

جامعة وهران -2-



قسم: علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

تخصّص: علم النفس العيادي (الإكلينيكي)

شعبة: وسائل التقصي وتقنيات العلاج في علم النفس الإكلينيكي والباثولوجي

رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي الموسومة بـ:

أثر برنامج علاجي في التخفيف من حدّة الأعراض الإكتئابية لدى
المصابين بالعقم

دراسة عياديّة لعشر حالات

تحت إشراف الأستاذ:

د.منصوري مصطفى

من إعداد الطالب:

بودحوش نصر الدين

أعضاء اللجنة المناقشة:

رئيسا

جامعة وهران -2-

د.مكي محمد

مشرفا ومقررا

جامعة وهران -2-

د.منصوري مصطفى

مناقشا

جامعة وهران -2-

د.بولجراف يحيى

مناقشا

جامعة وهران -2-

د.كبداني خديجة

السنة الجامعية: 2016/2015

شُكْرٌ وَتَقْدِيرٌ

بداية أشكرُ الله سبحانهُ و تعالَى على توفيقه و إعانته لي لأتم هذا البحث.
وبعدهُ أتقدّمُ بعظيم الشُّكرِ و التقديرِ إلى أستاذي الفاضلِ منصورِ مصطفى على صبره وسعة صدره وتوجيهاته و إرشاداته القيّمة طيلة فترة القيام بهذا البحث.
كما أتقدّمُ بالشُّكرِ والعرفانِ إلى أساتذة الأفاضلِ كلِّهم على نصائحهم وتوصياتهم القيّمة وعلى كلِّ ما بذلوه من جهدٍ من أجلِ تدرّيسنا فأسألُ الله عزّوجلَّ أن يجعلَ ذلكَ في موازينِ حسناتهم.
كما يسُرُّني أن أتقدّمُ بخالص الشُّكرِ ووافر الإمتنانِ إلى جميع أفرادِ عينةِ الدِّراسةِ على ثقتهم و صبرهم وتعاونهم، ولا يفوتني أن أتوجّهَ بشُكري إلى زملائي و إلى كلِّ من مدَّ لي يدَ العونِ لإنجازِ هذا العملِ المتواضع.

إِفْدَاءُ

أَهْدِي هَذَا الْعَمَلَ الْمُتَوَاضِعَ الَّذِي أَرَقَّنِي وَأَتَعَبَنِي وَلَوْلَا أَنْ تَدَارَكَنِي اللَّهُ
بِفَيْضِ إِمْتِنَانِهِ وَرَحْمَتِهِ مَا كُنْتُ لِأُتِمَّهُ بَعْدُ.

إِلَى أُمِّي الْعَزِيزَةِ وَأَبِي الْفَاضِلِ رَحْمَةُ اللَّهِ عَلَيْهِمَا رَحْمَةً وَاسِعَةً إِلَى يَوْمِ الدِّينِ،
وَإِلَى مُعَلِّمِي بُوطَرْفَةَ مُصْطَفَى رَحْمَةُ اللَّهِ عَلَيْهِ الَّذِي تَرَكَ فِي أَنْثَرَا جَمِيلًا وَأَحْسَنَ
الظَّنِّ بِي.

وَإِلَى كُلِّ مَنْ عَلَّمَنِي حَرْفًا وَنَصَحَنِي وَ أَرَشَدَنِي إِلَى مَا يَنْفَعُنِي فِي الدُّنْيَا وَ
الْآخِرَةِ، وَ إِلَى جَمِيعِ مَنْ أَرَزَنِي وَقَدَّمَ لِي الدَّعَمَ وَالسَّنَدَ وَالتَّشْجِيعَ .

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة الميدانية إلى التعرف على فاعلية برنامج معرفي سلوكي مختصر في إحداث أثر ملموس وذلك بالتخفيف من حدة الأعراض الإكتئابية لدى عينة من الأزواج يعانون من تأخر الإنجاب (العقم).

حيث إهتمَّ الباحث بتطبيق هذا البرنامج في زمن قياسي قصير على عينة تمَّ إختيارها قصدًا حسب مواصفات معينة تخدم هدف الدراسة، وتتكوّن من (10) حالات مقسمة بالتساوي بين الذكور والإناث وأستخدم مقياس قائمة بيك الثانية (Beck) BDI-2 للإكتئاب، وللتحقّق من فرضيات الدراسة كان الإجراء المنهجي يعتمد على التصميم التالي:

1- مرحلة القياس القبلي.

2- مرحلة التّدخل العلاجي.

3- مرحلة القياس البعدي.

وقد توصلت الدراسة إلى ما يلي:

- العلاج النفسي المختصر المعرفي السلوكي له أثر فعّال في التخفيف من حدة الأعراض الإكتئابية لدى المصابين بالعقم.

- لهذا البرنامج أثر واضح في تخفيف حدة الأعراض الإكتئابية لدى أفراد العينة من كلا الجنسين.

- لهذا البرنامج أثر واضح في تعديل الأفكار السلبية نحو الذات و المستقبل و المحيط لدى المكتئبين المصابين بالعقم.

آخيرا نستخلص أنّ هذه المقاربة في التّدخل العلاجي المستخدم إنطلاقا من العلاج النفسي المعرفي السلوكي المختصر له فاعلية في التّخفيف من حدّة الأعراض الإكتئابية لدى المصابين بالعقم.

الكلمات المفتاحية: برنامج علاجي نفسي، برنامج علاجي معرفي سلوكي مختصر، الأعراض الإكتئابية، الإكتئاب النفسي، العقم(تأخر الإنجاب)، الأزواج(رجال ونساء).

Abstract:

ترجمة ملخص الدراسة إلى اللغة الإنجليزية

The influence of a treatment program to reduce the severity of depression symptoms of infertility's patients.

This field study is aimed to identify the effectiveness of a briefed behavioural cognitive program conduct in the events of a tangible impact in the alleviation of the depression symptom among a sample of couples suffering from reproductive delayed (infertility).

The researcher applies this program in a very limited period of time on specified candidates of couples that serve the objective of this study.

It consists of (10) Cases of divided equally between males and females by use the Beak list BDI 2 of depression.

To verify and ensure the hypotheses of the study, it was based on the following design:

- 1) Stage a tribal measurement.
- 2) Stage of remedial intervention.
- 3) Stage dimensional measurement.

The Study resulted ad following:

- ✓ The chosen psychiatric treatment behavioural knowledge has a role in the alleviation of depression symptoms to infertile.
- ✓ This program had a clear impact in alleviating the depression symptoms among the members of the same gender.

- ✓ This program have a clear influence in adapting and changing the negative thoughts towards oneself, the future and surroundings of the depressed infertile.

Finally, we conclude from this study, the therapeutic intervention used from the briefed psychological behavioural cognitive treatment affect in alleviating the depression symptoms of the infertility's patients.

Keywords : the treatment psychological program, a briefed behavioural cognitive treatment program, depression symptoms, depression, infertility or reproductive delayed (infertility). couples (males and females).

Résumé de l'étude

ترجمة ملخص الدراسة إلى اللغة الفرنسية

L'impact de l'efficacité d'un programme de traitement pour me soulager des soldes des symptômes dépressifs chez les mariés infertiles.

Cette étude sur le terrain vise à reconnaître l'efficacité du bref programme comportemental pour avoir un impact significatif et l'atténuation des symptômes chez un échantillon de couples souffrent de la maternité tardive (infertilité).

Lorsque le chercheur est intéressé par l'application de ce programme en un temps record à court sur l'échantillon qui a été sélectionné en fonction de certaines spécifications.

L'objectif est constitué de 10 études de cas répartis également entre les hommes et les femmes, et d'utiliser le Beck échelle de la dépression comme un outil de mesure dans l'étude et d'étudier les hypothèses de cette étude basée sur la conception suivante :

- 1)- phase de mesure tribale.
- 2)- phase d'intervention thérapeutique (le programme).
- 3)- phase de mesure dimensionnelle.

L'étude était d'avoir atteint le plan suivant

- ✓ _ Cognition-comportementale psychothérapie manuelle d'une influence efficace pour soulager les symptômes dépressifs soldes chez les couples infertiles.

- ✓ _ Ce programme est un impact clair pour soulager les symptômes dépressifs chez l'échantillon des deux sexes.
- ✓ _ Ce programme est un impact clair à modifier les pensées négatives sur soi-même et l'avenir et l'environnement des couples infertiles.
- ✓ _ Et enfin, nous concluons que cette comparaison dans l'intervention thérapeutique psychologique de son efficacité pour soulager les symptômes dépressifs qui équilibrent l'époux infertile.

Mots-clés : un programme de traitement, Cognition-comportementale psychothérapie(bref programme) , les symptômes dépressifs, la dépression, les mariés infertiles (hommes et femmes), la maternité tardive (infertilité).

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
أ	شكر وتقدير
ب	إهداء
ت	ملخص الدراسة باللغة العربية
ث	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
ج	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
ذ	فهرس المحتويات
ص	فهرس الجداول
ط	قائمة الملاحق
1	مقدمة
	الجانب النظري
	الفصل الأول: <u>مشكلة الدراسة وإِعتباراتِها</u>
6	تمهيد
6	1- إشكالية الدراسة.
10	2- فرضيات الدراسة.
11	3- أهداف البحث.
11	4- دواعي وأسباب إختيار هذا الموضوع
12	5- أهمية الدراسة
12	6- أدوات البحث.
13	7- منهج البحث
13	8- حدود الدراسة
14	9- المصطلحات الأساسية للدراسة

15	10- الدراسات السابقة
	<u>الفصل الثاني: العقم وميكانيزماته</u>
23	تمهيد
23	1- مشروعية طلب الولد.
25	2- ماهية المرض.
26	3- العقم.
27	4- الحمل.
27	- الإخصاب والتلقيح
28	- العوامل المؤثرة في الحمل
29	5- أنواع العقم.
30	6- الأجهزة المساعدة على الحمل.
34	7- اتيولوجية العقم.
38	8- تشخيص العقم.
41	9- الخلفيات الذهنية وتأثيرها على المصابين بالعقم.
43	10- العلاج.
45	خلاصة الفصل.
	<u>الفصل الثالث: ماهية الإكتئاب</u>
47	تمهيد
	1- الصّحة النفسية والإضطرابات السيكولوجية.
47	- معناها وتعريفها.
48	- أعراض المرض النفسي.
50	- وظيفة الأعراض.
50	- أسباب الأمراض النفسية.
51	- مميزات شخصية العصابي.
	2- الإكتئاب النفسي.

51	- تعريفه و نسبة إنتشاره.
54	- الفرق بين حالة وسمة الإكتئاب وبين الحزن والإكتئاب.
55	- مظاهره وأسبابه.
71	- بروفييل الشخصية الإكتئابية.
72	- سيكوباتولوجية الإكتئاب لدى الشخصية المغاربية.
72	- النظريات المفسرة للإكتئاب.
78	- ميكانيزمات الإكتئاب الدفاعية.
78	- تشخيص الإكتئاب.
83	- علاقة اليأس وتقدير الذات بالإكتئاب.
87	- قياس الإكتئاب.
89	- علاجه.
92	خلاصة الفصل
	الفصل الرابع: <u>العلاج المعرفي السلوكي</u>
94	تمهيد
94	1- الفلسفة التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي.
97	2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي.
98	3- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.
99	4- خصائص العلاج المعرفي السلوكي.
100	5- مركزية العلاج المعرفي السلوكي.
104	6- أهداف العلاج المعرفي السلوكي.
106	7- المنهجية العامة للعلاج المعرفي السلوكي.
111	8- السيرورة العملية لمقابلات.
115	9- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي.
125	10- نموذج لبرنامج علاج المعرفي السلوكي (CBT) لحالة إكتئاب.

129	خلاصة الفصل.
	الجانب التطبيقي
	الفصل الخامس: <u>منهجية البحث وإجراءاتها</u>
132	تمهيد
132	1- منهج الدراسة.
133	2- الدراسة الإستطلاعية.
135	3- وصف أدوات البحث.
136	4- أداة القياس وخصائصها السيكمترية.
138	5- عينة الدراسة الأساسية.
140	6- البرنامج العلاجي.
168	خلاصة الفصل.
	الفصل السادس: <u>دراسة الحالات وعلاجاتها</u>
170	تمهيد
170	1- دراسة الحالة الأولى وعلاجها.
178	2- دراسة الحالة الثانية وعلاجها.
184	3- دراسة الحالة الثالثة وعلاجها.
190	4- دراسة الحالة الرابعة وعلاجها.
196	5- دراسة الحالة الخامسة وعلاجها.
202	6- دراسة الحالة السادسة وعلاجها.
208	7- دراسة الحالة السابعة وعلاجها.
214	8- دراسة الحالة الثامنة وعلاجها.
220	9- دراسة الحالة التاسعة وعلاجها.
227	10- دراسة الحالة العاشرة وعلاجها.
232	خلاصة الفصل
	الفصل السابع: <u>عرض وتفسير نتائج الدراسة</u>

234	تمهيد
234	1- عرض وتحليل نتائج الدراسة.
245	2- استنتاج عام.
246	3- توصيات الدراسة.
247	4- صعوبات الدراسة.
248	5- خاتمة الدراسة.
250	قائمة المراجع
262	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
124	يبين الإستخدام الإجرائي لتقنية (المزايا والعيوب).	01
126	يبين برنامج علاجي معرفي سلوكي للإكتئاب.	02
134	يوضح خصائص العينة حسب درجة الإكتئاب.	03
134	يوضح النسبة المئوية لكل جنس من المجموع الكلي للعينة.	04
139	يوضح خصائص عينة البحث.	05
153	يوضح بناء المقابلة الأولى في العلاج (م،س) للإكتئاب.	06
154	يوضح بناء جلسات العلاج التالية.	07
163	يبين السيرورة العامة للبرنامج العلاجي المقترح.	08
165	يبين مختلف التقنيات العلاجية المستخدمة في هذا البرنامج.	09
174	يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة الأولى.	10
182	يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة الثانية.	11
188	يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة الثالثة.	12
194	يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة الرابعة.	13
200	يبين سيرورة المقابلات العلاجية الحالة الخامسة.	14
206	يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة السادسة.	15
212	يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة السابعة.	16
218	يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة الثامنة.	17
225	يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة التاسعة.	18
231	يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة العاشرة.	19
235	يبين الفارق ونسبة التحسن بمقارنة درجات القياس القبلي و البعدي	20
237	يبين نتائج درجات القياس القبلي و البعدي لفئة الإناث.	21

237	يبين نتائج درجات القياس القبلي والبعدي لفئة الذكور.	22
239	يبين نتائج بعد عدم حب الذات عند كل أفراد عينة الدراسة.	23
239	يبين نتائج القياس القبلي والبعدي لبعده نقد الذات ولومها لعينة الدراسة.	24
240	يبين نتائج القياس القبلي والبعدي لبعده إنعدام القيمة عند فئة الدراسة.	25
242	يبين نتائج بعد التشاؤم عند كافة أفراد عينة الدراسة.	26
244	يبين نتائج بعد فقدان الإستمتاع بالحياة عند كافة أفراد عينة الدراسة.	27

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
76	نموذج النمو المعرفي.	01
101	نظرة ثلاثية الأبعاد.	02
107	نموذج لشبكة (SORC).	03
109	نموذج شبكة التحليل الوظيفي (Secca).	04
110	تحليل وظيفي لحالة وسواس قهري لإمرأة.	05
159	يمثل التسجيل الذاتي للنشاطات اليومية لتقييم الإنفعال خلال أسبوع.	06
159	يمثل جدول النشاطات المبرمجة	07
159	يمثل التسجيل الذاتي عن طريق الأفكار التلقائية.	08
159	يمثل فحص الدليل.	09
159	نموذج من المعارف السلبية والتفكير البديل في تقرير أسبوعي.	10
160	يوضح الأفكار الآلية وكيفية تجاوزها.	11

مقدمة:

يصبوا الإنسان في حياته إلى التدرج في هرم الحاجات مبتغبا بذلك الوصول إلى غايات كمالية يبحث عليها الفرد كلما تقدم به العمر وذلك بغرض تحقيق حقيقته الوجودية بأنه إجتماعي الطبع ولا يحبذ كل عاقل أن يكون منعزلا وحيدا مقطوعا عن الآخرين.

وهذا ما يمثله الارتباط الزواجي نحو تحقيق غاية التكاثر من نفس الجنس بدافع تحقيق الوجود والإستئناس بمن يأتون من أصلابهم، ويمكن لهذه الغاية أن لا تتحقق لسبب أو عامل ما خارج عن إرادة الأزواج أنفسهم مما سبب إحباطا ناتجا عن عدم تحقيق إشباع مطلوب، وكلما طال الإنتظار للحمل كلما زادت المعاناة وتوسعت فجوة إحباطهما، وهكذا يدخلون في دائرة مغلقة تجعل فرص الحمل قليلة جدا مما يعرضهم للولوج لا شعوريا في نفق الأعراض الإكتئابية التي تنتج عن ما يسمى بصدمة العقم (trauma de stérilité) وهي تحدث حين يتأكد إستحالة الحمل.

وهنا يجب على الأزواج عدم الإستسلام لهذا الداء القاتل نفسيا وبدنيا وسلوكيا وذلك بإتخاذ كافة الإجراءات المناسبة للتخفيف من شدة هذه المعاناة وبتقبُّل الواقع كما هو بدون تضخيم للأمر وتهويله، و يصبح التّدخل العلاجي النفسي في هذه الأوقات ضرورة ملحّة حتى لا تتأزّم حياة المصاب بالعقم وتتفاقم مشاكله، ويعدُّ إختيار التّكفل النفسي المناسب الذي يحقّق نتائج واضحة وملموسة في أقصر زمن ممكن لتفادي الإنهيار الكلي أمرا بالغ الأهمية.

ويُعدُّ العلاج المعرفي السلوكي المختصر أحد هذه المقاربات العلاجية التي أُثبتت جدارتها في الميدان العملي لكثير من الإضطرابات النفسية وهو ذا طابع تعليمي يقوم بحل المشكلات النفسية على المدى القصير وهو أحد الأساليب الحديثة نسبيا، والقائم على تغيير وتعديل نماذج الصور الذهنية والمعتقدات وأساليب التفكير التي تؤثر في إنفعالات وسلوك الفرد.

وجاءت هذه الدراسة كمحاولة لإيجاد حلول أو علاج فعّال للتخفيف من حدّة الأعراض الإكتئابية المصاحبة لتأخر الإنجاب عند الأزواج حيث تتضمن الدراسة جانبين جانباً نظرياً وآخر ميدانياً.

الجانب النظري للدراسة إذ يعطي نظرة شاملة حول موضوع البحث وفقاً لمتغيرات الدراسة ويشتمل على أربعة فصول:

الفصل الأول: يتكوّن من مشكلة الدراسة وفرضياتها، وذكر أهمية وأهداف الدراسة الحالية وأهم مصطلحات الدراسة الأساسية ثم الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع الدراسة.

الفصل الثاني: نتعرض فيه لمشروعية طلب الولد، وماهية المرض والعمق وأسبابه وأنواعه، الأجهزة المساعدة على الحمل، وتشخيصه، والتأثير الثقافي على المصابين بالعمق.

الفصل الثالث: نتعرض فيه لماهية الإكتئاب، بداية التعريف بالصحة النفسية، ثم تعريف الإكتئاب إنتشاره مظاهره تصنيفاته أسبابه النظريات المفسرة له، وتشخيصه، وعلاقة الإكتئاب ببعض المتغيرات النفسية الأخرى، و في الأخير الأساليب الوقائية منه وعلاجه.

الفصل الرابع: هذا الفصل خاص بالعلاج النفسي المعرفي السلوكي حيث يتم تعريفه بإعطاء لمحة تاريخية حوله، ومبادئه، وخصائصه، وعلى ماذا يركّز، وأهدافه العامة والخاصة، وكيفية تطبيقه، ومختلف تقنياته المستخدمة في تدخلاته.

أمّا الجانب الميداني فيحتوي على الفصول التالية:

الفصل الخامس: يتضمّن على الإجراءات المنهجية وهي كالتالي: منهج الدراسة، والدراسة الإستطلاعية، وأدوات جمع البيانات، إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية، ثم البرنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح.

أمّا الفصل السادس: فيشمل على دراسة الحالات والقياس القبلي والبعدي للمقياس ويتوسط ذلك تطبيق البرنامج العلاجي المقترح.

الفصل السابع: يتم فيه عرض النتائج وتحليلها ومناقشة الفرضيات الدّراسة مع خلاصة عامة لنتائج الدراسة وآفاق ومقترحات مشفوعة بملاحق ومراجع البحث.

الجانب النظري

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وإعتباراتها

- إشكالية الدراسة.
- فرضيات الدراسة.
- أهداف الدراسة.
- دواعي وأسباب إختيار هذا الموضوع
- أهمية البحث.
- أدوات البحث.
- منهج البحث.
- حدود الدراسة.
- المصطلحات الأساسية للدراسة.
- الدراسات السابقة

أولاً- إشكالية الدراسة:

من اللافت الذكر في واقعنا المعاصر، هو ما أبرزته عدّة دراسات ميدانية كمؤشر حول مسألة تقاوم لعدد من الظواهر الباثولوجية، والتي إشتدى تأثيرها على المناخ العام للنسيج الإجتماعي ككل، وعلى الفرد خاصة وذلك بتأثيرها عليه سواء على المستوى البيولوجي أوالسيكولوجي، فكثرة العوامل الضاغطة وديمومتها من حيث الإستمرار والشدة تؤثر سلبا على وحدة الفرد النفسية والبدنية، وكان السبق لجورج انجل (J-Angel) في توضيح هذا عبر نظريته النفسية الإجتماعية للضغوط، وتابعه العديد من المختصين في هذا المجال أمثال: سبلبرجر (spielberger) (1972)، ولازاروس (lazarus) (1976) (طه عبد العظيم، 2006، ص29)، وأكثر ما يؤكد على هذه الآلية في ظهور الاضطرابات هو هانزسلي (Hanz Sley) ضمن نظريته المسماة "زملة أعراض التكيف" (عبير بن محمد حسان الصبان، 2003، ص45)، فيصبح من الغير المجدي نفعا محافظة الفرد على تكيّفه وتوازنه سواء مع ذاته أو بيئته، ممّا يرشّحه للإصابة بمختلف الإضطرابات وبخاصة إذا توافرت في الفرد نوع من الهشاشة الكامنة سواء في بناءه النفسي أو الجسدي ونمط معين من صور الشخصية يتصف بها وهذا ما أبرزته أعمال فلاندرز دنبار (flanders dumber) وأيضا أعمال كل من الباحثان فريدمان وروزنمان (Freidman et Rosenman) حول مسألة نماذج شخصية معيّنّة لديها القابلية والإستعداد للإصابة بأمراض معيّنّة. (حامد الغامدي: 2013، ص164).

فالعلاقة الثنائيّة والتفاعليّة إذا صحّ القول بين الجسم والعقل أو النفس، يبرزه جانب التأثير والتأثر المتبادل بينهما، ويظهر ذلك جليّا في مظاهر الصّحة والمرض، وهذا ما تؤكّده العديد من البحوث الميدانية سواء في الحقل الفيزيولوجي وكذا السيكولوجي، من مثل أعمال بافلوف (Pavlov) بدراسته لردود الفعل الجسمية (reponses) إزاء المثيرات (فيصل محمد خير الزراد، 2009، ص13)، وأعمال الفيزيولوجي كانون (Canon) (1928) حول

فيزيولوجية الانفعال، وأيضا أعمال وليام جيمس (william jeams) (1884) صوب إهتمامه حول وجود علاقة بين الجسم والعقل خاصة في صورة الحالات الإنفعالية ، وما يصاحبها من تغيرات في إفرازات الغدد والنشاط الدماغي الكهربائي وفي الجهاز الدوراني وكذا الهضمي والتنفسي وغيرهم، كما يؤثر الجانب الجسمي إذا ما أصيب بإضطراب أو خلل سواء على المستوى البنيوي أو الوظيفي ينعكس مباشرة على الجانب السيكولوجي الذي يشكل الشطر الثاني والمكمل لوحدة الفرد وكينونته في فضاء ما.(محمد زيعور: 2006، ص270).

فمما جرت عليه سنة الله في خلقه، هي تلك الصورة المعبرة للإنسان في بحثه الذؤوب لغاية الإستتناس والتكاثر لبني جنسه، وهذا كله يرمي فقط لإشباع بعض حاجاته الوجودية، وهذا ما نوّه عليه روس (M-Ross) (1908) في كتابه علم النفس الإجتماعي على أهمية التأثيرات الإجتماعية المتبادلة بين الإنسان و بين مايحيط به (حسين عبد الحميد أحمد رشوان: 2005، ص134)، وعندما يفقد المرأ هذه الغايات ويمنعه مانع ما من إتمام هذا الإشباع، و لما يصل الفرد المحبط إلى درجة اليأس و شعوره بعدم القدرة والكفاية ويدخل في برائين الألم و المعانات ،وهذا ما تؤكده الدراسات المنصبة حول ظاهرة العقم عند الأزواج ، و الذين بدورهم لم يكتمل عندهم الجانب البيولوجي مثل العديد من الأزواج الذين تمكنوا من تحقيق غاية الإشباع لخلفية التكاثر وبالتالي التنعم بالإنجاب للولد، و دخلوا في مسؤولية الأمومة والأبوية وتنوعت تراكيب البنية الزوجية لتمتد جذورها و فروعها أكثر فأكثر.

وعندما يعجز المرأ عن بلوغ هذه الغاية، و يدرك بذلك مكنم وحقيقة عجزه وعدم قدرته على تحقيق مراده، غالبا ما يدخل المدرك لهذا العجز في حالة الإحباط وما يترتب على ذلك من حالات نفسية معقدة ،ويؤثر ذلك كله على تكيفه وتوازنه النفسي سواء مع ذاته أو بيئته (أديب محمد الخالدي:2009،ص159).

فبداية بتزايد توتره وترتفع حدّة قلقه تدريجياً، وكلّما تدعّم سبب إضطرابه في شتى المواقف الحياتية وتأكّد عجزه مع مرور الأيام وتبخّرت أمانيه، إلّا وبدأت تتأصّل لديه أجواء الكآبة والهم والحزن في مناخ حياة العقيم اليومية، فتقلّ بذلك دافعيته وتخزّ عزيمته، ممّا يجعله يركن للعجز واليأس، ويرتسم ذلك على سلوكه العام، وهذا كلّه سوف ينعكس سلبيًا على مستوى نوعية العلاقة الذاتية أو البينية ومع محيطه، وبالتالي تسوء وتضطرب نظرتة نحو ذاته ولعالمه الخارجي وكذا حول مستقبله، وهذا ما سماه بيك (beck) "الثالوث المعرفي للإكتئاب". (A-Beck ;1969 ,p40).

وفي المحصلة النهائيّة وبمرور الوقت وتحقّق العجز يدخل المصاب بالعقم في دوامة إضطراب مزاجي، وهذا بعد مكابدة مريرة مع منغصات الحياة كالضغوط المستمرة التي تكرر عليه صفوة حياته الهادئة وتزعزع مبدأ توازنه البيونفسي (Homeostasie) للفرد. (ناهدة البقصمي، 2003، ص76).

وممّا أشارت إليه الإحصاءات الحديثة نسبياً، أنّ الإكتئاب يعدّ من أكثر الاضطرابات النفسيّة شيوعاً، وتتراوح نسبته ما بين (4 إلى 7%) من مجموع السكان، والأعراض الإكتئابية شائعة بين الناس بحوالي (30 إلى 35%)، ويعدّ كأحد الأسباب المؤدية للإنتحار، وتبيّن الإحصاءات أنّ حوالي (50 إلى 70%) من المقدمين على الانتحار يعانون من إضطراب إكتئابي، كما يكثر إنتشاره بين جنس النساء بضعفين عن الرجال. (محمد سعد حامد عثمان: 2010، ص35).

والجدير بالذّكر هو أنّ هدف الباحث السيكولوجي العيادي الممارس هوسعيه نحو المعرفة والفهم المعمق للأسباب المؤديّة لفقدان الفرد لسعادته وتكيّفه، في بعدها الكامن وكذا المؤدي للإنفجار لهذا الاضطراب، وما هي فوائده هذا المرض وسيورته، حتى هذه اللّحظة الآنية التي يعاني منها المضطرب وكذا عوامل إبقاءه وتدعيمه.

وإذا ما توصلنا إلى تشخيص دقيق لحقيقة هذا الاضطراب، يمكننا أن نقدم التدخل العلاجي المناسب والمساعدة اللازمة لتحقيق التغير المرغوب فيه لدى العميل، وهذا لا يتأتى

إلا بمنهجية علاجية محكمة في صورة بروتوكول أو برنامج علاجي فعال ذا بعد سيكولوجي يتناسب مع شخصية العميل ونوعية إضطرابه ولا يخرج عن إطار محتواه الثقافي، وبالتالي يضمن له التغيير والتحسين.

وعلى ضوء ما سبق يمكن طرح وتحديد مشكلة الدراسة على النحو التالي:

* ما أثر هذا البرنامج العلاجي النفسي في التخفيف من حدة الأعراض الإكتئابية لدى المصابين بالعقم؟

أسئلة الدراسة الفرعية:

ويتفرع عن هذا التساؤل العام الأسئلة التالية:

1- هل أثر الإستجابة لهذا البرنامج العلاجي النفسي في التخفيف من حدة الأعراض الإكتئابية للمصابين بالعقم هي نفسها بين الجنسين؟

2- هل يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي في تحسين الصورة الذاتية لدى المكتئبين المصابين بالعقم؟

3- هل يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي في تغيير الرؤية التشاؤمية نحو المستقبل لدى المكتئبين المصابين بالعقم؟

3- هل يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي في استرجاع نشاط الإستمتاع بمباهج الحياة لدى المكتئبين المصابين بالعقم؟

ثانياً - فرضيات الدراسة:

وبناء على التساؤلات المطروحة تمت صياغة الفرضيات على الشكل التالي:

1. الفرضية العامة:

* يؤثر هذا البرنامج العلاجي النفسي في التخفيف من حدة أعراض الإكتئابية لدى المصابين بالعقم.

2. الفرضيات الجزئية:

وتتفرع عنها الفرضيات الجزئية التالية:

1- إستجابة الذكور لهذا البرنامج العلاجي النفسي تختلف عن إستجابة الإناث المصابين بالعقم.

2- يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي في تحسين الصورة الذاتية لدى المكتئبين المصابين بالعقم.

3- يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي في تغيير الرؤية التشاؤميّة نحو المستقبل لدى المكتئبين المصابين بالعقم.

4- يساهم هذا البرنامج العلاجي النفسي في استرجاع نشاط الإستمتاع بمباهج الحياة لدى المكتئبين المصابين بالعقم.

ثالثاً - أهداف الدراسة:

فأهداف هذا النوع من الدراسات مهما سعينا لحصرها تبقى إجحافاً في حقّها، ولأنّ المقام لا يتسع لها إرتأينا أن نُوجز في ذلك، ومن الأهداف الرئيسية لبحثنا مايلي:

1- الوصول لوضع برنامج علاجي سيكولوجي فعّال للتخفيف من حدّة الأعراض الإكتئابية لدى الأزواج المصابين بالعقم.

2- تحديد أثر الإستجابة الممكنة لهذا النوع من البرامج العلاجية السيكولوجية عند كلا الجنسين المصابين بالعقم الذين يعانون من الأعراض الإكتئابية.

3- تعديل الأفكار السلبية نحو الذات والعالم الخارجي و المستقبل لدى المكتئبين المصابين بالعقم.

4- التّحقق من مدى فاعلية هذا البرنامج العلاجي في المدى القريب.

رابعاً - دواعي وأسباب إختيار هذا الموضوع:

إنّ من دواعي سبب إختيار هذا الموضوع كونه يدرس ظاهرة الإكتئاب لدى المصابين بالعمم، وذلك بغية الوصول إلى حلول بطرق تقنية سيكولوجية للحدّ من هذه الظاهرة الباثولوجية أوعلى الأقلّ التقليل من إفرازاتها السلبية على الصّحة النفسيّة للذين يعانون من العقم .

وضمن الأسباب الدافعة لهذا البحث نجد:

1- عدم أخذ بعين الإعتبار لحقيقة عمق المعاناة التي يكابدها المكتئبين المصابين بالعمم وخاصة في علاقاتهم وحياتهم الزوجية.

2- جهل الكثير من أفراد المجتمع لحساسية هذه الظواهر المرضية وكذا كيفية التعامل معها.

3- محاولة للفت الإنتباه لمن يهمهم شأن المصابين بالعمم الذين يعانون من الإكتئاب النفسي، وبخاصة للمقربين منهم في الأسرة والعمل، وذلك لتقديم كل أنواع المساندة اللازمة لهم.

4- التعرّف على بعض التقنيات العلاجية السيكولوجية التي يمكن أن تساعد هؤلاء المكتئبين المصابين بالعمم في التغيّر الإيجابي المتكيّف.

خامسا - أهميّة الدّراسة: تكمن أهميّة هذه الدراسة في الجوانب التالية:

1- الإهتمام بهذه الشريحة من المجتمع والتّخطيط لوضع وإعداد برامج ودورات تدريبية لهؤلاء.

2- الوصول إلى نتائج تطبيقية يمكن الإستفادة منها في المستقبل وتعميمها لأجل الوقاية والعلاج.

3- الإستفادة من هذا النوع من البحوث في إثراء فسيفاء المكتبة الجامعية بأحد المواضيع التي قلّ الجهد البحثي السيكولوجي حولها.

4- قيمة هذا النوع من الدراسات السيكولوجية بالنسبة للأكاديميين والباحثين العاملين في مجال التكفل النفسي والصحة النفسية

سادسًا - أدوات البحث:

شملت هذه الدراسة على عدّة تقنيات أستخدمت لفهم هذه الظاهرة و تحليلها والتعمق في كنهها ومن ضمن هذه الأدوات نجد:

- المقابلة العيادية وما تحويه من ملاحظة عيادية مباشرة لكل سلوكيات المفحوص اللفظية والغير اللفظية.

- قائمة بيك الثانية وهو يقيس زملة الأعراض الإكتئابية في عدّة أبعاد تتكوّن من واحد وعشرون مجموعة (21) من العبارات يتعلّق كل واحد منها بعرض من أعراض الإكتئاب تتدرّ بجوار كل عبارة درجة موضوعية، تتراوح بين (0 إلى 3) درجات ويقوم المفحوص بوضع دائرة حول الدرجة الموضوعية للعبارة التي يرى أنّها تنطبق عليه ويتراوح مجموع الدرجات على هذه الأداة بين (0 إلى 63) درجة.

سابعًا - منهج البحث:

إرتأينا أن نستخدم المنهج العيادي بإعتباره المنهج المناسب لهذا النوع من الدراسة وذلك بحسب نوعية العينة وحجمها وكذا الوسائل المستخدمة لغرض هذه الدراسة.

ثامنًا - حدود الدراسة:

1. **المكانية:** تم التطبيق الميداني (الفحص والعلاج) في أماكن متعدّدة لعيادات نفسية خاصة وذلك بواسطة الإحالة من طبيب مختص في الأمراض التناسلية والتوليد (Gynécologue) أو الإستقطاب الغير مباشر من المشاركين في البرنامج العلاجي.

2. **الزمانية:** في فترة زمنية تقدر بخمسة أشهر أي في حدود (16) ستة عشرة مقابلة عيادية مع المفحوص.

3. الحدود البشرية: تتمثل عينة الدراسة من عشرة حالات لديهم أعراض إكتئابية و يعانون من العقم، ويتم استقطابهم برغبة وطوعية منهم أي بطلب صريح واضح منهم للمساعدة السيكولوجية وهم خمسة رجال وخمسة نسوة تبلغ أعمارهم بين (20) سنة إلى حوالي (37) سنة.

تاسعا - المصطلحات الأساسية للدراسة:

1- البرنامج العلاجي (العلاج المعرفي السلوكي): يعرف الجبلي واليحي (1996) العلاج المعرفي السلوكي: " بأنه نوع من العلاج النفسي يضع الخلل في جزء من العملية المعرفية وهي أفكار أو تصورات عن النفس والآخرين والحياة، ويستند على نظريات علم النفس المعرفي وبخاصة تنظير بياجى (Piaget) ونظريات معالجة المعلومات ونظريات علم النفس الإجتماعي كمثل باندورا (Bandurra). (إبتسام الزعبي: 2009، ص235) تعريفه الإجرائي:

البرنامج العلاجي: إجرائيا بأنه وسيلة من وسائل العلاج النفسي الحديث التي يمكن استخدامها في تخفيف من حدة الإكتئاب ومساعدة هؤلاء المرضى على التكيف داخل البيئة من خلال تصحيح المعتقدات الخاطئة وتدريبهم على أداء السلوك الصحيح وذلك من خلال استخدام الأساليب المعرفية السلوكية وذلك من خلال استخدام فنيات العلاج المعرفي السلوكي التالية: (المراقبة الذاتية، صرف الإنتباه، التخيل الإبداعي، الواجبات المنزلية، التربية النفسية، الإسترخاء).

2- الإكتئاب النفسي: يعرفه مدحت عبد الحميد (2001) بأنه: "إضطراب وجداني متعدّد الأوجه فقد يشير إلى حالة أو سمة أو عرض أو زملة أعراض، وقد يكون عصابا أو ذهانا أو اضطراب في الشخصية والمزاج، وهو كل مع هذا درجة من الشعور بالألم النفسي، ينتج عنه إنخفاض نسبي في المستوى العام لنشاطات المرأ ويتراوح مداه من الشعور بالحزن إلى

الشروع في الإنتحار وقد يكون ظاهرا أو مُقَنَّعا، سابقا أو لاحقا، أو مستقلا عن إضطراب آخر". (مدحت عبد الحميد: 2001، ص25)

تعريفه الإجرائي:

الإكتئاب النفسي: يعرّف الإكتئاب إجرائيا بالدرجة الكلية التي يتحصل عليها الفرد على مقياس الإكتئاب المستخدم في الدراسة الحالية.

3- العقم: يعرّف بيار جاكما (2005) (P.Jacqmin) العقم: "بأنّه فشل في الحمل بعد مرور الحصول على الحمل بعد (12) شهرا من العلاقة الجنسيّة المنتظمة" (Pr Jacqmin,) (2005, p05)

و يعرّف الطّب المتخصّص (La Gynecologie) العقم: "بأنّه فشل في الحمل بعد مرور سنة يكون فيها الطرفان على علاقة جنسيّة منظمّة ودون إستخدام موانع الحمل، فهناك حوالي (18) بالمئة من الأزواج ليس لديهم حمل في العالم يشار إليهم بهذه الصّفة عقم". (وديع الحفس ومحمد صبرى، 2009، ص634)

تعريفه الإجرائي:

العقم: هو عدم القدرة على الإنجاب عند الرجال والنساء(الزوجين) وهذا بعد الممارسة المنتظمة والسليمة للعلاقة الجنسية بين الزوجين لمُدّة لا تقل عن (12) شهرا، وشخص طبيا بأنّ لديه حالة تأخر في الإنجاب.

عاشرا- الدراسات السابقة:

أ- دراسات سابقة عن العقم:

1- دراسة (Boringuan) : (1992) من جامعة (noorluestern) بشيكاغو على (51) عينة تتكون من (51) فرد مختلطة من رجال ونساء وحاول إثبات العلاقة التي ترتبط بين الإصابة النفسية بالأعراض القلق والإكتئاب وعلاقته بالإصابة بالعقم.

2- دراسة مول هيل: (Mol Hell) (2006) من جامعة Cornell بنيويورك على عينة (39) زوج في دراسة تجريبية محاولا بذلك الوصول لفرضية مدى تأثير المعاناة وتأثيره على الحياة الزوجية على الرجال تراوحت أعمارهم بين حوالي (30 إلى 45 سنة) حتى لو كانت الأسباب أنثوية لا دخل للرجل فيها فإنه يؤثر على الحياة الزوجية له مما يؤدي لظهور حالات الإكتئاب بينهم بمعدلات متباينة.

3- دراسة مجموعة من الباحثين في جامعة "كيلي": (Kelly) بلندن أجرو بحثا ميدانيا على (50) من الرجال و (50) من النساء مصابين بالعقم في محاولة إثبات صفحة نفسية خاصة بكل واحد منهم وما هي الأعراض أكثر ظهورا بين الجنسين فتوصلوا إلى أن (46) من الرجال يحملون أنفسهم مسؤولية الإنجاب ويتعرضون لمزيد من الضغوط الثقافية والإجتماعية والأسرة بينما (16) من النساء يشعرن بالذنب عندما يكون سبب العقم منهن ويطلبن الطلاق ليتمكن الرجل من الزواج بأخرى.

(Bafinamene Kisolokelecharles, 1999, p32) .

4- دراسة فريمان وبوكر وريكلز وآخرون (1985) (Freeman et Booker et all) حاولوا التعرف على مدى تأثير الإصابة بالعقم عند الرجال والنساء والشعور بالقلق وتوصلوا لنتيجة إرتباط الحالة النفسية والإصابة بالعقم.

5- دراسة كوبز وهلبيرت (1998) (Coopez et Albert) محاولين إكتشاف مدى تأثير المعتقدات الإجتماعية في المجتمع الغربي عند المصابات بالعقم وعلاقته بتأثيرات الصحة النفسية وإكتشفوا بأن هناك تصور ذهني مرتبط بالإحساس النساء الدراسة بأنهن أقل أنوثة من النساء التي أنجبين.

6- دراسة أولريتش وببزيروول (Olritch et Baserraul) (2000) محاولة منهم التعرف على علاقة العقم وظهور الأعراض النفسية المرضية عند المصابين بالعقم وإكتشفوا أن من بين أكثر عينة الدراسة إشتكوا في الإحساس بالذنب وعدم الكفاءة. (سامح وديع مترجم، 2009، ص635)

ب- دراسات سابقة حول برنامج علاج معرفي سلوكي:

7- دراسة بكيري نجيبة: (2011)

حول: "أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية".
أهدف الدراسة: التعرف على مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض أعراض الإكتئاب لدى المراهقين مرض السكري وتحسين تقدير الذات والمهارات الإجتماعية وخفض أفكار اللاعقلانية واليأس لديهم.

عينة الدراسة: تتألف من 16 طفل في المرحلة العمرية من (12 إلى 16) سنة وهم المترددين على العيادة الخارجية الخاصة بمرضى السكري ويعانون من الإكتئاب وفقا لتشخيص الطبي والنفسي.

نتائج الدراسة: أظهرت تأثير هذا البرنامج العلاجي في خفض درجة الإكتئاب لدى عينة الأطفال المراهقين مرضى السكري.

8- دراسة حسيبة برزوان: (2010)

دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة إكتئاب نفسي.
هدف الدراسة: التعرف على مدى أهمية وفعالية الإستراتيجيات السلوكية والمعرفية في علاج حالة من حالات الإكتئاب.
عينة الدراسة: حالة واحدة
نتائج الدراسة: توضح فعالية وأثر الإستراتيجيات السلوكية المعرفية في خفض مستوى حدة الإكتئاب.

9- دراسة باسم دحاحة: (2004)

حول: أثر التدريب في تنفيذ الأفكار غير العقلانية وتأكيد الذات في خفض مستوى الإكتئاب وتحسين مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين.

هدف الدراسة: استكشاف مدى فاعلية برنامج إرشاد جمعي قائم على تنفيذ الأفكار غير العقلانية وبرنامج إرشاد جمعي في تأكيد الذات على خفض مستوى الإكتئاب مفهوم الذات لدى الطلبة المكتئبين.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (60) طالبا وطالبة من طلاب الصف الأول الثانوي في مدرسة أربد الثانوية للبنين، ومدرسة صفية الثانوية للبنات في مدينة إربد، تلقى أفراد المجموعة الأولى التدريب على تنفيذ الأفكار غير العقلانية، وأفراد المجموعة الثانية التدريب على تأكيد الذات.

نتائج الدراسة: وجود فروق بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بانخفاض مستوى الإكتئاب وتحسين مفهوم الذات للقياس البعدي، لصالح المجموعتين التجريبتين مقارنة بالمجموعة لبضابطة. هناك فرق بين المجموعتين التجريبتين فيما يتعلق بانخفاض مستوى الإكتئاب البعدي لصالح المجموعة الثانية التي تلقت تدريباً على تأكيد الذات. لا وجود لفرق بين المجموعتين التجريبتين فيما يتعلق بتحسين مفهوم الذات في القياس البعدي. لا وجود لأثر كل من الجنسين والتفاعل في القياس البعدي فيما يتعلق بانخفاض مستوى الغكتئاب وتحسين مفهوم الذات. (مذكرة صباح مصطفى فتحي السقا رسالة دكتوراه غير منشورة: 2005).

10- دراسة غادة علي الخضير: (1999)

حول: "فاعلية برنامج توكيدي في تنمية تقدير الذات لدى عينة من طالبات الجامعة مرتفعت الأعراض الإكتئابية".

هدف الدراسة: التّحقق من فاعلية البرنامج التدريبي التوكيدي في خفض درجة الإكتئاب وكذلك في تنمية تقدير الذات.

عينة الدارسة: تكونت العينة من (38) طالبة من طالبات جامعة الملك سعود ممن يعانون من الإكتئاب.

نتائج الدراسة: لم تظهر فروق دالة إحصائية في درجة الإكتئاب بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية. ظهرت فروق دالة إحصائية في درجة تقدير الذات بين نتائج القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التوكيدي لصالح القياس البعدي.

11- دراسة هالون وآخرون (Hallon et. Al, 1992)

العلاج المعرفي والعلاج بالعقاقير للإكتئاب علاجاً منفرداً أو مشتركاً.

هدف الدراسة: مقارنة استخدام العلاج المعرفي والعلاج الدوائي بعقار Imipramine Hydrochloride ثلاثي الحلقات علاجاً منفرداً أو مشتركاً.

عينة الدراسة: تكونت العينة من (107) متعالجا من متعالي الإكتئاب في العيادات، ولايعانون من الذهان أو إكتئاب ثنائي القطب. استمر العلاج على مدى 12 أسبوعاً، وتابعه 64 متعالجا فقط من العينة المذكورة.

نتائج الدراسة: دلت النتائج على عدم وجود فروق بين العلاج المعرفي والعلاج الدوائي من ناحية الاستجابة المتعلقة بالأعراض سواء أكان في التحليل الأولي أم الثانوي والذي اقتصر على متعالي العيادات المكتئبين بشدة، كانت الشدة الأولية اليبس في التنبؤ باستجابة العلاج الدوائي فقط وليس العلاج المعرفي، أما العلاج المشترك فقد أظهر تفوقاً ولكنه لم يحسن بشكل دال من الاستجابة لأية وسيلة علاجية لوحدها.

كما كانت نسبة الانتكاس لأولئك الذين تلقوا علاجاً دوائياً أكثر بمرتين من الذين تلقوا العلاج المعرفي - السلوكي، أو العلاج المشترك. (مذكرة صباح مصطفى فتحي السقا رسالة دكتوراه غير منشورة: 2005).

12- دراسة فافا وآخرين (Fava et. Al, 1994)

حول: العلاج المعرفي السلوكي لمعالجة الأعراض المتبقية في اضطراب الإكتئاب الأساسي.

هدف الدراسة: دراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي للأعراض المتبقية في الإضطراب الإكتئاب الأساسي.

عينة الدراسة: كان عدد الخاضعين للبحث 40 متعالجا من الاضطراب الإكتئابي الأساسي، كانوا قد عولجوا بنجاح بمضادات الإكتئاب قسموا عشوائيا إلى مجموعتين إما للعلاج المعرفي - السلوكي أو للتدبير السريري للأعراض المتبقية، وذلك بعد إيقاف مضادات الإكتئاب تدريجياً لكلا المجموعتين.

نتائج الدراسة: دلت النتائج لدى المجموعة التي تلقت علاجاً معرفياً سلوكياً على مستوى أكثر انخفاضاً من الأعراض المتبقية بعد إيقاف الدواء نهائياً مقارنة بمجموعة التدبير السريري ، وكانت نسبة الإنتكاسة منخفضة أكثر %15 لدى المجموعة التي تلقت علاجاً معرفياً سلوكياً في فترة المتابعة التي دامت سنتين وذلك مقارنة بمجموعة التدبير السريري (%35)، وهذا يشير إلى المزايا السريرية الكامنة في العلاج المعرفي - السلوكي الموجه للأعراض المتبقية من العلاج. (Fava et.Al, 1994, p1295,1299)

13- دراسة كاسكاليندا وآخرين (Cascalenda et.al 2002)

حول: التخفيف من حدة الاضطراب الإكتئابي الأساسي: مقارنة بين العلاج الدوائي و العلاج النفسي.

هدف الدراسة: التخفيف من حدة الاضطراب الإكتئابي الأساسي ومقارنة بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي.

عينة الدراسة: تضمنت العينة 883 متعالجا من متعالي العيادات الخارجية، ويعانون من اضطراب الإكتئابي الأساسي من الخفيف إلى المتوسط mild to moderate وغير مترافق مع الذهان.

نتائج الدراسة: تشير النتائج إلى أن العلاج بمضادات الإكتئاب (مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات وفينيلزين Tricyclic antidepressants and phenelzine والعلاج النفسي

(بشكل أولي العلاج المعرفي والعلاجات البين شخصية) واللذين كانا أكثر فاعلية من شروط الضبط، ولكن لم يكن بينهما فروق ذات دلالة واضحة،

دلت النتائج إلى إعتبار كل من العلاج الدوائي بمضادات الإكتئاب والعلاج النفسي على أنهما في الترتيب الأول لعلاج متعالي العيادات المكتئبين من خفيف إلى متوسط.

(Cascalenda et.al, 2002, p1360)

الفصل الثاني

العقم وميكانيزماته

- تمهيد
- مشروعية طلب الولد.
- ماهية المرض.
- العقم.
- الحمل
- الإخصاب التلقح
- العوامل المؤثرة في الحمل
- أنواع العقم.
- الأجهزة المساعدة على الحمل.
- إتيولوجية العقم.
- تشخيص العقم.
- البعد الثقافي وتأثيره على المصابين بالعقم.
- العلاج.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

الإستمرارية الوجودية للكائن البشري سنّة كونية جعلها الله في سيرورة دائمة يحمل مشعلها الإنسان في ثنائيته المتفاعلة، وهذا الوجود البشري نتاج عملية التزاوج بين الرجال والنساء، وحلم غالبية المتزوجين هو الخلفة والحصول على أسرة، وعندما يصاب هذا الميكانيزم الوجودي بخلل أو يمنعه عائق ما من تلك المخرجات تختل تلك السيرورة ويحدث شرخ في هيكل هذه البنية والنسيج الإجتماعي، وهذا نظراً لما يمثله عدم القدرة على الإنجاب أو ما يصطلح عليه بالعقم على حياة الأفراد المصابين به وأسرههم .

تشكّل هذا الفصل بداية بالتحدّث عن مشروعية طلب الولد، ثمّ عرّفنا المرض العضوي، وانتقلنا إلى الحديث عن العقم وقبل ذلك حاولنا أن نعطي نظرة حول عملية وسيرورة الحمل، ثمّ تطرّقنا إلى موانع حدوث الحمل عند الزوجين، وأهمّ الفحوصات للكشف عن ذلك، وأخيراً إفرازاته على حياة الزوجين.

أولاً - مشروعية طلب الولد:

يرى فروم (Froom) أنّ الإنسان في مسيرته الحياتية الطويلة وفي ظلّ تفاعله المستمر والمتبادل مع الوسط الإجتماعي تتكوّن حاجاته النفسية، ولا يمكن فهم سيكولوجية الفرد إلاّ بفهم هذه الحاجات. (حامد بن أحمد الغامدي، 2013، ص79)

والنفس البشرية لديها غرائز وحاجات تتطلّب دائماً الإشباع حتى يحصل بذلك شيء من الإستقرار والإطمئنان لهذه النفس وهذا متأصل في الجنس البشري، و ذلك ما أشار إليه كلاً من (Aldefeer & Maslo) في ما سماه "بهرم الحاجات" حيث يسعى كل فرد إلى تحقيق الإشباع عند كلّ مستوى متدرّج منها ممّا يساعده للوصول للآخر، وبذلك الإرتقاء في سلم الحاجات، ومن ضمن هذه الحاجات ما يصطلح عليه بالحاجة الإجتماعية وقد يفضّل آخرون بتسميتها بغريزة حفظ النوع، ومن خلالها يحاول الإنسان أن يُبقي على نوعيته

السلالية، ومن مجمل مظاهرها التّواصل العاطفي والحّرص على التّكاثر وإمتداد لشبكة العلاقات الإنسانية. (مراد مدلسي، 2006، ص145)

فحرص الفرد على أن يكون له ذرية أمر طبيعي بل هو مشاهد عند الكثير من النّاس وولتمسه في سلوكيات بني البشر عامّة، فغالبيتنا يملك رغبات ولديه أمنيات بأن يكون له أولاد من صلبه تقرّ أعينه بهم، وإنّه لمن الصّعب جدّا على الفرد أن يرى و يعايش تحطّم لهذه الأمانى بإنعدام نسله وتبخّر لهذه الرغبات.

من هذا نرى أنّ الأمومة والأبوة (أي طلب الحصول على الولد) أمرٌ فطريّ في الإنسان فلقد بيّن خالقنا هذا عند قوله تبارك وتعالى في كتابه العزيز: ﴿رَبِّينَ لِلنَّاسِ حُبُّ الشَّهَوَاتِ مِنَ النِّسَاءِ وَالْبَنِينَ وَالْقَنَاطِرِ الْمُقَنْطَرَةِ مِنَ الذَّهَبِ وَالْفِضَّةِ وَالْخَيْلِ الْمَسْوُومَةِ وَالْأَنْعَامِ وَالْحَرْثِ، ذَلِكَ مَتَاعُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا، وَاللَّهُ عِنْدَهُ حُسْنُ الْمَتَابِ﴾ (آل عمران: الآية رقم 14)، و بالرغم من هذا بإمكان الفرد أن تكون له إستمرارية ومعايشة للواقع الحياتي اليومي بدون أولاد أو نسل إلا أنّ حياته لا تكلّ في البحث عن الذرية ومكابدة القلق، خاصّة إذا أدرك أنّ عجزه في ذلك مردّه إلى سبب عضوي كالعقم مثلا، فلقد بين ذلك سبحانه في قوله تعالى: ﴿اللَّهُ مُلْكُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ يَخْلُقُ مَا يَشَاءُ يَهَبُ لِمَنْ يَشَاءُ إِنِئَاءً وَيَهَبُ لِمَنْ يَشَاءُ الذَّكَورَ أَوْ الْوِجَاهَةَ دُكْرَانًا وَإِنِئَاءً وَيَجْعَلُ مَنْ يَشَاءُ عَقِيمًا إِنَّهُ عَلِيمٌ قَدِيرٌ﴾ (الشورى: الآية رقم 49، 50)، ومع هذا فالإنسان لا يكل ولا يمل مهما راجع من الأطباء من أهل الإختصاص وغيرهم، وحتى الذهاب لمسلك السّحرة والمشعوذين بغيّة ألا يكون وحيدا منقطعا، ولهذا دعا سيدنا زكريا عليه السلام ربّه بأن لا يقطع نسله وقد أخبر بذلك ربنا تعالى في كتابه العزيز: ﴿وَزَكَرِيَّا إِذْ نَادَى رَبَّهُ رَبِّ لَا تَذَرْنِي فَرْدًا وَأَنْتَ خَيْرُ الْوَارِثِينَ﴾ (الأنبياء: الآية رقم 89).

ثانيا - ماهية المرض:

لا تعدوا الحقيقة إذا قلنا بأنّ العلاج والطّب مرتبطان إرتباطاً عند الإنسان بوجود الألم، فإذا ما أحسّ الإنسان بالألم فإنّه لاشك سوف يندفع في البحث عن وسائل إزالة هذا الألم،

وذلك عن طريق معالجته وتطبيبه، ومن تمّ فالطبّ قديم قدم الإنسان ذاته وتتلخص بداية صناعة الطب عند الإنسان منذ وجد على ظهر الأرض، وهو يهتدي بإلهام ربّه إلى أنواع من التطبيب تتفق مع مستواه العقلي وتطوّره الإنساني. (راغب السرحاني، 2000، ص10)

(1) - التعريف اللغوي للمرض: ولا بد أن نقف على كنه المرض والألم فلقد تعدّدت مصطلحاته وتنوعت مفاهيمه ومضامينه فجاءت بمفردات الداء والسّقم، والعلة، والإضطراب، والسوء، والهزال، والضّعف، والنقص، وكذا العيب فهذا التنوّع في الطّرح والإستخدام وخاصة ما يأتي على ألسنة النّاس في عمليّة الإتصال، رغم هذا التباين في شكل المفردات إلاّ أنّها تشير في عمقها ومعانيها على الشيء الغير مرغوب والألم والسلبية.

وفي الإستخدام اللغوي لمعنى المرض قال ابن منظور في لسان العرب: "السّقم نقيض الصّحة يكون للإنسان والحيوان، والتّمارض أن يرى من نفسه المرض وليس به، ويقال للشمس إذا لم تكون متجلية صافية ... مسنة مريضة، وكلّما ضعف فقد مرض ... ويقال المرض والسّقم في البدن والدين جميعا، كما يُقال الصّحة في البدن والدين جميعا وأصل المرض النقصان، وبدن المريض أي ناقص القوة". (أبو الفضل جمال الدين بن منظور: 1986، ص232، مجلد 8)

(2) - تعريف المرض طبياً: فلقد عرّف المرض قديما عند الأطباء المسلمين بأنّه: "حالة يكون فيها العضو في الجسم فاشلا جزئيا أو كليًا عن أداء وظيفته". (راغب السرحاني، 2009، ص73)

وتّم تعريفه في (Larousse Medical) (2009) بأنّه: "تغيّر في صحّة الكائن الحيّ، وهو حالة غير طبيعية تصيب الجسد أو العقل البشري، محدثة بذلك إنزعاجا أو ضّعفا في الوظائف أو إرهاقا للشخص المصاب ... ويستخدم هذا المصطلح للدلالة على أيّ أذى جسدي، إعاقة، متلازمة (syndrom) أعراض غير مريحة، سلوك منحرف، تغيرات لا نمطية في البنية والوظيفة. (Jean pierre ; 2009, P574)

ثالثا - العقم:

(1) - تعريفه لغويا: يُعرّف لغويا في معاجم اللّغة كالأتي: العُقْمُ والعُقْمُ هزيمة تقع في الرّحم فلا تقبل الولد، وعُقْمَت إذا لم تحمل، ورحم معقوم أي مسدودة لا تلد، الريح العقيم التي لا تحمل معها لَقْحَ بمعنى لا تمطر. (ابن منظور، 1968، ص 233)

قال الإمام الراغب الأصفهاني: "إنّ المعنى الأصلي لكلمة عقم هو الجفاف الذي لا نبت فيه، وهو يعني في المرأة العقر أي العجز عن تقبّل مني الرجل". (محمد سيّد الراغب الأصفهاني، ص 347)

(2) - تعريفه إصطلاحا: يعرفه عبد العزيز الخياط (2007) في كتابه "حكم الإسلام في العقم" بأنّ العقم: "مرض وأي عائق يحول دون العلوق والحمل يسمى عُقْمًا وهو بالتالي مرض".

ويعرّف كلٌّ من بندرين كوريير وكسافي كاركوبينو (kassafi k&bendrine k) (2003) العقم على أنّه: "صعوبة الزوجين أن يكون لهم ولد وهو نوعان أوّلي وثانوي".

يعرّف العقم في الموسوعة الطبية: "العقم هو عدم حدوث النسل بعد مرور سنة أو أكثر من العلاقة الجنسية التي لا تستعمل فيها أيّ موانع للحمل فهو عدم القدرة على إنتاج النّسل وهو مرض يصيب الرّجال كما يصيب النّساء .

يعرّف الطّب المتخصّص (La Gynecologie) العقم: "بأنّه فشل في الحمل بعد مرور سنة يكون فيها الطرفان على علاقة جنسيّة منظّمة ودون إستخدام موانع الحمل، فهناك حوالي (18) بالمئة من الأزواج ليس لديهم حمل في العالم يشار إليهم بهذه الصّفة عقم". (وديع الحفس ومحمد صبرى، 2009، ص 634)

ويعرّف بيار جاكما (P.Jacqmin) (2005) العقم: "بأته عدم قدرة الزوجين الحصول على الحمل بعد (12) شهرا من العلاقة الجنسيّة المنتظمة" (Pr Jacqmin, 2005,) (p05)

رابعاً - الحمل:

فعند طرح مسألة العقم فإننا نشير ضمناً لعدم حدوث الحمل، وحتى نفهم جيّداً كُنْه العقم، فلا بد أن نتطرّق إلى سيرورة عملية الحمل وما تتضمنه من مراحل الإخصاب والتلقيح.

(1) ما هو الإخصاب؟

يعمل ميكانيزم الإخصاب عند إتحاد الحيوان المنوي (Sperm) مع البويضة الأنثوية (Ovule) في كل شهر، مع كلّ دورة شهرية هناك عدد من البويضات تكون جاهزة للنضوج (Maturation)، وهي على الأكثر واحدة ثم تتحرّر بعد نضجها وتكون مستعدّة للإخصاب، وتتضج هذه البويضة في كيس مملوء بسائل يدعى الجريب (Follicule) أو الحويصلة وفي منتصف الدورة الشهرية تحدث الإباضة، حيث يفجر الكيس وتتحرّر البويضة ثم يتم استقطاب هذه البويضة في الجزء الأسفل من قناة الرحم "قناة فالوب" (Trompe de fallope) وتتحرّك بمسارها داخل الرحم (Col Ulterin).

وتبقى هذه البويضة صالحة لمُدّة (12 إلى 24) ساعة فقط، فإذا حدث ودخل الحيوان المنوي قناة الرّحم ثم إلى تجويف الرّحم (Cavité Ulterin) في قناة فالوب في الوقت الخصوبة الذي أشرنا إليه سابقا وهو منتصف الدورة الشهرية، وعند إلتقاء الحيوان المنوي بالبويضة يفرز الحيوان المنوي أنزيما معيّنا يُحطّم القشرة الخارجية للبويضة لكي يتمكّن من الإندماج في نواة البويضة، وفي لحظة الإلتحام هذه يتكوّن غطاء للبويضة المخصّبة التي لا تسمح بمرور حيوانات منوية أخرى، تسمى البويضة المخصّبة (Zygote) ثم تبدأ بالإنقسام وتستمر في مرورها في قناة فالوب لحين وصولها للرّحم (Ulterin) ويستغرق ذلك حوالي

سبعة أيام، وتبقى البويضة المخصبة في جوف الرحم يومين قبل أن تلتصق ببطانة الرحم وتتموا وتسمى العملية هذه بالإخصاب (بتصرّف).

(Blandine Courbiere,2009,p501)

(2) التلقيح: (Fécondation)

لتحقيق الحمل يجب أن يحصل الآتي:

- يجب أن يطلق المبيض بويضة الإباضة.
 - يجب أن يمسك أنبوب فالوب البويضة.
 - يجب أن تسبح الحيوانات المنوية عبر المهبل (Vagin) إلى الرحم ثم أنبوب فالوب.
 - يجب أن يلحق الحيولن المنوي البويضة.
 - يجب أن تهبط البويضة الملقحة أو العلقة إلى الرحم.
 - يجب أن تنغرس العلقة في بطانة (Myometre) وتتموا على مدى تسعة أشهر.
- وأى مشكلة في أي مرحلة من مراحل هذه العملية إلى العقم.

(3) العوامل المؤثرة على الحمل:

أ. العمر: يؤثر هذا على الرجل والمرأة معاً، وهذا يفسر سبب تكرار الإسقاط مع تقدّم عمر السيدة، كما أنّ إختلال عمل الهرمونات وظهور بعض المتغيّرات في الرحم مثل الأورام الليمفية الحميدة (Fibrom) يزداد مع تقدّم العمر وبشكل عام تتخفّف الخصوبة بشكل واضح لدى السيّدات بعد سن (38) سنة، إنّ تأثير العمر يكون عادة أقلّ بالنسبة للرجل (Blandine Courbiere,2009,p87)

ب. عدد مرات الجماع: الزوجان اللذان تحصل بينهما عملية الجماع لعدّة مرات في الأسبوع لديها إمكانية حدوث الحمل بمعدّل ثلاثة أضعاف من أولئك الذي يحصل بينهم جماع مرة واحدة فقط في الأسبوع.

ت. أسباب خارجية: بعض المؤثرات الناتجة عن التطور الحياتي مثل التلوث المنبثق من المصانع القريبة والتدخين والإفراط الشديد في التمارين البدنية وبعض الأدوية التي تؤثر على إفراز الهرمونات (FSH,LH) للجنسين كل ذلك ثبت أن له تأثير على عملية الإخصاب.

ث. أسباب نفسية: مثل الصدمات النفسية أثناء الطفولة المبكرة وتشكل السبب الرئيسي، ويضاف إلى هذا الخوف من الحمل، واضطرابات علائقية وصراعات زوجية. (صالح معاليم، 2008، ص112).

خامسًا - أنواع العقم:

التقسيم الأول:

1-1- العقم الأولي: زوجين لم ينجبا ولدا قط ولم تحمل المرأة أبدا.

(Blandine C,2009,p307)

1-2- العقم الثانوي: زوجين لم ينجبا رغم عدة محاولات للحمل لم تكتمل بالإنجاب.

التقسيم الثاني:

1-2- العقم الأولي: يتمثل في إنعدام الخصوبة بسبب تشوهات عضوية ووراثية.

2-2- العقم الثانوي: يظهر بعد أول إنجاب أو بعد إجهاض لأسباب متعدّدة في هذه

الحالة العامل النفسي محتمل ويؤكدّه الفحص الطبّي المختص. (صالح معاليم، 2008،

ص112)

التقسيم الثالث:

1-3- العقم الفسيولوجي: وهو الأخطر لأنّ المبيض قاصر أو منعدم وتتكشف فاقه

الحيض في هذه الحالة بتحیضات متأخرة أو متباعدة وقصيرة المدّة وقليلة الكميّة.

2-3- العقم العضوي: ويتضمن جميع الإصابات الخلقية والمكتسبة في الجهاز التناسلي.

3-3- العقم النفسي: هو عقم لم تتحدد أسبابه تدقيقاً وهو قابل للشفاء وبعضهم يرجعه لأسباب نفسية. (زياد أحمد سلامة، 1999، ص31)

سادسا- الأجهزة المساعدة على الحمل:

ونقصد بها جميع الأعضاء التي تساعد في الوصول للحمل، وترتبط خاصة بالجهاز التناسلي الذكري و كذا الأنثوي، كما تلعب دورا بارزا في العملية الجنسية، وما يترتب عليها حمل.

أ. الأعضاء التناسلية للرجل:

تتكوّن هذه الأعضاء التناسلية من مجموعة أعضاء صمّمت للقيام بالنشاط الجنسي، كما تساهم أيضًا في عملية التكاثر والغاية الأساسية من هذه الأعضاء هي نقل الخلايا التناسلية المسماة (Sperm) إلى داخل جسم المرأة حيث يمكنها إلقاح خلية بيضة أنثوية (بويضة) قد تتمازج فيما بعد فتتحول إلى جنين. (Akkouche, F Tina, 2002, p55)

ومن هذه الأعضاء نجد: الخِصِيَّة (Testicules)، القضيب (penis) ، الحشفة (Gland)، صفن (Serotum)، بربخ (Epididyme)، إحليل (Urètre)، قناة نافلة (Canal déférent)، قناة قاذفة (Canal inject)، الارقاق العاني (Symphyse pubienne)، بروسات (Prostate)، الحبل المنوي، العجز (Sacrum)، فتحة الحالب (Ireat)، الحويصلة المنوية (Vesicule seminalés)، الجسم الاسفنجي (Corps caverneux)، الجسم الكهفي (C Spongieux)، الحلفة (Prepuce)، الاحليل الغشائي.

1. الخِصِيَّة (Testicules): منسل ذكري يصنع الخلايا والهرمونات الجنسية الذكرية.

(محمد زيعور، 2006، ص87)

2. البربخ (Epididyme): أنبوب تتضح فيه الخلايا المنوية الواردة من الخصيتين قبل

مواصلة مسارها نحو الخارج.

3. صفن (Serotum): كيس جلدي يتدلى من نحن قاعدة القضيب ويحوي خصية.

4. قناة ناقلة: أنبوب ينقل الحيوانات المنوية من البربخ إلى قناة القاذقة في طريقها خارج الجسم.

5. قناة قاذفة: أنبوب ينقل المني من القناة الناقلة وإفرازات الحويصلة المنوية نحو الأكليل.

6. الحويصلة المنوية: يتم فيها صناعة قسم من السائل المنوي وهي تتحد مع القناة الناقلة.

7. اكليل (Urètre): قناة يدفع منها المني خارج الجسم أثناء القذف.

8. قضيب: عضو يقوم بالفعل الجنسي ويتكوّن من جسم إسفنجي وهو المسؤول على القدرة على الإنتصاب، وبداخل القضيب يوجد قناة تدعى قناة البول (urétere) يمرّ من خلالها البول وكذلك الحيوانات المنوية. (شني عبد الفتاح، 2006، ص31)

9. الخلية المنوية (النطقة): الخلايا المنويّة الذكريّة هي خلايا صغيرة جدًا لها رأس وذيل طويل يساعدها على الحركة في السائل المنوي، وهدفها الدخول إلى القنوات التناسلية للأنثى والبحث عن البويضة لإخصابها، فبمجرد القذف يكون السائل المنوي لزجًا لكن سرعان ما يتحوّل إلى سائل في القناة الأنثوية التناسلية المهبل (vagin) ويستغرق ذلك حوالي (20 إلى 30) دقيقة كما يستغرق الحيوان المنوي للمادة المخاطية (Rides vaginales) في عنق الرحم حوالي دقيقتين.

ب. الأعضاء التناسلية الأنثوية:

تتكوّن الأعضاء التناسلية الأنثوية من مجموعة من الأعضاء تُمكن المرأة من القيام بالنشاط الجنسي، وهذه الأعضاء منظمّة بشكل يسمح لها أن تلعب دورا في عملية التكاثر حيث تقوم بإيواء البويضة الملقحة وتزويدها بكلّ ما تحتاج إليه لتنمو أثناء الحمل. (شني عبد الفتاح، 2006، ص223)

وتقع الأعضاء التناسلية الأنثوية في الحوض ما بين المثانة (Vessie) والمستقيم (Rectum) نذكر منها: المهبل (Vagin)، الرحم (Uterus)، عنق الرحم (Col uterus)،

عضلة الرحم (Myomètre)، غشاء الرحم (Endomètre)، جسم الرحم (Corps utérin)، المبيض (Ovaire)، الحويصلة (Follicule)، فتحة الحالب (Meat urétunal)، الشفتان الكبيرتان (Grandes lèvres)، الأكليل (Urèttère)، أهداب (Franges)، قناة فالوب (Trompe de Fallope).

1. المهبل: قناة ذات جدران مطاطة موصلة بالعالم الخارجي صمّمت لإستقبال القضيب

وخرج الجنين أثناء الولادة وهي عضو وسطي يبلغ طوله من (10 حتى 8) سنتمتر.

2. عنق الرحم: هو الجزء السفلي الداخلي للرحم، ضيق وأسطوانى الشكل موصل وينفتح على المهبل.

3. الرحم: عضو مجوّف يبلغ طوله حوالي (7.5) سم وعرضه (5) سم مصمّم لإحتواء البويضة الملقحة وإيواء الجنين أثناء الحمل. (atlas,2003,p197)

4. بطانة الرحم: طبقة مخاطية تغطي باطن الرّحم وتزداد سمكا أثناء كل دورة شهرية يحدث الحيض عندما تسقط إذا لم يحدث الحمل.

5. تجويف الرّحم: تجويف مركزي في الرّحم موصل بالمهبل بواسطة قناة عنق الرّحم.

6. عضلة الرحم: الجزء العلوي للرّحم حيث تنتهي أنابيب فالوب.

7. أنابيب فالوب: هما أنبوبان متصلان بجانب الرّحم تستقبل البويضة التي يحرّرها المبيض وتنقلها إلى تجويف الرّحم. (كريم الشادلي، 2011، ص42)

8. المبيضان: غدّتان صغيرتان تقعان على جهتي قناة فالوب، يتكوّن كلّ منهما من القشرة الخارجية التي تحتوي على البويضات وجزء داخلي يدعى النّواة وبينهما توجد الأوعية الدّموية والأعصاب، يبلغ طول كل مبيض (4) سنتمترات وعرضه حوالي سنتمترين، ولهما وظيفتان أساسيتان

أولاً: إنتاج هرمونات خاصّة مثل الأستروجين والبروجيستيرون.

ثانياً: الإباضة وهي إنتاج البويضات الضّروريّة للتناسل.

9. الحويصلة: هي أكياس مليئة بالسائل موجودة تحت سطح المبيض مباشرة وتحتوي على البويضات الغير ناضجة.

❖ تشكيل البويضات: تحتوي مبايض البنت عند ولادتها على (400.000) بويضة غير ناضجة يتم نضج بعض مئات منها فقط دوريا خلال حياتها، تبدأ فترة الخصوبة عند سن البلوغ عندما تحيض الفتاة، وتتواصل حتى سن اليأس عندما تتوقف العادة الشهرية. (شني عبد الفتاح، 2006، ص223)

سابعا - أسباب العقم:

فالأسباب المؤدية للعقم يشتركان فيها الزوجان معا، وليس واحد دون الآخر وهذا حسب ما دلت عليه الدراسات والبحوث المتخصصة في هذا المجال، بل يذهب البعض منها إلى كون الرجل يتحمل في ذلك 40% من حالات العقم.

أ. أسباب العقم عند الرجال: في مجملها أسباب يمكن إرجاعها إلى:

1. أسباب تتعلق بالغدد التي تتحكم في إنتاج الخصيتين:

نقص إنتاج هرمون (FSH) و (L.H) و (Testerone , Prolactine) ناتج عن أسباب خلقية (Congenital) ولادية أو لإصابات تسبب التلف لكل من الغدة النخامية (Hypophysé) وكذا الهيبوتلاموس (Hypothalamus) وكذا أيضا يرجع لتأخر النضوج (Immaturation). (نجيب ليوس، 2004، ص23)

2. أسباب تتعلق بالخصيتين: تتعرض الخصيتين لأسباب:

- خلقية كخلل في الجينات.
- عدم وجود الخصيتين.
- عجز الخصية عن إفراز الحيوان المنوي.
- دوالي الخصية وهو وريد متورم.
- التهابات شديدة تصيب الخصيتين.

- الإصابة بأورام (Tumeurs) في الخصيتين.
- التعرض لمواد كيميائية أو فيزيائية تؤثر على الخصية.
- 3. خلل في البربخ الحبل المنوي الحويصلات المنوية أو البروستاتا:
 - تشوّه في تكوين البربخ.
 - إنسداد خلقي في القنوات المنوية.
 - التهابات شديدة تؤدي إلى إنسداد في البربخ.
 - التهاب الحويصلات المنوية.
 - التهابات بالبروستات (سامح وديع الحفص ومحمد صبري سليط، 2009، ص 583)
 - بعض الجراثيم تصيب الجهاز التناسلي خاصة العنقوديان مثل: السل، السيلان، الكلاميديا... الخ.
 - قطع الحبل المنوي كما في عملية (vasectomy) لمنع الحمل من ناحية الرجل.
- 4. خلل في عملية الجماع:
 - عدم حصول الإلتصاف ناتج عن عدة أسباب كخلل فيزيولوجي أو بسبب تعاطي أدوية معينة أو بسبب نفسي.
 - استعمال مراهم تقتل الحيوانات المنوية. (كريم الشادلي، 2008، ص 123)
 - وجود فتحة خروج الحيوان المنوي و البول في غير مكانها الطبيعي.
 - تشوّه خلقي في شكل القضيب.
 - القذف العكسي في هذه الحالة يتدفق المنّي إلى المثانة عند القذف بدل من خروجه، ويحدث ذلك عندما يكون هناك خلل في عنق المثانة.
- 5. خلل ما في السائل المنوي: وجود خلل في قدرات الحيوانات المنوية على تلقيح راجع إلى:
 - أمراض معينة.
 - لُزوجه الزائد عن الطبيعي.
 - نقص بعض الأنزيمات التي تلعب دور مهم في حركيته.

- نقص الزنك في البلازما وبعض المواد الأخرى.

- إضطراب في إستعمال الكالسيوم. (Blandine Courberiere,2009,p350)

ب. أسباب العقم عند النساء: قبل البدء في سرد الأسباب والدخول في تفاصيلها نود الإشارة بأن التجارب أثبتت أنه كلما زاد عمر المرأة كلما قلت نسبة حدوث الحمل. (كريم الشادلي، 2011، ص65)

1. أسباب مهبلية:

- إنسداد المهبل لمانع أو ضيق.

- الإلتهابات الشديدة في جدار المهبل.

2. أسباب تتعلق بعنق الرحم: وهي من أهم موانع الحمل

- ضيق العنق الخارجي.

- وجود أجسام مضادة تقتل الحيوانات المنوية.

- إنسداد عنق الرحم.

- قلة وكثرة المخاط يعيق مرور الحيوان المنوي. (Bonnardot&Coll,1995,p66)

3. أسباب تتعلق بالرحم:

- تنشأ عن عيب تشريحي كالتشوهات الخلقية مثل: ضمور الرحم أو غيابه.

- إلتصاقات داخل الرحم ناتجة عن إلتهاب شديد في الرحم أوجرح ناتج عن إستئصال

ورم ليفي سابق.

- الأورام الليفية الحميدة وبالأخص ما كان منها بارزا في تجويفه.

- تيبس الرحم الذي يحدث بعد الإصابة بمرض (endometrites) أي إلتهابات بطانة

الرحم.

- تضخم الرحم الكلي (adenomyosie).

- وجود زوائد لحمية في بطانة الرحم مثل: لولب يعيق الرحم.

4. أسباب تتعلق بقناة فالوب:

- الإلتهابات المزمنة تؤدي إلى الإلتصاقات ومنع البويضة لعملية الإخصاب وكذا الإنسدادات.
- تلف نهاية الأهداب (Franges) ناتج عن إلتهابات أو مرض بطانة الرحم.
- الإلتصاقات نتيجة العمل الجراحي للأهداب.
- قصر الأهداب أقل من (4) سم.
- أورام تصيب قناة فالوب أو المبيض. (كريم الشادلي: 2011، ص ص 101,102)

5. أسباب تتعلق بالمبيض:

- مرض المبيض نتيجة تكيسات أو خلل في إفرازات الهرمونات.
- فشل المبيض في عمله الطبيعي لخلل خلقي ناتج عن خلل في الجينات والأنزيمات.
- التعرض لمؤثرات معينة من الإشعاعات بكميات كبيرة أو بمواد كيميائية أو فيروسات وكذا التدخين بشكل مفرط.
- أسباب تتعلق بجهاز المناعة وجود مضادات للمبيض.
- إنعدام أو خلل في مستقبلات هرمونات (L.H) (F.S.H) في المبيض.
- أسباب غير معروفة.
- إستئصال المبيض جراحيا لسبب أو لآخر.
- فشل فسيولوجي لعمل المبيض.
- خلل في عمل الغدة النخامية.
- خلل في عمل الهيپوتلاموس. (J.P Bonnardot et coll,1995,p71)

6. مرض بطانة الرحم (Endometriosis): وهو عبارة عن ظهور أنسجة بطانة

الرحم في مناطق خارج تجويف البطن مثل المبيض الأمعاء ... الخ.

7. أسباب نفسية: يظهر كثيرا في العقم الثانوي بعد أول إنجاب أو بعد إجهاض لأسباب

متعددة ويُرجعه البعض لأسباب صدمية وأخرى للخوف والقلق من الحمل الذي يؤدي

للتشوّه الجسدي وتظهر في الشخصيات القلقة و تتّصف البعض منها بأنّها غلنيات (érotiques)، وكذا مسترجلات عدوانيات. (صالح معاليم، 2008، ص112)

ثامناً - تشخيص العقم:

هناك عدّة إجراءات يتمّ تتبعها لأجل قيام بتشخيص كامل ومفيد للذين يتقدمون لإجراء فحص حول تأخّر الإنجاب عند المختصين بهذا التكلّف الطبي ومن ضمن هذه الإجراءات:

1. **فحص التاريخ المرضي:** الإستفسار عن التاريخ المرضي لكل من الزوجة والزوج على حدة، ثمّ كلا الزوجين، ضروري للبداية يتم سؤال الزوجة والزوج عن أيّ أمراض سابقة: كداء السكري، حمى شديدة (Rebeol)، دواء معين أخذ لفترة طويلة، الدُغام أو مرض النُكاف (Mump) أي مرض تناسلي سابق وأيّ تداخل جراحي سابق وخصوصا منطقة الحوض للمرأة والمنطقة التناسلية للرجل، فترة تأخر الإنجاب، وهل هناك حمل سابق لم يكتمل؟ عدد مرات الجماع؟ أسلوب الحياة؟ تناول الدخان والكحول والمخدرات لأوقات طويلة، متى كان سن البلوغ؟ هل هناك تعرض سابق للإشعاع؟ أو مواد كيميائية أو حرارية وغيرها بالإضافة إلى استفسارات كثيرة تساعد في تشخيص سبب العقم عند الرجل أو المرأة؟

(Blandine Courbiere,2009,p439)

2. **الفحص السريري:** ويتمّ فحص الجسم بشكل عام أولاً (الرأس، العنق، الصدر، البطن، الأطراف العليا والسفلى) والتركيز على المنطقة التناسلية للذكر والأنثى.

أ. الإجراءات للرجل:

1) **فحص السائل المنوي:** فغالبا ما يحتاج الطّبيب المعالج إلى إعادة الفحص مرّتين أو ثلاثة لأنّ النّتائج تتغيّر بتغيّر الظروف الصحيّة للرجل وغير ذلك من المؤشرات، هذا ويجب التّقيّد بعدّة تعليمات عند تقديم الفحص لعينة السائل المنوي، كما تجري فحوص أخرى لتقييم قدرة الحيوانات المنويّة على الإخصاب.

- (2) **فحوصات جهاز المناعة:** يستهدف هذا الفحص التَّحَقُّقُ إذا ما كانت هناك أجسام مضادة للحيوانات المنوية (Anticorps du sperm) وذلك من خلال فحص الدَّم أي بلازما السائل المنوي أو الحيوانات المنوية نفسها.
- (3) **فحوصات ميكروبيولوجية:** تتم في حالة وجود إلتهاب بالجهاز التَّناسلي أو عند وجود إرتفاع للكريَّات الدَّم البيضاء في السائل المنوي.
- (4) **فحوصات هرمونية:** وذلك بفحص مستوى هرمونات (Testerone) (L.H) (F.S.H) وغيرها بالدَّم إذا استدعت الحالة كما ذكرنا سابقا.
- (5) **فحوصات الجهاز التناسلي:** وبخاصة الخصيتان وذلك بأخذ خزعة (Biopsy) منها باستعمال (Vasgrephy) أو لوجود دوالي الخصية أو بواسطة الموجات الفوق صوتية.
- (6) **فحوصات لحالات الخلل في الجماع أو القذف:** مثال: كفحص البول بعد القذف أو لتحديد وجود القذف الرجعي.
- (7) **فحوصات للجينات أو الكروموسومات:** مثال: عند الاشتباه بوجود (Syndrome klinfetrse) أو مرض (Gystie fibrome).
- ❖ **ملاحظة:** إن ذكر هذه التحاليل لا يعني بالضرورة أنَّ الفاحص سوف يطلبها كلها، وإنما يعتمد فقط على إحتياج كل حالة لذلك.

(J P Bonnardot et coll,1995,p155)

ب. الإجراءات للمرأة:

- (1) **الفحص الهرموني:** يتم فحص الهرمونات (F.S.H) (L.H) (testerone) وغيرها حسب ما تستدعيه الحالة ويتم فحص هرمون (projesterone) لمعرفة حصول التبويض وكذلك لتقييم الجسم الأصفر بالمبيض.
- (2) **فحوصات الرَّحِم بالكل:** سواء عنق الرَّحِم أو تجويف الرَّحِم وغيرها من الأجزاء، معرفة ما يتعلَّق بالمادة المخاطية التي تفرز من عنق الرَّحِم بواسطة الغدد الموجودة هناك

إحتمال معرفة وجود تضخم أو ورم ليفي في الرحم أو في تجويفه أو زوائد لحمية (Polyps) أو إلتصاقات داخل الرحم، وجود التهابات رحمية.

(3) فحوصات أنبوب فالوب: لمعرفة حالة قناة فالوب أي وجود إنسداد كلي أو جزئي أو وجود ليف، زوائد لحمية إلتصاقات، وتستخدم في ذلك كله بعض الأجهزة المتخصصة لذلك إما على مستوى التصوير للبطن أو عن طريق المهبل.

(4) فحص ما بعد الجماع: عن طريق أخذ عينة من عنق الرحم بعد (6-10) ساعات من الجماع، وتفحص تحت المجهر لتقدير قوة الحيوانات المنوية ومدى مرونة المخاط في عنق الرحم، فإذا استطعنا رؤية (15 إلى 20) من الحيوانات المنوية فإن النتيجة تكون جيدة، وإذا قلت أكثر من ذلك فإن عملية الإخصاب تكون ضعيفة.

(5) قياس حرارة الجسم: وتتخلص هذه الطريقة بأخذ قياس الحرارة يوميًا عند الإستيقاظ من النوم من أول يوم من الدورة الشهرية، وتسجيل ذلك يوميا على ورقة خاصة حتى موعد الدورة الشهرية الثانية، فإذا كانت الدورة الشهرية التي تم قياس درجة حرارة الجسم خلالها مخصبة أي حدثت الإباضة، ستلاحظ المرأة ارتفاعا في درجة الحرارة في النصف الثاني من الدورة الشهرية بمعدل (5 إلى 15) درجة مئوية.

(6) فحوصات جهاز المناعة: وهذا لمعرفة المضادات للحيوانات المنوية ولعمل المبيض. (7) فحوصات الكروموزومات أو الجينات: مثال: عجز المبيض المبكر، حالات إنقطاع الطمث الأولى، حالات الإجهاض المتكرر.

تاسعًا - الخلفيات الذهنية وتأثيرها على المصابين بالعقم:

تعتبر الجماعة الإجتماعية هيكل حيوي معقد وتنظيم منسق لعلاقة الأفراد وتأثيرهم على بعضهم البعض، تحده مشاعر مختلفة مثل: التماسك والتكامل والإشراك في إختيار وإنجاز الأهداف، إقتسام هوية إجتماعية، وتوحيد قنوات الإتصال والوجدان ضمن اللاشعور الجماعي وتعزيز ألفة الإدراك المتبادل. (مراد مرداسي، 2009، ص90)

هذا كله تحدده ما اصطلح عليه بالخلفيات الذهنية كما أشار إليها (O.klineberg) (1963) بأنها ظاهرة متعددة الأبعاد، وتوصل (Bogardus) إلى أن هذا البعد الاجتماعي يتوقف على التجربة والمواقف التي تعكس وسط ثقافي معين، بل يذهب البعض إلى أن كل هذا له علاقة بالنضج النفسي والعقلي وكذا طبيعة التصورات التي يقوم عليها محتوى سوسيو ثقافي ما، وهذا ما أوضحت أعمال كل من (F.Boas) (k.lewin) (GB.Mailhiot) (E.Sapir). (مراد مرداسي، 2006، ص145)

وهذا ما تعكسه ظاهرة العقم على حياة الزوجين كأفراد داخل النسق الاجتماعي العام، وما يترتب عليه من تبعات وآثار سواء من الناحية النفسية والعقلية وكذا العلائقية، وأيضا ما يقدمه هذا الوسط الاجتماعي كبديل ووسائل وتقنيات لمواجهة ظاهرة العقم عند كلا الزوجين. وفي الحقيقة لا تخلوا أي ثقافة لوسط اجتماعي ما عن إفرازاتها السلبية، وتتراوح شدة هذه التبعات وإستمرارها من ثقافة لأخرى بحسب حجم التفتّح والإنغلاق نحو الآخر.

نريد هنا أن نستوضح أمرا مهماً ألا وهو تأثير دور البعد الثقافي في رسم نمط الخلفيات الذهنية الذي له تأثير غير مباشر على التكيف المصاب بالعقم، وهذا ما تؤكده العديد من الدراسات الإثنية والاجتماعية في أماكن متنوعة بالعالم.

(1) - دراسات وبحوث ميدانية إفريقية:

- دراسة (Evans Pritchard) في السودان وخاصة لقبائل "les Nuer"
- دراسة العالم الإثني (Max Gluckman) في إفريقيا الجنوبية لقبائل (Zoulou du Natales)
- دراسة العالم (R.Bureau) لقبائل "Douala" في الكامرون.
- دراسة (John Hilbert) لقبائل "Gbaya" في إفريقيا الوسطى.

فهذه الدراسات كلها بيّنت أنّ هناك نقاط تشابه في السير العام نحو إستراتيجيات مواجهة العقم بالوسائل التقليدية أو عن طريق الشعوذة والسحر، وأيضا تصوراتهم حول مسألة العقم

كانت جدُّ متقاربة حتى أنّ تبيعات وآثار الإصابة بالعمم لا تقتصر فقط على الزوجين بل يمتد أثرها إلى القبيلة.

دراسات في أوروبا نجد منها:

- دراسة كوبر وهلبيرت (Cooper et Hilbert) في الدول شرق أوروبا.
- دراسة لمجموعة من الباحثين بجامعة "Kelly" بلندن.

خلصت كلتاها في بلورة فكرة الضغوط الاجتماعية وفقدان السند والإحساس بالوحدة ناجم عن المعتقدات الاجتماعية.

دراسات أمريكية منها:

- دراسة (Boungon) في جامعة (Alorth Westerm) بشيكاغو.
- دراسة (Mulhell) بجامعة (Cconnel) بنيويورك.

وانتهت بخلاصة مفادها أنّ تأثير البعد السوسيوثقافي أيضًا يرمي بضلاله على حياة المصاب بالعمم.

(2)- الآثار النفسية للعمم على الزوجين:

مما لا شك فيه أنّ للعمم انعكاسات سلبية التي سوف تؤثر على المعاش اليومي للمصاب بالعمم ومن ضمن هذه الآثار مايلي:

- اضطراب الصحة النفسية للعمم بفقدانه لتوازنه وتكيفه.
- المعاناة النفسية في مجموعة أعراض متنوعة مثل: القلق، والحزن، والكآبة، والشعور بالدونية والنقص وعدم الكفاءة، والفشل، والعجز، وبالذنب، وسوء تقدير الذات، واختلال صورة الجسم .
- التعرّض للضغوط الثقافية والاجتماعية والأسرية. (بريرة سويت، 2009، ص

ص 635- 636)

- اضطراب المناخ الأسري الذي يؤدي إلى الطلاق أو تعدد الزوجات أو الخيانة الزوجية، وأيضاً فقدان للعلاقات الحميمة بين الزوجين، وإتهام الآخر.

عاشراً- العلاج:

الهدف الرئيسي للعلاج هو إزالة أيّ سبب للعقم قد يوجد لدى الزوجين، ويجب أن تكون البداية بطمأنة الزوجين خاصة إذا كانا يستعجلان حدوث الحمل، بعدئذ يجب توضيح بعض الأمور للزوجين مثل عدد مرات المعاشرة وتوقيتها، إضافة إلى تصحيح أيّة ظواهر مرضية أخرى مثل سوء التغذية والسمنة المفرطة والتدخين وما إلى ذلك، ومن أهم نجاح العلاج هو معرفة سبب العقم ومعالجته بشكل سريع .

والتدخل العلاجي يتضمن الطرق الثلاثة الآتية:

❖ **الأدوية:** وغالبا ماتكون في شكل حبوب أوحقن متنوعة ذات أصل بروتيني أو فيتاميني وصممت هذه الأدوية لتحفيز الإباضة أو تنظيمها وكذلك لتحسين جودة السائل المنوي.

❖ **التدخل الجراحي:** يلجأ للعمليات الجراحية إذا ما استنفدنا الدور الدوائي في تحقيق الهدف من حدوث الحمل، فيمكن من التدخل الجراحي من إصلاح الإنسداد في القنوات المنوية أو عملية ربط الدوالي وهذا بغية تحسين من عدد ونوعية وكذا شكل الحيوانات المنوية بالنسبة للرجال، أو إستئصال بعض الموانع في المبيض أو إزالة الالتصاقات وإصلاح أي خلل في قناة فالوب حسب نوع الخلل ومحلّه وبالنسبة للنساء. (Larbi Ould Larbi,2004,pp74-83)

❖ **وسائل تقنية مساعدة في الإنجاب:** ضمن هذه الوسائل نجد

1) **الإخصاب الصناعي (Artifiial Insemination):** تتم بواسطة أداة للتلقيح

الصناعي بدون أن يكون هناك أيّ إتصال جنسي بين الزوجين، إنّها عبارة عن تلقيح الأنثى بواسطة وسائل طبية بسائل منوي ثمّ جمعه من الزوج أمّا أسباب إستخدام هذه

الطريقة فهي تعود في الغالب إلى إصابة أحد الزوجين بالعقم، أو ضعف يمنع إتمام الحمل، أو خوفاً من انتقال مرض وراثي إلى الأطفال.

(2) أطفال الأنابيب (Invitro Fertigation): عملية الإخصاب التي تتم بين البويضة والحيوان المنوي خارج الرحم (في أنابيب خاصة) وتترك البويضة المخصبة لتتطور لفترة معينة، ثم يتم زراعتها في رحم الأنثى لإتمام مراحل الحمل، وتسمى هذه التقنية بالحقن المجهري أيضاً.

خلاصة الفصل:

هكذا تعرّفنا في هذا الفصل على جانب بيولوجي و فيزيولوجي عند الإنسان متمثلاً في آلية التكاثر لديه و ما تتضمنه من أسباب و أدوات و ظروف و غير ذلك من عناصر سيرورته سواء في حالات الصّحة أو الإضطراب .

الفصل الثالث

ماهية الإكتئاب

• تمهيد

1- الصحة النفسية والإضطرابات السيكولوجية

- معناها وتعريفها.
- أعراض المرض النفسي.
- وظيفة الأعراض.
- أسباب الأمراض النفسية.
- مميزات شخصية العصابي.

2- الإكتئاب النفسي

- تعريفه و نسبة إنتشاره.
- الفرق بين حالة وسمة الإكتئاب وبين الحزن والإكتئاب.
- مظاهره وأسبابه.
- بروفيل الشخصية الإكتئابية.
- سيكوباتولوجية الإكتئاب لدى الشخصية المغاربية.
- النظريات المفسرة للإكتئاب.
- ميكانيزمات الإكتئاب الدفاعية.
- تشخيص الإكتئاب.
- علاقة اليأس وتقدير الذات بالإكتئاب.
- قياس الإكتئاب.
- علاجه.

• خلاصة الفصل

تمهيد:

الإكتئاب النفسي هو أكثر من مجرد مشكلات مزاجية عابرة يمكن معاشتها في فترة زمنية معينة بدون أن تلقي بظلالها على نواحي المعاش اليومي للفرد المكتئب، ومن الرّاجح ألاّ يقتصر الإختلال فقط على النّاحية السيكولوجية و البدنية للفرد بل يمتد إلى النّاحية الإجتماعية في مناخها العلائقي التفاعلي، وربما اشتدّت حدّته بمرور الوقت وتطوّر إلى مستوى متفاقم يكون منعرّج خطير يهدّد تكيف الفرد مع ذاته ومع بيئته.

تطرقنا في هذا الفصل إلى ماهيّة المرض النفسي وما يميّزه من أعراض وكذا البروفيل الشّخصي للعصابي وغير ذلك، ثمّ عرّجنا على كُنه الإكتئاب ومدى إنتشاره وأتيلوجيته، وكذا عدّدنا أهمّ تصنيفاته وما يميّزه عن الحزن وكذا التباين بين حالة الإكتئاب والسّمة، كما وقفنا على أهمّ تناولته سواء في المجال البيولوجي أو السيكولوجي وخلصنا لطريقة تشخيصه وكيفية علاجه، وقبل ذلك وقفنا على ما يسطّح عليه تقدير الذات واليأس لنبيّن حقيقة العلاقة التي تجمعهما مع الاكتئاب.

أولاً - الصّحة النفسية والإضطرابات السيكولوجية:

الصّحة النفسية والمرض أو الإضطراب النفسي مفهومان لا يفهم أحدهما إلاّ بالرجوع إلى الآخر، والإختلاف الحاصل بينهما مجرد إختلاف في الدّرجة وليس في النوع، ومن المعلوم أنّه لا يوجد نموذج مثالي يساعدنا في التفريق الحاصل بين الصّحة النفسية من جهة وما يقابلها من مرض نفسي. (حامد عبد السلام زهران: 2000، ص15)

1) ما معنى الصّحة النفسية في الحقل السيكولوجي؟

الصّحة النفسية لا تعني مجرد خلو الإنسان من الأعراض المرضية سواء على المستوى الظاهر أو المستتر المعنوي، فالصّحة النفسية هي حالة من التوافق أو التّكامل بين الوظائف النفسية مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية، وتحقيق التوافق بين الفرد ونفسه وبين الفرد

وبيئته توافقا يؤدي إلى أقصى درجة ممكنة من الكفاية والإحساس الإيجابي بالسعادة. (هنا
محمد سليمان، 2008، ص47)

(2) ماهية المرض النفسي:

يمكن تعريف المرض النفسي بأنه اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، ويؤثر في سلوك الشخص، فيعوق توافقه النفسي ويعوقه على ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه. وهو أنواع ودرجات فقد يكون خفيفا يضفي بعض الغرابة على شخصية المريض وسلوكه وقد يكون شديدا لدرجة أن يدفع المريض إلى القتل والإنتحار ومن أهم سماته القلق.

والرأي السائد الآن هو أنّ الأمراض النفسية أو ما يصطلح عليه بتسمية العُصاب "nevrose" عبارة عن مشكلات نفسية وإنفعالية تُعبّر عن محاولات فاشلة في التكيف مع المحيط (الداخلي والخارجي) للفرد.

ومن هنا نستخلص أنّ الفرد الذي يجد صعوبة في تقبل ذاته والذي لا يستطيع أن يشبع حاجاته وتحقيق آماله، والذي يعاني إحباطات (frustration) وصراعات نفسية ولا يتوافق شخصيا وإنفعاليا وإجتماعيا مهدّد في استقراره الصّحي النفسي. (نفس المصدر، ص48)

(3) الأعراض العامة للعُصاب أو المرض النفسي:

تُحدّد أعراض المرض النفسي بالمظاهر التالية:

- إختلال جزئي في جانب معين من جوانب الشخصية الفرد العصابي، يمكنه مساعدة نفسه وكذا يطلب المساعدة من الآخرين.
- استمرارية الإتصال بالواقع دون إنقطاع ويسعى الفرد العصابي جاهدا التكيف مع الحياة قدر الإمكان إلاّ أنّه يعاني كثيرا عندما يعجز من تحقيق أهداف الحياة السعيدة لنفسه.

- محاولات مستمرة لممارسة الدور الاجتماعي والاتصال مع غيره من الأفراد المجتمع، إلا أن هذه المحاولات غالبا ما تكون مصحوبة بمشاعر القلق والضيق والتوتر إذ يسعى الفرد العصابي للتخلص من هذه الأعراض النفسية القاسية.
- فقدان الشعور بالأمن النفسي وزيادة الحساسية والمبالغة في ردود الأفعال السلوكية، واختلال التوازن الإنفعالي، الإتكالية، واستجداء عواطف الناس والشعور بالإحباط والإكتئاب النفسي، وضعف الثقة بالنفس.
- إضطراب في العمليات العقلية العليا، وتأخذ أشكالا متعدّدة منها تفكير لا منطقي وغير المنظم، والبطء في الفهم والإدراك، وضعف القدرة على التركيز، وكثرة النسيان والرتابة في الأداء، ونقص الإنجاز والشعور بالقصور وعدم إمكانية تحقيق أهداف الحياة.
- الإحساس الدائم بالإضطرابات العضوية، وتأخذ أشكالا متعدّدة منها: إضطرابات هضمية، تنفسية، إضطرابات الدورة الدموية، فقدان الشهية للطعام، صعوبات النوم، مشاكل في النطق.
- التناقض الوجداني (Ambivalence) والتذبذب في السلوك.
- الميل لإستخدام الحيل الدفاعية كوسائل هروبية من المواقف التي لا يرغب في إقتحامها أو مواجهتها، إضطرابات تعكس حالات الصّراع النّفسي مصحوبة بالمخاوف الشديدة.
- إضطرابات إنفعالية واضحة تأخذ أشكالا متعدّدة كسرعة الغضب، والإهتياج، والعصبية. (أديب محمد الخالدي: 2009، ص 299)

4) وظيفة وميزة الأعراض العصابية:

فالعرض عبارة عن تعبير في شكل محاولة لإيجاد حلّ بطريقة مرضية للصراع الداخلي وهو محاولة للدفاع عن النّفس، وتتصّف الأعراض المرضية بما يلي:

- هي علامة على وجود إضطراب.

- كونها هادفة لإيجاد نوع من التوافق الخاص.
- هي محاولة لإمتصاص الطاقات النفسية المكبوثة.
- الأعراض متداخلة ومتفاعلة ومنها ما هو داخلي كالخوف والوسوسة أو التوتر، ومنها ما هو خارجي كزيادة إفراز العرق واللّعب والجمود العضلي والتصلّب أو الهيجان العصبي. (سناء سليمان، 2008، ص50)

(5) أسباب الأمراض النفسية:

تتلخّص أسباب الأمراض النفسيّة في نتيجة تفاعل قوى كثيرة ومتعدّدة وكذا معقّدة منها ما هو داخلي (نفسى وجسمي)، وخارجي بين (اجتماعي وكذا طبيعي) وتنقسم أسباب الأمراض النفسيّة إلى:

أ- الأسباب الأصلية أو المهيأة:

وهي التي تمهد لحدوث المرض وهي التي ترشح الفرد وتجعله عرضة لظهور المرض النفسي، إذا ما طرأ سبب أو عامل يعجّل بظهور المرض، ويلاحظ أنّ الأسباب الأصلية أو المهيأة متعدّدة ومختلفة وربّما استمر تأثيرها على الفرد عدّة سنوات، ومن بين هذه الأسباب نجد العيوب الوراثية والإضطرابات الجسمية والخبرات الأليمة خاصّة في مرحلة الطفولة، وأسباب بيئية إجتماعية ثقافية.

ب- الأسباب المساعدة:

وهي الأسباب والأحداث السابقة للمرض النفسي مباشرة والتي تُعجّل بظهوره، ويلزم لها لكي تُؤثّر في الفرد أن يكون مهياً للمرض النفسي أي أنّ السبب المساعد يكون دائماً بمثابة الزناد الذي يفجّر البارود، والأسباب المساعدة تندلع على أثرها أعراض المرض أي أنّها تقجر المرض ولا تخلقه ومن أمثلة الأسباب المساعدة نجد: الأزمات الإقتصادية والصدمات الإنفعالية، والمراحل الحرجة في حياة الفرد مثل: سن البلوغ وسن التقاعد واليأس أو عند

الزواج وكذا الإنجاب وعند الانتقال من بيئة إلى أخرى أو من نمط حياة إلى نمط حياة آخر.
(سناء سليمان، 2008، ص ص 91-95)

6) مميزات شخصية العصابي:

يتصف الحساسية الزائدة وخاصة في المواقف النقد والإحباط وكذلك يعدم النضج والأناية، وفقدان الثقة بالنفس، وعدم تقبل المسؤولية والخوف منها والإتكالية.

ثانيا - الإكتئاب النفسي:

1. تعريف الإكتئاب النفسي:

1-1- **التعريف اللغوي:** تشير كلمة الإكتئاب في اللغة العربية إلى شدة الحزن والهم، فهو كئيب والكآبة تعني تعيّر النفس وإنكسارها. (السيد فهمي علي: 2009، ص 85)
الكأب والكآبة والكآبة تدل في معانيها على كل من: الغم وسوء الحال والإنكسار من الحزن، واكتئب فهو كئيب ومكتئب أي بمعنى حزن، ورماد مكتئب مائل إلى السواد وكآبة أي أحزانه وينشق إسم الإكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كأب، ويشير هذا الفعل إلى سواد اللون... (الرازي محمد: 1967، ص 1388)

ويستخدم لفظ الإكتئاب في عدّة مجالات بعدّة معاني فمثلا يستخدم في علم النفس بمعنى الإنقباض وفي علم الإقتصاد بمعنى الكساد، وفي علم الجغرافيا بمعنى الإنخفاض في الضغط الجوي. (مدحت عبد الحميد: 2001، ص 22)

1-2- **التعريف السيكولوجي للإكتئاب النفسي:** في علم النفس يمكننا الوقوف على العديد من التعاريف المتنوعة والمتعلقة بوصف الظاهرة الإكتئابية ولا يستعصى على القارئ أن يدرك ما بينها من نقاط تشابه وكذا تباين، وهذا مرده لنوعية الوسائل التقديرية المستعملة لوصف هذه الظاهرة.

يعرّف دافيد ستات (D.Statt) (1982) الإكتئاب: "بأنّه واحد من المظاهر أو الأشكال العامة للإضطراب الإنفعالي، التي قد تختلف كثافته من مجرد أزمات هموم الحياة اليومية

إلى الحالة العقلية لليأس التام ... وهو يتصف بالقلق والكآبة وانخفاض النشاط العام".
(مدحت عبد الحميد: 2001، ص 23)

ويعرّف إنجرام (Ingram) الإكتئاب بأنه: "إضطراب وجداني يتسم بإنحرافات وجدانية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى". (Marie pierson :1994,p113)

ويعرّف السيد فهمي علي (2009) الإكتئاب أنه: "إتجاه إنفعالي باثولوجي أحيانا ينطوي على شعور بعدم الكفاية، وبفقدان الأمل وفي بعض الأحيان يكون ساحقا ويصعبه عموما إنخفاض في النشاط الجسمي والنّفسي. (السيد فهمي علي: 2009، ص 86)

ويعرّفه مدحت عبد الحميد (2001) بأنه: "إضطراب وجداني متعدّد الأوجه فقد يشير إلى حالة أو سمة أو عرض أو زملة أعراض، وقد يكون عصابا أو ذهانا أو اضطراب في الشخصية والمزاج، وهو كل مع هذا درجة من الشعور بالألم النفسي، ينتج عنه إنخفاض نسبي في المستوى العام لنشاطات المرأ ويتراوح مداه من الشعور بالحزن إلى الشروع في الإنتحار وقد يكون ظاهرا أو مُقَنَّعا، سابقا أو لاحقا، أو مستقلا عن إضطراب آخر". (مدحت عبد الحميد: 2001، ص 25)

ويشير بشير معمريّة (2009) بأنّ لإكتئاب: "مصطلح يستخدم لوصف مزاج أو أعراض أو زملة أعراض لإضطرابات وجدانية، وتشمل الحالة المزاجية للإكتئاب الشعور باليأس والكآبة والحزن وإنقباض الصدر، كما تتمثل الأعراض في مجموعة الشكاوى التي تتجمع في زملة تشير إلى سلسلة عريضة من الإختلال النفسي الحيوي الذي يتغيّر بحسب التكرار والشدة والمدة، ويعدّ الإكتئاب مشكلة من المشكلات التي تعوق الفرد عن توافقه وتطوره، ويتجسّد الإضطراب الإنفعالي في عدم القدرة على الحبّ وكراهية الذات إلى درجة تصل إلى التفكير في الموت والإنتحار، ثمّ الإقدام الفعلي على الإنتحار ويتمثل الإضطراب المعرفي في إنخفاض تقدير الذات وتشويه المدركات وإضطرابات الذاكرة وتوقّع الفشل في كلّ المحاولات وإستشعار خيبة الأمل في الحياة وعدم القدرة على التركيز الذهني ويظهر

الإضطراب البدني في إضطراب الشهية للطعام وإضطراب النوم وكثرة البكاء، وتناقص الطاقة والشعور بالإجهاد. (بشير معمرية، 2009، ص61)

ويقول وليام ستيرون (William Styron): "أنّ الإكتئاب هو أزمة حقيقية وليس مجرد أعراض أو مرض عقلي وجسمي". (Marie Louise P : 2008, p21)

نستخلص من هذا الكمّ المتنوّع من التعريفات التي تصف الظاهرة الإكتئابية التي يشكو منها العديد من الأفراد بأنّ: "الإكتئاب ظاهرة سيكولوجية مرضية تتأتى في طابع خبرة وجدانية ذاتية طويلة المدى أو حالة عابرة، تظهر في مظاهر نفسية وجسمية متنوعة (من الحزن إلى الإنتحار) وتختلف بحسب الشدّة والدرجة من فرد لآخر ومن أهم أعراضه التغيّر في المزاج، كما تصيب جميع الأعمار وتنتشر في كلّ الطبقات.

1-3- نسبة إنتشار الظاهرة الإكتئابية: فالإكتئاب مرض نفسي شائع في المجتمعات ويعدّ ثاني إضطراب سيكولوجي إنتشارا بعد القلق العصابي، ونسبة المعاناة به تصل إلى (1) من (20) لكل شخص سنويّاً، وأكّدت العديد من الدراسات أنّ النّساء أكثر عُرضة للإكتئاب من الرجال بثلاثة أضعاف وهذا في مختلف المجتمعات وهذا فقط فيما يسمى بالإكتئاب أحادي القطب إلّا أنّهم يتساوون مع الرّجال في شكاوى المعاناة لما يُصطلح عليه الحالات المزاجيّة ثنائية القطب.

(Michel Hansenne, 2013, p285)

ويشير عبد الله عسكر (1988) في دراسته أنّ الإكتئاب يختلف باختلاف العوامل الحضارية والإجتماعية والإقتصادية من مجتمع لآخر، وذكرت جون ماري إنجلد (Jean Marie Anglerand) أنّ ليس هناك طبقة محدّدة لمن يمسّهم الإكتئاب بل يمسّ كلّ الطبقات. (مدحت عبد الحميد أبوزيد: 2001، ص100)

ووجد أنّ نسبة المصابين به في المستشفيات تطول مدّة المكوث فيه. (ابراهيم علاء عبد الباقي: 2009، ص21).

1-4- حالة الإكتئاب مقابل سمته:

تختلف حالة الإكتئاب (d.state) عن سمة الإكتئاب (d.trait) حيث أنّ مفهوم السمة يقترب بما يسمى بالمزاج طويل المدى (long tern mood)، في حين يقترب مفهوم الحالة عن المزاج قصير المدى (short tern mood) وأحيانا يسمى المزاج طويل المدى أيضا باسم المزاج المزمن (chroni mood)، حيث أنّ حالة الإكتئاب حالة مؤقتة (متغيرة) ونسبية وتتأرجح بين الهبوط والإرتفاع، في حين تتسم سمة الإكتئاب بالديمومة النسبية وهي ثابتة إلى حدّ ما، وهي تتميز بالتواتر والتكرار. (مدحت أبوزيد: 2001، ص55)

1-5- الفرق بين الاكتئاب والحزن:

يفرّق السيكولوجيين بين الإكتئاب والحزن، والاكتئاب أكثر حدّة وأكثر ثباتا من الحزن ويشعر المكتئبون بأنّ لا حول لهم ولا قوّة، وأنهم مهملون فلا يعودون يتحملون مسؤولياتهم، ويهملون أعمالهم ويميلون للإنسحاب ويشعرون بعدم القدرة على التحكم في أنفسهم أو توجيه حياتهم. (ليندا دافيدوف: 2000، ص315)

ويضيف أيمن الحسيني في كتابه "الإكتئاب والجنس" أنّ الحزن يعتبر حالة نشطة بينما الإكتئاب حالة خامدة أو سلبية (ضعف القدرة على التعبير عن المشاعر وفقدان الطاقة والحماس. (أيمن الحسيني: 1994، ص14)

ويقول "Enry Ey" أنّ الحزن يظهر في صور نفحات (bouffées) عندها بداية وسيرورة وكذا نهاية في فترات الحياة بمعدل تلقائي وعادي موافقا للطبيعة البشرية بعكس اضطراب المزاج ليس له هذا التموّج الفضائي والوقتي ولا ببساطة هذا الميكانيزم في المعاش اليومي للأفراد وإنما تتميز بإجتياح وديمومة ولا ترتكز على الموضوع محدد بل مرتبط بعدة عوامل وهذا نفس ما ذهب إليه فرويد (Freud) سابقا. (مدحت عبد الحميد أبوزيد: 2001، ص83).

ففي حالة الإكتئاب نجد مشاعر تحتوي على تقدير منخفض نحو الذات وإدانة لها ورغبة في عقابها.

2. مظاهر الإكتئاب:

حسب بيك (beck)(1969) هناك (21) بُعد يحدّد الظاهرة الإكتئابية وهي كما يلي:

الحزن، التشاؤم، الإحساس بالفشل، فقدان اللذة، الإحساس بالذنب، الإحساس بالعقاب، إنخفاض تقدير الذات، النقد الذاتي، أفكار إنتحارية، البكاء، الهيجان، فقدان الإهتمام، صعوبة القرارات، التحقير الذاتي، فقدان الطاقة، التغير في النوم، الإنفعالية، التغير في الشهية، الصعوبة في التركيز، العياء، فقدان الليدو. (A-Beck :1969,p40)

ومنهم من يفضّل أن يجعلها في أربعة أبعاد كبرى هي:

2-1- الأعراض الوجدانية:

مثل الحزن، اليأس التشاؤم، إتهام الذات، الشعور بالذنب، عدم الرضا، كره الذات، الإحباط، الشعور بعدم القيمة، فقدان الإبتسامة والضحك، الغضب الجامح، البكاء والقلق الذي يتلازم دائما مع الإكتئاب بصورة كبيرة. (محمد سعد حامد: 2010، ص32)

2-2- الأعراض المعرفية:

وتشير إلى قدرة الأفراد على التركيز دائما وإتخاذ القرار وكيفية تقويمهم لأنفسهم مثل: صعوبات في الإنتباه والإدراك والتركيز والتذكر وكذا في التجريد والإستدلال والتعميم، والأفكار الخاطئة حول الذات والآخرين، والأفكار الإنتحارية. (Marie Louise P: 1994, p114)

2-3- الأعراض الإجتماعية:

وتتمثل في الانسحاب الإجتماعي والعلاقات السلبية بالمحيط الإجتماعي، ونقص الإستجابة في المواقف الإجتماعية، وصعوبة بدء علاقات جديدة، الجمود والإفتقار إلى المهارات الإجتماعية الضرورية للنجاح، السلوكات الغريبة تجاه الآخرين، قلة الإهتمام بالجنس، تصلب الرأي، فتور في الإهتمام بالأناقة بالمظهر الخارجي (لباس، تصريحة الشعر وغيرها)، قلة الكلام وبطئه.

2-4- الأعراض الجسمية:

ويسمى البعض أعراض فيزيولوجية وتتواجد الأعراض (05) الأولى بصورة متكررة عند الأفراد المكتئبين:

- فقدان الشهية (إضطراب في سلوك التغذية) ومن الممكن أن يحدث العكس فتزداد الشهية وبالتالي يزداد الوزن.
- الإمساك (constipation) حيث يعاني الفرد من عدم حركة الأمعاء وقد تستمر لعدة أيام.
- إضطرابات النوم وتتمثل في صعوبة النوم العميق وكذلك الإستيقاظ المبكر، والأرق، الكوابيس والأحلام المزعجة أثناء النوم، والفرع أثناء النوم بالليل، والبعض الآخر قد يحدث لديهم العكس فتكون لديهم فرط في النوم أو النوم العميق.
- نقص النشاط الجنسي وإجتئاب الممارسة، حيث تقل لدى العديد من الأفراد الإستثارة الجنسية بصورة كبيرة.
- إضطرابات الدورة الشهرية لدى السيدات وعدم إنتظامها.
- سرعة الشعور بالتعب، إختلال الإستجابة الحركية، إضطرابات الهضم، تغير صورة الجسم، جفاف الفم والحنك، سرعة التنفس، التبول التكراري، الصداع، آلام الظهر (اللومباجو)، آلام الرأس. (عبد المنعم الميلادي: 2004، ص37)

ويضيف بعض الباحثين بُعد آخر وهو:

2-5- الأعراض الدافعية:

وتتمثل الأشكال السلوكية التي تشير إلى التوجّه نحو الهدف فالناس المكتئبون غالبا ما يعانون قصورا في هذا المجال، وقد يجد البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل، نقص الإنتاجية وإنخفاض في مستوى الطاقة على العموم. (أسامة فاروق مصطفى: 2012، ص357)

❖ أعراض الإكتئاب وفقا للتشخيص الإحصائي الرابع (DSM4):

1. وجدان أو مزاج مكتئب طوال معظمهم أوقات اليوم ولفترة أسبوعين على الأقل، يسود فيها الحزن والكآبة مزاج المريض ويصاحب هذا المزاج سرعة الإنفعال.
2. إنخفاض ملحوظ في الإهتمام أو السرور في كافة الأنشطة أو معظمها في أغلب الأيام.
3. نقص شديد في الشهية أو زيادة الملحوظة للأكل نراه في إنخفاض في الوزن بصورة ملحوظة أو حدوث زيادة في الوزن 4-البطء الحركي أو هياج نفسحركي كل يوم تقريبا.
4. الأرق أو الفرط في النوم.
5. إنخفاض مفهوم الذات والشعور بالدونية وبالذنب.
6. ضعف القدرة على التركيز والتفكير ووجود صعوبات في إتخاذ القرارات اليومية.
7. الشعور باليأس وما يرتبط بها من أفكار سوداوية وأفكار إنتحارية.
8. سرعة الشعور بالإجهاض، وضعف النشاط اليومي.

❖ ملاحظة:

✓ لكي نشخص نوبة الإكتئاب لا بد من توفر خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض السابقة. لا يوجد ما يشير إلى وجود نوبة هوس أو نوبة مختلطة (هوس وإكتئاب) أو نوبة هوس خفيف.

✓ يشترط ألا تكون الأعراض نتيجة فسيولوجية مباشرة لتعاطي مادة مخدرة أو دواء أو حالة طبيّة عامة.

✓ لا تكون الأعراض ثانوية لإضطراب عقلي مثل فصام أو البارانويا.

✓ يشترط أن تؤدي الأعراض إلى معاناة ظاهرة أو تعطل في الوظائف الإجتماعية أو المرضية أو غيرها من المجالات المهمة الأخرى.

✓ ألا تنطبق على الأعراض معايير الفاجعة (الحداد) أي الحزن الناتج عن وفاة شخص عزيز. (DSM4 :1994,pp169-171)

✓ وهذه الأعراض إما أن يقرّها المكتئب أو يلاحظها المقربون منه.

3. سلّم الأعراض الأكثر حدوثاً في الإكتئاب:

لقد أجرت منظمة الصحة العالمية (OMS) (1983) دراسة عن الإضطرابات الإكتئابية في الثقافات المختلفة شملت عينة قوامها (573) فرداً (بمعدل 57,9 % من الإناث و 41,9 % من الذكور) من المصابين بالإكتئاب لا يعزى لعيوب جسميّة أو لشيخوخة أو تسمّم أو تلف بالمخ، وتراوحت الأعمار الزمانيّة لأفراد العينة بين (10 إلى 70 سنة) وقد تحرّ في إختيار العينة من خمس مناطق ريفيّة وحضرية من بعض البلدان النامية والمتقدّمة وهي: إيران (طهران) حوالي (107) فرد، وكندا (مونتريال) حوالي (107) حالة، ومن سويسرا (بازل) حوالي (136) حالة وأخيراً اليابان (نجازاكي) (107) وطوكيو (114) فرداً.

وتبين منها ما يلي:

3-1- أكثر الأعراض شيوعاً فيما بين (76%) و (100%) من أفراد العينة هي: الحزن، إنعدام الإبتهاج، القلق، التوتر، عدم النشاط، فقدان الإهتمام، فقدان القدرة على التركيز، الشعور بالقصور وعدم الكفاءة وإنعدام القيمة.

3-2- أكثر الأعراض شيوعاً فيما بين (51 و 75%) من أفراد العينة هي اليأس، العدوان، التهيج، اضطراب الأداء الإجتماعي ببطء التفكير، نقص القدرة على إتخاذ القرارات، صعوبة في إدراك الوقت، الأفكار الإنتحارية، التأخر النفسي الحركي، فقدان الرغبة في الإتصال بالآخرين، نقص في الشهوة الجنسية، الإستقاظ مبكراً، عدم القدرة على النوم، النوم المتقطع والمضطرب، فقدان الشهية، تغيير وزن الجسم، مشاعر الضّغط والألم.

3-3- أكثر الأعراض شيوعاً فيما بين (26% إلى 50%) من أفراد العينة هي الإحساس بمشاعر الذنب ولوم الذات، ووساوس و الهياج النفسي الحركي، مزاج أكثر سوءاً في الصباح، الإمساك، أعراض بدنية أخرى.

3-4- أمّا النسبة الباقية من العينة فهي تدلّ على الأفكار ومشاعر العوّز والإضطهاد والإستهداف والشّعور بالذنب، ومزاج أكثر سوءاً في المساء. (محمد سعد حامد: 2010، ص35)

4. تصنيفات الإكتئاب: هناك عدّة تصنيفات للإكتئاب النفسي تقوم على معيار معيّن

نجد منها:

أ- تصنيف حسب السبب:

أ-1- الإكتئاب الداخلي المنشأ* (Endogen): يرجع لأسباب بيولوجية (وراثية وفيزيولوجية).

* ويسمى أيضاً العضوي وهذا التقسيم لم يعد العمل به لأن الأسباب المؤدية للإكتئاب لم تعد داخلية وخارجية بل التفاعل القائم بينها يرشح ظهور هذا الإضطراب.

أ-2- الإكتئاب الخارجي المنشأ (Exogen): يرجع نتيجة التغيرات البيئية كفقدان لشيء مهم في الحياة. (محمد سعد حامد: 2010، ص46)

أ-3- الإكتئاب الأولي (Primaire): الذي يظهر إبتداءا في الحياة النفسية لأول مرة دون ما يتكرر حدوثه.

أ-4- الإكتئاب الثانوي (Secondaire): يحدث على خلفية مرض نفسي أو عقلي مثل الفصام أو الإدمان على الكحول والمخدرات، وكذلك يحدث نتيجة لبعض الأمراض العضوية أو بتناول لبعض العقاقير، ولهذا يعدُّ ثانويا. (جمال خطيب: 2001، ص37)

أ-5- الإكتئاب الخلقى: ميل فطري للإكتئاب ويتسم به الشخص فيتصف ببلادة التفكير وجمود الحركة والتفكير التشاؤمي، بطئ في إتخاذ القرار وإذا بدأ بشيء لم يكمله، ويعوزه الثقة في النفس.

أ-6- الإكتئاب الفجائي: وهو إستجابة فجائية تظهر وتختفي بسرعة وترافق إصابات المخ بإضطرابات عضوية وخاصة في الفص الصدغي. (أديب محمد الخالدي: 2009، ص364-365)

أ-7- الإكتئاب الشرطي: يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة أليمة، يعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة ويُصطلح عليه أيضًا بالإكتئاب الإستجابي. (سناء محمد سليمان: 2008، ص128)

ب- تصنيف حسب الأعراض:

ب-1- الإكتئاب العصابي والإكتئاب الذهاني: والفرق بينهما فقط في الدرجة والشدة الأعراض زيادة على أنّ في الإكتئاب الذهاني يسيء المريض تفسير الواقع الخارجي ويصاحبه أوهام وهذيانات الخطيئة.

ب-2- **المنخوليا**: أو السوداوية وهو إكتئاب شديد ويميزه فقدان المتعة في الحياة وعدم تغير المزاج طيلة ساعات اليوم مع زيادة ملحوظة في سوء المزاج صباحا وتحسن في المساء إضافة إلى تواجد الأعراض بدنية. (Henry Ey : 1989, p101)

ب-3- **الإكتئاب المقنّع (masquée)**: وهو شكل من حالات الإضطرابات الوجدانية تأخذ مظهر الإضطرابات الجسدية أي يأخذ طابع السيكوسوماتية، ويتميز بنقص في الحيويّة و بمعدلات مرتفعة من القلق والحزن، وهو حالات نادرة للإكتئاب وتشخيصه الفارقي صعب وهو إكتئاب غير نموذجي. (مدحت عبد الحميد: 2001، ص56)

ب-4- **الإكتئاب الهوسي**: وهو حالة دورية بين إضطراب المزاج من حالات السكون لحالات الهوس والفرح.

ج- تصنيف بحسب الشدّة:

ج-1- **الإكتئاب الخفيف**: وهو أخفّ صور الإكتئاب وأقرب إلى عسر المزاج.

ج-2- **الإكتئاب البسيط**: وهو أبسط صور الإكتئاب.

ج-3- **الإكتئاب الحاد**: وهو أشدّ صور الإكتئاب حدة.

ج-4- **الإكتئاب المزمن**: وهو دائم وليس في مناسبة فقط.

د- تصنيف حسب الزمن: أي بحسب التوقيت الذي يظهر فيه وكذلك المناخ الذي يثيره.

د-1- **الإكتابات الأحادية والثنائية**: وهذا المصطلح إستعمله لأول مرة (Perris Linze) فالثنائية تتميز بفترات هوس يعقبها دورات من الإكتئاب أما الأحادية تتميز بفترات الإكتئاب فقط. (Henry ey :1989 ,p204)

د-2- **الإكتئاب الموسمي**: يتكرّر هذا الإضطراب في وقت محدّد من السنة وخاصة في فصلي الخريف وبالأخصّ الشتاء وفي بعض الأحيان في ساعات معيّنة وأيام محدّدة، وعادة

ما يظهر هذا النوع من الإكتئاب في شكل حزن و وميل للعزلة مع رغبة شديدة نحو الأطعمة الغنية بالدهون والكربوهيدرات، وهذا الشكل من الإكتئاب ثم ربطه بأشعة الشمس وتأثيرها على إفراز مادة الميلاتونين في الدماغ.(ناصر محمد: 2005، ص52)

د-3- إكتئاب سن القعود أو اليأس: ويحدث عند النساء في السن الأربعين وعند الرجال في الخمسينات أي عند سن التقاعد أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة للتقاعد، ويتم الإحساس بالعجز على مستوى الإدراكي والجسمي والجنسي ويشعرون بالقلق والهباج والأفكار الضلالية وينصب الإهتمام بالجسم، وقد يظهر تدريجيا أو فجأة وربما صحبتها ميول إنتحارية. (محمد سعد حامد: 2010، ص47)

د-4- إكتئاب النفاس: يحدث عند حوالي (50) بالمئة من النساء ويبدأ بالظهور بعد الولادة بأيام قليلة، وتستمر هذه الأعراض لفترات متفاوتة وقد تطول أحيانا لتصل إلى عدة شهور وقد تصل للسنة إذا تركت بدون تكفل.

جدول يعرض التصنيف التشخيصي للاضطرابات المزاجية والوجدانية كما وردت في التصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10

الاضطرابات المزاجية والوجدانية:

(1) نوبة هوسية:

- هوس خفيف.
- هوس بدون أعراض ذهانية.
- هوس مع أعراض ذهانية.
- هوس مع أعراض ذهانية مزاجية متطابقة.
- هوس مع أعراض ذهانية مزاجية غير متطابقة.
- نوبات هوسية أخرى.
- نوبات هوسية غير محددة.

(2) اضطراب وجداني ثنائي القطب:

- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية هوس خفيف.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية هوس بدون أعراض ذهانية.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية مزاجية متطابقة.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية هوس مع أعراض ذهانية مزاجية غير متطابقة.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية اكتئاب خفيف أو متوسط.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية اكتئاب مع أعراض بدنية.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية اكتئاب بدون أعراض بدنية.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية اكتئاب شديد بدون أعراض ذهانية.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية اكتئاب شديد مع أعراض ذهانية.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية اكتئاب شديد مع أعراض ذهانية مزاجية متطابقة.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية اكتئاب شديد مع أعراض ذهانية مزاجية غير متطابقة.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب النوبة الحالية مختلطة.
- اضطراب وجداني ثنائي القطب حاليا في تحسن.
- اضطرابات وجدانية ثنائية أخرى.
- اضطرابات وجدانية ثنائية القطب، غير محددة.

(3) نوبات اكتئابية:

- نوبة اكتئابية خفيفة.

- نوبة اكتئابية خفيفة مع زملة أعراض بدنية.
- نوبة اكتئابية خفيفة بدون زملة أعراض بدنية.
- نوبة اكتئابية متوسطة الشدة.
- نوبة اكتئابية متوسطة الشدة مع زملة أعراض بدنية.
- نوبة اكتئابية متوسطة الشدة بدون زملة أعراض بدنية.
- نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية.
- نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية.
- نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية مزاجية متطابقة.
- نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية مزاجية غير متطابقة.

(4) اضطراب اكتئابي متكرر (معاود):

- اضطراب اكتئابي متكرر النوبة الحالية خفيفة.
- اضطراب اكتئابي متكرر النوبة الحالية متوسطة الشدة.
- اضطراب اكتئابي متكرر النوبة الحالية متوسطة الشدة مع زملة أعراض بدنية.
- اضطراب اكتئابي متكرر النوبة الحالية متوسطة الشدة بدون زملة أعراض بدنية.
- اضطراب اكتئابي متكرر، النوبة الحالية شديدة بدون أعراض ذهانية.
- اضطراب اكتئابي متكرر، النوبة الحالية شديدة مع أعراض ذهانية.
- اضطراب اكتئابي متكرر، النوبة الحالية شديدة مع أعراض ذهانية مزاجية متطابقة.
- اضطراب اكتئابي متكرر، النوبة الحالية شديدة مع أعراض ذهانية مزاجية غير متطابقة.
- اضطراب اكتئابي متكرر، حالياً في تحسن.
- اضطرابات اكتئابية أخرى متكررة.
- اضطرابات اكتئابية، غير محددة.

5) اضطرابات مزاجية (وجدانية) مستمرة:

- المزاج الدوري (النوابي).
- الاكتئاب المزمّن (عسر المزاج).
- اضطرابات مزاجية (وجدانية) مستمرة أخرى.
- اضطرابات مزاجية (وجدانية) غير محددة.

6) اضطرابات مزاجية (وجدانية) أخرى:

- اضطرابات مزاجية (وجدانية) أخرى أحادية.
- اضطرابات مزاجية (وجدانية) نوبة وجدانية مختلطة.
- اضطرابات مزاجية (وجدانية) أخرى متكررة.
- اضطراب اكتئابي قصير متكرر.
- اضطرابات مزاجية (وجدانية) أخرى محددة.

7) اضطراب مزاجي وجداني (غير محدد):

جدول يعرض التصنيف التشخيصي للاضطرابات المزاجية كما وردت في الدليل

التشخيصي الرابع للأمراض النفسية DSM4

الاضطرابات المزاجية:

1) اضطرابات اكتئابية:

- اضطراب اكتئابي أساسي.
- اضطراب اكتئابي نوبة واحدة.
- الاكتئاب المزمّن (ديستيميا).
- اضطراب اكتئابي غير محدد.

(2) اضطراب ثنائي القطب (1):

- اضطراب ثنائي القطب نوبة هوس وحيدة.
- اضطراب ثنائي القطب النوبة الأكثر حداثة هوس خفيف.
- اضطراب ثنائي القطب النوبة الأكثر حداثة هوس.
- اضطراب ثنائي القطب النوبة الأكثر حداثة مختلطة.
- اضطراب ثنائي القطب النوبة الأكثر حداثة اكتئاب.
- اضطراب ثنائي القطب النوبة الأكثر حداثة غير محددة.

(3) اضطراب ثنائي القطب (2):

- الاضطراب الدوري.
- اضطراب ثنائي القطب غير محدد.
- اضطراب مزاجي يرجع إلى حالة طبية عامة.
- اضطراب مزاجي ناتج عن تعاطي المواد.
- اضطراب مزاجي غير محدد.

❖ وفي كل اضطراب سيتم تحديد:

أ- الشدة severity وهو وجود أو عدم وجود أعراض ذهانية psychotic ودرجة التحسن.

ب- الإزمان.

ج- وجود أعراض كاتاتونية.

د- وجود أعراض ملنخوليا.

هـ- وجود أعراض نمطية.

و- الظهور بعد الولادة.

ح- مع أو بدون شفاء كامل ما بين النوبات.

ل- النمط الموسمي.

ن- دورات سريعة

كل حسب نوع الإضطرابات وظروف تشخيصية.

5. أسباب الإكتئاب النفسي:

أ- الجانب الوراثي والبيولوجي الحيوي:

تلعب العوامل الوراثية دورا مهما في نشأة إضطرابات المزاج وخاصة الحادة منها، وقد تعددت الأبحاث بشأن هذا، وتشير هذه الدراسات إلى وجود عوامل في الجينات الوراثية لها دور هام في الإصابة، وقد وجد حوالي (50%) من حالات الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يكون أحد الوالدين مصابا بالمرض نفسه، فإذا كان كلا الوالدين مصابين فإن الإصابة تُرثح لتصل إلى (60%). (محمد سعد حامد: 2010، ص39)

كما توضّح دراسة التوائم المتشابهة معلومات كافية عن مدى أهمية العامل الوراثي، وتوضّح نتائج هذه الأبحاث الرئيسيّة الإصابة بالاضطرابات الوجدانية بين التوائم المشابهة تصل إلى (65%) وبين التوائم المتأخية حوالي (14%) وتقل نسبة الإصابة بين أفراد العائلة كلّما تقدّم سن المريض سن المصابين، وكلّما وجدت مسببات نفسية وجسمية، ويتفق معظم الباحثين في هذا المجال بأنّ نوع المورثات المسببة للمرض بأنّها مورثات سائدة ذات تأثير غير كامل أي أنّ العامل الوراثي في هذا النوع من الاضطرابات يفوق ما وجد في الفصام، ولا يمنع ذلك دور البيئة في إظهار الاستعداد الوراثي. (عكاشة: 1993، ص363)

والعامل البيولوجي تشير به إلى تأثير بعد النواقل العصبية وكذا الهرمونات أمثل: سيروتونين (serotonine) ونورادرينالين (noradrelanine) والأدرينالين ودوبامين (dopamine) وكاتولامين (catocholamine) أي بمعنى أي خلل في عملية هذه النواقل

وإفرازات الغدد الصماء يؤدي إلى ظهور إمّا حالة هوس (في الزيادة) أو الحالة المزاجية الاكتئابية (في النقصان) . (Wilson et all :1996, p143)

والعديد من الدراسات بيّنت دور العوامل الكيميائية الحيويّة في ظهور هذا النوع من الاضطرابات.

- إختلال في وظيفة الجهاز السمبتاوي والقشرة. (مدحت عبد الحميد، 2001، ص81)
- بعض الأمراض مثل إلتهاب الكبد وأمراض الدم (زيادة في عدد خلايا الدم البيضاء) يمكن أن تسبب الاكتئاب النفسي حتى الانفلونزا يمكن أن تغير من الحياة المزاجية للمصاب بها. (السيد فهمي علي، 2009، ص90)
- بعض الأدوية مثل الستيرويد (steroide) وحبوب منع الحمل وبعض أدوية الصرع. (محمد زيعور: 2006، ص157)

- تناول الكحول وبعض الأدوية النوم والمخدرات.

❖ ملاحظة: تبقى العوامل الوراثية في تفاعلها مع العوامل البيئية تؤثر تأثيرا مباشرا في ظهور هذا النوع من الاضطرابات المزاجية. (أسامة فاروق مصطفى: 2012، ص224)

ب- الجانب النفسي والاجتماعي:

يبين كل من دوبري وكيارد (Q.Debray et V.Caillard) في مبحث الأسباب لظهور الإكتئاب النفسي بأنّ كلّ هذه الأسباب لها علاقة بالثقافة والمحيط والشخصية. (Debray et Caillard :1983,p252)

- الحرمان (إنفصال الطفل عن الأم، فقدان موضوع الحب). (محمد سعد حامدة: 2010، ص41)

- الإحباطات الشديّة والفشل وخيبة الأمل.
- الكبت والقلق والتوتر الإنفعالي المستمر.
- التوتر الإنفعالي المستمر.

- الخبرات الأليمة والصدمية (موت عزيز، طلاق، فقدان حب، كوارث) (مدحت عبد الحميد أبوزيد، 2001، ص84).

- الصراعات اللاشعورية (ضعف الأنا الأعلى، إتهام الذات والشعور بالذنب).
- فقدان المساندة الإجتماعية، فقدان التدعيم الإيجابي (الإجتماعي والبيئي). (تشيلي تايلور: 2008، ص447)

- سوء التوافق بعدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي.

- نرجسية شديدة جدًا أو ما يسمّى بالجوع النرجسي.
- أحداث الحياة الصّاعقة، فتأثير ضغوط الحياة وظروفها يراه البعض بأنّ له دور رئيسي و في المقابل يرى آخرون فقط بأنّ لها دور محدّد في حدوث الإضطرابات المزاجية والمرض. (عبد المنعم الميلادي: 2004، ص65)

- مراحل العمريّة الحرجة مثل سنّ اليأس (إنقطاع الحيض) وتدهور الكفاية الجنسيّة والتقاعد والشيخوخة.

- فقدان الشّعور بالأمن والإحساس بالعجز وعدم القدرة والضياع واليأس.

- (Marie Louis Pierson :2008,p23)

- الأساليب اللاسوية في التنشئة (كالإهمال والنّبذ والقسوة الشديّدة عليهم).
- إضطراب المناخ الأسري (كالتفكك الأسري والإنفصال المبكّر للوالدين أو عنهما، الخلافات الوالدية الشديّدة).

6. بروفييل الشخصية الإكتئابية:

تتسم هذه الشخصية المضطربة بالحساسية الزائدة والسلبية، وكذا الإعتماضية، وغالبا ما تكون الشخصية المنطوية المتسمة بالخل والإنسحابية والتردد والحذر والمحافظة والشعور بالنقص والكفاية والتوتر الإنفعالي، وهذا ما بينته أبحاث كل من (Watter Koffil et all Temath). (مدحت عبد الحميد: 2010، ص78)

ولديه قدر كبير من الكراهية المكبوتة (عدائية)، و نرجسية شديدة جداً ويتميزون بتقييم زائد للمسؤولية، ويشير (M.Seligman) (1975) أن لديهم شعور بالضعف والإتكالية أو ما سماه "العجز المتعلم" ويزيد على ذلك بيك (Beck) (1969) أن ما يميزهم هو خلل في المخططات الذهنية يُضفي إلى سوء تفسير الخاطئ والغير الواقعي للخبرات المدركة والمعاشية. (محمد سعد حامدة، 2010، ص42)

8. سيكوباتولوجية الإكتئاب لدى الشخصية المغربية:

يؤكد أغلب المنشغلين في المجال السيكوباتولوجي المهتمين بالشأن الإفريقي و المختصين بثقافة المغرب العربي على ندرة فكرة الشعور بالذنب كعرض في الزملة الإكتئابية لدى الفرد المغربي بل نجد لديه هيمنة موضوع الإضطهاد على الموضوعات الأخرى، فالشخص هنا يحس بأنه ضحية لمؤامرة، وبأنه لا قيمة له في نظر المجموعة أو الأسرة ولا يحس على الإطلاق بأنه مذنباً، زيادة على عرض التجسيم في شكل توهم مرضي (Hypochondrie). (بن عبدالله محمد: 2010، ص ص158-162)

9. النظريات المفسرة للاكتئاب:

لقد حاولت العديد من النظريات السيكلوجية إعطاء تفسير للظاهرة الإكتئابية وهذا وفقاً للخلفية النظرية التي تركز عليها، و بالرغم من أن لكل منها إسهاماً ملحوظاً في شرح جوانب متعددة من ميكانيزم الإكتئاب، يبقى هذا التناول متباين الطرح في الظاهر إلا أن هناك إلتقاء وتشابه في بعض النقاط، وفي الأخير لا توجد نظرية محددة تستطيع أن تنسب لتيارها الفضل في الإحاطة بالتفسير المتكامل للإضطراب.

أ- الإتجاه التحليلي:

تعتبر هذه النظرية من النظريات الأولى التي إهتمت بتفسير الإكتئاب والتعرف على أسبابه، وترى هذه النظرية أن الخبرات الضاغطة والصدمية التي يمر بها الفرد في سنوات عمره الأولى كفقْدان أحد الوالدين أو الانفصال عن أحدهما (الفقدان) تجعل الطفل عرضة للإصابة بالإكتئاب، ومن ثم إذا ما تعرّض الفرد لضغوط مشابهة لتلك التي تعرّض لها في

طفولته تظهر عليه أعراض الإكتئاب، وهذا ما بيّنه فرويد في كتابه "الحداد والميلانخوليا" (1917) والذي أوضح فيه أنّ الفرد يوجّه عدوانية إتجاه نفسه بدلاً عن الموضوع المفقود، وأمام هذا الإحباط والعدائيّة لموضوع الحُب يظهر الإكتئاب، بمعنى تحوّل الإنفعالات السالبة إلى داخل الفرد ويعزوا الإكتئاب عدوانا على الذات.

وهذا ما سبقه فيه أبراهام (Abraham) (1911) إذا يعزو الإكتئاب إلى كبت الغرائز (Repression of instincts) وما ينجم عن ذلك من عدوان متحوّل إلى الداخل. (زيري ابراهيم السيد: 2006، ص66)

ويتفق العديد من منتسبي التيار التحليل النفسي على فكرة الرّبط بين مسألة فقدان والإكتئاب، وفكرة فقدان في تفسير الإكتئاب ليس بالضرورة أن تكون فقداناً حقيقياً، فقد يكون فقداناً متخيلاً (الموضوع محبوب عن طريق موت، إنفصال أو رفض)، أو حتى رمزياً (من خلال فقدان بعض المثل والمجردات)، والموضوع المفقود عادة هم أفراد مهمّون في حياة الطفل المبكّرة عادة هم الوالدان وخاصّة الأم، والفقدان في الطفولة يعمل كعامل يهيئ للإصابة في مراحل العمر المتقدّمة إذا ما واجه الفرد فقداناً أو إحباطاً كبيراً.

كما ترى هذه النّظرية أنّ التناقض العاطفي (Ambivalence) هو الخاصية الأساسية للحياة النفسية لدى المريض بالإكتئاب، فكميّة الحُب وكميّة الكراهية اللذان يتعايشان معاً تكونان أقرب إلى التكافؤ، فمرضى الإكتئاب عاجزون عن الحُب لأنّهم يكرهون كل ما أحبوا، ويرون أنّ المرحلة الفميّة هي نقطة التثبيت المفضّلة لدى مرضى الإكتئاب وهذا ما يفسّر إضطراب الأكل لديهم، ومن هذا فإنّ الموقف الأوديبى لدى الإكتئابيين تغمره الصّراعات وخاصّة ذات الطّابع الفمي. (بشير معمرية: 2007، ص89)

ب- الإتجاه السلوكي:

ينظر للاكتئاب في المدرسة السلوكية على أنه سلوك مكتسب من البيئة، بفعل سلسلة من الإرتباطات بين المنبهات المختلفة، فالتفسير قائم أساساً على ضوء التعميم المفرط

للقاعدة السلوكية "منبه وإستجابة"، فالفرد المكتئب يبالح في الإستجابة مثال على ذلك أن المكتئب يفقد الإهتمام بمدى واسع من الأنشطة، ويفقد الشهية ويقل إهتمامه بالجنس، وينخفض تقديره لذاته ردًا على منبه معين كفقدان وظيفة مثلاً.

وفي وقت مبكر فسر سكر ولزاروس (Skinner and Lazarus) (1968) الإكتئاب على أنه نتيجة لإنخفاض التّدعيم الإيجابي، فالناس المكتئبون وفقاً لهذه النظرية ينسحبون من الحياة لأنهم ليس لديهم حوافز ليكونوا أكثر نشاطاً، فبدون التّدعيم المشتق من إهتمام الآخرين يكون هناك احتمال أن يصبح الفرد مكتئباً وينخفض في النشاط عندما يفقد التعزيز. (أسامة فاروق مصطفى: 2012، ص50)

وحدثاً ركزت النظريات السلوكية على عمليات أكثر تعقيداً كمفسرات للإكتئاب، هذه العمليات تضمنت التركيز على أحداث الحياة الضاغطة (Stress life events) كمؤثر في ظهور الإكتئاب، ولقد قام وينج (Wing) وبينجتون (Bebbington) (1985) بدراسة هذه المتغيرات، ويهتم هذا الإتجاه بدراسة العلاقة بين التوافق الإنفعالي للناس والأحداث التي تحدث في حياتهم، فالأحداث الضاغطة قد تستثير إضطراباً وتوتراً ما بعد الصدمة (PTSD)، بينما الأحداث التي تتضمن فقداناً مثل الترمل قد تستثير نوبات إكتئابية أساسية وسنين من الضيق والكدر النفسي كما بينته العديد من البحوث. (زيزي ابراهيم: 2006، ص68)

ويشير سيلقمان في نموذج العجز المتعلم (1975) أن العجز المؤدي للحالة الإكتئابية يأتي نتيجة إعتقاد الأفراد بأن النتائج غير المرغوبة وغير المحتملة أو الغير المتوقعة ليس بإمكانهم تعديلها أو تغييرها، فتعمم هذه التجربة لنواحي الحياة في المعاش اليومي للفرد، وبالتالي يتم اكتساب وتعلم عجزاً متعلماً يضفي للحالة الضعف والانتكاسة المؤدية لاضطرابات الاكتئابية. (مدحت عبد الحميد أبوزيد: 2001، ص72)

ت - الإتجاه المعرفي:

فالإتجاه المعرفي يؤكد:

أولاً: على الصياغات المعرفية واثرها على السلوك الضمني مثل الإتجاهات، والعبارات الذاتية (الحوار الداخلي) والصّور والذكريات والمعتقدات.

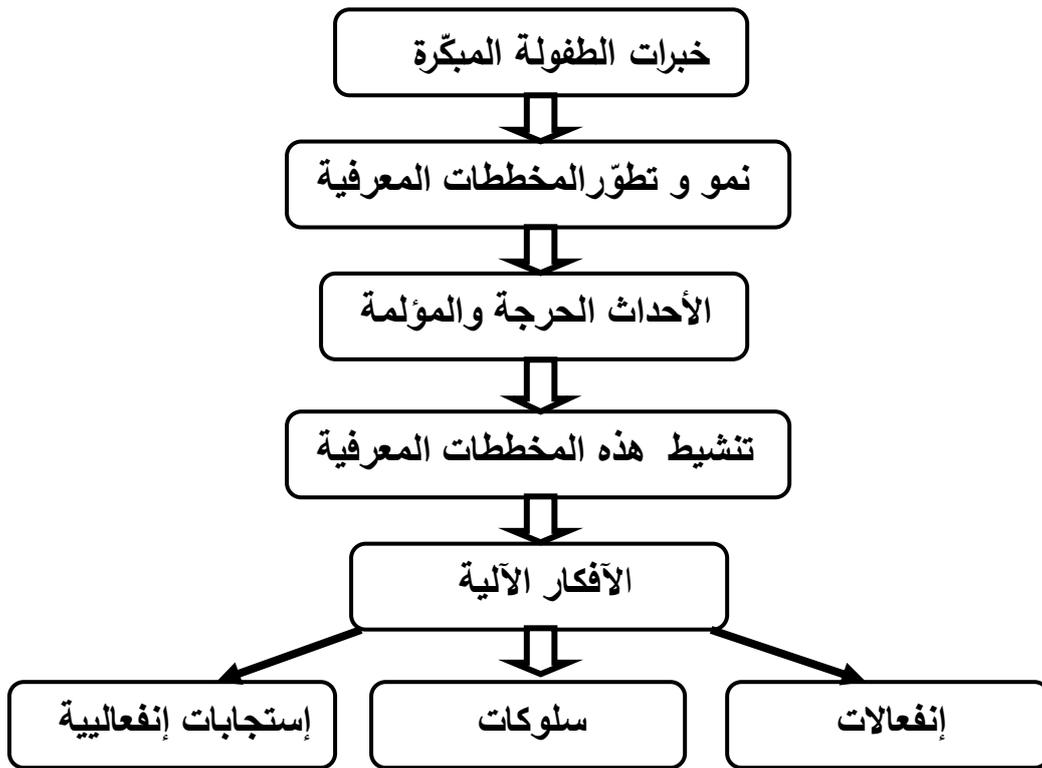
ثانياً: هو أنّ التيارات المعرفية في تفسيرها للظاهرة الإكتئابية تعتبر المعارف اللاتكيفية واللاعقلانية والتشويشات المعرفية على أنّها هي السبب في الاضطراب، أي أنّ المشاعر السلبية ونقص الدافعية والأعراض البدنية والسلوكية الإكتئابية الأخرى ينظر لها على أنّها مظاهر ثانوية تنتج عن المخططات أو المعارف اللاتكيفية.

فيرى بيك أنّ الأفراد المكتتبون لهم نظرة سلبية وتشاؤمية حيال ذواتهم والعالم المحيط بهم وكذا للمستقبل وسماء بالتالوث المعرفي السّلبى للاكتئاب وهذا بفضل المخطّط المعرفي للاكتئاب الخاص بهم الذي يجعل الفرد يبدأ الدوران في دائرة التفكير الاكتئابي، وهناك قواعد غير منطقية على خبرات الحياة والأحداث تعمل على زيادة الشعور بالاكتئاب وعدم السعادة للأفراد المكتتبين، أما عن محتوى أفكارهم فهم يشعرون بالحزن لأنهم يعتقدون أنهم حرموا من شيء هام جداً بالنسبة لهم وأن هذا فقدان المدرك يتضمن تهديدا لهم ولتقديرهم لذواتهم، إضافة إلى أنهم مقتنعون بأنهم مسؤولون عن هذا فقدان وهذه الإتجاهات المضطربة تجعلهم يفترضون أنهم عديموا القيمة وقليلو الحيلة، وأن مجهوداتهم سيكتب لها الفشل فهم يشوهون أي خبرة بما في ذلك الخبرات الإيجابية لكي تتناسب مع معتقداتهم العامة فهم لا يستطيعون التعلّم من خبراتهم وأن يقاوموا هذه المعتقدات لأن إدراكهم الأولي لهذه الخبرات مشوه وغير واقعي.

أشار ألبرت أليس (1969) (A.ellis) صاحب نظرية (ABC) أو العلاج العقلاني الانفعالي إلى ما سماه الأفكار اللاعقلانية وكذا الحديث الذاتي في تقاوم الحالة المرضية، وهناك أيضا ميكينبوم (Meichenbaum) صاحب ما يعرف بأسلوب الحديث الذاتي

وباندورا (Bandurra) صاحب نظرية التعلّم الإجتماعي، وكما توجد بعض المقاربات الفرعية داخل هذا التيار المعرفي العام من أمثال: نظرية التحكّم الذاتي لريم "Rym" (1977) ونظرية الوعي الذاتي لليفنسون (Lewinsohn) وزملائه (1985) ونموذج حل المشكلات لنديزو (Nezu) وزملائه (1987-1989)، ونظرية التنشيط التمييزي لتيسدال (Teasdale) (1988) لكن تبقى نظرية بيك وأليس من أقوى التنظير لهذا التيار. (زبري ابراهيم، 2006، ص 81-82)

الشكل رقم (01)



نموذج النمو المعرفي: "تقلا عن لייيس (Liess) (1994)".

ث - الإتجاه البيولوجي:

يتعلق التفسير الكيميائي الأميني لاضطرابات المزاج باختصار شديد بالبحوث التي بينت قد ينتج عن خلل في العناصر الكيميائية في المخ وخاصة توزيع العناصر الأمينية

(Amines) والأمينات ببساطة هي عبارة عن عناصر كيميائية يتكاتف وجودها في الجهاز العصبي الطرفي (Limbic system) الذي يثبت علماء وظائف الأعضاء أنه مسؤول عن تنظيم الإنفعالات ووظيفة الأمينات هي أقرب إلى وظيفة ساعي البريد أي أنها عبارة عن موصلات عصبية (Neurotransmitters) وظيفتها توصيل الرسائل القادمة والعاودة من الأعصاب المختلفة، وتشمل أنواعا منها: الدوبامين (Dopamine) والسيروتونين (Serotonine) والنوربينيفرين (Norepinephrine) وليتكولامين (Catecholamine) (Ezarifian et Itloo,1975,p37) وتنتمي هذه الناقلات العصبية إلى مجموعة الأمينات الأحادية فإذا قلت تظهر الحالات المزاجية الاكتئابية ويمكن إذا ما زاد نشاطها تظهر حالات الهوس والمرح.

ولقد اكتشفت دراسة حديثة تقول على تحليل الدراسات السابقة أن قشرة الشق الجانبي الأمامي والصدغي والفصيص المركزي للمخيخ، تقدم أفضل دليل على خلل نشاط المخ أثناء الاضطراب الاكتئابي الأساسي وفي هذه المناطق من المخ يقل النشاط في وقت الراحة، كما يظهر عليها عدم النشاط أثناء تأثير العواطف السلبية وزيادة النشاط يعد العلاج باستخدام مثبطات استرجاع السيروتونين، وقد تحدث عكس هذه التغيرات في المناطق الجبهية الباطنية الوسطى والجسم المخطط وبعض مناطق أخرى تحت قشرة المخ. (كريكوري هاسلر: 2004، ص32)

11. ميكانيزمات الإكتئاب الدفاعية:

من أبرز الميكانيزمات الدفاعية المستخدمة من المكتئبين نجد:

- النكوص (Regression).
- الإسقاط (Projection).
- الكبت (Refoulement).
- الإنكار (Dénial).
- التكوين العكسي.

هذا ويقرر (Rado) (1927): "أنّ الإكتئاب العصابي يعتمد على ميكانيزمات الإكتئاب الذهاني نفسه". (مدحت عبد الحميد ابوزيد: 2001، ص 73)

12. تشخيص الإكتئاب: يتطلّب التشخيص الدقيق لإضطرابات المزاج توفير المعلومات الإكلينيكية الضّرورية:

1- الأمراض التي يشكو منها المريض: شدّتها ومدّتها، ومحاولة الإحاطة بها وفهمها كما يرويها المريض أو ذووه ومرافقوه.

2- قصّة المريض كاملة منذُ بدايته، وحتى لحظة وصول المريض إلى الطبيب وقد تكون القصّة قصيرة، ومختصرة، وقد تكون طويلة تتعدّى العشرين عاما(تاريخ الفرد من حيث التّقلبات السريعة للمزاج). (مدحت سعد حامد: 2010، ص 79)

3- الأسئلة المختلفة التي يوجّهها الطبيب أثناء المقابلة للبحث عن أعراض الأمراض الأخرى، والأسئلة التي يُقصد بها إستبعاد الأعراض المتشابهة (تشخيص فارقي أولي).

4- التّاريخ الشّخصي للفرد منذ ولادته وحتى الآن، طفولته ودراسته وعمله، وزواجه وعاداته في التدخين، وتناول المنبّهات والكحول، والمؤثرات العقلية والمخدرات وأيّة مشاكل قانونية أو زوجيّة أو عائلية.

5- التّاريخ العائلي للمريض: فيما إذا كان هناك حالات نفسية في العائلة أو حالات مرضية عضويّة والوالدان فيما يخصّ أعمارهما وحالتهم الصحيّة أو سبب وفاتهم وعلاقة المريض بهما، وكذلك الإخوة والأخوات وترتيب المريض بينهم، وعلاقته بهم إذا كان أيّ منهم يعاني مشاكل نفسيّة.

6- التّاريخ الطّبي: تاريخ الفرد من حيث المرض العضوي والنّفسي معا، معرفة كافة هذه الأمراض التي عانى أو يُعاني منها المريض والحوادث والإصابات والعمليات الجراحية المختلفة، وفيما إذا كان المريض يتعاطى أيّ علاجات للضّغط أو السّكري أو الصّرع أو الفصام أو القلق وأسماء الأدوية وجرعتها ومُدّة تعاطيها.

7- فحص الحالة النفسية: وفيها يستعرض الفاحص المظهر والسلوك والمزاج والإنفعالات والتفكير ويفحص القدرات العقلية ودرجة الوعي والإدراك وغيرها من الأمور التي يجد أنها ضرورية مثال الهلاوس والتوهم الحالية، ومشاعر الذنب ونوعية تقديره لذاته أو إحساسه بجدارته وأهليته، الميول والأفكار أو المحاولات الحالية أو السابقة للإنتحار، التغير في نمط النوم لدى المريض تغير في مستوى الطاقة أو الجهد أو التعب لدى المريض.

8- التشخيص المبدئي والتفريقي الذي تشير إليه المُعطيات المذكورة وهذا قد يكون واضحا يَنْطَلَبُ بعض الإجراءات مثل:

- دراسة إجتماعية للمريض لمعرفة ظروفه وحياته بدقّة.
- مقابلة المهمين في حياته لإستكمال بعض المعلومات، خصوصا في تحديد شخصيّة المريض قبل المرض، ذلك أنّ معظم اضطرابات الشّخصية تتطلّب وجود طرف آخر لإعطاء المزيد من المعلومات.
- إجراء إختبارات نفسيّة.

9- وفي النّهاية خطة العلاج مبنية على التشخيص النهائي. (وليد سرحان: 2001، ص 48-49)

يُقدم الخبراء العاملون في إعداد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM 4) عددا من الأسئلة النّوعية التي تُؤلف ما يسمونه بطريقة الخطوة بخطوة (Step by step Method) في تحضير المعلومات الكلينيكية الضرورية للعمل.

التشخيص المناسب لإضطراب معيّن من اضطرابات المزاج كما يلي:

1/ هل مزاج المريض غير عادي؟

ويمكن ملاحظة ذلك من خلال شكوى المريض وطلبه للمساعدة، أو ربّما يشكُّ أشخاص آخرون في أنّ المريض يعاني من إضطراب مزاجي من خلال ملاحظة سلوكيات واصفة

الإكتئاب أو الهوس مثل: البكاء أو الإنسحاب أو بطء الكلام أو الحديث المشحون بالأعباء والضغوط، هنا يتم تحديد الأعراض التي يعاني منها المريض.

2/ هل أعراض المريض ناتجة عن العقاقير أو المخدرات أو من مرض طبي عضوي؟

حيث يتم إستبعاد تشخيصات إضطراب المزاج الذي يُعزى إلى حالة طبيّة عامة أو إضطراب المزاج الناتج عن العقاقير أو المخدرات، وبذلك يتم إستبعاد العوامل السببيّة العضوية الكامنة وراء الأمراض من الأسئلة التّالية.

3/ هل لدى المريض أعراض الدّهان مثل الهذات والهلاوس وغيرها؟

إذا كان المريض لا توجد لديه أعراض الدّهان حالي فستبعد التشخيصات التّالية:

- الإضطراب الفصامي الوجداني، الفصام، الإضطراب الدّهاني غير المحدّد النوعية، والإضطراب الهذائي.
- إذا وُجد لدى المريض أعراض ذهانية تحدث فقط في حالة وجود أعراض المزاج، فإنّ التشخيص يكون إمّا حالة من الإضطراب الإكتئاب الأساسي أو إضطراب إكتئابي غير محدّد النوعية أو اضطراب ثنائي القطب أحادي النوبات أو اضطراب ثنائي القطب غير محدّد النوعية. (محمد سعد حامد: 2010، ص ص 80-81).

4/ هل تعرض المريض من قبل لنوبة هوس أو هوس خفيف أو نوبة مختلطة؟

- إذا كان المريض في الوقت الحالي أو في الماضي، يستوفي محكّات تشخيصيّة كنوبة هوس أو هوس خفيف أو نوبة مختلطة فستبعد الإضطرابات.
- إذا كان المريض لم يُخبر في الماضي نوبة هوس أو نوبة مختلطة فإنّه تستبعد في هذه الحالة التشخيصات التّالية: الإضطراب ثنائي القطب أحادي النوبات، النوبة الأكثر حداثة نوبة إستثنائية، والإضطراب ثنائي القطب أحادي النوبات، النوبة الأكثر حداثة غير محدّد النوعية.

5/ هل المزاج الراهن لدى المريض مزاج مكتئب؟

إذا كان المفحوص يستوفي محكات النوبة الإكتئابية الأساسية ولا توجد لديه نوبات هوس سابقة، فإنّ التشخيص في هذه الحالة هو: الإضطراب الإكتئابي الأساسي، كما يستوفي محكات اضطراب المزاج المكتئب المزمن فإنّه في هذه الحالة يمكن أن يوضع له كلا التشخيصين إذا لم يتعرّض لنوبة إكتئابية أساسية خلال العامين الأوليين لإضطراب المكتئب المزمن، ويعني ذلك أنّ الإضطراب الإكتئابي الأساسي قد يُضاف للإضطراب المكتئب المزمن إذا كان التشخيص الأخير قد تمّ إقراره بشكل مستقل.

11-1- التشخيص الفارقي للاكتئاب: فالإكتئاب النفسي يتداخل مع بعض الإضطرابات النفسية وتتشابه بعض مظاهره، وربّما صاحب هذه الإضطرابات ممّا يستلزم فهم ومعرفة هذه الأمراض ومحكّاتها حتى تتجلى صورة الإكتئاب النفسي، وضمن هذه الإضطرابات نجد: (وليد سرحان: 2001، ص ص 50-56)

- القلق النفسي العام
- المخاوف المرضية
- إضطراب الوسواس القهري
- الهستيريا (التحولية والتفكّكية)
- الفصام العقلي
- الخرّف
- الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية
- عسر المزاج
- حسرة الحداد
- اضطرابات الشخصية
- أورام الدماغ وإصاباته
- الأمراض العضوية (أمراض الغدد الصماء والسرطان والروماتيزمية).

12. اليأس وعلاقته بالاكتئاب:

12-1- تعريف اليأس

يعرّفه بيك (Beck) (1987): اليأس أو فقدان الأمل "بأنّها حالة وجدانية تبعث على الكآبة وتتسم بتوقعات الفرد السلبية نحو الحياة والمستقبل وخيبة الأمل أو التّعاسة، ويعمّم ذلك الفشل في كلّ محاولة وقد أطلق بيك على ذلك الثالوث المعرفي للاكتئاب واليأس، ويعني النظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل". (Beck et all :1988,p459)

ويعرّف كمال دسوقي (1989) اليأس بأنه: "حالة انفعالية غير سارة شديدة الإيلام تقترن بالتخلي عن أمل نجاح جهود المرأ في بلوغ غاية أو رغبة". (كمال دسوقي: 1988، ص379)

ويعرّف كوريني (Coriné) (1996): بأنه "حالة نفسية تتمثّل بالتوقّعات السلبية تجاه الذات والمستقبل وفقدان الدافعية والتشاؤم". (بشير معمرية: 2006، ص72)

ويعرّفه بشير معمرية بأنه: "حالة وجدانية تتسم بالإتجاه السلبي لتحقيق أهداف الفرد الحالية وطموحاته المستقبلية، فاليأس عاطفة غير سارة ترتبط بتخلي الفرد على الأمل بالنسبة لبذل الجهد بنجاح في سبيل التوصل إلى هدف أو إشباع رغبة". (بشير معمرية: 2009، ص62)

فهو (اليأس) من المتغيّرات النفسية المميّزة للشخصيّات العاجزة والسلبية والمضطربة وقد بيّن العلماء أنّ اليأس من العوامل التي تؤدّي إلى تحطيم الإلتزان النفسي لدى الشّخص، ويرتبط الشعور باليأس بالقلق والاكتئاب وسوء التوافق، وما ينتج عنه من مشاعر العجز عن التّحكم في البيئة وإنخفاض درجة تحمّل الضغوط.

فإنّ المرء عندما يواجه مشكلة، فإنّ أوّل إستجابة له هي القلق، فإذا نجح في حلّ المشكلة سيشعر بالرّاحة والرضى وإذا ما فشل في حلّها فسوف ينعكس ذلك سلبيًا عليه وإذا

إستمرّت مواجهته لمشاكل لا حلّ لها إستشعر بالعجز ومال للتشاؤم وأصابه اليأس وهذا هو الإكتئاب، وهذا عندما يفقد الفرد المساندة الوجدانية والدعم الإجتماعي وكذا المؤازرة، وخاصة إذا كان الفرد منعزل ويتوقّف ذلك على ما يمتلكه الفرد من مخططات ذهنية. (عبد الستار ابراهيم: 1990 ، ص ص 118-119)

وهناك العديد من الدّراسات التي أظهرت وجود علاقة جوهرية موجبة بين اليأس والإكتئاب، فلقد أشار ميليجز وبولبي (Melger et Bowlby) (1969) إلى أنّ الشعور باليأس (Hopelessness) هو محور أساسي في الإكتئاب.

كما تناولت العديد من الدراسات الأعراض المشتركة بين الإكتئاب واليأس والتي تؤكّد معظمها أنّ الإكتئاب هو المكوّن الأساسي والعرض الجوهري في اليأس والعكس، ومن هذه الدراسات نجد دراسة دويدار عبد الفتاح محمد (1990)، ودراسة عبد الرحمان محمد السيّد (1991)، ودراسة (Lam et Randy) (1993)، ودراسة (Yang et Clum) (1994)، ودراسة (Aslan et all) (1996)، ودراسة (Engstroem et) (1999) (Traeskman) ، ودراسة (Gupta et all) (بشير معمريّة: 2009، ص 130) 12-2- أهمّ التفسيرات الخاصة باليأس:

من أهمّ التناولات التي تبلورت حول مسألة الإحساس باليأس جاء من قبل التيارالتوجه المعرفي السلوكي، وخاصة كل من أرون بيك (A.beck)، ومارتن سيلجمان (M.seligman).

12-2-1- النّمودج الأول: تفسير بيك لليأس (beck) (1976) تتلخّص آراء بيك في قيام نوعين من الآليات في إحداث اليأس وهما: الثلاثية المعرفيّة وأخطاء المنطق، حيث تتضمّن الثلاثية المعرفية ثلاث أبعاد هي: أفكار سالبة عن الذات وعن الخبرات القائمة وعن المستقبل، بينما تتضمّن أخطاء المنطق في الإستدلال التعسفي والمبالغة في التعميم وتضخيم أمور وتصغير أخرى وإرجاع الأحداث إلى الذات.

12-2-2- النموذج الثاني: تفسير سيلجمان لليأس (Seligman et all 1976)

العجز المتعلم (Learned helplessness) وهو نموذج تعلم العجز وقلة الحيلة، ويشير هذا النموذج إلى أن السبب لليأس هو حالة "توقع" حيث يتوقع الفرد أحداثاً سيئة سوف تحلّ به وأنه ليس هناك ما يمكنه عمله لمنع حدوثها، وأن السبب الكافي لإحداث اليأس هو توقع الفرد عدم قدرته على التحكم في نتائج إستجاباته، فالقصور في حالة اليأس الذي يماثل القصور في حالة تعلم قلة الحيلة والعجز يحدث عندما يتوقع الفرد أحداثاً سيئة، وأن إستجاباته لن يكون لها تأثيرها على تلك الأحداث. (بشير معمريّة: 2009، ص131)

13. تقدير الذات وعلاقته بالإكتئاب:

يكتسب مفهوم الذات وينمو ويتطور ويتعدّل من خلال الخبرات التي يمرُّ بها الفرد في يقول (Smitz et Betz) (2002): "أنّ تقدير الذات يعتبر تقييم وجداني في مقابل مفهوم الذات وهو جانب معرفي وينظر إليه بوصفه احترام الذات أو تقبل الذات من بيئته الإجتماعية ومن خلال تعامله مع الآخرين ذوي الأهميّة بالنسبة إليه". (مريم سليم، 2003، ص7)

وينمو جنباً إلى جنب مع الدافع الداخلي لتأكيد الذات، وبالرغم من أنه ثابت إلى حدّ كبير إلاّ أنّه يمكن تعديله وتغييره في ظروف معيّنة. (حامد زهران: 2001، ص83)

كما ينمو تقدير الذات ويتطور من خلال عمليّة عقلية تتمثل في تقييم الفرد نفسه ومن خلال عمليّة وجدانية تتمثل في إحساسه بأهميته وجدارته، ويتمُّ ذلك في ستّة نواحي هي:

1- المواهب الطبيعية الموروثة مثل الذكاء والمظهر والقدرات الطبيعية.

2- الفضائل الأخلاقية والإستقامة.

3- الإنجازات والنجاحات في الحياة.

4- الشعور بالأهليّة وأن يكون محبوباً.

5- الشعور بالخصوصيّة والأهميّة والجدارة والاحترام.

6-الشعور بالسيطرة على شؤون حياتها. (مريم سليم، 2003، ص8)

13-1-1- أقسام تقدير الذات ومستوياته:

13-1-1-1- التقدير الذاتي المكتسب: هو التقدير الذاتي الذي يكتسبه الشخص خلال إنجازاته، فيحصل الرضى بقدر ما أدى من نجاحات، فهنا بناء التقدير الذاتي على ما يحصله من إنجازات.

13-1-1-2- التقدير الذاتي الشامل: يعود إلى الحس العام للإفتخار بالذات، فليس مبنياً أساساً على مهارة محددة أو إنجازات معينة، فهو يعني أنّ الأشخاص الذين أخفقوا في حياتهم في شيء معين، ينعمون بدفع التقدير الذاتي العام، وحتى وإن أُغلق في وجوههم باب الإكتساب. (سحر علي طه علي جزر: 2001، ص32)

13-2- السّمات العامة لذوي تقدير الذات المنخفض:

- إحتقار الذات والشعور بالذنب دائماً، حتى ولو لم يكن هناك علاقة بالخطأ.
- الإعتقاد بعدم الإستحقاق لهذه المكانة أو العمل وإن كان الآخرون يرون ذلك.
- الشعور بالوحدة والغربة عن العالم المحيط بهم ممّا يؤدي إلى الإنطواء الذاتي.
- الإعتذار المستمر عن كل شيء.
- الميل إلى سحب أو تعديل آرائهم خوفاً من السخرية أو رفض الآخرين.
- التشاؤم. (التريماتوي محمد عودة: 2004، ص ص 232-233)

❖ ملاحظة: والخلل يُرجعه أصحاب سيكولوجية الذات هو عندما يحاول الفرد أن يساوي بين الذات المثالية (أي الصورة المرغوبة التي يتمنى الفرد أن يكون عليها) وبين الذات الواقعية.

13-3- ماذا يحدث لتقدير الذات في الإكتئاب؟

ففي الإكتئاب وجد أن الفرد لديه مشاعر تحتوي على تقدير منخفض للذات وإدانته لها ورغبته في عقابها وترجع روي (Rowe) (1983) الإكتئاب أنّه: "عقاب للذات للفشل في تحقيق الأهداف والمكانة". (أيمن الحسيني، 1994، ص28)

بيّنت العديد من الدّراسات كدراسة هيغنز وستروامان (Higinnis et Strauman) (1988)، ودراسة سكون ووهارا (Scohnd et O'hana) (1993)، ودراسة هيلدرش وآخرون (Hieldresh et all 1994)، ودراسة إنس وآخرون (Enns et all 2000) إلى أنّ الأفراد الذين يعانون من درجة مرتفعة من التناقض بين الذات الواقعية والمثالية يشعرون بدرجة شديدة من الإكتئاب.

14- قياس الاكتئاب:

صمّم العديد من المختصين في الطّب النّفسي وفي علم النفس إستبيانات وقوائم لقياس الإكتئاب، وهي عبارة عن سلايم للتقدير الذاتي من جانب المفحوص في نمط إجابات مقيدة "نعم أو لا" أو متعدّدة بتقديرات ذاتية خاصّة، ومن أهمّ هذه المقاييس سواء ذات الشهرة العالمية أو في الوطن العربي نجد:

- قائمة بيك (A.beck) سواء الأولى (BDI) أو الثانية المختصرة (BD2) وهي من أهمّهم وأكثرهم إنتشارا.
- مقياس زونج (W.zung) 1965 وهو أصغرهم بالنسبة للمقاييس المشهورة.
- مقياس هاملتون (hamilton) للاكتئاب (HDS) (1969).
- مقياس مارك ونيمان للاكتئاب (MNDL) (marks et nyman G.E) 1962
- اختبار بيلوفسكي وآخرون يقيس الاكتئاب بإعتباره "سمة"
- قوائم مراجعة الإكتئاب الوصفية (DACL) برنارد لوبن (B.lubin)
- قائمة واكفيلد للتقويم الإكتئاب (snaith.RP)
- مقياس الزقازيق للاكتئاب (ZDS). (مدحت عبد الحميد، 200، ص ص 171-182)

- استبيان تقدير المزاج الإكتئابي إعداد عباس محمود عوض ومدحت عبد الحميد.
- قائمة الإنقباض في قائمة مينسوتا متعددة الأوجه لقياس الشخصية (MMDI)

❖ **ملاحظة:** ويمكن أيضا التعرف على ملامح وأعراض الاكتئاب بواسطة الاختبارات الاسقاطية كجانب من جوانب الكشف سكاتيري للشخصية ككل.

- إختبار روشاخ لبقع الحبر (Rorschach).

- إختبار تفهم الموضوع (T.a.t). (عبد الستار ابراهيم، 1999، ص170)

15. الأساليب الوقائية ضد الإكتئاب:

ونقصد بها الجانب الوقائي لعدم إستفحال الظاهرة الإكتئابية عند معظم الأفراد، وتعني القدرة على الكشف عن حالات الإكتئاب في وقت مبكر والبدء في معالجتها قبل إستفحالها و وصولها إلى درجة من التفاقم، وهذا الكشف المبكر للإكتئاب يتطلب تضافر وتعاون من عدة جهات، ولا بد من العمل على:

1- زيادة الوعي بالتوعية الإعلامية المختلفة لهذا النوع من الإضطرابات وآثاره السلبية على الفرد والمجتمع.

2- رفع من قدرة المختصين والأطباء في الكشف المبكر عن الإضطراب بجميع الوسائل والإمكانات سواء في الرعاية الصحية الأولية أو في المستشفيات العامة.

3- تعزيز دور الطب النفسي في المستشفيات العامة. (وليد سرحان: 2001، ص 121-122)

4- المتابعة الوقائية للحالات التي استقادت من العلاج الدوائي أو النفسي حتى لا تحدث الإنتكاسة.

15-1- علاج الاكتئاب:

والشيء المهم في هذا الصدد هو العلاج الدائم والمتخصص للإكتئاب، وذلك بتوفير أشكال مختلفة من العلاجات سواء النفسية أو بالأدوية أو بطرق أخرى تعمل على تحسين الحالة المزاجية، وإلى ما يؤدي إلى تماثل الشفاء التام.

15-1-1- العلاج بالأدوية:

1) العلاج بالهرمونات: خاصة إذا تعلق سبب الإكتئاب بوجود اضطراب هرموني بالجسم، كما في حالة نقص هرمون الغدة الدرقية (Teroxine) ولعلاج بعض الحالات تعطى بعض الهرمونات الجنسية الأنثوية كما (Projesterone - Ostrogine) لعلاج اكتئاب ما بعد الولادة واكتئاب ما قبل الحيض، والإكتئاب بلوغ سن اليأس. (أيمن الحسيني: 1994، ص 68)

2) العلاج بمضادات الإكتئاب: وهناك ثلاثة أنواع من هذه الأدوية متمثلة في مجموعات كبرى نجد منها:

3) مجموعة مثبطات أكسدة الأمينات الأحادية: (IMao) وهي عبارة عن مركبات تعمل على كف نشاط الأنزيم الذي يعمل على أكسدة وتمثيل الكاتيكولامين والسيروتونين وتحويلها إلى مكونات غير نشطة، وتوصف ضمن نطاق محدود وهذا نظرا لتعارضها مع بعض الأطعمة كمشتقات الحليب ومع زمرة مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات. (زيزي السيد ابراهيم: 2006، ص 61)

4) المركبات ثلاثية الحلقات (tricyelcs): ويرجع إسمها إلى أنها تتكوّن من ثلاث حلقات كيميائية، وهي الزمرة الأكثر شيوعا في علاج مختلف الإضطرابات الإكتئابية، مثال لهذه المركبات (Impramine) وإسمه التجاري (Tofranil) و (Ilafil).

5) معيقات إعادة إمتصاص السروتونين: هذه المجموعة تشبه في تأثيرها المجموعة السابقة إلا أنها تُعد أكثر إنتقائية، والمركّب أكثر إستخداما منها هو (Floxeline) والإسم التجاري هو (Prozac). (نفس المصدر، ص 62)

6) العلاج بالتعرض لأشعة الضوء: يستخدم هذا النوع من العلاج وفقا للإفتراض الذي وضعته نظرية "إضطراب الإيقاع البيولوجي لدورة النوم واليقظة لدى المكتئبين"، ويتم عن طريق تعريض المرضى للضوء الطبيعي لوقت كافي يوميا، ويستحسن في الصباح لمدة تتراوح ما بين (30 إلى 60) دقيقة أمام مصدر ضوئي (2500 إلى

1000لكس)، ولقد أثبتت فعاليته بكثرة في ما يسمى حالات الإكتئاب النمطي المتكرر في الخريف والشتاء.

(7) وهناك طرق علاجية أخرى أمثال العلاج بالسهد (بالحرمان من النوم) وتحفيز العصب الحائر (VNS)

(8) العلاج بالجلسات الكهربائية: (ECI) (electro – convulsive therapy) وهذا الأسلوب العلاجي قديم نسبياً وهو علاج فعال في حالات الإكتئاب الشديد، الاكتئاب ثنائي القطب ولكن تحوطه بعض التساؤلات حول كيفية تأثيره والآثار الجانبية لإستخدامه. (أيمن الحسيني: 1994، ص 71)

(9) المداخلة الجراحية النفسية: في حالات فشل كلّ العلاجات السابقة واستمرار حالة الإكتئاب الشديد لمدة طويلة تصل إلى عشر سنوات على الأقل، وهي عبارة عن قيام بقطع بعض الممرات العصبية في المخ (الفص الجبهي) المتعلقة بالشعور.

15-1-2- العلاج النفسي:

(1) العلاج السيكودينامي: والذي ينطلق من التعمق في فهم العوامل العميقة في تكوين الشخصية للأفراد، وذلك بالتعرف على تاريخ الفرد وخبراته الأولى ونوعية العلاقات ومختلف الصراعات المسببة للإكتئاب، وتستخدم تقنية التداعي الحر والعمليات النفسية كالطرح والإستبصار والإسقاط والولوج في كنه أحلام المريض بالتفسير الكامن وغيرها من التقنيات ودور المعالج في هذا هو تشجيع المريض على الإستبصار بمشكلاته وصراعاته، وهذا الإستبصار يؤدي إلى التغير التلقائي والعلاج. (علاء الدين الكفافي: 1999، ص ص 252-254)

(2) العلاج السلوكي: يتضمّن هذا النوع من العلاج مساعدة المكتئبين على التغير الذي يرتضونه مع التركيز على الأعراض والأحداث الراهنة والبيئة المحيطة ومثيراتها، وفعالية هذا العلاج تكمن في قدرة المعالج في مساعدة المريض أو المضطرب على التخلص من تلك الأعراض عن طريق فك شفرة الخاطيء الذي سبق تعلمه، وحديثاً بدأ الإهتمام بتعلّم المهارات، وتحسين الضبط الذاتي، وإكتساب القدرات المساعدة

على التوافق ومواجهة المشكلات (مدحت عبد الحميد، 2001، ص143)، وذلك باستخدام عدّة تقنيات السلوكية ومن أشهرها: التعزيز الإيجابي والسلبي والإسترخاء الكّف المتبادل والتّحصين التدريجي، والنّمذجة وغيرها. (Jean Cottraux, 2001, pp56-58)

3) العلاج المعرفي: وفي هذا التيّار العلاجي يظهر إستخدام نوعين من العلاجات التي أتبتت التجارب العلاجية على نجاحتهما من ضمنها "العلاج الانفعالي العقلاني" "لألبرت أليس" (Albert Ellis) أو المسمّاة (A.B.C)، وأيضاً علاج بيك (Beck) للإكتئاب وكلاهما علاج فعّال للحالات الإكتئابية والذي يستهدف الجانب المعرفي في إزالة وتغيير أو بالأحرى تعديل للمخططات والأفكار التي أدّت للحالة المزاجية الإكتئابية. (علاء الدين الكفافي: 1999، ص ص 317-350)

4) بعض العلاجات النفسية: العلاج التّدعيمي والعلاج الإنساني خاصة الروجري من أجل تغيير في قيمة تقدير الذات نحو الإيجاب وكذا العلاج الترويحي (Ergotherapie).

❖ **ملاحظة:** وهذه العلاجات يمكن لبعضها أن يستخدم إمّا في الجلسات الفردية أو عن طريق علاج جماعي، أو من خلال الجمع بينهما بطرق مختلفة وفقاً لإحتياجات كل فرد وهذه الطرق يمكن أن تجمع في بروتوكول علاجي تكاملي ومتفاعل، ولا يتمّ ذلك إلاّ بمعرفة الأخصائي النفسي المعالج لنوعية شخصية المريض وسنّه ودرجة ثقافته والظروف المحيطة به، وكذا على درجة معاناته من الإكتئاب.

15-1-3- علاجات تكميلية أخرى: وهي طرق وتقنيات تساعد على التغلّب على الإجهاد والضغط النفسي مثال لهذه العلاجات (العلاج الطبيعي بالأعشاب) والطّب التقليدي (مثل وخز بالإبر) والتدليك.

خلاصة الفصل:

بلورنا في هذا الفصل كل ما يخص ماهية سيكوباتولوجية الإكتئاب من تعاريف وأسباب وأنواع وميكانيزمات ودراسات انتروبولوجية وعلاجات متنوعة، وهذا لتتوير القارئ لهذا البحث بكل ما استطعنا أن نصّل إليه فيما يخص الظاهرة الإكتئابية، لنستعرض بعد هذا الفصل نمط من التّدخلات العلاجية الحديثة نسبيا و التي أثبتت فاعليتها في تحسين الحالة التكيفية للأفراد.

الفصل الرابع

العلاج المعرفي السلوكي

- تمهيد
- الفلسفة التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي.
- تعريف العلاج المعرفي السلوكي.
- مبادئ العلاج المعرفي السلوكي.
- خصائص العلاج المعرفي السلوكي.
- مركزية العلاج المعرفي السلوكي.
- أهداف العلاج المعرفي السلوكي.
- المنهجية العامة للعلاج المعرفي السلوكي.
- السيرورة العملية لمقابلات.
- تقنيات العلاج المعرفي السلوكي.
- نموذج لبرنامج علاج المعرفي السلوكي (CBT) لحالة إكتئاب.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

المنهج العلاجي يعدّ أحد السبل الثلاثة المستخدمة في مجال الصّحة النّفسيّة وهو موجّه للأسوياء أكثر من غيرهم، ويهدف إلى إعادة التّوافق والتكيّف للفرد المضطرب، و من بين الإتجاهات الحديثة نسبياً في مجال التّدخل و التّكفل العلاجي النّفسي تلك المقاربة العلاجية المعرفية السلوكية التي تركز أساساً على التّنظير السيكولوجي المعرفي الذي يعطي للمعرفيات مركزاً مهماً في الحدث النّفسي، ويهتم هذا النّوع من العلاج النّفسي بإحداث تعديل في أساليب التّفكير و نماذج الصّور الذهنية والمعتقدات وذلك بالتأثير على بعض البنى المعرفية للعميل باستخدام بعض التقنيات المعرفية وأخرى سلوكية للوصول للهدف التشاركي والمتفق عليه بين المعالج والعميل.

احتوى هذا الفصل على فحوى المقاربة العلاجية المعرفية السلوكية، فابتدئنا برسم للمسار الكرونولوجي لهذا التيار العلاجي ثمّ مفهوم هذا التّدخل العلاجي عند بعض أهل الإختصاص، وكذا أشرنا إلى أهم مبادئه وما يميّزه من خصائص وماهي الأشياء التي يركّز عليها في تدخلاته، و أهمّ الأهداف العامة والخاصة التي يصبو إليها، ثمّ قدمنا الصورة المفصّلة للمنهج التطبيقي العام المتّبع في هذا النّوع من العلاجات وكذا نوعية الجلسات المختلفة أثناء السيرورة العلاجية، ورصدنا أهم التقنيات والأساليب المستخدمة في عمليات التّدخل والتّكفل النّفسي لهذا النّوع من العلاجات، وفي الأخير قدمنا نموذج لبروتكول علاجي معرفي سلوكي لحالة تعاني من إكتئاب.

أولاً- الفلسفة التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي:

إنّ المتأمّل في الجذور التاريخية من حيث الوصف الكرونولوجي للمسار التاريخي لما يسمى بالعلاج المعرفي السلوكي، يرى بوضوح أنّ ما تنبّه إليه الفلاسفة اليونان منذ القدم حيث أشاروا إلى أنّ إدراك الإنسان للأشياء وليس الأشياء نفسها تلعب دوراً هاماً في تحديد

نوع إستجابته وهي التي تسم سلوكه وتصفه بالإضطراب أو السواء، وفي هذا الصدد يقول الفيلسوف الروماني "إيكتيوس" (Iktios): "لا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها".

وقد أشار العلماء المسلمين للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وأيضاً في سعادته أو في شقائه، وقد سبقوا بذلك العلماء المتأخرين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه إستجابات الفرد للظروف المحيطة به، فقد أوضح "ابن القيم" قدرة الأفكار إذا لم يتم تغييرها على التحول إلى دوافع ثم سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد كبير، كما أشار "الغزالي" إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد إكتسابها حتى تصبح عادة، وأيضاً لم يخلوا التراث الإسلامي من الإشارات الواضحة لأثر التفكير ليس فقط في توجيه السلوك ولكن أيضاً في الحالة الصحية للأفراد، ويبدو ذلك جلياً في القول المأثور "لا تمارضو فتمرضوا فتموتو".

ويفيد بيك (Beck) أن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على دعائم فلسفية ليست جديدة بل هي موعلة منذ القدم، وتقود بالتحديد إلى زمن الرواقيين (Stoics) حيث إعتبر فلاسفة الرواقيين أن فكرة الإنسان من الأحداث وليست الأحداث ذاتها هي دائماً المسؤولة عن الإختلال المزاجي، و وفق هذا المنطق الرواقي تستند أهم ركائز العلاج المعرفي السلوكي، ففي تفسير للمشكلات النفسية يرجع هذا التيار العلاجي الإضطرابات السيكولوجية بالدرجة الأولى إلى قيام الفرد بالتحريف المعرفي للواقع وللحقائق بناءً على مقدمات مغلوطة وإفتراضات خاطئة، وتنشأ هذه الأوهام من تعلم خاطئ في إحدى مراحل نموه المعرفي. (إبتسام الزعبي: 2009، ص12)

ويذكر أنه منذ بداية النصف الأخير من القرن العشرين بدأ الإهتمام الفعلي ينصب حول أهمية الجوانب المعرفية ودورها في ظهور الإضطرابات وفي الوصول للهدف العلاجي النفسي المنشود، فقد نشأ أسلوب العلاج المعرفي ضمن حدود العلاج السلوكي وكان بزوغ

هذا الأسلوب ناتج للتذمر وعدم الرضا الذي ساد بين بعض العاملين من خارج أصحاب المدرسة السلوكية، وقد بُني هذا التذمر والنقد للمدرسة السلوكية و تقنياتها على أساس أنّها مدرسة ميكانيكية مادية وبأنّها لا تأخذ الحيّاة النفسيّة والعقليّة للفرد بعين الإعتبار لا في فراضياتها ولا في تطبيقاتها للعملية العلاجية، فتوجّه التيار الجديد نحو الإهتمام إلى ما يحمله الإنسان من ذهنيات وما تحويه من أفكار وإتجاهات وعقائد ترسم توجهاته نحو مواقف شتى وكذا ما يستجيب به من مسالك وعواطف، و على ضرورة أخذ كلّ هذا بعين الإعتبار في العملية العلاجية، فالعلاج المعرفي السلوكي عبارة عن مضلّة تنطوي تحتها العديد من أنواع العلاجات التي تتشابه في جوهرها وإنّما تتباين في مدى تأكيدها على نوعيّة معيّنة من الفنيّات والتقنيّات العلاجية و من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعا من هذه الأساليب إلّا أنّ من أشهرها نجد التالي:

- العلاج العقلاني الانفعالي (RET) لألبرت أليس (Albert Ellis) (1962).
- العلاج المعرفي لأرون بيك (Aron Beck).
- التصوّرات الشخصيّة لكيلي (Kelly).
- أسلوب حلّ المشكلات عند جول فريد وجول فريد (Golfred et Golfred).
- تعديل السلوك المعرفي (SIT) عند ميكنباوم (Meichenbaum) (1971).
- إعادة البنية العقلانية المنظومية (SRRT) لماهوني (Mahoney) (1975).
- العلاج بالسلوك العقلاني (RBT) لريم (Reem).
- العلاج بالمخططات ليونغ (Young-J) (2003).

وأيضًا أساليب كل من (M.Mahoney) و (M.Goldfreid) و (A.Lazarus) وغيرهم، وتعود البدايات الفعلية للعلاجات (م-س) إلى سنة (1960) وأوّل موضوع خاص بالتّعديل المعرفي السلوكي ظهر بعد منتصف (1970)، وكان أوّل من استخدم مصطلح "العلاج المعرفي السلوكي" هو أليس (A.Ellis) في (1993) وذلك بإضافة لمصطلح السلوكي إلى مسمى أسلوبه العلاجي. (داليا مومن: 2004، ص 135)

ثانياً - تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

فهذا النوع من العلاجات النفسية الحديثة هو إئتلاف بين المناهج السلوكية والمناهج المعرفية إذ أنّ العلاج المعرفي السلوكي هو أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك المضطرب لدى العملاء من خلال التأثير في عملياتهم المعرفية، حيث يؤدي تغيير المعارف إلى تغيير في السلوك وفي الوقت ذاته ينتج عن تغيير السلوك تغيير في المعارف، وبالتالي فالعلاج المعرفي السلوكي عند تأكيده على الدور السببي للتفكير في حدوث الإنفعالات والسلوك لم يغفل دور تغيير السلوك في تغيير الإنفعالات والتفكير، وعلى هذا الأساس تتكوّن فلسفته وخلفيته النظرية في تعديل وتغيير السلوك. (عادل عبد الله: 2002، ص24)

وعرّفه كل من ستيفن وبيك (Stefane & Beck) (1995): "بأنه تلك المداخل التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة والعمليات المعرفية".

كما عرّف جوزي مليكة (1994) العلاج المعرفي السلوكي: "بأنه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل".

ويعرّف الجبلي واليحي (1996) العلاج المعرفي السلوكي: "بأنه نوع من العلاج النفسي يضع الخلل في جزء من العملية المعرفية وهي أفكار أو تصورات عن النفس والآخرين والحياة، ويستند على نظريات علم النفس المعرفي وبخاصة تنظير بياجتي (Piajet) ونظريات معالجة المعلومات ونظريات علم النفس الاجتماعي كمثل باندورا (Bandurra). (إبتسام الزعبي: 2009، ص235)

ويمكن أن نعرّفه: "بأنه أحد المقاربات النفسية العلاجية الحديثة نسبياً قصير المدى (مختصر نسبياً)، مباشر (موجه)، و جيد التخطيط، وذا طابع تشاركي وتعاوني، ومحدّد الهدف (التوجه نحو هدف معين) يمكن استخدامه فردياً وجماعياً، وهو في تطوّر دائم".

ثالثاً - مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:

هناك مجموعة من المبادئ تمثل أساس الإتجاه المعرفي السلوكي في التطبيق والممارسة العلاجية، و تتضمن تضافر جهدي كل من المعالج والعميل والإستثمار في الخبرة العلاجية وما يرتبط بكل تلك الجوانب، ومن تلك المبادئ ما يلي:

- 1- العميل والمعالج يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
- 2- المعرفة لها دورا أساسيا في معظم التعلم الإنساني.
- 3- المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببي.
- 4- الإتجاهات والتوقعات والعزوّ والأنشطة المعرفية الأخرى لها دورا أساسيا في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.
- 5- العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية.
- 6- هو علاج منظّم وتوجيهي لديه جدول أعمال لكل جلسة.
- 7- له منفعة إضافية ونتائجه تبقى سارية لمدى بعيد.
- 8- يستند على الحقيقة العلمية (أفكار الناس هي سبب مشاعرهم وسلوكهم وليس أشياء خارجية)
- 9- يستغرق وقت قصير ومحدّد إذ يُعتبر الأسرع من ناحية الحصول على نتائج.
- 10- يركّز المعالجون على السلوكيات والأفكار الحاضرة.
- 11- المعالجة الشعورية للمعلومات. (حسن علي قائد: 2008، ص 123)
- 12- التركيز على الأفكار الآلية أو التحريفات المعرفية وعلى ما يصاحبها من انفعال وسلوك.

رابعاً - خصائص العلاج المعرفي السلوكي:

فهذا النوع من العلاجات يختص ببعض الملامح التي تعمل في ترابط و منها:

1- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على استخدام مفهوم المعرفي للعملية التي تسهم في استمرار المشكلة، بمعنى آخر أنّ هذا النوع من العلاجات يولي إهتمام كبيراً للعمليات المعرفية التي تُسهم في هذا الإستمرار و على سبيل المثال: تفترض النظرية في حالات الإكتئاب أنّ الإضطراب يستمر بشكل أساسي بسبب وجود مسلمات وأفكار ذات خصائص اكتئابية خاصة عن الذات والعالم والمستقبل، وفي إضطراب الشّره العصبي (Nevrose Boulimia) تفترض أنّ الآلية المركزية في استمرار المشكلة هو الحكم على قيمة الذات (تقدير الذات) في ضوء وزن أو شكل الجسم، وكذا فيما يميّز اضطراب الهلع (Panic Disorder)، وعلى ضوء هذا التميّز ترى النظرية المعرفية أنّ لكل من هذه الإضطرابات قاعدة أساسية للعلاج الخاص بها. (علاء الدين الكفافي: 1999، ص186)

2- ثمّ تصميم العلاج المعرفي السلوكي لكي يعمل على تعديل الآليات المعرفية والسلوكية المسلم بها، والتي تسهم في استمرار المشكلة ويعتبر إحداث تغيير في العمليات المعرفية المركزية التي تعمل على استمرار الاضطرابات أحد الأهداف الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي، وذلك بالرغم من أنّ كثير من الأهداف والملاحم الأخرى تكون أكثر مباشرة في تناولها فعلى سبيل المثال: في اضطراب الإكتئاب يُعتبر الجانب الأساسي في العلاج هو تعديل الأفكار الإكتئابية حول الذات والعالم والمستقبل، وفي اضطراب الشّره العصبي يكون الهدف هو تغيير الأهمية المركزية المرتبطة بشكل ووزن الجسم كمحكات لتقدير الذات، وفي اضطراب الهلع يكون الهدف هو إحداث تغيير في تفسير المريض للإحساسات البدنية التي يُخبرها، وهناك أمثلة أخرى ثم دراستها تتضمن الإنسحاب الإجتماعي الذي يلاحظ لدى المكتئبين والنظام الغذائي الصّارم والمتصلّب والمحدود لكثير من مرضى إضطرابات التغذية، ويجنّب المواقف المؤدّة للخوف الذي يحدث في إضطرابات الهلع.

3- يستخدم العلاج المعرفي السلوكي حزمة من الإجراءات المعرفية والسلوكية لمساعدة المريض على تحديد وتغيير آليات الإستمرار المحتملة، وتتضمّن إجراءات علاجية شائعة الإستخدام، منها تقديم ووصف النموذج والصيغة المعرفية المرتبطة بالاستمرار، وأيضاً كيفية

إستخدام التجارب السلوكية لمساعدة العملاء على تبني طرائق سلوكية جديدة، ومساعدتهم في إختبار و فحص توقعاتهم الشخصية فيما يتعلّق بمرتبات التغيير السلوكي، وكذلك تحديد وتقييم الأفكار والإفتراضات اللامنطقية بشكل منظم. (زفرا كوبر: 2009، ص ص 14-15)

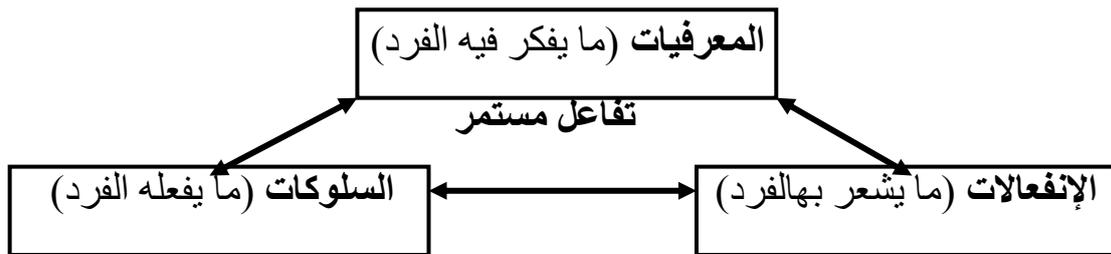
خامسًا - مركزية العلاج المعرفي السلوكي:

والسؤال الذي تنطلق منه هذه المقاربة العلاجية ويتأسس عليه جوهر تدخلاتها هو "على ماذا يركّز العلاج المعرفي السلوكي بالتحديد؟"، وتحديدًا ينصب نشاطه بالتركيز على بعض العمليات والبنى المعرفية التي تُشكّل جوهر الإنحرافات المعرفية .

أ- التحريفات المعرفية (Cognition distortions): فهي التي تشكّل لبّ

الإضطرابات الإنفعالية، ومصطلح معرفية في العلاج يمثّل كل فكرة أو صورة تقفز إلى ذهن الفرد بشكل عفوي وآلي لمواجهة مختلف أحداث أو مواقف الحياة اليومية، وأنّ هذه المعاني والدلالات والخيالات هي التي تولّف ما يسمى بالواقع الداخلي (internal reality)، وأنّ المقاربة العلاجية لا تقتصر فقط على سيرورات المعالجة على المستوى الذهني، بل إنّها تنظر للإنسان في شموليته وهي نظرة "ثلاثية الأبعاد" تجمع بين ما هو معرفي وما هو وجداني وما هو سلوكي، وأنّ هذه الأبعاد الثلاثة في تفاعل مستمر بينها ويؤثر بعضها بإستمرار على البعض الآخر، كما هو موضّح في هذا الشكل:

الشكل رقم (02): نظرة ثلاثية الأبعاد



1) المخططات المعرفية (Schemas): هي عباة عن أبنية معرفية (تصورات و

تمثيلات.... إلخ) منظمة لتجارب الماضي والتي تؤثر في إدراك الفرد وتفسيراته وكذا

تسهل إسترجاع وإستدعاء الذكريات، وتمثل المعرفة التي يكونها على ذاته وعلى محيطه والعالم، ويعتبر بيك أنّ المخططات أيضاً توجّه كل الأنشطة المعرفية سواء كانت إجترارات فكرية أو أحاديث ذاتية أو معالجة معرفية لأحداث خارجية، ويفترض بيك بأنّفي حالات الإكتئاب فإنّ مخططات مقولبة سلبية هي المسيطرة، وتتضمن موضوعات عن النقص الذاتي ولوم الذات، والتّوقّعات السلبية تصبح المهيمنة على العمليات المعرفية. (زيزي السيد إبراهيم: 2006، ص189)

بماذا تتميز هذه المخططات؟: أهم ما يميّزها هو أنّها مخزّنة في الذاكرة طويلة الأمد، وأنّها غير شعورية، وتسير آلياً خارج إرادة وشعور الفرد، وتمثّل ثقل الماضي على مستقبل الفرد، كما توصف بالدينامية وهذا يعني أنّها تتعدّل بإستمرار عن طريق تفاعل الفرد مع الواقع الذي يعيش فيه. (J-Cottreaux, 2001, p34)

(2) الأفكار الآلية: هي مصطلح أطلقه "بيك" على الأفكار والصّور الذهنية التي تظهر بشكل لا إرادي، وتوجد عدّة مصطلحات شبيهة وتعدّ مرادفات لها من قبيل "العبارات الداخلية أو الذاتية" (Self or Internalized statements) و"الحديث الذاتي" (Self talk) (بيرني كوروين: 2008، ص30)، فهي تلك الأفكار التي تطرأ بين الأحداث الخارجية وإستجابة الفرد الإنفعالية وهي جزء من التّفكير المتكرّر لدى الفرد والذي يحدث سريعاً وبشكل دائم وتتحكّم في نمط إنفعالاته ومشاعره، فهي المادة الخام التي تتكوّن على أساسها الإضطرابات الإنفعالية لدى الفرد، وتؤدي هذه الأفكار إلى التّحريف المعرفي الذي يُعدّ نتيجة لها، وهذا التّشويه المعرفي يظهر في أساليب التّفكير الخاطئة في صور وأشكال عدّة مثل: التجريد الإنتقائي والإستنتاج الإعتباطي، ومن نماذجها التوقّعات (expectations)، والتقيّيمات (appraisals)، والعزو (attributions)، ومحتوى هذه الأفكار يختلف من إضطراب نفسي لآخر وتتحدّد طبقاً لكل حالة فردية، ففي الإكتئاب نجد بالتقريب ما يشبه هذه الأشكال من المعاني أمثال: "أنا لا أستطيع القيام بعمل أي شيء" و"أنا غير محبوب" و"لا يوجد شخص يحبني" و"مستقبلي لا ينذر بخير". (اسماعيل علوي: 2009، ص76)

وقد اعتبر إيليس (Ellis) هذه الأفكار الآلية أفكارًا لاعقلانية، وعرفها بأنها مجموعة من الأفكار الخاطئة وغير المنطقية، والتي تتميز بعدم موضوعيتها، والمبنية على توقّعات وتعميمات ذاتية وعلى مزيج من الظن والتنبؤ والمبالغة والتهويل بدرجة لا تتفق والإمكانات الفعلية للفرد.

2-1 - مميّزاتها: لاحظ بيك أنّها تميل لأن تكون:

- نوعيّة وغير مترابطة لديها طابع إختزالي الذي يقتصر على الكلمات الضرورية.
- تلقائية جدًا وذات طبيعة لإرادية وتكون قريبة إلى الوعي.
- مقنعة بالنسبة لصاحبها لما لها من إتساق حتى بالرغم كونها مقولبة وبخاصة في بدايتها.
- تتضمن تشويها للحقيقة و تحريفا للواقع. (زيزي ابراهيم: 2006، ص132)
- تسبق الإستثارة الإنفعالية. (أرون بيك: 2000، ص ص46-50)

(3) **المعتقدات:** هي أحد المكونات الأساسية للمخططات المعرفية، وهي مضمرة ونوعان:

3-1- المعتقدات المحورية: هي الأساس التي تبنى عليه المعتقدات الأخرى وتكون أكثر عمقًا، فهي تمكننا من وصف أنفسنا، ووصف الآخرين، والعالم بمصطلحات شديدة العمومية، لذلك فهي جامدة والزامية ومقاومة للتغيير، وهي جزء طبيعي من عملية معالجة المعلومات في حياتنا اليومية، ويمكن أن تكون إيجابية أيضًا مثل "أنا ذو شأن" و"الأخرون جديرون بالثقة" و"العالم آمن"، أو تكون سلبية مثل "أنا غير محبوب" و"الأخرون عدوانيون" أو "العالم غير آمن".

3-2- المعتقدات الوسيطة: ذلك لأنها تقع بين المعتقدات الأساسية والأفكار الآلية وغالبا ما تكون غير متنسقة أو غير مرتبطة، وهي تنقسم إلى ثلاثة أنواع الإتجاهات والقواعد والفروض

- **الإتجاهات (Attitude):** ذات طبيعة تقييمية مثل: "من المفزع أن تكون غير محبوب".

- القواعد (Roles): فهي عبارة عن متطلبات مثل: "يجب أن أكون محبوباً".
- الفروض (Anticipation): تكون شرطية تشمل على جملتين إحداهما فعل الشرط و الأخرى جواب الشرط كآلاتي (إذن...إذن...)، فعلى سبيل المثال: "إذا كنت أنا لطيفاً إذن سوف يحبني الناس".

4) المعنى الخاص: ويسميه بيك بالمعنى الشخصي ويعتبره جوهر النموذج المعرفي للإنفعال وإضطراباته لأنه يحدّد الإستجابة الإنفعالية لذلك هذا المعنى موجود في مفردة معرفية (acognition) وهي عادة فكرة أو صورة خيالية أو دلالة إضافية (connotation) أو حكم قيمة (value judgement) من قبيل "مخيف" و"رائع".

❖ هام: من المؤشرات على أنّ أحد المعتقدات السلبية قد تمّ التّوصل إليه إذا تغيّر المزاج الملحوظ عند التّعبير في جملة ما مثل البكاء، وإنهمار الدموع، أو تغيّر في تعبيرات الوجه، أو لغة الجسم، أو إعادة المعتقد نفسه وتكراره بصيغة أخرى أو حتى كما هو.

سادساً- أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

لهذه المقاربة العلاجية أهداف عامة ذات طابع تشاركي بين المعالج والعميل يتمّ السعي إلى تحقيقها وفق برنامج مسطر ومحدّد، وأخرى ذات طابع تصاعدي تتفق والبروتوكول العلاجي الممنهج من قبل المعالج .

أ. الأهداف العامة: يتضمّن هذا النوع من العلاج العديد من الغايات التي يسعى في تحقيقها عبر آلياته التطبيقية ونجد من ضمن هذه الأهداف ما يلي:

- 1) تغيير أساليب التفكير المختلفة وظيفياً وتنميّة أنماط تفكير أكثر إيجابية وواقعية.
- 2) تنميّة قدرة الملاحظة والتقييم والمعالجة الذاتية. (طه عبد العظيم حسين: 2006،

ص254)

3) إكتساب المهارات اللازمة للتوافق والتكيف مع الواقع.

4) مساعدة العميل على تنقية عملياته المعرفية وتنميتها.

5) مساعدة الفرد في تنظيم حياته وتنمية القدرة على التحكم في جوانبه التفكيرية والإنفعالية وكذا السلوكية لتجنب الوقوع في الإضطرابات النفسية.

6) تكوين منظور جديد لدى الفرد يتمّ تدعيمه وتعزيزه عن طريق ممارسة الفرد لأنماط سلوكية جديدة. (عادل عبد الله: 2008، ص22)

7) وضع الإنسجام المتمم بين الفكرة والسلوك.

8) زيادة إهتمام المتعالج بنفسه وتقبله لذاته وتقبله للتفكير الواقعي والمنطقي.

9) تعلم مهارات أسلوب حل المشكلات.

ب. الأهداف الخاصة: فللمعالج أهداف ينشدها لكي يجعل من سيرورة العملية العلاجية ذات فائدة إلى أقصى مدى ممكن، وتتغير هذه الأهداف عبر مسار العلاج، وبمجرد أن يستوعبها ويعيها المعالج المتدرب بشكل جيّد وبشكل تكاملي من خلال ممارسته العيادية، فستبقى هذه الأهداف في ذهن المعالج وسيتشكل على أساسها وبشكل قوي مسار العلاج، ويمكن أن نقسمها إلى ثلاثة أبعاد وهي:

1- العلاقة العلاجية:

- تطوير العلاقة العلاجية التعاونية واستمرارها.
- شرح للعميل إضطرابه من خلال التعليم النفسي ونساعده في التخفيف من كربه.
- مساعدة العميل على تنمية سمة التفاوض بالعلاج المعرفي السلوكي.
- إختبار الشكوك العميل حول العلاج ومساعدته على تغيير أي تصورات خاطئة من خلال التعليم النفسي.
- اكتشاف ماذا يأمل ويتمنى العميل أن يحقق من خلال العلاج والإلتفاق بشكل تعاوني على الأهداف الواقعية للعميل (البؤرية) (focality)

2- عملية النموذج المعرفي:

- تطوير الصياغة المعرفية لمشكلة (تكوين المفهوم المعرفي) أو مشكلات العميل.
- مساعدة للعميل على التمييز بين مختلف الانفعالات.

- شرح للعميل النموذج المعرفي.
 - مساعدة العميل على تحديد أفكاره الآلية.
 - مساعدة العميل في ربط أفكاره الآلية بالانفعالات والسلوكيات.
- 3- مساعدة العميل على حل مشكلاته داخل وخارج الجلسة:

- مساعدة العميل في إدراك مسؤوليته عن التغيير الذاتي.
- مساعدة العميل (البدأ) في فحص ومناقشة أفكاره الآلية وأن ينمي بدائل مساعدة أكثر إيجابية.
- عملية الأمن: تحديد وتثبيت مدى اشتراك العميل في سلوكيات قد تكون مريحة أو تخفف وقتياً، أو تمكنه من تجنب المشكلة لكنها قد تكون ضد العلاج.

سابعاً- المنهجية العامة للعلاج المعرفي السلوكي:

- 1- التحليل الوظيفي: هدفه هو تحديد السلوكات المباشرة والغير المباشرة التي تتكرر في بيئة معينة، أي عوامل الظهور والتثبيت (maintien) للسلوكات المرضية، ونلاحظ فيه ثلاثة مستويات وهي: النضام الحركي والنضام المعرفي وكذا النضام العاطفي، ويمكن أن يقوم بالتجريد الأخصائي النفسي لوحده أو بعمل جماعي (فريق عمل) حتى تكون المعطيات مترابطة وموثوقة، ومن الواضح أنه كلما كان التسجيل مدته طويلة نسبياً كلما كانت المعطيات ذات قيمة وصادقة ومقبولة أكثر، وفي حالات العصاب يُستحسن أن تكون مدة الملاحظة في حدود (15) يوم، أمّا في حالات النمطية أو العدوان الذاتي فهذا لا يستلزم ملاحظة معمّقة وطويلة المدّة.

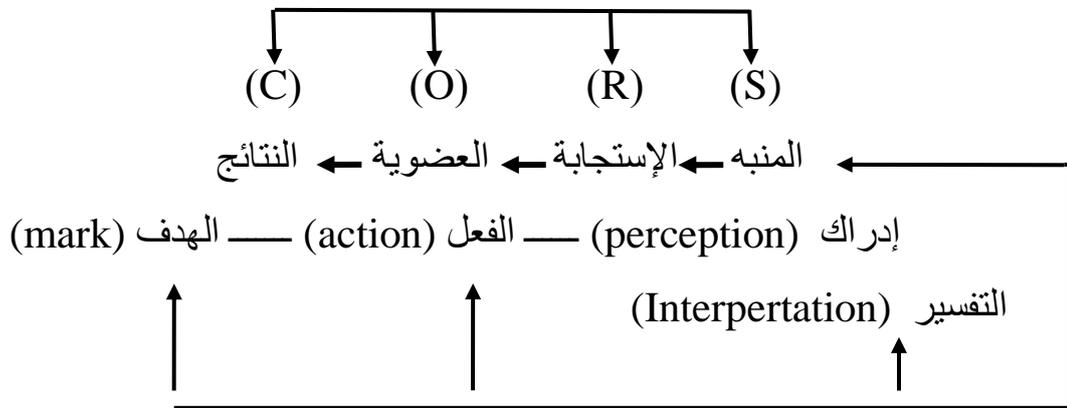
➤ مثال:

- كم من مرّة تجنب الفرد الخروج للشارع في فترة (15) يوم؟
- ما هي شدّة القلق والحصر في كل مرّة تجنّب؟
- كم من سيجارة دخّنها في اليوم وفي أيّ وقت وخلال الأسبوع؟
- كم من حركة نمطيّة لليد عند الفصامي فعلها في عشرة دقائق؟

1-1- نماذج التحليل الوظيفي: حتى يعطي التحليل السلوكي نتائج المرجوة هناك عدّة أنواع من الشبكات المعلوماتية المستخدمة لهذا الغرض ومن أهمّها نجد:

❖ ملاحظة: التحليل الوظيفي ليس بإنجاز مباشر وأوّلِي وفوري، ولكن يتمّ على العموم في ثاني مقابلة، ويمكن أن يمتد إلى المقابلة الثالثة حتى تستوفى الإحاطة الشاملة لأكثر المعلومات التي تساعد في عملية التشخيص الدقيق لوضع العلاج المناسب.

أ. شبكة سورك (SORC): والتي تتشكّل في صورة التخطيط التالي: (S) المنبه ← (O) عضوية ← (R) الإستجابة ← (C) النتائج.



شكل رقم (03): يوضح " نموذج لشبكة (SORC) ".

المشكل: السلوك المضطرب

أسئلة: منذ متى؟ أين؟ متى؟ كيف؟ مع من؟ نتائج؟ ماذا زاد؟ ماذا نقص؟ ما الذي هو جيّد؟.

ب . شبكة الفكرة الأساسية (basic Idea): هذا النموذج في التحليل الوظيفي مشتق من أعمال لزاريس (Lazarus) (1977) ويُعرف بإسم:

(B): (Behavior) السلوك الملتبس.

(A): (Affect) العواطف والمشاعر التي تصاحب هذا السلوك.

(S) : (Sensation) الإحساسات (الشدة العضلية بالخصوص) التي تصاحب هذا السلوك.

(I) : (Imagery) التصور الذهني في علاقته مع السلوك.

(C) : (Cognition) المعرفة تنطبق مع الأفكار والمعتقدات المفحوص.

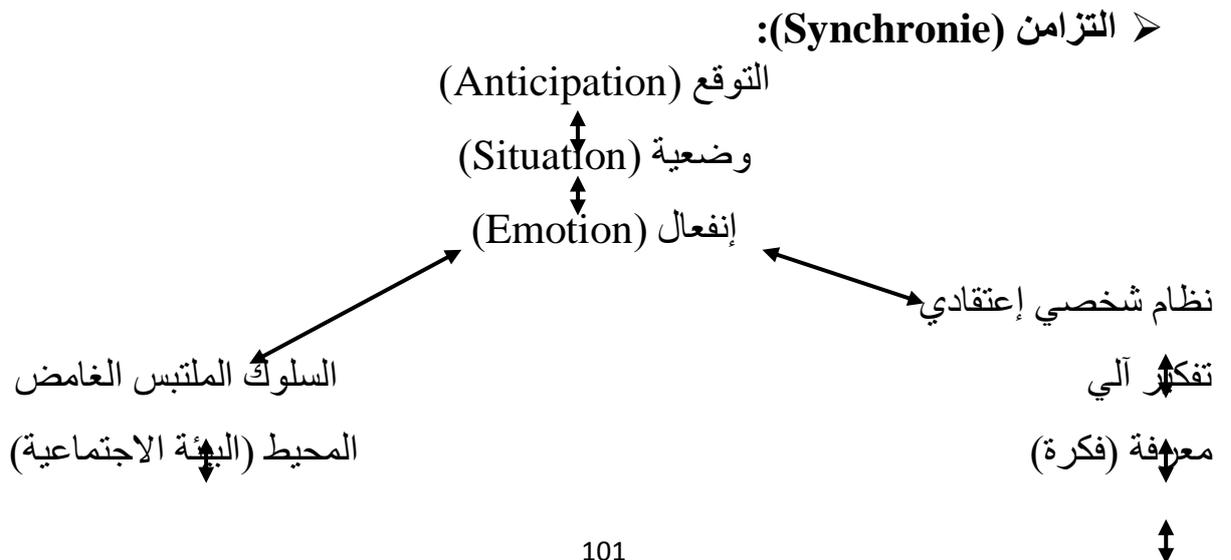
(I) : (Interpersonal) البيئة وتنطبق على العلاقات البيئية المتصلة بالمشكل.

(D) : (Drogue) العقار ينطبق خصيصا للأدوية وللحالة الجسدية.

(E) : (Expectation) التوقعات ماذا ينتظر ويأمل سواء من المعالج أو العلاج.

(A) : (Attitude) إتجاه (إيجابي أو حيادي أو سطحي) المعالج نحو المفحوص.

ج . شبكة سيكا (Secca) : لكترو (Cottraux) وهي على جزئين جزء تزامني (Synchronie) والآخر تاريخي (Diachronie) فهذه الشبكة تستهدف فهم الجانب التزامني (الراهن) الذي يسمح بتحليل تتابعي متزامن ل المنبه (S) - إنفعال (E) - فكرة (C) - السلوك (C) - التوقع (A) وعلاقتهم بالمحيط الاجتماعي، وكذلك جانب تاريخي الذي يسمح بإعادة بناء تاريخي سابق للعميل.



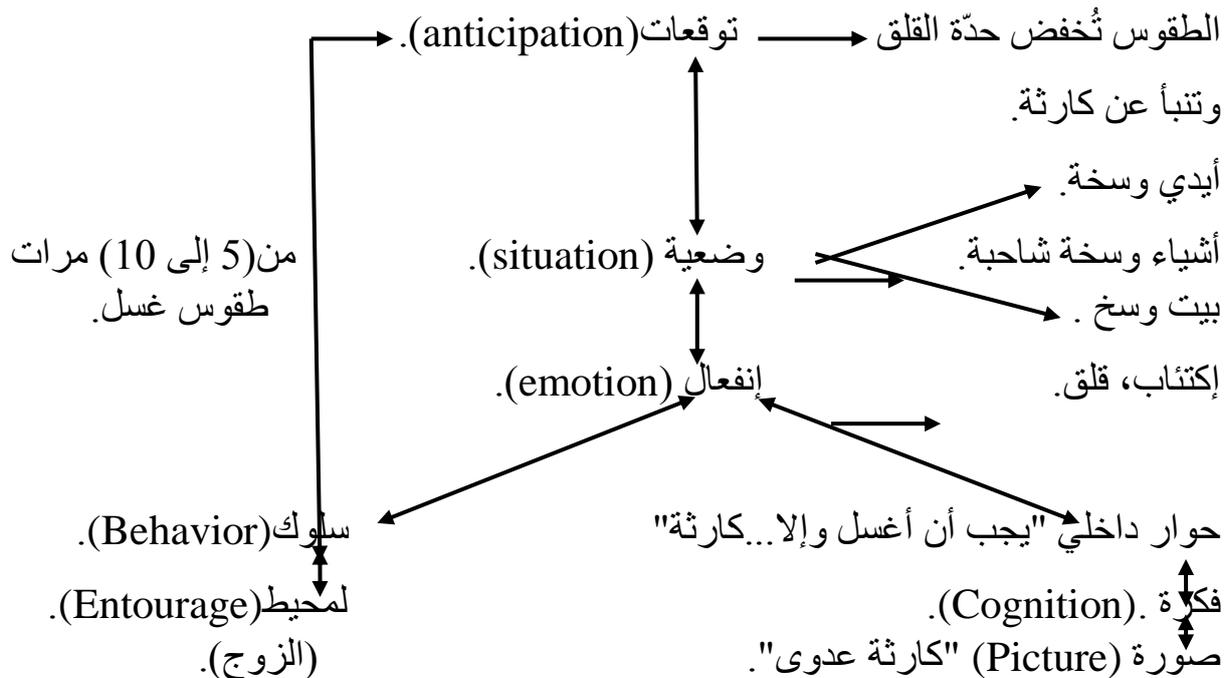
شكل رقم (04): يوضّح نموذج شبكة التحليل الوظيفي (Secca).

➤ تاريخي (Diachronie):

- المعطيات البنويّة الممكنة: الوراثة والشخصيّة.
- العوامل التاريخيّة للاحتفاظ
- العوامل المفجرة الأولى المستعان بها.
- الحوادث المعجّلة لإضطرابات أخرى.
- العلاجات السابقة.
- الأمراض العضوية.

➤ مثال: تحليل وظيفي لحالة وسواس قهري لإمرأة، باستخدام شبكة "سيكا".

(J-Cottraux ,2001 , pp72-76)



شكل رقم (05): يوضّح 'تحليل وظيفي لحالة وسواس قهري لإمرأة'.

2- تحديد هدف العلاج: المعالج والعميل في تدريج يعملون على تحديد الفرضيات المشتركة لنوعية الإضطراب الموجود، والوقوف على مختلف الأسباب المفجرة وعوامل بقاءها، ثم بعد هذا الجهد الأولي يبرمون عقدا بينهما يتضمّن تحديد الأهداف العلاجية التي يمكن الوصول لها، وكذا الأدوات والتقنيات العلاجية المناسبة لهذا النوع من الاضطراب وإنطلاقا من الفرضيات يكون التدخل المنظم والمشاركة العملية مع المعالج تساهم في التغيير المنشود.

3- وضع برنامج علاجي: البرنامج العلاجي لا يخرج عن إطار المبادئ والتقنيات المتفاهم عليها مسبقا مع المفحوص مع بعض المرونة في التغيير، وهذا بغية الوصول لمساعدة العميل على تنمية قدرته في التعديل الذاتي لسلوكياته، وعلى هذا المنوال يتمكن من تعميم إلى الداخل الوضعية العلاجية بمختلف الأساليب والتغيرات التي تعلمها حتى تمنع الإنتكاسة مرّة أخرى.

4- تقييم نتائج العلاج: عملية التقييم تكون بمقارنة العينات المتكررة التي أجريت قبل وأثناء وبعد العملية العلاجية، وأيضا المتابعة يستحسن بعد مضي من (06) أشهر إلى سنة بالتمام. (ipid,p8)

ثامنا - السيرورات العملية لمقابلات الفحص العيادي:

التكفل النفسي المعرفي السلوكي ذا طابع مميز ومختصر، فغالبا ما يتراوح عدد جلساته في المتوسط ما بين (4 إلى 14) جلسة، وتدوم كل جلسة حوالي (45 إلى 50) دقيقة وبواقع جلستين إلى جلسة واحدة في الأسبوع، وكل حصّة تختلف عن سابقتها ما دام أنّ الأمر يتعلّق بالتدرج في المستوى العلاجي (اسماعيل علوي وزميله، 2009، ص95)، ويمكن أن يبدأ العلاج المعرفي السلوكي أثناء مرحلة التقييم اعتمادا على نوعية مشكلات العميل وعددها، ويمكن أن تقسم مراحل التكفل النفسي إلى خمس محطات مهمة على الشكل التالي: (بيرني كورين: 2008، ص92)

أ- **المرحلة التقييمية:** يبدأ العلاج المعرفي السلوكي بعملية التقييم المعرفي السلوكي التي تستغرق في الغالب ما بين (1 إلى 3) جلسات، والتي يركّز فيها المعالج على جمع المعلومات حول مشكلة العميل، وقد تستخدم فيها نوع من الأسئلة المباشرة بشكل أكبر ممّا يحدث في بقية الجلسات الآتية. (اسماعيل علوي: 2009، ص 95)

تخصّص هذه المحطّة للإنصات وفتح المجال للحديث الحرّ والإستماع إلى المشاكل التي يعاني منها المفحوص، وفي حالة التوتر والإكتئاب على المعالج أن يخصص على الأقل جلسة إضافية من أجل الوصف الدقيق للمعرفيات والسلوكيات المتعدّدة والمختلفة التي يقوم بها الإنسان ويمارسها في حياته اليومية وبأدق التفاصيل، وكذلك الإجابة عن الأسئلة من قبيل "في ماذا تفكر حينما تستيقظ من النوم؟" و "هل شهيتك جيّدة في الأكل؟"، يمكن كذلك أن يطلب المعالج من المفحوص أن يصف له تفاصيل حياته اليومية منذ الإستيقاظ حتى النوم، وصياغة لائحة من السلوكيات والتّصرفات التي تقلقه أكثر.

ففي هذه الجلسات أو الجلسة يتمّ التّعامل مع تقييم المشكلة (تقييم شخصية العميل وتحديد طبيعة مشكلته التي جاء لأجلها).

- إقامة علاقة تعاونية علاجية في بداية العلاج تقوم على أساس من الدّفء والتّقبل.
- التّعاقد العلاجي
- تقديم الواجب المنزلي.

ب- **مرحلة بداية العلاج:** تختلف بناء الجلسة العلاجية الأولى عن بقية الجلسات التالية، وذلك أساسا بسبب أنّ للعميل مقدمة محدودة عن النموذج المعرفي السلوكي ولم يألفه بعد. (بيرني كورين وزملائه: 2008، ص 108)

وفي الغالب لا تخرج الجلسات التي تلي الجلسات التقييمية عن الشكل التالي:

- وضع جدول لأعمال الجلسة الجارية (الأهداف والمهام والإتفاقات).
- فحص مزاج العميل ومشاعره وإثارة الأمل في نفسه.

- توطيد وتنمية علاقة الثقة والألفة عبر التعاطف والتقبل والإصغاء.
- إستنباط توقعات العميل نحو العلاج والعمل على تصحيحها إذا كان ذلك ضروري.
- مراجعة المهام المنزلية (نتائج والصعوبات) الفائتة.
- تكوين صياغة معرفية عن الحالة بإستخدام في الغالب الإستكشاف الموجه أو ما يسمى الحوار السقراطي) ومشكلته.
- تقديم وشرح النموذج المعرفي السلوكي بجرعة من التعليم النفسي حول إضطراب العميل (مساعدته على تعلم العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك). (طه عبد العظيم: 2006، ص238)

- تحديد الواجبات المنزلية (الإتفاق على المهام بين الجلسات الموكلة للعميل)
- الحصول على عائد من الجلسة (feed back) من قبل العميل. (اسماعيل علوي: 2009، ص96)

ج- المرحلة الوسطى من العلاج: إنّ محور إهتمام العلاج يتغيّر عبر مساره إذ أن هناك تداخل بين المرحلة الوسطى العلاجية ومرحلة نهاية العلاج لكن على المعالج أن يسلم ويكون واعيا (في نفس الوقت) بتغيّر بؤرة تركيز العلاج عبر الوقت، وبالرغم من ذلك لا يخرج شكل الجلسات عن سابقتها إلاّ في بعض الإضافات والتّغيرات المرحلية فقط وتمثل هذه المرحلة العملية الأساسية في العلاج فهي تتضمّن ما يلي:

- الإستمرار في إبقاء العلاقة العلاجية التعاونية.
- الإستمرار في تقديم العائد الإيجابي والتشجيع. (بيروني كورين: 2008، ص120)
- إعطاء تقييم حول الجلسة السابقة.
- مراجعة توقعات العميل نحو العلاج.
- فحص مزاج العميل.
- تحديد أهداف الجلسة وهي المحور الرئيسي لكل جلسة.
- مراجعة المهام الموكلة له (ما هي الصعوبات التي تلقاها في ذلك وما هي النتائج من وراء ذلك).

- تغيير تركيز العلاج من العمل على الأفكار الآلية إلى المعتقدات الوسيطة والمحورية (إذا كان ضرورياً).

- تعليم العميل مواجهة مشكلاته داخل وخارج الحصص العلاجية (التدرب على الإسترخاء، التدرب التوكيدي وكذا على حل المشكلات).

- التركيز على المعاني التي يعطيها العميل للحدث لما لها من إرتباط بمشاعره وسلوكه غير الملائم.

- التركيز على البناء المعرفي. (طه عبد العظيم: 2006، ص240)

- تحديد الواجب المنزلي.

- تجهز العميل التوقف وإنهاء العلاج.

- إعطاء عائد عن الجلسة في الأخير.

د- مرحلة نهاية العلاج: في مرحلتَي البداية والوسطى سوف يعمل العميل بالفعل خارج الجلسات العلاجية، وسوف يدرك المعالج ألاّ ينتقل إلى قضايا جديدة حتى يتم السيطرة على الأجزاء الموجودة بالفعل، والتي تمّ إنجازها من العمل وفي المرحلة التّالية (إنهاء العلاج) تتحرّك بؤرة العلاج نحو تثبيت المكاسب السابقة وتشجيع العميل على العمل مستقلاً. (بيروني كورين وزملائه: 2008، ص152)

سوف تستمر في استخدام إطار العمل نفسه الذي استخدم في المراحل السابقة بزيادة بؤرة التّركيز على بعض النّقاط المهمة لهذه المرحلة ومن ضمن هذه المهام ما يلي:

- إعداد العميل لإنهاء العلاج.

- الوقاية من الإنتكاسة بوضع خطة للتصدّي للمشكلات المحتملة.

- تدريب العميل أن يكون معالج ذاتياً (تعليمه تحديد المشاكل وتقييمها ومواجهتها).

- المعالج يعزى القيمة لجهد العميل.

- يُلخّص العميل ما تمّ تعلمه وفهمه من أساليب وأدوات مناسبة.

هـ - جلسات المتابعة: يكون من المفيد غالباً ترتيب لعدد من الجلسات المتابعة على مدى فترات ثلاث، ست إلى إثني عشر شهراً.

تاسعاً - تقنيات العلاج المعرفي السلوكي:

أما فيما يتعلّق بتقنيات العلاج المعرفي السلوكي فبعضها معرفي موجّه نحو تحديد وضبط الإختلال الوظيفي للمعرفيات، وكذا محاولة تعديلها وتغييرها مثل (التعلّم النّفسي والإستكشاف الموجه، وإختبار الدليل، وإعادة العزوّ، والتخيّل العقلاني، والمراقبة الذاتية)، ويصف موميلّا (Memullin) (2000) في كتابه دليل التقنيات أنّ هناك أكثر من (35) تقنية معرفيّة مختلفة. (إسماعيل طه علي: 2009، ص 97)

كما أنّ بعضها الآخر سلوكي مثل: الواجبات المتدرّجة، والتّدريب على الإسترخاء، و جداول الأنشطة المختلفة، و لعب الدور، والنّمدجة، والتّحصين التدريجي وفقد الحساسية المنظّم، والتعرّض ، كما أنّ هناك أساليب تدعيميّة مساندة مثل تحويل الإهتمام، وإلى جانب ذلك هناك إستراتيجيات مواجهة تستخدم في هذا الصّدّد مثل التّدريب على إدارة القلق والتوكيدية، وحلّ المشكلات والتدريب على المهارات الاجتماعية. (عادل عبد الله محمد: 2000، ص 82)

1- التقنيات المعرفيّة : تستخدم مجموعة واسعة من التقنيات المعرفية في المساعدة على تحديد الأفكار اللاعقلانية و ضبطها والبعض الآخر يعمل على تعديلها، وهذه التقنيات مهمّة في بداية العلاج قبل أن يتدرّب العميل على إيجاد بدائل للأفكار التلقائية السلبية، وربّما لا تحدث هذه التقنيات تغيّرات معرفيّة جوهريّة، ولكنّها تحدّد من تكرار الأفكار السلبية، وبالتالي تحسّن مزاج العميل الأمر الذي يساعد على حلّ مشكلته.

1-1- التّربية النّفسية (Psychoeducation): وهي ذات بعد تعليمي وتثقيفي غايتها توعيّة العميل بمشكلته وكذا العلاج (بيروني كورين: 2006، ص 131)، وذلك

بوسطة النّموذج التعليمي حيث يدرك العميل خطأ وزيف أفكاره وتوجهاته، وكذا كيفية التمييز بين التفكير المدرك عن الواقعي، وكيف يمكنه تقدير درجة إنفعالاته وكذا الإعتقاد في التفكير، وهذا كلّه يدخل في بنذ تقديم وشرح النّموذج المعرفي السلوكي، وإعطاء معلومات إجرائية عن نوعيّة إضطرابه وعن سيرورة العمل العلاجي، وكيفية تعاونه في ذلك للوصول للأهداف المسطّرة، والعمل على إثارة روح الأمل في نفسية العميل بتغذية حماسه ودافعيته نحو العلاج والتغيّر.

(jean Cottraux,2007,pp164-165)

1-2- الإستكشافات الموجّه (Guided discovery): ويصطلح عليه في بعض الأحيان بالتساؤل السقراطي، ويستخدم كأداة عامة خلال العلاج ويتكامل مع أساليب علاجية أخرى لتعديل من أفكار وإتجاهات وإعتقادات العميل، ويرمي أن يكتشف العميل بنفسه المعلومات الغائبة عنه في الوقت الراهن، ونت ثم يتفحص إعتقاداته في ضوء ما تم إكتشافه ويبدأ المعالج بإستخدام الأسئلة السقراطية مع بداية العلاج، ويستمر في ذلك طيلة الجلسات العلاجية حتى نهاية العلاج.

1-3- فنية إختبار الدليل: هي من إحدى الفنيات الفعالة لمواجهة الأفكار الخاطئة، وتذكر (Lanet Zarb) (1992) أنّ هذه الفنية تستخدم من أجل مساعدة العملاء على إكتشاف المنطق الخاطئ والكامن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة، حيث يطلب من العميل أن يقدم الدليل المؤيّد أو المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث، وأن يقوم بتسجيل الدليل المؤيّد أو المعارض في العمود المخصص لذلك. (حامد الغامدي: 2013، ص ص 184-189)

1-4- أسلوب السّهم النازل (the Downward Arrow): إبتكره بيرنز (1980) (Burns) ويعرف أيضا بأسلوب السّهم الرأسي (vertical) يحتفظ المعالج بفكرة العميل مؤقتا، ويسأله إفتراضًا أنّ هذا صحيح فماذا كان يعنى هذا لك؟، ويستمر هذا النّمت من التساؤلات حتى يتمّ الوصول إلى إحدى المعتقدات ويمكن إستخدام أسئلة أخرى مشابهة مثل: ماذا سوف يقول عنك؟، ماذا سيحدث عندئذ؟، ولو كان كذلك

فما الخطأ في ذلك؟، والإحتمال الأكثر ترجيحاً أن يتمّ الوصول إلى إحدى المعتقدات الوسيطة وإختبارها بسؤال "عن ماذا تعني الفكرة للعميل؟" ويتم الوصول للمعتقد المحوري بسؤال "عن ماذا تعني فكرة عن العميل؟". (بيرني كورين، 2006، ص122)

1-5- فنيّة صرف الإنتباه (Distraction): تستخدم هذه التقنية لأهداف محدّدة وقصيرة المدى، وتستخدم هذه التقنية في بداية العلاج لكي نجعل العميل يدرك أن بإستطاعته التّحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهذه خطوة مهمة جداً في العلاج، وقد تستخدم في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض عندما يكون العميل في وضع لا يسمح له بتحدّي الأفكار السلبية التلقائية، ومن الممكن إستخدام أساليب صرف الإنتباه لتوضيح النّمودج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للعميل (حامد الغامدي: 2013، ص186)، فصرف إنتباه الشخص لإزاحة قلقه الذي تثيره أفكاره ومشاعره والمواقف المؤلمة لمُدّة دقائق أو ساعات قليلة وذلك بالإستماع لموسيقى أو القراءة أو ممارسة نشاط معيّن. (طه عبد العظيم حسين: 2006، ص274)

1-6- إعادة العزو (Reattribution): ويسمّيها البعض إعادة الإسناد وبواسطتها يساعد المعالج العميل على إعادة توزيع المسؤولية عن الحدث مع الآخرين (إسماعيل علوي: 2009، ص100)، فهي تساعد على خفض إتهام الذات وتأنبيها وإزالة الشّخصنة على العجز. (طه عبد العظيم حسين: 2006، ص273)

1-7- فنيّة وقف الأفكار (ideas termination technique): وهذه العملية وقف تدفق الأفكار الأوتوماتيكية عملية بسيطة إلى حدّ ما، حيث أنّ المتعالج يقوم ببساطة بإيقاف هذا التيار من الأفكار بواسطة منبه مفاجيء سواء كان هذا المنبه حقيقي أم خيالي.

1-8- التخيل المعرفي (Cognitive imagery): يطلب في هذا الإجراء من العملاء تخيل مواقف معينة، وهو على عدّة أنواع مثل التخيل المضاد (Coping imagery)

يسمح للعميل أن يتخيل نفسه يواجه موقفا صعبا متوقّعا، وتغيّر المواجهة هي مفتاح هذا الأسلوب وليس التحكم والتغلب على المواقف، وسوف يتدرب العميل بانتظام ويكرّر ذلك في صورة مهام منزلية، وكذا التخيل الإيجابي لتعزيز حالة الإسترخاء بأن يقوم العميل في هذا الأسلوب بتصوّر منظر حقيقي يجده إيجابيا أو سارا (بيرني كورين: 2006، ص188)، ويمكن إستخدام التخيل في التعريض التدرجي وفي الغمر (Flooding) لوضعية مقلقة في أعلى درجة.

(Jean Cottraux :2001,p70)

1-9- فنية المتصل المعرفي: يطلب من العميل أن يوضح كيف يرى نفسه مقارنة بالآخرين في معيار متدرج لهذه الصفة تبدأ من (0) وتصل إلى (100%). (حامد الغامدي: 2013، ص177)

1-10- ملء الفراغ (filling the blank): بمعنى أن يملء العميل الفجوة ما بين المثير والإستجابة الإنفعالية يسترجع الأفكار التي وقعت خلال هذه الفجوة (مساعدة في رصد الأفكار الآلية).

1-11- تحدي المسلمات: إستخدام كلمات من مثل الجميع، دائما، أبدا، لا أحد، وكل الوقت، ومن المفيد للمعالج التساؤل عن هذه المسلمات أو تحديها حتى يتمكن المعالج من التعبير عن معاناته بشكل أكثر دقة.

1-12- تطوير المعرفيات البديلة: بإستعمال جدول (Beck) مضافا إليه عامود للتفكير البديل الواقعي و الإيجابي. (إسماعيل علي: 2009، ص ص 102-113)

1-13- التقليل من التفكير المأسوي (decatastrophizing): وتعرف بتقنية بماذا لو "what if".

1-14- مناقشة أحداث الخبرات الإنفعالية: نطلب من العميل تذكر آخر حادث أو موقف من الحوادث أو المواقف المرتبطة بالوضع الإنفعالي لديه، على أن يكون يتذكرها جيدا ويستخدم أسئلة مثل: ما هو أسوأ ما توقعت حدوثه عندما كنت قلقا جدا؟ ما الذي خطر في ذهنك آنذاك؟ هل تخيلت شيئا في تلك اللحظة؟.

15-1- المذكرات اليومية (Journal): مذكرة يومية يسجل فيها أفكاره ومشاعره وسلوكه عندما يتعرض لموقف مؤلم هذه الطريقة تساعد على أن يكون واعي بأفكاره وتأثيرها على سلوكه ومشاعره. (نفس المصدر، ص 264)

16-1- تكلمة الجملة: وهو أسلوب مباشر نسبياً، حيث يطلب من العميل أن يكمل سلسلة من الجمل تبدأ عادة بكلمة واحدة وقد قدم باديسكي (Padesky) (1994) الأمثلة التالية: "أنا....."، "الناس....."، "العالم....."، ويمكن استخدام هذه التقنية سواء في الجلسة أو تقديمها كواجب منزلي، وتهدف إلى إكتشاف أفكار وإعتقادات العميل حول ذاته ومحيطه ومستقبله. (كورين بيرني: 2008، ص 129)

17-1- كتابة الخطابات (Letter writing): ويعدّ إجراء خاص يتبع مع الحالات التي تعاني من الحزن الشديد أو الإعتداء (الإغتصاب) بواسطتها يتمكّن العميل من التعبير عن أفكاره ومشاعره، ومن المناسب أن يطلب من العميل في مهام ما بين الجلسات أن يكتب خطاباً لشخص ما مع توضيح أنّه لن يرسله. (بيرني كورين: 2008، ص 179)

18-1- العلاج بالقراءة (Bibliotherapie): يشمل استخدام العميل مواد تتصلّ بالمساعدة الذاتية مثل كتب مجالات، كراسات، أسطوانات مدمجة بحسب إقتراح المعالج، فذلك يساعد العميل على فهم طبيعة مشكلاته الخاصة وكيفية التعامل معها، وأن يكون ذلك متوافقاً لموقف وإمكانيات العميل.

2- التقنيات السلوكية: ويتمّ استخدام أساليب وإستراتيجيات سلوكية مباشرة لإختبار التصرفات والأفكار المختلفة وظيفياً مثل (العجز، العزلة، الملل،.....إلخ)، وذلك في شكل نشاطات مبرمجة ومتدرّجة وأيضاً تعلّم مهارات تُحدّد من رقعة مشكلة العميل، وفي بداية العلاج قد تستخدم الاساليب السلوكية لمواجهة عدم النشاط والإنسحاب الإجتماعي للمعالجين شديدي الإكتئاب. (زيزي إبراهيم: 2006، ص 189)

1-2- الواجب المنزلي (Home Work): يعتبر جزء مركزي من العلاج وهي وسيلة هامة تساعد على تحقيق الأهداف العلاجية المنشودة، كما تساهم في تكوين العميل

للمراقبة الذاتية والتقييم والعلاج حيث أنّها التقنيّة الوحيدة العلاجية التي يبدأ ويختتم بها العلاج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية (بعد عملية التقييم) (سعد أحمد الغامدي: 2009، ص128)، فهي تعطي للعميل فرصة ليقوم بممارسة ما تدرّب عليه وما تعلمه أثناء جلسات العلاج، وذلك على مواقف الحياة الواقعية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لإكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثاً، وهذه الواجبات لها جوانب معرفية وأخرى سلوكيّة، وتتمثّل هذه الواجبات في شكل قراءة كتيبات ومقالات ملائمة عن الإضطراب والعلاج، أو القيام بمراقبة وتقييم ذاتي في إستمارات خاصّة لذلك أو سماع لأقراس مضغوطة أو مشاهدة أفلام يدور فحواها حول تثقيف العميل حول مشكلته والعلاج، أو تعلّم أساليب ومهارات جديدة في مواجهة المواقف المؤلمة. (طه عبد العظيم: 2009، ص244)

2-2- إعداد جداول الأنشطة (Activities schedules): وهي عبارة عن أنشطة يومية مطالب العميل المواظبة عليها كل ساعة خلال اليوم على أن تكون هذه الأنشطة متدرجة من حيث المستوى ومقدار الصعوبة، بحيث يبدأ العميل بممارسة الأنشطة الأسهل ثم يتدرج إلى الأنشطة الصعبة، وهذه التقارير المكتوبة التي يتم المواظبة على القيام بها وسيلة فعالة على الأقل في بداية العلاج، يتعود الفرد على معرفياته ويتعرّف عليها (إسماعيل علوي: 2009، ص109)، وهذه الأنشطة غالباً ما تكون هادفة ومخططة من جانب المعالج والعميل وقد تعطي كواجب منزلي وهي فقط دليل وليس وصفا جامداً، وهي مهمة في حالات الإكتئاب لأن لديهم مستوى (نقص) في النشاط العام فهي وسيلة تقديرية وكذا محفزة على النشاط ومشجعة ومبرمجة وهادفة. (طه عبد العظيم حسين: 2006، ص236)

2-3- أداء الأدوار (Role play): وهو من أساليب معالجي نظرية الصيغة الكلية ويسميه (Young) (1990) بأسلوب النقطة والنقطة المقابلة (Point counter point) ووفقاً لهذا الأسلوب يقوم المعالج بنمذجة الدور المقابل حيث يقوم هو العميل

بتبادل الأدوار، ويتم استخدام الكرسي الفارغ من قبل العميل للتعامل مع بقية أفكاره مستقبلاً عن العلاج وتعطي هذه التقنية إلى إستبصار العميل بمشكلته ومواجهتها.

2-4- التّعرض (Exposure): الهدف من هذه التقنية التأثير على الأعراض السلبية

للقلق بإطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحية أخرى وتختلف طريقة التعرض باختلاف مكان مواجهة وأسلوب المواجهة ويستحسن تقديم التعرض التخيلي ثم يليه الواقعي وهو أنواع منه الميداني والمتدرج (تقليل الحساسية التدريجي). (Jean Cottraux :2001,p70)

2-5- التّدريب على مهارات حل المشكلة (Problem Solving Skills): وهي

مهارات يتم تعلّمها للتعامل مع المشكلات الحياة الواقعية، وتتضمن أن يقوم كل من المعالج والعميل بتقسيم المشكلة إلى عناصر فرعية، ويتم وضع قائمة بالحلول الممكنة، ثم بعد ذلك يقوم العملاء بتجربة وتنفيذ هذه الحلول في الواجب المنزلي. (طه عبد العظيم حسين: 2006، ص236)

2-6- التّدريب على إستراتيجيات المواجهة: وهي نوعان من الإستراتيجيات أحدها يركز

على المشكلة والآخر على الإنفعال و كلاهما يساهم في منع حدوث الإنتكاسة.

2-7- التّدريب التّوكيدي (Assertive Training): وهو أحد التّدريب على أساليب

المواجهة ويستهدف مساعدة العملاء على التعبير عن مشاعرهم الإيجابية والسلبية بطريقة مقبولة إجتماعياً، ويتم تدريب التوكيدي من خلال عدة خطوات تتضمن تحديد الصعوبات البينشخصية التي يعاني منها العميل، ثم يجسد ذلك بلعب دور الموقف المشكل، وبعد ذلك قلب الدور.

2-8- النمذجة (Modeling): يقوم المعالج بتقديم نموذج للسلوك المرغوب في خطوات

بسيطة، ويوصي بأن يناقش المعالج العميل بتوضيح المهارة المعنية بمعايير مقبولة وليس في شكت رائع وتام، ويمكن للعميل أن يقوم بممارسة السلوك داخل الجلسة (مثل مهارات التواصل) ويقوم المعالج بتقديم العائد المساند والبناء، ويمكن للعميل أن

يقوم بتطبيق المهارة في الحياة اليومية الواقعية كمهام بين الجلسات على أن يتم مناقشة مدى التقدم في الجلسة التالية. (روبرت ليهي: 2006، ص 66)

2-9- التدريب على الإسترخاء (Relaxation Training): وهي فنية مفيدة في التغلب على التوتر الجسدي والعقلي، علاوة على أن الإسترخاء يمكن أن يتم في جلسة العلاج أو يتم في المنزل، ويتم تشجيع العملاء على ممارسة الإسترخاء يوميا، ويستخدم هذا الأسلوب مبكرا مع العملاء لأنه يعمل على تحقيق فوائد فسيولوجية ونفسية معا وتوجد فنيات عدة للإسترخاء ومن أكثر طرق شيوعا أسلوب الإسترخاء العضلي المتصاعد لجا بسوت وتبين دراسات أن التدريب على الإسترخاء يؤدي إلى تغير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم (مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلمهم الإسترخاء أكثر ثقة بأنفسهم. (حامد الغامدي: 2013، ص ص 195-199)

2-10- التحكّم في معدل التنفس: فالتحكّم في معدل التنفس يعمل على إستعادة العميل السيطرة على نفسه وعلى القلق، ويتم ذلك من خلال تعليم وتدريب العملاء على طريقة معينة للتنفس (تحسين وتعديل عملية الشهيق العميق من الأنف والزفير من خلال الفم (Jean Cottraux :2001,p71) ، وهذا التدريب أثبتت فعاليته في حالة نوبات الهلع والأعراض الجسمية للقلق. (طه عبد العظيم حسين: 2006، ص 282)

2-11- التحكّم في نبضات القلب (vagalo): وهذه التقنية تدخل ضمن نطاق مبدأ التحكّم الذاتي ويتم من خلالها تدريب العميل في كيفية التحكّم في مستوى نبضات القلب، وغالبا ما يتم تعليمها للذين يعانون من اضطراب القلق و كذا الهلع.

❖ **ملاحظة:** يحتاج المكتئبون عموما إلى نوعين من التقنيات ،ويعتمد هذا المزج الدقيق بين التقنيات السلوكية والمعرفية على مستوى الأداء الوظيفي للمتعالج، ومهارات المعالج، ومدة العلاج ، وأهداف العلاج، وهناك قاعدة تقول أنّه كلّما زادت شدة الإكتئاب زادت التّدخلات السلوكية، وبالعكس كلّما إنخفضت شدة الإكتئاب زادت

التدخلات المعرفية، إلا أنّ الأمر مختلف بالنسبة للمكتئبين ذوي الميول الإنتحارية إذ يجب استخدام التقنيات المعرفية وتطبيقها منذ البداية ودون انتظار.

3- نموذج تطبيقي لأحد التقنيات المعرفية: يعتبر استخدام تقنية (المزايا والعيوب) من أجود الفنيات المعرفية لتطوير أفكار بديلة فعّالة للمتعالجين وذلك بإجراء منهجي مقارنة.

3-1- الإستخدام الإجرائي لتقنية (المزايا والعيوب): تستخدم هذه التقنية في هذا المثال مع حالة تعاني من إفراط استخدام الكحول (alcoholisme)، وفي هذه الفنية يقوم المعالج بمساعدة المريض على تفحص مزايا وعيوب التمسك بالفكرة أو السلوك وكذلك مزايا وعيوب التخلي عن الفكرة وكذلك السلوك.

■ المعالج: سوف أساعدك في تقويم مزايا وعيوب استخدام (تعاطي الكحول) مقابل الإمتناع وكما ترى فأنا أقوم الآن برسم شكل يحتوي على أربعة مربعات، نكتب في الجانب الأيمن منه المزايا والعيوب، ونكتب فوق الشكل (الإمتناع) والإستمرار دعنا نحاول إكمال الشكل "ما هي مزايا الإمتناع عن تعاطي الكحول؟"

■ المريض: التخلص من الآلام التي تعقب استخدام الكحول المعالج: أي شيء آخر؟.

■ المريض: لن أتغيب عن العمل أبدا المعالج: أي مزايا أخرى؟.

■ المريض: أحل مشاكلي مع زوجتي ومع مديري في العمل المعالج: أي شيء آخر؟.

■ المريض: أستطيع توفير بعض المال المعالج: أي شيء آخر؟.

■ المريض: لن أدخل السجن إذا لم أتعاطى الكحول المعالج: هل بإمكانك ذكر أي شيء آخر؟.

■ المريض: المحافظة على صحتي المعالج: أي شيء آخر؟.

■ المريض: لا أتذكر أي شيء آخر المعالج: حسنا ما هي مزايا تعاطي الكحول؟.

■ المريض: لا شيء المعالج: لا بد أن هناك شيء يجعلك تتعاطاه؟

■ المريض: دعني أفكر، أعتقد أنه الشيء الذي نفعله عندما أكون مع أصحابي.

■ المعالج: أي مزايا أخرى؟ المريض يساعدني على النوم.

- المعالج: أي شيء آخر؟ (وتستمر المناقشة حتى إكمال الخانات الأربعة).
- ❖ ملاحظة: يساعد إكمال هذه المهمة المريض في التعرف على العواقب السلبية لسلوكه، ويساعد المعالج المريض من خلال تحديد مزايا السلوك من وجهة نظر المريض في إيجاد بدائل مرغوبة للسلوك غير المرغوب، في الجدول التالي مثال على استخدام هذه الفنية:

جدول رقم(01): يبين "الإستخدام الإجرائي لتقنية (المزايا والعيوب)".

الإمتناع عن تعاطي الكحول	
<ul style="list-style-type: none"> - التخلص من الآلام التي تعقب التعاطي. - المواظبة على العمل. - حل مشاكلي مع زوجتي ومديري في العمل. - توفير المال. - البقاء بعيدا عن السجن. - الإجتماع بالأصحاب الذين يتعاطون الكحول. - النوم بسهولة. - يساعدني في نسيان مشاكلي. 	<p>المزايا</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الإبتعاد عن أصحابي القدامى. - صعوبة النوم. - التفكير في مشاكلي. - معاناة الآلام التي تلي التعاطي. 	<p>العيوب</p>

<p>- التغيب عن العمل</p> <p>- قد أسجن.</p> <p>- تدمير زوجتي ورئيسي فس العمل من سلوكي.</p> <p>- إهدار الكثير من المال الإضرار بصحتي.</p>

عاشراً- نموذج لبرنامج علاجي (CBT) لحالة إكتئاب:

عبارة عن بروتوكول لبرنامج علاجي معرفي سلوكي (CBT) مقدّم لحالة لديها لوحة عيادية لأعراض الإكتئاب الأساسي، ويستهدف هذا البرنامج العلاجي الحدّ من هذه الأعراض بالدرجة الأولى، وننوّه أنّ المكتئبين عموماً يحتاجون إلى نوعين من التقنيات، ويعتمد هذا المزج الدقيق بين التقنيات السلوكية والمعرفية على مستوى الأداء الوظيفي للمتعالج، ومهارات المعالج، ومدة العلاج، وأهداف العلاج .

بعض التقنيات العلاجية وكذا عدد من النقاط التنظيمية تعتبر أساسية لا تخلو أيّ حصّة من إستخدامها و الوقوف عندها، وذلك لما لها من أثر في السيرورة العامة لهذا النوع من المقاربة العلاجية، من بين هذه التقنيات والنقاط مايلي: الإستكشاف الموجّه أو ما يصطلح عليه بالتساؤل السقراطي، التربية النفسية، الواجب المنزلي (تقديم ومراجعة)، وضع جدول أعمال الجلسة، والعائد من كل جلسة (إثارة التغذية الرجعية)، وكذا فحص مزاج العميل .

جدول رقم(02): يبيّن برنامج علاجي معرفي سلوكي للإكتئاب.

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة	نوع الجلسة

الجلسة الأولى	التقييم الشامل للمشكل والتأسيس للعلاقة العلاجية، وتطبيق المقياس.	- الإستكشاف الموجّه - التربية النفسيّة	50 دقيقة	فردية
الجلسة الثانية	شرح النموذج العلاجي (م-س) والصياغة المعرفية للمشكل، التعاقد العلاجي.	- الإستكشاف الموجّه - التربية النفسيّة - مراقبة الذات - الواجب المنزلي.	50 دقيقة	فردية
الجلسة الثالثة	تدريب العميل على التّحكم في معدل التّنفس، وتحديد الأفكار الآلية وضبطها.	-مراقبة وتسجيل الأفكار - ضبط وتعديل التنفس - الواجب المنزلي.	50 دقيقة	فردية
الجلسة الرابعة	فحص ومناقشة التفكير غير المساعد، وكذا الحوار الداخلي.	- وقف الأفكار . - ملء الفراغ . - تكملة الجمل	50 دقيقة	فردية
الجلسة الخامسة	التدريب على كيفة التعرّف على المعتقدات الوسيطة وضبطها.	- المتّصل المعرفي - أسلوب السهم النّازل . - الحوار الذاتي.	50 دقيقة	فردية
الجلسة السادسة	التدريب على الإسترخاء وإختبار الدليل	- التدريب على التخيل و الإسترخاء.	50 دقيقة	فردية

		- إختبار الدليل.		
الجلسة السابعة	التدريب على إيجاد البدائل أي كفيّة استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية.	- صرف الإنتباه. - إختبار الدليل. - إيجاد البدائل	50 دقيقة	فردية
الجلسة الثامنة	التدريب على المهارات الإجتماعية وترقية فنية الإسترخاء.	- ممارسة الاسترخاء. - التخيل المعرف.	50 دقيقة	فردية
الجلسة التاسعة	تدريب العميل على تحديّ المسلمات وإستكشاف العيوب في تفكيره.	- فنيّة تحديّ المسلمات. - جدول المزايا والعيوب.	50 دقيقة	فردية
الجلسة العاشرة	تدريب العميل على التقويم الذاتي، والحدّ من عزو المسؤولية وكذا الشّخصنة.	- إعادة العزو. - فنيّة التقليل من التفكير المأساوي .	50 دقيقة	فردية
الجلسة الحادية عشر	التدريب على استراتيجيات المواجهة وعلى المهارات الإجتماعية .	- التدريب التوكيدي. - أداء الدّورالتخيّلي. - ممارسة الإسترخاء	50 دقيقة	فردية
الجلسة الثانية عشر	التدريب على حلّ المشكلات الإفتراضية في المستقبل، وكفيّة التعامل معها وفق ماتعلّمه.	- المتصل المعرفي الإستطلاعي . - لعب الدور.	50 دقيقة	فردية

		-الواجبات المتدرّجة		
فردية	50 دقيقة	- تقديم العائد. - جدول النشاطات.	تقيّم عام للمسار العلاجي بمشاركة العميل، وتطبيق مقياس الإكتئاب .	الجلسة الثالثة عشر

❖ **ملاحظة:** هذا البروتوكول العلاجي ليس معيار لكل الحالات الإكتئابية فيمكن أن يمدّد فيه أو يقتصر على أقل من ذلك، وإنّما هو محكوم بمدى التقدّم في حلّ مشكلة العميل وحدّة الأعراض الإكتئابية والهدف المتفق الوصول إليه مع العميل .

خلاصة الفصل :

العلاج المعرفي السلوكي هو الجانب التطبيقي للمقاربة المعرفية السلوكية التي تنطلق من مبدأ "هنا والآن"(now&here) ، والتي ترى بأنّ لكل مشكل وإضطراب إستراتيجية علاجية معيّنة و كذا تقنيات محدّدة مع مراعاة جانب المرونة في السيرورة التطبيقية للعلاج ،فهذا النوع من العلاجات السيكلوجية يوصف بأنّه علاجاً نشطاً، تعاونياً، توجيهياً، تعليمياً، قصير المدى، أهدافه واضحة ومحدّدة، ويسعى المُتدخّل في الأساس مساعدة الأفراد على فهم العمليات المعرفية والسلوكية وبخاصة التي تشكل جوهر إضطراباتهم بمنهجية تجريبية.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

منهجية البحث وإجراءاتها

- تمهيد
- منهج الدراسة.
- الدراسة الإستطلاعية.
- وصف أدوات البحث.
- أداة القياس وخصائصها السيكمترية.
- عينة الدراسة الأساسية.
- البرنامج العلاجي.
- خلاصة الفصل

تمهيد:

يهدف البحث الحالي إلى معرفة فاعلية برنامج علاج نفسي معرفي-سلوكي في التخفيف من حدة الأعراض الإكتئابية لدى الأزواج المصابين بالعقم وللمتكن من معرفة هذا الأثر سنقوم بجملة من الخطوات التي تشكّل الجزء الخاص بالفصل المنهجي والذي سيحتوي على العناصر التالية:

إجراءات الدراسة:

أولاً- منهج الدراسة:

غالباً ما تكون طبيعة الموضوع هي المُحدّد الأساسي للأسلوب المنهجي الذي يمكن استخدامه في الدراسة الميدانية لموضوع البحث بغية الوصول للغاية المسطرة لذلك.

حيث يعرف المنهج بأنه الطريقة أو الأسلوب الذي يتبعه الباحث وكذا الإطار الذي ينتهجه لبلوغ أهداف بحثه كما أنّ لكل شكل من البحوث منهج معيّن يتلائم مع طبيعة الموضوع المدروس والأهداف المراد الوصول إليها. (العساف: 1995، ص 169).

وبما أنّ موضوع الدراسة يستهدف التخفيف من الأعراض الإكتئابية لدى الأزواج المصابين بالعقم، فإنّ المنهج الذي إعتدناه لهذه الدراسة هو المنهج الإكلينيكي الذي ينصب على دراسة الحالة الفردية والتي تعتبر طريقة إستطلاعية في منهجها، وتركز على الفرد وتهدف للتوصل إلى الفروض، فهي الوعاء الذي يعمل فيه الإكلينيكي ويقيّم كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها عن المفحوص، وذلك بواسطة الملاحظة والمقابلة بالإضافة إلى تاريخ الإجتماعي والفحوصات الطبية والإختبارات السيكولوجية، فهي تسمح بوصف ظواهر سوية وغير سوية ووضع فرضيات لأجل دراسة الشخصية والبحث في السببية المرضية أو علاج الإضطرابات النفسية. (عبد الرحمان الوافي: 2003، ص ص 64-65)

وقد استخدم في تنفيذ هذا البحث هذا التصميم التجريبي الذي اتبع المراحل التالية:

- مرحلة القياس القبلي.

- مرحلة التّدخل العلاجي (البرنامج).

- مرحلة القياس البعدي.

ثانياً - الدراسة الإستطلاعية:

تعتبر الدراسة الإستطلاعية مرحلة أوليّة تسبق كل تطبيق فعلي للأدوات المستعملة في البحث، حيث أنّها تهدف إلى إختيار الجانب المنهجي، وتتيح للباحث التّعرف على أهمّ الفروض التي يمكن وضعها وتجربتها وكذا الظروف التي تحيط بالظاهرة المراد دراستها، وكذا التّعرف على مدى صلاحية أدوات البحث وتقنيات المعالجة الإحصائية ومعرفة ردود أفعال الأفراد والمبحوثين، وهي بذلك تسمح للباحث بأن يتأكّد من كلّ الشروط المتوفرة للقيام بدراسته وكان الهدف من هذه الدّراسة الإستطلاعية هو:

1- التّحقّق من صلاحية الأدوات التي يمكن إستخدامها في الدراسة الأساسية من حيث

مدى وضوح عبارتها وسلامة تعليماتها والخصائص السيكومترية (صدقها وثباتها).

2- معرفة الرّمن المناسب لتطبيق أدوات الدّراسة.

3- الإطلاع على ميدان البحث والتّحقّق من إمكانية الإجراء التطبيقي من حيث توفر

أفراد عينة الدراسة مع مراعاة في ذلك الخصائص المطلوبة وإمكانية التواصل

معها. (محي مسعد: 32، 2000ص)

ولتحقيق ذلك إتجهنا إلى بعض المختصين في مجال الطّب النساء التوليد

(gynécologie) للمساعدة في رصد هذه الفئة والتّواصل مع من يرغبون في التّعاطي مع

مقترح موضوع الدراسة بطوعية منهم، وحاولنا أن نحصر هذه الفئة المستهدفة بالدارسة

بمواصفات معيّنة حتى يمكن التّعامل معهم وذلك بما يتطلّب لتحقيق الأهداف المسطرة

لذلك.

أ. وصف خصائص العينة الإستطلاعية:

بلغ حجم عينة الإستطلاع حوالي (23) فردا يعانون من تأخر الإنجاب (العقم) وتم استقطاب أفرادها من أماكن متفرقة داخل الولاية وخارجها و تراوح سنّهم ما بين (20 إلى 37 سنة) ، وامتدت الدراسة الإستطلاعية ما بين بداية شهر أكتوبر إلى نوفمبر من نفس السنة ، سلمت لهم قائمة بيك (beck) لقياس الأعراض الإكتئابية وتم توزيع أفراد العينة على حسب الجنس والدرجة المتحصل عليها من المقياس المطبّق.

جدول رقم(03): يوضح خصائص العينة حسب درجة الإكتئاب.

الإناث	الذكور	درجة الإكتئاب
/	1	لا يوجد إكتئاب
1	5	إكتئاب بسيط
3	3	إكتئاب متوسط
4	6	إكتئاب شديد

جدول رقم(04): يوضّح النسبة المئوية لكل جنس من المجموع الكلي للعينة.

النسبة المئوية	عدد	الجنس
%61,90	15	الذكور
%38,10	8	الإناث

ثالثاً- وصف أدوات البحث:

1. **الملاحظة:** تعرف الملاحظة في قاموس علم النفس على أنها مصطلح عام يرمي إلى إدراك وتسجيل دقيق ومصمم لعمليات تخص موضوعات حوادث أو أفراد في وضعيات معينة يكون جمع البيانات في دراسة الحالة غالبا على أثر الملاحظة المباشرة وذلك من خلال تطبيق الإختبارات السيكولوجية في المقابلة التشخيصية. (عبد الوافي زهير: 2003، ص65)

2. **المقابلة:** تعتبر التقنية العيادية المثلى ويقصد بها التحدث وجها لوجه مع المفحوص يقصد إستيفاء المعلومات منه أو مساعدته على التّخلص من مشاكله وتمتاز بأنّها فرصة للأخصائي النفسي لملاحظة إنفعالات المفحوص ومعرفة أفكاره وإتجاهاته النفسية وخبراته الشخصية.

وتختلف المقابلات التشخيصية عن العلاجية في الهدف الأساسي لكل منهما، فالهدف الأساسي للمقابلة التشخيصية هو التأكيد من حالة المفحوص التي تم التعرف عليها بصفة نهائية في المقابلة الإبتدائية حتى يكون التشخيص سليما وصحيحا، بينما يركز الهدف الأساسي للمقابلة العلاجية على تنفيذ الإستراتيجيات العلاجية التي رسمها الفاحص بناء على تشخيص لحالة المفحوص. (زهران عبد السلام: 2001، ص35)

3. **الإختبار النفسي:** تعرّف آن أنستازي (1982) (Anne Anastasi) الإختبار عاى أنه: "مقياس موضوعي مقنن لعينة معينة من السلوك. (بشير معمرية: 2007، ص90)

ويعرّفه (krombash) بأنه: "أداة محدّدة منظّمة لملاحظة السلوك ووصفه وذلك بإستخدام التّقدير الكميّ أو لغة الأرقام. (محمد شحاته ربيع: 2000، ص25)

ويستخدم مصطلح الإختبار النفسي أساسا لتقدير بعض خصائص الفرد العقلية والحركية، فهو عبارة عن أسئلة أو مهام تقدم للفرد والدرجات التي يحصل عليها لا يعبر عنها بوحدات فزيائية. فهو أداة وتقنية مساعدة لجمع البيانات عن الظاهرة المراد دراستها وهناك شبه اتفاق بين الأخصائيين الإكلينيكين والأطباء النفسيين وعلماء القياس والمربين على أن الاختبارات دون شك هي وسائل ذات قيمة كبيرة في عمليات التشخيص والتوجيه والإرشاد النفسي والعلاج"، وهو كأى وسيلة من وسائل المنهج العيادي تقيد في جمع المعطيات والمعلومات عن الحالة إذا ما تم استخدامه بشكل جيد وفي هذه الدّراسة سيتم الإعتماد على قائمة بيك لقياس الاكتئاب لأنّ ذلك بإتفاق أهل الإختصاص العاملين (les praticiens) بأنّ لذيده قيمة فعلية في عمليات التشخيص.

رابعاً - أداة القياس وخصائصها السيكومترية:

❖ قائمة بيك الثانية لقياس الإكتئاب (BDI-II) :

(1) وصف المقياس:

يزود الباحث أو المعالج النفسي بتقدير سريع وصادق لمستوى الاكتئاب لدى المفحوص، حيث يطلب منه قراءة كل فئة من فئاته ثم يختار منها ما تبدو وأنها تناسبه وتصف حالته في الأسبوع الأخير وحتى يوم الاختبار ويضع حولها دائرة، يتكون من صورتين أصلية مكونة من (21) قائمة وأخرى مختصرة في (13) قائمة تم التوصل إليها بعد دراسات قام بها بيك نفسه، والقوائم هي: الحزن، التشاؤم، الفشل، عدم الرضا، الذنب والندم، العقاب، النفس، اللوم، أفكار انتحارية، البكاء، الضيق، الاهتمام، القرار، والتردد، الشكل و الصورة، العمل، الإجهاد، شهية الطعام، الوزن، الصحة، الجنس.

(2) تعليمات الإجراء وطريقة التصحيح:

يمكن إجراءه فردياً أو جماعياً، وتحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية تضع طريقة الإجابة، وسجل الإجابات على الكراسة ذاتها، فإذا طبق على فرد واحد يكفي أن نطلب منه قراءة التعليمات الواردة في الكراسة ثم البدء في الإجابة، وإذا طبق على مجموعة من الأفراد يمكن أن توزع كراسة الأسئلة على المفحوص ثم يكتب بياناته مثل عمره ومستواه التعليمي وتاريخ الإجابة، ويطلب من المفحوصين أن يقرؤوا التعليمات بأنفسهم بينما يتولى الفاحص في نفس الوقت قراءة هذه التعليمات بصوت عالي يصل إلة المفحوصين، ثم يسأل إذا كانت تلك أية أسئلة غير واضحة ويطلب الاختبار على أفراد في من (16) سنة فما فوق، ومن المستحسن أن يكون لديهم مستوى تعليمي يسمح لهم بقراءة التعليمات، وليس هناك وقت محدد لتطبيقه فقد يستغرق وقتاً أطول أو وقتاً أقل حسب استجابات المفحوص، ويتم وضع درجات مقابل كل إجابة في كل مجموعة.

(3) خصائص السيكومترية للمقياس:

أ. في البيئة الجزائرية:

➤ **الثبات:** قام بشير معمريه (1998) بحساب ثبات على عينة مكونة من (63) طالبا وطالبة، (28) من الذكور و(35) من الإناث من السنوات الأربعة لمعهدي العلوم الاجتماعية والآداب واللغة العربية، في جامعة باتنة بفاصل زمني بين التطبيقين تراوح بين (18) يوما و(27) يوما فوصل معامل التطبيقين بطريقة بيرسون من الدرجات الخام إلى (0.832) وهو دال عند مستوى الدلالة (0.01).

➤ **الصدق:** قام الباحث بحساب معامل الصدق بطريقتين الأولى عن طريق الصدق التلازمي فحسب المعامل بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين مقياس بيك للاكتتاب ومقياس التقدير الذاتي للاكتتاب لزونج (zung) وهو من تعريب وإعداد رشاد عبد العزيز موسى (1988) على عينة مكونة من (43) طالبا وطالبة من معهدي العلوم الاجتماعية والاقتصادية في جامعة باتنة، فوصل معامل الارتباط بين المقياسين إلى (0.825) وهو دال عند مستوى دلالة (0.01) والثانية عن طريق الاتساق الداخلي وهي إحدى طرق حساب صدق التكوين حيث تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس على عينة مكونة من 82 طالبا وطالبة 34 ذكر و (48) أنثى من معاهد العلوم الاجتماعية والري والاقتصاد واللغات والعلوم الدقيقة، وتبين الجداول التالية معاملات الارتباط بين كل عبارة ومستوى دلالتها الإحصائية لدى عينة الذكور (34).

خامساً- عينة الدراسة الأساسية:

ونقصد بها مجتمع البحث وهم جميع الأفراد أو العناصر والأشياء الذي يمتلكون نفس الخ المستهدفة بالدراسة والتي يمكن تجربتها، والمجتمع هو الهدف الأساسي من الدراسة حيث أن الباحث يجتهد ليصل إلى تعميم نتائجها على المجتمع ككل.

(محمود أبو علام، 2006، ص ص 104-107)

قام الباحث بإختيار العينة بالطريقة القصدية والتي يعرفها موريس هي أخذ عينة عن طريق السحب بالصدفة من بين مجموعة عناصر مجتمع البحث ذلك لغرض معرفة

ما إذا كانت هناك حالات تعاني من إكتئاب من بين العينة وكذا معرفة نوع الإكتئاب لهذه الحالات ودرجته على مقياس بيك (موريس أنجرس، 2006، ص304).

1) **شروط إختيار العينة:** حرص الباحث في إختيار العينة على توفر مجموعة من الشروط:

- أ. أن يكون أفراد العينة يعانون من الإصابة بالعمق.
- ب. التأكد من وجود الإكتئاب لدى أفراد العينة من خلال (التشخيص النفسي) المقاييس النفسية السيكولوجية التي أكدّت على وجود هذه الإضطرابات.
- ت. ألا يقل المستوى التعليمي لأفراد العينة عن مستوى التعليم الثانوي.

2) **مواصفات عينة البحث:**

- ✓ **الجنس:** تم إختيار خمس نسوة مقابل خمسة رجال يعانون من العمق.
- ✓ **العمر:** سنّهم يتراوح بين (22) سنة إلى غاية (35) سنة.
- ✓ **المستوى التعليمي:** متقارب بين كل أعضاء المجموعة المستهدفة.

جدول رقم(05): يوضّح خصائص عينة البحث.

المستوى التعليمي	المهنة	مدّة الزّواج	السّن	الجنس	خصائص الحالة
ثانوي	صاحب ورشة	04	27	ذ	الحالة (1)
جامعية	أستاذة	06	32	أ	الحالة (2)
ثانوي	مقاول	04	30	ذ	الحالة (3)

الجمعي	محامي	05	35	ذ	الحالة (4)
جامعية	موظف	05	30	أ	الحالة (5)
جامعي	موظف	08	36	ذ	الحالة (6)
جامعية	أستاذة	06	28	أ	الحالة (7)
جامعية	أستاذة	05	28	أ	الحالة (8)
ثانوي	فلاح	07	34	ذ	الحالة (9)
ثانوي	ماكثة في البيت	03	21	أ	الحالة (10)

سادساً - البرنامج العلاجي:

أ. أهمية البرنامج:

تأتي أهمية هذا البرنامج إذ يمكن اعتباره كأحد التّدخلات العلاجية النفسية المختصرة التي تعتمد على تحقيق أهداف واقعية وواضحة بالتركيز على البنى المعرفية للفرد المضطرب في أقصر وقت ممكن، فيمكن لهذه المقاربة أن تقدم المساعدة النفسية في مجال التّكفل النفسي إذ تمّ تعميم انتشار استخدامها في البيئة الجزائرية، وذلك لما تقدمه من استراتيجيات إرشادية وعلاجية ذات أسلوب واضح متدرّج للوصول إلى الهدف المتمثل في التّخفيف من حدّة الأعراض الإكتئابية لدى أفراد عينة البحث.

ب. الأساس النظري المعتمد في تصميم هذا البرنامج :

تم تصميم الصيغة الأولية للبرنامج بعد الإطلاع على الأسس النظرية للعلاج المعرفي- السلوكي بشكل عام والعلاج المعرفي-السلوكي لعلاج الاكتئاب بشكل خاص، وذلك من خلال

مجموعة من بعض المراجع العربية والمراجع الأجنبية والإطلاع على مجموعة من البرامج العلاجية والإرشادية والتدريبية لبعض الأساليب العلاجية المعرفية-السلوكية مثل تقنية الحوار الذاتي لمكنبام، وتقنية مراقبة الأفكار التلقائية لبيك، وتقنية ضبط الذات لريم..الخ.
مثل: (حامد الغامدي،2013)، (محمود عيد مصطفى،2008)، (زيزي ابراهيم،2006)، (بيبرني و زملاءه،2004)، (ديغم،2000)، (رزق الله،2000)، (الصباح،1999)، (Ellis,1994)، (Beck.J.S,1995)، (Beck ,et al ,1999)، (Dattillio&Freeman,2000) (Jean Cottraux,2001) (Lazarus,1999),

ت. الأهداف العامة للبرنامج العلاجي: حيث يهتم الباحث بواسطة برنامج علاجي معرفي سلوكي إلى إحداث أثر ملموس وذلك بإستخدام أساليب معرفية وسلوكية من أجل:
* إحداث تغييرات معرفية وانفعالية وسلوكية تعمل على إنخفاض حدّة الأعراض الإكتئابية المصاحبة لبعض المصابين بالعقم.
* وتصحيح الإدراكات والتصورات الخاطئة نحو ذاته والعالم من حوله والمستقبل.
* وللتغلب على المشاعر والأفكار الإكتئابية وإيجاد الحلول المناسبة في مواجهة مشكلاته. (بكيري نجيبة:2011،ص284)

ث. الأهداف الخاصة بالمعالج:

1. الجلسات الأولى :

أحد الأهداف الرئيسية للمقابلة الأولية هو تخفيف بعض الأعراض من أجل خفض معاناة المريض وكذا تنمية التعاون والمشاركة والثقة في العملية العلاجية، كما يسعى المعالج إلى تقديم أساس منطقي للعود بالشفاء؛ وذلك من خلال تحديد مجموعة من المشكلات وعرض بعض الاستراتيجيات للتعامل معها. حيث يستمر تحديد المشكلات ليصبح هدفا في المراحل المبكرة من العلاج، ويعمل المعالج مع العميل على تحديد المشكلات الخاصة به والتركيز عليها خلال جلسات العلاج. حيث يحاول المعالج تكوين فكرة واضحة وكاملة قدر

المستطاع عن صعوبات المريض النفسية وظرف حياته كما يسعى للحصول على تفاصيل حول عمق الاكتئاب والأعراض المعينة، كما يجب أن يهتم بكيفية نظر المرضى لمشكلاتهم الشخصية .

وعند تحديد المشكلات الأولية يبدأ المعالج والمريض في وضع أولويات هذه المشكلات. وتتخذ القرارات على أساس القابلية للتغيير ومركزية المشكلة الحياتية أو المعرفية بالنسبة للكدر الوجداني للمريض .

هدف آخر للجلسة الأولى هو عرض العلاقة الوثيقة بين المعرفة والوجدان، حيث يجب على المعالج ملاحظة التغيرات المزاجية للمريض (كالبكاء) ويسأله عن أفكاره التي سبقت التغيير المزاجي وأدت إليه وبالتالي يقوم المعالج بالتعريف بالأفكار السلبية والإشارة إلى علاقتها بالتغيير في الحالة المزاجية .

ويبدأ المعالج بإعداد الواجبات المنزلية لمساعدة العميل على فهم العلاقة الوثيقة بين المعرفة والوجدان والانفعال .

كما أن أحد المتطلبات المهمة جدا في المرحلة الأولى هو جعل المريض يألف العلاج المعرفي وخاصة إذا جرب علاجا آخر من قبل .

وأخيرا يتعين على المعالج أن يوضح خلال الجلسة الأولى، أهمية مساعدة المريض لنفسه بواسطة الواجبات المنزلية، حيث يبين له أن إنجاز الواجبات المنزلية أهم في الحقيقة من الجلسة العلاجية نفسها. وبإنجازها يكون التحسن عموما أسرع.

1-1- فالمرحلة الأولى: والتي تتمثل في مرحلة خفض الأعراض تركز على التغلب على اليأس وتحديد المشكلات وقرر الأولويات وتحقيق ألفة المفحوص بالعلاج وإقامة علاقة تعاونية وعرض العلاقة بين المعارف والمشاعر وتسمية أخطاء التفكير والوصول إلى تقدم سريع في المشكلة المستهدفة .

ويرتكز العلاج أساسا على أعراض المريض والعناية بالصعوبات السلوكية والدافعية. وعند حدوث بعض التغيير الجوهري في هذه المجالات، ينتقل التركيز على مضمون ونمط التفكير .

1-2- المرحلة الثانية: وهي مرحلة التركيز على المخططات من أجل التأكيد على منع الانتكاس، وعند تصريح العميل بأنه أقل اكتئابا ينتقل الإهتمام من أفكار معينة حول المشكلات النوعية إلى بؤر المخططات حول الذات والحياة، حيث أنّ هذه المخططات هي التي تقف وراء العديد من المشكلات وعند تحديدها، يتمّ فهم كيفية فهم المريض للعالم وتنظيم الادراكات والمعارف ووضع الأهداف وإقامة وتعديل السلوك وفهم أحداث الحياة. ويهدف العلاج إلى إبطال تأثيرات المخططات واستبدال الأساليب والطرق الغير سوية بمناحي جديدة وإذا تغيرت المخططات فإن المريض قد يصبح أقل عرضة للاكتئاب مستقبلا. وفي هذه المرحلة على العميل تحمّل المزيد من المسؤولية في تحديد المشكلات واقتراح الحلول وتطبيقها من خلال الواجبات المنزلية، أمّا المعالج فيلعب دور المرشد مع تعليم العميل كيفية تطبيق الأساليب العلاجية دون مساعدة وما أن يصبح العميل قادرا على حلّ مشكلاته بطريقة فعّالة حتى ينخفض عدد الجلسات ويتوقف العلاج.

1-3- تطور الجلسة العلاجية : تبدأ كل جلسة بوضع جدول لها، حيث يبدأ جدول الأعمال بموجز عن خبرات العميل منذ الجلسة السابقة ومناقشة الواجب المنزلي ثم يسأل المعالج المريض عما يريد تناوله خلال الجلسة وعند تحديد قائمة قصيرة من الموضوعات والمشكلات يحدد المريض والمعالج ترتيب تغطية هذه الموضوعات والوقت المحدد لكل منها. يبدأ المعالج في مناقشة مشكلات المريض الواحدة تلو الأخرى وذلك بتوجيه سلسلة من الأسئلة التي صممت لتوضيح صعوبة المريض، حيث يسعى المعالج إلى تحديد ما إذا كانت مخططات سوء التوافق المبكر وسوء تفسير الأحداث أو التوقعات الغير واقعية متضمنة في تفكير المريض، كما يسعى للكشف عن ما إذا كانت كل الحلول الممكنة للمشكلة قد جربت أم لا. حيث سيتبين

للمعالج الفكرة أو الفكرتين الجوهريتين والمخططات والصور العقلية أو السلوك الذي يتعين العمل عليه .

ويطلب المعالج من المريض، قرب انتهاء الجلسة، أن يقدم تلخيصا غالبا ما يكون كتابيا، وذلك حول الاستخلاصات الأساسية التي أمكن التوصل إليها خلال الجلسة العلاجية. ثم يعطي له واجبا منزليا مصمما لمساعدته على تطبيق المهارات المستخلصة من الجلسة لحل المشكلات خلال الأسبوع التالي .

تطور مضمون الجلسة : إن بنية جلسات العلاج المعرفي لا تغير خلال برنامج العلاج ولكن المضمون غالبا ما يتغير جوهريا .

ج. حدود دور المعالج في هذا البرنامج العلاجي:

دور المعالج هنا سيختلف من مرحلة لأخرى ومن حالة إلى أخرى، ففي بعض الحالات سيكون دوره توضيح الأبعاد الجسمية والنفسية والاجتماعية للطرفين وتصحيح تصوراتهما عن مشكلة العقم، وفي حالات ثانية سيكون دوره تحسين العلاقة بين الطرفين من خلال تقليل مشاعر الغضب ومشاعر الذنب بينهما وبالتالي زيادة تحالفهما لمواجهة المشكلة وإدارتها بشكل سليم، وفي حالات ثالثة ربما يساعدهما على قبول فكرة إستحالة الإنجاب ومحاولة البحث عن معنى وعن بدائل صحيّة لحياتهما في غياب فرصة الإنجاب، وفي حالات رابعة ربما يتعامل المعالج مع الإضطرابات النفسية الناشئة عن العقم لدى أحد الطرفين أو كليهما مثل الإكتئاب والقلق والإضطرابات النفسجسدية أو الإضطرابات جسدية الشكل أو الإضطرابات في العلاقة بينهما.

ح. السيرة العملية لمقابلات التكفل العلاجي:

التكفل النفسي المعرفي السلوكي ذا طابع مميّز ومختصر، فغالبا ما يتراوح عدد جلساته في المتوسط ما بين (4 إلى 14) جلسة، وتدوم كل جلسة حوالي (45 إلى 50) دقيقة وبواقع جلستين إلى جلسة واحدة في الأسبوع، وكل حصّة تختلف عن سابقتها ما دام أنّ الأمر يتعلّق بالتدرّج في المستوى العلاجي (اسماعيل علوي وزميله، 2009، ص95)، ويمكن أن

يبدأ العلاج المعرفي السلوكي أثناء مرحلة التقييم اعتماداً على نوعيّة مشكلات العميل وعددها، ويمكن أن تقسم مراحل التكفل النفسي إلى خمس محطات مهمّة على الشكل التالي: (بيرني كورين: 2008، ص92).

1-المرحلة التقييمية: يبدأ العلاج المعرفي السلوكي بعملية التقييم المعرفي السلوكي التي تستغرق في الغالب ما بين (1إلى3) جلسات، والتي يركّز فيها المعالج على جمع المعلومات حول مشكلة العميل، وقد تستخدم فيها نوع من الأسئلة المباشرة بشكل أكبر ممّا يحدث في بقية الجلسات الآتية. (اسماعيل علوي: 2009، ص95)

- تخصص هذه المحطة للإنصات وفتح المجال للحديث الحرّ والإستماع إلى المشاكل التي يعاني منها المفحوص، وفي حالة التوتر والإكتئاب على المعالج أن يخصص على الأقل جلسة إضافية من أجل الوصف الدقيق للمعرفيات والسلوكيات المتعدّدة والمختلفة التي يقوم بها الإنسان ويمارسها في حياته اليومية وبأدق التفاصيل، وكذلك الإجابة عن الأسئلة من قبيل "في ماذا تفكر حينما تستيقظ من النوم؟" و "هل شهيتك جيّدة في الأكل؟" يمكن كذلك أن يطلب المعالج من المفحوص أن يصف له تفاصيل حياته اليومية منذ الإستيقاظ حتى النوم، وصياغة لائحة من السلوكيات والتصرفات التي تقلقه أكثر.

- ففي هذه الجلسات أو الجلسة يتم التعامل مع تقييم المشكلة (تقييم شخصية العميل وتحديد طبيعة مشكلته التي جاء لأجلها)

- إقامة علاقة تعاونية بناء علاقة علاجية تعاونية في بداية العلاج تقوم على أساس

- من الدفء والتقبل

- التعاقد العلاجي

- تقديم الواجب المنزلي.

2- مرحلة بداية العلاج: تختلف بناء الجلسة العلاجية الأولى عن بقية الجلسات التالية،

وذلك أساساً بسبب أن العميل مقدّمه محدودة عن النموذج المعرفي السلوكي ولم يألفه

بعد، ودائماً ما يتضمن العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك. (بيرني كورين وزملائه: 2008، ص108)

- وفي الغالب لا تخرج الجلسات التي تلي الجلسات التقويمية عن الشكل التالي:
- وضع جدول لأعمال الجلسة الجارية (الأهداف والمهام والاتفاقات).
- فحص مزاج العميل ومشاعره وإثارة الأمل في نفسه.
- توطيد وتنمية علاقة الثقة والألفة عبر التعاطف والتقبل والإصغاء.
- إستنباط توقعات العميل نحو العلاج والعمل على تصحيحها إذا كان ذلك ضروري.
- مراجعة المهام المنزلية (نتائج والصعوبات) الفائتة.
- تكوين صياغة معرفية عن الحالة بإستخدام في الغالب الإستكشاف الموجه أو ما يسمى الحوار السقراطي) ومشكلته.
- تقديم وشرح النموذج المعرفي السلوكي بجرعة من التعليم النفسي حول إضطراب العميل (مساعدته على تعلم العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك). (طه عبد العظيم: 2006، ص238)

- تحديد الواجبات المنزلية (الإتفاق على المهام بين الجلسات الموكلة للعميل)
- الحصول على عائد من الجلسة (feed back) من قبل العميل. (اسماعيل علوي: 2009، ص96)

3- المرحلة الوسطى من العلاج: إنّ محور إهتمام العلاج يتغيّر عبر مساره إذ أن هناك تداخل بين المرحلة الوسطى العلاجية ومرحلة نهاية العلاج لكن على المعالج أن يسلم ويكون واعياً (في نفس الوقت) بتغيير بؤرة تركيز العلاج عبر الوقت، وبالرغم من ذلك يتسم متناغماً عن طريق الصياغة المعرفية التي تمت مناقشتها ولا يخرج شكل الجلسات عن سابقتها إلا في بعض الإضافات والتغيرات المرحلية فقط. و تمثل هذه المرحلة العملية الأساسية في العلاج فهي تتضمن على مستوى العلاقة العلاجية:

- الإستمرار في إبقاء العلاقة العلاجية التعاونية.

- الإستمرار في تقديم العائد الإيجابي والتشجيع. (بيرني كورين: 2008، ص 120)
- إعطاء تقييم حول الجلسة السابقة.
- مراجعة توقعات العميل نحو العلاج.
- فحص مزاج العميل.
- تحديد أهداف الجلسة وهي المحور الرئيسي لكل جلسة.
- مراجعة المهام الموكلة له (ما هي الصعوبات التي تلقاها في ذلك وما هي النتائج من وراء ذلك)
- تغيير تركيز العلاج من العمل على الأفكار الآلية إلى المعتقدات الوسيطة والمحورية (إذا كان ضروريا)
- تعليم العميل مواجهة مشكلاته داخل وخارج الحصص العلاجية (التدرب على الإسترخاء، التدرب التوكيدي وكذا على حل المشكلات)
- التركيز على المعاني التي يعطيها العميل للحدث لما لها من إرتباط بمشاعره وسلوكه غير الملائم.
- التركيز على البناء المعرفي. (طه عبد العظيم: 2006، ص 240)
- تحديد الواجب المنزلي.
- تجهز العميل التوقف وإنهاء العلاج.
- إعطاء عائد عن الجلسة في الأخير.

4- **مرحلة نهاية العلاج:** في المراحل البداية والوسطى سوف يعمل العميل بالفعل خارج الجلسات العلاجية، وسوف يدرك المعالج ألا ينتقل إلى قضايا جديدة حتى يتم السيطرة على الأجزاء الموجودة بالفعل، والتي ثم إنجازها من العمل وفي مرحلة التالية (إنهاء العلاج) تتحرك بؤرة العلاج نحو تثبيت المكاسب السابقة وتشجيع العمل على العمل مستقلا. (بيرني كورين وزملائه: 2008، ص 152)

سوف تستمر في استخدام إطار العمل نفسه الذي استخدم في المراحل السابقة بزيادة
بؤرة التركيز على بعض النقاط المهمة لهذه المرحلة ومن ضمن هذه المهام ما يلي:

- إعداد العميل لإنهاء العلاج.
 - الوقاية من الإنتكاسة بوضع خطة للتصدي للمشكلات المحتملة.
 - تدريب العميل أن يكون معالج ذاتيا (تعليمه تحديد المشاكل وتقييمها ومواجهتها)
 - المعالج يعزى القيمة لجهد العميل.
 - يلخص العميل ما تم تعلمه وفهمه من أساليب وأدوات مناسبة.
- 5- جلسات المتابعة: يكون من المفيد غالبا ترتيب لعدد من الجلسات المتابعة على
مدى فترات ثلاث، ست إلى إثني عشر شهرا.

خ. خطوات البرنامج العلاجي:

1- تحضير العميل للعلاج المعرفي السلوكي:

ويتم إتخاذ هذه الخطوة والإجراء بالأساس في بداية العلاج والتواصل مع العميل لأول
مرة، لكن هذا لا يعني أن باقي المقابلات العلاجية تتم بمعزل عن هذا الإجراء بل هي خطوة
متلازمة ومنتدجة في باقي البرنامج العلاجي حتى نهايته، إنما يمكن الفرق في أن التركيز
على هذه الخطوة والتوسع فيها يكون في بداية العلاج ومراحله الأولى حتى نضمن بداية
حسنة لسيرورة العلاج في بعده التواصل العائقي، الثقة المتبادلة، الوعي بمدى حقيقة هذا
النوع من العلاجات، وإدراك وفهم الهدف المسطر له.

2- تقديم الفكرة العامة للعلاج: أي إعطاء العميل خبرة عن أسلوب العلاج المعرفي

السلوكي (تقديم منطق العلاج).

- شرح للعميل العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك وذلك باستخدام بعض الأمثلة أو
بإعطائه مطوية أو منشور خاص بمهية الإكتئاب وكيفية علاجه.

3- **تحديد الأهداف العامة:** وذلك بمناقشة توقعاته نحو العلاج بغية رسم ملامح واقعية وممكنة للأهداف المرجوة من العلاج حتى تنتهي المغالات واللاوقعية والإستعجال والحلول السحرية عند بعد المتقدم للعلاج.

4- **بناء للعلاقة العلاجية** و تتم بترسيخ علاقة مهنية دافئة وذلك بآليات

* الإصغاء النشط (L'écoute actif)

* المشاركة الوجدانية (Empathy) كما يبينها "روجرز" أنها حالة من التفهم والإحساس المتبادل بدون الذوبان في شخصية الآخر. (Beck et al : 1979, p83)

5- **التفاهم على عقد علاجي:** وذلك بالحصول على إتفاق عملي لإختباره في الممارسة الفعلية بتحديد الخطوات والإلتزام بها والأهداف العامة.

6- **ترسيخ مبدأ الأمل:** في نفسية العميل لدفعه للمتابعة العلاجية وتقديم جرعة تعزيز وإستنهاض دافعيته نحو البرنامج من خلال توضيح أن هناك أملا.

7- **وضع جدول أعمال الجلسة (أجندة):** وهو أمر أساسي وبمثابة تحديد هيكل بناء الجلسة العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي، وهذه الخطوة تعتبر دائما كنقطة بداية لكل جلسة علاجية، وتتضمن مخططا لما سيتم إنجازه أثناء الحلسة العلاجية وهذا بشكل تقاهمي وتوافقي بين المعالج والعميل وذلك بإقتراح المعالج النقاط التي يراها مهمة في المرحلة العلاجية، ويراعي عند وضع جدول أهمال الجلسة ما يلي:

- أن يكون عدد البنود يتناسب ووقت جلسات العلاج أي يمكن تنفيذه ضمن إطار زمني للجلسة الفردية. (Dattilio and Freeman : 2000, p40)

- وضع قائمة الأولويات وفقا لأهمية وإلحاح كل موضوع بالنسبة للعميل.

- أن تكون مرونة كافية بين المتعالج والمعالج عند وضع جدول الأعمال وتنفيذه.

- يتضمن تغذية راجعة عن الجلسة السابقة وعن الواجبات المنزلية.

8- **وضع خطة علاجية لكل جلسة (الخطة الأساسية لليوم):** هذا الجزء يستغرق الوقت

الأكبر من الجلسة وفي كثير من الأحوال يطلب المعالج من العميل أن يحدد هو

البنود التي يود البدء العمل عليها وهذا يقدم فرصة للعميل ليكون أكثر نشاطا وتوكيدا وإتخاذ مزيد من المسؤولية، وأحيانا يقوم المعالج بالإختيار حين يرى أن مناقضة بند معين من بنود الأجددة سيكون له تأثير كبير في التقدم العلاجي أثناء الجلسة، وقد يسهل ذلك بسؤال مثل: ها تمنع من أن تقوم بمناقشة الموقف (س) في البداية؟ (زيزي سيد إبراهيم: 2006، ص180).

❖ وتهدف بناء الخطة العلاجية لكل جلسة إلى:

- التخفيف من أعراض المتلازمة الإكتئابية وزيادة في مشاعر الرضا والسعادة.
- الوقاية من الإنتكاسة.
- 9- مهام الواجب المنزلي: بعد مناقشة بنود العمل الأساسية في الجلسة وإعطاء تلخيص دوري لما يقال من قبل العميل، يقوم المعالج والعميل بتحديد مهام الواجب المنزلي لما بين الجلسات، ويكون مهام الواجب المنزلي أو مهام مساعدة الذات التي تنفذ فيما بين الجلسات أكثر إفادة إذا توفر لها ما يلي:
 - مستويات من أحداث الجلسة العلاجية.
 - تحدد بوضوح وعناية.
 - أن يكون لها هدف واضح ومفهوم ومقبول لدى كل من المعالج والعميل.
 - لديه قابلية للتطبيق لدى العميل.
 - من المستحسن أن تكون مجرد في قيد خاص.

من الضروري عند تحديد مهام الواجب المنزلي أن نختار المهام التي يثق المعالج أن العميل يستطيع القيام بها، لأنّ الفشل في هذه المهام يؤثر في دافعية العميل، وفقدانه للأمل بالإضافة إلى التحديد للمهام وكيفية تنفيذه، ومن المهم إستباق الصّعوبات المتوقعة عند التنفيذ يتم مناقشتها مع العميل بإقتراح طرق التّغلب عليها وفي حالة عدم القيام العميل بهذه المهام يتم التّعرف على دوافع وأسباب ذلك. (نفس المصدر، ص ص

(183-182)

10- العائد (Feed back) : وذلك بإستخلاص التغذية الراجعة من العميل وهي المهمة الأخيرة للمعالج في كل جلسة وذلك بالحصول على عائد عن ردود أفعال العميل عن الجلسة كأن يذكر ملخصا للأشياء البارزة في الجلسة أو ما تعلمه أثناء الجلسة والعائد يساعد على إكتشاف مشاعر العميل حيال الجلسة، وخصوصا إذا ما أزعجه شيئا ما ، ويساعد على تثبيت العلاقة العلاجية من خلال تشجيع المتعالج على التعبير في أثناء الجلسة على ملاحظاته ومشاعره نحو العلاج والواجب المنزلي والمعالج . (بكييري نعيمة: 2011، ص170)

ويبدأ المعالج هذا الإجراء بشكل مبكر في العلاج بالسؤال مثلا: "هل لديك أي إستفسار عن الواجب المنزلي؟" و"هل تريد أن تقول شيئا عن الجلسة السابقة؟" عن الجلسة الحالية مثلا؟" "هل لديك أي أفكار أو مشاعر عن هذه الجلسة لغاية الآن؟" "هل تشعر بأنك أفضل حالا عما بدأت به أم أسوأ".

والمكتئبين مترددين في الإفصاح عن هذه الأمور مع المتعالج وهنا تقع المسؤولية المعالج في طلب التغذية الراجعة ليتأكد من أنه والمتعالج متناغمان وعلى الموجة ذاتها.

11- التلخيص: إنّ تقديم وتشجيع الملخصات أمر له أهمية في هذا النوع من العلاجات وخاصة أنه يساعد في تقريب الفهم وتحديد الإشكاليات والوقوف على الأسباب والعوامل الكامنة مباشرة وراء ظهور المشكل.

فمن المفيد أن يقدم المعالج عبارات مختصرة في أوقات مناسبة خلال الجلسة إما في بداية الجلسة يلخص ما سبق أو أثناء سيرورة الجلسة، ومع تقدم العلاج يمكن أن يصوغ المعالج أفكار وكلام المتعالج بشكل جديد على نحو مثلا: "يبدو: أنك تخبرني... أو أن ينفخ أفاظه فيقول مثلا: "ما أسمعك تقوله هو... أو إذا كان غير متأكد من المضمون الصحيح للمادة اللفظية مثلا: أليس صحيحا في إعتقادي أنه... وفي كل حالة ينتظر المعالج تأكيد العميل أو تنقيحه أو رفضه.

❖ **ملاحظة هامة:** في مرحلة بداية العلاج والمرحلة المتوسطة يعمل العميل بالفعل خارج الجلسات العلاجية، وسوف يدرك المعالج ألا ينتقل إلى قضايا جديدة حتى يتم السيطرة على الأجزاء الموجودة بالفعل، والتي تم إنجازها من العمل في مرحلة التالية (إنهاء العلاج) تتحرك بؤرة العلاج نحو تثبيت المكاسب السابقة فتشجيع العميل على العمل مستقبلاً، وهذان التصوران من التثبيت وإستقلالية العميل، يولدان أهداف المعالج التي تشكل محتوى.

د. بروتوكول عام لسير المقابلات العلاجية:

- وضع جدول أعمال الجلسة.
- فحص مزاج العميل.
- مراجعة المشكلات الراهنة التي ظهرت عند مقابلة التقييم للعلاج المختصر وتحدد المشكلات وتتفق على أهداف العميل.
- شرح النموذج المعرفي.
- نراجع توقعات العميل عن العلاج.
- نقدم التعليم النفسي حول إضطراب العميل.
- الإتفاق على المهام بين الجلسات.
- فحص الجلسة.
- الحصول على عائد من الجلسة. (بيرني وزملائه: 2008، ص18)

جدول رقم(06): يوضح بناء المقابلة الأولى في العلاج (م،س) للإكتئاب.

1- تقدير الصعوبات الراهنة.
- الأعرض.
- المشكلات الحياتية.
- الأفكار السلبية المرتبط بها.
- بداية الإكتئاب وتطور مساره.
- أفكار فقدان الأمل والإنتحار.

- قائمة المشكلات المتفق عليها.
- 2- تحديد الهدف العام.
- 3- تقديم منطق العلاج.
- تفصيلات عملية.
- الدائرة المفرغة للأفكار السلبية والإكتئاب.
- إمكانية التغيير.
- 4- بدء العلاج.
- بشكل محدد: إختيار الهدف العلاجي الأول.
- الإتفاق على واجب منزلي ملائم.
- بشكل عام: إعطاء المريض خبرة عن أسلوب العلاج السلوكي المعرفي.
- 5- الأهداف الكلية.
- ترسيخ علاقة مهنية دافئة.
- توضيح أن هناك أملا.
- إعطاء المريض فهما مبدئيا عن النموذج.
- الحصول على إتفاق عملي لإختباره في الممارسة الفعلية.

(Fennell, 1989, p177)

جدول رقم(07): يوضّح بناء جلسات العلاج التالية.

- 1- وضح جدول عمل الجلسة:
- 2- البنود الأسبوعية:
- مراجعة الأحداث منذ آخر جلسة.
- عائد على الجلسة السابقة.
- مراجعة الواجب ويتضمن:
- النتائج؟
- الصعوبات؟
- ما الذي تعلمته؟

3- الخطة الأساسية لليوم:

- إستراتيجيات نوعية.

- مشكلات نوعية.

- مشكلات طويلة المدى.

- قائمة بترتيب الأولويات.

4- مهام الواجب المنزلي:

- المهمة؟

- المنطق؟

- الصعوبات المتوقعة؟

5- العائد:

- الفهم؟

- ردود الفعل؟

(Fennell, 1989, p182)

ذ. أهم التقنيات والأساليب العلاجية للبرنامج العلاجي:

1. الأساليب المعرفية:

1. التربية النفسية (Psychoeducation): وهي ذات بعد تعليمي وتثقيفي غايتها

توعية العميل بمشكلته وكذا العلاج (بيرني كورين، 2006، ص131)، وذلك

بوسطة النموذج التعليمي حيث يدرك العميل خطأ وزيف أفكاره وتوجهاته، وكذا

كيفية التمييز بين التفكير المدرك عن الواقعي، وكيف يمكنه تقدير درجة إنفعالاته

وكذا الإعتقاد في التفكير، وهذا كله يدخل في بند تقديم وشرح النموذج المعرفي

السلوكي، وإعطاء معلومات إجرائية عن نوعية إضطرابه وعن سيرورة العمل

العلاجي، وكيفية تعاونه في ذلك للوصول للأهداف المسطرة، والعمل على إثارة

روح الأمل في نفسية العميل بتغذية حماسه ودافعيته نحو العلاج والتغير. (Jean

Cottreaux :2007, pp164-165)

2. إعادة البناء المعرفي: وهو مجموعة متسلسلة ومتراصة ومتكاملة من التقنيات

المعرفية تهدف إلى تعديل وتغيير التشوه المعرفي المرتبط بالمشكل إلى بناء ذهني عقلائي يساعد على حل المشكلة والحد من أثرها السلبي في المعاش اليومي

للعميل، ومن بين هذه التقنيات نجد:

○ تحديد الأفكار الإكتئابية المتعلقة بذات المكتئب (نظرته لنفسه) وبالعالم الخارجي وبمستقبله.

○ تحديد التشوهات المعرفية: مثل الإستنتاج التعسفي والشخصنة والتعميم الزائد و الإيجابيات والتضخيم والتهويل.

○ تحديد المخططات وذلك بمراقبة سجل البناء المعرفي وسجل الذاتي للنشاطات والتدريب التخيلي.

3. الحوار السقراطي (**Dialogue secratique**): يعتبر أكثر التقنيات العلاج المعرفي

إستخداما ويسمى أيضا بالإكتشاف الموجه وليس له نموذج أو بروتوكول خاص في سياق الأسئلة بل يعتمد على خبرة وإبداع المعالج لتحقيق الأهداف التالية:

○ التدريب على هيكله بناء بحثي علمي منهجي يساعد على تسهيل التعرف وتحديد وفهم المشكلة كما يعبر عنها المتعالج بلغته الخاصة.

○ التدريب على التقويم التشاركي والذاتي لمحتوى الأفكار والمعارف الذهنية الكامنة وراء المشكلة.

○ التدريب على تحويل التصريحات الإكتئابية إلى صيغة أسئلة إستفهامية إكتشافية موجهة مثل: "إن هذا يحدث لي دائما" إلى "لماذا يحدث لي هذا دائما؟" ومثل أيضا

"إنني إنساء يائس" إلى "كيف تصبح حياتي أكثر بهجة؟". (بكري نجبية : 2010،

ص185-186)

- فطرح الأسئلة تعتبر أداة علاجية معرفية رئيسية، حيث أن أغلب تعليقات المعالج خلال جلسة العلاج عبارة عن أسئلة وذلك لإستنباط ما يفكر فيه العميل حيث يعتبر الإستجواب وسيلة قوية لتحديد وتغيير الأفكار الآلية والمخططات، وبالتالي فمن المهم

أن تصاغ الأسئلة بحرص ومهارة ومعرفة الوقت المناسب في صياغتها وذلك لمساعدة المفحوص على التعرف على أفكاره ومخططاته وتقييم القضايا المختلفة موضوعياً.

4. **فنية إختبار الدليل:** هي من أحد فنيات الفعالة لمواجهة الأفكار الخاطئة، وتذكر (lanet zarb) (1992) أن هذه الفنية تستخدم من أجل مساعدة العملاء على إكتشاف المنطق الخاطئ والكامن وراء تفسيراتهم ومعتقداتهم المشوهة، حيث يطلب من العميل أن يقدم الدليل المؤيد أو المعارض لمعتقداته وتفسيراته للأحداث، وأن يقوم بتسجيل الدليل المؤيد أو المعارض في العمود المخصص لذلك. (حامد الغامدي: 2013، ص ص 184-189)

5. **إعادة عزو الصفات (Reattribution):** يستخدم هذا الأسلوب مع المتعالجين الذي يميلون إلى لوم الذات بشدة، فيعززون كل الأمور السلبية دون سبب واقعي إلى نقص شخصي لا إلى خارجية، وليس المقصود إعفاء المتعالج من مسؤولياته، ولكن إيضاح العوامل الخارجية المتعددة التي ربما تكون قد أسهمت في الأحداث السلبية التي وقعت له، وعندما يكسب المرء بعض الموضوعية فإنه يخفف من لومه لذاته ويقوم المعالج بتصحيح معرفيات المعالج الخاصة باللوم الذاتي عن طريق معاينة الحقائق الخاصة بالحوادث التي أدت إلى لومه لذاته إيضاح المعايير المختلفة لإلقاء المسؤولية والتي يطبقها المتعالج على نفسه ولا يطبقها على الآخرين، تحدي الإعتقاد الذي يكون المتعالج مسؤولاً 100% عن نتائجه السلبية ويطلق على هذا الأسلوب أيضاً إسم تخفيف المسؤولية. (Beck et All : 1979,p159)، فهي تساعد على خفض إتهام الذات وتأنيبها وإزالة الشّخصنة على العجز. (طه عبد العظيم حسين: 2006، ص 273)

❖ **الأساليب السلوكية :** أكثر الأساليب السلوكية شيوعاً في الاستخدام، تتضمن قوائم الأنشطة التي تحتوي على تمارينات للتفوق وتحقيق البهجة والبروفات المعرفية وتمارين الاعتماد على الذات ولعب الأدوار وأساليب التحويل. وتستخدم قوائم

الأنشطة بكثرة في المراحل المبكرة من العلاج المعرفي لمواجهة فقدان الدافعية واليأس والإفراط في اجترار الأفكار. (سعد أحمد الغامدي: 2009، ص128)

1. الواجب المنزلي: هو أمر شديد الأهمية في العلاج المعرفي لأنها تساعد على التقدم والنظرة الموضوعية للمشكلات ويجب أن يكون الواجب على صلة مباشرة بمضمون الجلسة العلاجية حتى يفهم المفحوص الغرض منه وأهميته ويجب أن يكون الواجب مصاغا بوضوح بشكل محدد ويكتب منه نسختين قرب نهاية الجلسة يحتفظ المعالج بواحدة ويعطي المفحوص واحدة وعادة ما تتضمن الواجبات المنزلية مثل قراءة كتاب أو مقال حول المشكلة، أو ممارسة أساليب الإسترخاء الذاتي أو تحويل الإنتباه أو عد الأفكار الآلية وتقدير الأنشطة من حيث إثارته للمتعة والإحساس بالتمكن والإحتفاظ بسجل يومي للأفكار الغير سوية أو الإنصات لشريط تسجيل للجلسة العلاجية، ثم يقوم المعالج بمراجعة الواجب المنزلي مع المفحوص خلال كل بداية جلسة علاجية. (زيزي السيد ابراهيم: 2006، ص189)

1. سجل الأفكار: هو أحد أكثر الإجراءات إستخداما في العلاج المعرفي السلوكي لتحديد الأفكار الآلية وما تثيره من إستجابات إنعالية وسجل الأفكار له عدة أوجه في الإستخدام ومن أبسطها جدول ذا عمودين عمود يسجل فيه الأفكار التلقائية التي تخطر بباله في حالات التوتر والحزن والضيق والإنزعاج وما يصاحبها من إستجابات إنفعالية وهناك أيضا أسلوب السهم النازل وهي أسئلة معدة للإجابة عليها بالتدرج والتسلسل مثل:

- إذا كانت هذه الفكرة صحيحة فماذا يعني لي ذلك؟
 - ولماذا تزعجني؟
 - وهكذا تسلسل منطقي في الأسئلة يؤدي لإكتشاف عن السبب الحقيقي للمشكلة
- (Burns, 1999, p267)

وهناك أسلوب بيك المسمى السجل اليومي للأفكار المختلفة وظيفيا (DRDT)

يتكون من خمسة أعمدة تتشكل مما يلي:

1. الحدث أو الموقف.
2. الأفكار التلقائية المرتبطة به.
3. الإستجابات الإنفعالية الناجمة.
4. نوعية التشوهات المعرفية الملخصة لذلك.
5. الإستجابات العقلانية التي يمكن أن تحل محل ذلك.

شكل رقم (06): يمثل التّسجيل الذاتي للنشاطات اليومية لتقيّم الإنفعال خلال أسبوع.

الوقت	النشاطات المنجزة	الرضا %	عدم الرضا %

شكل رقم (07): يمثل جدول النشاطات المبرمجة.

الساعة	النشاطات المبرمجة	النشاطات المنجزة	الرضا %	عدم الرضا %

شكل رقم (08): يمثل التّسجيل الذاتي عن طريق الأفكار التلقائية.

الموقف	الإنفعال	الأفكار التلقائية	شدة الإعتقاد بالفكرة

شكل رقم (09): يمثل فحص الدليل.

الموقف	الإنفعال	التفكير الآلي	ما هو الدليل الذي يسانده	ما هو الدليل الذي يعارضه	الفكرة البديلة	الإنفعال %

شكل رقم (10): نموذج من المعرفيات السلبية والتفكير البديل في تقرير أسبوعي.

الوضعية	الإنفعال	التفكير الآلي	التفكير البديل

شكل رقم (11): يوضح الأفكار الآلية وكيفية تجاوزها. (نقلا عن بيك Beck ,1995).

التاريخ والساعة	الموقف	التفكير الآلي	الإنفعال	التفكير البديل	النتيجة

(إسماعيل علوي: 2009، ص ص 102-113)

2. إستجابة الإسترخاء: تأتي أهمية الإسترخاء من العلاقات بين الإضطرابات الإنفعالية والتوتر العضلي، يمكن لمعالج الإكتئاب والقلق معا، أن يستفيد من هذه التقنية لأن إستجابة القلق وإستجابة الإسترخاء بشكل متبادل ويستطيع المعالج تعلم تمارين الإسترخاء ليقوم بالتدرب عليها بالمنزل كواجب منزلي له، ويمكن أن يعد المعالج أشرطة سمعية تساعد المتعالج في التدريب على الإسترخاء، أو في التركيز على أعراض معينة لكل متعالج وعلى حسب حاجاته.

(Dattilio and Freeman : 2000, p55)

ولقد طوّر بنسون (Benson) (1976) إستجابة الإسترخاء والتي مثلت نسخة أو مراجعة غريبة من التفكير، فقد أزال أي تأثير ثقافي وإستبدل الكلمات والمناظر والصور بالرقم (1) وأحد فوائد هذا الأسلوب هو أن إعادة الرقم (1) يساعد العميل في عدم إعتبار أو النظر إلى أي أفكار سلبية أو مشتتة قد تظهر أثناء محاولاتهم للإسترخاء، وقد عدل بالمر ودريدن (Palmer and Dryden) (1995) النص الصلي كما يلي:

- 1- جد وضعا مريحا، وإجلس بهدوء.
- 2- أغمض عينيك.
- 3- إرخ عضلاتك، إبدأ بوجهك ثم تقدم لأسفل نحو أصابع قدمك.
- 4- الآن ركز على تنفسك، تنفس بعمق عن طريق الأنف، وفي عقلك ردد وكرّر الرقم (واحد) أثناء الزفير.
- 5- لو ظهرن أي أفكار سلبية أو مشتتة دعها فقط تمر في عقلك ثم قم بإعادة (واحد) لا يحاول أن تدفع نفسك للإسترخاء، فقط دعه يظهر في وقته.

6- إستمر في هذا التدريب على الأقل لمدة 10-20 دقيقة.

7- بعد أ تنتهي دع عينيك مغلقتين لمدة دقائق وإجلس بهدوء. (محمود عبد مصطفى: 2008، ص191-192).

ر. بؤرة هذا البرنامج العلاجي:

1) استخلاص الأفكار الآلية : الأفكار الآلية هي تلك الأفكار التي تعترض الأحداث الخارجية وردد فعل الفرد الانفعالية نحو هذه الأحداث، وغالبا ما تمضي دون أن تلاحظ لأنها جزء من النمط الإدراكي للتفكير وتحدث بسرعة شديدة ونادرا ما نقيم مصداقيتها لأنها شديدة القابلية للتصديق ومألوفة ومعتادة .

ويجب أن يتعلم المريض كيفية التعرف كي ينجح العلاج ويعطي مفعوله . وهذه الأفكار الآلية عادة ما تسبق الانفعالات مثل الغضب، الخوف، القلق ويستخدم المعالج الأسئلة، التخيل ولعب الأدوار لاستخلاص هذه الأفكار.

2) طرق اكتشاف الأفكار الآلية :

1- أبسط طريقة هي الأسئلة التي يطرحها المعالج على المريض حول الأفكار التي راودته قبل ظهور الانفعال .

2- التخيل : يطلب المعالج من المريض أن يتخيل صورة بالتفصيل (موقف مثير للكدر مثلا) ويصف المريض بالتفصيل ما الذي يحدث عند التخيل.

3- لعب الدور: عندما يكون الحدث ذا طابع تفاعلي، يلعب المعالج دور الشخص الآخر في المواجهة، ويلعب المريض دوره الشخصي وتستثار الأفكار الآلية عند استغراق المريض تماما في لعب الدور .

4- السجل اليومي: هو سجل للأفكار المرضية، يستعمل المريض عندما يصبح قادر على تحديد الأفكار الآلية فيقوم بتسجيل الأفكار الآلية والانفعالات المصاحبة لها التي تحدث في المواقف المثيرة، بين جلسات العلاج، ثم يقوم المعالج بتعليم المريض كيفية تطوير استجابات عقلانية لأفكارهم التلقائية المرضية وتسجيلها في عمود في سجل يومي.

➤ الشكل رقم (12) : يوضح السّجل اليومي للأفكار الغير السوية.

النتائج: استجابة عقلانية/ فكرة أو أفكار آلية /انفعال (انفعالات)/ الموقف.

1. أعد تقدير اعتقادك في الأفكار الآلية من صفر -100 بالمائة.
2. حدد وقدّر الانفعالات المترتبة عليها على مقياس من صفر - 100.

استجابة عقلانية:

- 1- اكتب الاستجابة العقلانية للفكرة أو الأفكار الآلية.
- 2- قدر مدى اعتقادك في الفكرة العقلانية على مقياس من 0 - 100.

اكتب الفكرة أو الأفكار الآلية التي تسبق الانفعال:

- 1- قدر مدى اعتقادك في الفكرة أو الأفكار الآلية بنسبة من 0 - 100 بالمائة.
- 2- حدّد حزن/ قلق أو غضب قدرّ درجة الانفعال على مقياس من 1 - 100.

وصف: 1- حدث حقيقي يؤدي إلى مشاعر غير سارة.

2- أفكار متدفقة أو أحلام يقظة أو ذكريات تؤدي لمشاعر غير سارة.

3) اختبار الأفكار الآلية : يستخدم المريض كيفية إخضاع أفكاره الآلية للتحليل

الموضوعي ويعدلها لأنه تعلم كيفية التفكير العقلاني حيث تتم عملية اختبار الأفكار الآلية من خلال الطلب من المريض وضع قائمة بالدلالات المستخلصة من خبرته المؤيدة للفروض وعندما يفكر المريض في الدلالات فإنه يرفضها فوراً ويعترف أنها إما مشوهة أو زائفة .

هناك بعض الأفكار الآلية غير الطيبة لاختبار الفروض من خلال فحص الدلالات .وبالتالي يلجأ المعالج إلى طرح الأسئلة للكشف عن التناقض أو طرح سؤال يستهدف الكشف عن الأخطاء المنطقية الكامنة في اعتقاد المريض. وغيرها من الأساليب الأخرى.

جدول رقم(08): يبيّن السيرورة العامة للبرنامج العلاجي المقترح.

رقم الجلسة	هدف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة	نوع الجلسة
الجلسة الأولى	- التقييم الشامل للمشكل. - التأسيس للعلاقة العلاجية. - تطبيق القياس القبلي.	- الإستكشاف الموجّه - التربية النفسيّة - التدعيم الإيجابي	50 دقيقة إلى 60 دقيقة	فردية
الجلسة الثانية	- شرح النموذج العلاجي (م-س). - الصياغة المعرفية للمشكل. - التعاقد العلاجي .	- الإستكشاف الموجّه - التربية النفسيّة - الواجب المنزلي.	50 دقيقة إلى 60 دقيقة	فردية
الجلسة الثالثة	- تدريب العميل على التّحكم في معدل التّنفس. - وتحديد الأفكار الآلية وضبطها.	- مراقبة وتسجيل الأفكار - ضبط وتعديل التنفس - الواجب المنزلي.	50 دقيقة إلى 60 دقيقة	فردية
الجلسة الرابعة	- فحص ومناقشة التفكير غير المساعد، وكذا الحوار الداخلي.	- الرسم الكاريكاتوري . - ملء الفراغ . - سجل الأشرطة	50 دقيقة إلى 60 دقيقة	فردية
الجلسة الخامسة	التدريب على كفيّة التعرّف على المعتقدات الوسيطة و ضبطها.	- البناء المعرفي. - الإستكشاف الموجّه. - المذكرات اليومية.	50 دقيقة إلى 60 دقيقة	فردية
الجلسة السادسة	- التدريب على الإسترخاء. - التدريب على إختبار الدليل.	- التدريب على التخيل و الإسترخاء. - الواجب المنزلي.	50 دقيقة إلى 60 دقيقة	فردية
الجلسة	- التّدريب على إيجاد	- الإستكشاف الموجّه .	50 دقيقة	فردية

السابعة	البدايل أي كفيّة استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية.	- استخدام سجل الأفكار. - الواجب المنزلي.	إلى 60 دقيقة
الجلسة الثامنة	- التدريب على المهارات الإجتماعية. - ترقية فنية الإسترخاء.	- ممارسة الاسترخاء. - التخيل المعرفي. - الواجب المنزلي.	50 دقيقة فردية إلى 60 دقيقة
الجلسة التاسعة	تدريب العميل على تحديّ المسلمات وإستكشاف العيوب في تفكيره.	- التربية النّفسية. - الإستكشاف الموجّه . - الواجب المنزلي.	50 دقيقة فردية إلى 60 دقيقة
الجلسة العاشرة	- تدريب العميل على التقويم الذاتي،والحدّ من عزو المسؤولية وكذا الشّخصنة.	- إعادة العزو . - الإستكشاف الموجّه.	50 دقيقة فردية إلى 60 دقيقة
الجلسة الحادية عشر	- التدريب على استراتيجيات المواجهة وعلى المهارات الإجتماعية .	- التدريب التّوكيدي. - أداء الدّورالتخيّلي. - ممارسة الإسترخاء	50 دقيقة فردية إلى 60 دقيقة
الجلسة الثانية عشر والجلسة الثالثة عشر والجلسة الرابع عشر	التدريب على حلّ المشكلات الافتراضية في المستقبل وكيفية التّعامل معها وفق ماتعلّمه. - مساعدة العميل في إدراك مسؤوليته عن التغير الذاتي. - نجهز العميل للتوقف وإنهاء العلاج.	- المتصل المعرفي الإستطلاعي . - لعب الدور. - الواجبات المتدرّجة - تقديم العائد. - جدول النشاطات. - التدريب على مهارات حل المشكلة	50 دقيقة فردية إلى 60 دقيقة

الجلسة الخامسة عشر والجلسة السادسة عشر	- تقييم عام للمسار العلاجي بمشاركة العميل. - تثبيت المكاسب. - الوقاية من الانتكاسة. - الإنهاء الفعلي للجلسات.	- التدريب التوكيدي. - التدريب على إستراتيجيات المواجهة. - التشجيع.	50 دقيقة إلى 60 دقيقة	فردية
--	--	--	-----------------------	-------

جدول رقم (09): يبيّن مختلف التّقنيات العلاجية المستخدمة في هذا البرنامج.

الرقم	الأسلوب المستخدم	الهدف منه
01	التربية النفسية	وهي وسيلة تعليمية وتثقيفية تهدف إلى إعطاء العميل جرعة تثقيفية عن ماهية إضطرابه وميكانيزم سيرورته وكذا سبل التخلص من ذلك بالتعريف بالعلاج وكيفية الواظبة على ذلك ...
02	البناء المعرفي	وهذه التقنية هي عبارة عن مجموعة من التقنيات المتكاملة والمتداخلة يخدم بعضها البعض لأجل تثقيف وتعليم العميل مبدأ لا عقلانية بعض تصرفاته وتغييرها وتعديلها لأفكار أخرى.
03	الحوار السقراطي طرح الأسئلة الإستكشاف الموجه	أسئلة منظمة وممنهجة بتسلسل منطقي تساعد العملاء في التعرف على أنماط التفكير غير الملائمة وعلى الإفتراضات والإعتقادات غير التوافقية لديهم. مثل: عندما نشعر بالحزن مثلا ماذا يكون تفكيرك. تستهدف توجيه العميل نحو إستكشاف الأفكار الخاطئة والتحريفات المعرفية لديه، فهذه الأسئلة ومناقشتها بين العميل والمعالج تساعد العميل على إكتئاب مهارات في مراقبة أفكارهم.

04	التدعيم الإيجابي	وذلك عبر مختلف الرسائل التي يمكن أن نوصلها للعميل التي تشجعه و تزيد من دافعيته نحو التغيير.
05	التخيل	التدريب على التخيل يعطي المفحوص الفرصة للتدريب على مواجهة المواقف الحياة الواقعية وعلى إكتشاف المشاعر والأفكار المصاحبة وما تنطوي عليه من معاني بالنسبة للمريض التخيل الموجه من المعالج.
06	إعادة العزو	تساعد على خفض إتهام الذات وتأنيبها وإزالة الشخصنة على العجز فهو يزيح اللوم الذي يأخذ عدة أشكال.
07	الرسم الكاريكاتوري	عندما لا يستطيع العميل تحديد أفكاره يطلب منه ملاً فراغ في شكل رسم كاريكاتوري حزين (يعبر عن حالته) وتعتمد هذه التقنية على أسلوب الإضفاء ما في ذاته على الرسم وبالتالي يعبر عنها. إسأل نفسك لماذا يبدو هذا الشخص غير سعيد هكذا؟ كون بعض أفكار التي تزعج هذا الشخص.
08	الواجب المنزلي	قد تستخدم أسلوب القراءة نلاً الجداول والأنشطة والمذكرات اليومية وإستخدام سجل الأفكار لاعقلانية أو الإسترخاء.
09	المذكرات اليومية	مذكرة يومية سجل فيها أفكاره ومشاعره وسلوكاته عندما يتعرض لموقف مؤلم فهي تساعد على أن يكون على وعي بأفكاره وتأثيرها على سلوكه ومشاعره.
10	جداول الأنشطة (الواجبات المتدرجة)	تكون متدرجة من حيث المستوى ومن مقدار الصعوبة وتكون هادفة ومخططة ومن قبل المعالج والعميل وهي فقط تجد نشاط المعالج ويركز طاقته

		صورة متجددة وبالتالي ترفع مزاجه.
11	إستخدام سجل الأفكار المختلة وظيفيا	وبها يستطيع العميل مراقبة الذاتية لأفكاره والتعرف عليه.
12	التغذية الراجعة	هي العنصر الأخير في كل جلسة علاج حيث نطلب من العميل من خلال سؤال من قبل: هل يوجد أي شيء يثبت قلقك بشأن الجلسة؟ أو ما هو تقييمك لهذه الجلسة؟ فهي يمكننا من تدارك وتصحيح الإدراكات الخاطئة في الحال وتضمن لنا تواصل الفعال والجيد من العميل.
13	الإسترخاء	تشجيع العميل على ممارسة الإسترخاء يوميا كمهارة يمكن تطبيقها في أي موقف بدون تعليمات وذلك لتغلب على التوتر الجسمي والعقلي.

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل قام الباحث بتقديم التّصميم المخططي للإجراءات المنهجية للدراسة تمثلت في نوعية المنهج وأدواته المناسبة المستخدمة لذلك وإجراء الدراسة الإستطلاعية و ما تلاها من تعيين العيّنة الأصلية للدراسة، وإلقاء الضوء على البرنامج العلاجي المقترح وبعد ذلك قام الباحث بإجراء الدراسة الأساسية.

الفصل السادس

دراسة الحالات وعلاجاتها

- تمهيد
- دراسة الحالة الأولى وعلاجها.
- دراسة الحالة الثانية .
- دراسة الحالة الثالثة.
- دراسة الحالة الرابعة.

- دراسة الحالة الخامسة.
- دراسة الحالة السادسة.
- دراسة الحالة السابعة.
- دراسة الحالة الثامنة.
- دراسة الحالة التاسعة.
- دراسة الحالة العاشرة.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

بعد تحديد مجال الدراسة المتمثل في جانبها الميداني، سيعقب ذلك مرحلة الشروع في إجراء المقابلات العيادية (التحليل المحتوى للمقابلة العيادية)، ثم إجراء القياس القبلي بواسطة أداة الدراسة ويلي ذلك تطبيق جلسات البرنامج العلاجي المقترح حتى نهايته، وبعده في مدة أقصاها شهر يتم إجراء القياس البعدي بواسطة أداة الدراسة وهو ما سنتطرق إليه في هذا الفصل.

الحالة الأولى:

أولاً- تقديم الحالة: يتعلق الأمر بالسيد "ك.ج" الذي كان تحت المتابعة العلاجية للطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد، حيث يبلغ من العمر (27) سنة متزوج منذ (4) سنوات، الرابع من بين خمسة إخوة ثلاثة إخوة ذكور وأختان، ذو مستوى ثانوي، أمّا مستواه الإجتماعي والإقتصادي جد متواضع، يعمل في المجال الخاص صاحب ورشة ميكانيك سيارات.

أهم ما جاء في التاريخ النفسي والإجتماعي للحالة:

أ. دافع الإستشارة: ك.ج تقدم للفحص والإستشارة النفسية على إثر إحالة من طرف الطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد للمتابعة النفسية لدى أخصائي ممارس إكلينيكي بغية تحسين من الحالة المزاجية المصاحبة للإصابة بالعمق.

- خلال الحصة الأولى كان الإتصال ك.ج يتسم بنوع من السهولة فكان يعبر ويلح على حاجاته للمساعدة لأن حسب قوله يعاني من حالة مزاجية نفسية سيئة أثرت عليه في عدة جوانب وأصبح يشعر بخوار قوته وعزيمته ودبّ في نفسه اليأس، و أصبح يخاف من أن يصدّم بخبر أو نبأ من قبل أحد المختصين بأنّ حالة العمق لديه نهائية.

ب. الإستعداد والسلوك العام: الحالة من نمط الجسمي المختلط، أسمر البشرة و صاحب شعر أسود وكذا لون العينين سوداويين، ويحافظ على هيئة وأناقة ملبسه وتسريحة شعره، يتميز بتواصل جيّد إذ يتحدث بأسلوب هادئ ومؤدب ويستخدم لغة مفهومة بسيطة سهلة وكلام هادئ بنغمة متوسطة وقليل في تواصله الغير لفظي (لغة الجسم).
ت. التاريخ الشخصي: لقد عاش الحالة طفولة جدّ عادية، وتدرّج في أطواره التعليمية الثلاث الأولى حتى انتهى به المطاف في حدود السنة الثانية من التعليم الثانوي، لأنّه كان يعاني من صعوبات أكاديمية حيث ترك الدّراسة والتحق بالتّكوين المهني في تخصص ميكانيك السيّارات، وبعد عامين تخرّج وعمل في ورشة عمّه، حيث زوّجه هذا الأخير بإحدى ابنتيه وسلم له زمام تسيير و إدارة ورشة الميكانيك.

ث. التاريخ الأسري: كلّ من الوالدين على قيد الحياة، فالأب متقاعد منذ حوالي عامين، والأمّ مأكثة بالبيت وكلاهما بصحة جيّدة، وصرّح الحالة بأنّه كان يربطه بهما علاقة ممتازة منذ الصّغر إلى يومنا هذا، حيث يبادلها تقريبا الزيارة أسبوعيا، ولقد نشأ في مناخ أسري يتسم بنوع من الدّفء والعطف و التّعاون بين جميع أفراد الأسرة، إذ كان مقرّبا من أبيه كثيرا وكذا أخيه الأكبر الذي لازال تربطه به علاقة قويّة جدّا، ولم يُشر إلى أيّ نوع من الأمراض كان يعاني منها أفراد الأسرة.

لاحظنا أنّ العميل يعاني من أعراض في الجوانب التالية:

1. **الجانب الوجداني والعاطفي:** مشاعر الحزن والهم والضيق وتناقص الإستمتاع بمباهج الحياة مثل قوله: "دائمًا أنا حزينٌ نحسُّ رُوحِي مَغمومٌ كارهٌ تضيقُ نفسي عليّ"، "البنة تاع الدنيا راحت سَمَاطتْ مَشِي كِيمَا بَكْرِي يا حسراه على أيام زمان".
2. **الجانب المعرفي:** نظرة سلبية نحو الذات و العالم وغموض وتشاؤم بالمستقبل: مثل قوله: "بديت نضعف وأشعرُ بالنقص بالبزاف surtout هذه السنين التوالا"، "نحس بلي رُوجِي zéro وَالُوا مَعْنَدِيشُ قِيمَة قُدَامِ النَّاسِ لِأَنَّيْ مَقْطوعٌ مَكَّاشٌ لِيحْمَلِ اسْمِي " "أنا متخوف من لجائي في المستقبل.. بصح ربي جيب الخير إنشاء الله".

بالإضافة إلى تشوهات معرفية مثل:

- **التعميم:** مبالغة في التعميم مثل: "أصبحت عاجزا عن فعل أي شيء ولا يمكن أن تنجح معي أي حيلة".
 - **العزو:** مثل: "أنا السبب" و"الغاشي المرين هما سباب ضري".
 - **التفكير الإكتابي** مثل: "انعمصت الدنيا في عيني محال أن ألد اظفرت...".
3. **الجانب العلائقي والاجتماعي:** الإفراط في الحساسية والإنسحاب الإجتماعي مثل قوله: "راني انخاف الناس ... كرهت هذرت الغاشي ولا ت سامطة تاع بصح". "أصبحت أسوء الظن بكلام الناس انحس بلي راهم يتعمدوا باه يجرحوني بأسئلتهم الخبيثة فيها السم".
 4. **الجانب البدني:** اضطراب في الشهية واضطراب في النوم وفتور في العلاقة الجنسية و فقدان الليبدو مثل قوله: "كنت انهرقم بزاف لكن هذه الثلاث سنوات قلت ماكلتي بالبزاف زان ي نشرب القهوة presse بزاف"، "نظن بزاف في الليل نرقد ونظن حوالي اربع مرات في الليلة الواحدة"، " قليل ما أستهي زوجتي للجماع معها انحس روجي عيان امدقدق".

5. **الجانب الدافعي:** التردد في اتخاذ القرارات وفقدان الطاقة والتعب مثل قولها: "بالدراع باه ندي la décision...أتردد بزاف بالبزاف"، "أحس بالعياء والتعب ولا أستطيع في كثير من الأحيان القيام بأبسط الأمور".

ج. **التحليل الوظيفي:** قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (secca) بحيث تم التحليل الماضي والحالي للسلوك المشكل للعميل.

➤ **الماضي:** العميل ليس لديه سوابق مرضية عائلية تعاني من الإكتئاب لقد تعرض العميل منذ ما يقارب ثلاثة سنوات إلى تحول مفاجئ في الحالة المزاجية والجسدية وهذا ناتج عن تأخر الإنجاب وكذا بعض المعالجات التقليدية الروحية التي أفضت إلى تأزم الحالة.

➤ **الحالي:** بدأت وضعيته النفسية تتأزم بعد أن تكررت مجهوداته المتتالية بين الطبيب المختص والمعالجين التقليديين والعرافين لفك مشكلة تأخر الإنجاب.

- مشاكل عائلية: سكناه في الوسط الأسرة الممتدة وكثرة الداخلين للبيت وأسئلتهم المتكررة عن الوليد.

- فقدان السند الاجتماعي من طرف المقربين وكثرة تدخلاتهم في حياته الخاصة والزوجية مع فقدان الأمل تدريجيا بعد العملية الأخيرة وعدم ظهور أي نتائج إيجابية.

ثانيا- **الفرضيات:** من خلال التحليل الوظيفي والتحليل الكمي لقائمة الإكتئاب (لبيك) حيث قُدِّرَ المجموع بـ (16) درجة بمعنى إكتئاب متوسط.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة النفسية التالية:

- ✓ **تقدير كبير في محاور:** خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ **تقدير متوسط في محاور:** الحزن/ التشاؤم/ صعوبة التركيز.
- ✓ **تقدير معتبر في محاور:** فقدان الإستمتاع بالحياة/ نقد الذات ولومها/ البكاء/ الهيجان والإثارة (عدم الإستقرار)/التردد في اتخاذ القرارات/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات

في نظام النوم/ القابلية للغضب أو الإنزعاج/ تغيرات في الشهية/ الإرهاق أو الإجهاد.

✓ تقدير ضعيف في محاور: /الفشل السابق مشاعر/ الإثم (تأنيب الضمير)/ الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/ عدم حب الذات/ الأفكار أو الرغبات الانتحارية/ فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي/ إنعدام القيمة فقدان/ الإهتمام بالجنس.

ثالثاً- تقديم المقابلات:

جدول رقم (10): يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة الأولى.

المقابلات	تاريخها	مدتها	التقنيات	الهدف العلاجي
المقابلة 1	2014/05/29	50 د	- البناء المعرفي	- إقامة علاقة علاجية تعاونية مع العميل.
المقابلة 2	2014/06/05	إلى	- التّربية النفسية - التدعيم الإيجابي	- التعريف بدورنا. - تقديم التعليم النفسي حول اضطراب العميل. - شرح النموذج العلاجي(م-س).
		60 د		- تراجع توقعات العميل عن العلاج. - التعاقد العلاجي. - الإتفاق على المهام بين الجلسات. - معرفة المعلومات الأولية عن الحالة وتحديد حدود المشكلة. - تطبيق مقياس بيك للاكتئاب.

3	المقابلة	2014-06-19	55 د	- البناء المعرفي	- البدء بالعمل على مشكلة المتعالج.
4	المقابلة	2014-07-03	إلى	- التّربية النفسية	- توطيد وتنمية علاقة الثقة والألفة عبر
5	المقابلة	2014-07-17	60 د	- التدعيم	التعاطف والتقبل والإصغاء.
6	المقابلة	2014-08-03	إلى	الإيجابي	- الإستمرار في تقديم العائد الإيجابي
7	المقابلة	2014-08-14	1 سا	- الإستكشاف	والتشجيع.
8	المقابلة	2014-09-04	و	الموجه.	- مساعدة العميل في إدراك مسؤوليته
			15	- الرّسم	عن التغير الذاتي.
			د	الكاريكاتوري.	- التركيز على مضمون التفكير.
				- الإسترخاء.	- مساعدة العميل على تحديد أفكاره
				- الواجب	الآلية وربطها بالانفعال والسلوك.
				المنزلي وقد	- مساعدة للعميل على التمييز بين
				يتضمن التالي:	مختلف الانفعالات.
				- المذكرات	- مساعدة العميل (البدأ) في فحص
				اليومية.	ومناقشة أفكاره الآلية وأن يُنمّي بدائل
				- جدول	مساعدة أكثر إيجابية.
				الأنشطة.	- التدريب على الإسترخاء .
					- التدريب على المهارات
					الإجتماعية.

<p>- الإستمرار في إبقاء العلاقة العلاجية التعاونية.</p> <p>- تغيير تركيز العلاج من العمل على الأفكار الآلية إلى المعتقدات الوسيطة والمحورية.</p> <p>- التدريب على كيفية التعرف على المعتقدات الوسيطة و ضبطها</p> <p>- التدريب على حلّ المشكلات الإفتراضية في المستقبل، وكيفية التعامل معها وفق ماتعلمه.</p> <p>- التركيز على المعاني التي يعطيها العميل للحدث لما لها من إرتباط بمشاعره وسلوكه غير الملائم.</p> <p>- تدريب العميل على التّحكم في معدل التنّفس.</p>	<p>- التّربية النفسية</p> <p>- التدعيم الإيجابي</p> <p>- الإستكشاف الموجه.</p> <p>- إعادة العزو.</p> <p>- التدريب التوكيدي.</p> <p>- التّخيل المعرفي.</p> <p>- الواجب المنزلي وقد يتضمن التالي:</p> <p>- التدريب على حل المشكلات واستراتيجيات المواجهة.</p>	<p>55 د</p> <p>إلى</p> <p>60 د</p> <p>إلى</p> <p>1سا</p> <p>و</p> <p>15 د</p>	<p>2014-09-18</p> <p>2014-10-02</p> <p>2014-10-16</p> <p>2014-10-30</p> <p>2014-11-13</p> <p>2014-12-04</p>	<p>المقابلة 9</p> <p>المقابلة 10</p> <p>المقابلة 11</p> <p>المقابلة 12</p> <p>المقابلة 13</p> <p>المقابلة 14</p>
<p>- إعداد وتجهيز العميل للتوقّف وإنهاء العلاج.</p> <p>- الوقاية من الإنتكاسة بوضع خطة للتصدي للمشكلات المحتملة.</p> <p>- تدريب العميل أن يكون معالج ذاتيا (تعليمه تحديد المشاكل وتقييمها ومواجهتها)</p> <p>- المعالج يعزى القيمة لجهد العميل.</p>	<p>- التغذية الراجعة.</p> <p>- الواجب المنزلي وقد يتضمن التالي:</p> <p>- التدريب على حل المشكلات واستراتيجيات المواجهة.</p>	<p>55 د</p> <p>إلى</p> <p>60 د</p> <p>إلى</p> <p>1سا</p> <p>و</p> <p>15 د</p>	<p>2014-12-25</p> <p>2015-01-18</p>	<p>المقابلة 15</p> <p>المقابلة 16</p>

رابعاً - القياس البعدي: تمّ تقديم قائمة بيك الثانية للإكتئاب (BDI-II) للحالة كقياس بعدي لتقدير درجة الأعراض الإكتئابية بعد مرور مدّة شهر على آخر جلسة علاجية في البرنامج العلاجي المقترح، وذلك لتقييم فاعلية هذا المساهمة العلاجية حيث فُذّر المجموع بـ (10) درجات بمعنى إكتئاب بسيط.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة التّفسية التالية:

- ✓ تقدير كبير في محاور: تغيرات في نظام النوم.
- ✓ تقدير متوسط في محاور: نقد الذات ولومها.
- ✓ تقدير معتبر في محاور: مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات في الشّهية/ صعوبة التركيز/ الإرهاق أو الإجهاد.
- ✓ تقدير ضعيف في محاور: الحزن/ التشاؤم/ الفشل السابق/ فقدان الإستمتاع بالحياة/ الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/ عدم حب الذات/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية / البكاء/ الهيجان والإثارة (عدم الإستقرار)/ فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي/ التردد في اتخاذ القرارات/ إنعدام القيمة فقدان/ القابلية للغضب أو الإنزعاج/ فقدان الإهتمام بالجنس.

❖ ملاحظة هامة: هذا الجدول السّابق الذي يبيّن سيرورة المقابلات العلاجية بما فيها عدّد المقابلات و تواريخها ومدّتها ، وكذا مختلف التقنيات المعرفية و السلوكية المستخدمة و الهدف العلاجي المسطر.

سوف يتكرّر مع باقي كلّ الحالات (09) التّسعة الباقية، وتجنبنا لتكرار الجدول مع كلّ حالة من هذه الحالات التّسعة ارتأينا التّنبية له فقط مع جدول مختصر يبيّن فيه عدّد المقابلات و تواريخها ومدّتها.

الحالة الثانية:

أولاً- تقديم الحالة: الحالة (م.ش) الجنس أنثى تبلغ من العمر (32) سنة متزوجة منذ حوالي (6) سنوات، من رجل يكبرها بحوالي (5) سنوات، لا زالت تحت المتابعة العلاجية الطبية لأمراض النساء و التوليد، زوجها يعمل في مجال الأعمال الحرّة كتاجر للملابس الجاهزة، لديهما مسكن خاص في شكل شقة من أربعة غرف ذات مستوى جامعي حالتها الإجتماعية والإقتصادية لا بأس بها، تعمل في مجال التعليم كأستاذة في الثانوي.

أهم ما جاء في الحالة التاريخ النفسي والإجتماعي للحالة:

أ. دافع الإستشارة: الحالة تقدمت للفحص والإستشارة النفسية بناء على توجيه من أحد المشاركين في هذا البرنامج بهدف التحسن من حالة الإضطراب المزاجي التي تعاني منها منذ فترة من الزمن.

- خلال الحصة الأولى أين قدمت إشكالياتها الشخصية في المعاناة بالعقم وما يصاحبه من حالة مزاجية نفسية صعبة مثل الحزن ومشاعر الهم والغم والقنوط نقص الإستمتاع بمباهج الحياة، شعور بالنقص والكفاءة ضعف التركيز والنسيان قلة الشهية وإضطراب في النوم، إضطراب في العلاقة مع الزوج وأهله والميل إلى العزلة.

ب. الإستعداد والسلوك العام: الحالة من النمط الجسمي النحيف متوسطة القامة ذات بشرة بيضاء مقبولة الشكل، ذات عينان بنيتين وشعر أسود و ترتدي حجاب عادي، كما تميل للألوان الداكنة خاصة البني منه، كانت عملية الإتصال معها نوعا ما سهلة منذ بداية الحصص، اتسمت بالهدوء والرزانة وتكلم بطلاقة وكانت تستعمل الجانب التواصلية الغير اللفظي في غالب المقابلات.

ت. التاريخ الشخصي: لقد عاشت الحالة طفولة جدّ عادية، وتدرّجت في أطوارها التعليمية حتى انتهى بها المطاف في الجامعة لتتال شهادة من المدرسة العليا كأستاذة في الرياضيات و في حدود السنتين تمّ توظيفها في أحد الثانويات كأستاذة، لم تتعرض الحالة لأيّ حادث ولم تخضع لأيّ عملية جراحية ولا لأيّ اضطراب نفسي في السابق.

ث. التاريخ الأسري: كل من الوالدين على قيد الحياة، فالأب يعمل كتاجر في محل لبيع لمواد الغذائية، والأمّ مأكثة بالبيت وكلاهما بصحة جيّدة، وصرّحت الحالة بأنّها كانت تربطها بهم علاقة ممتازة منذ الصّغر إلى يومنا هذا، حيث تبادلها الحبّ و التقدير إلى يومنا هذا، حيث نشأت في مناخ أسري يتّسم بنوع من الدّفء والعطف و التّعاون مع جميع أفراد الأسرة كلّهم، وكانت مقرّبة من أمّها كثيرا وكذا أختيها الكبرى والصغرى اللتان لازالت تربطها بهما علاقة قويّة جدًّا، ولم تشر إلى أيّ نوع من الأمراض كان تعاني منها أفراد الأسرة.

لاحظنا أنّ العميل يعاني من الأعراض في الجوانب التّالية:

1. الجانب الوجداني والعاطفي: المزاج غالبا حزين مكتئب و نوبات البكاء و الدموع و المتكرّرة و نوبات الغضب مثل قوله: "دايمن أحسُّ أنّي مغمومة.. وصدري باغي يَطْرَدُكَ" "je pleure toujours" pour les moins des choses "، "أشعر بالغضب في كثير من المواقف الحياتية في البيت وفي العمل"، كما لاحظنا على الحالة الإنقباض والتّنفّس المنقطع والطويل أثناء المقابلات.
2. الجانب المعرفي: ضعف في التركيز وأفكار سلبية نحو المستقبل والذات ومشاعر عدم القيمة مثل قوله: " je peux pas consentrer sur n'importe quoi " "même s'il est simple "مستقبلي نوعا ما غامض في جوّ الوضعية الحالية التي أعيشها بدون ترك أثر لي"، "فقدت الثّقة بنفسي..."، "je suis nul" ... " je suis rien "مرأة بدون أولاد لا شيء في هذه الدنيا....".

بالإضافة إلى تشوهات معرفية مثل:

- المبالغة في التعميم: "محال باه نجيب طفل أو طفلة ونحس روجي كيما كل النساء نحس بلي فاتتي train ".
- الغزو الشخصي: "أنا سباب هذه المشكلة c'est moi le problème ".

▪ التفكير الإكتسابي: مثل: " je peux pas je suis rien أنا والو...".

3. الجانب العلائقي والإجتماعي: الميل للإنطواء والعزلة مثل قولها: " je me sens

"dégouter" كرهت العباد خاصة "les ipocrites" قاويين في وقتنا الحالي دوك أنصيب نَبَقِي وَحَدِي ..."، وهذا لعدم قدرتها على الإنجاب حسب ما نظنه "أحب أن أزوج راجلي حتى تلد له الزوجة الثانية ويهينني هو وماليه الخبثاء.....".

4. الجانب البدني: اضطراب في الأكل والنوم ملاحظة علامات السوء أسفل جفنيها

وكذا جسمها الهزيل نوعا ما، فتور في العلاقة الجنسية مثل قولها: "البنة راحت فكل ما أكله نحس به سامط" "أرقد سويعات قليلة وسرعان ما استيقظ حتى أتمنى ألا يطلع النهار والله بزاف بزاف....." جد مضطربة صرحت بنوع من الحياء قائلة: "كلشي سامط أشعر ببرودة وعدم الرغبة "j'ai perdu l'envie".

5. الجانب الداعي: التردد وانخفاض مستوى النشاط العام مثل قوله: "أصبحت لا أتخذ

أي قرار بدون التفكير فيه مليا بعد أخذ ورد"، "أتعب لأبسط جهد عضلي أقوم به".

ج. التحليل الوظيفي:

➤ الماضي: العملية ليس لديها أي سوابق مرضية عائلية.

- مشاكل تربوية أسرية: "ما عشت حياة stable ديمما les problemes بصح الحمد لله

j'ai souffrés avec ma mère، عمرها ما حسنتي بالحنان وأنها أم وقريبة مني

عكس بابا يحفظه عمره ما حرمني من شيء".

➤ الحالي: بدأت وضعيتها تتأزم بعد مرور السنوات بدون حصول الحمل "أصبحت

أشعر بالقنوط واليأس بعد كل سنة تمضي بدون وقوع الحمل وأن أصبح أم مثل باقي

النساء".

- "راني sa va pas مع راجلي وماليه وهدرت la famille تجرح".

- فقدان المساندة والشعور بتأنيب الضمير.

ثانيا- الفرضيات: من خلال التحليل الوظيفي والتحليل الكمي لقائمة الإكتئاب (لبيك) حيث قُدِّرَ المجموع بـ (20) درجة بمعنى إكتئاب متوسط.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة النَّفسية التالية:

- ✓ تقدير كبير في محاور: التشاؤم / البكاء.
- ✓ تقدير متوسط في محاور: صعوبة التركيز.
- ✓ تقدير معتبر في محاور: فقدان الإستمتاع بالحياة/ نقد الذات ولومها/ الهيجان والإثارة (عدم الإستقرار)/ فقدان الإهتمام أوالإنسحاب الإجتماعي/ التردد في اتخاذ القرارات/ إنعدام القيمة فقدان/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات في نظام النوم/ القابلية للغضب أو الإنزعاج/ تغيرات في الشهية/ الإرهاق أو الإجهاد.
- ✓ تقدير ضعيف في محاور: الفشل السابق/ مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)/ الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/ عدم حب الذات/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية/ فقدان الإهتمام بالجنس.

ثالثا- تقديم المقابلات:

جدول رقم (11): يبيّن سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة الثانية.

العلاجي الهدف	المقابلات	تاريخها	مدتها	تاريخها	المقابلات	تاريخها	مديتها
------------------	-----------	---------	-------	---------	-----------	---------	--------

من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د	2014/09/18 2014/10/02 2014/10/16 2014/10/30 2014/11/13 2014/12/04	المقابلة 09 المقابلة 10 المقابلة 11 المقابلة 12 المقابلة 13 المقابلة 14	التركيز على المعتقدات الوسيطة	من 50 د إلى 60 د	2014/05/29 2014/06/05	المقابلة 1 المقابلة 2	بناء للعلاقة العلاجية والتعاقد العلاجي
من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 و 15 د	2014/12/25 2015/01/18	المقابلة 15 المقابلة 16	انتهاء العلاج	من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 و 15 د	2014/06/19 2014/07/03 2014/07/17 2014/08/03 2014/08/14 2014/09/04	المقابلة 3 المقابلة 4 المقابلة 5 المقابلة 6 المقابلة 7 المقابلة 8	التركيز على الأفكار اللاعقلانية.

رابعاً - القياس البعدي: تم تقديم قائمة بيك الثانية للإكتئاب (BDI-II) للحالة كقياس بعدي لتقدير درجة الأعراض الإكتئابية بعد مرور مدة شهر على آخر جلسة علاجية في البرنامج العلاجي المقترح، وذلك لتقييم فاعلية هذا المساهمة العلاجية حيث قُدِّرَ المجموع بـ (08) درجة بمعنى لا يوجد تصنيف لإكتئاب معين.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة النَّفسية التالية:

- ✓ تقدير كبير في محاور: خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير متوسط في محاور: مشاعر الإثم (تأنيب الضمير).
- ✓ تقدير معتبر في محاور: الحزن/ الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات في نظام النوم/ صعوبة التركيز/ الإرهاق أو الإجهاد.

✓ **تقدير ضعيف في محاور:** التشاؤم/ الفشل السابق/ فقدان الإستمتاع بالحياة/عدم حبّ الذات/ نقد الذات ولومها/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية/ البكاء/ الهيجان والإثارة (عدم الإستقرار)/ فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي/ التردد في اتخاذ القرارات/ إنعدام القيمة فقدان/ القابلية للغضب أو الإنزعاج/ تغيرات في الشهية/ فقدان الإهتمام بالجنس.

الحالة الثالثة:

أولاً- **تقديم الحالة:** الحالة (م.ن) ذكر يبلغ من العمر (30) سنة متزوج منذ حوالي (4) سنوات له مستوى دراسي ثانوي نهائي، منحدر من أسرة غنية يعمل ويُسيّر شركة مقاولات خاصّة به منذ حوالي (5) سنوات، يعيش ببيت مستقل واسع يتكوّن من طابقين، متزوج من امرأة تصغره بحوالي (6) سنوات ذات مستوى أكاديمي جامعي كما تعمل في أحد الإدارات، مرتبته داخل الأسرة الثالث بين ثلاثة إخوة ذكور وأخت واحدة.

أهم ما جاء في التاريخ النفسي والإجتماعي للحالة:

أ. **دافع الإستشارة:** تقدم الحالة للفحص العيادي بناء على توجيه من أحد المشاركين في هذا البرنامج العلاجي المقترح بهدف التحسن من حالة الإضطراب المزاجي الذي يعاني منه منذ فترة عامين تقريبا.

- **خلال الحصة الأولى** الإتصال به كان سهلا عن طريق أحد المعارف وقدمت إشكاليته الشخصية على أساس الأعراض التالية:

الإنقباض والضيق وخاصة في أوقات الصباح الباكر و البكاء، نقص الإهتمامات والعجز، اضطراب في العلاقات الإجتماعية خاصة بالمحيطين به وميل للإنعزال، زيادة الوزن وإضطرابات في النوم والشهية، الحساسية المفرطة من كلام الآخرين، ضعف التركيز والانتباه، اللامبالاة في الرغبة الجنسية، الشعور بعدم الكفاءة.

ب. **الإستعداد والسلوك العام:** شكله المورفولوجي ذا نمط جسمي مكتنز يميل للسمنة، وبقامة قصيرة ذا بشرة سمراء وعينان بنيتان وشعر أسود، وذا هندام نظيف ومتناسق ومهتم بأناقة مظهره وتسريحة شعره، يفضل الألوان الداكنة خاصة الأسود، أمّا الإتصال به كان سهلا، يستخدم لغة مفهومة سهلة و بسيطة يستخدم الجانب الغير اللغوي كثيرا وخاصة اليدين، كما أنّه لا يحافظ على وضعية جلوس ثابتة.

ت. **التاريخ الشخصي:** لقد عاش الحالة طفولة عادية، وتدرّج في أطوارها التعليمية حتى انتهى بها المطاف في مستوى دراسي ثانوي نهائي، وبعدها عمد على العمل مع والده في مقولة البناء الخاصة به لمدة (08) سنوات، وبعدها أسس شركة للمقولة خاصة به.

ث. **التاريخ الأسري:** كل من الوالدين على قيد الحياة، فالأب يعمل كمقاول في مجال البناء، والأم مائكة بالبيت وكلاهما بصحة جيّدة، وصرّح الحالة بأنّه كانت تربطه بهما علاقة جيّدة منذ الصغر إلى يومنا هذا، حيث يبادلهم الحبّ والتقدير إلى يومنا هذا، حيث نشأ في مناخ أسري يتّسم بنوع من الدّفء والعطف والتّعاون مع جميع أفراد الأسرة كلّهم، وكان مقرّبا من أمّه وأبيه كثيرا وكذا أخته الكبرى والأخ الأصغر الذين

لا زالت تربطها بهما علاقة قوية جدًا، ولم يشر إلى أي نوع من الأمراض كان يعاني منها أفراد أسرته.

لاحظنا أنّ العميل يعاني من أعراض في الجوانب التالية:

1. الجانب الوجداني والعاطفي: الشعور بالضيق والإنقباض نوبات البكاء و الدموع

فقدان الإستمتاع بمباهج الحياة، الهيجان والغضب مثل قوله: "نحس بالغمّة والضّيقة في الصباح البكري وفي العشيّة انحس بليّ كليّ حاجة قَبْضَ صدري وانحس بالقلق"، "شي مرات نبكي و تدمع عيني وحدها ... ما نعرفش علاه راني نبكي.."، "مليت كل شيء أصبح لا يفرحني ولا أشعر بالسعادة"، "راني وحدي نتترفا على والوا ودوك كاش واحد يقولي حاجة ما تعجبنيش ندبزه"

2. الجانب المعرفي: التفكير السلبي نحو المستقبل والتشاؤم و مشاعر الإثم و لوم الذات

ونقص الإنتباه والتركيز مثل قوله: "لا أظنّ أنّ الأمور سوف تتحسن عندي كل شيء ولى flou"، "ألوم نفسي على بزاف صوالح ما درتهمش"، "أنا سباب مشاكلها كلها أنا لوم روحي على كل شيء"، "أصبحت مشوش ننسى ما نركزش مع صوالحي j'oublie les choses je ne consente plus

3. الجانب العلائقي والإجتماعي: الإنطواء والعزلة: " j'aime bien resté seul

sole" دوك نصيب نقعد وحدي مع راسي خير من الغاشي الراشي"، "الحساسية: متوتر من حركاته لليد وكذا العينين والكلام الغاضب وأيضا قوله: "نكره هدرت البعككين "des epocrites" ما يوزنوش كلامهم غير يقايصوا"

4. الجانب البدني: إضطرابات النوم والأكل: بنية مورفولوجية هزيلة سواد أسفل الجفون

العين ومظاهر التعب بادية على وجهه j'ai devenus mange parce que je ne mange pas ، la taille درت je souffre de l'insomnie ، كل يوم نرقد ونوض بين خمس مرات إلى أكثر في الليل". التعب والإرهاق: أصبحت عيان fatigué منجمش حتى ندير un petit excercice

5. الجانب الدافعي: التردد وانخفاض مستوى النشاط العام مثل قوله: "أصبحت لا أتخذ

أي قرار بدون التفكير فيه مليًا تبعد أخذ ورد"، "أتعب لأبسط جهد عضلي أقوم به".

ج. التحليل الوظيفي: قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (secca) بحيث تم التحليل

الماضي والحالي لسلوك مشكل العميل.

➤ تحليل الماضي: العميل ليس لديه سوابق مرضية عائلية فيما يخص سواء العقم ولا

الحالات الإكتئابية، وهو حاليا يتابع علاجه حول مسألة العقم تحت إشراف مختص

أمراض النساء والتوليد، كما أصبح يعاني من حالة مزاجية منذ العام الثاني من فترة

الزواج وضغط بسبب تفكيره لا منقطع حول الخلفة.

➤ التحليل الحالي: وضعيته النفسية المزاجية بدأت في التآزم بعد فترة من الزواج أصبح

يميل للعزلة واضطراب علاقته بالآخرين وهذا بعد شعوره بفقدان الثقة ومصادر

المساندة الإجتماعية في جانبها المعنوي وأصبحت أفكاره تميل للسلبية واللاعقلانية

لذواتهم ومستقبلهم.

➤ التحليل المستقبلي: أفكار تشاؤمية للمستقبل.

ثانيا- الفرضيات: من خلال التحليل الوظيفي والتحليل الكمي لقائمة الإكتئاب (لبيك)

حيث قُدِّرَ المجموع بـ (27) درجة بمعنى إكتئاب متوسط.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة النَّفسية التالية:

✓ تقدير كبير في محاور: تغيرات في نظام النوم.

✓ تقدير متوسط في محاور: الحزن/ التشاؤم/ نقد الذات ولومها/ التردد في اتخاذ

القرارات/ إنعدام القيمة فقدان/ فقدان الطاقة على العمل/ فقدان الإهتمام بالجنس..

✓ تقدير معتبر في محاور: الفشل السابق/ فقدان الإستمتاع بالحياة/ مشاعر الإثم (تأنيب

الضمير)/عدم حب الذات/البكاء/ الهيجان والإثارة(عدم الإستقرار)/ فقدان الإهتمام

أو الإنسحاب الإجتماعي/ تغيرات في الشهية/ صعوبة التركيز/ الإرهاق أو الإجهاد.

✓ تقدير ضعيف في محاور: / الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/ الأفكار أو الرغبات
الإنتهارية/ القابلية للغضب أو الإنزعاج.

ثالثا - تقديم المقابلات:

جدول رقم (12): يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة الثالثة.

الهدف العلاجي	المقابلات	تاريخها	مدتها	الهدف العلاجي	المقابلات	تاريخها	مدتها
بناء للعلاقة العلاجية والتعاقد العلاجي	المقابلة 1	2014-05-30	من 50 د إلى 60 د	التكيز على المعتقدات الوسيطية	المقابلة 09	2014-09-19	من 50 د إلى 60 د
	المقابلة 2	2014-06-06			المقابلة 10	2014-10-03	
					المقابلة 11	2014-10-17	
					المقابلة 12	2014-10-31	
					المقابلة 13	2014-11-14	
					المقابلة 14	2014-12-05	

من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د	2014-12-16	المقابلة 15	انتهاء العلاج	من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د	2014-06-20	المقابلة 3	التركيز على الأفكار اللاعقلانية.
	2015-01-19	المقابلة 16			2014-07-04	المقابلة 4	
			2014-07-18	المقابلة 5			
			2014-08-04	المقابلة 6			
			2014-08-15	المقابلة 7			
			2014-09-05	المقابلة 8			

رابعاً - القياس البعدي: تمّ تقديم قائمة بيك الثانية للإكتئاب (BDI-II) للحالة كقياس بعدي لتقدير درجة الأعراض الإكتئابية بعد مرور مدّة شهر على آخر جلسة علاجية في البرنامج العلاجي المقترح، وذلك لتقييم فاعلية هذا المساهمة العلاجية حيث قُدِّرَ المجموع بـ (10) درجة بمعنى إكتئاب بسيط.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة التّفسية التالية:

- ✓ تقدير كبير في محاور: خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير متوسط في محاور: أيضا خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير معتبر في محاور: نقد الذات ولومها/ البكاء/ فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي/ التردد في اتخاذ القرارات/ إنعدام القيمة/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات في نظام النوم/ تغيّرات في الشّهية/ الإرهاق أو الإجهاد/ فقدان الإهتمام بالجنس.
- ✓ تقدير ضعيف في محاور: الحزن/ التشاؤم/ الفشل السابق/ فقدان الإستمتاع بالحياة/ مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)/ الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/ عدم حب الذات/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية/ الهيجان والإثارة(عدم الإستقرار)/القابلية للغضب أو الإنزعاج/ صعوبة التركيز.

الحالة الرابعة:

أولاً- تقديم الحالة: يتعلّق الأمر بالسيد (ع.ن) يبلغ من العمر (35) سنة متزوِّج منذ حوالي (05) سنوات من زوجة مأكثة في البيت تصغره بحوالي (08) سنوات ذات مستوى دراسي ثانوي، وهو ذو مستوى دراسي جامعي يحمل شهادة الليسانس في الحقوق + شهادة المُحامات ويعمل كمحامي الدفاع لدى المحكمة، يعيشان في بيت مستقل فيلا صغيرة، حالته المادية لا بأس بها.

أهم ما جاء في التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

أ. دافع الإستشارة النفسية: تقدم لطلب المساعدة والإستشارة النفسية على إثر إحالة من طرف الطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد للمختص ممارس معالج نفسي لغرض تحسين الحالة المزاجية النفسية المصاحبة للعقم.

- خلال الحصة الأولى كان الإتصال بالحالة ع.ن فيه نوع من السهولة والقابلية فكان يعبر وينشد حاجته للخروج من حالته المزاجية التي تورقه كما وصفها في الأعراض الآتية شعور بالغم والهم في الصباح والمساء ملازم وحزن دائم مع تناقض تدريجي بتمتع

بمباهج الحياة اليومية، ميل للإنعزال عن المجتمع وحب الوحدة وتغيير المكان، كثرة النسيان وضعف التركيز في شيء معين الشعور بالضعف والتعب وقلة النشاط إضطرابات في النوم والشهية كره الذات ولومها نقص القدرة والرغبة الجنسية نظرة سوداوية للحاضر والمستقبل نرفزة.

ب. **الإستعداد والسلوك العام:** ذا بنية جسدية متوسطة، وبشرة بيضاء، صاحب مظهر جميل، لذيه عينان بنيتان وشعر أسود، لباسه أنيق ويميل للألوان الداكنة في غالب الأحيان، ذا لغة شفوية سهلة وبسيطة ومعبرة مسترسل في خطابه التواصلية أثناء الحديث، كما يستخدم لغته غير اللفظية بكثرة.

- **التاريخ الشخصي:** لقد عاش الحالة طفولة شبه عادية، وتدرّج في أطواره التعليمية حتى انتهى بها المطاف بنيل شهادة الحقوق ثم بعدها شهادة المُحامات وهو الآن يعمل كمحامي للدّفاع لدى المحاكم القضائية منذ حوالي (10) سنوات، لم يعاني من أيّ مرض من قبل فقط من بعض الأعراض الناتجة من ضغوط العمل.

- سوابق مرضية: لا زال تحت المتابعة العلاجية للطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد.

ت. **التاريخ الأسري:** ترتيبه الأسري الرابع في الترتيب السلمي للإخوة بين ثلاث إخوة ذكور وأختان ترعرع في وسط أسري لا بأس به ماديا وإجتماعيا، كل من الوالدين على قيد الحياة، فالأب كان يعمل في السلك القضائي والآن هو متقاعد، والأم مائكة بالبيت وكلاهما يتمتّع بصحة جيّدة، و وصف الحالة العلاقة البينية مع واليه بأنّها كانت تربطه بهما علاقة جيّدة منذ الصّغر إلى يومنا هذا، حيث يبادلهم أخلص الإحترام والحبّ و التقدير إلى غاية يومنا هذا، حيث نشأ في مناخ أسري يتّسم بنوع من الدّفء والعطف و التّعاون مع جميع أفراد الأسرة كلّهم، وكان مقرّبا من أمّه وأبيه كثيرا وكذا أخته الكبرى والأخ الأصغر الذين لازالت تربطها بهما علاقة قويّة جدّا، و يُشر الأمراض كان يعاني منها أفراد أسرته حيث لا توجد حالات مماثلة في الأسرة

من جانب الإصابة بالعمم أما الحالات المزاجية فقد عانت الأم بمثل هذه الأعراض في فترة قبل زواج الإبن وكذا العمّة.

لاحظنا أنّ العميل يعاني من أعراض في الجوانب التالية:

1. الجانب الوجداني والعاطفي: دائما متضايق والشعور بالإنقباض وخاصة في أوقات الصباح وبعد العصر والإفراط في الحساسية ونوبات الغضب المتكرر مثل قوله: "أشعر بضيق في صدري كأنّ شيء وُضِعَ فوقَ صَدْرِي"... "كلّ صباح عندما أستيقظُ أشعرُ بالحزنِ والضيقِ كأنّي أريد أن أبكي وكذلك في المساء بعد العصر"، "في بعض الأحيان تدمعُ عَيْنَايَ ولا أعرف لماذا كان ذلك؟"، "أصبحت أغضب من الرّيح انْحَبَ دُوْكََا واحد ما ايكلمنيش" "في بعض الأحيان أغضب بسرعة و je reagi وأسبُ ومن بعد ذلك أندم لأنه ليس هناك شيءٌ يَسْتَاهلُ ذَلِكَ".

2. الجانب المعرفي: التشاؤم لجانب الرؤية المستقبلية ومشاعر تأنيب الضمير وانخفاض قيمة الذات ولومها مثل قوله: "je suis rien a rien"، "est que je me exciste ماندنش عندي قيمة في عين الناس"، "كرهت نفسي أَنَحَسُ أَنِّي demis راجل"، "normal أنا est ce que"، "لا أستطيع أن أفهم نفسي +++ est ce que أنا fautif" "ما أظن أن شيء جديد سوف يجري في المستقبل ++ محال محال" الله صبرنا على لجاي je pense pas qu'il gaura un changement en avenir".

بالإضافة إلى تشوهات معرفية مثل:

▪ **التعميم:** مبالغة في التعميم مثل: كل شيء كرهته قاع الناس خبثاء " déjà c'est "finie".

▪ **العزو:** في "c'est moi la cause" ظني كبير أنه معمول لي عمل شرير لكي لا أنجب "هم سباب ضري وعممي".

▪ **التفكير الإكتسابي:** "يأست... كرهت... محال... je pense pas ...".

3. **الجانب العلائقي والإجتماعي:** لديه ميل للعزلة وصعوبة العلاقات الإجتماعية "راني

نحب نقعد وحدي لدرجة أصبحت أكره خدمتي فيها الفوضة بزاف je me sens abise tout seul "راني نحب نبعد نساfer غير باش منكرهش" نحس بالناس بعاد عن فهمي والإحساس بمعناتي بل بعضهم لا يبالي بي أو أكثر".

4. **الجانب البدني:** اضطراب على مستوى النوم و الشهية وانخفاض النشاط الجنسي كما

يظهر عليه ملامح التعب والإرهاق على وجهه "أصبحت لا أنام إلا قليلا وغالبا ما أنام بضعة ساعات متقطعة"، "الرقاد راه عندي من الكماليات"، "قلت عندي شهية الطعم... نأكل فقط أشياء خفيفة وانحب القهوة أبراس"، "لا أجد رغبة في الجماع إلا عندما تطلب مني زوجتي ذلك بإلحاح وسرعان ما أكره وأتوقف رغم إلحاح زوجتي والمطالبة بتكرار ذلك..".

5. **الجانب الدافعي:** التردد وانخفاض مستوى النشاط العام الإحساس بالإرهاق والتعب

مثل قوله: "أصبحت لا أتخذ أي قرار بدون التفكير فيه مليا إلى بعد أخذ ورد لعدة مرات"، "أتعب لأبسط جهد عضلي أقوم به"، "أشعر دائما بالتعب والعياء".

ث. **التحليل الوظيفي:** قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (secca) بحيث تم التحليل

الماضي والحالي لسلوك مشكل العميل.

➤ **تحليل الماضي:** العميل لديه سوابق مرضية عائلية عانة من حالات مزاجية متفاوتة

مثل الأم والعمّة لقد تعرض العميل منذ ما يقارب (5) سنوات إلى الدخول التدريجي في دوامة حالة مزاجية متقلبة مع بعض الأعراض الفيزيولوجية والبدنية وهذا بعد محاولات الإنجاب لسنوات وتأخر ذلك رغم لجوئه للعلاج والمتابعة العلاجية عند المختصين هو وزوجته وكذا العلاج الطبيعي النباتي.

➤ **التحليل الحالي:** ومنذ أن أدرك صعوبة الإنجاب وعدم قدرته في الوقت الراهن أصبح

يعاني من الأعراض التي أشار لها سابقا، فتأزمت حالته المزاجية وتطوّرت بعد إضمحلال كل المجهودات المبذولة و المحاولات المتكررة للإنجاب بمرور السنين.

- الشعور بالعجز وعدم الكفاءة زادت من معاناته اليومية وفقدان السند المعنوي من الوسط العائلي والمقربين وكثرة سؤالهم بـ "ما زال" "هل ذهبت عند...". "قاع الناس جاب لهم ربي"... إلخ.

ثانياً - الفرضيات: من خلال التحليل الوظيفي وإستبانة الإكتئاب "البيك" "beck" قدر مجموع الدرجات فيه بحوالي (27) درجة بمعنى إكتئاب شديد.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصفحة النفسية التالية:

✓ تقدير كبير في محاور: التشاؤم.

✓ تقدير متوسط في محاور: الحزن/ فقدان الإستمتاع بالحياة / عدم حب الذات/ فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات في نظام النوم/ صعوبة التركيز/ فقدان الإهتمام بالجنس.

✓ تقدير معتبر في محاور: مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)/ نقد الذات ولومها/ البكاء/ الهيجان والإثارة(عدم الإستقرار)/القابلية للغضب أو الإنزعاج/ تغيرات في الشهية/الإرهاق أو الإجهاد.

✓ تقدير ضعيف في محاور: الفشل السابق / الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية/ التردد في اتخاذ القرارات/ إنعدام القيمة فقدان.

ثالثاً - تقديم المقابلات:

جدول رقم (13): يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة الرابعة.

العلاجي	الهدف	المقابلات	تاريخها	مدتها	العلاجي	المقابلات	تاريخها
العلاجي	الهدف	المقابلات	تاريخها	مدتها	العلاجي	المقابلات	تاريخها

من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د	2014-09-19 2014-10-03 2014-10-17 2014-10-31 2014-11-14 2014-12-05	المقابلة 09 المقابلة 10 المقابلة 11 المقابلة 12 المقابلة 13 المقابلة 14	التركيز على المعتقدات الوسيطة	من 50 د إلى 60 د	2014-05-30 2014-06-06	المقابلة 1 المقابلة 2	بناء للعلاقة العلاجية والتعاقد العلاجي
من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د و 15 د	2014-12-16 2015-01-19	المقابلة 15 المقابلة 16	إنهاء العلاج	من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د و 15 د	2014-06-20 2014-07-04 2014-07-18 2014-08-04 2014-08-15 2014-09-05	المقابلة 3 المقابلة 4 المقابلة 5 المقابلة 6 المقابلة 7 المقابلة 8	التركيز على الأفكار اللاعقلانية.

رابعاً - القياس البعدي: تمّ تقديم قائمة بيك الثانية للإكتئاب (BDI-II) للحالة كقياس بعدي لتقدير درجة الأعراض الإكتئابية بعد مرور مدة شهر على آخر جلسة علاجية في البرنامج العلاجي المقترح، وذلك لتقييم فاعلية هذا المساهمة العلاجية حيث فُذّر المجموع بـ (11) درجة بمعنى إكتئاب بسيط.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة التّفسية التالية:

- ✓ تقدير كبير في محاور: خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير متوسط في محاور: أيضا خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير معتبر في محاور: فقدان الإستمتاع بالحياة/ عدم حب الذات/ البكاء/ فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي/ التردد في اتخاذ القرارات/ فقدان الطاقة على

العمل/ تغيرات في نظام النوم/ نقد الذات ولومها/ تغيرات في الشهية/ صعوبة التركيز/ الإرهاق أو الإجهاد/ فقدان الإهتمام بالجنس.

✓ تقدير ضعيف في محاور: الحزن/ التشاؤم/ الفشل السابق/ مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)/الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية/ الهيجان والإثارة(عدم الإستقرار)/إنعدام القيمة فقدان/القابلية للغضب أو الإنزعاج.

الحالة الخامسة:

أولاً- تقديم الحالة: الحالة (ه.آ) الجنس أنثى تبلغ من العمر (30) سنة، متزوجة منذ حوالي (05) سنوات من زوج يكبرها بخمس سنوات يعمل موظف كإداري بأحد المؤسسات الإدارية راتبه المادي حسن، يعيشان في شقة من ثلاثة غرف بأحد العمارات، الحالة حاصلة على شهادة جامعية و عاملة بمؤسسة البريد والمواصلات كإطار في الشركة وتتمتع بجانب مادي جدٌ حسن.

أهم ما جاء في الحالة التاريخ النفسي والإجتماعي للحالة:

أ. دافع الإستشارة النفسية: تقدمت الحالة للبرنامج العلاجي بعد إحالتها إلينا من قبل أحد المختصين النفسيين.

خلال الحصّة الأولى إتسم اللقاء الأول مع الحالة بجانب من السهولة مع بعض التّحفظ، فكانت تريد معرفة فعالية هذا البرنامج التي سوف تشارك فيه، كما عبرت عن مجموعة من الأعراض التي تعاني منها مثل:

مشاعر الحزن والضيق والغم، ومزاج أكثر سوءاً في الصباح، البكاء والدموع في كثير من الأوقات، ميل للوحدة و النفور من العلاقات الإجتماعية، وعدم الرضا والشعور بعدم القيمة وبالقصور والتوتر ونوبات الغضب، الإرهاق والتعب، التردد بطء التفكير وساوس إضطراب في النوم والأكل، ونقص الرغبة الجنسيّة.

ب. الإستعداد والسلوك العام: ذات بنية مورفولوجية متوسطة، بيضاء البشرة، جميلة المظهر، لديها عينان بنيتان وشعر ذهبي (كما صرحت هي)، لباسها أنيق وتميل للألوان الداكنة في غالب الأحيان، ذات لغة شفوية سهلة وبسيطة ومعبّرة مسترسلة في خطابها التواصلية أثناء الحديث، كما تستخدم لغتها غير اللفظية بكثرة.

ت. التاريخ الشخصي: لقد عاشت الحالة طفولة جدّ عادية، حيث تدرّج في أطوارها التعليمية بدون مشاكل حتى انتهى بها المطاف بنيل شهادة التسيير من المدرسة العليا للإدارة ثمّ بعد سنة من التّخرج توظفت بقطاع الإتصالات إذ تعمل هناك منذ حوالي (06) سنوات، لم تعاني الحالة من أيّ مرض من قبل سواء عضوي كان أو نفسي.

ث. التاريخ الأسري: ترتيبها الثاني بين أربعة إخوة بنتان وأخ ولدت في أسرة ميسورة الحال ماديا وفي مسكن واسع و كلا الوالدين على قيد الحياة، فالأب كانت لديه مخبزة في الماضي أمّا الآن فهو يدير شركة للتموين السلع الغذائية، والأم مائكة بالبيت وكلاهما يتمتع بصحة جيّدة، و وصفت الحالة العلاقة البينية مع والديها بأنّها كانت تربطها بهما علاقة حسنة منذ الصّغر إلى غاية اليوم هذا، حيث تبادلتهما الإحترام والحبّ و التقدير، حيث نشأت في مناخ أسري يتّسم بنوع من الدّفء والعطف و التّعاون بين جميع أفراد الأسرة، وكانت مقرّبة من والديها كثيرا وكذا جميع أخوتها الذين لازالت تربطها بهما علاقة قويّة جدّاء، التاريخ الصّحي الخاص لا تعاني الحالة من أمراض مزمنة ولم تجرّ أيّ عملية جراحية ولم تعاني من أيّ اضطراب نفسي قبل هذه الأعراض التي تشكوا منها، ولا توجد سوابق مرضية أسرية في كلا الأسرتين فقط السّكري عند أحد أقارب الزّوج.

لاحظنا أنّ العميل يعاني من أعراض في الجوانب التالية:

1. الجانب الوجداني والعاطفي: نوبات البكاء والدّموع مع مشاعر الضيق والحزن في أوقات الصباح دائما مثل قولها: "أبكي دائما وأدمع عندما أكون وحدي أو مع أحد

أثقتُ فيه خاصةً إذا تناولنا الحديث حول مشكلتي"، " غالبًا ما أفرح وأمرح حتى وإن كنت متواجدة في الأفراح أشعر بالضيق والحزن وأكره غير لوحي +++ ولا أدري لماذا؟".

2. الجانب المعرفي: ضعف التركيز وقلة الإنتباه وساوس، ونقص القدرة على إتخاذ القرارات في وقتها مؤشر وملاح إنخفاض تقدير الذات ومشاعر الذنب والكراهية لذاتها مثل قولها: "أصبحت لا أركز في شيء لمدةٍ طويلة ++ دائماً ساهية أفكر في المستقبل والولد" "تُرودني أفكار عن الإنجاب"، "أتردد لأبسط الأمور التي لا تحتاج لتفكير معمق"، و يظهر في كلامها ملامح القنوط والجزع واليأس ممّا هو قادم مثل: " je pense pas " أنولي أم ++"، "c'est trop tard" "ماندُنش مَانْدُنش +++ الله أعلم"، "قاع النسا جابلهم ربي غير أنا" نحس روجي مش مرا بلا طفل"، " est ce que moi le coupable" علاه أنا أتحمل المسؤولية".

3. الجانب العائلي والإجتماعي: تميل للإنطواء والإنسحاب والإبتعاد عن العلاقات الإجتماعية، والتهيج والحساسية المفرطة وخاصة أثناء الإحتكاك المباشر مع الآخرين وخاصة مع الزوج مثل قولها: "je me sens bien tout seul" " je veux être seul" وليت نضايق من الغاشي حتى لنعرفهم وكذا الأهل "دوك نصيب نقعد غير لوحي مع راسي ++ ولا هؤلاء المرضى "les epocrite"، "راني خُفيّ ننتلق ونزحف لأنقه الأشياء"، "دوك نفهم من كلام النَّاس أنهم يعلقون عليّ انسبهم وانديرلهم حالة" "j'ai devenus sencible"، " على حاجة de rien du tous ندابز مع زوجي".

4. الجانب البدني: إضطرابات في النوم والشهية وضعف وتذبذب الرغبة الجنسية مع الزوج مثا قولها: "لا أكل إلا قليلا ولا أشعر بالجوع معظم الوقت" "نومي مُتقطع وإذا ما أفقت لا أستطيع العودة للنوم إلا بعد فترة زمنية محددة"، "أصبحت دائماً fatigué ولا أجد روجي راغبة في الممارسة" "نكره من début نصيب غير وانتا يُوخز زوجي".

5. **الجانب الدافعي:** عدم القدرة على بذل أي مجهود والإحساس الدائم بالإرهاق وسرعة التعب مثل قولها: "انحس روحي دائما عيانة بلا من دبر أي جهد ولا خدمة معينة"، "أشعر دائما بالتعب والعياء".

ج. **التحليل الوظيفي:** قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (secca) بحيث تم التحليل الماضي والحالي لسلوك مشكل العميل.

➤ **تحليل الماضي:** العملية لديها سوابق مرضية عائلية تعاني من العقم وهي الخالة وكذا حالات الإضطرابات النفسية وخاصة الأخت الأصغر.

- كانت بداية ظهور الأعراض المزاجية عند العميلة بعد إنقضاء سنة من الزواج متمثلة في الحزن والغم وفقدان الإبتسامة والضحك والقلق ثم تدريجيا فقدان الوزن وإضطراب في النوم ثم توالى الأعراض الواحدة تلو الأخرى وخاصة بعد المحاولات العديدة للإنجاب والعلاج المتكرر، ومنذ حوالي أربعة سنوات بعد ظهور أول ملامح تأخر الإنجاب بدأت تعاني من الأعراض.

➤ **التحليل الحالي:** تطورت الأعراض المزاجية بمرور الوقت بعد الفشل المتكرر في محاولات الإنجاب وعدم فعالية أيّ للعلاجات المتبعة، الشعور بالنقص والكفاءة وتناقص الإستمتاع بمباهج الحياة تكوين الأفكار السلبية لذواتهم ومستقبلهم الإنسحاب الإجتماعي.

ثانيا- **الفرضيات:** من خلال التحليل الوظيفي وإستبانة الإكتئاب "البيك" "beck" قدر مجموع الدرجات فيه بحوالي (29) درجة بمعنى إكتئاب شديد.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصفحة النفسية التالية :

✓ **تقدير كبير في محاور: البكاء.**

✓ **تقدير متوسط في محاور: الحزن/التشاؤم/ عدم حب الذات/ فقدان الإهتمام**

أوالإنسحاب الإجتماعي/ التردد في اتخاذ القرارات/ إنعدام القيمة فقدان/ فقدان الطاقة

على العمل/ تغيرات في نظام النوم/ صعوبة التركيز/ فقدان الإهتمام بالجنس.

✓ تقدير معتبر في محاور: فقدان الإستمتاع بالحياة / مشاعر الإثم (تأنيب الضمير) / نقد الذات ولومها/الهيجان والإثارة (عدم الإستقرار) /القابلية للغضب أو الإنزعاج/ تغيرات في الشهية/الإرهاق أو الإجهاد.

✓ تقدير ضعيف في محاور: الفشل السابق / الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية.

رابعا - تقديم المقابلات:

جدول رقم (14): يبين سيرورة المقابلات العلاجية الحالة الخامسة.

الهدف العلاجي	المقابلات	تاريخها	مدتها	الهدف العلاجي	المقابلات	تاريخها	مدتها
بناء للعلاقة العلاجية والتعاقد العلاجي	المقابلة 1	2014-05-31	من 50 د إلى 60 د	التركيز على المعتقدات الوسيطية	المقابلة 09	2014-09-20	من 50 د إلى 60 د غاية 1 أسا
	المقابلة 2	2014-06-07			المقابلة 10	2014-10-04	
					المقابلة 11	2014-10-18	
					المقابلة 12	2014-10-01	
					المقابلة 13	2014-11-15	
					المقابلة 14	2014-12-06	
التركيز على الأفكار اللاعقلانية.	المقابلة 3	2014-06-21	من 50 د إلى 60 د غاية 1 أسا و 15 د	انتهاء العلاج	المقابلة 15	2014-12-27	من 50 د إلى 60 د إلى غاية 1 أسا و 15 د
	المقابلة 4	2014-07-05			المقابلة 16	2015-01-21	
	المقابلة 5	2014-07-19					
	المقابلة 6	2014-08-05					
	المقابلة 7	2014-08-16					
	المقابلة 8	2014-09-06					

رابعاً - القياس البعدي: تمّ تقديم قائمة بيك الثانية للإكتئاب (BDI-II) للحالة كقياس بعدي لتقدير درجة الأعراض الإكتئابية بعد مرور مدّة شهر على آخر جلسة علاجية في البرنامج العلاجي المقترح، وذلك لتقييم فاعلية هذا المساهمة العلاجية حيث قدر المجموع بـ (12) درجة بمعنى إكتئاب بسيط.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة التّفسية التالية:

- ✓ تقدير كبير في محاور: خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير متوسط في محاور: أيضا خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير معتبر في محاور: التشاؤم/ مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)/ عدم حب الذات/ البكاء/ فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي/ التردد في اتخاذ القرارات/ إنعدام القيمة/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات في نظام النوم / / تغيرات في الشهية/ صعوبة التركيز/ فقدان الإهتمام بالجنس.
- ✓ تقدير ضعيف في محاور: الحزن/ الفشل السابق/ فقدان الإستمتاع بالحياة/ الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/ نقد الذات ولومها/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية/ الهيجان والإثارة (عدم الإستقرار)/ القابلية للغضب أو الإنزعاج/ الإرهاق أو الإجهاد.

الحالة السادسة:

أولاً- تقديم الحالة : تقدم الحالة المدعو (ب.ج) الجنس ذكر يبلغ من العمر (36) سنة متزوج منذ حوالي (08) سنوات بإمرأة يكبرها بحوالي (09) سنوات زوجة مأكثة في البيت، مستواها الدراسي ثانوي، أمّا من حيث جانبه الأكاديمي فهو متحصّل على شهادة جامعية تخصص مهندس في الإعلام الآلي وكذا شهادة الليسانس في الحقوق، يعمل كرئيس قسم في شركة التأمينات وجانبه المادي لا بأس به كما صرح يسكن في مسكن خاص (حوش) منذ حوالي (04) سنوات،

أ. الدافع الإستشاري: تقدم الحالة للفحص العيادي بناء على توجيه من أحد المشاركين في هذا البرنامج العلاجي المقترح بهدف التحسن من حالة الإضطراب المزاجي الذي يعاني منه منذ أربعة سنوات تقريبا، فالحالة يعاني من تأخّر الإنجاب ومن أعراض نفسية مزاجية مصاحبة لحالته العضوية.

- **خلال الحصة الأولى** إرتسم على أول لقاء طابع الجدية والإهتمام من قبل العميل حيث أبدى نوع من الإهتمام والمبالاة نحو التقدم لهذا البرنامج العلاجي أملا فيه التحسن من حالة المزاجية، حيث تقدم بهذه الأعراض التالية:

- حزن وانقباض وقلق في أوقات محدّدة.
- إضطراب في النوم والشهية وفقدان الوزن.
- إرهاق مستمر وفقدان القدرة على فعل أشياء مهمة وتأخيرها.
- صعوبة التركيز وبطء التفكير والإجتراح في الأفكار معينة.
- نقص القدرة الجنسية.
- إضطراب في العلاقات البينية.

ب. الإستعداد و السلوك العام: الجانب المورفولوجي الظاهري للحالة يتصف ببنية قوية، وقامة طويلة وشعر أسود وعينان سوداوان لباسه عادي يميل للون الأسود والبني القاتم كما لاحظنا عليه بأنّه يهتم بجانب أناقة ملبسه وتسريحة شعره وجماله الخارجي، تواصله معنا كان سهلا و سلسا، يستخدم لغة واضحة وبسيطة وقليل ما يستخدم لغته غير اللفظية.

ت. التاريخ الشخصي: لقد عاش الحالة طفولة عادية، حيث تدرّج في أطواره التعليمية الثلاث بدون مشاكل ثم التحق بعدها بالجامعة ليحصل في الأخير على شهادة مهندس دولة في الإعلام الآلي و بعدها على شهادة الليسانس في الحقوق ثم بعد سنة ونصف من التّخرج توظف في أحد مؤسسات التأمينات بالقطاع العام إذ يعمل هناك منذ حوالي (10) سنوات، لم تعاني الحالة من أيّ مرض من قبل سواء عضوي كان أو نفسي.

ث. التاريخ الأسري: مرتبته في سلم ترتيب الإخوة يُعدّ الرّابع بين أخ واحد وشقيقتان هما الآن متزوجتان، ترعرع في أسرة ميسورة الحال أب يعمل في سونلغاز كرئيس مكتب وأمّ ممرّضة في المستشفى وعاشوا ببيت واسع منفرد، و كلا من الوالدين على قيد الحياة، فالأب الآن هو متقاعد وكذلك الأم وأيضاً كلاهما بصحة جيّدة، كما وصف الحالة العلاقة البيئية مع والديه بأنّها علاقة جيّدة منذ الصّغر سادها الحبّ والإحترام والتّقدير إلى غاية هذه اللحظة، حيث نشأ وتربى في مناخ أسري يسوده الدّفء والعطف والتّعاون بين جميع أفراد الأسرة، كما يذكر بأنّه كان مقرّبا من والديه كثيرا وكذا سائر أفراد الأسرة الذين تربطه بهم علاقة جيدة، و لدى العائلة سوابق فيما يتعلق بالحالات المزاجية كالأم وأيضاً أخته الكبرى، ولا توجد حالات مماثلة في الأسرة من جانب الإصابة بالعقم.

لاحظنا أنّ العميل يعاني من أعراض في الجوانب التالية:

1. الجانب الوجداني والعاطفي: حزن دائم مع إنقباض وقلق في أوقات الصباح والمساء قبل مغيب الشمس، فقدان الابتسامة والضحك التهيج والحساسية الزائدة، مشاعر الإضطهاد مثل قوله: "ca tourne mal" "دايمن كاره ++ مديقوتي" "صباح الله نفظن كاره نبغي مانفطنش"، "راني نخاف من وقت العصر كجي ++ نتبدل قاع نترون"، "Je pleure des foix"، "قليل وما نضحك ولا نفرح مهما كان الأمر

مضحك أو مسلي"، "بزاف j'ai devenus nerveux" نتترفا pour rien du tous"، "نحس كلي الآخرين ils me provoque".

2. **الجانب المعرفي:** ضبابية الرؤية المستقبلية والتشاؤم وبطء في التركيز والانتباه التردد صعوبة إدراك الوقت وانخفاض قيمة الذات مثل: "كرهت رفعت العلام" "بزاف مليت من الدوى، الطبيب، الراقي، الشكيل قاع ما درولي والوا" "مبعد لبقيت هكذا السماء طاحت"، "تفكيري أصبح مشوش ونخمم بـ ralenter"، "نسها بزاف حتى قالولي ذلك"، "انخمم في المستقبل في الولد في الزواج +++ في بزاف صوالح"، "أتردد في إتخاذ القرارات لبغا شيء ما يستهلش التخمام والتفكير"، "نحس روحي مبلوكي" هل رجل بدون ولد عندوا قيمة "je me sens coupable de ca" "الناس يجرحوك بكلام يحسسوك بأنك لا شيء ولست رجل ولا كفاً".

بالإضافة إلى التشوهات معرفية مثل:

▪ **التعميم:** "بزاف مثل حالتي ما ولدوش ما جابلهمش ربي".

▪ **العزوة:** "هل أنا ولا كلام الغاشي سباب محنتي".

▪ **التفكير الإكتابي:** "je vieo mon avenir dans l'impasse".

3. **الجانب العلائقي والاجتماعي:** نقص الإهتمام بالآخرين والميل للإنسحاب على الذات وتعكر للعلاقات البيئية وفقدان لمصادر المساندة الإجتماعية المعنوية مثل: "je veux être seul toujours" "j'ai desoin d'être seul" "راني نحب نقعد لوحدي في مكان بعيد على الناس" "قاع الناس لاهية في همها معبلهمش بك خلاص نحرقت ولا طبت" "حتى زوجتي نحس بلي معبلهمش بيا".

4. **الجانب الفيزيولوجي والبدني:** اضطرابات في النوم والشهية و فقدان الإستمتاع بالرغبة الجنسية مع الزوجة وصعوبتها في غالب الأوقات مثل: "راني نرقد بالقطرة" "j'ai l'insomnie" وليت ما ناكل إلا حاجة خفيفة سندويش قاع النهار نشري غير

القهوة براس بزاف"، "أستمتع بدراع ما نحس حتى بنة وخفية نوخر نحس روعي مشي راجل".

5. الجانب الدافعي: فقدان القدرة على العمل والإرهاق دائم مثل: "انحس روعي ديما

عيان تعبان ما نطيق ندير حتى مسمار صغير" "دائم fatigué بالبزاف بالبزاف".

ج. التحليل الوظيفي: قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (secca) بحيث ثم التحليل الماضي والحالي لسلوك مشكل العميل.

➤ التحليل الماضي: لديه سوابق مرضية في الأسرة خاصة الأم والأخت الكبرى أما فيما

يخص العقم فلا ظهور لأثره في كلا الأسرتين، لقد تعرض العميل لما يقارب (05)

سنوات إلى تحول تدريجي في حالته المزاجية المتعكرة وكذا بعض الأعراض الجسدية

والفيزيولوجية الناجمة عن التفكير في تأخر الإنجاب.

➤ التحليل الحالي: تطورت حالته وازدادت ثقافاً أعراضه بين الحدّة والظهور وهذا بعد

إستنفاد الوقت الزمّني دون الحصول الحمل، وكذا حالة اليأس التي أصابته من خلال

المتابعات العلاجية المختلفة.

- مشاكل علائقية: فقدان السند المعنوي من قبل الزوجة وكذا المحيطين به.

ثانياً - الفرضيات: من خلال التحليل الوظيفي وإستبانة الإكتئاب لبيك (beck) حيث قدر

المجموع بـ (24) درجة بمعنى إكتئاب شديد.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة التّفسية التّالية :

✓ تقدير كبير في محاور: نقد الذات ولومها.

✓ تقدير متوسط في محاور: التشاؤم/ فقدان الإستمتاع بالحياة / البكاء.

✓ تقدير معتبر في محاور: الحزن مشاعر الإثم(تأنيب الضمير) عدم حبّ الذات/الهيجان

والإثارة(عدم الإستقرار)/ فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي/ التّردد في اتخاذ

القرارات/ إنعدام القيمة فقدان/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات في نظام

النوم/القابلية للغضب أو الإنزعاج/ تغييرات في الشهية/ صعوبة التركيز/ الإرهاق أو الإجهاد/ فقدان الإهتمام بالجنس.

✓ تقدير ضعيف في محاور: الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/الأفكار أو الرغبات الإنتحارية.

ثالثا - تقديم المقابلات:

جدول رقم (15): يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة السادسة.

الهدف العلاجي	المقابلات	تاريخها	مدتها	الهدف العلاجي	المقابلات	تاريخها	مدتها
بناء للعلاقة العلاجية والتعاقد العلاجي	المقابلة 1	2014-05-31	من 50 د إلى 60 د	التركيز على المعتقدات الوسيطة	المقابلة 09	2014-09-20	من 50 د إلى 60 د
	المقابلة 2	2014-06-07			المقابلة 10	2014-10-04	
					المقابلة 11	2014-10-18	
					المقابلة 12	2014-10-01	
					المقابلة 13	2014-11-15	
					المقابلة 14	2014-12-06	
التركيز على الأفكار اللاعقلانية.	المقابلة 3	2014-06-21	من 50 د إلى 60 د	انهاء العلاج	المقابلة 15	2014-12-27	من 50 د إلى 60 د
	المقابلة 4	2014-07-05			المقابلة 16	2015-01-21	
	المقابلة 5	2014-07-19					
	المقابلة 6	2014-08-05					
	المقابلة 7	2014-08-16					
	المقابلة 8	2014-09-06					

رابعا - القياس البعدي: تمّ تقديم قائمة بيك الثانية للإكتئاب (BDI-II) للحالة كقياس بعدي لتقدير درجة الأعراض الإكتئابية بعد مرور مدة شهر على آخر جلسة علاجية في البرنامج

العلاجي المقترح، وذلك لتقييم فاعلية هذا المساهمة العلاجية حيث قدر المجموع بـ (08) درجة بمعنى لا أثر لتصنيف لإكتئاب معين.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة التّفسية التالية:

- ✓ تقدير كبير في محاور: خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير متوسط في محاور: أيضا خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير معتبر في محاور: نقد الذات ولومها/ البكاء/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات في نظام النوم/تغيّرات في الشّهية/ صعوبة التركيز/ الإرهاق أو الإجهاد/ فقدان الإهتمام بالجنس.
- ✓ تقدير ضعيف في محاور: الحزن/ التّشاؤم/ الفشل السابق/فقدان الإستمتاع بالحياة/ مشاعرالإثم(تأنيب الضمير)/الشعور بالتّعرض للعقاب أو الأذى/ عدم حبّ الذات/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية/الهيجان والإثارة(عدم الإستقرار)/فقدان الإهتمام أوالإنسحاب الإجتماعي/التّردد في اتخاذ القرارات/ إنعدام القيمة فقدان/ القابلية للغضب أو الإنزعاج.

الحالة السابعة:

أولاً- تقديم الحالة: تقدّمت الحالة المدعوة (ب.ن) الجنس أنثى تبلغ من العمر (28) سنة، متزوجة منذ حوالي (06) سنوات برجل يكبرها بحوالي سنتين، أمّا فيما يخص جانبها الإجتماعي والمادي فهي تعمل كأستاذة للتعليم المتوسط بأحد المتوسطات إختصاص لغة عربية منذ حوالي (03) سنوات تقريبا، مكا أنّ زوجها يعمل كعون حراسة وأمن فكانت تسكن في بداية زواجها في المسكن العائلي للزوج ثم بعد مُضيّ سنتان، إنتقلت إلى مسكن مستقل شقة (F3)، فيما يتعلق بجانبها الأكاديمي فهي متحصّلة على شهادة الليسانس في اللّغة العربية وكذا الماستر في نفس التّخصص.

أهم ما جاء في الحالة التاريخ النفسي والإجتماعي للحالة:

أ. **الدافع الإستشاري:** تقدمت الحالة للفحص العيادي بناء على توجيه من أحد المشاركين في هذا البرنامج العلاجي المقترح بهدف التحسن من حالة الإضطراب المزاجي الذي تعاني منه منذ سنتين تقريباً.

خلال المقابلة الأولى: جاءت الحالة لأول لقاء معنا مرتسمة على وجهها البشاشة والإبتسامة الواضحة، كما أظهرت نوع من الإهتمام والجديّة نحو البرنامج التي تحاول أن تكون واحدة منه، حيث تقدمت بهذه الأعراض التالية:

- البكاء والدموع في أوقات وأماكن.
- إضطراب في الأكل والنوم.
- فقدان الإهتمام بمباهج الحياة.
- الشعور بتأنيب الضمير.
- آلام جسدية على مستوى أسفل الظهر والرأس.
- بطء التفكير وصعوبة الإنتباه والتركيز في عملها.
- نوبات غضب متكررة.

وهذا كله بعد المحاولات المتكررة في المتابعة العلاجية والرقية والتداوي بالأعشاب

ب. **الإستعداد والسلوك العام:** الجانب المورفولوجي الظاهري: الحالة ذات قامة طويلة نوعاً ما ليست بالسمنة عينان سودوان، تتمتع بجاذبية الوجه، وإبتسامة عريضة ترتسم على وجهها في غالب الإتصال، متأنقة في لبسها ترتدي حجاب (modern) يميل للون الفاتح وبعد الأحيان اللون الأسود.

ت. **التاريخ الشخصي:** عاشت الحالة طفولة عادية، حيث تدرّجت في أطوارها التعليمية الثلاث بدون مشاكل تذكر ثم التحقت بعدها بالجامعة لتتحصّل في الأخير على شهادة الليسانس في اللغة العربية وكذا الماستر في نفس التخصص، وفي نفس سنة تخرجها توظفت على اثر مسابقة في قطاع التربية و التعليم كمدرسة في أحد المتوسطات وهي تعمل منذ حوالي (03) سنوات.

- الحالة تعاني من صداع لازم منذ حوالي (06) سنوات وكذا آلام في الظهر وجهة القلب.

- أصبحت تعاني من مجموعة أعراض نفسية منذ حوالي (02) سنوات.

ث. التاريخ الأسري: تربت في أسرة متوسطة الحال المادي في بيت (F4) الأب كان يعمل كمعلم وكذا الأم وبين ثلاثة إخوة هي أصغرهم تلقت الرعاية والإهتمام من الأبوين ومن الإخوة.

- التاريخ الصحي الأسري: كانت الأم تعاني من داء السكري نمط (أ) والأب من إرتفاع الضغط الدموي، وكان الأب تتنابه بعض نوبات الغضب وفي بعض المواقف داخل البيت.

لاحظنا أنّ العميل يعاني من أعراض في الجوانب التالية:

1. الجانب الوجداني والعاطفي: الشعور بالحزن والهم والغم والإنقباض ونوبات الغضب والحساسية المفرطة وفقدان الأمل أصبحت أغضب في القسم "أشعر بالحزن دائما وخاصة في أوقات الصباح والمساء" "دائما أكابد الهم ومغمومة ولا أدري لماذا؟" "صدري أحس أن أحدا يقفله ويضغط عليه"، "كثيرا + وأصرخ بالقوة رغم هذا ليس من طباعي" "كما أصبحت أسوء الظن بالناس وبكلامهم حتى من زوجي وأهله" "تلاشى بصيص الأمل في أعماقي حول الإنجاب وأن أكون أما".

2. الجانب المعرفي: بطء التفكير وصعوبة في التركيز والانتباه والتردد "لأفكر جيدا في أبسط الأمور وفقدت التركيز في كل شيء حتى لاحظت عني ذلك تلاميذتي في القسم" "ما عدت أنتبه لشيء معين زدائما أفكر واسهو كثيرا وعيناى مفتوحتين" "لا أدري لماذا أتردد في أمور تافهة لكي أتخذ قرار لمصلحتي" "أصبحت أفقد للكلام المناسب لأرد به".

- الجانب التقدير الذاتي: فقدان الثقة في النفس مشاعر الذنب "صراحة فقدت الثقة في ذاتي وأصبحت أشعر بعدم القدرة والكفاءة + لا شيء" "ألوم نفسي لأنني أشعر بأن

الناس يحملونني المسؤولية" "حقا أتحمّل المسؤولية وأشعر بنوع من التائب والكرهية
لنفسى".

- الجانب الرؤية المستقبلية: أفكار ورؤية تشاؤمية للفترة الحالية وللمستقبل مثل: "لا
أظن أنه سيكون هناك تغيير في حالتي" "لراح محال يرجع ++ طحت ونضت من
أجل الولد لكن الله غالب" "فقدت الأمل وأصبحت لا أبالي بما سوف يكون غدا".

3. الجانب العلائقي والإجتماعي: ميل للإنسحاب ونقص في العلاقات الإجتماعية
وفقدان المساندة الإجتماعية من طرف الغير "من صغري ليس لدي أصدقاء كثر+++
وغالبا ما أجد من يناسبني" " في المدة الأخيرة أشعر أنني أستحسن البقاء وحدي
لمفردى حتى لا أسمع كلام جارحا" "الله أعلم حتى ما نظلمش وأنا على شبه يقين
بأن غالبية الناس لا تبالي بمحتني ولا بمعناتي".

4. الجانب الفيزيولوجي والبدني: إضطرابات في الشهية والنوم وسرعة التعب والإرهاق
"الشهية أصبحت في خبر كان تناقصت بشكل رهيب وخاصة منذ فترة قصيرة" "نومي
أصبح من الكمليات أتمنى وأدعوا ربي ألا يحرمني من ذلك أبدا فقد أصبحت أستيقظ
كثيرا لمجرد نوم ساعة فقط ولا أستطيع النوم ثانية وأجد صعوبة في ذلك" "أحس دائما
بالتعب والإرهاق رغم أنني لا أقوم بمجهود بدني كبير" "فقدت كثيرا من حيويتي
ونشاطي في هذه السنين الثلاث".

- الجانب العلائقي الجنسي: تحفظ نوعا ما التحدث في هذا الجانب إلا أنها لمحت
لنقص هذا الجانب مثل: "نوعا ما متذبذب حسب الحالة النفسية والبدنية لنا الإثنين"
"عادي نوعا ما ألبى رغبة زوجي طاعة لله ++ الحمد لله الله عافينا".

5. الجانب الدافعي: الغضب و التردد و التعب الدائم مثل قولها: "أغضب كثيرا ولأنتقه
الأسباب"، "أتردد في كلّ الأمور حتى في أبسطها"، "دائما عيان".

ج. التحليل الوظيفي: قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (secca) بحيث خلصنا
للتحليل على المستوى الماضي والحالي لمشكل سلوك العميل ما يلي:

➤ **تحليل الماضي:** الحالة لديها سوابق مرضية في الأسرة خاصة الأم والأب، لقد تعرضت العميلة لما يقارب سنتين إلى تقاوم حالتها النفسية في جانبها المزاجي وما يصاحبها من أعراض سيكوسوماتية. الحالة تعاني من صداع لازم منذ حوالي (06) سنوات وكذا آلام في الظهر وجهة القلب.

➤ **تحليل الحالي:** تطورت حالتها تدريجيا وأصبحت الأعراض أكثر ظهورا بعدما تلاشت كل فرص وسبل الظفر بمولود طال إنتظاره ممّا زادت توقعاتها باليأس وعدم القدرة والكفاءة.

ثانيا- الفرضيات: من خلال التحليل الوظيفي وإستبانة الإكتئاب لبيك (beck) حيث قدر المجموع بـ (25) درجة بمعنى إكتئاب شديد.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة النفسية التّالية :

- ✓ **تقدير كبير في محاور:** القابلية للغضب أو الإنزعاج .
- ✓ **تقدير متوسط في محاور:** الحزن/ فقدان الإستمتاع بالحياة / البكاء/الهيجان والإثارة(عدم الإستقرار)/تغيرات في نظام النوم/صعوبة التركيز.
- ✓ **تقدير معتبر في محاور:** التشاؤم/ مشاعر الإثم(تأنيب الضمير)/ نقد الذات ولومها/فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي/ التردد في اتخاذ القرارات/ إنعدام القيمة فقدان/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيّرات في الشّهية/ الإرهاق أو الإجهاد/ فقدان الإهتمام بالجنس.
- ✓ **تقدير ضعيف في محاور:** الفشل السابق/الشعور بالتّعرض للعقاب أو الأذى/ عدم حبّ الذات/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية.

ثالثا - تقديم المقابلات:

جدول رقم (16): يبيّن سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة السابعة.

الهدف العلاجي	المقابلات	تاريخها	مدتها	الغاية منها	المقابلات	تاريخها	الغاية منها
------------------	-----------	---------	-------	----------------	-----------	---------	----------------

من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د	2014-09-21 2014-10-05 2014-10-19 2014-10-02 2014-11-16 2014-12-07	المقابلة 09 المقابلة 10 المقابلة 11 المقابلة 12 المقابلة 13 المقابلة 14	التعزيز على المعتقدات الوسيطة	من 50 د إلى 60 د	2014-05-01 2014-06-08	المقابلة 1 المقابلة 2	بناء للعلاقة العلاجية والتعاقد العلاجي
من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د	2014-12-28 2015-01-21	المقابلة 15 المقابلة 16	انتهاء العلاج	من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د	2014-06-22 2014-07-06 2014-07-20 2014-08-06 2014-08-17 2014-09-07	المقابلة 3 المقابلة 4 المقابلة 5 المقابلة 6 المقابلة 7 المقابلة 8	التعزيز على الأفكار اللاعقلانية.

رابعا- القياس البعدي: تمّ تقديم قائمة بيك الثانية للإكتئاب (BDI-II) للحالة كقياس بعدي لتقدير درجة الأعراض الإكتئابية بعد مرور مدّة شهر على آخر جلسة علاجية في البرنامج العلاجي المقترح، وذلك لتقييم فاعلية هذا المساهمة العلاجية حيث قدر المجموع بـ (10) درجة بمعنى إكتئاب بسيط.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة التّفسية التالية:

- ✓ تقدير كبير في محاور: خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير متوسط في محاور: أيضا خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.

✓ **تقدير معتبر في محاور:** فقدان الإستمتاع بالحياة/ نقد الذات ولومها/البكاء/ التردد في اتخاذ القرارات/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات في نظام النوم/ القابلية للغضب أو الإنزعاج/ تغيرات في الشهية/صعوبة التركيز/ فقدان الإهتمام بالجنس.

✓ **تقدير ضعيف في محاور:** الحزن/التشاؤم/ الفشل السابق/ مشاعرالإثم(تأنيب الضمير) /الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/ عدم حبّ الذات/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية/الهيجان والإثارة(عدم الإستقرار)/ فقدان الإهتمام أوالإنسحاب الإجتماعي/ إنعدام القيمة فقدان/الإرهاق أو الإجهاد.

الحالة الثامنة:

أولاً- تقديم الحالة: السيّدة (ح.ف) الجنس أنثى تبلغ من العمر (28) سنة، تسكن في العاصمة متزوجة منذ حوالي(05) سنوات، و ذات مستوى تعليمي جامعي فالسيّدة "حياة" تعمل كأستاذة للتعليم الثانوي لمادة الإعلام الآلي منذ حوالي سنتين تقطن بمسكن فردي في شكل شقة في عمارة، زوجها يشتغل كمعلم في الصّف الإبتدائي يكبرها بحوالي (06) سنوات.

أ. الدافع الإستشاري: تقدمت للفحص بواسطة إحالة من قبل الطبيب المختص "genycologue" للتكفل النفسي بناء على شكوها من الأعراض التالية: إضطرابات في النوم، فقدان الشهية، نوبات عصبية في البيت والعمل، قلق مستمر، الإحساس بالعجز، العياء...إلخ صعوبة التركيز، الإختلاط في التفكير.

أهم ما جاء في التاريخ النفسي والإجتماعي للمفحوص:

ب. الإستعداد و السلوك العام: الحالة ذات بنية جسدية مكتنزة طويلة القامة بيضاء البشرة ذات عينان زرقوتان، تلبس الحجاب المتحضر وتميل للألوان الفاتحة، تحافظ على أناقتها في الملابس والنظافة، تبدي الجديّة والتفتح في تعاملها مع الآخر، بشوشة

الوجه وترسم على وجهها ابتسامة دائما خلال كل اللقاءات وسهلة التواصل، تستخدم لغة سهلة وبسيطة وراقية كلامها مفهوم تستخدم اللغة العربية الفصحى والدارجة و قليل من اللغة الفرنسية، تستخدم التعبيرات الجسدية كثيرا، وقليل ما تغير جلوسها أقناء اللقاءات.

ت. التاريخ الشخصي: تعليمها الابتدائي كانت متفوقة فيه إلا أنهم خلال سنتها الرابعة أصابها مرض في العين وحمى شديدة أطرحتها الفراش لمدة شهر ونصف مما أضرها في الدراسة نوعا ما، أما فيما يخص مرحلة التعليم المتوسط فإزداد تفوقها فيه حتى بلغت مرحلة الثانوي حيث رحلة العائلة من العاصمة إلى ولاية غليزان وتحديدًا سكن جديد واسع وكانت لهذه النقلة أثر في نفسية أفراد الأسرة وخاصة الحالة التي عبرت عن فقدان لأصدقائها وكذا المكان الذي ولدت فيه "لم أحزن حزناً شديداً في حياتي مثل تلك السفرية الانتقال من مكان مولدي إلى مكان أجهله تماماً كان تعليمها الجامعي في جامعة باب الزوار كمهندسة للإعلام الآلي وبعد تخرجها بقليل تم زواجها من شخص لم يسبق أن تعرّفت عليه من قبل، وإنما فقط كان يقطن قريبا من بيتها العائلي.

ث. التاريخ الأسري: الحالة عاشت في أسرة تتكوّن من أب كان يعمل كإطار في سوناطراك والأم كانت مائكة في البيت وكلاهما ذا مستوى علمي جامعي، وعدد الإخوة أربعة وكانت الحالة الثالثة في الترتيب إثنين ذكور وإثنين إناث، كانت علاقتها مع الأم جدّ متينة "أمي إنسانةً سالحةً لم تبخل علينا بشيءٍ الله اشَدَّنَّا فيها" كما كانت العلاقة مع الأب أيضا جيدة "أبي رغم أننا كُنَّا نلتقيه كُلَّ أربعين يوماً إلا أننا كُنَّا نَسْتَأق إليه كثيرا وكان يأتي لنا بالهدايا وكل ما نُوصيه عليه"، علاقتها بأخيها الأكبر كانت تتأرجح بين الإقتراب والبعد " كان أخي الأكبر *defoit un peu sévère* ومرات *bien*"، وأما مع أختها التي كانت تكبرها فعلاقتها كما قالت جيّدة جدا: "*j'aime ma sœur de mon coeur* " كانت سرّي وحببيتي ربي انجحها في

دراستها"، أما بخصوص أخيها الأصغر فكانت تعبر عن حُبِّها له وحنينها إتجاهه "أخي المازوزي ظريف وجميل نشتيه بزاف بزاف".

لاحظنا أن العميل يعاني من أعراض في الجوانب التالية:

1. الجانب الوجداني والعاطفي: حزن وهم، قلق غضب متكرّر النرفزة والهياج بكاء أثناء المقابلات صرحت بأنّها "بدأت تقلق وتغضب لأتفه الأشياء وخاصة عندما يتدخل الآخرون في حياتها الشخصية"، "بدأت أشعر بنوع من القلق الذي لم يتركني للحظة في عملي في بيتي أين ما أكون أشعرُ بهذا"، "كرهتُ حالي حتى زوجي وليت انشوفوا (noir) بيتي اكرهتوا defoit نغضب وانزقي على زوجي ثم نندم" أصبح هذا الروتين المرضي في"، "ربي مسني الضر وأنت أرحم الراحمين" ثم بدأت تبكي لبرهة من الزمن وعادت إلى هدوءها بقول "لا إله إلا أنت سبحانك إني كنت من الظالمين" "غير نغضب لأتفه الأشياء".

2. الجانب المعرفي: تشاؤم نحو المستقبل و لوم الذات وانخفاض قيمتها مثل قولها: "أرى ضبابية تلف مستقبلي ولا بصيص أمل يلوح في الأفق و خاصة بمرور الأيام وأنا أتقدم في العمر"، "أشعر أنّ الناس تلمني على أشياء ليست لي فيها لا حول ولا قوّة"، "أنا غير راضية على نفسي".

بالإضافة إلى تشوهات معرفية مثل:

■ **الشخصنة:** "كل شيء يحدث أشعر بالمسؤولية فيه"، "دوك مشي أنا المشكل زوجي راه لا باس".

■ **العزو:** مثل "دوك مشي هدوك الغاشي أنا راني بخير".

3. الجانب العلائقي والاجتماعي: عاشت الحالة مع زوجها في بداية الأمر حياة عادية مليئة بالإحترام والتقدير ودفء من المودة "عشنا حياة عادية نحترم بعضنا البعض نتشاور ونتناقض ونتبادل الآراء" ولكنها صرحت أنّ هذا الروتين الحياتي بدأ يشوبه نوع من الشوائب au début nous etions bien mais après un certain

temp le dégoûtage a couler dans notre routine de vie et nous
"égnorons pourquoi se passe ça" وفي حدود 3 سنوات بعد الزواج زاد قلقها
كثيرا "أصبحت أكره الناس الذين يسألونني جاب ربي ولا مزال، كأن هذا بيدي أنا
أضعه وكنت أشعر في كلامهم نوع من العتاب والتأنيب لا حول ولا قوة إلا بالله"
والذي زاد الطين بلة هو تدخل أمه وأخته في مشاكلنا الخاصة حتى أصبحت أكره
زيارتهم لنا" " وليت نكره أصدقائي في العمل خاصة نظراتهم نحوي نفهما كالمعايرة
لي يفرموا علي بزاف".

4. **الجانب البدني:** وفي الأيام الآخيرة أصبحت الحالة تعب ولا تأكل جيّدا وقلة شهيتها ولا
تنام إلا قليلا زوجها أجرى عدة فحوص خاصة بالخصوبة إلا أن التحاليل لم تثبت
عجز أو ضعف في ذلك وأصبح هو كذلك يسهر ولا يدخل البيت إلا متأخرا وقل
نشاطه في البيت وحوارتهم ومناقشتهم حتى صرحت بأن نحس أنه نفر مني حتى في
الفراش ... ماعرفتش علاش ... بدأت تبكي ... لا حول ولا قوة إلا بالله"

5. **الجانب الدافعي:** التعب والإرهاق مثل قولها: " je me sens toujours fatigué "
épuisé ذلك عجزت حتى باه نقضي صوالحي مهما كانوا".

ج. **التحليل الوظيفي:** قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (secca) بحيث خلصنا
للتحليل على المستوى الماضي والحالي لمشكل سلوك العميل ما يلي:
➤ **الماضي:** الحالة ليس لديها سوابق مرضية أسرية سواء من الجانب الجسدي أو
النّفسي، كانت تحت متابعة طبية عند طبيب مختص بأمراض النساء و التوليد لفترة
حتى صرح لها بأنّ ليس لديها ما يعيق حملها.

- عوامل إجتماعية بيئية: "لم أرى فيه من ضر إلا في فترة إنتقالنا من العاصمة إلى
غليزان عشت حاجات مليحة بزاف دون ذلك كل شيء كان جيدا وخاصة في مراحل
الدراسة وفي حيننا الجميل وأهله".

➤ **الحاضر:** "la vie devient tres compliqué" ورغم هذا كل شيء بيد ربي إلا أن الحزن واليأس دخل قلبي نبغي نجلس لوحدي نكره بزاف نفاق الناس وهدرتهم تاع تبلاك والشكيل".

➤ **المستقبل:** نتمنى من ربي يفرج كربى ورجعلى حياتى كما كانت من قبل فأنا تزوجت لأسعد ولأنجب ولكن هذا ما قدرلى ربي فالناس لنا عايشين معاهم ما يرحموش".

ثانيا- الفرضيات: من خلال التحليل الوظيفي وإستبانة الإكتئاب لبيك (beck) حيث قدر المجموع بـ (24) درجة بمعنى إكتئاب شديد.

لاحظنا أن نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة النفسية التّالية :

✓ تقدير كبير في محاور: البكاء.

✓ تقدير متوسط في محاور: الحزن/الهيجان والإثارة(عدم الإستقرار)/تغيرات في نظام النوم/ تغيرات في الشهية/ صعوبة التركيز.

✓ تقدير معتبر في محاور: التشاؤم/ فقدان الإستمتاع بالحياة/ مشاعر الإثم(تأنيب الضمير)/ عدم حبّ الذات/ نقد الذات ولومها/ فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي/ التردد في اتخاذ القرارات/ إنعدام القيمة فقدان/ فقدان الطاقة على العمل/ القابلية للغضب أو الإنزعاج/ الإرهاق أو الإجهاد/ فقدان الإهتمام بالجنس.

✓ تقدير ضعيف في محاور: الفشل السابق/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية/ الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى.

ثالثا- تقديم المقابلات:

جدول رقم (17): يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة الثامنة.

العلاجي	الهدف	المقابلات	تاريخها	مديتها	تاريخها	المقابلات	تاريخها	مديتها
---------	-------	-----------	---------	--------	---------	-----------	---------	--------

من 50 د إلى 60 د إلى	2015-05-23 2014-06-06 2015-06-20 2015-07-04 2015-07-18 2015-08-01	المقابلة 09 المقابلة 10 المقابلة 11 المقابلة 12 المقابلة 13 المقابلة 14	التركيز على المعتقدات الوسيطة	من 50 د إلى 60 د	2015-02-07 2015-02-14	المقابلة 1 المقابلة 2	بناء للعلاقة العلاجية والتعاقد العلاجي
من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 و 15 د	2014-12-28 2015-01-21	المقابلة 15 المقابلة 16	انتهاء العلاج	من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 و 15 د	2015-02-28 2015-03-14 2015-03-28 2015-04-11 2015-04-25 2015-05-09	المقابلة 3 المقابلة 4 المقابلة 5 المقابلة 6 المقابلة 7 المقابلة 8	التركيز على الأفكار اللاعقلانية.

رابعاً- القياس البعدي: تمّ تقديم قائمة بيك الثانية للإكتئاب (BDI-II) للحالة كقياس بعدي لتقدير درجة الأعراض الإكتئابية بعد مرور مدّة شهر على آخر جلسة علاجية في البرنامج العلاجي المقترح، وذلك لتقييم فاعلية هذا المساهمة العلاجية حيث قدر المجموع بـ (10) درجة بمعنى إكتئاب شديد.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة النفسيّة التالية:

- ✓ تقدير كبير في محاور: خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير متوسط في محاور: أيضا خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير معتبر في محاور: مشاعر الإثم(تأنيب الضمير)/عدم حبّ الذات/البكاء/فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات في نظام النوم/ القابلية للغضب أو الإنزعاج / تغيرات في الشهية/ صعوبة التركيز/ الإرهاق أو الإجهاد/ فقدان الإهتمام بالجنس.

✓ تقدير ضعيف في محاور: الحزن/التشاؤم/الفشل السابق/ فقدان الإستمتاع بالحياة/ الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/نقد الذات ولومها/الأفكار أو الرغبات الإنتحارية/الهيجان والإثارة(عدم الإستقرار)/ فقدان الإهتمام أوالإنسحاب الإجتماعي/ التردد في اتخاذ القرارات/ إنعدام القيمة فقدان.

الحالة التاسعة:

أولاً- تقديم الحالة: الحالة (خ،ع) الجنس ذكر، يبلغ من العمر(34) سنة متزوج منذ حوالي(07) سنوات من زوجة تصغره بحوالي(08) سنوات، ذات مستوى تعليمي ثانوي وهي مأكثة في البيت، أمّا الحالة فمستواه الدراسي متوقف عند حدود السنة الثالثة ثانوي ويمتهن الفلاحة كعمل أمّا فيما يخصّ وضعيته في الجانب الإجتماعي فهي توصف بالجيدة، يسكن الحالة في البيت العائلي مع أمّه فقط في مسكن واسع، يعيش في المسكن العائلي مع والدته والوالد متوفي منذ أربع سنوات، بمسكن واسع.

أهم ما جاء في الحالة التاريخ النفسي والإجتماعي للحالة:

أ. دافع الإستشارة: تقدم للإستشارة النفسية عن طريق إحالة من قبل الطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد (gynecologue) وهذا بغرض مساعدته في تحسين حالته النفسية التي أصبح يعبرّ و يشكوا من بعض الأعراض التي تقاومت شدتها و تكرارها.

ب. الإستعداد والسلوك العام: الحالة ذا بنية جسدية مكتنزة قصير القامة أبيض البشرة ذا عينين زرقوتين، يحافظ على أناقته في الملابس والنظافة ويميل للألوان الفاتحة، يبدي الجدّية والتفتح في تعامله مع الآخر، بشوش الوجه ويرتسم على وجهه ابتسامة هادئة دائما خلال كلّ اللقاءات وسهل التواصل، يستخدم لغة سهلة وبسيطة وكلامه مفهوم تستخدم اللّغة العربية الفصحى والدارجة وقليل من اللّغة الفرنسية، يستخدم التعبيرات الجسدية كثيرا، وقليل ما يغير جلوسه أثناء اللّقاءات.

ت. التاريخ الشخصي: عاش الحالة طفولة جدّ عادية، حيث تدرّج في أطواره التعليمية الثلاث بدون مشاكل تذكر وانتهى به المطاف في مستوى حدود السنّة الثالثة ثانوي، ومنذ ذلك الوقت أصبح يعمل في القطاع الفلاحي كمرّبّي للمواشي مع والده، ويعبر الحالة بأنّه تزوج بالزوجة التي إرتضاها هو لنفسه ولم يجد في ذلك أيّ عائق بل كانت بداية الخطبة سهلة كما وجد ما سماه طعم السعادة في الحياة الزوجية عند حدود السنّتين الأولتين، طيبب ... دلاك ... رقية دوى الأعشاب" وشخص الأطباء حالته في بداية الأمر بضعف في الحيوانات المنوية وبدأ العلاج رغم هذا لم تتحسن حالته في حدود السنّتين ثم بدأ بعد ذلك الطعم يتكدر شيئا فشيئا وذلك بسبب تركيزه الشديد على مسألة الحمل وإنجاب الولد. كما كان هو وزوجته يتراشقون التهم أن كل واحد منهم هو سبب في ذلك بل طلبت زوجته تطليقها ووصلوا إلى حد الطلاق الورقي في المحكمة لولا تدخل بعض العقلاء وكذا تراج الزوجة وندمها وطلب ذلك، كما أوضح بأنّ زوجته عانت من آلام على مستوى البطن وأجريت لها عملية جراحية لإستئصال ورم (fibrone) كما على مستوى الرحم كما أجرى هو أيضا عملية على مستوى الخصيتين لتحسين عملية إفراز للحيوان المنوي ورغم تحسن حالته وتحسن حالة زوجته إلا أنّ ذلك لم يشفع لهما في تحقيق الإنجاب.

ث. التاريخ الأسري: تربي في أسرة ميسورة الحال ماديا وفي بيت واسع، الأب كان يعمل كمرّبّي للمواشي والأمّ مأكثة في البيت ولم يكن له من الإخوة سوى أخت صغرى و تلقى كثيرا من الرعاية والإهتمام من طرف الوالدين، وصرّح الحالة بأنّه كانت تربطه بهم علاقة ممتازة منذ الصغر حيث يحبهم كثيرا، ولقد نشأ في مناخ أسري يتسم بنوع من الدّفء والعطف وكان مقربا من أبيه كثيرا وكان تربطه به علاقة قويّة جدّا وكذا أمّه وأخته الصغرى اللتين لازالت تربطه بهما علاقة حيّدة لحدّ الساعة، ولم يشر إلى أيّ نوع من الأمراض العضوية أو النفسية كانت منها أفراد الأسرة إلا بعد ما سقط والده طريح الفراش وظهر أنّه يعاني من أمراض متعدّدة كان أهمها بداية لفشل كلوي وتلاها الأعراض للقرحة المعدية كما كان يعاني من إرتفاع للضغط الدموي وأيضا

الكوليسترول في الدّم، فلأزم الحالة والده وتكفل هو بشؤون البيت وبحالة والده الصّحية وبعد معاناة لمدة عامين للوالد توفّي في المستشفى بسبب إجراءه لعملية جراحية لإستئصال ورم قال: "تناسيت همي بهم والذي يرحمه ربي مليّ راح أخوات الدّار".

لاحظنا أنّ العميل يعاني من أعراض في الجوانب التالية:

1. **الجانب الوجداني والعاطفي:** الحزن الدائم وفقدان الإهتمام بمباهج الحياة و نوبات البكاء والغضب والحساسية المفرطة والغضب: "وأصبحنا (يعني الزوج والزوجة) في حزن متصاعد بسبب الضغط الخارجي علينا"، "سكت +++ راني نسوفري ثمّ أجهش بالبكاء"، "منذ عامين ونصف زاد dégoûtage كرهت نفسي ما وليتش إنطيق لكلام الغاشي"، وكان كثيرا ما يكرر "ماطقتش كرهت" "صار نولد" "بزاف بزاف" "ديقوتيت"
2. **الجانب المعرفي:** أفكار سلبية عن المستقبل والذات: "خاش أنا والله ما طقتش في الصّح كلشي راه إبالي ظلمة"، "ما اندونش نولد ساّي اركبني اليأس ... اثن سنين بزاف ايقولها غير الفم ... روعي راني نكرها قاع الناس يدخلو يتهنأو في ديارهم وأنا وحدي كليت ولادي في كرشي ...".

بالإضافة إلى تشوهات معرفية مثل:

▪ **الشخصنة:** "أنا أسباب روعي...." "أنا fautif"

3. **الجانب العلائقي والاجتماعي:** اضطراب في العلاقة البيئية وكذا الزّوجيّة: "هبلونا بالهدرة" وكذا تدخل الأهل والأقارب وسؤال الناس والجيران الفضولي "هاو مزال ما تولدوا" وأصبحنا (يعني الزوج والزوجة) في حزن متصاعد بسبب الضغط الخارجي علينا، فبدأنا بالذهاب إلى الأطباء والمختصين وغير ذلك "روحنا عند كل من قالونا يمكن يساعدنا ودرنا كل شيء بعدها بفترة بدأت بعض بوادر المشاكل في البيت وخاصّة مع الزّوجة "أصبحنا ما نجموش بعضنا بعض على حاجة صغيرة فرقوها" وكانت كل مرة يقول "تغضب المرا وتروح لدارهم وتلقطي السبايب" وبعض المرات

كانت زوجته تتشاجر مع أمّه وحتى خالته التي كانت تأتي عندهم في بعض المرّات "أصبحت نكره الدّار انشوفها ظلّمة كحلا" كما كان هو وزوجته يتراشقون التّهم أنّ كلّ واحد منهم هو سبب في ذلك بل طلبت زوجته تطليقها ووصلوا إلى حدّ الطلاق الورقي في المحكمة لولا تدخل بعض العقلاء وكذا تراج الزوجة وندمها، "مكاش ليبيغليك الخير الناس غير تاع نفسي نفسي".

4. الجانب البدني: تغيرات على مستوى النّوم والشّهية، تعب وإرهاق، وإضطراب في العلاقة الجنسية: "ترقد غير فتية و منها نطقن و يحرم الرقاد حتى للفجر شوي انغيس"، "الماكلة جيب ربّي انشوفها بعيني فقط بصّح القلب امبلع"، " وصرح بأنّ العلاقات الجنسية قلّت " انبغي انكون وحدي حتى المرا مانيش نحبها كما كنت في بعض الأحيان نقول علاه ما زال راني معاها دوك طلقت وكلّ واحد اجيبه ربّي مكتوبه من جهة أخرى.

5. الجانب الدافعي: التردّد في اتخاذ القرارات، وفقدان الطاقة للعمل، والشعور بالتعب: "ما انطيق اندير ولوا"، "انحس روجي عيّن في جميع لوقات"

ج. التحليل الوظيفي: قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (secca) بحيث تم التحليل الماضي والحالي للسلوك المشكل للعميل.

➤ **الماضي:** الحالة لديه سوابق مرضية عائلية فيما يخص مسألة العقم إذ تعاني عمّتين من ذلك.

- "عشت حياة عادية بزاف لو كان يرجع الماضي حاجة ما كانتش تخصني ابوي الله يرحمه ألي نقوله اجيبه لي malgré كان صاعب ومنارفي بالصّح يبيغيني تاع بصّح هو أمى الله يشدلي فيها ... فالحق كنت مهبلهم بزاف ما بغيت نقرا لا نخدم مع بوي بصّح الحمد لله مات هو راضي عني ومنتكر ككان اقولي راني خايف لنموت وما اطيعش عليها يا ولدي".

➤ **الحاضر:** "ساوي عجزت ما طقتش نتحرك كلشي راه إبالي ثقيل وصاعب بزاف يجعل ربي ما يغبناش برك".

- ظروف مادية صعبة أصبح يعاني منها الحالة.

- فقدان السند الاجتماعي من طرف المقربين وكثرة تدخلاتهم في حياته الخاصة والزوجية مع فقدان الأمل تدريجيا بعد العملية الأخيرة وعدم ظهور أي نتائج إيجابية.
➤ **المستقبل:** "نتمنى ربي يعطينا ذرية صالحة لترفدنا في كبرنا إن شاء الله وندفن ما وهي راضيا عنا ويسترنا خاش أنا والله ما طقتش في الصبح كلشي راه إبالي ظلمة".

ثانيا- الفرضيات: من خلال التحليل الوظيفي والتحليل الكمي لقائمة الإكتئاب (لبيك) حيث قُدِّرَ المجموع بـ (33) درجة بمعنى إكتئاب شديد.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصفحة النفسية التالية :

✓ **تقدير كبير في محاور:** التشاؤم/ فقدان الإستمتاع بالحياة/ الهيجان والإثارة(عدم الإستقرار)/ تغيرات في نظام النوم/ الإرهاق أو الإجهاد.

✓ **تقدير متوسط في محاور:** عدم حبّ الذات/ فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الاجتماعي / التردد في اتخاذ القرارات/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات في الشهية/ صعوبة التركيز.

✓ **تقدير معتبر في محاور:** الحزن / مشاعر الإثم(تأنيب الضمير)/ الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/ نقد الذات ولومها/ البكاء / إنعدام القيمة فقدان/ القابلية للغضب أو الإنزعاج / فقدان الإهتمام بالجنس.

✓ **تقدير ضعيف في محاور:** الفشل السابق/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية.

ثالثا - تقديم المقابلات:

جدول رقم (18): يبيّن سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة التاسعة.

العلاجي	الهدف	المقابلات	تاريخها	مدتها	العلاجي	المقابلات	تاريخها
العلاجي	الهدف	المقابلات	تاريخها	مدتها	العلاجي	المقابلات	تاريخها

من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د	2014-09-21 2014-10-05 2014-10-19 2014-10-02 2014-11-16 2014-12-07	المقابلة 09 المقابلة 10 المقابلة 11 المقابلة 12 المقابلة 13 المقابلة 14	التركيز على المعتقدات الوسيطة	من 50 د إلى 60 د	2014-05-01 2014-06-08	المقابلة 1 المقابلة 2	بناء للعلاقة العلاجية والتعاقد العلاجي
من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د	2014-12-28 2015-01-21	المقابلة 15 المقابلة 16	انتهاء العلاج	من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د	2014-06-22 2014-07-06 2014-07-20 2014-08-06 2014-08-17 2014-09-07	المقابلة 3 المقابلة 4 المقابلة 5 المقابلة 6 المقابلة 7 المقابلة 8	التركيز على الأفكار اللاعقلانية.

رابعا - القياس البعدي: تمّ تقديم قائمة بيك الثانية للإكتئاب (BDI-II) للحالة كقياس بعدي لتقدير درجة الأعراض الإكتئابية بعد مرور مدّة شهر على آخر جلسة علاجية في البرنامج العلاجي المقترح، وذلك لتقييم فاعلية هذا المساهمة العلاجية حيث قدر المجموع بـ (15) درجة بمعنى إكتئاب بسيط.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة التّفسية التالية:

- ✓ تقدير كبير في محاور: خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير متوسط في محاور: أيضا خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.

- ✓ تقدير معتبر في محاور: الحزن/التشاؤم/فقدان الإستمتاع بالحياة/مشاعر الإثم(تأنيب الضمير)/عدم حبّ الذات/البكاء / فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي/التردد في اتخاذ القرارات/إنعدام القيمة/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات في نظام النوم/ تغيرات في الشهية/ صعوبة التركيز/الإرهاق أو الإجهاد/فقدان الإهتمام بالجنس.
- ✓ تقدير ضعيف في محاور: الفشل السابق/ الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/نقد الذات ولومها/الأفكار أو الرغبات الإنتحارية/ الهيجان والإثارة(عدم الإستقرار)/القابلية للغضب أو الإنزعاج.

الحالة العاشرة:

أولاً- تقديم الحالة: الحالة (آ،هـ) جنس أنثى تبلغ من العمر (21) سنة، متزوجة منذ حوالي (03) سنوات من زوج يكبرها بحوالي(07) سنوات يعمل موظف في إدارة حكومية ذا مستوى جامعي و دخله لبأس به، وهي بدورها ذات مستوى تعليمي ثانوي وتعمل كخياطة في بيتها تعيش في بيت مستقل (حوش) صغير وجانبها الإقتصادي معتبر لبأس به.

أهم ما جاء في التاريخ النفسي والإجتماعي للحالة:

أ. دافع الإستشاري: تقدمت للإستشارة النفسية عن طريق طلب منا الإلتحاق بالبرنامج العلاجي المقترح لأنها كانت أحد العينة الإستطلاعية التي شملتها الدراسة الإستطلاعية.

- خلال الحصة الأولى: كان الإتصال نوعا ما سهلا منذ بداية حيث قدمت إشكالياتها الشخصية في الشعور باليأس والحزن ونقص الثقة في الذات، الميل للعزلة، والتردد في أخذ القرارات وإضطراب في جانب التركيز وإختلال في مسألة الشهية والنوم وأعراض جسدية مثل الصداع والإختناق.

ب. الإستعداد والسلوك العام: الحالة ذات بنية مكتنزة (سمنة نوعا ما) قصيرة القامة بيضاء البشرة وعينان بنيتان تلبس الحجاب المتحصّر، وتفضل الألوان الفاتحة تعبر بلغة متناسقة ومنسجمة بالعربية الفصحى في غالب الأوقات وتستعمل اللغة الغير لفظية من تعبيرات الوجه وحركات اليد، ونظرها موجه وتبدي نوع التلقائية والإسترسال في الكلام.

ت. التاريخ الشخصي: لقد عاشت الحالة طفولة محرومة من دفاء الوالدين حيث تدرجت في أطوارها التعليمية حتى وصلت السنة النهائية من التعليم الثانوي وبعدها تقدم أحد أقاربها من الأم لخطبتها وتم ذلك وإنفصلت عن الدراسة وإنشغلت لأمر البيت.

ث. التاريخ الأسري: عاشت الحالة في أسرة منفصلة بين الأم والأب وتعتبر الوحيدة لدى الأسرة، حيث إنفصل والديها عن بعضهم البعض عندما كانت (هـ) في الرابعة من عمرها وغالب الوقت كانت تتواجد عند جدتها من أمها عاشت طفولة شبه عادية فاقدة لدفاء الأسرة خاصة بعد الطلاق، كانت جد مقربة لجدتها التي عوضتها حنان ودفاء الوالدين وغالبا ما كان الأب في تواصل معها إلا في المناسبات.

لاحظنا أنّ العميل يعاني من أعراض في الجوانب التالية:

1. **الجانب الوجداني والعاطفي:** لاحظنا تعبيرات القلق وإرتجاف الذقن واليدين أحيانا أثناء المقابلتين الأولتين، الشعور بالحزن الدائم وفقدان الإهتمام بالأمر الحياتية، ونوبات البكاء والدموع والغضب مثل قولها: "أنا دائما حزين وخاصة في أوقات الصباح وبعد العصر" "ولات الدنيا مهمومة في عيني ... نضايق لوحدي ... نحس روعي *dégouter anormal* "كل شيء أعلمه أشعر بعدم السعادة منذ حوالي عام ونصف أصبحت قلقة ولا أشعر بالراحة و لا الهناء ... بالي دائما مشغول" "راني لوحدي أبكي ... تدمع عيني لوحدها خاصة عندما أفكر في الولادة".

2. **الجانب المعرفي:** رؤية مستقبلية ضبابية نقص التركيز وبطء في التفكير عدم الرضا والشعور بعدم القيمة ومشاعر الإثم وتأنيب الضمير ولوم حاد للذات مثل قولها: "مستقبلي غامض في الظروف الحالية أنا لست مطمئنة لما سيكون في المستقبل" "لا أستطيع التركيز في أموري كلها حتى في عملي" "تفكيري تبلوك حبست..." "في غالب الأحيان أشعر بلوم داخلي يقول لي أنت السبب في عدم الإنجاب" "فقدت الثقة في نفسي كثيرا لم أكن كذلك من قبل" "هل أنا مسؤولة على ذلك".

بالإضافة إلى تشوهات معرفية مثل:

- **الشخصنة:** "أنا أستاهل لزوجت من العائلة ..." "أنا الخطة".
- **الكل أو لا شيء:** "حبا نولد أكثر من واحد وهذا نطبقه والله لا جاب واحد".

3. **الجانب العلائقي والاجتماعي:** الإنسحاب الإجتماعي وإضطراب في العلاقة البيئية مثل: "أحب البقاء وحدي في غالب الوقت وليت أخاف من قدوم الناس علي حتى الذين يأتون لخياطة ملابسهم عندي" "أصبحت العلاقة بيني وبين زوجي باردة ... في بعض الأحيان لا نتكلم إلا قليلا" "أنا أحبه من قلبي ولكن راه ثقيل علي".

4. **الجانب البدني:** تغيرات في نمط الأكل والنوم والإحساس بالإرهاق والتعب في غالب الوقت وفقدان الإهتمام بالجنس مثل قولها: "مانكلش بزاف قلت شهيتي على من قبل" "أنام فقط قصير ثم أستيقظ بعدها أجد صعوبة في معاودة النوم مرة أخرى إلا

بعد وقت طويل جدا" "توحشت أن أرقد جيدا بدون تقطعات ولا إستيقظات" "قلت
علاقتنا بسببي لأنني أصبحت باردة نوعا ما ++ والله دوك مشي ربي حسبني على
حق راجلي".

5. **الجانب الدافعي:** السلبية والتردد وفقدان الطاقة مثل قولها "أصبحت لا أستطيع عمل
أي شيء" "راني أخاف من إتخاذ القرارات في الأمور كلها حتى التي لا تستلزم
التفكير" "فشلت حتى خدمتي كرهتها".

ج. **التحليل الوظيفي:** قمنا بالتحليل الوظيفي حسب شبكة (secca) بحيث تم التحليل
الماضي والحالي للسلوك المشكل للعميل.

➤ **تحليل الماضي:** العميلة ليس لديها سوابق مرضية عائلية تعاني من الإكتئاب أو
العقم إلا أنها تشكو الحالة المزاجية المكتئبة منذ فترة قبل الزواج، ولم تتابع أي علاج
من قبل.

- مشاكل تربوية: حرمان طفولي عاشته الحالة منذ حوالي (4) سنوات بعد إنفصال
الوالدين.

- الشعور بإنعدام السند منذ الطفولة.

➤ **التحليل الحالي:** تأزمت حالتها نتيجة الشعور بالوحدة وخوفها من أن لا تلد وتتكرر
معانتها بالبقاء دائما وحيدة.

- مشاكل أسرية مع أهل الزوج خاصة الأخت الكبيرة لديه التي تزورها دوريا كل أسبوع
وتسمعها نفس الكلام "هاو أنت ما ترفديش الكرش وتفرحيننا كما باقي الناس"

ثانيا- **الفرضيات:** من خلال التحليل الوظيفي والتحليل الكمي لقائمة الإكتئاب (لبيك)
حيث قُدِّرَ المجموع بـ (27) درجة بمعنى إكتئاب متوسط.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة النَّفسية التالية:

✓ **تقدير كبير في محاور: البكاء / تغيرات في الشهية .**

- ✓ تقدير متوسط في محاور: التشاؤم / فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي/ التردد في اتخاذ القرارات/ فقدان الإهتمام بالجنس.
- ✓ تقدير معتبر في محاور: الحزن/ فقدان الإستمتاع بالحياة/ مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)/الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى/ عدم حب الذات/ نقد الذات ولومها/ الهيجان والإثارة (عدم الإستقرار)/ إنعدام القيمة/ فقدان الطاقة على العمل/ تغيرات في نظام النوم/ القابلية للغضب أو الإنزعاج/ صعوبة التركيز/ الإرهاق أو الإجهاد.
- ✓ تقدير ضعيف في محاور: الفشل السابق/ الأفكار أو الرغبات الإنتحارية.

ثالثاً- تقديم المقابلات:

جدول رقم (19): يبين سيرورة المقابلات العلاجية مع الحالة العاشرة.

الهدف العلاجى	المقابلات	تاريخها	مدتها	الهدف العلاجى	المقابلات	تاريخها	مدتها
بناء للعلاقة العلاجية والتعاقد العلاجى	المقابلة 1	2015-02-07	من 50 د إلى 60 د	التكيز على المعتقدات الوسيطية	المقابلة 09	2015-05-23	من 50 د إلى 60 د غاية
	المقابلة 2	2015-02-14			المقابلة 10	2014-06-06	
					المقابلة 11	2015-06-20	
					المقابلة 12	2015-07-04	
					المقابلة 13	2015-07-18	
					المقابلة 14	2015-08-01	

من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د	2015-08-15	المقابلة 15	انتهاء العلاج	من 50 د إلى 60 د إلى غاية 15 د	2015-02-28	المقابلة 3	التركيز على الأفكار اللاعقلانية.
	2015-09-12	المقابلة 16			2015-03-14	المقابلة 4	
			2015-03-28	المقابلة 5			
			2015-04-11	المقابلة 6			
			2015-04-25	المقابلة 7			
			2015-05-09	المقابلة 8			

رابعاً - القياس البعدي: تمّ تقديم قائمة بيك الثانية للإكتئاب (BDI-II) للحالة كقياس بعدي لتقدير درجة الأعراض الإكتئابية بعد مرور مدّة شهر على آخر جلسة علاجية في البرنامج العلاجي المقترح، وذلك لتقييم فاعلية هذا المساهمة العلاجية حيث قدر المجموع بـ (10) درجة بمعنى إكتئاب بسيط.

لاحظنا أنّ نتائج الإختبار رسمت للعميل الصّفحة التّفسية التالية:

- ✓ تقدير كبير في محاور: خلا هذا المحور من أيّ تقدير ذاتي للعميل.
- ✓ تقدير متوسط في محاور: تغيّرات في الشهية.
- ✓ تقدير معتبر في محاور: فقدان الإستمتاع بالحياة/البكاء/فقدان الإهتمام أو الإنسحاب الإجتماعي/التّردد في اتخاذ القرارات/إنعدام القيمة/فقدان الطاقة على العمل/ تغيّرات في نظام النوم/فقدان الإهتمام بالجنس.
- ✓ تقدير ضعيف في محاور: الحزن/التشاؤم/الفشل السابق/ مشاعر الإثم(تأنيب الضمير)/ الشعور بالتّعرض للعقاب أو الأذى/ عدم حبّ الذات/نقد الذات ولومها/الأفكار أو الرغبات الإنتحارية/ الهيجان والإثارة(عدم الإستقرار)/ القابلية للغضب أو الإنزعاج/صعوبة التركيز/الإرهاق أو الإجهاد.

خلاصة الفصل:

بعد تطبيق الإجراءات المنهجية للبحث، والقيام بدراسة الحالات وعلاجاتها سنتطرق في الفصل الموالي إلى عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها.

الفصل السابع

عرض وتفسير نتائج الدراسة

- تمهيد
- عرض وتحليل نتائج الدراسة.
 - عرض و مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى.
 - عرض و مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية.
 - عرض و مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثالثة.
 - عرض و مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الرابعة.
 - عرض و مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الخامسة.
- استنتاج عام.
- توصيات الدراسة.
- صعوبات الدراسة.
- خاتمة الدراسة.

تمهيد:

سنقوم في هذا الفصل بعرض النتائج التي تمّ التوصل إليها من خلال تطبيق أدوات الدراسة، ومناقشتها وتفسيرها وتحليلها للإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من الفرضيات في ضوء إطارها النظري وبناء على الدراسات السابقة.

أولاً- عرض وتحليل نتائج الدراسة:

بعد ضبط البرنامج العلاجي الذي تمّ طرحه وتجربته من خلال جلسات علاجية فردية تعتمد على المقاربة المعرفية السلوكية، كما أوضحنا ذلك في الفصل التطبيقي الأول، وبعد تطبيقه على عيّنة من المكتئبين المصابين بالعقم، وبلغ عددها (10) حالات لأفراد أُختيروا بطريقة قصدية بمواصفات (05) ذكور و(05) إناث وبعدها بشهر من إنتهاء البرنامج العلاجي المقترح تمّ إجراء القياس البعدي بواسطة قائمة بيك الثانية للإكتئاب BDI-II تحصلنا على النتائج التالية سنعرضها حسب كلّ فرضية فيما يلي:

1. عرض و مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى:

تنصُّ هذه الفرضية على أنه: "لهذا البرنامج العلاجي أثر في التخفيف من حدة الأعراض الإكتئابية لدى الأزواج المصابين بالعقم" ، تبين النتائج المتحصل عليها من خلال التطبيق البعدي لأدوات الدراسة قائمة بيك الثانية للإكتئاب BDI-II ومقارنتها وتحليلها مع المقياس القبلي للنتائج التالية:

جدول رقم(20): يبين الفارق ونسبة التحسن بمقارنة درجات القياس القبلي و البعدي

الحالات	درجة	تقديره	درجة	تقديره	الفارق في	النسبة
	ق.ق.م		ق.ق.ب		الدرجات	المئوية
الحالة (1)	16	متوسط	10	بسيط	06	37,5%
الحالة (2)	20	متوسط	08	لا يوجد	12	60%
الحالة (3)	27	شديد	10	بسيط	17	62,96%
الحالة (4)	26	شديد	11	بسيط	15	57,69%
الحالة (5)	29	شديد	12	بسيط	17	62,96%
الحالة (6)	24	شديد	08	لا يوجد	16	66,66%
الحالة (7)	25	شديد	10	بسيط	15	60%
الحالة (8)	25	شديد	10	بسيط	15	60%
الحالة (9)	35	شديد	15	بسيط	18	54,29%
الحالة (10)	27	شديد	10	بسيط	17	62,96%

وهو ما يدل على أنّ البرنامج المطبق أثبتت فعاليته على المدى القريب، ويرجع لبؤرة هذا النوع من العلاج النفسي الموجهة نحو الأفكار والعقائد والتصورات الذهنية وما لهم من تأثير مباشر على شكل و نوعية الإستجابات الإنفعالية و السلوكية وكذا إستمراريتها في معاش الفرد، وكلّما كان التّدخل العلاجي مبكّر و منصب على إعادة البناء المعرفي لطالب العلاج والذي يهتم بالأساس على مساعدة العميل إلى التّعرف على هذه العلاقة الإرتباطية والتفاعلية بين ما يُفكّر فيه الفرد ونوعية إستجاباته الإنفعالية والسلوكية، ثمّ تحديد هذه الإختلالات المعرفية وتحليلها لتبقى آخر خطوة هي إقتراح الحلول المنطقية لنتمكن من تعديل وتغيير هذه المعارف اللاعقلانية، وهذا ما خلصت إليه دراسات (Seneky) (2001) حول التّعرف على أهم الأساليب المعرفية لعلاج الإضطرابات الإنفعالية لدى المصابين بالإضطرابات السيكوسوماتية ودراسة (Walls et Danise) (2003) التي

خلصت إلى فاعلية برنامج علاجي (م.س) في التقليل من أعراض القلق والإكتئاب، ودراسة عبد الخالق حنّدة (2008) ودراسة بكيري نجيبة (2010) حول فاعلية برنامج علاجي (م.س) للتخفيف من حدّة الأعراض الإكتئابية عند طلاب الجامعة وكذا المصابين بالداء السكري، ولقد أثبتت هذه الدراسات كلّها مدى فاعلية برنامج علاجي ذا مقاربة معرفية سلوكية في تحقيق النتيجة العلاجية المسطرة لذلك عند عينات الدارسة.

أثبت هذا العلاج فاعليته في التخفيف من حدّة الأعراض الإكتئابية التي كان يعاني منها أفراد عينة الدارسة كلّهم، حيث كانت النسب المئوية الفارقة بين القياسين القبلي و البعدي وبعد تطبيق البرنامج العلاجي جدّ مرتفعة حيث غالبيتها فاقت (50%) من حيث درجة التخفيف وكذا التحسن وبالتالي الفارق بينهما يعتبر قفزة نوعية جدّ حسنة حيث قدّرت الدرجات في غالب الأحيان من الشديد إلى البسيط أي بمنزلتين متتاليتين وفي ثلاث حالات زال التصنيف من الإكتئاب الشديد إلى لا يوجد إكتئاب رغم بعض الأعراض الظاهرة لأنّ معيار المقياس لا يصنف تلك الدرجات في خانة تصنيفات الإكتئاب الثلاث.

وتعتبر هذه النتائج قفزة نوعية نحو تحسن غالبية الحالات من أعراض الإكتئاب وكذا إثبات لنجاعة هذه المقاربة العلاجية في التّدخل والتّكفل بحالات الإكتئاب النفسي المصاحب للأمراض والإصابات العضوية.

2. عرض ومناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية:

تنصّ الفرضية الثانية على التالي: "إستجابة الذكور لهذا البرنامج العلاجي المقترح تختلف عن إستجابة الإناث لدى عينة الأزواج المكتئبين المصابين بالعقم".

جدول رقم(21): يبيّن نتائج درجات القياس القبلي و البعدي لفئة الإناث.

الحالات	درجة (ق.ق.م)	تقديره	درجة (ق.ق.ب)	تقديره	الفارق في الدرجات	النسبة المئوية
الحالة (2)	20	متوسط	08	لا يوجد	12	%60
الحالة (5)	29	شديد	12	بسيط	17	%62,96
الحالة (7)	25	شديد	10	بسيط	15	%60
الحالة (8)	25	شديد	10	بسيط	15	%60
الحالة (10)	27	شديد	10	بسيط	17	%62,96

نلاحظ أنّ النسبة المئوية بين 60% إلى 62% أي ما يقارب 60% في الغالب.

جدول رقم(22): يبيّن نتائج درجات القياس القبلي و البعدي لفئة الذكور.

الحالات	درجة ق.ق.م	تقديره	درجة ق.ق.ب	تقديره	الفارق في الدرجات	النسبة المئوية
الحالة (1)	16	متوسط	10	بسيط	07	%37,5
الحالة (3)	27	شديد	10	بسيط	17	%62,96
الحالة (4)	26	شديد	11	بسيط	15	%57,69
الحالة (6)	24	شديد	08	لا يوجد	16	%66,66
الحالة (9)	35	شديد	15	بسيط	19	%54,29

نلاحظ أنّ النسبة المئوية تراوحت بين 43,75% إلى 67% أي ما يعادل 58% في الكل، إنّ نتائج الجدول رقم(21) و(22) تظهر إستجابة التحسن فيما يخص ظاهرة الأعراض الإكتئابية المتقارب عند كلا الجنسين الناجم عن هذا البرنامج العلاجي المقترح أي أنّ الفرضية لم تتحقّق وهذا طبعا إنطلاقا من عدّة تخمينات إنطلقنا منها من بينها نمط

الثقافة السائدة في مجتمعنا وتأثيرها على الحالة النفسية للنساء دون الرجال خاصة الذين يعانون من تأخر العقم، إلا أن نتائج الدراسة الحالية برهنت بأن لهذا النوع من العلاجات النفسية تأثير واضح للحدّ من الأعراض الإكتئابية أو التخفيف من حدّتها سواء عند النساء أو الرجال بدرجات شبه متساوية تقريبا.

وهذا ما خلصت إليه بعض الدراسات حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، يذكر في هذا الصدد أن نتائج الذكور أكثر إستجابة لفاعلية هذا النوع من العلاجات وذلك لما أفرزته بعض النتائج كالحالة الأولى والسادسة من الإنتقال من تصنيف إكتئاب متوسط وشديد إلى لا يوجد إكتئاب مقابل حالة واحدة عند الإناث وهي الحالة الثانية فقط.

3. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنصّ هذه الفرضية على أنّ: " لهذا البرنامج العلاجي تأثير في تحسين الصورة الذاتية عند المكتئبين المصابين بالعقم.

لإختبار هذا الفرض قمنا بإستخراج من مقياس قائمة بيك الثانية للإكتئاب BDI-II كلّ الأبعاد التي لها علاقة بتصوّرات وتقديرات العميل نحو ذاته من حبّ أو عدمه ونقد ولوم لذاته والقيمة التي يعطيها لها.

هذه الأبعاد مشتملة في: البعد (7) من المقياس عدم حب الذات.

البعد (8) نقد ولوم الذات.

البعد (14) إنعدام القيمة.

الجدول رقم(23): يبيّن نتائج بعد عدم حب الذات عند كلّ أفراد عيّنة الدراسة.

النسبة المئوية الكلية للتّحسن	قيمة التّحسن	درجة ق.ب	درجة ق.ق	الحالات
%50	ثابت	0	0	الحالة (1)
	ثابت	0	0	الحالة (2)
	1-	0	1	الحالة (3)
	1-	1	2	الحالة (4)
	1-	1	2	الحالة (5)
	1-	0	1	الحالة (6)
	ثابت	0	0	الحالة (7)
	لا يوجد	1	1	الحالة (8)
	1-	1	2	الحالة (9)
	لا يوجد	1	1	الحالة (10)

جدول رقم(24): يبيّن نتائج القياس القبلي والبعدي لبعث نقد الذات ولومها لعينة الدراسة.

النسبة المئوية الكلية للتّحسن	قيمة التّحسن	درجة (ق.ب)	درجة (ق.ق)	الحالات
	1+	2	1	الحالة (1)
	1-	0	1	الحالة (2)
	1-	1	2	الحالة (3)
	1-	0	1	الحالة (4)
	1-	0	1	الحالة (5)

%61,11	2-	1	3	الحالة (6)
	لا يوجد	1	1	الحالة (7)
	1-	0	1	الحالة (8)
	1-	0	1	الحالة (9)
	1-	0	1	الحالة (10)

جدول رقم (25): يبيّن نتائج القياس القبلي والبعدي لبعده إنعدام القيمة عند فئة الدراسة.

النسبة المئوية الكلية للتحسن	قيمة التحسن	درجة ق.ب	درجة ق.ق	الحالات
%60	-	0	0	الحالة (1)
	1-	0	1	الحالة (2)
	1-	1	2	الحالة (3)
	-	0	0	الحالة (4)
	1-	1	2	الحالة (5)
	1-	0	1	الحالة (6)
	1-	0	1	الحالة (7)
	1-	0	1	الحالة (8)
	لا يوجد	1	1	الحالة (9)
	لا يوجد	1	1	الحالة (10)

نستخلص من الجداول رقم (23) و(24) و(25) أنّ كلّ هذه الأبعاد التي تستهدف قياس و تقدير درجة تصوّر الذات من حيث المحبّة أو عدمها وكذا الإنتقاز واللوم نحوها مع إنعدام القيمة التي يعطيها المكتتب لذاته تبين أنّ هناك تحسّن ملحوظ في غالب الحالات

بهبوط درجة من التقدير السيء للذات مع ملازمة نفس الدرجة من التقدير العادي نحو الذات لبعض الحالات إلا في حالة شاذة لبعده نقد الذات ولومها عند الحالة الأولى التي إزدادت حدّة العرض عنده بدرجة واحدة وهذا ما نرجعه لبعض التقييمات والإستخلاصات الذاتيّة التي تقف عند عتبة لوم الذات نابعة لشخصيّة إتكالية تجنبية تفتقد لصورة ذاتية قويّة عن نفسها.

وجاءت هذه النّتائج لتثبت صحّة ومصداقية بعض الدّراسات التي خلصت لنتيجة فاعلية المقاربة العلاجية المعرفية السلوكية في تحسين صورة وتقدير الذات عند كافة العينات المستهدفة من الدّارسة مثل دراسات كل من **فادية سربتجي (1987)**، ودراسة **غادة علي خضير (1999)**، ودراسة **باسم دحادحة (2004)** ودراسة **(Fava et All) (1994)** ودراسة **(Hallon et All) (1992)**، وكلّ هذه الدراسات خلصت إلى فاعلية البرنامج لعلاجي المعرفي السلوكي في تحسين الصورة الذاتية عند الأفراد الذين يتابعون هذا النوع من العلاج النّفسي.

كما أنّ لتقنيات الحوار السقراطي وإعادة العزو والواجبات المنزلية والتّدريب التّوكيدي دور ملموس في تحسين صورة الذات وتقديرها عند أفراد العيّنة وذلك لما لها من أثر في التّدريب ذاتي عن كميّة فهم وإدراك الواقع والعمل الذاتي الدائم حول المساعدة الذاتية للعميل في تحقيق أهداف العلاج لكل جلسة وتعزيز الصورة الإيجابية التي تتقوى عند أفراد العيّنة بعد كل يوم من فهم وتحديد المشكلات ووضع الإستراتيجيات الملائمة لحل هذه المشكلات، ممّا يساعد على تقوية الجانب الذاتي عند كافة العملاء وتحسين تقديراتهم نحو أنفسهم وذلك مما يدركوه من مساعدة ذاتية.

4. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنصّ هذه الفرضية على أنّ: "هذا البرنامج العلاجي يساهم في تغيير الرؤية التّشاؤمية نحو المستقبل عند المكتئبين الأزواج المصابين بالعقم".

ولإختبار هذا الفرض قمنا بإستخراج من مقياس قائمة بيك الثانية للإكتئاب BDI-II البعد الذي يقيس مقدار التشاؤم لدى المكتئبين المصابين بالعمق.

جدول رقم(26): يبيّن نتائج بُعد التشاؤم عند كافة أفراد عيّنة الدّراسة.

النسبة المئوية الكلية للتحسن	قيمة التحسن	درجة ق.ب	درجة ق.ق	الحالات
%90,48	2-درجتين	0	2	الحالة (1)
	3-درجات	0	3	الحالة (2)
	2-درجتين	0	2	الحالة (3)
	3-درجات	0	3	الحالة (4)
	1-درجة	1	2	الحالة (5)
	2-درجتين	0	2	الحالة (6)
	1-درجة	0	1	الحالة (7)
	1-درجة	0	1	الحالة (8)
	2-درجتين	1	3	الحالة (9)
	2-درجتين	0	2	الحالة (10)

هذه النتائج المتحصّل عليها تظهر درجات القياس القبلي ثم البعدي لتقدير درجات بعد التشاؤم في مقياس قائمة بيك الثانية للإكتئاب BDI-II وهذا بعد تقديم البرنامج العلاجي المقترح بينهما والفارق في درجات التّقدير بين القياسين يؤكد صحّة الفرض وتوقعاتنا، فالنتائج التي تحصّلنا عليها أثبتت فاعلية هذا النوع من العلاجات النفسيّة في تحسين التّعامل مع الواقع كما هو وتعدّل من أنماط التشوهات المعرفية كالإفراط في التعميم والكلّ أو لا شيء والتّفكير الإكتتابي الذي يكوّن صورة قاتمة وسلبية نحو الذات والواقع والمستقبل، وبالتالي خلصت هذه النتائج إلى تعديل وتغيير تفكير العميل نحو مستقبله حتى لا يكتسب

اليأس المتعلّم كما أشار إليه (Bendurra) في نظريته "اليأس المتعلم"، فهذا البرنامج العلاجي المقترح أثبت ما ذهب إليه كل من عبد المحسن ديعم (2008)، ومارتن سليقمان (1999)، و (Snyder) (1998)، و (I,D,Taylor) (2000)، بأنّ للعلاج بالأمل (Hope Therapy) دور في تعديل تفكير الأفراد نحو مستقبلهم وذلك لما له علاقة بفاعلية الذات والثقة بالنفس والمثابرة والرضا عن الحياة وتنمية سمة التفاؤل والأمل عند الأفراد.

فنتيجة 90,48% لنسبة التحسن في البعد المستهدف دليل على نجاعة هذا النوع من العلاج وفاعليته في هذه النواحي وذلك لما له قيمة فعلية عملية في تعديل وتغيير نمط التفكير التشاؤمي والكارثي عند كثير من الأفراد، وذلك عبر التقنيات المعرفية مثل التربية النفسية والإستكشاف الموجّه والتدعيم الإيجابي اللواتي يعملن على مساعدة العميل على تقبل الواقع كما هو والتعامل معه بإيجابية حتى يحافظ الفرد على صحته النفسية.

5. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنصُّ هذه الفرضية على أنّ: "هذا البرنامج العلاجي يساهم في استرجاع نشاط الإستمتاع بمباهج الحياة لدى المكتئبين المصابين بالعمق".

أظهرت النتائج المتحصل عليها لبعدها فقدان الإستمتاع بالحياة بعد الدراسة النهائية ما يلي:

جدول رقم (27): يبيّن نتائج بعد فقدان الإستمتاع بالحياة عند كافة أفراد عينة الدراسة.

الحالات	درجة ق.ق	درجة ق.ب	قيمة التحسن	النسبة المئوية الكلية للتحسن
الحالة (1)	1	0	1-	
الحالة (2)	1	0	1-	
الحالة (3)	1	0	1-	

%88,88	2-	0	2	الحالة (4)
	ثابت	1	1	الحالة (5)
	1-	0	1	الحالة (6)
	2-	0	2	الحالة (7)
	1-	0	1	الحالة (8)
	2-	1	3	الحالة (9)
	1-	0	1	الحالة (10)

يظهر هذا الجدول رقم (27) صحّة الإفتراض الذي ذهبنا إليه في تنبؤنا المسبق حول أنّ لهذا البرنامج العلاجي تأثير واضح في تعديل تفكير العميل وتحسين تفكيره حتى يتمكن من الإستمتاع بمباهج الحياة بنفس القدر الذي كان يتمتع به في الماضي قبل الإصابة بالأعراض الإكتئابية، وذلك نرجعه لتحقيق هدف العلاج الأساسي المتمثل في إعادة البناء المعرفي للعميل يتسم بالعقلانية ومسايرة الواقع كما هو موجود بدون الإنسحاب والتشاؤم من المستقبل بل تقبل الواقع والإستثمار في إيجابياته وعدم التركيز على سلبياته وهذا ما أكدته دراسات ونتائج كل من (Snyder: 1998)، و(I,D,Taylor: 2000)، وباسم دحادحة (2004) وغيرهم.

ثانيا - استنتاج عام:

بعد استخدام الباحث أدوات الدّراسة وإجراء المعالجات الكميّة والكيفيّة، وبعد عرض الفرضيات ومناقشتها توصلت الدّراسة الحالية إلى نتائج تمّت مناقشتها في ضوء الإطار النظري وانطلاقاً من الدّراسات السّابقة نلخص أهمّ النّتائج في النّقاط التّالية:

- ✓ العلاج النفسي المعرفي - السلوكي له دور في التّخفيف من حدّة الأعراض الإكتئابية لذا الأزواج المصابين بالعقم.

✓ الإستجابة لهذا البرنامج العلاجي المقترح وتأثيره الفعّال لا تختلف بين الجنسين، لا من ناحية نوعية الإستجابة ولا درجتها بل يتساوان في نوعية ودرجة الإستجابة وفي بلوغ الهدف العلاجي النهائي المستهدف.

✓ المساهمة العلاجية المعرفية - السلوكية المستخدمة أثبتت فعاليتها في تحسين وتعديل تقديرات و تصورات العملاء نحو ذواتهم.

✓ المساهمة العلاجية المعرفية - السلوكية المستخدمة أثبتت فعاليتها في تغيير وتعديل النظرة السلبية التشاؤمية نحو المستقبل وتعليم العملاء تقبل الواقع ومسايرة الظروف الرّاهنة وتنمية روح الأمل.

✓ يساعد هذا البرنامج العلاجي المقترح على تطبيع العملاء نحو استثمار أوقاتهم في التّمتع بمباهج الحياة اليومية وعدم فقدان هذه الميزة الحياتية لأنّها تساعدهم على الإستمرار و الشعور بالسعادة و الأمل.

وبالتّالي نستخلص أنّ المساهمة العلاجية المستخدمة انطلاقاً من العلاج النفسي المعرفي - السلوكي المختصر ذات فعالية واضحة في التّخفيف من حدّة الأعراض الإكتئابية لذا الأزواج المصابين بالعمم.

ثالثاً - توصيات الدّراسة:

1- نوصي من خلال هذه الدّراسة بضرورة الإهتمام بهذا النوع من شرائح المجتمع أيّ الأزواج الذين يعانون من ظاهرة الإكتئاب النفسي المصاحب لتأخّر الإنجاب(العمم)، وهذا مردّه لما تعانيه هذه الفئة على المستوى النفسي و انعكاساته السلبية على الجوانب المعرفية والبدنية والاجتماعية ناجم عن ضغوطات متصاعدة كلّما طالت مدّة العمم.

2- استثمار البرنامج المقترح الذي أثبتت فعاليته في تقديم التّكفل النفسي المناسب إلى الأزواج الذين يعانون من ظاهرة الإكتئاب النفسي المصاحب لتأخّر الإنجاب(العمم)، كي تُعَمّ فائدته ويسترشد به للإسهام في نشر ثقافة العلاج النفسي لدى كافة شرائح المجتمع.

3- إجراء المزيد من البحوث والدراسات الميدانية حول مختلف أساليب العلاج النفسي المختصر التي يمكن أن تساهم في تحديد التكفل النفسي المناسب لمختلف الإضطرابات النفسية ولمختلف الفئات العمرية.

4- إجراء بحوث حول متابعة العلاج على الأقل لمدة سنة بعد انتهاء الجلسات العلاجية، فالشفاء كما يقول " روجرز" لا يمكن رؤيته بل نرى آثاره من خلال المتابعة الطويلة لمنع عودة (الإضطراب) أي الإنتكاس.

5- الحرص على تطوير وتحسين البرنامج المقترح والذي أثبتت فعاليته لدى أفراد العينة المستهدفة بحيث يواكب آخر المستجدات في مجال العلاج المعرفي السلوكي.

6- استثمار البرنامج المقترح في علاج بعض الأفراد الذين لديهم بعض المظاهر الإكتئابية كتقدير الذات المنخفض أو الشعور بالعجز والكسل قبل أن يصلوا إلى متلازمة الاكتئابية.

7- توجيه الأبحاث والدراسات الميدانية السيكولوجية نحو دراسة الأساليب والطرق الفاعلة في نشر مبادئ المقاربة المعرفية في العلاج ، من أجل توسيع دائرة الصحة النفسية.

رابعاً - صعوبات الدراسة:

تلقينا أثناء اجراء هذا البحث عدّة صعوبات نذكر منها يلي:

- صعوبة رصد والتواصل مع العينة المستهدفة بالبحث، وهذا مرده للحساسية الذهنية الثقافية السائدة في المجتمع.
- استحالة استقبال كل أفراد عينة الدراسة في عيادة واحدة لتطبيق البرنامج العلاجي المقترح وهذا راجع لبعده سكن بعض أفراد العينة(خارج الولاية)، وهذا ما دفعنا للتنقل لأقرب مكان لهم لإجراء المقابلات معهم والبحث على المكان المناسب لذلك ولم يكن ذلك بالأمر السهل علينا.

▪ إنقطاع بعض المتعالجين بلا مبرر واضح في إكمال البرنامج العلاجي المقترح ممّا دفعنا إلى البحث مجدّداً عن عناصر أخرى نكمل بها تعداد عيّنة الدّراسة الأساسية، وإتمام بها الدراسة وتدارك الوقت الضائع حيث إستغرق ذلك أكثر من الوقت المحدّد.

خاتمة الدّراسة:

يهدف العلاج (م.س) المختصر إلى إحداث أقل قدر مطلوب من التّغيير حتى يتمكن العميل من الإستمرار في حياته الرّاهنة بشكل أكثر كفاءة وفي الممارسة، ممّا يعني ضرورة مساعدة العميل في العودة إلى نقطة يمكن عندها أن يستمر في إحراز الأهداف قصيرة و طويلة المدى تتماشى وقدرته على التعامل مع المشكلات و الصعوبات المباشرة التي دفعته لطلب العلاج.

ويصبوا البحث الحالي إلى معرفة دور العلاج النفسي المعرفي- السلوكي في التّخفيف من حدّة الاعراض لإكتئابية لدى الأزواج المصابين بالعقم ولتحقيق أهداف هذا البحث وللإجابة على تساؤلاته وتحقيق فرضياته، تمّ تطبيق مقياس بيك للإكتئاب (BDI-II) على العيّنة الأساسية والمتكونة من (10) أزواج يعانون من الأعراض الأكتئابية ومصابين بالعقم وبعد قسمت بدورها إلى مجموعتين قوام كل واحدة (05) أفراد ذكور وإناث، ثم تقديم قائمة بيك للإكتئاب لإجراء القياس القبلي وبعده طبق البرنامج العلاجي المقترح على أفراد عينة الدراسة، ثمّ أجرى القياس البعدي لمعرفة أثر هذا البرنامج في التّخفيف من حدّة الأعراض الإكتئابية لدى الأزواج المصابين بالعقم وبعد معالجة البيانات إحصائياً كميًا وكيفياً عن طريق المقابلات وتحليل محتواها ومناقشتها تمّ التّوصل إلى النتائج التالية:

- العلاج النّفسي المعرفي- السلوكي له دور في التّخفيف من التّخفيف من حدّة الاعراض لإكتئابية لدى الأزواج المصابين بالعقم .
- يتساوى كلا الجنسين في نوعية ودرجة الإستجابة لهذا البرنامج العلاجي المقترح بل وفي بلوغ الهدف العلاجي النهائي المستهدف.

- المساهمة العلاجية المعرفية-السلوكية المستخدمة أثبتت فعاليتها في تحسين وتعديل تقديرات و تصورات العملاء نحو ذواتهم.
- المساهمة العلاجية المعرفية-السلوكية المستخدمة أثبتت فعاليتها في تغيير وتعديل النظرة السلبية التشاؤمية نحو المستقبل وتنمية روح الأمل.
- يساعد هذا البرنامج العلاجي المقترح على دفع أفراد عينة الدراسة إلى الإستمتاع بمباهج الحياة اليومية .

ومن خلال هذه النتائج يتبين لنا أنّ هناك فرضية من فرضيات البحث لم تتحقّق فحين هناك أربع فرضيات قد تحقّقت.

وأخيرا نستخلص أنّ المساهمة العلاجية المستخدمة انطلقا من العلاج النفسي المعرفي - السلوكي أثبتت فعاليتها في التخفيف من حدّة الأعراض الإكتئابية لدى الأزواج المصابين بالعقم.

قائمة المراجع

المصادر:

- 1) القرآن الكريم: برواية ورش عن نافع، سورة آل عمران، والشورى، والأنبياء.
- 2) مجد الدين الفيروز آبادي (2008): تحقيق أنس محمد الشامي زكريا جابر أحمد قاموس المحيط، ط1، دار عالم الكتب، عمان.
- 3) الرّازي محمد (1967): مختار الصحاح، دار الكتاب العربي، بيروت.

المراجع باللّغة العربية:

- 4) إبراهيم علاء عبد الباقي (2009): الإكتئاب أنواعه وأعراضه أسبابه وطرق علاجه والوقاية منه، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، مصر.
- 5) إبتسام عبد الله الزغبى (2009): الموسوعة العربية للإرشاد والعلاج النفسي، دار الميسرة، عمان.
- 6) إبراهيم عبد الستار (1998): الإكتئاب، دارعالم الكتب، عمان.
- 7) إجلال محمد سري (1998): علم النفس العلاجي، ط2، دار عالم الكتب، عمان.
- 8) إسماعيل علوي و بن عيسى زغبوب (2009): العلاج النفسي المعرفي، ط1، عالم الكتب الحديث النشر والتوزيع إربد الأردن.
- 9) أحمد عكاشة (2003): الطب النفسي المعاصر، (د.ط)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- 10) أديب محمد الخالدي (2009): المرجع في الصّحة النفسيّة نظرية جديدة، ط1، دار وائل، عمان.
- 11) آرون بيك (2000): العلاج المعرفي والإضطرابات الإنفعالية، ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.

- 12) أسامة فاروق مصطفى (2012): مدخل إلى الإضطرابات السلوكية والإنفعالية، ط2، دار المسيرة، الأردن.
- 13) الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية ICD.
- 14) الريماوي محمد عودة (2004): علم النفس النمو، دار الميسرة، عمان.
- 15) السيّد فهمي علي (2010): العلاج النفسي تقنياته وسائله طرقه، دار الجامعة الجديدة الأسكندرية، مصر.
- 16) السيّد فهمي علي (2009): علم النفس الصحة، ط1، دارالجامعة الجديدة الأسكندرية، مصر.
- 17) أيمن الحسيني (1994): الإكتئاب والجنس، مكتبة ابن سينا، الأسكندرية، مصر.
- 18) بحوش صالح (2013): بنك المعرفة جسم الإنسان، دار الهدى عين مليلة، الجزائر.
- 19) بربرا سويتس ترجمة سامح وديع وزملاءه (2009): سيكولوجية الجنس والنوع، ط1، دار الفكر، مصر.
- 20) بشير معمريّة (2007): القياس النفسي وتصميم الإختبارات النفسية، ط1، منشورات الحبر، الجزائر.
- 21) بشير معمريّة (2007): بحوث ودراسات متخصصة في علم النفس، ج1، منشورات الحبر.
- 22) بشير معمريّة (2009): دراسات نفسية في الذكاء الوجداني، الإكتئاب، اليأس قلق الموت السلوك العدواني الإنتحار، ط1، المكتبة المصرية.
- 23) بن عبدالله محمد (2010): سيكوباتولوجيا الشّخصية المغاربية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

- 24) بيرني كورين وزملاءه (2008): **العلاج المعرفي-السلوكي المختصر**، ط1، دار إيتراك للطباعة و النشر والتوزيع، القاهرة.
- 25) حامد زهران عبد السلام (2001): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، عالم الكتب، القاهرة.
- 26) حامد زهران (2005): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط4، عالم الكتب القاهرة، مصر.
- 27) حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي (2013): **فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض الإضطرابات القلق**، ط1، دار الوفاء الأسكندرية، مصر.
- 28) حسن عبد الحميد أحمد رشوان (2005): **علم الإجتماعي النفسي**، ط1، مؤسسة الشباب الجامعة، الأسكندرية، مصر.
- 29) حسين علي قائد (2008): **العلاج النفسي أصوله و تطبيقاته و أخلاقياته**، ط1، مؤسسة طيبة للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 30) خالد حداد (2010): **جسم الإنسان**، ط3، دار البدر للنشر والتوزيع، الجزائر.
- 31) داليا مؤمن (2004): **الأسرة والعلاج الأسري**، دار السحاب للنشر والتوزيع، ط1، عمان.
- 32) روبرت ليهي (2006): **ترجمة جمعة سيد يوسف و محمد نجيب الصبوة، دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الإضطرابات النفسية**، ط1، دار إيتراك للطباعة و النشر والتوزيع، القاهرة.
- 33) زفرا كوبر (2009): **ترجمة محمد عيد مصطفى، العلاج المعرفي السلوكي للسمنة دليل المعالجين**، ط1، دار إيتراك للطباعة و النشر والتوزيع، القاهرة.

- 34) زيزي السيد إبراهيم (2006): العلاج المعرفي للإكتئاب، دار عرين للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة، مصر.
- 35) سناء محمد سليمان (2008): الأمراض النفسية والأمراض العقلية، ط1، دار عالم الكتب.
- 36) شوفمان إ.س.ج مراد علي عين (2012): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، دار الفجر، القاهرة.
- 37) شيلي تايلور (2008): علم النفس الصحي، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
- 38) صالح معالم (2008): محاضرات في الأمراض النفسية والجسدية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 39) طه عبد العظيم حسين (2006): العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات، دار الوفاء للطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر.
- 40) عبد الخالق أحمد محمد (2006): الصدمة النفسية، ط2، دار إقرأ للنشر والتوزيع القاهرة، مصر.
- 41) عبد الفتاح شني (2006): جسم الإنسان، دار شهاب كيدس، الجزائر.
- 42) علاء الدين الكفافي (1999): الإرشاد والعلاج النفسي الأسري، ط1، دار الفكر العربي، مصر.
- 43) عبد المنعم الميلادي (2004): الأمراض والإضطرابات النفسية، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر.
- 44) عادل عبد الله (2000): العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات، ط1، دار الكتب المصرية.

- 45) عبد المنعم عبد القادر الميلاوي (2004): الأمراض والإضطرابات النفسية، (د.ط)، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر.
- 46) عبد الرحمان عيساوي (1997): العلاج السلوكي في حالات خاصة، دار الراتب الجامعية، بيروت.
- 47) فيصل محمد خير الزراد (1988): علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، دار المعلمة للملايين، بيروت.
- 48) فيصل محمد خير الزراد (2000): الأمراض النفسية الجسدية أمراض العصر، دار النفاس للطباعة والنشر والتوزيع.
- 49) فيصل محمد خير الزراد (2005): "العلاج النفسي السلوكي"، ط1، دار العلم للملايين، لبنان.
- 50) فيصل محمد خير الزراد (2005): "العلاج النفسي السلوكي"، ط1، دار العلم للملايين، لبنان.
- 51) كريم الشاذلي (2011): جرعات من الحب، ط2، دار اليقين للنشر والتوزيع، مصر.
- 52) لطفي الشربيني، معجم مصطلحات الطب النفسي، سلسلة المعاجم الطبية المتخصصة.
- 53) ليندا دافيدوف ترجمة السيد الطلوب (2000): الشخصية الدافعية والإنفعالات ، ط5، دار الدويلات للنشر والتوزيع الثقافية، مصر.
- 54) محمد الحجار (2004): تشخيص الأمراض النفسية، دار النفائس، ط1، سوريا.
- 55) محمد زيعور (2006): حقول علم النفس الفيزيولوجي، ط1، دار الفكر العربي بيروت، لبنان.

- (56) محمد سعد حامد عثمان (2010): الإكتئاب وعلاقته بتقدير الذات ومعنى الحياة لدى الشباب، ط1، دار الفكر الجامعي، بيروت، لبنان.
- (57) محمود عيد مصطفى (2008): العلاج المعرفي السلوكي المختصر، دار نتراك للطباعة والنشر والتوزيع، مصر الجديدة.
- (58) مدحت عبد الحميد أبوزيد (2001): الإكتئاب وعلاقته بتقدير الذات ومعنى الحياة لدى الشباب، ط1، دار المعرفة الجامعية، عمان.
- (59) مدحت عبد الحميد أبوزيد (2008): العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية، ج2، دارالمعرفة الجامعية، عمان.
- (60) مراد مرداسي (2009): حقول علم النفس الوسط، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- (61) مروان عبد المجيد إبراهيم (2000): أسس البحث العملي لإعداد الرسائل الجامعية، ط1، مؤسسة الوراق للتوزيع والنشر، عمان.
- (62) مريم سليم (2003): كيف تنمي تقدير الذات والثقة بالنفس والنجاح عند أبنائنا (دليل الوالدين)، ط1، دار النهضة العربية، لبنان.
- (63) موريس أنجرس (2006): منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، دار القصبية.
- (64) مهى محمد سعد (2000): كيفة كتابة الأبحاث والإعداد للمحاضرات، ط2، المكتب العربي الحديث، مصر.
- (65) موسوعة العلوم التفاعلية (2013): تشريح جسم الإنسان، أصالة الجزائر.
- (66) موسوعة جسم الإنسان الشاملة (2011): ط1، دار ربيع للنشر، حلب، سوريا .
- (67) ناهدة البقصمي (2003): الهندسة الوراثة والأخلاق، عالم المعرفة، عمان.

68) نجيب لويس (2004): الطريق الصحيح لتشخيص وعلاج العقم، دار النهضة العربية، لبنان.

69) هارون يحي (2015): المعجزة الموجودة في أجسامنا، دار البدر للطباعة والنشر، الجزائر.

70) وليد سرحان وآخرون (2001): الإكتئاب، ط1، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان.

المجلات و الدوريات:

71) الصبوة محمد نجيب أحمد: العلاج المعرفي السلوكي لحالة رهاب إجتماعي نوعي رهاب الإملاء، مجلة الطفولة العربية 30 (8) 31-57.

72) باسم محمد على دحادحة (2008): فعالية برنامجي إرشاد جمعي في تنفيذ الأفكار اللاعقلانية و تأكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب، مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية و الاجتماعية، المجلد العشرون، العدد12، 01-81.

73) خياط عبدالعزيز (2007): دراسة حول الذات، مجلة التنمية البشرية، جامعة وهران الجزائر، دار الغرب للنشر والتوزيع العدد 3 فبراير 2011.

74) راغب السرحاني (2009): الصّحة الزوجيّة، مجلة العلوم والتربية، جامعة دمشق المجلد (27) العدد (4+3) 2011.

75) سحر علي طه علي جزر (2001): مفاهيم حول تقدير الذات، مجلة التربية اللجنة الوطنية القطرية للتربية والثقافة، العدد (159)، (2006) 35.

76) عيسى الحاج (1997): من المعرفة إلى المعرفية، مجلة معرفية العدد 1.

77) غريب عبد الفتاح (1988): دراسة مستعرضة للفروق بين الجنسين في الإكتئاب لدى عينة مصرية، مجلة الصّحة النفسيّة، عدد 29 القاهرة.

78) كريكوري هاسلر (2004): **فيزيولوجية الإكتئاب**، مجلة الجمعية العالمية للطب النفسي، السنة الثالثة، العدد 3، سبتمبر - أكتوبر (2010).

79) ناصر محمد (2005): **دراسة اجتماعية حول العقم**، مجلة العلوم التربوية النفسية، كلية التربية البحرين المجلد (08) العدد (03) سبتمبر 2007.

80) مجلة همسة وصل، **الحمل والولادة**، العدد (11-12)، حزيران 2009.

بحوث و رسائل:

81) السنباني إيمان صالح (2005): **فعالية برنامج علاج سلوكي معرفي في تخفيف اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال المساء إليهم**، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

82) صباح مصطفى فتحي السقا (2005): **أثر برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الاكتئاب**، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس، كلية التربية، جامعة دمشق.

83) بكيري نجيبة (2012): **أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأمراض النفسية للسكريين المراهقين**، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة باتنة، الجزائر.

مراجع بالأجنبية:

84) Akkouché F. Tina (2002) : **Atlas d'Anatomie du corp humains** , éditon Berti , Alger.

85) **Anatomie Humaine** (2003) : Atlas en couleurs, 2 édition française de boeck.

86) Beck A.T (1967): **Depression clinical Experimental and Theoretical Aspect**, London stapless press – Blandine Courbiere, Xavier.

- 87) Beck A.T.rush, A.J, sham, BF et Emery, b, (1995): **Cognitive Therapy of depression**, New York Ghilford press.
- 88) Carcopino(2009) : **Gynécologie Obstetrique**, 2 editon, ENC Epreuves National clarantes.
- 89) Debray et V caillard(1983):**Maladie depressives**, Ciba printel Paris.
- 90) Ellis A. et Horper P(1992) : **L'approche rationnelle émotive**, Eds de l'homme.
- 91) Jean Cottraux(2001) : **Medecine et psychotherapie (les therapies comportementales et cognitives)**, 3 edition, Masson Paris.
- 92) Henry Ey, P.Bernard, Ch.Briseet(1989) : **Manuel de psychatrie**, 6 édition, Masson.
- 93) Irvin Rock(2001) : **La perception**, 1editon americaine, par Daniel Mestone de Boeck Université.
- 94) Jean Cottraux(2007) :**Therapie Cognitive et émotions, La troisieme vague**, cordoné par Elsevien Masson, Paris.
- 95) J.P.Bannardot & Coll(1995) : **Anesthesie Analgesie Reanimation Gynécologiques et Obstetricales**, éditon Vigot, Paris.
- 96) **Le petit Larousse illustré**(2015) Weddictionnaire larousse, Larousse, Paris.

- 97) Marie Louise Pierson (2008): **Renaitre après la dépression**, Eyrolles, Paris.
- 98) Michel Hansenne (2013) : **Psychologie de La personnalité**, 4 édition de Boeck, Belgique Bruxelles.
- 99) Pierre Pichot (1983) : La maladie dépressive, 4trimestre, la boratoire CIBA, France.
- 100) Pr-jacmin (2005) : **Sterilité d'Homme**, Starstbourg.
- 101) Pr Jean-pierre (2009) : **Larousse Médical**, Wainslen Larousse, nouvelle édition.
- 102) Seligman .MEP. (1975): **Helpessnes on depression devolopement and death**, san francisco, free man

مواقع الأنترنت:

- 103) www.al3oqm.com/Infertility.
- 104) www.Depression.com/psychotherapie.html.
- 105) www.Encyclopedia.com/doc/1E1-psychoth.html.
- 106) www.Sciencedaily.com/news/mind-brain/addiction/-57K.
- 107) www.Wikipedia.com.

الملاحق

ملحق رقم (1)
قائمة آرون بيك وآخرون الثانية للاكتتاب
BDI – II
ظهرت عام 1996
تطبق على 16 سنة من العمر فأكثر

مدة الزواج:

السن:

المهنة:

المستوى الدراسي:

التعليمة:

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدة وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك هذا اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي أخترتها (0 أو 1 أو 2 أو 3) وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليها بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في المجموعة، وتأكد دائما أن تختار عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 والمجموعة رقم 18.

العبارات	مجموعة
<p>0- لا أشعر بالحزن.</p> <p>1- أشعر بالحزن معظم الوقت.</p> <p>2- أشعر دائما حزين.</p> <p>3- أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك.</p>	الأولى
<p>0- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.</p> <p>1- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت.</p> <p>2- أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي.</p> <p>3- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءا.</p>	الثانية
<p>0- لا أشعر بأني شخص فاشل.</p> <p>1- لقد فشلت أكثر مما ينبغي.</p> <p>2- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل.</p> <p>3- أشعر بأني شخص فاشل تماما.</p>	الثالثة
<p>0- استمتع بالحياة بنفس قدر إستمتاعي بها من قبل.</p> <p>1- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي أعتدت عليه.</p> <p>2- أحصل على قدر قليل جدا من الإستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل.</p> <p>3- لا أستطيع الحصول على أي إستمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل.</p>	الرابعة
<p>0- لا أشعر بالذنب.</p> <p>1- أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.</p> <p>2- أشعر بالذنب في معظم الأوقات.</p> <p>3- أشعر الذنب في كل الأوقات.</p>	الخامسة
<p>0- لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى.</p> <p>1- أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى.</p> <p>2- أشعر بأني سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى.</p> <p>3- أشعر بأني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى.</p>	السادسة
<p>0- شعوري نحو نفسي عادي.</p> <p>1- فقدت الثقة في نفسي.</p> <p>2- أنا محبط من نفسي.</p> <p>3- لا أحب نفسي.</p>	السابعة
<p>0- لا أنتقد ولا ألوم نفسي.</p> <p>1- أنتقد وألوم نفسي أكثر من المعتاد.</p> <p>2- أنتقد وألوم نفسي على كل الأخطاء.</p>	الثامنة

<p>3- أنتقد وألوم نفسي على كل ما يحدث من سوء بسببي.</p>	
<p>0- ليس لدي أي أفكار إنتحارية. 1- أفكر أحيانا في الإنتحار، ولكن لا يمكنني تنفيذه. 2- أريد أن أنتحر. 3- قد أنتحر لو كانت لي فرصة.</p>	<p>التاسعة</p>
<p>0- لا أبكي أكثر مما تعودت. 1- أشعر بالرغبة في البكاء. 2- أبكي أكثر مما تعودت. 3- أبكي لأتفه الأسباب.</p>	<p>العاشرة</p>
<p>0- أشعر بالهيجان أو الإثارة بدرجة عادية. 1- أشعر بالهيجان أو الإثارة أكثر مما تعودت. 2- أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقرا. 3- أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما.</p>	<p>الحادية عشر</p>
<p>0- لم أفقد الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 1- أنا قليل الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 2- فقدت معظم إهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. 3- من الصعب علي أن أهتم بأي شيء.</p>	<p>الثانية عشر</p>
<p>0- أتخذ قراراتي بنفس الكفاءة التي تعودت عليها. 1- أجد صعوبة في إتخاذ القرارات. 2- لدي صعوبة في إتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه. 3- لا أستطيع إتخاذ القرارات.</p>	<p>الثالثة عشر</p>
<p>0- لا اشعر أنني عديم القيمة. 1- أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون. 2- أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين. 3- أشعر أنني عديم القيمة تماما.</p>	<p>الرابعة عشر</p>
<p>0- لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت. 1- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت. 2- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء. 3- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.</p>	<p>الخامسة عشر</p>
<p>0- لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي.</p>	

<p>1- أ- أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما. 1- ب- أنام أقل مما تعودت إلى حد ما. 2- أ- أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير. 2- ب- أنام أقل مما تعودت بشكل كبير. 3- أ- أنام معظم اليوم. 3- ب- أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.</p>	<p>السادسة عشر</p>
<p>0- أغضب بدرجة عادية. 1- أغضب أكبر مما تعودت. 2- أغضب أكبر بكثير مما تعودت. 3- أكون في حالة غضب طول الوقت.</p>	<p>السابعة عشر</p>
<p>0- لم يحدث أي تغير في شهيتي. 1- أ- شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما. 1- ب- شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما. 2- أ- شهيتي أقل كثيرا مما تعودت. 2- ب- شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت. 3- أ- ليس لدي شهية على الإطلاق. 3- ب- لدي الرغبة قوية إلى الطعام طول الوقت.</p>	<p>الثامن عشر</p>
<p>0- أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت. 1- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت. 2- من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة. 3- أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.</p>	<p>التاسع عشر</p>
<p>0- لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت. 1- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها. 2- يعوقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها. 3- أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي أعتدت عليها.</p>	<p>العشرون</p>
<p>0- إن إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام. 1- أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت. 2- أنا أقل إهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام. 3- فقدت الإهتمام بالجنس تماما.</p>	<p>الواحد والعشرون</p>

ملحق رقم (2)

نتائج إختبار بيك للحالة الأولى مجموع الدرجات (16) في القياس القبلي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
02	أشعر دائماً حزين	الحزن	1
02	أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
01	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
00	لا أشعر بالذنب	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
00	شعوري نحو نفسي عادي	عدم حب الذات	7
01	أنتقد وألوم نفسي أكثر من المعتاد	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
01	أشعر بالرغبة في البكاء	البكاء	10
01	أشعر بالهيجان أو الاثارة أكثر مما تعودت	الهيجان والاثارة (عدم الاستقرار)	11
00	لم أفقد الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
01	أجد صعوبة في إتخاذ القرارات	التردد في اتخاذ القرارات	13
00	لا اشعر أنني عديم القيمة.	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
01 ب	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.	تغيرات في نظام النوم	16
01	أغضب أكبر مما تعودت	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
02	من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
00	إن إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (3)

نتائج إختبار بيك للحالة الثانية مجموع الدرجات (20) في القياس القبلي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
01	أشعر بالحزن معظم الوقت	الحزن	1
03	أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءا	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
01	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
00	لا أشعر بالذنب	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
00	شعوري نحو نفسي عادي	عدم حب الذات	7
01	أنتقد وألوم نفسي أكثر من المعتاد	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
03	أبكي لأتفه الأسباب	البكاء	10
01	أشعر بالهيجان أو الاثارة أكثر مما تعودت	الهيجان والاثارة (عدم الاستقرار)	11
01	أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
01	أجد صعوبة في إتخاذ القرارات	التردد في اتخاذ القرارات	13
01	أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
01 ب	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.	تغيرات في نظام النوم	16
01	أغضب أكبر مما تعودت	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
02	من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
00	إن إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (4)

نتائج إختبار بيك للحالة الثالثة مجموع الدرجات (27) في القياس القبلي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
02	أشعر دائما حزين	الحزن	1
02	أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي	التشاؤم	2
01	لقد فشلت أكثر مما ينبغي	الفشل السابق	3
01	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
01	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
01	فقدت الثقة في نفسي	عدم حب الذات	7
02	أنتقد وألوم نفسي على كل الأخطاء	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
01	أشعر بالرغبة في البكاء	البكاء	10
01	أشعر بالهيجان أو الاثارة أكثر مما تعودت	الهيجان والاثارة (عدم الاستقرار)	11
01	أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
02	لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه	التردد في اتخاذ القرارات	13
02	أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين	انعدام القيمة	14
02	ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء	فقدان الطاقة على العمل	15
03 ب	أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.	تغيرات في نظام النوم	16
00	أغضب بدرجة عادية	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
01	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
02	أنا أقل إهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (5)

نتائج إختبار بيك للحالة الرابعة مجموع الدرجات (26) في القياس القبلي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
02	أشعر دائما حزين	الحزن	1
03	أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءا	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
02	أحصل على قدر قليل جدا من الإستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
01	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
02	أنا محبط من نفسي	عدم حب الذات	7
01	أنتقد وألوم نفسي أكثر من المعتاد	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
01	أشعر بالرغبة في البكاء	البكاء	10
01	أشعر بالهيجان أو الاثارة أكثر مما تعودت	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	11
02	فقدت معظم إهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
00	أأخذ قراراتي بنفس الكفاءة التي تعودت عليها	التردد في اتخاذ القرارات	13
00	لا أشعر أنني عديم القيمة	انعدام القيمة	14
02	ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء	فقدان الطاقة على العمل	15
02 ب	أنام أقل مما تعودت بشكل كبير	تغيرات في نظام النوم	16
01	أغضب أكبر مما تعودت	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
02	من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
02	أنا أقل إهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (6)

نتائج إختبار بيك للحالة الخامسة مجموع الدرجات (29) في القياس القبلي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
02	أشعر دائما حزين	الحزن	1
02	أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
01	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
01	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
02	أنا محبط من نفسي	عدم حب الذات	7
01	أنتقد وألوم نفسي أكثر من المعتاد	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
03	أبكي لأتفه الأسباب	البكاء	10
01	أشعر بالهيجان أو الاثارة أكثر مما تعودت	الهيجان والاثارة (عدم الاستقرار)	11
02	فقدت معظم إهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
02	لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه	التردد في اتخاذ القرارات	13
02	أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين	انعدام القيمة	14
02	ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء	فقدان الطاقة على العمل	15
02 ب	أنام أقل مما تعودت بشكل كبير	تغيرات في نظام النوم	16
01	أغضب أكبر مما تعودت	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
02	من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
01	أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (7)

نتائج إختبار بيك للحالة السادسة مجموع الدرجات (24) في القياس القبلي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
01	أشعر بالحزن معظم الوقت	الحزن	1
02	أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي	التشاؤم	2
02	كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل	الفشل السابق	3
01	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
01	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
01	فقدت الثقة في نفسي	عدم حب الذات	7
03	أنتقد وألوم نفسي على كل ما يحدث من سوء بسببي	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
02	أبكي أكثر مما تعودت.	البكاء	10
01	أشعر بالهيجان أو الاثارة أكثر مما تعودت	الهيجان والاثارة (عدم الاستقرار)	11
01	أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
01	أجد صعوبة في إتخاذ القرارات	التردد في اتخاذ القرارات	13
01	أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
01 ب	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.	تغيرات في نظام النوم	16
01	أغضب أكبر مما تعودت	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
01	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
01	أنا أقل اهتماماً بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (8)

نتائج إختبار بيك للحالة السابعة مجموع الدرجات (25) في القياس القبلي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
02	أشعر دائما حزين	الحزن	1
01	أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
02	أحصل على قدر قليل جدا من الإستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
01	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
00	شعوري نحو نفسي عادي	عدم حب الذات	7
01	أنتقد وألوم نفسي أكثر من المعتاد	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
02	أبكي أكثر مما تعودت.	البكاء	10
02	أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقرا	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	11
01	أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
01	أجد صعوبة في إتخاذ القرارات	التردد في اتخاذ القرارات	13
01	أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
02 ب	أنام أقل مما تعودت بشكل كبير	تغيرات في نظام النوم	16
03	أكون في حالة غضب طول الوقت	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
02	من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
01	أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (9)

نتائج إختبار بيك للحالة الثامنة مجموع الدرجات (25) في القياس القبلي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
02	أشعر دائما حزين	الحزن	1
01	أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
01	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
01	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
01	فقدت الثقة في نفسي	عدم حب الذات	7
01	أنتقد وألوم نفسي أكثر من المعتاد	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
03	أبكي لأتفه الأسباب	البكاء	10
02	أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقرا	التهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	11
01	أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
01	أجد صعوبة في إتخاذ القرارات	التردد في اتخاذ القرارات	13
01	أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
02 ب	أنام أقل مما تعودت بشكل كبير	تغيرات في نظام النوم	16
01	أغضب أكبر مما تعودت	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
02 أ	شهيتي أقل كثيرا مما تعودت	تغيرات في الشهية	18
02	من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
01	أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (10)

نتائج إختبار بيك للحالة التاسعة مجموع الدرجات (35) في القياس القبلي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
01	أشعر بالحزن معظم الوقت	الحزن	1
03	أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءا	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
03	لا أستطيع الحصول على أي إستمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
01	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
01	أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
02	أنا محبط من نفسي	عدم حب الذات	7
01	أنقصد وألوم نفسي أكثر من المعتاد	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
01	أشعر بالرغبة في البكاء	البكاء	10
03	أتهيج وأثر إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	11
02	فقدت معظم إهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى	فقدان الاهتمام	12
02	لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت	التردد في اتخاذ القرارات	13
01	أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون	انعدام القيمة	14
02	ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء	فقدان الطاقة على العمل	15
03 ب	أستيقظ من نمومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.	تغيرات في نظام النوم	16
01	أغضب أكبر مما تعودت	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
02 أ	شهيتي أقل كثيرا مما تعودت	تغيرات في الشهية	18
02	من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة	صعوبة التركيز	19
03	أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي أعتدت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
01	أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (11)

نتائج إختبار بيك للحالة العاشرة مجموع الدرجات (27) في القياس القبلي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
01	أشعر بالحزن معظم الوقت	الحزن	1
02	أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
01	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
01	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
01	أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
01	فقدت الثقة في نفسي	عدم حب الذات	7
01	أنتقد وألوم نفسي أكثر من المعتاد	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
03	أبكي لأتفه الأسباب	البكاء	10
01	أشعر بالهيجان أو الإثارة أكثر مما تعودت	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	11
02	فقدت معظم إهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
02	لدي صعوبة في اتخاذ القرارات تعودت عليه	التردد في اتخاذ القرارات	13
01	أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
01 ب	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.	تغيرات في نظام النوم	16
01	أغضب أكبر مما تعودت	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
03 أ	ليس لدي شهية على الإطلاق	تغيرات في الشهية	18
01	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
02	أنا أقل إهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (12)

نتائج إختبار بيك للحالة الأولى مجموع الدرجات (10) في القياس البعدي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
00	لا أشعر بالحزن	الحزن	1
00	لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
00	أستمتع بالحياة بنفس قدر إستمتاعي بها من قبل.	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
01	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
00	شعوري نحو نفسي عادي	عدم حب الذات	7
02	أنتقد وألوم نفسي على كل الأخطاء	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
00	لا أبكي أكثر مما تعودت	البكاء	10
00	أشعر بالهيجان أو الاثارة بدرجة عادية	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	11
00	لم أفقد الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
00	أخذ قراراتي بنفس الكفاءة التي تعودت عليها	التردد في اتخاذ القرارات	13
00	لا اشعر أنني عديم القيمة.	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
03 ب	أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.	تغيرات في نظام النوم	16
00	أغضب بدرجة عادية	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
01	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
00	إن إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (13)

نتائج إختبار بيك للحالة الثانية مجموع الدرجات (08) في القياس البعدي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
01	أشعر بالحزن معظم الوقت	الحزن	1
00	لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
00	أستمتع بالحياة بنفس قدر إستمتاعي بها من قبل.	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
02	أشعر بالذنب في معظم الأوقات	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
01	أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
00	شعوري نحو نفسي عادي	عدم حب الذات	7
00	لا أنتقد ولا ألوم نفسي	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
00	لا أبكي أكثر مما تعودت	البكاء	10
00	أشعر بالهيجان أو الاثارة بدرجة عادية	الهيجان والاثارة (عدم الاستقرار)	11
00	لم أفقد الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
00	أأخذ قراراتي بنفس الكفاءة التي تعودت عليها	التردد في اتخاذ القرارات	13
00	لا اشعر أنني عديم القيمة.	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
01 ب	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في نظام النوم	16
00	أغضب بدرجة عادية	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
00	لم يحدث أي تغير في شهيتي	تغيرات في الشهية	18
01	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
00	إن إهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (14)

نتائج إختبار بيك للحالة الثالثة مجموع الدرجات (10) في القياس البعدي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
00	لا أشعر بالحزن	الحزن	1
00	لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
00	أستمتع بالحياة بنفس قدر إستمتاعي بها من قبل.	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
00	لا أشعر بالذنب	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
00	شعوري نحو نفسي عادي	عدم حب الذات	7
01	أنتقد وألوم نفسي أكثر من المعتاد	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
01	أشعر بالرغبة في البكاء	البكاء	10
00	أشعر بالهيجان أو الاثارة بدرجة عادية	الهيجان والاثارة (عدم الاستقرار)	11
01	أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
01	أجد صعوبة في إتخاذ القرارات	التردد في اتخاذ القرارات	13
01	أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
01 ب	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.	تغيرات في نظام النوم	16
00	أغضب بدرجة عادية	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
00	أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
01	أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (15)

نتائج إختبار بيك للحالة الرابعة مجموع الدرجات (11) في القياس البعدي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
00	لا أشعر بالحزن	الحزن	1
00	لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
01	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
00	لا أشعر بالذنب	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
01	فقدت الثقة في نفسي	عدم حب الذات	7
00	لا أنتقد ولا ألوم نفسي	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
01	أشعر بالرغبة في البكاء	البكاء	10
00	أشعر بالهيجان أو الاثارة بدرجة عادية	الهيجان والاثارة (عدم الاستقرار)	11
01	أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
01	أجد صعوبة في إتخاذ القرارات	التردد في اتخاذ القرارات	13
00	لا اشعر أنني عديم القيمة.	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
01 ب	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.	تغيرات في نظام النوم	16
00	أغضب بدرجة عادية	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
01	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
01	أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (16)

نتائج إختبار بيك للحالة الخامسة مجموع الدرجات (12) في القياس البعدي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
00	لا أشعر بالحزن	الحزن	1
01	أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
00	أستمتع بالحياة بنفس قدر إستمتاعي بها من قبل.	فقدان الإستمتاع بالحياة	4
01	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
01	فقدت الثقة في نفسي	عدم حب الذات	7
00	لا أنتقد ولا ألوم نفسي	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
01	أشعر بالرغبة في البكاء	البكاء	10
00	أشعر بالهيجان أو الاثارة بدرجة عادية	الهيجان والاثارة (عدم الاستقرار)	11
01	أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
01	أجد صعوبة في إتخاذ القرارات	التردد في اتخاذ القرارات	13
01	أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
01 ب	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.	تغيرات في نظام النوم	16
00	أغضب بدرجة عادية	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
01	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت	صعوبة التركيز	19
00	لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت	الإرهاق أو الإجهاد	20
01	أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (17)

نتائج إختبار بيك للحالة السادسة مجموع الدرجات (08) في القياس البعدي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
00	لا أشعر بالحزن	الحزن	1
00	لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
00	أستمتع بالحياة بنفس قدر إستمتاعي بها من قبل.	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
00	لا أشعر بالذنب	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
00	شعوري نحو نفسي عادي	عدم حب الذات	7
01	أنتقد وألوم نفسي أكثر من المعتاد	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
01	أشعر بالرغبة في البكاء	البكاء	10
00	أشعر بالهيجان أو الاثارة بدرجة عادية	الهيجان والاثارة (عدم الاستقرار)	11
00	لم أفقد الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
00	أخذ قراراتي بنفس الكفاءة التي تعودت عليها	التردد في اتخاذ القرارات	13
00	لا اشعر أنني عديم القيمة.	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
01 ب	أنا أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في نظام النوم	16
00	أغضب بدرجة عادية	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
01	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
01	أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (18)

نتائج إختبار بيك للحالة السابعة مجموع الدرجات (10) في القياس البعدي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
00	لا أشعر بالحزن	الحزن	1
00	لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
01	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
00	لا أشعر بالذنب	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
00	شعوري نحو نفسي عادي	عدم حب الذات	7
01	أنتقد وألوم نفسي أكثر من المعتاد	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
01	أشعر بالرغبة في البكاء	البكاء	10
00	أشعر بالهيجان أو الاثارة بدرجة عادية	الهيجان والاثارة (عدم الاستقرار)	11
00	لم أفقد الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.	فقدان الإهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
01	أجد صعوبة في إتخاذ القرارات	التردد في اتخاذ القرارات	13
00	لا اشعر أنني عديم القيمة.	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
01 ب	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.	تغيرات في نظام النوم	16
01	أغضب أكبر مما تعودت	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
01	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت	صعوبة التركيز	19
00	لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت	الإرهاق أو الإجهاد	20
01	أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	فقدان الإهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (19)

نتائج إختبار بيك للحالة الثامنة مجموع الدرجات (10) في القياس البعدي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
00	لا أشعر بالحزن	الحزن	1
00	لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
00	أستمتع بالحياة بنفس قدر إستمتاعي بها من قبل.	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
01	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
01	فقدت الثقة في نفسي	عدم حب الذات	7
00	لا أنتقد ولا ألوم نفسي	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
01	أشعر بالرغبة في البكاء	البكاء	10
00	أشعر بالهيجان أو الاثارة بدرجة عادية	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	11
00	لم أفقد الإهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية.	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
00	أخذ قراراتي بنفس الكفاءة التي تعودت عليها	التردد في اتخاذ القرارات	13
00	لا اشعر أنني عديم القيمة.	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
01 ب	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في نظام النوم	16
01	أغضب أكبر مما تعودت	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
01	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
01	أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (20)

نتائج إختبار بيك للحالة التاسعة مجموع الدرجات (15) في القياس البعدي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
01	أشعر بالحزن معظم الوقت	الحزن	1
01	أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
01	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
01	أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء قمت بها أو كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
01	فقدت الثقة في نفسي	عدم حب الذات	7
00	لا أنتقد ولا ألوم نفسي	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
01	أشعر بالرغبة في البكاء	البكاء	10
00	أشعر بالهيجان أو الاثارة بدرجة عادية	الهيجان والإثارة (عدم الاستقرار)	11
01	أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
01	أجد صعوبة في إتخاذ القرارات	التردد في اتخاذ القرارات	13
01	أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
01 ب	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.	تغيرات في نظام النوم	16
00	أغضب بدرجة عادية	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
01 أ	شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما	تغيرات في الشهية	18
01	لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت	صعوبة التركيز	19
01	أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها	الإرهاق أو الإجهاد	20
01	أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (21)

نتائج إختبار بيك للحالة العاشرة مجموع الدرجات (10) في القياس البعدي

الدرجة	الاستجابة	المحور	الرقم
00	لا أشعر بالحزن	الحزن	1
00	لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.	التشاؤم	2
00	لا أشعر بأني شخص فاشل	الفشل السابق	3
01	لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه	فقدان الاستمتاع بالحياة	4
00	لا أشعر بالذنب	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	5
00	لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	6
00	شعوري نحو نفسي عادي	عدم حب الذات	7
00	لا أنتقد ولا ألوم نفسي	نقد الذات ولومها	8
00	ليس لدي أي أفكار انتحارية	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	9
01	أشعر بالرغبة في البكاء	البكاء	10
00	أشعر بالهيجان أو الاثارة بدرجة عادية	الهيجان والاثارة (عدم الاستقرار)	11
01	أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	12
01	أجد صعوبة في إتخاذ القرارات	التردد في اتخاذ القرارات	13
01	أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون	انعدام القيمة	14
01	لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.	فقدان الطاقة على العمل	15
01 ب	أنام أقل مما تعودت إلى حد ما.	تغيرات في نظام النوم	16
00	أغضب بدرجة عادية	القابلية للغضب أو الانزعاج	17
02 أ	شهيتي أقل كثيرا مما تعودت	تغيرات في الشهية	18
00	أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت	صعوبة التركيز	19
00	لست أكثر إرهاقا أو إجهادا مما تعودت	الإرهاق أو الإجهاد	20
01	أنا أقل إهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت	فقدان الاهتمام بالجنس	21

ملحق رقم (22)

التسجيل الذاتي للنشاطات اليومية لتقييم الإنفعال خلال أسبوع.

الوقت	النشاطات المنجزة	الرضا %	عدم الرضا %

ملحق رقم (23)

جدول النشاطات المبرمجة.

الساعة	النشاطات المبرمجة	النشاطات المنجزة	الرضا %	عدم الرضا %

ملحق رقم (24)

التسجيل الذاتي عن طريق الأفكار التلقائية.

الموقف	الإنفعال	الأفكار التلقائية	شدة الاعتقاد بالفكرة

ملحق رقم (25)

فحص الدليل.

الموقف	الإنفعال	التفكير الآلي	ما هو الدليل الذي يسانده	ما هو الدليل الذي يعارضه	الفكرة البديلة	الإنفعال %

ملحق رقم (26)

نموذج من المعارف السلبية والتفكير البديل في تقرير أسبوعي.

الوضعية	الإنفعال	التفكير الآلي	التفكير البديل

ملحق رقم (27)

يوضح الأفكار الآلية وكيفية تجاوزها.

التاريخ والساعة	الموقف	التفكير الآلي	الإنفعال	التفكير البديل	النتيجة