

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: العلوم الاجتماعية

الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:

إختبار فعالية برنامج علاجي إنتقائي متعدد الأبعاد لعلاج
الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة (نموذج أرنولد لازاروس)

دراسة ميدانية بمدينة سيدي عقبة

مذكرة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ الدكتور:

جباري نور الدين

إعداد الطالبة:

يحياء وردة

تاريخ المناقشة:

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
نور الدين تاويريريت	أستاذ	بسكرة	رئيسا
جباري نور الدين	أستاذ	باتنة	مشرفا و مقرا
عبد الوافي زهير بوسنة	أستاذ (أ)	بسكرة	عضوا مناقشا
جابر نصر الدين	أستاذ	بسكرة	عضوا مناقشا
أمزيان وناس	أستاذ (أ)	باتنة	عضوا مناقشا

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا

إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ﴾

(سورة البقرة: 32)

اللهم علمنا ما ينفعنا وانفعنا بما علمتنا

وزدنا علما.

شكر وتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

في البداية أتقدم بخالص الشكر والتقدير

إلى أستاذي الأستاذ الدكتور / جبالي نور الدين، على تفضله بالإشراف على هذه الدراسة
وعلى جهوده التي بذلها معي

كما أتقدم بالشكر الوافر إلى رئيس مشروع الدكتوراه البروفيسور / جابر نصر الدين، دون
أن أنسى الدكاتره الذين تفضلوا بتحكيم البرنامج العلاجي بوسنة عبد الوافي زهير، عائشة
نحوي، رابحي إسماعيل، بلوم محمد، الابراهيم الطاهر، عادل الصالحي.

إلى كل من مد لي يد العون الأساتذة، بشير معمريّة، مدور مليكة، ساعد صباح، عفاقة
عبد الحميد، حنصالي مريامة

الأخوات والزميلات طرودي آسيا، بوناب فاطمة، بوناب آمنة، محمدي رزيقة، القص لبنى
حلاسة فايضة، السيدة يمينة حمزة، ضيف الله عقيلة، فهيمة طعم الله و إلى أفراد مجموعة
البحث .

الباحثة

يحياوي وردة

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى وِلي الكريمين إلى إخوتي وأخواتي وإلى كل أساتذتي دون
استثناء.

فهرس المحتويات.

الصفحة	الموضوع	
أ	الآية الكريمة	
ب	شكر وتقدير	
ت	إهداء	
ث	فهرس المحتويات	
خ	قائمة الجداول	
ذ	قائمة الملاحق	
ز	ملخص الرسالة باللغة العربية	
ص	ملخص الرسالة باللغة الانجليزية	
ظ	مقدمة	
الجانب النـظري		
صفحة	الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية	
04	إشكالية الدراسة	I
19	أهمية الدراسة	II
20	نوافع الدراسة	III
21	أهداف الدراسة	IV
22	الدراسات السابقة	V
39	فرضيات الدراسة	VI
40	حدود الدراسة	VII
42	لتعريف الإجرائي بمصطلحات الدراسة	VIII
صفحة	الفصل الثاني: العلاج النفسي	
44	تمهيد	
44	لمحة تاريخية عن العلاج النفسي	I

47	تعريف العلاج النفسي	II
58	خصائص العلاج النفسي	III
58	أسس العلاج النفسي	IV
59	أهداف العلاج النفسي	V
63	العملية العلاجية	VI
71	مراحل العلاج النفسي	VII
74	أشكال العلاج النفسي	VIII
85	أخلاقيات العلاج النفسي	IX
85	نظريات العلاج النفسي	X
155	ملخص الفصل	
الصفحة	الفصل الثالث: البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد	
157	تمهيد	
157	لمحة تاريخية	I
157	تعريف العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد	II
161	الخلفية النظرية للعلاج الانتقائي متعدد الأبعاد	III
173	لمبررات والحاجة إلى العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد	IV
174	أهداف العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد	V
176	مراحل العملية العلاجية في الاتجاه الانتقائي متعدد الأبعاد	VI
178	أساليب التقييم والعلاج	VII
190	تقييم العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد	VIII
193	برامج العلاجية	IX
203	خلاصة الفصل	
الصفحة	الفصل الرابع: الاكتئاب النفسي	
205	تمهيد	
205	لمحة تاريخية عن الاكتئاب	I
207	تعريف الاكتئاب	II
212	أعراض الاكتئاب	III

218	تشخيص الاكتئاب	IV
221	تصنيف الاكتئاب	V
239	أسباب الاكتئاب	VI
244	النماذج المفسرة للاكتئاب	VII
267	الاكتئاب وعلاقته بمتغيرات الدراسة	VIII
273	الاكتئاب في مرحلة المراهقة	IX
280	علاج الاكتئاب	X
289	خلاصة الفصل	
الجانب الميداني		
الصفحة	الفصل الخامس: منهجية الدراسة و إجراءاتها	
292	تمهيد	
292	منهج الدراسة وتصميمها التجريبي	I
293	مجتمع الدراسة	II
293	عينة الدراسة	III
297	أدوات الدراسة	IV
315	متغيرات الدراسة	V
315	الإجراءات الميدانية	VI
325	أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات	VII
326	ملخص الفصل	
الصفحة	الفصل السادس: عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة	
328	تمهيد	
328	عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض الأول	I
333	عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض الثاني	II
341	عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض الثالث	III
352	عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض الرابع	IV
359	عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض الخامس	V
	عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض السادس	VI

369	خلاصة الفصل	
371	الخاتمة	
373	قائمة المراجع	
	قائمة الملاحق	

قائمة الجداول

الصفحة	الموضوع	الجدول
56	أوجه الاختلاف بين الإرشاد والعلاج النفسي	01
82	أوجه الاختلاف بين العلاج الفردي والعلاج الجماعي	02
250	خصائص الاكتئاب على حسب المرحلة الجنسية	03
293	عدد تلميذات في كل مستوى دراسي	04
296	توزيع افراد العينة حسب السن	05
297	توزيع افراد العينة حسب التخصص	06
300	فئات مستويات الاكتئاب لسلم بيك	07
302	فئات مستويات الأفكار اللاعقلانية لمقياس هوبر ولاين	08
305	فئات مستويات الشعور باليأس لمقياس بيك	09
310	فئات مستويات تقدير الذات لمقياس كوبر سميث	10
315	فئات مستويات توكيد الذات لقائمة وولب و لازاروس	11
329	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على سلم بيك الثاني للاكتئاب باستخدام اختبار (ت) T-test	12
329	حجم تأثير البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد قيمة إيتا ² على سلم بيك الثاني للاكتئاب والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر	13

334	دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية T-test باستخدام اختبار (ت)	14
334	حجم تأثير البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد قيمة إيتا ² على مقياس الأفكار اللاعقلانية والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر	15
341	دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس بيك للشعور باليأس باستخدام اختبار (ت) T-test	16
342	حجم تأثير البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد قيمة إيتا ² على اختبار الشعور باليأس والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر	17
353	دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس كوبر سميث لتقدير الذات باستخدام اختبار (ت) T-test	18
353	حجم تأثير البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد قيمة إيتا ² على مقياس تقدير الذات والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر	19
360	دلالة الفروق بين متوسطات مجموعة البحث على مقياس وولب و لازاروس لتوكيد الذات باستخدام اختبار (ت) T-test	20
360	حجم تأثير البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد قيمة إيتا ² على مقياس توكيد الذات والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر	21
364	دلالة الفروق بين متوسطات مجموعة البحث على سلم بيك الثاني للاكتئاب باستخدام اختبار (ت) T-test	22
365	حجم تأثير البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد	23

	الأبعاد قيمة إيتا ² على سلم بيك الثاني للاكتتاب والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر	
--	--	--

قائمة الملاحق

الملاحق	الموضوع
01	تصريح بالموافقة على إجراء الدراسة من طرف مدير ثانوية بشير البسكري
02	نصريح بالموافقة على إجراء الدراسة من طرف مدير ثانوية السايب بو لرياح
03	كشف التلاميذ الحاضرين إلى نهاية أبريل 2013 المؤسسة: بشير بسكري - سيدي عقبة -
04	كشف التلاميذ الحاضرين إلى نهاية مارس 2013 المؤسسة: السايب بو لرياح - سيدي عقبة -
05	سلم بيك الثاني للاكتتاب
06	نصريح أولياء أمر التلميذات
07	مقياس الأفكار اللاعقلانية
08	مقياس بيك للشعور باليأس
09	مقياس كوبر سميث لتقدير الذات
10	قائمة وولب و لازاروس لتوكيد الذات
11	استبيان القصة الحياتية
12	شبكة التحليل الوظيفي BASIC ID
13	البروفيل التركيبي للحالات
14	البروفيل الأنموذج للحالات (التحليل الوظيفي)
15	البرنامج العلاجي
16	استمارة تحكيم البرنامج العلاجي
17	قائمة الأساتذة المحكمين
18	العقد العلاجي
19	استمارة تقييم الجلسة

ملخص الدراسة باللغة العربية:

عنوان الدراسة: اختبار فعالية برنامج علاجي نفسي انتقائي متعدد الأبعاد - نموذج أرنولد لازاروس - لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة. - دراسة ميدانية بمدينة سيدي عقبة - .

أهداف الدراسة:

- هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة.

منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة من أجل تحقيق أهدافها على المنهج شبه التجريبي وعلى تصميم المجموعة الواحدة باختبارين قبلي وبعدي. وبعد مرور شهر من انتهاء البرنامج العلاجي تم تطبيق القياس التتبعي على مجموعة البحث.

مجتمع الدراسة: يتكون مجتمع الدراسة من تلميذات السنة الأولى والثانية ثانوي بدائرة سيدي عقبة.

عينة الدراسة: تتكون عينة الدراسة من المجموعة التجريبية (ن=10) تلميذات تم اختيارهن بطريقة قصدية من خلال نتائجهن على سلم بيك الثاني للاكتئاب، بحيث تم اختيار درجات الاكتئاب الشديد.

حدود الدراسة:

الحدود المكانية: دائرة سيدي عقبة متقن السايب بو لرياح، ثانوية بشير البسكري.

الحدود الزمانية: الفصل الثالث من السنة الدراسية 2012-2013.

الحدود البشرية: يقتصر البحث الحالي على عينة من المراهقات المتمدرسات في المرحلة الثانوية (سنة أولى وثانية ثانوي) المقيمات في دائرة سيدي عقبة الراغبات في الانضمام إلى البرنامج العلاجي.

أدوات الدراسة: اعتمدت الدراسة الحالية على الأدوات قياسية و الأداة تجريبية المتمثلة في البرنامج العلاجي المصمم.

- سلم بيك الثاني للاكتئاب BDI-II .
- مقياس (هوبر ولاين) للأفكار اللاعقلانية .
- مقياس بيك للشعور باليأس .
- مقياس (كوبر سميث) لتقدير الذات .
- مقياس (وولب و لازاروس) لتوكيد الذات .
- استبيان القصة الحياتية إعداد أرنولد لازاروس.
- البروفيل التركيبي إعداد أرنولد لازاروس.
- قائمة التحليل السلوكي BASIC ID.

الأداة التجريبية: البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد – نموذج أرنولد لازاروس -

الأساليب المعالجة الإحصائية للبيانات:

للتحقق من صحة الفرضيات تمت المعالجة إحصائيا بواسطة الحزمة الإحصائية 20 (SPSS) من خلال اختبار "ت" ستودنت T-test لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة البحث في القياس القبلي و البعدي و التبعي.

- المتوسطات الحسابية.
- اختبار "ت" T-test
- معادلة قياس حجم الأثر.

نتائج الدراسة: خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على الدرجة الكلية لسلم بيك الثاني للاكتئاب عند $(\alpha=0,05)$ بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية عند $(\alpha=0,05)$ ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس الشعور باليأس عند $(\alpha=0,05)$ ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس تقدير الذات عند $(\alpha=0,05)$ ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس البعدي.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية على متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على مقياس تأكيد الذات عند $(\alpha=0,05)$ ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس البعدي.
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين البعدي و التتبعي على سلم بيك الثاني للاكتئاب عند مستوى $(\alpha=0,05)$ ، بعد شهر من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي (فترة المتابعة) لصالح القياس البعدي.

وملخص الدراسة الحالية أن البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد فعال في علاج الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية.

ملخص الدراسة باللغة الانجليزية.

The study abstract:

The study title :Testing the effectiveness of a Selective Multimodal Psychotherapy Program – Arnold Lazarus Model - for the treatment of depression among secondary school female teenagers - A field study in Sidi Okba City.

The study objectives :The study aimed to test the effectiveness of a Selective Multimodal Psychotherapy Program for the treatment of depression among secondary school female teenagers .

The study methodology : To concretize its objectives the study relied on the quasi-experimental method and on the design of the pre and post testing of the unique sample group. And one month after the completion of the therapy program the follow-up measurement was applied to the research sample group.

The study population : The study population consisted of first and second year secondary school pupils in the Sidi Okba department.

The study sample : The study sample, which is the experimental group, consisted of (10) first and second year secondary school female teenagers, selected on a deliberate fashion according to their results on the Beck Depression Inventory (BDI-II), as were retained, only scores of severe depression.

The study boundaries :

The geographical boundaries : Bashir El Biskri Secondary School-
Essaib Boularbah Technical School- Sidi Okba.

The time boundaries : The third (3rd) term of the 2012-2013 school year.

The human boundaries : The sample of first and second year secondary school female teenagers in Sidi Okba department wanting to join the Therapy Program.

The study tools :The present study relied on various measuring tools and an experimental tool consisting of a designed Therapy Program, which are as follows :

- The Beck Depression Inventory- BDI-II .
- The Irrational Beliefs Inventory of Huber and Lein
- The Beck Hopelessness Scale
- The Cooper Smith Self-Esteem Inventory
- The Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale (WLAS)

- The Multimodal Life History Questionnaire of Arnold Lazarus
- The BASIC ID Behavioral Analysis List of Lazarus.
- The Structural Profile Inventory of Lazarus
- The Experimental Tool : The Selective Multimodal Therapy Program – Arnold Lazarus Model - .

The statistical methods for data analysis :

To test the hypotheses of the study we adopted the Statistical Package For Social Sciences (SPSS) and used the T-test to find out about the significance of the differences between means of the study sample in each of the pre-testing, the post-testing and the follow-up period sessions ; and we also made use of means, standard deviations and the equation for measurement of the size of the impact .

The study results :

The study reached the following results :

1. There are statistically significant differences (at the level of $\alpha=0.05$) between the average scores of subjects of the experimental group, in the pre-testing and the post-testing sessions, on the overall score of the Beck Depression Inventory (BDI-II), after completing the Therapy Program, in favor of the pre-testing session.

2. There are statistically significant differences (at the level of $\alpha=0.05$) between the average scores of subjects of the experimental group, in the pre and post-testing sessions, on the Rational and Irrational Beliefs Inventory, after completing the Therapy Program, in favor of the testing session.

3. There are statistically significant differences (at the level of $\alpha=0.05$) between the average scores of subjects of the experimental group, in the pre and post-testing sessions, on the Beck Hopelessness Scale, after completing the Therapy Program, in favor of the pre-testing session .

4. There are statistically significant differences (at the level of $\alpha=0.05$) between the average scores of subjects of the experimental group, in the pre and post-testing sessions, on the Cooper Smith Self Esteem Inventory, after completing the Therapy Program, in favor of the post-testing session .

5. There are statistically significant differences (at the level of $\alpha=0.05$) between the average scores of subjects of the experimental group, in the pre and post-testing sessions, on the Wolpe-Lazarus Assertiveness Scale (WLAS), after completing the Therapy Program, in favor of the post-testing session .

6. There are statistically significant differences (at the level of $\alpha=0.05$) between the average scores of subjects of the experimental group, in the pre and post-testing sessions, on the Beck Depression Inventory (BDI-II), a month (the follow-up period) after completing the Therapy Program, in favor of the post-testing session.

يعتبر العلاج النفسي هدفا من الأهداف النهائية لدراسة علم النفس، حيث يعكس قدرة هذا العلم على الضبط والتحكم في السلوك الإنساني، كما أنه يعكس المجهودات و النتائج التي توصلت إليها البحوث و الدراسات العلمية المختلفة في مجال تفسير السلوك الإنساني.

إن العلاج النفسي، محاولة جادة لتصحيح المسارات المضطربة في سلوك الفرد، وتختلف طرق وأساليب العلاج النفسي باختلاف نظرياته وباختلاف الاضطرابات التي يتناولها، سواء كانت اضطرابات في السلوك أو التفكير أو الوجدان كالاكتئاب مثلا، هذا الاضطراب الوجداني الذي يمس كل الفئات العمرية والذي يسبب للفرد صعوبات ، لاسيما إن أصيب به الفردي مرحلة تتميز بالصراعات والاضطرابات كمرحلة المراهقة و عند الإناث المتمدرسات، هذا الاضطراب الوجداني الذي ثل قدرا كبيرا من الدراسة سواء بالنسبة لطرق علاجه نظرا لما له من تأثيرات سلبية على حياة الفرد والمجتمع بصفة عامة.

و لأن المعرفة العلمية هي معرفة تراكمية، فإن هذه الدراسة سعت إلى محاولة المزج بين أغلب ما توصلت إليه أهم النظريات في العلاج النفسي للاكتئاب، وتقديمها من خلال ما يسمى بالعلاج النفسي الانتقائي متعدد الأبعاد، هذا الأسلوب الذي ابتكره (أرنولد لازاروس) Arnold Lazarus والذي سعى من خلاله إلى محاولة التوفيق بين مختلف التوجهات النظرية في محاولة منه تغليب مصلحة المريض على كل إنتماء نظري، ومن أجل تقديم هذه الدراسة تم تقسيمها إلى ما يلي:

الجانب النظري الذي ضم أربعة فصول:

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية، في هذا الفصل تم طرح إشكالية الدراسة أهميتها ،
دوافعها و كذا أهدافها. وأهم الدراسات السابقة، فرضيات الدراسة و حدودها وفي الأخير
التعريفات الإجرائية لأهم متغيرات الدراسة.

الفصل الثاني: العلاج النفسي، و ضم هذا الفصل لمحة تاريخية عن العلاج النفسي، تعريف
العلاج النفسي، خصائصه، أسس العلاج النفسي، أهداف العلاج النفسي، العملية العلاجية،
مراحل العلاج النفسي، أشكال العلاج النفسي، أخلاقيات العلاج النفسي، وفي الأخير نظريات
العلاج النفسي.

الفصل الثالث: لمحة تاريخية، تعريف العلاج الانتقائي، متعدد الأبعاد الخلفية النظرية للعلاج
الانتقائي متعدد الأبعاد، المبررات والحاجة إلى العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد أهداف العلاج
الانتقائي متعدد الأبعاد، مراحل العملية العلاجية في الاتجاه الانتقائي متعدد الأبعاد، أساليب
التقييم والعلاج تقييم العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد وفي الأخير البرامج العلاجية.

الفصل الرابع: لمحة تاريخية عن الاكتئاب، تعريفه، تصنيفه، أعراضه، أسباب الاكتئاب، و أهم
النماذج المفسرة له، الاكتئاب وعلاقته بمتغيرات الدراسة، الاكتئاب لدى المراهقة، وفي الأخير
علاج الاكتئاب.

الجانب التطبيقي: ويضم فصلين هما على التوالي:

الفصل الخامس: والذي يضم منهج الدراسة، التصميم التجريبي، مجتمع الدراسة، عينة
الدراسة، أدوات الدراسة، متغيرات الدراسة، الإجراءات الميدانية، المعالجات الإحصائية

الفصل السادس: عرض ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

الخاتمة

الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية

I	إشكالية الدراسة
II	أهمية الدراسة
III	دوافع الدراسة
IV	أهداف الدراسة
V	الدراسات السابقة
VI	فرضيات الدراسة
VII	حدود الدراسة
VIII	التعريف الإجرائي بمصطلحات الدراسة

الجانب النظري

| الإشكالية:

شخصية الإنسان بناء متكامل دينامي متفاعل فيما بينه، فإذا أصيب جانب منها تأثرت باقي الجوانب، وهذا يعني أن التفسير أحادي الجانب للاضطراب النفسي لم يعد صالحا اليوم، بسبب ما توصلت إليه الدراسات العلمية بهذا الشأن، و الأمر نفسه ينطبق على علاج الاضطراب النفسي، إذ أن علاج جانب من جوانب الشخصية بدعوى أنه هو الجانب اللاسوي يعتبر قصورا علاجيا، و ربما يكون هذا القصور هو السبب الرئيسي في عدم نجاح العلاج أو الانتكاسة بعده، فلقد سادت فكرة ضرورة انتماء المعالج النفسي إلى نظرية أو اتجاه ما، لفترة طويلة من الزمن، فأصبحنا نرى أن هذا معالج سلوكي يهتم بالسلوك الظاهر و الآخر تحليلي مهمته الأولى و الأخيرة هي استهداف مكونات اللاشعور حتى يتم الشفاء، بينما الثالث معرفي مهمته الأساسية معالجة الأفكار اللاسوية التي حسب توجهه النظري هي المسبب الرئيسي للاضطراب الذي يعانيه الفرد، بمعنى أن المعالج التحليلي لا يجوز له أن يستخدم مبدأ التعزيز في علاجه لأنه فنية سلوكية و لأنه لا يؤمن بالنظرية السلوكية، ومن جهته المعالج السلوكي لا يعترف بما هو لاشعوري لان هذا حسب رأيه لا يخدم العلم، فالعلم حسبه هو كل ما نستطيع أن نراه، نلمسه ونقيسه فقط.

إن هذا التعصب العلمي ليس في مصلحة لا العلم ولا المريض الذي لا يهمه انتماء المعالج النظري بقدر ما يهمه أن يتخلص من معاناته النفسية. فالبعض من المرضى قد يلجأ حتى للمشعوذين ليخلصوه مما يعاني من آلام نفسية. من مثل هذه الأفكار انطلق (أرنولد لازاروس) (Arnold Lazarus) وهو عالم نفس إكلينيكي و معالج السلوكي قيده السلوكية وحدت من قدرته على استخدام بعض الفنيات العلاجية التي كانت في المتناول، والذي وجد بعد ممارسته للعلاج السلوكي أن هذا العلاج لا يتيح له الفرصة لأداء مهمته العلاجية على أكمل وجه، لذا فضل أن يضع مصلحة المريض فوق كل إنتماء نظري، فكان منفتحا نحو كل ما هو علمي من جميع المدارس والمقاربات، وجمع بين رأي كل المدارس النفسية في رؤيتها للشخصية وفي تفسيرها للاضطراب النفسي. وكان مبدأه في هذا لماذا نكتفي برؤية الشخصية من زاوية

ضيقة أحادية الجانب، طالما نستطيع أن نراها من كل جوانبها؟ فالشخصية من وجهة نظر (لازاروس) ليست عبارة عن مجموعة أجزاء ، بل إنها كل متكامل متفاعل لا يقبل القسمة، فإذا ما أردنا دراسة جزء منها يتعين علينا دراسة باقي الأجزاء الأخرى. ولماذا نولي اهتماما بعلاج جانب واحد منها، طالما نستطيع أن نعالج جميع الجوانب؟ من مثل هذه التساؤلات نشأ ما يعرف بالنظرة متعددة الأبعاد للشخصية.

كما تسائل (لازاروس) لماذا نستخدم فنية معينة لمجرد أننا ننتمي إلى هذه المدرسة أو تلك؟ مادام باستطاعتنا أن نستخدم أية فنية تتلائم ومشكلة المريض. فنشأ ما يعرف بالانتقائية التقنية.

فطالما أن العلاج النفسي يهدف إلى الوصول بالفرد إلى أعلى درجات الصحة النفسية الممكنة، فمالذي يمنع المعالج النفسي من البحث عن الخلل في كل جوانب الشخصية و مالذي يمنعه أن يكون منفتحاً على كل ما يساعده على تحقيق هذا الهدف النبيل، و أن يترك تعصبه وتحيزه إلى نظرية دون أخرى جانبا، وينطلق للبحث عن أفضل الوسائل والطرق لأداء مهمته على أكمل وجه بقدر المستطاع.

و العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد أحد المقاربات العلاجية الحديثة التي تهدف كغيرها من العلاجات إلى تخليص الفرد من آلامه النفسية، وتحقيقه للتكيف و التوافق النفسيين اللذان يضمنان له الصحة النفسية والعقلية، غير أنه يختلف عنها في طرق تحقيقه لهذا الهدف من خلال طرقه الخاصة والمميزة في تقييم الشخصية من خلال شبكة التحليل الوظيفي (BASIC ID) التي رمز بها (أرنولد لازاروس) إلى أبعاد الشخصية السبعة، وكذا في كيفية اختيار التقنيات الملائمة للتدخلات العلاجية وذلك ما يعرف بالانتقائية التقنية.

هذا المصطلح الذي كان لـ (أولود لازاروس) السبق في وضعه وتطبيقه على أرض الواقع في مجال العلاج النفسي، محاولاً بذلك الابتعاد عن التعصب النظري الذي لا يخدم مصلحة المريض من وجهة نظره.

حيث يرى (أولود لازاروس) أن الشخصية كل متكامل سلوكي، انفعالي، حسي، تخيلي، معرفي، بينشخصي و بيولوجي، و مما لا شك فيه أن النظر إلى الشخصية نظرة متعددة الأبعاد يعد المدخل الأكثر قدرة على دراسة الشخصية في حالتها السواء أو الاضطراب، وفي حالتها التشخيص والعلاج، كما أنها بناء ديناميكي يؤثر كل جانب فيها على الجوانب الأخرى سواء بالسلب أو الإيجاب من خلال التفاعل المستمر بين هذه الأجزاء. و بما أن الاكتفاء بدراسة جانب واحد من جوانب الشخصية قد أثبت قصوره في تفسير الاضطراب النفسي ومن ثم قصوره في علاجه، فإن البديل يكمن في النظرة متعددة الأبعاد للشخصية، لذا على المعالج النفسي أن لا يكتفي بتقنية علاجية أو أخرى لمجرد الانتماء أو التعصب لنظرية ما، بل من واجبه ومن أخلاقيات المهنة أن لا يدخر جهداً في مساعدة عملائه على التخلص من الآلام النفسية ومعاناتهم باستخدام ما أثبت العلم فعاليته في مجال العلاج النفسي، مادام قادراً على ذلك.

وبما أن الفرد ليس بمعزل عن الاضطرابات النفسية، فإن من واجب المعالج النفسي الإحاطة قدر المستطاع بهذا النوع من العلاجات. فلا ينبغي النظر إلى العلاج النفسي على أنه نوع من الترف العلمي أو العملي، و إنما على أنه ضرورة ملحة تفرضها ظروف الحياة المعاصرة أكثر من أي وقت مضى. فليس هنالك أفضل مما قاله (كارل روجرز) يوضح

الأهمية البالغة التي يلعبها المعالج النفسي في حياة المجتمعات الإنسانية، حيث أنه انطلاقاً من تصور روجرز، فإن لكل واحد منا دور يلعبه في تطوير المجتمع من خلال قوله "إذا حاولنا أن نفهم بشكل عقلائي مهامنا باعتبارنا إداريين ومدرسين ومربين ومستشارين مهنيين ومعالجين، فإننا نكون إذن بصدد الاشتغال على المشكل الذي سيحدد مستقبل هذا الكوكب، لأن مستقبلنا لن يتعلق بالفيزياء، بل سيتعلق بالأحرى بنا نحن الذين نحاول أن نفهم أوجه التفاعلات بين الكائنات الإنسانية ونهتم بها، إن الأمر منوط بنا نحن الذين نحاول إقامة علاقة مساعدة"

وهي نفس الفكرة التي نجدها لدى (ماسلو) حيث يقول "أنا متيقن من أن موقع علماء النفس في عالم اليوم من أهم المواقع على الإطلاق، وأكد هذا لأن كل العضلات التي تواجه البشرية اليوم من حرب وسلام ونظام و فوضى، واستغلال وتأخر وفهم وسوء فهم وسعادة و شقاء وحب وكراهية، جميعها يمكن حلها على ضوء فهم الطبيعة البشرية فهما جيداً وإلى هذا الهدف تتجه وظيفة علم النفس بكامله وبناته" (إسماعيل علوي، بنعيسى زعبوش، 2009، ص 04)

أن المعالج النفسي ليس تقني اختبارات، إنه استراتيجي تدخل لا يتوقع داخل نظرية واحدة، بل إنه يطلع على كافة النظريات ويصمم ويبرمج تدخله العيادي انطلاقاً من ذلك، وعليه أن يطوع النظريات على وقع المعاناة التي يعبر عنها المريض، ولذلك فإن على المعالج النفسي أن يسعى لفهم الجذور والمصادر الفلسفية والنظرية لأهم التيارات الفكرية والعلمية النازمة للعلاج النفسي المعاصر. (عباس محمود مكي، 2007، ص 32)

إن احد أسباب اختيار العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد هو عدم وجود نظرية واحدة قادرة على الفهم الكامل لتعقيد السلوك الإنساني. حيث يتفق أغلب المعالجين أنه لا يوجد

من المناحي النظرية للعلاج النفسي بكافة ضروبه، منحى نظريا يستطيع بمفرده أن يعكس كل التقدم الحاصل في ميدان العمل الإكلينيكي، فحفا وتخطيطا وتشخيصا وعلاجاً، ويدعي بمفرده أنه يستطيع التوصل إلى الحقيقة الصادقة. (بيرل س. بيرمان، 2004، ص23) لذا على المعالج النفسي تدقيق التفكير في مصلحة مرضاه بطريقة علمية تتصف بالمرونة كهدف أخلاقي من الأهداف التي توجه مهنة العلاج النفسي.

ومن الملاحظ أن العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد يمنح المعالجين النفسيين حرية و مرونة اختيار مدى واسع من الأساليب والتقنيات العلاجية، بالإضافة إلى مرونة في تطبيق هذه التقنيات، بحيث تتناسب مع مختلف شخصيات المتعالجين ومختلف المشكلات التي يعانون منها. فمن شأن العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد أن يجعل المعالج النفسي حريصاً على مواكبة كل جديد في علم النفس من تقنيات ونظريات، كما يحتم عليه الاطلاع الواسع بل التمكن من أغلب التقنيات المعروفة.

وبما أن الفرد ليس بمعزل عن الاضطرابات النفسية فان هذا يجعله مضطراً للاطلاع على اغلب النظريات والتقنيات العلاجية في سبيل التخفيف من معاناة عملاءه.

و يعد الاكتئاب أحد هذه الاضطرابات النفسية كثير الانتشار، ولا أدل على هذا من اختيار منظمة الصحة العالمية World Health Organization عنوان اليوم العالمي للصحة العقلية (10 أكتوبر) لعام 2012 تحت عنوان "الاكتئاب أزمة عالمية"، حيث أشارت المنظمة في تقريرها السنوي إلى أن الاكتئاب يعد اضطراباً شائعاً في مختلف أنحاء العالم وبحسب

تقديرات المنظمة فان 350 مليون شخص يعانون من آثاره، واعترافاً منها بذلك، دعت منظمة الصحة العالمية إلى استجابة شاملة ومُنسّقة لمكافحة الاضطرابات النفسية على مستوى البلدان

(World Federation For Mental Health,2012,P06)

كما يعتبر الاكتئاب اضطراباً نموذجياً من حيث أن المصاب به يبقى متصلاً

بالواقع الأمر يجعله قادراً على طلب المساعدة والعلاج، و الأمر الذي يمكن المعالج النفسي من القدرة على المساعدة ومد يد العون وبالتالي زيادة نسبة احتمال الشفاء والتعافي .

و بالرغم من أن الاكتئاب العصبي اضطراب وجداني بالأساس، إلا أنه يعتبر

اضطراباً نموذجياً تظهر فيه بوضوح كيف أن كل جوانب الشخصية الممتلئة في الصيغة

BASIC ID (السلوك، الانفعال، الحواس، الخيال، المعرفة، العلاقات بينشخصية والجانب

البيولوجي) تتأثر بإصابة البعد الوجداني، يصيب هذا الاضطراب مختلف الشرائح العمرية، لكن

تزداد خطورته في بعض المنعطفات الحرجة في دورة حياة الفرد كالمراهقة، هذه المرحلة البالغة

الأهمية في حياة الفرد، فهي الجسر الرابط بين الطفولة والرشد، والتي تتميز بمجموع من

التغيرات الهائلة التي تصيب المراهق على مستوى جميع أبعاد شخصيته، كما تتميز

بالصراعات الشعورية و اللاشعورية التي يعاني منها المراهق. إنها مرحلة تكوين مفهوم الذات

والبحت عن الهوية. كل هذه عوامل تجعل من المراهق عرضة للإصابة بالاكتئاب أكثر من

غيره، و بإصابته تتأثر جميع أبعاد شخصية المراهق، وهذا ما أثبتته مجموعة من الدراسات

العلمية على مر السنوات و في مختلف أرجاء العالم.

ففي البعد المعرفي أكدت دراسة (Marcotte ,1996) على زيادة أعراض الاكتئاب منذ بداية المراهقة حتى نهايتها وهذا في دراسة الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب على عينة من المراهقين الذين يعانون من الاكتئاب.

الأمر نفسه أكدته دراسة تافاني و آخرون (Taghavi et al,2006) حول الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب حيث أظهرت النتائج أن الأفراد اللذين يعانون من الاكتئاب أظهروا مستوى أعلى وبشكل دال إحصائيا على مقياس الأفكار اللاعقلانية مقارنة مع المجموعة الضابطة التي لا تعاني من الاكتئاب.

مفهوم آخر جد مهم في مرحلة المراهقة هو مفهوم تقدير الذات حيث أكد عدد ليس بالقليل من الدراسات علاقة تدني تقدير الذات بالاكتئاب وخصوصا في هذه المرحلة العمرية حيث يقترح إليس و ديفيس (Ellis & Davis,1982) انطلاقا من نظرية بيك (Beck) المعرفية لتفسير الاكتئاب، بأن الكآبة التي يخبرها المراهقون ليست مجرد ردة فعل للتغيرات الفيزيولوجية التي تحدث خلال هذه المرحلة، بل هي كذلك ردة فعل لإعادة تكوين مفهوم الذات في سنوات مرحلة المراهقة ويذهب كل من Rosenberg 1978 و Carmins 1985 إلى أن تدني تقدير الذات وطغيان المشاعر السلبية يجعلان الفرد غير محصن ضد المشكلات النفسية بما فيها الاكتئاب. (لابا سليم معريس، 2010، ص227)

و لقد كان تقدير الذات مفهوما محوريا في أغلب نظريات الاكتئاب، حيث يرى هيلسمان و جاربر أن الإراكات والأفكار السالبة عن الذات ترتبط بالاكتئاب، وقد افترض الباحثان أن تقدير الذات والمنظومات الذاتية السالبة تلعب دورا في نشأة ودوام الاكتئاب.

وقد اقترح براون وهارس (Brown & Harris , 1978) أن اليأس و إن كان يعتبر سببا محوريا في حدوث الاكتئاب، فإن الانخفاض في تقدير الذات يعتبر عامل استهداف ربما يسهم في وقوع الأعراض الاكتئابية من خلال عملية اليأس، لذلك اعتبر ميتالسكي وزملائه (Metalsky & 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.

وبالحديث عن اليأس ففي البعد الوجداني نجد أنه توجد العديد من الدراسات التي تناولت الأعراض المشتركة بين الاكتئاب و اليأس الذي يمثل الجانب الوجداني للاكتئاب، و أكد معظمها على أن اليأس هو المكون الأساسي و العرض الجوهري في الاكتئاب، و بالإضافة إلى ذلك فقد ارتبطت الأفكار و الميول الانتحارية بالشعور باليأس. وبينت دراسة م.ب.جورتمان M.B.Gurtman وجود ارتباط الشعور باليأس بكل من الاكتئاب ونقص الدافعية للانجاز.

و دراسة أبرامسون و آخرون (Abramson & al, 1978) أن اليأس وتوقعاته يسببه الاكتئاب، و دراسة ت.كوكس (T.Cox, 1978) أن اليأس من الأعراض المميزة للاكتئاب.

كما افترض سيليجمان (Seligman) في نظريته عن الفشل المتعلم، من خلال تجاربه على الحيوان، أن الاكتئاب هو رد فعل للعجز، إذ أن تعريض الحيوانات لصدمات كهربائية لا يمكنها الهروب منها يؤدي بها إلى العجز و اليأس و بالتالي الاكتئاب وهنا يؤكد

(سيليجمان) على دور اليأس كونه مسببا للاكتئاب (منتهى مطرش عبد الصاحب
،2011،ص119)

كما بينت دراسة كل من ك.سيلبرت (K.L. Silbert & al, 1991) على تلاميذ
التعليم الثانوي ودراسة م.ديك (M.Dyck & al, 1991) على طلاب الجامعة ودراسة
أ.ديكسون و آخرون (A.Dixon & al, 1992) على طلاب علم النفس ودراسة ب.يانغ و
آخرون (B.Yang & al , 1994) على طلاب الجامعة. تبين من نتائج هذه الدراسات وجود
علاقة بين كل من الاكتئاب و اليأس وتصور الانتحار. كما أكدت دراسة أ.كازدين و آخرون
(A.Kazdin & al, 1986) إلى أن الشعور باليأس من العوامل الأساسية المنبئة بالاكتئاب،
وتقدير الذات المنخفض، والنظرة السلبية للذات والعالم والسلوك الاجتماعي المنخفض. (بشير
معمرية،2006،ص72)

و يؤكد التراث السيكولوجي على الارتباط بين القصور في المهارات الاجتماعية
والاكتئاب فقد تبين أن افتقار الفرد لمهارات التفاعل الاجتماعي قد يدفعه إلى الانسحاب
والشعور بالعزلة وعدم التقبل والعجز وبالتالي تقل مقاومته وينهار أمام أية شدة نفسية. (عبد
الرحمن بن عيد الجهني، 2011،ص197)

وكما يلعب الجانب البينشخصي دورا كبيرا في الإصابة بالاكتئاب فان له دورا في
اختفاء الاضطراب و الشفاء منه ، لذلك فإن أخذ العوامل البينشخصية بعين الاعتبار في
تصميم العلاج المناسب يعد من الأهمية بما كان، هذا ما يؤكد نموذج ليفينسون
(Lewinsohn , 1974) هذا النموذج السلوكي البينشخصي للاكتئاب حيث يرى ليفينسون أن

الأشخاص المكتئبين يحصلون على تدعيمات إيجابية غير كافية من الأشخاص المهمين في حياتهم، وذلك بسبب نقص في مهاراتهم الاجتماعية الضرورية لاستثارة إستثارات بينشخصية إيجابية، ويؤكد (ليفينسون) في نظريته على أن بقاء الاكتئاب وشدته يتأثران أيضا بعدم ميل الشخص المكتئب للانخراط في نشاطات إجتماعية لأنه لا يرى فيها مصدرا للسعادة. (غريب عبد الفتاح غريب، 2005، ص15)

نفس الشيء أكده إدوارد برينج (Edwar Bridring) أن الاكتئاب يعود إلى عامل العلاقات الاجتماعية للفرد مع محيطه، وليس فقط لصراعاته الداخلية، وهو يرى أنه مهما كان نوع الاكتئاب (ذهاني أو عصابي)، فإن مصدره يكون فقدان تقدير الذات (عنو عزيزة، 2008، ص435)

وهناك العديد من الدراسات العلمية التي تؤكد العلاقة السلبية بين نقص المهارات الاجتماعية و الإصابة بالاكتئاب ففي دراسة (Borovay, 1977) عن العلاقات بين الاكتئاب و توكيد الذات و مركز الضبط لدى طالبات الجامعة، قامت (بوروفاي) بالتحقق من الفرض الذي يذهب إلى وجود علاقة سالبة بين الاكتئاب و توكيد الذات و أظهرت نتائج الدراسة أن الطالبات اللاتي كن أقل توكيدا للذات أظهرن مستوى أعلى من الاكتئاب عندما تم قياس توكيد الذات بواسطة مقياس تقييم سلوك لعب الأدوار، و لقد اقترحت الباحثة استخدام أسلوب التدريب على السلوك التوكيدي في التعامل مع المكتئبات من الطالبات، و بناء على ذلك، أصبح أسلوب التدريب على السلوك التوكيدي من أكثر الأساليب التي يستخدمها السلوكيون في التعامل مع

العديد من الاضطرابات العقلية و خاصة الاكتئاب.(غريب عبد الفتاح ،1987،ص ص48-

(56

أما في الجانب الحسي فقد أكد(دامار) (Damart)على أن المكتئب لديه إحساس بعدم القدرة على بذل جهد فكري، و مقاومة ضعيفة للإحباطات، مع ضعف في الانتباه و صعوبة في القدرة على التذكر و في حالة قيامه بنشاط معرفي يصاب بإرهاق و يعاني من عدم الكفاءة و القدرة على الأداء.(عنوة عزيزة،2008،ص 446)

و في الجانب التخيلي فيؤكد لانج Lang على أن ردود الأفعال المتخيلة سواء كانت لفظية،أو سلوكية،أو وجدانية فإنها تلعب دوراً رئيسياً في الاضطراب النفسي، لذلك يجب أن يتضمن التعديل ردود أفعال الفرد المتخيلة، وأن تصور ردود أفعال إيجابية هو وسيلة لتأكيد الإجادوا إن هذا النوع من التخيل قد يعطي نتائج قيمة.(الخيال في الإرشاد والعلاج،2010)

وبالنسبة للجانب البيولوجي فقد أكد ولسين (Walsin , 1996) أن خطر الاكتئاب في درجاته المرضية لا تقل أهمية عن خطر الأمراض الجسمية الشائعة والشديدة كأمراض الأوعية الدموية والقلب، ويدعم رأيه هذا من خلال الدراسة المسحية التي أجراها على عينة اشتملت على (1124) من المصابين بمرض الاكتئاب ، حيث خلصت الدراسة إلى أن مخاطر الاكتئاب سواء بلغ المستوى المرضي أو ظل في المستوى العصبي تتساوى أو تفوق مخاطر الأمراض الجسمية المعروفة، بما في ذلك أمراض القلب وأمراض الروماتزم والسكري وكذلك أمراض الجهاز الهضمي. ويرى إبراهيم عبد الستار ، أن فرص الشفاء من الأمراض

الجسمية واضطرابات الوظائف العضوية، تأخذ زمناً أطول إذا كانت مصحوبة بالاكتئاب، في حين تزداد فرص الشفاء والعلاج السريع حينما يكون المريض من النوع المتفائل والمبتهج.

كما يرى على أنه غالباً ما يكون الاكتئاب مقنعاً في شكل شكاوى دالة على سرعة التعب و الإرهاق، فضلاً عن أوجاع الرأس ارتفاع ضغط الدم و آلام في الرقبة والظهر وكل أنحاء الجسم دون أن يكون هنالك سببا عضوياً واضحاً. (إبراهيم عبد الستار، 1998، ص 24)

غير أن العديد من الدراسات التي تناولت العلاقة ما بين الاكتئاب والجنس، أثبتت أن الإناث أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من الذكور ولقد فسر هذا بالعوامل الهرمونية والاجتماعية و أخرى ثقافية تجعل من الأنثى فريسة سهلة المنال، حيث تفيد الدراسات المتعلقة بهذا الشأن بأن هناك فروق دالة لمشاعر الاكتئاب بين الجنسين لصالح الإناث ، حيث أن المرأة أكثر معاناة من الرجل بالنسبة للأعراض الاكتئابية ، وهذا ما دلت عليه دراسة كلبرتسون (Culbertson, 1997) ، من أن النساء قد تفوقن على الذكور خلال السنوات الثلاثين الأخيرة من حيث نسبة المعاناة و الإصابة بالاكتئاب بما يعادل الضعف. (Culbertson, F.) (M. 1997;p25) و أكد هذه النتيجة ما توصل إليه (Rufaie & Absood,1994) من أن نسبة المريضات من النساء قد فاق نسبة المرضى من الذكور وفي كل أشكال الاكتئاب. (Rufaie, O.E.F.& Absood,L.G. 1994;p245)

و هذا ما أثبتته كذلك دراسة (غريب عبد الفتاح غريب، 1988) إذ يؤكد الباحث أن تفوق النساء على الرجال في الاكتئاب في المرحلة العمرية ما بين - سن 15 - 19 حيث يشير إلى أن تأثير مرحلة المراهقة على الفتاة يكون أشد من تأثيرها على الفتى، ويعزو الباحث هذا الأمر

إلى دور بعض التغيرات البيولوجية الهرمونية التي تختص بها الفتاة في زيادة درجة الاكتئاب لديها، وأيضاً فإن التغيرات الفسيولوجية الجسمية الهائلة التي تحدث للفتاة وتنعكس على حالتها المزاجية. (غريب عبد الفتاح غريب، 1988، ص 171)

كما قد يكون الاكتئاب لدى المراهقة عبارة عن استجابة لبعض الممارسات التربوية الخاطئة في المدرسة وهذا ما أكدته دراسة (بالميهوب كلتوم) فالمدرسة كإحدى مؤسسات التنشئة الاجتماعية وسط مليء بالمشكلات النفسية والاجتماعية .

إن إصابة المراهقة بهذا الاضطراب النفسي في هذه المرحلة الحساسة من شأنه أن يهدد باقي مسار حياتها الدراسية والاجتماعية لذا كان من الواجب التصدي لهذه المشكلة بالتدخل المبكر، فبالرغم من وجود العديد من الأدلة العلمية على أن نسبة 80 بالمائة من المراهقين الذين شخصوا بالاكتئاب سيشفون تلقائياً بعد حوالي السنتين، إلا أن الخطر المحقق بهم هو الآثار الجانبية المترتبة عنه، من ضعف في التحصيل الأكاديمي، السلوكيات العدوانية، الانتحار، أو آثار أخرى أكيد ستستمر تأثيراتها حتى بزوال الاكتئاب.

ثم إن صعوبة تشخيص الاكتئاب لدى المراهقين تكمن في أنهم لا يعبرون عن اكتئابهم إلا انه يظهر على شكل تراجع أكاديمي، طبع حاد، غضب ، قلق مفرط ،آلام جسدية أو سلوكيات انتحارية (كارول فيترز باتريك، 2007، ص33)

إن الحاجة إلى التدخل المبكر خاصة في هذه المرحلة العمرية كان من أهم دوافع تصميم برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج أبعاد الشخصية جميعها، حيث تعد المراهقة مرحلة تصحيحية يمكننا من خلالها تدارك الكثير من أخطاء المرحلة السابقة، و هذا بهدف تجنب المراهقة الكثير من الاضطرابات والمشاكل المترتبة عن إصابتها بالاكتئاب، و التي قد

تصبح في حالة عدم التدخل العلاجي مستعصية العلاج إن لم نقل مستحيلة العلاج، كالجنوح أو فقدان الشهية العصبي أو تعاطي المخدرات أو أن تقضي ما تبقى من حياتها داخل السجن أو في أسوأ الحالات الموت انتحارا.

كما جاء هذا البرنامج المعد لمواجهة التحديات الراهنة، في محاولة للتدخل العلاجي مع مجموعات طلابية لتوفير الجهد والوقت والمال ولتقديم المساعدة لأكثر عدد ممن يحتاجها، و يأتي تصميم هذا البرنامج العلاجي في إطار المجهودات الرامية إلى تخفيف وطأة أعباء هذه المرحلة على المراهقة المتمدرسة حتى تصل إلى سن الرشد، وقد اكتمل نمو شخصيتها بطريقة سوية. ومن أجل اختبار مدى فاعلية البرنامج العلاجي المصمم اعتمدت الباحثة على المنهج شبه التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة مع القياسين القبلي و البعدي ويعتبر المنهج شبه التجريبي المنهج الأنسب لدراسة مثل هذه المواضيع، ولتوفير الوقت والجهد على الباحث، وللاستفادة من خصائص هذا العلاج تم تصميم برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد وتطبيقه بصورة جماعية ومحاولة اختبار فاعليته.

ومن هنا جاء التساؤل التالي:

ما مدى فاعلية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد في علاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة؟

وانبثق عنه مجموعة من التساؤلات الفرعية

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على الدرجة الكلية لسلم بيك الثاني للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي ؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي ؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس الشعور باليأس، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي ؟
4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس تقدير الذات ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي ؟
5. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس توكيد الذات ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي ؟
6. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين البعدي و التتبعي على سلم بيك الثاني للاكتئاب ، بعد(فترة المتابعة) أربعة أسابيع من إنتهاء تطبيق البرنامج العلاجي ؟

II أهمية الدراسة: تستمد الدراسة الحالية أهميتها مما يلي:

- تتسجم الدراسة الحالية مع الاتجاهات الحديثة في العلاج النفسي، بالاعتماد على العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد.
- أهمية الشريحة العمرية التي يتناولها البحث بالدراسة، إذ أن الاهتمام بهذه الشريحة العمرية التي تشكل نسبة معتبرة في المجتمع الجزائري يعتبر ضرورة، كما أن إصابة المراهقة المتدربة بالاكئاب في هذه الفترة الحرجة من شأنه أن يؤدي إلى عواقب وخيمة على حياتها المستقبلية (الإدمان، جنوح الأحداث، الفشل الدراسي، التسرب المدرسي، فقدان الشهية العصبي أو الانتحار...).
- أهمية الصحة النفسية في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لأفراد المجتمع لاسيما للمراهقين والمراهقات.
- أهمية الصحة النفسية في بناء وتطور و ازدهار المجتمع.
- تبعاً لمنظمة الصحة العالمية فإن الاكئاب له أثره السلبي على المصابين به أكثر من الأثر السلبي لبعض الأمراض المزمنة، كضغط الدم والسكر والتهاب المفاصل، وقد تم قياس ذلك عن طريق تقييم الأداء البدني والاجتماعي للمصاب، إلى جانب قياس عدد الأيام التي يقضيها المريض في الفراش والعناية الطبية اللازمة له والآلام الجسمانية التي يعانيها، لذا فإن التأثير الاقتصادي السلبي للاكئاب يشمل التكاليف الفعلية للعلاج والتكاليف الناتجة عن نقص الإنتاجية بسبب المرض أو الوفاة.

III دوافع الدراسة : بالإضافة إلى عمل الباحثة كأخصائية نفسانية

للصحة العمومية (منذ أكتوبر 2010)، هناك مجموعة من الدوافع نذكر منها ما يلي:

- انتشار ظاهرة الاكتئاب لدى شريحة واسعة من الأفراد، مما أدى إلى ظهور اضطرابات أخرى كالعدوانية، العنف، الإدمان جنوح الأحداث، التسرب المدرسي، الذهانات أو حتى حالات الانتحار، بحسب آخر التقارير العالمية.
- الحاجة الماسة إلى تصميم برامج علاجية وتطبيقها على الأعداد المتزايدة من المرضى النفسيين، لاسيما في الأوساط المدرسية والتعليمية.
- قلة الدراسات العلمية النظرية (حسب حدود إطلاع الباحثة) التي تتناول فعالية العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد، وهذا بسبب أنه اتجاه عملي أكثر منه نظري.
- رغبة الباحثة في تطبيق مبادئ العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد في صورة جماعية، بالرغم من أنه يقوم على فرضية تصميم العلاج لكل حالة على حدة، إلا أن الباحثة قامت بتصميم برنامج علاجي قائم على الأعراض المشتركة بين أفراد العينة المتجانسة للمصابين بالاكتئاب، هذه الأعراض التي أجمعت الكثير من النظريات على تواجدها لدى الشخص المكتئب، و هذا من أجل تحقيق أهداف البحث أولاً ولجعل هذا البرنامج صالحاً للتطبيق مع أغلب الحالات المشخصة بالاكتئاب ولتوفير الجهد والوقت الذي يحد الباحثة، أي تكيف العلاج بحيث يحقق أهداف البحث.

IV أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي :

- تصميم برنامج علاجي نفسي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى أفراد عينة البحث.
- اختبار مدى فاعلية البرنامج المعد في علاج الاكتئاب لدى أفراد عينة البحث.

- تطبيق مبادئ العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد في شكل جماعي الأمر الذي سيوفر الوقت والجهد على المعالج و المتعالج.
- التخفيف من شدة الاكتئاب لدى مجموعة البحث.
- التحقق من مدى استمرارية فعالية البرنامج العلاجي بعد انتهاء البرنامج العلاجي.
- تحقيق أفراد المجموعة التجريبية لمعايير الصحة النفسية من خلال:
 - تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد المجموعة التجريبية.
 - التقليل من درجة الشعور باليأس لدى أفراد المجموعة التجريبية.
 - الرفع من درجة تقدير الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية.
 - الرفع من درجة السلوك التوكيدي لدى أفراد المجموعة التجريبية.

V الدراسات السابقة:

المعرفة العلمية عملية تراكمية لذا فان الإطلاع على الأدبيات و الدراسات السابقة في موضوع البحث من الأهمية بما كان، إذ أنه يوجه الباحث لنقاط القصور و القوة في البحوث السابقة، ويرشده ويساعده في اتخاذ القرارات المتعلقة بموضوع بحثه وفيما يلي ستعرض لأهم الدراسات التي قدرت الباحثة أنها ترتبط بالبحث وهذا في حدود إطلاع الباحثة:

الدراسات الأجنبية:

❖ قام فيشر و آخرون (Fisher ,B) بدراسة عن التحقق من الفرضية القائلة أن العجز في العلاقات الشخصية وفي مهارة حل المشكلات يرتبط بالاكتئاب، تم تطبيق اختبار المشكلات لدى 92 طالبا جامعيًا من الذكور فقط وتم قياس الاكتئاب بواسطة مقياس

بيك Beck ، و أوضحت النتائج ان الأشخاص الذين يعانون حاليا من الاكتئاب هم في الوقت نفسه اقل كفاية في حل المشكلات الشخصية.

❖ دراسة كوهنسون و آخرون عام 1989 (Kohanson, J.E et al) حيث تم مقارنة طلاب جامعيين مكتئبين بطلاب آخرين لديهم اضطرابات نفسية، ولكنهم كانوا أسوياء في علاقاتهم مع رفاق الصف خلال تسعة أشهر دراسية، وتكونت عينة الدراسة من 29 طالبا حديثي الالتحاق بجامعة فلوريدا طبق عليهم اختبار بيك للاكتئاب ومقياس بريف Brief للأعراض، واعتمدت نتائج التطبيق في متابعة الطلاب، كما استعملت قائمة الاضطرابات الانفعالية (SADSL)، هذا بالإضافة إلى مقاييس أخرى مثل مقياس تقدير الذات وقائمة التفاعل الشخصي وذلك لتصنيف الطلاب طبقا للحالة النفسية، وبمقارنة مرتفعي الاكتئاب بالحالات الأخرى من المضطربين نفسيا و الأسوياء حيث وجد أن ذوي الاكتئاب العالي كانوا:

- اقل تلاحما مع رفاق الصف.

- اقل استمتعا بالعلاقات.

- لديهم درجة عالية من الضغوط الناجمة عن أحداث الحياة.

❖ دراسة سبريتو و آخرون عام 1990 (Spirito, A. et al) هدفت إلى التحقق من العلاقة بين الاكتئاب والمهارات الاجتماعية ومحاولة الانتحار لدى 41 مراهقا تتراوح أعمارهم بين 12 و 17 سنة تم وضعهم في مستشفى للطب العام بعد محاولتهم الانتحار وقد تمت مقارنة بمجموعة أخرى من المصابين بمرض نفسية من المراهقين وعددهم 40 مراهقا لم يحاولوا الانتحار وقد تم قياس مستوى الاكتئاب والمهارات الاجتماعية، فلم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين في الاكتئاب أو المهارات الاجتماعية ولكن وجدت علاقة بين أبعاد اختبار المهارات الاجتماعية والاكتئاب في كلتي المجموعتين وهذه النتائج تدعم العلاقة بين النقص في المهارات الاجتماعية والاكتئاب.

❖ قام ميتالسكي وزملاؤه (Metalsky, Joiner, Hardin & Abramson, 1993) باختبار نظريات اليأس وتقدير الذات في الاكتئاب، وتكامل النظريتين وذلك بفحص ما إذا كان نمط العزو وتقدير الذات المنخفض يؤثران في النتائج التي يتلقاها التلاميذ في اختبار منتصف الفصل الدراسي وفي التنبؤ بالإصابة بالاكتئاب، وكان الغرض الرئيسي للدراسة هو اختبار محتويات الضغط لنظرية اليأس واختبار نظريات تقدير الذات في الاكتئاب. وقد تنبأ الباحثون بأن عملية العزو وانخفاض تقدير الذات يؤثران في المخرجات التي سوف يحصل عليها الطلاب في الاختبار التحصيلي. لذا فهم يعتقدون أن المنهج المتكامل الذي يجمع بين نظريات اليأس وتقدير الذات ربما يكون أكثر فاعلية في تفسير الاكتئاب.

الدراسات العربية:

❖ دراسة غريب عبد الفتاح غريب، (1987) بعنوان: دراسة تحليلية للعلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى عينات مصرية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى دراسة العلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات باستخدام عينات مصرية، بحيث تتناول نوع العلاقة بين المتغيرين لدى فئات مختلفة من حيث المستوى التعليمي ومن حيث الجنس، وكذلك هدفت إلى توضيح نوع العلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى المكتئبين من المصريين وتوضيح أهمية ودلالة هذه العلاقة لدى الذكور والإناث.

عينة الدراسة: تكونت عينة الأولى للدراسة من 600 فرد (260 ذكور و 340 إناث) من طلاب الجامعة.

بينما تكونت المجموعة الثانية من 900 فرد (450 ذكور و 450 إناث)

أدوات الدراسة:

- مقياس الاكتئاب (د) .
- مقياس توكيد الذات.

منهج الدراسة: استخدم الباحث المنهج الإرتباطي.

نتائج الدراسة:

❖ دراسة لبا سليم معريس (2010) بعنوان: الاكتئاب لدى الشباب.

أهداف الدراسة: هدف الدراسة إلى التحقق من مدى انتشار الاكتئاب في صفوف الطلاب الجامعيين في لبنان وإلى أي حد يرتبط هذا الاكتئاب بضغوط البيئة وكيف يؤدي إلى التذني في التحصيل الأكاديمي والنقص في المهارات الاجتماعية لديهم.

منهج الدراسة: المنهج الوصفي ودراسة الحالات .

عينة الدراسة: تتكون العينة من خمس مائة طالب (50% ذكور و 50% إناث)

أدوات الدراسة:

- إختبار مقياس ريجيو Riggio المهارات الاجتماعية.
- إختبار بيك للاكتئاب.
- إختبار T.A.T

نتائج الدراسة:

- أن الاكتئاب يؤثر سلبا في المهارات الاجتماعية والتحصيل الدراسي عند الطلاب الجامعيين.

- انتشار الاكتئاب بدرجات متشابهة بين الطلبة الجامعيين لمختلف الجامعات.
- وجود علاقة دالة إحصائياً بين الضغوطات الخارجية ودرجات الاكتئاب عند الطلبة الجامعيين.
- وجود علاقة سلبية بين الاكتئاب والمهارات الاجتماعية.
- هناك علاقة دالة بين الاكتئاب والتحصيل العلمي.

❖ دراسة وليد محمد أحمد نجيب عمارة، (2001): النزعات الغريزية الجزئية والعلاج الجماعي لمرضى الاكتئاب المحرومين من الرعاية الأسرية.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية تكنيك جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي في معالجة كل من الاكتئاب و النزعات الغريزية الجزئية بكافة أبعادها لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية.

منهج الدراسة: استخدم الباحث المنهج الكلينيكي.

عينة الدراسة: استخدم الباحث عينتين

- عينة الدراسة التجريبية: تتكون من (60) مراهقا ومراهقة (30 ذكور و 30 إناث) كذلك تتكون العين الضابطة من (60) مراهقا ومراهقة (30 ذكور و 30 إناث) وقد تراوحت أعمارهم ما بين (13-16) سنة أي مرحلة المراهقة المبكرة.
- عينة الدراسة الإكلينيكية: عينة تتكون من (10) مراهقين محرومين من الرعاية الأسرية وقسم أفراد العينة إلى مجموعتين (05) مراهقين و (05) مراهقات.

أدوات الدراسة:

- استمارة بيانات عن المراهقين والمراهقات .(إعداد الباحث)

- مقياس الاكتئاب (د) للصغار (إعداد غريب عبد الفتاح)
- مقياس الدفعات الغريزية الجزئية (إعداد حسين سعد الدين الحسيني)
- المقابلة الإكلينيكية (إعداد سامية القطان)
- جماعات الحوار (أحد أساليب العلاج الجماعي).

نتائج الدراسة: فعالية البرنامج المقترح في معالجة كل من الاكتئاب والنزعات الغريزية الجزئية بكافة أبعادها لدى المراهقين والمراهقات المحرومين من الرعاية الأسرية.

❖ دراسة علاء الدين إبراهيم يوسف النجمة، (2008): "**مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي**

للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية".

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الاكتئاب لدى طلاب المرحلة الثانوية، والتعرف على مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (26) طالبا تم تقسيمهم إلى مجموعتين الأولى تجريبية تتكون من (13) طالبا والثانية ضابطة تتكون من (13) طالبا، حيث تم اختيارهم من بين (200) طالب من مدرسة ممن تحصلوا على أعلى الدرجات على مقياس بيك للاكتئاب.

أدوات الدراسة:

- مقياس بيك للاكتئاب (تعريب احمد عبد الخالق).
- البرنامج الإرشادي النفسي (إعداد الباحث).

منهج الدراسة: استخدم الباحث في دراسته منهجين هما:

- المنهج الوصفي.
- المنهج التجريبي.

التصميم التجريبي: مجموعتين متكافئتين، مجموعة تجريبية و أخرى ضابطة.

نتائج الدراسة: أسفرت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعتين التجريبية و الضابطة في وجود أعراض الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية.

❖ دراسة عبد الخالق حنّدة خميس بلحيل (2008) بعنوان: مدى فاعلية برنامج علاجي

في خفض حدة اضطراب الاكتئاب - دراسة إكلينيكية - .

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية (أثر) البرنامج العلاجي (المعرفي السلوكي) في خفض حدة اضطراب الاكتئاب لدى أفراد عينة البحث من طلاب جامعة صنعاء، المترددون على عيادات مركز الإرشاد النفسي والتربوي بالجامعة، كما هدفت إلى القيام ببناء هذا البرنامج، إعداداً.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 34 حالة (22) من الذكور و(12) إناث، ممن يعانون من اضطراب الاكتئاب، و10 طلاب أسوياء يمثلون مجموعة ضابطة، جميعهم من طلاب الجامعة. معظمهم من المستوى الدراسي الثاني والثالث، وقد تم اختيارهم من أصل 80 حالة من المترددين على عيادات مركز الإرشاد النفسي والتربوي بالجامعة، ممن تتراوح أعمارهم ما بين 19 - 30 سنة، بمتوسط عمري 22,7 سنة، وانحراف معياري 8,92 , من مختلف المستويات الدراسية.

وقد قسمت العينة الأساسية (34 + 10) إلى أربع مجموعات تجريبية والخامسة ضابطة من الأسوياء وهي :

- 1- المجموعة الأولى - اكتئاب خفيف 10 حالات تلقت علاجاً معرفياً سلوكياً .
- 2- المجموعة الثانية - اكتئاب متوسط 10 حالات تلقت علاجاً معرفياً سلوكياً .
- 3- المجموعة الثالثة-اكتئاب شديد بدون أعراض ذهانية 7 حالات تلقت علاجاً معرفياً سلوكياً

4- المجموعة الرابعة - اكتئاب شديد بدون أعراض ذهانية 7 حالات تلقت علاجاً معرفياً سلوكياً بالإضافة إلى علاج دوائي .

5- المجموعة الخامسة ضابطة 10 طلاب من الأسوياء (لم يطبق عليهم البرنامج) .

وقد تم اختيار العينة بالطريقة القصدية والتي تختار لغرض معين .

منهج الدراسة: أتبع المنهج التجريبي في عملية تصميم العينة وضبطها من خلال طريقتين هما

- أسلوب الاختبار القبلي و البعدي و التتبعي .

- وأسلوب المقارنة بين المجموعات التجريبية والضابطة .

أدوات الدراسة: استخدم الباحث في الدراسة الحالية الأدوات التالية:

- مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI/II ترجمتوا إعداد: غريب عبد الفتاح غريب.
- مقياس هاملتون لتقدير شدة الاكتئاب HRSD واستعان الباحث بترجمتوا إعداد: جمال التركي ولطفي فطيم.
- استبيان الأفكار التلقائية السلبية ATQ تأليف Kendall & Hollon، ترجمتوا إعداد الباحث.
- مقياس التشويه المعرفي (اتجاهات الخلل الوظيفي) DAS تأليف Weissman & Beck، ترجمتوا إعداد الباحث.
- ثلاث استمارات تطبيقية، إعداد الباحث وهي:

أ- استمارة دراسة الحالة.

ب- استمارة تقييم انخفاض حدة أعراض الاكتئاب.

ج- استمارة تقييم مدى الاستفادة من البرنامج العلاجي ونسبة تقدير التحسن.

- المقابلات الإكلينيكية.

- دليل المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية، لمنظمة الصحة العالمية
ICD/10 – WHO.

- البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى الأثر الإيجابي للبرنامج المقترح في خفض حدة اضطراب الاكتئاب لدى أفراد عينة البحث من طلاب جامعة صنعاء، المترددون على عيادات مركز الإرشاد النفسي والتربوي بالجامعة.

❖ دراسة جيهان صلاح الدين محمد علي صقر (2008) بعنوان: فاعلية المهارات الاجتماعية التوكيدية و الأنشطة السارة في علاج الاكتئاب العصبي لدى طلاب الجامعة.

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى علاج الاكتئاب العصبي لدى طلاب الجامعة الشباب باستخدام فنيات علاجية (المهارات الاجتماعية، التوكيدية، الأنشطة السارة).
نوع العلاج النفسي: غير محدد. (ثلاثة تقنيات)

عينة الدراسة: تكونت العينة من (40) من طلاب الجامعة (20) ذكور (20) إناث ممن يعانون بشدة من الاكتئاب.

التصميم: قامت الباحثة بتقسيمها على الشكل التالي:

- مجموعة تجريبية أولى: (10) من الذكور والإناث.
- مجموعة تجريبية ثانية: (10) من الذكور والإناث.
- مجموعة ضابطة: (10) من الذكور والإناث.

منهج الدراسة: انتهجت الباحثة المنهج التجريبي.

أدوات الدراسة:

- مقياس بيك للاكتئاب. ترجمة: رشاد موسى (1989)
- استمارة المقابلة الشخصية. إعداد: صلاح مخيمر (1968)
- البرنامج العلاجي (المهارات الاجتماعية التوكيدية و الأنشطة السارة (علاج الاكتئاب إعداد الباحثة: جيهان صقر.)
- مدة العلاج: 12 اسبوعا بمعدل جلسة أسبوعيا، تتراوح مدة كل جلسة من (60-90) دقيقة.

التقييم البعدي: تم تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على المجموعة التجريبية مباشرة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

التقييم التتبعي: أعيد تطبيق مقياس بيك للاكتئاب على المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد (03) أشهر من تطبيق البرنامج العلاجي كنوع من تتبع تأثير العلاج.

نتائج الدراسة: تحققت جميع فروض الدراسة.

❖ دراسة وجاد حسين إبراهيم العجوري، (2007): فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف

الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية .

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى فحص مدى فاعلية البرنامج الإرشادي المقترح لتخفيف حدة الاكتئاب لدى أمهات أطفال مرضى سوء التغذية .

عينة الدراسة: 30 سيدة من اللواتي لديهن أطفال مصابون بسوء التغذية.

أدوات الدراسة:

- سلم بيك الثاني للاكتئاب.
- البرنامج الإرشادي.

التقييم البعدي: بعد شهر من تطبيق البرنامج الإرشادي.

التقييم التتبعي: بعد شهر من انتهاء البرنامج.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد المجموعة التجريبية عند مستوى دلالة (0,05).
- فيما يتعلق بمدى استمرارية أثر البرنامج في خفض حدة الاكتئاب، قامت الباحثة بتطبيق أداة قياس الاكتئاب على كل من المجموعة التجريبية والضابطة بعد شهر من انتهاء البرنامج وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة أقل من (0,01) بين القياس البعدي و التتبعي على مقياس الاكتئاب، وبالتالي فإن مستوى التحسن لدى أفراد المجموعة التجريبية كان مؤقتاً، مما يدل على أن البرنامج الإرشادي لم تكن له فاعلية تتسم بالاستمرارية.

❖ دراسة محمد توفيق علي محمد (1997): فاعليته برنامج إرشادي

لخفض الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة المراهقين.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة التعرف على نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية وتحديد مستوياتها لدى عينة البحث، وكذا تحديد طبيعة العلاقة بين الأعراض الاكتئابية لدى طلاب الجامعة المراهقين، وكل من المتغيرات التالية: التشويه المعرفي للذات، الوحدة النفسية، العلاقات الاجتماعية، الأنشطة السارة. وفي الأخير هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج للإرشاد النفسي للشباب واختبار فاعليته في خفض الأعراض الاكتئابية لدى عينة البحث.

عينة الدراسة: عينة الدراسة الكلية (400) طالب وطالبة عينة الدراسة التجريبية (60) طالبا وطالبة ممن يعانون من اكتئاب خفيف ومتوسط من طلاب العينة الكلية قسموا إلى مجموعتين ضابطة و تجريبية.

أدوات الدراسة:

- مقياس بيك للاكتئاب ترجمة (علي خضر ومحمد محروس)
- مقياس الأحكام التلقائية عن الذات إعداد (ممدوحة سلامة)
- مقياس الشعور بالوحدة إعداد (علي خضر ومحمد محروس)
- الأنشطة السارة للشباب (إعداد الباحث)
- البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث)

نتائج الدراسة:

- بلغت نسبة انتشار الاكتئاب الخفيف (17.25%) و المتوسط (13.25%) والشديد (5.0%) والنسبة الكلية (35.5%).
- وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين الأعراض الاكتئابية لدى المراهقين من طلاب الجامعة وكل من: التشويه المعرفي للذات والشعور بالوحدة وعلاقة سالبة بين الاكتئاب وكل من تبادل العلاقات الاجتماعية والأنشطة السارة.
- أدى البرنامج الإرشادي إلى خفض الأعراض الاكتئابية والتشويه المعرفي للذات وارتفاع معدل ممارسة الأنشطة السارة لدى المسترشدين.

❖ دراسة باسم محمد علي دحاحة (ب س): فعالية برنامجي إرشاد جمعي في تفنيد الأفكار اللاعقلانية وتأكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين.

هدف الدراسة: إلى استكشاف مدى فعالية برنامج إرشاد جمعي قائم على تنفيذ الأفكار اللاعقلانية وبرنامج إرشاد جمعي في تأكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (30) طالبا و (30) طالبة من طلاب الصف الأول الثانوي في مدرسة إربد الثانوية للبنين، ومدرسة صافية الثانوية للبنات في مدينة إربد.

التصميم: تصميم تجريبي مكون من عينة ضابطة عينتين تجريبتين تضم كل مجموعة (20) طالبا.

أدوات الدراسة: مقياس بيك للاكتئاب و مقياس مفهوم الذات لبيرس-هارس Piers-Haris

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بانخفاض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات للقياس البعدي وقياس المتابعة، وذلك لصالح المجموعتين التجريبتين مقارنة مع المجموعة الضابطة. كما تبين أن هنالك فرقا بين المجموعتين التجريبتين فيما يتعلق بانخفاض مستوى الاكتئاب البعدي لصالح المجموعة التجريبية الثانية التي تلقت تدريبا على تأكيد الذات، في حين لم يظهر هناك فرق بين المجموعتين التجريبتين فيما يتعلق بتحسين مفهوم الذات في القياس البعدي وقياس المتابعة. كما أنه لم يظهر أثر للجنس في خفض مستوى الاكتئاب أو تحسين مفهوم الذات وذلك للقياس البعدي وقياس المتابعة.

❖ دراسة عبد الله أبو عراد الشهري (1429): بعنوان " فعالية الإرشاد

الانتقائي في خفض مستوى سلوك العنف لدى المراهقين دراسة

تجريبية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامج إرشادي ذو طبيعة انتقائية تكاملية في التصدي للممارسات العنيفة والتقليل من مستوى العنف لدى عينة من المراهقين، والتحقق من مدى استمرارية اثر البرنامج بعد انتهاء الجلسات الإرشادية وأثناء فترة المتابعة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (24) مراهقا من طلاب الصف الثانية الثانوي تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة.

التصميم: تم تقسيم العينة إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة .

أدوات الدراسة:

- مقياس العنف لدى المراهقين .
- البرنامج الإرشادي الانتقائي التكاملي للتقليل من مستوى العنف إعداد الباحث.
- اختبار المصفوفات المتتابعة لراقن.
- استمارة البيانات الشخصية والاجتماعية من إعداد الباحث .

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة إجمالاً

- وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في مستوى سلوك العنف و أبعاده لصالح المجموعة التجريبية.
- كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في مستوى سلوك العنف و أبعاده في القياس القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي.

- وعدم وجود فروق دالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة الضابطة في مستوى سلوك العنف في القياس القبلي و البعدي -
- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية في مستوى سلوك العنف و أبعاده بعد تطبيق البرنامج الإرشادي (القياس البعدي الأول) وبعد فترة المتابعة في القياس التتبعي (القياس البعدي الثاني)

❖ دراسة أحمد حمزة (1432)، بعنوان: " فاعلية برنامج إرشادي تكاملي في تخفيف العنف لدى عينة من الأطفال الجانحين الأيتام (دراسة تطبيقية على مؤسسة دور التربية (رعاية الأيتام) مصر."

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي تكاملي في تخفيف العنف لدى الأطفال الجانحين الأيتام في دور التربية في مرحلة الطفولة المتأخرة .

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 20 من الأطفال الأيتام، تم تقسيم العينة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.

التصميم التجريبي: تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين المجموعة التجريبية وتتكون من 10 أطفال والمجموعة الضابطة تتكون من 10 أطفال.

أدوات الدراسة:

- مقياس العنف (من إعداد الباحث).
- البرنامج الإرشادي التكاملي (إعداد الباحث).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى ما يلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في سلوك العنف بعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح المجموعة التجريبية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أعضاء المجموعة التجريبية وأعضاء نفس المجموعة على مقياس العنف قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي لصالح القياس البعدي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أعضاء المجموعة الضابطة وأعضاء نفس المجموعة على مقياس العنف قبل تطبيق البرنامج وبعده.

التعليق على الدراسات السابقة :

من حيث طبيعة البرنامج: أغلب الدراسات كانت عبارة عن دراسات وصفية تبحث عن العلاقة بين متغير الاكتئاب ومتغيرات أخرى، وهذه الدراسات أفادت الباحثة في تصميم أبعاد البرنامج العلاجي.

بينما الدراسات التي هدفت إلى علاج الاكتئاب فكانت عبارة عن برامج إرشادية وليست علاجية.

من حيث الهدف: جل الدراسات السابقة هدفت إلى تصميم برامج إرشادية أو علاجية وقياس أثرها بالإضافة إلى علاج أو التخفيف من الاكتئاب أو بعض الاضطرابات الأخرى.

من حيث العينة:

- من حيث الحجم: اتفقت أغلب الدراسات على أن يكون عدد العينة لا يتجاوز وهذا لتقديم أفضل الخدمات لأفراد المجموعة إذ أن العدد الكلي للعينة قد يؤدي إلى ضعف مردود البرنامج العلاجي.
- من حيث طبيعة العينة فهناك من اعتمد على عينات إكلينيكية بينما اعتمد البعض الآخر على عينات من الطلبة .

منهج الدراسة: أغلب الدراسات التي تم الاطلاع عليها اعتمدت على المنهج التجريبي، مع التصميم التجريبي القائم على مجموعتين ضابطة وتجريبية.

طريقة التدخل: كل الدراسات التي تم الاطلاع عليها ذات طبيعة جماعية.

أدوات الدراسة :

- البرنامج الإرشادي أو العلاجي المصمم
- أدوات القياس القبلي و البعدي (التقييم أو التشخيصي)

من حيث المنهج: استخدمت اغلب الدراسات السابقة المنهج التجريبي ولصعوبة ضبط المتغيرات الدخيلة فيه قامت الباحثة باختيار المنهج شبه تجريبي لملائمته أكثر لطبيعة الظاهرة المدروسة.

من حيث النتائج: أثبتت اغلب هذه البرامج فاعليتها وحققت الأهداف المسطرة لها.

ماذا استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في موضوعها الحالي :

اعتمدت الباحثة على الدراسات الحالية كمرشد لها في تصميم البرنامج العلاجي. كما استفادت من طرق اختيار العينة وكذا من التقنيات العلاجية المطبقة.

من الملاحظ ندرة المواضيع والدراسات التي تعالج موضوع العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد ويعود هذا بالأساس إلى أن هذا الاتجاه العلاجي اتجه عملي أكثر منه نظري وهذا ما يفسر ندرة الدراسات والمراجع حوله.

موقع الدراسة الحالية بالنسبة للدراسات السابقة:

إن ما يميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في طبيعة العلاج المستخدم (انتقائي متعدد الأبعاد) وبالرغم من أن موضوع الدراسة وهو علاج الاكتئاب لدى فئة المراهقين موضوع متداول على العموم، إلا أن طبيعة العلاج المستخدم هي أهم ما يميز الدراسة الحالية.

كما تتميز هذه الدراسة بما أن التخصص يفرض نفسه فالباحثة تنتمي إلى علم النفس العيادي لذا اختارت أن تعد برنامجا علاجيا.

أكدت الدراسات السابقة على وجود علاقة بين الاكتئاب تقدير الذات الأفكار اللاعقلانية ونقص المهارات الاجتماعية.

اهتمت الدراسات السابقة بعلاج جانب واحد من جوانب الشخصية بينما حاولت الدراسة الحالية إتباع المنهج الانتقائي متعدد الأبعاد في علاج الاضطراب .

VI فرضيات الدراسة:

بعد الاطلاع على نتائج الدراسات السابقة و الإطار النظري للبحث يمكن صياغة الفرضيات التالية :

الفرضية العامة: البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد فعال في التخفيف من شدة الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة .

الفرضيات الفرعية:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على الدرجة الكلية لسلم بيك الثاني للاكتئاب عند $(\alpha=0,05)$ بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية عند $(\alpha=0,05)$ ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح الاختبار القبلي.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس الشعور باليأس عند $(\alpha=0,05)$ ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس تقدير الذات عند $(\alpha=0,05)$ ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح الاختبار البعدي.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية على متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على مقياس توكيد الذات عند $(\alpha=0,05)$ ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس البعدي.
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين البعدي و التتبعي على سلم بيك

الثاني للاكتئاب عند مستوى $(\alpha=0,05)$ ، بعد أربعة أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي (المتابعة) لصالح القياس البعدي.

VII حدود الدراسة:

الحدود المكانية: دائرة سيدي عقبة متقن السايب بو لرياح، ثانوية بشير البسكري.

الحدود الزمانية: الفصل الثالث من السنة الدراسية 2012-2013.

الحدود البشرية: يقتصر البحث الحالي على عينة من المراهقات المتمدرسات في المرحلة الثانوية (سنة أولى وثانية ثانوي) المقيمت في دائرة سيدي عقبة الراغبات في الانضمام إلى البرنامج العلاجي.

كما تحددت الدراسة بالأدوات المستخدمة فيها وهي:

- سلم بيك الثاني للاكتئاب BDI-II (ترجمة: غريب عبد الفتاح غريب)
- مقياس (هوبر ولاين) للأفكار اللاعقلانية (ترجمة: سليمان الريحاني)
- مقياس بيك للشعور باليأس (ترجمة: بدر محمد الأنصاري)
- مقياس (كوبر سميث) لتقدير الذات (ترجمة: فاروق عبد الفتاح)
- مقياس (وولب و لازاروس) لتوكيد الذات (ترجمة: غريب عبد الفتاح غريب)
- استبيان القصة الحياتية (إعداد أنولد لازاروس، ترجمة: محمد حمدي الحجار)
- قائمة التحليل السلوكي BASIC ID (إعداد أنولد لازاروس)
- البروفيل التركيبي (إعداد أنولد لازاروس)
- البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد - نموذج أنولد لازاروس - (إعداد الباحثة).

VIII التعريف الإجرائي بمتغيرات الدراسة:

البرنامج العلاجي: مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة، التي تسير وفق تسلسل منطقي، بهدف تقديم خدمة علاجية فعالة للمريض وتتحدد خطوات أي برنامج من خلال الإطار النظري للمدرسة العلاجية التي سوف يتبعها المعالج.

العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد: طريقة سلوكية معرفية تفاعلية تتألف من سبعة أبعاد وهي: السلوكيات، الانفعالات، الأحاسيس، التخيل، الأفكار، العلاقات البيئشخصية والجانب العضوي بشكل متكامل هو نوع من أنواع العلاج النفسي الذي يعتمد على استخدام تقنيات من مختلف المقاربات النفسية بدون ضرورة الالتزام بمبادئ نظرية ما. يعرف العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد في الدراسة الحالية بأنه: مقارنة علاجية حديثة، تهدف إلى الاستفادة من خصائص جميع المقاربات العلاجية، لتحقيق أقصى فائدة ممكنة للعميل وذلك بما يتلاءم ومشكلات العميل من جهة و أهداف العلاج النفسي من جهة أخرى.

الفعالية: يستخدم لوصف فعل معين وتحديد أكثر الوسائل قدرة على تحقيق هدف معين، كما تعرف بأنها القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة طبقا لمعايير محددة مسبقا، وتزداد الكفاءة أو الفعالية كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقا كاملا. ويقصد بها إجراءات مقدار التحسن الذي يحدثه البرنامج الانتقائي متعدد الأبعاد من خلال تطبيق برنامج علاجي يهدف إلى علاج الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية، وتقاس هذه الفعالية من خلال القياس القبلي البعدي و التتبعي للاكتئاب من خلال سلم بيك الثاني للاكتئاب هي مدى قدرة البرنامج المقترح على تحقيق نتائج ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بعلاج أعراض الاكتئاب ويقاس إجرائيا:

- بدرجات مجموعة البحث على سلم بيك الثاني للاكتئاب.

و درجاتهم على المقاييس:

- مقياس الأفكار اللاعقلانية
- مقياس بيك للشعور باليأس.
- مقياس (كوبر سميث) لتقدير الذات.
- مقياس (وولب و لازاروس) لتوكيد الذات.
- الفرق بين الاختبارين القبلي و البعدي وكذا نتائج الاختبار التتبعي.

الاكتئاب: اضطراب وجداني يتميز بعدد من الأعراض يستخدم هذا المصطلح لوصف خبرة ذاتية وجدانية تسمى حالة مزاجية أو انفعالية والتي تكون عرضا دالا على اضطراب جسمي أو عقلي أو اجتماعي وجملة مركبة من اعراض معرفية وسلوكية و فيزيولوجية بالاضافة إلى الخبرة الوجدانية. (محمد جاسم العبيدي، 2009، ص382) و يستدل عليه من خلال نتائج المفحوصات على سلم بيك الثاني للاكتئاب. (39 فما فوق درجة اكتئاب شديد).

الأفكار اللاعقلانية: مجموعة الافكار التي حددها إليس بـ (11) فكرة والتي تمثل العرض المعرفي للاكتئاب ويستدل عليها من خلال درجات المفحوصات على مقياس (هوبر ولاين) للأفكار اللاعقلانية.

الشعور باليأس: عرفه (آرون بيك) على أنه حالة نفسية ترتبط بأنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية وتتضمن الاتجاه السلبي للشخص نحو النظرة للحاضر والمستقبل . ويمثل الجانب الانفعالي للاكتئاب . (محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص18) ويستدل عليه من خلال درجة المفحوص على مقياس (آرون بيك) للشعور باليأس.

تقدير الذات: ويعرفه (كوير سميث) بأنه عبارة عن حكم ذاتي بجدارة الشخص ويتم التعبير عنه في الاتجاهات التي يتمسك بها الفرد نحو نفسه (محمد جاسم العبيدي، 2009، ص 242) ويستدل ليه من خلال نتائج مجموعة البحث على اختبار كوير سميث لتقدير الذات.

تأكيد الذات: يعرف ولبي القدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال ويمثل العرض البيئشخصي للاكتئاب ويستدل عليه من خلال الدرجات المتحصل عليها في إختبار (وولب و لازاروس) لتأكيد الذات.

المراقة المتدريسة: ويقصد بالمراقة في هذه الدراسة الأثنى التي يتراوح عمرها ما بين 16- 17 سنة والتي تزاوول دراستها في الصفين الأولى أو الثانية ثانوي المصابة باكتئاب شديد.

الفصل الثاني: العلاج النفسي

تمهيد

I	لمحة تاريخية عن العلاج النفسي
II	تعريف العلاج النفسي
III	خصائص العلاج النفسي
IV	أسس العلاج النفسي
V	أهداف العلاج النفسي
VI	العملية العلاجية
VII	مراحل العلاج النفسي
VIII	أشكال العلاج النفسي
IX	أخلاقيات العلاج النفسي
X	نظريات العلاج النفسي
	ملخص الفصل

يعتبر العلاج النفسي الخطوة التالية بعد تشخيص الاضطراب النفسي، وبالرغم من أهمية مرحلة التشخيص وصعوبتها إلا أن عملية العلاج النفسي لا تقل صعوبة، لذا فإن إطلاع المعالج النفسي على المقاربات النظرية أمر ضروري بل أنه في غاية الأهمية وفيما يلي استعراض لتعريف وأهداف وتاريخ العلاج النفسي وأهم مقارباته النظرية الشهيرة.

ألمحة تاريخية عن العلاج النفسي:

يعتقد الكثيرون خطأ أن تاريخ العلاج النفسي بدأ على يد (سيجموند فرويد) إلا أن الحقيقة تؤكد أن تاريخ العلاج النفسي يرتبط بتاريخ الأمراض النفسية والعقلية، حيث أن هذه الأخيرة وجدت منذ وجد الإنسان، فبالرغم من وجود محاولات قديمة للعلاج النفسي إلا أن العلاج النفسي كنهج علمي هو منهج حديث. في الفترة التي ظهر فيها المسيح عليه السلام، ظهر طبيب اسمه سلسوس Celsus كانت له بعض الآراء الثورية، فهو كان يرى أن الطب العقلي لا يتم فيه الشفاء عن طريق الفلسفة، فالفلسفة وسيلتها الكلمة، والكلمة قليلة الفاعلية في الشفاء، وقد هاجم معظم الأساليب المتبعة في علاج الأمراض العقلية آنذاك، كأسلوب العنف والضغط والشدة، ونتيجة لذلك فقد خرج (سلسوس) بمفهوم جديد في علاج مرضى العقل، يقوم على تخليص العقل مما يسيطر عليه من ضغوط وتوترات لا تحتلها النفس البشرية، وفي حوالي نهاية القرن الأول الميلادي كتب سورانيوس Soranus - وهو متخصص في الطب - عن الأصول الواجب إتباعها في علاج المرضى العقليين، فقرر بأنه يجب معاملتهم برفق ودون قسوة و أن يوضعوا في حجرات صحية بعيدة عن الضوضاء، و أن تكون هذه الحجرات في الطابق الأرضي منعا لإلقاء المرضى بأنفسهم من الطوابق العليا.

كما كان لقيام الثورة الفرنسية الأثر الكبير في توجيه الاهتمام لفئة المرضى النفسيين والعقليين، فلقد أكدت هذه الثورة على قيمة الفرد وعلى حقوق الإنسان، وبذلك بدأ الاتجاه الإنساني نحو هذه الفئة بالظهور، والواقع أن هذه الاتجاهات الحديثة التي تأثرت بالثورة الفرنسية أخذت تنتشر في العالم الغربي وتجد لها سندا من الرأي العام، ومن ثم بدأ الاهتمام أكثر بهذه الفئة، وترتبط بداية هذا الاهتمام في العصور الحديثة باستخدام التنويم المغناطيسي في علاج هؤلاء المرضى، ويعتبر تاريخ استخدام التنويم المغناطيسي حديثا جدا ، فهو يرجع إلى أواخر القرن الثامن عشر حين قام الطبيب النمساوي أنطون مسمر (Anton Mesmer) بتنويم المرضى النفسيين لعلاجهم.

حيث نجد شاركو Jean Charcot طبيب الأعصاب الفرنسي الذي توصل إلى تشخيص الهستيريا وعلاجها ثم تلاه Paul Dubois في سويسرا، وهو أول من حاول اختراق الحاجز الاجتماعي الذي يتوارى خلفه الفصامي، ووصل إلى كسر الجليد بين المريض والمعالج بالحوار المنطقي، وتلاه Pierre Janet وهو طبيب فرنسي قدم للطب النفسي أكثر من إضافة علمية وكان أول من إستن قواعد لعلاج الهستيريا و أول من تكلم عن الوهن العصبي. (ألفت حقي ، 2001 ، ص 133)

لقد كان العالم الفرنسي فيليب بينيل (Philippe Pinel) (1735-1826) الذي كان يعمل آنذاك في مستشفى بيستر (Bicetre Hospital) للأمراض العقلية أول من أدخل في مفهوم العلاج الأفكار الإنسانية، متأثرا بمبادئ الثورة الفرنسية حيث نظر إلى المرضى على أنهم مازالوا بشرا يستجيبون للعطف والتقدير والفهم، ولا بد من تضافر الجهود من أجل إعادة هؤلاء إلى حالتهم العقلية، وبدأ بتطبيق سياسة جديدة في هذه المستشفى التي كان يديرها، وملخص سياسته هذه كان الابتعاد عن العنف و القسوة في معاملة المرضى، لذلك أمر برفع السلاسل والقيود عن المرضى، كما قام (بينيل) أيضا بعمل سجلات خاصة من أجل تسجيل

الملاحظات عن المرضى مما ييسر عملية التشخيص والعلاج وتتبع حالة المرضى. وكان ذلك في غضون القرن الثامن عشر. (فيصل محمد خير الزراد، 1988، ص ص 09- 12)

وعلى الرغم من هذه الإرهاصات إلا أن حركة العلاج النفسي لم تبدأ إلا في أواخر القرن التاسع عشر، و أول من وضع منهجا محددًا للعلاج النفسي هو (سيجموند فرويد)، و إذا كان قد استفاد كثير من العلماء الذين سبقوه من أمثال شاركو. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2005، ص 12)

تاريخ العلاج النفسي في العالم العربي: تأثر الطب العربي في مراحله الأولى بنظرية الأخلاط الأربعة لدى اليونان، و اتخذها الأطباء العرب أساسا للباثولوجيا، ومن المجموعات الطبية الأولى التي ألفت بالعربية كتاب "فردون الحكمة" لعلي بن ربن الطبري وقد خدم بالطب المتوكل ومن قبله المعتصم العباسي، ويشتمل على كتابات في علم النفس والحواس و الأمزجة، وبعض العلل العصبية والكابوس الليلي والتشنج العضلي والفالج والارتعاش وشلل الوجه و أمراض و طبّابات الرأس والدماغ والصرع و أنواع الصداع المختلفة والدوار والنسيان.

ومن العلماء المسلمين أيضا (أبو الحسين بن عبد الله بن سينا) وقد كتب في تفسير الأحلام، كما اشتمل كتاب القانون على كتابات في القوى و الأفعال وهو خاص بأبحاث في وظائف الأعضاء وفي علم النفس.

و أنشأ العرب "البيمارستانات"، ففي صدر الدولة العباسية بني المنصور دورا لمعالجة الجنون، ويذكر الماحي أن أول بيمارستان أنشئ في الإسلام أنشأه الخليفة الوليد بن عبد الملك بدمشق عام 88 هـ (707 م) وكانت تعالج فيه جميع الأمراض بما في ذلك الأمراض العقلية، إلى أن هُجرت الكوارث وحل بها البوار وهجرها المرضى إلا من المجانين، حيث لا مكان لهم سواها، فصارت كلمة "مارستان" إذا سمعت لا تتصرف إلا إلى مأوى المجانين . وفي مصر أنشأ أحمد بن طولون أول بيمارستان عام 259 هـ كان يعالج فيه المرضى (لويس كامل مليكة، 2010، ص 30).

II تعريف العلاج النفسي:

2-1 التعريف اللغوي:

تتكون الكلمة الانجليزية المقابلة للعلاج النفسي Psychotherapy من جذرين إغريقيين يعني الجذر المقابل لكلمة therapy علاج في اسمه "خادم" وفي فعله "يخدم".

أما الكلمة "نفسى" psycho فهي مستمدة من جذر إغريقي يعني العقل أو العمليات و المناشط العقلية.

أي أن العلاج النفسي يشير في أصله اللغوي إلى عملية يقوم فيها شخص بدور المساعد لشخص آخر في مجال العمليات العقلية، وبعبارة أخرى، فإنه يعني "علاج العقل". (لويس كامل مليكة، 2009، ص11)

2-2 اصطلاحا:

تعريف ولبرج (Wolberg) 1967 "العلاج النفسي شكل من أشكال العلاج للمشكلات ذات الطبيعة الانفعالية، يحاول خلالها الشخص المدرب أن يقيم عامدا علاقة مهنية بالمريض بهدف استبعاد أو تعديل أو تأجيل ظهور اعراض موجودة أو أنماط شاذة من السلوك ومن ثم التوصل إلى نمو ايجابي في الشخصية"

أما **روتر Rotter "1971"** فيعرف العلاج النفسي بأنه "نشاط مخطط من جانب متخصص من علم النفس بغرض تحقيق تغيرات في الفرد تجعل توافقه في الحياة أكثر سعادة وأكثر بنواً".

كما يرى **روجرز Rogers** أن العلاج النفسي "هو تحرير الطاقة الموجودة فعلا لدى شخص إمكانية كافية".

وعرفه جوليان روتر **Julian.B.Rotter** "بأنه نشاط مخطط له يقوم به السيكولوجي ،هادفاً منه إلى تحقيق تغير في الفرد يجعل حياته أسعد وأكثر بناءية أو كليهما معا".(جوليان روتر، 1971، ص 137)

ويعرفه سيو وزملاؤه **Sue et al 1990** بأنه "التطبيق المنظم للأساليب المشتقة من الأسس النفسية بواسطة معالج متخصص وماهر ومدرب، بقصد مساعدة الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية". (محمد محروس الشناوي، 1996، ص15)

يعرف آرون بيك العلاج النفسي " بأنه طريقة بنائية مركبة، ومحددة الوقت وذات اثر توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية. (طه عبد العظيم حسين، 2007، ص157)

تعريف النقابة الوطنية لممارسي العلاج النفسي في فرنسا: هو مهنة مرتبطة بالصحة غير الطبية وتعنى بتقديم الخدمات النفسية للأفراد، وهذه المهنة تفترض حصول آلية شخصية ذاتية تهدف لتعميق معرفة الذات عند المعالج و إيجاد الحلول للإشكالات التي تجعل الفرد مرتتها وتابعا مما يسمح بإعادة إطلاق عملية التطور والنمو عند الفرد، والعلاج النفسي يستهدف بخاصة الجوانب الخفية أو غير المعروفة عند الفرد، هذه الخدمة العلاجية تتوجه نحو كل فرد يشعر بالحاجة لذلك وبخاصة لمن يعاني ويتألم من صعوبات نفسية وتبادلية وسلوكية ونفس جسدية وجنسية، وهذا ما يفترض حصول التزام متبادل وتعهد مشترك بين المريض والمعالج، والطريقة المعتمدة في العلاج هي التي تحدد أهداف العلاج إما الشفاء من العوارض والتكيف السلوكي أو تطور الشخص أو الدراسة الموضوعية للواقع وتقبل الثغرات الموجودة في الحياة اليومية. (عباس محمود مكي، 2007، ص32)

تعريف الجمعية الطبية النفسية الكندية "هو الوسيلة الطبية التي يقوم بها المعالج النفسي عن طريق جلسات من الحديث أو وسائل اتصال أخرى، للكشف عن سلوك الفرد المضطرب بهدف إصلاحه والتقليل من المعاناة"(أحمد بن سعيد الحريري، 2009، ص24)

يعرفه (فريدمان) **1976** " بأنه نوع من العلاج للأمراض العقلية و الاضطرابات السلوكية ينشا فيه المعالج عقدا مهنيا مع المريض ومن خلال اتصال علاجي محدد لفظي أو غير لفظي يحاول المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض الانفعالية وتغيير أنماطه السلوكية سيئة التوافق وتنمية شخصيته وتطويره"

يعرفه زهران **1980** " بأنه نوع من العلاج يستخدم فيه الطرق النفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج بالعمل على إزالة هذه الأعراض أو تعطيلها أو إزالة أثرها بمساعدة المريض على حل مشكلاته والتوافق مع البيئة واستغلال إمكانياته على أحسن وجه ومساعدته على تنمية شخصيته بحيث يصبح المريض أكثر نضجا و أكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل" (طه عبد العظيم، 2008، ص 20)

يعرفه د. فرانك **J.D.Frank 1982** كالتالي " العلاج النفسي هو ذلك التفاعل المخطط له، والمشحون بالوجدانية والثقة بين معالج مدرب ومخول اجتماعيا، وشخص آخر يعاني، ومن خلال هذا التفاعل يسعى المعالج للتخفيف من ضيق صاحب المعاناة وعجزه وذلك من خلال التواصل الرمزي الذي يعتمد على الكلمات بشكل أساسي وبعض النشاط الجسدي أحيانا " (تيموثي ترول ، 2007، ص488)

وعرفه نبيل حافظ **1983** " بأنه مجموعة الجهود الفنية التي يقوم بها المعالج النفسي في سبيل مساعدة الفرد على حل مشكلاته التي تواجهه وتحول بينه وبين توافقه النفسي "

وتعرفه إجلال سري **1990** "بأنه نوع من العلاج المتخصص تستخدم فيه طرق و أساليب نفسية لعلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض النفسية المنشأ بهدف حل المشكلات وإزالة الأعراض والشفاء من المرض ونمو الشخصية وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي والتمتع بالصحة النفسية" (طه عبد العظيم، 2008، ص 21)

يعرفه العسوي على أن "العلاج النفسي علاج اضطرابات الشخصية باستخدام التقنيات السلوكية أو علاج سوء التكيف أو الأمراض العقلية، إن العلاج النفسي المنهجي ما هو إلا تطبيق منظم وواع لتلك المناهج التي تؤثر بها نحن على غيرنا من الناس في حياتنا اليومية، والفرق الرئيسي بينهما هو استبدال المعرفة الحدسية بالمبادئ السائدة المستقرة والعامّة الخاصة بالديناميات السلوكية. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2005، ص ص 12-21)

و تشير حقي إلى أن العلاج النفسي تعرفه معظم المعاجم "على أنه التفاعل الذي يتم بين طرفين أو أكثر يكون أولهما المعالج النفسي وثانيهما طالب العلاج، وقد يضاف أفراد أصحاء أثناء الجلسات العلاجية للمساعدة، وتضيف أن العلاج النفسي عبارة عن عملية (إعادة تعلم) سواء تعلم شيء جديد أو استرجاع شيء قديم أو تعلم كيفية التعلم أو إزاحة تعلم خاطئ" (احمد بن سعيد الحريري، 2009، ص 172)

يعرفه طه عبد العظيم بأنه " علاقة بين معالج وعميل يعاني من اضطرابات انفعالية شديدة يسعى من خلالها المعالج إلى تقديم مجموعة من الخدمات للعميل تؤدي به إلى تعديل المشاعر والمعارف والاتجاهات و السلوك التي تجلب له التعاسة والشقاء". (طه عبد العظيم، 2008، ص 20)

ويعرف كورشين العلاج النفسي بأنه " محادثة لها هدف علاجي" أو على حد قول (أنا فرويد) "الشفاء الكلامي" Talking Cure، فهو يصف أي تطبيق مقصود للأساليب السلوكية بواسطة إكلينيكي بغرض تحقيق تغيير مقصود في الشخصية أو في السلوك.

فالكلام يشكل جزءا فقط من العلاج النفسي، لأنه ليس كل علاج نفسي له تأثير علاجي دائما، كما أن تغييرات علاجية يمكن أن تحدث دون علاج نفسي (الشفاء التلقائي). ومحور العلاج النفسي هو علاقة فريدة بين إكلينيكي وعميل يحدث بينهما اتصال يمكن أن يخفف من المعاناة و أن يهيئ الظروف لإعادة التعلم وللنمو الشخصي. (لويس كامل مليكة، 2009، ص 12)

يعرفه فابريكانت **Fabrikant** " بأنه طريقة للعمل مع المرضى لمساعدتهم على تعديل وتغيير أو إنقاص العوامل التي تعوق ممارسة الحياة بفعالية ويتضمن العلاج النفسي تفاعلا بين المعالج و المريض في عملية تحقيق هذا الهدف، وتتوقف الطريقة المعينة المستخدمة على الأعراض والصعوبات المقدمة، وعلى خصائص العميل والمدرسة العلاجية التي ينتمي إليها المعالج " (لويس كامل مليكة، 2009، ص12)

ويعرف جيروم فرانك العلاج النفسي تعريفا شموليا، ولكنه يستبعد المساعدات غير الرسمية التي يقدمها الأقارب و الأصدقاء " العلاج النفسي هو تفاعل مخطط ومشحون انفعاليا بين معالج مدرب ومعتمد من المجتمع، وبين شخص يعاني مشكلة، وفي هذا التفاعل يسعى المعالج إلى تخفيف شعور الشخص بالانضغاط والعجز من خلال التواصل الرمزي - الكلمات أساسا-، ولكن أحيانا من خلال الأنشطة البدنية، وقد يشرك المعالج أو لا يشرك أقارب المريض و الآخرين في العمليات العلاجية، ويشمل العلاج النفسي أيضا مساعدة المريض على تقبل وتحمل المعاناة بوصفها جانبا لا مفر منه في الحياة، ويمكن استخدامه بوصفه فرصة للنمو الشخصي"

وفي إطار هذا التعريف يميز فرانك العلاج النفسي عن غيره من أنواع المساعدة بالجوانب التالية:

- الإعداد الأكاديمي والمهني للمعالج والترخيص له من قبل المؤسسات الرسمية بممارسة العلاج.
- لا يحاول المعالج إشباع حاجات شخصية لديه ولا يطلب من العميل إشباع حاجات انفعالية شخصية له.
- لا يخشى المتعالج التعبير الحر عن مشاعره خوفا من ردة فعل المعالج وفي هذا الجانب يختلف العلاج النفسي عن المساعدة التي يقدمها أقارب و أصدقاء المريض.

- إجراءات العلاج النفسي على عكس الممارسات غير الرسمية تحكمها وتحددها تصورات نظرية . (لويس كامل مليكة، 2010، ص12)

يعرفه سامي محمد ملحم بأنه "نوع من العلاج تستخدم فيه طريقة نفسية أو أكثر لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات طبيعة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، بحيث يقوم المعالج وهو شخص مؤهل علميا و عمليا وفنيا بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها . (سامي محمد ملحم ، 2001، ص 38)

يرى ستروب إلى انه لا يوجد تعريف واحد متفق عليه، و لا يحتمل أن يوجد مثل هذا التعريف مستقبلا، فالعلاج النفسي يتوقف على التوجه النظري للمعالج وعلى عوامل أخرى، لذا فان البعض يراه علاجا نفسيا - اجتماعيا، بينما يراه آخرون نوعا من التربية، ويراه فريق ثالث وسيلة لتحسين نمو الشخصية وتحقيق الذات، لكن معظم المعالجين يتفقون على أن العلاج النفسي يتضمن علاقة إنسانية وأساليب نفسية لإحداث تغيير في الشخصية وفي السلوك. (لويس كامل مليكة، 2010، ص15).

تعريف آرثر ريبير **Arthur .S.Reber** "العلاج النفسي بالمعنى الواسع عبارة عن استخدام أية طريقة أو أي إجراء له القدرة على إحداث أو تحقيق الشفاء، أو له التأثير الشفائي على أي اضطراب عقلي أو نفسي انفعالي أو سلوكي فالعلاج النفسي يتناول أيضا الاضطرابات العقلية ولا يقتصر على الاضطرابات النفسية وحدها، وبهذا المعنى فان هذا المصطلح مستقل عن النظرية التي ينبع منها . (عبد الرحمن العيسوي، 2006، ص 21)

يرى كل من **أنجلش وأنجلش** "إلى أن العلاج النفسي يشير إلى استخدام أي منهج نفسي في علاج الاضطرابات العقلية أو سوء التكيف وهو مصطلح عام جدا وواسع المعنى والمضمون، ويتضمن أنواعا مختلفة، ولا يشير المصطلح إلى خطورة المرض أو شدته وعلى ذلك من الممكن استخدام العلاج النفسي لحالات حادة وعنيفة مثل الذهانات العقلية كما يمكن استخدامه لعلاج عادة بسيطة كمص الإصبع أو قضم الأظافر، كما لا يحدد المصطلح المدة الزمنية

المحددة للعلاج ولا مدى كثافة وعمق العلاج ولا الأساس أو الاتجاه النظري الذي يعتنقه المعالج".

يرى كل من بيتر ستراتون و دنيكي هايس Peter Stratton and Nicky Hayes أن هذا المصطلح يغطي كل مجالات المعالجات المؤسسة على أسس نفسية، والتي يقوم بها أشخاص متدربون لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من المشكلات النفسية. (عبد الرحمن العيسوي، 2006، ص ص 22-24)

بينما يرى محمد الطيب بأنه "شكل من أشكال علاج المرضى من ذوى الأفكار أو الوجدانيات أو الأفعال المضطربة ويقوم بالعلاج معالجون عن طريق عمليه التبادل اللغوي في الغالب ويكون الهدف الخاص من ذلك واضحا لكليهما وهو التخفيف من هذه الاضطرابات وتشجيع السلوك الأفضل" (زينب محمود شقير، 2002، ص 215)

تعريف سامر جميل رضوان "العلاج النفسي تسمية جامعة لكل طرق المعالجة النفسية العيادية أو النفسية التي تهدف إلى شفاء الأمراض النفسية أو المعاناة النفسية الجسدية وإلى تنمية الشخصية. وعندما نقول أن المعالجة نفسية فهذا يعني استخدام الطرق العلاجية النفسية فقط وليس أي شكل آخر من العلاج (كالعلاج النفسي الدوائي). أي أن العلاج النفسي يعرف من خلال استخدام طرق التأثير النفسية. و من هنا فأهداف العلاج النفسي تكمن في مساعدة الناس على التخلص من الأعراض المرضية النفسية التي يعانون منها أو التخفيف منها ومساعدتهم على تنمية شخصيتهم وتحقيق تفاعل أفضل مع البيئة المحيطة. كما يهدف العلاج لنفسي إلى زيادة فهم الإنسان لنفسه وتحديد إمكاناته وقدراته." (سامر جميل رضوان، 2003)

يشير هذا التعريف إلى إمكانية استخدام العلاج النفسي مع الاضطرابات الجسدية، لكن بدون استخدام العلاج الدوائي.

يمكن أن نلخص أهم نقاط الاتفاق بين التعريفات السابقة في النقاط التالية:

- علاقة مهنية تقوم بين طرفين أو أكثر معالج مدرب و مرخص له من طرف الدولة لممارسة مهامه و متعالج يطلب المساعدة والعلاج، و العلاقة العلاجية أساس أي علاج مهما كان نوعه.
 - التفاعل الشخصي بين المعالج و المتعالج أساس نجاح العلاج النفسي.
 - يعتمد على اللغة اللفظية بالدرجة الأولى، وفي بعض الحالات على النشاط الحركي.
 - تستخدم فيه وسائل نفسية متعارف ومتفق عليها تعتمد هذه الوسائل والتقنيات المستخدمة من طرف المعالج على : نوع المشكل و الأعراض، المدرسة التي ينتمي إليها المعالج و خصائص العميل.
 - المشكلات التي يعالجها إما أن تكون سلوكية، انفعالية، أو اضطرابات جسمية نفسية المنشأ.
 - له هدف معين محدد مسبقا.
 - مخطط له سابقا.
 - يسعى إلى إعادة بناء الشخصية وتطويرها، تعديل المشاعر السلوك الأفكار الاتجاهات اللاتوافقية و تحقيق معايير الصحة النفسية على رأسها التوافق والتكيف النفسيين .
 - النتيجة المرجوة تكون إما إزالة الأعراض المرضية نهائيا أو التخفيف من حدتها.
 - هو عبارة عن إعادة تعلم.
 - قائم على نتائج الأبحاث العلمية وبالتالي نستنتج منه تلك المحاولات العامة لتقديم المساعدة التي قد يتلقاها الفرد من طرف الأصدقاء أو الأقارب.
- وبالرغم من أن أغلب التعريفات السابقة تعتبر من التعريفات الشمولية التي تحاول أن تصل للخصائص المشتركة في مناهج العلاج النفسي المتنوعة مما يجعلها غير قادرة على وصف الخصائص النوعية المميزة لكل طريقة من طرق العلاج. إلا أن أغلب هذه التعريفات تتفق على أن العلاج النفسي يجب أن يتضمن :
- **التخطيط:** التحضير المسبق لعملية العلاج.

- الهدف: ضرورة تحديد الأهداف المرجوة من عملية العلاج.
- التدريب و التخصص: يقوم بعملية العلاج فرد متخصص.
- العلاقة العلاجية: بين المعالج و المتعالج علاقة مهنية.

من خلال ما سبق تعرف الباحثة العلاج النفسي بأنه " مجموعة الخدمات المنظمة التي يقدمها شخص مدرب و مؤهل، إلى فرد أو مجموعة من الأفراد اللذين يعانون من مشكلات ذات منشأ نفسي، ويطلبون المساعدة بهدف التخفيف من معاناتهم، في إطار علاقة علاجية متفق عليها مسبقا مخطط لها وفي فترة محددة " .

وبالنظر إلى التعريفات السابقة يتبين لنا أن العلاج النفسي ليس أسلوبا علاجيا واحدا بل توجد عده طرق و أساليب لتشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية، وان لكل أسلوبه ومنهجه ووسائله الخاصة و أسسه النظرية التي قام عليها ومن هذه الاتجاهات ما هو معروف وقديم مثل التحليل النفسي ومنها ما هو متطور وحديث مثل العلاج السلوكي فضلا عن العديد من الأساليب الأخرى التي صنفها البعض في فئات ثلاثة هي:

- الأساليب العلاجية القديمة: مثل التنويم المغناطيسي، و العلاج الروحي و الديني.
- الأساليب العلاجية الحديثة: التحليل النفسي، العلاج السلوكي، العلاج السلوكي المعرفي، العلاج العقلاني الانفعالي، العلاج المتمركز حول العميل، العلاج الجشطالتي.
- الأساليب العلاجية المساعدة: العلاج البيئي (الاجتماعي)، العلاج الأسرى، العلاج بالفن، العلاج باللعب، العلاج بالعمل، العلاج الترفيهي.

2-3 الفرق بين الإرشاد والعلاج النفسي: مما يلاحظ تجنب الكثير من الباحثين استخدام

مصطلح العلاج النفسي للتعبير عن تلك الخدمات الموجهة نحو العميل الذي يحتاج إلى مساعدة من نوع خاص، ويفضلون استبدالها بمصطلح الإرشاد النفسي، وهذا لتجنب المسؤوليات الملقاة على عاتقهم، ولتجنب أية مسائلة أيا كان نوعها، سواء من طرف المريض أو غيره . يرى عدد من الباحثين أن الإرشاد النفسي، والعلاج النفسي وجهان لعملة

واحدة وما التمييز بينهما سوى تمييز اصطناعي فالمرشدون النفسيون، والمعالجون النفسيون يستخدمون مصطلحي الإرشاد والعلاج بالتبادل تمثيلاً عملياً بينهما، وهم ينظرون إلى كل من الإرشاد والعلاج النفسي على أنهم توائم بالرغم من عدم تماثلها تماماً فهناك أوجه اتفاق بينهم كما أن هناك أوجه اختلاف أيضاً . (سامي محمد ملحم، 2001، ص 36)

وفيما يلي بعض النقاط التي يجدها العلماء نقاط اختلاف بين المفهومين: (أحمد عبد اللطيف، 2011، ص 48)

العلاج النفسي	الإرشاد النفسي
الاهتمام بالعصاب أو ذوي المشكلات الانفعالية الحادة.	الاهتمام بالأسوياء والعاديين وأقرب المرضى إلى الصحة وأقرب المنحرفين إلى السواء.
المشكلات أكثر خطورة وعمقا ويصاحبها قلق عصابي.	المشكلات أقل خطورة وعمقا ويصاحبها قلق عادي.
التركيز على اللاشعور.	حل المشكلات على مستوى الوعي.
المعالج مسئول أكثر عن إعادة بناء الشخصية.	المرشد يعيد تنظيم بناء الشخصية.
المعالج يعتمد أكثر على المعلومات الخاصة بالحالات الفردية.	المرشد يؤكد نقاط القوة عند المسترشد واستخدامها في المواقف الشخصية والاجتماعية ويستخدم المعلومات المعيارية في دراسة الحالة.
تدعيمي بشكل خاص.	تدعيمي تربوي.
يستغرق وقتاً طويلاً.	قصير الأمد عادة.
تقدم خدماته عادة في العيادات النفسية والمستشفيات والعيادات الطبية.	تقدم خدماته عادة في المدارس والجامعات والمؤسسات الاجتماعية.

جدول رقم (01): يوضح أوجه الاختلاف بين الإرشاد والعلاج النفسي.

من الواضح أن نقاط الاتفاق بين المفهومين أكثر من نقاط الاختلاف، مما حدا بالعديد من الباحثين إلى استخدام المصطلحين للإشارة إلى نفس المفهوم، فكل من الإرشاد والعلاج

النفسي يستندان إلى نفس النظريات و الأساليب العلاجية، ويتبعان نفس الإجراءات، بل أنهما يهدفان إلى نفس الأهداف. (جلال كايد ضمرة، 2008، صص 15-16).

كما قدم (لويس) أسسا يعتبرها مقبولة للتمييز بين الإرشاد والعلاج النفسي وهذه الأسس هي:

الأهداف: يتفق الكثيرون على أن أهداف العلاج النفسي تختلف عن أهداف الإرشاد النفسي، ويرون أن العلاج النفسي يهدف إلى تغيير الشخصية، بينما يركز الإرشاد على مشكلات محددة ويهتم بتنمية إمكانيات الفرد.

الأساليب: إذا كانت أهداف العلاج و الإرشاد مختلفة، فلا بد أن تكون أساليبها مختلفة، و بالرغم من انه ليس من السهل فصل أساليب الإرشاد عن أساليب العلاج تماما، إلا أن الفروق الواضحة بين هذين النوعين من الأساليب تتمثل في مدى استمرار العملية (العلاجية أو الإرشادية)، ومدى تكرار لقاء الفرد بالمعالج أو المرشد، ومدى التركيز على الخبرة الماضية وكيفية استخدام العلاقة العلاجية، وتخصص بعض الأدوات.

متطلبات التدريب: إذا كانت أساليب كل من الإرشاد والعلاج مختلفة فلا بد أن يكون التدريب على القيام بها مختلفا، وكما أن التدريب على الإرشاد لا يؤهل المرشد للقيام بالعلاج، فان التدريب على العلاج لا يؤهل المعالج للقيام بالإرشاد، فكل منهما معارف ومهارات خاصة به . (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2011، صص 42)

و ذهب (باترسون) إلى أننا نستطيع أن نحدد واحدا من الخصائص المميزة بين العلاج النفسي و الإرشاد النفسي تتمحور حول طبيعة المشكلات والصعوبات التي يواجهها، فالعلاج النفسي يوجه إلى الحالات المرضية الشديدة والتي تحتاج إلى إعادة بناء وتنظيم الشخصية أو الذات، أما الإرشاد النفسي فهو نشاط موجه لحل مشكلة بعينها لزيادة توافق الفرد كما أن له أهدافا وقائية. (محمد بن سالم بن محمد القرني، 2008، صص 113).

تتبنى الباحثة في هذه الدراسة وجهة النظر التي ترى أن العلاج النفسي و الإرشاد النفسي هما وجهان لعملة واحدة، و أن الاختلاف بينهما لا يعدو أن يكون اختلافا في التسمية فقط، حيث أن أوجه الاتفاق بينهما أكثر من أوجه الاختلاف.

III خصائص العلاج النفسي: بوسعنا تحديد أربع خصائص أساسية للعلاج النفسي، وهذه

الخصائص هي:

- أن العلاج النفسي هو فرصة للمريض ليعيد التعلم.
- أن العلاج النفسي يساعد على تنشيط نمو خبرات جديدة ذات أهمية انفعالية.
- توجد علاقة علاجية "بين المعالج والمريض" ذات مواصفات خاصة.
- أن العملاء في العلاج لهم دافعية وتوقعات معينة، وكثير من الناس يدخلون إلى العلاج، ومعهم القلق والأمل، فبالرغم من تخوفهم من مشكلاتهم الانفعالية، إلا أن الأمل يحدوهم في أن العلاج سيساعدهم. (محمد محروس الشناوي، 1996، ص15)

IV أسس العلاج النفسي: يقوم العلاج النفسي على مجموعة من الأسس الهامة والتي تتمثل

في:

- ثبات السلوك الإنساني والمرونة وقبول التعديل والتي في ضوءها يتم إجراء التغيير أو التعديل في السلوك.
- لكل مشكلة ظروفها وأسبابها وسبل علاجها.
- من الأسس التي تقوم عليها عملية العلاج النفسي مهارات وقدرات المعالج النفسي وسمات ودافعية واستجابات المتعالج (أحمد عبد اللطيف أبو اسعد ،احمد نايل الغرير ،2009، ص20)

وفي ضوء هذه الأسس فإن العلاج النفسي يحقق عددا من الأهداف العامة.

V أهداف العلاج النفسي:

على المعالج النفسي أن يضع نصب عينيه الهدف من العلاج، لأن ذلك سيساعده على تحديد نوع العمل الذي يجب القيام به، وعملية تحديد الأهداف مسؤولية مشتركة بين المعالج و المتعالج ، وكلما تمت هذه الخطوة بالاتفاق بينهما كلما ساهم ذلك في الوصول السريع للعلاج الفعال، ومن بين الأهداف العامة ما يلي :

- تقديم المساعدة للأفراد.
- إزالة أسباب المرض أو الاضطراب.
- علاج أعراض المرض أو الاضطراب.
- تعديل أو تغيير و إزالة السلوك غير التكيفي.
- تعليم العميل كيفية اتخاذ القرارات .
- إكساب المريض اتجاهات جديدة.
- زيادة تقبل الفرد لذاته.
- توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشكلات المختلفة.
- مساعدة المريض على تقبل الحقائق والتكيف مع من حوله والوصول به إلى شخصية ناضجة.(ألفت حقي ، 2001 ، ص 133)
- تحاول أن تقوي من دوافع المريض (العميل) لعمل ما هو صائب .
- تساعد المريض على إطلاق انفعالاته و التعبير عن المشاعر .
- تساعد على إطلاق إمكانيات النمو و التطور واكتشاف السبل المؤدية إلى ذلك .
- تؤدي إلى تعديل البناء المعرفي و أساليب التفكير الخاطئة فالعلاج النفسي الناجح يعلم الفرد كيف يفكر تفكيراً صحيحاً وبالتالي يستطيع أن يتصرف بطريقة ناجحة.
- تؤدي إلى المعرفة بالذات.

- تغيير العادات المرضية، والتي أصبح ينظر إليها على أنها استجابات وعادات شاذة تكتسب من خلال تعلم خبرات خاطئة، وليست فقط نتاج لغرائز فطرية أو صراعات داخلية لا شعورية.
- هناك بعض النظريات العلاجية التي تجعل هدفها الرئيسي هو التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاقات بين الناس، وكذلك يتجه اهتمامها لابتكار كثير من الوسائل لتحسين أساليب الاتصال الفكري والوجداني بين الناس على أساس أنها حاسمة في تحديد اتجاهات الصحة أو المرض في الشخصية. (أبو بكر مرسي محمد مرسي، 2002، ص128)
- كما أن التواصل الجيد بين المعالج و المتعالج من أجل بناء علاقة إنسانية متينة بينهما يعتبر هدفا أساسيا لا يتجزأ عن أهداف العلاج النفسي الكلية وخطوة أساسية في العملية العلاجية. (ماهر محمود عمر، 1992، ص37)
- و بصورة عامة يسعى العلاج النفسي إلى نمو الشخصية وسيرها نحو النضج والكفاءة وتحقيق الذات ويتحقق ذلك غالبا عن طريق المرور بالعمليات التالية :
- زيادة وعي الفرد و استبصاره وفهمه .
- حل الصراعات التي تسبب عجزه .
- زيادة قبول الفرد لذاته .
- توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل .
- تقوية عامة للأنا وبنائه عن طريق الملائمة والشعور بالأمان .
- توجه أساليب العلاج النفسي على اختلاف أنواعها للمريض للتمتع بالتكيف الشخصي الملائم، وقد يتطلب ذلك تعزيز دفاعات ذاته الوسطى (الأنا) أو يتطلب إعادة بناء أجزاء في شخصيته، يتوقف تحديد هذه الأهداف وكذلك الإجراءات على حاجات المريض وعلى التسهيلات العلاجية المتوافرة . (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2005، ص20) .

كما أكد كل من (بيتروفسا) و آخرون (Pietrofesa et al,1978) أن الأهداف الكلية للعلاج النفسي تكمن في تعديل سلوك الأفراد وفهم الذات، و اتخاذ القرارات وتطوير مهارات التخطيط للمستقبل.

كما يهدف إلى مساعدة الآخرين على حل مشكلاتهم بأنفسهم وتكيفهم مع صعوباتهم التي يواجهونها، وتعديل سلوكهم نحو الأفضل حتى يتخطون صعوبات تكيفهم، ويعبرون عن أزماتهم التي يعانون منها. (محمد جاسم العبيدي، 2009، ص16)

5-1 أنواع الأهداف في العلاج النفسي: تنقسم أهداف العلاج النفسي إلى أهداف طويلة الأمد وأخرى قصيرة الأمد:

الأهداف طويلة الأمد: تتصف أهداف العلاج النفسي طويلة الأمد بصفات أساسية أهمها:

- أن تكون ذات دلالة وأهمية خاصة للمريض وتكون مرتبطة بمشكلاته.
- أن تكون محددة الصياغة.
- أن يتم الاتفاق عليها مع المريض النفسي.
- أن تحقق طموحات المريض النفسي من خوضه لتجربة العلاج النفسي .
- أن تكون شاملة وواسعة.
- أن يعمل كل من المعالج النفسي والمريض على تحقيقها خلال الفترة الزمنية المحددة للعلاج.

الأهداف قصيرة الأمد: لكي تكون الأهداف قابلة للتحقيق وتشعر المتعالج بالنشاط و الحماس نحو العلاج، لا بد أن تكون أهداف قصير الأمد، وهذا من أجل تجنب المتعالج الشعور بالضجر أو بعدم جدوى العلاج النفسي لاستبطائه تحقيق الأهداف طويلة الأمد، و تتميز هذه الأهداف الفرعية قصيرة الأمد بالتركيز والاختصار والنوعية و القابلية للقياس والتحديد، ويستطيع كل من المعالج النفسي والمريض تحقيقها خلال أسابيع قليلة لتحقيق نوع من التقدم في العلاج النفسي، وليحدث التراكم العلاجي تدريجيا، ولغرس الأمل في نفس المريض بان ثمة

تغيرا ايجابيا قد حدث، وليتمكن المعالج النفسي من تطوير الجلسات العلاجية أثناء الممارسة العيادية وكلما كان الهدف طويل الأمد طموحا كنا بحاجة لثد لوضع أهداف علاجية معرفية قصيرة الأمد، و إذا ما توقف التحسن العلاجي أو انهارت نتائجه فجأة فإن الاحتمال الأرفق في هذه الحالة مؤداه أننا وضعنا أهدافا علاجية على أنها أهداف قصيرة الأمد، وتبين بالدليل العلمي أنها ضخمة وطويلة الأمد، أو ضعيفة الصياغة والتحديد، أو شديدة الصعوبة عند شرحها وتنفيذها من قبل المريض على أنها واجب منزلي، ومن ثم نكون بحاجة لإعادة النظر فيها وتفكيكها إلى أهداف قصيرة الأمد تكون كثر واقعية وئشد تركيزا واختصارا حتى يستطيع المريض تنفيذها وتحقيقها، وربما كانت الأهداف الفرعية غير ملائمة ولا ترتبط بمشكلات المريض، ومن ثم نكون بحاجة لإعادة تحديدها والعمل على إعادة صياغتها بحيث تصبح أكثر ارتباطا بمشكلات المريض. (بيرل س. بيرمان، 2004، ص20)

2-5 كيفية وضع أهداف العلاج النفسي: إن وضع أهداف المعالجة النفسية يعتبر خطوة رئيسية في تكوين العلاقة التحالفية بين المعالج و المتعالج، فالأهداف الموضوعية و الواضحة ستزود المتعالج بمعنى المعالجة النفسية وتطورها. إن أهداف كل من المعالج النفسي و المتعالج تتبدل خلال مراحل العلاج المختلفة، فمن الشائع انه بعد الجلسات العلاجية الستة أو الثمانية الأولى أن يعاد تقييم و إعادة صياغة أهداف العملية العلاجية أي وضع بديل عنها، بعد تقويم الأهداف و إحصاء ما تم تحقيقه منها يجب وضع قائمة للأهداف التي يعتقد المعالج النفسي ضرورة الاستمرار في السعي نحو تحقيقها مع وضع خطة مبدئية وواقعية لكيفية تحقيقها على أن تكون هذه الأهداف تتميز بأنها محددة نوعية و ملموسة أي أن تكون بعيدة عن العمومية والغموض قدر المستطاع حتى لا تكون هي في حد ذاتها عقبة نحو تحقيق العلاج، إن أولى الخطوات المهمة في طريق العلاج النفسي هي تحديد المهام أو التخطيط لخطوات العلاج بتقريبات متتالية بمعنى أن يتم الانتقال إلى الهدف التالي في حال تم تحقيق الهدف السابق، ومن شأن هذا أن يخفف من حدة القلق والتوتر التي يشعر بها العميل إضافة إلى شكواه الأساسية، كما أن هذا سيساعد المتعالج في التكيف مع مشكلاته بالإضافة إلى الحماس

في التغلب عليها .على المعالج معرفة ردة فعل المتعالج نحو الأهداف وترتيبها المقترح (حسب الأولوية) التي تم الاتفاق عليها وهذا لإشراك المتعالج وجعله جزءاً فعالاً في العملية العلاجية وليس مجرد متلقي سلبي (جون زارو،رونالد براش،ديبورا تدلمان،ايروني ديبيلان،2001،ص 97)

3-5 عوامل تساعد على بلوغ أهداف العلاج النفسي:

- وجود دافع داخلي لدى المريض نحو التكامل ونحو التمتع بالصحة النفسية والجسمية .
- العلاقة الفريدة بين المعالج النفسي و المتعالج، التي تتصف بالود والتسامح، حيث تساعد المريض على الكشف على صراعاته العميقة ومشاكله الصعبة دون ان يخاف من الحكم القاسي عليه أو من النقد أو العقاب . (عبد الرحمن محمد العيسوي،2005، ص 22) .

VI العملية العلاجية: يقصد باصطلاح عملية Process أن يكون هناك تتابع معروف من الأحداث التي تقع عبر الزمن، وعادة فإن العملية تشتمل على مراحل متتابعة. و هكذا يمكن القول بأن عملية العلاج هي تلك الخطوات، أو المراحل المتتابعة التي يعمل فيها المرشد مع المسترشد ابتداء من إحالة المسترشد إليه حتى إقفال الحالة، والتحقق من الوصول إلى أهداف العلاج.(محمد محروس الشناوي،1996،ص 18)

6-1 عناصر العملية العلاجية: تتكون العملية العلاجية من ثلاثة عناصر هي المعالج، المتعالج والعلاقة العلاجية.

أ- **المعالج النفسي:** هو الشخص الذي يحمل التأهيل الدراسي والتدريب في مجال علم النفس، وكثيراً ما يكون متخصصاً في فرع دقيق لعلم النفس مثل علم النفس العيادي الذي يتعامل مع المشكلات النفسية والحالات المرضية ويسمى بالأخصائي النفسي العيادي.(لطفى عبد العزيز الشربيني،2009)

خصائص المعالج النفسي: يتميز المعالج النفسي بمجموعة من الخصائص تتمثل فيما يلي :

- **المسؤولية:** من واجب المعالج النفسي ممارسة مهنته بدقة و أن يكون على قدر الثقة الممنوحة له. عليه أن يكون دائماً واعياً بالمسؤولية الاجتماعية، الناجمة عن كون مهنته تتيح له إمكانيات واسعة لممارسة التأثير على الآخرين. إن المتخصص النفسي يقر بحق الفرد في أن يعيش على مسؤوليته وفق قناعاته الخاصة، ويسعى في نشاطه المهني من أجل تحقيق النزاهة والموضوعية. إنه يقظ، حساس تجاه العوامل والتأثيرات الشخصية والاجتماعية والمؤسسية والاقتصادية التي يمكن أن تقود إلى سوء استخدام أو استخدام غير صحيح لمعارفه وقدراته.

- **الكفاءة:** يتطلب السلوك المهني المسئول كفاءة تخصصية عالية (دكتوراه في علم النفس كشرط لازم وغير كاف). ومن واجب المتخصص النفسي أن يجاري المستوى الراهن من المعارف من خلال التدريب المستمر و عليه أن يعرف كذلك التعليمات السارية من أجل ممارسة مهنته. إن المتخصص النفسي لا يقدم سوى الخدمات التي تقع ضمن نطاق قدراته التي اكتسبها من خلال التأهيل و الخبرة التخصصية. إنه يسترشد هنا بالمعارف العلمية والتخصصية الحديثة ويستخدم الطرق المناسبة المعترف بها والمختبرة. إنه يتمسك بالمبدأ الأساسي للموثوقية العلمية ويختبر نجاح عمله. إنه لا يأخذ على عاتقه المهمات النفسية إلا إذا استطاع المحافظة على الواجبات المرتبطة بها. وعلى أساس من كفاءته يتصرف في المسائل العملية النفسية على مسؤوليته الخاصة و باستقلالية.(سامر جميل رضوان، 2003)

ب-العلاقة العلاجية: ويقصد بالعلاقة العلاجية رابطة عمل بين متعالج ومعالج، أي أن هدف المعالج هو إقامة علاقة علاجية فقط بالمعنى التحديدي، ولا يسعى المعالج في المعالجة إلي أي هدف انفعالي غير أن يكون متعاطفا ومنسجما ومتقبلا ليس بصورة مزمنة و إنما في

المواقف الملموسة مع المتعالج، وبالتالي فإن المعالج يستهدف وظيفة ما من خلال سعيه إلى إقامة حالة انفعالية والحفاظ عليها (سامر جميل رضوان، 2002، ص 21)

إذا نمت العلاقة العلاجية بالشكل السليم فإنها تساعد المريض على مواجهة الشدائد، أما إذا أصبحت أقوى من اللازم فإن المريض يصبح اتكاليا ويفقد قدرته على الاعتماد على الذات. لذا يجب أن يشعر المريض أن بإمكانه الحصول على اهتمام المعالج لكن مع الإدراك أن العلاقة رسمية وليست علاقة صداقة، ويجب أن يراقب المعالج أي علامات تدل على المبالغة في قوة العلاقة مثل سؤال المريض عن الحياة الشخصية للمعالج، أو إطالة الجلسة أكثر من الوقت المخصص لها، أو الاتصال مع المعالج تلفونيا لأسباب واهية، و إذا حصل مثل ذلك فيجب أن يوضع حد له، و أن يبين المعالج أن العلاقة ستكون أكثر فائدة إذا ظل هو على الحياد، بمعنى أنه مهتم ولكن غير متعلق بالمريض شخصيا. تتضمن العلاقة العلاجية على التحالف العلاجي (نظام أبو حجلة، 1998، ص 280)

التحالف العلاجي: لكي يتقدم العلاج، يتعين أن يتوفر لدى المريض الدافع وأن تتوفر الإرادة لبذل الجهد المطلوب بالنظر للمقاومة التي تظهر جراء الألم من مجابهة الفرد لنقائصه، فالمريض يبقى يتأرجح بين رغبته في الشفاء وبين رغبته في البقاء على ما هو عليه، لذا فإن نجاح العلاج النفسي يتوقف على قدرة المعالج النفسي على بناء ذلك التحالف العلاجي الذي يجمع بين المعالج وبين الجزء العقلاني الباحث والساعي لى الصحة والشفاء و العلاج في شخصية المريض الذي عادة يكون في صراع مع الجانب اللاعقلاني من ذاته، ويظهر هذا الصراع في أكبر صورته في مشاعر العميل المتناقضة إزاء الانخراط في العملية العلاجية من عدمه. إن هذا التحالف في غاية الأهمية لكونه يستطيع الكشف عن الجانب اللاعقلاني، والسعي إلى تغييره لتحقيق التكامل والعقلانية وال ضبط الذاتي، فالعلاج النفسي لا يستطيع تحقيق أهدافه بل إنه لا يستطيع تحديد أهدافه من دون المشاركة الاختيارية والطوعية من طرف العميل وهذا ما يعرف بالرغبة في العلاج ومدى استعداداته للتضحية ببذل الجهد والوقت والمال، وتكون بداية تكوين علاقة علاجية بتكوين ما يطلق عليه كورشين "الالتزام الأساسي"

Fundamental Commitment بالعلاج النفسي ويعني به إرادة النظر إلى الذات نظرة كاملة وافية، وهذا هو الإسهام الأساسي للمريض في "عقد العلاج" الذي يحدد حقوق وواجبات كل من المعالج و المتعالج . (لويس كامل مليكة ،2010، ص37)

العقد العلاجي: يمثل العقد العلاجي ذلك الاتفاق المسبق بين المعالج و المتعالج حيث لابد أن يتضمن كل من الالتزامات التي تجب على كلا الطرفين و يجب أن يضم:

- حقوق وواجبات كلا الطرفين المعالج و المتعالج في آن واحد.
- الأهداف العامة والخاصة للعملية العلاجية .
- حدود العلاقة العلاجية .

لابد للإشارة إلى أنه يتم وضع بنود هذا العقد العلاجي من خلال المناقشة والتفاوض في المراحل الأولى للعلاج، ويعتمد هذا على مدى الاتفاق بين كلا من المعالج و المتعالج، و من الوارد جدا إعادة صياغة هذا العقد أو التفاوض فيه مستقبلا، ويضم هذا العقد في العادة كل من جدول المواعيد ومصاريف العلاج، فتحدد أوقات الجلسات وتواترها ومصاريفها، ويتعهد العميل من خلاله على الالتزام بالحضور الدائم للجلسات المحددة، و أن يقوم بالاعتذار قبل موعد الجلسة بوقت كافي في حالة ظرف معين، و أن يدفع تكاليف العلاج بأسلوب مناسب متفق عليه،و أن يتعهد بالتعبير عن مشاعره وخبراته بأمانة وصدق كما أن على المتعالج كذلك أن يتعهد بدوره بالالتزام بالمواعيد المتفق عليها، و أن يوفر الخصوصية في الجلسة و أن يحمي سرية العلاج، و أن يكون من السهل الاتصال به في حالات الطوارئ، وعلى المعالج أن يوضح للعميل في هذه المرحلة أن العملية العلاجية يمكن أن تستغرق وقتا وأنه أي المعالج مستعد لتوجيه وتركيز جهوده اتجاه المريض ومحاولة مساعدته خلال الجلسات وذلك بتجنيد جميع معارفه و مهاراته وقدراته، وعليه أن يشدد التركيز في هذه المرحلة على موضوع السرية بتأكيده للعميل على أن سرية العلاج هي في إطار الميثاق الأخلاقي للمهنة، لأن هذا يتوقف على عدة عوامل، أهمها على الإطلاق مدى رغبة العميل في العلاج والشفاء ومدى قدرته على

تقبل التغيير، وعلى المعالج النفسي أن يذكر العميل بأنه سيبدل قسارى جهده في العملية العلاجية إلا أنه لا يتعهد بنجاحها. (لويس كامل مليكة، 2010، ص39)

✓ **تحديد الأهداف:** من المهم التطرق في العقد العلاجي إلى أهداف العلاج النفسي، ويبقى الهدف العام هو محاولة التخفيف من معاناة العميل ودعم نموه الشخصي، و يتم وضع الأهداف الخاصة بالتعاون مع المريض، و يقوم المعالج في هذه المرحلة بمحاولة التعرف على توقعات العميل من العلاج النفسي.

✓ **إقامة الحدود:** تعتبر العلاقة العلاجية علاقة إنسانية غير أنها ليست كباقي العلاقات كالصداقة والقرابة، لهذا فهي تتميز بمجموعة من الخصائص التي تجعلها قادرة على إحداث التغيير المرجو في شخصية العميل، من هنا وجب وضع حدود لهذه العلاقة الخاصة حتى تحقق هذا الهدف ومن هذه الحدود مايلي:

- وجوب حضور العميل في المواعيد المحددة مسبقا .
- عدم مغادرة الجلسة العلاجية قبل انتهائها .
- دفع نفقات العلاج .
- احترام شخص المعالج وممتلكاته .
- إمكانية التعبير عن الغضب لكن بشرط أن يكون لفظيا فقط.
- إمكانية إظهار مشاعر الحب والاحترام والتقدير للمعالج في حدود اللياقة على أن لا تتجاوزها إلى أفعال.
- عدم المبالغة في الحنو.
- عدم فرض آراء المعالج الخاصة نحو القضايا أو حول الناس.
- علاقة رسمية محكومة بزمن ومواعيد يجب التقيد بها .
- إنهاء العلاقة إذا عجز المعالج عن مساعدة العميل .(أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2009، ص35)

تحديد طرق وفنيات العلاج النفسي المناسبة: يعتمد اختيار الطريقة العلاجية المناسبة اعتماداً على الأهداف العلاجية التي يسعى المعالج إلى تحقيقها رفقة العميل، لأن طريقة العلاج النفسي المناسبة تعتبر الوسيلة التي من خلالها سيتم تحقيق الأهداف العلاجية المسطرة، ومن ثم فمن الضروري أن تسبق عملية اختيار الطريقة العلاجية المناسبة عملية تحديد الأهداف العلاجية العامة والخاصة، كما على المعالج أن يراعي التوقيت المناسب لتطبيق الطريقة العلاجية، ويعتمد اختيار طرق العلاج النفسي على عدة محكات أساسية كما حددها محمد محروس الشناوي وهي :

- خصائص المعالج النفسي و تفضيلاته، فكل معالج تفضيلات للطرق التي يمكنه أن يستخدمها، كما أن هناك قيود أخلاقية تجعله لا يستخدم سوى الطرق التي يجيدها لكن من المفضل ألا يعتمد المعالج على طريقة واحدة.
- الدراسات السابقة، بحيث يجب عند اختيار طريقة العلاج النفسي أن يراجع المعالج النفسي الدراسات والبيانات المنشورة حولها فمن خلالها يستطيع المعالج الاطلاع على مدى استخدام الطريقة ودرجة نجاحها.
- العوامل البيئية المحيطة في بيئة العلاج النفسي لما لها من تأثير على اختيار طريقة العلاج النفسي، ومن بين هذه العوامل البيئية الوقت، والتكلفة والتجهيزات والدور الذي يلعبه المحيطون ذو أهمية، ومدى توافر العوامل المعززة في البيئة الطبيعية للعميل.
- طبيعة طريقة العلاج النفسي تتوقف على طبيعة مشكل العميل.
- طبيعة الأهداف النهائية تحدد الطريقة العلاجية التي سيتم إختيارها .
- طريقة العلاج تعتمد كذلك على نتائج التشخيص.(طه عبد العظيم حسين،2002، ص264)

عوامل نجاح العلاقة العلاجية: لنجاح العلاقة العلاجية لابد من توفر مجموعة من العوامل تتمثل في:

- تقبل المتعالج و احترامه على ما هو عليه دون التأثر بأفكار سابقة عنه ودون اللجوء إلى تجريحه أو لومه أو إصدار الأحكام عليه والنظر إلى المتعالج على أنه شخص له كرامة بغض النظر عن محتوى سلوكه .
- شعور المتعالج بأن المعالج سيتفهم مشكلته ويتفهم مشاعره تجاه تلك المشكلة .
- شعور المتعالج بأن لدى المعالج الرغبة المخلصة الصادقة لمساعدته، فالمعالج يعطي الوقت والجهد المطلوبين للمساعدة وينصت لحديث المتعالج باهتمام .(ناصر الدين أبو حماد ،2008،ص08)

عوامل إخفاق العملية العلاجية: هناك عدة عوامل من شأنها إفشال عملية العلاج النفسي نذكر منها:

- الشرود الذهني للمعالج: قد يشرذم المعالج النفسي أثناء الجلسة العلاجية مع المتعالج، ونتيجة لعدم الانتباه هذا يولد عنده شعور بالملل من الجلسة.
- عدم تجاوب المعالج مع المتعالج: حسب رأي البعض توجد هناك ثلاثة أنماط من الإخفاقات التي يسببها عدم تجاوب المعالج والتي تسمى بالإخفاقات التوكيدية وتتمثل في :
 - عدم قدرة المعالج على التجاوب العميق: أي إخفاق المعالج في فهم المتعالج وذلك لنقص القدرة على التجاوب أو وجود آليات دفاعية تمنع هذا التجاوب مثل العجز في المهارة وهي تنشأ عادة عن قلة التدريب الصحيح أو نقص الخبرة.
 - التجاوب المبعثر أو غير المنظم أو انعدام الاستخدام الصحيح للتجاوب العميق، يحدث عندما يحاول المعالج أن يكون أميناً وصريحاً ولكنه يذهب بعيداً في ذلك، فيضرب على الوتر الحساس لدى المتعالج مما يثير آليات الدفاع عنده.

- التجاوب المشروط بالقصور الأدائي للمعالج: ويحدث هذا عند قيام المعالج بخلق بحور من الإباحية أكثر من حاجة المتعالج فيقوم المعالج بفهم ما يريد أن يفهم و يهمل ما يريد إهماله من حالة المتعالج.
- العدوانية: أشكال العدوانية التي قد يظهرها المعالج تجاه المتعالج كثيرة منها التذمر، الخيانة، الاستهزاء، التلاعب بعواطفه، أو استخدام المعالج كلمات نابية أو تعابير غير ملائمة أو استخدام الصمت كأسلوب مبطن للتعبير عن العدوانية.
- الإخفاقات الإدارية وتتمثل في:
 - نسيان المعالج موعد الجلسة.
 - حضور المعالج المتأخر عن الموعد.
 - إنهاء فترة العلاج قبل إتمام المدة المخصصة لها. (هادي مشعان ربيع، 2008، ص 167)

إنهاء العلاقة العلاجية: يفترض أن إنهاء العلاقة العلاجية يعني تحقيق أهدافها، ويتم ذلك عادة باتفاق المتعالج والمعالج، أما إذا انقطع المتعالج قبل ذلك فيعتبر من "المتساقطين" Drop- Out ويفترض أنه لم يستفد من الخبرة الجماعية رغم ان ذلك قد لا يكون صحيحا بالضرورة دائما ورغم أن إنهاء العلاقة بنجاح هو غاية كل عضو، إلا أنه قد تصاحب تحقيق ذلك مشاكل بالغة الصعوبة يتعين أن يكون المعالج واعيا بها، فقد يحس بعض الأعضاء بالرغبة في التنافس مع عضو أو قد لا يتحمل البعض فراقه ويحسون أنه قد تخلى عنهم بينما يتصرف البعض الآخر كما لو كان هذا العضو قد مات ويحسون بالحزن العميق، ولذلك يتعين التمهيد له بوقت يتراوح من شهرين إلى ثلاثة (من 8 إلى 12 جلسة) لاستطلاع مختلف الأسباب والظروف وتحليلها وشرحها والانتهاء الناجح للعلاقة يمكن أن يكون مصدر تشجيع للكل. (لويس كامل مليكة، 2010، ص 118)

ج- المتعالج: هو فرد يعاني من اضطراب نفسي ما، ويسعى إلى العلاج و طلب المساعدة.

خصائص المتعالج: لتلقي العلاج النفسي لابد من توفر بعض الخصائص لدى المتعالج من بينها ما يلي:

- توفر درجة من الذكاء لديه.
- شعوره بحالة الاضطراب النفسي.
- أن تكون لديه رغبة في الشفاء.
- أن يكون لديه القدرة على تلقي المعلومات من المعالج.
- أن يطيع المعالج بما يلزمه به.
- أن يشعر بالاطمئنان مع المعالج. (زينب محمود شقير، 2002، ص218)

VII مراحل العلاج النفسي: تختلف مدارس العلاج النفسي في الأهداف وطرق تحقيقها، إلا أنها تشترك على العموم في خطوات العلاج النفسي حيث تبدأ ببناء العلاقة العلاجية مع المتعالج، ومن ثم ينم الانتقال إلى مرحلة تقييم المشكلة من حيث ظروف حدوثها، شدتها، والسلوكيات المرافقة لها ومدى وضوح هذه المشكلة لدى كل من المعالج و المتعالج، بعد الانتهاء من هذه المرحلة يتم المرور إلى مرحلة تطوير وتسطير أهداف العلاج، الأهداف طويلة المدى و الأهداف قصيرة المدى، ويناقش في هذه المرحلة كل من المعالج و المتعالج المخرجات السلوكية المراد الوصول إليها وتحقيقها، يلي هذه المرحلة مرحلة التأكد من استعداد المتعالج ورغبته و التزامه بتحقيق هذه الأهداف، ومن ثم مرحلة جمع المعلومات حول مقاييس الخط القاعدي، و كمرحلة أخيرة يتم تطبيق الاستراتيجيات العلاجية أي التدخل العلاجي. (ناصر الدين أبو حامد، 2008، ص08)

ويمكن تلخيص مراحل العملية العلاجية في الخطوات التالية:

7-1 التشخيص النفسي: إن التشخيص هو الأساس لقيام العلاج النفسي وهو المحرك للعمل في العلاج النفسي، إذا لا نستطيع الحديث عن علاج نفسي بدون تشخيص ولن تكون هناك عملية تشخيص حقيقية إذا لم يعقبها علاج نفسي، فالتشخيص يؤدي إلى العلاج النفسي

ويوجهه من خلال تحديد المشكلة وتصنيف الحالة بشكل دقيق حتى يكون العلاج النفسي مناسباً وملائماً للمشكلة ويقدم الحل الواقعي والمناسب. (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، أحمد نايل الغرير، 2009، ص21)

7-2 خلق جو وعلاقة علاجيتين: ويتضمن هذا إعداد حجرة العلاج أو المكتب بحيث يكون هادئاً ومناسباً لإجراء المقابلة أو المناقشة، وينبغي أن يعتق المعالج اتجاهها ودياً فيه قبول وتسامح للمريض و آرائه، من شأن هذا أن ينمي الشعور بالثقة في المريض، وبذلك يشعر بالأمان أمام الإفصاح عن مشاكله الحقيقية، وعلى المعالج أن يخطط أو يبني الموقف العلاجي بمعنى أن يحدد الوقت والتكاليف والمسؤوليات وما إلى ذلك. (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2005، ص22).

7-3 الارتياح الانفعالي أو التنفيس الانفعالي: في الجو التسامحي الخالي من النقد والأحكام يستطيع المتعالج أن يستدعي مشاكله ويعبر عن عداواته ومخاوفه وذنوبه وغير ذلك من الانفعالات، وعندما يتحدث عن هذه الانفعالات التي ربما لم يكن يدركها كلية من قبل فإنها تطفو على السطح (من خلال عملية الإفصاح talking out) هذا التصريف أو التنفيس أو الفضفضة وكذلك التعبير اللفظي، أساسي في فعاليات العلاج النفسي، ويمهد الطريق نحو الاستبصار، والإجراءات الايجابية لحل مشاكل المريض، و إذا لم يخرج المريض هذه الانفعالات فان التوتر والصراع يعيقان وصوله إلى التكيف السليم.

7-4 عملية الاستبصار: ما إن تصبح صراعات المريض الانفعالية مكشوفة في العلن ويستطيع أن يراها كما هي بالفعل، فه وبصورة تلقائية يكتشف قدراً كبيراً من الفهم لدوافعه وسلوكه، وهذا الفهم أو الاستبصار ربما يصاحبه تفسيرات من قبل المعالج، فعن طريق فهم المريض لذاته ولمشاكله يستطيع أن يحسن من أساليبه في التكيف.

7-5 إعادة التعلم الانفعالي: من أهم العمليات التي تساهم في شفاء المريض إعادة تعلمه انفعالياً وتقتضي هذه العملية إزالة تلك العادات الانفعالية الخاطئة التي تعلمها المريض،

وتعليمه عادات أخرى إيجابية، و اعتناق أساليب وتقنيات جديدة للتعامل مع مشاكله، لكن إعادة التعلم هذه عملية طويلة وشاقة وبطيئة، وقد تبدأ بتعلم عادات بسيطة كتعلم الفرد التعبير عن عدوانه بأسلوب مقبول اجتماعيا، وذلك أفضل من كبت العدوان وحبسه في الداخل، ومن شأن هذا التعلم الجديد أن يؤدي إلى مزيد من الشعور بالثقة بالنفس . (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2005، ص 23) .

6-7 توقف العلاج: عندما يحل المريض صراعاته ويحقق مزيدا من التكيف الشخصي الفعال عندئذ يصبح على المعالج النفسي أن يتوقف ويصبح هذا التوقف سهلا إذا كان المريض يشعر بالثقة بالنفس.

وهكذا نرى أن عملية العلاج مهما اختلفت اتجاهاتها تتضمن خلق موقف علاجي، و إتاحة الفرصة لإخراج الطاقات الانفعالية و إطلاقها، و استبصار الفرد بمشاكله و اتخاذ خطوات إيجابية للإصلاح الانفعالي ولكسر العادات القديمة و استبدالها بأنماط ايجابية من الاستجابات، و يمكن تلخيص خطوات العلاج النفسي فيما يلي:

1. تقييم الشخصية.
2. خلق جو و علاقة إيجابية بين المعالج والمريض.
3. التنفيس الانفعالي.
4. عمليه الاستبصار.
5. تعديل وتغيير السلوك .
6. إحداث تغيير ونمو و إعادة بناء الشخصية.
7. إنهاء العلاج.
8. تقييم عمليه العلاج.
9. المتابعة.

VIII أشكال العلاج النفسي: يأخذ تنفيذ العلاج النفسي في مختلف النظريات النفسية شكلين أساسيين هما:

1-8 العلاج الفردي: و يقتصر العلاج النفسي الفردي على مريض واحد في الجلسة العلاجية، ويستخدم معه المعالج أية طريقة من طرق العلاج النفسي، وتؤدي العلاقة العلاجية المباشرة بين المعالج والمريض عاملاً حيوياً في النتائج العلاجية.

2-8 العلاج الجماعي: في حديثنا عن العلاج النفسي الجماعي كإتجاه في العلاج، لابد لنا من العودة بذاكرتنا إلى اتجاه التحليل النفسي وما أخذ عليه من ملاحظات مثل طول فترة العلاج، والتكاليف الباهظة، وعدم توفر المحللين المتمرسين، وحاجة المعالجين إلى خبرة وتدريب طويلين، جميع هذه الأمور دفعت الأخصائيين أثناء وبعد الحرب العالمية الثانية (حيث ازداد وبشدة عدد مرضى العصاب) إلى استخدام العلاج النفسي بصورة جماعية، وقد ساعد على ذلك تشابه عدد كبير من مشكلات الجنود، و تشابه أعراضهم المرضية وهذا ما ساعد أيضا الباحثين على إجراء تجاربهم حول العلاج النفسي الجماعي، وفي هذا الصدد يقول (مكسويل جونز) في كتابه الطب النفسي الاجتماعي " أن الحاجة تفتق الحيلة، ولقد كانت الضرورة التي نشأت خلال الحرب العالمية الثانية، بسبب الزيادة الكبيرة في حالات المرضى النفسيين والعقليين، والنقص الذي قابل في عدد الأطباء والأخصائيين، كانت هذه الضرورة هي الحافز الأساسي على التوسع في تجربة الأساليب العلاجية الجماعية في العلاج النفسي، ذلك أنه لم يكن من المعقول علاج جميع الحالات علاجاً فردياً، و اقتضى هذا الالتجاء إلى العلوم الاجتماعية، مثل علم الاجتماع، وعلم الأجناس، للاسترشاد بأساليبها، والمبادئ التي تستند عليها في تجربة طرق جديدة في العلاج " (فيصل محمد خير الزراد، 1988، ص120)

الواقع أن هذا الاتجاه اعتمد في نشأته على بعض الأسس النفسية والاجتماعية للكائن البشري، حيث اعتمد أصحاب هذا الاتجاه في علاجهم على كون الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجاته النفسية والاجتماعية التي لابد من إشباعها في إطار اجتماعي مثل الحاجة إلى الحب و الأمن والانتماء والتقدير والمشاركة الوجدانية والنجاح والتكيف، وعلاوة على ذلك فإن سلوك الفرد

تتحكم فيه المعايير والقيم الاجتماعية السائدة، والنظم و الأفكار والطقوس، والعادات والتقاليد ، كما أن العزلة الاجتماعية قد تكون سببا من أسباب المرض النفسي وتدعيمه، وكذلك فإن من أهم أهداف العلاج النفسي تحقيق التوافق الاجتماعي والشخصي والنفسي، و يتم ذلك عن طريق الاستعانة بالجماعة كوسيط علاجي، حيث يحاول المعالج في هذا النوع من العلاج استغلال أثر الجماعة في سوك الفرد.(فيصل محمد خير الزراد، 1988، ص123)

ويعتبر العلاج الجماعي إحدى الوسائل التي يعتمد عليها المعالج لتوفير الجهد والوقت لمشكلات يربطها عامل اجتماعي ويستعمل العلاج الجماعي مع الأفراد الذين لديهم مشكلة لا يستطيعون التعبير عنها أو معالجتها فرديا حيث أن ديناميات العلاج الجماعي تستمد جذورها من طبيعة الإنسان الاجتماعية، كون الفرد نشأ في جماعة كالأسرة وله علاقات شخصية واجتماعية وعاطفية مرتبطة معها و لا يستطيع العيش لوحده من دونها أثناء تطوره، و أن شخصية الفرد تتأثر بأخلاقيات وقيم تلك الجماعة التي تفرض معاييرها على سلوكه فالمجموعة العلاجية هي التي تصقل شخصية الفرد وتحدد سلوكه وتقدم له الدعم النفسي، حيث أن العلاقة العلاجية الجماعية تتسم بالتقبل والثقة و الأمن، مما يساعد الفرد على التعبير عن نفسه بطلاقة والتعامل مع مشاعره و اكتساب الثقة والمهارات اللازمة لمواجهة التحديات.(عطاالله فؤاد الخالدي، 2009، ص 07)

تعريفه:علاج متزامن خاص بعملاء عديدين تحت إشراف معالج يحاول أن يسهل التفاعلات المساندة بين أعضاء المجموعة، ويمكن توظيف مختلف أنواع العلاجات في جماعات وتنظم الجماعة حول نمط واحد من المشاكل، تسهم هنا ديناميات الجماعة والملاحظة والتفاعل المتبادل بوظيفة مهمة، ويقوم المعالج بتنظيم هذا التفاعل.(محمد بن سالم بن محمد القرني، 2008، ص114)

خصائصه: للعلاج الجماعي خصائص عديدة تميزه عن العلاج الفردي وتتمثل تلك الملامح في الآتي :

- يسمح العلاج الجماعي للمعالج بملاحظة العملاء وهم يتفاعلون مع بعضهم .
- غالبا ما يشعر العملاء بأنهم أقل وحدة وهم يستمعون إلى غيرهم ، و يتبينوا أن أفرادا كثيرين يناضلون مع صعوبات بنفس شدة صعوباتهم، ويميل هذا الإدراك إلى زيادة توقعات كل عميل في التحسن وهذا عامل هام في كل أشكال العلاج .
- يمكن لأعضاء المجموعة أن يدعموا الثقة الذاتية والقبول الذاتي لبعضهم من خلال الثقة والتقدير المتبادل بينهم وهذا في حد ذاته ينمي تماسك المجموعة .
- يتعلم العملاء من بعضهم البعض ويشاركون في الأفكار الخاصة بحل المشاكل ويعطون بعضهم تغذية راجعة آمنة عن كيفية تآزر الأعضاء .
- ربما عن طريق تقليد نماذج مشتركة، فإن خبرة المجموعة تجعل العملاء أكثر رضا لمشاركة مشاعرهم وأكثر حساسية لاحتياجات الناس الآخرين ودوافعهم و رسائلهم .
- يسمح العلاج الجماعي للعملاء بأن يحاولوا تعلم مهارات جديدة في بيئة مدعمة .(حسين فايد،2005،ص14)

أهداف العلاج النفسي الجماعي:

- يهدف العلاج النفسي الجماعي إلى تعليم أعضاء المجموعة مهارات الاتصال والتواصل.
- يهدف العلاج النفسي الجماعي إلى تعليم أعضاء الجماعة طرق حل المشكلات وتعديل سلوكياتهم بطرق غير مباشرة.
- يهدف إلى مساعدة أفراد الجماعة بالتدريب على التكيف مع الرفاق و أفراد الأسرة و أفراد المجتمع.
- يهدف إلى تعليمهم طرق التفاعل الاجتماعي والتعاون و احترام الآخرين والالتزام بأخلاقيات الجماعة ومعاييرها والمحافظة على أسرارها.

- تعليمهم كيفية الاعتماد على النفس وتنمية روح القيادة وحب مساعدة الآخرين و الأخذ والعطاء و أدب الحديث و اكتساب الثقة بالنفس.(عطاالله فؤاد الخالدي،2009،ص15)

مميزات العلاج الجماعي:

- الترشيح والاقتصاد في النفقات والوقت والجهد وعدد المعالجين.
- يعد أفضل الطرق بالنسبة للحالات التي تقاوم العلاج الفردي وتتحفظ و لا تسعى أو تتعاون في حل المشكلة.
- يتعلم الفرد من الجماعة، فهي تكسبه مزيدا من الثقة بالذات وتضفي عليه روح التعاون والتفاعل والانسجام مع الآخرين.
- صورة حية واقعية لنقل المشكلات الاجتماعية إلى مواقف حياتية فتكسب المتعالجين مرونة في السلوك الاجتماعي قبل تطبيقه عمليا.
- المناقشة الجماعية لموضوع مشترك تقلل الخوف وتشعر بالأمن، ففتيح فرص التنفيس والتفريغ الانفعالي.
- اشتراك المتعالج في المناقشة والاستماع يقلل من تمركزه حول نفسه ويشعره بالأخذ والعطاء و اختيار الأنماط السلوكية البديلة وتعميمها على مواقف الحياة اليومية.
- ازدواجية دور المتعالج، إذ يقوم بتعديل سلوكه بناء على نقده وملاحظاته لسلوك الآخرين، وعلى نقد وملاحظات سلوك الآخرين له، وعليه فإنه يقوم بعملية تقويم ذاتي.
- الشعور بالانتماء للجماعة و احترام الرأي الآخر ولو اختلف مع وجهة نظره خلال التفاعل والتعاون مع الأقران.
- تطوير إمكانيات الشخصية وتدريب حساسيتها عند التفاعل مع الضغوط الاجتماعية.(عطاالله فؤاد الخالدي،2009،ص24)

- هذا النوع من العلاج يجعل المريض يميل إلى التسامح اتجاه التجارب الاجتماعية المحبطة، كما يؤكد للمريض أنه ليس الوحيد الذي يعاني من الاضطراب النفسي أو من المشكلة نفسية، وهذا يقلل من شعور المريض بالعزلة والألم.
- يعتبر هذا النوع من العلاج الأنسب بالنسبة للدول النامية التي تعاني من نقص الإمكانيات والأخصائيين كما يعتبر الأنسب في حالة الكوارث الطبيعية. (فيصل محمد خير الزراد، 1988، ص132)

عيوب العلاج الجماعي:

- عدم وجود فرصة عرض المشكلات الخاصة التي يرى المتعالج عدم عرضها أمام الآخرين مما يضعف إمكانية إحداث تغيرات في بناء شخصيته.
- عدم استفادة الحالات القصوى من المرضى والمنحرفين من الجلسات العلاجية الجماعية.
- قد تضيع المشكلات الخاصة خلف أولوية مناقشة المشكلات العامة، وقد تتضاعف المشكلات فقد يتعلم نوي المشكلات الخاصة أنماطا سلوكية جديدة غير مرغوب فيها.
- اعتبار المتعالج عضوا في جماعة يجعله يلتزم باقتراحاتها مما يعوق حاجاته الشخصية.
- قد ينتاب بعض المتعالجين شعورا بالخوف أو القلق أو الخجل في كشف مشكلاتهم للآخرين، وقد ينتابهم شعور بالقنوط والندم والتوتر إذا ما كشفوا فعلا هذه المشكلات، وبذلك يرون أن العلاج الجماعي مهدد لمكانتهم الاجتماعية. (عطا الله فؤاد الخالدي، 2009، ص 25)

دور القائد في المجموعة العلاجية: القائد يقوم بدور المعالج والمعلم والموجه بصورة غير مباشرة وفيما يلي أهم واجباته:

- ملاحظة العلاقة بين الأعضاء.
- توجيه الأعضاء إلى كيفية التعامل مع الأفراد الآخرين داخل المجموعة.
- إدارة الحوار بين أعضاء المجموعة وتسهيله.
- خلق جو إيجابي يوفر الأمن للأعضاء.
- وضع الحدود والقواعد لحماية الأعضاء. (عطا الله فؤاد الخالدي، 2009، ص17)

مهارات القائد العلاجية: يجب أن يتحلى المعالج ببعض الخصائص التي تساعد على تحقيق أهداف العلاج النفسي:

الإصغاء الفعال: وهو الاستماع للمتحدث، والاهتمام لما يريد أن يوصله سواء بطريقة لفظية أو غير لفظية، ويحتوي كذلك على فهم الكلمات وما وراء الكلمات وقد يكون الإصغاء بالإيماء ونبرة الصوت و تعابير الوجه ووضع الجسم أو حركة الجسم.

التوضيح: ويكون بتفسير الأمور غير المفهومة في حديثه للمتعالج.

طرح الأسئلة: ومنها المغلق والذي يحتاج لنعم أو لا أو المفتوحة مثل (ما هي خبراتك الحقيقية الآن؟) أو (ما الذي حصل في جسمك بهذه اللحظة) وبهذا يصبح التركيز أكثر على الشعور بطريقة أعمق وتفضل أن تكون أسئلة المعالج تتطلب الوصف.

المواجهة: أي مواجهة التناقضات والأفكار والمشاعر في حديث أو سلوك المتعالج بهدف إعطائه تغذية راجعة إيجابية.

عكس المشاعر: وهي محاولة لفهم المعالج للمتعالج، حيث يعيد المعالج كلام المتعالج بعبارته الخاصة.

الدعم: وهو شكل من أشكال التعزيز اللفظي أو المعنوي والتقبل والاحترام للمتعالج الأمر الذي يساعده على التحسن.

التعاطف: قدرة القائد على فهم عضو الجماعة من خلال عالمه الخاص وبأن يكون حساسا لمشاكله وأن يرى المعالج المشكلة بعيني المتعالج.

التسهيل: تسهيل مهمة الأفراد للوصول لأهدافهم ويشمل ما يلي:

- مساعدة الأفراد على أن يكونوا منفتحين مع الآخرين .
- تعليمهم بأن يتكلموا مباشرة وبغفوية وتلقائية .
- خلق جو من الطمأنينة بين أعضاء الجماعة .
- تزويدهم بالدعم إزاء السلوك الجيد.

التلقين: التلقين قد يكون لفظيا أو سلوكيا أو كتابيا، بحيث يعلم المعالج المتعالج كيف ينطق الكلمات أو كيف يكتبها إذا كانت مشكلة المتعالج تحصيله، أو يقوم المعالج بتمثيل السلوك المرغوب فيه لكي يقلده المتعالج.

وضع الأهداف: أي مساعدة الأعضاء في اختيار أهدافهم المحددة خاصة في بداية مرحلة العلاج الجماعي.

الدفاع: لا يتيح الفرصة لأي منهم الاعتداء لفظيا أو جسديا على غيره .

النمذجة: وهي الطلب من المتعالج تقليد المعالج في السلوك الذي يرغب في تعلمه.

إنهاء الجلسة: على القائد أن يتعلم كيف ومتى ينهي الجلسة، والعلاج الجماعي ككل ويتطلب ذلك جلسة مغلقة يذكر بها الجماعة ما الذي تعلموه من العلاج الجماعي في حياتهم، والأهداف التي توصلوا لها، وهل تم تحقيق ذلك، ويعتبر ذلك بمثابة إشارة أو جرس يؤذن بانتهاء الجلسات. (سعيد حسني العزة، 2010، ص ص 79-84)

إعداد المريض للعلاج الجماعي: من المهم إعداد المريض لخبرة العلاج الجماعي، ففي الجلسة الإعدادية يتم شرح العمليات التي سوف يتعرض لها المريض مع التأكيد على الحاجة إلى الانفتاح و الأمانة مع المرضى الآخرين، ثم تنبيه المريض إلى أنه قد لا يحب كل هؤلاء المرضى، و أن بعضهم قد لا يحبونه أيضا، ولكن نتيجة لخبرة التفاعل معهم سوف تزداد معرفته بذاته وسوف يكتسب من خلال هذه العملية طرقا للتفكير وللشعور وللسلوك أكثر ملائمة، وتشير الخبرات إلى أن مثل هذا الإعداد يؤدي لى تكون مشاعر ه أكثر إيجابية نحو الانضمام للجماعة، و إلى أن يقل معدل التسرب، و إلى أن يقوي الاتصال والتماسك بين المرضى. (لويس كامل مليكة، 2010، ص 103)

اختيار المريض للعلاج الجماعي: يتعين اتخاذ منتهى الحذر في اختيار المريض للعلاج الجماعي وفي تنظيم الجماعة العلاجية، ويتطلب ذلك جمع قدر كبير من المعلومات التي لا يتيسر جمعها إلا في مقابلات فردية تشتمل على تاريخ الحالة وعلى فحص عقلي ونفسي (لويس كامل مليكة، 2010، ص 104).

تنظيم الجماعة العلاجية: وهو تنظيم يكون حاسما في تحديد فعالية العلاج الجماعي و يشمل:

حجم الجماعة: قد يتراوح حجم الجماعة العلاجية بين 03 إلى 15 فردا ولكن معظم المعالجين يعتبرون الحجم الأمثل لحجم الجماعة هو ثمانية أو عشرة مرضى، فإذا كان العدد أقل فقد يكون التفاعل أقل، إلا إذا كان تفاعلا لفظيا بخاصة، و إذا كان الحجم أكبر فإن التفاعل قد يكون كيدا إلى الحد الذي قد يصعب فيه على المريض أو المعالج متابعته.

اقترح (سلافون Slavson) على أن لا يقل حجم الجماعة عن ثلاثة أشخاص لأن العلاقة الثنائية بين شخصين فقط داخل الجماعة لا يمكن لها أن تثمر إلا بوجود شخص ثالث، الأمر الذي يزيد من قوة التفاعل وفعالية التواصل بينهم كما اقترح (لوسرل Loeserl) أنه كلما زاد حجم الجماعة كلما أصبح التفاعل بين الأعضاء أضعف وأضعف بحيث تصبح خبرة الأعضاء والعلاقات فيما بينهم ليس لها معنى، ويضيف (لوسرل) أن الحجم الأمثل للجماعة هو ما بين (4 - 8) أشخاص ولذا ينصح بأن يكون عدد أعضاء الجماعة سبعة أشخاص بحيث يساعد ذلك على حدوث التفاعل فيما بينهم من جهة أخرى. (سعيد حسني العزة، 2010، ص 55)

تواتر الجلسات: يعقد معظم الممارسين للعلاج النفسي الجماعي جلسة جماعية واحدة في الأسبوع، ومن الضروري المحافظة على استمرارية الجلسات بحيث يمكن متابعة الموضوعات من جلسة لأخرى، وقد يمكن عقد جلستين في الأسبوع، ويتراوح طول فترة الجلسة من ساعة إلى ساعتين بمتوسط ساعة ونصف، ولكن يتعين أن تكون الفترة المحددة ثابتة، مما يعين المرضى والقائد على التمسك بالتزاماتهم في الحياة اليومية كما يؤكد هذا التحديد على ضرورة الإفادة من الزمن المتاح بأقصى قدر ممكن من الفاعلية.

أوجه الاختلاف بين الإرشاد الفردي والجماعي: الجدول التالي يلخص أهم نقاط الاختلاف بين

العلاج الجماعي والعلاج الفردي (سعيد حسني العزة، 2010، ص 29)

العلاج الجماعي	العلاج الفردي
مشكلات العلاج الجماعي غالبا عامة.	مشكلات العلاج الفردي غالبا تكون خاصة.
لا تستدعي المشكلات في كثير من الأحيان إلى السرية في العلاج الجماعي.	يتميز العلاج الفردي بالسرية التامة.
التفاعل ضئيل بين المعالج و المتعالج في العلاج الجماعي.	التفاعل عالي جدا بين المعالج و المتعالج.
دور المعالج في العلاج الجماعي ناصح وموجه في أكثر الأحيان.	دور المعالج في العلاج الفردي فاعل ومؤثر في أغلب الأحيان.
إن مشكلات العلاج الجماعي قد تحل خلال عدة جلسات .	قد تحتاج بعض المشكلات في هذا النوع من العلاج إلى عدد غير قليل من الجلسات .
مدة الجلسة طويلة نسبيا .	مدة الجلسة قصيرة نسبيا ما بين -30-60 دقيقة .
أكثر اقتصادية ويوفر الوقت والجهد.	أكثر كلفة لأنه يتعامل مع فرد وليس مع مجموعة.

جدول رقم (02): يوضح أوجه الاختلاف بين العلاج الفردي والعلاج الجماعي.

العلاج الجماعي للمراهقين:

يجد المراهق أنه من السهل عليه أن يناقش مشكلاته علنا وفي جماعات العلاج النفسي الجماعي عن مناقشتها مع المعالج أثناء جلسات العلاج الفردي، وذلك لاعتقاده أن رفاقه أكثر فهما وتقبلا لنقاط ضعفه ومشكلاته من الكبار. ويعتبر العلاج الجماعي من الأساليب الناجحة في علاج المراهقين، حيث يتيح للمراهق أن يلاحظ الآخرين في سنه، ويعجب بصراحتهم في

مناقشتهم لمشكلات مثل مشكلته، بل ربما أكثر تعقيدا منها، كما يعجب بفحصهم لمشكلاتهم وحلولها وتقنيدها ومساعدتهم له في حل مشكلته، كذلك يجد المراهق في جو العلاج الجماعي التأييد المتبادل و التشجيع الذي يسهل له مناقشة مشكلته بصراحة بحيث يتبين أبعادها وينمي لديه الثقة في القيام بالسلوك المقبول و اتخاذ القرار نحو زيادة تقبل الذات، كما أن العلاج الجماعي للمراهقين يمدهم بالنموذج الايجابي ممثلا في المعالج و يساعدهم على تقبل الواقع ومواجهته. (محمد علي عمارة، 2007، ص119)

ويعد العلاج الجماعي للمراهقين الطريقة العلاجية المثلى لمرحلة المراهقة انطلاقا من طبيعة هذه المرحلة النمائية ، و كذلك لكون المراهق في حاجة دائمة للوسط الاجتماعي الذي يحتويه، و يشجع فيه حاجاته النفسية و الاجتماعية، و لحاجة المراهق للانتماء لجماعة يشعر معها بالرغبة في مناقشة أفكاره و مشكلاته في مجتمع لديهم من الرغبة و المشكلات مثل ما لديه ، فيشعر بالأهمية و القيمة الاجتماعية و الانتماء ، و يشعر بتقبل الآخرين و حرصهم عليه، و لذلك اكتسب العلاج الجماعي أهمية خاصة في مرحلة المراهقة.

و تفسر أهمية العلاج الجماعي للمراهقين باعتبار فترة المراهقة مرحلة الاهتمامات العميقة و اتخاذ القرارات التي تؤثر في مستقبل حياة الإنسان، و هي مرحلة الكفاح من اجل استقلال الذات والصراع بين القبول و الرفض ، والبحث عن الأمن و غيرها من العواطف الجسمية و النفسية و الاجتماعية التي يمر بها المراهق ، و العلاج الجماعي مناسب بشكل خاص للمراهقين لأنه يزودهم بمكان يعبرون فيه عن مشاعرهم المتصارعة و استكشاف ذاتهم و يعرفون أن غيرهم من قراءهم يشاركونهم نفس الاهتمامات. (أبو العراد الشهري، 2008، ص88)

مما سبق نجد أن للعلاج النفسي الجماعي الكثير من الخصائص التي تجعلنا نستخدمه في مثل هذه الدراسة نظرا لطبيعة العينة وطبيعة المشكلة و كذا طبيعة أهداف الدراسة.

IX أخلاقيات العلاج النفسي:العلاج النفسي مهنة ليس كغيره من المهن، تحكمه مجموعة من الأخلاقيات يمكن إيجازها فيما يلي:

- تمنع المبادئ الأخلاقية للأخصائيين النفسيين وقواعد السلوك الصادرة من الجمعية الأمريكية تمنع العلاقات الجنسية بين المعالج و المتعالج .
- كما تتطلب المعايير الأخلاقية مع استثناءات قليلة الإبقاء على جميع المعلومات الخاصة بالعمل في إطار من السرية، وقد يتطلب القانون من المعالج أن ينتهك خصوصية العميل - فقط تحت ظروف خاصة تشمل أن العميل مضطرب بشدة أو انتحاري لدرجة الحاجة إلى وضعه في المستشفى.
- استخدام الحالة النفسية للعميل وتاريخه في العلاج، كجزء من إستراتيجية الدفاع في المحكمة المدنية أو الجنائية.
- إذا كشف العميل معلومات حول الإساءة الجنسية أو البدنية ضد الأطفال، الراشدين أو الملجزة.
- توقع المعالج أن يرتكب العميل عملا عنيفا ضد شخص ما. (حسين فايد، 2005، ص24)

X نظريات العلاج النفسي :

لا يمكن الحديث عن العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد دون التطرق إلى أهم و أشهر النظريات في العلاج النفسي، وتعرف النظرية في العلاج النفسي ، بأنها طريقة منظمة لرؤية العملية العلاجية، وتساعد على فهم المتعالج وعلى توجيه سلوكه، وتهدف إلى تدريب المعالجين النفسيين على تناول المشكلات، و تزودهم بأطر نظرية تساعد على فهم المتعالجين للوصول

بهم إلى تكوين نظرة واقعية عن العالم الذي يعيشون فيه.(علي هاشم جاوش الباوي،2010،ص34) في الوقت الحالي هناك العديد من نظريات العلاج النفسي التي يمكن توظيفها في العلاج النفسي، والملاحظ أن العديد منها قد نشأ من جذور نظرية التحليل النفسي، فحتى عام (1950) لم يكن عدد النظريات الفاعلة في ميدان العلاج النفسي يتجاوز الثلاث نظريات، وبعد ذلك أخذ هذا العدد في الازدياد، بدأ الاهتمام بتطوير نظريات واضحة للعلاج النفسي خلال النصف الأول من القرن الماضي، بهدف صياغة قواعد وقوانين لجمع الآراء والتصورات النظرية والعلاجية التي ظهرت خلال تلك الفترة، وتعرف النظرية بأنها عبارة عن مجموعة من القوانين والمبادئ الموجهة نحو تفسير ظاهرة معينة، والواضح بان نظريات العلاج النفسي تهدف إلى بناء تصور واضح حول بناء الشخصية البشرية والمتغيرات المؤثرة فيها، بالإضافة إلى صياغة عدد من الافتراضات والأساليب العلاجية الخاصة بها لعلاج المشكلات النفسية والانفعالية للمتعالجين. ويعتبر إحداث تغير ايجابي في المحتويات النفسية المستهدفة من قبل النظرية العلاجية من أهم نقاط التحدي لأية نظرية علاجية، وذلك لاعتماد التغير في تلك المحتويات على العديد من المتغيرات مثل فعالية المرشد وخبرته ودافعية المتعالج أو بعض المتغيرات البيئية الأخرى. (جلال كايد ضمرة،2008،ص20)

10-1 تصنيف المقاربات العلاجية: تم تصنيف المقاربات العلاجية النفسية في أربع فئات عامة:

الفئة الأولى: فئة المقاربات السيكودينامية: العلاج التحليلي وهو مبني في معظمه على الدافعية اللاشعورية، وعلى إعادة بناء الشخصية، المدرسة التحليلية كانت تحمل تأثيراً قوياً على جميع المقاربات والأنظمة التي سبقت غور العلاج النفسي، فلقد كانت بعض النماذج العلاجية امتداداً للنظرية التحليلية، فيما كانت نماذج أخرى عبارة عن تعديل في مفاهيم هذه النظرية و إجراءاتها، ونماذج أخرى عبارة عن مواقف ظهرت كرد فعل ضد المدرسة التحليلية، كما استعارت العديد من نظريات العلاج النفسي أو دمجت مبادئ وتقنيات من المقاربة التحليلية.

الفئة الثانية: هي المدارس العلاجية القائمة على الجهد والعمل، والتي تضم على سبيل المثال: العلاج السلوكي، العلاج المعرفي، العلاج السلوكي العاطفي العقلاني.

الفئة الثالثة: تضم المدارس العلاجية التي تركز على طبيعة العلاقة والتجارب مثل: العلاج الجشطالتي والعلاج المركز على العميل .

الفئة الرابعة: هي تلك الموجهة نحو الأنظمة من بينها العلاج الأسري. (جيرالد كوراي، 2011، ص31)

10-2 الخصائص المشتركة بين النماذج العلاجية : يرى البعض أن هناك خصائص مشتركة

تميز العلاج النفسي الناجح مهما كان انحيازه النظري وهذه الخصائص هي :

- الاهتمام بالعالم الشخصي الداخلي للفرد .
- الكفاءة المهنية، ولهذا تشترط كثيرا من الدول عوامل الخبرة والتدريب و الإلمام النظري و الأكاديمي بالمعرفة النفسية والاجتماعية فضلا عن الوعي بالذات قبل منح ترخيص بمزاولة مهنة العلاج النفسي .
- التخفيف من مشاعر القلق لدى المريض .
- العلاقة العلاجية، فإقامة علاقة وثيقة بالمريض تعد وسيلة للتغيير الايجابي .
- إعطاء تفسير أو توضيح لأسباب المشكلة ومصادرها.
- منح المريض الأمل في التغيير الايجابي.(أبو بكر مرسي محمد مرسي ،2002، ص129)

و فيما يلي استعراض لأهم النظريات في العلاج النفسي.

10-2-1 العلاج النفسي السيكودينامي:

التحليل النفسي هو الإجراء الذي يجعل هدفه إعادة بناء الشخصية وتحرير المريض من الأعراض، وذلك بالكشف عن المشكلات الانفعالية التي ترجع جذورها إلى الماضي في طفولة المريض ومحاولة حلها، ولتحقيق هذا الهدف يستخدم التحليل النفسي التقنيات التحليلية التي تعد الطريقة الجوهرية في التحليل النفسي.

تسعى المعالجة التحليلية إلى إزالة العصاب، وهدفها هو حل الصراعات العصابية عند المريض، بما في ذلك العصاب الطفلي الذي يؤلف نواة العصاب عند الراشد "إن الطفل أبو البالغ من الناحية السيكلوجية، و أن خبرات أعوامه الأولى لها أهمية بالغة في حياته اللاحقة كلها". (فيصل عباس، 1994، ص06)

لمحة تاريخية: ظهرت نظرية التحليل النفسي بصورة فعالية على يد (سيجموند فرويد) ما بين (1856-1939) وجاءت هذه النظرية لتتوج ثمرة بحوث قام بها فرويد مع أستاذه (شاركو) حول الهيستريا على الخصوص، و تعد هذه النظرية من أهم نظريات علم النفس، بل إننا نستطيع القول أنها القاعدة الأولى التي بنيت عليها باقي النظريات النفسية.

حيث تعتبر نظرية التحليل النفسي من أقدم و أبرز النظريات التي أفسحت المجال للكثير من علماء النفس، ومن خلال هذه النظرية سوف نعرض إسهامات (سيجموند فرويد) في عملية العلاج النفسي.

و يعتبر التحليل النفسي من الطرق العلاجية المهمة كما يعتبر في الوقت نفسه نظرية نفسية تعبر عن ديناميات الطبيعة البشرية وبناء الشخصية، وكذلك منهج في البحث لدراسة السلوك البشري، ويتميز التحليل النفسي حالياً بوجود عدة اتجاهات داخله منها ما هو كلاسيكي يرتبط بزعم المدرسة التحليلية النفسية وهو سيجموند فرويد (S.Freud) (1856-1939) ومنها ما هو حديث ومتطور يمثل الفرويديون الجدد ومن هؤلاء زملاء فرويد وتلاميذه أمثال

كارل يونج (K.Jung) والفرد ادلر (Adler) وكارن هورني (Horney) و أوتورانك (O.Rank) واريك فروم (E.Fromm) وهاري ستاك سوليفان (H.Sullivan) و أيضا أنا فرويد (Anna.Freud)، وتسمى الاتجاهات الكلاسيكية بالاتجاهات الليبيدية بينما الاتجاهات الحديثة فتدعى بالليبيدية. (فيصل محمد خير الزراد، 1988، ص 43)

و يقول (فرويد) في هذا الصدد " ليس بوسعي إلا أن انصح زملائي باتخاذ الجراح مثلا أعلى لهم في أثناء المعالجة التحليلية، حيث يضع جانبا كل انفعالاته ومعاناته الإنسانية ويوجه قواه الذهنية إلى هدف يتمثل في إنجاز العملية بمهارة قدر الإمكان" (إيفا- ماريا بيرمان راتيان، يوخن ايكيرت، 2002، ص 91)

المبادئ والمفاهيم الأساسية لنظرية التحليل النفسي:

نظرية الغرائز: يرى (فرويد) أن كل دوافع الفرد يمكن ردها إلى غريزتين أساسيتين هما غريزة الحياة، التي من شأنها المحافظة على حياة الفرد. وتظهر هذه الأخيرة في كل ما يقوم به الفرد من أعمال بناءة. وغريزة الموت أو العدوان التي تؤدي إلى التدمير وتظهر هي الأخرى في السلوكيات التخريبية .

الجهاز النفسي: قام (فرويد) بوضع تقسيمين للجهاز النفسي هما :

الموقعية الأولى: حيث قسم (فرويد) الجهاز النفسي إلى:

الشعور: هو الجانب الواعي من الشخصية.

ما قبل الشعور: يقع في منطقة وسطى ما بين الشعور واللاشعور، وهو عبارة عن أحداث وذكريات وخبرات وتجارب تكاد تكون منسية لكن عند تلقيها المثير المناسب سرعان ما تطفو إلى سطح الشعور، يستخدم كصلة وصل ما بين الشعور واللاشعور الذي يفصل بينهما وبصرامة حاجز الكبت .

اللاشعور: هو الجانب اللاواعي من الشخصية وهو يمثل الجانب البيولوجي في الشخصية

الموقعية الثانية: في حوالي سنة 1920 أنشأ (فرويد) نموذجاً جديداً يضم الأنا و الهو والأنا الأعلى :

الهو: Id يولد مع الطفل و يمثل الجانب البدائي في الشخصية قبل أن يتناولها المجتمع بالتهذيب، يسعى إلى الإشباع الفوري لرغباته لا يميز بين المقبول والمرفوض حيث يتحكم فيه مبدأ اللذة . منبع الطاقة الحيوية والنفسية ومستودع الغرائز والدوافع الفطرية التي تسعى إلى الإشباع في اي صورة وبأي ثمن .

الأنا: Ego وينتج عن نمو جانب من الهو من خلال عملية التنشئة الاجتماعية ويمثل الجانب الواقعي من الشخصية حيث يعمل بمبدأ الواقع، وتتمثل وظيفة الأنا في أنه مركز الشعور و الإدراك الحسي الخارجي والداخلي والعمليات العقلية والمشرف على الحركة و الإرادة والمتكفل بالدفاع عن الشخصية وتوافقها وحل الصراع بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى وبين الواقع ، ولذلك فهو محرك منفذ للشخصية ويعمل في ضوء مبدأ الواقع من أجل حفظ وتحقيق الذات والتوافق الاجتماعي . وفي حال فشل الأنا عن القيام بهذه الوظيفة على أكمل وجه فان الفرد يكون عرضة للمرض النفسي .

الأنا الأعلى Super Ego : حسب (فرويد) يظهر الأنا الأعلى بعدما يستطيع الطفل حل عقدة أوديب في سن الخامسة بالتقريب وذلك من خلال تقمصه لشخصية أحد والديه (في الحالة السوية الطفل يتقمص شخصية الأب والطفلة تتقمص شخصية الأم) الأنا الأعلى وريث عقدة أوديب، و يستمد الأنا الأعلى مكوناته من خلال احتكاك الفرد ببيئته الخارجية ومن خلال الأوامر والنواهي التي يتلقاها الطفل عن والديه، يتحكم فيه مبدأ المثالية أي ما يجب أن يكون ويقوم بمهمة الرقابة والضبط لسلوكات الفرد.(طه عبد العظيم، 2008، ص 58) وهو مستودع

المثاليات و الأخلاقيات والضمير والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية ، ويعتبر بمثابة سلطة داخلية أو رقيب نفسي .(أحمد عبد اللطيف أبو أسعد ،2011،ص110)

كما يركز أنصار هذه المدرسة على أهمية مرحلة الطفولة المبكرة (من الميلاد إلى الخامسة) (الولد أبو الراشد) في تحديد مصير الفرد.

مراحل النمو الجنسي: قسم (فرويد) مراحل النمو إلى خمس مراحل يتم الانتقال من مرحلة إلى أخرى عن طريق إشباع متطلباتها وفي حالة عدم الإشباع أو الإشباع الزائد يتم في هذه الحالة التثبيت في هذه المرحلة الذي يؤدي لاحقاً إلى ظهور الاضطراب النفسي حيث يشبه (فرويد) الشخصية بقطعة البلور التي يحدث فيها شرخ وهذه المراحل هي كالاتي:

1- المرحلة الفمية:(السنة الأولى) المصدر المبدئي للمتعة هو الفم بعد ظهور الأسنان يلجا الطفل للحصول على المتعة من خلال العض.

2- المرحلة الشرجية: (السنة الثانية والثالثة) مصدر المتعة المنطقة الشرجية الإخراج عملية مهمة جدا في حياة الطفل هنا.

3- المرحلة القضيبية: (ما بين ثلاث وخمس سنوات) الاهتمام بالأعضاء التناسلية وزيادة الخيال والفضول الجنسي، ظهور نمط العلاقة الاجتماعية والعاطفية بالوالدين، عقدة إكترتا وعقدة أوديب .

4- مرحلة الكمون(قبل التناسلية): (من 5الى 12 سنة البلوغ) المظاهر العامة ، استبدال المشاعر الجنسية بمشاعر من المحبة تقوى الأنا وينخرط الطفل بنشاطات معرفية في المدرسة يميل الطفل لقضاء وقت أطول مع أطفال من نفس الجنس يتشرب المزيد من القيم الوالدية ويتشكل مركز الأنا الأعلى. ويعلق فرويد أهمية كبيرة على الأساليب التي يتبعها الوالدان في تربية أطفالهم، وفي

صد ميولهم الجنسية نحوهم، وفي حل عقدي أوديب و إكثرا مما يؤثر تأثيرا كبيرا في تكون شخصيتهم مستقبلا.

5- المرحلة التناسلية: من البلوغ المظاهر العامة يظهر التطبيع الاجتماعي والمشاركة في النشاطات الاجتماعية، يحصل على المتعة من خلال العلاقة مع أفراد من الجنس الآخر، ويذهب (فرويد) إلى أن مراحل النمو الجنسي النفسي مراحل عامة يمر بها كل الأطفال في كل المجتمعات الإنسانية ، كما أن جميع هؤلاء الأطفال يمرون بعقدي أوديب و إكثرا.(محمد عثمان نجاتي، 2001، ص76)

الآليات الدفاعية: هي آليات لاشعورية من خلالها يستطيع الأنا التوفيق بين مطالب الهو ومطالب الأنا الأعلى .

الحمية النفسية: تعني أن كل سلوك لا يحدث بالصدفة بل يكمن وراءه دافع أو مجموعة من الدوافع التي تكون في الغالب لاشعورية.(طه عبد العظيم حسين، 2008، ص66)

تفسير الاضطراب النفسي: يكمن الاضطراب النفسي في الاختلال في وظائف الفرد النفسية، وهذا يعود لضعف الأنا وعدم تماسكها، وفشلها في التوفيق بين متطلبات كل من النظامين الآخرين (الهو والأنا الأعلى)، حيث يبالغ الفرد في اللجوء والميل إلى استخدام آليات الدفاع الأولية من تقمص ونكوص وتبرير وتعويض، ليحمي نفسه ضد التوتر. وحسب (فرويد) هنالك مجموعة من العوامل التي تؤدي إلى ظهور السلوك العصابي وهذه العوامل هي:

- العوامل البيولوجية: حيث يعاني الفرد منذ ولادته من العجز والاعتمادية ونتيجة لذلك يزداد القلق لديه .

- عامل نشوئي نوعي: ويقصد به أنه خلال مراحل النمو الجنسي توجد فترة الكمون، فالفرد في المراحل التي تسبق مرحلة الكمون ينظر للربغبات الجنسية على أنها محرمة و يميل إلى كبتها، لذلك قد يحدث السلوك العصابي بسبب إتباع الفرد نفس الأسلوب في المراهقة وبعدها بحيث يكبت رغباته الجنسية .

- العامل النفسي: بسبب الصراعات بين مكونات العقل الهو، الأنا و الأنا الأعلى أو بسبب حدوث التثبيت في إحدى المراحل النفسية الخمسة السابقة، ونتيجة لذلك يظهر القلق، ويشير (فرويد) لثلاثة أنواع من القلق وهي :

أ- القلق الواقعي : وهو خبرة انفعالية غير سارة، تنتج من إدراك الفرد وجود خطر في العالم الواقعي ، كالخوف من شيء يستدعي الخوف مثل اقتراب حيوان مفترس.

ب- القلق العصابي: وهنا تصبح مخاوف الأنا مبالغ فيها بسبب متطلبات الهو الغريزية ، ونتيجة لهذا القلق قد تظهر نوبات الهلع وقد يظهر خوف غير منطقي من شيء لا يستدعي الخوف، وقد يظهر خوف مزمن من خطر وشيك الحدوث لا يوجد ما يثبت حدوثه.

ت- القلق الأخلاقي: وهو نتيجة للصراع بين دوافع الهو ووظائف الأنا الأعلى والتي عادة ما يصاحبها مشاعر قوية من الذنب .

وفي النوعين الآخرين يعتبر القلق مرضي ويحتاج لمعالجة، وقد يحدث الاضطراب نتيجة استخدام آليات الدفاع بطريقة مبالغة فيها ، حيث أن آليات الدفاع تعمل نتيجة وجود خطر على الأنا ، وقد يتعامل الأنا مع هذا الخطر، إما من خلال الطرق الواقعية لحل المشكلات أو من خلال الطرق غير الواقعية واللاشعورية لتحريف و إنكار الواقع .(أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2011، ص ص 130-132)

أهداف العلاج في نظرية التحليل النفسي: إن الهدف الأساسي للعلاج في هذه المدرسة هو استحضار مكونات اللاشعور المكبوتة إلى ساحة الشعور وذلك لإزالة تأثيره على الحياة النفسية للفرد، كما تهدف طريقة (فرويد) في العلاج بالتحليل النفسي إلى فهم هذه الصراعات اللاشعورية وكيف تؤثر على العميل .(حسين فايد، 2005، ص 16)

مراحل العلاج النفسي السيكو دينامي: لقد أشار (فرويد) إلى مراحل العلاج النفسي في ضوء نظرية التحليل النفسي كما يلي :

المرحلة الأولى: تتمثل في مقابلة العميل عدة مقابلات وذلك من أجل إمكانية تحديد المشكلة التي يعاني منها هذا الأخير، وكذلك إمكانية إيجاد الحل لهذه المشكلة، والجزء الثاني من هذه المرحلة التي يركز فيها المعالج على التعرف على ما يعانيه العميل من خلال الصراعات اللاشعورية عنده ويتمثل دور المعالج في هذه المرحلة في فهم هذه الصراعات وملاحظتها وتسجيلها منذ الجلسة الأولى وذلك حتى يتمكن المعالج من الرجوع إليها في الجلسات اللاحقة.

المرحلة الثانية: وهي مرحلة تطور التحويل التي تعتبر من أساسيات التحليل النفسي، ففي هذه المرحلة يستفيد المعالج مما يشعر به العميل اتجاهه، وكذلك في معرفة المعالج كيف أصبح يدرك ويفسر ويستجيب للحاضر، وهل هذه الاستجابة كانت في الماضي حتى يتحدد سلوك العميل في الحاضر، وهنا على المعالج أن يدرك مدى إمكانية التحويل اتجاه العميل.

المرحلة الثالثة: والتي تسمى بمرحلة العمل التي يقوم بها المعالج تجاه العميل، حيث تحدد هذه المرحلة في إمكانية تعميق الفهم والمعرفة عن العميل، وكلما كان هنالك عمل من خلال عملية التحليل كان هناك إمكانية لفهم العميل، فكلما تحدث العميل عن مشكلته التي يعاني منها ساعد ذلك المعالج في فهمه أكثر، وهذا مما يزيد من حجم العمل وعدم التمرکز على جانب واحد من المشكلة قد لا يكون هو الأساس في معاناة العميل.

المرحلة الرابعة: وهي مرحلة إقرار التحويل، ويقصد بها أنه عندما يعتقد كل من المعالج والعميل أن ما يعانيه هذا الأخير من معاناة وصراعات قد تم حصرها وفهمها، فإن المراحل الأربعة تبدأ بتحديد وقت العلاج، إذ أن كل المراحل السابقة ما هي إلا عملية تحضير لتطبيق الأساليب العلاجية التي سوف يستخدمها المعالج مع العميل (نادر فهمي الزيود، 2008، ص35)

الفنيات العلاجية في النظرية السيكو دينامية: على المعالج يتجنب الدخول مع المريض في علاقات شخصية كما أنه يبقى نفسه وراء الأريكة التي يكون المريض مستلقيا عليها، محتلا بذلك موقع حضور وغياب لا يظهر فيه تدخله إلا عبر الكلام، يجب أن يقال كل شيء، و إلا يتم إخفاء التدايعات التي تحدث داخل النفس، والكلام المطلوب هنا كلام لا يخضع لقواعد اللياقة والأعراف الحضارية، بل يتبع تطورا مستقلا حيث يجري حسب التاريخ اللاشعوري للذات (كاترين كليمان، 2004، ص10) إن أهم التقنيات الرئيسية العلاجية المستخدمة في المدرسة التحليلية هي: التدايع الحر، المقاومة، التحويل و التحويل المضاد، تحليل الأحلام، التفسير (التأويل). و فيما يلي استعراض لهذه الفنيات:

التدايع الحر: يعتبر التدايع الحر الأسلوب الأساسي في التحليل النفسي، ويمثل الجانب العقلي المعرفي في التحليل، كما أنه يعتبر مصدرا هاما للمعلومات عن الحياة اللاشعورية للعميل، بنفس فيه العميل عن كل ما يجول في خاطره من أفكار ومشاعر دون أية رقابة، سواء كان في موضع موافقة أو معارضة، ذو معنى أو لا معنى له، منطقي أو غير منطقي، حيث يستلقي العميل على الأريكة بينما يجلس المعالج خلف رأسه منعاً لتشتت الانتباه. (جلال كايد ضمرة، 2008، ص70)

تتضمن هذه التقنية أن يحث المعالج العميل على أن يطلق العنان لأفكاره و أن يذكر كل ما يخطر له من أفكار و أحداث و ذكريات و خبرات ماضية مهما كان نوعها ، لما لها من أهمية في مساعدة العميل على التنفيس أو التفريغ عن هذه المواد المكبوتة.

المقاومة: هي إحدى الحيل التي يقوم بها المريض للدفاع عن النفس من أجل عدم كشف المكبوتات غير المرغوب في كشفها، لا سيما عندما تكون هذه المكبوتات مخيفة وتحوي على صيغة انفعالية قوية وكذلك إحساس بالشعور بالخجل أو الذنب، وهي امتناع العميل عن الإفصاح عما لديه من مشاعر و أفكار وخبرات وتعمل المقومة كدفاع ضد القلق وتعبير عن رغبة لاشعورية لدى العميل في عدم المشاركة في عملية العلاج وتهدف إلى الحول دون ظهور المواد المكبوتة في اللاشعور إلى حيز الشعور حيث أنها تؤدي مشاعر العميل، وربما يكون السبب وراء المقاومة الحصول على مكاسب ثانوية يجنيها العميل من وراء اضطرابه، حيث أن هذه الاضطرابات التي يعانها العميل تخدم أغراضا لاشعورية لديه، كما قد يكون نمط شخصية العميل أحد أسباب هذه المقاومة كمن يكون ذا شخصية مازوشية ومن ثم يشعر بالمتعة واللذة من تعذيب الذات و إيلاهما علاوة على أن المواد المكبوتة التي تعترض المقاومة ظهورها لها دلالات خاصة في حياة العميل وعلاقة وثيقة بمشكلته، وفي هذه الحالة تنشط ميكانيزمات الدفاع لتقف بجوار المقاومة منعا لظهور هذه المكبوتات إلى حيز الشعور ومن ثم تؤدي إلى راحة العميل. (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2011، ص134)

مظاهر المقاومة: تظهر المقاومة في أشكال مختلفة منها:

- نسيان مواعيد الجلسات أو أن يأتي العميل متأخرا أو أن يطلب التقليل من عدد الجلسات بأي حجة كانت أو أن يلجأ إلى التحدث في مواضيع لا قيمة لها .
- الكلام بصوت غير مسموع أو الصمت الطويل .
- البطئ أو التوقف عن الكلام أثناء التداوي الحر.
- الملل والضيق وظهور علامات القلق و الضجر .
- معارضة المعالج وعدم موافقته على تفسيراته، ومحاولة إثبات أن هذه التفسيرات خاطئة.

وعلى الرغم من المقاومة قد تؤدي إلى عرقلة العملية العلاجية إلا أنها تعطي المعالج نظرة عن نمط شخصية العميل .

إزالة المقاومة: بما أن العميل قد لا يتخلى عن هذه المقاومة بسهولة فعلى المعالج أن يسعى إلى إزالتها و كسرها، ومما يساعده في هذا هو توفر علاقة علاجية أساسها الحب والدفء والاهتمام المتبادل .(طه عبد العظيم حسين،2008، ص67)

التحويل: يعتبر التحويل نوع من الارتباط الانفعالي الذي ينقله المريض إلى المحلل والذي تتم عبره المعالجة، و يمثل الجانب الانفعالي في عملية التحليل النفسي ومن خلال استخدامه، يعيش العميل خبراته الانفعالية الماضية من جديد ضمن حاضره الآن في إطار العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل يتم الكشف عن الرغبات والتخيلات والصراعات والدوافع اللاشعورية للعميل، حيث لاحظ (فرويد) أثناء عملية التحويل أن المريض يتعرض لمشاعر مختلفة حيال المحلل، فهو يحبه تارة ويكرهه تارة أخرى، وطالما أن المحلل لم تكن له أية صلة سابقة بالمريض ومشكلاته، فليس هنالك ما يبرر سلوك هذا المريض، و لابد من أن يكون المقصود بهذه المشاعر هو شخص آخر، وما المحلل سوى رمز يرمز إليه فقط ، وقد أطلق (فرويد) على هذه الظاهرة اسم التحويل الوجداني (تحويل المشاعر من موضوعها الأصلي نحو موضوع آخر) من هنا يمكن القول بأن التحويل يكشف عن أعماق التجارب الوجدانية، وكأن المريض يعيش فترات نموه من جديد، فهو ينقل إلى المعالج علاقته السابقة بوالديه، وعلى المعالج تحليل سلوك المريض في موقف التحويل، ويستفاد من التحويل الوجداني الذي يحدث في مرحلة مبكرة من عملية التحليل النفسي في ظهور أعراض الصحة النفسية والشفاء وذلك بسبب تخلص المريض من قلقه، فأثناء عملية التحويل الوجداني يتذكر المريض آلامه السابقة ويسقطها على المعالج المحلل، وبذلك يكشف المريض عن أعراضه العصائية التي يعاني منها، وهذا ما يسميه (فرويد) بعصاب التحويل (Transference Neurosis) حيث يسقط المريض أعراضه العصائية على المحلل.(فيصل محمد خير الزراد ،1988،ص51) وكما بين (جليتمان) (Gleitman) يقدم التحويل "نوعا من الانفعال يحي من جديد مشاكل طفولة المريض التي لم تحل "

والناحية الحاسمة في التحويل هي أن المعالج يستجيب بطريقة محايدة نسبياً لتدفقات المريض الانفعالية، و على المعالج أن يسمح للمريض بحرية التعبير عن غضب طال كبته أو عدائية لوالديه، علاوة على ذلك تساعد حيادية المعالج على جعل المريض مدركاً أن انفجاراته الانفعالية تتبع من ذكريات مكبوتة وليس من الموقف العلاجي. (حسين فايد، 2005، ص 35)

وقد أشار (باترسون) إلى أن هناك ثلاثة أنواع من التحويل:

- التحويل الإيجابي، ويتسم بالحب و الإعجاب من جانب العميل اتجاه المعالج.
- التحويل السلبي، ويتسم بالكراهية و النفور من طرف العميل اتجاه المعالج .
- التحويل المختلط، هو الذي يجمع بين الموجب والسالب أو الحب والكراهية من جانب العميل للمعالج. (نادر فهمي الزيود، 2008، ص 38)
- التحويل المضاد، ويقصد به هنا أن المعالج قد يستجيب انفعالياً اتجاه انفعالات ومشاعر العميل، و قد يرجع السبب في ذلك إلى وجود مواد لا شعورية مكبوتة لدى المعالج (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص 67)

تحليل الأحلام: اشتغل (فرويد) بدراسة تشكيلة نفسية تقنع فيها الرغبة نفسها وتكشفها في نفس الوقت، وهي الحلم الذي هو موضوع المؤلف الهائل (علم الأحلام) الذي أرخ له (فرويد) سنة 1900، وفيه يقوم بتحليل بعض النصوص متخذاً الأحلام كشكل من أشكال اللغة يتعين تفكيك عناصرها من أجل إنشاء المعنى القائم وراء مظهر لا معنى له. (كاترين كليمان، 2004، ص 10)

لا يعتبر (فرويد) الحلم عملية مجردة من معنى، ولا يعتبره ظاهرة فيزيولوجية بحتة، بل ظاهرة معقدة إذ يقول " الحلم ظاهرة نفسية بآتم معنى الكلمة، هو عبارة عن تحقيق رغبة " تعد الأحلام كما بين (فرويد) الركيزة الأساسية لفهم الحياة النفسية، باعتبارها وسيلة ديناميكية لفهم هذه الأخيرة، فهي تقودنا إلى أغوار و أعماق النشاط النفسي، إذ أنها تمكننا من فهم السير النفسي للشخصية. (نادية شرادي، 2008، ص، ص 6-7)

ويعتبر (فرويد) أن الأحلام هي الطريق الملكي المؤدي إلى اللاشعور الذي يضم المكبوتات، وتكمن مهمة المعالج في فك رمزية هذه الأحلام، ويعتقد أن الأحلام ما هي إلا محاولة لتحقيق الرغبات المكبوتة ، وعليه فإن الحلم طريقة من الطرق التي يسعى فيها اللاشعور للتعبير عن نفسه .

و استخدم (فرويد) تفسير الأحلام كوسيلة للوصول إلى محتويات اللاشعور المكبوتة ، و أن يميز بين المحتوى الصريح للحلم كما يرويها صاحبه، و المحتوى الكامن له، أي الذي يحاول المعالج تفسيره، فالمحتوى الصريح له علاقة بخبرات الفرد وتجاربه، فعندما تكون الأنا في حالة يقظة فإن الفرد يدرك و يعي ما يدور حوله، ولكن في حالة النوم تكون الأنا ضعيفة وتتعلل معظم وظائفها ويتلاشى جزء كبير من رقابة الأنا الأعلى، مما يتيح الفرصة أمام الهو للتعبير عما لديها من مواد مكبوتة في شكل حلم. ويطلق (فرويد) على عملية تحويل الحلم من محتواه الكامن إلى المحتوى الصريح عملية إخراج الحلم (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص67)

وطريقة تحليل الحلم تتم من خلال طلب المعالج من العميل أن يقص عليه حلم رآه دون حرج، ثم يسجل المعالج مادة الحلم كما رواه العميل بالإضافة إلى ما يذكره من تعليقات أو ما يظهر عليه من تغيرات فيسيولوجية أثناء روايته للحلم .(أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2011، ص135)

و قد أشار (فرويد) إلى أن هناك نوعان من الحلم، حلم يستطيع المريض تذكره وتذكر محتوياته وعناصره، وحلم غير واضح في المحتوى وعلى المعالج أن يكشف مثل هذه الأحلام.(نادر فهمي الزبيد، 2008، ص39)

التأويل (التفسير): يقصد به تعريف وشرح الصراعات اللاشعورية، ويفسر المعالج الأحلام والمقاومة والتحويل الذي يصدر عن المتعالج، ومن المهم اختيار الوقت المناسب للتفسير، والقاعدة الرئيسية هنا هي أن يقدم المعالج التفسير عندما يشعر بأن الظاهرة أو الحدث الذي

يتكلم عنه العميل قريب جدا من مستوى الوعي الشعوري لديه، بمعنى أنه يقدم التفسير لأحداث لم يدركها المتعالج لغاية الآن، ولكنه قادر على تحملها ودمجها كما لو كانت مواد شعورية (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2011، ص135)

ولقد أشار (فرويد) إلى أن هذا الأسلوب يعتبر من أدق ما يمكن أن يميز عملية التحليل النفسي، وهو المظهر الرئيسي لتدخل المعالج في الصراعات العصابية لدى العميل، فالتفسير التحليلي يتناول العلاقة الديناميكية بين العميل والمعالج من جهة، والمواد التي تكشف خلال عملية التداعي الحر والتحويل والمقاومة و الأحلام من جهة أخرى.

يجب أن يكون التفسير كاملا صحيحا ومنطقيا حتى يقبله العميل، وحتى يؤدي إلى هدف التحليل النفسي في عملية استدعاء وكشف وفهم الذكريات المكبوتة، وقد حدد (فرويد) هدف المعالج في عملية التفسير بما يلي:

- إحداث تغيير في إدراك العميل للخبرات و الأشياء و إحداث تغيير في سلوك العميل.
- جعل المواد اللاشعورية شعورية .
- تنمية البصيرة لدى العميل في حل مشكلاته.
- إبعاد القلق وكشف الصراعات والمساعدة في حلها .
- تسهيل التداعي الحر وتحليل التحويل والتغلب على المقاومة .
- زيادة اهتمام العميل بالتحليل، وشعور المعالج بعمل شيء ملموس للعميل.

طبيعة العلاقة العلاجية: إن العلاقة بين المعالج والعميل في مفهوم النظرية تكون حيادية رسمية، وهي علاقة طبيب بمريض، و لا يوجد فيها تعاطف بل تركز على مبدأ التقبل، ويرى (فرويد) أن على المعالج أن يقوم بإجراء عملية التحليل بمراحلها الأربع السابقة الذكر بالسرعة الممكنة و أن يتصف المعالج بالمهارة والدقة، و أن لا يسمح بأي شكل من الأشكال لمشاعر المعالج التدخل في عملية العلاج، و أن يكون المعالج مدركا ويقظا لما يحصل عليه من

المعلومات من اللاشعور عندما يبدأ العميل بالحديث عن الخبرات المؤلمة المكبوتة في اللاشعور.

ويرى (فرويد) أن على المعالج أن يكون مرآة تعكس ما يعرض عليه العميل من انفعالات ومشاعر و اتجاهات ودوافع، وعليه أن يكون ماهرا في الصمت و الإصغاء وشديد الملاحظة والفهم و الإدراك، وبهذه الإجراءات فإن المعالج سيكون حياديا.(نادر فهمي الزيود،2008،ص ص40- 42)

تقييم العلاج السيكودينامي: بالرغم من النتائج التي حققها العلاج السيكودينامي إلا أن هذا لم يجنبه التعرض إلى الكثير من الانتقادات كان أهمها ما يلي :

- طول مدة العلاج، حيث تنعكس المدة الطويلة للعلاج على دافعية المريض وبالتالي رغبته في العلاج .
- ينمي الاعتمادية على المعالج لدى المتعالج.
- إن تركيز هذه المدرسة على الاستبصار، وعلى ديناميكيات العوامل النفسية الداخلية لا يجعلها مرغوبة و لا تتمتع بأفضلية عند العملاء الذين يفضلون تعلم مهارات تكيفية لمعالجة الاهتمامات والمتاعب اليومية الضاغطة. (حسين فايد،2008،ص40)
- إن التركيز على ما يجري في أعماق الإنسان يتعارض غالبا مع القيم الثقافية التي تركز على محور التفاعل الشخصي الاجتماعي و البيئي .
- تتطلب تدريباً طويلاً للمعالجين مع وقت طويل، وكلفة باهظة للعملاء .
- تركيزها على العوامل البيولوجية والغريزية على حساب العوامل الاجتماعية والثقافية والتفاعلية.
- طرق و سائل هذه المقاربة يصعب تطبيقها لحل المشكلات اليومية للعملاء.(جيرالد كوراي،2011،ص604-611)

بالرغم من فضل مدرسة التحليل النفسي على علم النفس عامة من خلال تفسيرها للاضطراب النفسي وكشفها عن تأثير الجوانب اللاشعورية على سلوك الإنسان وبالتالي على حالته النفسية، وفضلها على العلاج النفسي بصفة خاصة من خلال التقنيات المستخدمة، فبالرغم من كل ما سبق إلا أن نقاط الضعف في هذه النظرية كانت المنطلق الذي انطلق منه مجموعة من العلماء الذين استتکروا تماما لأفكار (فرويد) وعارضوه معارضة شديدة وذهبوا عكس ما ذهب، فنشأ من خلال هذا ما يعرف بالنظريات السلوكية.

10-2-2-2 العلاجات السلوكية:

يرى البعض أن التطور والانتقال من التحليل النفسي إلى الأساليب السلوكية فرضتها ظروف الحرب العالمية الثانية، فقد وجد علماء النفس أنفسهم مرغمين على ابتكار وسائل سريعة وبسيطة تساعد على اقتصاد الجهد والوقت لحل مشكلات المجندين والمواطنين، كما أن تركيز هذا النوع من العلاج على استخدام فنيات ومبادئ التعلم وعلاج الأمراض في وقت قصير وبتكاليف أقل أدى إلى ازدياد عدد المستفيدين منه، فلم يعد العلاج قاصرا على الأغنياء فقط كما هو في العلاج بالتحليل النفسي.

لمحة تاريخية: إذا كان الهدف من العلاج السلوكي هو إحداث تغيير في السلوك فإنه بإمكاننا القول أن ممارسة الأساليب الأساسية التي تشير إليها نظريات التعلم لتعديل السلوك مثل التعزيز، العقاب، الانطفاء والتشكيل. و استخدام النماذج السلوكية وغيرها، تعد من الممارسات المعروفة منذ القدم (محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص14)

و من الواضح كما يرى (آيزنك) أن الأصول التاريخية للمادية السلوكية ترتبط بالاتجاه المادي الذي كان سائدا بين فلاسفة القرن الثاني عشر، الذين أنكروا الروح في الإنسان، ووضعوا له تصورا آليا ميكانيكيا (محمد عثمان نجاتي، 2001، ص74) و من الميسور أن نرد بدايات التصور السلوكي للعقد الأول من هذا القرن السابق، ففي نفس الفترة التي شهدت (سيجموند فرويد) ظهر أيضا (إيفان بافلوف) في روسيا بدراساته عن الفعل المنعكس التي

أكسبته تقديرا واسعا، وساهمت في منحه جائزة نوبل سنة 1904. وعلى الرغم من أن تأثير (بافلوف) في تطوير حركة العلاج السلوكي لم يتبلور بصورة مبكرة كما هو الحال مع (فرويد) في التحليل النفسي، إلا أن الظروف شاءت أن تجعل من (بافلوف) من أكبر المساهمين في تأسيس الوجهة السلوكية في علم النفس، وذلك عندما استطاع (واطسون) أن يطبق بمهارة نظريات (بافلوف) في الفعل المنعكس لوصف اكتساب الأمراض النفسية و إزالتها، وهكذا أمكن النظر إلى الأمراض النفسية بصفقتها استجابات وعادات شاذة تكتسب بفعل خبرات خاطئة .

لقد أثبتت العلاجات السلوكية فعاليتها في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، وهي تستمد مشروعيتها العلمية من النظرية السلوكية التي اتخذت من سلوك الفرد ومن ظاهرة التعلم موضوعا أساسيا للدراسة، فهي تعتبر أن الفرد ما هو إلا حصيلة تعلمات ناتجة عن اشتراطات ومثيرات خارجية، فسواء تعلق الأمر بالاشتراط البافلوفي أو بثنائية (واطسن) (مثير - استجابة) أو بمبدأ التعزيز (لסקينر)، فإن كل هؤلاء يجمعون على أهمية التعلم وهو تعلم حسب رأيهم تحكمه مثيرات خارجية وعوامل بيئية (إسماعيل علوي، بنعيسى زعبوش، 2009، ص25)

تعريف العلاج السلوكي: يرى (كاليشن) 1951 أن العلاج السلوكي ما هو إلا تطبيق فعال لمبادئ التعلم، لذا نرى أن نشأة العلاج السلوكي وتطوره أصبح صالحا للممارسة الإكلينيكية، وقد ظهر حديثا مواكبة لظهور نظريات التعلم و التشريط الكلاسيكي و أن التعريف الملائم للعلاج السلوكي هو التعريف الذي وضعه (جولد فرايد) و(دافيزون) والذي يرى أن " العلاج السلوكي لا يرتبط نظريا بمبادئ التعلم فحسب بل بالمنهج التجريبي في دراسة السلوك الإنساني بشكل عام"، ولهذا فإن المسلمة الرئيسية للعلاج السلوكي ترى أن المشكلات السلوكية التي نراها في الميادين الإكلينيكية يمكن فهمها في ضوء تلك المبادئ التي تعتمد على التجريب العلمي بشكل عام . (محمد جاسم العبيدي، 2009، ص46)

كما يمكن تعريفه على انه " أسلوب من الأساليب الحديثة يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم، ويشتمل على مجموعة كبيرة من الفنيات التي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي بناء في سلوك الإنسان، وبصفة خاصة و أدق في سلوكه غير المتوافق".

و يرى (كاليش) (kalish , 1965) أن العلاج السلوكي ما هو إلا " تطبيق فعال لمبادئ التعلم " ولهذا فإن نشأة العلاج السلوكي وتطوره كمجموعة من القواعد المنظمة الصالحة للممارسة الإكلينيكية قد ظهرت حديثا مواكبة لظهور نظريات التعلم و الإشراف.

ويبدو أن التعريف الملائم للعلاج السلوكي هو التعريف الذي وضعه (جولد فرايد و دافيزون) (Goldfield & Davision , 1976) الذي يرى أن " العلاج السلوكي يرتبط نظريا ليس بمبادئ التعلم فحسب، بل بالمنهج التجريبي في دراسة السلوك الإنساني بشكل عام، ولهذا فإن المسلمة الرئيسية للعلاج السلوكي ترى أن المشكلات السلوكية التي نراها في الميادين الإكلينيكية يمكن فهمها في ضوء تلك المبادئ التي تعتمد على التجريب العلمي بشكل عام".

ويطلق البعض على العلاج السلوكي اصطلاح تعديل السلوك Behavior Modification وتعديل السلوك هو بناء لبيئة يتم فيها تعلم مهارات وسلوكيات جديدة مع التقليل من الاستجابات غير المرغوبة، بحيث يصبح المريض أكثر دافعية للتغيرات المطلوبة، ويتميز العلاج السلوكي بأنه لا يهتم كثيرا بالبحث في الخبرات المبكرة للفرد حيث أنه يركز على الحاضر. (محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص12)

مبادئ العلاج السلوكي: بالرغم من اختلاف المنطلقات النظرية للمعالجين السلوكيين إلا أن منحاهم الفكري يتشابه وهم جميعا ينطلقون في نظرتهم السلوكية لمبادئ واحدة أهمها :

- النظر للاضطراب والمرض النفسي بصفته سلوكا خاطئ مكتسب .
- استخدام البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية متغيرات معينة في إحداث التغير العلاجي والتعديل السلوكي .

- معالجة الأعراض المرضية على أنها هي الهدف الذي يجب أن يتجه له العلاج ولهذا يقول (أيزنك) "أن نظرية العلاج النفسي السلوكي ترى أنه لا توجد أمراض وراء الأعراض و أن الأعراض لا تخفي وراءها أي شيء، ويكون العلاج فعالا إن استطعنا التخلص من تلك الأعراض".

- لا يبذل المعالجون السلوكيون مجهودا كبيرا في البحث عن تفسيرات لاشعورية للسلوك أو الرجوع بالسلوك إلى غرائز أو صراعات طفلية مبكرة لأنهم يرون أن التفسيرات أمر يختلف عن العلاج، و أن وجود غريزة أو أي شيء من هذا القبيل لا يجب أن يحد بأي حال في مجهوداتنا للتعبير عن أنماط السلوك الشاذ.

- يحدد جميع المعالجون السلوكيون السلوك المرغوب في علاجه بدقة، لذا فإن الإجراءات التي يقوم بها المعالج السلوكي تختلف في أهدافها عن الإجراءات التي يقوم بها المحلل النفسي، فالمعالج النفسي يبدي اهتماما مباشرا بالظروف التي أحاطت بتكوين سلوك المريض. (محمد جاسم العبيدي، 2009، ص46)

- يقوم العلاج السلوكي على مبدأ هنا و الآن أي التركيز على السلوك المشكل في الوقت الحاضر وعلى الظروف التي يحدث فيها. (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص75)

تفسير الاضطراب: يرى السلوكيون أن الاضطراب النفسي ناتج عن أحد العوامل التالية :

- الفشل في اكتساب أو تعلم سلوك مناسب.
- تعلم أساليب سلوكية غير مناسبة .
- مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع معها اتخاذ قرار مناسب .(أبو عيطة ،1998، ص102)

أهداف العلاج السلوكي : من أهم خصائص العلاج السلوكي التركيز على الأهداف المحددة ،

حيث يركز المعالج على إحداث تغييرات كمية و نوعية في السلوكات، وبذلك لا بد لنا من تحديد

أهداف العلاج السلوكي بشكل واضح منذ بداية العلاج حتى وإن كان المتعالج يواجه عدة

مشكلات سلوكية في نفس الوقت، فعلى المعالج السلوكي تحديد صياغة واضح لكل المشكلات ووضع جدول للأولويات أو المشكلات الأكثر أهمية للبدء بعلاجها والتعامل معها.

ومن المهم ملاحظة أن الاتفاق على الأهداف العلاجية يكون بالتنسيق والتعاون مع المتعالج، الذي غالبا ما يحدد أنماط السلوك المراد تغييرها، أما المعالج فيتمثل دوره في تحديد سبل وطرق التغيير المطلوب، وقد يساعد المعالج المتعالج القيام بعملية تقييم للأهداف المختلفة وتوقع النتائج المتوقعة من تحقيق الأهداف.

إن عملية اختيار وتحديد الأهداف العلاجية تتم ضمن منظومة عامة من عمليات التقييم وقد تخدم عملية إيضاح اللواحق والسوابق كمثيرات للسلوك في مساعدة المتعالج على تحديد الأهداف العلاجية الإجرائية.

إن الطبيعة العلمية للعلاج السلوكي لا تقبل أهدافا مبهمه أو غير واضحة، ويمكن تحديد الأهداف العلاجية في ضوء المتغيرات التالية :

1- وصف السلوك : يتم تحديد السلوك المستهدف بشكل واضح ويتم الابتعاد عن

وصف السلوكيات بعبارات غير واضحة .

2- وصف معايير الأداء المطلوب : ويتم تحديد معيار محدد لقبول أداء السلوك.

إن تحديد معيار للأداء المقبول لتحديد مدى النجاح في تحقيق الأهداف بشكل

مسبق ، لا يعني عدم إمكانية إحداث تغييرات في تلك المعايير إذا ما وجد المعالج

و المتعالج صعوبة الوصول لتلك المعايير يمكن العودة لها وأداء التغيرات المطلوبة فيها.

3- تحديد ظروف الأداء: حيث يتم تحديد ظروف الأداء الذي سيتم تحقيق خلاله الهدف المحدد، وقد يتم وصف ظروف الأداء بشكل واضح لتسهيل عملية التقييم لتحقيق الهدف (جلال كايد ضمرة، 2008، ص ص 32-33)

مراحل العلاج السلوكي: يستند المعالج السلوكي في تعديل السلوك المضطرب إلى مجموعة من المراحل وهي:

- 1- تحديد السلوك المضطرب أو المشكلة التي يعاني منها العميل ويتم ذلك من خلال استخدام الاختبارات النفسية و إجراء المقابلات وغيرها .
- 2- تحديد المواقف والظروف التي يحدث فيها هذا السلوك المضطرب، حيث أن سلوك الفرد لا يتأثر بالمشكلات و الأحداث التي تتبعه فحسب، ولكنه يتأثر بالمشكلات و الأحداث التي تسبقه أيضا، وعلى المعالج السلوكي أن يتعرف على المشكلات القبلية (المقدمات) التي تؤدي إلى حدوث السلوك المشكل، ثم دراسة السلوك نفسه ودراسة النتائج التي تحدث عقب السلوك والتي تؤثر عليه وترتبط به وظيفيا.
- 3- تحديد العوامل المسؤولة عن استمرارية هذا السلوك المضطرب مثل وجود ارتباط شرطي أو تعميم.
- 4- اختيار أنسب التقنيات العلاجية السلوكية والتي من خلالها يتم تعديل السلوك.
- 5- تنفيذ التقنية العلاجية عبر عدد من الجلسات.
- 6- تقويم ما أسفرت عنه الجلسات من نتائج للتأكد من مدى كفاءتها في تحقيق الأهداف المطلوبة. (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص 76)

فنيات العلاج السلوكي: تختلف طرق العلاج السلوكي باختلاف نظريات التعلم التي تستند إليها ويمكن تصنيف هذه الطرق إلى عدة أنواع وهي:

- فنيات قائمة على نظرية التعلم الشرطي .
- فنيات قائمة على نظرية التعلم الإجرائي عند (سكينر).
- فنيات قائمة على نظرية التعلم الاجتماعي عند (باندورا).

كما يمكن تصنيف أساليب العلاج السلوكي إلى أسلوبان رئيسيان يتضمنان مجموعة من الأساليب العلاجية السلوكية التي يمكن استخدامها مع الأفراد اللذين يعانون من اضطراب سلوكي وهذان الأسلوبان هما:

أ - أساليب زيادة السلوك: وهي مجموعة الأساليب الهدف من تطبيقها زيادة معدل حدوث

وتكرار السلوك المرغوب فيه ويتدرج تحت هذا الأسلوب ما يلي :

- التعزيز الايجابي
- التعزيز السلبي
- تشكيل السلوك
- الاستبعاد التدريجي
- التعاقد السلوكي
- التعزيز الرمزي
- النمذجة (مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعاينة، 2007، ص93)

ب - أساليب خفض السلوك:

- العقاب
- المحو الإغفال أو التجاهل
- التغذية الراجعة
- الممارسة السلبية

- التصحيح الزائد
- العزل
- تعزيز السلوك المخالف
- التحصين التدريجي أو التخلص من الحساسية. (مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعاينة، 2007، ص 97)

وهذا تفصيل لمجموعة من أهم الطرق العلاجية :

التحصين التدريجي: ويتم من خلال تعريض العميل لمجموعة المثيرات التي تسبب له القلق أو الخوف وذلك بشكل تدريجي من الأقل شدة إلى الأكثر شدة و إثارة، ويتم كل هذا في حالة استرخاء العميل، بحيث يساعد الاسترخاء على كف استجابات القلق ومنعها من الظهور وذلك استنادا إلى مبدأ الكف المتبادل، والذي ينص على أننا لو استطعنا أن نحدث استجابة مضادة للقلق في حضور المثيرات الباعثة على القلق، فإن الاستجابات المضادة تعمل على انطفاء القلق ومنعه من الظهور. ولقد أشار (وولب) 1958 Wolpe إلى وجود استجابات نقيضه تعمل على كف القلق، وهي الاستجابات الاستجابات التوكيدية والاستجابات الاسترخائية. و يشير مبدأ الكف المتبادل إلى أنه لا يمكن للفرد أن يكون قلقا وهادئا في نفس الوقت. و تتم طريقة التحصين التدريجي عبر عدة خطوات وهي:

- تحديد المواقف المثيرة للقلق.
- بناء مدرج للقلق.
- التدريب على الاسترخاء.
- التعريض لأقل المثيرات إثارة للقلق فالأكثر إثارة له.

التدريب التوكيدي: يعرف (شيلتون) 1977 Shelton ; التدريب التوكيدي " بأنه إجراء يتألف من العديد من فنيات تعديل السلوك، ويستهدف مساعدة الأفراد على حماية أنفسهم وحقوقهم دون أية إساءة إلى حقوق الآخرين، فهي طريقة علاجية مفضلة للأفراد الذين يكون لديهم

صعوبة في التعبير المناسب عن انفعالاتهم المختلفة، و الأفراد الذين لديهم نقص في الثقة بالنفس".

وتؤكد كوراي (Corey ;1977 "على أن التدريب التوكيدي يستعمل بشكل مفيد مع الأفراد الذين لا يستطيعون التعبير عن انفعالاتهم، والذين يكون لديهم صعوبة في قول (لا) والذين يتيحون للآخرين أن يستغلونهم".

يعرف ولبى (Wolpe , 1959) مفهوم تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال إلا أن المعالجين السلوكيين يعالجون هذا المفهوم بصور أكثر اتساعا فالشخص التوكيدي ليس هو فقط من يدرّب نفسه على العدوان، و إعطاء الأوامر والتحكم في الآخرين بل هو أيضا يستطيع التعبير الإيجابي عن كثير من المشاعر الأخرى مثل الصداقة والود، و الإعجاب والشكر لهذا فان العلاج السلوكي القائم على تدريب التوكيدية في الشخصية لا يقتصر على تعليم التعبير عن الاحتياجات والحقوق، والهجوم، بل ويتضمن تدريب الأشخاص عن الاتجاهات الإيجابية الدالة على الاستحسان، والتقبل، وحب الاستطلاع و أداء الواجبات ، وإظهار الحب ، والتعبير عن المودة ، والمشاركة الإيجابية.

إن عدم قدرة الفرد على أن يسلك بطريقة توكيدية تكون بسبب غياب المهارات الاجتماعية لديه، فالفرد اللاتوكيدي يكون غير قادر على التعبير عن مشاعره الانفعالية الحقيقية، ويفشل في رفض الطلبات غير المعقولة، ولا يدافع عن حقوقه الشرعية وغالبا ما يستغل عن طريق الآخرين، ويتضمن التدريب التوكيدي مجموعة من الفنيات التالية وهي:

- الواجبات المنزلية.
- التغذية الرجعية عن طريق شرائط الفيديو.
- التدريبات السلوكية
- التدريب على طريقة الدروس الخصوصية
- الحث والتشكيل بالأنموذج

- الإرشاد بالقراءة (سعيد حسني العزة، 2010، ص ص 190-192).

فنيات التدريب التوكيدي: الاقتداء، تمثيل الدور، التلقين، تكرار السلوك، التدعيم، الإصرار على الموقف، إذابة الثلج، إرجاء الاستجابة، التدريب على الاسترخاء، التغليف التوكيدي، التقييم التخيلي، نزع الهيبة، النشاط البيئي (الواجبات المنزلية)

أسلوب الغمر: ويقوم على فكرة وضع الشخص في الموقف الذي يخاف منه دفعة واحدة بدلا من التدرج كما هو الحال في التحصين التدريجي، وهو بذلك عكس طريقة التحصين التدريجي فمثلا إذا كان لدينا طفل يخاف من الأماكن المرتفعة يؤخذ هذا الأخير إلى مثل سطح عمارة أو مكان مرتفع آخر بحيث ينخفض الخوف والقلق لديه نتيجة تواجده فيها، واحد مميزات هذه الطريقة هي أنها أسرع في تأثيرها من طريقة التحصين التدريجي، ولكن يعاب عليها أنها في بعض الأحيان قد تكون نتائجها عكسية فتزيد من استجابة الخوف والقلق لدى الفرد بدلا من أن تطفئها.

أسلوب التفجر الداخلي: وتتضمن هذه الطريقة تخيل ما قد سيحدث عند وقوع الموقف الذي يخافه العميل بحيث يكون المعالج موقفا انفجاريا داخليا عند العميل، وقد استخدم هذا الأسلوب كثيرا في علاج القلق العصابي، وفي هذا الأسلوب يقوم المعالج بتشجيع العميل لكي يتخيل المواقف التي تثير القلق لديه، مع تهيئة ظروف مثل الظروف الأصلية التي أثارت قلقه، فالفرد الذي يعاني فوبيا التلوث الذي يتضمن الخوف من الأشياء القذرة يمكن أن يطلب منه أن يتخيل نفسه في صندوق قمامة بكل ما يحويه من أشياء غير مقبولة، وهكذا إذا أمكن تعلم الفرد تخيل نفسه في صندوق القمامة دون أن يسبب ذلك إثارة القلق لديه فإنه لا يخاف من القاذورات فيما بعد. (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص 78)

التدريب على الاسترخاء: إن المعنى العلمي للاسترخاء هو توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، وفي حالات الاكتئاب، بينت نتائج العديد من الدراسات انه بالرغم مما يتصف به المصابون بالاكتئاب من مظاهر التخلف في النشاط الحسي الحركي

الذي قد يوحي بأنهم على درجة أقل من التوتر والاستثارة العضلية، فإن مقارنتهم بمجموعة من الأفراد العاديين على مقاييس التوتر في الجبهة الفكين والذراعين بينت أنهم أكثر توترا من الأسوياء وبينت نفس الدراسات أن هذا التوتر يتضاءل بعد التدريب على الاسترخاء.

فالتدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغيير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم (مفهوم الذات) حيث يصبحون بعد التدريب على الاسترخاء أكثر ثقة بالنفس وهذا بسبب ما يمنحه الاسترخاء لهم من قدرة على ضبط الذات والتحكم في التغيرات الجسمية، من هنا فإن أساليب الاسترخاء يمكن أن تؤدي إلى نجاح علاج الاضطرابات الانفعالية (إبراهيم عبد الستار، 1994، ص 153-157)

في سنة 1929 نشر (جاكسون) Jacobson طرق الاسترخاء العضلي والتي ضمنها في كتابه الذي يحمل عنوان (الاسترخاء العضلي التصاعدي) Rogressive Relaxation ويهدف الاسترخاء إلى إحداث توتر واسترخاء في مجموعات عضلية معينة على نحو متعاقب ومساعدة المتعالج على التمييز بين حالة الاسترخاء وحالة التوتر، ويعتبر الاسترخاء مهارة يحتاج المتعالج التدريب عليها. كما أن هذا النشاط هام كواجب منزلي. (صلاح الدين محمود عراقي، 1991، ص 34)

وظيفة المعالج ودوره العلاجي: يهتم المعالج السلوكي بتوفير سبل إنشاء العلاقة العلاجية الملائمة والتي تتصف بالتقبل والسرية و الاحترام، وحسب العلاج السلوكي تعتبر هذه العلاقة بحد ذاتها غير كافية لإنجاز الأهداف العلاجية على الرغم من أهميتها، ولذلك يتبع المعالج السلوكي نمط المعلم في توضيح أسباب السلوك وتفسير الاضطراب السلوكي ومن المهم ملاحظة بأن الجانب الأكبر في عملية العلاج يبقى على المعالج، وهذه نقطة بحد ذاتها انتقاد

للعلاج السلوكي، من خلال اعتبار المعالج هو الشخص الخبير الذي يمكن الاعتماد عليه في جميع مراحل العملية العلاجية.

وعلى العموم يطلب من المعالج السلوكي أن يكون فعالا وموجها لحل مشكلات المتعالج، إلى جانب قدرته على بناء علاقة علاجية إيجابية معه. (جلال كايد ضمرة، 2008، ص35)

طبيعة العلاقة العلاجية: هي علاقة رسمية يكون فيها المعالج هو الأستاذ يقوم على تدريب المتعالج إدارة نفسه للتخلص من السلوك غير المرغوب، و إبداله بسلوك توافقي بتحليل السلوك إلى أجزاء، و يلعب المتعالج دور التلميذ المطلوب منه الالتزام بالتنفيذ والرغبة في التغيير ويشترك منذ البداية في تحديد الأهداف. (عطا الله فؤاد الخالدي، 2008 ص 93)

تقييم العلاج السلوكي: للعلاج السلوكي مزايا كما له عيوب وفيما يلي استعراض لأهم مزايا وعيوب هذا العلاج.

مزايا العلاج السلوكي:

- يقوم العلاج السلوكي على أساس دراسات وبحوث تجريبية علمية قائمة على نظريات التعلم، ويمكن قياس صدقها قياسا تجريبيا مباشرا .
- يركز على السلوك المشكل أو العرض، وهذا يوفر وجود محك لتقييم نتائجه.
- متعدد الأساليب ليناسب تعدد المشكلات والاضطرابات.
- عملي أكثر منه نظري ويستعين بالأجهزة العلمية في عملية القياس.
- أهدافه واضحة ومحددة.

- يستغرق وقتا قصيرا نسبيا مقارنة مع التحليل النفسي، لذا فإنه يوفر الكثير من الجهد والمال.
 - يعتمد على الدراسات والبحوث التجريبية العلمية القائمة في ضوء نظريات التعلم، و التي يمكن قياس صدقها تجريبيا.
 - يركز على المشكلة أو العرض مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج.
 - يسعى إلى تحقيق أهداف إجرائية ، حيث يلعب العمل دورا أهم من الكلام .
 - يتيح علاج أكبر عدد ممكن من المرضى من كافة المستويات الاجتماعية والاقتصادية .
 - يستطيع الآباء والمعلمون والأزواج- بعد تدريبهم- المساعدة في عملية العلاج.
 - يحقق أهدافه في وقت قصير لتركيزه على الأعراض والاستعانة بالأجهزة مما يوفر الوقت والجهد والمال.
 - أثبت نجاحا كبيرا في علاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال، وعلاج المشكلات النفسية حتى ولو كان المريض يعاني من مشكلات أخرى وعلاج الأمراض العصابية، وحالات الاضطراب السلوكي.(إجلال محمد سري،2000، ص 131)
- عيوب العلاج السلوكي:** بالرغم من النجاح الذي حقته التقنيات السلوكية في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية عموما والسلوكية على وجه الخصوص فإن هذه المقاربة لم تسلم من النقد وفي ما يلي أهم المآخذ عليها:
- يصعب تفسير جميع الاضطرابات النفسية تفسيراً سلوكياً .
 - يركز على العرض أكثر من المرض، دون محاولة البحث عن المصدر الحقيقي للاضطراب ودون تناول الشخصية بمختلف أبعادها الأخرى (التفكير، الانفعال)، الأمر الذي يؤدي في كثير من الأحيان إلى انتكاس المريض لأن السبب الحقيقي وراء الاضطراب لا يزال قائماً.(مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعاينة،2007، ص100)

- إن السلوك المرغوب فيه يبقى ماثلاً مادامت المعززات موجودة، ويعود السلوك غير المرغوب في حال اختفاء هذه المعززات. (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص 77)
- تعقد السلوك البشري لدرجة يصعب معها في كثير من الأحيان عزل وتحديد أنماط بسيطة من العلاقات بين المثير والاستجابة حتى يسهل تعديلها.
- يفسر جميع أنواع السلوك البشري والاضطرابات السلوكية على أساس النموذج السلوكي المبني على الاشتراط. (إجلال محمد سري، 2000، ص 132).

10-2-3 العلاجات النفسية المعرفية:

العلاج النفسي المعرفي لـ آرون بيك A.Beck :

واضع هذه النظرية العلاجية هو (آرون بيك) Auron Beck الذي اشتهر بالطريقة العلاجية المعرفية (العلاج المعرفي) الذي أظهر شهرته بفاعلية في علاج الاكتئاب والقلق، و اتسع العلاج المعرفي الآن ليغطي معظم الاضطرابات النفسية، وقد تدرّب (بيك) في مجال التحليل النفسي، ومارس هذا الأسلوب العلاجي، ولكنه لم يكن راضياً عن التعقيدات الكثيرة والمفاهيم المجردة لهذه النظرية، حيث لاحظ عند ممارسته للعلاج التحليلي مع مرضاه بالاكتئاب وجود تحريف سلبي في المعالجة المعرفية لديهم، ووجد فروقاً في أنماط التفكير بين المكتئبين وغير المكتئبين حيث لاحظ أن المكتئبين يفكرون ويعون بصورة غير واضحة أفكاراً محددة لم يتذكروها خلال ممارستهم للتداعي الحر وكان واضحاً أنهم لم يستطيعوا أن يعوا هذه الأفكار ما لم يطلب منهم التركيز عليها، و رغم أن هذه الأفكار موجودة على هامش الشعور إلا أنها تؤدي دوراً مهماً في التركيبة النفسية للمكتئبين وتتميز هذه الأفكار بأنها تظهر بسرعة وبطريقة تلقائية، لا تخضع لإرادة المريض، وفي الغالب يعقب هذه الأفكار (الأوتوماتيكية) حالة عاطفية غير سارة للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب، وقد أدى تشجيع (بيك) لمرضاه على القيام بتحليل معرفي لأفكارهم إلى إعادة صياغة مفاهيم الاكتئاب والقلق والمخاوف المرضية في صورة تحريفات معرفية. (محمد بن سالم بن محمد القرني، 2008، ص 123)

لمحة تاريخية: في الستينات من القرن الماضي طور (بيك) طريقته العلاجية المعروفة بالعلاج المعرفي والذي أخذ شهرته لفعاليته في علاج الاكتئاب كما أكدته بحوث (بيك) المنشورة في الأعوام (1963/1964/1967/1972) فقد حاول (بيك) مراجعة فرض نظرية التحليل النفسي القائل: أن الاكتئاب هو نتيجة لتحول الغضب تجاه الذات، ومن خلال تحليله للملاحظات الإكلينيكية لأحلام و أفكار المكتئبين لاحظ وجود تحريف سلبي في المعالجة المعرفية لدى المكتئبين، و اعتمادا على تلك المراجعة صاغ النظرية المعرفية للاضطرابات الانفعالية، ومن ثم طور النموذج المعرفي للاكتئاب. (محمد بن سالم بن محمد القرني، 2008، ص 117)

تعريف العلاج المعرفي لـ (بيك): يشير (بيك) إلى أن العلاج المعرفي يتألف في معناه الواسع من كل المداخل التي من شأنها أن تخفف من الكرب النفسي، عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة، ولا يعني التركيز على التفكير إغفال أهمية الاستجابات الانفعالية التي هي المصدر المباشر للكرب بصفة عامة، إنما يعني ذلك المقارنة بين استجابات الشخص ومعرفته بها من خلال تفكيره، وعندما تصحح الأفكار السلبية يمكن أن تطفئ أو تغير الاستجابات الانفعالية غير المناسبة. (أرون بيك، 2000، ص 227)

منطلقات العلاج المعرفي لـ (بيك):

يرتكز العلاج النفسي المعرفي لـ (بيك) على مبدأ أساسي مفاده أن سبب قلق الفرد والكثير من معاناته النفسية هو طريقة نظرتة للأشياء والأحداث، فالسلوك غير السوي ينتج إما عن أفكار سلبية عن الذات أو عن الواقع أو عن المستقبل، أو ما أطلق عليه (بيك) (بالتالوث المعرفي).

مبادئ العلاج المعرفي لـ (بيك): يقوم العلاج المعرفي لـ (بيك) على مجموعة من المبادئ تتمثل في :

- 1- أن العلاج المعرفي يبني أساسا على التقييم المتنامي والمستمر للمريض .
- 2- يتطلب العلاج النفسي المعرفي تحالفا علاجيا سليما .

- 3- يؤكد العلاج المعرفي التعاون والمشاركة الفعالة .
 - 4- أن العلاج المعرفي علاج ذو هدف واضح و متمركز حول مشكلة ما .
 - 5- يركز العلاج المعرفي على الحاضر .
 - 6- أن العلاج المعرفي علاج تعليمي في الأساس .
 - 7- يهدف العلاج المعرفي أن يكون محددًا بزمن .
 - 8- أن جلسات العلاج المعرفي مقننة .
 - 9- يعلم العلاج المعرفي المرضى كيف يتعرفون و يقيمون و يستجيبون لأفكارهم و معتقداتهم السلبية المعطلة .
 - 10- يستخدم العلاج المعرفي تقنيات و طرقًا مختلفة لكي يغير التفكير و المزاج و السلوك .
- (جوديث بيك، 2008، ص 23)

الافتراضات الأساسية للعلاج المعرفي: يمكن تحديد الافتراضات التي يستند عليها العلاج المعرفي فيما يلي:

- أن الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج و أساليب تفكير خاطئة و مختلة وظيفيًا، أي أن الأفكار و الاعتقادات لدى الفرد هي المسؤول الأول عن حدوث انفعالاته و سلوكه .
- أن هناك علاقة تبادلية بين الأفكار و المشاعر و السلوك، فهي تتفاعل فيما بينها، ولهذا فالعلاج يشمل التعامل مع المكونات الثلاثة معًا .
- أن المعارف السلبية الخاطئة و أنماط التشويه المعرفي متعلمة يتعلمها الفرد من الخبرات السابقة و أحداث الماضي .
- أن الأبنية المعرفية للفرد (الأفكار و الصور العقلية و التخيلات و التوقعات و المعاني) ذات علاقة وثيقة بالانفعالات و السلوكيات المختلفة وظيفيًا .
- أن المعارف المختلة وظيفيًا قد تبدو للعيان غير منطقية ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل الشخصية عن الواقع .

- أن التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل.
- أن التحريفات المعرفية يتم استئثارها غالبا عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة، بالإضافة إلى أنه قد تم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد والمخططات.
- أن المخططات المعرفية هي الأساس المسؤول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد ونكريات الأحداث الماضية والحكم عليها.
- أن المخططات غالبا ما تنمو مبكرا في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة.
- أن المخططات المعرفية المختلفة وظيفيا هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد.
- تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوبا هاما لإحداث تغيير في انفعالاته وسلوكه. (طه عبد العظيم حسين، 2007، ص 164)

تفسير الاضطراب النفسي : يتلخص الأسلوب المعرفي في العلاج في أن السلوك غير السوي ناتج عن أفكار غير سوية (تلقائية) تؤثر في سلوك الفرد ومن ثم ينبغي الاشتغال على تغيير هذه الأفكار من خلال التأثير على البعد المعرفي لدى الفرد وكيفية معالجته للمعلومات. وترى الصياغة لهذا المنحى العلاجي أن الكثير من المشكلات النفسية تنتج عن التعلم الخاطئ والتحيز في التفكير والتدخلات غير الصحيحة على أساس المعلومات الخاطئة وعدم التمييز بين الخيال والواقع، و أن الأفكار التي تعود إلى المرض النفسي تتجم عن مشكلات في الطريقة التي ندرك ونخزن ونسترجع بها المعلومات (حامد أحمد الغامدي، 2011، ص 145)

ومن أهم الأفكار المشوهة التي تحدث عنها (بيك):

التفكير الثنائي: إما كل شيء أو لا شيء مثلا أما يحصل على علامة كاملة في الامتحان أو سيرسب.
الاستدلال الاعتباطي: بمعنى الوصول إلى استنتاج معين عن حالة أو حدث أو خبرة مع عدم وجود دليل على ذلك.

التجريد الانتقائي: وهنا يركز الفرد على تفاصيل ذات طبيعة سلبية ويتجاهل المظاهر الإيجابية. التعميم الزائد: هنا يستخلص الفرد قاعدة أو فكرة على أساس خبرة أو حادث معين وتعميمها على مواقف غير مماثلة .

التكبير والتصغير: فيخطأ الفرد في تقييم حدث معين من خلال المبالغة في العيب وتضخيمه . التسمية أو فقد التسمية: فنظرة الفرد عن نفسه تنتج من تسمية الذات نتيجة بعض الأخطاء . الشخصية: جعل حادثة غير مرتبطة بالفرد ذات معنى مما يسبب تشوه معرفي .

لوم الذات: هو إساءة تفسير الواقع وفقا لأفكار سلبية واستنتاجات غير منطقية وفيه يحمل الشخص نفسه مسؤوليات الفشل عن كل ما يدور حوله ويعتبر نفسه مسؤولا عن فشل الآخرين بشكل مبالغ فيه في تعميم وتضخيم الأمور .

استخدام العبارات العاطفية: فهو يستخدم عبارات تدل على الحتميات كأسلوب من أساليب التفكير مما يؤدي إلى تحجيم سلوك الفرد اجتماعيا .

التفكير القائم على الاستنتاجات الانفعالية: فالفرد الذي يفسر سلوك الآخرين تفسيراً انفعالياً سيجد نفسه عاجزا عن التفاعل الاجتماعي الفعال .

التفكير الانتحاري: إن المحاولات الانتحارية ما هي إلا تعبير نهائي عن الرغبة في الهروب، فهو يرى مستقبله مثقل بالألم ولا يجد سبلا إلا الانتحار ويبدو له خطوة منطقية فهو يعتقد أن الانتحار سيرفع عن أسرته عبئا ثقيلا . (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2011، ص 389 - 390)

فنيات العلاج المعرفي: ابتكر (أرون بيك) عددا من الفنيات العلاجية نذكر من بينها ما يلي:

فهم المعنى الخاص السقراطي: تحديد معنى الكلمات التي يستخدمها المتعالج من وجهة نظره هو، أي بمعنى ماذا تعني له هذه العبارة أو تلك، فالكلمات لها معاني مختلفة عند الناس .

تحديد ما هو مطلق: وهذا عندما يعبر المتعالج عن نفسه بعبارات مثل كل، واحد دائما، أبدا، لا أحد، فيقوم المعالج على مساعدته على تحديد هذه العبارات .

إعادة العزو: وذلك عندما يلقي المتعالج اللوم على نفسه ويكون العلاج بتصحيح العزو الخاطئ، مثلا أنا السبب أنا المسؤول عن طلاق زوجتي. المعالج: عندما تكون هناك مشكلة فإنه غالبا ما يساهم بها الطرفان .

اللامصيبة أو اللاتهلويل: وذلك عندما يكون المتعالج خائفا من نتائج لا يجب حدوثها فيتم التعامل معه عادة بماذا لو، ماذا إذا. مثال: المتعالج: إذا لم أحصل على علامة كاملة سنتتهي الأشياء بالنسبة لي. المعالج: ماذا لو حصلت على علامة منخفضة.

تحدي التفكير ثنائي القطب: وذلك عندما ينظر المتعالج إلى الأشياء ككل إما أسود أو أبيض. قائمة الإيجابيات والسلبيات والموازنة بينهما: مثال يتم الطلب من المتعالج أن يكتب قائمة بالإيجابيات عند ترك التدخين والسلبيات عندما يبقى يدخن ثم يقارن بينهما.

التخيل: استخدام التخيل، مثلا موظف يخاف أن يقف أمام المدير ويطلب علاوة فيطلب منه المعالج أن يتخيل نفسه وهو يقوم بذلك .

العلاج الشخصي الداخلي: وهو تدريب الفرد على المهارات التي تساعده في تغيير أنماط وأشكال التفاعل الذي يسبب له مشكلات في البيئة، مثل المهارات الاجتماعية والتدريب على التواصل و اتخاذ القرار.

تغيير القواعد: يحدث الاكتئاب عندما يستخدم قواعد غير واقعية بشكل اختياري وغير مناسب، ويحاول العلاج المعرفي أن يحل محلها قواعد أكثر واقعية وأكثر تكيفا، والقواعد التي يستخدمها المرضى تركز على الخطر مقابل السلامة، وعلى الألم مقابل السرور، وفي العلاج يتم تحدي المخاوف التي لدى المتعالج من الازدراء والنقد والرفض وغيرها ، كما يتم مجادلة الآثار الخطيرة التي تترتب على حدوثها وأيضا المعتقدات والاتجاهات تعمل كقواعد.(جوديث بيك، 2007، ص239)

أسلوب إعادة الصياغة : فالفرد الذي يحس بالعزلة وبعدم اهتمام الناس به، يمكنه أن يعيد صياغة مشكلته بحيث تقوده إلى فكرة أكثر إيجابية، مثل " أنا لا أسعى للتعرف على الناس، ولا أتعرف على صداقات، لذلك تكون مشكلتي في نفسي، لذا علي أن أتحدث معهم و أن أهتم بهم حتى يبادلونني المبادرة والاهتمام والمشاركة"، ومن هنا تأتي أهمية دور المعالج من خلال التعرف على المشكلة ومكوناتها الأساسية وتدريب المتعالج على كيفية حل المشكلات وهناك عدد من الأساليب التي تستخدم خلال هذا الاتجاه منها :

- التعرف على الأفكار المشوهة والأوتوماتيكية التلقائية والعمل على تصحيحها، فهي بمثابة أفكار سلبية تؤثر سلبا في قدرة الفرد على مواجهة أحداث الحياة ومن ثم قدرته

على التكيف، مما يؤدي إلى ردود فعل انفعالية مبالغ فيها لا تتلاءم مع الموقف أو الحدث، وقد لا يكون الفرد على وعي بهذه الأفكار حتى يستطيع أن يحددها، وبالتالي يمكنه التعامل معها بغرض تصحيحها وتعديلها ، ولكن مع التدريب والتعليم يصبح بإمكانه أن يقوم بذلك .

- الإبعاد والتركيز: عندما يتوصل المتعالج إلى أن أفكاره مشوهة ولا تتفق مع الواقع فإنه يحاول أن يبعدها ويتخلص منها، أو يركز على عملية تصحيح أو تعديلها و يكون من نتائجها التكيف مع الموقف أو الحدث وتعديل السلوك .

- ملاءمة الفراغ: يتضح عند تناول المتعالج للحدث أو الموقف وردود الفعل الصادرة عنه تجاه هذا الحدث أو ذلك الموقف، أن هناك فجوة توجد بين المثير والاستجابة وتتمثل هذه الفجوة في الأفكار، ويمكن أن يقوم المعالج بملئها من خلال تعليم المتعالج أن يركز على تلك الأفكار التي تحدث أثناء معايشة المثير والاستجابة له. (إسماعيل العلوي، بنعيسى زغبوش، 2009، ص97)

- الوصول إلى دقة الاستنتاجات: و يتم ذلك من خلال تدريب وتعليم المتعالج كيفية الوصول إلى المعلومات الدقيقة، وبالتالي تتسم استنتاجاته في المواقف المختلفة بالواقعية.

- التخلي عن المطالب: ويتم ذلك من خلال التخلص من مجموعة الواجبات المطلقة Musts أو الينبغيات Shoulds التي ينظر من خلالها إلى المواقف المختلفة والتي تسبب له الكرب ، والتي تعمل بعد ذلك كقواعد منظمة للسلوك ومسببة للاضطرابات المختلفة .

- التحصين التدريجي: وتقوم هذه الطريقة على تشجيع المتعالج على مواجهة مواقف بأشكالها المتعددة تدريجياً، ويتمثل الهدف الرئيسي في تحديد المشاعر أو الانفعالات المبالغ فيها، ويكون ذلك من خلال التعرض التدريجي للمواقف المثيرة للكرب النفسي مع إحداث استجابات معارضة لهذه الاستجابات تدريجياً، أي أن يفقد هذا الموقف تماماً خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد أي إلى أن تلغى العلاقة الإشتراطية بين المثير والاستجابة. (محمد علي عمارة، 2008، ص129)

أهداف العلاج النفسي: يهدف العلاج المعرفي إلى تدريب الفرد على أن :

- يصبح الشخص واعيا بأفكاره الآلية .
- التعامل مع التفكير غير المنطقي .
- استخدام استجابات سلوكية ومعرفية في نفس الوقت لمواجهة المثيرات المزعجة ففي الجانب السلوكي يوضع جدول واضح ومحدد من المهام نسعى من خلالها إلى تزويد العميل بخبرات ناجحة أما الجانب المعرفي، فيشتمل على عملية التفرقة ما بين أنا أظن وهي الفكرة التي تقبل التشكيك وبين أنا أعرف وهي حقائق لا تحمل الرفض .
- كيفية حل المشكلة وذلك بإشراك المتعالج في حل المشكلة بمساعدة المعالج حيث يتعلم المتعالج بدوره كيف يحل المشكلات . (حامد أحمد الغامدي، 2011، ص200)

مراحل العلاج المعرفي: يقسم (بيك) العلاج النفسي المعرفي إلى ثمانية مراحل أساسية هي:

1. تكوين العلاقة الموجهة بين المعالج و المتعالج .
2. تحديد مجالات المشكلة بدقة.
3. اختزال المشكلة .
4. معرفة السبب الأصلي للمشكلة، وتحويل الأعراض إلى مشكلات مستهدفة .
5. المراقبة الذاتية للأحداث التي تسبق المشكلة .
6. النظر إلى التفكير باعتباره فروضا أكثر منها حقائق.
7. اختبار الفروض بالأساليب السلوكية و المعرفية.
8. بيان أن هذه القواعد والفروض تؤلف الاعتقاد غير الصحيح .(صلاح محمود عراقي، 1991، ص11)

دور المعالج: يشير (Brady , 1980) إلى أن العلاج المعرفي كما في جميع طرائق العلاج المختلفة، يعتمد على تكوين علاقة علاجية قوية مع المتعالج. ويقوم المعالج بمساعدة المتعالج

للتخلص من مشكلات محددة، و زيادة السلوكيات البناءة الفعالة لديه، و تقوية علاقات المتعالج بغيره. و يرى (Peterson & Nisenhol) أن المهمة الأساسية للمعالج العقلي تتلخص في:

- تحديد المشكلة بكل دقة ووضوح بما في ذلك فهم الحوادث و الوقائع و النتائج التي أثرت على المشكلة.
- التعاون مع المتعالج في تحديد الأهداف العلاجية، ومراقبة التطورات نحو إنجاز الأهداف.
- كما يؤكد على أن دور المعالج هو دور فعال و نشيط يقتضي توجيه نشاطات المتعالج و تعزيز السلوكيات المرغوب فيها، و التي تؤدي بدورها إلى تحقيق الأهداف . و من هنا يمكن القول أن المعالج يقوم بدور المعلم الذي يساعد المتعالج في فهم أسباب مشكلته و كيفية التغلب عليها و ذلك من خلال توجيه الأسئلة المباشرة و إعطاء إجابات مختصرة و العمل كمراقب مشارك. (أبو العراد الشهري،2008)

العلاقة العلاجية: تحدث (بيك) وزملاؤه كثيرا حول العلاقة العلاجية وتناولوا إسهامات (روجرز) بالحديث حولها ويعتبر المعالجون المعرفيون شروط (روجرز) للتعبير ولبناء العلاقة العلاجية مهمة ولكنها غير كافية لإحداث التغيير العلاجي المطلوب فالى جانب توفير ظروف الثقة والتعاطف والشراكة، يعتقد المعرفيون بضرورة القيام بإجراءات للتعرف على العمليات المعرفية غير الوية وإحداث تغييرات وتعديلات بها. (جلال كايد ضمرة، 2008، ص217)

العلاج النفسي العقلاني الانفعالي لـ ألبرت إليس (1979): A.Ellis:

لمحة تاريخية: يمثل العلاج العقلاني الانفعالي نظرية في الشخصية و أسلوبا في العلاج النفسي وضع أسسه وطوره عالم النفس الأمريكي (ألبرت إليس) وذلك في أوائل (1950) عندما قدم

فروضا متقدمة لنظريته، والتي مؤداها أن الأحداث النشطة لا تسبب العواقب الانفعالية، ولكن نظام اعتقادات الفرد غير العقلانية هو المسبب لذلك.

ولقد مارس **(إليس)** التحليل النفسي الكلاسيكي، والعلاج النفسي التحليلي لعدد من السنين في الفترة من أواخر الأربعينات إلى أوائل الخمسينات ولكنه وجد أنه بالرغم من الاستبصار الذي يكتسبه العميل، وفهمه للأحداث في طفولته الأولى وقدرته على الربط بينها وبين اضطراباته الانفعالية الحاضرة، فإنه نادرا ما يتخلص من الأعراض التي يشكو منها، وحين يتخلص منها، فإنه لا يزال يحتفظ بالنزعة إلى خلق أعراض جديدة، وقد توصل **(إليس)** إلى أن السبب في ذلك ليس فقط هو أن الفرد قد نشأ على أفكار لاعقلانية، ولكن لأنه أيضا يعيد غرس هذه اللاعقلانيات في نفسه، بل إن الفرد يقاوم الضغوط الموجهة إليه في العلاج للتخلي عن هذه المعتقدات، ولا يرجع ذلك في تقدير **(إليس)** إلى أنه يكره المعالج أو أنه يريد تدمير ذاته أو أنه لا زال يقاوم الصور الوالدية كما يزعم الفرويديون، ولكنه يرجع إلى أنه ينزع إلى أن يكون مثاليا ساعيا للكمال وناقدا للذات ومتوجها نحو الآخرين. (طه عبد العظيم حسن، 2008، ص76)

تعريف العلاج العقلاني الإنفعالي: هو نظرية من نظريات العلاج النفسي تستخدم فنيات معرفية و انفعالية لمساعدة العملاء في التغلب على ما لديهم من معتقدات خاطئة وغير عقلانية، والتي يصاحبها اضطراب في سلوك وشخصية الفرد، واستبدالها بمعتقدات أكثر عقلانية ومنطقية تساعده على التوافق. (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص86)

تفسير الاضطراب: ذهب **(إليس)** إلى أن انفعالات الفرد غير المرغوبة مثل أشكال القلق المختلفة والعدوانية والاكنتاب، ذهب إلى أن هذه الانفعالات الهازمة للذات غالبا ما يكون سببها نظام الفرد العقائدي وما يتضمنه من معتقدات غير عقلانية تتعلق بمشاعر فقدان القيمة، والتي يجب تعديلها وتغييرها عن طريق الدحض (هشام إبراهيم عبد الله، 2008، ص17)

المفاهيم الأساسية للنظرية :

- الإنسان مخلوق عقلائي وغير عقلائي في آن واحد.
- التفكير والعاطفة عمليتان متلازمتان.
- التفكير اللامنطقي يعود في أصله إلى مراحل التعلم المبكر.
- استمرار الاضطراب النفسي لا تقره الظروف.
- الإنسان مخلوق متكلم ويعتمد في تفكيره على استخدام الرموز.
- يجب مواجهة الأفكار السلبية الانهزامية عن طريق تنظيم الإدراك والتفكير بحيث يصبح منطقيًا وعقلانيًا.
- تتألف الشخصية من المعتقدات والبناءات والاتجاهات والقيم الإنسانية. (التطبيق العملي للنظريات العلمية في الإرشاد والعلاج النفسي، 2011)
- أهم الافتراضات والمسلمات التي تقوم عليها نظرية العلاج العقلاني الانفعالي: يقوم العلاج العقلاني الانفعالي على بعض التصورات والافتراضات ذات العلاقة بطبيعة الإنسان، والتعاسة والاضطرابات الانفعالية التي يعاني منها، ومن هذه الافتراضات:
 - أن التفكير والانفعال يمثلان وجهان لشيء واحد فلا يمكن النظر إلى أحدهما بمعزل عن الآخر ويضيف (اليس) أن هناك بعض الأساليب التي تثير الانفعال، كما أن هناك بعض الأساليب التي تساعد على التحكم فيه ويعتبر التفكير واحد من تلك الأساليب و أن ما نسميه بالانفعال ما هو إلا نوع بعينه من الفكر الذي يتسم بالتحيز والتطرف.
 - أن الإنسان لديه ميل للتفكير بشكل عقلائي وغير عقلائي، فعندما يسلك ويفكر بطريقة عقلانية يكون فعالًا ومنتجًا، وعندما يفكر بطريقة غير عقلانية يشعر بالخوف والقلق. وعلى الفرد أن يعمل على تنمية طرق تفكيره العقلانية.
 - أن الاضطرابات النفسية التي يعانيها الفرد هي نتاج أفكار ومعتقدات خاطئة وسلبية تشكل البناء المعرفي لديه.

- أن التفكير غير العقلاني يرجع إلى مرحلة الطفولة والى عوامل التنشئة الاجتماعية في الطفولة، وأن للآباء دورا في اكتساب الأبناء لهذه الأفكار اللاعقلانية.
 - يجب مهاجمة ومحاربة الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد من خلال المناقشة و الإقناع وتزويده بالأفكار العقلانية والمنطقية.
 - يسلك الناس وفقا لتوقعاتهم عن استجابات الآخرين، وهذا التوقع كعملية معرفية له تأثيره على الاضطراب الانفعالي، حيث أن الأفراد في بعض الأحيان يميلون إلى إعطاء أحكام كاذبة لنيل رضا الآخرين و استحسانهم .
 - يعزو الأفراد مشكلاتهم واضطراباتهم الانفعالية إلى الآخرين والى الأحداث الخارجية، ومن ثم تكون الاضطرابات الانفعالية لديهم قائمة على إعزاءات خاطئة.
 - يميل الأفراد إلى استخدام بعض الميكانيزمات الدفاعية ضد أفكارهم وسلوكهم وذلك حفاظا على ذواتهم، بمعنى أنهم يميلون إلى عدم الاعتراف لأنفسهم أو للآخرين بأن سلوكهم وتفكيرهم خاطئ و أكثر سلبية. (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص88)
 - يعبر الإنسان عن فكره رمزيا ولغويا، وكل من الفكر والانفعال يتضمنان الكلام مع الذات في شكل جمل مستدخلة، و إذا كان الفكر مضطربا صاحبه لديه انفعال مضطرب، وكان الفرد يحدث نفسه دائما بالفكر غير المنطقي، ويترجمه في شكل سلوك مضطرب.
 - الفكر والانفعال توأمان مترابطان ومتداخلان، و يؤثر كل منهما على الآخر، و التفكير والانفعال والسلوك أضلاع مثلث واحد تصاحب بعضها بعضا تأثيرا وتأثرا. (أحمد عبد اللطيف أبو اسعد، 2011، ص139)
- تفسير الإضطراب:** يعود الاضطراب النفسي حسب (إليس) إلى نظام المعتقدات اللاعقلانية التي يتبناها الإنسان .

المعتقدات العقلانية: واقعية و إيجابية يصحبها عواقب تفاعلية وأنماط سلوكية ملائمة ومرغوبة، تحقق للإنسان مزيداً من التوافق والصحة النفسية والسعادة، وتدفعه إلى المزيد من النضوج والانفتاح.

المعتقدات غير العقلانية: خيالية وسلبية وغير واقعية و يصحبها عواقب تفاعلية وأنماط سلوكية مضطربة وغير مرغوبة مثل القلق والغضب والعدائية والاكتئاب. (هشام إبراهيم عبد الله، 2008، ص28) ولقد حدد (Ellis) إحدى عشرة فكرة غير عقلانية ولا منطقية شائعة تؤدي إلى هدم الذات وتثير العصاب وهذه الأفكار هي:

الفكرة الأولى: من الضروري أن يكون الشخص محبوباً ومقبولاً اجتماعياً من المحيطين به.

الفكرة الثانية: يجب أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الكفاية والمنافسة والإنجاز لدرجة الكمال حتى يكون ذا أهمية وقيمة.

الفكرة الثالثة: بعض الناس يتصفون بالشر والندالة والخسة والجبن، لذا يجب تأنيبهم و لومهم ومعاقبتهم.

الفكرة الرابعة: إنه لمصيبة فادحة أن تسير الأمور على عكس ما يريد الفرد.

الفكرة الخامسة: تظهر التعاسة عند الفرد بفعل العوامل الخارجية، والتي ليس بمقدوره السيطرة عليها.

الفكرة السادسة: تستدعي الأشياء الخطيرة أو المخيفة ظهور الهم الكبير والانشغال الدائم في التفكير، وينبغي أن يتوقع الفرد احتمال حدوثها دائماً، وأن يكون على أهبة الاستعداد لمواجهتها والتعامل معها.

الفكرة السابعة: من الأسهل أن نتجنب بعض الصعوبات والمسؤوليات بدلاً من أن نواجهها.

الفكرة الثامنة: يجب أن يعتمد الشخص على الآخرين، ويجب أن يكون هناك من هو أقوى منه لكي يعتمد عليه.

الفكرة التاسعة: تقرر الخبرات والأحداث الماضية السلوك الحاضر، ولا يمكن تجاهل أو محو تأثير الماضي.

الفكرة العاشرة: ينبغي أن يحزن الفرد لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات.

الفكرة الحادية عشرة: هناك دائماً حل كامل وصحيح يجب التوصل إليه لكل مشكلة، وإلا ستكون النتائج خطيرة. (سلطان بن موسى العويضة، 2008)

أهداف العلاج العقلاني الانفعالي:

- الكشف عن المعتقدات الخاطئة وغير المنطقية لدى الأفراد والتي تعد المصدر الأساسي في الاضطرابات الانفعالية.
- مساعدة العميل في التغلب على المعتقدات الخاطئة التي تسبب له الاضطرابات النفسية، واستبدالها بأفكار جديدة أكثر عقلانية ومنطقية وذلك من خلال مناقشة وتحليل وتفنيد أو دحض المعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد.
- تزويد الفرد بالمعلومات و الأفكار الصحيحة التي تعينه على التوافق في حياته.
- زيادة اهتمام الفرد بنفسه وتقبله للتفكير العلمي والمنطقي .
- مهاجمة المعتقدات اللاعقلانية لدى الفرد.
- الانفعال بأسلوب عقلاي (منطقي مرن واقعي).
- الانفعال بأسلوب مناسب للمواقف والأحداث.
- التصرف بأسلوب فعال لتحقيق الأهداف والأغراض الأساسية. (محمد حسن غانم، 2009، ص 593)

كما تحدث (ألبرت إيس) عن ثلاث أهداف للعلاج العقلاني الانفعالي:

أولاً: التخفيف من القلق ولوم الذات وهزم الذات والشعور بالإثم والغضب والاكنتاب.

ثانياً: التخفيف من التوبيخ وملامة الآخرين والعالم المحيط.

ثالثاً: تعليم المتعالج كيفية تنفيذ المعتقدات اللاعقلانية .

مراحل العلاج العقلاني الانفعالي: يتم تحقيق هذه الأهداف من خلال المراحل التالية:

الاكتشاف Detecting : يعلم المتعالج هنا كيفية إكتشاف المعتقدات اللاعقلانية التي تؤدي إلى تدني مفهوم الذات لديه.

المناقشة Debating: يتم مناقشة نظام المعتقدات اللاعقلانية عن طريق تعليم المتعالج الأسس المنطقية، طرح التساؤلات، التجريب، المناقشة العقلانية المستمرة لنتائج معتقداته على انفعالاته وبالتالي على سلوكه.

التمييز Discriminating : من خلال تدريب المتعالج على التمييز بين معتقداته العقلانية واللاعقلانية .

التعليم Educating : يتعلم المتعالج كيف يستبدل الأفكار اللاعقلانية بأخرى أكثر عقلانية.
(مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعاينة، 2007، ص109)

العلاج يبدأ في D (Dispute): أي التنفيذ و الدخض وهنا يتم تحدي المعتقدات غير العقلانية وتتضمن عملية التنفيذ ثلاث مكونات:(تحري وجود معتقدات غير عقلانية، تحديد جمل الحتميات مثل يجب وجمل تقليل الذات وجمل التهويل).المرحلة الثانية المناظرة بتعلم كيفية الاستفسار عنها منطقياً و مجادلة نفسه بشدة للخروج منها والتصرف بعكس الطريق السابق.المرحلة الثالثة هي التمييز بين المعتقدات غير المنطقية الهادمة للذات وبين المعتقدات المنطقية المساعدة للذات. ثم ينتقل إلى E(Effect): وهنا جانب عملي تحل فيه الأفكار المناسبة مكان الأفكار غير المناسبة . ثم ينتقل إلى F(Felling) يتضمن التعامل مع المشاعر، بحيث تزول مشاعر القلق والاكنتاب، وتطوير فلسفة منطقية وفعالة للحياة ويصل

الفرد إلى استنتاج مفاده أنه من الغباء الاستمرار في لوم الذات وجعلها مسؤولة مسؤولية كاملة عن الأخطاء. (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2011، ص142)

خطوات إعادة بناء الخلل الوظيفي في الشخصية: تعتمد فلسفة إعادة البناء لتغيير الخلل الوظيفي في الشخصية على الخطوات التالية:

- الاعتراف بأننا نتحمل المسؤولية في خلق مشاكلنا.
- الاقتناع بامتلاك القدرة على تغيير الاضطرابات.
- الاعتراف بأن الاضطرابات الانفعالية والسلوكية تأتي من معتقدات لاعقلانية.
- الإدراك والملاحظة المباشرة لهذه المعتقدات اللاعقلانية.
- إدراك أهمية مناقشة المعتقدات اللاعقلانية باستخدام الطرق المباشرة والخارجية.
- الاقتناع بأن قبول التغيير يؤدي إلى العمل بشكل أفضل وفعال على الطرق الانفعالية والسلوكية للسيطرة على المعتقدات وبالتالي ضبط الخلل الوظيفي الذي قد يصيب المشاعر ويسيطر على ردود الأفعال. (مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعاينة، 2007، ص111)

فنيات العلاج العقلاني الانفعالي: يستخدم العلاج العقلاني الانفعالي مجموعة من الفنيات المعرفية والانفعالية والسلوكية .

فنيات معرفية: وهي الفنيات التي تساعد العميل على تغيير أفكاره اللاعقلانية و اتجاهات وفلسفته غير المنطقية إلى أفكار و اتجاهات عقلانية جديدة، وتبني العميل فلسفة واضحة في الحياة، تقوم على العقلانية وتظهر للفرد أنه من الأفضل أن يتخلى عن طلب الكمال إذا أراد أن يعيش حياة سعيدة خالية من القلق، وتعلم العميل أن يفصل بين معتقدات العقلانية غير المطلقة والمعتقدات اللاعقلانية وكيف يستخدم الطريقة المنطقية في التعامل مع ذاته، وكيف يتقبل الواقع حتى إذا كان كئيبيًا، ويدعو العميل إلى التفكير بأنه حتى لو ساءت الأمور إلى أقصى حد فإن الأمر لن يكون كارثة كما يصوره لنفسه.

فنيات انفعالية: وهي فنيات تتناول مشاعر العميل وأحاسيسه والمواقف الصادمة المثيرة والخبرات الماضية المتعلقة بمشكلة العميل، وتستخدم للمساعدة في تغيير قيم العميل المحورية ويعبر عنها (إليس) Ellis بأنها فنيات العلاج الانفعالي الاظهاري التي تتمثل في إظهار الحقائق والأكاذيب كي يستطيع العميل التمييز بينها بوضوح، ويستخدم المعالج لعب الأدوار، و النمذجة والفكاهة، وحث العميل وإذاره وإقناعه بالتخلي عن هذه الأفكار اللاعقلانية، وتشجيع العميل على المخاطر بالإضافة إلى قيام علاقة تتسم بالحب والتقدير و الإحترام والألفة بين المعالج والعميل.

الفنيات السلوكية: وهي فنيات تساعد العميل على التخلص من السلوك المختل وظيفيا وحث العميل على تغيير وتعديل سلوكه وتعزيز السلوك التوافقي ومساعدته على التغيير الجذري لمعارفه ومفاهيمه المتعددة عن ذاته وعن الآخرين والعالم. ويعبر عنها (إليس) بأنها فنيات العلاج العقلاني السلوكي وهي متعددة منها الواجبات المنزلية المباشرة والتحصين التدريجي، والنشاط الموجه، وضبط الذات، والاستبصار، والتدريب على المهارات و ارتياد المخاطر والقيام بالأدوار، القراءة، حكاية القصص والطرق التي تبعث على السرور، تعلم المنطق وضبط الذات والقدرة والنشاط الموجه والاسترخاء والتخيل العقلاني و الاستبصار وتعلم أسلوب التفكير العلمي واستخدام الأساليب التربوية والمعرفية وربط الأحداث بالنتائج. (محمد بن جعفر جمل الليل، 2008، ص غير موجودة)

دور المعالج في العلاج العقلاني الانفعالي: تتحصر مهمة المعالج العقلاني الانفعالي في الكشف عن الأفكار والمعتقدات غير المنطقية التي يتبناها العميل، ويوضح له أن هذه الأفكار

قد أدت به إلى الاضطراب النفسي، ويبين للعميل أن الأفكار والأحداث التي يقولها لنفسه والتي تتسم بعدم المنطقية هي التي تساعد على الاستمرار في اضطراباته الانفعالية، ومن ثم يجب على المعالج مساعدة المتعالج في أن يقوم بمهاجمة هذه الأفكار والمعتقدات المؤذية للذات وتحويلها إلى أفكار أكثر منطقية وعقلانية مستخدماً في ذلك العديد من الأساليب والفنيات التي يقوم عليها العلاج العقلاني الانفعالي (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص 94)

العلاقة العلاجية: لا يتطلب هذا النوع من العلاجات أن تكون علاقة العميل مع المعالج جيدة كشرط من شروط نجاح العلاج ، وضمن هذا المجال يؤكد (إليس) أن الدفاء الزائد والتعاطف الظاهر من قبل المعالج مع العميل قد يؤدي إلى إتكالية العميل، لذلك فإن العلاج يقيم سلوك الفرد بعيداً عن شخصيته ويقول (إليس) أن العلاج ممكن أن ينجح من خلال الشريط والكتاب، وحتى مع العميل الذي توجد بينه وبين المعالج عداوة فيجب التركيز على العلاج فقط، (فإليس) يكتفي بعلاقة عادية يأخذ فيها المعالج الدور النشط المشابه لدور المعلم، ولا يعطي للعميل دوراً كبيراً في عملية العلاج إن كان لا يمانع في أن يوفر المعالج جواً من التسامح والدفاء وأن يعطي فرصة للعميل للتنفيس عن مشاعره

وفي هذا الصدد يقول (إليس) "لني سرعان ما أشرح لعملائي أن مشكلتهم تكمن في اعتقادهم انه ينبغي أن يلقوا الحب من الآخرين، في الوقت الذي لا يحتاجون لذلك فعلاً وبذلك فإني أقوم بتعليمهم أنه يمكنهم مواصلة العيش في هذا العالم دون أن يكونوا محبوبين أو مقبولين من الغير".

فما على المعالج إلا أن يوفر القبول المحايد أو الاعتبار الإيجابي غير المشروط للعميل

كشخص ، ويظهر له أهميته بغض النظر عن سلوكه. (جلال كايد ضمرة ، 2008، ص106)

تقييم طريقة العلاج العقلاني الانفعالي: هناك مجموعة من مميزات الإرشاد العقلاني الانفعالي وهي كالتالي:

- من أكثر النظريات المعرفية الهامة في وصف الاضطرابات الانفعالية.
- اهتمامه بالعلاقة بين طريقة تفكير الفرد والناحية الانفعالية لديه والتأثير المتبادل بينهما .
- يسمح للمعالج أن يعلم العميل كيف يعترض على الافتراضات المتخاذلة عن نفسه وعن الآخرين .
- نظرا لكون هذا الأسلوب من العلاج مبني على نموذج تعليمي إقناعي فإنه يعلم العميل المتعالج كيف أنه يسببه الإزعاج لنفسه بأفكاره غير العقلانية ومن ثم يسعى إلى كشف الأفكار والمعتقدات غير العقلانية، كما يعلمه كيف يغيرها .
- لا يسعى إلى مجرد إزالة الأعراض بل يسعى إلى تغيير فلسفي عميق ودائم للفرد
- اهتمامات هذا الاتجاه بالخبرات السابقة للفرد من حيث تفسير المتعالج لها ومن ثم الوصول لعلاقتها بأفكاره الخاطئة.
- التأكيد على التقبل الذاتي للفرد بدون قيود أو شروط .
- التأكيد على تحمل الإحباط حتى ولو كان منخفضا يؤثر في إحداث الاضطرابات الانفعالية.

- أهمية الماضي تكمن عند (ليس) في تشكيله لنمط الحياة الحالي والفرد مسؤول عن الاحتفاظ بالأفكار و الاتجاهات المدمرة للذات والتي تؤثر في تفاعلاته اليومية .
- إن مواجهة المتعالج بأسئلة مثل: افتراضاتك ومعتقداتك الأساسية؟ هل تحققت بالفعل؟ هل كانت معظم أفكارك الأساسية نابعة من قيمك الخاصة، أو هل هي مجرد أفكار عابرة لها فائدة كبيرة في تغيير كثير من الأفكار لديه.
- إن نموذج (A-B-C) يبين بوضوح و ببساطة كيف تحدث الاضطرابات للإنسان ، و الطرق التي يمكن أن يتغير بها السلوك المضطرب .
- تؤكد هذه النظرية على وضع التبصر المكتسب حديثاً موضع التنفيذ ، وتعتبر الواجبات المنزلية مناسبة جداً في التمكن من التدريب على سلوك جديد .
- تركيز النظرية على تعليم المتعالجين لتنفيذ علاجهم دون تدخلات مباشرة من المعالج يعد قوة النظرية وتأكيداً على استخدام الوسائل التكميلية مثل الاستماع إلى الأشرطة ، قراءة كتب المساعدة الذاتية والمداومة على تسجيل ما يفعلون وما يفكرون وحضور و رش العمل ، مما يعزز عملية التغيير لدى المتعالجين دون المبالغة في الاعتماد على المعالج.
- تؤكد هذه النظرية على التدريب العلاجي الشامل والانتقائي ويمكن استخدام أساليب معرفية وانفعالية وسلوكية متعددة لتغيير انفعال المتعالج وسلوكه عن طريق تغيير البناء المعرفي له، كما يمكن استعمال بعض الأساليب المستخدمة في نظريات أخرى وخاصة أساليب النظرية السلوكية.

وهناك جوانب قصور في الإرشاد العقلاني مثل:

- الأسلوب العلاجي في هذه النظرية تعليمي بدرجة كبيرة وذلك يستلزم أن يفهم المعالج نفسه جيدا و أن يكون لديه اهتمام وليس مجرد فروض فلسفية معينة على المتعالج.
- المعالج الذي يستخدم هذا الأسلوب يقوم بمجابهة المتعالج وتوجيهه، مما يجعل من مستوى تريب المعالج الذي يستخدم معلوماته ومهاراته ورؤيته في إصدار الأحكام أمورا ذات أهمية كبيرة في العلاج العقلاني .
- إن أسلوب الجدل والهجوم المباشر على أفكار العميل يمثل نوعا من التهديد له، ومن شأنه أن يزيد من مقاومة العميل ويجعل التغيير صعب إن لم يكن مستحيلا.
- إن هذا الاتجاه يركز على الأعراض كُثر من تركيزه على جذور المشكلة فهو يهمل المكبوتات في اللاشعور.
- إن هذا الاتجاه يركز على الجوانب العقلية المعرفية، و يهمل الجوانب الانفعالية اعتمادا على أن الأفكار هي المولدة للانفعالات على حين أن هناك وجهات نظر معارضة تماما.
- لا يصلح استخدام العلاج العقلاني الانفعالي في علاج المشكلات و الاضطرابات العميقة كما لا يصلح مع المتأخرين عقليا والأطفال.
- لم تهتم هذه النظرية بالعلاقة العلاجية، وتكوين الألفة بين المعالج و المتعالج ، وذلك يتناقض مع المبادئ العامة للعمل العلاجي.

- اقتصار المعالج على مشكلة المتعالج، مع إعطائه الفرصة الكاملة لمراجعة ذلك، مما يعرض العملية العلاجية للفشل.
- محور العلاج العقلاني الانفعالي هو التعرف على الأفكار غير المنطقية، وذلك مدعاة أحيانا على تحديد الأفكار على أنها السبب الرئيسي للاضطراب (محمد بن جعفر جمل الليل، 2008، غير موجودة)
- عدم ثقة المعالج بالعمل على اعتبار أن تطور الأفكار غير المنطقية لديه قد طغى على إمكانية أن يغير نفسه اعتمادا على الاستبصار .
- إن الجدل والأسباب الموجهة التي تصدر عن المعالج نفسه ليست طرقا فعالة في تغيير اتجاهات العميل لأنها تؤدي إلى مقاومة من جانب العميل وتسبب الأذى النفسي للعميل وتجعل التغيير صعبا أن لم يكن مستحيلا .
- البعد عن البساطة و الاعتماد على الكلام والجوانب الذهنية.
- اهتمامها بالجانب العقلي و إهمالها لجانب الانفعالات .
- صعوبة تطبيقها مع الأطفال أو مع حالات التخلف العقلي والحالات شديدة الاضطراب لاعتمادها على التحليل والتفسير و تأثيرها فقط على الأذكيا والنشطين و الأفراد البالغين .
- استبعادها لجانب الدين مما يجعلها أسلوبا أكثر ارتباطا بنسق تفكير المعالج الذي يحاول بدور ه أن يفرض على العميل ويقنعه به .
- عدم تقيدها على دور و أهمية العلاقة العلاجية بين المعالج و المتعالج .
- تأكيدها على أن المعالج يجب أن يكون مهاجما قويا منذ البداية وحتى النهاية مع العميل وهذا يؤدي إلى أن يعرف المعالج المشكلة بشكل خاطئ.
- تقيدها التام على تغيير عواطف وفعالات العميل عن طريق تغيير طريقة تفكير ه السلبية إلى الايجابية .

- يعتبر العلاج العقلي العاطفي علاجاً نفسياً سطحياً عند بعض المعالجين النفسانيين.
- يعتبر أسلوباً مباشراً بدرجة كبيرة وهو يخضع الفرد للعلاج بدون مراعاة لمعتقداته ومفاهيمه. (جلال كايد ضمرة، 2008، ص 110)

10-2-4 العلاج النفسي في إطار المذاهب الإنسانية: يشكل التيار الإنساني القوة الثالثة في

علم النفس المعاصر بعد التحليل النفسي و السلوكية و هو يضم مجموعة اتجاهات صاغها علماء ذوي خلفيات متباينة و رؤى مشتركة، و الحقيقة أن ذلك الاتجاه قد بدأ بجهد طائفة من المعالجين النفسيين الذين يعرفون في الوقت الحالي باسم طائفة علماء النفس الإنساني عندما أخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسي بالتأكيد على قدرة الإنسان على توجيه نفسه ذاتياً من خلال قدرته على التعلم الذاتي و توظيفه لقدراته و إمكانياته. (عبد الستار إبراهيم، 1980، ص 224)

العلاج النفسي الجشطالتي:

لمحة تاريخية: تأسس العلاج الجشطالتي على يد (فريتس بيرلز) (Fritz Perls) خلال الأربعينات ويقوم على تدريب المريض والمعالج على كيفية الرؤية والإحساس عند مواجهة ظاهرة أو موقف أو فرد، لأن الرؤية والشعور أو الإحساس عنده ينفصلان تماماً عن ترجمة الحقائق وشرح الظواهر و أسبابها المتصلة بأزمنة بعيدة أو التطلع إلى ما يرتقب من نتائج تتبعها .

لذلك يهتم العلاج الجشطالتي بما أسماه Fritz Perls "هنا والآن" لأن المدرسة لا تهتم بأسباب حدوث الاضطرابات ولكنها تهتم بالتعامل معها وعلاجها، لذلك يتعامل العلاج الجشطالتي مع ما هو حاضر ومحسوس عن طريق الذات.

تعريف العلاج: تعني كلمة جشطالت "الكلية أو الكل" ويدل هذا المصطلح على نوع فريد من العلاج النفسي ابتدعه Fritz Perls و أتباعه. في العلاج الجشطالتي يتم التركيز و الإلحاح على الحاضر، فعلى المستوى النظري يعد الإنسان عضوية كلية تعمل متكاملة متضافرة

بكليتها، لا بوظائف مجزأة يستقل فيها الجسم عن العقل، ووفقا (Perls)، فالعامل الأكثر أهمية هو أن الرغبة إذا ما تم ثلباعها يطرأ على الموقف التبدل والتغير. وعلى هذا إذا رغبتنا في إحداث التغيير في سلوك الفرد يتعين على المرضى تركيز وعيهم الذي هو الأداة الأولية لإحداث التغيير المطلوب في العلاج الجشطالتي وغالبا يمكن للوعي غير الموجه أن يكون كافيا لإحداث التغيير، وفي أوقات أخرى يحتاج المريض إلى التجريب في عملية الوعي التوجيهي.

تفسير الاضطراب النفسي: يرى الجشتالتيون أن الشخصية هي نتاج تفاعل الفرد مع البيئة، فإذا كان هذا التفاعل يشمل الشكل الناضج فهو إذا شخص سوي، وعنده تشبع الحاجة ويكتمل الجشتالت، أما إذا احتجب الشكل الكلي أو أعيق بطريقة ما، فتظهر العراقيل عندها، ويحاول الفرد بالتالي أن يكون شيئا غير نفسه، والنتيجة أن طاقته سوف تستهلك في محاولة حجب أو عزل طبيعته، وهذه العراقيل ستكلفه قدرته على مواجهة حاجاته أو أن يكون واعي، أو يختبر اللحظة الحالية بكاملها، وهناك خمس طرق تسمى طرق المقاومة وتحول دون النمو وهي:

التشرب أو الإسقاط الداخلي: هنا ميل لتقبل معتقدات الآخرين ومعطيات البيئة دون أن يخضعها لمعايير ه وحكمه.

الإسقاطات: عملية إنكار أجزاء من ذات الفرد المتضاربة مع صورة الفرد عن نفسه فتسقط الأفكار المرغوبة من مشاعر ه واتجاهاته وأفعاله على الآخرين.

الانحراف: أو صعوبة الحفاظ على إحساس دائم بالاتصال من خلال استخدام الأسئلة بدلا من الجمل والتعميم الاعتباطي.

الاحتشاد: وهي قلة الوعي بالذات والبيئة ويعتقد الفرد هنا أن الجميع يعيشون نفس المشاعر أو الأفكار.

الإنشاء: وهو إرجاع ما نحب أن نعمله لشخص آخر لأنفسنا كأن نوجه عدائنا للداخل لأننا نخاف توجيهه للآخرين .

كما أن من أهم أسباب الاضطراب من وجهة نظر الجشطالت هو:

- نقص الوعي لدى الفرد.
- عدم تحمل المسؤولية.
- نقص القدرة على الاتصال والتفاعل.
- وجود أعمال غير منهيبة.
- ثنائية النفس حيث يرى الفرد نفسه من جهة واحدة فقط كأنها ضعيفة أو قوية. (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2011، ص 150)

أسس يجب أن يركز عليها المعالج الجشطالتي منها :

- الاتصال بالمريض يجب أن يكون بصيغة الحاضر (لا يشجع المريض على النظر إلى الماضي أو المستقبل) .
- المساواة بين الطرفين (المعالج والمريض) خلال عملية الاتصال.
- تشجيع المريض على استخدام لغة (الأنا) لتشجيع تقبل المسؤولية .
- توجيه المريض لأن يركز دائما على الخبرة المباشرة وذلك بأن نوجه له دائما أسئلة مثل : قل ماذا تشعر ... هذه اللحظة ؟
- عدم التشجيع على الغيبة والنميمة (أي عدم الحديث عن الآخرين : الأسرة أو غيرها كمسئولة عن المشكلات ، ولكن الحديث عن مسؤولية الشخص نفسه)
- عدم التشجيع على الأسئلة خاصة إذا كانت تنقل رأيا وليس الأسئلة التي تساعد على الحصول على معلومات. (سعيد حسني العزة، 2010، ص ص 151-152)

أهداف العلاج الجشطالتي: هدف الجشطالتيين الأساسي يكمن في مفهومين أساسيين هما النضج و النمو وقد تم تحديد أهداف العلاج الجشطالتي بما يلي:

- بناء جسر من الوعي مع الذات- ويكون ذلك بانتقال الفرد من التفكير بعمله إلى أحاسيسه ليكون أكثر اتصالاً مع ذاته وعالمه الخاص بدلاً من إتصاله بمخاوفه.
- تحويل الفرد من الدعم البيئي إلى الدعم الذاتي-والمرتبط ارتباطاً مباشراً بتطور النمو و النضج فيصبح الفرد أكثر تحملاً للمسؤولية .
- مساعدة الفرد على إيجاد مركزه الداخلي -حيث أن هدف العلاج ليس إصلاح الفرد من أجل المجتمع بل معرفة وضعه الداخلي وكل ما يمر به ليحقق النضج لديه ويتم ذلك عن طريق :

- اكتشاف التناقض في شخصيته .
- تحقيق التفاعل بين الذات والآخرين .
- زيادة الوعي الذاتي عند المتعالج.
- تحمل المسؤولية .
- الوعي بالحاضر.
- ترجمة المشاعر الداخلية على الواقع.
- إخراج الطاقة المختزنة إلى الخارج وتوجيهها لخدمته .

كما يهدف المعالgin الجشطالتيين إلى مساعدة الفرد على النمو وجعله يتحمل المسؤولية ليحرر نفسه من المخاوف ويتعلم كيف ينضج وينمو ومساعدته على التعامل مع القلق وقبوله كجزء من حياته الطبيعية ، فإن على الفرد المجازفة ومحاولة استيعاب التجارب كلها، ومساعدة الفرد لأن يكون نفسه بشكل حقيقي ويتعلم كيفية توظيف نفسه كوحدة اتصال كاملة فيكون واعياً بأفكاره ومشاعره وأحاسيسه ويعرف أنها حية بسبب ما أكتسبه من خبرة، فيكون قادراً على تذوق الطعام والاستمتاع به والشعور بالضحك والتعبير عن الغضب والسعادة .

كما يهدف الجشطالتيون إلى الوصول بالمريض إلى مرحلة الاستبصار أي الشعور السليم والواقعي لهذا يكون موضوع العلاج هو تعليم العميل كيفية الوصول إلى هذه الرؤية

الواضحة وهذا الشعور الواعي الواقعي بحيث يصبح هذا التعلم الجديد أسلوبه في التفكير من الآن وصاعداً (ألفت حقي ، 2001 ، ص 176)

مراحل العلاج الجشطاطي: ويمكن تلخيص العلاقة القائمة بين المعالج و المتعالج على النحو التالي :

أ- يأتي المتعالج للمعالج ويبحث عنده على الدعم البيئي الذي يساعده في إشباع حاجاته.
 ب- يفرض المعالج على المتعالج التوقف عما يعيق نموه ودفعه إلى أن يعي ذاته أكثر وتحمل مسؤولية أفكاره، وسلوكه، ومشاعره، وإدراك العلاقة بينها لدمج أجزاء ذاته المبعثرة وتركيزه على فهم سلوكه (عطا الله فؤاد الخالدي، 2009، ص 153)

فنيات العلاج الجشطاطي: إن الأساليب التي تستخدمها مدرسة الجشطاطت تهدف إلى مساعدة المتعالج على إكتساب الوعي، و إستخدام الأساليب بشكل ماهر وملائم يجعل المعالجة أهم بكثير من استخدام زائد لها يؤدي إلى معالجة زائفة تمنع النمو وأكثر الفنيات المستعملة هي :

الآن وكيف **Now and How** : وهنا يشجع المعالج المتعالج على أن يعيش مشكلته الآن، أي خلال المقابلة ، وليس من الضروري أن يحصل المعالج على تاريخ مرضه، كأن لا يسمح للمتعالج أن يتكلم عن مشكلته بإستخدام الأفعال الماضية والذكريات، بل يشجعه على التحدث عن مشكلته الآنية (الآن). أما كيف، فهي تعني كيفية وصف الفرد لمشاعره خلال خبرة معينة، والمهم هو شكل وطريقة التعبير، وليس المحتوى ودور المعالج هو لفت انتباه المتعالج إلى سلوكه وأحاسيسه دون ترجمتها أو تفسيرها، وأن ينمي لدى المتعالج الوعي بالمواقف غير المنتهية، ويحقق المعالج شفاء المتعالج من خلال الوعي والإدراك.

تحمل المسؤولية: ودور المعالج هنا هو تشجيع المتعالج على استخدام عبارة لا أريد، حتى يعتبر نفسه المسؤول عما حدث، وأن المبادرة بيده ، وبذلك يدفع المعالج المتعالج على تحمل مسؤولية مشاعره وسلوكه.

الكرسي الساخن: يستعمل هذا الأسلوب لرفع حالة الوعي الذاتي لدى الفرد، ومن فوائد هذا الأسلوب، أنه يعمل على زيادة الوعي عند المتعالج لذاته ومشاعره ويشعره بإهتمام الآخرين نحوها، ويهدف إلى تعليمه من خلال المواجهة مع المشاعر الحقيقية .

عمل الجولات: قد يكون عمل الجولات على شكل سؤال شخصي مثل : بماذا أنت متأثر؟ هذا السؤال يساعد المتعالج على الوعي بحالته المزاجية، ومشاعره وأحاسيسه في هذه اللحظة والهدف من ذلك هو أن يكتشف الفرد ذاته، حيث أن اكتشاف الذات مهمة يركز عليها المعالجون الجشطالتيون .

التعبير عن مشاعر الاستياء والتقدير: وتهدف هذه الطريقة إلى مساعدة المتعالج في التعبير عن مشاعره التي لم يعبر عنها في جلسات سابقة، كما يهدف إلى بيان الجوانب التي يحبها أو يكرهها الآخرون فيه .

لغة الجسم : حيث يشدد الجشطالت على استخدام لغة الجسم أو التلميحات في مساعدة المتعالج في تعامله مع مشكلته.

تحويل الأسئلة إلى جمل: حيث يتم تحويل السؤال إلى جملة خبرية ، كأن يقول المتعالج من غير تفكير بأنه يعاني من مشاكل في المدرسة ، لأن الآخرين ينظرون إليه على أنه عبقرى،

ومشكلة الأسئلة عند الجشطات أنها تحول دون الاتصال الصادق، وتعطي رسائل مختلفة وغامضة .

المشاركة في الأحاسيس الداخلية : مثل أنا أحس بكذا ، أو أنا أشعر هكذا، عندما يطلب من المتعالج عدم تقديم تفسيرات لسلوك الآخرين .

الأصالة : حيث يتصرف القائد (المعالج) دون مجاملة أو زيف .

الانسحاب: وأهميته تكمن في أنه يشير إلى التنظيم العضوي للفرد، فالفرد يقرر فيما هو يريد أو لا يريد الانسحاب أو أن يبقى على اتصال مع أناس آخرين .

الدور المعاكس: وذلك لمساعدة المتعالجين على فهم السلوك العلني الظاهر فقد يمثل عكس دوافعهم الكامنة، وأفضل مثال على ذلك أن يطلب من الشخص الخجول جدا لعب دور عارض في موقف جماعي (عبد الفتاح خواجه، 2011، ص ص78 - 79).

أسلوب الكرسي الفارغ: يعتبر أسلوب الكرسي الفارغ من أوسع الأساليب الجشطالتية استخداما، وهو أسلوب لتسهيل المحاورة بين المريض والآخرين وعادة يستخدم هذا الأسلوب في العلاج الجماعي حيث يوضع مقعدان كل منهما يواجه الآخر، أحدهما يمثل المريض والثاني يمثل شخصا آخر، وعندما يقوم المريض بتغيير دوره ينتقل إلى المقعد الثاني. ويتمثل دور المعالج في مراقبة الحوار القائم، كما يستطيع أن يرشد المريض إلى تغيير المقعد إذا دعت الحاجة إلى ذلك، وقد يقترح العبارات التي يرددها المريض أو يلفت انتباهه إلى ما قاله أو إلى الكيفية التي قالها بها. وعادة يستخدم أسلوب الكرسي الفارغ في مواقف العلاج الجماعي حيث يعمل المعالج مع عضو الجماعة في إطار واحد - لوحد بحيث تتم هذه العملية أمام الجماعة العلاجية. (حسين فايد، 2005، ص61)

طبيعة العلاقة العلاجية: العلاقة بين المعالج و المتعالج تشبه علاقة المعلم بالطالب، حيث يتوجب على المعالج أن يعلم المتعالج كيف يعتمد على نفسه في حل مشاكله. (عطالله فؤاد الخالدي، 2007، ص 77)

دور المعالج الجشطالتي: يجب أن يكون المعالج الجشطالتي متمرسا مدركا لطرق العلاج المختلفة محيطة بقواعد ومفاهيم النظرية، متخصصا في العلاج بحيث لا يقوم به إلا من كان متمرسا. والمعالج عضو فعال بدونه لا تنمو العملية العلاجية ، لذا عليه مشاركة المتعالج في المشاعر والعواطف، وأن يكون حساسا للغة الجسم، وتقرير الطرق المستخدمة في الجلسة العلاجية وتوزيع الأدوار وتصميم الألعاب والتمارين التي تساعد الفرد على الاستمرار في المشاركة ويكون ذلك كله في إطار واضح وبشكل مواجهة ويكون المعالج بمثابة النموذج للجماعة في وضوحه وصراحته وقدرته على طرح الأسئلة المناسبة لإبقاء المتعالج متصلا بالحاضر هنا والآن، وكذلك على المعالج أن يكون مبدعا خلاقا في إستخدامه لطرق العلاج وتنوعها وعدم الإلتزام بطريقة واحدة في العلاج وأن يدرك أن لكل فرد فرديته والتعرف على الطاقة الموجودة لدى المتعالج وأعضاء المجموعة ومعرفة خبراتهم الحالية وأن المعالج الناجح هو الذي يدفع المتعالجين لإنهاء الأعمال غير المنتهية، مع عدم الضغط عليهم وترك الفرصة لهم للتراجع ومساعدتهم وتهيئة الجو المناسب لهم لشرح مشاعرهم بصراحة ووضوح .

في هذا النوع من العلاج يرفض المعالج أن يكون في مركز سلطوي، فهو لا يحاول أن يقود أو يرشد أو ينصح، أو يحل محل الفرد في مسؤولياته الذاتية، ولكن دوره يكون بالتأكيد على أن يتحمل كل فرد مسؤولياته بذاته، والتأكيد على أن كل فرد هو أكثر دراية بما يرغبه ويحتاجه إضافة إلى كيفية الحصول على مطلبه، ثم أن الفرد قادر على الوصول إلى حلوله بنفسه أكثر من أي شخص آخر، وهذا يتجسد بالمقولة التي يعبر عنها المعالج على النحو التالي "أنا لا أكون إلا بالصورة التي أنا عليها الآن" والتي تصف احترام المعالج لشخصية وفردية المتعالج . (محمد حمدي الحجار، 1990، ص 55)

تقييم العلاج الجشطالتي: وجه إلى العلاج الجشطالتي العديد من الانتقادات أهمها ما يلي:

- تحتاج عملية العلاج الجشطالتي إلى معالج متمرس وخبير بمفاهيم النظرية ودلالاتها ، فيكون خلاقاً ومبدعاً وغير مقلد.

- دور المعالج كموجه للأسئلة يجعله مصدر قوة، وهذا يمنع الانسجام بين النظرية والممارسة العلاجية ، حيث تهدف النظرية إلى التلاقي بين المعالج و المتعالج كشخصين متكافئين.

- عدم اهتمام العلاج الجشطالتي بالعوامل المعرفية في شخصية المتعالج بشكل واسع فتركز على المواجهة والتحدي في العلاج الجماعي.

- استخدام المواجهة بين أعضاء المجموعة العلاجية تؤدي إلى صعوبات، بدلا من الألفة المتوقعة من المواجهة، وتقود المجموعة إلى تفاعل زائف بدلا من التفاعل التلقائي المقصود من المواجهة في المجموعة.(عبد الفتاح خواجه،2011،ص 80)

العلاج المتمركز حول العميل:

من أهم اتجاهات العلاج النفسي المتمركز حول العميل أو العلاج النفسي غير التوجيهي الذي يضع مسؤولية العلاج وتوجيهه ونتائجه على العميل وليس على المعالج مستندا في ذلك على وجود دافع عند الفرد نحو التكيف والنمو والصحة ، ذلك الدافع الذي هددته الصراعات والسدود الانفعالية. لذلك يستهدف هذا العلاج إزالة هذه السدود الانفعالية وتحرير الفرد للوصول إلى نمو الشخصية الطبيعي، ولذلك فإن هذا المنهج يستخدم مع المرضى الذين يتمتعون بقدر معقول من الذكاء .

المبادئ والمفاهيم الأساسية : تتضمن نظرية الذات أربعة مكونات تتلخص فيما يلي :

- الخبرة : يمر الإنسان في حياته بسلسلة متواصلة من الخبرات ، هي كل ما يؤثر في سلوكه من محيطه أو من داخله ، و هذه الخبرات بعضها ينسجم مع مفهوم الذات عند الفرد و يؤدي إلى تحقيق السرور و التوافق النفسي لديه ، و بعضها غير سار لأنها لا تنسجم مع مفهوم الفرد لنفسه (مفهوم الذات) و لا مع القيم الإجتماعية و بالتالي تؤدي إلى عدم الرضا و عدم التوافق .
- الفرد: يرى (روجرز) أن لدى كل فرد دافعا قويا لتحقيق ذاته ، و هو في تعامله مع المحيط و الواقع الذي يعيش فيه يسعى لتحقيق ذاته بكسب حب الآخرين و احترامهم و تقديرهم و قبولهم له . و خصوصا الجماعة المرجعية أو الأشخاص المهمين في حياته من أبوين و معلمين و مسؤولين.
- السلوك : السلوك هو ما يقوم به الفرد من نشاط عقلي أو جسمي أو هما معا من أجل إشباع حاجاته كما يدركها في الواقع . و معظم السلوك يتفق مع مفهوم الذات و المعايير الاجتماعية و هذا يؤدي إلى التوافق النفسي عند الفرد أما إذا تعارض سلوك الفرد مع فهمه لذاته و مع معايير مجتمعه فإنه لن يرضى عن السلوك و يلجأ إلى إنكار و يشعر بعدم الراحة و السعادة و سوء التوافق . و أفضل طريقة لفهم سلوك الفرد حسب روجرز هي الحصول على المعلومات من التقارير الذاتية التي يكتبها الفرد عن وجهة نظره هو و من خلال خبراته و بعد فهم سلوك الفرد يمكن تعديل الخاطئ منه من خلال تغيير مفهوم الفرد عن ذاته .
- المجال الظاهرياتي: وهو المدركات الشعورية للفرد في بيئته و هو عالم الخبرة المتغير باستمرار و يتعامل الفرد مع المجال الظاهري كما يدركه هو سواء كان إدراكه صحيحا أو خاطئا ، و المجال الظاهري يرتبط بالجانب الشعوري من الذات و هو يختلف عن المجال غير الظاهري الذي يرتبط بالاشعور و الذي لا تعطيه نظريات الذات أهمية في تفسير سلوك الفرد . (إيفا ماريا ، ، 2002، ص 112)

تفسير الإضطراب النفسي: إن أهم عامل في الشخصية من وجهة نظر روجرز هو مفهوم الذات لذلك فإن أي إحباط يعوق ويهدد إشباع الحاجات الأساسية للفرد ينتج عنه تقييم سيء للذات ونقص احترام الذات، فالحرمان أو الإحباط في اضطراب الشخصية هو التهديد لا يكون إلا إذا ارتبط بمفهوم الذات وفكرة الفرد عن نفسه. و أكثر ما يؤدي إلى الإضطراب هو التهديد الذي يمكن أن يأخذ أشكالاً مختلفة ولكنه يكون موجهاً إلى بناء الذات ومفهومنا عن ذاتنا ويحدث التهديد تبعاً لإدراكاتنا المختلفة للخبرات التي يمر بها ونظام القيم الذي يحمله الفرد والذي يوجه عملية الانتقادات للخبرات فإذا كان نظام القيم لدينا مأخوذاً عن الآخرين وليس نابعاً عن الأصالة فإننا نستمر في الضياع أو الشعور بعدم التقرد أي أننا لا نكون أصحاب ذاتنا. (نادر فهمي الزيود، 2008، ص187)

أهداف العلاج المتمركز حول العميل:

حدد روجرز الهدف الرئيسي من هذه الطريقة بأنها مساعدة للمتعالج على النمو النفسي السوي و التطابق بين مفهوم الذات الواقعي و مفهوم الذات المدرك و مفهوم الذات المثالي و مفهوم الذات الاجتماعي.

مراحل العلاج المتمركز حول العميل: تسير عملية العلاج في خمس خطوات يحددها روجرز على النحو التالي :

1- رغبة المريض في الشفاء وسعيه للحصول على المساعدة، ولذلك فهو يأتي طواعية واختياراً مستهدفاً للحصول على حل لمشكلاته. ولذلك فهذا النمط من العلاج أكثر نجاحاً عندما يعاني المريض من الضيق و الألم الذي يدفعه لاتخاذ موقف ايجابي في الحصول على المساعدة. ومن خلال المقابلة الأولى يشرح المعالج للعميل أن دوره ينحصر في توفير الجو الذي يساعده (المريض) على حل مشكلاته بمساعدة المتعالج.

2- التعبير عن المشاعر عن طريق توفير جو التسامح والقبول حيث يشجع المعالج العميل لكي يعبر تعبيراً حراً عن مشاعره، وهنا تخرج المشاعر السلبية والعذوانية التي كانت

حبيسة في داخل المريض، وعلى المعالج أن يتقبلها و أن يتعرف عليها و أن يوضحها، ويساعد المريض على تقبلها كجزء من طبيعته بدلا من قمعها أو إخفائها .

3- نمو الاستبصار يؤدي التعرف المتزايد للذات إلى نمو الاستبصار أو الفهم، ومن عناصر الاستبصار التعرف والقبول الانفعالي لرغبات الذات، والفهم الواضح لأسباب السلوك والمفاهيم الجديدة لمواقف الحياة حيث تفسر الحقائق القديمة في ضوء جديد مع توضيح للقرارات التي ينبغي اتخاذها وخطوات العمل التي ينبغي القيام بها .

4- الخطوات الإيجابية بعد نمو الاستبصار يأتي توضيح القرارات و الأفعال المحتمل القيام بها و إن كان هذا الشعور مازال مختلطا بالشعور بعدم القدرة، وهنا على المعالج أن يتعرف على هذه القرارات ويوضحها، لكنه لا يحاول قيادة المتعالج نحوها.

5- إنهاء الاتصالات عندما يصل المريض إلى الشعور بالثقة بالنفس ويتخذ قرارات إيجابية ومتكاملة، ويصبح قادرا على توجيه ذاته بذاته هنا تقل الرغبة في الحاجة إلى المساعدة، ويجب أن يأتي قرار إنهاء العلاقة العلاجية من العميل وبتخاذ هذا القرار يصل إلى آخر خطوات الاستقلال، وبذلك يكون قد تحمل كامل المسؤولية عن مواقف حياته.(عبد الرحمن محمد العيسوي، 2005، ص 95)

وتتم عملية العلاج المتمركز حول العميل وفق خطوات محددة هي :

1- يوجه المعالج اهتمامه نحو المتعالج كفرد أكثر من كونه مشكلة، ويحاول فهم اتجاهاته

وأثرها على المشكلة ، من خلال ترك المتعالج يعبر عنها بحرية، حتى يتحرر من التوتر

الانفعال الداخلي الذي يعوقه عن استخدام إمكانياته وقدراته.

2- إتباع المراحل العلاجية الثلاثة التالية :

- مرحلة الاستطلاع و الاستكشاف لمشكلة المريض، ونقاط الضعف والقوة في شخصيته، وهدف هذه المرحلة على مساعدة المتعالج على فهم شخصيته، واستغلال الجوانب الإيجابية منها في تحقيق أهدافه .
 - مرحلة توضيح وتحقيق القيم : في هذه المرحلة يعمل المعالج على زيادة وعي المتعالج بزيادة فهمه وإدراكه للقيم الحقيقية التي لها مكانة عند المتعالج.
 - المكافأة أو تعزيز الاستجابات : يقوم المعالج بتوضيح مدى التقدم أو التغيير في الاتجاه الإيجابي ، ويؤكد ويوضح للمتعالج بأنها خطوة أولية في التغلب على الإضطرابات الإنفعالية.(سماح إبراهيم بدر أبو سيدو، 2007، ص 15-16)
- لقد ذكر روجرز خمسة شروط لا بد من توافرها لمدة زمنية معينة حتى نستطيع الحديث عن تعديل بناء للشخصية في المعالجة النفسية، وتتمثل هذه الشروط في:
- 1- يقيم شخصان اتصالا نفسيا، أي يقيمان علاقة مع بعضهما البعض أنهما يعنيان شيئا لبعضهما ويستجيبان لبعض ويهتمان ببعض، وهذا الاهتمام بالآخر ليس بالضرورة أن يكون شعوريا أو ليس شرطا أن يدرك أحدهما الأهمية التي يمكن أن يملكها للآخر إلا أن العلاقة يجب أن تكون موجودة.
 - 2- أحدهما متعالج غير متوافق مع نفسه، مجروح وقلق، مشغول بخبرة أو إحساس ما غير متوافق مع مفهوم ذاته، حيث يفترض روجرز أن كل إنسان يملك تصورا عن الخبرات الذاتية وخبرات المحيط التي تناسبه أو التي تلاؤمه، إنه يشير إلى حالة يحدث فيها شيء ما للإنسان يراه غير متوافق مع صورته الذاتية، أي يشير إلى حالة من التنافر، وعندما يكون المتعالج غير مدرك لهذا التنافر أو عدم التوافق فإنه يكون في حالة من التوتر المعروف على أنه قلق.

3-المعالج الذي يكون منسجما مع نفسه فيما يتعلق بالعلاقة مع المتعالج، وهذا يعني أن عليه أن يكون منسجما في هذه العلاقة، بأن يكون نفسه، وخبرته الواقعية يجب أن تكون منسجمة مع ما يستطيع توقعه و إدراكه من خبرته طبقا لمفهومه عن ذاته، وذلك بما يسمح لنفسه أن يجعل خبرته الكلية شعورية في العلاقة بالمتعالج، إما العكس فيمكن أن يكون واجهة شعورية أو لاشعورية.

4-التقبل غير المشروط من المعالج للمتعالج، ويتحقق عندما يستطيع المعالج تقبل كل خبرات المتعالج لأنها جزء منه، و هذا الاستعداد للتقبل غير المشروط يجب إلا يكون نابعا من حاجة لدى المعالج أي أن التقبل يجب إلا يكون ناتجا من أن المعالج يحب المتعالج، حيث يحدد روجرز بوضوح أن شرط (الاهتمام الإيجابي غير المشروط) يمكن اعتباره محققا فقط عندما يظهر الأثر الذي يجب أن يحققه هذا الشرط، ألا وهو أن يشعر المتعالج من خلال الموقف الذي يمثله المعالج تجاهه بأنه مشجع على التفكير بذاته بعمق و الإهتمام بخبراته الذاتية (وليس الإهتمام بعلاقة جيدة مع المعالج) بمعنى أن يستطيع المتعالج باعتباره شخصا مستقلا ومنفصلا عن المعالج قادرا على تقصي وجود مشاعره الذاتية مهما كان الاتجاه دون أن ينظر إلى انه معرض لخطر فقدان اهتمام المعالج غير المشروط

5-يخبر المعالج عن طريق التعاطف المرجعية الداخلية للمتعالج ومن خلاله أيضا يستطيع أن يوصل له الخبرات التي جمعها .(بيرل س.بيرمان،2004،ص 99)

فنيات العلاج المتمركز حول العميل: صاغ روجرز مجموعة من الفنيات كي تستخدم كأساليب لتحقيق الشروط المسهلة للعملية العلاجية و تهدف إلى التأكد من تحقيق هذه الشروط و هي فنيات تتجه في الجانب الأكبر منها نحو مشاعر العميل و تتضمن هذه الفنيات :

فنية تقبل المشاعر: و هي فنية تتلخص في ضرورة أن يتقبل المرشد المشاعر الموجبة التي يعبر عنها العميل بالكيفية نفسها التي يتقبل بها المشاعر السالبة بشرط ألا تتم مقابلة المشاعر الموجبة بالاستحسان أو المدح بل يتم تقبل المشاعر الموجبة كجانب من الشخصية لا يقل و لا

يزيد قدرا عن المشاعر السالبة ، و تتضح هذه الفنية العلاجية في إن هذا التقبل الذي يحدث بالنسبة لكل الاتجاهات العدوانية و الاتجاهات الاجتماعية و لكل من المشاعر الإثم و التعبيرات الموجبة عن المشاعر هو الذي يعطي الفرد الفرصة لأول مرة في حياته لأن يفهم ذاته على نحو ما هو كائن ففي ظل هذا التقبل الكامل، لا تكون هناك حاجة لدى الفرد لأن يخفي مشاعره السلبية خلف دفاعاته فضلا عن أنه لا يجد فرصة لأن يتجاهل أو يفرط في تقييم مشاعره الموجبة، و في ظل هذا التقبل الكامل للمشاعر يصل العميل إلى مرحلة الاستبصار و فهم الذات و يمثل هذا الاستبصار جانبا مهما في العملية العلاجية الكلية .

فنية عكس المشاعر: و تمثل هذه الفنية أهمية كبرى في العلاج غير التوجيهي و هي تعني ببساطة شديدة تكرار المقاطع الأخيرة التي يقولها للعميل أو إعادة محتوى ما يقوله للعميل أو تكرار ما يقوله العميل أو جانب مما يقوله بنبرة صوت تبين للعميل فهم المعالج له ، و لكن دون استحسان أو استهجان أي إعادة صياغة مشاعر العميل في كلمات تعكس جوهرها حيث يحاول المعالج إن يعرض للعميل مرآة لفظية تمكن العميل من أن يرى ذاته بدرجة أكثر وضوحا و تقيده في التخلص من الصراعات الانفعالية التي تكون مدمرة لتحقيق الذات. و مما لاشك فيه إن فنية عكس المشاعر هي إحدى وسائل تحقيق الشرط المستقل المعروف بالفهم المتعاطف. إذ أن عكس المعالج لمشاعر العميل و اتجاهاته و خبراته . سواء تلك التي يعيها العميل شعوريا أو تلك التي يدركها فقط بشكل غامض . يساعد العميل على فهم ذاته و خبراته الحقيقية إن ذلك يؤكد للعميل أن المعالج على درجة عميقة من الفهم المتعاطف لكل ما يقوله بل و لكل ما يجري بداخل العميل فيتحقق بذلك شرط الفهم المتعاطف من خلال تلك الفنية .(بنعيسى زغبوش،إسماعيل علوي،2011،ص57)

فنية توضيح المشاعر: و تعني إعادة إقرار جوهر ما يحاول العميل قوله أي أنه عندما يختلط الأمر على العميل في محاولته التعبير عن مشاعره، فإن مهمة المعالج عندئذ تتمثل في مساعدته على استيضاح هذه المشاعر حتى يتسنى له التعبير عنها بوضوح، و لكن بشرط ألا يتجاوز المعالج ما يعبر عنه العميل بالفعل .لأنه من الخطر الحقيقي في تقويل العميل ما لم

يقول. و لما يتحقق المعالج من المشاعر التي يعبر عنها العميل فإنه يقوم بإيضاحها له دون تأويلات أو امتداح أو انتقاد أو نصيحة، وإنما يكون تركيزه مقصوراً على مساعدة العميل على أن يرى بوضوح و أن يتقبل تلك المشاعر التي يكون قادراً على التعبير عنها، فإن عملية التنفيس تصبح عندئذ أكثر عمقا، فتعبير العميل لفظياً عن الاتجاهات الأساسية لديه يؤدي إلى حدوث عملية الاستبصار بشكل تلقائي.

فنية اللاتوجيهية: تعني عدم التوجيه أو النصح أو التأويل أو العلاج المباشر من جانب المعالج للعميل و إنما السماح للنزعة الحقيقية لدى الشخص بأن تنبثق فالمعالج لا يفعل أي شيء لتوجيهه (المعطيات) التي يتم التعبير عنها بمعنى أنه لا يطرح أي تساؤلات من شأنها توجيهه المقابلة و لا يطلق أي تقييمات من شأنها استحثاث الدفاع أو إعاقة التعبير و يكون دور المعالج مقصوراً على استجابات العميل و عكسها و توضيحها، و تتضح أهمية فنية اللاتوجيهية في العملية العلاجية من خلال المقابلة غير التوجيهية حيث أنها طريقة غير متحيزة تمكن من سبر أغوار الأفكار و الإدراكات الخصوصية لدى الفرد.

في ضوء ما سبق يتضح أن العلاج غير الموجه هو الذي لا يتدخل فيه المعالج للتأثير في اختيارات العميل أو في تفكيره أو في كيفية النظر إلى الأحداث، فالمعالج لا يسأل و لا يفسر و لا يشرح و لا ينصح، و إنما يعكس ما يقوله العميل فقط بلغته هو و ذلك ل يتيح للعميل إدراك مغزى ما يقول و تصحيح مساره السلوكي بنفسه إذا لزم الأمر، و لا يعني ذلك إن عمل المعالج يكون سهلاً و سلبياً و إنما هو عكس ذلك و ينصت المعالج باهتمام بالغ لما يقوله العميل و يعرف أين و كيف و متى يتدخل، و ماذا يقدم لمساعدة العميل على زيادة وعيه و إدراكه ؟ كما انه يتحسس صورة مفهوم الذات لدى العميل ليحدد أين هو و ماهية و جهته.

(إبراهيم محمد عياش، 2008)

العلاقة العلاجية: ونقصد بالعلاقة العلاجية رابطة عمل بين متعالج ومعالج، أي أن هدف المعالج هو إقامة علاقة علاجية فقط بالمعنى التحديدي. ولا يسعى المعالج في المعالجة (وقدر

الإمكان في المعالجة فقط) إلى أي هدف انفعالي غير أن يكون متعاطفاً ومنسجماً ومتقبلاً، ليس بصورة مزمّنة، وإنما في المواقف الملموسة مع المتعالج المحدد. وبالتالي فإنّ المعالج يستهدف وظيفة ما من خلال سعيه إلى إقامة حالة انفعالية (للمعالج الطيب) والحفاظ عليها. وفي السعي من أجل هذه الوظيفة يكون المعالج متعلقاً بالمتعالج بأكثر من وجه.

فمن خلال ما يقوله ويفعله المتعالج يثير ردود الأفعال التعاطفية و المنسجمة والمتقبلة لدى المعالج إلاّ أنه في الوقت نفسه يثير كذلك عدم الفهم والرفض. بالإضافة إلى أنّ المتعالج هو الذي يحدد فيما إذا كانت تعابير المعالج قد فهمت على أنها تعاطفية ومنسجمة ومتقبلة، عندما تكون بالفعل هكذا، أو أنها لم تفهم هكذا على الرغم من أنها كذلك.

<http://www.alba7es.com/Page1276.htm>

دور المعالج: في هذه الطريقة العلاجية يتعين على المعالج أن يهيئ جو نفسي آمن من التسامح والقبول والدفء والثقة المتبادلة بينه وبين العميل ، و أن يهتم به ويسعى لحل المشكلة وأن يتعاطف معه ويصغي إليه وأن يظهر اهتمامه بالعميل وبكل ما يقوله، وما يعبر عنه من مشاعر. و تتحصر مهمة المعالج في عدة عمليات منها القبول أي قبول كل ما يقوله العميل دون نقد ودون إطلاق الأحكام. وعليه أن يقوم بعملية الانعكاس أي تردد وعكس ما يسمعه من العميل وما يعبر عنه العميل من مشاعر يكررها بعملية توضيح أفكار العميل ومشاعره وفهمها وترددها دون نقد ولوم أن استهجان أو تأنيب أو البحث عن تعليل وتبرير أو الرد عليه وإنما عليه القبول وأن يطلب من العميل أن يصادق على انعكاساته وأن يوافق عليها وعليه كذلك أن يوفر للعميل جواً من السرية والأمن والتفاهل والتسامح وأن ينمي فيه الثقة التي تساعد على الإفصاح عن ذاته ويكون المعالج هنا بمثابة المرآة التي تعكس مشاعر العميل واتجاهاته وصراعاته بكل أمانة وعليه أن يرددها للعميل حتى يقرأها ويصادق عليها وكأنّ المعالج مرآة

يرى فيها العميل نفسه منعكسة عليها وبالتالي يزداد استبصار العميل بنفسه وبمشكلاته وتؤكد للعميل على أن المعالج على درجة عالية من الإمتثالية لكل ما يقوله.

وعلى المعالج أن يرى الأحداث والأشياء كما يراها العميل ومن جهة نظر العميل نفسه وفهم كل ما يقوله العميل ، حيث أن هذا الفهم ضروري حتى يتم تقبل مشاعر العميل وانفعالاته ومن ثم لابد من ضرورة فهم اتجاهات العميل وتقبله

ولكن المعالج قد يوجه بعض الأسئلة للعميل لاستيضاح بعض النقاط ولكنه لا يفسر ما يقوله العميل ولا يمتدح ولا يلوم ولا يوبخ العميل إنما عليه أن يقبل ويوضح ويعكس ويتعاطف وهكذا يساعد المعالج العميل بطريقة غير مباشرة ولكنه غير سلبي إذا أنه يهيئ كل ما يتيح للعميل قيامه بدوره الإيجابي حيث يشير روجرز إلى أن أحسن طريقة لفهم سلوك العميل هو من وجهة نظره هو، ومن خلال الإطار المرجعي للعميل أي من داخل مجاله الإدراكي باعتباره أقدر الناس على فهم وتقدير مصيره هو وعليه أن يتحمل مسئولية حل مشكلاته تحت إشراف وتوجيه المعالج. (طه عبد العظيم حسين ، 2008 ، ص 105)

تقييم العلاج المتمركز حول العميل:

حدد روجرز الهدف الرئيسي من هذه الطريقة بأنها مساعدة للمتعالج على النمو النفسي السوي و التوافق بين مفهوم الذات الواقعي و مفهوم الذات المدرك و مفهوم الذات المثالي و مفهوم الذات الاجتماعي. و يستخدم مع المتعالجين ذوي الذكاء المتوسط أو أعلى من المتوسط و الذين هم أكثر طلاقة لفظية، و يستفاد منه أيضا في العلاج الزوجي و كذلك مع حل المشكلات الشخصية للشباب .

- أن النظرية لم تضع تصورا كاملا لطبيعة الإنسان و ذلك لتركيزها الكامل الذات و مفهوم الذات .
- يؤكد روجرز إن الفرد يعيش في عالمه الذاتي الخاص و يكون سلوكه تبعا لإدراكه الذاتي و نسي أن يشير إلى الموضوعية كما انه ركز على الجوانب الشعورية و تناسى الجوانب اللاشعورية، على الرغم من إن الجوانب اللاشعورية ذات دور كبير في تطوير المرغوب لدى الفرد .
- لم يهتم روجرز بالاختبارات و المقاييس إلا عندما يرغب العميل متناسيا أن جمع المعلومات أمر هام للمعالج.
- قد يراعى الإنسان على حساب العلم.
- يهمل عملية التشخيص المقننة رغم إجماع طرق العلاج النفسي عليها.
- يعطي حرية مبالغ فيها للعميل بحيث يكون هو قائد للعملية العلاجية مما قد يفقد ثقته بالمعالج النفسي.
- قد تختلف فعاليته من فلسفة مجتمع إلى فلسفة مجتمع آخر. (إبراهيم محمد عياش، 2008)

خلاصة: من خلال ما تم استعراضه من نظريات يمكننا القول أنه توجد خصائص مشتركة بين المدارس العلاجية على اختلاف مناهجها العلاجية ونظرياتها من أهمها الاهتمام بالعمل الشخصي للفرد، الكفاءة المهنية ، الاتجاه نحو تخفيف حدة مشاعر القلق لدى المريض، إقامة علاقة مهنية وثيقة، إعطاء أسباب وتفسيرات لأسباب ومصادر الشكاوى، إعطاء أمل في التغيير الايجابي، بالرغم من أن كل نظرية قدمت إسهامات لا غبار عليها ولا يمكن إنكارها بل إنها كانت لبنة في بناء صرح علم النفس إلا أن كل مدرسة تعصبت لأفكارها ونظرت للشخصية الإنسانية نظرة أحادية عكسها ثلاثية الأبعاد.

لذا جاء من حاول التوفيق بين كل هذه النظريات لصالح وفائدة المريض فكان العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد الذي يغلب مصلحة المريض على أي اعتبار نظري.

الفصل الثالث: البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد

تمهيد

I	لمحة تاريخية
II	تعريف العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد
III	الخلفية النظرية للعلاج الانتقائي متعدد الأبعاد
IV	المبررات والحاجة إلى العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد
V	أهداف العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد
VI	مراحل العملية العلاجية في الاتجاه الانتقائي متعدد الأبعاد
VII	أساليب التقييم والعلاج
VIII	تقييم العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد
IX	البرامج العلاجية
	خلاصة الفصل

هنالك ما يزيد عن 300 طريقة للعلاج بعضها معروف و الآخر أقل شهرة، وكما رأينا في الفصل السابق أن كل مدرسة علاجية نقاط قوة كما لديها نقاط ضعف، وبما أن هدف المعالج النفسي هو مساعدة عملاءه للتخلص من معاناتهم فان الانتماءات النظرية لمدرسة أو أخرى لمجرد التعصب العلمي يصبح غير فائدة وفي غير مصلحة المريض هذا بالضبط ما دفع احد علماء علم النفس إلى البحث عن طريقة للاستفادة القصوى مما توصلت إليه جميع النظريات العلمية، واستغلالها لمصلحة المريض من هذا المنطلق نشأ ما يعرف باسم العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد على يد (أرنولد لازاروس) وفيما يلي استعراض لها التوجه العملي في العلاج النفسي.

لمحة تاريخية: نشأ العلاج متعدد الأبعاد داخل سياق العلاج السلوكي، ولاحقا من خلال العلاج المعرفي السلوكي، حيث كان (أرنولد لازاروس) أول من ادخل المصطلحات العلاج السلوكي والمعالج السلوكي في الأدبيات المتخصصة في 1958 من خلال أعماله الرائدة عن العلاج المعرفي السلوكي، (لازاروس) حقق هذا في مناطق مختلفة من الوظائف النفسية " كثيرا ما احتاج أن يكون موجها إلى علاج أكثر من أفكار و أفعال". قاده هذا إلى توسيع النموذج التقليدي للعلاج المعرفي السلوكي من خلال الجمع بين نماذج إضافية للتقييم والعلاج. كان هذا إثارة مختصرة للطيف الواسع للعلاج السلوكي وفي النهاية أصبح العلاج متعدد الأبعاد.

II تعريف العلاج متعدد الأبعاد:

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 مستوياته المختلفة (BASIC ID)، ثم اختيار الإجراءات المناسبة لكل مستوى، مع ضرورة الاتصاف بمرونة التفكير وسعة الأفق، وتركيز الاهتمام على التخفيف من معاناة العميل في أسرع وقت ممكن دون التعصب لوجهة نظر معينة.

و يعرفه أنجلش و أنجلش بأنه " بناء نظري منظم فهي الاختيار والدمج للملاح المتألفة من المصادر المختلفة، وأحياناً من النظريات والأنظمة غير المؤتلفة، وهي الجهد المبذول من أجل العثور على عناصر صادقة في جميع النظريات ودمجها بتناغم، والنظام الناتج عن ذلك مفتوح للمراجعة الدائمة بما في ذلك محتواه الأساسي".

كما يعرف على انه " شكل من أشكال العلاج النفسي القائم على نظرية العلاج النفسي الانتقائي، والذي يعد نظاماً يقوم على تحديد المبادئ والإستراتيجيات الأساسية الفعالة في العلاجات النفسية الأخرى، وخاصة تلك الإستراتيجيات التي ثبتت فعاليتها في علاج المشكلات، و تلائم حاجات العميل".

أو انه " التطبيق العلمي لأسس وتقنيات تؤخذ من مجالات المعرفة العلمية المتوافرة في العلاجات النفسية، من أجل رسم إستراتيجية علاجية منظمة تكون مناسبة للحالة التي وضعت لها". (دلال بنت طاهر الخميس، 2008)

و هو مقارنة في العلاج النفسي وجدت من طرف رنولد لازاروس وتقوم على فكرة أن الإنسان كائن بيولوجي يفكر ويشعر يعمل يحس يتخيل ويتفاعل وكل واحد من هذه الأبعاد يجب أن تقود إلى علاج نفسي.

يمثل العلاج الانتقائي العلاج النفسي في ثوبه الجديد المتكامل الناضج والتيار العلاجي المرن والمنفتح لكل إضافة ولكل إسهام جاد في العلاج النفسي ليكون النظام المتناسق الذي يقوم بانتقاء ودمج الأساليب والفنيات العلاجية لتحقيق أفضل النتائج .

والعلاج الانتقائي متعدد الأبعاد، طريقة توفيقية بين طرق العلاج المختلفة، ولا بد للمعالج النفسي أن يطلع على عدد كبير من النظريات النفسية في العلاج و تقنيات هذه النظريات وأن يكون قادراً على استخدامها، والانتقال من إحداها إلى الأخرى، والتوفيق بينها.

كما يشير العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد، لأسلوب علاجي وليس نظرية لذا أطلق عليها (العلاج الخيارى).

ينظر **Capuzzi** لهذا الاتجاه بأنه ينتقى أفضل الجوانب من كل نظرية، وهذا يتطلب من المعالج معرفة دقيقة بالنظريات العلاجية، ومصدر قوة وضعف كل نظرية وعناصر بناء نظرية فعالة وأفضل عمل علاجي هو الذي يؤثر وينجح، والعلاج الانتقائي متعدد الأبعاد اتجاه عملي يرفض النظرة الأحادية.

ويصف (باترسون) العلاج الانتقائي بأنه علاج العصر، فهو يعتبر "الخمسينيات عقد الوجدان أو الانفعالات والمشاعر والعلاج المتمركز حول المريض، كما يعتبر الستينيات عقد السلوكية و العلاج السلوكي، والسبعينيات عقد المعرفة والعلاج المعرفي ويبدو أن هذا العصر سيكون عصر الانتقائية والعلاج الانتقائي .

و عرف (لازاروس) أسلوبه العلاجي متعدد الأبعاد "بالانتقاء التقني"، حيث افترض أن شخصية العميل تنتظم وفق سبعة أنماط وظيفية هي: السلوك والوجدان والإحساس والتخيل والجوانب المعرفية والعلاقات الشخصية والوظائف الحيوية. ويرى أن هذه الأنماط البشرية تتفاعل فيما بينها و تترتب في نظام تسلسلي بحيث يؤثر كل نمط على الآخر، ويعتبر هذا الأسلوب العلاجي أسلوباً متعدد الأبعاد، و يستخدم مهارات متعددة للتأثير على الأنماط لدى عملاء معينين يواجهون صعوبات في حل مشكلات في حياتهم. (Donald A. Biggs, 1994, p 85)

حيث يعتبر (أرنولد لازاروس) أول من أطلق مصطلح الانتقائية حيث رأتى أن العلاج السلوكي لا ينبغي أن يقتصر على نظرية التعلم فحسب، بل عليه أن ينتقى أية فنية مشتقة من أي نسق علاجي لخدمة الموقف العلاجي، وهذه الانتقائية نجدها متحققة في

الموقف العلاجي الذي يأخذ من الطرائق العلاجية ما يتناسب مع نوعية المطلب العلاجي، ومن ثم تتنوع الفنيات وتختلف تبعاً لهذا الموقف من طرق سلوكية، أو سلوكية معرفية، أو علاج متمركز على الشخص، وإضافة إلى ذلك السيكودينامية لاسيما بعد الإسهامات التي تحققت على يد الفرويديين الجدد مثل (أدلر ويونج، هورني و سوليفان و إريك فروم)

ثم أن ما عرضه (ثورن) في كتبه المتعددة يعتبر أشمل أسلوب لعلاج الشخصية قدمه باحث بمفرده حتى الآن ، وهو يرى أن كل النظريات الموجودة محدودة وغير كافية، ولهذا فهو يفضل الأسلوب الانتقائي الذي يعتبره الأسلوب العلمي الوحيد نظراً لشموليته.

وهذا يشير إلى الاتجاه الانتقائي الذي يضم العديد من النظريات التي تشكل في مجملها المدرسة والاتجاه الانتقائي كنظرية (ثورن) الإختيارية، ونظرية لازاروس متعددة الأبعاد ، أو كما تعرف اختصاراً بالـ BASIC-ID و نظرية هارت في العلاج الإنتقائي الوظيفي وتشارك هذه النظريات وغيرها من النماذج الأخرى في مجموعة من المبادئ الرئيسية والأسس والخطوات العريضة التي ترتبط بينها حتى وإن اختلفت في بعض التفاصيل.

ويؤكد الواقع أن نظرية الاختيار أو الانتقاء أصبحت ضرورية ومهمة، وذلك لتجنب البحث عن نظرية جاهزة تستعمل في حل مشاكل الأفراد، وميزة نظرية الانتقاء هذه أنها تساعد في وضع جميع الاحتمالات نصب أعيننا، لناخذ ما نحتاجه من تقنيات تؤدي في النهاية إلى الاتزان والشمولية في حل المشكلة.

ويرى العديد من الباحثين أن الانتقائية لم تعد مجرد نظرية علاجية، بل أنها أصبحت تجاهاً من الاتجاهات الرئيسية للعلاج النفسي، يضم العديد من النظريات، والتي جاءت اعتماداً على فكرة أنه لا يوجد اتجاه علاجي أو نظرية علاجية واحدة قادرة بمفردها على التعامل بنفس الدرجة من الكفاءة والفعالية مع الجوانب المتعددة لمشكلات المتعالجين وشخصياتهم.

فأغلبية البحوث في العلاج النفسي تقوم على أساس أنها لا توجد طريقة أفضل من الأخرى في حين أنه لا يمكن التقرير بأفضلية طريقة على الأخرى، لكن هناك طريقة أفضل من الأخرى في ظل ظروف معينة، ومع مجموعة من الأفراد ذوي قدرات واستعدادات وأساليب مميزة أو متقاربة.

III الخلفية النظرية للعلاج الانتقائي متعدد الأبعاد:

3-1 النظر للطبيعة الإنسانية: لا يشير (لازاروس) إلى موقف محدد له عن طبيعة الإنسان ولكنه يرى أن سلوك الإنسان يتأثر بعدة عوامل داخلية، بالإضافة إلى عوامل البيئة فهو يقرر أن للوراثة دوراً مهماً، وكذلك للتكوين البيولوجي للفرد، وأن للتعلم دوراً مهماً أيضاً وبصفة خاصة التعلم الذي يتم من خلال التفاعل مع الآخرين.

3-2 النظر إلى الشخصية: الشخصية من وجهة نظر (أرنولد لازاروس) مؤسس العلاج

الانتقائي متعدد الأبعاد مزيج من سبعة أبعاد، رمز لها من خلال الصيغة BASIC ID

بحيث:

B ترمز للسلوك Behavior: يدل هذا على السلوكيات الواضحة الظاهرة مثل: الأفعال و العادات ووضعيات الجسم والاستجابات وردود الأفعال التي تلاحظ وقابلة للقياس.

A ترمز للوجدان Affect: تشير إلى الانفعالات و الأمزجة و المشاعر القوية التي يشعر بها الفرد.

S ترمز للإحساس Sensation: أي الإبصار، و السمع، و اللمس، و التذوق، و الشم ونقصد به الحواس الخمس الأساسية .

I ترمز للتخيل Imagery : أحلام اليقظة المتكررة، الذكريات، الطريقة التي يشاهد بها الفرد ذاته أي (صورة الذات).

C ترمز للمعرفة Cognition: تمثل كل الافكار والقيم و الآراء والمواقف التي يعتنقها الفرد .

A ترمز للعلاقات الشخصية Interpersonal Relationships:

العلاقات الاجتماعية للفرد مع الأصدقاء، الأقرباء الرؤساء في العمل المعارف... .

D ترمز للأدوية والعقاقير Drugs وكذلك للجوانب البيولوجية Biology

ترمز إلى النظام الغذائي والرياضي والى كل الأدوية التي يتناولها الفرد، بصفة عامة الحالة الصحية للفرد.

3-3 وظائف الشخصية السبع :

- إن الشخصية الإنسانية ما هي إلا نتاج تفاعل العمليات الانفعالية والحسية والتخيلية والعمليات المعرفية والعلاقات البيئشخصية وللوظائف الحيوية (البيولوجية) تكامل هذه الوظائف مع بعضها البعض.
- لهذا فان الصيغة BASIC ID التي تستخدم في العلاج متعدد الأبعاد تلخص كل ما سبق فالعلاج متعدد الأبعاد لا يقتصر على العلاج الذي يشمل كافة جوانب الشخصية فحسب بل يسبق هذا العمل عمل آخر يتمثل في عملية التقويم الشامل، ومن خلال هذا الأسلوب فان المعالج النفسي لا يحاول هنا ملائمة المريض للعلاج بل ملائمة العلاج للمريض حسب احتياجاته واستعداداته ومتطلباته وطبيعة مشكلاته، لأنه لا توجد مشكلة قد يعاني منها الفرد لا يمكن أن تصنف ضمن الصيغة BASIC ID .
- يركز العلاج متعدد الأبعاد اهتمامه على المشكلات النوعية ضمن بعد معين من الأبعاد السبعة وكيف أن هذه المشكلة تتفاعل وتؤثر في الجوانب المتبقية من الشخصية في تفاعلها مع بعضها البعض، لان أي مشكل في بعد واحد من شأنه أن يؤثر في الأبعاد السبعة المتبقية سواء أكان هذا التأثير قويا أو ضعيفا. فالتفسير المتعدد الأبعاد للمشكلة يساعد المعالج على اختيار التدخلات العلاجية الملائمة .

(Arnold A. Lazarus ,Multimodal Therapy: A Primer,)

3-4 نمو الشخصية:

يرى (لازاروس) أن الشخصية تنبع من التفاعل الذي يحمله الفرد من جهاز الوراثة والبيئة الطبيعية التي يعيش فيها، وكذلك نتيجة تاريخه الاجتماعي، ويرى أن مثلث التعلم الاجتماعي الذي يدخل فيه الفرد والمتمثل في الإشراف الكلاسيكي والإجرائي و النمذجة، لا تأخذ بالحسبان، لأن الناس بوسعهم تجاوز الخطط التي تعد لتعزيز سلوكهم، أو ربطه بالمشيرات، وكذلك بإدراكهم للنماذج السلوكية المعروضة لهم، والناس عادة لا يستجيبون للبيئة الواقعية حولهم إنما يستجيبون للبيئة المدركة ذاتيا من جانبهم، ويشتمل ذلك على الاستخدام الشخصي للغة والمعاني والتوقعات والترميز والانتباه الانتقائي ومهارات حل المشكلات والأهداف ومعايير الأداء وتأثير القيم والمعتقدات. (طلال الزبيدي، 2011)

3-5 المبادئ النظرية:

أ- **نظرية التعلم الاجتماعي:** تعترف نظرية التعلم الاجتماعي بأهمية الربط في كافة عمليات التعلم ، فالأحداث التي تقع بالتزامن أو في تتابع سريع من المحتمل اتصالها أو ترابطها ، إذ يمكن القول بوجود ترابط حينما تكون ردود الأفعال التي حركتها مجموعة من المشيرات متشابهة مع تلك التي سببتها مشيرات أخرى . فتأثير نظرية التعلم الاجتماعي يقوم على الاشتراط الكلاسيكي و الاشتراط الإجرائي و عمليات النمذجة ، بالإضافة إلى : الاستخدام الشخصي للغة ، التوقعات و الانتباه الانتقائي و الأهداف و الأداء المعمم زيادة على تأثير العديد من القيم و الاتجاهات و المعتقدات ، فأفكار الشخص تحدد نوعية المثير الملاحظ و تقدر قيمته و مدة تذكره .

ب- **الانتقائية التقنية :** تتضمن استخدام العديد من التقنيات المستمدة من التوجهات النظرية المختلفة، مع عدم ضرورة الالتزام بمبادئ هذه الأخيرة أو ضرورة الانتماء لها

(Arnold A. Lazarus , Multimodal Therapy: A Primer,).

1-لمحة تاريخية عن الاتجاه الانتقائي:

ارتبطت البدايات الانتقائية في العلاج النفسي بنمو وتطور النظريات النفسية الكلاسيكية القديمة حيث أن المراجعات المستمرة لهذه النظريات يعد مؤشراً على أن الانتقائية بدأت منذ نشأة النظريات، وما تطور التحليلية الفرويدية القديمة ومرورها بمرحلة التطور الأولى على يد سوليفان و هورني و فروم (التحليل النفسي الاجتماعي) ثم وصولها إلى التحليلية الشاملة (إريكسون) إلا دليلاً على ذلك، وكذا الحال بالنسبة لتطور السلوكية القديمة (واطسون، بافلوف) على يد سكينر (الإشرط الإجرائي) وصولاً إلى السلوكية الاجتماعية (باندورا)، كما أن محاولات (دولارد و ملير) يعد مؤشراً آخر على ذلك، حيث كانت محاولات (دولارد و ملير) تركز على التوفيق بين التحليلية والسلوكية، وهذه المحاولات كانت تركز على الانتقاء من اتجاهات متعددة، أو كما يعرف بالانتقائية الثنائية أو الانتقائية عديدة الطرز في مقابل الانتقائية أحادية الطرز التي تركز على الانتقاء والتوفيق من نظريات متعددة داخل الاتجاه الواحد، ولعل من أبرز من يمثل هذا الاتجاه نظرية ريمي المعرفية التي وصفت بأنها نظرية انتقائية.

وتعتبر الانتقائية كاتجاه علاجي اليوم من أهم وأكثر الاتجاهات النفسية حتى أنها وصفت بأنها علاج العصر، وهناك عدد من العوامل التي ساهمت في هذا من أهمها:

- تطور النظريات الكلاسيكية القديمة كالتحليلية على يد أنصارها الجدد والسلوكية على يد سكينر و باندورا.
- ظهور الاتجاه الإنساني و اعتباره القوة الثالثة في علم النفس.
- ظهور النظريات المعرفية كنظريات (بيك) (إليس) ونظرية (ريمي) .
- انفصال عدد من أبرز علماء الاتجاهات الرئيسية النفسية عن اتجاهاتهم وتبنيهم هذا الاتجاه، ففي السبعينيات من القرن العشرين بلغ عدد العلماء الذين يتبنون الاتجاه ما بين 40- 64 % في مختلف الإحصائيات.
- تطور الدراسات النفسية والممارسات العلاجية العلمية والتراكم البحثي في هذا الاتجاه.

- الإسهامات الجادة التي قدمها أبرز علماء هذا الاتجاه كإسهامات (ثورن) و (لازاروس) و (هارت).

وانطلاقاً من ذلك فإن الانتقائية تعدّ اتجاهاً علاجياً يسير نحو تكامل علم النفس، ويؤدي إلى الممارسة العلاجية الناضجة والشاملة التي تحقق نتائج أفضل. (أبو العراد الشهري، 2008)

2- فلسفة النظرية الانتقائية: إن فلسفة النظرية لـ (ثورن) في الاتجاه الانتقائي حاول أن يكون علمياً وانتقائياً فقد حدد في كتابه الشخصية بعض صفات الاتجاه الانتقائي من خلال ما يلي:

- أن الاتجاه الانتقائي ليس ذلك الاتجاه الذي يشكل خليطاً من الحقائق غير المرتبطة .
- الاتجاه الانتقائي ليس مرتبطاً باتجاه فكري واحد .
- الاتجاه الانتقائي لا تتقصه الرؤية الواسعة .
- الاتجاه الانتقائي ليس مدعوماً بنماذج فكرية ونظرية ثابتة .
- والاتجاه الانتقائي عبارة عن جهد منظم، للاستفادة من مبادئ المدارس المختلفة التي يمكن أن توجد بين النظريات المختلفة، بقصد إقامة علاقات وثيقة متبادلة ومتكاملة بين الحقائق ذات العلاقة الوثيقة فيما بينها مهما اختلفت أصولها النظرية لذا فهو منهج استقرائي أكثر منه استدلالياً، فبدلاً من البدء بأفكار قبلية أو تصورات نظرية والتأكد من مدى صلاحية الحقائق للنموذج الفكري المقترح، فإن الأخصائي النفسي يقوم بإجراءات استقرائية فهو يجمع الحقائق ويحللها ثم يحاول إقامة بناء نظري يفسر هذه الحقائق. (نادر فهمي الزبيد، 2008، ص311)

3- العلاج الانتقائي: هي مناهج علاجية تحاول انتقاء تقنيات ومفاهيم من مختلف النماذج النظرية لعملية العلاجية،

في سنوات الخمسينيات، عرف أولسن (1955) العلاج الانتقائي بأنه وسيلة لدمج واستعمال المهارات المباشرة وغير المباشرة على السواء، حيث يستخدم المعالجون الانتقائيون مهارات

التشخيص التي يستعملها مختصوا العلاج المباشر إلى جانب مهارات الاستجابة للإحساس الخاصة بأخصائي العلاج غير المباشر. لقد وصف (أولسن) أسلوبين من العلاج الانتقائي يختلفان أساسا فيما إذا كان هناك تغيير واضح في أدوار العلاقات خلال العلاج. قد يحاول المعالج الانتقائي في حالة معينة دمج تقنيات العلاج المباشر وغير المباشر في أسلوب متناسق. في حين في حالة أخرى قد يختار أحد الأسلوبين تبعا لظروف معينة للعمل خلال الجلسة.

(Donald A. Biggs , 1994, p 85)

وصف (بارمر) وجهة النظر الانتقائية متعددة الأبعاد على النحو الآتي :

- دراسة تاريخ العلاج النفسي و الأخذ مما هو معروف.
- عدم التركيز على نظرية علاجية محددة عند ملاحظة سلوك المتعالج أو تقييمه.
- تعتمد على مهارات المعالج وشخصيته وبالتالي تحديد أسلوب التفاعل مع المتعالج لكل وفق حالته.

3-6 مبادئ العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد:

إن وجهة النظر الانتقائية في العلاج النفسي هي التطبيق العملي لأسس وتقنيات تؤخذ من مجالات المعرفة العلمية المتوافرة في المعالجات النفسية، من أجل رسم إستراتيجية علاجية منظمة تكون مناسبة للحالة التي وضعت لها و انطلاقا من هذا، فإنه يمكن تحديد المفاهيم الأساسية التي تخضع لها وجهة النظر الانتقائية متعددة الأبعاد في العلاج النفسي فيما يلي:

- المنهج العلمي قاعدة رئيسة في التصدي لدراسة كل مشكلة نفسية والتخطيط اللازم في معالجتها، وتنفيذ الإستراتيجية التي ينتهي إليها ذلك التخطيط.
- انتقاء ما هو أفضل وأكثر ملائمة من مختلف العلاجات النفسية كأساس يوفر قاعدة مناسبة في تأليف نظام المعالجة النفسية يكون على درجة جدوى عالية و على مستوى علمي عالي كذلك.

- تقوم على أساس الاختلاف بين الأفراد، والتنوع في الظروف المحيطة بهم، والنظر إلى كل شخص في تفرد من حيث تكوينه وسلوكه وحالة اضطرابه.
- توجه لغرض واضح ومحدد وهو تعديل السلوك للمتعالج تعديلاً يكفي في الحكم عليه بأنه تغلب على اضطرابه واتجه سلوكه نحو ما هو مقبول ومناسب. (دلال بنت طاهر الخميس، 2007، ص 01)

كما لخص (لازاروس) أهم المبادئ الأساسية التي تنطلق منها الانتقائية متعددة الأبعاد كما جاء بها فيما يلي:

- إن السلوك الإنساني يتأثر بعوامل وراثية وبيولوجية وبيئية تتمثل في العلاقات الشخصية مع الآخرين وفي الظروف البيئية الثقافية والاجتماعية المحيطة به، وفي عملية التعلم من خلال الآخرين .
- أن الاضطراب النفسي أو الشخصية غير ملائمة ترجع إلى تعلم غير مناسب وإدراك لنماذج سلوكية غير سوية وإلى نقص في المعلومات أو الخبرات أو خطأ فيها ، و أي تصارع بينها تجعل ذاكرة الفرد عاجزة عن إمداده بطرق التعامل مع المواقف الاجتماعية المختلفة، وتظهر الاضطرابات غير توافقية .
- إن المضطربين نفسياً يعانون من مشكلات متعددة ومحددة، وأنه يتطلب التعامل مع كل مشكلة أو عرض بأساليب علاجية تثبت فاعليتها بغض النظر عن انتماءات هذه الأساليب إلى النظريات المختلفة، بمعنى استخدام الطرق الفاعلة الصادقة من كل المدارس، بما يستجيب لحاجات المتعالج ويمكنه من حل مشكلاته
- إن كل مريض يعتبر فريداً من نوعه، فقد تصلح طريقة علاجية لشخص ما، ولا تصلح لشخص آخر يعاني من نفس المشكلة، وذلك لتفرده وتميزه في خصائصه وأسباب اضطرابه، لذلك يتبع هذا الأسلوب العلاجي لتشخيص الاضطراب وعلاجه أسلوب تقييم الشخصية باستخدام المقابلة ووسائل القياس الأخرى تبعاً لجوانب رئيسية سبعة تم تعريفها إجرائياً ، وهذه الجوانب هي:

- السلوك Behavior : يشمل سلوك الفرد الظاهر ممثلاً في استجاباته وعاداته.
- الوجدان AFFECT : يشمل انفعالات الفرد ومشاعره وحالته المزاجية، من غضب وقلق ومشاعر ذنب..إلخ.
- الإحساس Sensation :يشمل الأحاسيس العضوية والنفسية مثل التعرق والدوخة وخفقان القلب والخجل والتوتر.
- التخيل Imagerie :يشمل تخيلات الفرد وتوقعاته والاتجاهات السلبية عن الذات التي تسبب له الاضطراب، ومن ذلك تخيلات الموت والاضطهاد من قبل الآخرين، وتخيلات الخطر الدايم وتخيلات أنه مكروه ومظلوم.
- المعرفة Cognition: ويشمل الآراء والمعتقدات التي يؤمن بها الفرد ، ومن ذلك المعتقدات الخاطئة أو الاعتقاد بالدونية والعجز والفشل .
- العلاقات البينشخصية Int Relationship : وتشمل أنماط العلاقة مع أفراد الأسرة والزملاء والآخرين، ويعتقد (لازاروس) أن هذا البعد يترك أثراً واضحاً على الأبعاد الأخرى.
- العقاقير والنواحي البيولوجية Drugs : تشمل العقاقير التي يتناولها المتعالج والمشكلات الصحية البيولوجية التي يعاني منها مثل السمنة أو فقدان الشهية، وقد جمعت هذه الجوانب السبعة في الصيغة : BASIC- ID .
- تفترض هذه النظرية انه يجب ترتيب الأبعاد السبعة السابقة حسب حالة المتعالج ، فمثلاً الشخص الذي يشكو بشكل رئيسي من اضطرابات وجدانية" اكتئاب" A أدت إلى اضطرابات علاقاته الاجتماعية ثم اضطراب في سلوكه B ، ونتج عن ذلك ضعف الشهية ونقص الوزن، ولا يعاني هذا الشخص من اضطراب الأبعاد الأخرى، عندئذ يمكن ترتيب الأبعاد على النحو التالي A B I D ثم نضع العلاج المناسب لهذه الحالة. تكشف لنا هذه الطريقة عن المشكلة المحورية والمقدمات أو السوابق التي أدت إليها

والنواتج أو اللواحق المترتبة عليها. (بيرني كورني، بيتر رودل، ستيفين بالمر، 2008، ص 73)

- الاعتقاد أن كل بعد من هذه الصيغة BASIC ID يؤثر ويتأثر بدوره بكل بعد من الأبعاد الستة المؤلفة للصيغة.
- الاعتقاد أن التقييم الدقيق (التشخيص الكامل) يحتاج إلى تثمين نموذجي لكل بعد من أبعاد الصيغة BASIC ID و تفاعلات الأبعاد السبعة فيما بينها.
- العلاج الشمولي يتطلب التصحيح النوعي لكل مشكلة في الصيغة BASIC ID (أرنولد لازاروس، 2002، ص112).

7-3 المفاهيم الأساسية للعلاج الانتقائي متعدد الأبعاد: تأسيساً على ما سبق فإنه يمكن تلخيص أهم المفاهيم الرئيسية للاتجاه الانتقائي متعدد الأبعاد فيما يلي:

1-7-3 مفهوم التحديد : وفيه يتم تحديد أفضل ما هو موجود في كل نظرية ودمجها في كل متناسق لتحقيق أهداف العلاج النفسي.

2-7-3 مفهوم تكامل كل النظريات: وهو مفهوم يؤكد بأن كل نظرية قد أسهمت بشكل أو بآخر في العلاج النفسي وبالتالي فإنه يمكن توظيف كل هذه النظريات.

3-7-3 مفهوم الاختيار والتجريب: ويشير إلى الاختيار الواعي من المعالج المتخصص لما يناسب المتعالج و مشكلته، ويقوم بدراستها وتجريبها ومناقشتها.

4-7-3 مفهوم مراعاة مشاعر وأحاسيس المتعالج: وذلك لتحقيق أعلى مستوى ممكن من التكامل عبر تطوره النمائي.

كما أشار Gladding إلى أن العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد يقوم على مجموعة من المبادئ الرئيسية التي تتلخص في :

- تركز النظرية الانتقائية على التفرد الشخصي فكل متعالج شخصيته الفريدة وبالتالي يجب تدعيم الأساليب العلاجية المستخدمة في العلاج .
- هناك الكثير من الطرق والفنيات العلاجية التي يمكن استخدامها ولا يوجد طريقة واحدة هي الأفضل دائماً .
- لكل مشكلة مجموعة من البدائل العلاجية، وهناك بدائل يكون استخدامها أكثر ملائمة للمتعالج ومشكلته .
- يمكن الربط بين الفنيات والإستراتيجيات العلاجية المتنوعة ودمجها في منظومة جديدة تكون ذات فعالية واتساق وتكامل .
- يتضمن الاتجاه الانتقائي استخدام نظريتين علاجيتين أو أكثر يكون المعالج النفسي على درجة من الفعالية والإتقان في استخدامها .

8-3 خصائص العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد:

- اتجاه عملي (Pratique) أكثر منه نظرية، حيث يختار المعالج من كل طريقة أو نظرية ما يناسب وما ينطبق وما يؤثر، فالأسلوب الأمثل هو تطويع النظريات والطرق (التقنيات) لتتناسب مع المرضى وليس العكس.
- يتطلب التخفيف من حدة الاختلافات وتخطي الحدود بين النظريات والطرق العلاجية، ولا بد أن يملك المعالج النفسي في هذه الحالة قدراً كبيراً من الدافعية تمكنه من بذل جهد في عملية التوفيق و التركيب بين طرق العلاج المختلفة.
- يركز على وجه الشبه بين النظريات المختلفة أكثر من تركيزه على أوجه الاختلاف، لأن أوجه الاتفاق أكثر من أوجه الاختلاف بين هذه النظريات فهي تتفق على العلاقة العلاجية ومواقف التعلم وغيرها.
- ظهر أساساً ليوفق بين النظريات والطرق التي تأخذ المنحى الدينامي وتلك التي تأخذ منحى التعلم، كما بين التحليل النفسي والعلاج السلوكي.

- يتضمن التشرب assimilation والتكامل integration ويظهر ذلك جليا في ترجمة مفاهيم ومبادئ النظريات الأخرى حتى تتناسب مع طريقة الفرد.
- يتضمن الشمولية، إذ على المعالج الإلمام بأكبر قدر ممكن من الطرق العلاجية من مختلف النظريات والمقاربات وان يسعى إلى أن يكون قادرا على استخدامها وان يمتلك المهارة في الانتقال من واحدة إلى أخرى والتوفيق بينها قدر المستطاع .(إجلال محمد سرى، 2000، ص 269)
- يعتمد على الانتقاء والتجميع بين نظريات و أساليب العلاج النفسي بما يتناسب مع ظروف المعالج والمريض، والمشكلة والعملية العلاجية بصفة عامة.
- عملي ومهني أكثر من كونه نظرية عامة، حيث يختار المعالج من كل نظرية في جوانبها التطبيقية ما يتناسب معها ويؤثر في العملية العلاجية، لأن الأسلوب الأمثل هو تطويع النظريات والطرق لتناسب المرضى وليس العكس.
- لهم ما يميزه أنه يحقق فائدة وفعالية علاجية اكبر، ويتعد عن الجمود والتحيز، و الموضوعية في التعامل مع كل النظريات.
- يزيل الملل والروتين في تطبيق أساليب العلاج النفسي المختلفة .(أحمد بن سعيد الحريري، 2009، ص177)

مميزات العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد: يتميز العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد عن بقية الأساليب بما يلي:

- التركيز على السلوك الظاهر ومشاكل المتعالج الحالية .
- توضيح الأهداف العلاجية وتحديد بدقتها .
- صياغة أسلوب علاجي ملائم لمشاكل معينة .
- تمثيل موضوعي لحصيلة العلاج .
- سؤال المعالج هنا ما هو السلوك المحدد الذي يريد الفرد تغييره أي يجب أن يحدد السلوك الذي يرغب الفرد في تغييره و الغموض مرفوض .

- يعتمدون على المبادئ المستمدة تجريبياً من نظريات التعلم .
- الإجراءات السلوكية فصلت لتناسب الحاجات الفردية لكل متعالج. (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2011، ص 398)

3-9 تفسير الاضطراب النفسي:

من وجهة نظر (لازاروس) أن الاضطراب النفسي وسلوك عدم التكيف يرجع إلى ظروف التعلم، حيث يحدث أثناء تعرض الفرد للمؤثرات الخاصة والظروف والمترابطات الشرطية، وكذلك التعرض للنماذج التي يتطابق معها ويقلدها سواء عن تروى وقصد أو عن غير قصد، وإن اكتسب الفرد معلومات متصارعة أو معلومات خاطئة تحدث أنواع من الكف كما تنشأ دفاعات لا حاجة لنا بها.

كما قد تنشأ الاضطرابات النفسية عن وجود تعلم غير مناسب أو غير كافي، وهنا نجد أن المشكلات لا تنشأ من صراعات أو من أحداث سببت صدمة أو من تأثير الآخرين أو من الأفكار الخاطئة وإنما من الفجوات الموجودة في ذاكرة الشخص والتي لم تزود بالمعلومات الضرورية والعمليات الخاصة بالتعامل مع المواقف مما يجعلها غير مجهزة للتعامل مع المطالب الاجتماعية .

كما تنشأ الاضطرابات النفسية من عوامل مثل صراع المشاعر ونقص المعلومات أو سوء فهمها أو نقص في المهارات الشخصية وكذلك الضغوطات الخارجية بالإضافة إلى المتطلبات والاهتمامات الملحة والموجودة في عالم الفرد الذاتي أو الخارجي . (طلال الزبيدي، 2011)

ويحدث الاضطراب النفسي بالشكل التالي :

1. يكون الشخص عند مولده محصلة من الإرث الجيني وتأثير بيئة الرحم وغيرها من المؤثرات البيئية .
2. تمضي الحياة نحو المعيشة الاجتماعية المتكيفة.
3. تحدث صراعات مختلفة واكتساب معلومات خاطئة أو مواجهة أحداث مؤلمة.

4. يقوم عائق في طريق الشخص.
5. ينحرف الشخص عن مسار التكيف، وقد يتسم بمجموعة من الاستجابات الانهزامية للذات وغير المتكيفة. (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2011، ص397)

IV للبررات والحاجة إلى العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد:

1-4 مبررات العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد : جاءت تصورات (لازاروس) التي اشتهرت بنموذج (BASIC- ID) لتوضح مبررات اختيار العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد كما يلي:

- نحن مسئولون عن صحتنا .
- المرض ينبعث من داخلنا .
- الشفاء ينبعث من داخلنا .
- العلاج يستلزم التعامل مع الجسم والعقل والانفعال و الروح .
- المعالج خبير وموجه ناصح ولا يتسم بالتسلط .
- الرعاية الشخصية والتعامل الإيجابي والمشاركة الفاعلة عوامل مهمة لإحداث التغيير المنشود.
- البيئة الطبيعية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد تؤثر في صحته.
- التغذية والتمارين تعد حجر الزاوية للصحة الجيدة .
- لكل شخص سماته وخصائصه الفردية لذا فمن من الضروري وضع خطة تتلاءم مع ذلك.

2-4 الحاجة إلى العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد:

ترى (لويس كامل مليكة) أنه لا يوجد في الواقع معالج يمارس منهاجا أو أسلوبا نقيا، بل يمكن القول أن ما هو مشترك بين كل العلاجات أكثر أهمية وحسما من الفروق بينها (لويس كامل مليكة، 2009، ص 14)

كما يرى (إيركسون) أن المعالج الكفاء يحتاج إلى معرفة اكبر قدر من الأساليب العلاجية والى القدرة على استخدامها و الانتقال من أحدها إلى الآخر و استخدام أغلب الأدوات التي تلائم كفايته وتحسن مستوى عمله باستمرار، ويرى البعض أن الأسلوب الانتقائي متعدد الأبعاد يعني انتقاء العناصر المطلوبة من عدد من النظريات المختلفة وصهرها معا في مركب أكثر فائدة من أي عنصر منها بمفرده. (دونالد ج مورتيس، ألن م شمولر، 2005، ص 80)

V أهداف العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد: تتلخص أهداف العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد في تركيزه على تنمية الاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية لدى المتعالج من خلال جعله يتحمل مسؤولية حياته ، ومساعدته للوصول إلى أعلى مستويات الأداء الوظيفي وكلُّ بحسب قدرته واستطاعته ان على المعالج المستخدم لهذه الطريقة العمل على مساعدة متعالجيه لتحقيق وإنجاز أهدافهم الشخصية، ومساعدتهم للتحرك من مستوى خبرتهم وأدائهم الحالي إلى مستوى أعلى منه، ونحو توفير المعلومات والمهارات اللازمة لهم لكي يحافظوا على هذا المستوى.

كما يهدف المعالجون النفسيون الذين يتبعون الطرق التوفيقية إلى إحداث التكامل والتفاعل بين النظريات والطرق المختلفة وإدماجها وإقلال عددها.

ويحدد (بالمر) أهداف العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد فيما يلي:

- 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 .
- تصحيح الأفكار الخاطئة .
- إكساب المتعالج المهارة في تكوين علاقات اجتماعية طيبة .
- المساعدة على تحسين الجوانب البيولوجية .

- تغيير السلوك إلى سلوكيات إيجابية وفعالة .
- تغيير المشاعر إلى مشاعر إيجابية .
- تغيير الإحساس السلبي إلى آخر إيجابي .
- تغيير الجوانب المرضية غير المنطقية إلى جوانب منطقية وتصحيح الأفكار الخاطئة.
- إكساب المتعالج المهارة في تكوين علاقات اجتماعية طيبة .
- تغيير الصورة العقلية السلبية للذات إلى صورة ايجابية .

(Richard Nelson-Jones , 2011, p 348)

أما (هارت) فيرى أن أهداف العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد تتمثل في البحث عن النمو و إن التركيز يجب أن ينصب على العناية الصحية، كما يجب إعطاء أهمية للعناصر الإيجابية والسلبية في الشخصية، وأن يكافح كل من المعالج و المتعالج من أجل تفوق العناصر الإيجابية على السلبية في العلاج ، والتركيز على تنمية اللياقة النفسية لدى الأشخاص، وأن هذه التنمية تركز على خمسة فرضيات افترضها (هارت) وهي :

- إن التدريب النفسي للذات (الشخصية) ضروري للوصول إلى اللياقة النفسية ، كضرورة التدريب الجسماني للوصول إلى اللياقة الجسيمة.
- يجب أن تتغير الشخصية وتنمو مع حياة الفرد .
- إن التغيير الإيجابي للشخصية يظهر مع التركيز على مواطن القوة في النفس، بالإضافة إلى تحسين وتطوير مواطن الضعف فيها .
- إن اللياقة النفسية، تتطلب اتصالات واحتكاكات مع الناس الآخرين بمعنى آخر التكيف في الحياة الاجتماعية.
- إن فترات التدريب النفسي المخططة تعمل على تعزيز الأحاسيس الايجابية والتقليل من العواطف والأحاسيس السلبية عند الشخص .

بينما يرى (أرنولد لازاروس) أن هدف العلاج النفسي الانتقائي متعدد الأبعاد هو إنقاص المعاناة النفسية، وتحسين النمو الشخصي بالسرعة الممكنة والمتانة المطلوبة، إن الممارسين المعالجين الذين يتبنون العلاج النفسي متعدد الأبعاد يجنحون إلى تحليل الشخصية الإنسانية إلى أبعاد، ومن خلال تقييم كل فرد بواسطة كل نوع من هذه الأبعاد النوعية، فإن المعالج يصبح قادراً على الوصول إلى فهم كامل للفرد ولبنيته الاجتماعية. (أرنولد لازاروس، 2002، ص 16 - ص 19)

كما يرى أن من بين أهداف العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد الكشف عن بعض العوامل غير المنظورة التي تدخل ضمن نطاق تصنيف أو أكثر للصيغة BASIC ID . (لازاروس أرنولد، 2002، ص 114،

VI مراحل العملية العلاجية في الاتجاه الانتقائي متعدد الأبعاد:

تتفق الكثير من المؤلفات العلمية على أن المراحل الرئيسية للعلاج في الاتجاه الانتقائي يمكن تلخيصها فيما يلي:

1-6 المرحلة الأولى (مرحلة اكتشاف المشكلة) : وهي مرحلة تكون العلاقة العلاجية الإيجابية التي تولد للمتعالج الثقة وتزيد من رغبته وإقباله على العلاج، وتعزز وتدعم المتعالج ليتحدث بحرية على مشكلاته، مع الاهتمام بالسلوك اللفظي وغير اللفظي ليتم استكشاف معالم المشكلة، والإطار النظري في هذه المرحلة أخذ أفضل ما هو موجود من الإنسانية ووضعها في نظام جديد (الفاعلية، الاستماع، التعاطف) .

2-6 المرحلة الثانية (مرحلة تعريف المشكلة ثنائية الأبعاد): وفيها يتم الاتفاق على تحديد المشكلة وتحديد جوانبها المتعددة باستخدام الفنيات المناسبة ولتفعيل هذه المرحلة فإن الأساس النظري مأخوذ من النظرية الوجودية (الإنسانية) .

3-6 المرحلة الثالثة (مرحلة تحديد البدائل) : وهي مرحلة مساعدة المتعالج في اختيار ما يراه مناسباً من البدائل الملائمة لحل المشكلة والأساس النظري هنا مأخوذ من العلاج الواقعي والتحليلي والمعرفي والإنساني والسلوكي .

4-6 المرحلة الرابعة (مرحلة التخطيط) : وفيها يتم إعداد الخطة العلاجية القابلة للتنفيذ على أن تكون مقنعة للمتعالج من حيث واقعيته و ملائمتها له وهي مرحلة تقييم للبدائل التي تم تحديدها، والأساس النظري واقعي تحليلي معرفي سلوكي إنساني .

5-6 المرحلة الخامسة (مرحلة العمل و الالتزام - مرحلة تنفيذية -) : وفيها يلتزم المتعالج بالتنفيذ الواقعي للخطوات العلاجية ويلعب المعالج دوراً هاماً في تشجيعه وإقناعه بأهميتها وترابطها من خلال فنيات علاجية فعالة والأساس النظري واقعي تحليلي سلوكي معرفي إنساني

6-6 المرحلة السادسة (مرحلة التقييم والتغذية الراجعة): وفيها تتم المراجعة والتقييم لما تحقق من أهداف أثناء العملية العلاجية وتلخيص المتعالج للتقدم الذي طرأ بناءً على ما قام به

غير أن بونزو (1976) يرى أن الأسلوب العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد يضم ثلاثة مراحل:

أولاً: مرحلة الوعي وفيها يتم استخدام منهج الوجودية و المنهج الممرکز حول العميل وكذا منهج الجشطالت بغرض بناء علاقة جيدة مع العملاء.

ثانياً: إعادة التنظيم المعرفي وهنا يتم اللجوء إلى المناهج المعرفية لمساعدة العملاء على تغيير التفكير غير المتأقلم و غير المنتج.

ثالثاً: تغيير السلوك لجأ فيها إلى الأساليب السلوكية من أجل مساعدة العملاء على تغيير

سلوكياتهم وجعلها أكثر إنتاجية. (Donald A. Biggs , 1994, p 85)

VII أساليب التقييم والعلاج:

العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد هو طريقة نسقية وشاملة للعلاج النفسي في حين تخدم النظرية الفرضية التي تدعو إلى التزام الممارسة بقواعد وأساليب ونتائج علم النفس باعتباره علما تجريبيا، فإن النظرية تتفوق على التقليد السلوكي بإضافة أساليب قياس وتقويم متفردة ، وكذلك في تعاملها بعمق وتفصيل مع العوامل الحسية والتخيلية والمعرفية وجوانب العلاقات الشخصية، باعتبارها عوامل مؤثرة في تفاعلها مع بعضها البعض ، ومن الفروض الأساسية للنظرية أن المتعالجين يعانون عادة نتيجة مجموعة من مشكلات معينة، والتي يجب على المعالج أن يتناولها أيضا بمجموعة من العلاجات المحددة وفي التقويم الذي يتم في هذا الموضوع من العلاج فإن كل جانب من جوانب القياس يجيب عن سؤال عن ماذا يصلح؟ ولمن؟ وتحت أي ظروف؟ وهذا بشكل إجرائي وهذه الجوانب للتقدير قد لخصها (لازاروس) في الصيغة التالية BASIC-ID (أحمد عبد اللطيف أبو أسعد، 2011، ص 395)

7-1 أساليب التقييم: يعتبر هذا الأسلوب العلاجي من الأساليب العلاجية الشاملة والمنظمة وهو منهج متكامل في العلاج السلوكي طوره لازاروس وهو نظام مفتوح ويعتبر من أفضل الأنظمة والأساليب.

إن الإجابة عن الأسئلة "أي الطرق تصلح؟ و لمن؟ وتحت أية ظروف معينة؟" غالبا ما تقتضي تقييما شاملا في بداية العلاج النفسي لجميع الأبعاد السبعة، عندها فقط يمكن انتقاء الأدوات المناسبة للعمل، أما أن يمر الشخص بأزمة أو أن تكون لديه مشكلة في نمط واحد، عندها يكون التقييم الشامل غير ضروري، فالتقييم يعتبر عملية مستمرة طوال فترة العلاج.

7-1-1 المقابلة الأولية والاتجاهات الثلاثة عشرة:

على غرار مناهج العلاج الأخرى فإن من الأهداف الرئيسية خلال اللقاء الأول هو بناء علاقة علاجية جيدة مع العميل، وهنا يصف (لازاروس) كيف أنه يقوم عادة بإجراء حديث بسيط مع العميل حتى يتسنى له التأقلم مع جو غرفة العلاج وأن يسترخي وألا يشعر بالتهديد من العملية

العلاجية، فالنفاصيل الشكلية مثل تدوين الاسم والعنوان وغيرها تعتبر من المقدمات الافتتاحية المفيدة.

خلال المقابلة الأولية، يسعى المعالج الماهر الذي ينتهج الأسلوب المتعدد الأبعاد للإجابة عن عدد من الأسئلة وقد وضع لازاروس اثني عشرة سؤالاً ينبغي على المعالج الحصول على إجابة لها مع نهاية الحصة الأولى أو على الأقل مع نهاية الحصة الثانية، تقوم هذه الأسئلة على الاتجاهات الاثني عشرة للازاروس.

1. هل هناك أي علامة للذهان (اضطرابات عقلية شديدة) مثل السلوك الغريب والأفكار الشاذة و التوهّمات؟

2. هل هناك أي علامة لمشكلات عضوية مثل التوهان (فقدان التوجه) وفقدان الذاكرة المؤقت و السلوك الشاذ؟

3. هل هناك أي دليل عن وجود اكتئاب أو تأنيب للذات أو ميول نحو الانتحار أو القتل؟

4. ما هي المشكلات التي ألجأت العميل إلى الإرشاد وما الذي أثارها؟

5. لماذا يحضر العميل حصص الإرشاد الآن وليس الأسبوع أو الشهر أو العام الماضي؟ هل يجبره أحد ما أو يؤثر عليه بشكل كبير؟

6. ما هي العوامل التي سبقت هذه الصعوبات؟ كيف بدأ الأمر برمته؟

7. هل هناك شخص ما أو شيء ما يتسبب في بقاء المشكلات ما يمنع العميل من حلها؟

8. هل من الواضح أن للعميل أملا في نجاح عملية العلاج؟

9. هل من إشارة إلى أن أسلوبا علاجيا معيناً مفيد أم لا مقارنة بغيره؟ هل يفضل العميل الأسلوب المباشر أم غير المباشر؟

10. هل من الأفضل للعميل أن تتم المقابلة بشكل فردي أو بشكل ثنائي (مثلاً مع شريك أو زوج) أو كفرد من عائلة أو مجموعة؟

11. هل يمكن للعلاقة أن تتطور بشكل مرضٍ للعميل والمرشد على السواء أم أنه ينبغي توجيه العميل إلى مكان آخر؟

12. ما هي نقاط قوة العميل وما هي الصفات الايجابية لديه؟

يضيف (بالمر) إلى قائمة لازاروس سؤالاً مهماً لتصبح ثلاثة عشر سؤالاً:

13. هل لدى العميل تجربة سابقة مع العلاج؟ إن كان كذلك، فكيف كانت النتيجة؟ ما

الذي وجدته العميل مفيداً أو غير مفيد؟

تكمُن أهمية هذا السؤال فيما أنه لو سبق للعميل أن خاض علاجاً سلوكياً وأدرك عدم جدواه أو أنه يرى أن الأسلوب المباشر للمعالج ذو نزعة مسيطرة مبالغ فيها، فإن هذا يمنح للمعالج مفاتيح مهمة لانتقاء أسلوب العلاج وربما لتجنب و لو مبدئياً، التدخلات في الجانب السلوكي.

في مثل هذه المرحلة المبكرة، يقوم المعالجون النفسانيون بجمع المعلومات إضافة إلى الاستماع إلى المواضيع الأساسية، وأثناء استماعهم للعميل يدون ملاحظات حول الطرق الأفضل لوصف المشكلات. (Windy Dryden & Jill Mytton, 1999, p240)

فحص و اختيار بعد الشخصية: الفحص هو إجراء آخر يستعمل في العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد والذي يتمثل في معاينة وتسجيل ترتيب الأفضلية للأبعاد المختلفة لشخصية العميل في مقابل مشكلة معينة وبهذا ترتبط أساليب التدخل العلاجي بتسلسل هذه الأبعاد في ترتيب الأفضلية. لدى كل عميل بعد شخصية مفضل عادة يظهر أثناء حديثه مع المرشد كأن يفضل التكلم عن جانب الأحاسيس أو الإدراك أو التصورات والتخيلات التي يعيشها وبهذا يصنف العميل على أنه "فضل للأحاسيس" أو "فضل للإدراك والوعي" أو "فضل للتخيلات والتصورات" وهذا التصنيف يستند إلى سلم تقييمي (بروفيل تركيبي) بين البعد المفضل. بعد هذا ينتقل المرشد إلى إجراء الاختيار بعد الشخصية المفضل للعميل ليستشف من خلاله البعد الذي يتجنبه العميل سواء عن قصد أو عن غير قصد كبعد الأحاسيس على سبيل المثال. (Stephen Palmer, 2000, p. 153)

2-1-7 التحليل الوظيفي من خلال الصيغة BASIC ID :

إن استخدام نموذج لازاروس في وصف المشكلة (BASIC-ID) يساعد في تصوير المشكلة للمتعالج من سبعة جوانب:

السلوك B (Behavior): تشمل التصرفات والحركات و يساعدنا في معرفة إذا كان السلوك موجود على نحو أكثر من اللازم أو أقل من اللازم ووصفه إذا كان سلوك غير تكيفي.

الانفعالات والمشاعر A (Affect): توضيح المشاعر عند المتعالج كالغضب، القلق، الخوف ومدى مناسبتها للموضوع.

الإحساس S (Sensation): يتضمن الحكم على مدى سلامة الحواس الخمسة وكفئتها في توصيل المعلومات.

التخيل I (Imagery): هي مجموعة الصور العقلية التي تمر على مخيلة الفرد كما يحدث في حالة أحلام اليقظة ، الذكريات ، الخيالات وغيرها.

المعرفة C (Cognitions): تتضمن الأفكار ، المعتقدات الخاطئة وغير العقلانية أو غير المنطقية.

العلاقات البينشخصية I (Interpersonal Relationship): تتضمن كل العلاقات التي يكونها الفرد مع المحيطين به.

العقاقير D (Drugs) : وتعلق بالجوانب العصبية و البيولوجية للسلوك ، الحالة الصحية ، اللياقة البدنية ، الأمراض ، نظام التغذية ، الأدوية ، استخدام الكحول ، المهدئات والمثيرات.

بعد جمع هذه المعلومات من مصادر متعددة : كالمقابلة الذاتية، المقابلة الموضوعية للأسرة المعلمين، الأصدقاء، الأخصائي النفسي أو الاجتماعي، الطبيب، وأي مصدر آخر إن لزم الأمر، يتم تشخيص الحالة والعمل مع المتعالج مع كل بعد من أبعاد الصيغة (BASIC- ID)

كهدف من التغيير وتعليم المتعالج العديد من الأساليب وغالباً ما تكون طريقة العلاج اتفقيه والانتقاء التقني Technical eclecticism، والعمل على تحديد أي التقنيات أو الاستراتيجيات سوف تكون أفضل للمتعالج في ظروفه المحددة، ودور المعالج هنا يتمثل في تعليم المهارات ، التدريب ، التوجيه ، الإصغاء ، تقديم تغذية راجعة ، تحديد المعتقدات الدفاعية ، التشجيع ، الانفتاح الذاتي ، المزج بين أساليب مناسبة وفعاله مع أفضل نمط من العلاقة العلاجية.

الصيغة BASIC ID تستخدم كشبكة لتحليل محتوى، إذ بعد إدارة مقابلتين أو ثلاث وملئ استبيان القصة الحياتية يتمكن المعالج من إنشاء بروفييل الأنموذج Modality prpfile إما بمساعدة المريض أو بدونه.(أرنولد لازاروس،2002، ص113)

فالعلاج النفسي متعدد الأبعاد يتضمن التقويم الشامل وعلاج الوظائف التي يرمز لها ب BASIC ID ومن خلال الأخذ بهذا الأسلوب فانه لا يتم ملائمة المرضى للعلاج، بل يتم ملائمة العلاج مع احتياجات المتعالج .

يهتم العلاج النفسي متعدد الأبعاد بالمشكلات النوعية أو الصعوبات ضمن وظيفة معينة، إضافة إلى التفاعل القائم بين هذه الوظيفة وكل وظيفة من الوظائف الأخرى. (أرنولد لازاروس،2002، ص ص 19-20)

إن التفسير متعدد الأبعاد لأي مشكلة لا يبرز فقط الصعوبات المستمرة، ولكن أيضا يمكن المعالج من تحديد التدخلات العلاجية الملائمة، وذلك من خلال معاينة الجوانب التفاعلية للمشكلات المحددة المعالم . (أرنولد لازاروس ،2002، ص21)

لمعرفة المكونات الأساسية للصيغة BASIC ID عند شخص ما أي سلوكاته البارزة وردود أفعاله العاطفية واستجاباته الحسية والتخيلات وصور التفكير وتعاملاته البيئشخصية ونزعاته البيولوجية لا بد من معرفة الكثير عن هذا الشخص إضافة إلى التعرف على شبكته الاجتماعية (أرنولد لازاروس ،2002، ص22)

الجوانب التفاعلية في الصيغة BASIC ID : تمكن المتعالج من اتخاذ القرارات التالية:

- التعرف على المشكلات الرئيسية والثانوية للمريض.
- توضيح الأهداف العملية العلاجية.
- انتقاء التقنيات الملائمة وتطبيقها .

يتم كل هذا بطريقة منطقية بدون اللجوء إلى الافتراضات والتخمينات.(أرنولد لازاروس،2002،ص126)

تستخدم هذه الصيغة للتشخيص والعلاج توفر منظومة من خلال طرق التقييم وتعرض مقارنة انتقائية للعلاج وتبعا لكل مقارنة علاجية سيطور العميل أكثر استجابات مواجهة وسيكون اقل تحبيذا للخضوع للنماذج السلوكية القديمة.فالعلاج متعدد الأبعاد ليس مجرد مجموعة مدارس علاجية بل انه طريقة لتنظيم المعلومات المتحصل عليها من العميل وبعدها إنتقاء التقنيات المناسبة لحالة العميل في إطار السبع جوانب المتفاعلة في شخصية الفرد والتي يرمز لها بالصيغة (BASIC ID) (Zoran Vujisic,p)

3-1-7 الترتيب الثاني للصيغة BASIC ID:

إن اختيار التقنية المناسبة يعتمد اعتمادا كبيرا على الأعراض التي يعاني منها المتعالج، بحيث يتعين أن تصنف كل مشكلة في الأنموذج الملائم أو الأكثر ملائمة، و إذا اتضح أن التقنية العلاجية المختارة غير فعالة، حينئذ لابد من إنشاء ما يسمى بالترتيب الثاني للمعادلة BASIC ID الذي يحدد الإستراتيجيات البديلة.

فالمعالج الذي يتبنى العلاج المتعدد الأبعاد يطرح السؤال التالي: ما هو العلاج الأنسب والأفضل للمتعالج ؟ فالتدخل العلاجي هنا هو فردي وخاص. إذ أن المعالجين بالأساليب المتعددة الأساليب يضعون في الحسبان الاستثناءات الفردية (الفروق الفردية) بالنسبة للقواعد العامة والمبادئ العلاجية، فمن خلال عملية التقييم التي تتناول سبعة معايير للشخصية يقوم

المعالج النفسي بهذا الأسلوب باختيار التدخلات العلاجية الملائمة لكل فرد. (أرنولد لازاروس، 2002، ص15)

الحصول على الترتيب الثاني للصيغة BASIC ID: من خلال الأخذ بالترتيب الثاني للصيغة BASIC ID فإن أي بند من بروفيل الأنموذج الأولي يمكن أن يتم تضخيمه تفصيله أو يعاين بتفاصيل اكبر. إن منهج العلاج متعدد الأبعاد يقوم على أساس علاج المشكلات بالأساليب المنطقية، لكن في حالة ما إذا لم تنجح هذه الأساليب يلجأ المعالج إلى إعادة تقييم الموقف ووضع الترتيب الثاني للصيغة BASIC ID الذي يتضمن على تفاصيل أدق لبند البروفيل الأنموذج الأولي، إن الترتيب الثاني للصيغة BASIC ID غالبا ما يسلط الضوء على العوامل التي تدعم المشكلة النوعية المقصودة. كذلك فإن الترتيب الثاني للصيغة BASIC ID يمكن أن يشير إلى البدائل المقترحة للعلاج إن هذا النوع من التقييم، لا يمنع المعالج من الاستعانة بالاختبارات المقننة ووسائل القياس الأخرى إذا تطلب الأمر ذلك، بحيث إن استخدام الاختبارات الإسقاطية قد يكون مفيدا في تقييم الجانب التخيلي للمتعالج في حين قد يسفر استخدام اختبارات الذكاء إلى اكتشاف قصورات معرفية لدى المتعالج. (أرنولد لازاروس، 2002، ص116).

إذا لم يفلح تطبيق أساليب التدخل والتقنيات في حل مشكلة معينة، عندئذ يتم تطبيق الترتيب الثاني لأبعاد الشخصية وهي قائمة تدون فيها المشكلات وما يقابلها من حلول والتي يتم من خلالها التركيز على الجوانب المختلفة للمشكلة المستعصية كل على حدة، وهي بذلك تختلف عن التقدير الأولي الذي يقدم صورة عامة. (Stephen Palmer, 2000, p 153)

4-1-7 البروفيل التركيبي: Structural profil: أشار إليه فيريز (1980) يستخدم هذا التقييم قبل البدء في تحليل المحتوى من خلال الصيغة BASIC ID حيث يقوم العملاء بتقييم أنفسهم من خلال مقياس يتألف من 10 بنود لكل شكل Modality بحيث يطلب من العميل أن يقيم نسبة إدراكه لنفسه على مستوى (الفعل، التفكير، الإحساس، التخيل، العلاقات، الصحة)

لتحديد طبيعة هذا العميل حيث أن هناك أفراد يميلون إلى الفعل وآخرون إلى الشعور وآخرون إلى التخيل وهكذا.

الدرجة العالية في شكل من هذه الأشكال تحدد طبيعة هذا (استجابات أو ردود فعل) العميل الأمر يؤثر في الاستجابة للعملية العلاجية لذا كان من الضروري على المعالج أن يأخذ هذا الأمر بعين الاعتبار في تصميم التدخل العلاجي الملائم للحالة.

تتم طريقة اختيار أنسب الطرق لعلاج العميل من خلال رسم البروفيل التركيبي هذا الأخير الذي يتم رسمه من خلال الحوار الذي يتم بين المعالج و المتعالج، كل هذا من أجل تحديد هل المتعالج (حسي، عاطفي، مفكر، سلوكي...) أن الخبرات السريرية الإكلينيكية توضح انه من الأهمية أن يلائم المعالج أنموذجه بما يتفق وما يطرحه المتعالج. يتم عن طريق أن يطلب من المفحوصين تصنيف أنفسهم مستخدمين مقياس من سبع نقاط من خلال الإجابة على أسئلة الجدول .

5-1-7 البروفيل الأنموذج: هو رسم بياني قائم على الأبعاد السبعة و يستخدم للحصول على ملخص عن المعلومات المتحصل عليها خلال عملية التقييم، و وظيفته هي تمكين المختص و العميل من تحديد المشكلات الخاصة بكل بعد و كذا في التخطيط للتقنية التي يمكن اعتمادها للتغلب على تلك الصعوبات . و هو وثيقة عمل جد هامة بحيث يمكن مراجعتها كلما تقدم العلاج . يطلب من المفحوص أحيانا إنتاج أنموذجه الخاص كعمل منزلي ، بحي يمكن مقارنته في الجلسة المقبلة مع ما رسمه المختص.

(Windy Dryden ; Jill Mytton;1999;p 144)

تكمن وظيفته في توجيه المعالج للقصورات التي تعاني منها سلوكيات المتعالج وردود أفعاله الانفعالية والإحساسات والتخيلات و الأفكار والعلاقات البينشخصية والوظيفة البيولوجية كما أن هذا البروفيل 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 التعليم) و عندما يتم انجاز البروفيل الأنموذج تتم مناقشة كل بند منه مع المريض. (أرنولد لازاروس، 2002، ص100)

التقنيات العلاجية المقترحة	المشكلات	الأنموذج
		السلوك (B)
		العاطفة (A)
		الإحساس (S)
		التخيل (I)
		الافكار (C)
		العلاقات البينشخصية (I)
		الأدوية (D)

تركيب و إنشاء بروفيل الأنموذج (لائحة الصيغة BASIC ID):

إن الصيغة BASIC ID تمثل القوة الموجهة للشخصية الإنسانية، إن إنشاء هذا البروفيل يستغرق من 10-15 دقيقة، و إن ميزة كتابة المشكلات النوعية وفقا للصيغة BASIC ID تزود كلا من المعالج و المتعالج ببرنامج عمل مما يساعد في وضع أهداف العلاج، كما انه يساعد في تقييم تقدم العملية العلاجية

تساعد الصيغة BASIC ID في الناحية التثقيفية للمريض وذلك من خلال توسيع معرفته بالعملية العلاجية ، وبالتالي إضعاف مقاومته لأي تغيير في إطار العملية العلاجية بجعله يؤمن بالعلاج. (أرنولد لازاروس، 2002، ص33)

6-1-7 تسلسل المسار Firing order:

من خلاله يتم الكشف عن المدى الكامل للأنموذج، إن المعطيات السريرية أشارت إلى الحاجة إلى التقنيات الملائمة للمنبهات الفاعلة، أي لمعالجة ردود الأفعال الحسية بالتقنيات الحسية، وردود الفعل المعرفية بالتقنيات المعرفية وهكذا دواليك، لان على المعالج الذي ينتهج هذا النوع من العلاج، أن يضع في الاعتبار كيفية اختيار التقنية الأولية (أرنولد لازاروس، 2002، ص129)

2-7 الأساليب العلاجية :

بما أن كل النظريات التي تشكل الاتجاه الانتقائي ترى بأنه لا توجد فنيات وأساليب علاجية تكون الأفضل دائماً، وأن الأسلوب العلاجي الفعال هو الذي يتلاءم مع خصائص المتعالج وحاجاته ونوعية مشكلته ودرجتها، وان الانتقاء والدمج يكون أكثر فاعلية، فإن اختيار الفنيات يكون في العلاج الانتقائي منطلقاً من هذا الأساس، ومنطلقاً من مبدأ الفردية، ومنطلقاً من كفاءة وخبرة المعالج النفسي وهي بذلك تتيح للمتعالج اختيار الأنسب من الفنيات بما يتطلبه الموقف العلاجي ويحقق أهداف العملية العلاجية.

ويذهب الباحثون إلى انه لا توجد أساليب محددة له، بل يعتمد على مصادر مختلفة من الحقل العلاجي، هذا بالإضافة إلى علوم التربية والتغذية والتمرين النفسي والطب وذلك بما يتفق مع تصور (أرنولد لازاروس) للمشكلة. ويعتمد هذا على طبيعة العميل وطبيعة المشكلة التي يعانها.

فلو طبقنا أسلوب (أرنولد لازاروس) في تصوير المشكلة الذي يعتمد الحروف الأولى من الصيغة BASIC-ID فيمكن إعطاء مثال لذلك بالتالي:

في البعد السلوكي (B): يمكن للمعالج أن يستخدم أساليب الانطفاء، والغمر، والتخلص التدريجي من المخاوف، والتعزيز بنوعيه الإيجابي والسلبي، والعقاب.

في البعد الوجداني (A): يستخدم المعالج أسلوب التنفيس أو التفريغ الانفعالي.

في بعد الإحساس (S): يستخدم المعالج الاسترخاء، و التدريبات البدنية، والتغذية الراجعة الحيوية لتحرير المتعالج من التوتر.

في بعد التخيل (I): يمكن للمعالج استخدام أسلوب تغيير صورة الذات وذلك من خلال استخدامه لأسلوب تصوّر أو تخيل المواجهة الإيجابية للمواقف والضغط .

في البعد المعرفي (C): يستخدم المعالج أسلوب زيادة الوعي والإدراك والفهم للذات وذلك من خلال مساعدة المتعالج لإدراك الأحداث السابقة وعلاقتها بالسلوكيات الحالية
في بعد العلاقات الشخصية (I): يستخدم المعالج أسلوب النمذجة.

في بعد العقاقير (D): يقوم المعالج باستخدام أسلوب التمرينات الرياضية والتغذية والإقلاع عن تعاطي المواد الضارّة. (أبو عراد الشهري، 2008)

3-7 طبيعة العلاقة العلاجية:

يقترح كارل روجرز المتخصص في علم النفس الذي طور طريقة العلاج المتمركز حول العميل شروطا علاجية جوهرية من شأنها أن توطد العلاقة العلاجية وهذه الشروط هي التعاطف والانسجام والتقدير الايجابي غير المشروط. لكن وبالرغم من أن العلاقة العلاجية الجيدة وعلاقة الألفة ضروريان، إلا أنهما في نظر المعالج الذي يستخدم طريقة العلاج المتعدد الأبعاد غير كافيين لتحقيق العلاج الفعال. إذن فالعلاقة بين المعالج و المتعالج هي الأساس الذي تركز عليه استراتيجيات و أساليب العلاج ولهذا فالمعالج الخبير صاحب الطريقة المتعددة الأبعاد يأمل في تقديم الكثير من خلال تقييم و معالجة الأبعاد السبعة لشخصية المتعالج ساعيا إلى استغلال كل الطرق المتاحة.

إن العلاقة العلاجية حسب طريقة العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد هي علاقة مدرب ومنتدرب أو علاقة أستاذ وطالب وبهذا فهي تتعارض مع علاقة الطبيب والمريض، لذلك تفضل التغيير الذاتي على الاعتمادية. إذن فالأسلوب المعتاد هو أسلوب نشط موجه يقوم فيه المعالج بتوفير المعلومات واقتراح الاستراتيجيات وطرق التدخل الممكنة لمساعدة العميل على

تجاوز أو التعاطي مع مشكلات معينة. ولكن هذا يتوقف على طبيعة هذه المشكلات وكذا السمات الشخصية للعميل. إن أساليب المعالج و علاقاته الشخصية المرنة التي تلبى حاجات العميل تقلص احتمال الإنهاء المبكر للعلاج كما تساعد على تعزيز العلاقة العلاجية. وهذا ما يتيح له وضع خطة علاجية تتناسب مع كل عميل على حدة. فعلى سبيل المثال، تقول إحداهن "أريد شخصا يصغي إلي ويساعدني على تخطي مشكلة فقدان شريك حياتي"، في مثل هذه الحالة، قد يعتبر الأسلوب النشط المباشر دخيلاً أو حتى هجومياً. من جهة أخرى، يقول عميل بأنه يريد تقييم ملاحظات المعالج وآرائه عن المشكلة فإن اكتفى المعالج في هذه الحالة بعكس مشاعر العميل و أفكاره فقد يؤدي ذلك إلى إثارته. من العملاء من يفضل الأسلوب المتشدد و المباشر وبالتالي فالأسلوب الودي و المتساهل لا يفيد ولا يوصل إلى انفتاح العميل. لذلك، فمرونة الأسلوب العلاجي في العلاقات الشخصية للمعالج تعزز العلاج الفعال المتعدد الأبعاد. إذ أن المتوقع من المعالج أن يظهر الجوانب المختلفة لشخصيته لتعزيز العلاقة العلاجية ومساعدة العميل لتحقيق هدفه. يستعمل مصطلح "العلاجُ عَدُّ" لوصف عملية التركيز على أسلوب علاجي معين بناء على طلب العميل. (Stephen Palmer, 2000, p146)

4-7 خصائص المعالج في العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد:

- الاهتمام بسلوك المتعالج الراهن والحالي.
- أن يجعل من عملية العلاج رحلة ممتعة للمتعالج في اكتشاف ذاته ومساعدته على تنمية ذاته وخبراته
- ألا يتبنى المعالج أدواراً سلطوية للتأثير على المتعالج.
- تأسيس علاقة ايجابية مفتوحة تتضمن الحضور والتقبل والعناية وتنمية الثقة بنفس المتعالج وأنه مفهوم وله قيمته.
- لا يكون التدخل من قبل المعالج في شؤون حياة المتعالج إلا بالحد الأدنى لحماية صحته ورفاهيته .
- أن يكون مؤهلاً تأهيلاً كاملاً في المجال العلاج النفسي، وأن يكون عارفاً لطرق العلاج المختلفة بشكل جيد.

- يستخدم المنهج العلمي في القياس و تحليل المعلومات.
5-7 عوامل نجاح العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد: يرى مستخدمي هذه النظرية أن ما نقوم به كمعالجين يعتمد على عدة عوامل ، منها:

- مستوى المهارة التي يملكها المعالج.
- الشعور بالراحة أثناء العملية العلاجية.
- مستوى إدراك المعالج لذاته.
- مزاج المعالج.
- ضغط العمل وعوامل أخرى كثيرة . (سماح إبراهيم بدر أبو سيدو، 2007، ص 16)

VIII تقييم العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد:

1-8 مزايا العلاج: نتلخص أهم مزايا العلاج فيما يلي :

- يهدف إلى تحقيق أكبر فائدة علاجية بأي طريقة، فالمهم هنا بالنسبة للمعالج تحقيق أكبر فائدة للمتعالج بغض النظر عن الانتماء النظري لتقنية معينة أو أخرى، مادامت ستحقق الهدف المرجو من العلاج.
- يمثل الانفتاح العقلي دون تحيز أو جمود فكري، ففكرة التعصب لمبدأ أو فكرة أو توجه نظري معين في تفسير الاضطراب النفسي فكرة تبدو غير منطقية بل انه خطأ معرفي قد يقع فيه الباحث أو المعالج، فمن خصائص العلم الانفتاح على كل ما هو مفيد للبشرية.
- يجعل المعالج موضوعيا يحترم كل طرق العلاج النفسي وأساليبه، فلاشك أن لكل نظرية مواطن ضعف وقوة لهذا فان الاستفادة الحقيقية منها تكون بأخذ كل ما هو مفيد من كل نظرية وتجنب السلبيات في كل نظرية حتى تتحقق الفائدة المرجوة من العلاج النفسي .

- يمكن المعالج من تقديم خدمات علاجية بطريقة أكثر فعالية ، إذ أن المعالج هنا لا تقيده مبادئ نظرية ولا حدود فكرية فهو حر في اختيار الأنسب له و للمتعالج على حد سواء.
- يزيل الملل والروتين وتغني خبرات المعالج، فالمعالج الذي لا ينفك عن استخدام نفس التقنيات العلاجية مع كل حالة يصادفها لابد من يقع في الروتين، بل أكثر من ذلك فهو سيقع في خطأ إذ أن لكل حالة تقنية أو تقنيات مناسبة لها حسب طبيعة الحالة وطبيعة المشكل، لذا فان استخدام أنواع مختلفة ومتنوعة من التقنيات يبدو أكثر منطقية .

2-8 عيوب العلاج: وكما له محاسن فان له عيوب نذكر منها :

- الصعوبات التي تواجه المعالج في الإطلاع على جميع الطرق العلاجية، إذ لابد على المعالج أن يكون حريصا كل الحرص على الإطلاع الدوري على آخر مستجدات العلاج النفسي وتقنياته، وهذا الأمر يتطلب جهدا ووقتا كبيرين إلا أن الغاية تبرر هذا الجهد المضني. (وجاد حسين إبراهيم، 2007، ص34)
- وصفبأنه منهج يجمع شتاتاً متناثراً من الطرق العلاجية دون رابط منطقي منسق يحكمها.
- كما أن هذا المنهج لا ينطلق من منطلقات واضحة خاصة به قادرة على التفسير العلمي للمشكلات.
- والنقد الشديد الذي وجه إلى هذه الطريقة هو أن الإكلينيكي يجب أن يلم بكل شيء من الأساليب العلاجية المختلفة دون أن يتقن شيئاً . فمن الأفضل التدريب بعمق على منهج واحد بدلاً من تشتت المعرفة في كل اتجاه.
- ومن جانب آخر أن الإكلينيكي في ظل هذه الطريقة لا يمكن أن يكون كل شيء لكل الناس، وعليه أن يعرف ما يمكنه وما لا يمكنه القيام به.

ويرد أنصار هذا الاتجاه على النقاد السابقين بأن الطالب يتعين عليه قبل تخصصه أن يلم بكل شيء، ثم بعد ذلك تزداد كفاءته في الأساليب التي تثبت صدقها. فالإكلينيكي في ظل هذا المنهج لا يتعامل مع كل شيء من كل نظرية بل يأخذ منها ما ثبت صحته، وكلما زادت معرفته زادت كفاءته. وفي رأي هذه النظرية كما أشار بعض الباحثين أن الإكلينيكي المفرط في التخصص مثل كمان ذي وتر لا يستطيع إلا إعطاء نغمات محددة والإكلينيكي المدرب في عمق كل الطرق الملائمة الصادقة سوف يكون أكفأ من الإكلينيكي المدرب في عمق منهج واحد وقد يكون صادقاً أو غير صادق. (دلال بنت طاهر الخميس، 2007، ص 08).

رد على النقد :

- على الأخصائي النفسي أن يكون مطلعاً قدر الإمكان على أغلب التقنيات المعروفة إضافة إلى وجوب اطلاعه على كل ما هو جديد في هذا المجال طالما أنه اختار هذا المجال وطالما أنه يريد تقديم المساعدة الملائمة لكل من يقصده .

- على الرغم من أنه لا يمكن اعتبار العلاجات الانتقائية شكلاً علاجياً مقبولاً نظرياً، 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 أنه قد تم تحقيق نتائج ايجابية في العلاجات المعرفية السلوكية وظهر أن 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. (كلاوس غراوه، 1999، ص 206 - ص 207)

ويرى (لازاروس) أن العلاج السلوكي لا ينبغي أن يقتصر على نظرية التعلم فحسب بل عليه أن ينتقي أية فنية مشتقة من أي نسق علاجي لخدمة الموقف العلاجي (أبو عراد الشهري، 2008، ص لا يوجد)

يرى بعض علماء النفس أن على المعالج النفسي أن لا يتعصب إلى اتجاه معين في العلاج دون اتجاه آخر، بل عليه أن ينظر نظرة موضوعية تكون في صالح المريض، لذا يمكن للمعالج أن يجمع بين أكثر من اتجاه واحد في علاج الأمراض النفسية. (محمد خير الزراد 1988، ص 176)

- الغلو في الامبريقية بحيث لا يلتزم هو لاء بمبادئ نظرية معينة من شأنه أن يلقي بعض الغموض على النظرية.
- يغير سلوكيات ولا يغير مشاعر.
- يتجاهل أهمية عوامل الاتصال في العلاج ولا يقيم وزنا لمتغيرات العلاقة العلاجية.
- لا يزود المتعالج بالاستبصار.
- يتجاهل الأسباب التاريخية للسلوك الحاضر.
- يستخدم الضبط لسلوك المتعالج .

IX البرامج العلاجية:

9-1 تطور الاهتمام بالتخطيط في البرنامج الإرشادية والعلاجية :

عرض جونجسما و بيترسون (1996) تطور الاهتمام بالتخطيط العلاجي فذهبا إلى أن تخطيط العلاج يشكل جزءا أساسيا من نظم الرعاية الصحية بصفة عامة منذ بداية الستينيات ومن ضمنها الصحة العامة، والصحة النفسية، ورعاية الطفولة، ومكافحة الإدمان. فقد انتقل التخطيط الذي بدأ في القطاع الطبي في الستينيات إلى مجال الصحة النفسية في السبعينيات

بعد أن أخذت العيادات والمستشفيات النفسية وغيرها من المؤسسات تسعى لاعتمادها من قبل المنظمات المعنية، فأصبح لزاماً على من يمارسون العلاج القيام بتنمية مهاراتهم في توثيق المعلومات، وفي وضع الخطط العلاجية، وكان أغلب العاملين في مجال الصحة النفسية والإدمان يستعملون فيما مضى خططا علاجية بدائية وشبه موحدة لا تختلف من مريض لآخر إذ كانت أهدافها غير محددة المعالم، ولم تكن تحتوي على أهداف مرحلية، كما كانت التدخلات نفسها تطبق على كل المرضى. ولم تكن البيانات الخاصة بالحالة قابلة للقياس، الأمر الذي كان يحول دون تمكن المعالج والمريض من التأكد مما إذا كان العلاج قد انتهى أم لا .

وفي رأي (جونجسما) و(بيترسون) أن تخطيط للعلاج قد احتل مكانة أكبر بعد ظهور نظم الرعاية الموجهة Direct management في الثمانينيات، إذ تشترط تلك النظم انتقال الإكلينيكي بسرعة من تقويم المشكلة إلى شرحها ثم تنفيذ الخطة العلاجية، ويشترط في خطط العلاج أن تتناول المشاكل والتدخلات بصورة مفصلة، مع مراعاة الحاجات والأهداف الخاصة بكل مريض في الوقت نفسه، وذلك لتحديد المؤشرات التي نستعين بها في رصد تحسن الحالة .

وقد عرض (جونجسما) و(بيترسون) فوائد تخطيط العلاج ، في أنها تفيد المريض والمعالج في التركيز على المشكلة، ومعرفة أي تغيير هام يطرأ على المشكلة، أو على الهدف العام أو الأهداف المرحلية أو على التدخلات العلاجية، كما أنه ييسر للمعالج التركيز على الفتيات والتدخلات العلاجية. كما أن التخطيط يحمي المعالج من احتمال قيام بعض المرضى بمقاضاتهم بدعوى التقصير المهني. في هذه الحالة يكون الملف الخاص المدون فيه تفاصيل العلاج هو الدفاع ضد هذه الاتهامات، كما أن التخطيط العلاجي المكتوب يسمح لفريق العمل

وزملاء المهنة بالإطلاع عليه وإبداء الملاحظات، وأخيراً يساعد التخطيط العلاجي في معرفة التدخلات ذات الفعالية في تحقيق أهداف بعينها. (محمد أحمد إبراهيم سغان، 2005، ص 205-206)

9-2 تعريف البرنامج العلاجي:

البرنامج العلاجي هو مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة، التي تسير وفق تسلسل منطقي، بهدف تقديم خدمة علاجية فعالة للمريض، وتتحدد خطوات أي برنامج من خلال الإطار النظري للمدرسة العلاجية التي سوف يتبعها المعالج.

يعرف البرنامج العلاجي كما يشير حامد زهران 1998 بأنه: برنامج مخطط منظم في ضوء أسس عملية لتقديم الخدمات المباشرة وغير المباشرة فردياً وجماعياً لجميع من يحتاج إلى المساعدة بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو.

مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة التي تستند في أسسها على نظريات العلاج النفسي وفنياته ومبادئه (الجانب العلمي)، وتتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والمهارات والأنشطة المختلفة التي تقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة، بهدف مساعدة الأفراد على تعديل سلوكياتهم وإكسابهم سلوكيات ومهارات جديدة تؤدي بهم إلى تحقيق التوافق النفسي وتساعدهم في التغلب على مشكلاتهم الحياتية"

مزيج من الأهداف الخاصة والإستراتيجية الموجهة لتحقيق هذه الأهداف والتصميم البحثي الملائم ومحتوى البرنامج والإجراءات التنظيمية وتنفيذ البرنامج وتقييمه والتنسيق بين كل ما سبق" (محمد أحمد إبراهيم سغان، 2005، ص 202)

من خلال التعريفات الواردة نستطيع القول أن البرنامج العلاجي الجيد يجب أن يضم النقاط التالية :

- لكل برنامج علاجي أهداف يسعى إلى تحقيقها (إما تغيير سلوكيات غير مرغوبة أو اكتساب مهارات جديدة أو تعديل في بناء الشخصية ككل).
- التنظيم والتخطيط :أي أن يعد مسبقا .
- الأسس العلمية والنظرية.
- مجموعة من الخدمات: يجب أن يقدم مجموعة من الخدمات إلى الفئة المستهدفة تتسجم ومتطلباتها العمرية و النمائية الخاصة بها وتتسجم وطبيعة المشكلات التي تعاني منها هذه الفئة .
- يقدم بطرق مباشرة أو غير مباشرة.
- تقدم خلال فترة زمنية محددة: بحيث يجب وضع فترة البرنامج مسبقا بقصد التحكم.

9-3 الأسس التي يقوم عليها تصميم البرنامج العلاجي: عند تصميم وبناء البرنامج العلاجي لابد وأن يؤخذ في الحسبان الاعتبارات التالية وذلك لضمان ونجاح فاعلية البرنامج العلاجي وهي :

- 1- العمر الزمني للأفراد المشاركين في البرنامج والخصائص النمائية للمرحلة التي يمرون بها حيث أن البرنامج العلاجي الذي يصلح تطبيقه على الأطفال لا يمكن استخدامه مع المراهقين أو الراشدين، وذلك لاختلاف خصائص النمو لكل مرحلة نمائية عن الأخرى .
- 2- ضرورة مراعاة مطالب النمو تبعا للمرحلة التي يمر بها الأفراد المشاركين في البرنامج حيث أن كل مرحلة من مرحلة النمو المختلفة مهام ومطالب تميزها عن غيرها .

3-مراعاة الفروق بين الجنسين.

4-نوع وطبيعة المشكلة التي يعاني منها المشاركين في البرنامج .

5-أن يكون البرنامج واقعيا وفي حدود الإمكانيات المتاحة والممكنة.(طه عبد العظيم

حسين،2008، ص 283)

4-9 **خصائص البرنامج العلاجي الجيد:** يتميز البرنامج الجيد بمجموعة من الخصائص:

9-4-1 الوضوح : في ما يتضمنه البرنامج من تفاصيل، لابد وأن يكون واضحا من حيث الصياغة ، وآليات التنفيذ .

9-4-2 التحديد : ونعني به تحديد الهدف العام من البرنامج بكل دقة ، تحديدا إجرائيا ، حتى يمكن للمعالج قياس مدى نجاح التدخلات التي تمت مع الحالة . يتضمن التحديد أيضا الفترة الزمنية المتوقعة للبرنامج ، حيث يُقِيمُ المعالج من خلال الجلسة التمهيديّة المدة المتطلّبة للحصول على نتائج إيجابية مع الحالة المحددة . صياغة الأهداف العلاجية لكل جلسة بوضوح وبطريقة إجرائية، تحديد التدخلات العلاجية المناسبة لطبيعة الحالة ، وشرح آليات استخدامها .

تحديد الأسلوب المتبع في قياس التحسن لدى المريض.(خالد عبد الوهاب،2009)

9-5 تقييم البرنامج العلاجي: يقصد بالتقييم تقدير قيمة الشيء أو إصدار حكم على شيء، وتقييم البرنامج العلاجي يقصد به إصدار حكم بشأن مدى فعالية البرنامج العلاجي للاستمرار في تنفيذه أو إجراء تعديلات عليه بهدف تحسينه ورفع كفاءته، ولذلك نسعى عند تقييم البرنامج العلاجي إلى تحديد سلبيات وإيجابيات البرنامج العلاجي، وقياس مدى تحقيقه للأهداف التي تم التخطيط لها والعائد لها، والعائد الناتج منه ولكي يتم تحسين وتطوير البرنامج العلاجي من خلال تقويمه يشترط أن يكون البرنامج مرنا يسمح بإجراء التعديلات في جوانبه المختلفة.(محمد أحمد إبراهيم سغان،2005،ص 247-248).

و للتحقق من مدى فعالية البرامج العلاجية التي تستخدم من المشاكل النفسية المختلفة لابد من إتباع طرق تقييميه للوصول إلى نتائج سليمة ، ويمكن الاستفادة منها في الحياة العملية، ولذلك لابد من التطرق بشيء من الإيجاز والتوضيح عن مفهوم عملية التقييم في العلاج .

فالتقييم هو عملية تحديد كفاءة وفعالية برنامج ما بالمقارنة ببرامج مماثلة وبالرجوع للأهداف المحددة له، وتتناول هذه العملية المدخلات (Inputs) والعمليات (processes) والمخرجات (Outcomes) .

كما يعرف على أنه : تحديد مدى بلوغها للأهداف التي تسعى إلى تحقيقها ، وهو وسيلتنا للحكم على ما يقدم من أنشطة وخدمات .

و أنه معرفة مدى صلاحية البرامج المقدمة وكشف نواحي القوة والضعف فيها بقصد تطويرها وتحسينها . (وإجاد حسين إبراهيم العجوري، 2007، ص42)

يعرفه (رايكين) Riecken 1953 التقييم Evaluation بأنه: قياس النتائج المرغوبة وغير المرغوبة، لإجراء هدف به إحراز هدف ما يعطيه القائم بالإجراء قيمة. ونعني بالإجراءات المحاولة الواعية لتغيير شيء ما حول فرد آخر أو جماعة "

و الهدف من عملية التقييم هو الوصول إلى تقدير عملية العلاج النفسي أكثر من مجرد تقييم كفي لما يحدث من تغيير نتيجة لها .

ويشترك المعالج النفسي والمريض في تقييم عملية العلاج النفسي، ويتضمن ذلك ظروف عملية العلاج وإجراءاتها وجهود كل من المعالج والمريض .

وهناك طرق ووسائل عديدة لتقييم عملية العلاج منها :

- التقارير الذاتية.
- قوائم المراجعة.

- مقاييس التقدير .

- اختبارات التشخيص النفسي وشبكات ملاحظة السلوك .

أما (بروفس) (Provus, 1969) فقد عرف تقويم البرامج في صورة علاقة بين المستهدف من البرنامج والإنجاز الفعلي فيه، فيقول: إن الغرض من تقويم البرامج هو تحديد ما إذا كنا نعدل أو نبقي أو ننهي برنامجاً ما، والتقويم هو عملية:

أ- الاتفاق على معيار للبرنامج.

ب- تحديد ما إذا كان هناك اختلاف بين جانب ما من جوانب البرنامج وبين المعيار الذي يحكم هذا الجانب من البرنامج.

ج- استخدام المعلومات الخاصة بهذا الاختلاف "الفجوة" لتحديد نقاط الضعف في البرنامج.
(محمد محروس الشناوي، 1996، ص475)

أهمية التقييم في العلاج النفسي: تتلخص أهمية التقييم في العلاج النفسي فيما يلي :

- الكشف عن مدى فعالية ونجاح العملية العلاجية في تحقيق أهدافها.

- تقرير مدى فعالية طريقة العلاج المستخدمة أو أفضلية طريقة علاجية على الطرق الأخرى .

- دراسة مدى نمو شخصية المتعالج، ومدى التغيير الذي يطرأ على حالته ومدى توافقه النفسي وتمتعته بالصحة النفسية .

أبعاد التقييم في العلاج النفسي: لتقييم البرنامج العلاجي يجب الأخذ بعين الاعتبار الأبعاد التالية:

تقييم العملية : يصف ويقيم مواد البرنامج ونشاطاته، ويزودنا بمعلومات عن الوسائل التي تستخدم لتحقيق الأهداف ، بمعنى آخر : يزودنا بمعلومات عن كل الجوانب التي تؤدي إلى نتائج العلاج سواء كانت عوامل علاجية أو غير علاجية .

تقييم النتائج : يعتمد على تقييم انجازات البرنامج وتأثيره ، ويركز تقييم النتائج على الآثار الآنية والمباشرة للبرنامج على المشاركين . وتفيد البيانات التي تجمع في تقييم نتائج العلاج كلا من المعالج و المتعالج ، فهي تعمل كوصلة معلومات تساعد على تثبيت أو إعادة تثبيت أو إعادة تحديد مجال المشكلة الذي تم اختياره ، وكذلك الأهداف المحددة كما أنها تساعد المعالج على اختيار واستخدام الإستراتيجيات التي من المتوقع أن تساعد المتعالج. والفائدة الأولى التي نحققها من تقييم النتائج هو للحصول على معلومات حول الدرجة التي تحققت بها أهداف العملية العلاجية. (وجاد حسين إبراهيم، 2007، ص43)

تقييم آثار البرنامج : تتخطى آثار البرنامج النتائج الآنية للخدمات التي يقدمها البرنامج، ليحدد الآثار بعيدة المدى والآثار غير المقصودة للبرنامج .

متغيرات التقييم في العلاج النفسي: متغيرات التقييم في العلاج يجب أن تشمل كلا من :

- المعالج وخبرته واتجاهاته ومهاراته وأخلاقياته وشخصيته ... وغير ذلك .
- المتعالج ومدى إقباله واستبصاره وتكامل شخصيته .
- المشكلة (أو الاضطراب) نوعها ، ومدتها وحدتها .
- ظروف العمل العلاجي مثل الزمان والمكان وتوافر المعلومات والوسائل.
- طريقة العلاج ومدى كفاءتها وتمرس المعالج في استخدامها .

أهداف التقييم في العلاج النفسي: للتقييم في العلاج النفسي العديد من الأهداف مثل :

- تحقيق التوافق العام والصحة النفسية .

- نقص المشكلات الشخصية والمشكلات الانفعالية وزيادة التوافق الشخصي.
- تحسن الاتجاهات والسلوك والشعور بالأمن و الاستقرار .
- شعور العملاء بالرضا عن البرنامج وعن عملية العلاج بصفة عامة حيث يشملهم جميعا ويقدم الخدمات بكفاءة ونجاح .
- زيادة استخدام خدمات العلاج النفسي وزيادة الإقبال التلقائي عليها.

(وجاد حسين إبراهيم العجوري، 2007، ص42)

الإنهاء: عندما يتم تقييم عملية العلاج في ضوء أهدافها ونتائجها وعندما يتم التأكد من نجاحها، وشفاء المريض يجب إنهاء العملية العلاجية .
(إجلال محمد سرى، 2000، ص89)

6-9 التحكيم على البرنامج: ينبغي عرض البرنامج في صورته الأولية قبل استخدامه على مجموعة من المحكمين في مجال الصحة النفسية، وذلك بهدف التأكد من مدى صلاحية البنود والمواقف التي يتكون منها البرنامج والسيناريوهات التي تقدم لأفراد العينة التجريبية المشاركين في البرنامج، والأکید من مدى كفاءته في تحقيق الهدف منه وإمكانية تنفيذه وتجريبه على عينة صغيرة لإجراء التعديلات وإعداد الصورة النهائية للبرنامج . (طه عبد العظيم حسين، 2008، ص 287)

7-9 أهمية تصميم برامج علاجية: تتحدد أهمية تصميم البرنامج العلاجي في مجموعة من النقاط الأساسية هي :

- إعطاء صورة شاملة للمعالج عن الخطوات التي سوف يتبعها خلال مراحل العمل مع الحالة .
- ترتيب التدخلات العلاجية وفق تصور منطقي لأهمية تقديم كل تدخل في وقت معين من مراحل تطور الحالة .

- تحديد المهام المطلوبة من المعالج في كل جلسة ، وآليات تنفيذها .
- مساعدة المريض على الاقتناع بأهمية الجلسات التي تقدم له نظرا لارتباطها فيما بينها. (أبو عيطة سهام محمد، 1998، ص231)
- 8-9 قضايا أخلاقية مرتبطة بالبرنامج العلاجي:** نشير في هذا الجانب إلى أهم القضايا الأخلاقية التي يجب الالتزام بها عند اختيار البرنامج وتنفيذه وتقييمه والقضايا هي كالتالي:
- إعلان المتعالجين والمشاركين في البرنامج بأهداف البرنامج وإجراءاته وأدوارهم أثناء تنفيذه .
- تحديد الفوائد من البرنامج على المدى القصير وال المدى الطويل .
- الالتزام برغبات المتعالجين فيما إذا كان لديهم استعداد للإفصاح عن بياناتهم الخاصة (الاسم ، العمر الزمني ، جهة العمل ...الخ) و الاتفاق على الطريقة التي تدون بها المعلومات مثل التقارير المكتوبة ، شرائط تسجيل الخ، ويجب أن يكون معلوماً متى تستخدم هذه الوسائل؟ وفي أي مكان يتم حفظها ؟ وما مصيرها بعد انتهاء البرنامج ؟
- الالتزام بخصوصية وسرية المعلومات التي يعطيها المتعالجون أثناء الجلسات العلاجية (في العلاج الفردي و الجماعي) لأن القاعدة هنا أن الناس أكثر أهمية من البيانات والمعلومات .
- الحصول على موافقة المترك في مشروع البرنامج من المتعالج نفسه أو من القائمين على تربيته أو من جهة عمله، ويفضل أن تكون الموافقة مكتوبة (محمد أحمد إبراهيم، 2005، سعفان ص 204)

خلاصة:

ليس بالضرورة اعتناق مبادئ توجه نظري معين حتى يستطيع المعالج استخدام التقنيات العلاجية لهذا التوجه النظري أو ذلك، فالأمر الأهم بالنسبة للمعالجين بالعلاج المتعدد الأبعاد هو مشكلات مرضاهم بالدرجة الأولى، لذا فإنهم لا يتحملون عناء التقيد بمبادئ نظرية ما، لكي يستطيعوا استخدام تقنيات هذه الأخيرة، إن المعالج الانتقائي النموذجي يختار طرقه ونظرياته وتقنياته العلاجية وفق قاعدة فهو يستخدم كل ما يبدو له منطقي ومفيد استخدامه .

فعلى المعالج أن يتعامل مع طيف واسع من الشخصيات والمشكلات، لذا عليه أن يكون مرنا في استخدام التقنيات التي تتلاءم مع الشخصيات باختلاف أنواعها ومع المشكلات المختلفة كذلك، لذا فإن العلاج الانتقائي متعدد الأبعاد يوفر هذه المرونة المطلوبة.

الفصل الرابع:الاكتئاب النفسي

تمهيد

I	لمحة تاريخية عن الاكتئاب
II	تعريف الاكتئاب
III	أعراض الاكتئاب
IV	تشخيص الاكتئاب
V	تصنيف الاكتئاب
VI	أسباب الاكتئاب
VII	النماذج المفسرة للاكتئاب
VIII	الاكتئاب وعلاقته بمتغيرات الدراسة
IX	الاكتئاب في مرحلة المراهقة
X	علاج الاكتئاب
	خلاصة الفصل

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات الوجدانية انتشارا فقد أحصت منظمة الصحة العالمية ما يزيد عن 350 مليون حالة مشخصة بالاكتئاب عام 2012 وبالرغم من عدم وجود إحصاءات دقيقة بشأن انتشار هذا الاضطراب في الجزائر، إلا أن الملاحظ في العيادات والمستشفيات العقلية، بل وفي كل الأماكن انتشار هذا الاضطراب لدى كل الفئات العمرية بل انه أصبح المتسبب في بعض الاضطرابات العضوية والانحرافات السلوكية، ويرجع هذا إلى العديد من الأسباب والعوامل، الاجتماعية منها الاقتصادية، وحتى السياسية. فلا يخفى على أحد ما مرت به الجزائر من أزمات كادت تعصف بالأخضر واليابس. وبالرغم من أن الكثير من هذه الأزمات قد مرت إلا أن نتائجها و إقراضاتها و آثارها لازلتا نلمسها في كل جيل.

المحة تاريخية :

عرف مرض الاكتئاب منذ فجر التاريخ وذكرت أعراضه في كتابات المصريين القدماء والإغريق والبابليين وعند العرب (ابن سينا) وفي ألوان الشخصيات المكتوبة التي وردت في مسرحيات شكسبير وأخيرا في قصص القرنين الثامن عشر والتاسع عشر وأما الأبحاث التي تناولت هذا الاضطراب فيعود عهدها إلى القرنين الماضيين .

ميز أبقراط في العصور القديمة ما لا يقل عن ستة أنواع من مرض الميلانخوليا (الاكتئاب) غير أن الصورة الإكلينيكية التي أعطاها لبعض هذه الأنواع يمكن أن تنطبق في ضوء الطب العقلي الحديث على زهان الاضطهاد وذهان الفصام و العصاب وفي القرن الأول الميلادي وصف (إريثايوس) هذا المرض غير أن بعض أوصافه إذا محصت لا تنطبق على مرض الاكتئاب كما هو معروف حاليا، واستمر الخلط حول طبيعته و أسبابه وعلاجه على مر العصور . (محمد جاسم العبيدي، 2009، ص382)

كما ورد مصطلح الاكتئاب في نصوص الحضارات القديمة، فقد ميزه قدماء الإغريق كاضطراب في المزاج ونسبوه إلى زيادة السوداء في جسم المكتئب، وكلمة سوداء Melancholy مشتقة من الكلمة الإغريقية أسود melan و صفراء cholial وكذلك في النصوص الإنكليزية القديمة

حيث تشير كلمة Melancholia إلى السوداء وهي الكلمة التي استخدمت طوال عدة قرون لوصف اضطرابات المزاج.

أما أولى الأوصاف الطبية للاكتئاب فتعود إلى (أبقراط) (القرن الرابع قبل الميلاد) بتحديدته الأسباب والعلاج ، فقد وصف الاكتئاب النفسي وصفا لا يختلف عن الوصف الحالي له، مؤكداً العلاقة المتبادلة بين الجسم والعقل، حيث رأى أن المرض الفعلي ينجم عن أسباب طبيعية وليس عن أسباب فوق طبيعية، وأن السوداء هي حصيلة ثانوية لفائض الصفراء في الطحال، كما توصل إلى أن المخ هو مركز الإحساس وليس القلب، لذلك أوصى (أبقراط) لتخطي الاكتئاب بإعادة التوازن إلى أجهزة الجسم باستعمال الاسترخاء واستراتيجيات العيش الصحي، وهو بذلك كان ذا نظرة شاملة في الطب العضوي والنفسي.

قام الأطباء الرومان بعد ذلك بوصف بعض الأمراض من بينها الاكتئاب ، وتم تصنيفه إلى نوع خارجي ونوع داخلي مثل بعض التصنيفات الحديثة له اليوم.

أما عند المسلمين فقد ذكر الرازي (1939م) أن المسلمين الأوائل عرفوا الاكتئاب وأطلقوا عليه مسميات عديدة فمنهم من أطلق عليه الهم والوجد ومنهم من أطلق عليه المالنخوليا كما ذكر بأن كثرة التفكير والأعمال الذهنية تجلي المالنخوليا وتؤدي إلى إصابة الإنسان بالحمى والهزال العام.

وفي القرن الرابع عشر الميلادي تم إنشاء أول مستشفى "بيمارستان" حمل اسم "قلاوون" في القاهرة وتم تخصيص مكان في هذا المستشفى لعلاج المرضى العقليين بطريقة آمنة للمرة الأولى وبعد أن ظل التفكير في أن المرض النفسي هو نتيجة للسحر ومس الجن والأرواح الشريرة سائدا لوقت طويل بدأ التفكير العلمي في علاج هذه الأمراض بصورة تشبه علاج الأمراض العضوية الأخرى.

وبعد مرور مئات السنين حدث تطور في أوروبا وأمريكا شمل وسائل العلاج بصفة عامة وعلاج الأمراض النفسية على وجه الخصوص حيث ظهرت فكرة المصحات العقلية والمستشفيات المفتوحة كبديل للأماكن المغلقة التي تشبه السجون والتي كان

يوضع بها المرضى النفسيين ثم ظهرت فكرة المستشفيات النهارية التي يمضي المريض بها وقته أثناء النهار حيث يتناول الطعام والعلاج ثم يعود إلى منزله ليلاً كذلك بدأت فكرة المستعمرات المتسعة التي يعيش بها المرضى وسط الأسوياء وإلحاق بعض المرضى ليعيشوا مع بعض الأسر التي تقبل القيام برعايتهم وتقديم لهم المعونة للتعامل مع مرضهم والتغلب على التهم المرضية.

وفي بداية القرن الماضي أثمر التفكير العلمي في الأمراض النفسية بصفة عامة عن ظهور النظريات الحديثة التي تحاول تفسير أسباب الأمراض النفسية ووصف علاماتها وتم للمرة الأولى تصنيف الأمراض النفسية بأسلوب علمي يخضع للمراجعة المستمرة وكان العالم "كربلن" أول من فصل بين حالات الاكتئاب والهوس ووصف مرض الفصام ثم جاء العالم فرويد عام 1856م - 1936م بنظريته التي أحدثت ثورة كبيرة في مفاهيم الأمراض النفسية تقوم نظرية فرويد على أن الاكتئاب يحدث نتيجة مباشرة لفقد شيء هام بالنسبة للفرد ونتيجة للضغوط والعوامل المحيطة به. (الاكتئاب النفسي عند المراهقين، 2009)

II تعريف الاكتئاب :

2-1 لغة: الكأب والكآبة: الغم وسوء الحال والانكسار من الحزن .

كأب واكتأب فهو كأب وكأيب ومكتأب .

وأكأب: حزن ووقع في هلكة .

و الكأباء: الحزن وما به كؤبة كهمة توبة ورماد مكتأب: ضارب إلى السواد.

و أكأبه: أحزنه (مجد الدين محمد بن يعقوب الفيروزآبادي، 2005، ص68)

2-2 اصطلاحاً: تعددت تعريفات الاكتئاب فبالرغم من أن مصطلح الاكتئاب يبدو مألوفاً لدى

معظم الناس إلا أنه ظل يفتقر إلى تعريف دقيق لفترة طويلة نظراً لأعراضه وأنواعه المختلفة

وللاكتئاب تعريفات عديدة تختلف باختلاف العلماء وتوجهاتهم النظرية.

عرفه نوربير سيلامي في موسوعته على أنه "حالة عقلية مرضية دائمة على وجه التقريب تتميز بنقص في التوتر العضلي". (نوربير سيلامي، 2001، ص 274)

عرفه إيدلبرج **Eidberg** (1968) بأنه "مرض عصابي يتميز بنقص الاهتمام بالعالم الخارجي وزيادة العدوان تجاه الذات والنقد الذاتي ومشاعر الذنب والعقاب الذاتي واتهام الذات وكل ذلك يتعلق بفقدان موضوع ما لدى الشخص المكتئب".

ويعرفه وولمان **Wollman** (1974) بأنه "الإحساس بمشاعر العجز واليأس والنقص والحزن ولعل هذه الأعراض يمكن أن تعبر عن اضطرابات عديدة وعامة يمكن لهذه المشاعر أن تحدث أيضا لدى الأفراد الأسوياء".

ويعرف مصطفى زيور (1975) الاكتئاب بأنه "حالة من الألم النفسي يصل إلى الميلانخوليا و إلى ضرب من جحيم العذاب مصحوبا بالإحساس بالذنب شعوريا وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها، ونقصان في النشاط العقلي والحركي و الحشوي".

ويعرف حامد زهران (1978) الاكتئاب بأنه "عبارة عن حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه".

ويعرف ستات **Statt** (1982) بأنه "واحد من المظاهر أو الأشكال العامة للاضطراب الانفعالي الذي قد تختلف شدته من مجرد أزمت الحياة اليومية إلى الحالة العقلية لليأس التام، وهو يتصف بالقلق و الكآبة وانخفاض النشاط العام".

يعرف كمال دسوقي (1988) الاكتئاب بأنه "اتجاه انفعالي باثولوجي ينطوي على شعور بعدم الكفاية وبفقدان الأمل، وفي بعض الأحيان يكون ساحقا و يصحبه عموما انخفاض النشاط الجسمي النفسي، السوداء (الميلانخوليا) والتكدر و الاغتمام".

ويرى فرج طه و آخرون (1993) الاكتئاب بأنه "حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحا في الجانب الانفعالي لشخصية المريض، حيث يتميز بالحزن الشديد و اليأس من الحياة ووخز الضمير".

يعرف (أنجرم، 1994) الاكتئاب بأنه اضطراب مزاجي أو وجداني ، ويتسم ذلك الاضطرابات بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى"

من التعريفات القاموسية للاكتئاب التعريف الذي وضعه "بتروفسكي و ياروشفسكي"(1996) حيث أوردا ما نصه" في علم النفس يعرف الاكتئاب عامة بأنه حالة إنفعالية تتسم بالاعتمادية وتتميز بمواقف انفعالية سلبية وتغير في مجال الدوافع والانطباعات المعرفية، وبالسلوك السلبي عموما، ويمر الشخص المصاب بالاكتئاب بانفعالات مؤلمة وحزن عميق وقلق ويأس، ونقل الحوافز والدوافع والنشاط الإرادي إلى حد كبير، وتتميز حالة الاكتئاب بلوم النفس على حدوث كوارث متعددة في حياة الشخص ذاته و أقربائه، ويصاحبه شعور المرء بالذنب بالنسبة للأحداث السابقة و إدراكه لعجزه عن التعامل مع الواقع، وفقد الثقة في المستقبل"(زيزي السيد إبراهيم،2006،ص26)

ويعرف مدحت عبد الحميد (2001) الاكتئاب " بأنه اضطراب وجداني متعدد الأوجه فقد يشير إلى حالة أو سمة ،أو عرض أو زملة أعراض، وقد يكون عصابا أو ذهانا، أو اضطرابا في الشخصية والمزاج، وهو في كل هذا درجة من الشعور بالألم النفسي ينتج عن انخفاض نسبي في المستوى العام لنشاطات المرء ويتراوح مداه من الشعور بالحزن إلى الشروع بالانتحار" (طه عبد العظيم حسين،2007،ص47)

ويعرفه أحمد عكاشة بأنه" مرض يتضمن الأفكار السوداوية، والتردد الشديد، وفقدان الشهية للطعام، والشعور بالآثم، والتقليل من قيمة الذات، وعدم القدرة على اتخاذ القرار، والمبالغة في الأمور التافهة، والأرق الشديد، والشعور بأوهام مرضية والمعاناة من بعض الأفكار الانتحارية".

ويرى **روكلين** " أن الاكتئاب هو حالة مزاجية تتسم بإحساس بعدم القيمة، والشعور بالكآبة والحزن، ونقص النشاط وتتضمن الاضطرابات طيفا من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والمدة والشدة" (أسامة فاروق مصطفى، 2011، ص 250)

يعرفه **سيلجمان** بأنه " مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف، عندما تكون تبعية اليأس منسوبة إلى علل شخصية و في هذا السياق فإن الأمل يكون مفهوماً كوظيفة لإدراك مدى احتمال حدوث النجاح في صلته بتحقيق الهدف "ونلاحظ هنا أن الأساس في نظريته هو عدم تمكن الفرد من السيطرة على الأحداث والنتائج، وفي أن الاستجابات لا يمكن أن تكون ناجحة، وبالتالي فالإكتابي قد تعلم العجز.

و يضيف **أبرامسون وآخرون** على تعريف **سيلجمان** "أن الضعف الناتج عن العجز المتعلم لا يعتمد فقط على توقع عدم القدرة على التحكم في المثيرات المكروهة وغير المضبوطة، إنما يعتمد أيضاً على المسببات التي تجعل الفرد يفسر فشله الذي حدث بالفعل".

أما **بيتروفسكي** فيعرف الاكتئاب " بأنه حالة من القنوط واليأس و انقطاع الأمل والخوف يصاحبها اتجاهات سلبية، وتغييرات في محيط الدافعية أو في القوى الدافعة المحركة للإنسان وفي الانطباعات المعرفية وبشكل عام في السلوك السلبي، والفرد في حالة الاكتئاب يخبر بعض الانفعالات ، منها الحزن أو الميلانخوليا والقلق أو الحصر واليأس.

و يذكر **حامد زهران** في كتابه الصحة النفسية أن الاكتئاب " حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه".

و يعرف **فاخر عاقل** الاكتئاب بأنه " حالة انفعالية تكون فيها الفاعلية النفسية والجسدية منخفضة وغير سارة. وقد تكون سوية أو مرضية، وتشير المرضية منها إلى اليأس والشعور الساحق بالعجز والتفاهة".

تعريف أحمد عبد الخالق للاكتئاب بأنه "حالة انفعالية عابرة أو دائمة تتصف بمشاعر الانقباض والحزن والضيق، وتشيع فيها مشاعر كالهيم والغم والشؤم والقنوط والجزع واليأس والعجز. وتترافق هذه الحالة مع أعراض تمس الجوانب الانفعالية والمعرفية والسلوكية والجسمية، تتمثل في نقص الدافعية وعدم القدرة على الاستمتاع وفقدان الوزن وضعف التركيز ونقص الكفاءة والأفكار الانتحارية".

أما الحنفى فيعرف الاكتئاب من خلال أعراضه " بأنه صعوبة في التفكير، واكتئاب يصيب النفس، وكساد في القوى الحيوية والحركية، وهبوط في النشاط الوظيفي ، وقد يكون له أعراض أخرى كتوهم المرض، وأوهام اتهام الذات ، وتوهم الاضطهاد، والهلوسة، والاستئثار". ويعرف النابلسي الاكتئاب بأنه "اختلال في التوازن النفسي الذي يصيب بالدرجة الأولى مزاج الشخص ومثالياته، معرضا إياه للألم والشقاء المعنويين".

تعريف أرون بيك "استجابة لا تكيفية مبالغ فيها و تتم بوصفها نتيجة منطقية لمجموعة التصورات أو الإدراكات السلبية للذات أو للموقف الخارجي أو للمستقبل أو للعناصر الثلاثة مجتمعة".

تعريف الطب السيكاتري: يعرف الاكتئاب في الطب العقلي بأنه حالات مرضية ترتكز أساسا على نوعين من الافتراض من جهة حدوث تغيير في المزاج المتمثل في التشاؤم، الشعور بعدم القدرة، الاحتقار وتآنيب الذات ومن جهة أخرى نجد تباطؤ في النشاط العام في السلوكات النفسية الحركية وفي الوظائف العقلية. (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص 309)

تعريف موسوعة علم النفس والتحليل النفسي (1993) يعرف الاكتئاب على أنه "حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر وضوحا في الجانب الانفعالي في شخصية المريض ، إذ تتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة ووخز الضمير. (موسوعة علم النفس والتحليل النفسي)

تعريف الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM4): " مزاج كدر أو فقدان للاهتمام والمتعة في معظم أو كل الأنشطة المعتادة وتشمل على فقدان الشهية للطعام، تغيير في الوزن، الشعور بالذنب، صعوبة التركيز، أفكار حول الموت والانتحار أو محاولات

انتحارية والشخص الذي يعاني من الزملة الاكتئابية Depressive Syndrome سوف يصف مزاجه بأنه مكتئب، حزين، يائس، حائر، هابط أو ما شابه ذلك من الصفات". (طه عبد العظيم حسين، 2007، ص، 47)

نلاحظ من التعريفات السابقة أنها تعتمد في تعريفها للاكتئاب على وصفه بمجموعة من الأعراض المرضية التي يمكن التعرف عليه من خلالها كاشتراكها في المزاج السيئ والضعف الحركي والنفسي والمعرفي، فالإكتئاب هو اضطراب وجداني يغلب عليه الإحساس بمشاعر الألم والحزن والقنوط مع هبوط في النشاط العام للفرد ، كذلك يصحبه انخفاض في تقدير الذات والشعور بالعجز ومشاعر الذنب إضافة إلى فقدان الشهية و انخفاض التنبيه الجنسي.

وتعرفه الباحثة على أنه :

اضطراب لفعالي يمس الجانب الوجداني للفرد يتميز بمجموعة من الأعراض الانفعالية الفكرية الجسمية والاجتماعية التي تعيق الفرد عن أداء واجباته اليومية بشكل معتاد.

||| أعراض الاكتئاب:

يعد العرض تعبيراً عن الاضطراب وعلامة من علامات المرض النفسي، حيث أن الاضطرابات النفسية تقسم وتصنف حسب مجموعة الأعراض التي تميزها، بالرغم من أنه من النادر أن تجتمع كل الأعراض المميزة لاضطراب نفسي معين في شخص واحد، و للأعراض دور ووظيفة حيث تعمل على صيانة قيمة وتقدير الذات كما أنها تعبر عن المشكلات التي يعانيها المريض وكيفية مواجهته لها ، والأعراض متداخلة و تصنيفها ما هو إلا محاولة لدراستها. و من أجل المساعدة في توضيح مفهوم الاكتئاب وافق الباحثون بصفة عامة على مجموعة من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب، فالإكتئاب يعبر عن مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء الزملة الاكتئابية Depressive Syndrome

وتقسم أعراض الاكتئاب على العموم إلى أربع فئات أساسية هي:

الأعراض المزاجية: وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للإضرابات الوجدانية، مثل حدوث مزاج حزين معظم اليوم، تقريبا كل يوم لمدة أسبوع على الأقل.

الأعراض الدافعية: وتتمثل في الأشكال السلوكية التي تشير إلى التوجه نحو الهدف فالأفراد المكتئبون غالبا ما يعانون قصورا في هذا المجال، وقد يخبر البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل.

الأعراض البدنية: وتشير إلى التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب، وتشمل تغييرات في الأنماط النوم والشهية، والاهتمام الجنسي.

الأعراض المعرفية: وتشير إلى عدم قدرة الأفراد على التركيز دائما، واتخاذ القرارات، وكيفية تقويمهم لأنفسهم. (أسامة فاروق مصطفى، 2011، ص356)

أعراض الاكتئاب وفقا للتشخيص الإحصائي الرابع DSM-IV:

- 1- وجدان مكتئب طوال معظم ساعات اليوم.
- 2- انخفاض ملحوظ في الاهتمامات والشعور باللذة في كافة الأنشطة أو معظمها في أغلب الأيام.
- 3- انخفاض ملحوظ في الوزن بصورة كبيرة رغم إتباعه نظام غذائي خاص، أو حدوث ازدياد في الوزن على أن يتجاوز الزيادة بنسبة 5% من وزن الجسم في الشهر الواحد.
- 4- الأرق أو إفراط النوم.
- 5- البطء الحركي أو الإفراط الحركي يوميا وعلى وجه التقريب.

- 6- سرعة الشعور بالإجهاد، وضعف النشاط اليومي.
- 7- الشعور بالدونية، أو فرط الشعور بالذنب دون مبرر كاف، ضعف القدرة التركيز والتفكير، ووجود صعوبات في اتخاذ قرارات يومية.
- 8- كثرة الأفكار المرتبطة بالموت وما بعده، ووجود أفكار انتحارية متكررة، دون خطة محددة أو محاولة الانتحار، أو التخطيط للانتحار.

ملاحظة:

أ- لكي نشخص نوبة الاكتئاب لا بد من توفر خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض السابقة.

ب- أن يعاني الشخص من هذه الأعراض لمدة أسبوعين متصلين.

ت- أن نلاحظ وجود تغيرات في قدرة المريض.

د- يشترط أن تؤدي الأعراض إلى معاناة ظاهرة، أو تعطل في الوظائف الاجتماعية أو غيرها من المجالات المهمة الأخرى.

هـ - يشترط أن لا تكون الأعراض نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة مخدرة أو دواء نتيجة مرض جسدي عام.

و- ألا تنطبق على الأعراض معايير الفجيرة bereavement أي الحزن الناتج عن وفاة شخص محب وقريب من نفس الشخص. (أسامة فاروق مصطفى، 2011، ص356-

(357)

كما يمكن تصنيف أعراض الاكتئاب إلى أربع مجموعات:

1- مجموعة الأعراض الاكتئابية الرئيسية: وتضم أربعة أعراض .

- المزاج الاكتئابي .
- فقدان المتعة (عدم القدرة على الاستمتاع) .
- انخفاض الطاقة وتراجع الفعاليات .
- فتور أو فقدان الاهتمام بالحديث (بتأثير الاكتئاب) .

2- مجموعة الأعراض الاكتئابية الثانوية: وتضم

- الانشغال الدائم في التفكير بالمصائب والموت.
- الاكتئاب الصباحي .
- ضعف أو فقد احترام الذات .
- ضعف أو فقدان الثقة بالنفس .
- فقد الأمل بالمستقبل والشعور باليأس.
- تمني الموت والتفكير بالانتحار والتخطيط له و إيذاء النفس .
- أفكار الخطيئة العائدة إلى الذات.
- الشعور المرضي بالخطأ.
- الاكتئاب عرضاً أولياً .
- الشعور بفقد العاطفة .
- الاكتئاب المقنع .

3- مجموعة الأعراض الاكتئابية الجسمية: وتضم الأعراض التالية

- نقص أو فقدان النشاط الحركي (قد يصل إلى السبات) أو بالعكس النزق أو سرعة الانفعال والغضب الذي يتظاهر بتوتر حركي .
- اضطراب النوم وخاصة الاستيقاظ المبكر .
- نقص أو فقدان الرغبة الجنسية أي البرود الجنسي .
- اضطراب الشهية للطعام، و ما ينتج عنه غالباً من نقص الوزن .

- 4- مجموعة الأعراض الاكتئابية الذهانية وتضم الأعراض التالية:
- الضلالات الاكتئابية .
 - الهالوس السمعية الاكتئابية .
 - السبات الاكتئابي. (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص309)

تصنيف بيك Beck لمظاهر الاكتئاب:

المظاهر الانفعالية: وتتضمن فقدان القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة، وضعف الثقة بالنفس.

المظاهر المعرفية: وتتضمن سلبية مفهوم المريض لذاته، وتوجيه اللوم لنفسه، وتضخيم المشكلات، وانعدام القدرة على اتخاذ القرار، وضعف الإحساس بالقيمة الذاتية.

المظاهر الواقعية: وتتضمن ضعف القدرة على الانجاز، وانعدام الميل للمثابرة والطموح لتحقيق أهداف الحياة ومتطلباتها، والشلل في الإدارة، والرغبة في الهروب من الواقع، وتحبيذ فكرة الموت، وتزايد الميول الاتكالية.

المظاهر الجسمية: وتتضمن الشعور السريع بالتعب والإرهاق، وفقدان الطاقة الجنسية، وكثرة نوبات العرق.

ملاحظة: أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد إلى آخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم، وتأنيب الذات، ويكون عند البعض الآخر مختلطا مع شكل أحاسيس قاسية من اللوم وتأنيب الذات، و عند البعض الآخر مختلطا مع شكاوي جسمانية و أعراض بدنية ، ويعبر البعض الآخر عنه في شكل مشاعر اليأس والتشاؤم، والملل السريع من الحياة

والناس، وربما تجتمع كل هذه الأعراض في شخص واحد، وقد تتنوع هذه أعراض وتختلط مع غيرها من أعراض نفسية وجسدية أخرى. (أسامة فاروق مصطفى، 2011، ص361)

الشخصية المكتئبة: لم ينجح تماما منظرو الشخصية في تحديد معالم الشخصية الاكتئابية أو شخصية المصاب بالجنون الدوري و على وجه العموم وجد أن مرضى الهوس يمتازون بالطموح و الانطلاق و الحيوية و الطاقة الاجتماعية و التحكم في الأسرار مع الوعي بالذات، و بالمثل مرضى الاكتئاب بهم بعض الملامح و بالاضافة إلى ذلك يميلون إلى الوسوسة و القلق و بخس الذات و الضمير الحي و التحكم الزائد.

و يشعر مريض الجنون الدوري بضفة عامة بأنه من الخطر الاعتماد على الآخرين، و لذلك يهتم بخلق دور اجتماعي يسمح له بالتحكم في الناس الآخرين الذين سوف يعتمد عليهم، أما مرضى الاكتئاب خلافا لذلك يحاولون وضع الناس الآخرين في موقف يسمح لهم بتوجيه الاهتمام و الانتباه نحو المريض. ولقد افترض (ايزنك) وضع ذهانات الاكتئاب الدوري في بعد الشخصية الانبساطية و الذهانية. (بترس حافظ بترس، 2008، ص257)

سمات الشخصية الاكتئابية: إذا تناولنا سمات الشخصية الاكتئابية، نجد أن هناك اتفاقا بين العلماء النظريات و الإكلينكيين -على مدار 75 عاما- بأن الشخصية الاكتئابية تتسم بالتشاؤم، إنكار الذات، الكآبة، الخضوع و لوم الذات.

كما أوضح سترونجمان **Strongman** خمس سمات للشخصية الاكتئابية:

1. مزاج حزين وفتور الشعور.
2. مفهوم سلبي عن الذات يتضمن تأنيب الذات ولومها.

3. رغبة في تجنب الأشخاص الآخرين.
4. فقدان الشهية وفقدان الرغبة الجنسية.
5. تغيير في مستوى النشاط عادة اتجاه الكسل، وأحيانا في شكل استشارة.(أسامة فاروق مصطفى، 2011، ص356- 357)

و يرى اكيسال **Akiskal 1983** أنه وفقا للتصنيف الذي قدمه **Schneider** للشخصية

الاكتئابية هناك سبع مجموعات من السمات تميز الشخصية هي :

1. هدوء، إنطواء، والسلبية، والتردد وعدم الحسم .
 2. الحزن، والتشاؤم، وعدم القدرة على التمتع و الإمتاع.
 3. نقد الذات، ولوم الذات وتوبيخها، و إزدراء الذات أو الحط من قدرها .
 4. الشك، والنقد الزائد، وصعوبة إرضائها كشخصية .
 5. الضمير الحي، والمسؤولية ، والتنظيم الذاتي .
 6. النزعة أو الميل للقلق.
 7. الإنشغال بالأحداث السلبية، وعدم الكفاءة، والنقائص الشخصية لدرجة المتعة المرضية.
- (عادل عبد الله محمد، 1999، ص 161)

IV تشخيص الاكتئاب:

يندرج الاكتئاب في فئة الاضطرابات الوجدانية ، ويشترك اضطراب الاكتئاب الأساسي بين كل من الطفولة والمراهقة والرشد، وتعتمد المحكمات التشخيصية لاضطرابات الاكتئاب

الأساسي (فترة مفردة أو معاودة) على وجود فترة أكثر من الاكتئاب الأساسي، لا يشترط وجود جميع هذه الأعراض لدى مريض الاكتئاب، إذ أن وجودها هو الذي يحدد درجة حدة الاكتئاب:

محكات تشخيص الاكتئاب:وفقا للـ DSM-4 (1994)

خمسة أعراض تلاحظ تقريبا كل يوم خلال 15 يوما، يجب أن تقدم في قائمة لتشخيص الاكتئاب الأعظم.

يجب على الأقل إما مزاج حزين إما فقدان الاهتمام أو المتعة لتأكيد تشخيص الاكتئاب الأعظم.

يشخص الاكتئاب بالدلالات التالية:

وجود خمسة أو أكثر من الأعراض خلال نفس المدة التي لا تقل عن أسبوعين ،على أن يكون من بينهم واحد على الأقل من اكتئاب الوجدان أو فقدان الاهتمام .

كذلك :

- الأعراض لا تتفق مع مواصفات النوبات المختلطة (الهوس الاكتئابي).

- الأعراض تسبب خلا في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي.

- الأعراض لا ترجع إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة ما .

- الأعراض لا ترجع إلى فقد عزيز أو بعد فقد عزيز ظلت أكثر من شهرين .

(أحمد عبد اللطيف أبو اسعد ،2011، صص 355-356)

وتعتمد محكات الفترة الاكتئابية الأساسية تبعا للدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية

على ما يلي:

أ- وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال فترة أسبوعين، وتمثل تغيرا في وظائف

الفرد السابقة، بحيث يكون أحد الأعراض على الأقل إما :

1- المزاج المكتئب: مزاج مكتئب معظم اليوم، كل يوم تقريبا، (كالشعور بالحزن أو عدم الجدوى) ، وكذلك من الملاحظة التي يقوم بها الآخرين (كأن يبدو الفرد دامعاً) ،(ملاحظة) يمكن أن يظهر ذلك لدى الأطفال والمراهقين على شكل مزاج متهيج أو مستثار.

2- فقد الاهتمام: الاهتمام أو السرور بشكل واضح بكل الأنشطة (أو غالبيتها) معظم اليوم، كل يوم تقريبا.

3- فقد واضح للوزن دون نظام غذائي للحمية، أو زيادة الوزن، أو تناقص الشهية أو زيادتها كل يوما تقريبا.

4- الأرق، أو النوم الزائد كل يوم تقريبا.

5- التهيج النفسي الحركي أو التأخر كل يوم تقريبا، وذلك كما يلاحظه الآخرون، وليس مجرد المشاعر الذاتية المتعلقة بالتململ أو الإبطاء.

6- التعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريبا.

7- مشاعر عدم الأهمية وعدم الجدارة أو الذنب الزائد أو غير المناسب.

8- تناقص القدرة على التفكير أو التركيز، أو التردد وعدم الحسم ، كل يوم تقريبا (إما عن طريق التقرير الذاتي، وإما تبعا لملاحظة الآخرين) .

9- أفكار موت معاودة (ليس مجرد خوف من الاحتضار)، وأفكار انتحارية معاودة دون خطة محددة، أو محاولة الانتحار أو خطة محددة للانتحار.

ب- لا تحقق الأعراض محكات الفترة المختلطة.

ت- تسبب الأعراض ضيقاً وألماً إكلينيكياً واضحاً، أو إعاقة في مجالات الوظائف الاجتماعية والمهنية أو غيرها من المجالات المهمة.

ث- لا ترجع الأعراض إلى التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة لمادة ما (مثل: سوء استخدام العقار، أو دواء طبي) أو حالة طبية عادة (مثل انخفاض إفراز الغدة الدرقية) .

ج- لا تفسر الأعراض بشكل جيد عن طريق الفقد، أي بعد خسارة أو فقدان شخص حبيب، وتدوم الأعراض مدة شهرين، أو تتصف بأنها معوقة إعاقة واضحة وظائف الفرد، مع انشغال مرضي بعدم الجدارة، والأفكار الانتحارية، والأعراض الذهانية، أو التأخر النفسي الحركي. (ماجدة بهاء الدين السيد عبيد، 2008، صص 245-246)

V تصنيف الاكتئاب:

هناك محاولات عديدة في العصر الحديث لتصنيف الأمراض النفسية، يذكر (كورسيني) بان النظم التصنيفية تختلف باختلاف التوجهات النظرية و الإكلينيكية التي يتبناها القائمون بالتصنيف، بعض هذه الأنظمة تتبنى النظرة الأحادية أو الثنائية أو التعددية في الافتراضات التصنيفية والتشخيصية.

المنحى الأحادي يزعم بوجود نوع واحد أساسي من الاكتئاب ويكون الاختلاف الأساسي في الشدة، ويصنف الاكتئاب في هذا الإطار على أنه خفيف أو متوسط أو شديد، ومن الجدير بالذكر أن وجهة النظر الأحادية في التصنيف لا ترضى كثيراً المتخصصين.

أما المنحى الثنائي فيفترض وجود نوعين من الاكتئاب يتضمن أحدهما وجود أسباب نفسية واضحة ويكون اكتئاباً قصير المدى و إذا مآل أفضل، أما النوع الآخر فتكون أسبابه بيولوجية ويستمر المرض لمدة أطول ويكون مآله لسوء.

وفي إطار التصنيف الثنائي يشار إلى الاكتئاب بتقسيمه إلى تفاعلي في مقابل ذاتي المنشأ، أو عصابي في مقابل ذهاني، أو خارجي في مقابل داخلي المنشأ، اكتئاب مبرر في مقابل جسدي. أما النظام التصنيفي التعددي فيتضمن أنواعا عديدة من الاضطرابات الاكتئابية، وهناك نظامان من أكثر الأنظمة التصنيفية والتشخيصية استخداما الآن في العالم هما:

- التصنيف الدولي للأمراض النفسية.

- الدليل التشخيصي الإحصائي للأمراض النفسية.

وفيما يلي توضيح لتصنيف الاضطرابات الانفعالية والاكتئاب وفقا لكل منهما:

بالاعتماد على DSM-4 الاكتئاب يمكن أن يقدم تحت أشكال إما اكتئابية صرفة (أحادي القطب)، إما ثنائي القطب.

1- الاكتئاب المصحوب بسمات سوداوية: ويشخص وفقا لتشخيص الرابع DSM-IV.

- شعور شديد بالذنب ليس له مبرر كاف.

- فقدان الشهية ونقصان الوزن الشديد.

- بطء حركي أو فرط الحركي.

- الاستيقاظ في ساعات مبكرة من الصباح.

- يزداد الاكتئاب سواء في الصباح وبصورة منتظمة.

- وجود علامة أو أكثر من العلامة التي تميز الوجدان المكتئب.

2- الاكتئاب المزمن:

- تزيد لمدة تزيد عن السنتين على الأقل.

- أكثر حدوثاً للأشخاص الذين يسيئون استخدام المخدرات أو الكحوليات.
- تكون الاستجابة للعلاج ضعيفة.
- تبلغ نسبته من 10% إلى 15%.

3- الاكتئاب الموسمي:

- يصيب الأشخاص مع قصر ضوء النهار في فصل الشتاء والخريف.
- يختلف هذا النوع من الاكتئاب في فصلي الربيع والصيف.
- يتصف المصاب به بفرط النوم، والإفراط في التهام الطعام، والبطء النفسي.

4- إكتئاب النفاس:

- يصيب النساء اللاتي سبقن إصابتهن باضطراب وجداني أو اضطراب نفسي آخر في معظم الأحيان.
- تظهر نوبات الاكتئاب شديدة أثناء الأسبوع الرابع من الولادة.
- تشمل أعراض هذا النوع من الاكتئاب بالعلامات الآتية: الأرق، عدم الثبات الانفعالي، شعوره بالإرهاك لأقل مجهود، التفكير في الانتحار.
- قد تنتاب الأم معتقدات ضلالية تدور حول مقتل وليدها.
- قد تظهر خلال حالات النفاس: نوبات من الهوس، ونوبات مختلفة، واضطراب ذهاني مختصر.

5- الاكتئاب اللانمطي السمات يتصف بالآتي:

- زيادة الوزن - كثرة النوم.

- يصيب النساء أكثر من الرجال.

6- اكتئاب الطفولة ويتصف بالآتي:

- تنطبق عليه نفس علامات وأعراض اكتئاب الراشدين.

- قد يظهر بصورة مقنعة، ومن خلال قيام الطفل بالسلوكيات الآتية:

أ- هروب الطفل من المنزل.

ب- عدم الانضباط في الدراسة.

ت- معاناته من خواف (رهاب) مرضي من المدرسة.

ث- سوء استخدام المواد المخدرة.

7- الاكتئاب المزوج:

- تبلغ نسبة المصابين بهذا المرض ما بين 10 إلى 15%.

- يطلق عليه عسر المزاج.

8- الخرف الكاذب:

- هذا الاضطراب يصيب المسنين في العادة.

- يحدث بصورة أكثر ما بين المرضى الذين سبقت لهم الإصابة باضطراب وجداني.

- يطلق على حالات الاكتئاب التي تتبدى من خلال أعراض تشبه الخرف.

- تسبق ظهور هذا الاضطراب معاناة الشخص من قصور معرفي.

- يستجيب الخرف الكاذب للعلاج من خلال محورين:

أ- الصدمات الكهربائية.

ب- مضادات الاكتئاب.

9- فئة اكتئاب لم يسبق تخصيصه:

- يطلق على الحالات الاكتئابية التي لا تتطبق عليها معايير اضطراب وجداني محدد

مثل:

أ- اضطراب الاكتئاب الخفيف.

ب- اضطراب الاكتئاب المختصر والمتكرر.

ت- اضطراب سواء المزاج السابق على الحدوث الدورة الشهرية.

(محمد حسين غانم، 2006، ص ص، 110 - 114).

من حيث الشدة:

الاكتئاب الخفيف: العرض رقم 1 إضافة إلى اثنين مما يلي: معظم الوقت لمدة سنتين على

الأقل :

1- الشعور بالحزن والكآبة (ضيق الصدر - البكاء بسهولة) .

2- اليأس والتشاؤم وضياع الأمل.

3- ضعف الشهية-أو ازديادها.

4-الأرق أو زيادة النوم.

5-نقص الطاقة الداخلية- التعب والإرهاق.

6- ضعف الثقة بالنفس وتقدير الذات.

7- ضعف التركيز أو صعوبة اتخاذ القرارات. (سناء نصر حجازي، 2009، ص168-169).

الاكتئاب الشديد خمسة أعراض على الأقل مما يلي ومنها 1 أو 2 لمدة أسبوعين على الأقل:

1- مزاج مكتئب-الشعور بالحزن.

2- فقدان الرغبة والاستمتاع في أمور اعتيادية(العمل الجنسي وغيره) .

3- أرق - زيادة النوم-تقريبا كل يوم.

4-البطء النفسي والحركي-زيادة التهيج والسرعة.

5-التعب والإرهاق - نقص الطاقة الداخلية.

6-الشعور بعدم القيمة-الشعور بالذنب بشكل غير مناسب .

7-نقص الوزن الواضح-نقص الشهية-زيادة الشهية.

8-عدم القدرة على التفكير أو التركيز .عدم القدرة على اتخاذ القرارات .

9-التفكير بالموت-التفكير بالانتحار .

الاكتئاب العميق أو السوداوية :

إما 1+2 أو ثلاثة أعراض من غيرها :

1- فقد الرغبة والاستماع في معظم النشاطات.

2- عدم الاستجابة للأمور المفرحة ولو مؤقتاً

3- الاكتئاب أسوأ في الصباح.

4- الاستيقاظ مبكراً ساعتين أو أكثر من الموعد الاعتيادي .

5- البطء الواضح النفسي والحركي -زيادة التهيج الواضحة.

6- فقد الوزن الواضح.

7- مشاعر بالذنب مفرطة أو غير مناسبة.

8- الشعور بنوعية خاصة من الحزن المختلف عن الحزن العادي.

ويجب أن تؤدي هذه الأعراض إلى حدوث ضعف أو تدهور في مستوى الأداء الوظيفي للفرد اجتماعياً أو مهنياً أو في أي مجال هام آخر بشرط ألا ترجع تلك الأعراض إلى الآثار الفسيولوجية المباشرة لمادة، كإساءة استخدام عقار معين، ولا تعود إلى حالة طبية صحية عامة كحدوث قصور في وظائف الغدة الدرقية مثلاً.

كما أنها لا تعود إلى مشاعر الحرمان مفقد شخص عزيز أو حبيب وتستمر تلك الأعراض على مدى أكثر من شهرين متتالين وتسبب خلالاً أو تدهوراً واضحاً في الأداء الوظيفي للفرد مع انشغال كبير بعدم القيمة أو الجدوى، أو بالأفكار الانتحارية، أو بالأعراض الذهانية، أو بالإعاقة الحس حركية .

الاضطراب الاكتئابي الشديد الدوري: يتطلب هذا الاضطراب توفر عرضين على الأقل من الأعراض التسعة السابقة ولكي تعتبر تلك النوبات مستقلة يجب أن تقتضي فترة شهرين متتالين على الأقل بين كل نوبة والأخرى لا تنطبق خلالها المحكات السابقة على الفرد. كما لا يجب أن تعود تلك النوبات الاكتئابية الشديدة إلى أي اضطراب فصامي، وألا تحدث خلال فترة حدوث نوبة هوسية. كذلك يجب ألا ترجع إلى الآثار الفسيولوجية مباشرة لمادة معينة كإساءة استخدام عقار ما، وألا تعود إلى حالة طبية عامة والجدير بالذكر أنه إذا استمرت تلك الأعراض تنطبق على الفرد لمدة عامين متتالين على الأقل فإن ذلك يعرف بالاضطراب الاكتئابي الشديد المزمن Chronic. (عادل عبد الله محمد، 1999، صص 157 - 160)

من حيث الأعراض:

الاكتئاب العصبي: جذور هذا النوع من الاكتئاب ليست عميقة، والاتصال بالواقع موجود، والتقييم الذاتي سلبي، أما درجة النكوص فهي عادية ونشاط المريض بطيء نسبياً، لا وجود للهلاوس و الهذات المريض يدرك مرضه وقد يسعى إلى طلب المساعدة والعلاج

الاكتئاب الذهاني: حالة عميقة المريض في هذه الحالة يمر بمرحلة من الجمود الانفعالي فهو قليل التجاوب مع المثبرات الخارجية اتصاله بالواقع ضعيف جداً أو معدوم أحياناً لذا لا يسعى للعلاج ولا يطلب المساعدة، درجة نكوصه شديدة، مع سيطرة الأوهام و الهلاوس، قد يقدم فعلاً على الانتحار. (نبيهة صالح السامرائي، 2007، صص 87)

من حيث المنشأ:

الاكتئاب خارجي المنشأ: هذا النوع يصيب الفرد كرد فعل لظروف خارجية مثل: فقدان شخص عزيز، أو حدوث كارثة مالية وغيرها، ولذلك يطلق عليه بالاكتئاب التفاعلي، أي أنه بمثابة رد فعل طبيعي والنتيجة السيكولوجية المتوقعة للظروف الخارجية المسببة له، فهو إذن وفق هذا المنظور (اكتئاب نفسي خارجي المنشأ).

الاكتئاب داخلي المنشأ: يرجع إلى اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي، بخلاف الاكتئاب النفسي الذي تعمل الأحداث الخارجية عملها في إظهاره، وذات تأثير مباشر فيه.

الاكتئاب ثنائي القطبية: هو نوع آخر من نوبات الاكتئاب ويسمى الاكتئاب ثنائي القطبية لأنه يحتوي دورات من الاكتئاب والانسراح (الهوس) وقد يكون التغيير أو التقلب في المزاج سريعاً وحاداً ولكن في الغالب يكون بصورة متدرجة وعندما تكون في طور الهوس فإن جميع الأعراض تكون موجودة والهوس يؤثر على التفكير والقدرة على الحكم على الأمور والسلوك الاجتماعي (بترس حافظ بترس، 2008، ص 309).

و يحدث في سن 30-60 ويكثر في المجتمعات المثقفة وهو نادر الحدوث في المجتمعات البدائية، ويعتقد أن الأسباب الوراثية لها دور في ذهان الهوس والاكتئاب، ويربط البعض بين الهوس الاكتئابي وبين اضطراب الغدد وخاصة الكظرية . وقد يربطه البعض باضطراب الجهاز العصبي ويربطه البعض الآخر باضطراب نسب المعادن في الجسم أما نفسياً فيسببه اضطراب العلاقة بين الطفل والوالدين، واضطراب العلاقات الاجتماعية، وكافة العوامل الضاغطة في الحياة و يظهر في طورين :

1. طور الهوس.

2. طور الاكتئاب .

ويمكن ملاحظة أن الاستجابة بالهوس في ذهان الاكتئاب لها ثلاثة أعراض رئيسية:

1. الزهو : فهو يقدر نفسه فوق قدرها ، متفائل، ملاحظاته ساخرة ويضحك منها ثم يضحك

الآخرين .

2. هروب الأفكار : كلامه وكتابات غير متناسبة بل ينتقل من موضوع لآخر دون تمهيد،

وهو يميل إلى الشرود الذهني متقلب الأفكار .

3. النشاط الحركي : دائب الحركة، أفعاله مجرد ظواهر حركية لا هدف لها فهو كثير

الكلام متواصل الانشغال، شارد الذهن غير متحكم بألفاظه .

4. القابلية للإثارة : إذا غضب أو تضايق (يصرخ ويشتم) لا يقبل النقد أو المعارضة

أفكاره وأفعاله ومزاجه متذبذبة لا ثبات لها.

5. الارتياب يشك بمن حوله ، ويفترض أن الآخرين يريدون به شر ا .

6. التوهّمات: توهمه العظمة، ويعتبر نفسه غني - عبقرى .

7. هلاوس : خاصة هلاوس سمعية.

8. الأعراض الجسمية : يعبر المريض بوجه مشرق .

أعراض طور الاكتئاب: في هذا الطور يعاني المريض من هبوط في النشاط العقلي و الحزن

والهم والغم وسيطرة الخوف والقلق عليه. و مظهره الخارجي يتميز بوجه ذا سحنة مكدرّة تتوقع

الحزن والأسى والبؤس والأخبار السيئة، وعدم الرغبة بالحديث عن خبراته ووجود درجات من الكف العصبي. المريض يتحرك بصعوبة وفي مرات يصبح الكف من شدة الضغط والتوتر بما يجعله لا قدرة له على مغادرة الفراش وحتى الأكل وهو ما يسمى بالركود الاكتئابي، وتغلب على المريض توهمات إذلال النفس واتهام الذات ومشاعر الدونية والإحساس بالذنب وفي بعض حالاته يشكو من فقد حبه لأقاربه وتتميز الاستجابات الاكتئابية بما يلي:

1. الاكتئاب : المريض يشعر بالحزن وتثبيط العزيمة و فقدان الأمل، فهو دائم الاكتئاب لا يهتم بمن حوله.
 2. التأخر الحركي : المريض لا يميل لأي نشاط .
 3. صعوبة التفكير : تأخر عملية تفكير المريض بدرجة كبيرة .
 4. ويصاحب ما سبق : التوهيمات، و الهلوس، و الأعراض الجسمية (الانتفاص الكبير في إفراز اللعاب، ونقص فاعلية المعدة وتغيرات في ضغط الدم بين الارتفاع والانخفاض في حالتها الزهو والاكتئاب على التعاقب، انقطاع الحيض عند بدء الاستجابة بالاكتئاب).
- (نبيهة صالح السامرائي، 2007، ص ص 88-90)

أعراض ذهان الهوس و الاكتئاب: هناك 4 صور من ذهان الهوس و الإكتئاب وهي :

- 1- الهوس الحاد: و تبدأ نوبة الهوس بإحساس المريض بالسعادة والطاقة العالية والقدرة على الإبداع وسهولة العلاقات الاجتماعية وبعدها يفقد المريض القدرة على الإستبصار

بحالته وبذكر أن هناك شيئاً خطأ في حياته ويثور ويغضب على أي فرد يشير إلى أنه يتصرف بصورة غير طبيعية .

وتوجد الأعراض الآتية في نوبة الهوس وتستمر لمدة أسبوع على الأقل:

- الإحساس بالانشراح أو ارتفاع المزاج أو توتر المزاج بصورة حادة وذلك بالإضافة

لأربعة من الأعراض التالية:

أ- النوم لمدة قصيرة بالرغم من زيادة الطاقة الحيوية.

ب-زيادة معدل الكلام وبصورة سريعة.

ج-تطايير الأفكار و الإنتقال من موضوع لموضوع.

د-عدم التركيز .

هـ-الإحساس بالعظمة والقوة والأهمية.

والتسرع في اتخاذ القرارات وعدم التفكير في عواقبها مثل إنفاقه كميات كبيرة من النقود ببذخ

والشروع في مشروعات غير مدروسة أو الاستثمار في أشياء وهمية وقد يظهر في بعض

الحالات الشديدة بعض الأعراض الذهانية مثل الهلوس (السمعية والبصرية) أو الضلالات.

(سنا نصر حجازي،2009،ص 171)

2-الهوس تحت الحاد: نوبة الهوس تحت الحاد هي نوبة بسيطة أو خفيفة من الهوس وتكون

الأعراض أقل والإعاقة أقل حدة وفي نوبة الهوس تحت الحاد يعاني المصاب من ارتفاع

الناحية المزاجية ويحس أنه أفضل من العادة وأنه أكثر حيوية وإنتاجية، مما يجعل المرضى يتوقفون عن تناول العلاج بسبب التحسن الذي يشعرون به ولكن المقابل يكون فادح لأن المريض ينتكس مرة أخرى إما إلى نوبة هوس حادة أو نوبة اكتئاب.

3-نوبة اكتئاب : وتظهر الأعراض الآتية في نوبة الاكتئاب (وتستمر على الأقل لمدة أسبوعين وتعيق حياة المريض) :

- الإحساس بالحزن وفقدان الإحساس بمباهج الحياة.

بالإضافة إلى 4 من الأعراض الآتية على الأقل :

أ-اضطراب النوم، أو النوم لمدة طويلة.

ب-فقدان الشهية أو الأكل بنهم.

ج-صعوبة التركيز واتخاذ القرارات.

د-الإحساس ببطء الحركة، أو الهياج وعدم القدرة على الجلوس بهدوء.

هـ-الإحساس بفقدان القيمة والذنب وعدم الثقة بالنفس.

و-فقدان الطاقة والإحساس بالإجهاد طوال الوقت.

ز-أفكار انتحارية والتفكير في الموت وفي الحالات الشديدة من الاكتئاب قد تظهر بعض الهالوس والضلالات .

4-نوبات مختلطة: أكثر النوبات شدة هي النوبات المختلطة التي يظهر فيها خليط من أعراض نوبات الهوس والاكتئاب في نفس الوقت أو تتعاقب النوبات والأعراض خلال اليوم الواحد، ويبدو فيها المريض في حالة توتر و هياج كما في نوبات الهوس ولكن يشعر في نفس الوقت بالحزن والاكتئاب (سنا نصر حجازي،2009،ص ص 172-173)

أنواع أخرى:

عسر المزاج:عسر المزاج هو نوع أقل حدة من الاكتئاب وهو عبارة عن أعراض مزمنة مستمرة لمدة طويلة ولكنها لا تعيق حياة الإنسان بل تجعله لا يستطيع العمل بكفاءة ولا يستطيع الشعور بالبهجة والسعادة في الحياة وقد يعاني المريض بعسر المزاج من نوبات اكتئاب شديدة .
(بطرس حافظ بطرس،2008،ص309) .

تشخيص عسر المزاج وفقا للتشخيص الأخصائي الرابع DSM-IV: لا بد من وجود عرضين فقط من الأعراض التالية:

- 1-ضعف الشهية أو المبالغة في تناول الطعام.
- 2-أرق أو إفراط في الأرق.
- 3-انخفاض الطاقة أي الشعور بالتعب.
- 4-انخفاض تقدير الذات.
- 5-ضعف التركيز أو الصعوبة في القيام بمناقشات.
- 6-الشعور باليأس.

ويشير كتيب التشخيص الإحصائي الثالث DSM-III-R إلى أن كلا من عسر المزاج ونوبات الاكتئاب يمكن أن يوجدان معا وهذا الشكل المشترك من الاضطراب يعرف بالاكتئاب الثنائي، وحينما تستقر نوبات الاكتئاب العظمى، فإن عسر المزاج تستمر في العادة، ولتشخيص هذا الاضطراب يجب أن تظل الأعراض لمدة سنتين. ولا تختفي خلالها لمدة تزيد عن شهرين. (أسامة فاروق مصطفى، 2011، ص ص 361-363)

الاضطراب الوجداني الموسمي: الاكتئاب الوجداني الموسمي هو نوع من أمراض الاكتئاب الذي ينتكس كل شتاء وهذا النوع من الاكتئاب يكون مصحوبا بعدة أعراض مثل وجود نقص واضح في الحيوية وزيادة شديدة في النوم والنهم الشديد للمواد الكربوهيدراتية والعلاج بالضوء المعرض للضوء الساطع في فترات الصباح -يساعد على تحسن أعراض المرض بصورة واضحة .

اكتئاب ما بعد الولادة: التقلب بالمزاج وبعض الضيق يحدث عادة بعد إنجاب الأطفال ولكن إذا كانت الأعراض .التغيرات الهرمونية في الجسم قد تكون من الأسباب المحركة أو المظهرة للاكتئاب فعلى سبيل المثال فمن النساء من تعاني من أعراض اكتئابية في فترة ما قبل الدورة الشهرية كما أن هناك من تشكي من أن استخدام أقراص منع الحمل قد تؤدي لظهور الاكتئاب.و أيضا فان الاكتئاب قد يكون مصاحبا للحمل أو الولادة أو سن اليأس. كذلك لوحظ أن هناك بعض الأمراض المزمنة التي تؤدي لظهور الاكتئاب مثل أمراض القلب المزمنة وكذلك مرض الشلل الرعاش ويكون ظهور الاكتئاب بسبب اضطراب كيميائي في الجهاز

العصبي وليس بسبب التوترات النفسية المصاحبة للمرض وذلك لأن الأمراض العضوية الشديدة الأخرى لا تحدث نفس النسبة العالية من الاكتئاب. (بترس حافظ بترس، 2008، ص 314).

الزملة الاكتئابية: فتدل على وجود مجموعة من الأنماط السلوكية والانفعالات ذات الصلة بالاكتئاب والتي اتضح إحصائياً أنها تحدث معاً في نموذج محدد بمعدل يتجاوز الصدفة دون إرجاع أي نموذج معين للطبيعة أو لتلك الأسباب المسؤولة عن هذه الأعراض المترابطة. وتتم رؤية الفروق بين الأفراد في إطار من الانحرافات النوعية على مستويات الأعراض المرضية.

يظهر الاكتئاب من خلال مجموعة من الأعراض المترامنة، بعضها مادي (عضوي)، وبعضها معنوي (ذهني ومزاجي)، وبعضها الثالث اجتماعي وتسمى هذه الأعراض التي بالزملة الاكتئابية، وهي تشمل على جوانب من السلوك والأفكار، والمشاعر التي تحدث مترابطة -أغلبها أو بعضها- والتي تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي، وتشخيصه، ويمكن تفصيل هذه الزملة من الأعراض على النحو الآتي:

أ- **الانهباط والكدر:** ويقصد بها سيطرة مشاعر الاستياء والكدر *dysphoria* وعدم البهجة، أي نقيض ما يدفعنا بالشعور بالفرح والحبور *euphoria*، ومن ثم نجد أن المكتئب عادة ما يبدو حزينا ومغموماً، وبأنسا من حياته التي تبدو له في الغالب خالية من المعنى والقيمة.

وقد بينت البحوث أن المكتئبين يصفون أنفسهم على اختبارات الشخصية بالفشل، ويسمون سلوكهم وشخصياتهم بالنقص، خاصة في المجالات التي تمثل لهم قيمة حيوية كالعامل. ومن المهم أن نشير هنا إلى أنه لا يشترط لتشخيص الاكتئاب أن تتوافر كل هذه الأعراض السابقة مجتمعة، فالمكتئبون لا يتطابقون في تعبيرهم عن مشاعرهم ولهذا يكفي توافر بعض الخصائص السابقة لوصف الشخص بأنه يعاني من هذا الاضطراب.

كما نلاحظ أن الفروق الفردية، والخبرات الشخصية الخاصة، تؤدي دوراً مهماً في نوع الأعراض المميزة للاكتئاب لفرد دون فرد آخر، فالشخص المعتاد على الشكاوى الجسيمة أو

المصاب فعلا ببعض الأمراض البدنية ، قد يكون مستعدا لاكتساب الأعراض البدنية، بدرجة أكبر من الإصابة بالأعراض الأخرى، والمسنون قد يتخذ لديهم الاكتئاب فضلا عن الشكاوى والأمراض الجسيمة مظهرا آخر من مظاهر الإحساس بالعجز، وفقدان الطاقة على العمل والنشاط، كما قد يختلف التعبير عن الاكتئاب والشكل السلوكي الذي يعبر عنه باختلاف المجتمعات، ففي المجتمعات الغربية يغلب على المكتئبين التعبير على الأحاسيس المرتبطة بالذنب، ولوم النفس.

ب- **ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول** : من العلامات المميزة، أن مستوى النشاط العام لدى الشخص في حالة الاكتئاب ، يكون أقل بشكل واضح مما كان عليه في السابق في حالته العادية وليس من النادر أن تجد الشخص المكتئب يقضي يومه جالسا في مكانه دون أي نشاط إيجابي، أو منهمكا في أحسن الأحوال في نشاطات سلبية منفردة لا تتعدى مشاهدة التلفزيون والرقود وقضاء بعض الحاجات الرئيسية كالأكل أما أداء النشاطات المعتادة بما فيها الذهاب للعمل، أو القيام بالواجبات المنزلية والاجتماعية الأخرى فهي تبدو للشخص المكتئب شيئا عسيرا يصعب إنجازه، دون بذل طاقة شاقة حتى الأشياء التي كان يستمتع بها من قبل بما فيها بعض الهوايات الرياضية أو الترفيهية الأخرى تبدو له غير مرغوب فيها ولا دافع له نحوها، و أنها مجرد واجب من الواجبات الثقيلة الأخرى.

ت- **الشعور بتناقل الأعباء** : يشعر بعض المكتئبين بأنهم غير مسؤولين عن اكتئابهم، ومن ثم تتزايد شكاوهم من أن الآخرين يحملونهم ما لا طاقة لهم به، وتجدهم يلومون الظروف الخارجية والضغوط الموضوعية عليهم.

ث- **الشكاوى الجسيمة والآلام العضوية** : يعتبر هذا النوع من الأعراض من أكثر الأعراض شيوعا وأكثرها خداعا فعادة ما يصبح الاكتئاب مقنعا مستترا في شكل الشكاوى الدالة على سرعة التعب والإرهاق، وضعف الطاقة وآلام الظهر والجسم، دون أن تكون هناك أسباب عضوية واضحة تبرر ذلك. ومن الشكاوى الجسيمة المميزة للاكتئاب : اضطرابات النوم بما فيها الاستيقاظ المبكر ، والعجز عن مواصلة النوم، أو النوم المتقطع ، أو صعوبة الاستيقاظ

في الصباح، أيضا اضطرابات الشهية بما فيها فقدان الشهية ، عدم التلذذ بالطعام ، وفقدان الوزن والنحول المفاجئ كما أن بعض مرضى الاكتئاب تحدث لديهم زيادة وإفراط في الأكل، أيضا الشكوى من الصداع وآلام المعدة، وتقلصاتها، كذلك فقدان الرغبة الجنسية والعزوف عنها ، وعدم تحقيق اللذة التي كانت مرتبطة بها من قبل.

ج- توتر العلاقات الاجتماعية: تعبر نسبة كبيرة من المكتئبين عن صعوبة واضحة في التعامل والاحتكاك بالآخرين وتتخذ هذه الصعوبة لدى المكتئب مظاهر متنوعة، منها عدم الرضا عن علاقاته الاجتماعية كالعلاقة بالزوج أو الزملاء أو العلاقات المعتادة بالناس المألوفين، وقد يحس بعضهم بالتكدر والقلق في المواقف الاجتماعية المتوقعة أو القائمة بالفعل، وقد يجد بعضهم صعوبة واضحة في تكوين المهارات الاجتماعية خاصة تلك المهارات التي تتطلب تأكيد الثقة بالنفس، أو الدفاع عن الحقوق، أو اتخاذ مواقف حازمة تجاه الإلحاحات غير الواقعية من الآخرين، أو عندما يتخطى بعضهم حدود اللياقة الاجتماعية، وأحيانا يجد بعضهم صعوبة في التعبير عن استيائه أو رفضه للأشياء التي تمثل عبئا، وأخيرا قد يشعر البعض منهم بأنه وحيد ويفتقد حب الآخرين ودعمهم، **ومع** ذلك تجده يميل للانسحاب وعدم بذل الجهد الإيجابي لتأكيد الروابط الاجتماعية المهمة

ح- مشاعر الذنب واللوم المرضي للنفس: يعبر بعض المرضى عن الاكتئاب بمشاعر حادة من الذنب ولوم النفس ، فتجدهم يصفون أنفسهم بأنهم أسوأ مما هم عليه فعلا أو أسوأ مما يراهم الناس عليه، إذا ليس من النادر أن تجد من هذا النوع أشخاصا يراهم الآخرون أنهم جادون، أو ناجحون ومجتهدون ومسالمون ولكن الواحد منهم يرى نفسه (سيئا) أو مخطأ وشريرا كما أنهم يرون أنفسهم يستحقون ما يلهم بهم و أن الاكتئاب ضربية على سؤئهم، ومن ثم نجد أو هؤلاء الأشخاص غالبا ما يسيطر عليهم الشعور بأنهم عبء على الأهل والمقربين والمجتمع، ويلومون أنفسهم بسبب اكتئابهم وفشلهم في تحقيق أو تلبية احتياجات المحيطين بهم.

خ- الإدراك السلبي للبيئة والتفكير الإنهزامي: لا يمكن عزل الاكتئاب عن الطريقة التي يفكر بها الشخص ، ويدرك من خلالها الأمور، وعمما يحمله من آراء ومعتقدات عن نفسه وعن

الأحداث الخارجية التي تمر به، فالشخص في حالة الاكتئاب ، يرى ويصف نفسه بالقصور، وعدم اللياقة، والنقص وينسب ما يمر به من خبرات غير سارة إلى عوامل شخصية فيه كالقصور النفسي أو العقلي، أو أنه قاصر اجتماعيا، ولهذا نجد أن من الأعراض الرئيسية التي تسود بين المكتئبين ميلهم إلى وصف الذات بالتفاهة والنقص والعجز. ويمثل الإدراك السلبي للمواقف والأحداث الخارجية عرضا آخر من أعراض الاكتئاب، إذ نجد أن المكتئب يصف ويتعامل مع المواقف والأحداث الخارجية السلبية أو الصعبة نسبيا على أنها محبطة، وتطرح صعوبات يستحيل عليه التعامل معها، وبالمثل نجد النظرة السلبية للمستقبل لدى المكتئب حيث يرى المستقبل قاتما وملئاً بالصعوبات والكوارث . (إبراهيم عبد الستار، 1978، ص ص 20-24).

VI أسباب الاكتئاب:

تعدد وتفاعل الأسباب المؤدية للأمراض النفسية، ومن المبادئ الرئيسية في أسباب الأمراض النفسية مبدأ تفاعل وتعدد الأسباب إلى الحد الذي قد يصعب فيه الفصل بينها أو تحديد مدى اثر كل منها، وتتخلص أسباب الأمراض النفسية نتيجة تفاعل قوى كثيرة ومتعددة ومعقدة داخلية في الإنسان (جسمية ونفسية) وخارجية في البيئة مادية واجتماعية وفيما يلي أهم الأسباب التي يعتقد أن لها دور في حدوث الاكتئاب.

العوامل البيولوجية :

أ- الوراثة: أسفرت دراسات عديدة حول التوائم والتبني والعوامل الأسرية عن وجود خلفية وراثية لاحتمالات التعرض لنوبات الاكتئاب الكبرى.

كما تؤكد نتائج بعض الدراسات شيوع الاضطرابات الوجدانية عموما والاكتئاب خصوصا بين التوائم المتشابهة والأقارب، وقد كشفت نتائج دراسية منظمة الصحة العالمية (1983) عن وجود اضطراب وجداني لدى أقرباء مرضى الاكتئاب في 28.3% من الحالات الداخلية المنشأ ولدى 19.7% من الحالات النفسية المنشأ أي لدى 48% من أفراد العينة الإجمالية .(عبد المطلب

أمين القريطي، 1998، ص 393) وتوضح الدراسات الحديثة أن العوامل الوراثية تلعب دوراً مؤثراً في الإصابة بالاضطرابات الوجدانية ، وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية لها دور مهم في الإصابة بالاكتئاب . لاحظ الأطباء النفسيون، من خلال متابعتهم لحالات المرضى، بأن الاكتئاب والاضطرابات الوجدانية تنتشر في حالات معينة. وقد وجد أن حوالي 50% من حالات الاضطراب الوجداني (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصاباً بالمرض نفسه فإذا كان الأب أو الأم مصاباً بهذا المرض، فإن طفلها يكون عرضة للإصابة بنسبة 24-30% أما إذا كان الوالدان مصابين بالمرض نفسه ، فإن نسبة إصابة طفلها ترتفع إلى 60% (عبد المنعم عبد القادر الميلادي، 2003، ص 64-65)

ب- النظرية البيوكيميائية: لاحظ الأطباء والباحثون وجود علاقة بين مادة الـ reserpine والـ erotonin والدopamine وبين نوبات الاكتئاب الكبرى. هذه العلاقة أسفرت عن النظرية البيوكيميائية الخاصة بنقل الإشارات عبر الخلايا العصبية: - - Hypothalamic - pituitary- adrenal axis .
- Hypothalamic - pituitary - thyroid axis .

دراسات النوم: اضطرابات النوم من أهم خصائص الاكتئاب، حيث يكون مصحوباً إما بأرق أو بنوم لفترات طويلة، ولقد أظهرت دراسات رسم المخ في أثناء النوم للأشخاص المصابين بالاكتئاب عدم استمرارية النوم، ونقص مدة النوم، ونقص الزمن بين الاستغراق في النوم وبداية مرحلة الأحلام REM، وزيادة كثافة الـ REM، ونقص الـ non REM.

الاكتئاب آفة العصر. (2010). تم استرجاعها بتاريخ 10 أوت 2012 من

<http://www.eawraq.com/news.php?action=view&id=149>

عوامل بيوكيميائية: نتيجة اضطراب الإفرازات الهرمونية أو الجهاز العصبي، وحيث يلاحظ ظهور أعراض الاكتئاب لدى الإناث مثلاً أثناء فترة الطمث، وأثناء ما يطلق عليه سن اليأس

أي بعد توقف إفرازات الهرمونات الجنسية كما يبدو المزاج المتقلب مسيطرا أثناء فترة ما بعد الولادة، ومع تناول أقراص منع الحمل. (عبد المطلب أمين القريطي، 1998، ص393)

عوامل نفسية :

وجد رينيه عام 1942 في بحثه عن أسباب الاكتئاب في 2008 من مرضى زهان المرح الاكتئابي أن 80% من مرضاه يعود السبب على وجود عوامل نفسية ولم يستطع إثبات هذه الأسباب في باقي الحالات .

ولعل العوامل النفسية كثيرة تلك التي تدفع بالفرد إلى الاكتئاب منها الإحباط الذي يلقاه الفرد للعديد من دوافعه ورغباته و الإحباط هو المنع أو الإعاقة وهذا يسبب ألما نفسيا وشعورا بالتعاسة كذلك عدم قدرة الفرد على تحقيق التوافق والالتزان بين قدرته وما يطمح له وما يطلب منه، أيضا فقدان موضوع الحب قد يؤدي على الاكتئاب وشعور الفرد بالفراغ و اللاجدوى، كذلك كشفت العديد من الدراسات النفسية في هذا الصدد وجود علاقة مباشرة بين هذه الاكتئاب والحرمان الأبوي أو عمر الأبوين أو ترتيب الابن بالمقارنة بإخوته ومدى الحماية والاهتمام الذي يلقاه ومدى تحقيق وإشباع رغباته . (محمد حسن غانم ، 2005، ص ص 109-110)

- التوتر الانفعال والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية (مثل موت عزيز أو طلاق أو سجن برئ أو هزيمة... إلخ) ، والانتهزام أمام هذه الشدائد .

- الحرمان (ويكون الاكتئاب استجابة لذلك) كفقد الحب والمساندة العاطفية وفقد الحبيب أو فراقه أو فقد وظيفة أو فقد ثروة، أو فقد المكانة الاجتماعية، أو فقد الكرامة أو فقد الشرف، أو فقد الصحة أو فقد وظيفة حيوية .

- الصراعات اللاشعورية .

- الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق .

- ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق -

العنوسة وسن القعود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة والتقاعد .

- الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات .

- التربية الخاطئة التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال ...إلخ.

- عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي .

- سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت

ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج ويتجه نحو الذات حتى لقد يظهر في شكل

محاولة الانتحار. (حامد عبد السلام زهران ، 2003، ص 515- 516)

أسباب بيئية اجتماعية: ومن بينها

- الأساليب الوالدية اللاسوية في التنشئة، كإهمال الأبناء ونبذهم والقسوة الشديدة عليهم.

- الخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين أو أحدهما.

- التفكك الأسري والانفصال المبكر للوالدين أو عنهما.
- الخلافات الوالدية الشديدة واضطراب المناخ الأسري. (عبد المطلب أمين القريطي، 1998، ص393)

تأثير ضغوط الحياة والعوامل النفسية في حدوث الاكتئاب: أثبتت الدراسات والمشاهدات الإكلينيكية الطويلة أن هناك أحداثا ضاغطة تسبق حدوث أول نوبة لاضطراب الوجدان أكثر من النوبات التالية، وربما كان الاحتمال في كون الضغوط التي تصاحب النوبة الأولى قد أحدثت تغييرات مستديمة في الناحية البيولوجية للمخ، وقد تشمل هذه التغييرات على تغير في المثيرات الكيميائية بالجهاز العصبي أو بفقدان بعض الخلايا العصبية ولذا يصبح المريض أكثر عرضة لنوبات أخرى من الاكتئاب، وقد اختلف العلماء على مدى تأثير ضغوط الحياة وظروفها فالبعض يرى أنها تلعب دورا رئيسيا أو أوليا في الإصابة بالاكتئاب، بينما يرى الآخرون أن لها دورا محددًا في توقيت حدوث المرض، ومن العوامل المهمة المؤدية لحدوث الاكتئاب وفاة أحد الوالدين قبل سن الحادية عشر أو فقدان الحياة بالنسبة للزوج أو الزوجة .

وهناك دراسات نظرية عديدة تتعلق بالعلاقة بين الوظائف الأسرية وبداية المرض والمسار المرضي للاضطرابات الوجدانية خاصة الاكتئاب الجسيم ، فالعلاقات المرضية في الأسرة، التي تكتشف أثناء علاج المرض تميل للاستمرار حتى بعد شفاء المريض.(عبد المنعم عبد القادر الميلادي، 2003، ص 65).

العوامل الاقتصادية: هنالك العديد من الدراسات التي أجريت للبحث عن العلاقة بين العوامل الاقتصادية و الاكتئاب حيث وجد وولد 1982 Wold أن هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي المنخفض وشيوع الأعراض الاكتئابية والاضطرابات الوجدانية. (بشير معمريه، 2007) كذلك دراسة برتشل 1994 التي هدفت إلى التوصل إلى نوع العلاقة بين الكآبة والفقرة حيث أجريت في منطقة (نيمز ميد) في جنوب شرق لندن، وقد ارتى الباحث أنه مكان مناسب لدراسة العلاقات المحتملة بين الاكتئاب النفسي والحاجة إلى المال. حيث كان معظم سكان المنطقة من الطبقة العاملة وتعتبر من مناطق لندن المتدنية من حيث المستوى الاجتماعي. وقد استخدم الباحث مقياس جارمين الذي يعتمد على بيانات إحصائية ويستعين بمؤشرات مثل البطالة والازدحام، وكانت عينة الباحث السيدات المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 25 - 34 سنة لكون هذه الفئة أكثر تعرضاً للاكتئاب النفسي من غيرها، وتم تطبيق استبيان خاص بالاكتئاب مكون من 16 سؤالاً يتعلق الاستبيان بمجالات احترام الذات والمواقف من الحياة، بلغ عدد النساء اللواتي حصلن على درجات عالية في الاستعداد للاكتئاب 10% من المجموع الكلي للعينة .

توصلت الدراسة إلى نتيجة أن الاكتئاب هو استجابة مباشرة لانخفاض احترام الذات، لأن الثقافة المادية يكون المال أحد أهم مصادر احترام الذات فيها. (سوسن شاكر، 2008، ص197)

VII النماذج المفسرة للاكتئاب: حظي الاكتئاب في تفسيره بوجهات نظر متباينة وذلك تبعا لتباين العلماء واختلاف توجهاتهم النظرية، و فيما يلي استعراض لأهم هذه النظريات التي تناولت تفسير الاكتئاب .

1-7 النموذج البيولوجي:

ترى النظرية الفسيولوجية البيوكيميائية أن الأسباب الكيميائية من أهم العوامل السابقة لنشأة الإكتئاب والتي أدت إلى تطور بالغ في علاج الاكتئاب فقد لاحظ المختصون منذ عدة

سنوات على سبيل المثال أن كثيرا من مرضى الضغط المرتفع - والذين يتناولون عقار السيربازيل بانتظام - تتناهم نوبات من الاكتئاب الشديد ولوحظ أيضا أيضا أن مرضى الدرن الذين يعالجون بعقار المارسيليد يصابون بنوبات من الإنبساط والشعور بحسن الحال، بالرغم من خطورة مرضهم. ووجد أن إعطاء المارسيليد لمرضى الإكتئاب يشفي الكثير منهم ويخفف من

من
آلامهم .

وأشارت عديد من الأبحاث إلى علاقة الاكتئاب بنسبة المعادن في الجسم وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة فقد وجد مثلا أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد عن 50 % عن الطبيعية، أما الفرد المصاب بنوبة الإنبساط فتزيد هذه النسبة إلى 95% ويشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها .

كذلك وجد اختلاف في اندفاع وتأرجح المعادن بين أغشية خلايا الدماغ وبالتالي اختلاف في الطاقة الكهربائية بين هذه الخلايا في حالات هذا المريض مما يؤيد النظرية البيوكيميائية .(علاء الدين إبراهيم يوسف النجمة، 2008، ص29).

وقد أورد عكاشة بعضا من الأدلة التي يعتبرها دليلا على ارتباط الاكتئاب بعوامل كيميائية منها:

- تزيد الأعراض الإكتئابية أثناء الطمث وفترة ما قبل الطمث وتشكو النساء من التوتر الداخلي والصداع و الإنتفاخ وسهولة التهيج العصبي مع حساسية الإنفعال وكثرة البكاء وهذه الفترة تصاحبها تغيرات واضحة في الهرمونات .

- تبدأ وتزيد وتشتد الأعراض الإكتئابية عندما يتوقف نشاط الهرمونات الجنسية في ما كان سابقا يعرف بسن اليأس.

- تظهر أعراض الاكتئاب ثنائي القطب بكثرة بعد الولادة و أثناء التغيرات الفسيولوجية والهرمونية التي تحدث أثناء هذه الفترة وكذلك مع تناول أقراص منع الحمل.

- يصاب مرضى المكسيديما -نقص إفراز الغدة الدرقية- بأعراض اكتئاب شديدة في حوالي 40% من الحالات بل تبدأ الحالة أحيانا بهذه الأعراض النفسية والعقلية قبل ظهور العلامات العضوية الجسيمة.

- قد يصاب المريض بمرض جريف (زيادة إفراز الغدة الدرقية) بنوبات من الابتهاج الحاد، أثناء نشاط هذا المرض .

- تصاحب نوبات الذهان الدوري من اكتئاب أو ابتهاج مرض كشنج (زيادة إفراز الغدة الأدرينالية) ، أو أحيانا خلال علاج بعض المرضى بعقار الكورتيزون .

- تقل نسبة الاكتئاب الدوري قبل البلوغ ، وتزيد مع بداية .

و إن كنا تحدثنا الآن عن العلاقة بين اضطرابات المزاج والغدة الصماء فإن هذه العلاقة نفسها توجد بين هذا المرض واضطرابات الجهاز العصبي، فلقد لوحظ أن كثراً من أمراض الجهاز العصبي تبدأ في هيئة اكتئابية أو ابتهاجية، مثل : زهري الجهاز العصبي، والشلل الإهترزي، وتصلب شرايين المخ، والتصلب المتناثر، وأورام الفص الجبهي في الدماغ، وكذلك الفص الصدغي سواء أولية أو ثانوية، والصرع النفسي الحركي .

كما يشير شفاء مرضى الاكتئاب بالجلسات الكهربائية وأحيانا بالعمليات الجراحية في الدماغ إلى اضطراب أساسي في الجهاز العصبي، وقد وجد أن كثيراً من الأمراض تقوم بدور العوامل

الحافزة لنشأة هذا المرض، ومن أمثال ذلك الإنفلونزا والأدوية المستعملة لخفض الدم المرتفع، وقد أجرى حديثا كثيرا من الأبحاث عن علاقة مرضى الاكتئاب الإبتهاجي بنسبة المعادن في الجسم، وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة، فقد وجد مثلا أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد بـ 50% عن طبيعته. أما الشخص المصاب بنوبة الإبتهاج فتزيد هذه النسبة إلى 60% وبشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها وإثبات هذه التجربة أعطي مرضى الاكتئاب الدوري كمية من هرمون النخامين وهو خلاصة هرمون الفص الخلفي من الغدة النخامية، والذي من طبيعته الإحتفاظ بالماء والصوديوم في الجسم فلوحظ أنه ساءت وتدهورت حالة هؤلاء المرضى، سواء في نوبات الاكتئاب أو الإبتهاج. (أحمد عكاشة، 2005، ص ص 427 - 429)

كما يشير أنصار هذا الإتجاه إلى أنه يوجد نمطان رئيسيان للنظرية الفسيولوجية للاكتئاب ، يقوم النمط الأول على أساس إضطراب في الأيض الإلكتروليت الخاص بالمرضى المكتئبين ويعتبر كلوريد الصوديوم و كلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكامنة والتحكم في استثارة الجهاز العصبي ومن الملاحظ أن الأشخاص العاديين يوجد لديهم صوديوم أكثر خارج النيرون وبوتاسيوم أكثر داخله، ولكن في المرضى المكتئبين يكون هذا التوزيع مضطربا، أما النظرية الفسيولوجية الثانية فتعتبر الإكتئاب عبارة عن قصور موروث في عنصرين رئيسيين من كمياء الدماغ النوربايين فرين وسيروتونين ، وكلاهما ناقلات عصبية

تعقيب :

يتضح من عرض التفسيرات الوراثية والفسيولوجية للاكتئاب وجود أوجه قصور تتضمن تلك التفسيرات ، يمكن أن نوجزها في الآتي :

بالنسبة للتفسير الوراثي، نجد أن تحديد العلاقة بين الاستعداد الوراثي والاكتئاب أمر صعب للغاية ، وإن كان بعض الباحثين قد نجحوا في فحص تلك العلاقة فقد تم ذلك الفحص بالنسبة

لحالات الإكتئاب ثنائي القطبية وأغفلوا فحص تلك العلاقة بالنسبة لباقي أنماط الاكتئاب الأخرى .

أما بالنسبة للتفسير الفسيولوجي للإكتئاب فنجد أن ذلك التفسير قد أغفل دور بعض العوامل النفسية الإجتماعية في تفسير الاكتئاب، خاصة أن مثل تلك العوامل تلعب دورا هاما في تطور أو سير وعلاج الاكتئاب عامة و الإكتئاب ثنائي القطبية خاصة، فقد توصلت الدراسات التتبعية إلى أنه حتى بعد علاج مرضى الاكتئاب ثنائي القطبية بالعلاج الفارماكولوجي فإن حوالي 40% ينتكسون على مدار خمس سنوات، كما أشارت النتائج النتائج أيضا إلى انه من بين المرضى الذين لم ينتكسوا يوجد 50% منهم على الأقل يعانون من أعراض باقية دالة على اضطراب المزاج . (حسين فايد ، 2001 ص 77)

2-7-2 النمادج النفسية:

1-2-7-2 النمادج السيكودينامي:

كارل أبراهام: افترض (أبراهام) أن الكراهية شعور سائد قبل الإصابة بالاكتئاب، ولكن هذا الكره يكون متقبل لدى الشخص، وعلى ذلك فانه يقمع ويسقط أن شعور الفرد بالكره عن طريق الآخرين و يأتي ذلك الاعتقاد بأنه مكروه لأنه لديه عيوب خلقية، وهنا يصبح مكتئبا، وقد استنتج (أبراهام) الدليل على الكراهية من خلال أحلام المريض الجرائمية ومحاولته الانتقام من الآخرين. (نبيل محمد الفحل، 2009، ص38)

فرويد : يرجع (فرويد) أكثر الاضطرابات النفسية و منها الاكتئاب إلى أحداث أليمة و صدمات انفعالية يتعرض لها الفرد خلال مراحل حياته الأولى، إذ تتسم شخصيات الأفراد في هذه المرحلة بالعدائية، ويكون (الأنا الأعلى) عندهم قاسي و غير متسامح ويعتمد تقدير الذات لديهم على الاستحسان و الدعم من المصادر الخارجية (الوالدان أو الآخرون)، إذ يشعر الطفل بالاكتئاب عند فشله في الحصول على هذا الدعم.

ويشير علماء التحليل النفسي إلى الهوس الاكتئابي التي يتألف من أطوار من مشاعر الإثم الزائدة، ويفسرونه على أساس أن الاكتئاب هو رد فعل للهوس، ففي نوبة الهوس يتجاهل الفرد

ضميره فيصبح متحررا من ضغوطه و قيوده، ويكون الفرد كالطفل الشقي في غيبة والديه، يفعل ما يريد. وفي نوبة الاكتئاب يوقع الضمير العقاب بالفرد على ما ارتكبه من أفعال، وما نفذه من جرائم في خياله أثناء نوبة الهوس، فكان الاكتئاب هنا تكفير ومتى كفر الفرد عن ذنبه، ودفع دينه، وظهر نفسه، استطاع أن يتحدى ضميره القاسي (منتهى مطرش عبد الصاحب، 2011، ص 108)

كما أرجع (فرويد) الاكتئاب إلى تثبيت في المرحلة الفمية راجع إلى عدم إشباع أو مبالغة في إشباع احتياجات هذه المرحلة، الأمر الذي يؤدي إلى نمو الاعتمادية لدى الطفل (حسين فايد، 2001، ص 78)،

حيث يرى فرويد أن الفرد المكتئب تم تثبيته في مرحلة يتوقف فيها تقديره لذاته على الإشباع الخارجي من الآخرين أو أن شعوره بالذنب ينكص به إلى هذه المرحلة حيث يصبح في حاجة للإشباع الخارجي فإذا لم يتم إشباع حاجاته النرجسية يصبح تقديره لذاته في خطر والاكتئاب العصابي حسب فرويد ما هو إلا محاولات يائسة لإرغام مصادر الإشباع الخارجية على أن تكون طوع يد المكتئب، أما الاكتئاب الذهاني فيمثل فقداننا تماما لهذه المصادر. (محمد حسن غانم، 2005، ص 112)

كما يمكن أن يخبر الطفل إما فقدا حقيقيا (موت الأم) أو مدركا لشخص محبوب، وهذا الفقد قد يكون مصحوبا بغضب صبياني و لكنه شديد للغاية بسبب الرفض، وإذا لم يستطع الطفل أن يحل أو يستبدل هذا الفقد فانه ينغمس في النهاية في عملية الإدماج، ربما كطريقة لإلغاء الفقد حيث يسمح الدمج للطفل أن يتوحد مع الفرد المفقود، ومن ثم يقوم بتحويل الغضب من الخارج إلى الداخل نتيجة الشعور بالذنب لأنه يعتقد أنه الذي تسبب في ذلك الفقد، وهكذا فبدلا من مواجهة الحزن العادي، فان الصبي الذي يحول الغضب إلى الداخل ينشط مرة أخرى ويخضع الشخص إلى اضطراب اكتئابي يتسم بالحزن المكثف، ولوم الذات، وينمى الطفل أسلوبا شخصيا اعتماديا يعتمد إلى حد كبير على الآخرين بالنسبة لتقدير الذات و القبول. وقد

اتفق علماء التحليل النفسي مع وجهة نظر (فرويد) في الاكتئاب بصفته غضبا موجها ضد الذات، ولكنهم يختلفون في تحديد الدوافع المحيطة و المثيرة للغضب.

حيث يراها أبراهام Abraham مرتبطة بالحاجة للإرضاء أو بالأحرى الفشل في الإرضاء الجنسي و الحصول على الحب .

ويرى رادو Rado أن الاكتئاب ما هو إلا صرخة بحث عن الحب، و يصف أو توفينجل Fenichel المكتئب بأنه إنسان مدمن للحب، بينما ينظر بيبيرنج Brbing للاكتئاب نظرة أكثر شمولية و أكثر عصرية حيث يرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات، ويرى أن الحاجة إلى الحب و التقدير ما هي إلا واحدة من ثلاث احتياجات رئيسية، أما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة و الأمان، و الحاجة لمنح الحب فضلا عن الحصول على الحب، ويحدث الاكتئاب نتيجة للفشل في إرضاء أو نتيجة لإحباط أي حاجة من الحاجات الثلاثة السابقة، و الصراع الذي يحدث في الذات و المرتبط بفشل إشباع أي منها. (حسين فايد ،2001،ص79)

ويعتقد بيبيرنج (Bibring) 1953: أنه في حالة فشل الأنا (Ego) في تحقيق أهدافه خلال مراحل التطور النفسي الجنسي الأربعة التي وضعها، فإن هذا الفشل يعيق تطور احترام الذات و الشعور بالعجز و الضعف الذي يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب كما هو موضح في النموذج الآتي :

المرحلة	أهداف الأنا	خصائص الاكتئاب
الفمية	أن يكون محبوبا و يحصل على الرعاية و العطف وله قيمة.	التعطش الزائد إلى الحب و العطف و الدفاء و تثمين الجهود
الشرجية	أن يكون مطيعا وجيدا ولطيفا و اجتماعيا و نظيفا و محبوبا	تسلط الوسواس
القضيبية	أن يكون قويا و يشعر بالأمان وله مكانة فيعة	الشعور بالنقص و قلة الشأن و الشعور بالهجر.

الشعور بالعجز و انخفاض احترام الذات	أن يكون مهما وله قيمة ولديه القدرة على الانجاز	الكمون
-------------------------------------	--	--------

جدول رقم (03): بوض خصائص الاكتئاب على حسب المرحلة الجنسية.

ويعتقد جون بولبي (John Bowlby) 1973 بأن الاكتئاب يمكن أن يكون استجابة لخبرات الانفصال أو فقدان في الطفولة، وقد أشار إلى ما يسمى بنظرية (الفقدان الشخصي) التي تشير إلى أن الاكتئاب يحدث حينما يحدث الانفصال عن أشخاص مهمين في حياة الفرد. وينظر (أدلر) إلى الأمراض النفسية بصورة عامة بنفس الصورة تقريبا على الرغم من أنه استنتج بعض الاختلافات، ويرى بأن الاكتئاب هو محاولة للسيطرة على الآخرين من خلال النقص و الشكوى .

ويرى (إريكسون) أن من أسباب الاكتئاب هو عدم ثقة الفرد بنفسه و بالعالم الخارجي الذي يحيط به، وعدم قدرته على البت في الأمور، وفشله في الانجاز وعدم حصوله على تقدير عالي للذات أو حتى فهمها و تحقيقها.

أما (بونغ) فيؤكد على الذكريات المكبوتة في اللاشعور و التي لها دور مهم في تكوين الاكتئاب . (منتهى مطرش عبد الصاحب، 2011، ص ص 111-112)

نموذج النفس التحليلي يربط الضياع لفقدان الاعتداء والاكتئاب : حيث يعد الاكتئاب كردة فعل نفسية أولية بالضياع الإحساس أنه محبوب ، وفقدان تقديرات الذات وأيضا فقدان الإحساس بالأمن عن فقدان الإحساس بالحب يمكن أن يكون سبب حدوثه هي ظروف ما مثل اكتئاب أحد الأبوين فتراق الأخوين أو موت أحد الأجداد بينما يكون فقدان تقديرات الذات عبارة عن نتيجة لفشل مدرسي مثلا أو مشاكل وصعوبات علائقية مع الأتراب أو خاصة وميزة جسدية معاشة كخطأ أي هذه الميزة الجسدية تجعله ينظر إلى نفسه بانتقاص ، أما فقدان الإحساس بالأمن فيمكن أن يكون نتيجة لحدث سلبي مهم أو متكرر مثل الشجارات الوالدية ، الشجار بين الوالدين ، والعنف الأسري ، والعقوبات القاسية سوء معاملة الأهل للطفل .

يظهر الاكتئاب من خلال العدوانية الموجهة ضد الذات وهذه العدوانية الذاتية ناتجة فقدان تقدير الذات أو من الإحساس بالمسؤولية تجاه أحداث سلبية حدثت لأقاربهم أو أيضا قلب العدوانية الذاتية ضد الآباء أو الأولياء .

وعلى المستوى اللاواعي يكون الإحساس بالفقدان العدوانية ضد الأولياء والعدوانية الذاتية كلها مرتبطة بصراعات طفلية في مرحلة الطفولة أي صراعات في الوضعية الاكتئابية صراعات مرحلة الانفصال تفردية - تميز و الصراعات الأدبية التي مرت دون إشباع وبالظروف الداخلية والخارجية التي تنشط هذه الصراعات في مرحلة المراهقة يعد البلوغ و ظهور وتطور وظائف الأعضاء الجنسية العامل للصراعات الأدبية ، حيث تصبح التبعية للوالدين خطيرة بسبب أجنسة العلاقات بالوالدين (دخول عامل الجنس في العلاقة بين المراهق والوالدين) هذا ما يوقض عنده قلق الانفصال - تفردية (التميز)، الأحداث السلبية تدخل أيضا مع المخاوف و الهوامات حيث تبدو محسنة ، وهكذا يصبح الانفصال عن الوالدين في بعض الأحيان عبارة عن تحقيق لرغبات أدبية و توجب أو تتعش الجرم الأدبي ، ويعد الإخفاق في الحب عند المراهق كاستحالة الفرار من الرابط المحرم مع الوالدين (بمعنى أن المراهق يعيش إخفاقه في الحب كأنه علاقة محرمة مع الوالدين) يمكن الحديث هنا على تحالف بين الداخل والخارج صراعات داخلية وأحداث خارجية .

إذا كانت إعادة تنشيط الأدبية قوية جدا وكان النكوص ضعيف أو غير كافي هناك حلين اثنين في هذه الحالة :

في الحالة الأولى : يكون هناك نكوص مثبت أو تقوية ، بواسطة تكوينات إرتكاسية تظهر من خلال نفور موجه ضد الوالدين، حساسية من التبعية، وخجل مرتبط بالرغبات الجنسية أو كره جسدي كان نتيجة فقدان أبوي أو فقدان كمال نرجسي الجسدي والنفسي الطفولي والذي يعد المسئول على الاكتئاب يمكن التحدث هنا على الاكتئاب العصابي الحالة الثانية : عدم اكتمال أو اكتفاء النكوص الغرائز الجنسية والعدوانية و الهوامات الأدبية تتطلب الرجوع إلى الانشطار

للذات وللجسد والتي تسمح بوضع الأجزاء السيئة للجسد والذات على طرف و التي تهاجم وتستبعد هنا يمكن الحديث على الاكتئاب الحدي والتي تعود إلى تنظيم حدي. Henri (Chabrol, 2004,p 74)

تعقيب :

- فسر أنصار التحليل النفسي الاكتئاب بعبارة تثبيتا في المرحلة الفمية و عدوانا موجها نحو الذات، ولكن هناك بعض أوجه القصور التي تؤخذ على هذه النظريات تتمثل في الآتي:
- لم يحدد فرويد كم الإشباع الذي يعتبره كثيرا جدا أو قليلا جدا في المرحلة الفمية و يؤدي بدوره إلى الاكتئاب.
 - كما لم تقدم تلك النظريات تفسيراً حول عدم تحول الحب إلى الداخل كما يحدث بالنسبة للغضب.
 - كذلك لم تقدم تلك النظريات تفسيراً للأفراد الذين لم يفقدوا شخصا محبوبا و يصبحوا مكتئبين أو تفسيراً للأفراد الذين فقدوا الموضوع المحبوب و لم يكتئبوا في نفس الوقت. (حسين فايد، 2001، ص80)

النموذج الوجودي:

لقد اقترن المفهوم الشائع للوجودية بالإحساس بالعجز و الكآبة و اليأس ووفقا للمنظور الوجودي فان الاكتئاب هو توقف شعور الفرد بالزمن الذاتي و بوجوده، وهذا الرأي يوضح مدى التغيير الذاتي تجاه الشعور بالوقت و الزمن عند المكتئبين كما أفصحوا عنه بعد شفائهم، وتري الوجودية أنه من الصعب على المكتئب أن يرى مجاله الإنساني الأصيل للخبرة المعاشة بالدقة و الوضوح الكاملين، ولا يستطيع أن يترجم خبراته الرئيسة التي يحصل عليها إلى مفاهيم منتظمة.

ويربط (جان سارتر) بين القلق و الاكتئاب فيقول "أنني اقلق إزاء المستقبل، وان هناك أفعالا معينة و مهمة تواجه الإنسان تجعل هذا القلق يبرز أو يظهر فالقلق و الاكتئاب هما شعور ناتج عن مسؤوليتي تجاه الآخرين". (منتهى مطرش عبد الصاحب، 2011، ص112-113)

7-2-2 النموذج السلوكي :

يرى المنظرون السلوكيون أن الاكتئاب مكتسب شأنه شأن أي سلوك آخر وهم يفسرونه بمصطلحات المثير والاستجابة، فالمكتئبون يتسمون بانخفاض لعدة أنواع من النشاطات خاصة السارة منها و تعويضها بالهروب و التجنب.

ويؤكد السلوكيون على أن السبب الرئيسي للاكتئاب هو فقدان التعزيز، إذ أن الخمول أو ضعف الفعالية و الشعور بالحزن لدى المكتئب هو نتيجة انخفاض مستوى التعزيز الايجابي و ارتفاع مستوى الخبرات غير السارة. ويكمن علاج مرضى الاكتئاب بزيادة التعزيز الايجابي و إزالة الخبرات غير السارة.

وهناك الكثير من الأحداث تؤدي إلى الاكتئاب (كموت شخص عزيز أو فقدان العمل) وذلك حينما يجري إضعاف التعزيز المتعود عليه، فضلا عن ذلك فإن الأشخاص الذين يحملون استعدادات للاكتئاب قد يفتقرون إلى القدرة على التعامل مع الأحداث المؤلمة، كما أن قلة التفاعل الاجتماعي يؤدي بالفرد إلى فقدان مصدر رئيسي للتعزيز كان يحصل عليه من الأصدقاء و الآخرين، إذ أن سلوك المكتئب عادة ما يميل إلى الانعزال حتى عن أقرب الأفراد غليه، و هذا الانعزال قد يؤدي إلى حدوث سلوكيات غير توافقية مثل البكاء و نقد الذات و التكلّم عن الانتحار.

ويرى بافلوف (Pavlov) أن سبب الاكتئاب يتمثل بالصدمات التي يتعرض لها الطفل في الصغر وتكرار التجارب المؤلمة كالفشل و الحرمان، إذ تسبب له حالة من تطبيع المزاج في اتجاه الاكتئاب الذي يمكن أن يستثار في تجارب الكبر، خاصة إذا كانت هذه التجارب مشابهة لتجارب الصغر.

أما (سكينر) فيرى أن نوع الأحداث البيئية و معدلاتها هي العوامل الأساسية للاكتئاب، والذي يحدث نتيجة لأحد المواقف الثلاثة الآتية:

- انخفاض معدلات التعزيز.
- ارتفاع معدلات العقاب.

- استبعاد المثيرات المميزة لنتائج الاستجابة- التعزيز.

وقد اقترح ريم (Rehm) (1977) أنموذجا للاكتئاب على أساس عيوب ضبط الذات، وقد حدد في أنموذجه النواقص الخاصة بضبط الذات في ثلاثة جوانب هي:

مراقبة الذات: فالأفراد الذين يعانون من الاكتئاب يكونون منبهين للأحداث السلبية (السيئة) بشكل انتقائي، فضلا عن كونهم منبهين و بشكل انتقائي أيضا إلى النتائج الفورية أكثر من النتائج المؤجلة.

تقويم الذات: جمع المكتئبون معايير قاسية في تقويم أنفسهم.

تعزيز الذات: تكون للمكتئبين معدلات منخفضة من سلوكيات تعزيز الذات، بالإضافة إلى معدلات عالية من سلوك عقاب الذات.

ويطرح (ليونش) أنموذجا آخر للتدعيم السلوكي للاكتئاب يفترض فيه أن السلوكيات و المشاعر الاكتئابية تستثار بسبب انخفاض معدل تعزيز الاستجابة، وقد وجد أن المكتئبين يقومون بسلوكيات أقل و يستقبلون تعزيزاً إيجابياً للذات أقل، ويمارسون مهارات اجتماعية أقل، وتقل أنشطتهم مقارنة بالأفراد غير المكتئبين .

ويؤكد (ليونسز) (1974) على أن سبب الاكتئاب هو انخفاض معدل التعزيز الإيجابي الذي يحدث لسببين:

- فشل الفرد في القيام بالاستجابات المناسبة لتلقي التعزيز الإيجابي.

- فشل البيئة في توفير التعزيز. (منتهى مطرش عبد الصاحب، 2011، ص 113-115)

3-2-7 النموذج المعرفي :

إن جوهر النظرية المعرفية يشير إلى أن عمليات تفكير الفرد هي التي تحدد ردود أفعاله الانفعالية، ويكاد يجمع أغلب المنظرون المعرفيون على أن الاضطرابات النفسية هي حصيلة لعمليات التفكير اللاعقلانية و اللاتكيفية، إذ أشاروا إلى وجود علاقة بين هذه الاضطرابات النفسية و المدركات بما تتضمنه من معتقدات و أفكار و توقعات . لقد ركز رواد المقاربة

المعرفية وعلى رأسهم آرون بيك (Aron Beck) و ألبرت إليس (Ellis) عند دراستهم للاكتئاب على أنظمة التفكير، إذ أنهم لم يركزوا على ما يفعله الناس، ولكن على الكيفية التي يقيمون بها أنفسهم و العالم، فالسمة الرئيسية للمكتئبين هي نظرتهم السلبية لأنفسهم، والتي تتضمن نظرة متدنية للذات و انتقادها ولوم النفس، ورغبات انتحارية كما أن إدراكهم للأمور غير موضوعي، إذ أنهم يميلون إلى المبالغة في الأخطاء التي تحدث لهم.

ويشير أصحاب هذا المنظور إلى أن الاكتئاب ليس حالة مزاجية و حسب، ولكنه نتيجة مدركات خاطئة و خلل في التفكير، وهم يؤكدون على وجود عوامل مساعدة لحدوث الاكتئاب كالعوامل البيولوجية أو النفسية أو الاجتماعية، وبالنسبة لهم فإن اضطرابات التفكير له ثلاث عوامل أساسية هي:

- سوء تكيف الفرد مع محيطه.

- الرأي السلبي الذي يكونه الفرد عن نفسه و عن العالم .

- الأخطاء المنطقية الشائعة في استجابته للمعلومات الجديدة .

ويفسر المعرفيون بعض المظاهر السلبية للاكتئاب كالخمول و التعب و التهيج على أنها نتاج للمحتوى المعرفي السلبي، فالخمول و السلبية تعبيران عن فقدان الدافعية، و التعب السريع مبعثه التوقع الدائم للنتائج السلبية لأي فعل يقوم به المكتئب . (منتهى مطرش عبد الصاحب، 2011، صص 115- 116)

آرون بيك: يعتبر نموذج بيك Beck (1967) أكثر النماذج المعرفية أصالة و تأثيرا حيث تمثل الصيغة المعرفية Cognitive schemata حجر الزاوية في نظرية (بيك)، فجميع الأفراد يمتلكون صيغ معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئاتهم و الاحتفاظ بمعلومات هامة، أما الأفراد المكتئبون فيمتلكون صيغا ذاتية معرفية سلبية تستبعد على نحو انتقائي المعلومات الايجابية عن الذات و تبقى على المعلومات السلبية، ويقترح (بيك) أنه عند نقطة معينة في الطفولة ينمى الأفراد المكتئبون مثل هذه الصيغة، وذلك بسبب النقد المتزايد من

والوالدين أو ربما بسبب شدة أحداث الحياة السلبية، و حينما تقع أنواع مماثلة من تلك الأحداث في الرشد، فإن الصيغة السلبية تنشط و يبدأ المكتئبون في غريزة خبراتهم الشخصية السلبية .
ويتصف النموذج المعرفي لـ (بيك) بـ:

1. استدلال تعسفي أو خاطئ، أي أن الفرد يصل إلى استنتاج معين دون وجود دليل كاف
 2. تجريد انتقائي يتم الوصول منه إلى الاستنتاج من خلال عنصر واحد من العناصر الكثيرة الممكنة.
 3. المبالغة في التعميم، أو القيام باستنتاج شامل في الحكم من نقطة بدء خاطئة.
 4. التضخيم و التقليل اللذان يتضمنان أخطاء في الحكم على الأداء.
 5. لوم الذات، وهو إساءة تفسير الوقائع وفقا لأفكار سلبية واستنتاجات غير منطقية .
- كما لاحظ (بيك) أن التشويه المعرفي الذي يتضمن المشكلات الخمس السابقة قد يرجع إلى أن الأشخاص المكتئبين يعتقدون (ثالوثا سلبيا) من الاعتقادات تشتمل على:
- رأى عن الذات باعتبارها غير ذات قيمة و قاصرة .
 - رأى عن العالم باعتباره متوحشا و كريها.
 - رأى يأس عن المستقبل . (حسين فايد ، 2001، ص83)

كما يتفق (بيك) مع (فرويد) في أن تطور الاكتئاب لدى المريض يبدأ بخبرة تمثل فقداننا له، وقد يكون هذا فقدان واقعي أو خياليا وفي كل الحالات فإنه مبالغ فيه أو يدركه الشخص على أنه دائم وغير قابل للارتداد، كما ينظر إليه على أنه إنعكاس على الذات وعلى قدراته، مما يؤدي إلى مفهوم سالب للذات بأن الشخص خاسر وليس له قيمة، وقد يعزو الفرد سبب هذا الحادث المؤلم إلى عيوب في نفسه، كما يحكم على كل خبرة تالية حتى لو كانت بسيطة في جوانبها السلبية على أنها ترجع إلى نقص ذاتي أي أنه ينسب القصور لنفسه.

وتؤدي هذه النظرة السلبية للذات إلى نظرة سالبة للمستقبل أي أنه يقوم بالتعميم الأمر الذي يؤدي إلى نقص الدافعية. كما قد يفكر المكتئب في أن موته سيجعل الآخرين في حالة أحسن

مما قد يجعله قادرا على الإقدام على الانتحار .(أحمد عبد اللطيف أبو اسعد ،2011، ص391)

ألبرت إيليس: يؤكد إيليس (Ellis) في نظريته العلاج العقلاني الانفعالي على أن الاضطرابات النفسية تولدها أفكار الفرد، و أنها لا تنشأ عن الخبرات و الحوادث التي يمر بها الأفراد، وإنما بسبب الاعتقادات التي يحملونها عن هذه الحوادث، وقد تكون هذه الاعتقادات لا عقلانية، وبالتالي تدفع من يؤمنون بها إلى أن يصبحوا مضطربين و مكتئبين وغير فعالين و غير سعداء، و بالمقابل فإنهم إذا حرروا أنفسهم من تلك المعتقدات اللاعقلانية، فإنه من الصعب عليهم الوقوع فريسة للاضطرابات العاطفية، أو على الأقل فإن اضطراباتهم العاطفية لا تدوم .

إن جوهر نموذج (ألبرت إيليس) هو أن التفكير يسبق الانفعال، و أن هناك علاقة تفاعل متبادل بين التفكير و الانفعال و السلوك. إذ يوجد اتصال متبادل بين هذه الوحدات الثلاث، فهي غير منفصلة وتؤثر في بعضها البعض، و أن أي تغيير في واحدة منها يؤدي إلى تغيير متزامن في الجوانب الأخرى.

إن جوهر هذا النموذج يتلخص في أن ألم الكائن البشري يصدر عن مصدرين، خارجي و داخلي، الأول هو الألم الذي يقع على أجسادنا من جوع أو مرض أي الألم الفيزيائي، أما النوع الثاني فهو الذي يتأتى من التفكير الخاطئ اللاعقلاني، إذ أن تأويلات و تفسيرات الفرد هي المسببة لرد الفعل السلوكي الانفعالي.(بنعيسى زعبوش،2011،ص233)

تعقيب:

بالرغم من إسهامات النظريات المعرفية في تفسير الاكتئاب، إلا أن ثمة قصورا يتضمن هذه النظريات، وسوف يتم عرضه على النحو التالي:

- ركزت النظريات المعرفية على الأفكار و المعتقدات السلبية في تفسير الاكتئاب، ولم توجه الانتباه إلى عوامل أخرى مثل الاستعداد النفسي الداخلي، و العوامل البيئية المسببة للاكتئاب.

- تنطبق الأفكار و المدركات السلبية على بعض أنماط الاكتئاب الموجودة في التصنيفات التقليدية للاكتئاب (مثل الاكتئاب أحادي وثنائي القطبية)، غير أنه لا يوجد نمط فرعي للاكتئاب يتسم بالأفكار و المدركات السلبية فقط.
- إن تأكيد النظريات المعرفية بأن الأشخاص المكتئبين يعتقدون مدركات سلبية دون المدركات الايجابية، فهذا أمر يختلف مع نتائج الدراسات الإمبريقية حيث أن الأفراد المكتئبين قد قرروا متوسط تكرار يصل إلى حوالي فكرتين ايجابيتين من كل ثلاث أفكار سلبية. (حسين فايد ،2001، ص83- 84)

7-2-4 نظريات التعلم في الاكتئاب:

سليجمان: وجهة نظر أخرى تربط بين نظرية التعلم و النظرية المعرفية يعتبر نموذج سليجمان من أهم وأحدث النماذج المفسرة للاكتئاب حيث يفترض (**سليجمان**) في نظرية (العجز المكتسب) من خلال تجاربه على الحيوان أن الاكتئاب هو رد فعل للعجز، إذ أن تعريض الحيوانات لصدمات كهربائية لا يمكنها الهروب منها يؤدي بها إلى العجز و اليأس و بالتالي الاكتئاب، وهنا يؤكد (**سليجمان**) على دور اليأس كونه مسببا للاكتئاب، وهو يرى أن فشل الفرد أو عجزه عن التحكم بالأحداث التي يواجهها يؤدي به إلى الاكتئاب فالأفراد يمتلكون حاجة قوية لممارسة الضبط الذاتي أو التحكم في محيطهم، أو بالأحداث التي يمرون بها. ويرى أن توقع الأفراد بأن الأحداث أو المواقف التي يمرون بها غير قابلة للضبط أو التحكم، يخلق لديهم حالة من العجز المؤدي إلى اضطرابات نفسية من أهمها الاكتئاب. فالمكتئب يعزو و ينسب للأحداث المقبلة اتجاهات و توقعات سلبية، وهذا يؤدي إلى تقييم ذاتي غير مرغوب و تفترض نظرية العجز المتعلم، أن بعض أشكال الاكتئاب على الأقل في مرحلة الطفولة و المراهقة هي نتيجة للأنماط المعرفية السلبية، و الأحكام العقلية النهائية (منتهى مطرش عبد الصاحب ،2011، ص 119 ص120)

كما يرى (**سليجمان**) أن القلق الذي هو استجابة مبدئية للمواقف الضاغطة يتم تحويله أو استبداله بالاستجابة الاكتئابية، إذا اعتقد الفرد أنه لا يمكن ضبط الموقف، و تؤكد هذه النظرية

على الطريقة التي يتعلم الفرد بها كيف يدرك العلاقة بين النشاط و النتائج التي يقف أمامها عاجزا و أن أي جهد سوف يكون جهدا ضائعا.

و هناك بعض الدراسات المعملية أو المختبرية التي تؤيد نظرية (سليجمان) و التي أجريت على الحيوانات و على الإنسان ففي إحدى هذه الدراسات التي أجريت على الكلاب كانت مجموعة من الكلاب تتلقى عددا من الصدمات الكهربائية المؤلمة، تلك الصدمات التي لم يكن في وسع الكلاب الهروب منها و تفاديها بينما كان هناك مجموعة أخرى من الكلاب لم يكن لها سابق خبرة بتلك الصدمات الكهربائية المؤلمة و الحتمية هذه المجموعة في مكان تستطيع فيه تحاشي أخذ الصدمة الكهربائية إذا تعلمت كيف تستجيب لحل موقف مشكل عن طريق الجري إلى غرفة أخرى كانت متوفرة في الموقف التجريبي، لقد كان تصرف الكلاب التي سبق لها التعرض للصدمة الحتمية مختلفا عن تصرف تلك التي لم تمر بهذه الخبرة، بعد تلقي أول صدمة فورا توقفت المجموعة الأولى من الكلاب عن الجري و ظلت في حالة يائسة، يبدو أنها قبلت المثير المؤلم كما أنها لم تتعلم استجابة التحاشي كما حدث للمجموعة الثانية، و اكتسبت شعورا بالعجز عندما تعرضت للألم، في هذه التجربة وجد (سليجمان) أن الحيوانات تصبح في حالة من اليأس في مواقف الضغط الحتمية، أي تلك التي لا يمكن الإفلات منها، لقد أصبحت الحيوانات سلبية في مواجهة الضغط أو الانحصار و فشلت في ابتكار سلوك يساعد على التكيف، و أصبحت تعاني من فقدان الشهية أو الإبقاء على الطعام الذي تتناوله و تفقد وزنها هذا على المستوى الفيسيولوجي.

و لقد أيدت التجارب التي أجريت على الإنسان نتائج التجربة السابقة التي أجريت على الحيوانات، ففي إحدى الدراسات تم تقسيم عينة من طلاب إحدى الجامعات الأمريكية إلى فئتين: فئة كئيبة و فئة غير كئيبة على أساس من تطبيق اختبار (بيك)، ثم أعطيت لهم عدة محاولات على نوعين من المشكلات: إحدى هذه المشكلات هو الطلب من المفحوص أن يضمن أن الشريحتين سوف تظهر في مناسبة معينة (فكان الترتيب عشوائياً) و المشكلة الثانية كانت عبارة عن إزالة أو تحريك منصة لمنع كرة من الصلب من الاستمرار من التدرج.

في النوع الأول من النشاط لم يكن مطلوباً أية مهارة بينما في النشاط الثاني كانت هناك بعض المهارات المطلوبة، و بعد كل محاولة كان الباحث يسأل هؤلاء الشباب عما إذا كانوا يتوقعون النجاح في المحاولات المقبلة، و لقد وجد أن هؤلاء الطلاب الذين حصلوا على درجات عالية في اختبار الاكتئاب، لم يدركوا أن أي نشاط يقومون به سوف يجلب لهم المكافأة، بينما الطلاب الذين حصلوا على درجات أقل على اختبار الاكتئاب ظهر أنهم يتأثرون بالنجاح أو الفشل في النشاط التالي الذي يتطلب المهارة.

و امتدت هذه التجربة إلى ما هو أبعد من ذلك عن طريق تحريك زر كهربائي مخفي بحيث يكون المفحوص اعتقاداً خاطئاً بالنجاح أو الفشل في كل محاولة و بذلك تم إدخال نجاح المفحوص أو فشله في التجربة، و حتى في هذه التجربة تبين أن الطلاب المكتئبين حتى عندما كانوا ينجحون في العمل المطلوب في بعض المحاولات في السلوك الماهر لم يزد ذلك من توقعاتهم بالنجاح في المحاولة التالية.

و لكن يتعين علينا أن ندرك أن مثل هذه التجارب التي تجري على الأسوياء تختلف عن الحالات المرضية التي تتلقى العلاج و لكن مع ذلك تضيف مثل هذه التجارب بعضا من التأييد في تفسير الاكتئاب كسلوك معرفي أو سلوك له مستوى معرفي عقلائي. (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2008، ص 255-275)

كما إقترح أبرامسون و زملاؤه ، **Abramson et al (1978)** تعديلا رئيسيا لنظرية العجز المتعلم، الذي عرف باعتباره نموذج العجز المعاد صياغته فقد لاحظوا أنه ليس كل شخص يخبر أحداثا سلبية لا يستطيع التحكم فيها يصبح مكتئبا، و أنه توجد عوامل إما أن تعزل من أو تعرض الأفراد للاكتئاب في ضوء هذه الأحداث، ويعتبر أسلوب العزو أهم تلك العوامل ، و العزو إما أن يكون داخليا حيث يرى الفرد أنه المسؤول عن الحدث و عادة يتسم الأفراد المكتئبون بأن لديهم ميلا لعزو داخلي ثابت و شامل للأحداث السلبية. و إما أن يكون غزو خارجي غير ثابت خاص بالأحداث الايجابية، كما اقترح (أبرامسون) نمطا فرعيا لإدراك الاكتئاب، و اعتقد أن الاكتئاب ليس اضطرابا منفردا و لكنه نوع ما من مجموعة متغايرة من الاضطرابات و أن الاضطراب الاكتئابي يتسم باليأس وهو نمط من العزو الذي يؤدي بالناس إلى الشعور بالعجز في التعامل بفاعلية مع الضغوط في حياتهم. (حسين فايد، 2001، ص81)

نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا (Bandura 1977) :

وقدم (باندورا) (Bandura, 1977) وجهة نظر حديثة في السلوك الإنساني بصفة عامة تعرف بالنظرية الاجتماعية المعرفية Social Cognitive Theory و تتص النظرية باختصار أن السلوك الإنساني والشروط البيئية، والعوامل المعرفية أو الشخصية (والتي تشمل على تشكيلة متنوعة من السمات) تتفاعل مع بعضها البعض بأساليب معقدة باعتبارها عاملا مؤثرا في حدوث الاضطراب من حيث الكم والكيف، وطبقا للنظرية الاجتماعية المعرفية، فإن سماتنا وطرقنا في التفكير تؤثران في سلوكنا، وهذا على التعاقب، وهذا يؤثر بدوره في البيئة

الخارجية، والتي تشكل بدورها عملياتنا المعرفية وسلوكنا ، أي أن كل عنصر من العناصر الثلاثة يؤثر ويتأثر بالعنصرين الآخرين.

تقوم هذه النظرية على أساس ملاحظة سلوك الفرد في عملية التفاعل الاجتماعي، إذ يستطيع الأفراد ملاحظة وتقويم أثر سلوكهم في الآخرين، ويمكن تعديل أو تكيف سلوكهم تبعاً لذلك، وقد اقترح (باندورا) بأن الأفراد لديهم القدرة للدخول في عملية الفكر الرمزي، مما ينتج عنه مرونة بأن ينظروا إلى أنفسهم من خلال أفعالهم، وقد ساهمت هذه النظرية في النموذج المعرفي إلا أنها تبقى ضمن الإطار السلوكي. (محمد بن سالم بن محمد القرني، 2008، ص83).

تعقيب:

قدمت نظريات التعلم عامة و نظرية العجز المتعلم خاصة إسهامات كبيرة في تفسير الاكتئاب، ولكن يؤخذ عليها ما يلي :

- أن تفسير الاكتئاب باعتباره استجابة مكتسبة تم استنتاجه من تجارب أجريت على الحيوانات و تم تعميم نتائجها على الإنسان و هذا شيء غير منطقي حيث أن هناك فرقا كبيرا كيفيا بين عالم الحيوان و عالم الإنسان، وهذا ما أكده الدليل التجريبي أثناء التحقق من صدق نظرية العجز المتعلم وأدى إلى تعديلها بواسطة (أبرامسون و زملائه).
- لم تقدم نظريات التعلم جديدا عن ما قدمته نظرية التحليل النفسي حيث أن فقد التدعيم الذي فسرت به نظريات التعلم الاكتئاب لا يختلف كثيرا عن فقدان موضوع الحب في المراحل المبكرة من العمر الذي فسرت به نظرية التحليل النفسي الاكتئاب. (حسين فايد، 2001، ص82).

النظريات المعرفية الاجتماعية في الاكتئاب:

تفسر هذه النظرية الاكتئاب من خلال مزج و خلط مفاهيم النماذج العقلية و الأهداف الشخصية و الأدوار الاجتماعية، وترى أن الاكتئاب يمكن أن يفسر باعتباره فقداناً لهدف قيم أو دور اجتماعي لدى الفرد الذي لديه مصادر أخرى قليلة لقيمة الذات. (حسين فايد، 2001، ص85)

تعقيب:

لقد أدمجت تلك النظرية النماذج العقلية و الأهداف الشخصية و الأدوار الاجتماعية معا في تفسير الاستهداف للاكتئاب، ولكنها أغفلت دور العوامل البيولوجية في الاستهداف للاكتئاب، إلا أنه لا يقع في الاكتئاب بسبب عدم وجود استعداد وراثي للاكتئاب لديه .(حسين فايد، 2001، ص86)

7-2-5 النموذج البيئشخصي للاكتئاب:

تركز النماذج البيئشخصية في فهم الاكتئاب على ضغوط الحياة و أساليب المواجهة، كما تهتم أيضا بالتفاعلات بين الأشخاص المكتئبين و بيئاتهم، وكيف أن هذه التفاعلات تعمل على إبقاء و استمرار الاضطراب الاكتئابي. فبالنسبة لضغوط الحياة و أساليب المواجهة يقترح أنصار هذا الاتجاه أن الاكتئاب قد يفهم كفشل في المواجهة الفعالة لضغوط الحياة، و قد افترضنا أن المواجهة الفعالة مع المشكلات أو الضغوط يمكن أن تقلل من تأثير هذه المشكلات، وتساعد على منعها من أن تصبح مزمنة، فالمرضى المكتئبون يظهرون شفاء أقل إذا ما أظهروا مهارات مواجهة فقيرة أو غير جيدة و تعتبر استراتيجيات التجنب و المواجهة المركزة على الانفعال (مثل : التفكير الخاطئ الذي يرغب فيه الشخص نفسه- لوم الذات - الوحدة النفسية). من أهم العوامل في تفسير الاكتئاب حيث أنها أساليب مواجهة غير جيدة تساعد على بقاء نوبات الاكتئاب، وهذا ما أشار إليه **هينجز و إنذر** إلى وجود ثلاثة أساليب أو عمليات للتعامل مع الضغوط هي :

1- **أسلوب التوجه الانفعالي:** ويقصد به ردود الأفعال الانفعالية التي تنتاب الفرد و تنعكس على أسلوبه في التعامل مع المشكلة، وتتضمن مشاعر الضيق و التوتر و الانزعاج و الغضب و الأسى و اليأس.

2- **أسلوب التوجه نحو التجنب:** و يقصد به محاولات الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة و أن يكتفي بالانسحاب من الموقف، ويطلق على هذا الأسلوب- أيضا - أسلوب الإحجام في التعامل مع المواقف الضاغطة .

3- أسلوب التوجه نحو الأداء: وهو المحاولات السلوكية التي يقوم بها الفرد للتعامل مباشرة مع المشكلة و بصورة واقعية و عقلانية، ويتضمن ذلك معرفة الأسباب الحقيقية للمشكلة، و الاستفادة من الخبرة في المواقف السابقة، و اقتراح البدائل للتعامل مع المشكلة و إختيار أفضلها، ووضع خطة فورية لمواجهة المشكلة. (حسين فايد ،2001، ص ص 86- 87)

وقد أشارت الدراسات الإمبريقية إلى أن الأفراد المكتئبين كانوا أكثر ميلا للاعتماد على أسلوب التوجه الانفعالي كأحد الاستراتيجيات السلبية في التعامل مع المواقف الضاغطة أما الأفراد منخفضي الاكتئاب كانوا أكثر ميلا للاعتماد على إستخدام أسلوب التوجه نحو الأداء، كأحد الاستراتيجيات الايجابية في مواجهة ضغوط الحياة .

أما بالنسبة للمساندة الاجتماعية، فتعتبر أحد العوامل البينشخصية الهامة في تفسير الاكتئاب، حيث يشير التراث النفسي إلى أن انخفاض المساندة الاجتماعية أو المساندة الاجتماعية غير الجيدة تؤدي إلى أو تبقي على الأعراض الاكتئابية .

والحقيقة أن هناك جوانب كثيرة من الاكتئاب، تجعل علاقة المكتئب بالمحيط الاجتماعي مصدرا للضيق و التعاسة و الاضطراب، فالمكتئبون يتسمون بعدم الايجابية في المواقف الاجتماعية، ويجدون صعوبة شديدة في بدئ علاقة جديدة، وأنهم أقل من غيرهم تفاعلا و تبادلا سواء تعلق ذلك بحجم الكلام أو الأفعال المطلوبة في مثل هذه المواقف، أو ملاءمتها لمواقف التفاعل و طبيعة العلاقة الاجتماعية، كما يصف الآخرون المكتئب بالجمود والتصلب و الافتقار للمهارات الاجتماعية الضرورية للنجاح و التفاعل، كما يتعرض المكتئبون في مواقف التفاعل لكثير من الإحباطات، ومشاعر التعاسة بسبب حساسيتهم الشديدة للرفض و التجاهل.

وهكذا يبدو أن خبرات الرفض و فشل العلاقات بالآخرين ينشأ عنها هيكل أو صيغة معرفية تدور حول الفشل و الخوف من فقد الأخر الأمر الذي تنشط معه مشاعر العجز و عدم القيمة و الأهمية.

كذلك فرغم أن المكتئبين تبدو عليهم المحنة و المعاناة كلما إلتمسوا دعم الآخرين إلا أن البيئة الاجتماعية قد تقدم الطمأنينة و الدعم في البداية لكنها قد ترفض المكتئبين أو تتحاشاهم فيما بعد نظرا لعدم تجاوبهم الأمر الذي يزيد من عدم أمن المكتئبين و زيادة إعتماديتهم .

ويبدو مما سبق أن العلاقة بين الاكتئاب و اضطراب السلوك الاجتماعي علاقة جدلية (حلقة مفرغة)، أي من غير المعروف أيهما السبب و أيهما النتيجة، ففي حالة الاكتئاب يجد الشخص نفسه عزوفا عن الاحتكاك و التفاعل الاجتماعي، ويؤدي فشله في ذلك إلى تدعيم اكتئابه، كما أن العكس صحيح، فوجود رصيد ضعيف من المهارات الاجتماعية، و الفشل المتكرر في العلاقات الاجتماعية يؤدي إلى الإحباط و مشاعر الفشل و التعاسة. (حسين فايد، 2001، صص 88- 89)

تعقيب:

يلاحظ من عرض التفسيرات البيئشخصية للاكتئاب، أنها ركزت على عوامل التفاعل بين الأشخاص، مع إهمالها للديناميات النفسية داخل الفرد، كما أنها أغفلت دور الاستعداد الوراثي في الإصابة بالاكتئاب.

تعليق عام على نظريات الاكتئاب: كان الهدف من عرض هذه النظريات التعرف على الجوانب المتعددة للاكتئاب حيث يرى بعض المحللين النفسيين أن الاكتئاب نوع من الفشل أو العجز الوظيفي الذي يعاني منه المكتئب، وذلك لأن الشخص المكتئب يصاب بضعف شديد في وظائفه الحيوية الكيميائية .

بينما يرى السلوكيون أن سبب الاكتئاب نوع من العجز الذي يصيب الفرد عندما تقع له خبرات مؤلمة وفي نفس الوقت تعجز البيئة والظروف المحيطة به عن تعويضه أو مساندة و تدعيمه لمواجهة تلك الخبرات المؤلمة .

في حين يفترض أصحاب النظرية الاجتماعية في علم النفس، أن الاكتئاب يحدث نتيجة لعجز الفرد في محاولاته لتأكيد ذاته، وفشله في العلاقات والمهارات الاجتماعية وتفاقم مشكلاته.

أما أصحاب النظرية المعرفية فيرون أن الاكتئاب يحدث نتيجة التشوهات التي تصيب عمليات التفكير والاعتقادات والاتجاهات الفكرية و اللاتكيفية حيث يعتقد الشخص المكتئب أن التشاؤم يحميه من المخاطر، وبقية من التعرض لمزيد من الفقد، ويرى أن الأمل يمكن أن يجعله نشيطا فيتعرض لكثير من أشكال المخاطرة والاستهداف، وأن المزيد من الأمل يعرضه للخبرات الحياتية الحسنة والسيئة، لذا فإنه يتجنب الانزلاق إلى مزيد من المخاطرة والمجازفة ويعيش في إطار من التشاؤم مما يجعله أكثر اكتئابا. وهكذا يبدو أننا في حاجة إلى اتجاه تكاملي لتفسير الاكتئاب من خلال الاستعداد الوراثي، و الديناميات النفسية لدى الفرد، و عوامل التفاعل الاجتماعي المتمثلة في التعامل مع الحدث الضاغط و كيفية مواجهة هذا الحدث، وحجم و نوع المساندة الاجتماعية المدركة بالإضافة إلى الصيغ المعرفية التي يمتلكها الفرد في معالجة المعلومات. (عبد المنعم عبد القادر الميلادي، 2003، ص 222)

VII الاكتئاب وعلاقته بمتغيرات الدراسة:

1-8 الاكتئاب و الأفكار اللاعقلانية: عرف (إليس) الأفكار اللاعقلانية بأنها تلك الأفكار السالبة الخاطئة ، وغير المنطقية ، وغير الواقعية ، والتي تتسم بالذاتية وعدم الموضوعية ، وتتأثر بالأهواء الشخصية ، والمبنية على توقعات وتعميمات خاطئة ، وعلى مزيج من الظن والاحتمالية والتهويل والمبالغة والتي لا تتفق مع إمكانيات الفرد الواقعية وقد حدد (إليس) إحدى عشرة فكرة لا عقلانية يعتقد أنها مسؤولة عن العديد من الاضطرابات ، كالقلق والاكتئاب وغيرهما ، وتبلورت تلك الأفكار حول عدة محاور هي :

ولقد فسّر (إليس) دور الأفكار اللاعقلانية في السلوك المضطرب من خلال نظريته الشهيرة ABC، حيث إن الأحداث أو الخبرات المنشطة يرمز لها بالحرف A ، ونظام التفكير لدى الفرد يرمز له بالرمز B ، أما الاضطراب الانفعالي الناشئ عن الحدث فيرمز له بالرمز C .

ويرى أن الحدث الذي يقع لا ينشأ عنه الانفعال مباشرة ، إنما ينتج عن منظومة تفكير الفرد ، فإذا كان التفكير لا عقلاني وغير منطقي يصبح الانفعال مضطربا ومشوشا ويرى (إليس) أن الفرد يكتسب تلك الأفكار اللاعقلانية منذ الصغر ، حين يكون الطفل غير قادر على التفكير بشكل واضح ، ويستمد حقائقه في تخيله للعديد من المخاوف ويعتمد في تخطيط حياته على الآخرين ، وما توارثوه من الخرافات والاتجاهات التعصبية التي يتبعونها مباشرة من الأسرة. (هشام عبدالحميد محمود، ب س)

2-8 الاكتئاب وعلاقته بالشعور باليأس :أشار كل من ميلجس و بولبي (Melges and

Bowlby) إلى أن لليأس أهمية في الشعور بالاكتئاب حيث أن الأمل و اليأس يؤديان بالمريض إلى تقييم قدرته على تحصيل أهدافه الأكيدة هذا التقييم يعتمد على نجاحه الأولي في تحصيل أهدافه الخاصة، وبالمثل في تأثيرها على تحصيل أهدافه بوجه عام ويكون لدى الاكتئابي شعور باليأس حول مستقبله عندما يعتقد :

- أن مهاراته غير قادرة على أن تصل إلى أهدافه.

- أنه فاشل لأنه لا يملك القدرة ويجب أن يعتمد على الآخرين.
- أن مجهوداته السابقة في هذا الوقت الطويل فشلت في تحقيق أهدافه، ومع ذلك فإن مشاعر الاكتئابي تجعله غير قادر على تحقيق أهدافه وتبقى ذات أهمية ويصبح منشغلا

بها. (نبيل محمد الفحل، 2009، ص ص 41-42)

3-8 الاكتئاب وعلاقته بتقدير الذات :

إن تقدير الذات هو التقويم الذي يضعه الأفراد لأنفسهم ويشمل قبول الفرد لذاته أو عدم قبولها ومدى شعوره بالمقدرة والأهمية والفاعلية، ويتركز تقدير الذات على قيمة الشخص في نظر نفسه وفي دراسة حديثة لـ " سميث و بيتز " عام 2002 (Betz & Smith) أشار الباحثان

إلى أن تقدير الذات يقوم على النظرة السلبية أو الإيجابية للذات ومدى قابلية الفرد للصحة النفسية السوية أو المضطرب، ويعتبر (وغنر) (Wagner) أن الفرد بحاجة إلى الإنتماء والاستحقاق . و الاستحقاق هو الإحساس الذي يعبر من خلاله الفرد عن تساؤلاته إذا كان جيداً وله قيمة ومن هو وإلى من ينتمي، والمهمة الأساسية لمرحلة المراهقة هي في إعادة تقوية الذات على قاعدة الإنتماء والاستحقاق.

من هنا نلاحظ أن أسباب تقدير الذات المنخفض يعود إلى شدة إساءة المعاملة التي تشكل العامل الأكثر قوة في إحداث التقدير المتدني للذات" وبخاصة الإساءة التي تتضمن الرفض الأبوي بحيث أظهرت دراسة (روبرتسون وسيمونز) (Robertson and Simons) أن الإحساس بالرفض الأبوي مرتبط بالاكتئاب وتقدير الذات المتدني وكما أن التفكير الخاطئ يؤدي إلى تقدير ذات متدن، فالأفراد الذين يظهرون افتراضات خطأ وتفكيراً خطأ يكونون ضحية النظرة السلبية عن ذاتهم وبالتالي فإن تقديرهم عن ذواتهم متدن.

وهناك دراسات ركزت على تقدير الذات كمتغير مهم في ظهور الاضطرابات الانفعالية لدى الأفراد ومنها الاكتئاب كدراسة (لاوستون غوتلب وسيلي) عام 1997 (Lewiston, Gotlib and Seed) وكرنس عام 1997 Kernis الذي وجد علاقة بين انخفاض تقدير الذات و الاكتئاب، وقد وجد "غوتلب وسيلي عام 1997 Gotlib and Seely أن مستوى تقدير الذات يعتبر عاملاً حاسماً في الاكتئاب وأنه ليس مجرد متغير محدد أو مخصص لهذا الاضطراب فقط، وقد توالى الدراسات التي تناولت تقدير الذات وعلاقته مع ظهور الاكتئاب، ومن هذه الدراسات تلك التي قام بها هيلمان وزملاءه (هيلمان و غاربر) عام 1995

Hillman and Garber. حيث أوضحت نتائجها أن حوادث الحياة السلبية تنبئ بحصول الاكتئاب عند بعض الناس، ووجدت دراسات أخرى أن تقدير الذات ومفهوم الذات الإيجابي للفرد يعدلان من العلاقة بين الحوادث الحياتية الضاغطة وظهور الاكتئاب لدى الراشدين .

كما يمكن إرجاع الاكتئاب في مرحلة المراهقة إلى ما يتعرض له مفهوم الشخص عن ذاته في هذه المرحلة العمرية من تغير وإعادة تنظيم في البناء، إذ يقترح (إليس وديفيس) Elice ,Davis بناء على نظرية "بيك" Beck أن الاكتئاب ليس مجرد عرض لمتغيرات فيزيولوجية ولكنها قد تكون رد فعل للمتغيرات ولإعادة تكوين الذات ، ومفهوم الذات في مرحلة المراهقة، وفي هذا الصدد يؤكد (باكر) parker على العلاقة بين تقدير الذات والاكتئاب ويرى أن انخفاض في تقدير الذات ربما يعتبر المؤشر لحدوث الاكتئاب.

كذلك وجد "ريتولدز" Renolds أن تقدير الذات هو عبارة عن تكوين يرتبط بالاكتئاب معتبرا أن مفهوم الذات يعتبر أحد المتغيرات الوجدانية المرتبطة بالاكتئاب، وأنه يمكن النظر إلى مفهوم الفرد عن ذاته مثله في ذلك مثل الاكتئاب كأحد مكونات الحالة التي تكون عليها صحة الفرد النفسية .

وفي دراسة عربية عن مشكلات الانفعالية للطلاب الجامعيين في السعودية وعلاقتها بتقدير الذات ، وجد (عطا) عام 1993 أن تقدير الذات متغير مستقل يرتبط بالاكتئاب كمتغير تابع وكذلك بالتحصيل الأكاديمي عند الجنسين، وعلى صعيد مرحلة المراهقة ، وجدت (غرين) عام 1981 GREEN في دراسة عن الاكتئاب. بعض المتغيرات المرتبطة به في مرحلة المراهقة، وأظهرت النتائج وجود علاقة دالة بين الاكتئاب وتقدير الذات حيث ارتبط الانخفاض

في تقدير الذات بالمستويات المرتفعة في الاكتئاب، وفي هذا الصدد اعتبر (بيك) Beck أن المكتئب يميل إلى أن يرى نفسه بأنه عاجز وغير كفؤٍ وعديم القيمة والفعالية في محيطه وفي مجتمعه لذلك ، فإن التقدير السلبي للذات يتيح الفرصة لظهور السلوكيات غير التوافقية وحالات وجدانية سلبية مثل القلق والاكتئاب ، بينما يشكل تقدير الذات الايجابي متغيراً يعطي الدعم والحماية للفرد في ظل المواقف الحياتية الضاغطة (لبا سليم معرس، 2010 ، ص 124 127).

8-4 الاكتئاب وتوكيد الذات: توصلت نتائج بعض الدراسات كتلك التي قام بها وولب (Wolpe, 1979) وحيث أظهرت أن أحد أنواع الاكتئاب يرجع أساساً إلى وجود حالات من القلق يتعرض لها الفرد في المواقف الاجتماعية ، مما يؤدي إلى افتقاره القدرة على ضبط هذه المواقف . ولقد أجريت العديد من الأبحاث للتحقق من الأساس السابق - و الذي يربط بين النقص في المهارات الاجتماعية للفرد وما يصيبه من اكتئاب - واعتبر " ليفينسون" رائد هذا الاتجاه في الولايات المتحدة.

ولقد تحقق الفرض و الذي يذهب إلى وجود علاقة سالبة دالة إحصائياً بين الاكتئاب من جهة وبين ما يتصف به الفرد من مهارات اجتماعية وبالذات ، قدرته على توكيد ذاته ، وبناء على ذلك ، أصبح أسلوب التدريب على السلوك التوكيدي من أكثر الأساليب التي يستخدمها السلوكيون في التعامل مع العديد من الاضطرابات العقلية وخاصة الاكتئاب .

وفي دراسة بوروفاي عن العلاقات بين الاكتئاب وتوكيد الذات ومركز الضبط لدى طالبات الجامعة ، قامت بالتحقق من الفرض الذي يذهب إلى وجود علاقة سالبة بين الاكتئاب وتوكيد الذات باستخدام عينة من الأسوياء ، وأظهرت نتائج الدراسة أن

الطالبات اللاتي كن أقل توكيداً ، أظهرن مستوى أعلى من الاكتئاب عندما تم قياس توكيد الذات بواسطة مقياس تقييم سلوك لعب الأدوار . ولقد اقترحت الباحثة استخدام أسلوب التدريب على السلوك التوكيدي في التعامل مع المكتنبات من الطالبات .

وقام بالدراسة الثانية لي و باكوين (Lea & Paquin, 1981) وكان هدف الدراسة الرئيسي هو التحقق من العلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات وذلك باستخدام عينات سوية وإكلينيكية. وأظهرت نتائج الدراسة ، أن كل معاملات الارتباط بين الاكتئاب وتوكيد الذات لكل أفراد الدراسة كانت سلبية واضحة وكان معنى هذا أن الأفراد الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس توكيد الذات ، قد حصلوا على درجات منخفضة على مقياس الاكتئاب . ولقد أشار الباحثان إلى احتمال أن العلاقة السالبة بين الاكتئاب وتوكيد الذات توجد بالذات لدى الإناث أكثر من وجودها لدى الذكور . ولقد علل الباحثان ذلك بأن المجتمع يميل إلى تشكيل النساء فيه ليدركن ويرون أنفسهن بوصفهن سلبيات وضعيفات بالمقارنة لما يعطيه المجتمع للذكور فيه من حرية في الحركة والتعبير ، والشعور بالإيجابية والقوة . (غريب عبد الفتاح غريب، 1987، ص48)

8-5 الاكتئاب و الجندر:

تشير الأرقام إلى زيادة انتشار الاكتئاب النفسي لدى الإناث بنسبة تفوق حدوث هذه الحالات بين الرجال في بعض الدراسات تقدر نسبة الإصابة بالاكتئاب بين المرأة والرجل بحوالي 1:2 وفي دراسات أخرى وجد أن هذه النسبة 2:3 ويدل ذلك على أن مقابل كل حالة اكتئاب في الرجال يوجد حالتين في النساء أو مقابل كل حالتين في الرجال يوجد ثلاث حالات في السيدات ، وتشير إحصائيات أخرى إلى أن احتمال إصابة المرأة بالاكتئاب علي مدى سنوات العمر يصل 28 في الألف بينما يبلغ في الرجال حوالي 15 في الألف .

ولد ساد لوقت طويل اعتقاد بأن فترة توقف الحيض " Menopause " بالنسبة للسيدات والتي يطلق عليها تجاوزاً مصطلح " سن اليأس " ترتبط بزيادة حدوث الاكتئاب غير أن هذه المرحلة من الناحية العملية لا يوجد بها زيادة في نسبة حالات الاكتئاب مقارنة بمراحل العمر الأخرى، وربما أسهمت التغيرات البيولوجية التي تحدث للسيدات في هذه المرحلة مثل تغييرات في إفراز بعض الهرمونات الأنثوية في زيادة حدوث بعض الأعراض الجسدية التي تؤدي بدورها إلى اضطراب التوازن النفسي لكن ما يطلق عليه " اكتئاب سن اليأس " هو حالة لم يعد لها وجود في مراجع الطب النفسي الحديث .

وبالنسبة للرجال فإن تقدم العمر والتقاعد قد يرتبط بزيادة في فرص الإصابة بالاكتئاب وتشير بعض الإحصائيات إلى أن نسبة الاكتئاب تصل إلى 15% في المسنين (فوق سن 65 سنة) وقد يرتبط ذلك بزيادة فرص الإصابة بالأمراض الجسدية في فئة المسنين بصفة عامة والتي تعرف بأمراض الشيخوخة كما تؤكد دراسات من المملكة المتحدة أن نسبة الانتحار بين مرضي الاكتئاب من المسنين حيث يشكل المسنون الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة ما يقرب من 25% من حالات الانتحار في المملكة المتحدة وتزيد نسبة الانتحار في الرجال عنها في السيدات ويمثل ذلك مشكلة كبرى بالنسبة لجهات الرعاية الصحية والنفسية هناك .(لطفي الشرييني، 2011، 123)

VIII الاكتئاب في مرحلة المراهقة:

يعمل الاكتئاب عند إصابته للأفراد في مرحلتي الطفولة أو المراهقة على إعاقة النمو الانفعالي والاجتماعي العادي أو السوي، ويسبب أوجه قصور ذا دلالة في وظيفة الذات وفعاليتها، وفي العلاقات البيئشخصية. كما يؤدي إلى انخفاض في معدل التوافق الاجتماعي في المراهقة، ويرتبط إلى جانب ذلك باضطرابات الشخصية. وفي هذه الحالة الأخيرة تقل استجابة المريض للبرنامج العلاجية المختلفة، ويقل أدائه الاجتماعي وينخفض معدل تواصله

مع الآخرين إلى درجة كبيرة تعكس معها سوء التوافق الاجتماعي ويصبح المريض أقل شعورا بالرفاهية والسعادة، وأقل قدرة على مباشرة الآخرين أو مسايرة أحداث الحياة اليومية.

وقد يصل المراهق الذي يعاني من الاكتئاب في تشاؤمه وفي شعوره بالشفاء وضعف

الثقة بالنفس والشعور بعدم القيمة إلى محاولة الانتحار. ويرى هولدن 1986 Holden أن معدل الانتحار قد تزايد بين الشباب ثلاث مرات خلال العقود الأخيرة، ومعظم هؤلاء ممن تتراوح أعمارهم بين 20-34 سنة. كما لا حظ أن زيادة تعاطي الكحوليات والمخدرات بين هؤلاء الشباب يعتبر عاملا وثيق الصلة بالانتحار، إلا أنه يعد عرضا للمشكلة أكثر من كونه تفسيراً لها. ولعل جانب ذلك هناك جذور نفسية اجتماعية، وانفعالية، وبيولوجية لانتشار الاكتئاب بين الشباب. ويرى فبفر 1986 pfeffer أن ذلك قد يرجع جزئياً إلى تغير العوامل الاجتماعية كزيادة الحراك، وارتفاع معدلات الطلاق، والعنف الذي تعرضه وسائل الإعلام، وزيادة أعداد المراهقين. (عادل عبد الله محمد، 1999، ص 160)

المراهقين المصابين بالاكتئاب بحاجة لمن يهتم بمشاعرهم ويقدرها حق قدرها، يأخذها مأخذ الجد. إنهم بحاجة إلى أن يسمح لهم بأن يشعروا ويعبروا عن مشاعرهم الخاصة وبالشكل الذي يحتاجون إلى أن يعبروا عن مشاعرهم من خلاله في حالة أن يتلقى المراهق الذي يعاني الاكتئاب عبارات تعني انه مازال صغيرا وبحاجة لأن يكبر، أو ما يعني أن عليه أن يتوقف عن السخافات، سوف يؤدي ذلك إلى التأكيد على انه سوف يخفي مشاعره الحقيقية في المستقبل. إذا تمكن أي شخص من التغلب على الاكتئاب، فلن يظل مكتئبا ولكن أكثر لحظات يمكن أن نتخيل أنها مخيفة، بلا معنى، بلا أي شيء يثير الفرح تكون عندما يشعر الفرد بالعزلة و الإضطراب ويتملكه شعور باللامبالاة وعدم تقدير للأمر.

إن المراهقين المصابين بالاكتئاب نادرا ما يمكنهم الاستجابة للمواقف المختلفة إنهم يواجهون صعوبة بالغة في البوح بما تجيش به مشاعرهم للآخرين، أوفي البوح بما يريدونه ونادرا ما تكون لديهم القدرة على القيام بأي شيء مفيد.

فكثيرا من المراهقين سوف يفشلون في السماح لأقرب وأحب شخص لديهم بان يعرف شعورهم، وكيف يمكنه مساعدتهم لان المراهقين أنفسهم عاجزون عن معرفة كيف تتحسن الأشياء، إنهم فقط قد لا يعرفون ماذا يريدون إلا بعد أن يتم إخبارهم به ولا يدركون ماذا يريدون ألا يسمعه إلا بعد أن يتم إخبارهم به نادرا بدون الو عظ.

وبالنسبة لشخص آخر ، فإن حقيقة أن شعورهم الداخلي يظهر على تصرفاتهم قد يبدو غير منطقي وغير صحيح ، وقد يتفق الشخص المكتئب مع ذلك الأمر. لكن الإدراك وحده لا يكفي لمع مثل هذا الشخص من الشعور بالطريقة التي يشعر بها، لان مشاعره في هذه الحالة تبدو واقعية جدا. إن إبداء مشاعره إن ذلك وكأنه ترديد للقول بأن مجرد الرأي في موضوع قد تكون معرفتك به قليلة، يفيد أكثر من مشاعرك بخصوص نفس الموضوع. من الخطأ أن نقبل الاعتقاد بأن المشاعر هي المساهم الأول في الإصابة بالاكتئاب .

غالبا ما يسيء المراهقون تقدير بينتهم ، وكل ما يحيط بهم ووجهتهم الخاصة، وكذلك تقييمهم لذويهم. وقد يعتقدون -بناء على ملاحظتهم العقيمة، المفتقدة للبرهان ، غير الدقيق - أن أحداً لا يرى فيهم ما يدعو للجاذبية، وقد يعتقدون أنه من الصعب الحصول على وظيفة، أو أن تتم دعوتهم لحضور حفلات كبيرة. وعندما لا يسمح للمراهقين بان يتصرفوا أو يرتدوا ملابس كأصدقائهم ، فإن ذلك قد يكون مدمرا لهم، وأن المراهق الذي يتحلّى بالثقة الزائدة هو المراهق الذي يكون قادرا على مقاومة الضغوط التي تتعرض لها جماعته وأقرانه.

يعد سلوك العدوان والعريضة في المدرسة، مصدرا آخر للإصابة بالاكتئاب. إن التلاميذ يخافون بلا شك من سلوكيات العدوان. ويعيش معظم هؤلاء التلاميذ على أمل أن يأتي اليوم

الذي يغادرون فيه المدرسة أو ينتقلون من فصل إلى فصل لأخر ، والذين لا يستطيعون مسابرة هذا الأمر يصابون بالاكتئاب.(ديفيد هيندز،أقهر الاكتئاب،2008، ص ص98 - 99)

كثيرا ما لا تتم ملاحظة الاكتئاب في مرحلتي الطفولة و المراهقة ، و غالبا ما لا تتم معالجته. يعتبر الطفل مزاجيا أو مشاغبا أو صعب المراس و لكن من النادر أن يتم اعتباره مكتئبا. أحد الأسباب التي تحول دون ذلك هو أن الراشدين يجدون صعوبة في تخيل إمكانية إصابة الأطفال في هاتين المرحلتين بالاكتئاب تماما كمن هم أكثر نضجا، إضافة إلى ذلك فإن الأطفال في هذا العمر يعبرون عن آلامهم بطرق مختلفة عما يعتمد عليه الراشدون للتعبير عن ذلك .

لا يتذمر المراهقون من الاكتئاب، بل يكثر التذمر من الملل أو الوحدة على سبيل المثال، قد لا يتذمرون على الإطلاق و لكنهم و عوضا عن ذلك يظهرون مشاعرهم من خلال التصرف بعدائية مع الآخرين و خصوصا هؤلاء الذين يبذلون الكثير من الجهد لمساعدتهم .

الاكتئاب و المدرسة: تغلب على التجربة الأكاديمية للمراهقين المكتئبين درجة عالية من الصعوبة و من عدم الرغبة في حضور الصفوف ، و يعاني هؤلاء من القلق النابع من إكتئابهم ، و يظهر ذلك بعدة عوارض صباحية نذكر منها : الإعياء ، ألم المعدة ، الوهن و التعب المستمر إن ذهبوا إلى المدرسة و شرعوا بحضور المحاضرات ، فإن هذه العوارض تزول. ليست هذه العوارض و همية بل حقيقية للغاية ، ويشد الخوف من الذهاب إلى المدرسة عند بعض الأطفال و يصعب عليهم تفسير ما يخالجهم من ذعر يحتاج بعض المراهقين المصابين بالاكتئاب إلى الابتعاد عن الجو الأكاديمي لبعض الوقت ، و لكن الهدف الأساسي هو إعادتهم إلى مقاعد الدراسة في أقرب وقت ممكن، و يصبح ذلك ممكنا من خلال دوام جزئي، و لكن ذلك يخيف بعض الأولاد إذ إنهم يخشون اعتبارهم مختلفين يحتاجون إلى بعض التشجيع ، و قد يضطر أحد الوالدين إلى مرافقة المراهق إلى صفوفه في بادئ الأمر إن طال غياب المراهق على مقاعد الدراسة ، فإن ذلك يؤدي إلى مشكلات أخرى ، فالخوف يزداد مع الوقت ، إضافة إلى ذلك يصبح من الصعب استيعاب الدروس التي تغدو أكثر صعوبة مع

الوقت ، كما يتسبب الغياب بابتعاد المراهق عن الجو المدرسي و عن زملائه فتصعب عليه العودة و الاختلاط بهم من جديد .

قد يحضر بعض المراهقين المكتئبين صفوفهم و لكن أدائهم الأكاديمي يتدهور بسبب عدم قدرتهم على التركيز و تنظيم شؤونهم المدرسية إن كان المراهق شخصا يشدد على الكمال ، فإنه قد يمضي الكثير من الوقت و هو يقوم بفروضه المنزلية و لا يشعر بالرضى حيال ما أنجزه منها، أما إن كان شخصا مستهترا فإنه لن يكثر بأبي من الواجبات المدرسية ، و يؤدي ذلك إلى تفاقم المشكلات الأكاديمية و إلى ازدياد عدم الرغبة في حضور الصفوف .

9-1 الإكتئاب و الامتحانات: إن الامتحانات المدرسية و خصوصا الرسمية منها ترفع التوتر عند الطلاب ، بالرغم من ذلك ، ليست هناك براهين تشير إلى أن هذه الامتحانات تؤدي إلى الاكتئاب أو إلى الأفعال الانتحارية، و لا تزداد نسبة الانتحار عند المراهقين مع اقتراب موعد الامتحانات أو نتائجها إلا أن هناك بعض المراهقين الذين يعانون من المشكلات النفسية التي تجعل من فترة الامتحانات وقتا عصيبا يزداد اكتئابهم فيه وأكثر من يتأثر بذلك هم من لا يتمتعون باحترام الذات أو الثقة بالنفس، إضافة إلى هؤلاء هم شديدو القلق و المحبون للكمال ، كما يشتد تأثير الامتحانات على المراهقين الذين يقيمون أنفسهم وفقا لأدائهم الأكاديمي و هؤلاء الذين لا يتمتعون بوجود الأصدقاء أو الهويات في حياتهم ، بسبب هذا النقص ، لا تكون هناك وسائل ترفيه تخفف من التوتر و الضغط النفسي في هذه المدة.

كثيرا ما يتساءل الأهالي حيال الفرق بين التوتر العادي الذي تتسبب به الامتحانات من جهة و الاكتئاب من جهة أخرى ، من العوارض التي تظهر في فترة الامتحانات : التقلب المزاجي ، وحدة الطبع، العادات العدائية الغريبة و الانعزال الكلي .

أما العوارض التي لا علاقة لها بهذه الفترة فمنها : القلق المزمن ، الأرق ، الشعور بالضعف ، اليأس و أي نوع من التصرفات الهادفة إلى إلحاق الأذى بالنفس.

إن كان المراهق يعاني من الاكتئاب و على مقربة من امتحان مهم ، فمن الضروري التفكير بالمسألة مليا و يجب الالتفات إلى ذلك و اتخاذ القرار أي: إما الدراسة و القيام بالامتحان أو تأجيله لسنة واحدة، ذلك أمر ضروري لأن الاكتئاب يحول دون القدرة على التركيز على الامتحان. في بعض الأحيان يرغب المراهق المصاب بالاكتئاب في القيام بالامتحان و التخلص من المسألة و من المهم في هذه الحالة تقديم الدعم اللازم ، و يستطيع المراهق أن يقوم به مجددا إن لم يتكلم ذلك بالنجاح من المرة الأولى.

عدم لجوء المراهق إلى المساعدة الحاجة إلى العلاج النفسي لا تشمل جميع المراهقين المصابين بالاكتئاب، عند تأثير الحالة على الوضع الصحي للمراهق تصبح الرعاية النفسية مهمة (عند الإفراط في تناول الطعام أو الانعزال الكلي أو التأثير بالأوهام و التخيلات) .
(كارول فيتز باتريك، 2007، ص220)

ظواهر الدفاع والإستراتيجيات مواجهة الاكتئاب لدى المراهق: المزاج المكتئب لدى المراهق يمكن أن يكون مموه تحت قناع مقنع بفعل نشاط آليات الدفاع أو إستراتيجيات المواجهة .

آلية الدفاع ضد الاكتئاب لدى المراهق: يستخدم المراهق بعض الآليات التي تسمح له بالتخلص من المعاش الكئيب كالدفاع الأفكار الدفاعات الهوسية، الدفاعات النرجسية والتفكك(الانفصال)، الجسدة .

الإنكار: حيث يكون المراهق حزين ، ومع ذلك يقول أنه يحس بالارتياح وتبدو هذه المؤثرات الاكتئابية حاضرة ، ولكن الشخص يرفض بطريقة غير واعية أن يعترف بها .

تفعيل الدفاعات الهوسية: تظهر من خلال قلب للمزاج ، حيث يمر المراهق من الاكتئاب إلى الإثارة والنشوة (الاغتياب) متبوعة بأعراض أخرى غير هوسية أو ناقصة الهوسية.

الدفاعات النرجسية: تعمل على تقوية تقدير الذات باستعمال المثالية، فانتقاص القيمة وأيضا القدرة المطلقة تستخدم بالتداول، وهكذا بعض المراهقين الذين يعانون من صعوبات دراسية أو

اجتماعية يفتقرون من قيمة المواد الدراسية والتعليم، ويحاولون الاستثمار في نشاط تعويضي لترميم تقدير الذات، مثل الجروح ، في الوقت نفسه يتم تطوير أحلام يقظة، أحاسيس بالقدرة الكاملة. بعض المراهقين ينتظمون في سلوكيات لإنقاص القيمة للآخرين وأفعال شريرة أو سادية والتي تنتج عن استعمال تقمص إسقاطي والتي بواسطتها يتخلص من نقاط ضعفه فيها أو عن طريقها أو يرمي أجزاءه الضعيفة ، على الآخرين الأذى المكتئبة والمنقصة القيمة والسلبية أو غير الفعالة والمتألمة وهذا بتقمص صورة سادية .

التفكك:ومن بين الآليات الدفاعية الأخرى ضد الألم الاكتئابي هو التفكك والتي تسمح للمراهق بالتخلص من المعاش المؤلم إن تظاهرات التفكك مألوفة ومتعددة وخاصة في اشتراكها مرضيا مع شخصية حدية.

الجسدية:حالات الجسدية المؤلمة هي حالات متعددة خاصة آلام الرأس آلام البطن ألم المعدة تكون حاضرة تقريبا كل يوم الرأس 4-05 مرات في الأسبوع .

يمكن للمراهق أن يطور مهارة واستعدادا في إخفاء أحاسيسه الاكتئابية وذلك بالتظاهر بالبهجة، وهناك سلوكيات أخرى هدفها تبديد التأثيرات الاكتئابية : فمن أجل التصدي للملل لكي لا يفكر أو لكي لا يحس يعمد المراهق إلى نشاطات سلبية غير فعالة، مثل قضاء ساعات في مشاهدة التلفاز أو سماع الراديو أو نشاطات أوتوماتيكية مثل الألعاب الإلكترونية كما يمكن للمراهق أن يستعمل مواد منشطة نفسيا مثل التدخين تعاطي المخدرات أو الكحول لأنه يجد فيها أثرا منشطا للمزاج هذا ما يمكن أن ندعوه بالتطبيب الذاتي أو التداوي الذاتي.

البحث عن الإثارة من خلال السلوكيات الخطرة، المرور إلى الفعل، السلوكيات المضادة للمجتمع،البحث القهري على اتصالات اجتماعية و الاختلاط الجنسي كل هذه السلوكيات يمكنها أن تكون سلوكيات مضادة للاكتئاب ويمكنها أن تتصدى للإحساس بالفراغ للملل وللإثارة والإحساس بالحياة بالأخص عند المراهقين الذين لديهم تنظيم حدي للشخصية أو للإشارة و الانطباع الجيد تجاه الحياة .(Henri Chabrol,2004,pp 59-60)

مآل المراهقين المصابين بالاكتئاب: تبدو دلائل المستقبل إيجابية للمراهقين الذين يعانون من الاكتئاب ، كثيرا ما يزول هذا الشعور حتى إن لم يحصلوا على أي علاج. أظهرت دراسة حديثة لمجموعة من المراهقين المكتئبين أن الاكتئاب يزول بعد سنتين من عملية التشخيص في 80 % من الحالات.

لا تتكرر إصابة معظم المراهقين المكتئبين بهذا الاضطراب النفسي ، و لكن بعضهم قد يعاني منه مجددا، خصوصا عند تعرضهم للظروف الصعبة و الضغط النفسي و التغيرات الحياتية (كالانتقال من مكان إلى آخر أو الإنجاب أو خسارة وظيفة ما أو الانفصال عن أحبائهم) . لا يمكن تجنب هذه الظروف و لكن ذلك يشير إلى ضرورة توعية المراهقين و الأهالي حيال ذلك.

X طرق علاج الاكتئاب :

10-1 العلاج الطبي: ينقسم العلاج الطبي إلى قسمين:

10-1-1 العلاج الدوائي للاكتئاب:

يعتبر معظم الأطباء العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب حجر الزاوية في علاج الاكتئاب، كما أنه من المسلم به أن الجمع بين كل من العلاج بالعقاقير والعلاج النفسي يكفل الحل الأمثل لعلاج الاكتئاب، ولقد أسفرت الدراسات عن أن العلاج بالعقاقير يحقق نسب فاعلية بين 60-80% بالمقارنة بعقار كاذب (placebo) 30-40% .

مضادات الاكتئاب :

دواعي الاستعمال : الاكتئاب الجسيم أو السوداوية ، ذهان الهوس الاكتئابي، النوبة الاكتئابية .
الأنواع: هناك فئتان أساسيتان لمضادات الاكتئاب، هما:

1- مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقات Tricyclic antidepressant: التأثيرات المطلوبة

- التأثير على المزاج المكتئب : بالرغم من أن هذه المركبات لها تأثيرها الفعال على أعراض الاكتئاب إلا أنها تتميز بتأثيرها الواضح والمتخصص في المزاج الاكتئابي المرضي، مثل الاكتئاب الداخلي أو السوداوية melancholia .
- التأثير المهدئ : وهذا أكثر وضوحاً وأهمية من التأثير الأول ، فبعض مضادات الاكتئاب مثل اميبرامين Amitryptaline يقال إنها مهدئة، ويعتمد هذا الاختيار عادة على التقدير السريري (الإكلينيكي) وليس على أسس علمية.

ولا يصح استعمال خواص التهدئة في حالات لا ينطبق عليها تشخيص هذه الإضطرابات التأثيرات الغير مرغوبة : مثل مضادات الذهان تقريبا. (نخبة من أساتذة الجامعات العربية،1999،ص ص 224 - 230)

ورغم أن الاكتئاب الداخلي المنشأ وميكانيزمات مضادات الاكتئاب غير مفهومين فهماً كاملاً إلا أن المضادات من فئة Tricyclics من الواضح أن لها فعاليتها، وهو ما أثبتته التجارب والدراسات التي أوضحت أن هذه المضادات أكثر فعالية من الأقران الخداعية في علاج الحالات الشديدة من الاكتئاب .

2- مانعات الانزيم المؤكسد للامينات الاحادية Mono Amine Oxidase Inhibitors والتي يشار اليها اختصارا بالمصطلح MAO Inhibitors :

رغم أن الأدوية التي تنتمي إلى هذه الفئة هي الفئة الكبرى الثانية لمضادات الاكتئاب، إلا أنها لا تستخدم بكثرة في الولايات المتحدة الأمريكية مثلا بسبب تأثيراتها الجانبية الخطيرة وهي بعامة أقل فعالية من Tricyclics ، فقد يستجيب للأدوية من فئة مثبطات MAO وكذلك يمكن أن تكون هذه المثبطات فعالة بخاصة في الاكتئاب الخطير المتضمن تخلفاً شديداً في النشاط وقلق الفوبيا أو الوسواس التي تصيب الفرد بالعجز.

ومن المهم أن يعرف المعالج النفسي أن المرضى الذين يتعاطون مثبطات M A O يتعين عليهم الحذر في وجباتهم الغذائية وأخطر عواقب استخدام هذه المثبطات يحدث حين تتفاعل مع الأغذية الغنية بالتيرامين Tyramine وهي مادة توجد في أطعمة كثيرة وبخاصة المخمرة منها مثل الجبن و الكحوليات .

وهذه الأدوية ذات فائدة في علاج بعض مرضى الاكتئاب ولكن يتحدد استعمالها بوجود المريض الذي يتعاون مع الطبيب ، نظرا لتفاعل هذا الدواء مع بعض الأدوية الأخرى وبعض أنواع الطعام و الجدير بالذكر أن استعمال هذه المركبات يحتاج إلى خبرة واهتمام خاص حتى يتسنى للمريض السلامة .

تبدأ فاعلية هذه الأدوية بعد 3-6 أسابيع، ويجب أن تستمر لمدة لا تقل عن 3-6 شهور يقرر بعدها علاج المتابعة لسنوات طويلة أو عدم الحاجة إليه، حسب حالة المريض وعدد النكسات . والطريقة التي تؤثر بها الأدوية في فئة M A O Tricyclis ليست معروفة على وجه اليقين، وكذلك الأسباب الحقيقية للاكتئاب الداخلي الأصل، ولكن باحثين كثيرين يفترضون أن الأشكال الداخلية الأصل من الاكتئاب تنشأ بسبب عدم توازن الناقلات العصبية Neurotransmitters (Serotonin, Norepinephrine) في المخ، وأن مضادات الاكتئاب من فئة Tricyclics تؤثر في عدم التوازن من خلال إحصاء إمتصاص الناقل العصبي عند مواقع الإستقبال ومن خلال خلق تركيز زائد للناقل العصبي في المخ، ومن ثم فإن مضادات الاكتئاب تخفف من الأعراض عن طريق التأثير في التوازن العصبي- الكيميائي في المخ (لويس كامل مليكة، 2009، ص178)

كيفية استخدام مضادات الاكتئاب: لفهم كيفية استعمال العقاقير المضادة للاكتئاب هنالك ثلاثة قواعد لا بد من أخذها بعين الاعتبار:

- المسار الطولي النموذجي لاضطراب الاكتئاب.

- قياس أعراض الاكتئاب.

- الأدلة العلمية لفعالية العقاقير .

هناك الآلاف من الأبحاث العلمية التي تم إجراؤها على المرضى المصابين بالاكتئاب و التي أثبتت بأن هذه العقاقير تساعد المرضى على اجتياز مرحلة الكآبة، غير أن الدليل العلمي هو أقوى للعقاقير القديمة من الحديثة وقد يعود هذا لطول مدة استعمالها طبيياً .
أما قياس أعراض الاكتئاب فهو ضرورة نادرة ما يلتزم بها الطبيب النفسي وغير النفسي قبل وبعد وصف هذه العقاقير، على عكس علاج ارتفاع ضغط الدم مثلاً حيث يتم قياس الضغط قبل وبعد العلاج لمعرفة درجة ارتفاع الضغط. على ضوء ذلك لابد من استعمال مقياس معين عند علاج الاكتئاب .

أما بالنسبة للمسار الطولي النموذجي فهناك أربعة مسارات هي:
أولاً :

- ما يقارب الثلث من حالات نوبة اكتئاب لا تقل عن أسبوعين ولا تتجاوز السنة الواحدة.
- تتكرر هذه النوبات كل بضعة أعوام.
- تستجيب هذه الحالات للعلاج في أكثر الحالات بصورة كاملة.
- لا توجد كآبة مزمنة ويبدأ المرض بنوبة حادة تستجيب جزئياً للعلاج.
- قد تتكرر النوبات الكبيرة بين الحين والآخر .
- قلما تستجيب هذه الحالات للعلاج بصورة كاملة.
- كآبة مزمنة لعدة سنوات، يصاحبها نوبات حادة قلما تستجيب للعلاج بصورة مرضية، تعرف أحياناً بالكآبة المزدوجة.
- كآبة مزمنة لعدة سنوات تتضاعف بحالة اكتئاب شديد، ولكن عند العلاج يتم الشفاء من الكآبة تماماً .

هنالك قاعدة رئيسية لا يمكن التغافل عنها وهي أن المريض قد يشفى من نوبة الكآبة تلقائياً مع الزمن، لذلك لابد من تأكيد ذلك للمريض حتى لا يفقد الأمل.

يمكننا الاستنتاج بأن نسبة الاستجابة الكاملة للعلاج بالعقاقير المضادة للكآبة لا تتجاوز الـ 50% في أحسن الأحوال وفي غضون عام من العلاج، ولذلك لابد من الاستعانة بغير العقاقير للسيطرة والشفاء من الاكتئاب. (لويس كامل مليكة، 2010، ص 178 ص 181)

سلبيات العلاج الدوائي:

- إمكانية عدم الاستجابة السابقة للعقار.
- الأعراض الجانبية و السمية للعقار.
- احتمال تفاعل العقار مع عقاقير أخرى.
- التكاليف المادية للعقار. (الاكتئاب آفة العصر. (2010). تم استرجاعها بتاريخ 10 أوت 2012 من

<http://www.eawraq.com/news.php?action=view&id=149>

التأثيرات الجانبية: يشبه التركيب الكيميائي لمضادات الاكتئاب التركيب الكيميائي لمضادات الذهان كما تتشابه تأثيراتها الجانبية، وتكمن التأثيرات الجانبية المشابهة في ردود الفعل بالحساسية ومعظم التأثيرات القلبية-الوعائية (ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم) وتأثيرات مضادات الفعل الكولينيني ولكن في حالة مضادات الاكتئاب، فإن هذه التأثيرات الأخيرة أي مضادات الفعل الكولينيني تكون أكثر بروزاً ويشكو المريض الذي يتعاطى أدوية من فئة Tricycles من جفاف الفم وزوغان البصر والإمساك واحتباس البول وقد يعطى المريض في هذه الحالة دواء من فئة Urecholine, (Bothanecol Chloride) للتخفيف من أعراض مضادات الفعل الكولينيني .

وقد لوحظ أن حوالي 5% من المرضى الذين يتعاطون Tricyclics تحدث لديهم تأثيرات سمية جانبية هامة ومنها تأثيراتها على القلب. وقد يرتفع أو ينخفض ضغط الدم تبعاً للمريض، مما يوجب توجيه عناية خاصة بهم وبخاصة لمن يعانون من ارتفاع ضغط الدم وفي مثل هذه الحالات يحسن تجنب Tofranil, Elavil واستبدالها بدواء مثل Sinequan والذي تقل سميته وتأثيره على القلب وثمة فرق بين التأثيرات الجانبية المرتبطة بمضادات الاكتئاب وتلك المرتبطة بمضادات الذهان، وهي أن الأولى يندر أن تحدث "تأثيرات جانبية خارج الهرمي" Extra Pyramidal (أو نيورولوجية) مثل التأثيرات الباركيسونية ولكن هناك بخاصة تأثير نيورولوجي خطير يرتبط باستخدام الأدوية من فئة Tricyclics وهو تنشيط أو إعادة تنشيط الذهان الكامن. وفي بعض البحوث وجد أن بعض المرضى الفصاميين المستقرين أصبحوا هذانيين Delusional عندما أعطوا Tricyclics. وبينما تصلح بعض مضادات الذهان لعلاج الاكتئاب الحاد، إلا أن مضادات الاكتئاب لم تكن توصف في الماضي للمرضى الذين قد تكون لديهم نزعات أو أعراض ذهانية. ولكن التأكيد على هذه الفكرة قل حديثاً. ولا زالت القضية في حاجة إلى مواصلة البحث، ورغم أن مثبطات M A O تشارك في كثير من تأثيراتها الجانبية الأدوية من فئة Tricyclics إلا أن بعض أخطر التأثيرات تشمل: الهياج وارتفاع درجة حرارة الجسم و الهلوس والتشنجات. ولكن أخطرهما هو ارتفاع ضغط الدم والذي يمكن أن يسبب نزيفاً للأوعية الدموية في الدماغ، وهي تأثيرات جانبية تحدث نتيجة التفاعل كما سبق أن ذكرنا بين مثبطات M A O والأغذية الغنية بالتيرامين. ومن المهم أن ينبه المعالج المريض إلى هذه المخاطر وضرورة الحذر في الطعام.

كما يجب على المعالج أن يتنبه إلى أن مضادات الاكتئاب قد تكون سمية أو مميتة، ويمكن أن تكون زيادة حادة في الجرعة (من 11 إلى 30 مرة) عن المقدار المحدد لمضاد الاكتئاب مميتة. وأكثر المرضى تعرضاً لمثل هذا المصير هو المريض الشديد الاكتئاب. وقد زاد استخدام مضادات الاكتئاب من فئة Tricyclics في محاولات الأصغر سناً الانتحار. ولهذا السبب، فإن المرضى الشديدي الاكتئاب لا يعطون عادة أكثر من الكمية التي تكفي لأيام قليلة من مضادات الاكتئاب في كل مرة. ومن واجب المعالج النفسي لمريض إكتئابي أن يستوثق من نوعية الدواء الذي يتعاطاه المريض وجرعته والكمية الموجودة لديه. فإذا ما بدت نزعات انتحارية وكانت لدى المريض كمية كبيرة من الدواء تعين عليه أن يتصل بالطبيب وأن يتخذ الإحتياطات اللازمة. (لويس كامل مليكة، 2010، ص 178 ص 181)

10-1-2 العلاج بالجلسات الكهربائية: العلاج باستخدام الجلسات الكهربائية هو نوع هام

ومفيد في علاج الاضطرابات الوجدانية فعندما لا تستجيب حالات الاكتئاب الشديد للعقاقير المضادة للاكتئاب أو أن يكون المريض غير قادر على تحمل التأثيرات الجانبية للعقاقير يكون العلاج بالجلسات الكهربائية هو الطريقة الأساسية لعلاج هؤلاء المرضى. وتستخدم الجلسات الكهربائية في علاج كل من حالات الاكتئاب وحالات الهوس. كما تستخدم الجلسات الكهربائية في علاج المرضى الذين يعانون من بعض الأمراض العضوية والذين لا يستطيعون تحمل العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب فاستخدام الجلسات الكهربائية أفضل لهم من استخدام العقاقير، كما يتم اللجوء للعلاج بالجلسات الكهربائية في بعض الحالات التي لا يستطيع المريض فيها الانتظار لمدة شهرين حتى تتحسن حالته مع استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب

خصوصاً في بعض الحالات التي يكون فيها المريض عرضة للانتحار أو بسبب وجود وظيفة حساسة تتطلب سرعة التحسن لأن مع استخدام الجلسات الكهربائية يتم في غضون أسبوعين إلى 3 أسابيع، مازال العلاج بالجلسات الكهربائية (مزامنة إيقاع الدماغ) هو أكثر العلاجات قوة وفائدة في حالات الاكتئاب الشديد، خاصة المصحوبة بالميل الانتحارية حيث تعتبر البديل لمضادات الاكتئاب في حالة عدم استجابة المريض لها. ولكن يجب أن تعطي هذه الجلسات من قبل الأطباء المتدربين على ذلك. (بطرس حافظ بطرس، 2008، ص 318-319)

تأثير مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات والجلسات الكهربائية:

تستمر النوبة الاكتئابية لمدة غير محدودة، ولكنها تتراوح عادة بين 3 إلى 6 شهور، ولكن في حالات استثنائية قد تستمر فترة تتراوح بين بضعة أيام إلى عدة سنوات. وتؤدي الأدوية المضادة للاكتئاب إلى شفاء الأعراض في فترة تتراوح بين 3 إلى 5 أسابيع في حوالي 60-75 % من الحالات .

وإذا قارنا جلسات الكهرباء فنجد أن نسبة شفاؤها لهذه الحالات حوالي 80 إلى 85 % أما الشفاء التلقائي في الاكتئاب فيتراوح بين 20 و 25 % .

أما تأثير هذه الأدوية على الحالات العصابية فهو أقل قوة ، ولا يستطيع التنبؤ بشفاء المريض ولكن تظهر الأعراض الجانبية في هذه الحالات العصابية بطريقة واضحة خاصة كثرة النوم والأعباء والدوار .

وتؤثر مضادات الاكتئاب على أعراض الاكتئاب ولكنها لا توقف طبيعة المرض تماماً، ولذا فقد ينتكس المريض إذا أوقفنا العلاج قبل شفاؤه التلقائي، لذا يستحسن أن تستمر المعالجة بمضادات الاكتئاب لمدة تتراوح بين 3-6 شهور، وهي المدة الكافية لشفاء المريض، بحيث يكون أثناءها بدون أعراض سوداوية، بحيث يصبح المعالج في حالة وضوح تام لاحتمال عودة الأعراض من عدمه.

ولكن الملاحظة الهامة هنا أنه إذا حدثت النكسات أثناء تخفيض الجرعة فإن عودة الجرعة الأولى سيجعل المريض في حالة أفضل مع اختفاء الأعراض في خلال أيام بسيطة، وهذا معاكس تماما للمدة التي يحتاجها العلاج في البداية ليتضح تأثيره بين أسبوعين إلى 4 أسابيع. ويحتاج بعض المرضى إلى الإستمرار في هذه الأدوية لمدة سنة أو أكثر. وهنا يستحسن أن نسمي هذا العلاج بالعلاج الوقائي للنكسات. (نخبة من أساتذة الجامعات العربية، 1999، ص 224 - 230)

ولعلاج الاكتئاب لا ينبغي الاكتفاء بالعلاج الدوائي لذا يجب التكفل النفسي بالمريض 10-2-
العلاج النفسي للاكتئاب:

يستخدم المعالجون النفسيون العديد من طرق العلاج النفسي لعلاج الاكتئاب أحادي القطبية. وتتراوح تلك الطرق من علاجات شمولية إلى علاجات قائمة على المشكلة وتختلف تلك الطرق تماما بشكل نمطي عن الطرق الشخصية التي يستخدمها الناس للخروج من المزاج السيء .

10-2-1- العلاج السيكودينامي: يتضمن هذا العلاج البحث في مكونات الشخص المكتئب عن خبرات طفولة كامنة والصدمات التي يتلقاها المريض في الخمس سنوات الأولى ومن أهم الأساليب المستخدمة التداعي الحر والتحول والكشف عن العمليات الدفاعية اللاشعورية والهدف الأساسي للعلاج بهذه النظرية هو مساعدة المريض على استحضار المخزونات الموجودة في اللاشعور إلى حيز الشعور والتعامل معها.

10-2-2- العلاج السلوكي: يقوم المعالج بإستخدام تقنيات تعديل السلوك السلبي عند المتعالج وتدريبه على بعض التقنيات السلوكية التي تساهم في تغيير وضعه الحالي ونظرته السوداوية ويعتبر الأمراض النفسية عادات خاطئة يتعلمها المريض كي يقلل من درجة القلق والتوتر

ويهدف العلاج إلى إطفاء السلوك غير المرغوب فيه والعمل على بناء فعل شرطي أو سلوك آخر بديل عنه.

10-2-3 العلاج المعرفي: يعمل 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 وكما يرى ألبرت ليس ان العلاج يكمن في التعرف على الجانب غير العقلاني في التفكير ثم مهاجمة وتوضيح عدم عقلانية ذلك و إحلال الأفكار الصحيحة أي العقلانية مكانه.(رجاء حسين إبراهيم العجوري ، 2007، ص60)

خلاصة:

لم يعد الاكتئاب ذلك الاضطراب الذي لا يمكن علاجه بل إن الوقاية أهم من العلاج وفي حال ما أصيب الفرد بهذا الاضطراب فيجب التكفل والتدخل العلاجي المبكر حتى نتجنب الوقوع في اضطرابات، أشد خطورة وبعد العلاج النفسي أفضل أنواع التدخلات إذ لا يوجد لديه تأثيرات جانبية كما أنه يعالج أسباب الاضطراب وليس أعراضه فحسب كما يفعل العلاج الدوائي وفي سبيل هذا تم تصميم برنامج علاجي يستفيد من كل التوجهات النظرية كما أنه يمس جوانب الشخصية السبعة بالتدخل العلاجي، إنه العلاج النفسي الانتقائي متعدد الأبعاد.

الجانب الميداني

الفصل الخامس: منهجية الدراسة و إجراءاتها

تمهيد

I منهج الدراسة وتصميمها التجريبي

II مجتمع الدراسة

III عينة الدراسة

IV أدوات الدراسة

V متغيرات الدراسة

VI الإجراءات الميدانية

VII المعالجات الإحصائية

ملخص الفصل

تكن أهمية كل الدراسات العلمية في جانبها الإمبريقي الذي إما أن يؤكد أو ينفي فرضيات الباحث، وبالتالي يجب عن تساؤلاته العلمية، كما يستطيع من خلاله تحقيق أهداف دراسته في هذا الفصل حاولنا استعراض الخطوات المنهجية التي سارت عليها الباحثة من خلال منهج الدراسة عينتها و أدواتها المتمثلة في سلم بيك الثاني للاكتتاب مقياس بيك للشعور باليأس، مقياس هوبر ولاين للأفكار اللاعقلانية، مقياس كوبر سميث لتقدير الذات ومقياس وولب و لازاروس لتوكيد الذات إضافة إلى البرنامج العلاجي من إعداد الباحثة، كما تم التطرق للإجراءات الميدانية للدراسة و الأساليب الإحصائية المستخدمة للتحقق من فروض الدراسة.

أ منهج الدراسة وتصميمها التجريبي.

منهج الدراسة:

في هذه الدراسة تم استخدام المنهج الشبه تجريبي، الذي يخدم أهداف الدراسة الحالية والمتمثلة بالأساس في اختبار فعالية البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد في علاج الاكتئاب لدى أفراد العينة التجريبية، كما أنه المنهج الأكثر ملائمة لدراسة الظاهرة الإنسانية دراسة علمية.

المبررات:

- خصوصية الظاهرة الإنسانية.
- عدم القدرة على ضبط جميع المتغيرات الدخيلة الوسيطة.
- التصميم التجريبي:** تم اختيار تصميم المجموعة الواحدة مع القياسين القبلي و البعدي.
- القياس القبلي ينتج عنه مستوى قاعدي لمجموعة البحث.
- التدخل العلاجي: يتم على مجموعة البحث.

- القياس البعدي: يتم بعد انتهاء جلسات البرنامج العلاجي مباشرة ويتم على مجموعة البحث. يطبق على عينة البحث في الجلسة الأخيرة من البرنامج العلاجي

- القياس التتبعي: يتم تطبيقه بعد مدة 4 أسابيع من انتهاء البرنامج العلاجي على مجموعة البحث، وذلك بدون أي تدخل علاجي خلال الفترة الفاصلة بين القياس البعدي والقياس التتبعي. بهدف قياس مدى استمرار تأثير البرنامج .

II مجتمع الدراسة: يتكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع تلميذات السنة الأولى والثانية ثانوي في كل من ثانوية (بشير البسكري) ومتقن (السايب بولرباح) دائرة سيدي عقبة ولاية بسكرة. المقدر عددهم بـ 672 تلميذة.

عدد التلميذات	المستوى الدراسي
419	السنة الأولى ثانوي
253	السنة الثانية ثانوي
672	المجموع

جدول رقم (04) يوضح عدد تلميذات في كل مستوى دراسي.

III عينة الدراسة:

تضم العينة الأصلية:

455 تلميذة من ثانوية (بشير البسكري). انظر الملحق رقم (01).

217 تلميذة من متقن (السايب بولرباح). انظر الملحق رقم (02).

عينة الدراسة الاستطلاعية: متكونة من ثلاث تلميذات تم اختيارهن عشوائيا ، حيث قامت الباحثة بتطبيق بعض جلسات البرنامج العلاجي معهن، وهذا للتأكد من صلاحية تطبيقه.

عينة الدراسة الأساسية:

العينة: تتكون عينة الدراسة من (ن = 10) تلميذات ، تم اختيارهم قسديا من مجموع 672 تلميذة، تراوحت أعمارهن عينة الدراسة بين (16 - 17) سنة بمتوسط حسابي قدره (16.6)، انحراف معياري قدره (0.516).

نوع المعاينة: تم استخدام المعاينة القصدية، بحيث تم مراعاة

-الدرجة على سلم بيك الثاني للاكتتاب، من 39 درجة فأكثر (اكتتاب شديد).

- طلب المساعدة و الرغبة في العلاج لدى أفراد العينة التجريبية.

- متطلبات المنهج المستخدم في الدراسة (شبه التجريبي).

خطوات انتقاء العينة :

- تم التوجه إلى ثانويتي بلدية سيدي عقبة (مقر عمل الباحثة)، بعد التحصل على

الموافقة أنظر الملاحق رقم (01) (02) حيث تم التحصل على الإحصاءات

الخاصة بالتلاميذ المداوميين. انظر الملاحق رقم (03)،(04)

- استنتجت الباحثة في عملية المعاينة كل من:

▪ تلاميذ البكالوريا نظرا لأنهم يمرون بظروف دراسية خاصة.

▪ التلاميذ الذكور بالنظر إلى أن موضوع الدراسة مخصص للإناث.

▪ التلاميذ الداخليين ونصف الداخليين (الذين لا يقطنون بمقر الدائرة).

- قامت الباحثة بتوزيع سلم بيك الثاني للاكتئاب انظر الملحق رقم (05) على كل أفراد العينة المقدرة بـ (672) تلميذة أثناء فترات المداومات حيث تطلب الأمر 3 أسابيع من الحضور.
- بعد جمع البطاقات وتفرغها تم استرجاع 645 استمارة بحيث تم استثناء:
 - حالات الغياب.
 - حالات عدم الإجابة النهائية.
 - حالات الإجابة الناقصة.
 - حالات الإجابة الخاطئة (بسبب عدم فهم التعليمات أو بسبب عدم الاهتمام).
- بعد تفرغ البطاقات تم ترتيب درجات سلم بيك الثاني للاكتئاب تنازلياً من الأكبر إلى الأقل درجة.
- تحصلت الباحثة على: 40 حالة تحصلت على العلامة ما بين (39 - 61) اكتئاب شديد.
- قامت الباحثة بالاتصال بالحالات الأربعين حالة بحالة، بحيث تم إبلاغها بالبرنامج العلاجي و أهدافه وتم طرح فكرة الانضمام إلى البرنامج العلاجي.
- وافقت 18 حالة على الانضمام إلى البرنامج العلاجي حيث سلمت لكل واحدة وثيقة تمضى من طرف الولي تثبت موافقته على انضمام التلميذة إلى البرنامج العلاجي. أنظر إلى الملحق رقم (06)
- في الأخير تم قبول 10 حالات في البرنامج العلاجي بقبولهن وقبول الولي بحيث تتوفر في الحالات الشروط التالية:
 - مرافقة ممتدسة.
 - تدرس في السنة الأولى أو الثانية ثانوي.

- نظام خارجي - تقطن في دائرة سيدي عقبة - لضمان الانضباط في البرنامج العلاجي.
- رغبة الحالة في الانضمام للبرنامج العلاجي.
- ضرورة الموافقة الخطية للولي أمر التلميذة على الانضمام للبرنامج العلاجي.
- قامت الباحثة باستقبال أمهات الحالات في مكتبها حيث بينت لهن طبيعة البرنامج العلاجي و أهدافه و أبدت الأمهات الموافقة على انضمام بناتهن إلى البرنامج العلاجي.

خصائص العينة :

حسب السن يتراوح سن أفراد العينة ما بين 16 و 17 سنة بمتوسط حسابي قدره (16.6)، انحراف معياري قدره (0.516).

جدول رقم (05) يبين توزيع أفراد العينة حسب السن:

النسب المئوية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	السن
60%	0.516	16.60	6	17
40%			4	16
100%			10	المجموع

حسب التخصص الدراسي:

جدول رقم (06) يبين توزيع افراد العينة حسب التخصص الدراسي:

التخصص	التكرار	النسب المئوية
أدبي	7	%70
علمي	3	%30
المجموع	10	%100

IV أدوات الدراسة: تعد أدوات جمع البيانات من أهم العناصر التي تساعد الباحث في الوصول إلى نتائج دقيقة وصادقة، لذا يجب أن تتسجم مع كل من منهج الدراسة، عينة الدراسة و أهداف الدراسة. في الدراسة الحالية تم استخدام المقاييس التالية:

أ - الأدوات القياسية:

- سلم بيك الثاني للاكتئاب (BDI-II).
- مقياس هوبر ولاين للأفكار اللاعقلانية. أنظر الملحق رقم (07)
- مقياس بيك للشعور باليأس. أنظر الملحق رقم (08)
- مقياس كوبر سميث لتقدير الذات. أنظر الملحق رقم (09)
- قائمة (وولب ، لازاروس) لتوكيد الذات. أنظر الملحق رقم (10)
- استبيان القصة الحياتية . (إعداد أرنولد لازاروس) انظر الملحق رقم (11)
- شبكة التحليل الوظيفي BASIC ID أنظر الملحق رقم (12)
- البروفيل التركيبي (لازاروس) انظر الملحق رقم (13)
- البروفيل الأنموذج. (لازاروس) أنظر الملحق رقم (14)
- ب- الأدوات التجريبية: البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد - نموذج أرنولد لازاروس - (إعداد الباحثة). أنظر الملحق رقم (15)

الأساليب الإحصائية:

- اختبار "ت" T-test لحساب دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات

- حزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS 20

وصف لأدوات الدراسة: وفيما يلي وصف لأدوات الدراسة

أولاً: سلم بيك الثاني للإكتئاب:

تعد قائمة آ.ت. بيك الثانية (BDI-II) لقياس الاكتئاب، أحدث صورة لقوائم بيك لقياس

الاكتئاب تتكون من 21 مجموعة بند لقياس شدة الاكتئاب ابتداء من عمر 16 سنة،

تتميز هذه القائمة بأن بناءها تم بهدف تقييم أعراض الاكتئاب المتضمنة في محكات

تشخيص الاكتئاب في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (DSM-IV) للاضطرابات

العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي علم 1994، تم إجراء تعديلات على

القائمة سواء في صورتها الأولى BDI 1961 أو في صورتها الأولى المعدلة 1979

BDI-IA ومن هذه التعديلات ما يلي:

والأعراض الـ 21 التي يقيسها سلم بيك الثاني للاكتئاب ، هي ما يلي:

(1 الحزن ،2) التشاؤم،3) الفشل السابق، 4) فقدان الاستمتاع 5) مشاعر الإثم 6)

مشاعر العقاب 7) عدم حب الذات 8) نقد الذات 9) الأفكار الانتحارية 10) البكاء

11) التهيج الاستثارة 12) فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي 13) التردد في

اتخاذ القرارات 14) انعدام القيمة 15) فقدان الطاقة 16) تغيرات في نمط النوم 17)

القابلية للغضب أو الانزعاج (18) تغيرات في الشهية (19) صعوبة التركيز (20) الإرهاق أو الإجهاد (21) فقدان الاهتمام بالجنس.

ويستعمل سلم بيك الثاني للاكتئاب في مجال البحث النفسي وفي مجال التشخيص العيادي للمراهقين وبالغين ابتداءً من عمر 16 سنة في الولايات المتحدة الأمريكية.

ترجمة سلم بيك الثاني لقياس الاكتئاب وصدق الترجمة:

قام غريب عبد الفتاح غريب عام 2000 بترجمة الاختبار وتعليماته ويتمتع المترجم بخبرة طويلة في بحوثه حول الاكتئاب وكان قد ترجم عام 1985 قائمة بيك الأولى المعدلة IA-BDI لقياس الاكتئاب في مصر والإمارات العربية المتحدة كما قام بإجراء دراسات عديدة حول الاكتئاب.

الخصائص السيكومترية مقياس بيك Beck للاكتئاب في البيئة المحلية:

قام الباحث (بشير معمري) بقياس الخصائص السيكومترية للمقياس و تبين من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها أن قائمة بيك الثانية لقياس الاكتئاب تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي.

طريقة التصحيح: بالنسبة لطريقة تصحيح القائمة فقد سبقت الإشارة إلى أن القائمة تتكون من 21 مجموعة أعراض ويتكون كل عرض من أربعة عبارات (ما عدا المجموعتين

اللتين تقيسان تغييرات في نمط النوم وتغيرات في الشهية فإنهما تتكونان من سبع عبارات لكل مجموعة) تقيس العرض بطريقة متدرجة من لا وجود للعرض إلى وجود بدرجة مرتفعة وبالتالي توجد أربع درجات في مقابل ذلك متدرجة من صفر (لا وجود للعرض إلى ثلاث درجات العرض موجود بدرجة مرتفعة).

و تنص التعليمات على أنه عند الإجابة على القائمة يطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول رقم العبارة التي يختارها من العبارات الأربعة سواء كانت (0،1،2،3) بحيث تكون العبارة التي يختارها تصف بطريقة أفضل حالته خلال الأسبوعين الماضيين بما في ذلك اليوم الذي يجيب فيه عن العبارة، ويقوم الباحث بجمع الأرقام الواحد والعشرون التي وضع عليها المفحوص دائرة فيحصل على الدرجة الخام لكل مفحوص.

وبهذا تتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين: صفر (لا يوجد اكتئاب) و63 (أقصى درجات الاكتئاب)

مجالات إستعماله: يعتبر البحث النفسي المجال الأول لاستعمال هذه القائمة.

أما بالنسبة لإستعماله كأداة تشخيص فان بيك وآخرون قاموا ببناء القائمة الثانية لقياس الاكتئاب من أجل أن تكون متفقة مع محكات التشخيص في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع الصادر عام 1994 ولذا فانه من الممكن أن تستعمل كأداة تشخيص خاصة إذا قام بذلك شخص متدرب على تشخيص الاكتئاب وله خبرة جيدة في القياس النفسي. (بشير معمريّة،2010،ص ص95-103).

الجدول رقم (07) : يوضح فئات مستويات الاكتئاب.

63-39	38-30	29-21	20-0	الفئات
اكتئاب شديد	اكتئاب متوسط	اكتئاب خفيف	لا اكتئاب	مستويات الاكتئاب

ثانيا:مقياس الأفكار اللاعقلانية:

وصف المقياس : أعده هوبر S.Hooper ولاين C.Layne في ضوء الأفكار

اللاعقلانية الإحدى عشرة التي وضعها إليس Ellis وهي على النحو التالي :

- 1- طلب الاستحسان .
- 2- ابتغاء الكمال الشخصي.
- 3- اللوم القاسي للذات و الآخرين.
- 4- توقع الكوارث.
- 5- التهور الانفعالي.
- 6- القلق الزائد.
- 7- تجنب المشكلات.
- 8- الاعتمادية.
- 9- الشعور بالعجز، (قلة الحيلة).
- 10- الانزعاج لمشاكل الآخرين.
- 11- ابتغاء الحلول الكاملة.

وقد خصص معدا المقياس أربعة بنود لكل فكرة من الأفكار الإحدى عشرة، بحيث أصبح العدد الكلي لبنود المقياس 44 بندا وزعت بصورة عشوائية على الأفكار التي تعبر عنها عند وضع المقياس في شكله النهائي .

رقم العبارة	العدد	رقم العبارة	العدد	رقم العبارة	العدد	رقم العبارة	العدد
1	1	23	10	12	10	34	4
2	2	24	11	13	2	35	6
3	3	25	9	14	4	36	6
4	4	26	11	15	2	37	8
5	5	27	2	16	2	38	7
6	6	28	3	17	1	39	8
7	7	29	1	18	4	40	8
8	8	30	3	19	5	41	8
9	9	31	3	20	5	42	10
10	10	32	3	21	5	43	11
11	11	33	4	22	10	44	9

الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة المحلية: قامت الباحثة (يحياوي وردة) بقياس الخصائص السيكومترية للاختبار في إطار دراسة الماستر "العلاقة بين الأسلوب المعرفي و الافكار اللاعقلانية لدى المراهق المكتئب "

تصحيح المقياس : تتم وضع ثلاث بدائل للإجابة على اختبار كل بديل يمثل لوزن التالي :

- لا ترد لذهني أبدا: 00.

- ترد أحيانا: 01.

- ترد غالبا: 02.

وبهذا تكون أدنى درجة يتحصل عليها المفحوص هي 0 أما أعلى درجة فهي 88

الجدول رقم (08) : يوضح فئات مستويات الأفكار اللاعقلانية .

الفئات	29-0	58-29	88-58
مستويات اللاعقلانية	ضعيف	متوسط	مرتفع

الخصائص السيكومترية للمقياس:

الصدق : تم حساب صدق المحتوى (الظاهري) من خلال تحكيم الأساتذة ، وكذا الصدق الذاتي ويساوي الجذر التربيعي لمعامل الارتباط R. وكان الصدق الذاتي (0.97) وهي قيمة جد مطمئنة .

الثبات : تم حساب ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية فكان معامل الارتباط بين البنود الفردية والزوجية كما يبينه الجدول (0.893) وهو دال عند مستوى دلالة 0.01 وللتخلص من أثر الطول تم تطبيق معادلة سبيرمان براون .

$$R=r.n/r+1$$

r : معامل الارتباط بيرسون (0.893)

n : عدد أجزاء الاختبار (2)

$$R = 0.943 = 1 + 0.893 / 50.893 \cdot 2$$

وهو معامل إرتباط مرتفع

- الصدق الذاتي = جذر الثبات = 0.97 (يحياوي وردة، 2010، ص88)

ثالثا: مقياس بيك Beck للشعور باليأس: أنظر الملحق (07)

نشر مقياس بيك لليأس BHS Beck Hoplessness Scale من إعداد بيك وستير Beck Steer عام (1974) في أصله الانجليزي ، وعام (1988) صدرت الطبعة الثانية للمقياس بدون أي تعديل أو إضافة، بالنسبة لعدد البنود أو نوعيتها، تتكون الصيغة الأولى التي صدرت عام (1974) من عشرون بندا تم صياغتها بطريقة سهلة ومختصرة ، علما أن بيك يعرف اليأس "بأنه حالة وجدانية تبعث على الكآبة وتنسم بتوقعات الفرد السلبية نحو الحياة والمستقبل وخيبة الأمل أو بالتعاسة وتعميم الفشل في كل محاولة ، وهو ما أطلق عليه الثالث المعرفي للاكتئاب واليأس ، وتعني النظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل" وبناءا على هذا التعريف وضع بيك وستير Beck Steer بنود المقياس بحيث تدور تسع بنود منها حول اتجاه الفرد نحو المستقبل، اشتقت من قائمة الانطباع الحالي عن المستقبل من تأليف (Heimberg, 1961) ومن ثم عدلت وأعيدت صياغتها لكي تتناسب مع أهداف المقياس الحالي ، أما بقية البنود وعددها إحدى عشر 11 بندا فقد أخذت من المرضى الذي تم تشخيصهم باليأس من قبل المعالجين النفسانيين والتي تدور عباراته حول التشاؤم ، حيث أن تلك العبارات تعكس الاتجاه السلبي نحو المستقبل والتي كان يستخدمها المرضى في حديثهم بشكل متكرر يوميا ، ثم عرض المقياس على محكمين لمراجعته وقد تم تصويب المقياس نحويا ومن ثم طبق على مجموعتين متعارضتين (مكتئبين وغير مكتئبين) وقد نجح المقياس في التمييز بين المجموعتين من خلال تحليل التباين بين استجاباتهم .

صمم مقياس بيك لليأس لاستخدامه مع المرضى البالغين سواء الخاضعين للعلاج الإكلينيكي (المرضى الموجودين في المستشفى أو خارجه) أو غير الخاضعين له (مثل طلاب الكليات ، أو المتقدمين للوظائف) والذين تتراوح أعمارهم بين الثامنة عشر والسبعين عاما، يطبق المقياس بشكل ذاتي إذ تعد التعليمات المدونة على ورقة الأسئلة كافية ومختصرة لتوجيه المفحوصين، كما يتطلب تطبيق المقياس مستوى معيناً من القراءة

، وتستغرق عملية التطبيق ما بين 05 - 10 دقائق تقريبا، إلا أنه يمكن ملاحظة طول الوقت حين يكون أفراد العينة من كبار السن أو الذين لديهم تدني في الأداء الحركي والمعرفي أو بطيئي القراءة.

يتكون مقياس بيك لليأس من 20 بندا يجيب عليها المفحوص باختيار إجابة واحدة من إجابتين (نعم - لا) على كل بند، ويبدأ التصحيح بإعطاء (11) بندا المرقمة (2-4-7-9-11-12-14-16-17-18-20) في المقياس درجة (1) للإجابة بنعم و (0) للإجابة لا. أما البنود التسعة الأخرى المرقمة (1-3-5-6-8-10-13-15-19) يتم تصحيحها بشكل معكوس الدرجة (1) للإجابة بلا والدرجة (0) للإجابة بنعم ومن هنا يمكن استخراج الدرجة الكلية التي حصل عليها المفحوصون بجمع الدرجات أو النقاط لكل إجابة اختارها المفحوص، ويمكن أن تتفاوت الدرجة الكلية على المقياس من صفر (الحد الأدنى) إلى عشرون (الحد الأقصى) (0-20). وتعكس الدرجة العالية للمقياس بأسا مرتفعا، فيما تعكس الدرجة الدنيا بأسا منخفضا.

الجدول رقم (09) : يوضح فئات مستويات الشعور باليأس.

الفئات	06-0	12-06	20-12
مستويات الشعور باليأس	ضعيف	متوسط	مرتفع

الصدق: قام بدر محمد الأنصاري (2002) بترجمة بنود المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية وهذا بعد حصوله على موافقة المؤلف الأصلي، وللتحقق من سلامة الترجمة عرضت النسخة المعربة والصورة الأصلية للمقياس لدورات عديدة من المراجعة من قبل المتخصصين في علم النفس وفي اللغة الانجليزية ، وأسفرت محاولة تكيف المقياس على ثبات وصدق عاليين وعليه قام نفس الباحث (2002) بحساب صدق

التكوين لمقياس بيك لليأس على عينة قوامها 277 طالبا وطالبة من جامعة الكويت بعدة طرق من بينها الصدق التقاربي و الاختلافي وذلك من خلال حساب الارتباطات المتبادلة بين مقياس اليأس والمقاييس التالية : اليأس ، التفاؤل غير الواقعي ، التوجه نحو الحياة ، القلق ، الاكتئاب ، الذنب ، الخزي ، الذهان ، الانبساط ، العصابية ، الكذب ، التفتح ، الطيبة و يقظة الضمير . وذلك في ستة دراسات مستقلة، وقد أسفرت نتائج الدراسات على وجود ارتباطات جوهرية موجبة بين اليأس والتشاؤم والاكتئاب والقلق و العصابية والذنب والخزي مما يشير إلى الصدق التقاربي أو الاتفاقي لهذا المقياس، ومن جهة أخرى كشفت الارتباطات الجوهرية السالبة بين اليأس وكل من التفاؤل والتفاؤل غير الواقعي عن الصدق الاختلافي أو الافتراقي لمقياس بيك لليأس.

الثبات:اعتمد بدر محمد الأنصاري (2002) في حساب الثبات على طريقة معاملات ألفا كرونباخ بعد تطبيق المقياس (خلال الموسم الجامعي 1997-1998 و 2000-2001) على عينات من طلاب جامعة الكويت في ثمانية دراسات مستقلة، وقد أسفرت نتائج الدراسات على ارتفاع معاملات ألفا بحيث تراوحت بين 0.78 و 0.92 مما يشير إلى اتساق داخلي مرتفع للمقياس (لأن معامل الثبات الذي يساوي أو يزيد عن 0.70 يعد مقبولا في مقاييس الشخصية.

الخصائص السيكومترية لمقياس بيك Beck لليأس في البيئة المحلية:

قام الباحث (أحمد فاضلي) في بحثه "الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية " بقياس الخصائص السيكومترية لمقياس اليأس في البيئة المحلية وكانت النتائج كالتالي:

الثبات: تم حساب ثبات المقياس بطريقتين الأولى تتمثل في تلك التي قام بها الباحث أحمد فاضلي وهذا عن طريق إعادة التطبيق حيث تم تطبيقه على مجموعة قوامها

(ن=40) فردا من طلاب قسم علم النفس وعلوم التربية و الأرتوفونيا، السنة الثالثة بجامعة سعد دحلب البليدة وكان الفاصل الزمني بين التطبيقين ثلاثة أسابيع، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني والذي بلغ 0.65 وهو معامل دال عند مستوى الدلالة 0.01 .

كما تم حساب ثبات مقياس اليأس لبيك بطريقة التجزئة النصفية (فردية و زوجية) في دراسة قام بها كل من (آيت حمودة حكيمة وأحمد فاضلي) (2007) على عينة من طلبة جامعة الجزائر قوامها 40 طالبا و طالبة، ثم قام الباحثان بحساب معامل الارتباط بين البنود الزوجية و الفردية، و بلغ معامل الارتباط 0.59، و باستخدام معادلة "سبيرمان - براون" بلغ معامل الثبات 0.74 وهو معامل مقبول يشير إلى اتساق داخلي للمقياس. (أحمد فاضلي، 2010).

رابعا: مقياس كوبر سميث " Cooper Smith " لقياس تقدير الذات.

صمم هذا المقياس من طرف الباحث الباحث الأمريكي : (كوبر سميث " Cooper Csmith ") سنة 1967، و هذا المقياس اتجاه تقييمي نحو الذات في المجالات الاجتماعية ، الأكاديمية ، العائلية و الشخصية .

وتمت ترجمة هذا المقياس إلى العربية مقياس من طرف فاروق عبد الفتاح (1981) كما عدلت مقاييس تقدير الذات لديه و غيرت عناوينها ، حيث كانت العناوين القديمة كما يلي :

- ✓ مقياس خاص بالصورة (أ) أو الصورة الطويلة .
- ✓ مقياس خاص بالصورة (ب) أو الصورة القصيرة .
- ✓ مقياس خاص بالصورة (ج) .

أما العنوان الجديد الذي استخدم سنة 1981 هو :

✓ مقياس خاص بالصورة الخاصة بالمدرسة ، يستعمل مع تلاميذ تتراوح أعمارهم بين (8 سنوات . 15 سنة) و يتضمن 58 عبارة (50 عبارة لقياس تقدير الذات و 8 عبارات تكون مقياسا للكذب) .

✓ مقياس خاص بالصورة الصغيرة بالمدرسة: يستعمل مع تلاميذ تتراوح أعمارهم بين (8 سنوات . 15 سنة) ، و يتكون من 25 عبارة معدة لقياس " تقدير الذات " و لا يشمل مقياس الكذب .

✓ مقياس الصورة الخاصة بالكبار، و هو المقياس المستخدم في دراستنا هذه ، و هو خاص بالأفراد الذين يتجاوزون سن 16 سنة ، و يتكون من 25 عبارة ، تنقسم إلى عبارات سالبة و عبارات موجبة و هي كالاتي :

العبارات السالبة ذات الأرقام :

23 - 22 - 21 - 18 - 17 - 16 - 15 - 13 - 12 - 10 - 6 - 3 - 2
- 24 - 25 .

العبارات الموجبة ذات الأرقام : 1 - 4 - 5 - 8 - 9 - 14 - 19 - 20 .

تعليمية تطبيق الاختبار: اليوم سوف تقوم بملء هذا المقياس ، فيما يلي مجموعة من العبارات، إجابتك عليها سوف تساعدني في معرفة ما تحب و ما لا تحب .

إذا كانت العبارة تصف ما تشعر به عادة، فضع علامة (×) داخل المربع في خانة " تنطبق " أما إذا كانت العبارة لا تصف ما تشعر به فضع علامة (×) داخل المربع في خانة " لا تنطبق " .

لا توجد إجابات صحيحة و أخرى خاطئة ، و إنما الإجابة الصحيحة هي التي يعبر بها الشخص عن شعوره الحقيقي .

العبارات : تنطبق ، لا تنطبق

- 1- لا تضايقتني الأشياء عادة .
- 2- أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام زملائي.
- 3- أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي .
- 4- لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتتي بنفسني .
- 5- يسعد الآخرون بوجودهم معي .
- 6- أتضايق بسرعة في المنزل .
- 7- أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة .
- 8- أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني .
- 9- تراعي عائلتي مشاعري عادة .
- 10- أستسلم بسهولة .
- 11- تتوقع عائلتي مني الكثير .
- 12- من الصعب جدا أن أظل كما أنا .
- 13- تختلط الأشياء كلها في حياتي .
- 14- يتبع الناس أفكارني عادة .
- 15- لا أقدر نفسي حق قدرها .
- 16- أود كثيرا لو أترك المنزل .
- 17- أشعر بالضيق من عملي غالبا .
- 18- مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس .
- 19- إذا كان عندي شيء أريد أن أقوله فإنني أقوله عادة .
- 20- تفهمني عائلتي .
- 21- معظم الناس محبوبون أكثر مني .
- 22- أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل أشياء .
- 23- لا ألقى التشجيع عادة عندما أقوم به من أعمال .

24- أرغب كثيرا أن أكون شخصا آخر .

25- لا يمكن للآخرين الاعتماد علي .

طريقة التصحيح: يمكن الحصول على درجات مقياس (كوبر سميث Cooper Smith)
(بإتباع الخطوات التالية :

أ- إذا كانت إجابة التلميذ " لا تنطبق " على العبارات السالبة بمنحه (1) ، أما إذا كانت إجابته " تنطبق " بمنحه (0).

ب- إذا كانت إجابة التلميذ " تنطبق " على العبارات الموجبة بمنحه (1)، أما إذا كانت إجابته " لا تنطبق " بمنحه (0).

الجدول رقم (10) : يوضح فئات مستويات تقدير الذات لمقياس كوبر سميث.

الفئات	39 -20	59 -40	80 -60
مستويات تقدير الذات	منخفض	متوسط	مرتفع

كما يحتوي مقياس تقدير الذات كوبر سميث " Cooper Smith " على أربعة مقاييس فرعية .

المقاييس الفرعية :أرقام العبارات.

الذات العامة: 1- 3- 4- 7- 10- 12- 13- 15- 18- 19- 24 - 25 12.

الذات الاجتماعية: 5 - 8 - 14 - 21 - 4.

المنزل و الوالدين 6 - 9 - 11- 16 - 20 - 22 - 6

العمل 2 - 7 - 23 - 3

صدق وثبات المقياس في البيئة الجزائرية: قامت الباحثة (عنو عزيزة) بحساب الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية كما يلي:

الصدق: تم حسابه من خلال صدق المحكمين وكذا الصدق الارتباطي مع مقياس روزمبورغ Rosemberg لتقدير الذات، وقدر معامل الارتباط بين كلا المقياسين بـ 0,95 وهو معامل قوي.

الثبات: تم حساب ثبات المقياس بطريقة تطبيق و إعادة التطبيق المقياس ، فقدر معامل الارتباط بيرسون بـ 0,97 وهو يدل على معامل ثبات قوي. (عنو عزيزة، 2008، ص ص 405-410)

خامسا: إختبار توكيد الذات:

التعريف بقائمة توكيد الذات: أعد القائمة في الأصل جوزيف وولب، أرنولد لازاروس عام 1966 *Wolpe & A. Lazarus*. لوتتكوّن القائمة من 30 عبارة. وقد استعملت في كثير من البحوث النفسية، حيث تم ذكرها في قوائم المراجع تحت اسم (WLAS) "*Wolpe – Lazarus Assertiveness Scale*".

تتكون القائمة المعربة لتوكيد الذات من 25 عبارة فقط. حيث تم حذف 5 عبارات تبين من نتائج الدراسة على تقنينها على عينات مصرية، عدم مناسبتها في البيئة العربية. والعبارات الخمسة التي تم حذفها هي ما يلي :

- (1) هل تجد من الصعب عليك أن تغير ملابس اشتريتها منذ أيام قليلة بعد أن اكتشفت أن بها عيوباً ؟
- (2) إذا لم ترض عما يقدم لك من طعام في مطعم، هل تشتكي لمن قدمه لك ؟
- (3) هل أنت حريص على تجنب جرح مشاعر الآخرين ؟
- (4) هل أنت عادة هادئ وذلك بحثاً عن السلامة (في السكوت السلامة) ؟
- (5) إذا منعك رجل بوليس من دخول مكان من حقك دخوله، هل تعارضه وتنتشاجر معه في ذلك ؟

ولقد أعاد الباحث (بشير معمريّة) إدراجها في القائمة بعد إعادة كتابة بعضها بصيغة أخرى بسيطة، لأنه تبين أنها لا تتعارض مع ثقافة البيئة الجزائرية أو الإسلامية عموماً، سواء من حيث اللغة التي كتبت بها، أم من حيث الجوانب السلوكية التي تقيسها في مفهوم توكيد الذات. وتبيّن كذلك بعد عرضها على عينة من المفحوصين، أنها واضحة في لغتها وفي مضمونها، وفي الجوانب السلوكية التي تقيسها (الصدق المظهري). وفيما يلي العبارات الخمس بعد إعادة كتابة بعضها بصيغة أخرى.

26. هل يصعب عليك أن تعيد سلعة إلى تاجر، اشتريتها منه، بعد أن اكتشفت أن بها عيوباً؟

27. إذا لم ترض عن طعام في مطعم، هل تحتج على ذلك عند صاحب المطعم؟

28. هل تفضل عدم معارضة الناس في تصرفاتهم التي لا تقبلها، حتى تتجنب جرح مشاعرهم؟

29. هل يصعب عليك أن تطالب بدين لك عند أحد الأشخاص؟

30. إذا منعك شخص مسؤول من دخول مكان من حقه دخوله، هل تعارضه في ذلك بشدة؟

وبذا، صارت "قائمة توكيد الذات" التي يتم تقنينها على البيئة الجزائرية، تتكون من 30 سؤالاً (30 بنداً).

الخصائص السيكومترية لقائمة توكيد الذات.

(1) في البيئة الأمريكية.

الصدق. تم حساب الصدق التكويني من خلال دراسة كل من ج. لي، م. باكويين *G. Lea & M. Paquin 1981* على عينة تتكون من 26 فرداً. فوجد الباحثان معامل ارتباط يساوي 0.69 بين قائمة توكيد الذات هذه وقائمة أخرى لقياس توكيد الذات من إعداد راثوس *Rathus*. وتطبيق القائمتين على عينة تتكون من 36 طالبا توصل الباحثان إلى معامل ارتباط يساوي 0.80.

ولحساب الصدق المرتبط بالمحك، قام م. إيسلر وآخرون *M. Eisler & al 1973* بدراستين؛ الأولى تبين من بيانات 30 فرداً، أن قائمة توكيد الذات، وولب ولازاروس، فرقّت بين المكتئبين وغير المكتئبين (ت = 2.74 دالة إحصائياً عند مستوى 0.05).

الثانية تبين من بيانات 60 فردا أن المرضى الذين تم تقديرهم بمقياس سلوكي بأنهم مرتفعون أو منخفضون في توكيد الذات، قد ظهرت بينهم فروق في استجاباتهم على قائمة توكيد الذات، وولب ولازاروس، (ت = 2.11 دالة إحصائيا عند مستوى 0.05). (غريب عبد الفتاح غريب، 1995، 6 . 7).

الثبات. لم يعثر الباحث على معلومات عن ثبات القائمة في البيئة الأمريكية.
في البيئة العربية.

تعريب القائمة: قام بتعريب قائمة توكيد الذات كل من : محمد عبد الظاهر الطيب 1981. عبد الستار إبراهيم 1983. غريب عبد الفتاح غريب 1986. أما بالنسبة لحساب الخصائص السيكومترية، فقد اعتمدت الدراسة على غريب عبد الفتاح غريب 1995.

الصدق: تم حساب الصدق المرتبط بالمحك والصدق الاتفاقي والصدق التعارضي ضمن ست دراسات؛ ثلاث منها في مصر والثلاث الأخرى في الإمارات العربية المتحدة.

في الدراسة الأولى بمصر، تم حساب معامل الارتباط على 30 فردا ذكورا و إناثا) بين قائمة توكيد الذات وتقديرات للسلوك التوكيدي. فجاء معامل الارتباط يساوي 0.87

وفي الدراسة الثانية بمصر، تم حساب معامل الارتباط بين قائمة توكيد الذات وقائمة بيك للاكتئاب (الصورة المختصرة) على عينة تتكون من 140 فردا (58 ذكرا، 82 أنثى) تراوحت أعمارهم بين 20 . 55 سنة. فجاء معامل الارتباط سالبا يساوي - 0.41.

وفي الدراسة الثالثة بمصر، تم حساب معامل الارتباط بين قائمة توكيد الذات وقائمة بيك للاكتئاب (الصورة المختصرة) على عينة تتكون من 140 فردا (58 ذكرا، 82 أنثى) من المديرين والمدرسين بقطاع التدريب الصناعي، تراوحت أعمارهم بين 26 . 58 سنة. فجاء معامل الارتباط سالبا يساوي - 0.38.

أما في مجتمع الإمارات العربية المتحدة، فتم حساب الصدق الاتفاقي والصدق التعارضي. في الدراسة الأولى بالإمارات، تم حساب معامل الارتباط بين قائمة توكيد الذات واستبيان لقياس الخجل (إعداد : حسين عبد العزيز الدريني) على عينة تتكون من 52 طالبا وطالبة بجامعة الإمارات العربية المتحدة، فجاء معامل الارتباط سالبا يساوي - 0.74.

وفي الدراسة الثانية بالإمارات، تم حساب معامل الارتباط بين توكيد الذات والخجل على عينة 30 تلميذة من المرحلة الإعدادية. فجاء معامل الارتباط سالبا يساوي - 0.70.

وفي الدراسة الثالثة بالإمارات، تم حساب معامل الارتباط بين قائمة توكيد الذات وقائمة نقيس القلق (A)*. على عينة تكونت من 430 فردا، منهم 190 ذكرا و 240 أنثى. فجاء معامل الارتباط سالبا يساوي - 0.21.

وفي مصر كذلك، تم حساب صدق قائمة توكيد الذات بطريقتين:

الأولى : الصدق الاتفاقي، حيث ارتبطت إيجابيا ببعد الوعي بالذات من قائمة بار . أون 1997 *Bar - On* لقياس الذكاء الوجداني على عينة تتكون من 149 فردا منهم 90 ذكرا و 59 أنثى. تتراوح أعمارهم بين 18 . 56 سنة بمتوسط عمري قدره 37.10. فجاء معامل الارتباط يساوي 0.53.

والثانية الصدق التمييزي. حيث تمت عملية المقارنة الطرفية بين مجموعة الإرياعي الأعلى ومجموعة الإرياعي الأدنى في التوكيدية، فجاءت قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين، تساوي 33.9. وهي دالة إحصائيا عند مستوى 0.001.

الثبات: تم حساب الثبات في مصر والإمارات العربية المتحدة بطريقة واحدة هي تطبيق وا إعادة تطبيق القائمة في أربع دراسات، اثنتين في مصر والأخرين في الإمارات.

الدراسة الأولى في مصر تمت على 33 فردا من الجنسين من العاملين في مركز الاتصالات الدولية بفاصل زمني بين التطبيقين قدره شهر ونصف. فجاء معامل الثبات يساوي 0.84. والدراسة الثانية بمصر تمت على 122 طالبا يوجدون في السنة الرابعة بكلية التربية جامعة الأزهر. بفاصل زمني بين التطبيقين وصل إلى 17 يوما. فجاء معامل الثبات يساوي 0.94.

أما في مجتمع الإمارات العربية المتحدة، فتمت الدراسة الأولى على 47 طالبا وطالبة بجامعة الإمارات العربية المتحدة من مستويات دراسية مختلفة بفارق زمني بين التطبيقين وصل إلى أربعة أسابيع. فجاء معامل الثبات يساوي 0.81.

وتمت الدراسة الثانية على 29 تلميذة من المرحلة الإعدادية (16 مواطنات، 13 وافدات). وبلغ الفاصل الزمني بين التطبيقين ثلاثة أسابيع. فجاء معامل الثبات يساوي 0.77.

يتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم عرضها في الفقرات السابقة، سواء في أمريكا أم في بعض المجتمعات العربية، أن قائمة توكيد الذات لها خصائص سيكومترية مرتفعة.

كما قام (بشير معمرية) بحساب كل من الصدق والثبات في البيئة المحلية ووجها مرتفعة (بشير معمرية، مرجع تحت الطبع)

الجدول رقم (11) : يوضح فئات مستويات توكيد الذات.

الفئات	10-0	20-10	30 -20
مستويات توكيد الذات	منخفض	متوسط	مرتفع

✓ الأداة التجريبية (البرنامج العلاجي المصمم)

V متغيرات الدراسة:

1-5 المتغير المستقل: البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد - نموذج أرنولد لازاروس -

2-5 المتغيرات التابعة:

- 1- الدرجة على مقياس (بيك) الثاني للاكتئاب.
- 2-الدرجة على مقياس (هوبر ولاين) للأفكار اللاعقلانية.
- 3-الدرجة على مقياس (بيك) للشعور باليأس.
- 4-الدرجة على مقياس(كوبر سميث) لتقدير الذات.
- 5-الدرجة على مقياس (وولب و لازاروس) لتوكيد الذات.

VI الإجراءات الميدانية للدراسة تمثلت الاجراءات الميدانية للدراسة في تصميم البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد واختبار فعاليته وفيما يلي أهم الخطوات التي اتبعتها الباحثة في الدراسة الميدانية.

تصميم الأداة التجريبية: البرنامج الانتقائي متعدد الأبعاد (تصميم الباحثة):

إجراءات تصميم وتطبيق البرنامج العلاجي:

يعتبر البرنامج العلاجي عموماً مجموعة من الخطوات المنظمة التي تهدف إلى تغيير أو تعديل سلوك أو مشاعر أو أفكار العميل أو العملاء ومن أجل تحقيق هذه الأهداف تم اختيار نموذج (أرنولد لازاروس) الانتقائي متعدد الأبعاد من أجل تحقيق أهداف الدراسة الرئيسي أي علاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة الانتقائي متعدد الأبعاد المتغير المستقل للدراسة، في هذا الفصل سنحاول استعراض خطوات تصميم البرنامج ومراحل وخطوات تطبيقه.

مراحل التدخل العلاجي: يجمع الخبراء في بناء وتصميم البرامج العلاجية على أن عملية التدخل العلاجي تضم من خمسة مراحل.

- مرحلة إعداد البرنامج العلاجي.
- مرحلة القياس القبلي.
- مرحلة تطبيق البرنامج العلاجي. (التدخل العلاجي)
- مرحلة القياس البعدي (تقييم الأداء في ضوء الأهداف الموضوعية)
- مرحلة القياس التتبعي.

أولاً: مرحلة إعداد (تصميم) البرنامج العلاجي:

خطوات تصميم البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد (نموذج أرنولد لازاروس)

- ✓ قامت الباحثة بالاطلاع على التراث النظري للعلاج الانتقائي متعدد الأبعاد.
- ✓ كخطوة ثانية اطلعت الباحثة على مجموعة من على الدراسات السابقة التي تعنى بطرق بناء وتصميم برامج علاجية، لا سيما لعلاج الاكتئاب.
- ✓ قامت الباحثة بوضع تصور مبدئي لمجموع المشكلات التي تعاني منها أفراد المجموعة التجريبية، وهذا بالاعتماد على الدراسات التي تناولت الاكتئاب وعلاقته

بالأبعاد السبعة للشخصية كما حددها (لازاروس) فتوصلت الباحثة إلى شبه اتفاق بين الباحثين حول المشكلات التي من المحتمل أن يعاني منها الفرد المصاب بالاكتئاب في كل بعد من الأبعاد السبعة وعلى هذا الأساس وضعت تصورا مبدئيا للبروفيل الأنموذج لأفراد المجموعة التجريبية.

✓ على أساس هذا البروفيل أو شبكة التحليل الوظيفي لمشكلات الحالات قامت الباحثة بالاعتماد على الدراسات السابقة والجانب النظري دائما بانتقاء انصب أفضل الطرق و الأساليب والفنيات العلاجية الملائمة لمعالجة المشكلات السابقة.

✓ من أجل ترتيب جلسات البرنامج اعتمدت الباحثة على المراحل الأربعة للعلاج الانتقائي متعدد الأبعاد، وعلى متوسط نتائج أفراد المجموعة على البروفيل التركيبي ملحق رقم (13) ملحق رقم (14)، وكذا على ملاحظات الأساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي بحيث تم ترتيب الجلسات على النحو التالي:

✓ جلسات بناء العلاقة العلاجية.

✓ جلسات تعديل الأفكار اللاعقلانية.

✓ جلسات التخفيف من درجة الشعور باليأس.

✓ جلسات الرفع من درجة تقدير الذات.

✓ جلسات الرفع من درجة السلوك التوكيدي.

تصميم البرنامج : خلال تصميم البرنامج العلاجي تم مراعاة ما يلي:

أهداف الجلسات: قامت الباحثة بتسطير أهداف الجلسات مسبقا وهذا في إطار بحثها العلمي، غير أنها سعت إلى إيلاغ المبحوثات بالأهداف المسطرة من أجل تحقيقها سوية.

عنوان الجلسات: بالنسبة لعنوان الجلسات تعمدت الباحثة إضفاء نوع من الحماسة و

التشويق بإعطاء عناوين مشوقة للجلسات: استخرج الذهب، أنا اصنع مستقبلي، من أنا ؟

لاحق الفكرة، وغيرها.

مدة الجلسات: من خلال نتائج تحكيم الأساتذة للبرنامج العلاجي وكذا نتائج الدراسة الاستطلاعية، لاحظت الباحثة إمكانية تقديم الجلسات ما بين 60 إلى 120 دقيقة وهذا حسب محتوى الجلسة، كما أن تنوع التقنيات العلاجية المقدمة خلال الجلسة و إشراك المبحوثات في الجلسة خفف كثيرا من أثر طول مدة الجلسة.

التقنيات المستخدمة في الجلسات: تم العمل وفقا للانتقائية التقنية لـ (لازاروس) بحيث قامت الباحثة بالاطلاع على التقنيات العلاجية المختلفة، المعرفية منها و السلوكية وغيرها واختارت التقنيات التي تتلائم والفئة المدروسة من حيث السن والجنس كما أنها اختارت التقنيات بناء على الأهداف المسطرة للعلاج.

تنوع الجلسات: أهمية وميزة هذا البرنامج أن كل بعد يخدم الأبعاد الأخرى، بمعنى أن كل تقنية مستخدمة تخدم أهداف الجلسة و أهداف الجلسات الأخرى، أي تكامل الجلسات فيما بينها، فجلسات الاسترخاء تخدم كافة الجلسات الأخرى و جلسات تقدير الذات تخدم توكيد الذات و الأفكار اللاعقلانية تخدم تقدير الذات وتوكيد الذات والشعور باليأس.

قياس الخصائص السيكومترية للبرنامج العلاجي: من اجل اختبار مدى صلاحية البرنامج العلاجي للتطبيق قامت الباحثة بعرضه على مجموعة من الأساتذة المحكمين كما قامت بإجراء دراسة استطلاعية.

✓ **تحكيم البرنامج العلاجي:** تم عرض البرنامج العلاجي المصمم في صورته الأولية أنظر الملحق رقم (16) على مجموعة من الأساتذة الخبراء انظر الملحق رقم (17).

• **نتائج تحكيم الخبراء للبرنامج العلاجي:** وفقا لملاحظة السادة المحكمين تم

إجراء التعديلات التالية:

- ✓ تغيير ترتيب بعض الجلسات العلاجية بحيث يكون البدء بالجلسات تعديل الأفكار اللاعقلانية و التخفيف من الشعور باليأس ومن ثم الانتقال إلى جلسات الرفع من تقدير الذات وتوكيد الذات.
- ✓ تغيير مدة بعض الجلسات إما بالزيادة أو النقصان بحيث تتناسب و التقنيات المستخدمة خلال الجلسة.
- ✓ تغيير بعض التقنيات المستخدمة من اجل بلوغ الأهداف المسطرة.
- ✓ إضافة جلسات الجانب البيولوجي جلسة الغذاء والرياضة الجلسة الرابعة.
- ✓ تطبيق البرنامج العلاجي على عينة استطلاعية: تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى:

- التحقق من صلاحية البرنامج العلاجي للتطبيق على أرض الواقع.
- تدريب الباحثة على تقديم الجلسات وتسييرها وعلى تقديم الفنيات العلاجية.
- إجراء تعديلات في ضوء التطبيق الاستطلاعي للبرنامج العلاجي.

ثانيا: مرحلة القياس القبلي:

- لاختبار فعالية البرنامج العلاجي اختارت الباحثة المنهج شبه التجريبي المعتمد على تصميم المجموعة الواحدة مع قياسين قبلي وبعدي.
- البدء بجلسات فردية مع كل حالة على حدة، لتطبيق كل من استبيان القصة الحياتية والبروفيل الأنموذج والبروفيل التركيبي.
- قامت الباحثة بتوزيع مقاييس الدراسة (مقياس الأفكار اللاعقلانية، مقياس الشعور باليأس، مقياس تقدير الذات، مقياس توكيد الذات) على أفراد العينة التجريبية، وهذا للقيام بالقياس القبلي.
- ترتيب الجلسات: قامت الباحثة بترتيب الجلسات بناء لتسلسل المسار للمجموعة العلاجية وذلك من خلال حساب متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على

البروفيل التركيبي **أنظر الملحق رقم (13)** حيث نتج عنه الرسم البياني **انظر الملحق رقم (14)** حيث تم تحديد تسلسل المسار للمجموعة العلاجية كالتالي:
(CAIBSD)

وعلى أساس هذا الترتيب تم ترتيب الجلسات العلاجية بالشكل التالي:

- جلسات تعديل الأفكار اللاعقلانية.
- جلسات التخفيف من الشعور باليأس.
- جلسات الرفع من درجة تقدير الذات.
- جلسات الرفع من درجة السلوك التوكيدي.

ثالثاً: مرحلة تطبيق البرنامج العلاجي (التدخل العلاجي)

- تطبيق البرنامج في نسخته النهائية على العينة الرئيسية للدراسة و المتكونة من 10 تلميذات.

حدود تنفيذ البرنامج:

مكان تنفيذ البرنامج العلاجي: تم تنفيذ البرنامج العلاجي في مكتب مستطيل الشكل يحوي على طاولتين بيضاويتين، كراسي، سبورة، نافذة، مكيف هوائي، المكتب متواجد في الطابق الثاني في مكان هادئ، المكتب مخصص في الأصل لتقديم دروس خصوصية (مدرسة خاصة).

زمن تنفيذ البرنامج العلاجي: تم البدء في تنفيذ البرنامج بتاريخ 01 جوان 2013 إلى غاية تاريخ 28 جويلية 2013 أي لمدة تسعة (09) أسابيع ، إضافة إلى فترة المتابعة التي دامت أربعة (04) أسابيع من الزمن وانتهت بالقياس البعدي.

ميزانية البرنامج: تكفلت الباحثة بميزانية البرنامج.

بروتوكول البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد:

مسماه: برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد.

هدفه: التخفيف من شدة الاكتئاب لدى أفراد مجموعة البحث.

طبيعته: جماعي.

الخلفية النظرية للبرنامج: نموذج أرنولد لازاروس الانتقائي متعدد الأبعاد، الذي يتضمن استخدام العديد من التقنيات المستمدة من نظريات نفسية مختلفة، مع عدم ضرورة التزام بمبادئ هذه النظريات .

الخطوات الإجرائية لجلسات البرنامج :

الجلسات	الأهداف
02،01	تمهيدية
03	الاسترخاء
04	الغذاء والرياضة
07،06،05	جلسات تعديل الأفكار اللاعقلانية.
10،09،08	جلسات التخفيف من الشعور باليأس.
13،12،11	جلسات الرفع من درجة تقدير الذات .
16،15،14	جلسات التدريب التوكيدي.
17	إنهاء البرنامج العلاجي
18	المتابعة (بعد أربعة أسابيع من إنتهاء البرنامج

العلاجي

- التقييم المرحلي: كانت الباحثة توزع نهاية كل جلسة استمارة هدفها معرفة مدى استيعاب أفراد المجموعة لمحتويات الجلسة ومدى تقبلهم لها أنظر الملحق رقم (19) بهدف الحصول على التغذية الراجعة و إجراء أية تعديلات قد تخدم البرنامج العلاجي.

- كما وزعت الباحثة استمارة مشابهة للأولى بعد نهاية تطبيق البرنامج العلاجي (في الجلسة الأخيرة) و كانت عبارة عن سؤال مفتوح حول البرنامج العلاجي، بهدف التعرف على وجهة نظر العملاء حول البرنامج العلاجي عموماً وانطباعات أفراد المجموعة حوله (تغذية راجعة). أنظر الملحق رقم (20)

وصف للبرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد -نموذج أرنولد لازاروس - (من إعداد الباحثة): أنظر الملحق رقم (15)

أهداف البرنامج العلاجي:

الهدف العام: التخفيف من شدة الاكتئاب لدى أفراد مجموعة البحث.

الأهداف الثانوية:

- تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد مجموعة البحث.
- التخفيف من درجة الشعور باليأس لدى أفراد مجموعة البحث.
- الرفع من درجة تقدير الذات لدى أفراد مجموعة البحث.
- الرفع من درجة السلوك التوكيدي لدى أفراد مجموعة البحث.

طرق تجسيد الأهداف:

تطبيق البرنامج في صورة جماعية.

مصادر البرنامج: اعتمدت الباحثة في تصميم البرنامج على عدة مصادر منها:

- الإطار النظري.

- الدراسات السابقة الخاصة بعلاج الاكتئاب.

نوع العلاج: علاج انتقائي متعدد الأبعاد.

المراحل العلاجية: 05 مراحل.

عدد الجلسات: 17 جلسة.

تكرار الجلسات: جلستين أسبوعياً.

مدة الجلسة: (من 60 إلى 120) دقيقة.

المدة الزمنية للعلاج: يتراوح المدى الزمني للعلاج تسعة (09) أسابيع إضافة إلى 4 أسابيع متابعة.

الأدوات المستخدمة في البرنامج العلاجي :

استخدام الصبورة والقلم.

استخدام Data Show .

حجم مجموعة البحث: تتكون المجموعة البحث من (10مراهقات).

الحالة التشخيصية: اكتئاب شديد من 39 فما فوق.

تقييم جلسات البرنامج:

- تم توزيع استمارة تقييم الجلسة العلاجية انظر الملحق رقم (19) بعد كل جلسة، تملأ من طرف أفراد مجموعة البحث.
- توزيع استمارة تقييم البرنامج العلاجي عقب إنهاء البرنامج انظر الملحق رقم (20).

مراحل التقييم للبرنامج العلاجي:

- التقييم المرحلي: يتم التقييم المرحلي أثناء تنفيذ البرنامج العلاجي، والهدف منه التأكد من فاعلية التدخلات العلاجية وتصحيح مسار إجراءات تنفيذ البرنامج العلاجي أولاً بأول، وهذا النوع من التقييم يكشف لنا مدى تحقيق الأهداف الثانوية.
- التقييم النهائي: يتم التقييم النهائي بعد الانتهاء من تنفيذ البرنامج العلاجي ويكشف لنا هذا النوع من التقييم مدى تحقيق الأهداف العامة للبرنامج .
- الفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي:** اشتمل البرنامج العلاجي المصمم على مجموعة ثرية من التقنيات العلاجية المنتقاة من عدة توجهات نظوية مختلفة في العلاج النفسي والتي رأت الباحثة أنها تحقق الأهداف المسطرة للبرنامج العلاجي.
- رابعاً: القياس البعدي:** تم في الجلسة الأخيرة من البرنامج العلاجي.

خامساً القياس التبعي: (المتابعة): يقصد بها تتبع مدى تقدم وتحسن حالة المريض الذي تم علاجه بعد إنهاء عملية العلاج النفسي، وبعد تحقيق الأهداف وتحقيق الشفاء، يجب إجراء المتابعة بانتظام واستمرار، وتحديد نسبة الشفاء، ومدى الاستفادة من الخبرات العلاجية.

ومن مبررات المتابعة أن المريض قد يحتاج إلى مزيد من المساعدة والتشجيع من وقت لآخر. فقد تحدث نكسة وخاصة في الحالات التي يكون فيها حل المشكلة أو الشفاء

ظاهرياً، والحالات التي يطرأ لها في مجالها البيئي ما قد يسبب ظهور الاضطراب من جديد. ولكي تتم المتابعة، يجب أن يترك المريض عنوانه ورقم هاتفه إن وجد. (إجلال محمد سري، 2000، ص 90)

تم بعد 4 أسابيع من إنهاء البرنامج العلاجي (فترة المتابعة)، حيث تم استدعاء التلميذات المشاركات في التجربة إلى مكتب الباحثة بمقر عملها بصفة فردية أين تم توجيه استمارات الاختبارات للإجابة عليها من طرفهن.

VII أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات:

للتحقق من صحة الفرضيات فقد تمت المعالجة إحصائياً بواسطة الحزمة الإحصائية (SPSS) من خلال اختبار "ت" ستودنت T-test لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة البحث في القياس القبلي و البعدي و التتبعي، كما استخدمت معادلة حجم الأثر.

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل تم استعراض كل من منهج الدراسة شبه التجريبي الملائم لدراسة مثل هذه المواضيع (اختبار فعالية) و أدواتها المتمثلة في مجموعة من الأدوات القياسية وكذا مجتمع الدراسة الذي ضم المتمدرسات في المرحلتين الأولى والثانية ثانوي في ثانوية مدينة سيدي عقبة و عينة الدراسة بالإضافة إلى خطوات الإجراءات الميدانية وكذا خطوات تصميم البرنامج العلاج المصمم.

الفصل السادس: عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

- I عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض الأول
- II عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض الثاني
- III عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض الثالث
- IV عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض الرابع
- V عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض الخامس
- VI عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرض السادس

تمهيد: في هذا الفصل سيتم استعراض نتائج الدراسة الناتجة عن المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها بعد التدخل العلاجي وفترة المتابعة على عينة الدراسة حيث اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية متمثلة في المتوسطات الحسابية اختبارات وكذا معادلة حجم الأثر و فيما يلي عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.

إ عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الأولى:

عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى إلى أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على الدرجة الكلية لسلم بيك الثاني للاكتئاب عند مستوى (0,05) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.

للتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على الاختبارين القبلي و البعدي على سلم بيك الثاني للاكتئاب باستخدام اختبار "ت" T-test والجدول رقم (12) يوضح ذلك

الجدول رقم (12) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على سلم بيك الثاني للاكتئاب باستخدام اختبار (ت) T-test

المقياس	مستوى القياس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	قيمة (ت) الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
سلم بيك الثاني للاكتئاب	القبلي	10	46,30	3,561	16,733	1,833	9	دال عند 0,05
	البعدي	10	25,70	0,823				

يوضح الجدول رقم (12) قيم كل من المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة (ت) المحسوبة (16,733) أكبر من قيمة (ت) الجدولية، (1,833) وهي دالة عند مستوى (0,05) وهذا يدل على وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدي على سلم بيك الثاني للاكتئاب لصالح القياس القبلي.

وللتعرف على أثر المتغير المستقل (البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد)، على المتغير التابع (الاكتئاب) لدى المجموعة التجريبية، استخدمت الباحثة معادلة حجم الأثر لحساب قيمة إيتا². بحيث أن القيمة المرجعية لايتا² هي (0,15) أي انه إذا كانت اتا² اكبر من (0,15) فان التأثير قوي، أما إذا كانت اقل فان التأثير ضعيف.

جدول رقم (13): يوضح حجم تأثير البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد قيمة إيتا² على سلم بيك الثاني للاكتئاب والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر

المقياس	درجة الحرية	قيمة إيتا ²	حجم التأثير
سلم بيك الثاني للاكتئاب	9	0,180	مرتفع

من خلال الجدول رقم (13) نلاحظ أن حجم التأثير بين القياسين القبلي و البعدي يساوي (0,180) وهو يفوق الدرجة المعيارية (0,15) وهو مرتفع ، ويدل هذا على أن البرنامج العلاجي المصمم له أثر قوي في التخفيف من شدة الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية. من هنا نستطيع القول بتحقق الفرضية الأولى.

مناقشة وتفسير الفرضية الأولى:

تشير نتائج هذا الفرض إلى أن درجة الاكتئاب قد انخفضت لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، أي من خلال مقارنة نتائج القياس البعدي بعد نهاية البرنامج العلاجي مع درجة الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجي (القياس القبلي) مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من درجة الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وتفسر الباحثة هذه النتائج إلى عدد من العوامل منها، تنوع التقنيات المستخدمة في جلسات هذا البرنامج، حيث عملت الباحثة في بداية البرنامج العلاجي على بناء العلاقة العلاجية بأفراد المجموعة التجريبية لما لهذه العلاقة من أهمية، إذ تركز اغلب المدارس العلاجية على أهمية العلاقة العلاجية في نجاح العمل العلاجي. فكان بناء العلاقة العلاجية أولى الخطوات الأساسية في البرنامج العلاجي، فمن خلالها إستطاعت الباحثة تمرير جميع الرسائل الهادفة إلى الوصول تحقيق أهداف البرنامج العلاجي المسطرة.

وهذا بالضبط ما يميز العلاج النفسي عن باقي العلاجات الأخرى، فالعلاقة الإنسانية بين المعالج و المتعالج أهم بكثير من أي تقنية أو دواء قد يوصف للفرد المريض.

إن الاتجاهات العلاجية الأخرى مثل الاتجاهات الإنسانية تضع العلاقة العلاجية في موقع هام كمتغير أساسي من متغيرات نجاح العملية العلاجية، بل إن (روجرز) خلال عرضه

لنظريته الإنسانية في العلاج النفسي، أظهر أن العلاقة العلاجية تعتبر حجر الزاوية في العملية العلاجية. (جلال كايد ضمرة، 2008، ص35)

كما أن إشراك أفراد المجموعة في العمل العلاجي من خلال توضيح أهداف هذا البرنامج العلاجي أدت إلى هذه النتائج، حيث سعت الباحثة إلى عملية توضيح أهداف البرنامج العلاجي لأفراد المجموعة التجريبية، و تعد هذه الخطوة مسؤولية مشتركة بين المعالج و المتعالج، وكلما تمت هذه الخطوة بالاتفاق بينهما كلما ساهم ذلك في الوصول السريع للعلاج الفعال.

و تفسر هذه النتائج أيضا في ضوء طبيعة البرنامج الجماعية حيث أسهمت بشكل كبير في تحقيق هذه النتائج، فالمجموعة العلاجية لعبت دور الوسيط العلاجي بين الباحثة وأفراد المجموعة العلاجية، خصوصا مع ما تم من إعداد لأفراد المجموعة للعلاج الجماعي، فمن المهم إعداد المريض لخبرة العلاج الجماعي، ففي الجلسة الإعدادية يتم شرح العمليات التي سوف يتعرض لها المريض مع التأكيد على الحاجة إلى الانفتاح و الأمانة مع المرضى الآخرين، ثم تنبيه المريض إلى انه قد لا يحب كل هؤلاء المرضى و أن بعضهم قد لا يحبونه أيضا، ولكن نتيجة لخبرة التفاعل معهم سوف تزداد معرفته بذاته وسوف يكتسب من خلال هذه العملية طرقا للتفكير وللشعور وللسلوك أكثر ملائمة، وتشير الخبرات إلى أن مثل هذا الإعداد يؤدي إلى تكون مشاعر أكثر ايجابية نحو الانضمام للجماعة، والى أن يقل معدل التسرب، والى أن يقوي الاتصال والتماسك بين المرضى. (لويس كامل مليكة، 2010، ص103)

كما أوضحت النتائج المبينة في الجدول رقم (13) أن قيمة $t_{(13)} = 0,180$ هذا ما يدل على حجم التأثير القوي للفنيات العلاجية المنتقاة في التخفيف من درجة الاكتئاب لدى أفراد مجموعة التجريبية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

كما يمكن تفسير النتائج المتوصل إليها من خلال الفنيات المتنوعة التي تم انتقائها من مختلف المدارس العلاجية، تقنيات معرفية، انفعالية، سلوكية. ولم تغفل الباحثة تناول الجانب البيولوجي في تصميم البرنامج، وهذا ما ينص عليه نموذج (أرنولد لازاروس) بحيث خصصت جلسة من جلسات البرنامج للتنقيف المعرفي بشأن كل من الغذاء والتمارين الرياضية و أثرهما على الصحة النفسية للفرد، حيث أثبتت دراسة بريطانية أن الأطباء يصفون ممارسة التمرينات الرياضية بشكل متزايد لأولئك الذين يعانون من الاكتئاب. وذكرت الدراسة التي أجرتها مؤسسة الصحة العقلية، وشملت 200 طبيب من الذين يندرجون تحت فئة ممارس عام، أن 22 بالمائة منهم يصفون التمارين الرياضية لأولئك الذين يعانون من الاكتئاب. يذكر أن 5 بالمائة فقط من الأطباء كانوا يصفون التمارين الرياضية كعلاج للاكتئاب المتوسط. وقالت المؤسسة أنه من المهم ألا يركز الأطباء على وصف العقاقير المضادة للاكتئاب باعتبار أن هناك وسائل أخرى. وقال البحث إن التمارين الرياضية تساعد الذين يعانون من الاكتئاب من الدرجة المتوسطة لأنها ترفع من تقديرهم لأنفسهم من خلال تحسين صورة أجسادهم أو تحقيق أهدافهم. كما أن التمارين الرياضية تساعد في إفراز المخ لمواد كيميائية مثل الأندورفينس التي تجعل الإنسان يشعر أنه في حالة أفضل. وتقول (سيليا ريتشاردسون) المديرة بمؤسسة الصحة العقلية "إن التمارين يمكنها أن تساعد الأفراد جسديا و اجتماعيا وبيولوجيا". ووجدت الدراسة أن عدد الأطباء الذين يؤمنون بفوائد العلاج بالتمارين قد ارتفع بدرجة كبيرة. ويقول (أندرو ماكولوج) المدير التنفيذي بمؤسسة الصحة العقلية "أن الاكتئاب مرض معقد، لذلك يجب أن يكون العلاج متنوعا وان يتاح للمرضى فرصة للاختيار". ومن جانبه، قال البروفيسور (ستيف فيلد) من

الكلية الملكية للطب العام "أن هناك وعيا في الوقت الحالي بين الأطباء لفوائد التمارين، وهناك دليل متزايد على فعاليتها، ورد الفعل من جانب المرضى يؤكد على فوائدها الكبيرة". (سوزان بليون، 2009)

و لم تغفل الباحثة دور الغذاء على التأثير في مزاج الفرد وهذا من خلال تقديم الإشارات الغذائية، حيث اثبت عدد لا بأس به من الدراسات العلمية العلاقة الارتباطية القوية ما بين النظام الغذائي الذي يتبعه الفرد، وبين حالته الانفعالية لاسيما الشعور بالاكتئاب فمن الطبيعي أن للغذاء دوره في تحسين الحالة المزاجية لمريض الاكتئاب ، وتقليل التوتر، ولذلك يعتبر الغذاء من الجوانب المهمة التي يجب التركيز عليها عند التحدث عن الاكتئاب وكيفية الوقاية منه أو علاجه.

|| عرض ومناقشة وتفسير الفرضية الثانية:

عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياس القبلي و البعدي على مقياس الأفكار اللاعقلانية عند مستوى دلالة (0,05) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.

للتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على الاختبارين القبلي و البعدي على مقياس الأفكار اللاعقلانية باستخدام اختبار "ت" T-test والجدول رقم (14) يوضح ذلك

الجدول رقم (14) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية باستخدام اختبار (ت) T-test

المقياس	مستوى القياس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	قيمة (ت) الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الأفكار اللاعقلانية	القبلي	10	68,80	8,080	18,875	1,833	9	دال عند 0,05
	البعدي	10	28,20	2,044				

يوضح الجدول رقم (14) قيم كل من المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية. من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة (ت) المحسوبة (18,875) أكبر من (ت) الجدولية (1,833)، وهي دالة عند مستوى (0,05) وهذا يدل على وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي و البعدي على مقياس الأفكار اللاعقلانية لصالح القياس القبلي.

وللتعرف على أثر المتغير المستقل (البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد)، على المتغير التابع (الأفكار اللاعقلانية) لدى المجموعة التجريبية، استخدمت الباحثة معادلة حجم الأثر لحساب قيمة إيتا² والجدول رقم (15) يوضح ذلك.

جدول رقم (15): يوضح حجم تأثير البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد قيمة إيتا² على مقياس الأفكار اللاعقلانية والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر.

المقياس	درجة الحرية	قيمة إيتا ²	حجم التأثير
مقياس الأفكار اللاعقلانية	9	0,784	مرتفع

من خلال الجدول رقم (15) نلاحظ أن حجم التأثير بين القياسين القبلي و البعدي يفوق الدرجة المعيارية (0,15) وهو مرتفع ، ويدل هذا على أن البرنامج العلاجي المصمم له أثر قوي في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى المجموعة التجريبية.

من هنا نستطيع القول بتحقق الفرضية الثانية.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية:

تشير نتائج هذا الفرض إلى أن درجة الأفكار اللاعقلانية قد انخفضت لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، أي من خلال مقارنة نتائج القياس البعدي بعد نهاية البرنامج العلاجي مع درجة الأفكار اللاعقلانية قبل تطبيق البرنامج العلاجي (القياس القبلي) مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة باسم محمد علي دحاحة(ب س): فعالية برنامجي إرشاد جمعي في تنفيذ الأفكار اللاعقلانية وتأكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين. حيث أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بانخفاض مستوى الاكتئاب وتحسين مفهوم الذات للقياس البعدي وقياس المتابعة، وذلك لصالح المجموعتين التجريبيتين مقارنة مع المجموعة الضابطة.

وتفسر الباحثة هذه النتائج بالاعتماد على طبيعة البرنامج العلاجي المصمم في هذه الدراسة والذي يولي اهتماما بالجانب المعرفي و أثره في حدوث الاضطراب النفسي بصفة عامة والاكتئاب بصفة خاصة، وهذا ما أثبتته العديد من النظريات على رأسها نظرية (بيك) و (إليس) فقد حرصت الباحثة على تخصيص جلسات في البرنامج العلاجي المصمم لتعديل الأفكار اللاعقلانية المسببة للاكتئاب، وهذا من منطلق أننا نفكر بطريقة خاطئة لأننا لا نعرف طرق التفكير الصحيحة، وبالاستناد إلى أهم أسس العلاج النفسي التي ترى إمكانية تعديل السلوك من خلال التعلم.

فإذا كان النموذج المعرفي يفسر الاضطرابات النفسية على أنها نوع من أنواع التفكير الخاطئ، فهو كذلك يؤكد على أننا نعتمد على التفكير الخاطئ لأننا ربما نجهل طريقة التفكير الصحيح، لذا فإن التدريب على طريقة التفكير العقلانية من شأنه أن يخفف من أعراض الاكتئاب لدى المراهقة.

كما تفسر الباحثة النتائج التي تم التوصل إليها من خلال تنوع الفنيات العلاجية من تقنيات سلوكية، انفعالية، ومعرفية و المستخدمة في البرنامج العلاجي، المتمثلة في التنقيف النفسي، من خلال المحاضرة، حيث تم تعريف أفراد مجموعة البحث على الأفكار الإدى عشرة المسببة للاضطراب النفسي حسب (إليس) حيث تم استعراض هذه الأفكار من خلال جهاز (Data show) فكرة بفكرة وهذا في إطار عملية التنقيف النفسي عن المعتقدات المثيرة للاكتئاب. وقامت الباحثة باستعراض الأسباب التي تجعل من هذه الأفكار أفكارا لاعقلانية.

بالإضافة إلى توضيح العلاقة بين الأفكار والسلوك و المشاعر و كيف أن أفكار الفرد تؤثر و تتأثر بكل من مشاعره وسلوكه لان معرفة مثل هذه الأمر يعتبر عاملا مهما من شأنه مساعدة المشاركات في البرنامج العلاجي على دحض الأفكار اللاعقلانية المسببة للاكتئاب وعدم الاستسلام أمامها و كأنها قدر محتوم.

هذا ما ساعد الباحثة على تدريب مجموعة البحث على مجموعة من التقنيات لدحض وتعديل الأفكار اللاعقلانية المسببة للاكتئاب لدهن، حيث تعتبر الأفكار اللاعقلانية لب الموضوع الذي يدور حوله معظم العمل في جلسات العلاج المعرفي ويتركز العمل في هذا الجانب على:

- التعرف على طبيعة الرابطة بين التفكير والانفعال .
- التعرف على طبيعة الأفكار اللاعقلانية .
- الإمساك بالأفكار اللاعقلانية وتحديدتها .
- فحص الأفكار اللاعقلانية لتحديد مدى دقتها وفائدتها .

- التعرف على ما قد يكون قد حدث من أخطاء معرفية وتشويه معرفي للمواقف.
- محاولة الاستجابة للأفكار اللاعقلانية وتبني بدائل أكثر تكيفا .

مكون هام آخر من عناصر بناء الجلسة هو تعريف مجموعة البحث بالنموذج المعرفي للاكتئاب . يتضمن ذلك تقديم معلومات حول النموذج المعرفي للاكتئاب، وحول طبيعة العلاقة بين الاضطراب الانفعالي وطرق التفكير لدى الأفراد، من خلال هذا يتم توضيح كيف أن الطريقة التي يفسرها بها الأفراد الأحداث والمواقف التي يمرون بها وخبراتهم الحياتية، تؤثر فيما يشعرون به من سرور أو ضيق. حيث حاولت الباحثة التوضيح لأفراد المجموعة، كيف أن أعراض الاضطراب عندهم تسير في دائرة مفرغة تعمل على استمرار وتفاقم الأعراض.

كما استعانت الباحثة بفنية جد هامة من فنيات العلاج النفسي متمثلة في الواجبات منزلية، لما لها من دور كبير في تعديل الأفكار اللاعقلانية، حيث يؤكد (إليس) على أن الواجبات المنزلية تمكن الأفراد من تطبيق المهارات و الخبرات المتعلمة خلال جلسات العلاج في المواقف الحياتية المختلفة.

فلم تكتفي الباحثة بما يقدم خلال الجلسات العلاجية فقط بل سعت لنقل كل ما تم تعلمه إلى الواقع، لتحقيق غرضين مهمين، أولهما تنفيذ وممارسة ما تم تعلمه خلال الجلسات العلاجية في الحياة اليومية لكي يتم تعلمه واستيعابه جيدا، و ثانيا لتتأكد العميلات من قدرتهن أو عدمها على تطبيقه فعليا. كما تم استخدام الواجب المنزلي في العديد من الجلسات كمدخل للجلسة الموالية بحيث تصبح العميلات مستعدات للدخول في موضوع الجلسة بسهولة.

وكان لفنية لعب الدور (Role play) دور ايجابي كبير على الجانب المعرفي للمشاركات في البرنامج، حيث يتم استخدام هذه الفنية عند إحلال المعتقد الايجابي الجديد محل المعتقد السلبي، كما تستخدم هذه الفنية في العديد من النظريات ولا تقتصر على العلاج العقلاني العاطفي السلوكي لـ (إليس)، لكن لعب الدور في هذا الأسلوب العلاجي يركز بالدرجة الأولى على مساعدة العملاء في تغيير الافكار الخاطئة غير العقلانية والمسببة

لمشكلاتهم الانفعالية بأفكار أخرى أكثر منطقية و أكثر عقلانية كما تبين هذه الإستراتيجية كيف تؤثر الافكار اللاعقلانية في علاقات المتعالج مع الآخرين (حواس خضرة، 2012، ص111)

كانت جلسات البرنامج العلاجي في اغلبها أشبه بالموقف التعليمي الذي يقوم فيه المعالج بدور المعلم فكانت الباحثة بعد إلقاء المحاضرة تتعمد طرح الأسئلة على المشاركات حيث يمثل استخدام الأسئلة إحدى المهارات العلاجية التي تميز العلاج المعرفي السلوكي ويحدد (بيك) (Beck) في هذا الإطار عددا من الوظائف التي تؤديها عملية توجيه الأسئلة خلال العلاج، من بينها تسهيل قيام المرضى بترجمة تلك الأفكار والاعتقادات التي يرونها أمورا بديهية لا تقبل النقاش إلى فروض تقبل التحقق من صحتها وصدقها، مما يسهل من عملية التجريب وطرح بدائل من جانب المريض، كما يمكنها أيضا أن تعزز من عملية التعاقد العلاجي التعاوني، التي يقوم المعالج من خلالها بمساعدة المريض على اكتشاف مدى صحة اعتقاداته وتحديد محكات يمكنه بموجبها أن يعمل على تقييم تلك الاعتقادات، و أن يقوم باختبار النتائج التي تترتب على ما يقوم به من أفعال. (عادل عبد الله محمد، 1999، ص 178)

كما أوضحت النتائج المبينة في الجدول رقم (15) أن قيمة إيتا $= 0,784^2$ وهي قيمة أكبر من القيمة المعيارية (0,15) و هذا ما يدل على حجم التأثير القوي للفنيات العلاجية المنتقاة في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد للمجموعة التجريبية.

حيث أصبحت التلميذات في المجموعة التجريبية أكثر وعيا بمدى تأثير الأفكار التي يتبناها الفرد على مشاعره و سلوكياته، و أكثر ثقة في قدرتهن على التحكم في هذه الأفكار اللاعقلانية الهادمة للذات، وعلى قدرتهن التي لمسوها على ارض الواقع من خلال الواجبات المنزلية، و أسلوب وقف الأفكار وغيرها من الفنيات العلاجية على قدرتهن على تغيير هذه الأفكار واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية.

كما أن للمحاضرة والمناقشة الجماعية الأثر الكبير على النتائج المتحصل عليها، حيث يعدان أسلوبان من أساليب العلاج الجماعي التعليمي إذ يعتمد أساسا على عنصر التعليم و إعادة التعليم (محمد علي عمارة، 2008، ص113) وذلك من خلال إلقاء محاضرة مبسطة على المتعالجين يتخللها أو يليها مناقشات تهدف أساسا إلى تغيير في الاتجاهات لدى أعضاء الجماعة، خصوصا وأن أعضاء الجماعة العلاجية متجانسين ويعانون من مشكلات متشابهة و أنماط شخصية ومستويات عقلية متقاربة، وتؤدي المناقشات الجماعية إلى ظهور حلول تتفق عليها الجماعة بالنسبة لكثير من المواقف، مما يضيف للمتعالجات خبرات تجعلهن أكثر إدراكا لأنماط سلوكية أخرى غير أنماطهن، كما أن المناقشة تعدل كثيرا من اتجاهات المراهقات عن أنفسهن وعن بيئتهن. وتمت المزوجة بين أسلوب المحاضرة والمناقشة الجماعية وبين الأنشطة المختلفة سواء رياضية أو فنية حتى لا تطبع العملية العلاجية بالطابع الأكاديمي.

ودائما ويهدف تعديل الافكار اللاعقلانية تم استخدام أسلوب الاسترخاء، حيث يستخدم الاسترخاء في كثير من الأحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحيانا من الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية وبالتالي يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية (إبراهيم عبد الستار، 1994، ص166)

كما أشار العديد من الباحثين في مجال العلاج النفسي إلى أن تدريبات الاسترخاء العضلي لها اثر كبير في خفض الاكتئاب و الأعراض الفيزيولوجية المصاحبة له (رياض العاسمي، 2011، ص234)

و استخدمت الباحثة فنية مراقبة الحوار الذاتي الداخلي، هذه الفنية المهمة جدا في عملية دحض الافكار اللاعقلانية فحسب (إليس) يستطيع العميل من خلالها أن يتعلم كيفية اكتشاف الافكار اللاعقلانية من اجل دحضها و إحلال أفكار عقلانية بدلا منها(حواس خضرة، 2012، ص107)

و أسلوب وقف الأفكار (Thought Stop) حيث تعاني المتعالجات من أفكار تحد من كفاءتهم في الحياة، وللتخلص من المشكلات الانفعالية لديهن يقترح (ألبرت إيس) هذه الفنية بحيث يقوم المعالج بتعليم المتعالج وقف هذه الافكار التي لا أساس لها، وتعليمه التفكير في الجوانب المنطقية الايجابية، وبالتالي فان المعالج يعلم المتعالج أن يعيد النظر في تفكيره وان يتحدى ويناقض أحاديثه الذاتية السلبية التي تقلل من فعاليته كفراد(حواس خضرة،2012،ص108)

بالإضافة إلى فنية الحوار السقراطي، وهي إحدى الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة في العلاج بالمعنى، وفيها يقوم المعالج بطرح مجموعة من الأسئلة على المتعالج الأمر الذي يمكنه من استكشاف القيم الشخصية لديه، بالإضافة إلى الوسائل التي تمكنه من تحقيق هذه القيم (حواس خضرة،2012، ص149) يتضمن هذا الأسلوب طرح الأسئلة على المتعالج، وتتعلق هذه الأسئلة بالجوانب اللامنطقية والمختلة وظيفيا في اعتقادات العميل، وتعمل هذه الأسئلة على حث العميل على التفكير بنفسه، و في فحوى أفكاره اللاعقلانية وليس مجرد قبول وجهة نظر المعالج. الأمر الذي يمكنه من الاعتماد على نفسه خارج فترات العلاج النفسي.

و من الأساليب المعرفية الأخرى التي يستند إليها الإرشاد العقلاني الانفعالي أسلوب التخيلات العقلية والانفعالية، حيث يطلب من العميل أن يتخيل نفسه في موقف الانفعال المؤلم، فإذا فعل ذلك فإن المعالج يطلب منه أن يتخيل نفسه وقد غير من هذا الانفعال إلى انفعال أقل في المستوى منه، وفي كل مرة يسأله المعالج عن شعوره، ثم يعود فيطلب منه أن يحدث نفسه بعبارات تخفف من انفعاله، وبعد ذلك يطلب منه المعالج أن يكرر ذلك التخيل الانفعالي العقلاني لمدة أسبوع أو أكثر، ويسمى هذا الأسلوب بالاسترخاء التخيلي الذاتي الموجه Self guided imagery relaxation ويقصد به مساعدة العميل على تخيل أصعب المواقف التي مر بها مع أصعب الأشخاص الذين تعامل معهم في حياته وإظهار مشاعره السلبية حول هذه المواقف وهذا الشخص، وكأنه يعيش فعلا مع ذلك الشخص في ذلك الموقف أثناء تخيله هذا معبرا عن كل اضطراباته الانفعالية، ثم يطلب منه أن يغير هذه المشاعر ويستبدلها بأخرى أقل

حدة ليهدأ ثم يسأله عما فعله لتهدئة نفسه حتى وصل إلى هذه الحالة الأقل توترا مما كان عليه في بداية استرخائه التخيلي.

<http://bafree.net/alhism/archive/index.php/t-51826.html>

III عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس بيك للشعور باليأس عند مستوى (0,05) بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي".

للتأكد من صحة الفرضية تم قياس دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي، على مقياس بيك للشعور باليأس. والجدول رقم (16) يوضح ذلك.

الجدول رقم (16) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس بيك للشعور

باليأس باستخدام اختبار (ت) T-test

المقياس	مستوى القياس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	قيمة (ت) الجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الشعور باليأس	القبلي	10	15,40	1,075	23,717	1,833	9	دال عند 0,05
	البعدي	10	5,40	0,843				

يوضح الجدول رقم (16) قيم كل من المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية، تظهر قيم (ت) المحسوبة أكبر من الجدولية، وهي دالة عند مستوى (0,05)

قيمة (ت) المحسوبة تقدر بـ (23,717) وهي أكبر من قيمة (ت) الجدولية (1,833)، ويدل هذا على وجود فروق بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية، في القياس القبلي و البعدي لصالح القياس القبلي على مقياس الشعور باليأس.

و للتعرف على أثر المتغير المستقل (البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد)، على المتغير التابع (الشعور باليأس) لدى المجموعة التجريبية، تم استخدام معادلة حجم الأثر من خلال حساب قيمة إيتا²، لتحديد مستويات حجم الأثر استخدمت الباحثة معادلة حجم التأثير، حيث قامت الباحثة بحساب قيمة إيتا².

جدول رقم (17): حجم تأثير البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد قيمة إيتا² على اختبار الشعور باليأس والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر

المقياس	درجة الحرية	قيمة إيتا ²	حجم التأثير
الشعور باليأس	9	0,436	مرتفع

من خلال الجدول رقم (17) نلاحظ أن قيمة إيتا² تساوي (0,436) وهي أكبر من القيمة المعيارية (0,15) وهذا يدل على فعالية البرنامج العلاجي المصمم في التخفيف من درجة الشعور باليأس لدى أفراد المجموعة التجريبية.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

تشير نتائج هذا الفرض إلى أن درجة الشعور باليأس قد انخفضت لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، أي من خلال نتائج القياس البعدي بعد نهاية البرنامج

العلاجي مع درجة الشعور باليأس قبل تطبيق البرنامج العلاجي (القياس القبلي) مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من درجة الشعور باليأس لدى أفراد المجموعة التجريبية. (البعد الوجداني للاكتئاب)

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (عنو عزيزة) حول مدى فاعلية العلاج النفسي الديني بالقران الكريم الأذكار و الأدعية على الاكتئاب الإستجابي لدى طالبات الجامعة.

كما تتفق هذه النتائج مع ما لاحظته الطبيب الفرنسي ألكسيس كاريل (Alecsise Caryl) بأن الصلاة تحدث نشاطا روحيا معيناً، يمكن أن يؤدي إلى الشفاء السريع لبعض المرضى كما رأى وليام جيمس أن الصلاة تستطيع أن تلج باب دخيرة كبيرة من النشاط العقلي لا نستطيع الوصول إليها في الظروف العادية(عنو عزيزة،2008، ص462)

كما تتفق هذه النتائج مع ما توصل إليه وليام جيمس William James على أن الدين محادثة اختيارية بين الفرد وقوة غامضة يشعر فيها الإنسان أن مصيره مرتبط بها، و أنه يعتمد عليها، وتتحقق هذه الصلة عن طريق الصلاة، التي تعتبر الدين العملي كما أوضح (يونغ) أن الدين هو الخضوع لقوى اكبر من أنفسنا، وهذا الخضوع له أهمية في حياة الفرد والمجتمع لما يضيف عليه من استقرار نفسي.

وفي هذا الصدد تتفق النتائج المتوصل إليها مع دراسات علماء النفس أمثال (أرنست بيكر) Ernest Beker و (رانك) Rank و (كيركغار) Kierkra Gard في أن رغبة الفرد وحاجته إلى الاعتبار البطولي عن طريق الإيمان القوي الراسخ بالله، تصبح أكثر إلحاحاً من عملية تقييم العضوية، بحيث يسعى الفرد إلى البطولة الدينية والتقدير الايجابي للذات، أكثر مما يسعى للخبرات التي يفدها الكائن الحي العضو، فعندما يصبح الاعتبار الإلهي الديني مهما بالنسبة للشخصية، فإنه يسيطر على الوظائف و الديناميات الداخلية للذات الشخصية والذات الاجتماعية.

كما أن الإيمان بالقضاء والقدر يحقق الصحة النفسية للفرد، ويجنبه الاضطرابات النفسية كالالاكتئاب الذي ينظر إليه المعرفيون على أنه يتضمن أفكار سوداوية تشاؤمية حول الذات والعالم الخارجي والمستقبل (عنو عزيزة، 2008، ص 489) ﴿قل لن يصيبنا إلا ما كتب الله لنا هو مولانا وعلى الله فليتوكل المؤمنون﴾ (التوبة: 51)

وتفسر الباحثة هذه النتائج في كون الشعور باليأس يمثل الجانب الوجداني للاكتئاب و باستخدام فنية التمرينات الروحانية انخفضت درجة الشعور باليأس، وبالتالي انخفضت درجة الاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية، فالتمرينات الروحانية طريقة علاجية تهدف إلى تنقية النفس وتهذيب الضمير والتطابق بين الأقوال والأفعال وتقوية العلاقة بالله ، وقد وجد في العلاج النفسي ، المعالج النفسي الديني وهو الذي يتبع تعاليم دينه ويفتدي بها لتكون معايير التي يحدد بها الصواب والخطأ ومواجهته التي يعمل بها لحل مشكلة المتعالج، وتتحدد مرجعيات العلاج النفسي الديني في النموذج القرآني والنموذج النبوي وما كتبه علماء المسلمين مثل الإمام أبو حامد الغزالي.

ومن الفنيات التي يستخدمها المعالج النفسي في العلاج النفسي الفردي أو العلاج النفسي الجماعي فنية التمرينات الروحانية حيث تقوم هذه الفنية على أسس دينية ونفسية و اجتماعية ، كما يمكن استخدامها في العلاج النفسي الفردي والعلاج النفسي الجماعي والأساس العام الذي تقوم عليه هذه الطريقة أن الإنسان يتكون من الجسد والعقل و الانفعال والروح، ولذلك فإن التربية النفسية ينبغي أن تهتم بالتربية الروحانية وإرشادها الديني السليم، تصلح هذه الطريقة عند علاج اضطرابات انفعالية كالالاكتئاب. (جلال كايد ضمرة ، 2008، ص 177-179)

فللشريعة الإسلامية السمة دور كبير في زرع الطمأنينة والسعادة في قلب المسلم واستقرار نفسه ، وإِذا ما استعرضنا أهم الجوانب العقيدية والسلوكية في حياة المسلم سنخلص إلى نتيجة مفادها أن في إتباع القرآن الكريم والسنة النبوية دور كبير في علاج الاكتئاب. ومن هذه الجوانب العقيدة الإسلامية فعقيدة المسلم في القضاء والقدر تمنعه من الحزن الشديد ففي الحديث الصحيح الذي رواه الترمذي عن ابن عباس - رضي الله عنهما - يقول النبي صلى الله عليه وسلم ﴿واعلم أن الأمة لو اجتمعت على أن ينفعوك بشيء لم ينفعوك إلا بشيء قد كتبه الله لك، وإن اجتمعوا على أن يضروك بشيء لم يضروك إلا بشيء قد كتبه الله عليك﴾.

فعندما يعلم الإنسان أن جميع ما يصيبه هو ما كتبه الله عليه ، فإنه لا يحزن لأنه على يقين بأنه لا هو ولا الذين يحيطون به من البشر يستطيعون دفع الضر عنه أو جلب النفع له إلا بقدر الله ؟ فلم القلق إذن، ولم الحزن الشديد. وعقيدة المسلم في الإيمان باليوم الآخر تعلمه بأن هذه الدنيا لا تساوي شيئاً ، فهي قصيرة جداً ، وأنها كما قال عنها رسول الله صلى الله عليه وسلم ﴿لو كانت الدنيا تعدل عند الله جناح بعوضة ما سقى كافراً منها شربة ماء﴾، فعندما تفوته حاجة يسأل الله أن يدخرها له في الدار الآخرة، وعندما يفقد عزيزاً يعرف أنه سيلتقي به في الآخرة - إن شاء الله- وكل ذلك يجعله هانئاً مطمئناً مهما عظمت عليه مصيبته. وعقيدة المسلم في الإيمان بأسماء الله وصفاته لها تأثير في واقع حياته، فالمسلم الذي يؤمن بأن الله هو الملك، يؤمن بأنه له -سبحانه - الحق في المنع والعطاء، فلا يعترض عليه والذي يؤمن بأن الله حكيم لا يقدر شيئاً إلا لحكمة - سواء أدركها الإنسان ذو العقل القاصر أم لم يدركها - فإنه سيتقبل الأحداث ويعلم أن فيها خيراً له، وقد تخفى الحكمة أو بعضها على الناس وقد يكتشفونها

أو يكتشفون بعضها في وقت لاحق واعتقاد المسلم بأن المصائب قد تكون علامة على محبة الله للعبد، إيماناً بقول الذي لا ينطق عن الهوى: ﴿إِنَّ اللَّهَ إِذَا أَحَبَّ قَوْمًا ابْتَلَاهُمْ﴾. ويأن الابتلاء يكون على قدر الإيمان، كما قال رسول الله ﴿أشد الناس بلاءاً الأنبياء، ثم الصالحون، ثم الأمثل فالأمثل﴾. وبأنه بمجرد حصول المصيبة فإنه سيؤجر عليها فرسولنا محمد صلى الله عليه وسلم يقول ﴿ما يصيب المسلم من نصب ولا وصب، ولا هم ولا حزن، ولا أذى ولا غم حتى الشوكة يشاكها إلا كفر الله بها من خطاياها﴾. فإنه يطمئن بإيمانه بالله، ويزداد توكله على الله واستسلامه لقدره، فيقل توتره وتخف وطأة أحزانه.

التقوى والعمل الصالح فهما يشكلان وقاية للإنسان من الحزن والاكتئاب والضيق. يقول الله - عز وجل ﴿مَنْ عَمِلْ صَالِحًا مِّن ذَكَرٍ أَوْ أَنثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً طَيِّبَةً وَنُجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾. (النحل: 96)

والحياة الطيبة هي نعمة الإيمان والطمأنينة، فهي السعادة الحقيقية التي لم يجدها الكثيرون من الناس.

الدعاء والتسبيح والصلاة والدعاء منه ما يكون وقائياً، ومنه لم يكون علاجياً فالدعاء الوقائي كقوله عليه السلام ﴿اللهم إني أعوذ بك من الهم والحزن، والعجز والكسل، والبخل والجبن، وضلع الدين وغلبة الرجال﴾. (رواه أحمد والشيخان عن أنس)

وكما قال سبحانه وتعالى لنبيه عليه الصلاة والسلام وقد ضاق صدره وحزن لكلام الكفار عليه ﴿ولقد نعلم أنك يضيق صدرك بما يقولون، فسبح بحمد ربك وكن من الساجدين، واعبد ربك

حتى يأتيك اليقين﴾. (سورة الحجر: 97) فتسبيح الله عز وجل من الأشياء التي تزيل الهم والحزن.

تقدير أسوأ الاحتمالات والنظر إلى من هو أسوأ حالاً وهذه قضية يستعملها الأطباء النفسيون، وهي قبل هذا نهج نبوي كما في حديث خباب بن الأرت، عندما كان الصحابة في مكة يضطهدون ويسامون العذاب الشديد على أيدي الكفار، فجاء خباب إلى رسول الله وكان متوسداً بردة في ظل الكعبة، وقال له: ألا تستنصر لنا؟ ألا تدعو لنا؟ فقال عليه السلام ﴿قد كان من قبلكم يؤخذ الرجل فيحفر له في الأرض، فيجعل فيها، ثم يؤتى بالمنشار الحديد ما دون لحمه وعظمه ما يصدده ذلك عن دينه. والله ليرتمن الله هذا الأمر حتى يسير الراكب من صنعاء إلى حضرموت لا يخاف إلا الله والذئب على غنمه، ولكنكم تستعجلون﴾.

فإذا أصيب المسلم بمصيبة فإنه ينبغي عليه أن ينظر إلى من هو أسوأ حالاً منه فيحمد الله؛ ويعلم أن الله قريب من المتقين يستجيب دعواتهم ويكشف بلوهم ويبسر ما تعسر عليهم. الواقعية في النظر إلى الحياة والشمولية، والبعد عن نظرة الكمال من أهم أسباب الاكتئاب التفكير الخاطئ والنظرة الخيالية، كأن يعتقد الإنسان بأنه يجب لتحقيق السعادة أن يكون جميع من حوله راضون عنه، وفي هذا بعد عن الواقع، إذ أن إرضاء الناس كلهم غاية لا تدرك، ولو وعى ذلك لعاش حياته مطمئناً مرتاح البال من هذه الناحية.

وهذا يعني أنه ينبغي على المسلم أن يوطن نفسه على أنه لا بد أن يكون في كل إنسان عيب أو نقص أو أمر يكرهه، فإذا وجد ذلك فليقارن بين هذا وبين الأمور الإيجابية في هذا

الشخص، مما يساعده على غض النظر عن المساويء، وملاحظة المحاسن، فتدوم الصحبة والاتصال، وتتم الراحة.

تقديم حسن الظن يقول سبحانه وتعالى ﴿أيها الذين آمنوا اجتنبوا كثيراً من الظن إن بعض الظن إثم﴾. (الحجرات: الآية 12) وفي هذا الاجتناب لسوء الظن وتقديم حسن الظن مع الحرص والفتنة التي يجب أن يتحلى بها المسلم راحة نفسية له. وابتعاداً عن الحزن والضيق. الأمل يقول سبحانه وتعالى ﴿فإن مع العسر يسراً، إن مع العسر يسراً﴾. (الشرح: الآية 04-05) و هذا يعني أنه ما من عسر يأتي إلا ويأتي بعده اليسر، وفي هذا بشارة للمسلم وتذكير له بأن الفرج قريب، مما يساعده على فتح أبواب الأمل أمامه فيذهب حزنه ويفرج ضيقه وكربه. (سوزان بسيوني، 2009)

و بالإضافة إلى التمرينات الروحية رأت الباحثة ضرورة استخدام تقنية الإفصاح عن المشاعر أو التفريغ الانفعالي (التنفيس الانفعالي) عملية يتم بها توفير مناخ نفسي للمتعالج، للتعبير الحر عن مشاعره ، ويكون على المعالج النفسي والأعضاء في هذه الحالة احترام المتعالج وتقبل مشاعره، ثم يتم مناقشة الأعضاء له في مشاعره وظروف تكوينها وآثارها ، حتى يتم إعادة الاستبصار بها ، ويتم مساعدة المتعالج للتنفيس الانفعالي بعدة طرق مثل الاستشارة التي تتم عن طريق الأسئلة والمناقشة والتشجيع لضمان الاستمرار في التنفيس الانفعالي ثم العلاج عن طريق إعادة توجيه المشاعر، لأن عملية التنفيس الانفعالي ما لم يعقبها علاج

تكون عملية سلبية. (طه عبد العظيم حسن، 2006، 279) و تتضمن هذه العملية كذلك التصريح بالمخاوف والإعلان عنها لما لها من اثر فعال في تحسين المزاج لدى أفراد المجموعة بالإضافة إلى التدريب على كيفية تلقي المساعدة الاجتماعية. (التدريب التوكيدي). التي تعد من بين فنيات التدريب التوكيدي حيث أن الفرد المكتئب عاجز عن تلقي المساعدة الاجتماعية، لأنه يخجل من طلب المساعدة من الأسرة الأصدقاء أو الزملاء .

وكذا فنية قطع الروابط مع المواقف التي تسبب اليأس، إن لهذه التقنية اثر فعال على مزاج الأفراد.

كذلك الانهماك في أنشطة متنوعة (الأنشطة السارة) من خلال جدولة الأنشطة فكثير من المرضى المكتئبين يذكرون أنهم مغمورون في المعارف التشاؤمية، في الوقت الذي يكونون فيه غير نشطين، ربما يبررون انسحابهم وتجنبهم بأن النشاط أو التفاعل الإجتماعي ليس مفيدا أو أنهم يضايقون الآخرين .

وهكذا فإنهم يغوصون داخل مزيد من السلبية والعزلة الاجتماعية، و عادة ما يفسر المرضى المكتئبين عدم النشاط هذا على أنه دليل على عدم الكفاءة والعجز الذي يكمل الدائرة المفرغة للاكتئاب، والغرض من جدولة الأنشطة في العلاج المعرفي كما يحددها (دي روبيس) و (تانج) هي :

- رفع احتمال اشتراك المريض في أنشطة كان يتجنبها بدون سبب معقول .
- إزالة الصعوبة المتضمنة في اتخاذ القرار بشأن ابتداء النشاط، حيث أن القرار قد اتخذ بالفعل أثناء الجلسة العلاجية ، فإن المريض يحتاج فقط أن ينفذ ما تم الاتفاق عليه.

كما يرى (بيك) بأن أسلوب جدولة الأنشطة يخدم في مواجهة فقدان الدافعية ، وعدم النشاط و الانشغال الشديد بالأفكار الاكتئابية، كما أن التركيز على مهام ذات أهداف محددة يقدم للمعالج والمريض بيانات فعلية يمكن من خلالها تقدير القدرة الوظيفية للمريض.(زيزي السيد إبراهيم،2005، ص 191).

و غالبا ما تكون هذه الأنشطة هادفة ومخططة من جانب المعالج والمريض فمن خلال استخدام جداول الأنشطة اليومية أو الأسبوعية يتم الحصول على تفسير كيف يقضى المريض أوقاته ، وقد تعطي هذه الأنشطة كواجب منزلي حيث يطلب المعالج من المرضى تعبئة استمارة جدول النشاط وتكلمته كواجب منزلي، فالمرضى عندما يملئ استمارة جدول النشاط ربما يزيد النشاط لديه لأنه يحصل على تغذية رجعية فورية لما يقوم به من نشاط، ويتم مناقشته هذه الأنشطة بين المعالج والمريض، وغالبا يتم استخدام جداول الأنشطة المعالجة التردد وعدم الحسم لدى مرضى الاكتئاب ، فكثيرا ما يجد مرضى الاكتئاب بسبب فقدان الثقة بالنفس صعوبة في تقرير الكيفية التي تكون أفضل في تنظيم الوقت لديهم أو كيفية وضع الأولويات وبالتالي يصلون إلى التردد وعدم الحسم ويلومون أنفسهم عليه وقد ينسحبون اجتماعيا اعتقادا منهم أن النشاط والتفاعل الاجتماعي ليس له قيمة أو هدف.

فنية أخرى لا تختلف كثيرا عن جدولة الأنشطة هي أسلوب المهام المتدرجة حيث أن المهام التي يتجنبها المريض غالبا هي تلك المهام التي كان من الصعب أن يقوم بها، لذلك فإن تعديل بناء تلك المهام يعد عملا مناسباً، فالمهام الكبيرة كالتحضير لامتحانات مثلا ، يتم تقسيمها إلى وحدات أصغر، مثل التحضير المتدرج أو غيره من الأشياء التي تجعل المهمة أكثر عيانية وأقل تشويشا، هذا التدخل العلاجي يسمى أسلوب التجزئة .

مفهوم المهام المتدرجة يمكن استخدامه أيضا حيث التعامل مع مهام بسيطة أو تقسيم المهام الكبيرة إلى أجزاء أبسط يتم تحديدها واستيضاحها بهدف المساعدة في محاولة إنجازها، ويشار إلى هذه العملية أيضا باسم "علاج النجاح"، حيث يفترض أن النجاح في المهام الأولى البسيطة يجعل المريض متشجعا للتحرك نحو مهام أكثر صعوبة.

إذن أسلوب المهام المتدرجة هدفه رفع فرص النجاح إلى أقصى ما يمكن عن طريق تقسيم المهام على أجزاء صغيرة، إن تقسيم المهام إلى خطوات يمكن فعلها يقدم تدعيما للمريض، و على المعالج أن يكون متواضعا في وضع أهداف للمهمة وذلك لتجنب الميل الشديد لدى المريض للإقلاع عن المحاولة بسبب أفكار ذاتية مثل "لن أستطيع فعلها". و بعد نجاح المحاولة يقوم المعالج بمناقشة ما تم إنجازه مع المريض ويحاول تقديم فرصة للمريض ليحاكي النجاح. ويصبح المريض يشعر بالدافعية لعمل الخطوة التالية. (زيزي السيد إبراهيم، 2005، ص 195).

و في قد حرصت الباحثة على ضرورة مناقشة الواجبات المنزلية في بداية كل جلسة لتعطي انطبعا لأفراد المجموعة بالجدية في توزيع هذه الواجبات، وأهميتها في سيرورة العلاج وتحقيق أهداف العملية العلاجية. بالإضافة إلى دورها في أن تؤكد للمعالج أن العميل قد قام بمواجهة الأحداث المنشطة للاضطراب النفسي، و أن يترك له الفرصة ليقتراح ما يراه مناسباً له من أساليب أخرى، كما على المعالج مساعدة المتعالج في حال ما إذا لم يستطع تأدية الواجب المنزلي وان يعتبر هذا إشارة إلى خلل ما في سيرورة العمل العلاجي.

كما أوضحت النتائج المبينة في الجدول رقم (17) أن قيمة إيتا مربع = 0,436 وهو أكبر من القيمة المعيارية (0,15) و هذا ما يثبت حجم التأثير القوي للفنيات العلاجية المنتقاة في التخفيف من درجة الشعور باليأس لدى أفراد المجموعة التجريبية.

ولقد قام المعالج (طه رامز) باستخدام أساليب العلاج النفسي الذاتي بالقران الكريم مع عينة عشوائية من مرضى الاكتئاب، مكونة من 58 مريضا تم اختيارهم من 132 مريضا على

مدار أربع سنوات، وتم علاج المرضى بأساليب أخرى من العلاج النفسي وقد خضع جميع المرضى للعلاج الدوائي إلى جانب العلاج النفسي.

ولقد ثبت تفوق العلاج النفسي الذاتي بالقران الكريم على أساليب العلاج النفسي الأخرى، فلقد تمكن أغلب المرضى باستخدام أسلوب تأمل ذكر الله من السيطرة على تلك الأفكار السلبية، و إيقاف شريط الأفكار الانهزامية الهدامة.

و اعترف بتأثير الدين كثير من العلماء المتخصصين في أمراض الإنسان العضوية، من ذلك ما قاله الدكتور بول إرنست أدولف Paul Ernest Adolf أستاذ علم التشريح بجامعة سانت جونز بان الأسباب الرئيسية لما نسميه الأمراض العصبية الشعور بالإثم أو الخطيئة والحقد والخوف والقلق والكبت والتردد والغيرة، ومما يؤسف له أن كثيرا ممن يشتغلون بالعلاج النفسي قد ينجحون في تقصي أسباب الاضطراب النفسي الذي يسببه المرض، ولكنهم يفشلون في معالجة هذه الاضطرابات لأنهم لا يلجئون في علاجها إلى بث الإيمان بالله في نفوس هؤلاء المرضى" (عنو عزيزة، 2008، ص171)

IV عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية، على مقياس تقدير الذات عند مستوى (0,05)، قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد لصالح القياس البعدي."

لاختبار صحة هذه الفرضية قامت الباحثة بحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية للقياس القبلي و البعدي على مقياس تقدير الذات.

الجدول رقم (18) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات المجموعة التجريبية على مقياس كوبر سميت

لتقدير الذات باستخدام اختبار (ت) T-test

المقياس	مستوى القياس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	(ت) الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة
تقدير الذات	القبلي	10	31,10	5,152	-17,609	1,833	9	دال عند 0,05
	البعدي	10	64,90	2,644				

يوضح الجدول رقم (18) قيم كل من المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية، حيث أن قيمة (ت) المحسوبة (-17,609) أكبر من قيمة (ت) الجدولية (1,833) ويتضح من الجدول (18) أن الفروق دالة عند مستوى (0,05) وهذا ما يؤكد صحة هذه الفرضية.

وللتعرف على أثر المتغير المستقل (البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد)، على المتغير التابع (تقدير الذات) لدى أفراد المجموعة التجريبية، قامت الباحثة باستخدام معادلة حجم الأثر من خلال حساب إيتا²، والنتائج المتحصل عليها بينها الجدول التالي:

جدول رقم (19): حجم تأثير البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد قيمة إيتا² على مقياس تقدير

الذات والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر

المقياس	درجة الحرية	قيمة إيتا ²	حجم التأثير
تقدير الذات	9	0,782	مرتفع

من خلال الجدول رقم (19) نلاحظ أن قيمة إيتا² تساوي (0,782) وهي أكبر من القيمة المعيارية (0,15). وبالتالي فإن حجم التأثير مرتفع.

من هنا يمكننا القول بتحقق الفرضية الثالثة.

1- مناقشة وتفسير الفرضية الرابعة:

تشير نتائج هذا الفرض إلى أن درجة تقدير الذات قد ارتفعت لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، أي من خلال نتائج القياس البعدي بعد نهاية البرنامج العلاجي مع درجة تقدير الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي (القياس القبلي) مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في الرفع من درجة تقدير الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وتفسر الباحثة هذه النتائج بالاعتماد التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي عموماً وعلى التقنيات الخاصة بجلسات الرفع تقدير الذات، فمن أجل تحقيق أهداف الجلسات المتمثلة في الرفع من درجة تقدير الذات تم استخدام فنية الاسترخاء حيث تبين دراسات أن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغيير في مفاهيم المرضى عن ذاتهم (مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة بالنفس، ربما بسبب القوة التي يمنحها الاسترخاء لهم وما يعلمه لهم من قدرة على ضبط الذات والتحكم في التغيرات الجسمية (إبراهيم عبد الستار، 1994، ص 167)

ويهدف الاسترخاء إلى إحداث توتر واسترخاء في مجموعات عضلية معينة على نحو متعاقب ومساعدة المتعالج على التمييز بين حالة الاسترخاء وحالة التوتر، ويعتبر الاسترخاء مهارة يحتاج المتعالج التدريب عليها. كما أن هذا النشاط هام كواجب منزلي. (صلاح الدين محمود عراقي، 1991، ص 34)

حيث كان يطلب من أفراد المجموعة أن يمارسوا التدريبات على الاسترخاء مدة خمس عشرة دقيقة يوميا بحسب الإرشادات العلاجية. وحرصت الباحثة قبل البداية في التدريب على الاسترخاء أن تعطي لأفراد المجموعة تصورا عاما لطبيعة الاضطراب النفسي الذي يعانون منه (أي الاكتئاب) وأن تبين، لهن أن الاسترخاء العضلي ما هو إلا طريقة من طرق التخفيف من التوترات النفسية والاكتئاب. لهذا نجد أن مجرد الاسترخاء العادي بالاستلقاء على أريكة (أو

سرير) يؤدي إلى آثار مهدئة ملحوظة. والسبب في هذا أن هناك علاقة واضحة بمدى استرخاء العضلات وحدوث تغيرات انفعالية ملطفة (أو مضادة للاكتئاب).

وحاولت الباحثة أثناء الجلسات العلاجية الكشف عن المكونات المعرفية غير الواقعية و التي عادة ما تكون وراء المعاناة الاكتئابية، وخاصة فيما يتعلق بالافتراضات التي تكونها المراهقة المكتئبة عن نفسها وكذلك الأحاديث الذاتية التي ترددها داخليا.

كما تم الاستعانة بتوزيع الواجب المنزلية التي تهدف كفنية سلوكية إلى إعطاء الفرصة لأفراد المجموعة أن يقوموا بممارسة ما تعلمنه، وما تدرين عليه أثناء الجلسة العلاجية الأمر الذي يساعدهن على تطبيقه وممارسته في الحياة الواقعية (حواس خضرة، 2012، ص112)

ثم إن فنية قائمة الايجابيات والسلبيات التي استخدمت للرفع من درجة تقدير الذات من التقنيات التي ابتكرها (آرون بيك) حيث كان يطلب من العميل أن يكتب قائمة بالايجابيات و السلبيات عن نفسه، واختبار مدى قدرته على ذلك ومدى تمكنه من الموازنة بينهما(حواس خضرة، 2012، ص137) فقد أشارت العديد من الدراسات النفسية إلى فاعلية هذه الإستراتيجية في تنمية وعي الفرد بذاته ومن بينها دراسة تينا Tina 2004 حيث أكدت على أن هذه الإستراتيجية توضح وتكشف للفرد علاقته بذاته، الأمر الذي يمكنه آليا من تغيير نفسه ورؤية نفسه بشكل واضح، حيث أكدت على أن هذه الإستراتيجية أشبه ما تكون بمحاولة الفرد رؤية نفسه أمام المرآة (حواس خضرة، 2012، ص385)

كما حرصت الباحثة على ضرورة المناقشة الجماعية لمحتوى الجلسات بعد الانتهاء من كل جلسة، فالمحاضرة والمناقشة الجماعية أسلوب من أساليب العلاج الجماعي التعليمي حيث يغلب فيها الجو شبه العلمي، ويلعب فيها عنصر التعلّم وإعادة التعليم دورا رئيسيا، حيث يعتمد أساسا على إلقاء محاضرات سهلة على أفراد المجموعة العلاجية، يتخللها ويليها مناقشات جماعية. وتهدف المحاضرات والناقشات أساسا إلى تغيير الاتجاهات لدى أفراد المجموعة. ومن رواد استخدامها علاجيا (مكسويل جونز) أثناء الحرب العالمية الثانية و (كلايمان) الذي

استخدم المحاضرات المكتوبة التي يقرأ كل عميل منها فقرة ويلخصها ويعلق عليها ويناقشها الجميع مناقشة حرة.

ومن رواد البحوث حول تأثير المحاضرات والمناقشات الجماعية في تغيير الاتجاهات (كيرت ليفين) و(كوش) و(فرينش) وقد أدت تجاربهم إلى نتائج تدل على أن المناقشات والقرار الجماعي بين أعضاء الجماعي يؤدي إلى قرار جماعي أكثر صدقا و اتزاناً من تقدير ورأي فرد واحد مما يؤثر في دقة وكفاية الحكم على إدراك أعضاء الجماعة.

وفي مصر استخدم (صموئيل مغاريوس) المحاضرة والمناقشة الجماعية أول الأمر بالمشكلات الاجتماعية العامة، ثم متدرجا إلى المشكلات الخاصة لأعضاء الجماعة كذلك درست (صفاء الأعسر) أثر المناقشة الجماعية في تخفيض مستوى القلق ووجدت أن الفرد في الموقف العلاجي الجماعي ينشط اجتماعيا وعقليا وانفعاليا ويسهل التنفيس والتعبير عن المشكلات ويزداد الشعور بالانتماء و إدراك التشابه مع الآخرين.

و يفضل أن يكون أعضاء الجماعة العلاجية في حالة استخدام أسلوب المحاضرة والمناقشة الجماعية متجانسين بمعنى أن يكونوا جميعا يعانون من مشكلات متشابهة مثل المشكلات التربوية والاجتماعية والمهنية.

أما عن موضوعات المحاضرات والمناقشات فقد تكون الموضوعات عن الصحة النفسية والمرض النفسي أسباب و اعراض المشكلات والاضطرابات النفسية و العلاقات المتبادلة بين الجسم والعقل وعمل الجهاز العصبي، و تأثير الحالة الانفعالية على الجسم والمشكلات الانفعالية و مشكلات التوافق النفسي و الأحلام والدين و أثره في السلوك السوي .

أما المحاضرون فأهمهم عادة المعالج وهو يعتمد على تأثيره الشخصي على العملاء وتتضمن محاضراته الكثير من التوجيهات ويلقى بعض المحاضرات محاضرون كمدعويين لهذا الغرض من تخصصات مختلفة مثل الأطباء و الأخصائيين الاجتماعيين والموجهين التربويين وبعض المسؤولين في عالم المهنة وبعض علماء الدين.

كما يمكن أن يقوم بإلقاء بعض المحاضرات أو المشاركة فيها بعض أعضاء الجماعة أنفسهم مع اقل تدخل من جانب المعالج. و يدعى بعض العملاء الذين تلقوا خدمات العلاج من قبل واستفادوا منه لإلقاء محاضرات على العملاء الحاليين تتناول خبراتهم أثناء عملية العلاج وخلال تقدمهم نحو حل مشكلاتهم.

وفي المحاضرات تستخدم الوسائل المعينة الممكنة مثل الأفلام والكتيبات (كيف تذاكر دروسك - كيف تتجح في الامتحان -) وغير ذلك مما يساعد في الإيضاح. هذا وتتم المزوجة أحيانا بين المحاضرات والمناقشات الجماعية وبين الترفيه والنشاط الفني وغير ذلك من أوجه النشاط التلقائي الحر حتى لا تأخذ العملية شكلا أكاديميا أكثر من اللازم.

وتكون المناقشة إما بعد المحاضرة أو أثناءها ويقوم المعالج عادة بإدارة المناقشة. و المناقشة مهمة جدا لأن العميل الذي يستمع إلى المحاضرة هو أدرى من المحاضر بما يحتاج إليه من معلومات يريد معرفتها أو مناقشتها، فالمحاضرة والمناقشة الجماعية تؤدي إلى نتائج هامة في تغيير اتجاهات العملاء نحو أنفسهم ونحو الآخرين ونحو مشكلاتهم، و تستخدم المحاضرات والمناقشات الجماعية بنجاح وعلى نطاق واسع في العلاج النفسي الوقائي وخاصة في المدارس والمؤسسات.

<http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=11575>

كما استخدمت الباحثة من اجل تحقيق الأهداف المسطرة للبرنامج، أسلوب وقف الأفكار (Thought Stop)، فغالبا ما تكون الأفكار الخاطئة لها تأثير متزايد ، ونجد أن الفكرة الخاطئة ربما تستدعي فكرة أخرى، وإذا استمرت تلك العملية دون أن يتم إيقافها، قد نجد العميل غير قادر على الاستجابة لهذه الأفكار بشكل مؤثر، وذلك نتيجة لأن ظهور تلك الأفكار الخاطئة أسرع من قدرة العميل على إظهار استجابات تجاه تلك الأفكار. و عندما تكون هذه هي المشكلة نجد أن الحل هو أن يتعلم العميل كيفية وقف تدفق وتزايد هذه الأفكار كي يستطيع أن يتعامل معها بشكل أكثر فاعلية. وهذه العملية (وقف تدفق الأفكار الخاطئة) عملية بسيطة إلى

حد ما، حيث أن العميل يقوم ببساطة بإيقاف هذا التيار من الأفكار بواسطة منبه مفاجئ سواء كان هذا المنبه حقيقي أم خيالي، ثم بعد ذلك يتحول إلى أفكار أخرى قبل أن يعود هذا التيار من الأفكار مرة أخرى، وذلك من خلال النصيحة التي يتم توجيهها للعميل بشكل متكرر وهي (لا تقلق بشأن ذلك)

و بسبب عدم قدرة العميل على استخدام هذه الفنية بسهولة، نجد أن الشرح البسيط لهذا الأسلوب غير مؤثر بشكل كافٍ ولا يتمتع بالمصداقية، حيث أن هذا الأسلوب يكون أكثر فاعليه عندما يتم عرضه على العميل بشكل مفصل. وبعد أن يجد العميل أن هذا الأسلوب له تأثير، يشعر في هذا الوقت بأنه يتمتع بالمصداقية وأنه يستطيع أن يتعلم استخدام منبه أكثر مرونة، مثل تخيل النداء بصوت عالٍ، قائلاً (توقف)، ويكون استخدام أسلوب إيقاف الفكرة أسهل بكثير في بداية تواتر هذا الأفكار. (حامد أحمد الغامدي، 2006)

كما كان لفنية لعب الدور الأثر الكبير في الرفع من درجة تقدير الذات لدى افراد المجموعة ، فمما لا شك فيه أن التخيل يكشف عن قدرات المتعالجين وتنميتها، وينمي العمل الجماعي بينهم كما انه ينمي اتجاهات اجتماعية مرغوب بها، لهذا سعت الباحثة إلى استخدام هذا الأسلوب كإحدى الفنيات المتضمنة في البرنامج العلاجي، فعلاوة على انه يتيح الفرصة للتنفيس الانفعالي وتفريغ الشحنات والرغبات العدوانية الظاهرة والمكبوتة حيث يتم ذلك من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين كما لو انه يحدث بالفعل على أن يقوم المعالجة أو احد افراد مجموعة البحث بدور الطرف الآخر في التفاعل من خلال الحوار والمناقشة الجماعية حول بطل القصة ويتكرر لعب الدور حتى يتم تعلم السلوك المرغوب. (محمد علي عمارة، 2008، ص 160)

كما تم استخدام فنية الحوار الايجابي مع الذات 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 يحويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه، هو السبب في تفاعله المضطرب. ولهذا يعتمد المعالج المعرفي السلوكي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث، والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه، خاصة المواقف التي تستثير القلق والاكتئاب. (حامد أحمد الغامدي، 2011)

لقد بين الجدول رقم (19) أن مربع إيتا = 0,782 وهو قيمة أكبر من (0,15) القيمة المرجعية الذي يوضح حجم تأثير البرنامج العلاجي على تقدير الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية حجم تأثير مرتفع، الأمر الذي يشير إلى أن الفنيات المنتقاة كانت ذات فعالية في الرفع من تقدير الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية الأمر الذي تأكده نتائج المجموعة على الاختبارين البعدي و التتبعي .

وتفسر الباحثة التحسن الذي طرأ على أفراد المجموعة التجريبية بأنه كان نتيجة للفنيات العلاجية المنتقاة، ونتيجة لطبيعة البرنامج الجماعية، كما أن المرحلة العمرية المستهدفة لعبت دورا كبيرا في نجاح البرنامج إذ أن المراهق فرد مرن جسميا وعقليا ونفسيا، فمن السهل تغيير اتجاهاته ومعتقداته عكس الإنسان الراشد أو المسن الذي غالبا ما يتميز بصلاية فكرية .

V عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

1- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية، على قائمة توكيد الذات عند مستوى (0,05)، قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد لصالح الاختبار البعدي.

للتحقق من صحة الفرضية الخامسة تم حساب دلالة الفروق بين متوسطات الدرجات للقياسين القبلي و البعدي على قائمة توكيد الذات، والنتائج المتحصل عليها يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (20): يوضح دلالة الفروق بين متوسطات مجموعة البحث على مقياس وولب و لازاروس

لتوكيد الذات باستخدام اختبار (ت) T-test

المقياس	مستوى القياس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	قيمة (ت) المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
توكيد الذات	القبلي	10	8,70	0,949	-46,556	1,833	9	دال عند 0,05
	البعدي	10	25,70	1,494				

يوضح الجدول رقم (20) قيم كل من المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية

قيمة (ت) المحسوبة (-46,556) أكبر من قيمة (ت) المجدولة (1,833)

وللتعرف على أثر المتغير المستقل (البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد)، على المتغير التابع (السلوك التوكيدي) لدى أفراد المجموعة التجريبية، تم استخدام معادلة حجم الأثر من خلال إيتا²، والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم (21): حجم تأثير البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد قيمة إيتا² على مقياس توكيد

الذات والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر.

المقياس	درجة الحرية	قيمة إيتا ²	حجم التأثير
توكيد الذات	9	0,523	مرتفع

من خلال النتائج الموضحة في الجدول رقم (20) والجدول رقم (21) نستطيع القول بتحقيق الفرضية الخامسة.

2- مناقشة وتفسير الفرضية الخامسة:

تشير نتائج هذا الفرض إلى أن درجة توكيد الذات قد ارتفعت لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، أي من خلال مقارنة نتائج القياس البعدي بعد نهاية البرنامج العلاجي مع درجة توكيد الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي (القياس القبلي) مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في الرفع من درجة توكيد الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة دراسة جيهان صلاح الدين محمد علي صقر (2008) بعنوان: فاعلية المهارات الاجتماعية التوكيدية و الأنشطة السارة في علاج الاكتئاب العصابي لدى طلاب الجامعة.

وتفسر الباحثة هذه النتائج بأنها نتيجة منطقية للتقنيات العلاجية المنتقاة للرفع من درجة السلوك التوكيدي الذي يمثل الجانب البينشخصي في الشخصية ويعتبر أسلوب التدريب على السلوك التوكيدي *assertion training* واحداً من هذه الأساليب أو الأنواع المبسطة من المساعدة التي شاع استخدامها في التعامل مع بعض أنواع الاكتئاب.

والواقع ، أن أسلوب العلاج بالتدريب على السلوك التوكيدي ، أصبح الأسلوب المفضل من جانب الكثير من العاملين في مجال العلاج النفسي في تعاملهم مع الاكتئاب لعدة أسباب، فبالإضافة إلى تميز هذا الأسلوب بالانخفاض في التكاليف - وذلك لإمكان تدريب الكثير من الأفراد المؤهلين تروياً ونفسياً على القيام به دون اشتراط الخبرات المكثفة

والمعقدة والدراسات الكثيرة التي تُشترط في أغلب المذاهب العلاجية النفسية - نجده أيضاً يتميز بالاقتصاد في الوقت والجهد، سواء بالنسبة للقائمين به أو بالنسبة للمرضى أنفسهم . ومن أهم الأسباب الأخرى التي تجعل من أسلوب التدريب على السلوك التوكيدي مفضلاً في التعامل مع بعض أنواع الاكتئاب هو أنه يجنب المرضى استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب ، والمخاطر التي تحملها آثارها الثانوية مثل توقف القلب وتكوين المياه الزرقاء على العين ، التسمم القلبي ، والاضطرابات السمعية والبصرية بالإضافة إلى العجز الجنسي.

ويعتبر تعريف (ألبرتي) و (إيمون) من أشمل تعريفات مفهوم توكيد الذات ، حيث يذهب الباحثان إلى أن السلوك التوكيدي هو " السلوك الذي مكّن الشخص من التصرف بما فيه مصالحه ، من أن يدافع عن نفسه بدون قلق غير ضروري ، من أن يعبر بحرية عن المشاعر الصادقة وأن يعبر عن حقوقه الشخصية بدون أن ينكر حقوق الآخرين " (غريب عبد الفتاح غريب ، 1987 ص 48- 53)

وتعد فنية لعب الدور من بين فنيات التدريب التوكيد حيث يمثل فيه الأفراد أدواراً بسيطة تكشف عن بعض مواقف الحياة الحقيقية، مما يمكن الجميع من فهم واستيعاب جديد للمواقف. كما أكد العديد من الباحثين على أن فنية لعب الدور تستخدم كأسلوب تعليمي لاكتشاف عمليات التفاعل بين الأشخاص، وكذا مساعدة أفراد المجموعة على فهم وإدراك مشاعرهم وكذا مشاعر الآخرين ودوافع سلوكياتهم في المواقف الاجتماعية، وهذا بهدف الرفع من قدرتهم على أداء السلوك المناسب للموقف (حواس خضرة، 2012، ص388) فالموقف العلاجي موقف تعليمي من خلاله يتعلم المتعالج العديد من الأدوار من المعالج.

فنية أخرى من فنيات التدريب التوكيدي هي أسلوب المخطوطة حيث يساعد هذا الأسلوب على التعبير عن المشاعر دون التسبب بالامتناع أو الاستياء من قبل الآخرين،

وهو عبارة عن كتابة نص يحوي تفاصيل سلوكيات العميل قبل أن يواجه احدهم، من شان هذا الأسلوب أن تجعل الفرد واعيا أكثر بسلوكاته ومتحكما أكثر بها.

كما يعتبر أسلوب الاستبصار من أساليب التدريب التوكيدي، حيث يطلب من المتعالج أن يتعرف على أخطائه وأن يتعلم أساليب أخرى بديلة أكثر ملائمة، كذلك يصاحب ذلك الإيحاء القوي الذي يستهدف تخليص المتعالج من أنماط سلوكية قديمة وأن يتبنى المعايير التي يقترحها له المعالج وعلى المعالج أن يوضح له أن الشخص الذي لا يؤكد ذاته يلقى كثيرا من المظالم الكبرى.

كما يعتبر التدريب على فن المباحثات أحد أساليب التدريب التوكيدي حيث يتم التركيز في هذا الأسلوب على تدريب الفرد على فن المباحث، وبالذات للتعامل مع الصعوبات التي تواجهه الفرد يوميا. بالإضافة إلى أسلوب الاسطوانة المشروخة وتعني إعادة الحديث حول الفكرة الأصلية وتكرار ذلك أكثر من مرة، يمكن هذا الأسلوب من الإحساس الهادئ عند مواجهة المناقشات غير الملائمة، وتجاهل الدخول في المتاهات الجانبية التي تبعد الفرد عن الموضوع الأصلي للنقاش.

و يمكن القول أن التدريب قد يحقق نتائج أفضل إذا استخدمناه في إطار جماعات علاجية عما لو تم على أساس فردي ويعتمد التدريب في هذه الحالة على أسلوب تكرار السلوك الذي سبق الإشارة إليه (محمد علي عمارة، 2008، ص 166)

كما أوضحت النتائج المبينة في الجدول رقم (21) أن قيمة إيتا مربع = 0,523 وهي أكبر من القيمة المرجعية (0,15) هذا ما يدل على حجم التأثير القوي للفنيات العلاجية المنتقاة في الرفع من درجة السلوك التوكيدي لدى أفراد مجموعة التجريبية.

VI عرض ومناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة:

1- عرض نتائج الفرضية السادسة:

نص الفرضية السادسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية، بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ، على سلم بيك الثاني للاكتئاب عند مستوى (0,05)، في القياسين البعدي و التتبعي، لأثر البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد لصالح القياس البعدي.

للتحقق من صحة الفرضية تم حساب دلالة الفروق، بين متوسطات الدرجات للقياسين البعدي و التتبعي على سلم بيك الثاني للاكتئاب، والجدول التالي يوضح النتائج المتحصل عليها:

الجدول رقم (22) يوضح دلالة الفروق بين متوسطات مجموعة البحث على سلم بيك الثاني للاكتئاب

باستخدام اختبار (ت) T-test

المقياس	مستوى القياس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة (ت) المحسوبة	قيمة (ت) المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
سلم بيك الثاني للاكتئاب	البعدي	10	25,70	0,823	4,707	1,833	9	دال عند 0,05
	التتبعي	10	24,10	1,101				

يوضح الجدول رقم (22) قيم كل من المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية

أن قيمة ت المحسوبة (4,707) أكبر من قيمة ت المجدولة (1,833) هذا يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نتائج الاختبار البعدي و التتبعي.

وللتعرف على اثر المتغير المستقل (البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد)، على المتغير التابع (درجة الاكتئاب) لدى المجموعة التجريبية، استخدمت الباحثة معادلة حجم الأثر بحساب قيمة إيتا².

جدول رقم (23): يوضح حجم تأثير البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد قيمة إيتا² على سلم بيك الثاني للاكتئاب والدرجة الكلية لحساب حجم الأثر

المقياس	درجة الحرية	قيمة إيتا ²	حجم التأثير
سلم بيك الثاني للاكتئاب	9	0,366	مرتفع

من خلال الجدول رقم (20) نلاحظ أن قيمة إيتا² تساوي (0,366) وهي قيمة أكبر من القيمة المعيارية

النتائج تشير إلى تحقق الفرضية الرابعة.

2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين البعدي و التتبعي على سلم بيك الثاني للاكتئاب عند مستوى (0,05) ، بعد أربعة أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي (فترة المتابعة) لصالح القياس البعدي.

لقد بينت النتائج الموضحة في الجدول رقم (22) أن قيمة ت المحسوبة (4,707) أكبر من قيمة ت الجدولة (1,833) و أنها دالة إحصائياً عند مستوى 0,05 لصالح القياس البعدي، وهذا يدل على فعالية الفنيات المنتقاة في البرنامج العلاجي في التخفيف من درجة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية.

مناقشة الفرضية :

تشير نتائج هذا الفرض إلى أن درجة الاكتئاب قد انخفضت لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي، أي من خلال مقارنة نتائج القياس التتبعي بعد نهاية البرنامج

العلاجي مع درجة الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي (القياس البعدي) مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من درجة الاكتئاب لدى المجموعة التجريبية.

تفسر الباحثة هذه النتائج المتوصل إليها بنجاح البرنامج العلاجي المصمم، هذا الأخير الذي صمم انطلاقاً من نموذج أرنولد لازاروس للعلاج الانتقائي متعدد الأبعاد، حيث اشتمل البرنامج على نقطتي قوة نادراً ما نجدها في علاج آخر، ألا وهما الانتقائية التقنية والنظرة متعددة الأبعاد للشخصية. هذان العاملان أثرا في نجاح وفعالية البرنامج العلاجي المقترح وكذا في استمرارية تأثيره حتى بعد فترة المتابعة. و يقصد بها تتبع مدى تقدم وتحسن حالة المريض الذي تم علاجه بعد إنهاء عملية العلاج النفسي، وبعد تحقيق الأهداف وتحقيق الشفاء، يجب إجراء المتابعة بانتظام واستمرار، وتحديد نسبة الشفاء، ومدى الاستفادة من الخبرات العلاجية.

و من مبررات المتابعة أن المريض قد يحتاج إلى مزيد من المساعدة والتشجيع من وقت لآخر. فقد تحدث نكسة وخاصة في الحالات التي يكون فيها حل المشكلة أو الشفاء ظاهرياً، والحالات التي يطرأ لها في مجالها البيئي ما قد يسبب ظهور الاضطراب من جديد. و لكي تتم المتابعة، يجب أن يترك المريض عنوانه ورقم هاتفه إن وجد. (إجلال محمد سري، 2000، ص 90)

و تعتبر فترة المتابعة (التي دامت أربعة 04 أسابيع) الاختبار الحقيقي لمدى فعالية البرنامج العلاجي المصمم، حيث أن هدف أي عمل علاجي لا يقتصر على فترة العلاج فحسب بل انه يمتد لأبعد من ذلك، لأن المعالج النفسي و أثناء تقديمه للبرنامج العلاجي يسعى جاهدا لعدم انتكاس الحالة و يأخذ بعين الاعتبار أن مدة العلاج هي محدودة لذا عليه منذ البداية أن يعود المريض على هذه الفكرة، هذا ما قامت به الباحثة من أول جلسة في هذا البرنامج العلاجي وذلك من خلال التقنيات المنتقات،

كلمواجبات المنزلية التي كان من بين أهدافها جعل أفراد المجموعة تطبقن ما تعلمنه في الجلسات العلاجية على أرض الواقع حتى يتكون لديهن شعور بالقدرة على الانجاز.

كما أن المناقشات الجماعية تجعل منهن عضوات فعالات و غير سلبيات، وكذا الحوار السقراطي الذي جعلهن غير إتكاليات، هذا بالإضافة إلى العلاقة العلاجية وطبيعتها.

كما أوضحت النتائج المبينة في الجدول رقم (23) أن قيمة إيتا مربع = 0,366 و هذا ما يدل على حجم التأثير القوي للفنيات العلاجية المنتقاة في تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى مجموعة التجريبية.

كما أن هناك عدد من المبررات لتصميم برامج علاجية خاصة بالمرهقين أن هناك الكثير من المرهقين الذين ينتهجون سلوكاً لاعقلانياً بسبب ما يعانونه من مشاكل نفسية واجتماعية وأكاديمية الأمر الذي يحد من توافقهم النفسي، وبذا يضيع هدفهم في الحياة ومن ثم يؤثر على مستقبل حياتهم. إن سلوك المرهق غالباً ما يكون مقهوراً وعنيفاً بسبب ما يعاني منه من ضغوط واضطرابات نفسية شديدة مما يجعله يعيش مرحلة من الصراع النفسي المستمر طيلة مرحلة المراهقة. إن الجو المدرسي بما يمليه على التلاميذ من واجبات ومشاكل دراسية تزيد من آلامه وتحد من أنشطته الاجتماعية التي إذا ما قام بها لأفرغ كثير من انفعالاته المكبوتة خصوصاً لدى المرهقين الذين يعانون من ضعف القدرة الدراسية والذين يتسمون بالعصبية مما يقلل من مشاركتهم لزملائهم في الأنشطة التعليمية حيث يزيد من عزلتهم كما تعتبر المراهقة ميداناً خصباً يتلقى منه المرهقون العلاج النفسي .

حيث يعرف (روجرز) العلاج النفسي على انه إطلاق قوى موجودة لدى الفرد الذي يتسم بالكفاءة من حيث إمكاناته، توفر الشروط المناسبة التي تتمثل في الصدق والتفهم الوجداني والاحترام الايجابي غير المشروط من جانب المعالج لذلك فالفرد سيسمح لنفسه

تدريجياً بإطلاق تلك القوى الكامنة في داخله من أجل تحقيق الذات والتغلب على الصعوبات التي تواجهه والتي تتدرج تحت شروط الاستحقاق.

وما العملية العلاجية من وجهة نظر (إليس) إلا عملية نشطة ومجاوبة مباشرة ، ترتكز على مبدأ السؤال العلمي والتحدي والمناقشة، كما يمكن وصفها بأنها عملية إنسانية علمية، فالمعالج يعلم العميل كيف يتحرك ويناقش أفكاره اللاعقلانية بطريقة علمية منطقية مما يجعل المعالج يعلم العميل كيف يقبل نفسه وكيف يفرق بين قبول الذات غير المشروط وقبول الذات المرتكز على النجاح فقط (رياض نايل العاسمي، ب س) حيث أن هناك علاقة وثيقة بين كل من التفكير، الانفعال والسلوك.

إن النتائج المتوصل إليها تبين بحق أهمية و ضرورة القيام بدراسات نفسية على مستوى المدارس الثانوية وذلك لمساعدة المراهقين على تفهم أنفسهم والتعرف على مشاعرهم واكتشاف إمكانياتهم وطاقاتهم والعمل على حسن استغلالهم لهذه الطاقات و الإمكانيات (صلاح الدين العمرية، 2005)

فكل فرد معرض في أي مرحلة من مراحل نموه المختلفة إلى صعوبات أو اضطرابات تستوجب التدخل المبكر والسريع من أجل تفادي ما هو اعقد، كما أن الفرد يمر خلال مراحل نموه بفترات انتقال من إلى، و لعل ابرز هذه الفترات مرحلة المراهقة أين ينتقل من الطفولة إلى الرشد ، ويتطلب هذا التعرض لبعض الصعوبات التي قد تعتبر من متطلبات المرحلة، وعلى المراهق في هذه الحالة أن يجتاز هذه الصعوبات بنجاح و إلا فانه لن يتمكن من الانتقال السليم للمرحلة الموالية.

كما أن هذه الدراسة تؤكد علمدى الحاجة إلى برامج علاجية مخصصة لهذه الفئة العمرية

خلاصة الفصل:

انطلقت الدراسة من ستة فرضيات فرعية وبعد عرض و مناقشة البيانات المتحصل عليها من خلال الدراسة الميدانية توصلنا إلى الإجابة على فرضيات الدراسة كما يلي:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد

المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على الدرجة الكلية لسلم بيك الثاني للاكتئاب عند $(\alpha=0,05)$ بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد

المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية عند $(\alpha=0,05)$ ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح الاختبار القبلي.

3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد

المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس الشعور باليأس عند $(\alpha=0,05)$ ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.

4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد

المجموعة التجريبية على القياسين القبلي و البعدي على مقياس تقدير الذات عند $(\alpha=0,05)$ ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح الاختبار البعدي.

5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية على متوسطات درجات أفراد

المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على مقياس توكيد الذات عند $(\alpha=0,05)$ ، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس البعدي.

6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين البعدي و التتبعي على سلم بيك الثاني للاكتئاب عند مستوى $(\alpha=0,05)$ ، بعد أربعة أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي (المتابعة) لصالح القياس البعدي.

وبالتالي التمكن من الإجابة على التساؤل الرئيس للدراسة واثبات فعالية البرنامج العلاجي المصمم في علاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة.

الخاتمة:

جاءت الدراسة الحالية بهدف تصميم و اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة نظرا لما تعانيه هذه الفئة شديدة الحساسية في هذه المرحلة العمرية الحرجة.

لهدمت الدراسة الحالية بفئة هامة من المجتمع الجزائري المراهقات المتمدرسات لما تمثله هذه الشريحة من اهمية في المجتمع، كما تميزت بطبيعة البرنامج العلاجي المصمم كونه برنامجا متكامل كل محور فيه يخدم الآخر وكل تقنية تخدم محورا والمحاور الأخرى، إضافة إلى ثراء بالتقنيات العلاجية من مختلف التوجهات النظرية، هذا ما أدى إلى فعاليته. كما أن طريقة اختيار العينة القصدية وتوخي الباحثة لعامل الرغبة في العلاج زاد من فعالية البرنامج المقدم دون إغفال عوامل أخرى كتجانس العينة في الجنس والسن والمستوى الدراسي والاجتماعي .

إن نجاح العمل العلاجي لا يتوقف على قيمة البرنامج العلاجي فحسب بل إنه يعتمد كذلك على عوامل أخرى نذكر منها الرغبة في العلاج فرغبة العميل في العلاج تعد حجر الزاوية في نجاح أي برنامج علاجي مهما كانت طبيعته، بالإضافة إلى العلاقة العلاجية التي تربط كلا من المعالج و المتعالج دون إغفال طبيعة البرنامج الجماعية حيث كان لها تأثير مباشر على النتائج المتوصل إليها كون الجماعة العلاجية لعبت دور الوسيط العلاجي كما لا نغفل دور درجة نكاه العميل إذ أثبتت العديد من الدراسات في هذا الشأن العلاقة الإرتباطية الموجبة بين نكاه العميل و مدى نجاح العمل العلاجي.

كما لمست الباحثة من خلال الدراسة الحالية مدى حاجة المراهقين للتدخلات العلاجية

و الإرشادية للوقاية أو العلاج

بالإضافة إلى ضرورة التخلص من التعصب إلى نظرية ما وضرورة الانفتاح لكل ما في مصلحة المريض.

قائمة المراجع

1. إبراهيم عبد الستار، (2008): دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني و المهارات الإيجابية. تم استرجاعها بتاريخ 08 ديسمبر 2012
http://dc127.4shared.com/doc/axvr5_r9/preview.html
2. إبراهيم عبد الستار، (1978): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، ط1، القاهرة: دار المعرفة.
3. إبراهيم عبد الستار، (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث - أساليب ومبادئ تطبيقية - ط1، القاهرة: دار الفجر.
4. إبراهيم عبد الستار، (1998): الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث، فهمه و أساليب علاجه، ط3، الكويت: مطابع الرسالة.
5. إبراهيم عبد الستار، 2009، الضغوط اللاحقة للصددمات النفسية والانفعالية منهج سلوكي متعدد المحاور في فهمها وعلاجها، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 21-22. القاهرة.
6. إبراهيم محمد عياش. (2008). النظرية الإنسانية في العلاج النفسي. تم استرجاعها بتاريخ 22 فيفري 2012 من
<http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=131830>
7. أبو بكر مرسي محمد مرسي. (2002). أزمة الهوية في المراهقة. ط1، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
8. أبو عراد الشهري، عبد الله، (2008): فعالية الإرشاد الانتقائي في خفض مستوى سلوك العنف لدى المراهقين: دراسة تجريبية، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
9. أبو عيطة سهام محمد، (1998): مبادئ الإرشاد النفسي، ط1، الأردن: دار الفكر.

10. إجلال محمد سرى، (2000)، علم النفس العلاجي، ط2، القاهرة: عالم الكتب.
11. أحمد بن سعيد الحريري، (2009): العلاج النفسي الجنائي - نموذج علمي وعملي في الدراسات التجريبية الإكلينيكية، ط1، بيروت: دار الفارابي.
12. أحمد عبد اللطيف أبو اسعد، (2011): علم النفس الإرشادي، ط1، الأردن: دار المسيرة.
13. أحمد عبد اللطيف أبو اسعد، (2011): العملية الإرشادية، ط1، الأردن: دار المسيرة.
14. أحمد عبد اللطيف أبو اسعد، احمد نايل الغرير، (2009): التشخيص والتقييم في الإرشاد، ط1، الأردن: دار المسيرة.
15. أحمد عبد اللطيف أبو اسعد، (2009): المهارات الإرشادية، ط1، الأردن: دار المسيرة.
16. أحمد عكاشة، (2005): الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
17. أحمد فاضلي. (2010). الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية. تم استرجاعها بتاريخ 12 فيفري 2013 من <http://assps.yourforumlive.com/t275-topic>
18. أرنولد لازاروس، (2002): العلاج النفسي الشامل الحديث: الأسلوب متعدد الأشكال والمختصر، ترجمة: محمد حمدي الحجار، ط1، بيروت: مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر والتوزيع.
19. آرون بيك، (2000): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، ترجمة: عادل مصطفى، ط1، القاهرة: دار الآفاق العربية.
20. أسامة فاروق مصطفى، (2011): مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية الأسباب - التشخيص - العلاج، ط1، عمان، الأردن: دار الميسرة.
21. إسماعيل علوي، بنعيسى زعبوش، (2009)، العلاج النفسي المعرفي - مدخل إلى تدبير صعوبات الحياة اليومية والتخفيف من المعاناة النفسية - ط1، الأردن: عالم الكتب الحديث.
22. الاكتئاب آفة العصر. (2010). تم استرجاعها بتاريخ 10 أوت 2012 من <http://www.eawraq.com/news.php?action=view&id=149>

23. التطبيق العملي للنظريات العلمية في الإرشاد والعلاج النفسي. (2011) تم استرجاعها

في تاريخ 07 أوت 2013 من

<http://www.eawraq.com/news.php?action=view&id=241>

24. الاكتئاب النفسي عند المراهقين. (2009). تم استرجاعها في تاريخ 06 جوان 2012

من

<http://www.4shbab.com/index.cfm?do=cms.conArticle&contentid=3&categoryid=388>

25. ألفت حقي، (2001): الاضطراب النفسي، ط1، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

26. أمزيان زبيدة، (2007): علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الإرشادية -

دراسة مقارنة في ضوء متغير الجنس -، مذكرة ماجستير، جامعة تيزي وزو.

27. إيفا - ماريا بيرمان راتيان، يوخن ايكيرت، (2002)، العلاج النفسي بالمحادثة - التغيير

من خلال الفهم - ترجمة سامر جميل رضوان، ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر

والتوزيع.

28. الخيال في الإرشاد والعلاج، (2010). تم استرجاعها في تاريخ 23 جانفي، 2013 من

http://difrentvova.blogspot.com/2010/10/blog-post_08.html

29. باسم دحاحه. (2009). العنف والإرهاب والانتحار من منظور نفسي اجتماعي:

الأسباب والآثار وطرق العلاج. تم استرجاعها في 16 أفريل 2013 من

<http://dr-dowayraat.com/in/news.php?action=show&id=52>

30. بشير معمريه (تحت الطبع). علم النفس الذات، اتصال شخصي بالمؤلف.

31. بشير معمريه، (2010): تقنين قائمة آرون ت. بيك الثانية للاكتئاب على عينات من

الجنسين في البيئة الجزائرية، المجلة العربية للعلوم النفسية.

32. بشير معمريه، (2000): مدى انتشار الاكتئاب بين طلبة الجامعة من الجنسين، مجلة

علم النفس، العدد 53، السنة الرابعة عشرة، القاهرة.

33. بشير معمريّة، (2006): تصميم استبيان لقياس الشعور باليأس لدى الراشدين وتقنين الاستبيان على عينات من البيئة الجزائريّة، مجلة شبكة العلوم النفسيّة العربيّة، العدد 9، القاهرة، مصر .
34. بطرس حافظ بطرس، (2007): المشكلات النفسيّة وعلاجها، ط1، الأردن: دار المسيرة.
35. بطرس حافظ بطرس، (2008): التكيف والصحة النفسيّة للطفل، ط1، عمان الأردن: دار المسيرة.
36. بنعيسى زغبوش، اسماعيل علوي، (2011): الإرشاد النفسيّ المعرفيّ و الوساطة التربويّة (تقنيات المقابلة و الانصات وتدبير الحوار)، ط1، الأردن: عالم الكتب الحديث.
37. بيرل س. بيرمان، (2004): قواعد التشخيص والعلاج النفسيّ، ترجمة: محمد نجيب الصبوة، جمعة سيد يوسف، ط1، القاهرة: ايتراك للنشر والتوزيع.
38. بيرني كورني، بيتر رودل، ستيفين بالمر، (2008): العلاج المعرفي السلوكي المختصر، ترجمة: محمد نجيب احمد الصبوة، ط1، القاهرة: ايتراك للنشر والتوزيع.
39. تيموثي ج. ترول، (2007): علم النفس الاكلينيكيّ، ترجمة فوزي شاكّر طعيمة داود، ط1، عمان، الأردن: دار الشروق.
40. جبالي نور الدين، كربال مختار. (2010). التعديل المعرفي السلوكي كأسلوب لعلاج الضغوط لدى المساجين - دراسة ميدانية بمؤسسة إعادة التربية باتنة - تم استرجاعها بتاريخ 22 أفريل 2012 من
<http://www.riwayatwarch.com/vb/showthread.php?p=163277>
41. جلال كايد ضمرة ، (2008): الاتجاهات النظرية في الإرشاد، ط1 ، عمان، الأردن: دار صفاء للنشر .
42. جوديث بيك، آرون بيك، (2007): العلاج المعرفي الأسس والأبعاد، ترجمة: طلعت مطر، ط1، القاهرة: المركز القومي للترجمة.
43. جوليان روتر، (1971): علم النفس الإكلينيكيّ، ترجمة: عطية محمود هنا، محمد عثمان نجاتي، ط2، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

44. جون زرو، رونالد براش، ديبورا تدلمان، إيروني ديبيلان، (2001): دليل المبتدئين
بالعلاج النفسي، ترجمة: محمد قاسم عبد الله، ط1، الأردن: دار الفكر للطباعة والتوزيع.
45. جيرالد كوراي، (2011): النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي، ترجمة: سامح
وديع الخفش، ط1، الأردن: دار الفكر.
46. حسين فايد، (2005): العلاج النفسي أصوله وتطبيقاته أخلاقياته، ط1، القاهرة: مؤسسة
طبية للنشر.
47. حامد أحمد الغامدي، (2011): مبادئ العلاج المعرفي، تم استرجاعها بتاريخ 03 مارس
2012 من
- <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=13143>
48. حامد احمد الغامدي، (2011): فنيات العلاج المعرفي السلوكي، تم استرجاعها في تاريخ
03 مارس 2012 من
- <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=12379>
49. خالد عبد الوهاب، (2009). ما هو البرنامج العلاجي. تم استرجاعها يوم 13 ديسمبر
2012 من <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=349>
50. دلال بنت طاهر الخميس، (2008): نظرية العلاج متعدد الأبعاد (الانتقائية)، جامعة
الملك فيصل بالأحساء، رسالة ماجستير.
51. دونالد ج مورتنس، ألن م شمولر، (2005): التوجيه و الإرشاد المدرسي بين النظريات
و الإجراءات، ترجمة لجنة التعريب والترجمة، ط1، غزة، فلسطين: دار الكتاب الجامعي.
52. ديفيد هيندز، اقهر الاكتتاب، (2008): إقهر الاكتتاب، ط2، الرياض، المملكة العربية
السعودية: مكتبة جرير.

53. رياض العاسمي، (2011)، فاعلية برنامج إرشادي قائم على الإرشاد المتمركز على العميل والتغذية الراجعة البيولوجية في تخفيض درجة الضغط النفسي والقلق كسمة، وتحسين مفهوم الذات لدى عينة من المعلمين، العدد الثاني، مجلة جامعة دمشق.

54. رياض نايل العاسمي. (ب س). الأسس العامة للتوجيه و الإرشاد النفسي

55. زيزي السيد إبراهيم، (2006): العلاج المعرفي للاكتئاب، ط1، القاهرة: دار غريب.

56. زينب محمود شقير، (2002): علم النفس العيادي: التشخيص النفسي العلاج النفسي الإرشاد النفسي، ط2، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

57. سامر جميل رضوان. (2003). العلاج النفسي. تم استرجاعها في تاريخ 09 أبريل 2013 من

<http://www.arabpsynet.com/archives/op/OP.Samer.PsyTpy.op.htm>

58. سامي محمد ملحم ، (2001): الإرشاد والعلاج النفسي: الأسس النظرية والتطبيقية، ط1، عمان، الأردن دار المسيرة.

59. سعيد حسني العزة، (2010): الإرشاد الجماعي العلاجي، ط2، الأردن: دار الثقافة.

60. سناء نصر حجازي، (2009): علم النفس الإكلينيكي للأطفال، ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة.

61. سوسن شاكر، (2008): اضطرابات الشخصية أنماطها قياسها، ط1، عمان، الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

62. سماح إبراهيم بدر أبو سيدو، (2007): تقييم دمج العملية الإرشادية العلاجية في مراكز الرعاية الصحية الأولية من وجهة نظر المنتفعين، مذكرة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة.

63. سلطان بن موسى العويضة،(2008):العلاقة بين الأفكار العقلانية - اللاعقلانية ومستويات الصحة النفسية عند عينة من طلبة جامعة عمان الأهلية،جامعة الملك سعود،المملكة العربية السعودية.
64. سوزان بسيوني،(2009):الاكتئاب النفسي، تم استرجاعها في تاريخ 11 ديسمبر 2013 من <http://uqu.edu.sa/page/ar/112620>
65. صلاح الدين محمود عراقي،(1991):العلاج المعرفي السلوكي ومدى فاعليته في مرض الاكتئاب،رسالة دكتوراه غير منشورة،جامعة الزقازيق،كلية التربية.
66. طلال الزبيدي،(2011):نظرية العلاج المتعدد الوسائل - آرنولد لازاروس.تم استرجاعها بتاريخ 02 مارس 2012 من <http://www.acofps.com/vb/archive/index.php/t-8952.html>
67. طه عبد العظيم حسين،(2007):العلاج النفسي المعرفي - مفاهيم وتطبيقات - ط1،مصر: دار الوفاء للطباعة والنشر.
68. طه عبد العظيم،(2008):الإرشاد النفسي - النظرية،التطبيق،التكنولوجيا - ط2،الأردن:دار الفكر.
69. عادل عبد الله محمد،(1999):العلاج المعرفي السلوكي - أسس وتطبيقات - ط1،الزقازيق،مصر: دار الرشاد.
70. عباس محمود مكي،(2007):تبيين مكامن المرض النفسي،ط1،بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر.
71. عبد الرحمن العيسوي،(2005):العلاج النفسي،ط1،الأزاريطة:دار المعرفة الجامعية.
72. عبد الرحمن العيسوي،(2006):الإرشاد والعلاج النفسي،ط1،الإسكندرية:الدار الجامعية.
73. عبد الرحمن العيسوي،الجديد في العلاج النفسي،(2011)،ط1،بيروت:منشورات الحلبي الحقوقية.

74. عبد الرحمن بن عيد الجهني، (2011): المهارات الاجتماعية وعلاقتها بالسلوك التوكيدي والصلابة النفسية لدى طلبة المرحلة الثانوية، مجلة جامعة أم القرى للعلوم الاجتماعية ، المجلد الرابع، الطائف.
75. عبد الرحمن سيد سليمان، (1999): بحوث ودراسات في العلاج النفسي، الجزء الأول، ط1، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
76. عبد الفتاح خواجه (2011) : مفاهيم أساسية في الصحة النفسية والإرشاد النفسي ط1، عمان الأردن: دار البداية.
77. عبد الفتاح رجب علي محمد مطر، (2002): فاعلية السيكو دراما في تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الصم، جامعة القاهرة.
78. عبد المطلب أمين القريطي، (1998): في الصحة النفسية، ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.
79. عبد المنعم عبد القادر الميلادي، (2003): الأمراض والاضطرابات النفسية، ط1، الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
80. عطا لله فؤاد الخالدي، (2009): علم النفس الإرشادي - الدليل في الإرشاد الجمعي - ط1، الأردن: دار صفاء.
81. علا عبد الباقي إبراهيم، (2009): الإكتئاب: أنواعه، أعراضه، أسبابه وطرق علاجه والوقاية، ط1، القاهرة: عالم الكتب.
82. العلاج السلوكي متعدد الأوجه. (2008). تم استرجاعها بتاريخ 09 أوت
<http://uaesm.maktoob.com/vb/uae195891/2012>
83. علي جابر السلامة، الاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين، 26-01-
<http://alisalamah.net/news.php?action=show&id=552010>
84. علي هاشم جاوش الباوي، (2010): نظريات الإرشاد التربوي، ط2، بيروت: دار النهضة العربية.
85. عنو عزيزة، مدى فاعلية العلاج النفسي الديني بالقران الكريم، الأذكار و الأدعية على الاكتئاب الاستجابي لدى طالبات الجامعة، دار هومة: الجزائر.

86. عرض العلاقة من قبل المعالج النفسي بالمحادثة على المتعالج (مشروع لعلاقة

المعالج النفسي بالمحادثة)، تم إسترجاعها في 09 أبريل 2013 من

<http://www.alba7es.com/Page1276.htm>

87. غريب عبد الفتاح غريب، (1987): دراسة تحليلية للعلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات

لدى عينات مصرية، مجلة الصحة النفسية الجمعية المصرية للصحة النفسية، المجلد 28، ص ص 33-78، القاهرة، مصر .

88. غريب عبد الفتاح غريب، (2005): دورة في الاضطرابات الاكتئابية، نظمتها الجمعية

المصرية للدراسات النفسية بالتعاون مع مستشفى الطب النفسي (هشام عادل صادق)، القاهرة .

89. غريب عبد الفتاح غريب، (1988): دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الاكتئاب

لدى عينة مصرية، مجلة الصحة النفسية، المجلد 29، القاهرة، مصر .

90. فيصل عباس، (1994): أضواء في المعالجة النفسية، ط1، لبنان: دار الفكر اللبناني .

91. فيصل محمد خير الزراد، (1988): علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية

ط1، بيروت: دار العلم للملايين .

92. كاترين كليمان، (2004): التحليل النفسي، ترجمة: محمد سبيلا، حسن أحجيح، الدار

البيضاء، المغرب: منشورات الزمن .

93. كارول فيتز باتريك، (2007): التغلب على الاكتئاب لدى المراهقين، ترجمة سهى نزيه

كركي، ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية: العبيكان .

94. كلاوس غراوه، روث دوناتي، فريديريكه بيرناور، (1999): مستقبل العلاج النفسي

معالم علاج نفسي عام، ترجمة سامر جميل رضوان، ط1، سوريا منشورات وزارة الثقافة .

95. لآبا سليم معريس، (2010): الاكتئاب لدى الشباب، ط1، بيروت: دار النهضة العربية .

96. لطفي الشرييني، (2001): الاكتئاب: المرض والعلاج، ط1، الإسكندرية: منشأة المعارف .

97. لطفي عبد العزيز الشرييني.(2009). دور الأخصائي النفسي مع الطبيب النفسي في الفريق العلاجي.تم استرجاعها بتاريخ 21 مارس 2012 من <http://kenanaonline.com/users/badr-love22-22/posts/96412>
98. لويس كامل مليكة،(2010):التحليل النفسي والمنهج الإنساني في العلاج النفسي،ط1،الأردن: دار الفكر.
99. لويس كامل مليكة،(2010):العلاج النفسي،ط1،الأردن: دار الفكر.
100. ماجدة بهاء الدين السيد عبيد،(2008):الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية،ط1،عمان،الأردن:دار الصفاء.
101. ماهر محمود عمر،(1992):المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي، ط1،الأرربطة، مصر: دار المعرفة الجامعية.
102. مايكل جاير،(2010):المدخل إلى المعالجة النفسية التفاعلية الدينامية: طرائق العلاج النفسي الفردي، ترجمة:سامر جميل رضوان،ط1، العين،الإمارات العربية المتحدة : دار الكتاب الجامعي.
103. مجد الدين محمد بن يعقوب الفيروزابادي (2005):القاموس المحيط، ط1 : بيروت،لبنان: دار الأرقم بن أبي الأرقم للطباعة والنشر.
104. محمد أحمد إبراهيم سعفان،(2005):العملية الإرشادية،ط1، القاهرة: دار الكتاب الحديث.
105. محمد السيد عبد الرحمن،(1998):دراسات في الصحة نفسية، القاهرة:دار قباء للطباعة والنشر.
106. محمد بن جعفر جمل الليل،(2008):فاعلية برنامج إرشادي عقلاي إنفعالي في خفض السلوك الفوضوي لدى عينة من طلاب المحلة الثانوية بمنطقة جازان التعليمية،رسالة دكتوراه، المملكة العربية السعودية:جامعة أم القرى.
107. محمد بن سالم بن محمد القرني،(2008):تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف مستوى الكدر الزوجي،المملكة العربية السعودية:مكتبة الملك فهد

108. محمد جاسم العبيدي، (2004): مشكلات الصحة النفسية: أعراضها وعلاجها، ط1، الأردن: مكتبة دار الثقافة.
109. محمد جاسم العبيدي، (2009): علم النفس الإكلينيكي، ط2، الأردن: دار الثقافة.
110. محمد جرادات، 2011، العلاج السلوكي متعدد الأوجه basic-i d. تم استرجاعها بتاريخ 03 مارس 2013 من
<http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=8722>
111. محمد حسن غانم، (0072): العلاج النفسي الجمعي بين النظرية والتطبيق، ط1، الزقازيق، مصر: المكتبة المصرية.
112. محمد حسن غانم، (2005): الأمراض النفسية والعلاج الإسلامي، ط1، مصر: المكتبة المصرية، الإسكندرية.
113. محمد حسن غانم، (2006): الاضطرابات النفسية والعقلية و السلوكية، ط1، مكتبة الأنجلو مصرية.
114. محمد حمدي الحجار، (1990): فن العلاج في الطب النفسي السلوكي، ط1، لبنان: دار العلم للملايين.
115. محمد عثمان نجاتي، (2001): مدخل إلى علم النفس الإسلامي، ط1، القاهرة: دار الشروق.
116. محمد علي عمارة، (2007): برامج علاجية لخفض مستوى السلوك العدواني لدى المراهقين، ط1، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
117. محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن، (1998): العلاج السلوكي الحديث، ط1، القاهرة: دار قباء للطباعة و النشر.
118. محمد محروس الشناوي، (1996): العملية الإرشادية، ط1، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
119. محمد محروس الشناوي، (1996): العملية الإرشادية، ط1، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

120. مختار محي الدين، (1982): محاضرات في علم النفس الاجتماعي، ط1، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
121. مدحت عبد الحميد أبو زيد، (2008): الاكتئاب دراسة في السيكيوباتومتري، ط1، الازاريطة، مصر: دار المعرفة الجامعية.
122. مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمن المعايطه، (2007): الاضطرابات السلوكية والانفعالية، ط1، الأردن: دار المسيرة.
123. منتهى مطرش عبد الصاحب، (2011): الشعور بالذنب وعلاقته بالاكتئاب، ط1، عمان، الأردن: دار الصفاء للنشر.
124. نادر فهمي الزيود، (2008): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، ط2، الأردن: دار الفكر.
125. نادية شرادي، 2008: الحلم: الحلم تجربة نفسية خاصة، ط1، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
126. ناصر الدين أبو حماد، (2008): الإرشاد النفسي والتوجيه المهني، ط1، الأردن: عالم الكتب الحديث.
127. نبيل سفيان، (2004): المختصر في الشخصية والإرشاد، ط1، مصر: إيتراك للنشر والتوزيع.
128. نبيل محمد الفحل، (2009): الاكتئاب النفسي للمسنين، ط1، القاهرة: دار العلوم.
129. نبيهة صالح السامرائي، 2007: أعراض الأمراض النفسية العصبية، ط1، عمان، الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.
130. نظام أبو حجلة، (1998): الطب النفسي الحديث، ط1، الأردن: المكتبة الوطنية.
131. نخبة من أساتذة الجامعات العربية، 1999: المرشد في الطب النفسي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، بيروت لبنان: أكاديميا.
132. نوربير سيلامي، (2001): المعجم الموسوعي في علم النفس، الجزء الأول، ترجمة: وجيه أسعد، الجمهورية العربية السورية منشورات وزارة الثقافة.

133. النظرية العقلية الإنفعالية في الإرشاد النفسي، (2006): تم استرجاعها في تاريخ 01

جانفي 2013 من

<http://bafree.net/alhism/archive/index.php/t-51826.html>

134. هادي مشعان ربيع، (2008): الإرشاد التربوي والنفسي، ط1، الأردن: مكتبة المجتمع العربي.

135. هشام إبراهيم عبد الله، (2008): العلاج العقلاني الإنفعالي السلوكي - أسس وتطبيقات - ط1، القاهرة: دار الكتاب الحديث.

136. هشام عبد الحميد محمود، الأفكار اللاعقلانية المنبئة بالاكتئاب - دراسة على طلاب الثانوي العام بأسبوط - ب س، كلية الآداب - قنا، مصر: جامعة جنوب الوادي

137. وجاد حسين إبراهيم العجوري، (2007): فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية، رسالة ماجستير، غزة: الجامعة الإسلامية.

138. وردة يحيوي، (2010): العلاقة بين الأسلوب المعرفي (الاعتماد/الاستقلال) على المجال الإدراكي و الأفكار اللاعقلانية لدى المراهق المكتئب. مذكرة ماستر، الجزائر: جامعة محمد خيضر.

باللغة الأجنبية :

139. Arnold A. Lazarus ,**Multimodal Therapy: A Primer** .(////)

Retrieved January 15th, 2008 from ...

<http://www.zurinstitute.com/multimodaltherapy.html>

140. Arnold Lazarus , and the Origins of Multimodal Therapy.(2009). Retrieved January 15th, 2008 from ...

[http://www.articlesbase.com/mental-health-](http://www.articlesbase.com/mental-health-articles/arnold-lazarus-and-the-origins-of-multimodal-therapy-1382501.html)

[articles/arnold-lazarus-and-the-origins-of-multimodal-therapy-1382501.html](http://www.articlesbase.com/mental-health-articles/arnold-lazarus-and-the-origins-of-multimodal-therapy-1382501.html)

141. Arnold Lazarus, **Brief But Comprehensive Psychotherapy: The Multimodal Way**, Springer Publishing Company
Amazon France
142. Corey, G. (2005): **Theory and practice of counseling and psychotherapy**. (7th ed.). Scarborough, ON: Brooks/Cole
143. Culbertson, F. M.(1997): **Depression and gender**. An international review. American Psychologist.
144. Donald A. Biggs ,(1994): **Dictionary of counseling**
145. Ellis ,D.& Davis,L .(1982) :**The development of self-concept boundaries across the adolescent years** .17 :695-710
146. Henri Chabrol,(2004):**Psychopathologie de l'adolescent** ,
147. Jacobson:(Eds.), Psychiatric Secrets Philadelphia, PA: Mosby.
148. Ivy Marie Blackburn Jean Cottraux ;Jean Cottraux : (2008)
Psychothérapie cognitive de la dépression ,3E ,ELSEVIER
MASSON ;paris .
149. Marcotte,D.(1996):**Irrational beliefs and depression in adolescence**, Journal of Adolescence,31(124).
150. Richard Nelson-Jones:**Theory and Practice of Counselling and Therapy**; SAGE publications;
2011;5th ed; p:348
151. Rufaie, O.E.F.& Absood,L.G.(1994): **Experimental therapeutics in addiction medicine**. New York, N.Y. :
Haworth Press.
152. Stephen Palmer, **Introduction to Counselling and Psychotherapy The Essential Guide** .(2000).SAGE
Publication.London .
153. Taghavi, M. R,Goodarzi,M, Kazemi, H. & Ghorbani, M.(2006) :
Irrational beliefs in major depression and generalized

anxiety disorders in an Iranian sample: A preliminary study. Perceptual and Motors Skills. 102(1).

154. Walsin, L.R.(1996): **Depressive disorders**, In.J.L. Jacobson, & A.H.
155. Windy Dryden , Jill Mytton **4 APPROCHES TO COUNSELING AND PSYCHOTHERAPY;** Hoboken : Taylor & Francis Ltd ,London,1st ed, 1999
156. World Federation For Mental Health , **DEPRESSION:A Global Crisis** , World Mental Health Day ,October 10 201.2
157. Zoran Vujisic **Arnold Lazarus and Multimodal Therapy Historical Background and Key Figure**

قائمة الملاحق

ملحق رقم (02)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

UNIVERSITE MOHAMED KHIDER – BISKRA –
Faculté Des Sciences Humaines Et Sociales



جامعة محمد خيضر – بسكرة –
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
نائب العميد المكلف بما بعد التدرج
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية
الرقم: 61 / ن.ع.م.ب.ت.ب.ع.ع.خ / 2013

إلى السيد(ة): مدير متقن السايب بولرباح

الموضوع: تقديم تسهيلات

تحية طيبة وبعد

في إطار التعاون بين جامعة بسكرة و نظيراتها الأخرى و كذا بينها و بين المؤسسات الاقتصادية و الاجتماعية الوطنية , فإننا نرجو من سيادتكم الفاضلة , خدمتا للبحث العلمي تقديم التسهيلات الممكنة للطالب(ة) :

يحياوي وردة

وذلك من خلال تمكنه (ا) من الاستفادة من المرافق و البيئات المتوفرة لديكم , قصد انجاز: الدكتوراه ل.م.د في شعبة علم النفس - تخصص : علم النفس العيادي الموسومة بـ : " اختبار فعالية برنامج علاجي نفسي متعدد المقاربات للاكتئاب (متعدد الابعاد) عند المراهق الجزائري .

تقبلوا منا فائق التقدير و الاحترام

بسكرة في 17/03/2013

نائب العميد للدراسات العليا



نائب العميد المكلف بما بعد التدرج
والبحث العلمي والعلاقات الخارجية
د. العقبلي الأزهر

أول عميد لعم
2013/05/07
م. قلسده

الملحق رقم (03)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التربية الوطنية

المؤسسة : ثانوية بشير بسكري

مديرية التربية بسكرة

سيدي عقبة

كشف التلاميذ الحاضرين إلى نهاية

أفريل 2013

السنة الثانية ثانوي							
الرقم التابعي	المجموع		الخارجيون		نصف الداخليين		الداخليون
	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
17	8	9	6	9	2		2 تر
41	17	24	17	24			2 ر
39	21	18	20	17	1	1	2 ع 1
40	24	16	21	15	3	1	2 ع 2
36	26	10	25	9	1	1	2 ع 3
43	19	24	18	24	1		2 ا 1
33	25	8	22	7	3	1	2 ا 1
40	30	10	28	10	2		2 ا 2
34	29	5	26	5	3		2 ل 1

السنة الأولى ثانوي							
الرقم التابعي	المجموع		الخارجيون		نصف الداخليين		الداخليون
	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
50	29	21	28	21	1		1 جم ع
47	29	18	29	17		1	2 جم ع
45	23	22	21	22	2		3 جم ع
49	34	15	32	14	2	1	4 جم ع
49	27	22	27	21		1	5 جم ع
43	27	16	26	16	1		6 جم ع
48	29	19	26	18	3	1	1 جم أ
49	30	19	29	19	1		2 جم أ
49	27	22	27	21		1	3 جم أ
49	28	21	27	21	1		4 جم أ

الخلاصة							
الرقم التابعي	المجموع		الخارجيون		نصف الداخليين		الداخليون
	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
478	283	195	272	190	11	5	0
323	199	124	183	120	16	4	0
264	161	103	159	103	2	0	0
1065	643	422	614	413	29	9	0

السنة الثالثة ثانوي							
الرقم التابعي	المجموع		الخارجيون		نصف الداخليين		الداخليون
	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
17	8	9	8	9			3 تر
18	4	14	4	14			3 ر
44	29	15	29	15			3 ع 1
42	26	16	26	16			3 ع 2
22	8	14	7	14	1		3 ا 1
45	30	15	29	15	1		3 ا 1
46	33	13	33	13			3 ا 2
30	23	7	23	7			3 ل 1

الملحق رقم (04)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التربية الوطنية

المؤسسة : متقن الشهيد السايب بولرباح

مديرية التربية بسكرة

سيدي عقبة

كشف التلاميذ الحاضرين إلى نهاية

أفريل 2013

السنة الثانية ثانوي									
الجمهورية	الداخليون	نصف الداخليين		الخارجيون		المجموع		الرقم	
		إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور		
18		3	4	7	4	11	7	2ر1	
21	1	4	10	5	15	6	15	2ر1	
33	4	1	6	13	11	22	11	2ع1	
34	1	5	14	4	10	24	10	2ع2	
27	3	10	1	7	6	7	20	2إ1	
32	1	5	8	10	8	16	16	2أ1	
34	2	2	13	10	9	22	12	2أ2	
21	4	3	4	2	6	15	6	2ل1	

السنة الأولى ثانوي									
الجمهورية	الداخليون	نصف الداخليين		الخارجيون		المجموع		الرقم	
		إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور		
46	2	4	8	14	18	22	24	1ع1	
46	3	4	6	15	18	21	25	2ع1	
42	1	9	8	12	12	20	22	3ع1	
43	2	7	10	9	15	19	24	4ع1	
42	1	7	6	14	14	20	22	5ع1	
45	2	7	3	15	18	21	24	6ع1	
40		2	9	13	16	25	15	1أ1	
38	1	6	8	6	17	25	13	2أ1	
40	2	3	9	9	17	26	14	3أ1	
39	2	8	9	6	14	23	16	4أ1	

الخلاصة									
الجمهورية	الداخليون	نصف الداخليين		الخارجيون		المجموع		السنوية الأولى	السنوية الثانية
		إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور		
421	16	0	57	76	126	146	199	222	
220	10	0	34	53	53	70	97	123	
274	10	0	47	70	63	84	120	154	
915	36	0	138	199	242	300	416	499	

السنة الثالثة ثانوي									
الجمهورية	الداخليون	نصف الداخليين		الخارجيون		المجموع		الرقم	
		إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور		
19	4	9	2	4	15	4	15	4	3ر1
29	1	3	3	9	13	12	17	3ر1	
40	1	6	8	11	14	22	18	3ع1	
35	2	7	9	4	15	24	11	3ع2	
24	1	10	5	6	17	7	17	3ت1	
27	2	2	10	7	9	18	9	3أ1	
28	2	4	8	5	11	17	11	3أ2	
28	1	3	8	7	9	17	11	3أ3	
44		3	19	8	14	33	11	3ل1	

ملحق رقم (02):

الإسم : المستوى الدراسي :

السن : التخصص :

القسم :

التعليمة :

تحتوي هذه الاستمارة على 21 مجموعة في كل واحدة منها عدد من العبارات أقرئي بتمعن كل مجموعة ثم اخذاي العبارة التي تصف أكثر إحساسك وحالتك خلال الأسبوعين الأخيرين بما فيها هذا اليوم .

عيني الرقم الذي يناسب العبارة المختارة .

إذا وجدت عدة عبارات في نفس المجموعة تناسب إحساسك وحالتك ، عليك بإختيار العبارة ذات الرقم الأكثر ثم عينيه بإشارة .

تأكدني من أنك لم تختار إلا عبارة واحدة فقط في كل مجموعة ، بما في ذلك المجموعة رقم 16 والمجموعة رقم 18 .

سلم بيك الثاني للإكتتاب

1- الحزن

0. لا أشعر بالحزن

1. أشعر غالباً بالحزن .

2. أنا حزين دوماً .

3. أنا حزين أو تعيس إلى درجة غير محتملة .

2- التشاؤم

0. لست متشائم على مستقبلي .

1. أشعر أنني أكثر تشاؤما على مستقبلي.

2. لا أنتظر ان تتحسن الأشياء من أجلي.

3. أشعر ان مستقبلي دون أمل وسوف يتأزم .

3- الإخفاقات في الماضي

0. ليس لدي الإحساس بالفشل في حياتي ، أو أن أكون فاشلا .

1. كنت أفضل غالبا .

2. عندما أفكر في الماضي أجد عدد كبير من الإخفاقات.

3. لدي إحساس أنني فشلت كلية في حياتي.

4- فقدان اللذة.

1. أشعر بلذة أكبر من السابق بخصوص الأشياء.

2. لا أشعر بلذة إتجاه الأشياء كما من قبل.

3. اشعر بلذة قليلة اتجاه الأشياء التي كنت اشتهيها .

4. لا أشعر بأي لذة اتجاه الأشياء التي عادة ما أتلذذ بها.

5- الإحساس بالذنب .

0. لا أحس نفسي مذنبا .

1. أحس بالذنب لأشياء فعلتها او كنت سأفعلها .

2. أحس بالذنب في غالب الأحيان.

3. أحس بالذنب دائما.

6- توقع العقاب .

0. ليس لدي إحساس بالعقاب.

1. اشعر أنه يمكن أن أعاقب.

2. إنني أنتظر العقاب.

3. لدي إحساس أنني سأعاقب.

7- الشعور السلبي إتجاه الذات.

0. أحاسيسي اتجاه ذاتي لم تتغير.

1. فقدت الثقة بنفسني .

2. إنني مستاءة من نفسي.

3. لا أحب نفسي إطلاق .

8- موقف نقد اتجاه الذات.

0. لا أوبخ نفسي ولا أنتقدها كما في العادة.

1. أصبحت انتقد نفسي أكثر مما سبق.

2. أنا السبب في كل سلبياتي .

3. أنا السبب في كل ما يحدث لي من تعاسة .

9- أفكار أو رغبة في الإنتحار .

0. لا أفكر في الانتحار إطلاقا.

1. أفكر أحيانا في أن أنتحر ولكن لا أفعل.

2. أحب أن أنتحر.

3. سوف انتحر إذا أتيحت لي الفرصة.

10- البكاء.

0. لا أبكي كما كنت من قبل.

1. أصبحت أبكي أكثر مما سبق.

2. إنني أبكي لأبسط شيء.

3. أريد أن أبكي ولكن لا أستطيع.

11- الإستثارة.

0. لست تثرأ كما كنت عادة.

1. أحس نفسي تثرأ ا خلافا للعادة.

2. إنني تثرأ لدرجة لا أستطيع أن أهدأ.

3. إنني تثرأ إلى درجة أنه لا بد علي أن أتحرك أو أفعل أي شيء.

12- فقدان الإهتمام .

0. لم أفقد الإهتمام بالأشخاص أو بالنشاطات.

1. لا أهتم بالأشخاص أو النشاطات إلا قليلا.

2. لا أهتم بالأشخاص ولا بالنشاطات إطلاقا.

3. أجد صعوبة في الاهتمام بأي شيء .

13- صعوبة اتخاذ القرارات .

0. اتخذ القرارات كما كنت أفعل من قبل.

1. أصبح من الصعب علي اتخاذ القرارات.

2. أجد صعوبات أكثر مما سبق في اتخاذ القرارات.

3. أجد صعوبات في اتخاذ أي قرار.

14- إنحطاط القيمة.

0. أشعر أنني شخص ذو قيمة.

1. لا أظن أنه لدي قيمة أو أهمية كما كنت من قبل.

2. أشعر أنه ليست لي قيمة.

15- فقدان الطاقة.

0. لدي دوما طاقة كبيرة كما كنت من قبل.

1. لدي طاقة قليلة مقارنة بالسابق.

2. ليست لدي طاقة كافية لعمل شيء كبير.

3. لدي طاقة قليلة لعمل أي شيء

16-تغيرات في عادات النوم

0. عاداتي في النوم لم تتغير

1. أأنام أكثر بقليل من العادة

1.ب أأنام أقل بقليل من العادة

2. أ أأنام أكثر بكثير من العادة

2. ب أأنام أقل بكثير من العادة

3.أ أأنام طوال اليوم تقريبا

3.ب أستيقظ ساعة أو ساعتين مبكرا ولا أستطيع النوم ثانية

17-سرعة الإنفعال والإثارة

0. لست سريع الإنفعال كالعادة
1. إنني سريع الانفعال على العادة
2. غنني كثير الانفعال على العادة
3. إنني منفعل دوما

18-تغيرات الشهية

0. شهيتي لم تتغير
1. شهيتي أقل من العادة
- 1.أشهيتي لم تتغير
- 1ب. شهيتي أكثر من العادة
- 2أ. شهيتي أقل بكثير من العادة
- 2ب.شهيتي أكثر بكثير من العادة
- 3أ.ليست لدي شهية إطلاقا
- 3ب.لدي الرغبة في الأكل دائما

19-صعوبات في التركيز و الإنتباه

0. أصل إلى انتباه والتركيز دائما كما من قبل
1. لا أصل إلى الانتباه والتركيز كما كنت عادة

2. أجد صعوبات في التركيز طويلا على أي شيء

3. أجد نفسي لا أستطيع التركيز على أي شيء

20-التعب

0. لست متعبا أكثر من العادة

1. اتعب بسهولة خلافا للعادة

2. إنني في غاية التعب لأجل فعل عدد كبير من الأشياء أفعالها

سابقا

3. إنني في غاية التعب لأجل فعل أغلبية الأشياء التي كنت

أفعالها سابقا

21-فقدان الإهتمام الجنسي

0. لم أسجل تغييرا جديدا يخص اهتمامي بالجنس

1. يهمني الجنس أقل مما سبق

2. يهمني الجنس أقل بكثير مما سبق

3. فقدت كل أهمية للجنس

ملحق رقم (06)

في إطار التحضير لمذكرة دكتوراه في علم النفس العيادي من خلال برنامج تدريبي لتطوير بعض القدرات والمهارات المعرفية والسلوكية لدى التلميذات المتمدرسات يسعدنا أن نطلب إليكم الموافقة على انضمام التلميذة إلى البرنامج التدريبي الذي سيدوم لمدة تسعة (09) أسابيع بمعدل جلستين أسبوعياً.

ولكم منا فائق الاحترام والتقدير .

أنا الممضي أسفله السيد(ة):.....

ولي أمر التلميذة..... أوافق على انضمام ابنتي إلى البرنامج التدريبي تحت إشراف الأخصائية النفسانية يحيوي وردة.

الأخصائية النفسانية:

إمضاء الولي: بتاريخ:

ملحق رقم (07)

الاسم : القسم:

السن :

عزيزتي التلميذة .

من فضلك اقرئي تعليمات المقياس :

ستقرئين في هذا المقياس مجموعة من العبارات التي يشير مضمونها إلى بعض الأفكار التي ربما تفكرين فيها أو ترد على ذهنك خلال بعض فترات اليوم ، والمطلوب منك أن تعبري عن مدى ورود كل فكرة إلى ذهنك من خلال اختبارات لإحدى إجابات الموجودة بعد كل عبارة .

1- لا ترد لذهني أبدا .

2- ترد أحيانا .

3- ترد غالبا .

- لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة الصحيحة هي التي تعبر بدقة عن مدى ورود كل فكرة إلى ذهنك .

- ليس هناك زمن محدد للإجابة ولكن بفضل أن تجنب بسرعة ولا تفكير لمدة طويلة في كل عبارة .

				الرقم
--	--	--	--	-------

العبارات	لا ترد لذهني أبدا	ترد أحيانا	ترد غالبا
1	إذا لم يكن للشخص أي أصدقاء فهذا يعني أن لا أحد يحبه		
2	أعتقد أنه ينبغي أن أكون مختلفا عما أنا عليه الآن		
3	يجب على أن أكون شخصا أفضل		
4	أعتقد إنني أحتاج إلى تغيير بعض الأشياء مما أنا عليه		
5	أعتقد أنه ينبغي أن أكون أكثر وسامة مما أنا عليه		
6	أعتقد أنه ينبغي أن أكون حسن الطلعة (بشوشا)		
7	الشخص الذي ليس له أصدقاء يكون بالتأكيد شخصا تعيسا		
8	أنزعج بخصوص العديد من الأشياء والأمور والأحداث		
9	من الطبيعي أن أشعر بالقلق عندما		

			لا تسير الأمور كما أريد.	
			أعتقد أنه من الطبيعي أن أنزعج على الأشياء والأمور التي تخصني	10
			أنا شخص محظوظ	11
			أعتقد أنني بحاجة إلى التفكير في مشاعر الأشخاص الآخرين أولاً قبل مشاعري	12
			أعتقد أنني بحاجة إلى مزيد من الثقة بالنفس.	13
			أشهر بإستياء (الضيق) نتيجة لأشياء كثيرة فعلتها من قبل .	14
			أشعر بالضيق من تدخين السجائر	15
			أعتقد أنني سأحب نفسي أكثر لو كان لي أصدقاء كثيرون.	16
			تزعجني أفكار الأشخاص الآخرين عني	17

			اضطرب حينما لا تسير الأمور المهمة بالشكل الذي أريده	18
			اعتقد أن الناس لا تعاملني بالشكل الذي يجب أن يعاملوني به .	19
			اضطرب حينما يؤدي شخص آخر مشاعري	20
			اعتقد أن معاملة الناس لي تؤثر على حبي لنفسي .	21
			اعتقد أنني أناني لاني أفضل نفسي على الآخرين	22
			إذا أذيت مشاعر صديق لي وشعرت بالحزن عليه فهذا يعني أنني أحبه.	23
			اعتقد أنه يجب على كل شخص أن يعرف ما يريد من حياته .	24
			أعتقد أن أفعال الشخص تعطيني فكرة جيدة عنه .	25
			الأشياء التي تحدث لي لا يجب أن تحدث .	26
			أشعر بالاضطراب عندما ارتكب خطأ.	27

			28	ليس من حق الناس أن يجعلوني أشعر بالتعاسة .
			29	اشعر بالاضطراب والارتباك حينما يضحك أحد علي.
			30	يجب أن يعاقب الناس على الأشياء السيئة التي يفعلونها.
			31	يجب أن يعاقب الأشخاص الذين لا يقومون واجباتهم .
			32	الشخص الذي يفعل أشياء سيئة يكون هو الآخر سيئاً.
			33	أشعر بالاضطراب عندما لا أحصل على ما أريد.
			34	يقلقني الذهاب للمدرسة إذا لم أنجز واجباتي جيداً.
			35	أنزعج بخصوص مستوى أدائي في المدرسة.
			36	أخاف أن تعضني الكلاب.
			37	لا أستطيع المذاكرة بمفردي.
			38	من السهل على ترك لعبة أنا منهزم فيها بدلاً من أن أكملها للنهاية .
			39	أعتقد أنه من الأفضل لوالدي أن يعملوا الأشياء التي لا أستطيع عملها.
			40	يقلقني أن أعمل الأشياء بنفسني.
			41	أحتاج للناس الآخرين لكي يخبروني بطريقة عمل الأشياء.
			42	أشعر بالاضطراب إذا صرخ أحد أصدقائي في المدرسة بصوت عال .

			43	غالباً ما تسير الأمور عكس ما أريده وأتمناه.
			44	الحياة ليست حسنة كما ينبغي بسبب الأشياء التي حدثت لي في الصغر .

ملحق رقم (08):

الاسم واللقب:

السن:

القسم:

تعليمات: فيما يلي مجموعة من العبارات حول نظرتك نحو نفسك ونحو الحياة ونحو المستقبل. اقرئي كل عبارة بعناية، وحددي إلى أي مدى تصفي نظرتك خلال الأسبوع الماضي بما في ذلك اليوم. وذلك بوضع علامة X تحت كلمة لا، أو قليلا، أو متوسطا، أو كثيرا. حسب انطباق العبارة عليك. أجب عن كل العبارات.

العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1 - أتطلع إلى المستقبل بأمل وحماس
2 - أنا عاجز لأنني لم أستطع تحقيق الأشياء الجميلة لِنفسي.
3 - عندما تسوء الأمور، يساعدني على تحملها يقيني بأن الأمور لن تظل هكذا إلى الأبد.
4- يصعب عليّ تصور كيف ستكون حياتي في السنوات العشر التالية.
5 - لأشعر بأنه لدي الوقت الكافي لإكمال كل الأشياء التي أريد أن أفعلها.
6 - أتوقع أن أنجح في المستقبل في الأمور ذات الأهمية بالنسبة بي.
7 - المستقبل يبدو مظلما بالنسبة لي.
8 - لقد كنت محظوظا في المدة السابقة وأتوقع أن أحصل على المزيد من الأشياء الجيدة.
9 - ليس لدي أمل حاليا، ولا يوجد ما يجعلني أرى أملا في المستقبل.
10- خبراتي في الماضي جعلتني أتوقع أن يكون مستقبلي جيدا.
11- كل ما أراه أمامي تعاسة وليس سعادة.
12- أتوقع ألا أحصل بالفعل على ما أريد.
13- عندما أتطلع إلى المستقبل أتوقع أن أكون أسعد من الآن.
14- سوف تسير أموري في المستقبل عكس الطريقة التي أريدها تماما.
15- لدى ثقة كبيرة في المستقبل.

.....	.....	.....	.....	16- لم أحصل أبدا على ما أردت، ولذلك فإنه من الغباء أن أتمنى أي شيء.
.....	.....	.....	.....	17- أتوقع ألا أحصل على أي سعادة في المستقبل.
.....	.....	.....	.....	18- يبدو المستقبل مظلما وغير محدد بالنسبة لي.
.....	.....	.....	.....	19- أستطيع التطلع إلى المزيد من الأوقات الجيدة أكثر من الأوقات السيئة.
.....	.....	.....	.....	20- أتجنب المحاولات الجادة للحصول على الأشياء التي أريدها لأنني لن أتمكن من الحصول عليها.

تصحيح قائمة اليأس لأرون بيك

العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
- 1	3	2	1	0
- 2	0	1	2	3
- 3	3	2	1	0
- 4	0	1	2	3
- 5	3	2	1	0
- 6	0	1	2	3
- 7	0	1	2	3
- 8	3	2	1	0
- 9	0	1	2	3
.10	3	2	1	0
.11	0	1	2	3
.12	3	2	1	0
.13	0	1	2	3
.14	3	2	1	0
.15	0	1	2	3
.16	3	2	1	0
.17	0	1	2	3

3	2	1	0	.18
0	1	2	3	.19
3	2	1	0	.20

وارتفاع الدرجة الكلية يعني ارتفاع مشاعر اليأس.

ملحق رقم (09):

الاسم واللقب:

السن:

القسم:

التعليمة: لا توجد في هذا الاستبيان عبارة صحيحة و أخرى خاطئة قِري كل عبارة ثم ضعي علامة X على الإجابة التي تختار بينها.

العبارات	تطبق	لا تطبق
1- لا تضايقني الأشياء عادة.		
2- أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام مجموعة من الناس.		
3- أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي.		
4- لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسي.		
5- يسعد الآخرون معي .		
6- أتضايق بسرعة في المنزل.		
7- أحتاج إلى وقت طويل كي أعتاد على الأشياء الجديدة.		
8- أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني.		
9- تراعي عائلتي مشاعري عادة.		
10- أستسلم بسهولة.		
11- تتوقع عائلتي مني الكثير.		
12- من الصعب جدا أن أظل كما أنا.		
13- تختلط الأشياء كلها في حياتي.		
14- يتبع الناس أفكاري عادة.		
15- لا أقدر نفسي حق قدرها.		
16- أود كثيرا لو أترك المنزل.		
17- أشعر بالضيق من أفعالي غالبا.		

		18- مظهري ليس جيدا مثل معظم زملائي.
		19- أقول ما أود قوله عادة.
		20- عائلتي تفهمني.
		21- معظم الناس محبوبون أكثر مني.
		22- أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لفعل الأشياء.
		23- لا ألقى التشجيع فيما أقوم به من الأعمال عادة
		24- أرغب كثيرا في أن أكون شخصا آخر.
		25- لا يمكن للآخرين الاعتماد علي.

ملحق رقم (10):

الاسم واللقب:

السن:

القسم:

تعليمات : فيما يلي أسئلة عن كيفية تصرف الناس في مواقف الحياة المختلفة. اقرئها جيدا ثم أجب عنها بوضع علامة X تحت كلمة نعم أو لا. وذلك حسب تصرفاتك أنت. أجب عن كل العبارات.

لا	نعم	العبارات
....	1 . هل عبرين عن موقفك إذا تعداك شخص في صف ؟
....	2 . هل من الصعب عليك أن تعترض على شخص أقل منك في المكانة الاجتماعية ؟
....	3 . هل تتجنبين الشكوى على خدمة سيئة في وسيلة نقل أو في إدارة أو في أي مكان ؟
....	4 هل تعتذرين كثيرا للناس إذا اعتقدت أنه صدر منك تصرف غير ملائم إزاءهم ؟
....	5 لو انتقدك صديق دون مبرر، هل تعبرين له عن ضيقك من ذلك ؟
....	6 . هل تتجنبين عادة الأشخاص الميالين إلى السيطرة أو إلى الرئاسة (المسؤولية) ؟
....	7 . إذا وصلتني تأخرة إلى اجتماع، هل تفضلين أن نقفي عوض أن تذهبي إلى مقعد أمامي حيث يراك كل الحاضرين؟
....	8 . هل تستطيعين أن تختلفي مع شخص يرى نفسه دائما أنه على حق ؟
....	9 . إذا أوقف شخص سيارته أمام منزلك بحيث يعوق دخولك وخروجك بسهولة، هل تتكلمين معه في ذلك ؟
....	10 . إذا بالغ بائع في عرض سلعته عليك، وكنت لست في حاجة إليها، هل تجدين صعوبة أن ترفضها ؟
....	11 . هل تعبرين عموما عن مشاعرك ؟

....	....	12. إذا سمعت أن أحد أصدقائك ينشر عنك إشاعات كاذبة، هل تتجنبين مواجهته ؟
....	....	13. هل تجددين صعوبة في جمع بعض المال (تبرعات) رغم أن لديك سبب وجيه لجمعها ؟
....	....	14. هل تحتفظين بأداة بأرائك لنفسك ولا تعبرين عنها للآخرين ؟
....	....	15. هل تجددين صعوبة في بدء محادثة مع شخص لا تعرفينه سابقا ؟
....	....	16. هل تستطيعين تعبير بصفة عامة، عن مشاعر الحب والعاطفة بسهولة ؟
....	....	17. إذا حضرت ندوة أو محاضرة وصدرك عن المتحدث عبارة تعتقد أنك أنت أنها خاطئة، هل تعبرين له عن ذلك ؟
....	....	18. إذا صدر عن شخص كبير السن ومحترم عبارة أو فكرة تعترضين عليها بشدة، هل تعبرين له عن وجهة نظرك ؟
....	....	19. إذا طلب منك صديق طلبا يعتبرينه طلبا غير معقول، هل تستطيعين أن ترفضيه ؟
....	....	20. لو لاحظت بعد مغادرتك لمحل تجاري أنك قد أعطيت باقي نقودك خطأ، هل ترجعين ثمانية وتوضحي ذلك ؟
....	....	21. إذا ضايقك شخص قريب لك، هل تفضلين إخفاء مشاعرك بالضيق ؟
....	....	22. هل من السهل أن تظهر غضبك تجاه أفراد من نفس جنسك، أكثر مما تظهرينه تجاه أفراد من الجنس الآخر ؟
....	....	23. هل من الصعب عليك أن تقولي أشياء حسنة للآخرين ؟
....	....	24. هل لديك صديق حميم يمكنك مناقشة كثير من الأشياء معه ؟
....	....	25. هل يعجبك الشخص الذي حين يفشل يحاول مرات أخرى بوسائل جديدة ؟
....	....	26. هل يصعب عليك أن تعيدي ملابس إلى تاجر اشتريتها منه بعد أن اكتشفت أن بها عيوباً ؟
....	....	27. إذا لم ترضي عن طعام في مطعم، هل تحتجين على ذلك ؟
....	....	28. هل تفضلين عدم معارضة الناس في تصرفاتهم التي لا تقبلينها حتى تتجنبين جرح مشاعرهم ؟
....	....	29. هل يصعب عليك أن تطالبي نيك عند أحد الأشخاص ؟

.....	30. إذا منعك شخص مسؤول من دخول مكان من حقك دخوله، هل تعارضينه بشدة في ذلك ؟
-------	-------	---

مفتاح تصحيح قائمة توكيد الذات

أرقام العبارات	نعم	لا	أرقام العبارات	نعم	لا	أرقام العبارات	نعم	لا
1	×		11	×		21		×
2		×	12		×	22	×	
3		×	13		×	23	×	
4		×	14		×	24	×	
5	×		15		×	25	×	
6		×	16		×	26		×
7		×	17		×	27	×	
8	×		18		×	28		×
9		×	19		×	29		×
10		×	20		×	30	×	

المرجع : بشير معمريّة. علم نفس الذات (تحت الطبع). دار الخلدونية للطباعة والنشر والتوزيع . الجزائر.

ملحق رقم (11):

استبيان القصة الحياتية :

إن الهدف من هذا الاستبيان هو الحصول على صورة شاملة لأبعاد حياتك، ففي العلاج النفسي لا بد من هذا الاستقصاء الشمولي للتعرف على مشكلات القربية و البعيدة التي سببت لك الاضطراب النفسي الذي أنت الآن تلتمس علاجه.

ومن خلال الأمانة و الصدق التام بالإجابة عن جميع بنود الأسئلة و المعلومات المبينة في هذا الاستبيان ، يمكن التعرف على أسباب الاضطراب ووضع الخطة العلاجية.

إن المعلومات التي ستذكرها ستكون سرية و خاصة بك و لا يكشف عنها لأي شخص آخر، وهي جزء من ملفك السري.

معلومات عامة:

الاسم: _____ العنوان: _____ التاريخ: _____
رقم الهاتف: _____ العمر: _____ الحالة الاجتماعية: _____
عدد الأولاد:ذكور () إناث () عمر الأب: _____
عمر الأم: _____ مكان الولادة: _____ الوزن: _____
الجنس _____ العمل: _____ التحصيل الثقافي: _____
هل العمل الذي تمارسه يرضيك: نعم () لا () ضع إشارة

إذا كان جوابك لا ،اذكر الأسباب:

كم عدد المهن التي مارستها سابقا ؟

هل سبق أن تلقيت وعاً علاجياً نفسياً؟

إذا تلقيت هذا العون متى كان ذلك و أين؟

هل حاولت الانتحار؟

هل هناك من أفراد أسرتك من يعاني أمراض نفسية أو عقلية؟

هل هناك أحد من أفراد أسرتك حاول الانتحار أو مات منتحرا؟

القصة الاجتماعية:

صفي شخصية والدك و موقفه منك (في الماضي و الحاضر):

صفي شخصية والدتك و موقفها منك (في الماضي و الحاضر):

بأي أسلوب تمت تربيته من قبل والديك؟

صفي أجواء عائلتك وعلاقة والديك ببعضهما البعض و علاقتهما بالأولاد؟

هل أنت موثوقة من قبل والديك؟

هلا رسبت في دراستك؟

إذا رسبت، فبأي صف وما هو السبب؟

ضعي إشارة (X) أمام الأمور المذكورة أدناه و التي تنطبق عليك خلال طفولتك و مراهفتك

- طفولة سعيدة :

- طفولة شقية غير سعيدة:
- مشكلات سلوكية و عاطفية:
- مشكلات قانونية:
- حدوث وفاة في الأسرة:
- مشكلات صحية:
- أنا مهمل:
- مشكلات صحية طبية:
- مشكلات دراسية:
- مشكلات مالية:
- متدينة:
- غير متدينة:
- متزمت دينيا:
- أتعاطي الكحول:
- أتعاطي المخدرات:
- أتعاطى الأدوية النفسية:
- عوقبت بشدة:
- أمور أخرى:
- تعرضت للمشاجرات بشدة:
- يوجد عندي اضطراب في الطعام:

وصف المشكلات الحالية :

أذكر ي مشكلاتك الرئيسية باختصار :

على المقياس أدناه قدر ي شدة مشكلاتك :

- إزعاج خفيف

- إزعاج متوسط

- إزعاج شديد

- إزعاج شديد جدا

- شلل تام

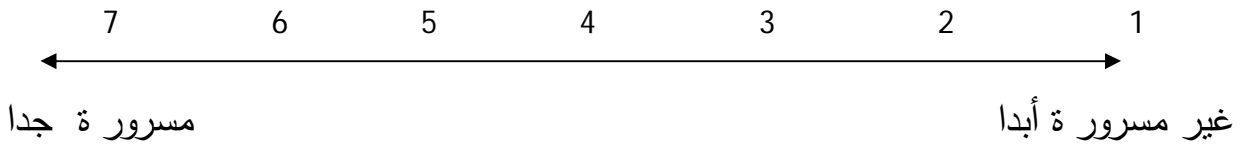
متى ظهرت مشكلاتك ؟

ما الذي جعل مشكلاتك أكثر سوءا؟

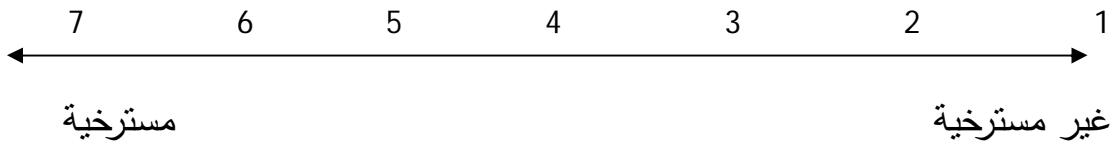
ما الشيء الذي فعلته و كان مساعدا لك ؟

إلى أي حد أنت مسرور في حياتك في هذه الأيام ؟

حددي الدرجة أدناه بوضع علامة x على الرقم



كيف تقدرين مستوى توترك النفسي خلال الشهر الماضي ؟



توقعاتك حيال المعالجة النفسية:

بكلمات قليلة اذكري توقعاتك حيال المعالجة:

ما هي مدة العلاج النفسي التي تتوقعينها ؟

تحليل المشكلات القائمة :

1- المشكلات السلوكية:

ضعي إشارة (X) أمام المشكلات المذكورة أدناه و التي تنطبق عليك:

- نهم و شراهة في تناول الأدوية النفسية:

- عدم التعبير عن مشاعر الغضب

- الطعام

- الانفعالات.

- سلوك شاذ

- إفراط في شرب الكحول

- العمل بكد شديد

- التسويف و المماطلة

- ردود أفعال هوجاء

- فقدان السيطرة على الذات

- محاولات انتحار

- التدخين

- الانسحاب اجتماعي.

- لزمات عصبية

- صعوبات تركيز الانتباه

- اضطراب النوم.

- مخاوف.

- تبديد مال.

- عدم الاستقرار في العمل.

- الأرق.

- التهور و المجازفات الكثيرة.

- الكسل .
- اضطرابات طعام .
- سلوك عدواني .
- البكاء .
- إنفجارات عاطفية .
- سلوكيات أخرى (لُكرِيتها) :

ما هي المواهب و المهارات التي تفتخرين بها إن وجدت؟

ما هو الشيء الذي ترغبين في بدء العمل به؟

ما هو الشيء الذي ترغبين في أن تتوقفي عن العمل به؟

كيف تمضين أوقات فراغك؟

ما هي الهوايات التي تمارسينها و تستمتعين بها ؟

إذا كانت لديك رغبتان فما هما ؟

2- المشاعر:

ضعي إشارة (X) أمام المشاعر التي تنطبق عليك :

- غضب .
- انزعاج .
- حزن .
- إكتئاب .
- قلق .
- تخوف .
- جزع .

- حسد .
- إثم .
- سعادة
- خجل .
- أسف .
- يأس .
- إسترخاء .
- غيرة .
- ملل .
- عدم إستقرار .
- وحدة .
- تفائل
- توتر
- قناعة

مشاعر أخرى (لأكر يها) :

نُكْرِي خَمْسَةَ مَخَافٍ رَئِيسِيَّةٍ تَعَانِي مِنْهَا :

-1

-2

-3

-4

-5

ما هي المشاعر الإيجابية التي شعرت بها حديثاً ؟

متى تفقدن السيطرة على مشاعرك ؟

صفي المواقف التي تجعلك هادئة و مسترخية ؟

3- الإحساسات البدنية :

ضعي إشارة (X) أمام التخيلات المذكورة أدناه و التي تنطبق عليك :

- ألم بطني
- ألم و حرقة خلال التبول
- صعوبات طمثية
- صداع
- دوام
- خفقان قلب
- تشنج عضلي
- توتر
- اضطرابات جنسية
- عدم القدرة على الاسترخاء
- اضطرابات تغوط
- خدر حسي
- اضطراب هضمي
- لزمات عصبية
- ألم في الظهر
- رجفة
- نوبات إغماء

- سماع أشياء
- عيون مدمعة
- هبات حرارة
- غثيان
- اضطرابات جلدية
- جفاف فم
- حكة جلدية
- آلام صدرية
- تسرع ضربات القلب
- رفض من أن يمسنى أحد
- غشاوة بصرية
- فرط تعرق
- اضطراب بصري
- مشكلات سمعية
- إحساسات أخرى (أذكرها إن وجدت)

4- تخيلات:

ضع إشارة (X) أمام التخيلات المذكورة أدناه و التي تنطبق عليك :

أتخيل نفسي :

- سعيدة
- متألّمة
- غير متعاملة مع الموقف
- ناجحة
- فاقدة للسيطر عليك نفسك

- مراقبة
- يتكلم الناس عنك
- عدوانية
- بائسة
- تؤلمين الآخرين
- مسؤولة
- فاشلة
- مغتصبة جنسيا
- يتآمرون عليك
- موضع سخرية من الناس
- فاحشة
- تخیلات أخرى يمكنك ذكرها:
عندي:
- صور ذهنية جنسية سارة
- تخیلات طفولة غير سارة
- صور سلبية لشكل جسدي
- تخیلات جنسية غير سارة
- تخیلات عزلة ووحدة
- تخیلات إغواء جنسي
- تخیلات بان لكون مرغوبة ومحبوبة
- تخیلات أخرى يمكن ذكرها :
- صفي تخيلا يسرك جدا استحضاره :
- صفي صورتك في مكان آمن جدا:

صفي صورا ذهنية ملحه أو مزعجة تعيق وظائفك اليومية:

أذكر ي عدد المرات التي تشاهدين فيها كوابيس مزعجة:

5- الأفكار:

ضع إشارة (X) أمام الأفكار المذكورة أدناه والتي تنطبق عليك :

- ذكية
- واثقة من نفسك
- ذات إمكانية وقيمة
- طموحة
- حساسة
- ودية
- يوثق بك
- تافهة
- لا شيء
- لا نفع منك
- حمقاء
- منحطة الأخلاق
- منحرفة
- غير جذابة
- غير محبوبة
- ناقصة
- مشوشة
- بشعة
- سانجة

- شريفة
- غير منافسة وغير طموحة
- لديك أفكار مخيفة
- تعيشين الصراع النفسي
- لديك صعوبات التركيز الانتباه
- لا تستطيعين اتخاذ القرارات
- لديك أفكار انتحارية
- مكدة في العمل
- كسولة
- لا يوثق بك
- غير شريفة
- أفكار أخرى:
- ما هي الفكرة التي تعدينها أكثر حماقة وطيشا تخطر في ذهنك؟
- هل تنتزعجين من أفكار في ذهنك مرارا وتكرارا ؟
- نعم - لا

- إذا كانت إجابتك نعم ما هي هذه الأفكار ؟
- أذكر ي متاعبك والأمور التي تقلقك فتؤثر على مزاجك أو سلوكك؟

- ارسمي دائرة حول الرقم الذي يمثل رأيك بالنسبة للبنود التالية :

أوافق	أوافق	حيادي	لا أوافق	قطعا لا أوافق	
5	4	3	2	1	يجب ألا أرتكب الأخطاء
5	4	3	2	1	يجب أن أكون متقنا للعمل في أي شيء أنفذه
5	4	3	2	1	عندما لا أعرف أمرا يجب علي أن أتظاهر أنني أعرفه
5	4	3	2	1	يجب ألا أبوح بمعلومات شخصية لأحد
5	4	3	2	1	أنا ضحية الظروف الحياتية
5	4	3	2	1	حياتي خاضعة و مرهونة بقوى خارجية
5	4	3	2	1	الناس الآخرون هم أسعد مني
5	4	3	2	1	كن في الجانب الآمن و لا تخاطر
5	4	3	2	1	لا أستأهل أن أكون سعيدا
5	4	3	2	1	إذا تجاهلت مشكلاتي فإنها تزول
5	4	3	2	1	من واجبي أن أجعل الناس سعداء
5	4	3	2	1	يجب أن أناضل لأصل إلى الكمال
5	4	3	2	1	هناك طريقان لعمل الأشياء إما الطريق الخاطئ أو الطريق الصائب
5	4	3	2	1	يجب ألا أكون منزعجا أبدا

6- العلاقات البيشخصية (مع الناس):

الصدقات:

هل تعثرين على الأصدقاء بسهولة؟ - نعم - لا

هل تحافظين عليهم؟ - نعم - لا

هل قمت باتصالات جنسية خلال دراستك الثانوية؟ - نعم - لا

هل تعرضت خلال صداقتك إلى التهكم و السخرية؟ - نعم - لا

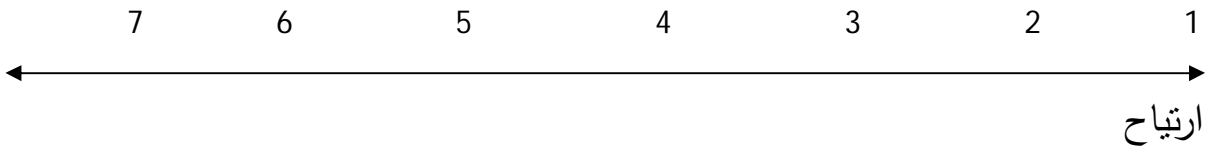
صفي أي علاقة تعطيك :

- المتعة

- البؤس

حددي الدرجة على المقياس التالي التي تشعرين بها أنك مرتاحة و مسترخية في علاقاتك

الاجتماعية:



هل عندك صديق أو أكثر ترتاحين له (لهم) فتشاركينهم أفكارك الخاصة و مشكلاتك؟

- نعم - لا

العلاقات الجنسية:

- هل مسائل الجنس تكون موضع النقاش في بيتك؟

- من أين جاءت معلوماتك عن الجنس؟

- متى شعرت لأول مرة بالدافع الجنسي ؟

- هل شعرت بمشاعر الإثم و القلق عند ممارستك الجنس أو العادة السرية

- نعم - لا

إذا كانت الإجابة نعم أعط التفسير :

اذكري أية تفاصيل تتعلق بأولى ممارستك الجنسية :

هل أنت راضية الآن عن حياتك الجنسية ؟

- نعم - لا

هل سبق و تعاطيت الاتصال الجنسي مع نفس الجنس ؟

- نعم - لا

اذكري أية اهتمامات أخرى لم تذكر :

العلاقات الأخرى :

هل عندك متاعب في علاقاتك مع الناس في العمل :

- نعم - لا

إذا كانت الإجابة نعم اذكري هذه المتاعب :

أكملي الجمل التالية من أفكار من عندك

- أحد الأساليب التي يؤلمني الناس بها هو :

- أستطيع أن أصدمك بـ :

- أفضل أصدقائي يعتقد أنني :

- الناس يكرهونني :

- هل تعرضت لصدمة عاطفية في حياتك ؟

- نعم - لا

إذا كانت الإجابة نعم ، اذكر ي السبب :

العوامل البيولوجية:

هل تبديين اهتمامات و انشغالات بصحتك البدنية ؟

- نعم - لا

إذا كانت الإجابة نعم حددي هذه الانشغالات :

لكري الأدوية التي تتناولينها الآن :

هل تتناولين ثلاث وجبات طعام يومية متوازنة ؟

- نعم - لا

هل تمارسين الرياضة ؟

- نعم - لا

اذكري أي مشكلات أو أمراض طبية تعانيتها أو موجودة في أسرتك :

هل أجريت عملية جراحية ؟

- نعم - لا

هل العادة الطمثية منتظمة ؟

- نعم - لا

هل يرافقها ألم و توتر نفسي ؟

- نعم - لا

ضعي إشارة (X) أمام البنود التي تنطبق عليك في العمود المناسب

اليوميا	كثيرا	أحيانا	نادرا	لا	البنود
					وهن وتعب في العضلات
					تناول أدوية نفسية
					تناول المدرات
					تناول حبوب للحمية و تخفيف الوزن
					تناول الماريجوانا
					تناول الهرمونات
					تناول الأسبرين
					تعاطي المخدرات
					تعاطي المسكنات
					تعاطي التدخين
					تعاطي القهوة
					تعاطي الكحول
					تعاطي حبوب منع الحمل
					تناول الفيتامينات
					الشراهة نحو الطعام
					تناول أطعمة غير مغذية
					الإصابة بالإسهال
					الإصابة بالإمساك
					الإقياء
					غازات بطنية

					حرقة في المري
					دوار
					خفقان قلب
					تعب
					حساسية
					ارتفاع ضغط الدم
					ضيق تنفس
					أرق
					ألم صدر
					استيقاظ باكر جدا
					آلام في الأذن
					آلام ظهرية
					مشكلات وزن

أذكر ي مشكلات أخرى لم نذكرها :

الملحق رقم (12)

شبكة التحليل الوظيفي BASIC ID

المشكلات	الأبعاد
	B السلوك
	A الوجدان
	S الإحساس
	I التخيل
	C التفكير
	I العلاقات البينشخصية
	D الجانب البيولوجي

الملحق رقم (13)

البروفيل التركيبي :

في الفراغ الذي يلي كلا من البنود التالية نرجو كتابة الرقم الذي تراه أكثر تعبيراً عن رأيك وفق السلم التالي :

أرفض	أرفض	أرفض	حيادي	أرفض	موافق	موافق	موافق
بشدة	بشدة متوسطة	بشدة خفيفة		ضعيف	وسط	بشدة	
1	2	3	4	5	6	7	

الإسم :

- (1) أميل إلى تخطيط الأشياء التي أفكر بها كثيراً .
- (2) غالباً ما أتخيل المواقف في صور .
- (3) في صنع القرار غالباً ما أترك مشاوري وعواطفني تقرر ما يجب علي فعله .
- (4) أنا في صحة ممتازة جداً .
- (5) في مقدوري تشكيل صورة ذهنية واضحة .
- (6) نلت راحة واسترخاء كافيين .
- (7) أود أن يصفني الناس بالفرد النشط والدينامكي الفعال .
- (8) لا أود أن يصفني الناس بالشخص المنعزل .
- (9) أنا شخص نشط جداً .
- (10) أنا شخص من الناس .
- (11) أتبع عادات تغذية جيدة .
- (12) معظم الوقت أكون مع الناس أكثر .

(13) غالباً ما أنخرط بأنشطة فكرية ذهنية .

(14) في مقدوري تشكيل صورة نشطة حية في تخيلي .

(15) أتجنب الإفراط في الأكل، وتعاطي الكحول كثيرا، وأبتعد عن الأشياء المؤذية مثل التبغ والمخدرات .

(16) إحساساتي منظمة بما أراه، أو أسمعه، وأتذوقه، وألمسه.

(17) الصداقات مهمة بالنسبة إلي .

(19) عادة ما أفكر قبل أن أقدم على أي إجراء .

(20) أعني الطرق التي بواسطتها ترد أحاسيسي للمنبهات المختلفة.

(21) أنا شخص ميال للتخيل .

(22) عندي مشاعر وعواطف عميقة .

(23) أفكر بمعظم الأشياء والأمور بهدوء تام .

(24) أستمر بالانشغال عند القيام بالأعمال .

(25) أفكر أكثر في استخدام الصور الذهنية من استخدام الكلمات .

(26) أهتم جديا بجسدي .

(27) أستمر بالانشغال بدون كلل ولا ملل .

(28) أهتم كثيرا بمشاعري وعواظفي .

(29) لدي العديد من الصداقات الحميمة.

(30) أركز اهتمامي كثيرا بإحساساتي البدنية .

(31) أنا شخص عاطفي جدا.

(32) أحلل الأمور تحليلاً شاملاً .

(33) تثار مشاعري بسهولة وتتبدل .

(34) أنا ممتلئ بالنشاط والقوة.

(35) معظم حواسي الخمس حادة (الشم، والذوق، والبصر، والسمع، واللمس) .

مفتاح التصحيح للاختبار:

أرقام السلوك : 8 ، 9 ، 24 ، 27 ، 34 ، B

أرقام العاطفة: 3 ، 22 ، 28 ، 31 ، 35 ، A

أرقام الإحساس : 13 ، 18 ، 20 ، 30 ، 35 ، S

أرقام التخيل : 2 ، 5 ، 14 ، 21 ، 25 ، I

أرقام التفكير: 1 ، 13 ، 19 ، 23 ، 32 ، C

أرقام العلاقة البيشخصية : 8 ، 10 ، 12 ، 17 ، 19 ، I

أرقام الصحة والدواء : 4 ، 6 ، 11 ، 15 ، 26 ، B

الملحق رقم (14):

شبكة التحليل الوظيفي لمشكلات الحالات. (البروفيل الانموذج)

المشكلات	الأبعاد
قلة النشاط	B السلوك
الشعور باليأس	A الوجدان
قلة الانتباه والتركيز	S الاحساس
تدني تقدير الذات	I التخيل
أفكار لاعقلانية، تدني تقدير الذات	C التفكير
نقص في المهارات الاجتماعية، الانسحاب الاجتماعي	I العلاقات البيشخصية
خمول، أرق، فقدان للشهية، فقدان للوزن	D الجانب البيولوجي

ملحق رقم (15)

محتوى جلسات البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد الأبعاد - نموذج أرنولد لازاروس - لعلاج
الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة.

الجلسة الأولى (01): التمهيدية

عنوان الجلسة: التعريف بالبرنامج العلاجي وبناء العلاقة العلاجية.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: تهيئة المشاركين للبرنامج ولنظام الجلسات.

الأهداف الجزئية:

- التعرف وتعريف الأفراد المشاركين في البرنامج بعضهم ببعض.
- بناء العلاقة العلاجية.
- تهيئة المشاركات في البرنامج العلاجي.
- عرض فكرة البرنامج وشرح أهدافه وتوضيح أهميته والمواقف التي يحتوي عليها البرنامج والأسلوب العلاجي المستخدم وتحديد عدد الجلسات ومدة كل جلسة.
- التأكيد على ضرورة الالتزام والحضور واحترام مواعيد جلسات البرنامج.
- مناقشة معنى العلاقة العلاجية.
- مناقشة مبدأ السرية.
- مناقشة سرية الأحاديث الجماعية.
- شرح أهداف البرنامج بلغة بسيطة ومفهومة.
- التعود على مكان إجراء الجلسات.

فنيات الجلسة:

الأسلوب المستخدم: المحاضرة، المناقشة الجماعية.

الأدوات المستخدمة:

- السبورة.
- العقد العلاجي.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

- تم استقبال مجموعة البحث في المكان المخصص لذلك
- التعارف ما بين أفراد المجموعة
- التعريف بالبرنامج العلاجي
- التذكير بالموعد الثابت للحصص العلاجية
- المناقشة الجماعية للجلسة.

تم استقبال افراد العينة العشرة في مكان تنفيذ البرنامج العلاجي على الساعة الثامنة صباحا تم الترحيب بهم وشكرهم على الحضور تم كتابة إجراءات وخطوات الجلسة على السبورة بدأت الجلسة من خلال إعادة الترحيب بأفراد المجموعة ثم تذكيرهم بأهمية البرنامج بالنسبة لهم و لمستقبلهم عموما .

قامت الباحثة بتوضيح أهداف البرنامج العلاجي العامة منها والخاصة، وهذا لإشراك العمليات في هذه العملية

كما سعت إلى بداية بناء العلاقة العلاجية التي يعتبرها كارل روجرز محور العملية العلاجية إن الاتجاهات العلاجية الأخرى مثل الاتجاهات الإنسانية قد تضع العلاقة العلاجية في موقع هام كمتغير أساسي من متغيرات نجاح العملية العلاجية بل إن روجرز خلال عرضه لنظريته الإنسانية في العلاج النفسي أظهر أن العلاقة العلاجية تعتبر حجر الزاوية في العملية العلاجية (جلال كايد ضمرة، 2008، ص 32)

إعداد المريض للعلاج الجماعي فمن المهم إعداد المريض لخبرة العلاج الجماعي، ففي الجلسة الإعدادية يتم شرح العمليات التي سوف يتعرض لها المريض مع التأكيد على الحاجة إلى الانفتاح و الأمانة مع المرضى الآخرين، ثم تنبيه المريض إلى انه قد لا يحب كل هؤلاء المرضى و أن بعضهم قد لا يحبونه أيضا، ولكن نتيجة لخبرة التفاعل معهم سوف تزداد معرفته

بذاته وسوف يكتسب من خلال هذه العملية طرقا للتفكير وللشعور والسلوك أكثر ملائمة، وتشير الخبرات إلى أن مثل هذا الإعداد يؤدي إلى تكون مشاعر أكثر ايجابية نحو الانضمام للجماعة، والى أن يقل معدل التسرب، والى أن يقوي الاتصال والتماسك بين المرضى. (لويس كامل مليكة، 2010، ص103)

التذكير بأهمية الواجبات المنزلية وضرورة أدائها من اجل نجاح العلاج.

تم توزيع كراسة على أفراد المجموعة وقلم ازرق وقلم احمر لتدوين أهم ما سيتم تناوله أثناء الجلسات .

وظيفة الكراسة:

- تدوين كل المعلومات الواردة أثناء الجلسة.

- تسجيل الواجبات المنزلية.

- تسجيل الأسئلة.

- تلخيص كل جلسة.

تم توزيع العقد العلاجي على أفراد المجموعة أين تم شرحه ثم الإمضاء عليه من طرف أفراد المجموعة كإجراء رمزي .

- تم التذكير بأهداف البرنامج العلاجي.

- تم التذكير بأهمية الالتزام والحضور الدوري والمنظم للجلسات.

- تم التذكير والتنويه على ضرورة المحافظة على سرية المعلومات الواردة أثناء الجلسات.

- مبادئ البرنامج العلاجي :الثقة الصراحة والسرية .

الواجب المنزلي: من وجهة نظرك ما هو الاكتئاب؟

- توزيع استمارة تقييم الجلسة الملحق رقم (17) ، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

إنهاء الجلسة: تلخيص لما دار خلال الجلسة تحديد موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية (02) :

عنوان الجلسة: معنى الاكتئاب.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة.

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

الهدف العام للجلسة: التعرف المعرفي. تعريف أفراد العينة بالاكتئاب.

الأهداف الجزئية للجلسة:

- تقديم معلومات عن الاكتئاب لأفراد العينة .
- تعريف أفراد العينة بأسباب الاكتئاب .
- تعريف أفراد العينة بأعراض الاكتئاب .
- علاقة الاكتئاب بالأفكار اللاعقلانية، تقدير الذات، بالسلوك التوكيدي، بالشعور باليأس.

فنيات الجلسة:

- المحاضرة والمناقشة الجماعية.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأدوات: السبورة.

محتوى الجلسات وإجراءاتها:

بعد استقبال أفراد المجموعة العلاجية تم تدوين أهداف الجلسة على السبورة .

التذكير بأهم ما ورد في الجلسة السابقة (مراجعة)

- تقديم محاضرة عن ماهية الاكتئاب ،اسبابه اعراضه وكيفية الوقاية منه

- تم تعريف المجموعة بمكونات الشخصية (المكون المعرفي الحسي الوجداني المعرفي الاجتماعي والبيولوجي) .

الواجب المنزلي: تدوين أهم الأفكار التي تسبب الانفعالات السلبية.

المناقشة الجماعية للجلسة .

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة مع التحفيز لحضورها.

الجلسة الثالثة (03):

عنوان الجلسة: الاسترخاء.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

أهداف الجلسة:

الهدف العام: التدريب على بعض مهارات الاسترخاء.

الأهداف الجزئية:

- التمييز ما بين الاسترخاء وحالة النوم.
- تعلم التنفس العميق بطريقة (4-2-8).
- التدريب على إرخاء العضلات.
- التعرف على العلاقة بين العقل والجسم.
- التدريب على التحكم في الاستجابات الجسمية في حالة الانفعال. (ضربات القلب، الارتعاش، التوتر ...) عن طريق التنفس.
- التدريب على التركيز على الأفكار.
- التخفيف من التوتر.

فنيات الجلسة:

- تمرين الاسترخاء العضلي التدريجي Progressive muscle relaxation طريقة

جاكوبسون (Roman Jackobson).

- عرض فيديو عن طريقة جاكوبسون في الاسترخاء.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

تم استقبال أفراد المجموعة بالمكان المعتاد، تم التذكير بالواجب المنزلي للجلسة السابقة

التدريب على الاسترخاء بطريقة جاكوبسون ملحق رقم (01) تم عرض فيديو تعليمي بخصوص

طريقة جاكوبسون في الاسترخاء وهذا لكي يكون لأفراد المجموعة فكرة أولية عن ما هم بصدد

تعلمه

تم الاستعانة بأحدى أفراد المجموعة والقيام بتطبيق مراحل الاسترخاء معه امام باقي أفراد

المجموعة

تم تطبيق ما تم تعلمه مع أفراد المجموعة

تلخيص ما دار في الجلسة ومناقشته جماعيا

توزيع إستمارة تقييم الجلسة الملحق رقم ()

الواجب المنزلي:

- تطبيق التقنيات المتعلمة في المنزل (ممارسة الاسترخاء 15 دقيقة يوميا).

- مراقبة وتسجيل المواقف والأفكار التي تسبق الانفعالات غير السارة. (تمهيد للجلسة التالية -

تعديل الأفكار اللاعقلانية -)

المناقشة الجماعية للجلسة .

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الواجب المنزلي: ممارسة تمارين الاسترخاء.

الجلسة الرابعة (04):

عنوان الجلسة: **الغذاء والرياضة.**

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة :

الهدف العام:

الأهداف الجزئية:

فنيات الجلسة :

- المحاضرة والمناقشة الجماعية.

مدة الجلسة: 60 دقيقة .

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

خلال الجلسة تم تقديم محاضر تحت عنوان " العقل السليم في الجسم السليم " حيث قامت الباحثة باستعراض عدد من الدراسات والبحوث التي تبين العلاقة بين الاكتئاب وكل من التمارين الرياضية والنظام الغذائي للفرد، التمارين الرياضية حيث أثبتت دراسة بريطانية أن الأطباء يصفون ممارسة التمرينات الرياضية بشكل متزايد لأولئك الذين يعانون من الاكتئاب. فالتمارين يمكنها أن تساعد الفرد جسديا واجتماعيا وبيولوجيا وشجعت الباحثة افراد المجموعة على ممارسة الرياضة قدر المستطاع من المشي السريع إلى الجري أو القيام بحركات رياضية يوميا أن أمكن في الفترة الصباحية مع إرفاقها بتمارين التنفس

كما عملت الباحثة على تقديم الإرشادات الغذائية لأفراد المجموعة ومن أهم الإرشادات

الغذائية :

- تناول المصادر الغذائية الطبيعية الغنية بالحمض الأميني (الترتوفان) الصانع الرئيسي

للناقل العصبي السيروتونين في المخ ويوجد في السمك والدجاج والجبن الأبيض.

- تجنب المنبهات كالقهوة والشاي الأحمر لاحتوائها على الكافيين.

- تناول الكربوهيدرات المعقدة والتي تحافظ على مستوى الجلوكوز في الدم والذي يساهم في

رفع مستوى الترتوفان في المخ والتي توجد في الخضروات والفواكه الطازجة، البقول، الخبز

الكامل.

- تشجيعهم على تناول مقادير كافية من البروتينات لتعويض ما فقده أجسامهم في حالة

ضعف شهيتهم للطعام أثناء المرحلة الحادة للاكتئاب، كما أن الغذاء الغني بالبروتين يزيد

إنتاج الدوبامين و النوراينفيرين والذي يقوي الانتباه واليقظة ويجعل المريض يميل للتفكير

والعمل بسرعة ونشاط، على أن تكون هذه البروتينات عالية القيمة الحيوية مثل للحوم الحمراء،

الدواجن والأسماك.

- تناول غذاء غني بالكالسيوم مثل الحليب ومنتجاته وذلك لأن الضغوط النفسية تقلل مستوى

الكالسيوم في الدم.

- تناول المقدار الكافي للجسم من الدهون غير المشبعة حيث أن ذلك يقلل من تطور الاكتئاب

ومن أهم المصادر الغذائية للدهون غير المشبعة هي (زيت الذرة، زيت دوار الشمس).

- الحصول على المصادر الغذائية الغنية بفيتامين (ب المركب) وخاصة (ب1، ب2، النايسن،

فيتامين أ، فيتامين ج)، وذلك لفائدتها لتحسين وظائف الجهاز العصبي في الإنسان، وجميعها

تتوفر في البروتينات الحيوانية، الخميرة، الحبوب الكاملة، الخضروات، الفاكهة.

- الاهتمام بالحصول على المصادر الغذائية الغنية في حمض الفوليك حيث يقل مستواه في

الدم بين (15-38%) لدى مرضى الاكتئاب، وما قد يصاحب ذلك من الإصابة بالأنيميا

واضطرابات في الجهاز الهضمي، وأهم مصادره الغذائية الكبد و الكلاوي والليمون والبرتقال

والفراولة وبعض الخضروات مثل اللوبيا والسبانخ والقرنبيط، الخضروات الورقية.

- تجنب الأطعمة الغنية بالدهون المشبعة، خاصة المقلية ، حيث أنها تسبب الكسل ويطء التفكير والإجهاد عند ارتفاع الدهون المشبعة في الدم، فإن ذلك يتعارض مع سهولة تدفق الدم حيث تجعل خلايا الدم لزجة وتميل للتكتل مع بعضها مؤدية إلى إضعاف الدورة الدموية الخاصة بالمخ.

الواجب المنزلي:

- ممارسة التمارين الرياضية.
- مراقبة النظام الغذائي.

المناقشة الجماعية للجلسة .

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الجلسة الخامسة (05) : جلسات تعديل الأفكار اللاعقلانية.

عنوان الجلسة: حلقة الأفكار والانفعال والسلوك.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. (مراقبة وتسجيل المواقف والأفكار التي تسبق الانفعالات غير السارة)

أهداف الجلسة :

الهدف العام: تعديل الأفكار اللاعقلانية المسببة للانفعالات غير السارة (الاكتئاب) لدى أفراد العينة.

الأهداف الجزئية:

- شرح العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك.
- التعرف بماهية الأفكار العقلانية والأفكار اللاعقلانية والتمييز بينهما (خصائصها).
- مناقشة الأفكار اللاعقلانية.

فنيات الجلسة :

- المحاضرة والمناقشة الجماعية.

- الاسترخاء.

مدة الجلسة: 60 دقيقة .

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

- التفاعل بين الأفكار المشاعر والسلوك .

- رسم الجدول

- الأفكار	- المشاعر	- السلوك
-	-	-
-	-	-

- من خلال جهاز Data Show تم عرض الأفكار الإحدى عشرة التي حددها إليس

على أنها تسبب الاضطراب الانفعالي.

- عرض الأفكار اللاعقلانية الإحدى عشر لإليس من خلال استخدام Data show

- استخدام Power Point

- لاحق الفكرة . باستخدام الجدول أعلاه.

- ناقش الفكرة (الملاك و الشيطان)

- لاحق الفكرة .

- ناقش الفكرة.

- فند الفكرة.

الواجب المنزلي:

- ممارسة تمارين الاسترخاء.

- مراقبة الأفكار اللاعقلانية والمشاعر الناتجة عنها و تسجيلها . (توزيع جدول بهذا

الخصوص)

- تطبيق ما تم تناوله بخصوص التعرف على الأفكار اللاعقلانية في الحياة اليومية

المناقشة الجماعية للجلسة .

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الجلسة السادسة (06): متابعة جلسات تعديل الأفكار اللاعقلانية.

عنوان الجلسة: كيف أراقب أفكاري؟

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: تعديل الأفكار اللاعقلانية.

الأهداف الجزئية:

- التدرب على مراقبة الأفكار التي تسبق الانفعالات غير السارة.

- التدرب على دحض الأفكار اللاعقلانية.

فنيات الجلسة:

- تمرين الاسترخاء.

- الحوار السقراطي.

- مراقبة الحوار الذاتي الداخلي.

- أسلوب لعب الدور.

- أسلوب التخيل الانفعالي العقلاني أو الاسترخاء التخيلي الذاتي الموجه Self guided

.imagery relaxation

- أسلوب التعريض التخيلي Exposure Technique

- أسلوب وقف الأفكار (Thought Stop).

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأدوات المستخدمة:

- السبورة.
- جهاز عرض البيانات.

محتوى الجلسة و إجراءاتها:

بعد استقبال أعضاء المجموعة والترحيب بهم، قامت الباحثة بالتذكير بالواجب المنزلي للجلسة السابقة حيث تم استعراضه ومناقشته جماعيا وفتح المجال للنقاش

تم تذكير المجموعة بخطوات الاسترخاء وممارسته بشكل جماعي

تم التذكير بالأفكار اللاعقلانية التي تم التعرف عليها في جلسة سابقة ودورها في إحداث الاضطراب الانفعالي والتذكير بضرورة مقاومة هذه الأفكار والتغلب عليها من خلال إتباع مجموعة من الخطوات وهذا من اجل التخلص من الاضطراب الانفعالي

تم تعريف أفراد المجموعة بالحوار السقراطي وهذا من اجل استخدامه في دحض الأفكار اللاعقلانية التي يواجهونها

الواجب المنزلي: تطبيق ما تم تناوله في الجلسة في الحياة اليومية.

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الجلسة السابعة (07): متابعة جلسات تعديل الأفكار اللاعقلانية.

عنوان الجلسة: أنا الذي أتحكم في أفكاري.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة:

أهداف الجلسة:

الهدف العام: تعديل الأفكار اللاعقلانية.

الأهداف الجزئية:

- التدرّب على وقف التفكير السلبي.
- التدرّب على استبدال الأفكار غير العقلانية بأفكار عقلانية.

فنيات الجلسة:

- الاسترخاء.
- الحوار السقراطي.
- وقف التفكير السلبي.
- لعب الأدوار.
- أسلوب التخيل الانفعالي العقلاني أو الاسترخاء التخيلي الذاتي الموجه Self guided imagery relaxation.
- أسلوب التعريض التخيلي Exposure Technique

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

محتوى الجلسة و إجراءاتها:

بعد استقبال افراد المجموعة والترحيب بهن تم مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة والذي استخدم كمدخل للجلسة الحالية حيث حرصت الباحثة على ضرورة مناقشة الواجبات المنزلية في بداية كل جلسة لتعطي انطبعا لأفراد المجموعة بالجدية في توزيع هذه الواجبات وأهميتها في سيرورة العلاج وتحقيق أهداف العملية العلاجية. بالإضافة إلى دورها في أن تؤكد للمعالج أن العميل قد قام بمواجهة الأحداث المنشطة للاضطراب النفسي، و أن يترك له الفرصة ليقتراح ما يراه مناسباً له من أساليب أخرى، كما على المعالج مساعدة المتعالج في حال ما إذا لم يستطع تأدية الواجب المنزلي وان يعتبر هذا إشارة إلى خلل ما في سيرورة العمل العلاجي

حيث تم التدريب على طريقة وقف الافكار ومتابعة التدريب على الحوار السقراطي من اجل تعديل الافكار اللاعقلانية المسببة للاضطراب النفسي.

الواجب المنزلي: تحديد المواقف التي تشعر فيها بعدم القدرة على إثبات نفسك أمام الآخرين.
(مدخل للجلسة التالية -التدريب على السلوك التوكيدي-)

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الجلسة الثامنة (08): جلسات التخفيف من الشعور باليأس.

عنوان الجلسة: لا يأس مع الحياة ولا حياة مع اليأس.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة .

أهداف الجلسة :

الهدف العام: التخفيف من درجة الشعور باليأس.

الأهداف الثانوية:

- تعديل الاتجاه السلبي نحو الذات (من خلال جلسات الرفع من تقدير الذات).
- تعديل الاتجاه السلبي نحو الحاضر.

فنيات الجلسة:

- الاستغفار، الذكر، الصلاة، التسبيح "ألا بذكر الله تطمئن القلوب".
- الإفصاح عن المشاعر التنفيس أو التفريغ الانفعالي.
- التصريح بالمخاوف والإعلان عنها.
- التدريب على كيفية تلقي المساندة الاجتماعية. (التدريب التوكيدي).

- قطع الروابط مع المواقف التي تسبب اليأس.
- الانهماك في أنشطة متنوعة (الأنشطة السارة).

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

- تم استقبال مجموعة البحث في المكان المخصص كالعادة.
- تم تذكير أفراد العينة بأهمية الحفاظ على الصلاة ودورها في حياة الفرد التذكير بأهمية العلاقة بالله سبحانه وتعالى .
- أهمية قراءة القران.
- **الجلسة 13: تم عرض فيديو باستخدام DataShow مصطفى حسني من برنامج عمار الأرض الحلقة الرابعة من الموسم 2012 بعنوان**
- الفيديو مقسم إلى ثلاث أقسام تم مشاهدة كل قسم ثم فتح النقاش حوله وطرح أسئلة من طرف المعالجة
- تم التذكير بأهم ما ورد في الجلسة السابقة.
- مراجعة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

الواجب المنزلي:

- دون أهم الخبرات المؤلمة التي مررت بها في الماضي ثم (استخرج الذهب - أهم ما تعلمه من التجارب السابقة -).
- دون أهم الخبرات الناجحة في حياتك.
- قراءة كتاب أو مطبوعة مع كتابة الأمور المتعلمة.
- اختيار أحد الأنشطة السارة و ممارستها.

التذكير بموعدها الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الجلسة التاسعة (09): متابعة جلسات التخفيف من الشعور باليأس.

عنوان الجلسة: إستخرج الذهب.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة.

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: التخفيف من درجة الشعور باليأس.

الأهداف الجزئية:

- تعديل النظرة السلبية للماضي باعتباره مجموعة من الخبرات التي يجب أن نستفيد منها.

فنيات الجلسة:

- الاسترخاء.

- الاستبصار.

- التخيل.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

بعد استقبال مجموعة البحث والترحيب بأعضاءها تم :

- مراجعة الواجب المنزلي للجلسة السابقة وتحديد الباحثة لمدى استيعاب التلميذات لما ورد في الجلسة السابقة ومدى تطبيقهن للواجب المنزلي تخلل المراجعة تصحيح بعض الافكار والمفاهيم الخاطئة لدى البعض وهذا من خلال المناقشة الجماعية بحيث يسمح لكل واحدة من الفريق بابداء رأيها وعرض تجربتها الشخصية ووجهة نظرها الخاصة حول الواجب المنزلي.

الواجب المنزلي:

- دون جميع أحلامك (قائمة الأحلام - الأهداف-).

- دون أهم الخبرات الناجحة في حياتك.

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الجلسة العاشرة (10): متابعة جلسات التخفيف من الشعور باليأس.

عنوان الجلسة: أنا اصنع مستقبلي.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة.

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة :

الهدف العام: التخفيف من درجة الشعور باليأس.

الأهداف الجزئية:

- تعديل الاتجاه نحو المستقبل .

فنيات الجلسة:

- الاسترخاء.

- التخيل.

- الحوار الداخلي الايجابي.

- السيكودراما.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

تم كالعادة بعد استقبال المجموعة في المكان المخصص للقاء .

تم التذكير بالواجب المنزلي وقامت الباحثة رفقة الفريق بتحديد مدى تحقيق الواجب المنزلي للأهداف المرجوة إذ من خلاله تستطيع الباحثة أن تحدد مدى استيعاب التلميذات لما ورد في

الجلسة دون أن ننسى الدور البالغ الأهمية من وجهة نظر الباحثة للمناقشة الجماعية للواجب المنزلي إذ أنها تعد بمثابة التغذية الراجعة التي تمكن الباحثة من تقييم كل فرد في المجموعة على حدة ومدى التقدم الذي أحرزه هذا الأخير.

الواجب المنزلي:

- تأليف مسرحية جماعية وتوزيع الأدوار (عمل جماعي).

- تمرين (من أنا؟ وكيف يراني الآخرون؟)

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الجلسة الحادية عشرة (11): جلسات الرفع من درجة تقدير الذات .

عنوان الجلسة: من أنا؟

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: الرفع من درجة التقدير الايجابي للذات.

الأهداف الجزئية:

- التعرف على الفرق بين الذات المثالية، الذات الواقعية والذات الاجتماعية .
- إدراك القدرات.
- الانتباه للحوار الداخلي مع الذات .
- التعرف على صورة الجسم.
- التدرب على الانتباه للحوار الداخلي السلبي مع الذات واستبداله بآخر ايجابي.
- التدرب على التعبير عن مشاعر الاستياء والتقدير.

- التدرّب على تجنب كبت المشاعر السيئة والتصريح بها .(سلوك توكيدي).

فنيات الجلسة:

- المحاضرة والمناقشة الجماعية.
- الاسترخاء.
- التخيل.
- السيكودراما.
- الكرسي الفارغ.
- التفريغ الانفعالي.
- أسلوب التحصين ضد التوتر (مراقبة الحديث الداخلي - الرقابة الذاتية-)
- الأحاديث الذاتية.
- المكافأة وتعزيز الاستجابات.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

تم استقبال أعضاء المجموعة العشرة وتم تحضير المكان لتقديم المسرحية التي تمثل الواجب المنزلي.

توزيع الواجب المنزلي:

- ضع قائمة بإيجابياتك .
- ضع قائمة بسلبياتك.
- قراءة كتاب أو مطبوعة معينة (العلاج بالقراءة النثيف).

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة.

التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الجلسة الثانية عشرة (12): متابعة جلسات الرفع من درجة تقدير الذات.

عنوان الجلسة: أنا أتقبل نفسي كما هي.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: الرفع من درجة تقدير الذات لدى المراهقة.

الأهداف الجزئية:

- التوقف عن تصنيف الذات.
- التوقف عن مقارنة الذات بالغير .
- التوقف عن لوم وتأنيب الذات وعقابها.

فنيات الجلسة:

- المحاضرة والمناقشة الجماعية.
- أسلوب وقف الأفكار (Thought Stop).
- لعب الدور .
- التقليد و النمذجة.
- الحوار الايجابي مع الذات.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

- من أنا: مكونات الذات :الذات المثالية والواقعية الذات الاجتماعية .
- تكليف كل عضوة من المجموعة بالوقوف أمام الجميع وتقديم نفسها الإجابة عن سؤال من أنا ؟

- ضرورة تقبل مصاعب الحياة كجزء لا مفر منه. واعتبارها امتحانات يجب النجاح فيها وتجاوزها .

- ضرورة وضع قائمة الأولويات (أنا على رأس أولوياتي)

لواجب المنزلي: المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الجلسة الثالثة عشر (13): متابعة جلسات الرفع من درجة تقدير الذات.

عنوان الجلسة: أنا شخص مميز (فريد).

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة.

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: الرفع من درجة تقدير الذات لدى المراهقة.

الأهداف الجزئية:

- التدرب على تقبل الذات.

- تكوين مفهوم ذات ايجابي.

- اكتساب الثقة بالذات.

فنيات الجلسة:

- تمرين المرأة.

- أسلوب المهام المتدرجة.

- الحوار الذاتي الداخلي الايجابي.

- مشاهدة فيديو عن تقدير الذات.

- تأكيد الذات (السلوك التوكيدي).

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

استخدام عرض المعلومات من أجل عرض فيديو بعنوان: تقدير الذات

الواجب المنزلي:

- إختيار أحد المهام التي تبدو صعبة بالنسبة للمراهقة والقيام بها.

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الجلسة الرابعة عشر (14): جلسات التدريب التوكيدي.

عنوان الجلسة: لن اخجل من قول "لا"

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة.

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: الرفع من درجة السلوك التوكيدي.

الأهداف الجزئية:

- تعريف أفراد العينة بمفهوم السلوك التوكيدي.

- التمييز بين السلوك التوكيدي وكل من العدوان والخضوع .

فنيات الجلسة:

- المحاضرة والمناقشة الجماعية.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

بعد الترحيب بأفراد المجموعة بدأت الجلسة على الساعة الثامنة صباحا بحضور كل افراد المجموعة تم مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة ثم التذكير بأهم ما تم تناوله فيها.

استخدام السبورة و الأقلام الأسود و الأحمر.

إلقاء محاضرة بعنوان السلوك التوكيدي تم فيها التطرق إلى تعريف السلوك التوكيدي والتميز بينه وبين الخضوع والعدوان، أهية قول لا . الثقة بالنفس .

حث أفراد المجموعة على إعطاء بعض الأمثلة عن بعض السلوكيات غير التوكيدية التي قمن بها.

الأناية، المجاملة، البراغماتية، الحشمة الخجل .

أعطت افراد المجموعة أمثلة واقعية عن مواقف مررن بهن في الحياة بسبب هدم قدرتهن على توكيد ذاتهن .

إتاحة الفرصة لطرح الأسئلة من طرف افراد المجموعة .

في الأخير توزيع قائمة التقييم و توزيع الواجب المنزلي .

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الجلسة الخامسة عشر (15): متابعة جلسات التدريب التوكيدي.

عنوان الجلسة: سأحمي حقوقي.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: الرفع من درجة السلوك التوكيدي.

الأهداف الجزئية: إكتساب المراهقة مجموعة من السلوكيات التوكيدية:

- زيادة القدرة على التعبير والإفصاح عن المشاعر السلبية والمشاعر الايجابية (إكتساب مهارة الإفصاح عن الذات).
- إكتساب مهارة الانفتاح على خبرات الآخرين.

فنيات الجلسة:

- الاسترخاء
- التخيل.
- التفريغ الانفعالي.
- لعب الأدوار.
- قلب الدور.
- أسلوب المخطوطة.
- أسلوب الاستبصار.
- أسلوب الحوار الايجابي مع الذات.
- الكرسي الفارغ.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

كالعادة تم استقبال افراد العينة وعند اكتمال عددهن بدأت الجلسة من خلال التذكير بما تم تناوله في الجلسة السابقة.

تكليف أعضاء المجموعة زوجا زوجا بأداء مشهد تمثيلي من اختيارهن يمثل موقف توكيدي .

طلب من افراد المجموعة التعليق على الموقف والتعليق على الدورين وتصنيف هذا السلوك إلى

خضوع	توكيد	عدوان

مع الطلب منهن اقتراح أحسن الحلول لهذا الموقف .

تم تقسيم أفراد المجموعة إلى مجموعات مكونة من فردين وتم تكليف كل زوج القيام بتمثيل موقف من اختيارهن يدور حول توكيد الذات.

تم تناول والتدريب على تقنية الإصرار على الموقف .

وقول لا بطريقة لبقة .

كما لاحظت الباحثة وجود تفاعل وانسجام بين افراد المجموعة حيث أصبحت كل واحدة منهن تشارك الأخرى كما ظهرت صداقات بينهن .

الواجب المنزلي: ممارسة السلوكات التوكيدية في مواقف الحياة اليومية مع تدوين هذه المواقف وتسجيل الافكار والمشاعر المرافقة لها .

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الجلسة السادسة عشر (16): متابعة جلسات التدريب التوكيدي.

عنوان الجلسة: أستطيع أن اتخذ القرار.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة .

أهداف الجلسة :

الهدف العام: الرفع من درجة السلوك التوكيدي.

الأهداف الجزئية: إكساب المراهقة مجموعة من السلوكات التوكيدية:

- إكتساب مهارة رفض المطالب غير المقبولة .
- إكتساب مهارة الاستفاضة من سبل المساعدة الخارجية (المساندة الاجتماعية).
- التدريب على التفاوض.
- تحمل المسؤولية.

فنيات الجلسة:

- المحاضرة.
- مشاهدة فيديو (السوك التوكيدي).
- الاسترخاء
- السيكودراما.
- التقليد والنمذجة.
- أسلوب التصعيد.
- أسلوب الاسطوانة المشروخة.
- أسلوب المخطوطة.
- فن المباحثات.
- أسلوب الإصرار على الموقف.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

الأدوات المستخدمة:

- جهاز عرض البيانات (Data Show Projector).
- السبورة.

الواجب المنزلي:

- ممارسة إحدى التقنيات المتعلمة في الحياة اليومية مع تسجيل المشاعر والأفكار و السلوكات الناتجة عن استخدامها.

- واجب منزلي تعديل الاتجاه نحو الحاضر (كيف تبدو لك الحياة كيف يبدو لك حاضرك ووضعتك الراهن؟)

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

الجلسة السابعة عشر (17): إنهاء البرنامج العلاجي وتقويمه.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة.

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: تقويم ما تم التوصل إليه من خلال الجلسات السابقة.

الأهداف الثانوية للجلسة:

- تذكير أفراد العينة بما تم تناوله خلال البرنامج العلاجي.

- استقبال التغذية الراجعة من طرف أفراد العينة.

- إجراء القياس البعدي.

فنيات الجلسة:

- المحاضرة والمناقشة الجماعية.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

- مناقشة ومراجعة البرنامج العلاجي.

- شكر أفراد العينة على مشاركتهم في البرنامج.

إنهاء الجلسة فعلى القائد أن يتعلم كيف ومتى ينهي الجلسة، والعلاج الجماعي ككل ويتطلب

ذلك جلسة مغلقة يذكر بها الجماعة ما الذي تعلموه من العلاج الجماعي في حياتهم،

والأهداف التي توصلوا لها، وهل تم تحقيق ذلك، ويعتبر ذلك بمثابة إشارة أو جرس يؤذن

بإنهاء الجلسات.

توزيع استمارة تقييم البرنامج العلاجي:

إنهاء البرنامج العلاجي.

جلسة تتبعية: لإجراء الاختبار التتبعي.

الفنيات العلاجية:

فنية المحاضرة: حاضر في اللغة بمعنى جالسهم وحادثهم والمحاضر هو الذي يقوم بمحادثة

الآخرين ، وتعرف المحاضرة بأنها وسيلة لإعلام الآخرين والتأثير فيهم وهي تتم من طرف واحد

فهو المحاضر (المعالج النفسي) حيث أنه كفاء للقيام بذلك وتستخدم المحاضرة كفنية علاجية

في العلاج النفسي الجماعي في الحالات الآتية :

- الإبلاغ عن شيء أو توضيح شيء.

- تنظيم العمل وتوزيع الأدوار.

- الربط بين الجلسات العلاجية.

- إقناع الأعضاء بشيء ما .

- إيجاد للأعضاء بفعل شيء ما .

- تلخيص نتائج الجلسة .

المناقشة الجماعية : المناقشة الجماعية نشاط جماعي منظم يدور حول موضوع ما عن طريق اللغة والحوار بهدف الفهم وتبادل الأدوار واتخاذ القرارات والمناقشة الجماعية هي أساس الاتصال والتفاعل بين الأعضاء .

التنفيس الانفعالي: عملية يتم بها توفير مناخ نفسي للمتعالج، للتعبير الحر عن مشاعره ، ويكون على المعالج النفسي والأعضاء في هذه الحالة احترام المتعالج وتقبل مشاعره، ثم يتم مناقشة الأعضاء له في مشاعره وظروف تكوينها وآثارها ، حتى يتم إعادة الاستبصار بها ، ويتم مساعدة المتعالج للتنفيس الانفعالي بعدة طرق مثل الاستثارة التي تتم عن طريق الأسئلة والمناقشة والتشجيع لضمان الاستمرار في التنفيس الانفعالي ثم العلاج عن طريق إعادة توجيه المشاعر ، لأن عملية التنفيس الانفعالي ما لم يعقبها علاج تكون عملية سلبية

فنية لعب الأدوار: تم تطوير فنية لعب الأدوار من فنية العلاج باللعب التي تستخدم مع الأطفال ، على يد (مورينو) لكي تتلاءم مع الكبار . واستخدم (كيرت ليفين) أيضا هذا الأسلوب، كما استخدمه (فريدريك بيرلز) في العلاج الجشطالتي، والأساس النظري لهذه الطريقة هو التعلم التلقائي والتي تعني أن جانبا هاما من عملية التعلم يتم عن طريق الاستجابة النشطة للمتعم ، وبالتالي لا يكون المتعالج مثلثيا سلبيا بل هو فعال ويمكنه عن طريق لعب الأدوار التخلص من عوائقه و إحباطاته و التعبير عن أفكاره واتجاهاته وخبراته التي لا يعي

بها في الغالب، وذلك عن طريق قيامه بتمثيل أدوار أشخاص آخرين أو تمثيل أجزاء من أدواره في الحياة .

الكرسي الخالي: تهدف طريقة الكرسي الخالي إلى تسهيل حوار أخذ الدور بين المريض و الآخرين أو بين أجزاء من شخصية المريض ، وعادة ما يستخدم في موقف جماعي حيث يوضع كرسيان يواجه كل منهما الآخر ويمثل أحدهما المريض أو يمثل أحد مظاهر شخصيته (على سبيل المثال المظهر المتسلط القوي أو المتجبر) ويمثل الكرسي الآخر شخصاً آخر أو المظهر المعارض للمظهر الأول من مظاهر الشخصية (على سبيل المثال المظهر الضعيف الخانع أو المراوغ) ويقوم المريض بتمثيل الدورين بالتبادل و الانتقال من أحد الكرسيين إلى الآخر.

فنية التمرينات الروحانية:التمرينات الروحانية طريقة علاجية تهدف إلى تنقية النفس وتهذيب الضمير والتطابق بين الأقوال والأفعال وتقوية العلاقة بالله ، وقد وجد في العلاج النفسي ، المعالج النفسي الديني وهو الذي يتبع تعاليم دينه ويقتدي بها لتكون معايير التي يحدد بها الصواب والخطأ ومواجهاته التي يعمل بها لحل مشكلة المتعالج، وتتحدد مرجعيات العلاج النفسي الديني في النموذج القرآني والنموذج النبوي وما كتبه علماء المسلمين مثل الإمام أبو حامد الغزالي ومحمد مهدي الفراقي الملقب بـ أبي ذر ، وأحمد بن عبد الرحمن بن قدامة المقدسي والمعروف بابن قدامة.

تقوم فنية التمرينات الروحانية على أسس دينية ونفسية و اجتماعية ، كما يمكن استخدامها في العلاج النفسي الفردي والعلاج النفسي الجماعي والأساس العام الذي تقوم عليه هذه الطريقة أن الإنسان يتكون من الجسد والعقل و الانفعال والروح ولذلك فإن التربية النفسية ينبغي أن تهتم

بالتربية الروحانية وإرشادها الديني السليم، تصلح هذه الطريقة عند علاج اضطرابات انفعالية كالإكتئاب.

التخيل: يستخدم في لمساعدة العملاء على تغيير مشاعرهم غير الملائمة، حيث يقوم العميل بتخيل نفسه وهو يشعر نفس شعوره السلبي وغير الملائم كرد فعل لموقف معين ، ثم يرى نفسه بحيث يغير هذه المشاعر إلى عكسها (أي ايجابية وملائمة) مثل الندم والعزم على تغيير السلوك، أو أن يتخيل العميل موقفا غير سار ويركز على الأفكار التي بني عليها مشاعره، ثم يقوم بمناقشة الأفكار ويركز على شعوره بعد تركها وتبديلها بأفكار عقلانية .

أسلوب التخيل العقلي العاطفي: أسلوب معرفي آخر يستند إلى نظرية العلاج العقلي العاطفي ويهدف إلى مساعدة الأفراد على التعامل الفعال مع مشكلاتهم الحياتية من خلال محاولة إكسابهم مجموعة من المهارات المعرفية في التفكير العقلاني عند مواجهة مواقف المشكلات ويتفق أسلوب التخيل العقلي العاطفي مع العلاج العقلي العاطفي في الافتراض بأن أسباب المشكلات التي يواجهها الفرد تكمن في تلك الأفكار والصور التخيلية التي تكون الطابع الخاص لإطاره المعرفي .

من خلال هذا الأسلوب يحاول المعالج القيام بعدد من الإجراءات مع تشديده مرة أخرى على أن هدف الأسلوب هو مساعدة المتعالج على تجميع أكبر قدر ممكن من المعتقدات العقلانية وجعلها من أجزاء النظام المعرفي لديه .

أسلوب التخيل العقلي العاطفي يستند على افتراض قدرة الإنسان على تخيل مواقف إيجابية أو سلبية مريحة أو مزعجة، وبالتالي نرى أن الأفراد المتميزين بتدني قدرتهم التخيلية على التكيف مع الضغط النفسي قد يبرعون في استخدام قدراتهم التخيلية في إزعاج أنفسهم وتخيل مواقف

الفشل والإحباط، وهذا ما يؤدي على الفشل الفعلي للأفراد في التوافق مع تلك المواقف وعلى الجهة الأخرى يمكن استخدام تلك القدرات التخيلية في مساعدة أنفسنا لزيادة قدراتنا التوافقية مع مواقف الضغط النفسي والتوتر.

ومن خلال الخبرات العملية يكون أسلوب التخيل هذا فعالا مع المتعالج القادر على التخيل بشكل جيد، مقارنة بالمتعالج ذو القدرات المتدنية للتخيل.

استخدام الحوار السقراطي استخدام الأسئلة:

يستخدم العلاج المعرفي الحوار السقراطي حيث يتم من خلاله توجيه الأسئلة من جانب المعالج للمريض وتتعلق تلك الأسئلة عادة بالأفكار التلقائية السلبية والمختلة وظيفيا لدى المريض وتعمل مثل هذه الأسئلة على حث المريض على التفكير بنفسه وليس مجرد قبول وجه نظر المعالج .

ويمثل استخدام الأسئلة إحدى المهارات التي تميز العلاج المعرفي وهي ذات أهمية حيث من خلالها يقوم المعالج بمساعدة المريض على تحديد أفكاره السلبية وفحصها واكتشاف مدى صحة هذه الأفكار والاعتقادات السلبية لدى المريض، وتهدف الأسئلة التي يقوم عليها الحوار السقراطي إلى تحديد المشكلة والتعرف على الأفكار والمعاني السلبية لدى المريض، وفحصها وتقديم الأدلة التي تتفق معها أو التي تخالفها وتقدير النتائج التي يمكن أن تنتج عن الاحتفاظ بالأفكار السلبية، ولا تستخدم هذه الأسئلة التي يطرحها المعالج على المريض بهدف تقييم الأفكار التلقائية السلبية والتي تقف خلف الاضطراب الانفعالي كمصيدة للمرضى أو لمهاجمتهم وإنما تساعد على اكتشاف الأفكار والافتراضات والمعاني السلبية لدى المريض .

جداول الأنشطة : وهي عبارة عن أنشطة يومية يطلب المعالج من المريض أن يقوم بها كل ساعة خلال اليوم، على أن تكون هذه الأنشطة متدرجة من حيث مستوى ومقدار الصعوبة بحيث يبدأ المريض بممارسة الأنشطة الأسهل ثم يتدرج على الأنشطة الصعبة ، وهذه الأنشطة غالبا ما تكون هادفة ومخططة من جانب المعالج والمريض فمن خلال استخدام جداول الأنشطة اليومية أو الأسبوعية يتم الحصول على تفسير كيف يقضى المريض أوقاته ، وقد تعطي هذه الأنشطة كواجب منزلي حيث يطلب المعالج من المرضى تعبئة استمارة جدول النشاط وتكملته كواجب منزلي، فالمريض عندما يملئ استمارة جدول النشاط ربما يزيد النشاط لديه لأنه يحصل على تغذية رجعية فورية لما يقوم به من نشاط، ويتم مناقشته هذه الأنشطة بين المعالج والمريض، وغالبا يتم استخدام جداول الأنشطة المعالجة التردد وعدم الحسم لدى مرضى الاكتئاب ، فكثيرا ما يجد مرضى الاكتئاب بسبب فقدان الثقة بالنفس صعوبة في تقرير الكيفية التي تكون أفضل في تنظيم الوقت لديهم أو كيفية وضع الأولويات وبالتالي يصلون إلى التردد وعدم الحسم ويلومون أنفسهم عليه وقد ينسحبون اجتماعيا اعتقادا منهم أن النشاط والتفاعل الاجتماعي ليس له قيمة أو هدف.

أسلوب المخطوطة: من فنيات التدريب التوكيدي، ويساعد هذا الأسلوب على التعبير عن المشاعر دون التسبب بالامتناع أو الاستياء من قبل الآخرين.

أسلوب الاستبصار: حيث يطلب من المتعالج أن يتعرف على أخطائه وأن يتعلم أساليب أخرى بديلة أكثر ملائمة، كذلك يصاحب ذلك الإيحاء القوي الذي يستهدف تخليص المتعالج من أنماط سلوكية قديمة وأن يتبنى المعايير التي يقترحها له المعالج .

فن المباحثات: أسلوب من أساليب توكيد الذات التركيز في هذا الأسلوب على تدريب الفرد على فن المباحث، وبالذات للتعامل مع الصعوبات التي تواجه الفرد يوميا. الاسطوانة المشروخة: وتعني إعادة الحديث حول الفكرة الأصلية وتكرار ذلك أكثر من مرة، ففي الحالات التي يقاطعك شخص ويعترض على ما تقول قبل أن تنتهي كلامك أو توضح فكرتك، انتظر حتى ينتهي الشخص الذي يقاطعك من الحديث، وعندئذ تجاهل تماما ما قاله واستأنف توضيح فكرتك الأصلية باستخدام عبارات مثل:

هذا صحيح..... ولكن الموضوع الذي أريد مناقشته هو..... إن القضية الأساسية هي..... يمكن هذا الأسلوب من الإحساس الهادئ عند مواجهة المناقشات غير الملائمة، وتجاهل الدخول في المتاهات الجانبية التي تبعدك عن الموضوع الأصلي الذي تريد.

وقف الأفكار (Thought Stop) وهذا الأسلوب اقترحه باين (Bain) وروج له وولبي، وفي هذا الأسلوب يطلب من العميل أن يغمض عينيه وأن ينخرط في أفكاره غير المرغوبة ثم يصرخ المرشد بصوت عال قف ويؤدي ذلك بالعميل إلى وقف الأفكار غير المرغوبة، ويكرر ذلك مرة أخرى، ثم يطلب من العميل أن يقوم بذلك بنفسه بصوت عال وأن يكرر ذلك في المنزل.

أسلوب التخيلات العقلية والانفعالية: حيث يطلب من العميل أن يتخيل نفسه في موقف الانفعال المؤلم، فإذا فعل ذلك فإن المرشد يطلب منه أن يتخيل نفسه وقد غير من هذا الانفعال إلى انفعال أقل في المستوى منه، وفي كل مرة يسأله المرشد عن شعوره، ثم يعود فيطلب منه أن يحدث نفسه بعبارات تخفف من انفعاله، وبعد ذلك يطلب منه المعالج أن يكرر ذلك التخيل الانفعالي العقلاني لمدة أسبوع أو أكثر، ويسمى هذا الأسلوب بالاسترخاء التخيلي الذاتي الموجه Self guided imagery relaxation ويقصد به مساعدة العميل على تخيل أصعب المواقف التي مر بها مع أصعب الأشخاص الذين تعامل معهم في حياتها وظهار مشاعره السلبية حول هذه المواقف وهذا الشخص وكأنه يعيش فعلا مع ذلك الشخص في ذلك الموقف أثناء تخيله

هذا معبرا عن كل اضطراباته الانفعالية بسببها ثم يطلب مه أن يغير هذه المشاعر ويستبدلها بأخرى أقل حدة ليهدأ ثم يسأله عما فعله لتهدئة نفسه حتى وصل إلى هذه الحالة الأقل توترا مما كان عليه في بداية استرخائه التخيلي.

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 يحويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه، هو السبب في تفاعله المضطرب. ولهذا يعتمد المعالج المعرفي السلوكي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث، والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه، خاصة المواقف التي تستثير القلق والاكتئاب.

ملحق رقم (16)

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

شعبة علم النفس.

الموضوع: طلب تحكيم برنامج علاجي.

في إطار التحضير لمذكرة دكتوراه تحت عنوان "فعالية تصميم برنامج علاجي انتقائي متعدد النماذج للتخفيف من الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة".

الأستاذ المحترم يسرنا أن تقوموا بإبداء ملاحظاتكم وتوجيهاتكم من خلال تحكيمكم لمحتوى البرنامج أدناه ملاحظاتكم وتوجيهاتكم تهمننا.

شكرا مسبقا.

تحت إشراف:

الطالبة :

الأستاذ نور الدين جبالي.

وردة يحياوي.

الإمضاء	غير موافق	موافق	الدرجة العلمية	المحكم

تمهيد:

يعد الاكتئاب اضطراب العصر، وهو اضطراب وجداني يتسم بالشعور بالحزن واليأس الشديدين انه الاضطراب الوجداني الانفعالي الذي قد تكون عواقبه وخيمة، فقد يؤدي صاحبه الى الإدمان أو الانحراف أو حتى الانتحار. لذا فان من اولويات الصحة هو محاولة تدارك ما يمكن تداركه خصوصا اذا مس هذا الاضطراب الفرد في مرحلة المراهقة التي تعدّ من أهم مراحل الحياة، اذ تكتمل فيها شخصية الانسان وهويته، وفيها ينتقل من طور الطفولة الى النضج والبلوغ حتى يصبح فردا صالحا ونافعا في المجتمع ، لذا كانت من اولويات العلاج النفسي بناء برامج علاجية للتخفيف من حدة هذا الاضطراب لدى افراد هذه الشريحة العمرية.

ولما كانت المدارس العلاجية متنوعة وكذلك تقنيات العلاج النفسي فقد نشأ ما يعرف بالعلاج النفسي متعدد النماذج على يد (ارنولد لازاروس) وهو عبارة عن محاولة جادة للاستفادة قدر الامكان من تقنيات مختلف المدارس العلاجية لخدمة المريض وحل مشكلاته ومعالجة جميع اجزاء شخصيته التي تكون قد اصبحت جراء الاضطراب النفسي .

ويعدّ العلاج النفسي متعدد النماذج Multimodal psychotherapy طريقة حديثة للتدخل العلاجي الذي يهدف الى تناول جميع ابعاد الشخصية بالاصلاح لذا فانه من المحتمل ان تقل نسبة الانتكاسة لدى الافراد الذين يخضعون لمثل هذا النوع من العلاجات النفسية.

ومن وجهة نظر ارنولد لازاروس فان العلاج متعدد النماذج يعدّ كذلك من التدخلات العلاجية ذات الفائدة الكبيرة نظرا لانه يتعامل مع اغلب جوانب الشخصية التي قد تكون بالضرورة قد أثرت بشكل او بآخر من جراء الاضطراب النفسي، وقد قام لازاروس في اعماله بتقسيم الشخصية الى سبعة ابعاد كالتالي:

البعد السلوكي (B) البعد الانفعالي (A) البعد الحسي (S) البعد التخيلي (I) البعد المعرفي (C) البعد العلائقي (I) البعد البيولوجي (D) ومن خلال تشخيص كل جانب وعلاج الاضطرابات التي يعاني منها نكون قد تناولنا الشخصية من منظور متعدد النماذج وهذا ما يميز اعمال لازاروس. فضلا عن أنه انه لم ينتقد باستخدام تقنية معينة دون اخرى ولم يتعصب

الى وجهة نظر معينة في تفسير الاضطراب النفسي او علاجه بل انه كان منفتحا على كل النظريات بما تحتويه من تقنيات طالما انها تخدم المريض وتخلصه من معاناته.

يبدأ العلاج أساساً من خلال التحليل الوظيفي لسلوك المريض وشخصيته من خلال

الصيغة

BASIC ID ومن ثم يقوم المعالج بتشخيص المشكلات التي يعانيها هذا المريض الامر الذي

يساعد في وضع خطة للتدخل العلاجي الامثل لمشكلاته. هذه الخطة التي من المفترض ان

تضم مجموعة من التقنيات المتنوعة التي تتناسب وشخصية العميل من جهة، وطبيعة

المشكلات التي يعانيها من جهة اخرى.

ويعد الاكتئاب اضطرابا نموذجيا تظهر فيه هذه الفكرة بشكل جلي اذ ان جميع جوانب

الشخصية تتأثر بشكل ملفت للانتباه جراء الاصابة به. والبرنامج التالي هو محاولة من طرف

الطالبة جاءت بعد التحليل السلوكي لمشكلات عينة من المراهقات المكتئبات وتمّ بموجبه وضع

خطة علاجية.

عنوان البرنامج: برنامج علاجي انتقائي متعدد النماذج للتخفيف من شدة الاكتئاب لدى

المراهقة المتمدرسة.

الهدف العام : التخفيف من شدة الاكتئاب لدى المراهقة من خلال تصميم برنامج علاجي

انتقائي متعدد النماذج .

الأهداف الجزئية:

- تعديل الأفكار اللاعقلانية المسببة للاكتئاب لدى المراهقة.

- التقليل من درجة الشعور باليأس لدى المراهقة.

- الرفع من درجة تقدير الذات لدى المراهقة.

- الرفع من درجة السلوك التوكيدي لدى المراهقة.

- التقليل من نسبة حدوث الانتكاسة بعد عملية العلاج.

مدة البرنامج: 8 اسابيع.

تواتر الجلسات: جلستان أسبوعيا.

عدد الجلسات: 16 جلسة جماعية.

التقنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج:

- مجموعة من التقنيات المعرفية السلوكية والانفعالية التي تم انتقائها من مختلف توجهات العلاج النفسي (التحليلي، السلوكي، العلاج المتمركز حول العميل، العلاج المعرفي، العلاج الجشطالتي) بما يتلاءم ومشكلات العميل ويخدم مصلحته وما يحقق أهداف البرنامج العلاجي المعدّ .

ترتيب الجلسات الإرشادية:

تم ترتيب الجلسات على النحو الآتي:

جلسات تعديل الأفكار اللاعقلانية. (البعد المعرفي)

جلسات التدريب على السلوك التوكيدي. (البعد العلائقي والسلوكي)

جلسات التخفيف من درجة الشعور باليأس. (البعد الوجداني)

جلسات الرفع من درجة تقدير الذات. (البعد المعرفي)

استمارة تقييم الجلسات:

- توزع على المجموعة نهاية كل جلسة بغية تلقي التغذية الراجعة.

تقييم البرنامج: التقييم البعدي والتقييم التتبعي .

تحديد المصطلحات:

العلاج الانتقائي متعدد النماذج (لأرنولد لازاروس): يعدّ من الأساليب العلاجية الشاملة والمنظمة، وهو منهج متكامل في العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy (CBT) طوره لازاروس (Lazarus) ويشتمل هذا الأسلوب من خلال الأحرف الأساسية للصيغة BASIC ID والذي يشير إلى أن محتوى تعقد شخصية الفرد تنقسم إلى سبعة أجزاء رئيسية التي قسمها ارنولد لازاروس على النحو الآتي: (البعد السلوكي، البعد الوجداني، البعد الحسي، البعد التخيلي، البعد المعرفي، البعد العلائقي، البعد البيولوجي) التي عبّر عنها بالصيغة BASIC ID.

الانتقائية التقنية Technical eclecticism: تتضمن استخدام التقنيات المستمدة من التوجهات النظرية المختلفة للعلاج النفسي على أساس أن كل منها قد أثبت فاعليته العلاجية، وذلك بما يتلاءم مع مشكلات المريض و أهداف المعالج.

الصيغة BASIC ID:

B (Behavior): البعد السلوكي .

A (Affect): البعد الانفعالي الوجداني.

S (Sensation): البعد الحسي .

I (Imagery): البعد التخيلي.

C (Cognition): البعد المعرفي .

I (Int Relationship): بعد العلاقات البيئشخصية.

D (Drugs): بعد العقاقير .

برتوكول البرنامج العلاجي الانتقائي متعدد النماذج:

عنوان البرنامج: برنامج علاجي انتقائي متعدد النماذج .

الهدف : التخفيف من شدة الاكتئاب لدى أفراد العينة المستهدفة.

طبيعته: انتقائي متعدد النماذج جماعي.

نظريته: نموذج لرنولد لازاروس.

عدد الجلسات: 16 جلسة.

تواتر الجلسات: جلستان أسبوعيا.

مدة الجلسة: من 45 إلى 120 دقيقة (حسب محتوى الجلسات).

مدة المتابعة: ثماني أسابيع.

حجم الجماعة العلاجية: 10 مراهقات تمَّ انتقاءهن من العينة الاساسييةا على ارتفاع درجاتهن على مقياس بيك للاكتئاب بعد أخذ موافقتهن على الانخراط في البرنامج العلاجي المقترح).

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

محتوى الجلسات:

الجلسة الأولى (01): التمهيدية

عنوان الجلسة: التعريف بالبرنامج العلاجي وبناء العلاقة العلاجية.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: تهيئة المشاركين للبرنامج ولنظام الجلسات.

الأهداف الجزئية:

- التعرف وتعريف الأفراد المشاركين في البرنامج بعضهم ببعض.
- عرض فكرة البرنامج وشرح أهدافه وتوضيح أهميته والمواقف التي يحتوي عليها البرنامج والأسلوب العلاجي المستخدم وتحديد عدد الجلسات ومدة كل جلسة.
- التأكيد على ضرورة الالتزام والحضور واحترام مواعيد جلسات البرنامج.
- مناقشة معنى العلاقة العلاجية.

- مناقشة مبدأ السرية.
- مناقشة سرية الأحاديث الجماعية.
- شرح أهداف البرنامج بلغة بسيطة ومفهومة.
- التعود على مكان إجراء الجلسات.

فنيات الجلسة:

الأسلوب المستخدم: المحاضرة، المناقشة الجماعية.

الأدوات المستخدمة:

- السبورة.
- العقد العلاجي.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

المناقشة الجماعية للجلسة .

الواجب المنزلي: من وجهة نظرك ما هو الاكتئاب؟

- توزيع استمارة تقييم الجلسة ، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

إنهاء الجلسة: تلخيص لما دار خلال الجلسة تحديد موعد الجلسة القادمة.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة

			في الجلسة.
			الواجب المنزلي

الجلسة الثانية (02) :

عنوان الجلسة: معنى الاكتئاب.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة.

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

الهدف العام للجلسة: تعريف أفراد العينة بالاكتئاب.

الأهداف الجزئية للجلسة:

- تقديم معلومات عن الاكتئاب لأفراد العينة .
- تعريف أفراد العينة بأسباب الاكتئاب .
- تعريف أفراد العينة بأعراض الاكتئاب .
- علاقة الاكتئاب بالأفكار اللاعقلانية، تقدير الذات، بالسلوك التوكيدي، بالشعور باليأس.

فنيات الجلسة:

- المحاضرة والمناقشة الجماعية.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأدوات: السبورة.

الواجب المنزلي: تدوين أهم الأفكار التي تسبب الانفعالات السلبية.

المناقشة الجماعية للجلسة .

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة .
			الواجب المنزلي

الجلسة الثالثة (03):

عنوان الجلسة: الاسترخاء.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

أهداف الجلسة:

الهدف العام: التدريب على بعض مهارات الاسترخاء.

الأهداف الجزئية:

- التمييز ما بين الاسترخاء وحالة النوم.
- تعلم التنفس العميق بطريقة (4-2-8).
- التدرب على إرخاء العضلات.
- التعرف على العلاقة بين العقل و الروح.
- التدرب على التحكم في الاستجابات الجسمية في حالة الانفعال. (ضربات القلب، الارتعاش، التوتر ...) عن طريق التنفس.
- التدرب على التركيز على الأفكار.
- التخفيف من التوتر.

فنيات الجلسة:

- تمرين الاسترخاء العضلي التدريجي Progressive muscle relaxation طريقة

جاكوبسون (Roman Jackobson).

- عرض فيديو عن طريقة جاكوبسون في الاسترخاء.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الواجب المنزلي:

- تطبيق التقنيات المتعلمة في المنزل (ممارسة الاسترخاء 15 دقيقة يوميا).

- مراقبة وتسجيل المواقف والأفكار التي تسبق الانفعالات غير السارة. (تمهيد للجلسة التالية - تعديل الأفكار اللاعقلانية -)

المناقشة الجماعية للجلسة .

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة .
			الواجب المنزلي

الجلسة الرابعة (04) : جلسات تعديل الأفكار اللاعقلانية.

عنوان الجلسة: حلقة الأفكار والانفعال والسلوك.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. (مراقبة وتسجيل المواقف والأفكار التي تسبق

الانفعالات غير السارة)

أهداف الجلسة :

الهدف العام: تعديل الأفكار اللاعقلانية المسببة للانفعالات غير السارة (الاكتئاب) لدى أفراد العينة.

الأهداف الجزئية:

- شرح العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك.
- التعرف على الأفكار العقلانية والأفكار اللاعقلانية والتمييز بينهما (خصائصها).
- مناقشة الأفكار اللاعقلانية.

فنيات الجلسة :

- المحاضرة والمناقشة الجماعية.
- الاسترخاء.

مدة الجلسة: 60 دقيقة .

الواجب المنزلي:

- مراقبة الأفكار اللاعقلانية والمشاعر الناتجة عنها و تسجيلها . (توزيع جدول بهذا الخصوص)
- ممارسة ما تم تناوله بخصوص التعرف على الأفكار اللاعقلانية في الحياة اليومية .

المناقشة الجماعية للجلسة .

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة

			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة .
			الواجب المنزلي

الجلسة الخامسة (05): متابعة جلسات تعديل الأفكار اللاعقلانية.

عنوان الجلسة: كيف أراقب أفكاري؟

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: تعديل الأفكار اللاعقلانية.

الأهداف الجزئية:

- التدرب على مراقبة الأفكار التي تسبق الانفعالات غير السارة.
- التدرب على دحض الأفكار اللاعقلانية.

فنيات الجلسة:

- تمرين الاسترخاء.
- الحوار السقراطي.
- مراقبة الحوار الذاتي الداخلي.
- اسلوب لعب الدور.
- اسلوب التخيل الانفعالي العقلاني أو الاسترخاء التخيلي الذاتي الموجه Self guided imagery relaxation.
- اسلوب التعريض التخيلي Exposure Technique

- أسلوب وقف الأفكار (Thought Stop).

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الأدوات المستخدمة:

- السبورة.

- جهاز عرض البيانات.

الواجب المنزلي: تطبيق ما تم تناوله في الجلسة في الحياة اليومية.

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة .
			الواجب المنزلي

الجلسة السادسة (06): متابعة جلسات تعديل الأفكار اللاعقلانية.

عنوان الجلسة: أنا الذي أتحكم في أفكاري.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة:

أهداف الجلسة:

الهدف العام: تعديل الأفكار اللاعقلانية.

الأهداف الجزئية:

- التدرّب على وقف التفكير السلبي.
- التدرّب على استبدال الأفكار غير العقلانية بأفكار عقلانية.

فنيات الجلسة:

- الاسترخاء.
- الحوار السقراطي.
- وقف التفكير السلبي.
- لعب الأدوار.
- أسلوب التخيل الانفعالي العقلاني أو الاسترخاء التخيلي الذاتي الموجه Self guided imagery relaxation.
- أسلوب التعريض التخيلي Exposure Technique

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الواجب المنزلي: تحديد المواقف التي تشعر فيها بعدم القدرة على إثبات نفسك أمام الآخرين.
(مدخل للجلسة التالية - التدريب على السلوك التوكيدي -)

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في

			الجلسة.
			الواجب المنزلي

الجلسة السابعة (07): جلسات التدريب التوكيدي.

عنوان الجلسة: لن اخجل من قول "لا"

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة.

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: الرفع من درجة السلوك التوكيدي.

الأهداف الجزئية:

- تعريف أفراد العينة بمفهوم السلوك التوكيدي.
- التمييز بين السلوك التوكيدي وكل من العدوان والخضوع .

فنيات الجلسة:

- المحاضرة والمناقشة الجماعية.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة

			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة .
			الواجب المنزلي

الجلسة الثامنة (08): متابعة جلسات التدريب التوكيدي .

عنوان الجلسة: سأحمي حقوقي .

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: الرفع من درجة السلوك التوكيدي .

الأهداف الجزئية: إكتساب المراهقة مجموعة من السلوكات التوكيدية:

- زيادة القدرة على التعبير والإفصاح عن المشاعر السلبية والمشاعر الايجابية (إكتساب مهارة الإفصاح عن الذات).
- إكتساب مهارة الانفتاح على خبرات الآخرين .

فنيات الجلسة:

- الاسترخاء
- التخيل .
- التفريغ الانفعالي .
- لعب الأدوار .
- قلب الدور .
- اسلوب المخطوطة .

- أسلوب الاستبصار .
- أسلوب الحوار الايجابي مع الذات .
- الكرسي الفارغ .

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

الواجب المنزلي: ممارسة السلوكات التوكيدية في مواقف الحياة اليومية مع تدوين هذه المواقف وتسجيل الافكار والمشاعر المرافقة لها .

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة .
			الواجب المنزلي

الجلسة التاسعة (09): متابعة جلسات التدريب التوكيدي.

عنوان الجلسة: أستطيع أن اتخذ القرار.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة .

أهداف الجلسة :

الهدف العام: الرفع من درجة السلوك التوكيدي.

الأهداف الجزئية: إكتساب المراهقة مجموعة من السلوكيات التوكيدية:

- إكتساب مهارة رفض المطالب غير المقبولة .
- إكتساب مهارة الاستفادة من سبل المساعدة الخارجية (المساندة الاجتماعية).
- التدريب على التفاوض.
- تحمل المسؤولية.

فنيات الجلسة:

- المحاضرة.
- مشاهدة فيديو (السوك التوكيدي).
- الاسترخاء
- السيكودراما.
- التقليد و النمذجة.
- أسلوب التصعيد.
- أسلوب الاسطوانة المشروخة.
- أسلوب المخطوطة.
- فن المباحثات.
- أسلوب الإصرار على الموقف.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

الأدوات المستخدمة:

- جهاز عرض البيانات (Data Show Projector).
- السبورة.

الواجب المنزلي:

- ممارسة إحدى التقنيات المتعلمة في الحياة اليومية مع تسجيل المشاعر والأفكار والسلوكيات الناتجة عن استخدامها.

- واجب منزلي تعديل الاتجاه نحو الحاضر (كيف تبدو لك الحياة كيف يبدو لك حاضرك ووضعتك الراهن؟)

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة
			الواجب المنزلي

الجلسة العاشرة (10): جلسات التخفيف من الشعور باليأس.

عنوان الجلسة: لا يأس مع الحياة ولا حياة مع اليأس.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة .

أهداف الجلسة :

الهدف العام: التخفيف من درجة الشعور باليأس.

الأهداف الثانوية:

- تعديل الاتجاه السلبي نحو الذات (من خلال جلسات الرفع من تقدير الذات).

- تعديل الاتجاه السلبي نحو الحاضر.

فنيات الجلسة:

- الاستغفار، الذكر، الصلاة، التسبيح "ألا بذكر الله تطمئن القلوب".
- الإفصاح عن المشاعر التنفيس أو التفريغ الانفعالي.
- التصريح بالمخاوف والإعلان عنها.
- التدرب على كيفية تلقي المساعدة الاجتماعية. (التدريب التوكيدي).
- قطع الروابط مع المواقف التي تسبب اليأس.
- الانهماك في أنشطة متنوعة (الأنشطة السارة).

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الواجب المنزلي:

- دون أهم الخبرات المؤلمة التي مررت بها في الماضي ثم (استخرج الذهب - أهم ما تعلمه من التجارب السابقة -).
- دون أهم الخبرات الناجحة في حياتك.
- قراءة كتاب أو مطبوعة مع كتابة الأمور المتعلمة.
- اختيار أحد الأنشطة السارة و ممارستها.

التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة.
			الواجب المنزلي

الجلسات الحادية عشرة (11): متابعة جلسات التخفيف من الشعور باليأس.

عنوان الجلسة: استخراج الذهب.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة.

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: التخفيف من درجة الشعور باليأس.

الأهداف الجزئية:

- تعديل النظرة السلبية للماضي باعتباره مجموعة من الخبرات التي يجب أن نستفيد منها.

فنيات الجلسة:

- الاسترخاء.

- الاستبصار.

- التخيل.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الواجب المنزلي:

- دون جميع أحلامك (قائمة الأحلام - الأهداف -).

- دون أهم الخبرات الناجحة في حياتك.

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة

			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة .
			الواجب المنزلي

الجلسة الثانية عشرة (12): متابعة جلسات التخفيف من الشعور باليأس.

عنوان الجلسة: أنا اصنع مستقبلي.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة.

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة :

الهدف العام: التخفيف من درجة الشعور باليأس.

الأهداف الجزئية:

- تعديل الاتجاه نحو المستقبل .

فنيات الجلسة:

- الاسترخاء.

- التخيل.

- الحوار الداخلي الايجابي.

- السيكودراما.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الواجب المنزلي:

- تأليف مسرحية جماعية وتوزيع الأدوار (عمل جماعي).

- تمرين (من أنا ؟ وكيف يراني الآخرون؟)

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة.
			الواجب المنزلي

الجلسة الثالثة عشر (13): جلسات الرفع من درجة تقدير الذات .

عنوان الجلسة: من أنا؟

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: الرفع من درجة التقدير الايجابي للذات.

الأهداف الجزئية:

- التعرف على الفرق بين الذات المثالية، الذات الواقعية والذات الاجتماعية .
- إدراك القدرات.
- الانتباه للحوار الداخلي مع الذات .
- التعرف على صورة الجسم.
- التدريب على الانتباه للحوار الداخلي السلبي مع الذات واستبداله بآخر ايجابي.

- التدرّب على التعبير عن مشاعر الاستياء والتقدير .
- التدرّب على تجنب كبت المشاعر السيئة والتصريح بها . (سلوك توكيدي).

فنيات الجلسة:

- المحاضرة والمناقشة الجماعية.
- الاسترخاء.
- التخيل.
- السيكودراما.
- الكرسي الفارغ.
- التفريغ الانفعالي.
- أسلوب التحصين ضد التوتر (مراقبة الحديث الداخلي - الرقابة الذاتية -)
- الأحاديث الذاتية.
- المكافأة وتعزيز الاستجابات.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

توزيع الواجب المنزلي:

- ضع قائمة بإيجابياتك .
- ضع قائمة بسلبياتك.
- قراءة كتاب أو مطبوعة معينة (العلاج بالقراءة التثقيف).

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة.

التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
---------	-----------	-------	--

			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة .
			الواجب المنزلي

الجلسة الرابعة عشر (14): متابعة جلسات الرفع من درجة تقدير الذات.

عنوان الجلسة: أنا أتقبل نفسي كما هي.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة .

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: الرفع من درجة تقدير الذات لدى المراهقة.

الأهداف الجزئية:

- التوقف عن تصنيف الذات.
- التوقف عن مقارنة الذات بالغير.
- التوقف عن لوم وتأنيب الذات وعقابها.

فنيات الجلسة:

- المحاضرة والمناقشة الجماعية.
- أسلوب وقف الأفكار (Thought Stop).
- لعب الدور.

- التقليد والنمذجة.
- الحوار الايجابي مع الذات.

مدة الجلسة: 90 دقيقة.

الواجب المنزلي: المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة.
			الواجب المنزلي

الجلسة الخامسة عشر (15): متابعة جلسات الرفع من درجة تقدير الذات.

عنوان الجلسة: أنا شخص مميز (فريد).

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة.

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: الرفع من درجة تقدير الذات لدى المراهقة.

الأهداف الجزئية:

- التدرب على تقبل الذات.

- تكوين مفهوم ذات ايجابي.

- اكتساب الثقة بالذات.

فنيات الجلسة:

- تمرين المرآة.

- أسلوب المهام المتدرجة.

- الحوار الذاتي الداخلي الايجابي.

- مشاهدة فيديو عن تقدير الذات.

- تأكيد الذات (السلوك التوكيدي).

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

الواجب المنزلي:

- اختيار احد المهام التي تبدو صعبة بالنسبة للمراة والمراة والقيام بها.

المناقشة الجماعية للجلسة.

توزيع استمارة تقييم الجلسة، التذكير بموعد الجلسة اللاحقة، مع التحفيز لحضورها.

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة.
			الواجب المنزلي

الجلسة السادسة عشر (16): إنهاء البرنامج العلاجي وتقويمه.

التذكير بما ورد في الجلسة السابقة.

مناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة.

أهداف الجلسة:

الهدف العام: تقويم ما تم التوصل إليه من خلال الجلسات السابقة.

الأهداف الثانوية للجلسة:

- تذكير أفراد العينة بما تم تناوله خلال البرنامج العلاجي.
- استقبال التغذية الراجعة من طرف أفراد العينة.
- إجراء القياس البعدي.

فنيات الجلسة:

- المحاضرة والمناقشة الجماعية.

مدة الجلسة: 60 دقيقة.

محتوى الجلسة وإجراءاتها:

- مناقشة ومراجعة البرنامج العلاجي.
- شكر أفراد العينة على مشاركتهم في البرنامج.

توزيع استمارة تقييم البرنامج العلاجي:

إنهاء البرنامج العلاجي.

جلسة تتبعية: لإجراء الاختبار التتبعي.

جدول تحكيم الجلسة (16)

ملاحظات	غير مناسب	مناسب	
---------	-----------	-------	--

			عنوان الجلسة
			أهداف الجلسة
			ترتيب الجلسة
			مدة الجلسة
			التقنيات المستخدمة في الجلسة.
			الواجب المنزلي

الملحق رقم (17):

قائمة الأساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي :

الجامعة	التخصص	الأستاذ	
الحاج لخضر باتنة لجزائر	علم النفس	أ.د جبالي نور الدين	01
محمد خيضر بسكرة لجزائر	علم النفس	د. بلوم محمد	02
محمد خيضر بسكرة لجزائر	علم النفس	د. نحوي عائشة	03
محمد خيضر بسكرة لجزائر	علم النفس	د. بوسنة عبد الوافي زهير	05
بوزريعة 2 لجزائر	علم النفس	د. العبوزوي ربيع	06
محمد خيضر بسكرة لجزائر	علم الاجتماع	د. لابراهيمي الطاهر	07
محمد خيضر بسكرة لجزائر	علوم التربية	د. زابحي اسماعيل	08
بغداد - العراق	علم النفس	د. عادل عبد الرحمن صدّيق الصالحي	09

ملحق رقم: (18)

العقد العلاجي :

أوافق أنا على المشاركة بفاعلية في البرنامج العلاجي، بهدف علاج الاكتئاب وتطوير شخصيتي ، وتشمل هذه الفاعلية حضوري الجلسات كاملة وفي مواعيدها، وتنفيذ ما يطلب مني سواء أثناء الجلسات أو خارجها (مثل الواجبات المنزلية) وان أقوم بالإجابة عن أسئلة الاختبارات أو أي أسئلة أخرى تطرح علي، كما أتعهد بالحفاظ على سرية المعلومات الواردة في الجلسات.

الاسم:

التوقيع:

التاريخ:

ملحق رقم (19):

استمارة تقييم جلسات البرنامج العلاجي.

عزيزتي المشارك في البرنامج العلاجي بهدف التعرف على رأيك في مضمون الجلسات العلاجية وبهدف تحسين الخدمات المقدمة لك في المجموعة نرجو منك الإجابة على الأسئلة التالية .

الاسم :

- ما رأيك في محتوى الجلسة ؟
- ما هي الموضوعات التي أثارت انتباهك خلال الجلسة؟
- هل هناك موضوعات ترغبين في مناقشتها؟
- هل استفدت من موضوعات الجلسة؟
- ما هي الأمور التي لم تعجبك في الجلسة؟
- ما هي الأمور الايجابية في الجلسة ؟
- هل لديك أي اقتراحات لتحسين الجلسات القادمة؟

زمن الجلسة: مناسب طويل: قصير:

محتوى الجلسة: مفهوم: غير مفهوم:

هل تحتاجين إلى جلسة فردية؟ نعم : لا:

