اختبار فعالية برنامج انتقائي متعدد الأبعاد-نموذج أرنولد لازاروس- لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة (دراسة حالة)

الأستاذ الدكتور : نور الدين جبالي جامعة باتنة، الجزائر

الاستاذة: وردة يحياوي، جامعة بسكرة، الجزائر

الملخص:

العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد مقاربة في العلاج النفسي، طورت من طرف (أرنولد لازاروس) كرد فعل على القيود التي يفرضها العلاج السلوكي التقليدي، ويعتبر من الأساليب العميقة في علاج اضطرابات الشخصية حيث أنه يتناول الجوانب السبعة للشخصية ممثلة في الصيغة (BASIC ID)، يسعى هذا الأسلوب إلى علاج الخلل في وظائف الشخصية السبعة، من خلال تشخيص الاضطراب في كل جانب على حدة ثم التخطيط للتدخل العلاجي عن طريق الانتقائية التقنية، وهي الاستعانة بالتقنيات العلاجية لمختلف التوجهات النظرية مع عدم ضرورة الانتماء إليها، أو الالتزام بمبادئها لأن الهدف الأول لهذا العلاج هو مساعدة العميل على تجاوز آلامه النفسية وتغليب مصلحته على أية اعتبارات نظرية.

Abstract:

The Multimodal therapy approach in psychotherapy developed by **Arnold Lazarus** as a reaction to constraints imposed by the traditional behavioral therapy and its was considered as a profound method in the treatment of personality disorders, where it deals essentially with the seven aspects of character represented in the formula BASIC ID .This method trying to treat the defect in the seven personal functions ; By diagnosing disorders in each side separately and then planning for therapeutic intervention through selective technique using various of trends techniques, without belonging necessarily to its principles, because the first objective of this method is to assist the patient to overcome his psychological pains by giving priority to his interests first.

مقدمة:

إن فكرة تكامل وتفاعل وظائف الشخصية ليست بالفكرة الحديثة، غير أن التطبيق الفعلي لهذه الفكرة لم يظهر إلا في بعض النظريات العلاجية كالعلاج المعرفي الانفعالي والعلاج المعرفي السلوكي، وحتى هذه النظريات لم تصل إلى أبعد من هذا الحد، غير أن الجديد الذي أتى به (أرنولد لازاروس) هو تجزئة الشخصية إلى سبعة أبعاد اختصرها في الصيغة BASIC ID، إن ما يميز أسلوب (لازاروس) عن بقية الأساليب هو في نظرته الشمولية للشخصية حيث يتم تحليل المشكلات النفسية إلى سبع أبعاد أساسية تتفاعل مع بعضها والتي تتمثل في الصيغة BASIC ID وهي السلوك، الوجدان، الإحساس، التخيل، المعرفة، العلاقات البينشخصية و الجانب العضوي و يركز العلاج بعد ذلك على المشكلات المميزة لكل بعد من هذه الأبعاد[1].

وطريقته المميزة في اختيار أدوات التدخل العلاجي أو ما أطلق عليه لازاروس اسم الانتقائية التقنية *Technical Eclecticism*، كل هذا بهدف تغليب مصلحة المتعالج عن الانتماءات النظرية للمعالج، سعى لازاروس من خلال نظريته إلى تكييف العلاج للمريض وليس العكس كما حاول الابتعاد عن التعصب لنظرية أو لتقنية من تقنيات العلاج النفسي مادامت أثبتت فعاليتها في ميدان العلاج النفسي، فلقد امن انه على المعالج استخدام أية تقنية من تقنيات العلاج النفسي المعروفة من اجل مساعدة الفرد على تجاوز معاناته النفسية.

لاسيما في الآونة الأخيرة حيث تزايدت الحروب والأزمات السياسية والاقتصادية والكوارث الطبيعية وأصبح الفرد مطالبا بلحاق الركب الحضاري المتسارع الذي أدى إلى التأثير على الجانب النفسي للفرد. ويعد الاكتئاب من بين أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا وفقا لأخر إحصاءات منظمة الصحة العالمية، كما أن اثنين من أصل ثلاثة مصابين هن من الإناث و أشارت المنظمة إلى ضرورة التكفل بهذه الفئة لاسيما المراهقين منهم لما لهذه المرحلة الحرجة من حياة الإنسان من أهمية بالغة على بقية مساره، إذ تعتبر فترة تصحيحية يمكن التدخل المبكر فيها

من تجنب العديد من الاضطرابات النفسية والعقلية الأخرى، وفي سبيل هذا هدفت الدراسة الحالية إلى اقتراح برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج المراهقة المتمدرسة المصابة بالاكتئاب.

أولا:الجانب النظري:

1-1 **تعريف العلاج متعدد الأبعاد** : Multimodal Behavior therapy

يعرف روزنهان وسيلجمان (*Rosenhan et Seligman*) هذا النوع من العلاج بالنموذج العلاجي المتعدد، وتتركز مهمة المعالج في هذا النوع من العلاج في تحليل الاضطراب إلى سبع مستويات(BASIC ID)، ثم اختيار التقنيات الملائمة لكل مستوى، مع ضرورة الاتصاف بمرونة التفكير وسعة الأفق في انتقاء التقنيات الملائمة للعلاج، وتركيز الاهتمام على التخفيف من معاناة العميل في أسرع وقت ممكن دون التعصب لوجهة نظر معينة[2].

2. **الأسس النظرية للعلاج متعدد الأبعاد:**

1.2**نظرية التعلم الاجتماعي**: حيث تستند هذه النظرية إلى مسلمة أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم وتفاعلات العالم والآخرين به واستجابتهم له ومن خلال هذه التفاعلات يتعلم، وبالتالي يكتسب الإنسان مختلف أنواع السلوك السوي منه وغير السوي.

2.2 **الانتقائية التقنية**: و يضم الاتجاه الانتقائي العديد من النظريات التي تشكل في مجملها المدرسة والاتجاه الانتقائي كنظرية ثورن الاختيارية، ونظرية لازاروس متعددة الأبعاد ونظرية هارت في العلاج الانتقائي الوظيفي، حيث تشترك هذه النظريات وغيرها من النماذج الأخرى في مجموعة من المبادئ الرئيسية التي تربط بينها، وتتضمن الانتقائية التقنية استخدام العديد من التقنيات المستمدة من التوجهات النظرية المختلفة في علم النفس، مع عدم ضرورة الانتماء لها [3].

3.2 الشخصية من وجهة نظر العلاج متعدد الأبعاد: شخصية الفرد عبارة عن بناء متكامل ومتفاعل الجوانب تتكون من سبع جوانب هي السلوك الوجدان،

الإحساس، التخيل المعرفة، الجانب الاجتماعي والجانب العضوي البيولوجي. ممثلة في الصيغة (BASIC ID) [4].

4.2 تفسير الاضطراب من وجهة نظر متعددة الأبعاد:الاضطراب النفسي إما أن يكون اضطراب في احد الجوانب السبعة للشخصية وانعكس على بقية الجوانب أو انه عبارة عن اضطراب في طريقة التفاعل بين الجوانب السبعة للشخصية،حيث عندما تفقد هذه الأجزاء التكامل والتفاعل فيما بينها [5].

5.2 **مبادئ العلاج متعدد الأبعاد**:

- ✓ إن البشر يتفاعلون ويسلكون من خلال الوظائف السبعة للشخصية.
- ✓ هذه الوظائف هي مترابطة ومتداخلة فيما بينها ويمكن اعتبارها نظام تفاعلي موحد.
- ✓ التقييم الدقيق والجيد والمنظم يساعد في تشخيص المشكلة وأثرها على شخصية الفرد بشكل شمولي كلي [6].

6.2 **التشخيص والعلاج متعدد الأبعاد**

التشخيص: تشخيص الاضطراب يعتمد على تحديد المشكل الذي يعاني منه كل جانب من الجوانب السبعة على حدة، ويتم ذلك من خلال التحليل الوظيفي لمشكلات المريض باستخدام شبكة التحليل الوظيفي BASIC ID، إن الإجابة عن الأسئلة أي الطرق تصلح؟ و لمن؟ وتحت أية ظروف معينة؟ غالبا ما تقتضي تقييما شاملا في بداية العلاج النفسي لجميع الأنماط السبعة للشخصية، عندها يمكن انتقاء الأدوات المناسبة للعمل، و التقييم يعتبر عملية مستمرة طوال فترة العلاج [7].

أ- العلاج:يتم من خلال انتقاء انسب التقنيات لعلاج المشكلات التي يعاني منها المريض او ما يسمى بالانتقائية التقنية.

العلاقة العلاجية: العلاقة العلاجية هي التربة التي من خلالها تستطيع التقنيات المنتقات من أداء دورها بالشكل المناسب، لهذا ليس هناك علاقة محددة يجب على المعالج الالتزام بها بل عليه أن يختار طبيعة العلاقة التي سيقيمها مع العميل مثلما ينتقي التقنيات، مع الأخذ بعين الاعتبار شخصية العميل وطبيعة المشكلات التي يعاني منها [8].

7.2 أهداف العلاج متعدد الأبعاد:على العموم هنالك 7 أهداف على المعالج أن يوزعها على الأبعاد السبعة للشخصية وهي كالتالي:

- تغيير السلوك إلى سلوك إيجابي فاعل.
- تغيير المشاعر إلى مشاعر إيجابية.
- تغيير الأحاسيس السلبية إلى إيجابية.
- تغيير الصور العقلية السلبية للذات إلى صور إيجابية.
- تغيير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية و تصحيح الأفكار الخاطئة .
- إكساب المتعالج المهارة في تكوين علاقات اجتماعية ناجحة.
- المساعدة على تحسين الجوانب البيولوجية له [9].

8. أدوات التقييم والعلاج: يتميز العلاج متعدد الأبعاد بمجموعة الأساليب وهي كالتالي:

أ- **التقييم:**

استبيان القصة الحياتية *Life History Inventory* : يهدف إلى سبر جوانب الشخصية السبعة وفحصها فحصا دقيقا، للحصول على صورة شاملة عن حياة العميل وهو عبارة عن استبيان يملئ من طرف العميل بعد الجلسة الأولى بمثابة واجب منزلي ويناقش معه في الجلسة الثانية [10].

شبكة التحليل الوظيفي للسلوك الصيغة BASIC ID:ابتدعها لازاروس من خلالها يتم سبر الشخصية بجميع أبعادها السبعة وتشخيص المشكلات التي يعاني منها كل بعد على حدة.إذ بعد إدارة مقابلتين أو ثلاث، وملأ استبيان القصة الحياتية.يتمكن المعالج من إنشاء بروفيل الأنموذج Modality profile إما بمساعدة المريض أو بدونه [11].

ان استخدام شبكة التحليل الوظيفي (BASIC-ID) في وصف المشكلة يساعد في تصويرها للمتعالج من سبعة جوانب السلوك، الانفعالات، الاحساس، التخيل، الافكار، الجانب البينشخصي والجانب البيولوجي [12].

- البروفيل الانموذج:Modality profile وظيفته توجيه المعالج للقصورات التي تعاني منها سلوكيات المتعالج في كل بعد، كما ان هذا البروفيل الأنموذج يضع الشكاوي النوعية ضمن إطار العمل العام، لرسم هذا البروفيل لابد على المتعالج من وصف مقتضب عن كل بند من بنوده (معنى السلوك،العاطفة،الخيال ...مع التعليمة) و عندما يتم انجاز البروفيل الأنموذج تتم مناقشة كل بند منه مع المريض.
- البروفيل التركيبي:

ب-الإجراءات العلاجية:

تسلسل المسار Firing order:افترض لازاروس أن لكل عميل ترتيبه الخاص للصيغة للصيغة BASIC ID كأن يكون ترتيبه كالتالي ASIBC ID لذا على المعالج التعرف على طريقة استجابة عميله الأمر الذي يساعد في عملية العلاج[13].الترتيب الثاني للصيغة BASIC ID: قد تستمر عملية العلاج دون أن يلاحظ كلا من المعالج و المتعالج أية تطور، لذا على المعالج أن يعيد النظر في ترتيب الصيغة و أن يعرف على أي الجوانب يجب عليه التركيز أكثر، وهي تقنية تستخدم للتركيز على مشكل محدد في الجوانب السبع للشخصية لذا فهي مفيدة لكسر الجمود في العلاج [14].

9-1 تقييم العلاج متعدد الأبعاد

أهمية العلاج متعدد الأبعاد: لقد أصبحت نظرية الانتقاء متعددة الأبعاد ضرورية لتجنب البحث عن نظرية جاهزة تستعمل في حل مشاكل الأفراد، وميزتها أنها تساعد في وضع جميع الاحتمالات نصب أعين المعالج النفسي لينتقي ما يحتاجه من تقنيات تؤدي إلى الاتزان والشمولية في علاج الاضطراب، هذا بالإضافة إلى إمكانية استخدام تقنيات من نظريات أخرى [15].

وفي هذا السياق يذكر إبراهيم عبد الستار أن على المعالج النفسي الحديث أن يتعامل مع الاضطراب النفسي بصفته متعدد الجوانب ، ومن ثم نجد أنه لدى المعالج النفسي المعاصر إمكانيات متعددة لتغيير السلوك [16].

ب- الخصائص المميزة للطريقة متعددة الأبعاد:

- ✓ التقييم الشامل للشخصية من خلال تطبيق شبكة التحليل الوظيفي (BASIC ID).
- ✓ الاستخدام النوعي لتحليلات الترتيب الثاني للصيغة BASIC ID و تتبع توالي التفاعل المتسلسل للنموذج هما عمليتان ينفرد بهما العلاج المتعدد الأبعاد(17).
- ✓ فصل الجانب التخيلي عن الجانب المعرفي [18]. كما انه يولي اهمية بالجانب الاجتماعي للمشكلة النفسية، حيث أن الاضطراب النفسي ينشأ في سياق اجتماعي [19].
- ✓ الاعتقاد أن كل بعد من هذه الصيغة BASIC ID يؤثر ويتأثر بدوره بكل بعد من الأبعاد الستة المؤلفة للصيغة.
- ✓ الاعتقاد أن التقييم الدقيق (التشخيص الشامل) يحتاج إلى تثمين نموذجي لكل بعد من أبعاد الصيغة BASIC ID وتفاعلات الأبعاد السبعة فيما بينها.

- ✓ العلاج متعدد الأبعاد يتطلب التصحيح النوعي لكل مشكلة في الصيغة BASIC ID (20).
- ✓ إمكانية الاستفادة من نتائج كل النظريات العلمية في علم النفس، حيث لم يركز لازاروس على أوجه الاختلاف بين النظريات بقدر تركيزه على أوجه الاتفاق والتكامل (21).

جـ- الانتقادات الموجهة للعلاج متعدد الأبعاد:تعرض هذا الأسلوب العلاجي لعدة انتقادات كان أهمها ما يلي :

الغلو في الامبريقية، بحيث لا يلتزم هؤلاء بمبادئ نظرية معينة من شأنه أن يلقي بعض الغموض على النظرية (22).

عملية انتقاء التقنيات طريقة عشوائية لا تستند إلى أسس علمية (23).

د- تعليق على الانتقادات:من هذه الانتقادات ما هو مؤسس علميا ومنه ما هو غير مؤسس، غير أن هذه الانتقادات لا تنقص على الإطلاق من قيمة هذا العلاج وفي تميزه في علاج اضطرابات الشخصية، كما يمكن تفادي عيوب هذا العلاج أو على الأقل التقليل من تأثيرها من خلال وعي المعالج بها وبالتالي إمكانية تجنبها قدر الإمكان.

وعلى الرغم من انه لا يمكن اعتبار العلاجات الانتقائية شكلا علاجيا مقبولا نظريا، إلا أن نتائج الدراسات الامبريقية المتوفرة حتى الآن تؤيد مقولة أن الأساليب العلاجية العريضة والمرنة التي لا تتقيد بالحدود بين المدارس العلاجية تقود إلى تحسن واضح في مجالات متعددة، وبما انه فد تم تحقيق نتائج ايجابية في العلاجات المعرفية السلوكية وظهر ان الجمع بين أكثر من أسلوب علاجي أكثر فاعلية من الاقتصار على طريقة واحدة في العلاج، غير أن الدراسات المتوفرة الآن قلما تلقي الضوء على أسلوب التأثير وفاعلية مثل هذه العلاجات، إذ أن المجال الذي بنيت عليه المقولات التي قامت عليها الارتباطات مازال غير محدد بدقة كافية (24).

ثانيا:الجانب الميداني:

2-1 منهجية البحث:اعتمدت الدراسة على منهج دراسة حالة.

2-2 أدوات البحث:اعتمدت الدراسة على نوعين من الأدوات، أدوات التقييم السيكولوجي و الأداة التجريبية (البرنامج العلاجي).

أ- أدوات التقييم:

- ✓ سلم (بيك) الثاني للاكتئاب BDI II.
- ✓ مقياس (هوبر و لاين) S.Hooper and C.Layne للأفكار اللاعقلانية.
- ✓ اختبار (بيك) للشعور باليأس.
- ✓ مقياس (كوبر سميث) لتقدير الذات.
- ✓ قائمة (وولب و لازا روس) لتوكيد الذات.
- ✓ استبيان القصة الحياتية (لازاروس).
- ✓ شبكة التحليل الوظيفي BASIC ID:(لازاروس).
- ✓ بروفيل التركيبي (لازاروس).

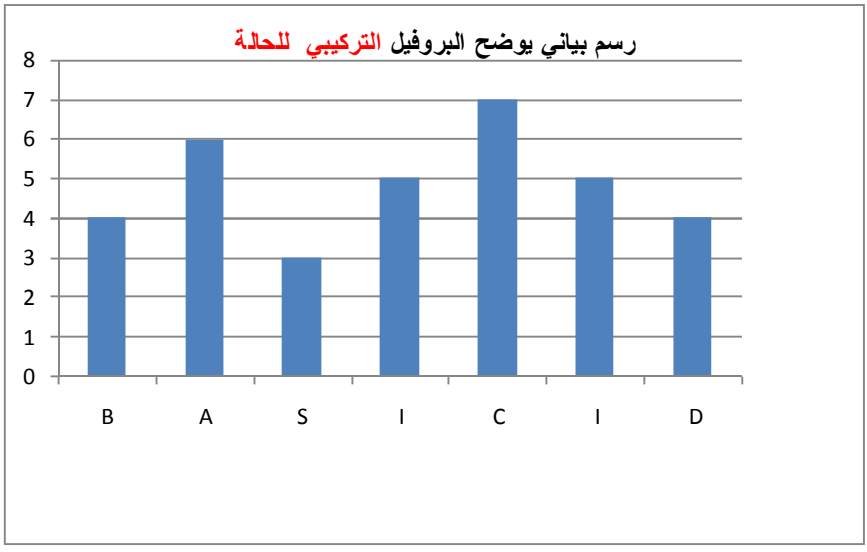
2-3 تقديم الحالة:الحالة أنثى في السابعة عشرة، الفتاة الوحيدة في عائلة مكونة من الأم و ثلاث إخوة ذكور، ترتيبها في العائلة هي الأخيرة. متمدرسة بالسنة الثانية ثانوي تخصص (آداب ولغات) أعادت السنة لمرتين متتاليتين، لم تتقبل الحالة وفاة الأب بسبب مرض عضال منذ ثلاث سنوات كما لم تستطع تجاوز فترة الحداد حيث كانت شديدة التعلق بالأب نظرا لأنها الفتاة الوحيدة و كانت موضع اهتمامه الزائد.

الإحالة: تمت إحالتها إلى المختصة النفسية من طرف مستشارة التوجيه و الإرشاد بمؤسستها التربوية.

الشكوى: تعاني الحالة من تراجع ملحوظ في نتائجها الدراسية، شكاوي جسمية(صعوبة في التنفس، فقدان شديد للوزن) وعزلة عن بقية زملائها.

التشخيص:من خلال كل من المقابلة التشخيصية والدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-*IV* سلم بيك الثاني للاكتئاب تم تشخيص الحالة على أنها تعاني من اكتئاب شديد.

البروفيل التركيبي للحالة:



تسلسل المسار للحالة:يشير التسلسل (CAIIBDS) إلى أن مسار حدوث الاكتئاب لدى الحالة يحدث كمايلي: فالتفكير اللاعقلاني للحالة أدى إلى شعورها باليأس هذا الأمر اثر على كيفية نظرتها إلى ذاتها وتقديرها لها، مما انعكس على سلوكاتها التوكيدية اتجاه بيئتها الخارجية الاجتماعية مما أدى إلى حدوث اضطرابات في علاقاتها اجتماعية، وهذا ما جعل سلوكاتها تتسم بالانسحاب والعزلة وعدم الاستمتاع بالنشاطات السارة، الأمر الذي سبب لها قلة المجهودات

البدنية المبذولة مما أدى بها إلى الأرق وفقدان الشهية وبالتالي فقدان الوزن، وضعف القدرة على التركيز.

شبكة التحليل الوظيفي لمشكلات الحالة BASIC ID:

البعد	المشكل	التقنية العلاجية الملائمة
B	قلة النشاط ، الانعزال.	الانخراط في النشاطات السارة
A	الشعور باليأس.	التفريغ الانفعالي
S	ضعف القدرة على التركيز.	تمارين الاسترخاء
I	تخيلات سلبية.	التدريب التخيلي
C	الأفكار اللاعقلانية.انخفاض في تقدير الذات.	تعديل الأفكار اللاعقلانية
I	اضطراب العلاقات الاجتماعية.	التدريب التوكيدي.
D	الأرق، فقدان الشهية،التعب،انخفاض في الوزن.	النظام الغذائي،التدريبات الرياضية

جدول (01): يوضح التحليل الوظيفي لمشكلات الحالة

أ- الأداة التجريبية:البرنامج العلاجي من تصميم الباحثة.

بروتوكول البرنامج العلاجي :

التسمية: برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد.

الهدف العام:علاج الاكتئاب لدى الحالة.

طبيعته: فردي.

الخلفية النظرية: نموذج أرنولد لازاروس.

عدد الجلسات:21 جلسة.

تكرار الجلسات: ثلاث جلسات أسبوعيا.

مدة الجلسة: من 60 إلى 90 دقيقة.

مكان إجراء العلاج: مكتب الأخصائية النفسانية بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية سيدي عقبة.

الجلسات العلاجية:

الجلسة التمهيدية:التشخيص والقياس القبلي.

الجلسة 01:جلسة التعريف بالاكتئاب.

الجلسات 02- 03-04: جلسات التدريب على الاسترخاء النظام الغذائي والتمارين الرياضية.

الجلسات 05-06-07: جلسات تعديل الأفكار اللاعقلانية.

الجلسات 08-09-10: تعديل النظام الغذائي،التمارين الرياضية.

الجلسات 11-12-13: جلسات خفض الشعور باليأس.

الجلسات 14-15-16: جلسات الرفع من درجة تقدير الذات.

الجلسات 17-18-19 : جلسات التدريب على السلوك التوكيدي.

الجلسة 20:إنهاء البرنامج العلاجي و القياس البعدي.

الجلسة 21:بعد شهر من آخر جلسة علاجية للتقييم التتبعي.

التقنيات العلاجية المستخدمة:تم انتقاء مجموعة من التقنيات العلاجية، الملائمة لمشكلات الحالة والتي تحقق أهداف البرنامج العلاجي وتغطي الجوانب السبعة للشخصية من مختلف التوجهات النظرية نذكر منها: المقابلة العلاجية، الواجبات المنزلية، تمارين الاسترخاء (طريقة جاكبسون)، التدريب التوكيدي، التعديل

المعرفي، التدريب على دحض الأفكار اللاعقلانية، أسلوب وقف الأفكار، لعب الدور، مراقبة الحوار الذاتي، التفريغ الانفعالي، أسلوب الكرسي الفارغ،التمارين الرياضية، إتباع نظام غذائي صحي، قائمة النشاطات السارة.

نتائج الاختبارات القبلية:

الاختبار.	الدرجة الكلية للاختبار.	الصفة
سلم بيك الثاني للاكتئاب .	49	شديد
مقياس بيك للشعور باليأس.	17	مرتفع
مقياس الأفكار اللاعقلانية.	75	مرتفعة
مقياس تقدير الذات.	23	منخفض
مقياس توكيد الذات.	10	ضعيف

جدول (02): يوضح نتائج الحالة على المقاييس النفسية (القياس القبلي).

4-2 عرض وتفسير نتائج الاختبارات:

الاختبارات القبلية: من خلال نتائج الاختبارات السابقة، نلاحظ أن الحالة تحصلت على درجة75 في مقياس الأفكار اللاعقلانية وهي درجة مرتفعة حيث يكاد يجمع المنظرون المعرفيون (اليس، بيك، ماكينبوم) على أن الاضطرابات النفسية لاسيما الاكتئاب ما هي إلا حصيلة لعمليات التفكير اللاعقلانية [25]. وقد ميزها (ألبرت أليس) في إحدى عشرة فكرة لاعقلانية خصوصا ما يتعلق بالتمركز على الذات التي تعد خاصية من خصائص هذه المرحة العمرية، بل يذهب بعض المعرفيون إلى تفسير بعض الأعراض الفبزيولوجية للاكتئاب كالخمول والتعب على أنها نتاج

للمحتوى المعرفي السلبي فهما تعبيران عن فقدان الدافعية، أما التعب السريع فهو نتيجة للتوقع الدائم للنتائج السلبية لأي فعل يقوم به المكتئب و الى الشعور بعدم الكفاءة [26]. كما تحصلت الحالة على درجة17 على مقياس الشعور باليأس وهي درجة مرتفعة، حيث يؤكد(سليجمان) في نظريته عن العجز المتعلم على دور اليأس كونه مسببا للاكتئاب [27].

تعاني الحالة من تخيلات سلبية بشان ذاتها مما اثر على تقديرها لذاتها حيث تحصلت على 23 درجة في مقياس تقدير الذات وهي درجة منخفضة قد يعود هذا الى متطلبات المرحلة حيث يظهر التفكير المجرد وفق نظرية (جون بياجي) للتطور المعرفي، وتزداد التخيلات لدى المراهق بسبب انه يلبي حاجاته الهيامية التي لا يستطيع تحقيقها في الواقع عن طريق الخيال حسب (فرويد)، كما انه يصبح حساسا لأبسط المنبهات الخارجية ويعتقد أن كل ما يجري يرتبط به نظرا لتمركزه حول ذاته، الأمر الذي يزيد من صعوبات المرحلة العمرية و هذا ما تعانيه الحالة من تخيلات سلبية مرتبطة بتقدير الذات، حيث يمثل تقدير الذات (خاصة و أنها أنثى) في هذه المرحلة بعدا محوريا إذ أنها المرحلة التي يبحث فيها المراهق عن هويته حسب (اركسون) وتظهر فيها الحاجة إلى الانتماء والحاجة إلى التقدير، هذا ما أوضحه (أبراهام ماسلو) في هرمه للحاجات الإنسانية. حيث يذهب كل من Rosenberg 1978 و Carmins 1985 الى ان تدني تقدير الذات وطغيان المشاعر السلبية يجعلان الفرد غير محصن ضد المشكلات النفسية بما فيها الاكتئاب [28].

حيث اقترح براون وهارس(Brown & Harris , 1978) أن اليأس و إن كان يعتبر سببا محوريا في حدوث الاكتئاب، فان الانخفاض في تقدير الذات يعتبر عامل استهداف ربما يسهم في وقوع الأعراض الاكتئابية من خلال عملية اليأس، لذلك اعتبر ميتالسكي وزملائه (Metalsky et al , 1993) أن نظريات تقدير الذات يمكن النظر إليها على أنها تتضمن استهداف – ضغط ومكونات وسيطية – أي أن تقدير الذات المنخفض ربما يكون عامل استهداف، والذي يتفاعل مع مصدر الضغط ويؤدي إلى مزيد من الانخفاض في تقدير الذات أو انه يجعل من

الجوانب السالبة في الذات أكثر بروزا مما يزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب.وتحصلت الحالة على درجة 3 من عشرة على بعد الإحساس...

كما تحصلت الحالة على درجة10 في مقياس توكيد الذات وهي درجة ضعيفة، وهذا نظرا للعلاقة الوطيدة بين تدهور الجانب الاجتماعي للحالة وإصابتها بالاكتئاب الأمر الذي انعكس على سلوكاتها هذا ما يفسره (لوينسون) بان الأشخاص المكتئبين لا يحصلون على تدعيمات ايجابية كافية من الأشخاص المهمين في حياتهم، وذلك بسبب نقص في مهاراتهم الاجتماعية الضرورية كمهارة توكيد الذات للحصول على استثارات بينشخصية ايجابية، ويؤكد (لوينسون) على أن بقاء الاكتئاب وشدته يتأثران أيضا بعدم ميل الشخص المكتئب للانخراط في نشاطات اجتماعية لأنه لا يرى فيها مصدرا للسعادة [29].

أ- كما أن فقدان الأب وما يمثله من سلطة حسب وجهة نظر تحليلية وما يمثله من مصدر للتدعيم والتعزيز الذي فقدته المراهقة، والذي أدى إلى وقوعها في الاكتئاب حيث يؤكد السلوكيون على أن الاكتئاب ما هو إلا انخفاض في مستوى التعزيز الذي تعود عليه الفرد.أما بالنسبة للجانب البيولوجي فالحالة تعاني وفق تقريرها الذاتي من اضطراب في النوم تمثل في الأرق الدائم وهذا راجع إلى الخمول الذي تعانيه طيلة اليوم، مما يجعلها لا تبذل من المجهودات ما يؤدي إلى الإحساس بالتعب ومن ثم الحاجة إلى النوم والراحة، كما تعاني من فقدان للشهية، هذه الأعراض الفيزيولوجية تعود إلى خمول الجهاز السمبثاوي والذي يسبب كذلك عسرا وضيقا في التنفس، حيث يعتبر نمو الجانب البيولوجي في هذه مرحلة البلوغ بعدا هاما إذ أن أي خلل في هذا الجانب سينعكس بالضرورة على باقي الجوانب من جهة وعلى المرحلة التالية من جهة أخرى.

ب- نتائج الاختبارات البعدية:

الاختبار.	الدرجة الكلية للاختبار.	الشدة
سلم بيك الثاني للاكتئاب .	25	خفيف
مقياس بيك للشعور باليأس.	08	متوسط
مقياس الافكار اللاعقلانية.	30	متوسط
مقياس تقدير الذات.	50	متوسط
مقياس توكيد الذات.	25	مرتفع

جدول (03) يوضح نتائج الحالة على المقاييس النفسية (القياس البعدي).

من خلال نتائج الاختبارات البعدية يمكن ملاحظة تراجع كل من درجات الاكتئاب والأفكار اللاعقلانية موازاتا مع ارتفاع في درجات اختباري تقدير الذات وتوكيد الذات، و من الجدير بالذكر أن كل جانب من هذه الجوانب يؤثر ويتأثر بالجوانب الأخرى هذا ما أكده لازاروس حينما قال "نحن كائنات نسلك نشعر نحس نتخيل نتفاعل وبالأساس نحن كائنات بيولوجية نخضع بدرجة كبيرة إلى نظام بيولوجي يتأثر بالنظام الغذائي الذي نعتمده وبالعقاقير التي نتناولها وبالأنشطة التي نقوم بها [30].

وبالتالي فان خطة علاج كل جانب هي منسجمة ومكملة للجوانب الأخرى، فمستوى تقدير الذات له تأثير كبير على تأكيد الذات كما أن الأفكار اللاعقلانية لها تأثير على كل من درجة الشعور باليأس ودرجة تقدير الذات. كما أن الجانب الحسي مرتبط بالجانب البيولوجي والجانب التخيلي بالجانب المعرفي، لذا فان التكامل في العلاج من شانه أن يعيد التوازن والانسجام بين الأجزاء

السبعة للشخصية.إن نجاح البرنامج العلاجي مرتبط بشمولية هذا الأخير وتنوع التقنيات المستخدمة فيه،؟ كما أن تحميل المتعالج مسؤولية اضطرابه وعلاجه يعتبر أمرا ضروريا لنجاح العلاج لان هذا الأمر يعزز من ثقته بنفسه و يجعله يأخذ زمام أمره.

جـ - مال الحالة:

الاختبار.	الدرجة الكلية للاختبار.	الشدة
سلم بيك الثاني للاكتئاب .	25	اكتئاب خفيف.
مقياس بيك للشعور باليأس.	04	منخفض
مقياس الأفكار اللاعقلانية.	16	ضعيف
مقياس تقدير الذات.	65	مرتفع
مقياس توكيد الذات.	28	مرتفع

جدول (04):يوضح نتائج الحالة على المقاييس النفسية (القياس التتبعي)

من خلال نتائج الاختبارات التتبعية(تم إعادة تطبيقها بعد شهر من إنتهاء البرنامج العلاجي). نلاحظ أن الحالة أبدت تطورات ملحوظة بعد انتهاء البرنامج العلاجي حيث بدت أكثر استبصارا بمشكلتها بحيث بدأت تراقب الأفكار اللاعقلانية التي تسبب لها المشاعر السلبية وأصبحت قادرة على مناقشتها و دحضها تدريجيا، كما أن الحالة تعودت على تمارين الاسترخاء ودأبت على اللجوء إليها وقت الحاجة، أصبحت الحالة مؤكدة لنفسها في كثير من المواقف الاجتماعية "كنت غير قادرة على قول لا وأصبحت اليوم افعل ذلك بسهولة". عادت الحالة

لأداء واجباتها الدينية كالصلاة بعد أن أقلعت عنها، و أصبح لديها طموحات تريد تحقيقها "قررت أن أصبح شرطية في الشرطة العلمية".

تحسنت علاقاتها مع أفراد عائلتها خاصة الأم والإخوة " أصبحت أكثر تفهما لهم "كما بدت الحالة محبة للحياة لم تعد تعاني من الأعراض البدنية السابقة للعلاج. من خلال نتائج الاختبار التتبعي، نلاحظ أن الحالة حافظت على درجات المرتفعة في كل من اختبارات تقدير الذات و التوكيدية كما أنها حافظت على درجات منخفضة على كل من سلم بيك الثاني للاكتئاب و اختبار الشعور باليأس، هذه النتائج تثبت للمرة الثانية فعالية البرنامج العلاجي المطبق مع الحالة في علاج الاكتئاب ومنع الانتكاسة.

خاتمة :

إن العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد ليس العلاج المثالي، غير انه العلاج الذي حاول الجمع بين نقاط القوة في جميع مقاربات علم النفس، كما حاول تفادي نقاط الضعف فيها، وبالرغم من أن هذا اعتبر عيبا، فهذا لا ينفي عنه انه محاولة جادة في سبيل وضع علاج نفسي أكثر فاعلية واقل عيوبا.فلا مفر اليوم من الانفتاح على كل مقاربات علم النفس المختلفة و الاستعانة بكل ما هو في صالح العميل، ممثلا في العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد، طالما أن النظرة أحادية الجانب أثبتت قصورها في حل الكثير من المشكلات النفسية حلا نهائيا، لذا لا يجب على المعالج النفسي أن يحد نفسه في نظرية واحدة، بل عليه أن ينفتح على كل ما هو جديد في مجال البحث العلمي، وقبل هذا عليه أن يطلع على التراث النفسي وان لا يكتفي بهذا أيضا بل عليه أن يسعى جاهدا إلى محاولة البحث الذاتي البحث عما هو صالح لمجتمعه وثقافته.

ملاحظة: نتائج الدراسة تنطبق على الحالة المدروسة ولا يمكن تعميمها.

❖ هوامش البحث:

(1) محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن:**العلاج السلوكي الحديث**، دار قباء للطباعة و النشر،القاهرة،1998، ط1،ص23.

(2) يوسف موسى فرحان مقدادي، **فاعلية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي في خفض الوسواس القهري لدى عينة من طلبة جامعة آل البيت**، مجلة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية،الأردن،المجلد العشرون،العدد الثاني،2008، ص271.

(3) Arnold A. Lazarus :**Multimodal Therapy: A Primer**; Rutgers University, Piscataway, NJ Posted by Permission http://www.zurinstitute.com/multimodaltherapy.html.

(4) محمد جرادات،2011، العلاج السلوكي متعدد الأوجهbasic-i d ،موجود في الموقع

http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=8722

(5) نادر فهمي الزيود: **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**، دار الفكر، الأردن،2008،ط2، ص325.

(6) أحمد عبد اللطيف أبو اسعد:**العملية الإرشادية**، دار المسيرة،الأردن،2011،ط1، ص 399.

(7) Windy Dryden ; Jill Mytton; **4 APPROCHES TO COUNSELING AND PSYCHOTHERAPY**; Hoboken : Taylor & Francis Ltd ;London;1st ed; 1999;p 144.

(8) James O. Prochaska,John C. Norcross: **Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis;** Belmont, CA : Brooks/Cole Pub;USA ;2010;7th ed;p443.

(9) Richard Nelson-Jones: **Theory and Practice of Counselling and Therapy**; SAGE publications; 2011;5th ed; p:348.

(10)Arnold A. Lazarus ;Ibid.

(11) أرنولد لازاروس،**العلاج النفسي الشامل الحديث:الأسلوب متعدد الأشكال والمختصر**، ترجمة: محمد حمدي الحجار، مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت،2002، ط1،ص 113.

(12) أرنولد لازاروس، مرجع سبق ذكره،ص ص 100- 102.

(13) المرجع السابق، ص135.

(14) Arnold A. Lazarus ;Ibid .

(15) أبو عراد الشهري،مرجع سبق ذكره.

(16) إبراهيم عبد الستار:**الضغوط اللاحقة للصدمات النفسية والانفعالية منهج سلوكي متعدد المحاور في فهمها وعلاجها**،مجلة شبكة العلوم النفسية العربية،العدد21-2009،22، ص121.

(17) أرنولد لازاروس، مرجع سبق ذكره،ص 133.

(18) بيرني كورني، بيتر رودل، ستيفين بالمر:**العلاج المعرفي السلوكي المختصر**، ترجمة :محمد نجيب احمد الصبوة، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، ط2008،1، ص 73.

(19) أرنولد لازاروس،مرجع سبق ذكره،ص ص 134- 135.

(20) أرنولد لازاروس، مرجع سبق ذكره،ص 112.

(21) Arnold A. Lazarus ;Ibid .

(22) أرنولد لازاروس،مرجع سبق ذكره،ص211.

(23) دلال بنت طاهر الخميس، مرجع سبق ذكره.

(24) كلاوس غراوه، روث دوناتي، فريديريكه بيرناور: **مستقبل العلاج النفسي معالم علاج نفسي عام**، ترجمة: سامر جميل رضوان، منشورات وزارة الثقافة، سوريا،1999، ط1،ص 106.

(25) منتهى مطرش عبد الصاحب:**الشعور بالذنب وعلاقته بالإكتئاب**، دار الصفاء للنشر ،عمان،2011،ط1، ص115.

(26) منتهى مطرش عبد الصاحب،مرجع سبق ذكره،ص116.

(27) منتهى مطرش عبد الصاحب،مرجع سبق ذكره،ص119.

(28) لابا سليم معربس:**الاكتئاب لدى الشباب**، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان،2010،ط1،ص227.

(29) غريب عبد الفتاح غريب ،**دورة في الاضطرابات الاكتئابية**،نظمتها الجمعية المصرية للدراسات النفسية بالتعاون مع مستشفى الطب النفسي (هشام عادل صادق)، القاهرة، 2005 ، ص15.

(30) محمد جرادات، مرجع سبق ذكره.