) من الشباب ودراسة كاسكاليندا (2002) حيث تكونت عينة من (883) متعالجاً. **من حيث منهج الدراسة:** كل الدراسات استخدمت المنهج التجريبي الذي يتضمن المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة إلا أن هناك دراسات استخدمت أكثر من مجموعة تجريبية مثل دراسة كحلة (2009) ودراسة علي (2004)، وتشابهت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث المنهج

من حيث طريقة التدخل: جميع الدراسات استخدمت تقنيات العلاج المعرفي السلوكي وبالأخص منهج (أرون بيك) القائم على التعرف على الأفكار المشوهة والعمل على تنفيذها واستبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية. ومعظم الدراسات السابقة استخدمت العلاج الجمعي، واتفقت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث طريقة التدخل

من حيث أدوات الدراسة: جميع الدراسات استخدمت أدوات من إعداد باحثيها وخصوصاً البرامج الإرشادية حيث أن كل باحث انفرد بطريقته في علاج الاضطراب يكون جميعهم وفق منهج العلاج المعرفي السلوكي، أما الأداة التي تقيس الاضطراب فمعظم الدراسات اعتمدت على مقاييس معدة مسبقاً للدراسة، وخصوصاً مقياس بيك للاكتئاب وهذا ما اتفقت فيه الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث أدوات الدراسة.

من حيث نتائج الدراسة: فقد أظهرت جميع نتائج الدراسات على فاعلية البرامج الإرشادية أو العلاجية وقدرتها على مساعدة المضطربين والذين يعانون من مشاكل نفسية في خفض مستوى الاضطراب لديهم.

وقد استفاد الباحث من الدراسات السابقة في:

1. التعرف على أساليب العلاج النفسي ومنها العلاج المعرفي السلوكي عند بيك وذلك بهدف التوليف بما يناسب الاختلاف البيئي والحضاري بين المجتمعات وانعكاس على البني المعرفية عند الأشخاص.
2. التعرف على الأسس النفسية التي بنت عليها البرامج العلاجية التي استخدمت في الأبحاث السابقة وكذلك إجراءات تطبيق البرامج ومراحلها، والاستفادة منها. بما يخدم الباحث الحالي.
3. الإطلاع على الخلفية النظرية والمنهجية للبرامج المستخدمة في البحوث السابقة، والاستفادة منها بما يخدم البحث الحالي.

مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

1. إعداد برنامج معرفي سلوكي مطور.
2. استخدام الباحث في هذه الدراسة طريقة سلوكية جديدة وهي (أسلوب التوكيدية) وهذا التكنيك لم يستخدم في الدراسات وخاصة مع مرضى الاكتئاب، واهتم هذا البحث بتوضيح استخدام التغذية الراجعة للتقنيات المعرفية السلوكية.
3. يمكن اعتبار هذا البحث خطوة أولى تجريبية في مجال إعداد البرامج المعرفية السلوكية وفق الوضعيات المحلية لأكثر الاضطرابات شيوعاً (الاكتئاب). أنه بحسب علم الباحث لا توجد دراسات محلية تناولت العلاج المعرفي السلوكي بالشكل الإكلينيكي.

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

أولاً: منهج الدراسة

ثانياً: المجتمع الأصلي للدراسة

ثالثاً: عينة الدراسة

رابعاً: أدوات الدراسة

سادساً: المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة

خامساً: خطوات الدراسة

الفصل الرابع إجراءات الدراسة

مقدمة

يتناول هذا الفصل توصيفاً شاملاً لإجراءات الدراسة الميدانية الذي قام بها الباحث لتحقيق أهداف الدراسة، ويتضمن تحديد نوع الدراسة ، والمنهج المتبع، ومجتمع الدراسة ، وعينة الدراسة وتصميم الأدوات، والتحقق من صدق وثبات الأدوات، والمعالجة الإحصائية المستخدمة في تحليل النتائج.

أولاً: منهج الدراسة:

تمشياً مع نوع الدراسة اعتمد الباحث على المنهج التجريبي، الذي يدرس ظاهرة حالية مع إدخال تغيرات في أحد العوامل، ورصد نتائج هذا التغير، بهدف التعرف إلى تأثير الاكتئاب على المرضى ومدى تأثير برنامج التدخل الإرشادي عليهم من خلال التعرف إلى الفروق بين متوسط الدرجات للمجموعة التجريبية التي تتلقى جلسات البرنامج، وبين متوسط درجات المجموعة الضابطة التي لم تتلقى البرنامج وذلك قبل وبعد تطبيق البرنامج (الأغا والأستاذ، 2004: 83).

ثانياً: المجتمع الأصلي للدراسة:

يتكون المجتمع الأصلي للدراسة من (77) مريض بالاكتئاب النفسي الذين يترددون على مركز أبو شباك الصحي في قسم الصحة النفسية.

ثالثاً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (30) مريض اكتئاب نفسي ممن حصلوا على أعلى الدرجات على مقياس بيك للاكتئاب (16 درجة فما فوق) تم تقسيمهم إلى مجموعتين بطريقة عشوائية منتظمة، (15 مريض) وتسمى مجموعة تجريبية لأنهم تلقوا علاجاً، (15) مريض وتسمى مجموعة ضابطة لأنهم لم يطبق عليهم البرنامج .

أسس اختيار العينة:

وضع الباحث مجموعة من المعايير لاختيار عينة من مرضى الاكتئاب النفسي استناداً على الأسس الآتية:

- 1- أن يتم تشخيصها من قبل الطبيب النفسي، على أنها حالة اكتئاب أساسي.
- 2- ألا يكون المريض قد أصيب بنوبة هوس أو هوس خفيف في أي فترة من فترات حياته.
- 3- ألا يكون المريض لديه أي أعراض ذهانية أثناء النوبة الاكتئابية.

- 4- ألا يقل عمر المبحوث عن 19 سنة ولا يزيد عن 45 سنة.
5- ألا يقل المستوى التعليمي عن الثانوية العامة.

معايير الاستبعاد:

- 1- أن يكون المريض قد أصيب بنوبة هوس أو هوس خفيف في أي فترة من فترات حياته.
2- أن يكون المريض لديه أي أعراض ذهانية أثناء النوبة الاكتئابية.
3- أن يقل عمر المبحوث عن 19 سنة ولا يزيد عن 45 سنة.
4- أن يقل المستوى التعليمي عن الثانوية العامة.

ويتضح من الجداول التالية (1،2) توزيع عينة الدراسة من حيث العمر والمستوى التعليمي وذلك للتأكد من التجانس بين مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة):
أولاً: العمر

للتأكد من تجانس عينة الدراسة بين المجموعة التجريبية والضابطة بالنسبة للعمر قام الباحث باستخدام اختبار مان وتني للعينات المستقلة (Mann-Whitney Test) ، ويتضح ذلك من خلال جدول (1)

جدول (1)

نتائج اختبار مان وتني للمجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة حسب العمر

مجموعتي المقارنة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة	النتيجة
المجموعة الضابطة	15	13.57	203.50	-1.212	0.226	غير دال إحصائياً عند 0.05
المجموعة التجريبية	15	17.43	261.50			

يتضح من الجدول السابق أن مستوى الدلالة = (0.226) وهي أكبر من (0.05) ، وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية و الضابطة حسب العمر ، مما يدل على تجانس المجموعتين.

ثانياً: المستوى التعليمي

للتأكد من تجانس عينة الدراسة بين المجموعة التجريبية والضابطة بالنسبة للمستوى التعليمي قام الباحث باستخدام اختبار كاي سكوير (Chi-Square Test) ، ويتضح ذلك من خلال جدول(2):

جدول (2)

نتائج اختبار كاي للمجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة حسب المستوى التعليمي

النتيجة	مستوى الدلالة	قيمة كا 2	المجموع	المستوى التعليمي				
				ثانوي	دبلوم	جامعي		
غير دال إحصائياً عند 0.05	0.521	1.303	15	8	3	4	ك	المجموعة الضابطة
			50.0	26.7	10.0	13.3	%	
			15	5	5	5	ك	المجموعة التجريبية
			50.0	16.7	16.7	16.7	%	
			30	13	8	9	ك	المجموع
			100.0	43.3	26.7	30.0	%	

يتضح من الجدول السابق أن مستوى الدلالة = (0.521) وهي أكبر من (0.05) ، وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة حسب المستوى التعليمي، مما يدل على تجانس المجموعتين.

رابعاً: أدوات الدراسة:

الأداة الأولى: مقياس بيك للإكتئاب النفسي : ملحق رقم(1)

ويتكون هذا المقياس من 21 مجموعة من الأسئلة، وكل مجموعة تصف أحد الأعراض السريرية للإكتئاب، ويطلب من الشخص الذي يريد معرفة مدى اكتتابه أن يقرأ كل عبارة من كل مجموعة، وأن يقرر أي عبارة تنطبق عليه وتصف حالته ومشاعره (ابراهيم،1998:100).

صدق المقياس.

صدق المقياس يعني التأكد من أنه سوف يقيس ما أعد لقياسه، كما يقصد بالصدق شمول الاستقصاء لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها (عبيدات، 2001 : 12).

وقد تم التأكد من صدق المقياس بطريقتين:

1- صدق المحكمين "الصدق الظاهري": ملحق رقم (2)

تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص كما يتضح بملحق رقم () ، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات المقياس ومدى ملائمة كل فقرة من المقياس، وكذلك وضوح صياغتها اللغوية وفي ضوء تلك الآراء تم تعديل بعض الفقرات.

2- صدق الاتساق الداخلي Internal Validity

يقصد بصدق الاتساق الداخلي مدى قوة ارتباط الفقرة أو البند من الأداة والدرجة الكلية (الأغا والأستاذ،2004:124).

وقد قام الباحث بحساب ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للمقياس وكانت النتائج كما في الجدول (3)، حيث تظهر جميع فقرات المقياس وعددها (21) فقرة دالة إحصائياً، حيث بلغ معامل ارتباط الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس ما بين (0.219، 0.574).

جدول (3)

معامل الارتباط كل فقرة من فقرات المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس

م	الفقرة	معامل الارتباط	القيمة الاحتمالية (Sig.)
1.	الحزن	.410	*0.000
2.	التشاؤم	.428	*0.000
3.	الفشل	.556	*0.000
4.	عدم الرضا	.479	*0.000
5.	الذنب والندم	.525	*0.000
6.	العقاب	.271	*0.009
7.	كراهية النفس	.527	*0.000
8.	إدانة الذات	.380	*0.000
9.	أفكار الانتحار	.475	*0.000
10.	البكاء	.536	*0.000
11.	الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي	.418	*0.000
12.	الانسحاب الاجتماعي	.513	*0.000
13.	التردد وعدم الحسم	.465	*0.000
14.	الشكل والصورة	.574	*0.000
15.	العمل	.268	*0.010
16.	اضطرابات النوم	.450	*0.000
17.	التعب والإرهاق	.535	*0.000
18.	شهية الطعام	.358	*0.001
19.	الوزن	.227	*0.025
20.	الطاقة الجنسية	.493	*0.000
21.	الصحة	.219	*0.028

* الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$.

ثبات الإستبانة Reliability

يشير الثبات إلى إمكانية الحصول على النتائج نفسها لو أعيد تطبيق الأداة على نفس الأفراد، ويقصد به إلى أي درجة يعطي المقياس قراءات متقاربة عند كل مرة يستخدم فيها، أو ما هي درجة اتساقه وانسجامه واستمراريته عند تكرار استخدامه في أوقات مختلفة (القحطاني، 2002 : 5).

تم التحقق من ثبات المقياس من خلال طريقتين وذلك كما يلي:

أ- معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient :

تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ لحساب ثبات الإستبانة، حيث تعتمد على حساب الارتباطات بين العلامات لمجموعة الثبات على جميع الفقرات الداخلة في الاختبار (علام، 2006:165). حيث بلغت قيمة ألفا كرونباخ (0.799)، وهذا دليل كافي على أن الاختبار يتمتع بثبات جيد.

ب- طريقة التجزئة النصفية Split Half Method:

حيث تم تجزئة فقرات الاختبار إلي جزئين (الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والأسئلة ذات الأرقام الزوجية) ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون Spearman Brown: معامل الارتباط المعدل $= \frac{2r}{1+r}$ حيث r معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية. حيث بلغ معامل الارتباط (0.665)، بينما بلغ معامل الارتباط المعدل (0.799) مما يعني أن المقياس يتمتع بصدق وثبات جيد مما يجعل الباحث على ثقة تامة بصحة المقياس وصلاحيته لتحليل النتائج والإجابة على أسئلة الدراسة.

تصحيح المقياس

تحتسب درجة المقياس بمجموع من النقاط على المجموعات ال(21) فقرة، والدرجة في كل مجموعة تكون عبارة عن الدرجة المقابلة للاستجابة على البند الذي اختير في المجموعة، وإذا كانت الإجابة بالإيجاب عن أكثر من عبارة في كل مجموعة فيتم اختيار أعلى درجة فقط وبعد جمع درجات المقياس ينظر إلى قيمتها، فإذا كانت الدرجة الكلية هي (16) فما فوق؛ فإن الشخص المفحوص يعاني من الاكتئاب وأما إذا كانت الدرجة أقل من (8) فإن هذا الشخص لا يعاني من اكتئاب

الأداة الثانية: البرنامج الإرشادي النفسي، إعداد الباحث: ملحق رقم (4)

يعد هذا البرنامج من الأدوات الأساسية، التي تم إعدادها لتحقيق أهداف الدراسة، وهو برنامج مخطط منظم، في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة، فردياً، وجماعياً للتخفيف من أعراض الاكتئاب النفسي(العجوري، 2007: 78).

ويستخدم هذا البرنامج فنيات العلاج المعرفي السلوكي المستمد من النظرية المعرفية السلوكية والخاصة بمعالجة مشكلة الاكتئاب ومن بين الفنيات الحديث الذاتي وإعادة صياغة الافكار ، ولعب الأدوار والسلوك التوكيدي.

مصادر إعداد البرنامج:

- اعتمد الباحث في إعداد البرنامج الإرشادي النفسي على عدة مصادر، منها:
- الإطار النظري الخاص بالإرشاد المعرفي السلوكي الذي سبق تقديمه.
- الدراسات السابقة العربية، والأجنبية ذات العلاقة بالعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب.
- الإطلاع على بعض البرامج الإرشادية، العربية، والأجنبية، التي تناولت متغيرات مشكلة الدراسة الحالية، مثل دراسة: وايلي(2002)، وايلي (2004)، ابراهيم" (2005)، الهمص (2005)، السقا (2005)، وكلارك (2009)، وكحلة(2009)، ومنصور (2011)، ونجبية(2011).

- أهداف البرنامج:

تنقسم أهداف البرنامج إلى قسمين، هما:

الأهداف العامة وتتمثل في الآتي:

- 1- **هدف نمائي:** حيث يكتسب الأشخاص بعض المعلومات، والأفكار، والاتجاهات، والقيم التي تساعدهم على مواجهة المواقف المثيرة للاكتئاب لديهم في المستقبل.
- 2- **هدف إرشادي:** حيث يهدف إلى إرشاد الأشخاص ومساعدتهم وتبصيرهم لتأثير الاكتئاب على وضعهم النفسي.
- 3- **هدف علاجي:** حيث يهدف إلى التخفيف من أعراض الاكتئاب النفسي لدى الأشخاص، ويتضمن دور الهدف العلاجي كذلك علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية.

الأهداف الإجرائية:

- تتحقق هذه الأهداف من خلال العمل المثمر في الجلسات، ومن خلال القيام بأداء الأنشطة داخل الجلسات، وكذلك الواجبات المنزلية التي يكلف بها المستهدفين من البرنامج، والمتعلقة بالمواقف المثيرة للاكتئاب النفسي لديهم من خلال البرنامج النفسي الذي يطبق عليهم، وتتلخص هذه الأهداف فيما يلي:
- 1- مساعدة الأشخاص على مواجهة المواقف المثيرة للاكتئاب دون حدوث أي توتر قدر الإمكان.
 - 2- العمل على خفض اضطرابات الاكتئاب لدى الأشخاص، مما يساهم في تحقيق قدر من التوافق النفسي لديهم.

- 3- تدريب الأشخاص على استخدام الطرق العملية، والتي تم تعلمها أثناء تطبيق البرنامج الإرشادي النفسي، لمساعدتهم في مواجهة المواقف المسببة لاضطرابات الاكتئاب مستقبلاً.
- 4- تزويد أفراد المجموعة التجريبية ببعض المعلومات النفسية، وتدعيم الأفكار الايجابية التي تساعد على تخفيف الاكتئاب لديهم.
- 5- تدريب أفراد المجموعة التجريبية على تنفيذ المعتقدات السلبية.

أهمية البرنامج الإرشادي :

تأتي أهمية البرنامج الإرشادي النفسي فيما يلي:

- 1- يمكن الاستفادة من البرنامج في دراسات ميدانية جديدة في البيئة الفلسطينية تتناول متغيرات الدراسة الحالية، وتوضح أهمية البرنامج الحالي في الأساليب والفنيات التي يقوم عليها وفعاليتها في علاج الاكتئاب، مما يجعله وسيلة إجرائية تمنح من يعاني من الاكتئاب فهم آليات نشوئه ، وتفحص العلاقة بين جوانبه المعرفية والسلوكية والفيزيولوجية. كما يسمح هذا البرنامج باكتشاف التشوهات المعرفية، وتنفيذ الأفكار السلبية ، وإرساء دعائم التفكير الايجابي المنطقي.
- 2- يمكن أن يستفيد المضطربون نفسياً من البرنامج في خطوات علاج ذاتي مثل: الممارسات البيئية، والمهارات التي تم تطبيقها.
- 3- يمكن الاستفادة من تعلم الأفكار الجديدة التي وردت في الجلسات في مواجهة المواقف المثيرة للاكتئاب.

حدود البرنامج:

- أ. زمنياً: استغرق البرنامج - فقط- حوالي شهرين- من غرة سبتمبر 2013 إلى نهاية نوفمبر 2013م- بواقع (14) جلسة، وبمعدل جلستين كل اسبوع (انظر ملحق "4")، والتي استغرقت (12) أسبوع تقريباً.
- ب. مكانياً: العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة. قام الباحث بتطبيق الأسلوب المعرفي السلوكي على مجموعتي الدراسة: المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة في العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة.
- ج. بشرياً: (30) شخصاً من الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب، مقسمين إلى مجموعتين متساويتين أحدهما تجريبية، والأخرى ضابطة، منهم (15) شخص مجموعة تجريبية و (15) شخص مجموعة ضابطة.

بالإضافة إلى أن البرنامج اقتصر على أسلوب العلاج المعرفي السلوكي دون التعرض لأساليب الإرشاد الأخرى، للحد من أعراض الاكتئاب دون غيره من الأمراض الأخرى، كما واقتصر على (14) جلسة إرشادية، مدة كل جلسة (60) دقيقة، على أن تكون جلستين كل أسبوع فضلاً عن أنه صمم، بحيث يلائم مرحلة ممن تتراوح أعمارهم من (19-45) سنة.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج:

- يقوم هذا البرنامج على مجموعة من الأسس الهامة، والتي يمكن تحديدها فيما يلي:
1. **الأسس العامة:** وتشمل مراعاة مرونة السلوك الإنساني، والفروق الفردية للتعديل، والتغيير، وضرورة الاستمرار في عملية الإرشاد النفسي.
 2. **الأسس الفلسفية:** وتتضمن مراعاة الطبيعة الإنسانية، وأخلاقيات الإرشاد النفسي، وسرية المعلومات، والعلاقة المهنية التي تقوم على الألفة، والتسامح، واستخدام أسلوب الإقناع، والتفكير المنطقي في المقابلة الإرشادية.
 3. **الأسس النفسية والتربوية:** وتشمل مراعاة الخصائص العامة للنمو في مراحل العمر المختلفة، ومراعاة الفروق الفردية، وإشباع الحاجات النفسية، والاجتماعية.
 4. **الأسس الاجتماعية:** وتشمل الاهتمام بالشخص ككائن اجتماعي، يتأثر ويؤثر في البيئة التي يعيش فيها، وأن الضغوط الاجتماعية والثقافية تؤثر في شخصية الانسان، وفي عملية الإرشاد النفسي، وأن أسلوب الإرشاد الجماعي من أفضل الطرق الإرشادية في التخفيف من أعراض الاكتئاب النفسي، والمشكلات التي تواجه الافراد.
 5. **الأسس الفسيولوجية والعصبية:** تتميز المرحلة العمرية لإفراد المجموعة التجريبية- من 19-45 عاماً- بمجموعة من المتغيرات النفسية والفسيولوجية، والجسمية .
 6. **الأسس المعرفية:** وتتركز إلى التعرف على الأفكار والمعتقدات الخاطئة ، والعمل على تعديلها، واستبدالها بأفكار إيجابية تعمل على حل مشكلة المريض.

محتوى البرنامج:

- أ- الأساليب المعرفية: ملحق (5،6)
- التوضيح والشرح المبسط (التفسير).
- المناقشة المنطقية والحوار.
- التشجيع: من خلال اعطاء المعززات الإيجابية
- التحليل المنطقي للأفكار اللامنطقية.
- التحدى، المواجهة، المعارضة، الهجوم ،التفنيد، الاستبصار، التشتت المعرفي ،الإقناع.

ويساعد استخدام هذه الأساليب على إدراك المرضى للأفكار اللامنطقية والافتتاح بأنها تؤدي إلى الاكتئاب، حيث لها تأثيرات سلبية على صحة المريض وتطور المرض، وتهيئة المرضى على التكيف النفسي والاجتماعي. وهي تساعد مرضى الاكتئاب على إعادة الفهم وإعادة البناء المعرفي وكذلك بالنسبة للأفراد المحيطين بالمريض.

ب- الأساليب الانفعالية:

- وتساعد على التخلي عن الأحاديث الانهزامية المدمرة للذات، ومن هذه الأساليب:
- التقبل: وهو يقوم على تقبل المريض فكرة أن استجاباته الانفعالية مرتبطة بأفكار وأحاديث لاعقلانية وتقبل ذاته وتقبل عبارات ذاتية أو استبدالها بعبارات جديدة أكثر عقلانية، وتقبل الباحث للمريض.
- المرح: للتقليل من الأفكار المثيرة للاضطراب.
- ضبط الانفعال: بتعلم أفكار أكثر منطقية وعبارات جديدة ترجع المسؤولية أو اللوم على الأحداث وليست على الذات.
- التخيل الانفعالي المنطقي: وذلك لتخفيف حدة مشاعر العدوان على الذات.
- تعليم مهارات حل المشكلة: ووضع الحلول والبدائل لعلاجها بالتفكير العلمي المنطقي السليم.
- لعب الأدوار: لإدراك العبارات الانهزامية، والانفعالات السالبة.
- التأمل: وذلك عن طريق تأمل أفكار وعبارات لاكتشاف عدم عقلانيتها وتبني أفكار وعبارات تخفف من حدة الانفعالات.

ج- الأساليب السلوكية: وتهدف إلى تعديل السلوك.

- التدعيم الموجب: بمكافأة الجهود الناجحة للمريض لتغيير الأفكار اللاعقلانية والتحكم في الانفعالات السالبة واتباع التعليمات الطبية.
- الواجبات المنزلية البسيطة والمحدودة: بما يتناسب مع الظروف الصحية للمريض. مثل قراءة موضوع متعلق بمرض الاكتئاب ومناقشة المريض فيه، وتسجيل المريض لانفعالاته وسلوكه وتعريف المريض على سلوكه وتصرفاته الخاطئة ومحاولة تعديله.
- الحث: بهدف حث المريض على الاندماج في أنشطة جديدة وتكوين صداقات وحضور المناسبات الاجتماعية، وذلك عن طريق مساعدة أسر المرضى.

الخدمات التي يقدمها البرنامج:

يقدم البرنامج عدداً من الخدمات، منها:

- 1- **الخدمات الوقائية:** يقدم البرنامج خدمة وقائية هامة، حيث يتم تدريب المجموعة التجريبية على استخدام فنية التحكم الذاتي، والأسلوب التوكيدي، والاسترخاء في المواقف التي تواجههم في الحاضر، وكيفية التغلب على اكتئابهم في المستقبل.
- 2- **الخدمات التربوية:** وتتمثل في تحسين التحصيل الدراسي، والأداء في الدراسة بشكل عام، بطريقة غير مباشرة، وذلك باستخدام المجموعة التجريبية لما تعلموه في الجلسات أثناء فترة التدريب، كالتحكم الذاتي، والاسترخاء، لما لهذه الفنيات من فعالية في تخفيف مستوى الاكتئاب لديهم.
- 3- **الخدمات الاجتماعية:** وتتمثل في تدعيم العلاقات بين أفراد المجموعة التجريبية خلال الجلسات الأولى أثناء تدريبهم على فنيات البرنامج، وذلك من خلال التفاعل الاجتماعي المثمر بينهم خلال كل جلسة، وتدعيم العلاقات بين المرشد وأفراد المجموعة، والاهتمام بالمناسبات الخاصة بهم، وبأبنائهم، كمناسبات النجاح، والتفوق في الدراسة، والمناسبات الأسرية السعيدة، وتقديم الهدايا لهم.
- 4- **الخدمات الترويحية:** وتتمثل في حث الأفراد على استغلال أوقات فراغهم في ممارسة الأنشطة الرياضية، والفنية، والدينية، والاجتماعية، وإرشادهم إلى التردد على بعض المراكز الموجودة في منطقة سكناهم لتنمية هواياتهم، ومواهبهم في الرسم، والرياضة.
- 5- **خدمات متابعة:** وتتمثل في المتابعة لكل خطوة من خطوات البرنامج للوقوف على التأثيرات التي أحدثها البرنامج لدى أفراد المجموعة التجريبية، والمتابعة لهم في كافة شئونهم الدراسية، والسؤال الدائم عنهم ، وعن أسرهم.
- 6- **خدمات إنسانية:** وتتمثل في الاهتمام باهتمامات المجموعة، ومشاركتهم في كافة الأنشطة التي يحبونها، وتقبل المجموعة في جميع حالاتهم النفسية، وحل المشكلات التي تواجههم كلما أمكن.

مراحل تطبيق البرنامج:

يحتوي هذا البرنامج على (14) جلسة إرشادية نفسية ، انظر ملحق "4" مدة الجلسة (60) دقيقة تعتمد على استعمال أسلوب الإرشاد المعرفي السلوكي، ومن ثم تحديد الجلسات، ففي الجلسة الواحدة يقوم الباحث بما يلي: الحوار، والمناقشة، والتنفيس الانفعالي، والتعديل المعرفي للعادات

والسلوكيات اللاسوية، ثم يحاول تعليم المجموعة بعض السلوكيات، والمهارات الاجتماعية البديلة التي تساعد في خفض الاكتئاب .

والجدير ذكره أن الباحث استخدم في الدراسة الحالية عدة أنواع من المعززات، ونظم للتعزيز. وقد عرف الشخص، الدميائي (1992) التعزيز: بأنه "أي نتيجة ينتهي بها السلوك بحيث تزيد من احتمال حدوثه في المستقبل، والمعزز عبارة عن حدث، أو مكافأة تزيد من احتمال حدوث السلوك وتكراره في المستقبل عندما يعقبه المعزز".

ومن أنواع المعززات المستخدمة في الدراسة الحالية:

المعززات الاجتماعية: حيث كان الباحث يحث افراد المجموعة على التزاور مع بعضهم البعض، والخروج في زيارات جماعية وبمشاركة الباحث في تلك الزيارات.

المعززات الإيجابية: التعزيز الإيجابي هو أي مثير يقوي احتمال ظهور الاستجابة الإجرائية إذا أضيف إلى الموقف أو فعل يرتبط تقديمه للفرد بزيادة في السلوك المرغوب فيه (إبراهيم، 1993 : 84-85).

وقد استخدم الباحث في المعززات الإيجابية، مثل : أحسنت موفق وذلك عندما يقوم الشخص بالنشاط البيتي والحديث عنه".

واستخدم الباحث نظام التعزيز الزمني الثابت، ويتوقف هذا التعزيز على مرور فترة زمنية محدودة، ويقدم المعزز الأول استجابة تحدث بعد مرور تلك الفترة، حيث كان الباحث يعزز افراد المجموعة بداية كل جلسة لقيامهم بالواجبات البيتية المتمثلة في النشرات الإرشادية وممارستهم الرياضة البدنية.

جدول (4)

جلسات البرنامج الإرشادي النفسي وموضوع كل جلسة

رقم الجلسة	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة
الجلسة الأولى	استقبال وتعارف	(1) إقامة علاقة بين الباحث والمشاركين (2) تعريف المرضى بالبرنامج وتقديم معلومات حوله (3) تزويد المرضى بعدد الجلسات ومواعيدها والالتزام بذلك من خلال المواظبة والحضور والالتزام بأداء الواجبات. (4) تشجيع أفراد العينة العلاجية على طرح الأسئلة التي تدور في أذهانهم
الجلسة الثانية	البناء التفاعلي للنموذج المعرفي السلوكي	(1) أن تكون المجموعة قادرة على الاستجابة والتعاون في عملية الفحص النفسي. (2) تحديد التغيرات المصاحبة للأعراض والمشاعر والوعي بها.
الجلسة	التثقيف النفسي	(1) تعريف المرضى إلى طبيعة الاكتئاب وأنواعه وأسبابه وأعراضه

الناثثة:		(2) تعريف المرضى بالآثار النفسية المصاحبة من جراء هذا الاضطراب. (3) تعريف المرضى بالعلاج المعرفي السلوكي.
الجلسة الرابعة	التشوهات المعرفية	(1) فحص الافكار الالية والتأكد من فهم المرضى للنموذج (2) تدريب المرضى على استخدام سجل الافكار
الجلسة الخامسة	الأفكار السلبية واحلال الافكار الايجابية محلها	- مراجعة الواجب المنزلي - تدريب المرضى على استخدام الحوار السقراطي - التدريب على الأسئلة السقراطية - تعليم المرضى تفنيد المعتقدات السلبية
الجلسة السادسة	طرق الانتباه"	مراجعة الواجب المنزلي. -تدريب المرضى على التركيز على شيء معين. -تدريب المرضى على الوعي الحسي.
الجلسة السابعة	التعبير الحر عن الرأي	تدريب المرضى على اظهار المشاعر الحقيقية. -تدريب المرضى على النقد الذاتي البناء. -تدريب المرضى على اظهار المعارضة في المواقف التي تحتاج لذلك
الجلسة الثامنة	اساليب لفظية	مناقشة الواجب المنزلي -تدريب المرضى على تأكيد ذواتهم -تدريب المرضى على التعبير على انفعالهم بطريقة تلقائية
الجلسة التاسعة	الاسطوانة المشروخة	-مناقشة الواجب المنزلي. -تدريب على ضبط النفس. -تدريب المرضى على استخدام الاحساس الهادئ في حالات المناقشات الغير هادئة.
الجلسة العاشرة	التساؤل السلبي	مناقشة الواجب المنزلي -تدريب على الاستجابة لانتقاد الآخرين. -تدريب المرضى على ابداء الاستعداد للتغيير.
الجلسة الحادية عشر	-التدريب على عدم اصدار الأحكام على الآخرين	مناقشة الواجب البيتي -تعليم المرضى على وصف التجربة دون اصدار الأحكام. -تدريب المرضى على وصف بمن أرادوا من أوصاف دون أن يطلق عليها شيء قيمي
الجلسة الثانية عشر	لعب الأدوار	مناقشة الواجب البيتي -تدريب المرضى على زيادة قدراتهم على مواجهة الاحباط. -تدريب المرضى على التحكم بالغضب وتجنب الاندفاعات.
الجلسة الثالثة عشر	الوقاية من الانتكاسة	-أن تكون المجموعة قادرة على فهم أسباب استمرار الأعراض. والعوامل التي ساعدت على التخلص منها -أن تكون المجموعة قادرة على وضع خطة للتعامل مع عودة الأفكار.
الجلسة الرابعة عشر	التقييم الختامي	التعرف إلى آراء المرضى في الجلسات ومدى استفادتهم منها. تطبيق مقياس بيك للاكتئاب

تقويم البرنامج:

1. **التقويم البعدي:** لقد تم تقويم البرنامج عن طريق تطبيق المقياس المعد بالدراسة الحالية، ومقارنة نتائج المجموعتين التجريبية، والضابطة في القياس البعدي، ثم مقارنة نتائج كل مجموعة بنفسها في القياسين القبلي، والبعدي.
2. **التقويم التتبعي:** وذلك بتطبيق المقياس نفسه المعد بالدراسة الحالية بعد شهرين من انتهاء البرنامج، ومن القياس التتبعي لمعرفة مدى استمرار فاعلية البرنامج، حيث تم مقارنة نتائج المجموعتين التجريبية، والضابطة في القياسين، البعدي والتتبعي، ثم مقارنة نتائج المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسين، البعدي والتتبعي، ثم مقارنة نتائج كل مجموعة بنفسها في القياس البعدي والتتبعي.

خامساً: خطوات الدراسة:

- اتبع الباحث الخطوات التالية: في القيام بالدراسة:
- * تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على عينة من المرضى بمحافظة شمال غزة.
 - * تم تصحيح المقياس حسب التعليمات الخاصة به، ورصد درجات الاشخاص في جداول، تم إعدادها، وذلك لتسهيل عملية المعالجة الإحصائية للبيانات.
 - * تم اختيار عينة موضع الدراسة من الاشخاص الذين حصلوا على أعلى تقدير على مقياس بيك للاكتئاب والبالغ عددهم (30) شخص بطريقة مقصودة، من المجتمع الأصلي الذي يتكون من (77) شخص من الذين يترددون على العيادة النفسية.
 - * تم تطبيق البرنامج الإرشادي النفسي على أفراد المجموعة التجريبية دون الضابطة.
 - * تم إعادة تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على المجموعتين التجريبية، والضابطة بعد الانتهاء من البرنامج مباشرة.
 - * تمت معالجة البيانات إحصائياً، وتفسير النتائج في ضوء الإطار النظري، والدراسات السابقة.

سادساً: المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم استخدام الأدوات الإحصائية التالية:

- 1- النسب المئوية والتكرارات.
- 2- المتوسط الحسابي.
- 3- اختبار ألفا كرونباخ (Cronbach's Alpha).
- 4- طريقة التجزئة النصفية (Split Half Method).

5- معامل ارتباط سبيرمان (Spearman Correlation Coefficient) .

6- اختبار شبيرو

7- اختبار تحليل التباين الاحادي.

8- اختبار بنفروني

9- اختبار t- test للعينات المستقلة

الانجازات:

اكتساب المرضى لمهارات جديدة في كيفية التعبير عن المشاعر، والتعاون والثقة بالنفس، وحب الآخرين.

*تعديل السلوكيات السلبية لدى المجموعة المنفذ عليها البرنامج.

*القدرة على التعبير عن مشاعرهم واحترام مشاعر الآخرين في المجموعة.

*تنمية مهارات الاستماع ومهارات أخرى من خلال الجلسات.

*الإفصاح عن مشاعرهم دون خوف، وأصبح لديهم ثقة بأنفسهم أفضل من السابق.

*القدرة على التسامح والتعاون بين بعضهم البعض.

*القدرة على التفكير بطريقة ايجابية.

الصعوبات التي واجهت الباحث:

- رفض بعض الأشخاص تطبيق الأداة عليهم.
- رفض بعض الأشخاص من المشاركة في البرنامج مما اضطر الباحث من استثنائهم من الدراسة، والاستعانة بأفراد آخرين طبق عليهم المقياس ووافقوا على الدخول في البرنامج.
- رفض بعض الأشخاص الحضور إلى البرنامج مرتين في الأسبوع.
- الاتصال على أفراد المجموعة قبل كل جلسة ، حتى انكرهم بموعد الجلسات وهذا كان يأخذ وقتنا وجهدا من الباحث.
- طلب المساعدات المادية من الباحث بالرغم من أن الباحث نوه لهم طبيعة عمله معهم.
- انقطاع التيار الكهربائي بشكل مستمر وهذا كان يعيق الباحث في إتمام ما يطلب منه في مواعده
- التكاليف المادية التي أرهقت كاهل الباحث من طباعة ورسوم وتدقيق لغوي
- ندرة المراجع الحديثة المتعلقة بالموضوع
- ضيق الوقت.

الفصل الخامس

عرض النتائج ومناقشتها

نتيجة وتفسير الفرض الأول

نتيجة وتفسير الفرض الثاني

التعليق العام على نتائج الدراسة

توصيات الدراسة

البحوث المقترحة

الفصل الخامس عرض النتائج ومناقشتها

مقدمة

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي في تخفيف أعراض الاكتئاب النفسي لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية وسيعرض الباحث فيما يلي نتائج الدراسة، ثم يتبعها مناقشة النتائج في ضوء الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة وفتيات البرنامج الإرشادي المستخدم.

اختبار التوزيع الطبيعي : Normality Distribution Test

تم استخدام اختبار شبيرو ولك Shapiro-Wilk لاختبار ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، وكانت النتائج كما هي مبينة في جدول (5).

جدول رقم (5) يوضح نتائج اختبار التوزيع الطبيعي

المجموعة	قيمة الاختبار	القيمة الاحتمالية (Sig.)
بعد تطبيق البرنامج- الضابطة	0.915	0.159
قبل تطبيق البرنامج- المجموعة التجريبية	0.898	0.088
بعد تطبيق البرنامج- المجموعة التجريبية	0.964	0.762
التتبعي	0.945	0.456

واضح من النتائج الموضحة في جدول (5) أن القيمة الاحتمالية (Sig.) أكبر من مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ وبذلك فإن توزيع البيانات يتبع التوزيع الطبيعي حيث سيتم استخدام الاختبارات المعلمية للإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة.

فروض الدراسة:

* الفرض الأول: توجد فروق دالة إحصائية عند مستوي دلالة (0.05) في القياسات المتعددة - (القياس القبلي، البعدي، التتبعي) - لدى المجموعة التجريبية.

لاختبار صحة الفرضية قام الباحث بالمقارنة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي، و متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس التتبعي، وذلك باستخدام اختبار تحليل التباين داخل

المجموعات (ANOVA Within Groups - Repeated Measures ANOVA)، ويتضح ذلك من خلال جدول (6):

جدول (6)

نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي داخل المجموعات للمجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي والتتبعي

المجموعة التجريبية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة f	مستوى الدلالة	النتيجة
قبل تطبيق البرنامج	15	26.47	6.10	95.110	0.000	دال إحصائيا عند 0.01
بعد تطبيق البرنامج	15	7.93	3.53			
التتبعي	15	6.33	3.11			

يتضح من الجدول السابق أن مستوى الدلالة = 0.000 وهي أقل من 0.01، وهذا يعني أنه توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي والتتبعي، وذلك لصالح التطبيق القبلي، مما يدل على فعالية البرنامج الإرشادي ولمعرفة مدى وجود فروق جوهرية بين كل متوسطين كل حدى تم استخدام اختبار بنفروني (Bonferroni) ويتضح ذلك من خلال جدول (7):

جدول (7): نتائج اختبار بنفروني لمقارنة متوسطات القياس القبلي والبعدي والتتبعي

الفرق بين المتوسطين	القيمة الاحتمالية (Sig.)	الفئات	
18.533	0.000	بعد تطبيق البرنامج	قبل تطبيق البرنامج
20.133	0.000	التتبعي	
1.600	0.721	التتبعي	بعد تطبيق البرنامج

يتضح من الجدول السابق أنه توجد فروق جوهرية دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح التطبيق القبلي. وهذا يعني أن نسبة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية البعدية انخفض مما يدل على فعالية البرنامج الإرشادي. ويتضح أيضا وجود فروق جوهرية دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج والتتبعي، وذلك لصالح التطبيق القبلي. وهذا يعني أن نسبة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية التتبعية انخفض مما يدل على فعالية البرنامج الإرشادي، أخيرا يتضح عدم وجود فروق جوهرية دالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج والتتبعي،

بالرغم من انخفاض المتوسط الحسابي التتبعي عن المتوسط الحسابي للقياس البعدي. وهذا يعني أن نسبة الاكتئاب لدى المجموعة التتبعية انخفض وان كان هذا الانخفاض غير جوهري.

نتيجة الفرضية:

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في المقارنات المتعددة - القياسات القبلي، البعدي، التتبعي - لدى المجموعة التجريبية.

تفسير نتائج الفرض الأول:

يتضح من نتائج الدراسة الحالية أن متوسط الاكتئاب النفسي لدى المجموعة التجريبية قد انخفض بعد تطبيق البرنامج ، وأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01) بين متوسطي رتب درجات المجموعة للقياس البعدي، وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة ومنها دراسة انجستني (2010) ودراسة (McManus-Freed-Wart et al -2009) . ولقد استخدم الباحث فنيات العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب وهي جلسات علاج الى جانب الممارسة اليومية والتي تشمل على العديد من السمات الاساسية مثل تحديد وتصحيح الافكار غير الدقيقة المرتبطة بمشاعر الاكتئاب واعادة الهيكلية المعرفية مما ساعد المرضى في الدخول في أنشطة ممتعة وساره وهذا اتفق مع تقرير جامعة ميتشجان

(University 2006-Michigan Gateway)

كما هدف البرنامج الحالي الى تشجيع المريض من تفسير الافكار والتصرفات غير المعقدة من خلال الاحتفاظ بمذكرة لتحديد انماط تفكير، وتم مساعدة المريض على تفسير هذه الافكار، كما اتفق ذلك مع العلاج النفسي السلوكي من استخدام تعديل السلوك بما يتفق مع أهداف العلاج ، كما تم تكليفهم بوظيفة منزلية لتطبيق هذه التغيرات في الحياة اليومية وفي كل مقابلة تم مناقشة المستجدات منذ الجلسة الأخيرة وتقديم المقترحات للمريض وذلك يتفق على ما جاء مع الكلية الملكية للأطباء النفسيين .

(Philippimms-Ros Ramsay-Martin Biscoe-et al-2007)

كما استخدم الباحث مع الاشخاص ترديده بعض العبارات والأفكار مثل " لا يوجد ما يدعو لليأس " ورغم البساطة الشديدة لتلك القاعدة الا أنها شديد الجدوى حيث يؤكد الطب النفسي أن تبني أفكار تثير في النفس الثقة وتقدير الذات والتفاؤل هي أفضل وسائل لمواجهة أسباب الاكتئاب (الشربيني،2001: 207).

يتضح من بعد الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في الاكتئاب النفسي وذلك في القياسات المتعددة (القبلي والبعدي والتتبعي) وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع ودراسة اندرو (2006). ودراسة هويل (2006) ودراسة ميهمت (2008) وهذا يدل على استمرار فاعلية البرنامج في خفض الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية.

ويرى الباحث أن استمرار فاعلية البرنامج يرجع إلى تقسيم البرنامج إلى جلسات تقوم على الجانب المعرفي وجلسات خاصة بالجانب السلوكي لمساندة أفراد المجموعة، وتعليمهم فنيات الأسلوب التوكيدي مما زاد ثقة أفراد المجموعة بأنفسهم، وتشجيعهم على الإحساس بقيمة الذات وتشجيعهم على التواصل الجيد والفاعلية الاجتماعية والتغلب على مشاعر الحزن.

إن استمرار فاعلية البرنامج إلى بعد فترة المتابعة قد يرجع إلى حب أفراد المجموعة للأنشطة والفعاليات التي تم تنفيذها أثناء البرنامج مما أدى إلى استمرار تنفيذ هذه الفعاليات بعد انتهاء البرنامج، وهذا ما تم الاتفاق عليه. قام الباحث بتذكيرهم بطرق التفكير الصحيح وكيفية التعامل مع الأفكار السلبية التي تم تدريبهم عليها. قام الباحث بتذكيرهم بالتقرب إلى الله ولزوم طاعته والابتعاد عن معصيته.

الفرضية الثانية:

2. توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى أعراض الاكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.

لاختبار صحة الفرضية قام الباحث بالمقارنة بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، و متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة وذلك باستخدام اختبار t لعينتين مستقلتين (Independent Samples T Test)، ويتضح ذلك من خلال جدول (8)

جدول (8)

نتائج اختبار t لعينتين مستقلتين للمجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج

النتيجة	مستوى الدلالة	قيمة t	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	مجموعتي المقارنة
دال إحصائياً عند 0.01	0.000	10.175	6.10	26.47	15	المجموعة الضابطة
			3.53	7.93	15	المجموعة التجريبية

يتضح من الجدول السابق أن مستوى الدلالة = 0.000 وهي أقل من 0.01، وهذا يعني أنه توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية و الضابطة بعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة الضابطة. وهذا يعني أن البرنامج الإرشادي له تأثير في خفض درجة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية، مما يدل على فعالية البرنامج الإرشادي.

نتيجة الفرضية:

توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى أعراض الاكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج.

تفسير نتائج الفرض الثاني:

يتضح أن متوسط الاكتئاب النفسي لدى المجموعة التجريبية قد انخفض عن المجموعة الضابطة وأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، في كل من مشاعر الحزن ، مفهوم الذات السلبى ، اضطرابات العلاقات الاجتماعية، والأسرية، الشكاوى الجسمية الفسيولوجية ، وهذا يدل على فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في مساعدة أفراد المجموعة على خفض الاكتئاب النفسي ولقد اعتمد الباحث على برنامج معرفي سلوكي في خفض الاكتئاب ، وهذا يتفق مع دراسة دوزيز (2009) ودراسة سيلفيا (2006)، ودراسة بيتر (2006) ودراسة مايكل (2003)

والتي اعتمدت على البرنامج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات النفسية والاكتئاب، حيث أكدت جميع هذه الدراسات على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب، وقد أكد (زارب، 2002) أن العلاج المعرفي السلوكي من أهم التوجهات الحديثة في علاج الاضطرابات النفسية لدى الاشخاص ومنها الاكتئاب، وأوضح أنه علاج فعال دون استخدام مضادات الاكتئاب أو القلق وتوصى الجمعية الأمريكية بتوخي الحذر عند وصف الأدوية النفسية إلا عند الضرورة القصوى (زارب، 2002 : 138).

ويرى الباحث أن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على تغيير التشوهات المعرفية لدى المرضى، وهذه التغييرات تساعد على الشعور بشكل أفضل، حيث يركز العلاج المعرفي السلوكي على المشاكل والصعوبات الحالية فمن خلال الجلسات تم تقسيم مشاكل المرضى إلى أجزاء صغيرة مما سهل على المرضى رؤية اتصال هذه المشاكل ببعضها ، ومن خلال الأفكار السلبية يقوم المرضى بذكر التصورات السلبية عن بيئتهم ومحيطها بشكل مبالغ فيه، حيث قام الباحث بالتركيز على الايجابيات وجعلها محور الحديث حتى يرفع من شأنهم، ونغير لديهم الإحساس بالفشل، والشعور

بالعجز، ويتفق ذلك مع دراسة (McManous – Freda – et al – 2009) ، لذلك كان من ضمن الاهداف الخاصة للجلسات تدريب الاشخاص التعرف إلى الافكار السلبية ودحضها والعمل على ايجاد افكار ايجابية للعمل بها ومناقشتها مما كان له الاثر الاكبر في فاعلية البرنامج ويتفق ذلك مع دراسة (كلارك، 2009: 1033_1041).

ومن خلال البرنامج تم تدريب افراد المجموعة على التغلب على مشاعر الحزن من خلال تدريبهم على التعبير الحر عن المشاعر السلبية، ومن خلال عرض مجموعة من الصور لناس سعداء وطلب منهم مقارنة انفسهم بهذه الصور وقام الأشخاص بلعب الأدوار وتم إثابتهم لحسن أدائهم من خلال الثناء عليهم ، مما كان له الأثر الأكبر في خفض الاكتئاب.

إن العلاج المعرفي السلوكي يحاول تعديل سلوك المريض من خلال التأثير في الافكار ، فمن المعروف ان المعارف لها تأثيرها في السلوك فيلجأ الكثيرون الى التأثير في سلوك الآخرين

وقد قام الباحث باستخدام الفنيات المعرفية والسلوكية لتساعد المرضى على تعلم تغيير البنيان المعرفي للمريض بتقديم الاخطاء الموجودة بها، وترجع نتائج هذا الفرض الى ما يوليه العلاج المعرفي السلوكي من اهمية بتعليم الفرد النظر الى افكاره باعتبارها فروض قابلة للاختبار، وذلك ساعد الباحث على مناقشة الفروض واختبارها، والتحقق من عدم ملامتها، فأدى ذلك الى تغيير انفعالات المريض تجاه المواقف.

تعليق عام على النتائج:

بالنظر إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسة نجد أن جميع فروض الدراسة قد تحققت، وبذلك تكون قد حققت الأهداف الهامة التي قامت من أجلها الدراسة.

وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية لتؤكد كفاءة العلاج المعرفي السلوكي وتقف نتائجها على مع ما جاء في العديد من نتائج الدراسات السابقة التي أكدت على أن العلاج المعرفي السلوكي هو طريقة ذات فاعلية في تخفيف اضطراب الاكتئاب ويتفق ذلك مع دراسة باتيليز (2001) ودراسة كاسكاليندا (2002) ، ودراسة علي (2004) ، ودراسة هويل (2006) ودراسة بلحيل (2008).

إن العلاج المعرفي السلوكي هو أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك لدى المريض من خلال التأثير في عمليات التفكير حيث أنه من المعروف أن المعارف لها تأثير في السلوك فتغيير المعارف ينتج عنه تغيير في السلوك وفي نفس الوقت فإن تغيير السلوك ينتج عنه تغيير في المعارف مثل التفكير وتقدير الذات وهكذا ذهابا وإيابا، فهذه حالة متبادلة بين المعارف والانفعالات والسلوك، و العلاج المعرفي السلوكي أيضا له دور هام في تغيير السلوك وفي تغيير الانفعالات والتفكير ، فالأفكار الاتوماتيكية التي تحدث لدى الشخص المكتئب تكون ناتجة عن أحداث مزعجة انفعالية تؤثر في الأشخاص، وكذلك الاعتقادات الخاطئة أو المختلة وظيفيا والتي لقبها(بيك) تركيبات معرفية أو مخططات .

وفي العلاج المعرفي السلوكي يساعد الباحث الشخص على تحديد المعارف السلبية المحرفة، والتي تكون ناشئة عن اعتقادات مختلة وظيفيا ، هذه المعارف والاعتقادات توضع لتحليل منطقي من خلال الواجبات المنزلية ، حيث يتعلم الشخص أن يحقق تفكيراً مرتبطاً بالواقع ، ولذلك قام الباحث باستخدام الفنيات المعرفية والسلوكية لیساعد الشخص المكتئب على التعلم والترابط بين المعرفة والسلوك والوجدان ، وأن يراقب أفكاره السلبية ، وأن يفحص الأفكار المنحرفة ، وأن يحاول ربطها بالواقع وذلك كله ليصل الباحث إلى تغيير البنيان المعرفي للشخص المكتئب ويرى الباحث أن استمرار تأثير العلاج المعرفي السلوكي عند التقييم البعدي، حيث يتم تدريب الشخص على التعامل مع الأفكار المرتبطة بالاضطراب وكذلك التعامل مع ما قد يستجد من أفكار في المستقبل مما يجعله قادرا على التعامل مع هذه الأفكار التي قد تنشأ لديه نتيجة لعوامل داخلية أو خارجية وفي ذلك يؤكد(أليس) أن العلاج السلوكي يحدث تغيرات معرفية وسلوكية تجعل الفرد أقل اضطرابا في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطراب في المستقبل .

إن هذه المدرسة العلاجية تسعى لإكساب الأشخاص فلسفة عقلانية تساعد على حل مشاكلهم الحالية المتمثلة في الاكتئاب وعلى التعامل بنجاح مع هذا الاضطراب في المستقبل . فالعملية العلاجية من خلال هذا الأسلوب تجعل الأشخاص يستخدمون فنيات العلاج المعرفي السلوكي في اضطرابات أخرى أو مع مشاكل الحياة التي يمكن من خلالها أن يواجهوها في المستقبل.

لقد مست هذه الدراسة فئة الشباب ، والذين يمثلون استثمارا بالنسبة للمجتمع ، حيث عمد الباحث إلى كشف عن ظاهرة مرضية شدد انتباه الباحثين إليها في العقود الأخيرة ، والذي يمثل خطرا على الصحة العامة للفرد ، وهو الاكتئاب ، وذلك في محاولة من الباحث للمساهمة في علاج المضطربين بالاكتئاب ، ومن هنا تكتسب هذه الدراسة أهميتها كونها تمثل جهدا علاجيا لا مجرد وصف للظاهرة ، وهو الأمر الذي نحن في أمس الحاجة إليه ، حيث يمكن لمثل هذه البرامج وخاصة الجماعية منها أن تقدم خدمة قيمة لمن هم يعانون من هذا الاضطراب الذي يحمل بين طياته عجزا ، وإعاقة لمجالات مختلفة في حياة الفرد الاجتماعية والمهنية . هذا العجز الذي يؤدي عند الكثيرين إلى اضطرابات أخرى كتعاطي المخدرات والإدمان عليها . وعلاج الأشخاص من هذا الاضطراب يساعدهم على تأكيد ذاتهم والنجاح في علاقاتهم الشخصية، وانجاز وتحقيق أهدافهم المهنية وهو ما يحفظ للأمة شبابها ، ويحمي صحتهم النفسية.

توصيات ومقترحات الدراسة:

أولاً: التوصيات:

- نتيجة لما أسفرت عنه الدراسة الحالية من النتائج يمكن للباحث أن يوصي بما يلي:
- الاهتمام بالأشخاص المضطربين نفسياً وخاصة الذين يعانون من الاكتئاب النفسي من خلال تقديم الخدمات العلاجية لهم .
 - تطبيق البرنامج على أفراد المجموعة الضابطة.
 - إجراء بحوث ودراسات حول أسلوب العلاج المشترك بين العلاج النفسي والدوائي لمختلف الاضطرابات النفسية وبمختلف الفئات العمرية.
 - توجيه الأبحاث والدراسات النفسية نحو دراسة الأساليب والطرق الفاعلة في نشر مبادئ نظرية (بيك) في العلاج المعرفي.
 - عقد الندوات والمحاضرات للأباء والمربين ، والمجتمع المحلي للتوعية حول الاضطرابات النفسية في المراحل العمرية المختلفة.

- تأهيل المرشدين والأخصائيين النفسيين ، وجميع العاملين في الحقل النفسي حول استخدام البرامج الإرشادية كطريقة علاجية جماعية.
- تصميم برامج إرشادية مختلفة ومتنوعة بهدف مواجهة مشكلات أخرى.
- الاستفادة من وسائل الإعلام في زيادة الوعي المجتمع بالمشكلات والاضطرابات النفسية
- تفعيل دور العلاج المعرفي السلوكي في المدارس الفلسطينية.

ثانياً : البحوث المقترحة :

- في ضوء ما أسفرت نتائج الدراسة الحالية ، استكمالاً للجهد الذي بذلته الدراسة الحالية ، يقترح الباحث إمكانية القيام بمزيد من البحوث والدراسات التالية :
- فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى المراهقين في المرحلة العمرية من 15-18 سنة.
 - فاعلية الأسلوب التوكيدي في خفض الاكتئاب لدى عينة من الشباب الجامعي.
 - دراسة مقارنة لمدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الديني في تخفيف حدة الاكتئاب لدى كبار السن .
 - دراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في تخفيف حدة الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادات النفسية (دراسة مقارنة بين الجنسين) .
 - دراسات مسحية للاكتئاب للمراحل العمرية المختلفة .
 - استخدام نفس البرنامج ولكن على فئة الإناث .
 - دراسة مقارنة لأعراض الاكتئاب لدى طلاب المرحلة الثانوية بين محافظات غزة ومحافظات الضفة.

المصادر والمراجع

1. أباطة، أمال (1999): بحوث وقراءات في الصحة النفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
2. إبراهيم، عبد الستار (1998): الاكتئاب واضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاج، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون، الكويت.
3. -----: علم النفس الاكلينيكي مناهج التشخيص والعلاج النفسي، دار المريخ، الرياض
4. إبراهيم، عبدالستار (2008): عين العقل، دار الكتاب، القاهرة.
5. ابن القيم، محمد بن أبي بكر (ب.ت): روضة المحبين ونزهة المشتاقين، ط2، تحقيق السيد الجميلي، دار الكتب، بيروت.
6. اشتي، جيهان (1993): الأسس العلمية لنظريات الإرشاد، دار النهضة العربية، القاهرة.
7. استور، انطوني (1996): العبقرية والتحليل النفسي، ترجمة: محمد عبد الواحد أحمد، سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون، ع 208، الكويت.
8. أبو ريذة، محمد عبد الهادي (1953): رسائل الكندي الفلسفية، ج1، الفكر العربي، القاهرة.
9. أبو عيطة، سهام درويش (1997): مبادئ الإرشاد النفسي، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، عمان.
10. أحمد، سمير كامل (2000): التوجيه والإرشاد النفسي، الإسكندرية، دار الإسكندرية.
11. إدريس، سامية (2008): فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحسين درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة الخرطوم.
12. إسحاق، فرحان (1983): التربية الإسلامية بين الأصالة والمعاصرة في دار الفرقان، عمان.
13. إسماعيل، عزت (1997): الاكتئاب النفسي، وكالة المطبوعات، الكويت.
14. ----- (1999): اكتئاب النفس وأعراضه وأنماطه وأسبابه وعلاجه، وكالة المطبوعات، الكويت.
15. الأغا، إحسان والأستاذ محمود (2004): مقدمة في تصميم البحث التربوي، غزة، فلسطين.

16. باترسون، باترسون (1990): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي، ج3، دار القلم، ط1، الكويت.
17. ----- (1994): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي، دار القلم، ط2، الكويت.
18. ----- (1999): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت .
19. بالمر س، كورين ب، رودل، ب (2008): العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ترجمة: محمود مصطفى، دار ايتراك، القاهرة.
20. بدوي، أحمد (1982): مشكلات الفتيات المراهقات بمحافظة أسوان ومعالجتها باستخدام أسلوب قراءة الكتب النفسية والمناقشة الجماعية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أسوان، مصر.
21. بعلبك ، منير (1986) : المنجد في اللغة والأعلام ، دار المشرق ، بيروت .
22. البغدادي، علي بن الجعد (1990): مسند بن الجعد، مؤسسة نادر، بيروت.
23. بكيري، نجيبه (2012): أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكربين المراهقين، رسالة دكتوراه، علم النفس العيادي، كلية العلوم النفسية، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
24. بلجيل، عبد الرحمن (2008): فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة صنعاء، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة صنعاء، اليمن.
25. بيرل س. بيرمان (2004): قواعد التشخيص والعلاج النفسي، دار ايتراك، القاهرة.
26. بيك، أرون (2000): العلاج المعرفي السلوكي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة: عادل مصطفى، ط1، دار الأفاق العربية، القاهرة.
27. توفيق، محمد عزالدين (2002): التأصيل الإسلامي للدراسات النفسية - البحث في النفس الإنسانية والمنظور الإسلامي، ط2، دار السلام، القاهرة.
28. تيموثي، ترول (2007): علم النفس الاكلينيكي، ترجمة فوزي طعيمة، جنان زين الدين، دار الشروق، عمان.
29. الجبوري، زينب (2012): أثر العلاج المعرفي السلوكي في تخفيض الألم النفسي لدى طالبات كلية التربية الرياضية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، الجامعة المستنصرية، بغداد.

30. الجريسي، عبد العزيز (2003): الاكتئاب النفسي لدى مرضى سرطان الرئة وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير ، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
31. جيدة، صفية (1997): مدى فاعلية برنامج إرشادي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى أطفال المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير ، جامعة عين شمس.
32. حبيب، مدحت (1991) دراسة تفاعلية عاملية لمفهوم الذات وتقدير الذات والتفكير الابتكاري لدى عينة من الأطفال بالصف الخامس والسابع الأساسي، المؤتمر السنوي للطفل المصري، مركز دراسات الطفولة، المجلد الأول، جامعة عين شمس، القاهرة.
33. حجار، محمد (2004): تشخيص الأمراض النفسية، دار النفائس، دمشق.
34. الحسين، أسماء عبد العزيز (2002): المدخل الميسر إلى الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط1، دار عالم الكتب، الرياض.
35. الحلبي، قتيبة، واليحيى، فهد (1995): العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي، الشركة الإعلامية للتوزيع والنشر، الرياض.
36. حنبل، أحمد أبو عبد الله الشيباني (ب، ت): مسند أحمد، ج9، مؤسسة قرطبة، بيروت.
37. الخطيب، جمال (2011): تعديل السلوك الإنساني، دار الفكر، عمان.
38. الخطيب، محمد (2000): التوجيه والإرشاد النفسي، مطبعة مقداد، غزة.
39. خليفة، عبد اللطيف (1997): المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالقدرات الإبداعية وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى طلبة الجامعة، كلية الآداب، جامعة الكويت.
40. دايل كارنيجي (ب.ت): دع القلق وابدأ الحياة، ترجمة: عبد المنعم الزيايدي، مكتبة الخانجي، القاهرة، مصر.
41. دحادحة، قاسم (2004): أثر التدريب في تنفيذ الأفكار غير العقلانية وتأكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الأردنية، عمان.
42. دسوقي، راوية محمود (1995): تقدير الذات وعلاقته لكل من القلق والاكتئاب لدى متعاطي المخدرات، مجلة علم النفس الهيئة العامة للكتاب، العدد 25.
43. ديفيد، بارلو (2004): مرجع اكلينيكي في الاضطرابات النفسية، ترجمة: صفوت فرج، الأنجلو المصرية، القاهرة.
44. الزاوي، الطاهر أحمد (1980): مختار القاموس، الدار العربية للكتاب، ليبيا.
45. زهران، حامد (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط2، عالم الكتاب، القاهرة.

46. ----- (1998): التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، القاهرة.
47. ----- (2001): الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب.
48. زهران، سناء (2004): إرشاد الصحة النفسية لتصحيح المشاعر ومعتقدات الاغتراب، عالم الكتب، القاهرة.
49. سحر، منصور (2011): فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض الاكتئاب للأطفال ضعاف السمع، دراسات تربوية ونفسية، العدد 271، مجلة كلية التربية، جامعة الزقازيق.
50. سعفان، محمد (2003): اضطراب الوسواس والأفعال القهرية الخلقية (النظرية والتشخيص والعلاج)، مكتبة زهراء الشروق، القاهرة.
51. السقا، صباح (2005): أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الاكتئاب، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة دمشق.
52. سكران، ماهر (2006): استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال، مجلة كلية التربية، م1، ج3، جامعة طنطا.
53. سلطان، عماد (1997): الطب النفسي، دار النهضة العربية، القاهرة.
54. ----- (1999): الطب النفسي، القاهرة، دار النهضة.
55. سليمان، عبد الرحمن (1992): بناء مقياس تقدير الذات لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية بدولة قطر، دراسة سيكومترية، مجلة علم النفس، العدد 24، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة.
56. السمدوني، السيد إبراهيم (1994): مفهوم الذات لدى الأطفال ما قبل المدرسة وعلاقته بالمهارات الاجتماعية للوالدين، دراسات نفسية يوليو، ع 3، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
57. سرحان، وليد (2001): الاكتئاب النفسي، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان.
58. سمور، عايش (2006): علم الأمراض النفسية، دار مقداد للطباعة، غزة.
59. شيفر، ملمان (1999): سيكولوجية الطفولة والمراهقة، ترجمة: سعيد العزة، دار صبح للطباعة والنشر، بيروت.
60. الشاذلي، عبد الحميد (2001): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، ط2، المكتبة الجامعية، الإسكندرية.
61. الشخص، عبد العزيز، الدمياطي، عبد الغفار (1992): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، مكتبة الأنجلو، القاهرة.

62. الشربيني، لطفي (2001): **الاكتئاب المرضي للعلاج**، منشأة المعارف، الإسكندرية.
63. شقير، زينب (2000): **الشخصية السوية والمضطربة**، ط2، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
64. شلبي، أمينة (1993): **اختلاف التفسير السلبي لدافعية الانجاز وتقدير الذات نحو الدروس الخصوصية لدى طلاب المرحلة الثانوية رسالة ماجستير غير منشورة**، كلية التربية جامعة المنصورة.
65. الشناوي، محمد محروس (1994): **نظريات الإرشاد والعلاج**، دار غريب للنشر والتوزيع، القاهرة.
66. الشناوي، محمد وعبد الرحمن، (1998): **العلاج السلوكي الحديث**، أسسه وتطبيقاته، دار قباء، القاهرة.
67. شيحة، نبيلة (2002): **فاعلية برنامج في الإرشاد العقلاني الانفعالي لتحسين مستوى الصحة النفسية**، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.
68. صفوت، فرج (1991): **مصدر الضبط وتقدير الذات وعلاقتها بالانبساط والعصابية**، دراسات نفسية، م1، ج1، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
69. الطويل، عزت (1988): **الاكتئاب دراسة نفسية قرآنية**، دار المطبوعات الجديدة، الإسكندرية، مصر.
70. عبد الخالق، أحمد (1991): **قياس الاكتئاب مقارنة بين أربعة مقاييس**، مجلة دراسات نفسية، م1، الجزء الأول، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.
71. عبد الرحمن، محمد السيد (1998): **اختبار المهارات الاجتماعية**، ط2، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
72. عبد العظيم، طه (2007): **العلاج النفسي المعرفي**، دار الوفاء، الإسكندرية.
73. عبد القوي، سامي (2002): **أساليب التعامل مع الضغوط ومظاهر الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة الإمارات**، حليات كلية الآداب، المجلد (30)، العدد (4)، ص71-89، جامعة عين شمس، القاهرة.
74. عبد الله، عادل (2000): **العلاج المعرفي السلوكي - أسس وتطبيقات**، دار الرشد، القاهرة.
75. عثمان، سيد أحمد (1997): **سيكولوجية التعلم**، تأليف أعضاء علم النفس التربوي، كلية التربية، جامعة عين شمس.

76. عبيدات، ذوقان، (2001): البحث العلمي - مفهومه وأدواته وأساليبه، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
77. العجوري، وجاد (2007): فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
78. العزة، سعيد حسن، عبد الهادي، جودت (1999) نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
79. عسكر، عبد الله (1987): الاكتئاب النفسي ومدى فعالية اختبار تفهم الموضوع في تشخيصه (دراسة تحليلية اكلينيكية)، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.
80. ---- (1988): الاكتئاب النفسي بين النظرية والتطبيق، الأنجلو المصرية، القاهرة.
81. عكاشة، أحمد (1980): علم النفس الفسيولوجي، دار المعارف، القاهرة.
82. --- (1998): الطب النفسي المعاصر، ط1، الأنجلو المصرية، القاهرة.
83. علاء الدين، أحمد وعبد الرحمن، محمد (2011): فاعلية برنامج إرشادي جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين، مجلة كلية التربية، ع2، الجامعة الأردنية، عمان.
84. علام، صلاح الدين (2006): القياس والتقويم التربوي، دار الفكر العربي، القاهرة.
85. علي، زيزي السيد إبراهيم (2004): فاعلية العلاج المعرفي في تخفيف أعراض الاكتئاب لدى عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي أحادي القطب، رسالة دكتوراه، جامعة طنطا، جمهورية مصر العربية.
86. عمارة، محمد علي (2008): برامج علاجية لخفض مستوى السلوك العدواني لدى المراهقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
87. عوض، ربيعة (2001): ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة والتشخيص والعلاج، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.
88. عوض، نوال (2000): الاتجاه نحو التدريس وعلاقته بقلق التدريس لدى طالبات كلية التربية والمعلمين بالخرطوم، رسالة دكتوراه، جامعة النيلين، الخرطوم.
89. العيسوي، عبد الرحمن (1990): باثولوجيا علم النفس، دار الفكر العربي، مصر.
90. العمري، حنان (1985): "الاستجابات اللفظية الاكتئابية، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم علم النفس، الجامعة الأردنية، عمان.

91. غانم، محمد حسن (2002): مشكلات النوم وعلاقتها بالقلق الصريح والاكتئاب، دراسات عربية في علم النفس، العدد 4، مجلد 1، ص54-119، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.
92. غراوة، وآخرون (1999): مستقبل العلاج النفسي، ترجمة: سامر رضوان، منشورات وزارة الثقافة، دمشق.
93. فايد، حسين (1998): الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالبتها، المجلد 8، ع2، ص26-56 دراسات نفسية، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
94. فريد، يوسف علي، عبد الحميد، سهام علي (2008): الفروق في القلق والاكتئاب ومفهوم الذات بين الأصحاء والمرضى، دراسات تربوية واجتماعية، مصر، مج 14، ج4، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
95. قاسم، عابدة علي (1997): مدى فاعلية برنامج وإرشادي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال المصابين عقلياً، رسالة دكتوراه منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس.
96. القحطاني، محمد علي (2002): أثر بيئة العمل الداخلية على الولاء التنظيمي، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
97. القيزويني، محمد بن يزيد (ب.ت): سنن ابي داود، تحقيق محمد فؤاد عبد الباقي، دار الفكر، بيروت.
98. كفاي، علاء الدين (1989): معجم علم النفس والطب النفسي، الجزء الرابع، دار النهضة، القاهرة.
99. الكافوري، صبحي (1992): تعديل السلوك الإنساني لدى الأطفال باستخدام برنامج العلاج الجماعي باللعب، برنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا.
100. كحلة، ألفت (2009): العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي المرضى الاكتئاب، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة بنها، جمهورية مصر العربية.
101. كمال، علي (1994): العلاج النفسي قديماً وحديثاً، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.

102. ليهي، روبرت (2006): **العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية**، ترجمة: جمعة يوسف، محمد الصبرة، دار ايتراك، القاهرة.
103. مايكل، ارجايل (1993): **سيكولوجية السعادة**، ترجمة: فيصل عبد القادر يونس، المجلس الوطني للثقافة والعلوم - الكويت.
104. مبروك، عزة عبد الكريم (2002): **تقييم الذات وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى المسنين**، دراسات عربية في علم النفس، العدد2، مجلد 1، ص185-209، كلية التربية، جامعة عين شمس.
105. المحارب، ناصر (2000): **المرشد في العلاج الاستعراضي السلوكي**، دار الزهراء، الرياض.
106. محمد، محمد (2004): **مشكلات الصحة النفسية أمراضها وعلاجها**، ط1، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
107. المصري، مصطفى (2011): **دليل الممارسة لتقنيات العلاج المعرفي السلوكي**، برنامج الدبلوم العالي - العلاج النفسي، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
108. مصطفى، بسنت (2005): **فاعلية معالجة حل المشكلات لدى مرضى الفئة المصحوب وغير المصحوب بالاكتئاب**، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة بنها، مصر.
109. المطيلي، أحمد (1993): **العلاج النفسي لدى ابن قيم الجوزية**، أبحاث ندوة، علم النفس، المعهد العالمي للفكر الإسلامي، بالاشتراك مع الجمعية العربية للتربية الإسلامية، ص57-79.
110. المعاينة، عبد العزيز (2001): **المدخل إلى علم النفس**، دار الثقافة، عمان.
111. المعاينة، عبد العزيز، وآخرون (2002): **المدخل إلى علم النفس**، دار الثقافة و الدار العلمية الدولية، عمان، الأردن.
112. معمري، بشير (2000): **مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلبة الجامعة من الجنسين**، مجلة علم النفس، مجلة فصلية، تصدر عن الهيئة العامة للكتاب، 122-147.
113. معوض، محمد (1996): **أثر كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج النفسي الديني في تخفيض قلق المستقبل لدى عينة من طلاب الجامعة**، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة المنيا، مصر.
114. المغيرة، محمد بن إسماعيل (1987): **صحيح البخاري**، تحقيق عبد العزيز بن باز، دار الفكر، بيروت.

115. مكايي، صلاح فؤاد (1997): فاعلية برنامج العلاج بالمعنى في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه، قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة.
116. ملحم، سامي محمد (2001): الإرشاد والعلاج النفسي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
117. مليكة، لوبيس (1994): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
118. ---- (1990): العلاج السلوكي والتعديل السلوكي، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
119. المناوي، عبد الرؤوف (1937): فيض القدير، المكتبة التجارية الكبرى، القاهرة.
120. منصور، طلعت (2000): الاضطرابات النفسية، الديوان الأميري، مكتب الإنماء الاجتماعي، الكويت.
121. موسى، رشاد (1993): علم النفس الديني، دار عالم المعرفة، القاهرة.
122. ----- (1999): علم نفس الدعوة بين النظرية والتطبيق، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية.
123. النجمة، علاء (2008): فاعلية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
124. نحيس، أميرة طه (2007): أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالقلق والاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المعاقين عقلياً والعاديين، بالمملكة العربية السعودية، مجلة العلوم التربوية النفسية، مجلد 8، ع3، البحرين.
125. نجاتي، محمد عثمان (1989): القرآن وعلم النفس، ط41، دار الشروق، القاهرة.
126. نصر، فتحي (2009): فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.
127. النمر، أسعد (1995): سيكولوجية العدوان، الدار الجديدة للطباعة والنشر، الدمام، المملكة العربية السعودية.

المراجع الأجنبية:

128. Alexander young S., Ruth Kalp, sherbourne cathy D. and wells Kenneth B. (2001). The quality of care for Depressive and Anxiety Disorder in united states Arch Gen psychiatry, (58): pp 55-61.

129. Andrew, G, Garter, GI, (2001) what people say about their General practitioners treatment of Anxiety and depression, **medical Journal Australia**. (16): 175
130. Andrew, Gumley, Athansios, Karatizas, Kevin, power, James, Reilly, lisa, Acnay Margaret. (2006) Early intervention for relapse in schizophrenia: impact of cognitive behavioral therapy on negative beliefs about psychosis and self esteem **british Journal of clinical psychology**, vol 45, 2, 247- 260.
131. Beck, A (1991): **Temperament, Social skills and the communications of emotions A developmental interachoin view**, in D, Gelborti, commoly personality social skills and psychopathology. Anderw difference Approach new: plenum press.
132. Beck, A. et Al (1976): **Cognitive therapy and the Emotional Disorder**, international universities press. NewYork.
133. Beck, AT (1978) **Cognitive therapy of depression**, New York, the Guilford press.
134. Beker, Susan (2002). Screening for somatization and depression in saudi Arabia: A validation study of the PHQ in primary care, **the international Journal of psychirity in medicine**, (32), (3)
135. Brink, Petter, Stones, Michael (2007) The relationship between hearing disability and emergence of depression, **Gerontol logist** 47 (5) 633- 641.
136. Casacalenda N. perry Jc, looperk (2002) Remission in major depressive disorder A comparison of pharmco therapy, psychotherapy, and control conditions, **Am psychiatry**.
137. Daniel, R Strunk, R Robert DeRubeis, Jangela, Chiu, W Jennifer Alvarel, (2007). Patients competence and performance of cognitive therapy skills, **journal of counsulting and clinical psychology**. Vol 75, 4, 523- 530.
138. Dattilio, Frank and Freeman, arthue (2000): **cognitive – behavioral strategies in crisis intervention**, the Guilford, press NewYork.
139. Denis Lewrenal (1996): Enhacing Self- esteem in the classroom – second editions, povlchapman publishing.
140. **American psychiatric Assocation**(1994) Diagnostic and Statistical Manual for mental Disorders, 4th Washington D.C.

141. Dobson K., (1988): **Hand book of cognitive Behavioral therapies**, Guilford press, New York.
142. Dozois, David, (2009): Guidance of children with hearing disabilities are living with depression and cognitive therapy, **Journal of counseling and clinical psychology**, 77 (6), 1072- 1082.
143. Ellis, A (1987): **The Evolution of Rational Emotive Therapy and cognitive Behavior Therapy**, In J, K Zeig, the evolution of psychotherapy, New York, Berand Lmazed.
144. Eysenk, H (2000): cognitive therapy, **American psychologist**, 46- 368- 375.
145. Hiwel, C. Band, RJu, Achange, Minq, D. Chu, RU, K. Chov. (2006). The Evalcation of cognitive Behavioral Group therapy on patient Depression and self Esteem. **Archives of psychirtic Nursing**. Vol. 20, 1, 3- 11.
146. Kalamam N. Waugh, f.c. (1993) mental Health concept, Delmer center. Usa_ **American psychiatric Association** (1994)
147. Kendall, M. (1993) Clinical snapshop, chronic Renal Failure, **Journal sociology London** vol. 96,1
148. Kennard, Besty Clark (2009): Treatment of depression and the impact of cognitive Behavioral therapy uses, **Journal of counsulting and clinical psychology**, 22 (6), 1033- 1041.
149. Leqerstee, Jerons & Tulen, (2010) program of treatment in reducing cognitive behavioral disorders, **Journal of child psychology an psychiatry**, 5 (2) 162- 172.
150. Lop, Michael (2007): study of depression in deaf children and the ability to adapt behavioral, **Journal Artigle** , 12 (1) 1-7.
151. MCManus, Freada& Wait (2009): Following cognitive Behavioral Therapy to reduce depression and raise self esteem. **Cognitive behavioral practice** 10 (3), 266- 275.
152. Mehmet (2008). Efficacy of problem solving therapy for depression and suicide potential in adoles cents and young adults **journal of cognitive therapy and research**. Vol 32, 2, 227- 245.
153. Miles, Helen, Andrew K Macleod, Helen Potel (2004): Retrospective and prospective congictions in Adolescents: Anxiety depression and positive negative affect, **Journal of dolescence**, vol 27, pp 691- 701.

154. Olesovsky, Petra (2003). Meaning in life, and depression, A comparative study of the relation between them across the life span. **Dissertation Abstracts International**, vol. 64- 4m 472.
155. Patelis siatis and other (2001) Group cognitive Behavioral therapy for Bipolar Disorder: feasibility and effectiveness study **journal of affective disorder**.
156. Patricia Voilk, pol AC. Van lie, Alfons AM. Crinien, Anjac Hoizink (2007) Testing Sex – specific pathways from peer victimization to Anxiety and Depression in early Adolescent through a randomized intervention trial, **Journal of affective Disorders**, vol 100, pp 221- 226.
157. Philpotts, Ros Ramsay, Martiw Biscot, et al (2007): user and career in **put Royal college of psychiatrists** special committee of patients and cares.
158. Reham, D. (2003) **psychotherapies for Depression**. In Kenneth D. Craig Anxiety and depression in adults and children.
159. Show, (2000) R the Relationship of academic performance to depression and perceived home environment among gifted high students. Diss. Abs. inter. Section A: **Humanities social sciences**. 61 – 86.
160. Spencer, Susan, H (1991): **developments in the assessment of skills and social competes in children behavior change** vol. 8.
161. Steven, D, Beck, A (1995): **Hand Book of psychotherapy and Behavior change** Thonewaily, sons inc. New York.
162. Tatina, TI paul Montgomery, (2007) **cognitive behavioral therapy increase, self esteem among depressed adolescent** vol. 29, 7, 823- 839.
163. Trower, Peter, et. Al (1999): **cognitive behavioral counseling action**. SACE publication, London.
164. **University Michigan Gateway** (2006) U.M Hospital System department of Psychiatry.
165. Verte, Sylvie, Hebebrecht, (2006) Mental disorder in hearing impaired and compare Dissertation with depression, Abstracts International ., **Journal ARTicle** ,55 .
166. Vonerden, J.(1994): An assessment of the need for training to incorporate religious –spiritual values in Psychotherapy.**Dissertation Abstracts International** ,55, 3P. 1196, 3p

167. Wiley, J. (2002): The Effect of the psychology Depression on the wives who lost their Husbands Recently, **Journal of community and Applied social psychology** . vol. (11), No (1) pp 51- 56.
168. Wiley, J. (2004): The Effect of Religious orientation Disorder wiives who suffer from psycho Depression **International Journal of Geriatric psychiatry** vol. (19) No. (7), pp. 673- 684.
169. Wilson, A.etal. (1996): **Annual Review of Behavior therapy**, New York, Broner –Mazel.
170. Wood, Jettery, Sahot (2010): How effective is behavioral therapy Almerfy in reducing depression, **Journal of child psychology and pcyhiatry**, 50 (3), 224-234.
171. Yang, D. (2002) The relationship between school factors and depression middle school students. **Chinese Journal of clinical psychology**, 10 (1), 33- 35
- 172.** Young, J Beck, A (2002) cognitive therapy scale rating **manual university of Pennsylvania psychotherapy Research unit.**
173. Zarb, Janet (1992): **Cognitive behavioral Assessment and therapy with adolescent** Bruni ER/ mazel, publishers. New York.
174. Zarp, J.M. (2002): **cognitive Behavioral Assessment and therapy with children** New York: Brunner Maze.

الملاحق

ملحق رقم (1)

السيد الدكتور / / حفظه الله

تحية طيبة وبعد

الموضوع / التكرم بتحكيم أدوات الدراسة (مقياس بيك للاكتئاب النفسي)

يقوم الباحث / مهند محمد رفعت سليمان بعمل دراسة لنيل درجة الماجستير في الجامعة الإسلامية - قسم / الصحة النفسية المجتمعية ، وهذه الدراسة بعنوان (فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة) ولذا نرجو من سيادتكم الاطلاع على هذا المقياس وتحكيمه وتحديد مدى ملائمة عبارات المقياس، ووضوحه ومناسبته لما وضعت من أجله ، كما يرجوا الباحث من سيادتكم أن تقوموا بتعديل ما يلزم من خلال إضافة عبارات مناسبة وملائمة ، أو حذف أي عبارة ترونها غير مناسبة أو إعادة صياغة لبعض العبارات في المقياس من وجهة نظركم حسب ما ترونه مناسباً .

مع فائق احترامي وتقدير لجهودكم الكريمة

الباحث

مهند محمد رفعت سليمان

مقياس بيك لتقدير الاكتئاب

الحزن:

- 0 - لا أشعر بالحزن.
- 1- أشعر بالحزن والكآبة.
- 2- a * الحزن والانقباض يسيطران علي طوال الوقت ، وأعجز عن الفكك منهما.
- 2- b * أشعر بالحزن أو التعاسة لدرجة مؤلمة.
- 3- أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل.

التشاؤم من المستقبل:

- 0 - لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل.
- 1- أشعر بالتشاؤم من المستقبل.
- 2- a * لا يوجد ما أتطلع إليه في المستقبل.
- 2- b * لا أستطيع أبداً أن أتخلص من متاعبي.
- 3- أشعر باليأس من المستقبل ، وأن الأمور لن تتحسن.

الإحساس بالفشل:

- 0- لا أشعر بأني فاشل.
- 1- أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين.
- 2- a * أشعر أنني لم أحقق شيئاً له معنى أو أهمية.
- 2- b * عندما أنظر إلى حياتي في السابق أجدها مليئة بالفشل.
- 3- أشعر أنني شخص فاشل تماماً (أبا أو زوجاً).

السخط وعدم الرضا:

- 0 - لست ساخطاً.
- 1- أشعر بالملل أغلب الوقت.
- 2- a * لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل.
- 2- b * لم أعد أجد شيئاً يحقق لي المتعة (أو الرضا)
- 3- إنني غير راض وأشعر بالملل من أي شئ.

الإحساس بالندم أو الذنب:

- 0 - لا يصيبني إحساس خاص بالندم أو الذنب على شيء.
- 1- أشعر بأنني سيء أو تافه أغلب الوقت.
- 2-a* يصيبني إحساس شديد بالندم والذنب.
- 2-b* أشعر بأنني سيء وتافه أغلب الأوقات تقريباً.
- 3- أشعر بأنني سيء وتافه للغاية.

توقع العقاب:

- 0- لا أشعر بأن هناك عقاباً يحل بي.
- 1- أشعر بأن شيئاً سيئاً سيحدث أو سيحل بي.
- 2- أشعر بأن عقاباً يقع علي بالفعل.
- 3-a* أستحق أن أعاقب.
- 3-b* أشعر برغبة في العقاب.

كراهية النفس:

- 0- لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي.
- 1-a* يخيب أمني في نفسي.
- 1-b* لا أحب نفسي.
- 2- أشمئز من نفسي.
- 3- أكره نفسي.

إدانة الذات:

- 0- لا أشعر بأنني أسوأ من أي شخص آخر.
- 1- أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي.
- 2- ألوم نفسي لما أرتكب من أخطاء.
- 3- ألوم نفسي على كل ما يحدث.

وجود أفكار انتحارية:

- 0- لا تتابني أي أفكار للتخلص من نفسي.
- 1- تراودني أفكار للتخلص من حياتي ولكن لا أنفذها.

- 2- *a أفضل لي أن أموت.
- 2- *b أفضل لعائلتي أن أموت.
- 3- *a لدي خطط أكيدة للانتحار.
- 3- *b سأقتل نفسي في أي فرصة متاحة.

البكاء:

- 0- لا أبكي أكثر من المعتاد.
- 1- أبكي أكثر من المعتاد.
- 2- أبكي هذه الأيام طوال الوقت ولا أستطيع أن أتوقف عن ذلك.
- 3- كنت قادراً على البكاء ولكنني أعجز الآن عن البكاء حتى لو أردت ذلك.

الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي:

- 0- لست منزعجاً هذه الأيام عن أي وقت مضى.
- 1- أنزعج هذه الأيام بسهولة.
- 2- أشعر بالانزعاج والاستثارة دوماً.
- 2- لا تثيرني ولا تغضبني الآن حتى الأشياء التي كانت تسبب ذلك سابقاً.

الانسحاب الاجتماعي:

- 0- لم أفقد اهتمامي بالناس.
- 1- أنا الآن أقل اهتماماً بالآخرين عن السابق.
- 2- فقدت معظم اهتمامي وإحساسي بوجود الآخرين.
- 3- فقدت تماما اهتمامي بالآخرين.

التردد وعدم الحسم:

- 0- قدرتي على اتخاذ القرارات بنفس الكفاءة التي كانت عليها من قبل.
- 1- أؤجل اتخاذ القرارات أكثر من قبل.
- 2- أعاني من صعوبة واضحة في اتخاذ القرارات.
- 3- أعجز تماما عن اتخاذ أي قرار بالمرّة.

تغير صورة الجسم والشكل:

- 0- لا أشعر بأن شكلي أسوأ من قبل.
- 1- أشعر بالقلق من أنني أبدو أكبر سنًا وأقل جاذبية.
- 2- أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو منفراً (منفرة) وأقل جاذبية.
- 3- أشعر بأن شكلي قبيح (قبيحة) ومنفر (منفرة).

هبوط مستوى الكفاءة والعمل:

- 0- أعمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل.
- 1- a * أحتاج إلى مجهود خاص لكي أبدأ شيئاً.
- 1- b * لا أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل.
- 2- أدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء.
- 3- أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق.

اضطرابات النوم:

- 0- أنام جيداً كما تعودت.
- 1- أستيقظ مرهقاً في الصباح أكثر من قبل.
- 2- أستيقظ من 2-3 ساعات أبكر من ذي قبل، وأعجز عن استئناف نومي.
- 3- أستيقظ مبكراً جداً ولا أنام بعدها حتى إن أردت.

التعب والقابلية للإرهاق:

- 0- لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد.
- 1- أشعر بالتعب والإرهاق أسرع من ذي قبل.
- 2- أشعر بالتعب حتى لو لم أعمل شيئاً.
- 3- أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء.

فقدان الشهية:

- 0- شهيتي للطعام ليست أسوأ من قبل.
- 1- شهيتي ليست جيدة كالسابق.
- 2- شهيتي أسوأ بكثير من السابق.
- 3- لا أشعر برغبة في الأكل بالمرة.

تناقص الوزن:

- 0- وزني تقريباً ثابت.
- 1- فقدت أكثر من 3 كغ من وزني.
- 2- فقدت أكثر من 6 كغ من وزني.
- 3- فقدت أكثر من 10 كغ من وزني.

تأثر الطاقة الجنسية:

- 0- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتني الجنسية.
- 1- أصبحت أقل اهتماماً بالجنس من قبل.
- 2- قلت رغبتني الجنسية بشكل ملحوظ.
- 3- فقدت تماماً رغبتني الجنسية.

الانشغال على الصحة:

- 0- لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.
- 1- أصبحت مشغولاً على صحتي بسبب الأوجاع والأمراض، أو اضطرابات المعدة والإمساك.
- 2- أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.
- 3- أصبحت مشغولاً تماماً بأموري الصحية.

ملحق رقم (2)

أعضاء لجنة تحكيم مقياس بيك للاكتئاب النفسي

العضو	الكلية	مكان العمل
أ.د. سمير قوتة	كلية التربية - علم النفس	الجامعة الإسلامية
أ.د. فضل أبو هين	كلية التربية - علم النفس	جامعة الأقصى
د. مصطفى المصري	طبيب نفسي استشاري	منظمة الصحة العالمية
د. عايدة صالح	كلية التربية - علم النفس	جامعة الأقصى
د. أنور العبادسة	كلية التربية - علم النفس	الجامعة الإسلامية

ملحق رقم (3)

أعضاء لجنة تحكيم البرنامج الإرشادي

العضو	الكلية	مكان العمل
د. مصطفى المصري	طبيب نفسي استشاري	منظمة الصحة العالمية
د. أنور البنا	التربية - علم النفس	جامعة الأقصى
د. أنور العبادسة	التربية - علم النفس	الجامعة الإسلامية
د. عايدة صالح	التربية - علم النفس	جامعة الأقصى

ملحق رقم (4)

السيد الدكتور / / حفظه الله

تحية طيبة وبعد

الموضوع / التكرم بتحكيم أدوات الدراسة (البرنامج العلاجي)

يقوم الباحث/ مهند محمد رفعت سليمان بعمل دراسة لنيل درجة الماجستير في الجامعة الإسلامية - قسم / الصحة النفسية المجتمعية ، وهذه الدراسة بعنوان (فاعلية برنامج معرفي سلوكي للتخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية بمحافظة شمال غزة) ولذا نرجو من سيادتكم الاطلاع على هذا البرنامج وتحكيمه وتحديد مدى ملائمة جلسات البرنامج ووضوحها ومناسبتها لما وضعت من أجله ، كما نرجوا من سيادتكم أن تقوموا بتعديل ما يلزم من خلال إضافة جلسات مناسبة وملائمة ، أو حذف أي جلسه ترونها غير مناسبة أو إعادة صياغة لبعض الجلسات في البرنامج من وجهة نظركم حسب ما ترونه مناسباً .

مع فائق احترامي وتقدير لجهودكم الكريمة

الباحث

مهند محمد رفعت سليمان

برنامج معرفي سلوكي لخفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من المرضى المترددين على العيادة النفسية (14 جلسة).

الجلسة الأولى: (عنوان الجلسة): استقبال وتعارف

أهداف الجلسة:

- 1) إقامة علاقة بين الباحث والمشاركين
- 2) تعريف المرضى بالبرنامج وتقديم معلومات حوله
- 3) تزويد المرضى بعدد الجلسات ومواعيدها والالتزام بذلك من خلال المواظبة والحضور والالتزام بأداء الواجبات.

4) تشجيع أفراد العينة العلاجية على طرح الأسئلة التي تدور في أذهانهم

5) الاتفاق على قوانين الجلسات.

المدة الزمنية للجلسة: يستغرق النشاط في الجلسة لمدة زمنية تتراوح (60) دقيقة

- الفنيات المستخدمة : فنية التعارف بالشبكة العنكبوتية.

- فنيات الاسترخاء مع الموسيقى الهادئة.

- التحدث عن الذات.

- النقاش الجماعي .

- التعبير الحر

الخطوات الإجرائية المتبعة للجلسة:-

-في البداية قام الباحث بالترحيب بالمشاركين، وقام بالتعريف عن نفسه، ويترك المجال للمشاركين للتعارف والتعريف بأنفسهم.

- قام الباحث بإعطاء فكرة عن البرنامج العلاجي، و ما يحتويه من جلسات وآليات للعمل بداخله، والأنشطة التي سوف يستخدمها.

-قام الباحث مع المشاركين بمناقشة مواعيد وعدد الجلسات وكذلك قوانين العمل الجماعي.

- قام الباحث بالإجابة على جميع تساؤلات المشاركين.

-تقويم الجلسة من خلال سؤال أفراد المجموعة عن الجلسة

الجلسة الثانية: البناء التفاعلي للنموذج المعرفي السلوكي

أهداف الجلسة:

1) أن تكون المجموعة قادرة على الاستجابة والتعاون في عملية الفحص النفسي .

2) تحديد التغيرات المصاحبة للأعراض والمشاعر والوعي بها.

الفترة الزمنية للجلسة: يستغرق النشاط في الجلسة لمدة زمنية تتراوح (60) دقيقة
الغنيات المستخدمة:

الحوار والنقاش، العصف الذهني، التغذية الراجعة
الخطوات الإجرائية:-

- رحب الباحث بأفراد المجموعة، ويشكرهم على الحضور، ويؤكد الباحث على سرية المعلومات.
- قام الباحث بالتعرف إلى وجهة نظر المرضى تجاه اضطراب الاكتئاب وتصوراتهم للعلاج.
- قام الباحث بإكسابهم التقبل وتفهمهم لطبيعة مرضهم بشكل بسيط ومتدرج .ومساعدتهم على تحدى الأفكار الانهزامية.
- قام الباحث بتشجيع المرضى على التحدث عن مشاكلهم وشكواهم مع ضرورة التحدث بهدوء وبعبارة واضحة.
- الإعراب للمرضى عن نية الباحث مساعدتهم على حل مشاكلهم، وأن البرنامج يهدف إلى التغلب على الاضطرابات الانفعالية.
- قام الباحث بشرح النموذج المعرفي السلوكي للاكتئاب لدى المرضى .
- قام الباحث بشكر أفراد المجموعة على الاستماع وبختم الجلسة.
- قام الباحث بالسؤال عن الجلسة ومدى استفادتهم منها

الجلسة الثالثة: التثقيف النفسي

أهداف الجلسة:-

- 1) تعريف المرضى إلى طبيعة الاكتئاب وأنواعه وأسبابه وأعراضه
 - 2) تعريف المرضى بالآثار النفسية المصاحبة من جراء هذا الاضطراب.
 - 3) تعريف المرضى بالعلاج المعرفي السلوكي.
- المدة الزمنية للجلسة: يستغرق النشاط في الجلسة مدة زمنية تتراوح (60) دقيقة
الغنيات المستخدمة: المحاضرة المبسطة - المناقشة والحوار - الواجب المنزلي
الخطوات الإجرائية للجلسة:-

- قام الباحث بالترحيب بأعضاء المجموعة، ويشكرهم على الحضور للجلسة، ويقوم بسؤالهم عما حدث معهم في الجلسة السابقة.
- قام الباحث بتوضيح مفهوم الاكتئاب، أعراضه، وأسباب نشوئه.
- قام الباحث بتعريف المرضى عن الآثار الناتجة للاكتئاب وما يسببه من ضرر عليهم والكشف عن التفكير المختل وظيفيا بالاكتئاب.

قام الباحث بإشراك المجموعة بإعطاء أمثله واقعية من خلال مواقف الحياة، ووصف ردود أفعالهم ومشاعرهم.

قام الباحث بشرح وتعريف أعضاء المجموعة على العلاج المعرفي السلوكي وتقنياته في التعامل مع اضطراب الاكتئاب.

- قام الباحث بتلخيص الجلسة وما حدث فيها.

- قام الباحث بإعطاء المجموعة واجب منزلي وهو مراجعة الذات.

- قام الباحث بشكر أعضاء المجموعة مرة أخرى على الحضور.

الجلسة الرابعة: التشوهات المعرفية

أهداف الجلسة:

- مناقشة الواجب المنزلي

- فحص الأفكار الألية والتأكد من فهم أفراد المجموعة للنموذج.

- توضيح العلاقة الوطيدة بين تفكير المريض واضطرابه.

- تحديد التشوهات المعرفية المتضمنة في الأفكار.

- تدريب المرضى على استخدام سجل لأفكار.

المدة الزمنية للجلسة: يستغرق النشاط في الجلسة لمدة زمنية تتراوح 60 دقيقة

الغيات المستخدمة:- الحوار والنقاش - استخدام سجل الأفكار - الواجب المنزلي

الخطوات الإجرائية للجلسة:-

- قام الباحث بالترحيب بأعضاء المجموعة ويشكرهم على الحضور.

- قام الباحث بمراجعة الواجب المنزلي مع أعضاء المجموعة ومناقشة هذا الواجب، ويسأل الباحث أعضاء المجموعة الأسئلة التالية.

ما هي المواقف التي يشعرون فيها بالاكتئاب

ما هي لأشياء التي يقف هذا الاضطراب دون تحقيقها.

يسمع الباحث إلى الاجابات ثم يشرح الباحث ما يسببه الاكتئاب من ضيق يحول دون تحقيق

أهدافهم وطموحهم، ويشعرهم بالعجز وفقدان الثقة بالنفس.

يقوم الباحث بتدريب أعضاء المجموعة على نموذج سجل الأفكار ويكون كالتالي:

الموقف	الانفعال	الأفكار التلقائية	السلوك	الفعل الفسيولوجي
لا أقوم بفعل أي شيء منتج	الارهاق الاحباط الوحدة	لا أملك الطاقة لأغادر المنزل لا أملك الرغبة لفعل شيء	العزلة الاجتماعية عدم الخروج من المنزل النوم الكثير	الخنقة الصداع

*قام الباحث بربط هذا الموقف بالأفكار التلقائية وكيف هذه الأفكار تؤثر على الانفعال ويعمل على تكوين هذا الاضطراب.

*قام الباحث بإشراك أعضاء المجموعة بإعطاء أمثلة من واقعهم وتسجيله على نموذج الأفكار.
*قام الباحث بإعطاء واجب منزلي وهو تعبئة نموذج سجل الأفكار والهدف منه ربط تفكير المريض باضطرابه

*قام الباحث بتلخيص ما دار في الجلسة ويشكر أفراد المجموعة على الحضور

الجلسة الخامسة: الأفكار السلبية واحلال الافكار الايجابية محلها أهداف الجلسة:

مراجعة الواجب المنزلي

-تدريب المرضى على استخدام الحوار السقراطي

-التدريب على الأسئلة السقراطية

-تعليم المرضى تفنيد المعتقدات السلبية

المدة الزمنية للجلسة:

يستغرق النشاط في الجلسة لفترة زمنية تتراوح (60) دقيقة

الغيات المستخدمة:

الحوار والنقاش - سجل الأفكار -الواجب المنزلي-التعزيز

الخطوات الاجرائية للجلسة

*قام الباحث بالترحيب بأعضاء المجموعة ويشكرهم على الحضور.

*قام الباحث بمراجعة الواجب المنزلي مع أعضاء المجموعة مع تقديم الشكر والتشجيع لما بذلوه من جهد ، كما قام الباحث بتصحيح أي خطأ في فهم النموذج ويعيد التوضيح مرة أخرى.

يستخدم الباحث الأسلوب السقراطي (الاكتشاف الموجه) وهو القيام بطرح أسئلة تسمح بالتعمق أكثر في المعتقدات السلبية .

*قام الباحث بطرح مثال (عندما ما أقوم بفعل شيء معين ، أشعر أنني عديم القيمة) .

يوجه الباحث سؤال ما مدى اعتقادك لهذه الفكرة التي جالت في خاطرك وقيمها على سلم من (5-100%).

ما هو دليلك على صحة هذه الفكرة وما هو الدليل المعارض لهذه الفكرة يقوم الباحث بتوجيه سؤال هل قمت بأي عمل آخر مشابه وشعرت بالنجاح وكان لك قيمة وأعطينا الأدلة المؤيدة لها وبذلك

قام الباحث بتعزيز الأفكار الايجابية من خلال شكر الباحث لافراد المجموعة على الالتزام بتطبيق ما يطلب منهم .

*قام الباحث بإعطاء واجب منزلي.

وهو أن يطبق كل عضو من أعضاء المجموعة طريقة الحوار السقراطي وطرح الأسئلة الأساسية التالية :

ما هي الأدلة على ما تعتقد ؟

كيف يمكن تفسير الوضعية؟

إذا كان ذلك صحيحاً ماذا يعنى بالنسبة لك

وبذلك يستطيع أفراد المجموعة تعلم تنفيذ الأفكار السلبية

يلخص الباحث ما دار في الجلسة ويشكر أفراد المجموعة على الحضور.

الجلسة السادسة: طرق الانتباه

-مراجعة الأهداف الواجب المنزلي.

-تدريب المرضى على التركيز على شيء معين.

-تدريب المرضى على الوعي الحسي.

المدة الزمنية للجلسة

يستغرق النشاط في الجلسة لفترة زمنية تتراوح (60) دقيقة.

الفنيات المستخدمة

الحوار والمناقشة، العصف الذهني، الحديث مع الذات

الخطوات الاجرائية للجلسة

*الترحيب بأعضاء المجموعة والثناء عليهم لحضورهم الجلسات والاطمئنان عليهم في سؤالهم عما حدث معهم في الأسبوع الماضي .

*قام الباحث بمراجعة الواجب المنزلي مع أعضاء المجموعة وشكرهم على ما بذلوه من جهد في تنفيذ الواجبات.

*وضح الباحث لأفراد المجموعة أن الاكتئاب يرتبط بتركيز الانتباه على الذات حيث يزداد الاكتئاب عندما يستخدم الشخص معلوماته الداخلية في تكوين استنتاجات سلبية عن كيفية ظهوره أمام الآخرين.

وطبقاً لهذا النموذج فإن الفرد يعتقد أن الآخرين يقيمونه بطريقة سلبية.

*فتح الباحث المجال للنقاش حول هذه الفكرة بحيث ينتبه الجميع إلى دور الانشغال بتقييم الذات.

واعتماداً على ما سبق يرشد الباحث افراد المجموعة إلى خفض الانتباه على الذات وتوجيهه إلى الخارج مما يسمح بالحصول على تغذية راجعة خارجية أكثر موضوعياً.
*قام الباحث بتلخيص ما دار في الجلسة، وشكر افراد المجموعة على الحضور.

الجلسة السابعة: التعبير الحر عن الرأي

أهداف الجلسة

- تدريب المرضى على اظهار المشاعر الحقيقية.
- تدريب المرضى على النقد الذاتي البناء.
- تدريب المرضى على اظهار المعارضة في المواقف التي تحتاج ذلك.

الفترة الزمنية للجلسة

يستغرق النشاط في الجلسة لفترة زمنية تتراوح (60)دقيقة

الفنيات المستخدمة:

الحوار والنقاش- التجارب السلوكية - الواجب المنزلي- التعزيز المعنوي

الخطوات الاجرائية:

- رحب الباحث بأعضاء المجموعة ويشكرهم على الحضور .
- قام الباحث بشرح التكنيك (وهو السلوك التوكيدي) ويعنى دفاعك عن حقوقك الشخصية وتعبيرك عن أفكارك ومشاعرك ومعتقداتك بطريقة واضحة لا تتعدى عن حقوق الآخرين.
- 1-قام الباحث بتدريب المرضى على اسلوك التوكيدي من خلال التعبير عن المشاعر بغض النظر كانت تلك ايجابية تبعث على السعادة أو سلبية غاضبة يكون فيها احباط وعدم رضا ، وأن تكون أنت الحكم على مشاعرك.
- 2-لو قمت بالاعتداء على حقوقك فإنك من حقك أن تعطى رداً سلبيا حتى يدرك الطرف الآخر أنه لا بد أن يحترم حقوقك ومن حقك أن تعترض على معاملة غير عادلة.
- 3-من حقك أن تتعامل مع النقد بدون افتراض أنه دائما حقيقة.
- سيقوم الباحث بإعطاء مواقف داخل الجلسة تحتاج إلى توكيد وتقييمها على مقياس من (8 - 10) ومن هذه المواقف أن أرفض طلباً لشخص أكثر سلطة مني.
- الاختلاف مع الآخرين وابداء رأي مختلف.
- قام الباحث بفتح المجال للمشاركين بالمناقشة وطرح الأسئلة.
- قام الباحث بإعطاء واجب منزلي وهو القيام بموقف معين وتأكيد لذاته .
- لخص الباحث ما دار في الجلسة ويشكر المجموعة على الحضور.

الجلسة الثامنة: اساليب لفظية

أهداف الجلسة

مناقشة الواجب المنزلي

-تدريب المرضى على تأكيد ذواتهم

-تدريب المرضى على التعبير على انفعالاتهم بطريقة تلقائية

الفترة الزمنية للجلسة

يستغرق النشاط في الجلسة لمدة زمنية تتراوح من 50-60دقيقة

الفنيات المستخدمة:

الحوار والمناقشة- التجربة السلوكية -العصف الذهني-التعزيز

الخطوات الاجرائية للجلسة

-رحب الباحث بأعضاء المجموعة ويقوم بسؤالهم عن حالهم وسؤالهم عما مضى في الأسبوع السابق

-قام الباحث بمراجعة الواجب المنزلي ويقدم لهم الشكر والثناء لما بذلوه من جهد في القيام بحل الواجب ويقوم بمناقشته معهم.

-قام الباحث بعمل مقارنة بين السلوك التوكيدي والسلوك السلبي.

بعد ذلك قام الباحث بفتح باب المناقشة وطرح الأسئلة والتعقيب على ما يقولونه.

-قام الباحث بإعطاء واجب بيتي وهو أن يقارن المرضى بين السلوكيات اللفظية السلبية والأساليب التوكيدية ومقارنتها ببعضها.

-قام الباحث بإعطاء تلخيص عن ما دار في الجلسة وأخذ تغذية راجعة من المجموعة ويشكرهم على الحضور.

الجلسة التاسعة: الاسطوانة المشروخة

أهداف الجلسة

- مناقشة الواجب المنزلي.
 - التدريب على ضبط النفس.
 - تدريب المرضى على استخدام تكتيك الاحساس الهادئ في حالات المناقشات غير الهادئة.
- الفترة الزمنية للجلسة:

يستغرق النشاط في الجلسة لفترة زمنية تتراوح (60) دقيقة
الفنيات المستخدمة :

الحوار والمناقشة - التجربة السلوكية - الواجب البيئي - التعزيز الخطوات الاجرائية للجلسة:

-قام الباحث بالترحيب بإعطاء المجموعة ويقوم بالثناء عليهم.
قام الباحث بمراجعة الواجب المنزلي مع اعضاء المجموعة ويشكرهم على ما بذلوه من جهد لتقديم هذا الواجب.

-قام الباحث بشرح التكتيك لأعضاء المجموعة.

-قام الباحث بتطبيق التكتيك مع اعضاء المجموعة.

وهو التدريب على قول (لا) بصوت هادئ بدون ذكر السبب الأصلي للرفض وكررها حتى يسمعها الشخص الذى امامك و متأكداً أن طريقة كلامك يجب أن تكون حازمة - هادئة ، ومسترخية وأن تقول (لا) .

-قام الباحث بتلخيص ما دار في الجلسة وأخذ تغذية راجعة من المجموعة ويقوم الباحث بإنهاء الجلسة.

قام الباحث بإعطاء واجب بيئي

الجلسة العاشرة: التساؤل السلبي

أهداف الجلسة:

مناقشة الواجب المنزلي

-تدريب على الاستجابة لانتقاد الاخرين.

-تدريب المرضى على ابداء الاستعداد للتغيير.

المدة الزمنية للجلسة: يستغرق النشاط في الجلسة لفترة زمنية تتراوح (60)دقيقة

الفنيات المستخدمة

المحاضرة المبسطة - التجربة السلوكية - الواجب البيتي-التعزيز

الخطوات الاجرائية للجلسة

- قام الباحث بالترحيب بأعضاء المجموعة ويثى عليهم لصبرهم على هذه الجلسات
- قام الباحث بسؤالهم عما حدث معهم في الأسبوع الماضي.
- قام الباحث بمناقشة الواجب البيتي مع اعضاء المجموعة ويشكرهم على الجهد المبذول للقيام بهذا الواجب.

-قام الباحث بشرح التكنيك لأعضاء المجموعة.

-قام الباحث بتطبيق التكنيك مع أعضاء المجموعة.

مثال عندما ينتقدك أحد الأشخاص فإننا سنتعامل مع النقد

نطلب من الشخص الاخر أن يكون أكثر تحديداً ماذا تقصد ؟ ماذا تريد بالتحديد من كلامك ؟
في الخطوات التالية: أن تعيد ما سمعته بكلماتك أنت هل تقصد أنك تريد قول كذا، وسيرى
الشخص الاخر أنك قد فهمته وسمعت ما يقال .

في تلك النقطة لا بد أن نأخذ دقيقة حتى نراجع النقد وترى إن كان صائباً أم لا .

نراجع المشاعر تجاه النقد حتى يتسنى لك أن تشاركها مع الشخص الآخر

قام الباحث بفتح باب المناقشة وطرح الأسئلة وأخذ تغذية راجعه من المجموعة

-قام الباحث بإعطاء واجب بيتي (عبارة عن مواقف ناقدة ويطلب من أعضاء المجموعة التعامل معها).

- قام الباحث بعمل تلخيص للجلسة، ويشكر الجميع على الحضور.

الجلسة الحادية عشر:

-التدريب على عدم اصدار الأحكام على الآخرين.

أهداف الجلسة:

مناقشة الواجب البيتي

-تعليم المرضى على وصف التجربة دون اصدار الأحكام.

-تدريب المرضى على وصف بمن أرادوا من أوصاف دون أن يطلق عليها شيء قيمي.

المدة الزمنية للجلسة

يستغرق النشاط في الجلسة لمدة زمنية تتراوح (60) دقيقة

الفنيات المستخدمة:

الحوار والمناقشة- التجربة السلوكية- العصف الذهني -الحديث مع الذات-التعزيز الخطوات الاجرائية

- قام الباحث بالترحيب بأعضاء المجموعة ويشكرهم على مواصلة الحضور.
- قام الباحث بسؤالهم عما حدث معهم في الأسبوع الماضي.
- قام الباحث بمناقشة الوجب البيتي مع اعضاء المجموعة ويشكرهم على ما بذلوه من جهد لعمل هذا الوجب .
- قام الباحث بشرح التكنيك لأعضاء المجموعة.
- قام الباحث بتطبيق التكنيك مع أعضاء المجموعة.
- (وهو أخذ موقف من المواقف التي تحدث مع أعضاء المجموعة ووصفه).
- قام الباحث بإعطاء واجب بيتي لأعضاء المجموعة.
- قام الباحث بتلخيص ما دار في الجلسة ويشكر المجموعة على الحضور.

الجلسة الثانية عشر: لعب الأدوار

أهداف الجلسة:

مناقشة الواجب البيتي

- تدريب المرضى على زيادة قدراتهم على مواجهة الاحباط.
- تدريب المرضى على التحكم بالغضب وتجنب الاندفاعات.
- المدة الزمنية للجلسة
- يستغرق النشاط في الجلسة لفترة زمنية تتراوح من 50 - 60 دقيقة
- الفنيات المستخدمة:

التجربة السلوكية -المناقشة والحوار- التمثيل المسرحي

الخطوات الاجرائية:

- رحب الباحث بأعضاء المجموعة ويشكرهم على التواصل مع الباحث لحضور الجلسات.
- قام الباحث بسؤالهم عما حدث معهم ويسألهم على التقدم الذي أحرزوه حتى الان وذلك للاطمئنان على سير البرنامج.
- قام الباحث بمناقشة الواجب البيتي مع اعضاء المجموعة.
- قام الباحث بشرح التكنيك لأعضاء المجموعة.

- قام الباحث بتطبيق التكنيك مع اعضاء المجموعة، وهو قيام افراد المجموعة بلعب دور المعالج والمرضى ، وتمثيلهم للمشكلة التي يتعرضون لها ، حتى يعرفوا اثارها عليهم، ومن خلال هذا التمثيل يقوموا بعملية تفريغ نفسي الموجود بداخلهم.
- قام الباحث بفتح باب المناقشة والحوار مع اعضاء المجموعة لما حدث معهم.
- قام الباحث بتلخيص ما دار في الجلسة ويشكرهم على الحضور.

الجلسة الثالثة عشر: الوقاية من الانتكاسة

أهداف الجلسة:

- أن تكون المجموعة قادرة على فهم أسباب استمرار الأعراض، والعوامل التي ساعدت على التخلص منها
- أن تكون المجموعة قادرة على وضع خطة للتعامل مع عودة الأفكار.

المدة الزمنية للجلسة

يستغرق النشاط في الجلسة لفترة زمنية تتراوح من 50 دقيقة الي 60 دقيقة

الفيئات المستخدمة

التثقيف النفسي - المناقشة والحوار - العصف الذهني -التفريغ الانفعالي

الخطوات الاجرائية

- رحب الباحث بأعضاء المجموعة ويشكرهم على التواصل والحضور للجلسات.
- قام الباحث بسؤال أعضاء المجموعة عما حدث معهم في الأسبوع الماضي.
- قام الباحث بعمل تثقيف نفسي لأعضاء المجموعة عن كيفية التعامل مع أعراض الاكتئاب وإذا رجعت مرة اخرى.
- قام الباحث باسترجاع المهارات التي تم تنفيذها في الجلسات لاستخدامها مرة أخرى إذا عادت اعراض الاكتئاب معهم.
- قام الباحث بأخبار أعضاء المجموعة بأننا أوشكنا على الانتهاء من البرنامج.
- قام الباحث بإنهاء الجلسة.

الجلسة الرابعة عشر: التقييم الختامي

أهداف الجلسة

- التعرف إلى آراء المرضى في الجلسات ومدى استفادتهم منها.
- تطبيق مقياس بيك للاكتئاب

المدة الزمنية للجلسة: يستغرق النشاط في الجلسة لمدة زمنية تتراوح من 50 - 60 دقيقة
الفنيات المستخدمة:

مقياس بيك - الحوار والمناقشة

الخطوات الاجرائية للجلسة:

- الترحيب بأعضاء المجموعة وسؤالهم عن أحوالهم.
- قام الباحث بمناقشة أعضاء المجموعة عن البرنامج ومدى استفادتهم منه.
- قام الباحث بتطبيق اختبار (بيك) للاكتئاب على أفراد المجموعة.
- قام الباحث بأخبار أفراد المجموعة بأن هناك جلسة بعد شهر من انتهاء البرنامج وذلك للاطمئنان عليهم.
- قام الباحث بشكر أعضاء المجموعة على الحضور.
- قام الباحث بتوزيع الهدايا على الأعضاء.

