

العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب برنامج علاجي تفصيلي



لوحة فنية للفنان محمد عبد الحليم

د/ محمود عيد مصطفى
اختصاصي العلاج النفسي والإدمان

إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب
برنامج علاجي تفصيلي

(الكتاب السادس)

سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر
رئيس التحرير/ أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة
أستاذ علم النفس الإكلينيكي

العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب (برنامج علاجي تفصيلي)

إعداد

د/ محمود عيد مصطفى
اختصاصي العلاج النفسي والإدمان

القاهرة

٢٠٠٩

بطاقة فهرسة

فهرسة أثناء النشر أعداد الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية

مصطفى ، محمود عيد .

العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب : برنامج علاجي تفصيلي

اعداد : محمود عيد مصطفى . - ط ١ .

- القاهرة : مكتبة إيتراك ، ٢٠٠٩ - ٤٢٠ ص : ٢٤ سم .

- سلسلة علم النفس الاكلينيكي المعاصر ، الكتاب السادس

- تدمك : ٦ ١٧٢ ٢٨٣ ٩٧٧

١- الاكتئاب النفسى علم النفس ٢ - العلاج النفسى - امراض نفسية .

١٥٥.٢٢٢

١- العنوان .

اسم الكتاب : العلاج المعرفى السلوكى للاكتئاب : برنامج علاجي

تفصيلي

اسم المؤلف : محمود عيد مصطفى .

رقم الطبعة : الأولى

السنة : ٢٠٠٩

رقم الإيداع : ١١٦٨٩ / ٢٠٠٩

الترقيم الدولي : I.S.B.N. / 977-383-173-6

اسم الناشر : إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

العنوان : ١٢ ش حسين كامل سليم - المازة مصر الجديدة

المحافظة : القاهرة

التليفون : ٢٧٥٤٤٥٥٦

اسم المطبعة : الدار الهندسية

العنوان : المنطقة الصناعية - زهراء المعادي

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ.

﴿وَعَلَّمَكَ مَا لَمْ تَكُنْ تَعْلَمُ وَكَانَ فَضْلُ اللَّهِ

عَلَيْكَ عَظِيمًا﴾

سورة النساء: آية ١١٣.

مقدمة مجرر السلسلة

بقلم: د. / محمد نجيب أحمد الصبوة

لقد تقلب العلاج النفسى بين مدارس شتى، وتقلبت معه الميول والأهواء العلمية، كما تقلبت اتجاهات المعالجين من الاختصاصيين النفسيين والأطباء النفسيين، وجاءت نتائج الممارسات العلاجية مخيبة للآمال مرات، وتفتح باب الأمل أمام من يتلقون العلاج من المرضى النفسيين مرات أخرى. والدليل على ذلك إنه عند ظهور التحليل النفسى على يد "سيجموند فرويد" افُتُتِحَ به الأطباء النفسيين ولا زالوا على أساس أنه فتح آفاقاً فى دراسة النفس البشرية، وقدم تفسيرات لا يأتيناها الباطل من بين يديها ولا من خلفها، وتوهم كثيرون من المحللين النفسيين أنه سيمكنهم من الخوض فى أعماق النفس الإنسانية لاكتشاف أسباب أمراضها النفسية والعقلية، وأسباب انحرافاتهما، ومن ثم علاجها، ولكن للأسف الشديد جاءت نتائج الدراسات والبحوث والمراجعات العلمية والممارسات العلاجية مخيبة للآمال على مدى قرن من الزمان؛ فلا هو عالج الأمراض العصبية (أمراض القلق النفسى الآن)، ولا هو قد نجح فى تخفيف الأمراض العقلية (الذهانية).

ووصل الحال الآن أن طائفة كبرى من الأطباء النفسيين والمحللين النفسيين باتوا يهتمون التحليل النفسى وسيجموند فرويد بأنهما السبب فى تخلف الطب النفسى وخروجه عن المسار الصحيح لحكل فروع الطب البشرى الأخرى، وراحوا - بسبب ذلك - يفتشون فى علوم الكيمياء والتوافق العصبية وعلوم الأعصاب والفسىولوجى، ومن ثم ظهر تحيز جديد فى الطب النفسى، ترتب عليه اختزال كل تعقيدات المرض النفسى والانحرافات الفكرية والساووسكية، ليصبح مجرد اختلال فى كيمياء الدماغ والمسارات العصبية، الأمر الذى يمكن التغلب عليه بالأدوية الطبية الكيمائية. واستمر الحال على هذا المنوال منذ أربعينيات القرن المنصرم (العشرين) وحتى الآن. وظهرت طائفة

أخرى من الأطباء النفسيين ينادون بإلغاء تخصص الطب النفسي، لأن الممارس العام أو أى طبيب من أطباء الأسرة يمكنه وضع الوصفة الطبية للمرضى النفسيين والعقليين، ما دامت المسألة مجرد علاج طبي بمجموعة محدودة من الأدوية النفسية.

ويسبب "هوجة" العلاج بالأدوية النفسية، فقد العلاج النفسى كثيراً من أرضيته وشعبيته، وأغلق كثير من معاهد التحليل النفسى أبوابه نظراً لعدم الإقبال عليه، وضعف نتائجه، وما يتطلبه من فترات زمنية طويلة تروى على الثلاث إلى خمس سنوات، بالإضافة إلى ظهور المدرسة السلوكية ونجاحها فى علاج الأعراض الظاهرة لعدد من الاضطرابات والأمراض النفسية، ولكنها هى الأخرى فشلت فشلاً ذريعاً فى التدخل فى الأمراض العقلية واضطرابات الشخصية، وكثير من الانحرافات السلوكية المعقدة.

فى ظل هذا المناخ العلمى المتلاطم، وفى منتصف الثمانينيات بالتحديد، استطاع العلاج المعرفى والمعرفى - السلوكى أن يأخذ مكانته بوصفه نظاماً علاجياً متكاملًا، يتكون من:

- أ- نظرية فى الشخصية والسيكوباثولوجى مع وجود نتائج تجريبية (هوية أو صادقة) تؤكد صحة فروضها.
- ب- ونموذج للعلاج النفسى مع مجموعة من القواعد والاستراتيجيات المندمجة مع نظرية السيكوباثولوجى.
- ج- ونتائج عيادية وتجريبية قوية معتمدة على بحوث عيادية مقننة تؤكد فعالية هذا العلاج وتأثيره.

ولقد تأسس العلاج المعرفى على يد "أرون بيك" Aron Beck فى جامعة بنسلفانيا فى أوائل الستينيات كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول الحاضر لمرض الاكتئاب، وهو موجه أساساً إلى التعامل مع مشاكل المريض الراهنة، مع إعادة تشكيل التفكير السلبي والسلوك المكتسب عليه (Beck, 1964).

ويفترض النموذج المعرفي أن التفكير المشوش والسلبي (الذي يؤثر على مشاعر وسلوك المرضى) هو الغالب في معظم الأمراض والاضطرابات النفسية، وأن التقييم الواقعي وتعديل التفكير يؤدي إلى تحسن في المزاج والسلوك، وينتج استمرار التحسن من تعديل المعتقدات السلبية الراسخة لدى المرضى.

وقد طورت أشكال مختلفة من العلاج المعرفي - السلوكي بواسطة منظرين رئيسيين، ومن أهمها: العلاج العقلاني - الانفعالي السلوكي لألبرت إليس، والتعديل المعرفي - السلوكي لدونالد ميكنياوم (1977)، والعلاج المتعدد الاتجاهات Multi-modal therapy للآزاروس (Lazarus, 1976) (جوديث بيك، 2007، 17).

ووفقاً للتأثير والمد العلمي، ظهرت أجيال جديدة من الباحثين والمعالجين النفسيين الذين راجعوا النموذج المعرفي، واقتنعوا به علمياً، وقاموا بتطبيقه كعلاج نفسي على مختلف الاضطرابات النفسية والأمراض الذهانية واضطرابات الشخصية، والانحرافات السلوكية والاجتماعية، كالإدمان والاعتماد على المخدرات والكحوليات، واضطرابات التغذية والأكل، والاضطرابات النفسية الجسمية، كالألم المزمن، والصداع النفسي، وزملة التعب المزمن، والتبول والتغوط اللاإرادي، وذلك كله بعد أن طبقه آرون بيك في البداية على الاكتئاب الأساسي والقلق النفسي فقط. إنه أصبح ثورة علمية بحق ردت للعلاج النفسي هيئته ومكانته التي كان فقدها.

وقد أوضحت نتائج تطبيق العلاج المعرفي - السلوكي على هذا التنوع المتباين من الاضطرابات النفسية، أن هناك أبعاداً معرفية أساسية للشخصية الإنسانية لها علاقات السبب بالنتيجة بينها وبين الاضطرابات النفسية، ومن ثم يمكن الوقوف على دور العوامل المعرفية في الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية أو في الإصابة بالمرض النفسي. وفي هذا الإطار ظهر كتاب الدكتور محمود عيد مصطفى تحت عنوان "العلاج المعرفي - السلوكي للاكتئاب: برنامج علاجي تفصيلي".

وبطبيعة الحال، فإنه . كما يقول آرون بيك - لا يوجد كتاب في العلاج النفسي يُغنى عن الإشراف المباشر على أبنته جوديث بيك علماً وتدريباً وممارسة لهذا النمط من العلاج، كذلك قام كاتب هذه السطور بالإشراف على الدكتور/ محمود عيد مصطفى عند إعداد رسالة الدكتوراه التي نقدمها اليوم ككتاب في سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر، كما قمت بتدريبه على تطبيق كل أساليب العلاج المعرفي- السلوكي التي يتضمنها هذا الكتاب. والحق أن الدكتور محمود قد حضر معي كثيراً من الورش والدورات التدريبية في العلاج المعرفي والسلوكي والعلاج المعرفي السلوكي، وكشف عن مهارات بارزة عند ممارسة العلاج النفسي في مستشفى الطب النفسي بالحكويث لكثير من الأمراض النفسية وكثير من الانحرافات السلوكية والإدمانات. ولا شك أن ذلك قد انعكس في محتوى المعلومات والممارسات التي يقدمها هذا الكتاب.

يتقسم الكتاب إلى جزئين، الجزء الأول منه يعرض للجوانب النظرية المتصلة بالاككتاب، كتعريفه، وتصنيفه، وتشخيصه والأعراض التي يتسم بها، والنظريات المفسرة له، والأساليب العلاجية التي تُشفي المرضى منه. كما يقدم في نهاية هذا الجزء البرنامج العلاجي الذي كشف عن كفايته وتأثيره في علاج مجموعة من مرضى الاككتاب الأساسى، متضمناً فلسفة البرنامج، والإجراءات العامة، والجلسات التفصيلية، ومضمون الجلسات، وكيفية سير العملية العلاجية أما الجزء الثانى منه، فيختص بعرض الدراسة التطبيقية التي أجراها مؤلف الكتاب، لإثبات مدى فعالية البرنامج العلاجي، والعلاج المعرفي- السلوكي بمختلف أساليبه وتعدد إجراءاته في علاج الاككتاب الأساسى.

إنها لسعادة غامرة أن أقوم بتقديم هذا الكتاب ومؤلفه ضمن سلسلة كتب علم النفس الإكلينيكي المعاصر، نظراً للفائدة المزدوجة التي سيحظى بها المعالجون النفسيون في مصر والعالم العربي، إذا ما قرءوا هذا الكتاب،

الأولى تكمن في إحاطتهم علماً بأسس العلاج المعرفى - السلوكى بمختلف أساليبه، والثانية تكمن فى ممارستهم للعلاج المعرفى السلوكى انطلاقاً عن البرنامج الذى قدمه هذا الكتاب. وأخيراً أسأل الله أن يفيد منه الاختصاصى النفسى والاجتماعى والطبيب النفسى والممرض النفسى، والمتخصصين فى علم النفس والفكرى المثقف. كما أسأل الله أن يعين كاتب هذه السطور مع عدد من تلاميذه المخلصين فى نشر العلاج النفسى بصفة عامة، والعلاج المعرفى - السلوكى بصفة خاصة، علماً وممارسة وتدريباً فى مصر والعالم العربى، لنسد ثغرة من أوسع الثغرات وأخطرها فى علم النفس الإكلينيكي العلاجى كمهنة، ولنرفع مستوى الخدمات العلاجية النفسية التى تقدم للمرضى النفسىين. وما توفيقى إلا بالله عليه توكلت وإليه أنيب.

دكتور/ محمد نجيب أحمد الصبوة

استاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة القاهرة

ورئيس تحرير سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر

تصدير.

يوصل هذا الكتاب سلسلة الكتب التي نطمح لتقديمها للمكتبة العربية بوجه عام، وللمعالجين النفسيين على وجه الخصوص. سواء أكانت كتب مترجمة أم كتب مؤلفة.

وعندما نتحدث عن العلاج النفسي وممارساته، نفترض أننا بصدد الحديث عن برامج علاجية مصممة للتعامل مع كل اضطراب نفسى على حدة.

وتقدم فى هذا الكتاب برنامجاً علاجياً تفصيلياً لعلاج الاكتئاب، وهو 'برنامج العلاج المعرفى - السلوكى متعدد المحاور القائم على المساعدة الذاتية المسبقة بنموذج'، ويمثل الكتاب دليلاً علاجياً مفصلاً لمرضى الاكتئاب، مع إمكانية استخدام البناء العام للبرنامج ليشمل مضامين علاجية مختلفة لعلاج اضطرابات نفسية أخرى، بحيث تتلاءم مع طبيعة ونوعية كل اضطراب. ويتميز البرنامج بكفاءة علاجية عالية حيث تم تجريبه من خلال دراسة تطبيقية على مرضى الاكتئاب الأساسى (الجزء الثانى من الكتاب) وما زال يستخدم حتى لحظتنا الراهنة من قِبل عدد من المعالجين ذوى الخبرة، ويأتى بنتائج علاجية مرضية، إن لم تكن جيدة.

ويعرض الكتاب فى جزئه الأول بعض الجوانب النظرية المتصلة بالاكئاب مثل التعريفات والتصنيف، والتشخيص والأعراض التواسمة للمرض، وكذلك يعرض للنظريات المفسرة للاكتئاب وكذلك الأساليب العلاجية المستخدمة فى علاجه والتي انطلقت من تلك الأسس النظرية على مدى تنوعها. ويتم فى نهاية هذا الجزء تقديم البرنامج العلاجى، شاملاً الفلسفة العامة للبرنامج، والإجراءات العامة، والجلسات التفصيلية، ومضمون الجلسات، وكيفية سير العملية العلاجية خطوة خطوة.

ويضطلع الجزء الثاني من الكتاب بتقديم دراسة تطبيقية تم إجراؤها لإثبات مدى كفاءة البرنامج العلاجي من ناحية، ومدى كفاءة العلاج المعرفي - السلوكي بإجراءاته المتعددة في علاج الاكتئاب من ناحية أخرى.

ونورد في نهاية الجزء الثاني مناقشة حول كيفية سير العملية العلاجية، وكيفية عمل العلاج المعرفي - السلوكي، وتوضيح التفاعل الحادث بين مكونات العملية العلاجية بما يسمح بزيادة الوعي الخاص للمعالجين بالأهداف التي تقف خلف كل إجراء ومدى إسهام كل من هذه الإجراءات في العملية العلاجية بشكل عام.

ودون الاستغراق في قضايا سيتم عرضها تفصيلاً في سياق الكتاب، نأمل أن يكون هذا الكتاب دليلاً مرشداً للعاملين في مجال العلاج النفسي، حيث يضع بين أيدينا إجراءات محددة، وخطوات متتالية للوصول إلى هدف من كل إجراء من شأنه أن يساعد في إتمام عملية الشفاء، ويؤدي ذلك إلى قلة الأخطاء العلاجية، وعدم اللجوء إلى الجوانب الفلسفية، وغير العلمية، وغير الواقعية في العلاج، مما يؤدي بدوره إلى تقديم أفضل خدمة علاجية للمرضى، سواء من حيث عدد الجلسات، والوقت المستغرق للعلاج، وكذلك الوفاية من الانتكاس.

ونأمل كذلك في سد ثغرة في مجال العلاج النفسي، ولا نستطيع إنكار وجود كم هائل من الكتب التي تتناول العلاج النفسي، وأساليبه لكنها في معظمها - وعلى قدر تميزها - تقتصر إلى وجود برامج واضحة، وذات إجراءات محددة، وتتميز بأهداف واقعية، وذات كفاءة علاجية عالية.

دكتور/ محمود عيد مصطفى

اختصاصي العلاج النفسي والأدمان

الجزء الأول

الفصل الأول

مقدمة نظرية

مقدمة

يُعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية التي حاول الباحثون دراستها. وقد بدأت النظريات المفسرة له في الظهور منذ عصور قديمة، حيث كانت التصورات المبكرة عن المرض، ذات طبيعة فسيولوجية. وقد نما هذا الاتجاه طوال القرن التاسع عشر، وكانت النظرة السائدة للمرض على أنه عجز في جهاز الاستثارة بالمخ، أو أنه ناتج عن الاضطرابات الأيضية، والإمدادات الغذائية للقشرة المخية وتكون بظهور أفكار هرويد، وكانت هناك نقلة تجاه النموذج النفسى للاكتئاب، ومن أهم أوجه التقدم في النظر للاكتئاب، ما قال به "إميل كريبيلين" في بداية العشرينيات من القرن الماضي من أن الاكتئاب والهوس هما وجهان لعملة واحدة أي أنهما عرضان مختلفان للمرض نفسه ولذلك يجب وضعهما تحت الفئة التصنيفية نفسها.

وفي عام ١٩٥٧، أكد ليوناردو "Leonardo" ضرورة التفرقة بين الاكتئاب الأحادي Unipolar depression والاكتئاب القطبي Bipolar depression وذلك بسبب اختلافهما فيما يتعلق بتطور الأعراض، ودرجة إسهام العوامل الوراثية والمزاج السابق (Kazdin, 2000, p. 472).

ويصيب الاكتئاب الأفراد في مختلف فئات الأعمار، إلا أن نسبة الانتشار تتركز بين أعمار تتراوح بين ٢٠ - ٤٥ عاماً. وعندما تبدأ أعراض الاكتئاب بعد هذا السن، فإنها غالباً ما تكون ذات طبيعة إنفعالية، مع زيادة في حدة الأعراض، وقد أشارت البحوث الوبائية إلى أن ٣٪ من الجمهور العام يصابون بالاكتئاب، وتبلغ نسبة الإصابة بالاكتئاب الأحادي في الولايات المتحدة الأمريكية ٣٪، أما بالنسبة للاكتئاب القطبي فلا تتعدى نسبة الانتشار ٠.٧٪. ومن خلال النتائج المجمعة من مراكز الدراسات الوبائية، اتضح أن نسبة تصل إلى ٦٪ من الجمهور العام قد عانوا على الأقل من نوبة واحدة من الاكتئاب خلال حياتهم.

وتشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة الإصابة بالاكتئاب على مستوى العالم تبلغ ٥٪، وأنه يوجد على مستوى العالم ما يقرب من ثلاثمائة مليون مريض، ويحتمل أن يصل هذا العدد إلى أربعمائة مليون مريض بحلول عام ٢٠١٠ أما على مستوى الوطن العربي فيعاني أكثر من اثنا عشر مليوناً من الاضطرابات المزاجية والاكتئابية.

وتتراوح نسبة الانتحار بين مرضى الاكتئاب بشكل عام بين ١٥٪ - ٢٠٪. وإذا أخذنا في الاعتبار المحاولات الفاشلة غير المكتملة فسوف تزيد هذه النسبة. وفي دراسة عن نسب الانتشار للانتحار في مدينة القاهرة أجراها عكاشة ولطيف عام ١٩٧٩ اتضح أن النسبة تراوحت بين ٣ - ٤ لكل ١٠٠٠٠ نسمة، وتعد هذه النسبة قليلة إذا ما قورنت بالدول الأخرى أو النسب العالمية.

أما عوامل الخطر للإصابة فتبلغ نسبة ١٠٪ للرجال في مقابل ٢٠٪ للإناث، وذلك على مدى الحياة. وتشير الدراسات الوبائية إلى أن المرضى بأمراض طبية عامة يعانون من الاكتئاب وتصل النسبة إلى ٢٦٪ من هؤلاء المرضى.

وإذا أخذنا في الاعتبار أن كثيراً من مرضى الاكتئاب يلجأون لتلقى العلاج لدى أطباء الرعاية الأولية فنجد أن نسبة هؤلاء المرضى تصل إلى ٥٠٪ من مرضى الاكتئاب.

وهناك نسبة تتراوح بين ١٣٪ - ٢٠٪ من الجمهور العام، قد أصيبوا بأعراض اكتئابية دون الوقوع في نوبة حادة واضحة من المرض.

وأجمعت الدراسات الوبائية على أن الإصابة لدى الإناث تكون أعلى من الإصابة لدى الذكور وتبلغ النسبة ٢ - ١.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨ ص. ٢٢١ - ٢٢٩؛ Tollefson, 1993; p. 196; Halgin & Whitbourn, 1994 p. 250; Brown & schulburg 1998; Kazdin, 2000, p. 472; Fatemi, et al., 2001; Wagstaff, et al., 2002 & Trisedi & Leaber, 2001).

وتزداد ضراوة الاكتئاب، بتأثيراته السلبية على كل من المستوى الاقتصادي والذي يتمثل في ضعف الأداء وفترة الإنتاج الناتج عن التغيب المستمر عن العمل، وأسلوب الحياة، والكفاءة الشخصية، وينتج عنه مدى واسعاً من الاضطرابات المعرفية، والمزاجية، والوظيفية، ويؤثر في شتى مجالات الحياة لكل من المريض، والأسرة، وأصحاب الأعمال في شتى أنحاء العالم. ومن المتوقع أنه بحلول العام ٢٠٢٠م سوف يأتي الاكتئاب في المرتبة الثانية، بعد الأمراض القلبية، من حيث هدر الطاقات، وانخفاض الإنتاجية. وتعتبر التكاليف الحالية للاكتئاب في معظمها تكاليفاً غير مباشرة، وأقل وضوحاً عن تلك المرتبطة بالأمراض المزمنة الأخرى مثل: الأورام السرطانية، وفقد المناعة المكتسبة (الإيدز)، وأمراض القلب، وتتلخص هذه التكاليف غير المباشرة في نقص الإنتاجية العامة، والذي ينتج عن التغيب المستمر عن العمل، والأداء غير الكفء، لأن الاكتئاب يتسم في معظم الحالات بنوبات متعددة من الانتكاس، وهو ما يجعله مستنفذاً للناتج الاقتصادي والاجتماعي على المدى الطويل (Sharbourne, et al., 2001; Mendlewicz, 2001, and Wagstaff, et al., 2002).

والاكتئاب ليس مجرد الحزن المؤقت الناتج عن فقد عزيز، أو فشل في تحقيق هدف ما، أو الهبوط المؤقت في المزاج من حين لآخر، أو الإحساس بالوحدة الذي يزول بمجرد الحديث مع بعض الأصدقاء، أو القيام بزيارة لأحدكم، إنما يشمل عدداً من الأعراض النفسية التي تمثل اضطراباً، بما فيها تعكر المزاج، والتشاؤم والشعور بالهبوط، والعجز، وبطء العمليات المعرفية مثل التفكير، والتذكر، وانتقاء الذكريات الحزينة والمهينة، ولوم الذات، مع استمرار هذه الأمراض لمدة أيام وشهور (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ٦٧).

وميشيرواد (١٩٩٨) "Wade" إلى أن الاكتئاب ينتج حادثة حادة معتدة من الحزن الشامل المصحوب بنوبات بكاء، وتناقص الطاقة، والأفكار الانتحارية، وتناقص الرغبة الجنسية، وفقدان القدرة على الاستمتاع، وعجز في القدرات المعرفية، واضطرابات النوم، واضطرابات الطعام، وهذه النوبة الاكتئابية تستمر من ٦ - ٩ شهور (Wade, 1999).

وقد ظهر عدد من النظريات، والنماذج المفسرة للاكتئاب بداية من التفسير التحليلي على يد فرويد، والنظريات الحيوية والتي اشتملت على منحيين مختلفين هما التوازن الكيميائي الحيوي، والعوامل الوراثية، وتلاها النظريات النفسية الاجتماعية التي تناولت كلاً من: الضغوط النفسية وأحداث الحياة، والتعلم الاجتماعي واكتساب العجز، وصولاً إلى النظرية المعرفية (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ ص ص ٨٩، ١١٥، Ingram, 1994; Kazdin, 2000, PP. 472-473).

وخرج من عباءة هذه الأطر والنماذج النظرية عدد من الأساليب العلاجية التي اتخذت منها أساساً، وركيزة لوضع الأسس الإجرائية لها سواء أكانت بيولوجية أم اجتماعية، أم معرفية. وسوف نتناول هذه الأساليب العلاجية بالعرض والمناقشة تفصيلاً على مدى فصول الكتاب التالية. ولا يسعنا في هذا السياق إلا أن نتناول عدداً من القضايا، والتي تمثل مشكلات، أو نقاط خلاف فيما يتعلق بدراسات، وعلاجات الاكتئاب سواء العلاجات الدوائية أو النفسية، أو تصاحبهما معاً.

دور العمليات العضوية والحيوية في الاكتئاب:

هناك عدد من العمليات العضوية (الحيوية) التي تتغير إذا أصيب الفرد بالاكتئاب. وتشير عدة نظريات إلى وجود عوامل فسيولوجية قد تتسبب في أحداث ونشوء الاكتئاب بطريقة ما، أو بأخرى. وأياً كان الأمر فحتى نهاية القرن العشرين، كانت ولا تزال هناك صعوبة في تحديد عملية بيولوجية (حيوية) معينة قد تكون هي السبب الرئيس للاكتئاب، أكثر من كونها عملية مصاحبة له. وتتركز معظم البحوث الحيوية على الموصلات العصبية، مثل النورينييفرين، والسيروتونين، وهي أمينات أحادية. والافتراض القائم هنا هو أن الخلل في إحدى هاتين المادتين، أو كليتهما يسبب الاكتئاب. ويسمى ذلك الفرض، "بفرض الأمينات الأحادية" Monoamine Hypothesis ومعظم

مضادات الاكتئاب المعروفة تعمل بشكل مباشر على المستقبلات العصبية سواء قبل أو بعد التشابكية لأحد هذه النواقل العصبية أو كليهما معاً. ومؤدى هذا الفرض هو أن كل اضطراب أو خلل في الموصلات العصبية في المشتبكات، أو وجود خلل في قدرة الخلايا العصبية نفسها على توصيل، ونقل النبهات الواردة كيميائياً، طبقاً لأوامر الألياف الأحادية، من شأنه أن يؤدي إلى الاكتئاب، وأيضاً إلى احتراق وتدمير الخلايا العصبية نفسها (Kzadin, 2000, p. 475).

وهناك اتجاه آخر في البحوث الحيوية يركز على إيقاع النوم، فالنوم لدى الأفراد المكتئبين غالباً ما يكون مضطرباً، ليس فقط في شكل الأرق، ولكن أيضاً في النمط الأساسي للنوم. فالأشخاص المكتئبون غالباً لديهم تأخر (كمون) في فترة حركات العين السريعة (Rapid Eye Movement (REM) ومعظم العلاجات الخاصة بالاكتئاب قد تركز على إيقاف نمط النوم ذي حركات العين السريعة بدرجة ما (Staner, et al., 1999; Kazdin, 2000, P. 475).

وقد استخدمت أشعة البوزترون (Positron Emission Tomography (PET) لدراسة عمليات الأيض لدى مرضى الاكتئاب وأظهرت الدراسات بشكل عام وجود تدنى في النشاط الأيضي الخاص بالفص الجبهي لدى الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب الحاد.

ومن ناحية أخرى تركزت بعض البحوث على أدريثالين الغدة النخامية والهيپوثلاموس (Hypothalamic - pituitary adrenal (HpT) أو ما يسمى بالغدة النخامية تحت المهادية. وقد افترض ما يتراوح بين نصف، أو ثلاثة أرباع الدراسات في هذه المنطقة، أن مرضى الاكتئاب لديهم ارتفاع في الجلوكوكورتيكويدز (Glucocorticoids) والمستويات المرتفعة من هذه المادة قد تؤثر تأثيراً سلبياً على مسارات، ووظائف الغدة النخامية تحت المهادية (Ibid, P. 475).

وبالنظر إلى النظرية الحيوية، نجد أنها ترجع السبب الأساسي للإصابة بالاكتئاب فقط للعوامل العضوية الحيوية والفسولوجية، سواء بالنسبة للأحماض الأمينية أو النواقل العصبية، أو بعض المركبات الكيميائية الحيوية الأخرى بالجسم خاصة في الجهاز العصبي المركزي، ولم تُلق بالاً لأي من العوامل النفسية والنفسية الاجتماعية التي قد تساهم بدرجات في نشأة واستمرار الأعراض الاكتئابية، ولم تضع احتمالاً لأن تكون هذه العوامل الحيوية، ما هي إلا عوامل مرسية للإصابة بالمرض، وأن العوامل النفسية والنفسية الاجتماعية، وأحداث الحياة قد تساهم بدورها في إنتاج المرض إذا ما توفرت هذه العوامل المرسية.

دور العلاجات الدوائية في علاج الاكتئاب:

كانت العلاجات الدوائية المستخدمة خلال التسعينيات عبارة عن مثبطات السيروتونين Selective Serotonin Reuptake inhibitors مثل: الباكسيل Paxil والزولوفت Zoloft والبروزاك Prozac وهي تتميز بعدة مميزات منها: قلة الأعراض الجانبية، والندرة في إحداث التسمم القلبي، وتعتبر آمنة في حالة تجاوز الجرعة المقررة، وذلك عند مقارنتها بمضادات الاكتئاب الأخرى. وهناك أيضاً مجموعة من العناصر الدوائية الكيميائية الجديدة لعلاج الاكتئاب، لكنها مازالت تعاني من عدد من المشكلات الخاصة بالآثار الجانبية، خاصة فيما يتعلق بكف الوظائف الجنسية. (Ibid).

وهدف مضادات الاكتئاب هو القضاء على الأعراض، واستعادة الفعالية الوظيفية للمريض، وأخيراً الوفاة من الانتكاس، والنوبات المتكررة. (Schulz, et al., 2001, and Mendlwicz, 2001).

وقد أقرت عدة مراكز علمية وبحثية، وجمعيات علمية دولية مثل: الرابطة البريطانية للأدوية النفسية British Association for Psychopharmacology، وكلية الأطباء النفسيين الملكية Royal College of

Psychiatrists، وهيئة بحوث وسياسات الرعاية الصحية Agency for Health care، وpolicy and Research، والمراكز التعاونية للصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية، عدداً من التوصيات، والخطوط World Health Organization Mental Health Collaborative Centers الإرشادية التي يجب إتباعها عند وصف مضادات الاكتئاب، وذلك بهدف رفع كفاءتها العلاجية وهي:

- ١- يجب أن توصف مضادات الاكتئاب حسب الجرعة المقررة، والموضعة، والموصى بها حتى يكون العلاج فعالاً.
 - ٢- أن يستمر تناولها على الأقل لمدة أربعة أشهر بعد الاختفاء المبدئي للأعراض وقد تطول هذه المدة أو تتضاعف في حالة التوبات المتكررة.
 - ٣- يجب أن يسبق وصف مضادات الاكتئاب، وجود تشخيص جيد وحاسم للحالة.
 - ٤- استخدام مضادات الاكتئاب من فئة SSRI كاختبار أول للعلاج وذلك لأنها أكثر كفاءة، وأكثر قابلية للتحمل من مضادات الاكتئاب الأخرى. (Mendlwicz, 2001; Wagstaff, et al., 2002).
- ويشير بيليلز وستوديمير ١٩٩٨ "Beleles & Stoudemire" إلى بعض القواعد الخاصة التي يجب مراعاتها عند وصف مضادات الاكتئاب، والتي تعتبر متكاملة للخطوط الإرشادية العامة التي أوردتها الهيئات السابقة وهي:
- ١- تأكيد أهمية الاختيار المميز للعقار، على أساس نمط التأثيرات الجانبية.
 - ٢- تجنب وتحاشي التأثيرات السمية الناتجة عن التفاعل الدوائي.
 - ٣- مراعاة مستوى الأيض، ودرجة امتصاص الأدوية تبعاً للحالة الجسمية العامة للمريض (Beliles & Stoudimire, 1998; Staudimire, 1996).

مقاومة العلاج والكفاءة العلاجية:

منذ أن بدأ استخدام مضادات الاكتئاب، تم تقديم عدد من البرامج التعليمية، والتوعوية لزيادة الوعي بأعباء الاكتئاب من ناحية، وإبراز مدى كفاءة مضادات الاكتئاب في تحسين أعراض المرض من ناحية أخرى، وذلك بهدف تحسين وصقل قدرة الممارسين في وصف العلاج المناسب، إلا أنه ظهرت عدة عوامل من خلال الممارسات العيادية توضح أن قليلاً من المرضى فقط هم الذين يتلقون علاجاً ملائماً بمضادات الاكتئاب سواء من حيث الجرعة، أو المتابعة على المقارن ومن هنا اتضح أن البرامج التوعوية ليست كافية وحدها لرفع كفاءة الممارسين في وصف مضادات الاكتئاب، ومن ثم وضع افتراض مؤداه أن هناك عوامل أخرى تتدخل إما بشكل مباشر أو غير مباشر فيما يتعلق بكفاءة العلاج منها:

- ١- التركيب الكيميائي للعقار، والذي يشمل الأعراض الجانبية، وتأثيره على الحماية.
- ٢- سلوك المرضى أنفسهم، فالمكتئبون غالباً لا يطلبون الشفاء من أعراض اضطرابات المزاج، بل يطلبون الشفاء من الأعراض الجسمية، بما فيها اضطرابات الجهاز الهضمي، والتعب، والإرهاق والصداع، وبعض المرضى يرفضون السعي للعلاج خوفاً من الوصمة التي تتعلق بالمرض النفسي، أو نتيجة لاعتقادهم بأنهم يمكن أن يعالجوا أنفسهم بطرقهم الخاصة.
- ٣- قد يلجأ الممارسون العامون إلى عدم تشخيص الاكتئاب أساساً لدى مرضاهم، وذلك بسبب خوفهم من نفور المرضى، وتسريحهم من العيادات نتيجة إخبارهم بأنهم مصابون بالاكتئاب.
- ٤- ويصنف هذا العامل ضمن العوامل الاقتصادية، حيث يرتبط بمدى كفاءة وشمول مظلة التأمين الصحي، ومدى المساعدة التي يمكن أن تقدم للمرضى من خلاله عبر فترة زمنية طويلة نسبياً.

٥- عدم ملائمة مضادات الاكتئاب الموصوفة، سواء من حيث الجرعة، أم من حيث المدة المقررة للعلاج.

٦- ويعتبر عامل المداومة على تناول الأدوية ذا أهمية خاصة في تحديد مدى كفاءة العلاج الدوائي، حيث اتضح من الممارسات العيادية، أن نسبة تتراوح بين ٢٠٪ - ٧٠٪ من المرضى، لا يواظبون على تناول الأدوية كما تم وصفها، وعلى الرغم من أن هذا العامل يتضمن العوامل الخاصة بالعقار نفسه (حيث تكون الأعراض الجانبية غير مرغوب فيها) فإن هناك تأثيراً كبيراً لمعتقدات وسلوكيات كل من المرضى، والمعالجين، فمثلاً بعض المرضى يشعرون بالذنب لأنهم يتناولون هذه الأدوية، أو حتى أنهم يطلبونها، ويمتقدون في بعض الأحيان، أنهم لا يحتاجون هذه الأدوية، ولا بد من إيقافها، وذلك بمجرد شعورهم بقدر من التحسن. (Mendlwicz, 2001).

والمرضى الذين يتناولون مضادات الاكتئاب يفتابهم القلق بشأن استمرارهم في تناول هذه الأدوية، خوفاً من أن ذلك قد يؤدي بهم إلى الإدمان، أو أنهم مع استخدامها لفترة طويلة، سوف تفقد هذه الأدوية فاعليتها وتأثيرها. ومن السلوكيات ذات التأثير السلبي على كفاءة العلاج بمضادات الاكتئاب، أن القائمين على وصفها قد يمنعون تناولها في بعض الأوقات، خاصة في الإجازات، والعطلات وذلك بهدف تقليل الأعراض الجانبية، خاصة فيما يتعلق بضعف القدرة الجنسية، في حين أن هذه الممارسات لم يوص بها من قبل المتخصصين.

وعندما يعالج المرضى سواء في عيادات الرعاية الأولية، أم في تخصصات طبية أخرى، فإنهم يتناولون أدوية من مضادات الاكتئاب بنسبة ٧٥٪ من الوقت، ويتوقع لمضادات الاكتئاب من خلال الممارسات العيادية، أن تصل كفاءتها إلى ٨٠٪، لكن نظراً للعوامل السابقة، فإن كفاءتها تتناقص إلى ٢٥٪ فقط. (Brown and Schulberg, 1998; Mendlwicz, 2001).

وتحتل قضية مقاومة الأدوية، أهمية بالغة في الممارسات العيادية لمرضى الاكتئاب، حيث يفشل كثير من المرضى في تحقيق شفاء كامل من الأعراض، بعد واحدة أو أكثر من المحاولات العلاجية باستخدام مضادات الاكتئاب الملائمة، ولأن إدارة حالات الاكتئاب تتطلب علاجاً طويلاً الأمد بعد الاستجابة المبدئية لمضادات الاكتئاب، فقد تطلب ذلك وضع وإتباع استراتيجية صارمة لإدارة هذه الحالات، وذلك بهدف تثبيت هذه الاستجابة المبدئية، وأيضاً لتقليل احتمالات الانتكاس. ومع ذلك فإن ما يتراوح بين ١٠٪ - ٢٠٪ من مرضى الاكتئاب (وقد تصل هذه النسبة إلى ٥٠٪) يصنفون على أنهم مقاومون للعلاج، ويصنف بعضهم إلى أنهم ذووا استجابة محدودة له، وقد يرجع ذلك إلى عدم ملائمة الجرعة، أو مدة العلاج، لذلك يجب على الأطباء أن يكونوا على وعى بالعوامل التي تقف خلف هذه الاستجابات الجزئية للعلاج، وأيضاً يكونوا على وعى بالاستراتيجيات العلاجية البديلة، التي من شأنها أن تاتي بنتائج أفضل، وغالباً ما تكون البدائل المتاحة، إما التغيير من أحد مضادات الاكتئاب إلى آخر أو زيادة الجرعة، أو الجلسات الكهربائية، أو التصاحب الدوائي. وقد أصبحت هذه الأخيرة على قدر عالٍ من الأهمية لدى الأطباء النفسيين عند التصدي لحالات الاكتئاب، خاصة عندما يكون الاكتئاب مصحوباً بأعراض مرضية أخرى مثل القلق، وقد يستخدم أكثر من نوع من أنواع مضادات الاكتئاب، أو قد يستخدم دواء لا يستخدم أصلاً لعلاج الاكتئاب. ومن شأن هذه الإجراءات أن تعزز الكفاءة العلاجية لمضادات الاكتئاب، والتغلب على بعض المشكلات في هذا الصدد. ومن الفئات الكبرى لمضادات الاكتئاب، والتي يمكن استخدامها بطريقة التصاحب الدوائي، فئة مضادات الاكتئاب الثلاثية، ومثبطات السيروتونين.

(Nelson, 1998; Memeroff & Schotzberg, 1998; Beliles & Stoudemire 1998; Demontigny, 1999; Mondlitz, 2001; Schnoitzer, et al., 2001; Ererhefsky & Dugan, 2001; Casacalinda & Boulner, Faltermaire, et al., 1997).

العلاجات النفسية للاكتئاب:

اتجهت البحوث في إطار العلاج النفسي للاكتئاب في طريقتين أو اتجاهين:

الاتجاه الأول: قادته سلسلة من الدراسات عن العلاج السلوكي، بدأت في عام ١٩٧٠، على يد كل من بيتر ليفنسون "Livinson" ولين ريم "L. Rem".

الاتجاه الثاني: فجاء نتيجة لثلاثة دراسات أجرتها المؤسسة الوطنية للصحة العقلية (National Institution of Mental Health)، حيث تم دراسة كلاً من العلاج بين الشخصي Interpersonal therapy والعلاج الجمعي Group therapy والعلاج الزوجي Marital therapy (العلاج الأسري).

وافترض ليفنسون أنه عندما يواجه الشخص نقصاً في الدعم الإيجابي Positive reinforcement المحتمل لاستجابة ما، فإنه ينتج عن ذلك السلوك اللاتوافقي. وقد ترجع أسباب نقص الدعم الإيجابي إلى نقص في المهارات الاجتماعية، أو التغيرات البيئية، أو الفشل في الاشتراك في نشاطات سارة تُعد مكافئة للفرد، لذلك فإن استراتيجيات النشاطات السارة هي التي تصد الأفراد المكتئبين بالعائد في حال افتقارهم للمهارات الاجتماعية، أثناء التفاعل مع الآخرين. وهناك دلائل على أن التصاحب بين ممارسة نشاطات سارة، والمزاج الاكتئابي يؤدي إلى نتائج إيجابية في خفض الأعراض الاكتئابية وتغيير المزاج الاكتئابي (Kazdine, 2000, P. 473).

والمزاج، هو تكامل في الانفعالات المصاحبة لإعادة تمثيلنا لمواقف حياتنا الراهنة أو التالية في بيئتنا، وهو ليس ناتجاً فقط عن هذا التمثيل، بل ويؤثر فيه أيضاً (Schulz, 1999).

لذلك كان هدف العلاج السلوكي تشجيع المرضى على تنمية، وزيادة قدرتهم على ابتكار أحداث ونشاطات سارة أثناء أحداث الحياة اليومية. وفي

هذا السياق، تم استخدام أساليب التدريب على المهارات الاجتماعية (مثل تدريبات تأكيد الذات) والتدريب على ممارسة بعض النشاطات السارة بانتظام، كعلاج مضاد للاكتئاب.

ومن أكثر العلاجات التي تم دراستها بشكل مكثف، هو العلاج المعرفي 'Cognitive therapy' الذي انطلق من أساس نظري مؤداه أن المعارف السلبية Negative cognitions عامل حاسم في نشأة واستمرار الأعراض الاكتئابية. وترجع جذور العلاج المعرفي إلى ألفريد أدلر Alfred Adler، الذي أكد أن السلوك ينتج عن المعتقدات المشوهة. وقد تم تنمية وتطوير الأساليب المعرفية عن طريق ألبرت إليس Albert Ellis الذي أكد بدوره حاجة الأفراد لتغيير اتجاهاتهم غير الواقعية عن الحياة. وكان آرون بيك Aaron Beck هو أول من طبق قواعد معرفية أكثر تنظيمًا على مرضى الاكتئاب، حيث أرشد المرضى إلى أن يختبروا توقعاتهم السلبية، وفحص أفكارهم ومعتقداتهم الذاتية الخاصة التي تعمل كخلفية لاتجاهاتهم واهتماماتهم المرضية. وقد أرسى بيك مصطلح المخطط Schema حيث يعمل المخطط كما لو كان قالباً يتم من خلاله إدراك المعلومات الواردة وتفسيرها، ولدى مرضى الاكتئاب، مخططاتهم الخاصة بهم وهي عبارة عن نظرة سلبية عن الذات، والعالم، والمستقبل.

وإلى جانب العلاج المعرفي، والعلاج بين الشخصي، والعلاج السلوكي، فقد تم دراسة مدى كفاءة العلاج الأسري، حيث تبين أن الصراع، والضغط الأسري، وفقد الأسرة، أو أحد أفرادها، تبدو كلها مرتبطة ببداية الأعراض الاكتئابية، وبالقابلية للانتكاس. واتضح كذلك أن أبناء المكتئبين أكثر احتمالاً للوقوع في الاضطرابات النفسية مستقبلاً.

ومع هذا التقدم في مجال العلاجات النفسية قرر المعهد الوطني للصحة العقلية (NIMH) أن يختبر مدى كفاءة هذه الأساليب العلاجية المختلفة للاكتئاب، من خلال فحوص شاملة، ومتكاملة تتضمن عدداً من الأساليب

العلاجية المختلفة، وذلك في بداية السبعينيات. وهذه الدراسة أهمية خاصة في هذا السياق نظراً لضخامة حجم عيناتها، حيث تم فيها المقارنة بين الأساليب العلاجية النفسية. وقد كان من ضمن النتائج المربكة للباحثين في هذا الصدد، هو قلة وتدنى الفروق الجوهرية، أو عدم وجودها على الإطلاق وعدم دلالتها فيما يتعلق بكفاءة العلاجات النفسية المختلفة. وهناك تفسيران لهذه النتائج هما:

١- أن معظم العلاجات النفسية تشترك في بعض العناصر والأسس العامة. أهمها:

أ- أنها موجهة لتشجيع المرضى على تغيير إدراكاتهم، وأفكارهم، ومشاركاتهم الاجتماعية، وتغيير تصوراتهم المركزية الأخرى المرتبطة بالاكْتئاب.

ب- وأنها في مجملها تستخدم منهج (فرد - فرد) أو (واحد - لواء) أي العلاقة العلاجية الفردية بين المعالج والمريض.

ج- وأنها في مجملها تؤكد أهمية مشاركة المريض في العلاج، ومحاولته إحداث تغيير في سلوكه الاكْتئابي في فترة مهكرة من العلاج.

٢- وثاني هذه التفسيرات يفترض أنه بالنسبة لبعض الأشخاص، توجد علاقة تميزية متبادلة بين المعارف السلبية، والسلوك اللاتواقي (مثل السلوك الانسحابي الاجتماعي) والتغيرات التكيفية المخية، والعائد السلبي من البيئة، فهذه المتغيرات والعناصر قد يدعم بعضها بعضاً، وذلك في شكل متناغم. وذلك يعد ظرفاً غير طبيعي، لذلك فإن العائد الإيجابي المتكرر قد يكون هماً بشكل ما، لكن مع إقامة علاقة علاجية جيدة وملائمة، وتقديم مساعدة مستديمة ومستمرة لتغيير أي من هذه الظروف غير الطبيعية، قد يؤدي إلى اختراق هذا التناغم السلبي (Kazdin, 2000, pp. 169-177).

العلاج النفسي في مقابل العلاج الدوائي:-

من أكثر المناحي البحثية تشويقاً، والذي يلقي اهتماماً خاصاً من قبل الباحثين، هو مقارنة بين كفاءة العلاجات النفسية، في مقابل العلاج الدوائي، فأيهما يكون أكثر كفاءة في إحداث تقدم وتحسن سريع للأعراض الاكتئابية؟ وأياً كان الأمر فلا يوجد اتفاق بين نتائج الدراسات في هذا الصدد يمكن تلخيصه هنا، وذلك ينطبق أيضاً على التصاحب بين العلاجات النفسية، والعلاجات الدوائية، فلإزالة هناك تعارض بين نتائج الدراسات فيما يتعلق بكفاءة أحدهما على الآخر، أو تصاحبهما معاً (Thase, 1999; Ibid, P. 171).

وفي هذا السياق يمكن طرح السؤال التالي، هل هناك دليل على كفاءة التصاحب أو التلازم بين العلاج الدوائي، والعلاج النفسي، وهل يدعم كل منهما الآخر عندما يستخدمان معاً؟ وللإجابة عن هذا السؤال، يمكن القول بأن التصاحب بين العلاج الدوائي، والعلاج النفسي قد يكون فعالاً بشكل عام، لكن ليس هناك بيانات ثابتة عن أيهما أكثر كفاءة من الآخر، فكلهما يميل إلى أن يكون ذا كفاءة عالية. وعلى الرغم من أن هناك بحوثاً تسعى إلى تحديد أي نوع من الأفراد الذي يستجيب بشكل أفضل لأي من هذين النوعين من العلاج؟ وبصفة أخرى أي من هذين النوعين من العلاج يكون مناسباً لأفراد بأعينهم دون أنواع أخرى من العلاج أو أفراد آخرين؟ فإنه لا توجد نتائج نهائية حاسمة في هذا الصدد يمكن إبرازها في السياق الراهن، ولكن من المحتمل أن تحدد حدة الأعراض الاكتئابية، مع بعض المتغيرات الأخرى الكفاءة النسبية لأي من هذين النوعين من العلاجات. (Ibid, P. 168).

وقد أوصت منظمة سياسات وبحوث الرعاية الصحية (AHCPR) بأن يتضمن علاج الاكتئاب ثلاثة مستويات من التدخلات العلاجية، وذلك تبعاً لشدة الأعراض. فقد يستخدم العلاج الدوائي فقط للحالات الحادة الشديدة،

أو قد يستخدم أياً من العلاج الدوائي فقط، أو العلاج النفسى فقط، أو تصاحبهما معاً للحالات التى تتراوح بين الاكتئاب البسيط، والمتوسط (Wagstaff, et al., 2002). وفيما يتعلق بكفاءة أحد هذين الأسلوبين العلاجين في علاج الاكتئاب أو تصاحبهما معاً، فما زالت نقطة خلاف، وتحتاج إلى مزيد من البحوث (Judith Beck, 1990).

وما يهتما في هذا السياق هو العلاج المعرفى السلوكى، حيث يمثل محور اهتمام كتابنا الراهن.

يشير "بيك" إلى أن العلاج المعرفى السلوكى، يقلل من الأعراض الاكتئابية عن طريق تعديل العمليات المعرفية للمريض، وأن كل التدخلات المعرفية تحاول إحداث تغيير في التفكير، ولحكنها في الوقت نفسه لا تغفل الخبرات السابقة للفرد، وأن الطريقة التى يدرك بها الفرد، أو يفسر بها الأحداث التى يمر بها، هى التى تحدد استجابته، فالتفكير يؤدي دوراً أساسياً في تحديد السلوك، وإثارة الانفعالات، لكن التفكير نفسه يتأثر بالمزاج، وتتابع الأحداث الحياتية.

وتفترض النظرية المعرفية، أن التفكير يؤدي دوراً سببياً (عند تفاعله مع بعض الأحداث، والعوامل الأخرى) في نشأة واستمرار بعض الاضطرابات النفسية، لذلك يجب أن يستخدم ضمن الأساليب العلاجية لهذه الأمراض (Hollon & Beck, 1994 P.P 428 - 429).

والعلاج المعرفى السلوكى، يعمل على تعليم المريض كيفية تحديد، وتعديل الأفكار السلبية، والسلوك الذى يتبع هذه الأفكار. ويمكن أن يستخدم العلاج المعرفى السلوكى (في كثير من الحالات) كبديل جيد للعلاج الدوائي، والعلاج الدوائي هو علاج ميسر، ومكمل للعلاج المعرفى السلوكى، إلا أن هذا الأخير له القدرة على حماية المرضى من الانتكاس على المدى البعيد (Clark, et al., 1990; Lotto, 1996; & Overholser, 1997).

وأُجرى عديد من الدراسات للمقارنة بين كل من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائي وأيهما أكثر كفاءة في تحسين وشفاء أعراض الاكتئاب. وأظهرت النتائج تفوق العلاج المعرفي السلوكي، على العلاج الدوائي بشكل دال في علاج الاكتئاب، وأن إضافة العلاج الدوائي إلى العلاج المعرفي السلوكي لم يؤد إلى زيادة التحسن بشكل دال (D. Stainbraeck, et al., 1984; Dujovne, 1993; Stavynski, et al., 1994; Murphy, et al., 1995; Martin, 1996; Nalini, et al., 1997; & Segal, et al., 1999).

وأظهرت نتائج دراسات عديدة أن كلاً من العلاج المعرفي السلوكي أو العلاج الدوائي يؤدي إلى شفاء الاكتئاب، ولكن التأثير الأكبر للعلاج الدوائي يكون في تحسين وشفاء الأعراض الجسمية، أما العلاج المعرفي فيكون تأثيره على الجوانب المعرفية بدرجة جوهريّة عما هو الحال لدى المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً، كما كان للعلاج المعرفي السلوكي التفوق فيما يتعلق بتقليل احتمالات الانتكاس (Mundell, 1987; Bowers, 1987; Segal & Williams, 1999; Hautzinger, 1993; & Ludgate, 1995).

ويشير كازدين Kazdin إلى أن كفاءة أي من العلاجات الدوائية، أو العلاجات النفسية عموماً، قد تختلف تبعاً لطول فترة العلاج، وشدة الأعراض (Kazdine, 2000, p. 171).

وهناك عدة تضمينات يمكن طرحها، من خلال الدراسات المقارنة بين كفاءة كل من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائي في شفاء الاكتئاب وهي:

- ١- أن التصاحب بين الأساليب والتدخلات المعرفية، والعلاج الدوائي في علاج الاكتئاب، لا يعد صعباً.

- ٢- وأن العلاج المعرفي السلوكي، قد لا يكون مجدداً في علاج الحالات الحادة.
- ٣- وأن العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب، قد يساعد في تقليل احتمالات الانتكاس سواء أكان يستخدم منفرداً أم مصحوباً بالعلاج الدوائي.
- ٤- وأن هذا المنحى من الدراسات لا يزال في حاجة إلى مزيد من الدراسات والبحوث التجريبية، أكثر ضبطاً وثباتاً (Haltin, et al., 1991 & Ibid, pp. 168-171).



الفصل الثاني

الاكتئاب

طبيعته وأعراضه والنظريات المفسرة له

التعريف.

الاكتئاب مرض يصعب تعريفه. إلا أن هناك عدة محاولات تمت صياغتها لوصف هذا المصطلح، يبدو في بعضها الاكتئاب ببساطة أنه الشعور بالحزن، بينما يبدو في بعضها الآخر أنه حالة مزاجية غير طبيعية؛ فهو إما عرض أو زملة أعراض عيادية مرضية، أو هو عملية مرضية مستقلة. (Nezue, et al., 1989, p. 4).

ويتفق هذا الرأي مع ما أشار إليه ميلر وروسلينى وسليجمان (Miller, Rossellini & Seligman, 1996) من أن الاكتئاب لم يتم تعريفه جيداً، وذلك لأننا بحاجة إلى نموذج يستوعب طبيعته المرضية متعددة الأوجه والأعراض.

وتتلخص الصعوبة في تعريف المصطلح في قضيتين مهمتين: القضية الأولى، وتتمثل في التداخل بين التعريف والأعراض؛ فغالباً لا يستدل على المرض إلا من خلال الأعراض الواسمة له، أو زمالات مرضية معينة، لذلك فقد محاولتنا وضع تعريف شامل جامع مانع للاكتئاب، فإننا في الأصل نتحدث حول أعراض مختلفة، وتورد زمالات مرضية متصاحبة.

أما القضية الثانية فتتمثل في أنه لا يوجد نمط واحد أو نوع واحد من الاكتئاب، كما تتداخل الأعراض الخاصة بكل نوع منها مع النوع أو النمط الآخر عند التشخيص، إلا أن ذلك لا ينفي وجود تمايز في جوانب عدة تساعد في التشخيص الجيد لنوع ما محدد من الاكتئاب فارقاً إياه عن غيره من الأنواع الأخرى. وقد تتعلق هذه الجوانب بشدة الأعراض أو ببدائها أو بمسار المرض، أو بالمآل أو بالاستجابة للعلاج. (Ingram, 1994).

وعلى الرغم من صعوبة تعريف الاكتئاب فإن هناك عدة محاولات تصدت لتعريفه؛ فقد أشار "أوليري وويلسون" O'Leary & Wilson إلى أن الاكتئاب "يعبر عن استجابة عادية، تثيرها خبرة مؤلمة، كالفشل في علاقة، أو خيبة أمل، أو فقدان شيء مهم مثل العمل، أو وفاة غالٍ. وما يميز هذا النوع

العادي من الاكتئاب أنه يحدث لفترات قصيرة قد لا تزيد عن أسبوعين، كما أنه عادة ما يكون مرهوناً بالموقف أو بالحدث الذي أثاره (من خلال: عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ١٧).

ويورد عبدالستار إبراهيم تعريفاً مفاده أن الاكتئاب يتضمن عدداً من الأعراض Symptoms تتمثل في: الانهياط والكدر، وضعف مستوى النشاط، والخمول، والشعور بثقل الأعباء، والشكاوى الجسدية والآلام العضوية، وتوتر العلاقات الاجتماعية، ومشاعر الذنب، واللوم المرضى للنفس، والإدراك السلبي للبيئة، والتفكير الانهزامي (المراجع السابق).

وفي هذا السياق يشير إنجرام Ingram, 1994 إلى أن الاكتئاب هو مصطلح يستخدمه الأفراد غالباً لوصف انفعالاتهم عندما يشعرون بالحزن Sadness أو بالانهياط Distress مثل قول الفرد مثلاً "أنا مكتئب اليوم". ويوضح إنجرام أن المصطلح يمكن إطلاقه على اضطراب نفسي مزاجي بسيط، وعلى أقصى تطرف لهذا البعد، فيمكن أن نوصف به مرضاً نفسياً Psychiatric disorder حيث لا يستطيع الفرد أن يؤدي وظائفه اليومية، أو أن يكون فعالاً كما يجب. ويشير أيضاً إلى أن المتخصصين يستخدمون المصطلح بمستويات مختلفة فهو يستخدم على أنه عرض، أو زملة أعراض مرضية Syndrome أو فئة تصنيفية مرضية Nosological disorder؛ فالإكتئاب قد يكون عرضاً عندما يوصف الفرد بأنه حزين، وقد يكون زملة أعراض مرضية عندما يمثل مجموعة من الأعراض، والعلامات التشخيصية التي تتجمع معاً مثل (الحزن والتصورات السلبية حول الذات، واضطرابات النوم، واضطرابات الطعام). والزملة الاكتئابية نفسها هي عجز مرضى يمثل اضطراباً نفسياً، ويمكن أيضاً أن تظهر في صورة ثانوية على أنها عرض لأمراض نفسية أخرى.

أما فيما يتعلق بالنظر إليه بوصفه فئة تصنيفية Classification category فنجد أن الإجراءات التشخيصية Diagnostic procedures الدقيقة تتطلب استبعاداً لأي فئات تصنيفية أخرى تتداخل مع التشخيص الراهن، لذلك يجب أن يوضع

في الاعتبار أن تقرر التشخيص سوف يمايز بين التغيرات الأخرى المرتبطة بالمرض، ومساره، ومآله، وأيضاً ما يتعلق بالاستجابة للعلاج؛ فمثلاً لو أن لدينا شخصين، كلاهما تتوافر لديه الأعراض الخاصة بتشخيص الاكتئاب؛ فإن أحدهما الذي تتوافر لديه الأعراض الخاصة بتشخيص مرض الفصام الهذائي Paranoid schizophrenia أيضاً، فإننا سوف نستبعده من الفئة التصنيفية الخاصة بالاكتئاب (Ingram, 1994).

وبناء على التصورات السابقة يمكننا تصور الاكتئاب على أنه:

"مصطلح يطلق لوصف حالة مزاجية تتسم بعدد من الخصائص والأعراض مصحوبة بعدد من الاضطرابات في الجوانب المعرفية والاجتماعية، والجسدية. وهي حالة متدرجة الشدة، تبدأ بمظاهر اضطراب بسيط يتضمن الشعور بالانهيار، والكدر، واليأس، وتعكس المزاج، وتزداد حدة هذه الأعراض لتصل بالشخص إلى محاولة التخلص من الحياة، وتبعاً لاختلاف حدة الأعراض، واتساعها، والمدة الزمنية لها، فإن هناك عدة أنماط من الاكتئاب تتراوح ما بين البسيط، والمتوسط، والحاد، والمزمن، ولا يتضمن ذلك الحالات العابرة من الحزن الناتجة عن أسباب حياتية معينة تزول بزوالها".

التصنيف، والتشخيص، والأعراض:

عندما نأتى للتصنيف Classification والتشخيص Diagnosis والأعراض، فإننا لسنا بحاجة لاستعراض مختلف وجهات النظر، وذلك لوجود دليل يجب الرجوع إليه عند وصف وتشخيص حالة طبية نفسية بوجه عام، وليس الاكتئاب فقط، وذلك ينطبق على كل من الأطباء النفسيين، أو الاختصاصيين النفسيين العياديين على حد سواء. والدليل الأكثر استخداماً هو الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) والصادر عن رابطة الطب النفسي

الأمريكية، وذلك في مراجعاته المختلفة وأحدث مراجعة لهذا الدليل هي المراجعة الرابعة الصادرة عام ١٩٩٤. لذلك أثرنا الرجوع إليه مباشرة لمعرفة تصنيف وأعراض، وتشخيص أنواع الاكتئاب.

ويُصنف الاكتئاب تحت فئة اضطرابات المزاج 'Mood disorders' والقسم الخاص بالاضطرابات المزاجية هي دليل التشخيص، يتضمن كل الاضطرابات التي يكون فيها اضطراب المزاج هو الملمح أو الصورة السائدة فيها. وتنقسم اضطرابات المزاج إلى ثلاثة أقسام هي:

القسم الأول: وهو خاص بوصف النوبات المزاجية 'Mood Episodes' مثل نوبة الاكتئاب العظمى 'Major depressive episode' ونوبة الهوس 'Manic episode' والنوبة المختلطة 'Mixed Episode' ونوبة الهوس الخفيف (تحت الحد) 'Hypomanic episode' وهي تصنف مختلف الاضطرابات المزاجية. وهذه النوبات، ليس لها رموزها التشخيصية المستقلة ولا تستخدم بهويتها المستقلة في التشخيص، بل هي تخدم تكوين فئات بنائية لتشخيصات مرضية.

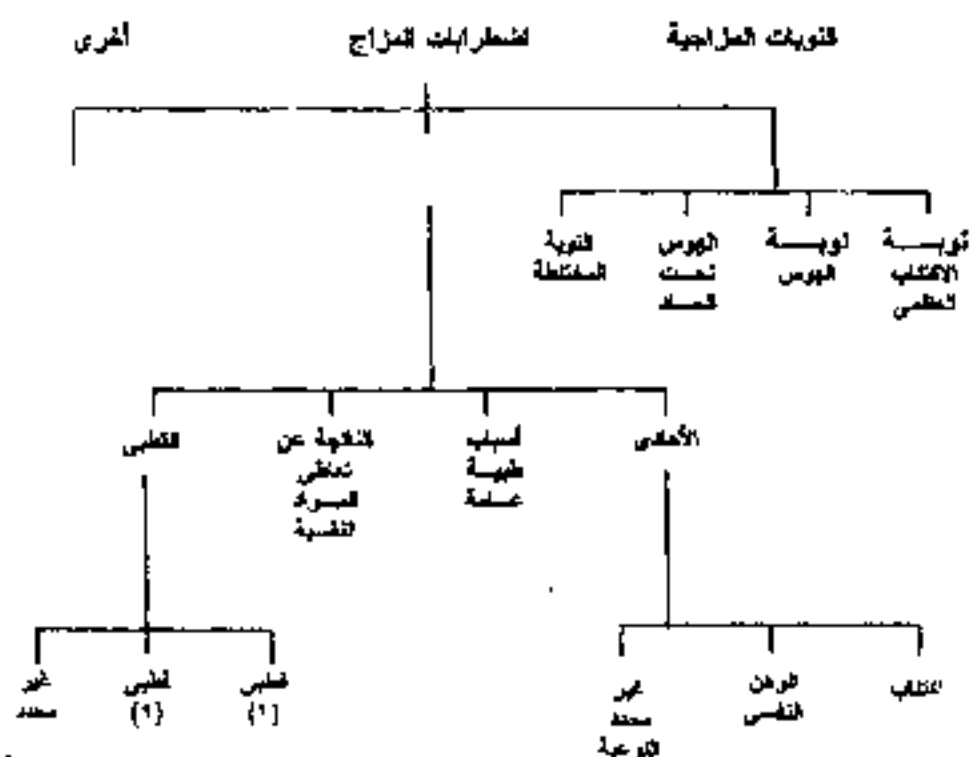
القسم الثاني: ويصف اضطرابات المزاج (مثل: اضطراب الاكتئاب 'Major depressive disorder' والوهن النفسي 'Dysthmic disorder' والاضطراب القطبي) والمحكات التشخيصية في هذا الصدد، تختير معظم الاضطرابات المزاجية المتطلب وجودها، أو غيابها في النوبة الاكتئابية التي تم وصفها في القسم الأول.

القسم الثالث: فيشتمل بوجه خاص على وصف النوبات المزاجية الحديثة، أو مسار النوبات، والنوبات المعادة.

وتنقسم الاضطرابات المزاجية بدورها إلى: الاضطرابات الاكتئابية (الاكتئاب الأحادي)، والاكتئاب القطبي، ونوعين آخرين يعتمدان على المنشأ وهما: اضطرابات المزاج التي ترجع إلى أسباب طبية عامة، أو إلى سوء استخدام المواد النفسية 'Substance - Induced mood disorder'.

والاضطرابات الاكتئابية (مثل: الاكتئاب، والوهن النفسي، والاكتئاب غير المحدد) تختلف عن الاضطرابات القطبية بأنه لا يوجد تاريخ سابق على الإطلاق لوجود نوبة هوس أو نوبة مختلطة، أو نوبة هوسية تحت حادة. كما أن الاضطرابات القطبية (مثل: الاضطراب القطبي الأول، والاضطراب القطبي الثاني، والاضطراب الدوري 'Cyclothymic disorder' وكذلك غير المحدد 'Bipolar disorder not otherwise specified') تشير إلى تاريخ لوجود نوبات مختلطة، أو هوسية، أو هوسية تحت حادة، وتكون عادة مصحوبة بنوبة من الاكتئاب (DSM-IV, 1994, p. 317). وفيما يلي شكل يوضح تصنيف الاضطرابات المزاجية.

الاضطرابات المزاجية



شكل (١) يوضح تصنيف الاضطرابات المزاجية ووضع الاكتئاب في التصنيف.

الأمراض والتشخيص:

عندما نتحدث عن أعراض الاكتئاب، فإننا نتحدث عن زملة من الأعراض المرضية والتي قد تتوفر كلها أو بعض منها في حالة المريض المكتئب، وهذه الزملة المرضية واحدة سواء بالنسبة للنوبة الاكتئابية الأحادية أو المعادة، أو هيما يتعلق بالاكتئاب الحاد، أو المزمن. وأياً ما كان النمط الاكتئابي الذي نتحدث عنه، فإن الاختلاف بين نمط وآخر يكون راجعاً إلى عدد من العوامل، والمتغيرات التي تُعد محركات تشخيصية يتم الرجوع إليها والاعتماد عليها عند تشخيص الحالات المرضية (كما سيرد ذلك لاحقاً). وقد أورد دليل التشخيص الإحصائي للأمراض النفسية، والصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية، في طبعته الرابعة، عدداً من الأعراض الواسمة لمرض الاكتئاب على النحو التالي:

- ١- انهباط المزاج Depressed mood غالبة أوقات اليوم، وبصورة يومية متكررة تقريباً، ويتم التعبير عنه بالتقرير الذاتي للفرد (مثل أنا أشعر بالحزن، أو أني فارغ)، أو يلاحظه الأفراد الآخرون (مثل: إنه يبدو ياكياً)، وقد يكون ذلك لدى الأطفال والمراهقين في صورة مزاج غير مستقر وسهل الاستثارة Irritable mood.
- ٢- نقص ملحوظ في الاهتمام أو السرور Diminished interest or pleasure منسحباً على كل أو بعض النشاطات طوال اليوم أو معظمه، وبصورة يومية تقريباً.
- ٣- فقد جوهري للوزن Weight loss في حالة عدم الأكل، أو زيادة الوزن Weight Gain (مثل: تغير وزن الجسم بما يعادل ٥٪ من الوزن الأصلي في خلال شهر)، مع نقص الشهية Decrease appetite أو زيادتها Increase appetite وبصورة يومية تقريباً.
- ٤- الأرق Insomnia أو زيادة النوم Hypersomnia يومياً تقريباً.

- ٥- انخفاض النشاط Psychomotor retardation الحركي أو زيادته Psychomotor agitation يومياً تقريباً (ويكون ملحوظاً من قبل الآخرين، ولا يوجد شعور ذاتي بعدم الراحة أو البطء).
- ٦- التعب Fatigue وفقدان الطاقة Loss of energy يومياً تقريباً.
- ٧- الشعور بعدم الفائدة Worthlessness والشعور المفرط أو المبالغ فيه بالذنب (الذي قد يكون هذائياً) تقريباً كل يوم (وهو لوم الذات والشعور بالذنب لجرد كونه مريضاً فحسب).
- ٨- نقص القدرة على التفكير، أو التركيز، وعدم الحسم Indecisiveness كل يوم تقريباً (سواء عن طريق الملاحظة الذاتية أم ملاحظات الآخرين).
- ٩- تكرار أفكار الموت (ليس مجرد الخوف من الموت) وتكرار ومعاودة الأفكار الخاصة بالانتحار بدون خطة محددة، أو محاولة الانتحار أو وجود خطة محددة لتنفيذ الانتحار (Suicidal ideation (DSM-IV, 1994, p. 327.

وتمثل الأعراض السابقة الزملة المرضية للنوبة الاكتئابية العظمى، وليس من الضروري أن يشكو المريض منها جميعها حتى نحكم عليه ونقوم بتشخيصه، بل قد يوجد بعضها دون بعضها الآخر في معظم الحالات، وذلك إلى جانب عدد من المحركات الأخرى.

وبتحليل مضمون الأعراض السابقة نجد أنها تتوزع على عدة محاور هي:

- أ- الأعراض المزاجية.
- ب- والأعراض الجسمية.
- ج- والأعراض السلوكية.
- د- والأعراض المعرفية.

التشخيص:-

يلزم عند تشخيص أى نمط من مختلف أنماط الاكتئاب، الاعتماد على عدد من المحركات التى قد تدعم تشخيصنا لأحد هذه الأنماط أو تدحضه؛ وهذه المحركات هى:-

- ١- وجود الأعراض الدالة على حالة الاكتئاب.
- ٢- والمدة الزمنية للأعراض.
- ٣- ومدى حدة الأعراض.
- ٤- ومدى إتساع الأعراض وشمولها لجوانب حياة الشخص المختلفة.
- ٥- واستبعاد الأسباب الطبية التى قد تكون مسببة للأعراض.
- ٦- واستبعاد آثار المواد المخدرة، والأعراض الانسحابية لها.
- ٧- واستبعاد الأعراض التى قد تصف أنواعاً أخرى من اضطرابات المزاج، كنبويات الهوس، والهوس تحت الحاد، والنبويات المختلطة.

وحتى لا تستغرقنا الأنواع المختلفة للاكتئاب، واضطرابات المزاج عموماً، فسوف نستعرض المحركات التشخيصية لكل من: نوبة الاكتئاب العظمى، أو اضطراب مرض الاكتئاب أحادي النوبة.

أولاً: المحركات التشخيصية لنوبة الاكتئاب العظمى:-

يتم التشخيص وفقاً لعدد من المحركات هى:-

- أ- وجود خمسة (أو أكثر) من الأعراض السابقة خلال المدة الزمنية نفسها والمحددة بأسبوعين، مع وجود تغير فى المستوى الوظيفى السابق فى واحد على الأقل من الأعراض التالية: المزاج الاكتئابى (الانهباط)، وفقدان الاهتمام والاستمتاع. وليس شرطاً معرفة مصدر هذه الأعراض، وهل تعود لأسباب طبية عامة أم لوجود هلاوس وهذات.

- ب- ألا تنطبق على الأعراض محركات تشخيص النوبة المختلفة.
- ج- تسبب الأعراض أسى وكرهاً بصورة مرضية، أو اضطراباً في النواحي الاجتماعية، والمهنية، أو أى نواحي وظيفية أخرى مهمة.
- د- لا ترجع الأعراض إلى أى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة ما (مثل سوء استخدام الأدوية، والمخدرات)، أو أى ظروف طبية عامة (مثل نقص إفراز الغدة الدرقية Hypothyroidism).
- هـ - يجب ألا تؤخذ هذه الأعراض بعين الاعتبار في حالة فقدان عزيز، مثل فقدان شخص يحبه، إلا إذا استمرت هذه الأعراض لمدة أطول من شهرين، أو اتسمت باضطراب وظيفي ملحوظ، أو وجود مشاعر عدم الفائدة والأهمية، والأفكار الانتحارية والأعراض الذهانية، أو تدهور النشاط.

ثانياً: المحركات التشخيصية لمرض الاكتئاب أحادي النوبة.

- أ- وجود نوبة واحدة من نوبات الاكتئاب العظمى.
- ب- لا تحسب النوبة ضمن اضطراب الفصام الوجداني Schizoaffective disorder ولا تتضمن أعراض الفصام، أو الاضطراب الهذائي Delusional disorder أو الاضطراب الذهاني غير المحدد.
- ج- لا يوجد على الإطلاق نوبة هوسية، أو نوبة مختلطة، أو نوبة هوس تحت حاد. ملاحظة: لا يطبق هذا الاستبعاد لو جاءت النوبات شبه الهوسية أو شبه تحت الهوسية أو شبه المختلطة، نتيجة تعاطي بعض المواد أو الأدوية، وأيضاً إذا كانت راجعة إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة أو ظروف طبية عامة. (DSM-IV pp. 327-344).

التشخيص الفارق:

يقصد بالتشخيص الفارق Differential diagnosis للمرض، تمييزه عن غيره من الأمراض الأخرى، والتي قد تتشابه أعراضها مع أعراض المرض، أو التي تنتج أعراض الاكتئاب لأسباب مختلفة عن المحركات الواصفة والمميزة للتشخيص الأساسي للمرض. وهذا التمييز والتفرقة بين المرض وما يشابهه من أمراض أخرى يهدف إلى زيادة كفاءة التشخيص من ناحية، ومن ناحية أخرى يؤدي إلى زيادة كفاءة وصف الأدوية والعلاجات، ويؤثر أيضاً على مآل المرض.

وسنعرض باختصار لبعض الأمراض النفسية التي قد ينتج عن المعاناة منها بعض أعراض الاكتئاب والتي يجب التمييز بينها وبين الاكتئاب عند التشخيص:

إن نوبة الاكتئاب العظمى في اضطراب الاكتئاب يجب أن يتم تمييزها عن اضطرابات المزاج التي ترجع إلى ظروف طبية عامة. ويكون التشخيص لاضطرابات المزاج هو أنها ترجع لظروف طبية عامة كما لو كان اضطراب المزاج هو نتيجة فسيولوجية مباشرة لظرف مرضي معين (مثل: التصلب المتعدد، Multiple sclerosis والسكتة الدماغية Stroke وانخفاض هرمون الثيرويد)، ويعتمد ذلك على التاريخ السابق، والفحوصات المختبرية، والطبية الجسدية.

ويعتمد التمييز بين المواد التي تسبب اضطراب المزاج Substance-induced mood disorder وبين نوبة الاكتئاب العظمى في اضطرابات الاكتئاب، على حقيقة مؤداها أن المواد المؤثرة في الأعصاب (مثل: المخدرات والأدوية والتعرض للسموم) تسبب اضطراباً في المزاج، فالمزاج الاكتئابي الذي يظهر في سياق الأعراض الانسحابية للكوكايين، سوف يشخص على أنه اضطراب مزاجي ناتج عن الكوكايين Cocaine-induced mood disorder مع أعراض اكتئابية ظهرت مع الانسحاب.

ويتم التفرقة بين الوهن النفسي والاكتئاب على مستوى الحدة 'Severity' والإزمان 'Chronicity' والاستمرار 'Persistence'. ففي اضطراب الاكتئاب يجب أن يكون المزاج الاكتئابي موجوداً معظم أوقات اليوم، وتقريباً كل يوم، لمدة لا تقل عن أسبوعين، هي حين أن اضطراب الوهن النفسي يجب أن يكون موجوداً لأيام أكثر ولمدة لا تقل عن سنتين. والتشخيص الفارق بين الاكتئاب، والوهن النفسي يواجه صعوبة كبيرة ويرجع ذلك إلى أن كلا النوعين من الاضطراب ذا أعراض متشابهة والاختلاف بينهما يكون في البداية 'Onset' ومدى المعاناة 'Duration' والاستمرار، والحدة، وهذه المتغيرات قد يكون من الصعب تقييمها بدقة بطريقة استرجاعية.

والتمييز بين الفصام الوجداني، واضطراب الاكتئاب ذي الملامح الذهانية أو المصحوب بأعراض ذهانية 'Major depressive disorder with psychotic features' يكمن في كون اضطراب الفصام الوجداني يتطلب بالضرورة وجود أسبوعين على الأقل من الهلوس والهذات التي تظهر في غياب أي أعراض مزاجية واضحة.

وقد تظهر الأعراض الاكتئابية أحياناً (أو مصاحبة) لأمراض الفصام، والاضطراب الهذلي والاضطرابات الذهانية غير المحددة. وأياً ما كان الأمر ففي حالة انطباق المحركات التشخيصية الكاملة للنوبة الاكتئابية العظمى، فقد يضاف تشخيص اضطراب الاكتئاب غير المحدد إلى التشخيصات السابقة.

وفي حالة المرضى كبار السن يكون من الصعب غالباً تحديد ما إذا كانت الأعراض المعرفية (مثل: فقدان التوجه، والتبدل، ونقص التركيز، وفقد الذاكرة) ترجع إلى الخرف 'Dementia' أو إلى نوبة اكتئاب أساسية في اضطراب الاكتئاب. وقد يتحدد هذا التشخيص الفارق بواسطة فحوصات طبية شاملة، مع الأخذ في الاعتبار بداية الأعراض، ومسار المرض، والاستجابة للعلاج.

وقد تساعد الحالة العامة للفرد قبل المرض في التفرقة بين الاكتئاب والخرف. (DSM-IV, 1994 pp. 342-344).

استعرضنا فيما سبق بعض الجوانب المختلفة للاكتئاب، وذلك من خلال عرض التعريفات، والأعراض، والتصنيف، والمحكات التشخيصية، والتشخيصات الفارقة للمرض، وذلك بهدف تحديد مجال اهتمامنا، واستبعاد ما لا يشمله إطار اهتمامنا الراهن، لكننا لم نتعرض لمسببات، وتفسيرات منشأ المرض، وأعراضه المتعددة، على اختلافها وتداخلها وانضباطها أيضاً، الأمر الذي يعلى علينا أهمية عرض التماذج والأطر النظرية المفسرة لنشأة وتطور، واستمرار الاكتئاب. وذلك على مدى الجزء المتبقى من هذا الفصل.

النظريات المفسرة للاكتئاب.

أولاً: النظريات العيوية.

١ - المنحى الوراثي:

تم دراسة العوامل الوراثية من خلال عدد من الدراسات في اتجاهات مختلفة، منها: الدراسات الأسرية Family studies، ودراسات التوائم (المتطابقة Monozygotic (Identical وغير المتطابقة Dizygotic (Non identical)، ودراسات التبني Adoption.

ويستند هذا المنحى إلى ما كشفت عنه البحوث من وجود تماثل في شيوع الاكتئاب في أسر دون أخرى، وقد أثبتت الدراسات الأسرية أنه حين يكون أحد الوالدين مصاباً باضطرابات المزاج، فإن نسبة ٣٠٪ من الأطفال يكونوا معرضين لخطر الإصابة به مستقبلاً، ولو كان كلا الأبوين مصاباً فإن النسبة تتراوح بين ٥٠٪ - ٧٠٪.

وقد وجدت الدراسات المتعددة على الأقارب أن من لهم أقارب من الدرجة الأولى يعانون من اضطراب المزاج الاكتئابي الأحادي، يكون احتمال إصابتهم

بنسب تتراوح بين ٨ - ١٨ مرة أعلى من الأقارب من الدرجة الأولى في المجموعة الضابطة (الأسوياء)، وأيضاً نسبة تتراوح بين ٢ - ١٠ مرات أعلى بالنسبة لاحتمال الإصابة بالاكتئاب.

أما بالنسبة لدراسات التوائم، فقد تبين أنه بين التوائم المتطابقة لو أن أحدها أصيب بالاكتئاب فإن احتمال إصابة الآخر يتراوح بين ١٥٪، و ٢٠٪، أما بين التوائم غير المتطابقة فإن النسبة تتراوح بين ١٥٪، و ٢٥٪.

أما بالنسبة لدراسات التبني، فقد كشفت هذه الدراسات عن أن الأطفال لأبوين مصابين، لا يزالون معرضين لخطر الإصابة بشكل متزايد حتى لو كان تبنيهم داخل أسر سوية ولا يوجد بها إصابة بالمرض.

٢ - منحنى العوامل الكيميائية الحيوية.

بدأت البحوث المبكرة في منحنى العوامل الكيميائية الحيوية Biochemical approach في هذا الصدد، بالمقارنة بين الأسوياء و المكتئبين لمعرفة إمكانية وجود فروق بينهما فيما يتعلق ببعض الاختلالات في العناصر الكيميائية بالجسم. وقد اكتسب هذا المنحنى أهمية خاصة بعد أن اتضح من خلال سلسلة من الدراسات أن بعض الأعراض الاكتئابية قد ترجع إلى اختلال في توازن الصوديوم، والبوتاسيوم، حيث اتضح ارتباطهما بمشاعر عدم الراحة، وسهولة الاستثارة، وأن هذه العناصر تعود لمستوياتها الطبيعية لدى المكتئبين بعد شفائهم من المرض. وقد أدت هذه النتائج إلى تكثيف البحوث في هذا المجال (Halgin & Whitbourn, 1993, PP. 196 – 198).

ووفقاً لتطور هذا الاتجاه تم وضع ما يسمى بالتفسير الأعمى للاكتئاب، وهو يتعلق بالعناصر الأمينية Amines وهي عناصر كيميائية يكثر وجودها في الجهاز العصبي الطرفي Limbic system حيث يؤكد علماء وظائف الأعضاء مسئولية هذه العناصر وعلاقتها بتنظيم الانفعالات، وهي عبارة عن موصلات عصبية Neurotransmitters وظيفتها توصيل الرسائل القادمة، والعائدة من الأعصاب المختلفة. ويشير هذا الاتجاه إلى أن التوازن المزاجي

يحتاج إلى توازن هذه العناصر الأمنية، وأن الاكتئاب ينتج عن نقص هذه العناصر، أو تعطل وظيفتها، فكيف تعمل هذه الموصلات؟.

ونظراً لصعوبة الملاحظة المباشرة لطريقة عمل هذه الموصلات العصبية، فمعرفة طريقة عملها تم من خلال المقارنة بين الحيوانات والبشر الذين يتلقون الأدوية نفسها وأيضاً من خلال ملاحظة أرجاع المرضى للأدوية التي تؤثر على المستقبلات العصبية، وتم اكتشاف عمل هذه العناصر (الموصلات) على المشبكات العصبية Synapse وهي العنصر الأساسي المشترك بين الخلايا العصبية مثل التشابكية Presynaptic neurons وبعد التشابكية Postsynaptic neurons فالموصلات العصبية تتحرر من الخلايا قبل التشابكية، وتدخل إلى المركز التشابكي حيث تتأثر في هذه المنطقة وتلتصق بالخلايا بعد التشابكية، وتتفاعل مع مستقبلاتها على سطح الخلايا، وهذا التفاعل يؤدي إلى إحداث تغير في الخلايا بعد التشابكية فيما يتعلق بحساسيتها للاستجابة سواء بالزيادة أو بالنقصان. (Kaplan; sadock and, Grebb, 1994, PP. 518 – 522).

وهناك ثلاثة أنواع رئيسية من هذه الموصلات العصبية هي: النورينفرين، والسيروتونين، والدوبامين Dopamine والخلل في هذه الموصلات العصبية، يؤدي إلى الاكتئاب، حيث ترتبط الأمراض الاكتئابية بالقصور النسبي فيها، وزيادتها تؤدي إلى أعراض الهوس.

وهناك عدد من العناصر الكيميائية الحيوية الأخرى مثل الأدرينالين Adrenalin والديكساميثازون Dexamethasone (وهو أحد أنواع الكورتيزون)، والهرمون الدرقي Thyroid وهرمونات النمو Growth hormone. وقد أجريت عدة دراسات حول أهمية هذه العناصر، ومدى علاقتها بالاكتئاب، حيث اتضح وجود علاقة بين زيادة إفراز الكورتيزون والاكتئاب، وكذلك للهرمون الدرقي، وهرمونات النمو. ومن ناحية أخرى أوضحت مجموعة من الدراسات في مجال اضطرابات النوم Sleep abnormalities أن الأفراد المكتئبين يظهرون شذوذاً في رسام المخ الكهربائي Electroencephalogram (EEG) فيما يتعلق بنشاط المخ، وتوزيع النوم ذي حركات العين السريعة، حيث يتأثر إيقاع النشاط البدني اليومي، وشذوذ هذا الإيقاع قد يسبب الاكتئاب. وقد تم

الإشارة إلى هرمون الميلاتونين Melatonin الذى تفرزه غدة تسمى بالغدة الصنوبرية Pineal gland والتي تتلقى أوامرها من شبكية العين. وقد تم اكتشاف أن المكتئبين عندما يتم تعريضهم للضوء بدرجة شديدة، ولمدة أطول فإنهم يتخلصون من بعض الاكتئاب (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ ص. ١٠١ - Tollefson, 1993. PP 196 - 198; Ingram, 1994; Ingram and Price, 200; Halgin ١١١ and Whitbourn, 1994; Kazdin, 2000, P. 475; Kaplan, Sadock and Grebb, 1994, (PP. 518 - 522).

ثانياً: النظريات النفسية والنفسية الاجتماعية والمعرفية.

[١] التحليل النفسى:.

تبنى فرويد (Frued) وجهة نظر تسمى بالتحليل النفسى Psychoanalysis مؤداها أن الأمراض النفسية التى يصاب بها الفرد فى حياته بمراحلها المختلفة، بما فيها القلق والاكتئاب، هى فى واقع الأمر نتاج للصراعات المبكرة. وقد ابتكر فرويد مفهوماً فريداً وجديداً (وقت ظهوره) مفسراً به هذه الخبرات والصراعات، وهو مفهوم اللاشعور Unconscious لكى يبرهن من خلاله على أن الأمراض النفسية التى يعانى منها الفرد فى مراحل حياته، ما هى إلا تكرار لاشعورى، رمزى، لكل ما حدث خلال السنوات الست الأولى من العمر. ولذلك فإن تفسيرات المريض لما يعاينه، ما هى إلا جزء صغير من هذه الخبرات، أما غالبية هذه الخبرات فلا زالت مدفونة فى اللاشعور، ولذلك فإن هدف العلاج فى التحليل النفسى هو كشف الدوافع اللاشعورية، ولأن هذه الدوافع تم كبتها منذ الطفولة، فلا يمكن الاطلاع عليها إلا من خلال أحلام الفرد، وتخيلاته والأخطاء، التى يرتكبها عن غير قصد. وفى هذا السياق تم تفسير الاكتئاب على أنه نتاج للصراع بين الدوافع (المرغبات)، والجوانب الوجدانية، بما فيها مشاعر الذنب والخسارة، وذلك فى العام الأول من العمر.

ولقد عبر أبراهام (Abraham) (وهو أحد تلامذة فرويد) عن الاكتئاب وفق نظريته التى تبناها حول العلاقة بالموضوعات التى نحيا فيها يسمى

بدراسة العلاقة بالموضوع Object relation فعندما لا يجد الشخص ما يلبي رغباته الجنسية المبكرة، وما يشبع حاجته للحب، فهو يشعر بالغضب والكراهية، والعداء حيال موضوع الحب. ولكن هذه المشاعر تتجه نحو الذات، وهذا ما يعبر عنه بالاكتئاب؛ لذلك فالإكتئاب وفق هذه النظرية، ما هو إلا حنق وغضب موجه نحو الذات، نتيجة الإحباط وخيبة الأمل في إشباع الحاجة للحب.

وقد كشف فرويد في كتاباته عن كثير من أوجه الشبه والاختلاف بين الحزن العادي لفقدان موضوع الحب، والاكتئاب المرضى؛ فالإكتئاب عادة ما يحدث ويزداد حدة إثر وفاة عزيز أو فقدانه بالهجر أو بالخسارة، وهذه النوبات من الاكتئاب تعتبر نتيجة أساسية لمشاعر الذنب، وكأن الكراهية اللاشعورية هي السبب في هذا الفقد أو الوفاة، مما يساعد بدوره في مضاعفة مشاعر الاكتئاب والغضب الداخلي واتهام الذات.

وعلى الرغم من اتفاق علماء التحليل النفسي في نظرتهم للاكتئاب باعتباره حنقاً وغضباً موجهاً للذات، فإنهم يختلفون في تحديد نوع الدوافع المحبطة، والمثيرة لهذا الحنق والغضب؛ فبينما يرى إبراهيم أنها مرتبطة بالفشل في الإرضاء الجنسي، والحصول على الحب، يرى رادو "Rado" أن الاكتئاب ما هو إلا "حرفة بحث عن الحب"، ويصف فينخل "Fenichel" المكتئب بأنه "إنسان مدمن للحب".

أما التحليليون الجدد من أمثال بيبينج "Bebring" فينظرون للاكتئاب نظرة أكثر شمولية ومعاصرة، حيث يرون أن الخاصية الأساسية الواسعة للاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات، والطموحات، ويرون أن الحاجة للحب ما هي إلا إحدى حاجات ثلاث رئيسية، والتي تشمل الحاجة للقوة والأمان، والحاجة لمنح الحب؛ ويحدث الاكتئاب نتيجة الفشل في إرضاء أي من هذه الحاجات.

ويرى بيك "Beck" ١٩٧٤، أن اعتماد النظرية التحليلية في تفسيرها للاكتئاب على خبرات الطفولة المبكرة، يعتبر ثغرة خطيرة ومضلة، لأنها لم تضع في اعتبارها تأثير العوامل اللاحقة، وضغوط الحياة التالية، إلا أنها بقيت فكرة رئيسية كان لها بعض الأثر في إثراء البحث العلمي، وإلقاء الضوء على بعض الآليات والعوامل المرتبطة بالاكتئاب والمهيئة لظهوره مثل أثر الحرمان المبكر من الوالدين وأثاره العميقة في إثارة مشاعر الاكتئاب وقد لقيت هذه القضية اهتماماً خاصاً من جانب بعض الباحثين، وأيضاً قضية أخرى تتعلق بدور الدعم الاجتماعي Social support والموازنة الوجدانية والتي تعطى دليلاً غير مباشر على أهمية العلاقة والرعاية الداهئة والمبكرة بين الطفل والوالدين، ومدى تأثيرها في الوقاية من الاكتئاب (من خلال: عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ ص ٩٨ - ١٠٠؛ Halgin & Whitbourn, 1994 PP. 261 - 262; Ingram, 1994; Kaplan; Sadok & Grebb, 1994, PP. 522-523 and Kazdin, 2000, p. 472).

[٢] أخطاء التعلم الاجتماعي والعجز المكتسب Learned Helplessness.

أجرى سيليجمان Seligman ومعاونوه في السبعينيات من القرن الماضي سلسلة من التجارب القيمة للبرهنة على أن الاكتئاب استجابة متعلمة، وذلك عندما نتعامل مع مواقف مهددة للطأينية والأمان ولا مهرب منها (المرجع السابق، ص ١٢٧).

وفي هذا السياق يشير ميلر، وسيليجمان، وروسليني (Miller, Seligman & Rosselleni) إلى أن تعلم العجز يمدنا بنموذج لفهم الاكتئاب التفاعلي Reactive depression والذي يرجع إلى أسباب بيئية أكثر منها أسباباً داخلية. ومصطلح العجز المتعلم (أو اكتساب اليأس) يحدث عند التعرض لخبرة منفرة، وغير متحكم فيها، وهذه الخبرة تعوق ما تم تعلمه من استجابات الهروب والتحاشي وتتمثل الأعراض السلوكية الرئيسة للعجز المتعلم في خلل بداية الاستجابة، وأيضاً تعلم أن الاستجابة والدعم شيئان مستقلان. والمقارنة بين

الاكتئاب ونموذج العجز المتعلم يمكن النظر إلى أربع مناطق رئيسة متشابهة وهي: الأعراض، والأسباب، والعلاج، والوقاية. وقد يكون هذا التشابه غير منطقي على كل هذه المناطق الأربع، ولكن إذا ما تداخلت الظاهرتان في منطقة واحدة منها، فيمكننا أن نختبر النموذج لبقية المناطق الأربع، فنقل مثلاً أن العجز المتعلم لدى الحيوانات والبشر تنتج عنه أعراض متشابهة تمثل الاكتئاب التفاعلي.

ولو وجدنا أن العجز المتعلم يعالج بفعالية بتعرض الأفراد للاستجابات نتج أو تأثير الارتياح، فيمكننا أن نتبأ بشفاء الاكتئاب أيضاً.

والاستجابات الفعالة في إنتاج الدعم يجب أن تكون قضية مركزية في العلاج الناجح، وذلك لأنه لم تتوقف التجارب على الحيوانات عند مستوى وصف الظروف التي تؤدي إلى حالة اليأس والاكتئاب، بل تم وضع ملاحظات أيضاً عن الشفاء والعلاج. فقد كان العلاج للحيوانات ليس فقط بفك قيودها وفتح المجال لها للهروب بل كان يتم تعليمها وتدريبها على تكوين استجابة معارضة لليأس. وبالانتقال للإنسان فنجد أن من أسس العلاج لا يكتفى بالمعالج بتوجيه النصيح للمريض بالتغيير، بل يحثه على تحقيق أقصى تقدم في العلاج وممارسة نشاطات تتعارض مع الاكتئاب لعدد من المرات، وذلك حتى يكتسب المريض عدداً من الحقائق والأساليب المشجعة على التغيير الإيجابي والتغلب على الاكتئاب.

والفرض الأساسي في نموذج العجز المتعلم أنه عندما تكون الصدمة غير متحكم بها 'Uncontrollable' فإن الكائن يتعلم أن الاستجابة، وإنهاء الصدمة مستقلان عن بعضهما بعضاً، والصدمة غير المتحكم بها لها ثلاثة تأثيرات هي:

١- تأثير دافعي Motivational effect.

فعندما يتعلم الكائن (الشخص) أن الاستجابة ليس لها أي تأثير على الصدمة، أو إنهاؤها والتخلص منها، فهذا يعارض توقعاته، لذلك فإن دافعية الكائن لإصدار الاستجابة تقل نتيجة لخبرة الكائن بأن الدعم غير متحكم به.

ب) تأثير معرفي Cognitive effect.

إن تعلم الكائن أن الاستجابة، والصدمة مستقلان يضاعف من صعوبة تعلمه أن الاستجابات يمكن أن تنتج الراحة، وذلك عندما يصدر الكائن استجابات تنهى الصدمة. وبوجه عام فإننا عندما نكتسب وجهة ذهنية معرفية Cognitive Set (ج) مثلاً حيث أ س ليس لها علاقة ب ب س، فإنه من الصعوبة أن نتعلم أن (أ س) تنتج (ب س) حتى لو كانوا كذلك. ووفقاً لفرض العجز المتعلم فإن هذه الآلية مسئولة عن صعوبة تعلم الشخص أن استجابته سوف تلقى دعماً، وذلك حتى عندما يستجيب بالفعل ونكسر استجابته بالتجراح، وذلك هو ما يطلق عليه التوقعات السلبية للاكتئاب Negative expectations.

ج) تأثيرات انفعالية Emotional effects.

على الرغم من أن هذه التأثيرات لا تتبع مباشرة الفرض الأساسي لنموذج تعلم العجز، فإنه لوحظ أن الصدمات غير المتحكم بها لها تأثير انفعالي على الحيوانات، فهي تنتج انفعالات مشروطة مثل: الخوف، والقرح Ulcers وفقدان الوزن، والألم وذلك بدرجة أعلى مما هي عليه بالنسبة للصدمات المتحكم بها.

وفي إشارة إلى وجود تأثيرات فسيولوجية، أشار عديد من الدراسات في هذا الصدد إلى أن العجز المتعلم ينتج عنه - لدى الحيوانات المستخدمة في التجارب الخاصة بهذا النموذج - تغيرات فسيولوجية يتم تخزينها؛ فقد وجدت تغيرات في النورينيفرين، وتغيرات في الطاقة الخاصة بالكولين والنشاط

الكولينى Cholinergic activity فى أمخاخ هذه الحيوانات (Miller; Rasellini & Seligman, 1996, pp. 104-113).

وبالرجوع إلى النموذج الخاص بالعجز المتعلم فإن الأشخاص عندما يدركون مواقفهم التى يمرون بها على أنها غير متحكم بها، فإنهم يبدأون فى عمل إغزاءات Attributions لتفسير وتوضيح أسباب عدم تحكمهم فى هذه المواقف أو بالأحرى تبريراً لعجزهم، ولدى الأفراد متعلمى العجز قد تكون هذه الإغزاءات داخلية (أى تعود على الخصائص الذاتية للشخص نفسه)، أو خارجية (أى أنها ترجع للبيئة)، أو عامة وكلية (تطبق على كثير من المواقف)، أو خاصة (تطبق فقط على مدى محدود من المواقف)، أو ثابتة (ممتدة عبر الوقت)، أو غير ثابتة (محددة بوقت معين)، لذلك فإن فقد تقدير الذات Loss of self esteem نظرياً، يظهر عندما يقرر الشخص أن عجزه يرجع إلى اضطراب، وعجز شخصى أكثر مما يرجع إلى أسباب ذات تأثيرات عامة على كل الأفراد فى هذه المواقف. وقد وجد أن الإغزاءات التى تتسم بالثبات، والعمومية (الكلية) والذاتية، للعجز أو الفشل، تنتج بشكل عام درجات أعمق من الاضطرابات الاكتئابية (Kazdin, 2000, pp. 473-474, V.2, p. 473 & Halgin, & Whitboughs, 1994, P. 268).

[٣] الضغوط النفسية وأحداث الحياة:

يشير مفهوم الضغط النفسى Stress إلى أى تغير داخلى، أو خارجى من شأنه أن يودى إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة. أى أن الأحداث والظروف الخارجية مثل: ظروف العمل، والتلوث البيئى، والسفر، والصراعات الأسرية. مثلها مثل العوامل الداخلية من قبيل الإصابة بالأمراض والأرق، والتغيرات الهرمونية، وغيرها تمثل كلها ضغوطاً للفرد.

وترجع بدايات الاهتمام بدراسة موضوع الضغوط النفسية إلى تجارب هانز سيلياى ١٩٨٠ "Sely" حيث لاحظ أن المرضى يشتركون (برغم تعدد مصادر الشكوى لديهم) فى خصائص عامة متشابهة، وأعراض متماثلة

بالإضافة إلى أن هناك أعراضاً نوعية ترتبط بالمرض الخاص بكل منهم، فكل المرضى يعانون من ضعف الشهية، والوهن العضلي، وفقد الاهتمام بالبيئة، وقد أطلق على هذه الزملة "زملة الضغط العام" Common stress syndrome. وقد أطلق "سيلياي" على ما يظهره الجسم من تكيف، وتوافق مع هذه الضغوط اصطلاح "طاقة التكيف" Adaptation energy. وقد أثبت أن استمرار التعرض للضغوط يؤدي تدريجياً إلى فقدان هذه الطاقة، وانهايارها. وتستجيب للضغوط أولاً الأعضاء الضعيفة من الجسم، فهي تكون مستهدفة بصورة أعلى عن غيرها للإصابة بالمرض، وذلك يفسر التأثير النوعي للضغوط، وحقيقة حدوث أمراض دون غيرها لدى مختلف الأفراد (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص.ص ١١٩ - ١٢٢).

ويشير كل من هالجين ووايتبورن (Halgin & Whitbourn, 1994)، وكابلان وسادوك (Kaplan & Sadock, 1997) إلى العلاقة بين أحداث الحياة Life events والضغوط النفسية فيما يسمى "بأحداث الحياة الضاغطة" Stressfull life events. يعتبر من أكثر النظريات حداثة في تفسير الاكتئاب؛ حيث يرى بعض الباحثين أن أحداث الحياة الضاغطة تؤدي دوراً مهماً في بداية تفجر النوبة الاكتئابية خاصة إذا فقد المريض أحد أبويه قبل الحادية عشرة من العمر، أو في حالة فقد الشريك (الزوج أو الزوجة) في عمر متأخر عما سبق. ويرى هؤلاء الباحثون أنه بقدر ما ترتبط أحداث الحياة ببداية النوبة الاكتئابية، إلا أن دورها ثانوي من حيث مسئوليتها في حدوث الاكتئاب واستمراره.

عن ناحية أخرى، يرى بعض الباحثين أن لأحداث الحياة الضاغطة أهمية كبيرة سواء في بداية الاكتئاب أو استمراره، وأشارت تقارير عدة إلى أن العوامل الحافزة على المرض داخل الأسرة تميل للبقاء حتى بعد شفاء المريض، لذلك فبقائها يؤثر على معدلات الشفاء، ويؤدي إلى معاودة الأعراض، والانتكاس، كما يؤثر بصورة سلبية على توافق المرضى اللاحق للشفاء (Kaplan & Sadock, 1994; pp. 522 - 523; Scott & Lunenihan, 1999; Paykel & Dowlatshahi, 1998).

ويشير "هالجين و وايتبورن" إلى أن أحداث الحياة الضاغطة تعوق إمكانات الفرد القيام بتنفيذ أنماط سلوكية آلية، ذات أهمية نسبية. وهذه السلوكيات الآلية الروتينية تسمى "الحوارات" Scripts' وهي مثل الروتين اليومي كأن يستيقظ الفرد، ويرتدي ملابسه، ويذهب للعمل، وهذا التعطل الناتج عن أحداث الحياة الضاغطة يؤدي بالفرد لأن يكون منهبطاً ومكتئباً (Halgin & Whitbourn, 1994, pp. 262 - 265).

كما أنه ليس شرطاً أن ينشأ الاكتئاب كنتيجة آلية لوجود أحداث ضاغطة أو كوارث اجتماعية، أو نتيجة الفشل، أو الخسارة، فقد لا تؤدي هذه الأحداث الضاغطة بصورة آلية إلى الاكتئاب لدى كل الأفراد حيث توجد عدة عوامل يتوقف عليها مدى التأثيرات المختلفة للأحداث الحياتية الضاغطة، نذكر منها:

١- تمارس أحداث الحياة الضاغطة تأثيرها بدرجة شديدة على الأفراد المنعزلين الذين يفتقدون إلى المساندة الوجدانية، والدعم الاجتماعي Social support حيث أن شبكة العلاقات الاجتماعية الجيدة، والحياة الأسرية السليمة، والانتماء لجماعة من الأصدقاء تعمل - بشكل جيد - كحاجز واقى من تأثيرات ضغوط الأحداث الحياتية المختلفة.

٢- تتوقف الاستجابة أو عدم الاستجابة لأحداث الحياة الضاغطة، على ما يتسلح به الفرد من مهارات اجتماعية Social skills فذووا المهارات الاجتماعية الجيدة، ومن لديهم القدرة على تنمية وصقل وتطوير هذه المهارات، هم أكثر قدرة على مواجهة الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة المختلفة.

- ٣- يتوقف تأثير الضغوط على مدى إدراك الفرد لمستوى الخطورة الناتج عن الأحداث المختلفة، ومدى تأثيرها المباشر عليه، لذلك فالحدث الواحد قد لا يثير الاستجابة نفسها عند كل الأفراد بالدرجة نفسها.
- ٤- تؤدي الخبرات السابقة دوراً مهماً في تفسير وإدراك الأحداث التي تواجهها، وهذا التفسير إما أن يكون إيجابياً أو سلبياً، فكلما زاد تعرض الشخص لمواقف وخبرات متشابهة، زادت قدرته على التعامل مع ما يواجهه من أحداث بشكل أكثر كفاءة (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨ ص.ص ١٢٢ - ١٢٤).

[٤] نظرية التفاعل بين الشخصي:

يركز منحنى التفاعل بين الشخصي Interpersonal approach في تفسير الاكتئاب على أنماط التفاعل بين الأفراد المكتئبين وبيئاتهم المختلفة، وكيف أن هذه التفاعلات تعمل على بقاء المرض أو زواله، حيث يرى العديد من الباحثين أن المكتئبين يحاولون الحصول على الدعم من الآخرين، وذلك بأن يسلكوا بطريقة تجعل الآخرين في وضع يبذلون فيه الرعاية والاهتمام والدعم. وهذه السلوكيات يكون لها آثار متناقضة، وقد يؤثر بشكل سلبي نتيجة تشاؤمهم Pessimism الثابت والدائم، وشعورهم المستمر بالذنب، ونقص مهاراتهم الاجتماعية على الأفراد الآخرين إذ يجعلونهم يستجيبون بشكل غير مساعد unhelpful إما بالنقد أو الرفض، ويشعرون أيضاً بالذنب مما يدعم النظرة السلبية للعالم لدى المكتئبين، لذلك يسمى بعض الباحثين الاكتئاب بأنه مرض معدى Contagious (Ingram, 1994).

ويشير هذا المنحنى إلى أن الفرد يفضل أثناء مراحل عمره المبكرة في اكتساب المهارات اللازمة لتنمية وتطوير علاقات اجتماعية حميمة، مما يؤدي لاحقاً إلى الشعور باليأس Despair والعزلة، كما يؤدي إلى حدوث الاكتئاب الذي يتم تثبيته واستمراره بواسطة فقر المهارات الاجتماعية. واضطراب التواصل الذي يؤدي إلى مزيد من الرفض من الآخرين، مما يؤدي إلى زيادة

وطاعة الاكتئاب واستمراره وهكذا يقع المكتئب في حلقة مفرغة من الاستجابات السلبية والعلاقات المضطربة (Halgine & Whitbourn, 1994, p. 268). وقد أجرى ليفنسون وزملاؤه (١٩٧٤) سلسلة من الدراسات حاول خلالها التحقق من أن الفرد الذي يفتقر مهارات اجتماعية متنوعة أثناء التفاعل الإيجابي مع الآخرين، وفي الوقت نفسه يحتل موقفاً في العمل يحقق له الرضا، يكون أقل عرضة للاضطرابات النفسية، وتبين من خلال سلسلة من التجارب أن مستوى النشاط لدى المكتئبين يقل عن غيرهم من الأسوياء، وأن هناك علاقة مطردة بين زيادة شدة الاكتئاب، وتدهور أو قلة المهارات الاجتماعية، كما تبين أن المكتئبين يتفاعلون مع عدد أقل من الأفراد بالمقارنة بغير المكتئبين وأن مستوى نشاطهم اللفظي كما يتجلى في حجم الكلام وطول الجملة وطريقة النطق يتأثر بالحالة الاكتئابية.

وقد حقق ليفنسون وزملاؤه نجاحاً ملحوظاً في تطوير أساليب العلاج السلوكي للاكتئاب اعتماداً على الدعم الإيجابي للنشاط، وتنمية المهارات الاجتماعية، مع الدعم السلبي للسلوك الاكتئابي. وفي هذا الإطار حدد ليفنسون ثلاث مجموعات من العوامل التي تحدد مدى الاستجابة للدعم المحتمل وهي:

١- مصادر الدعم المحتملة لدى الفرد Individual's potential reinforces وهي تتعلق بخصائص وسمات الفرد الشخصية، مثل عمره، وخصائصه الجسمية، وجاذبيته الاجتماعية، وانتماءاته القومية أو الجنسية أو كلاًهما.

٢- الإتاحة Availability: وهي تتعلق بمدى ما يتوفر من مددعات، نتيجة الوضع البيئي للفرد، كأن يكون من أسرة عيسورة أو بيئة فقيرة، أو بيئة آمنة، أو مهددة للأمن والحرية.

٣- الرصيد السلوكي للفرد ومهاراته الاجتماعية: حيث أن الشخص الذي يمتلك مهارات إيجابية متنوعة يكون أكثر إيجابية في التفاعل مع الآخرين، وبالتالي يكون أقل عرضة للإصابة بالمرض النفسي. (Halgin & Whitbourn, 1999, PP. 262 - 269).

ومن غير المعروف ما إذا كان اضطراب السلوك الاجتماعي (المهارات الاجتماعية) يعتبر نتيجة من نتائج الاكتئاب، أو أنه سبب لنشأته، والأغلب أن العلاقة بينهما أقرب ما تكون للعلاقة اندائرية، فالشخص المكتئب يجد نفسه عزوفاً عن الاحتكاك والتفاعل الاجتماعي الإيجابي، ويؤدي فشله في ذلك إلى دعم اكتئابه، كما أن العكس صحيح: فوجود رصيد ضعيف من المهارات الاجتماعية والفشل المتكرر في تكوين علاقات اجتماعية إيجابية واستمرارها، يؤدي إلى مشاعر الإحباط والفشل والتعاسة، التي يتسم بها الاكتئاب (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨ ص.ص ١٥١ - ١٥٢).

وأيدت بحوث عديدة فكرة وجود جوانب للاكتئاب تجعل علاقة المكتئب بالعالم الاجتماعي، مصدراً للضييق، والتعاسة؛ فالمكتئبون يتسمون بعدد من الخصائص منها:

- ١- الافتقار إلى الإيجابية في المواقف الاجتماعية.
- ٢- والمعاناة من صعوبة شديدة عند بدء علاقة، أو المبادرة بالبدء في تكوين علاقة جديدة.
- ٣- ويكون أقل تفاعلاً سواء بحجم انكلام، أو الأفعال المطلوبة في المواقف المختلفة أو ملائمة هذه الأفعال للمواقف، وطبيعة العلاقة فيها.
- ٤- والانسحاب بالجمود، والتصلب، وفقر المهارات الاجتماعية الضرورية لإنجاح التفاعل الإيجابي واستمراره.
- ٥- والحساسية الشديدة عند الدخول في مواقف تفاعل، بها في ذلك حساسيتهم للرفض أو التجاهل من الآخرين.
- ٦- والعجز عن التعبير عن أنفسهم، أو مشاعرهم، أو الدفاع عن أنفسهم فيما قد ينسب إليهم من أخطاء وتصرفات.
- ٧- وعدم وجود علاقات حميمة Intimate relationships قوية ومستمرة.
- ٨- والميل للعزلة الاجتماعية Social isolation. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ص ١٠٣ - ١٥٤ : 262 - 269 Halgine & Whitbourn, 1994).

[٥] النظرية المعرفية:

تعد النظرية المعرفية Cognitive theory من أكثر النظريات حداثة في تفسير الاكتئاب؛ وقد تم صياغتها بواسطة أرون بيك "Aaron Beck". وتفترض النظرية المعرفية أن انفعالات الأفراد وسلوكياتهم، تتأثر بإدراكاتهم للمواقف المختلفة وترتبط الطريقة التي يشعرون بها بالطريقة التي يفسرون بها المواقف المختلفة، في حين أن الموقف في حد ذاته لا يحدد مباشرة طريقة أو كيفية التعبير عن مشاعرهم، بل إن هناك عاملاً وسيطاً بين مشاعرهم وسلوكهم وهو إدراكهم للموقف (Ingram, 1994 & Judith Beck, 1995, pp.1-2).

وهناك ثلاثة جوانب رئيسة للنظرية المعرفية، تمثل حجر الزاوية فيها:

١- المخططات السلبية Negative schema.

٢- الثلاث المعرفي Cognitive triad.

٣- أخطاء التفكير Cognitive errors.

وسوف نتناول بشكل تفصيلي كلاً من الجوانب الثلاثة السابقة، مع توضيح كيفية إسهام كل منها في نشأة الاكتئاب واستمراره.

أولاً: المخططات السلبية:

والمخططات هي بناءات معرفية Cognitive structures تمثل أنماطاً من التفكير ثابتة، وطويلة الأمد، وهي تمثل تقييمات الفرد عن خبراته السابقة، وهي عملية تُظَم المعلومات قديمة لها علاقة بالموقف الحالي، وتسهل عملية معالجة المعلومات الجديدة المتعلقة بالموقف، حيث تُلَفَت الانتباه إلى هذه المعلومات اختيارياً، أو تحدد نوعاً معيناً من التصورات الخاصة بموقف معين. وبناءً على ذلك فالمخططات تحدد الطريقة التي يتم من خلالها اختيار المعلومات المدركة، وأيضاً يتم تخزينها ومعالجتها وتذكرها أو استبعادها.

والاكتتابيون يعملون لتنمية مخططات سلبية تتكون من نظرة ثابتة، ازدرائية Pejorative. لأنفسهم وخبراتهم لذلك فهم يستجيبون للأحداث المحيطة بهم، وظروفهم بشكل ثابت ومستقل عما قد يظهر من تغيرات في بيئتهم الخاصة.

وأشار بيك "Beck" إلى أن المخططات السلبية يبدأ تكوينها خلال سنو الطفولة والمراهقة، حيث يتعلم الطفل أن ينمى ويكون بناءات معرفية من خلال خبراته المبكرة مع أفراد آخرين يتعامل معهم ويمثلون أهمية كبيرة بالنسبة له (مثل الوالدين والأقران والمدرسين). وقد تؤدي خبرات معينة (مثل موت أحد الوالدين، والرفض المتكرر من الأقران، أو النقد اللاذع من المدرسين) إلى تكوين الاتجاهات Attitudes والمعتقدات السلبية Beliefs التي تنتج لاحقاً سوء التوافق Maladaptive، فمثلاً، قد ينمى العنق المخطط التالي "لا فائدة مما أفعل، أو لن أكون مقبولاً من الآخرين". (Beck, 1995, pp. 15 - 19, Ingron, 1994).

والمخطط يكون خارج الوعي، حتى يقابل الشخص ظروفًا أو أحداثًا ومواقف، ويشكل ما تكون جالبة للأفكار والظروف السابقة التي تم فيها تعلم وبناء المخطط أو المخططات. وتوظف هذه المخططات السلبية الاكتتابية في تنظيم ومعالجة المعلومات عن الموقف الحالي، فالفرد يختار وينظم المعلومات في فئات عن الموقف الراهن بشكل يتلاءم مع المخطط. وهذه المخططات السلبية تهيئ الفرد لأن يشوه الأحداث المحيطة، ويدرك سلبياً المواقف التي يمر بها ويفسرها تفسيراً مشوهاً ليبقى على النظرة السلبية للذات والبيئة والمستقبل (Ingram, 1994; Nezu, et al., 1989 pp. 17 - 20 & J. Beck, 1995, pp. 15 - 17).

وقد حدد يونج "J. Young" مجموعة من المخططات التي أطلق عليها اسم "مخططات سوء التوافق المبكرة"، وقد حدد ستة عشر مخططاً من هذه المخططات، موزعة على ستة مجالات مختلفة هي:

(أ) عدم الاستقرار وانقطاع الصلات:

ويشير مجال عدم الاستقرار وانقطاع الصلات Instability and disconnection إلى توقعات الفرد بأن احتياجاته للأمن والطمأنينة، والاستقرار، والرعاية، والانتماء لن تتحقق بطريقة يمكن التنبؤ بها في سياق العلاقات الأسرية الحميمة، وحيث تكون الروابط الأسرية التقليدية، متقطعة ومتفجرة وغير قابلة للتنبؤ بها، أو أنها تكون فاسدة، أو أن المريض يدركها على هذا النحو السلبي على الرغم من أنها ليست كذلك. ومن أهم الملاحظات التي تدرج تحت هذا المجال ما يلي:

١- التهجور/ عدم الاستقرار Abandonment and instability: وهو يمثل عدم الاستقرار المدرك، أو عدم مصداقية الأشخاص المحيطين بالشخص في توفير وتقديم الدعم، والاتصال، ويتضمن ذلك إحساس الفرد بأن هؤلاء الأشخاص المهمين لديه لن يكونوا قادرين على الاستمرار في تقديم العون والاتصال والقوة والحماية، وذلك إما لأنهم غير مستقرين انفعالياً، ولا يمكن التنبؤ بسلوكهم، ولا مصداقية لهم، أو لأنهم قد يكونوا غير موجودين بالفعل مستقبلاً، وذلك لأن موتهم وشيك، أو لأنهم سوف يهجرون المريض ليرتبطوا بشخص آخر أهمل منه.

٢- الشك (عدم الثقة)/ الاستقلال Intrust/ Blure: ويعبر هذا المخطط عن توقع قيام الآخرين بالإيذاء، والاستغلال، والاحتقار، والغش، والكذب، والتآمر، واستغلال الفرص، ويتضمن ذلك إدراك الفرد بأن الأذى سيكون متعمداً، وغير مبرر وأنه قد يكون ناتجاً عن ظُلف في الإهمال. ويتضمن ذلك إدراك الفرد أنه دائماً ما يكون ضحية لخداع الآخرين، وإحساسه بالظلم.

٢- الحرمان العاطفي Emotional deprivation: ويتضمن توقع الشخص بأن الآخرين لن يحققوا رغبته، ولن يلبوا حاجته في الحصول على درجة من الدعم العاطفي بشكل ملائم. ومن أمثلة ذلك.

أ- الحرمان من الرعاية: مثل غياب الانتباه، والعاطفة، والدفع والرفقة.

ب- الحرمان من الحماية: مثل فقدان القوة والاتجاه، وتوجيه الآخرين.

ج- الحرمان من الانتماء: ومنها فقدان تفهم الآخرين وإنصاتهم، وفقدان المشاركة المتبادلة للمشاعر مع الآخرين.

ب) استقلالية معطوبة Impaired autonomy.

وهي تتعلق بتوقعات الفرد عن نفسه، وعن البيئة، وتتدخل هذه التوقعات مع قدرة الفرد الإدراكية على الانفصال، أو مواصلة الحياة، أو العمل مستقلاً، وهي ترجع إلى أصول عائلية تقليدية ضاغطة ومشوهة لأحكام الطفل، أو مفرطة في الحماية.

١- الاعتماد الوظيفي/ عدم الكفاءة Functional dependence/ incompetence: وهو يمثل اعتقاد الشخص بأنه عاجز عن تحمل مسئولياته اليومية بطريقة تنسم بالكفاءة ودون الحاجة لمساعدة جوهريّة من الآخرين (مثال ذلك: الرعاية الذاتية لنفسه وحل مشكلاته اليومية، وإصدار الأحكام الصائبة، والقيام بمهام جديدة، واتخاذ القرارات السليمة والجيدة) وغالباً يتمثل ذلك بسلبية شاملة.

٢- الاستهداف للأذى والمرض Vulnerability to harm and illness، وهو توقع مبالغ فيه بأن كارثة سوف تقع في أي وقت (كارثة طبيعية، جريمة، أو مرض أو كارثة مالية) وأن المرء لن يكون قادراً على حماية نفسه. وقد تتضمن مخاوف الشخص تعرضه لنوبة قلبية، أو الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسب، أو الجنون، أو الإفلاس... وما إلى ذلك.

٣- الاحتواء/ الذات غير المتطورة Enmeshment/ undeveloped self: وهو نوع من التورط العاطفي الانفعالي المتزايد، والارتباط الوثيق بشخص جوهري

أو أكثر، وغالباً ما يكون الوالدین، وذلك على حساب الاستقلالية الكاملة، أو الارتقاء الاجتماعي السوي، ودائماً ما يتضمن الاعتقاد بأنه لا يمكنه العيش أو الشعور بالسعادة دون الحصول على الدعم الدائم من الآخرين، أو الشعور بأنه مندمج مع الآخرين وتختبر على أنه شعور بالخواء Emptiness والتخبط Floundering.

ج) عدم المرغوبية Undesirability:.

ويمثل هذا المخطط توقعات الشخص بأنه لن يكون مرغوباً، أو أنه مختلف عن الأفراد الآخرين في بعض الخصال مثل: الجاذبية الجسمية، والمهارات الاجتماعية، والجدارة الأخلاقية، والتكامل الأخلاقي، والشخصية المثيرة للشفغ، والوظيفة، والإنجاز، والقيم، والاهتمامات، وخصائص الذكورة والأنوثة، والخلفية الاجتماعية الاقتصادية، وما إلى ذلك. وتعود الأصول الأولى لذلك إلى التعرض للنقد أو الرفض من قبل بعض أفراد الأسرة أو جماعات الأقران.

١- النقص/ الخزي Defectiveness/ shame: وهو شعور الفرد بأنه ناقص عقلياً أو داخلياً أو عاجزاً، وأنه أساساً بلا قيمة عند الآخرين، أو إحساسه بالخزي من إدراكه لعدم ملاءمته الداخلية، ودائماً ما يتضمن هذا الشعور إفراطاً في النقد الذاتي، ومعاينة الذات، ومقارنة الفرد نفسه بالآخرين مع توقع رفض مبالغ فيه، ولوم وذلك في إطار العلاقات الحميمة للفرد.

٢- عدم المرغوبية الاجتماعية/ الاغتراب Social undesirability/ Alienation: اعتقاد الفرد بأنه غير مرغوب فيه من الآخرين (كأن يعتقد مثلاً أنه قبيح الشكل، وغير مرغوب جنسياً، وذو مركز اجتماعي منخفض، وضعيف في مهارات الحوار، وقليل الذكاء)، أو شعور الفرد بأنه معزول عن بقية العالم، ومختلف عن الناس، أو أنه ليس جزءاً من أي مجموعة

في المجتمع، أو الاثنين معاً. ودائماً ما يتضمن ذلك وعياً بالذات، واعتراباً وشعوراً بعدم الأمان في المواقف الاجتماعية.

٣- **الفشل** في الإنجاز Failure to achieve، وهو شعور الفرد بأن فشله محتوم، وأنه في الأساس غير ملائم وذلك مقارنة بأقرانه في أي من مجالات التحصيل والإنجاز (مثل الدراسة، والعمل، والرياضة) ودائماً يتضمن اعتقاد الفرد بأنه أحمق، وغبي، وجاهل، وغير موهوب.

د) قصور التعبير الذاتي Restricted self-expression.

قيود مضطربة، وقمع أو تجاهل لمشاعره وتقضيالاته اليومية، وغالباً ما يرجع إلى التسلط على الطفل وقمع مشاعره.

١- **الخضوع** subjugati وهو استسلام الفرد المتزايد للتحكم المبالغ فيه، في قراراته الشخصية، وتقضيالاته وذلك لتخفيف وتجنب الغضب، أو الانتقام، أو الهجر. ويتضمن ذلك إدراك الفرد بأن رغباته الشخصية ليست ملائمة، أو مهمة للآخرين، ويؤدي ذلك إلى القضب في نهاية الأمر، ويظهر ذلك في صورة إفراط في الخضوع وشغف في الإرضاء.

٢- **قمع الانفعالات** Emotional inhibition وهو صعوبة بالغة في التعبير عن المشاعر، أو مناقشتها، وذلك لأن الشخص يتوقع أن يؤدي التعبير عنها إلى فقدان التقدير، أو إلى إيذاء الآخرين، أو الإحراج، أو الانتقام، والهجر.

هـ) قصور مشاعر اليهجة Restricted Gratification.

وهو تأكيد مضطرب على العمل، والمكانة، والواجب، والمعايير والمسؤوليات نحو الآخرين، والجوانب السلبية من الحياة، وذلك على حساب السعادة والنزعات الطبيعية والمتعة والصحة والتفاؤل والإبداع.

١- التضحية بالذات/ التحمل الزائد للمسؤولية / Self-sacrifice / overresponsibility، ويشير إلى تركيز مبالغ فيه على الوفاء باحتياجات الآخرين على حساب مباحج المرء الشخصية، والأسباب الغالبة وراء ذلك هي منع تعرض الآخرين للأذى، وتجنب الشعور بالذنب والحصول على التقدير للحفاظ على الصلة مع الآخرين المعتقد أن هناك حاجة إليهم. ودائماً ما يؤدي ذلك إلى حساسية مفرطة للألام الآخرين، ودائماً ما يتضمن إحساساً مبالغاً فيه بالواجب والمسؤولية نحو الآخرين، وعادة ما يؤدي ذلك إلى إحساس المرء أن احتياجاته الشخصية لم تشبع بشكل ملائم، والشعور بالامتناع من المسؤولين عن ذلك.

٢- الصرامة/ عدم توازن المعايير Unrelenting/ unbalanced standards، ويتضمن المجاهدة للوفاء بتوقعات الآخرين العليا أو غير المتوازنة عنه، أو عن الآخرين، على حساب السعادة والسرور والاسترخاء، والتلقائية، والمرح، والصحة والإحساس بالإنجاز، ويتضمن تأكيد إحدى المجالات الآتية:

أ- التحصيل والإنجاز.

ب- والمال، والمظهر الخارجي، أو المكانة الاجتماعية.

ج- والتحكم في الذات والانضباط.

د- والتحكم والهيمنة على البيئة.

هـ - والأخلاق، والقيم الدينية، والتضحية بالذات.

٣- السلبية/ التشاؤم Negativity/ pessimism: التركيز الشامل، والممتد عبر العمر على الجوانب والتوقعات السلبية للحياة (مثل الألم والموت، والفقدان، والصراع، والإحباط، ومشاعر الذنب، والاستياء، والمشكلات التي لا حلول لها... إلخ)، مع الإقلال من شأن الجوانب والتوقعات الإيجابية أو المتفائلة أو إنكارها، وقد يتضمن ذلك مشاعر فقدان الحملة، والعجز عن التحكم في الأحداث السلبية عبر الحياة.

و) حدود قاصرة 'Impaired limits'.

وهو عجز في الحدود الداخلية، يؤدي إلى صعوبة في احترام حقوق الآخرين، أو وفاء الشخص بأهدافه الشخصية، وتتمثل الأصول الأسرية لهذا في التدليل والتساهل.

١- التسلمد/ التمرکز حول الذات Entitlement/ self - centeredness:

ويتضمن إصراراً بأن المرء يجب أن يكون قادراً على الحصول على أي شيء يرغبه، دون اعتبار لنظرة الآخرين لما هو معقول، ومهما كان الأمر مكلفاً لهم. ودائماً ما يتضمن تحكماً زائداً في الآخرين، ومطالب زائدة، ونقصاً في التعاطف مع احتياجاتهم.

٢- ضعف التحكم الذاتي/ الانضباط Insufficient self control/ self-discipline:

صعوبة شاملة في ممارسة الضبط الذاتي، وتحمل الإحباط عند تحقيق المرء لأهدافه الشخصية، أو كبح المرء لتعبيراته المتزايدة عن انفعالاته ودفعاته. (جيفري يونج، وآخرون، ٢٠٠١، "مترجم" ص ص ٥٨٢ - ٥٨٨).

وهناك عدة خصائص تتصف بها هذه المخططات اللاتوافقية تتمثل في التالي:

- ١- أنها حقائق أولية لدى الشخص حول نفسه أو العالم أو حولهما معاً، لا تقبل التغيير أو التعديل.
- ٢- وهي بمثابة اختلال.
- ٣- ودائمة ومقاومة للتغيير.
- ٤- ودائماً ما تحفزها بعض التغيرات البيئية (أحداث الحياة).
- ٥- وتكون وثيقة الصلة بالمستويات الانفعالية العليا عندما تنشط.

٦- وعادة ما ينتج عن التفاعل بين المزاج الولادى للطفل، والخبرات غير السوية مع أفراد الأسرة، أو القائمين على الرعاية، (المرجع نفسه، ص ٥٨٩).

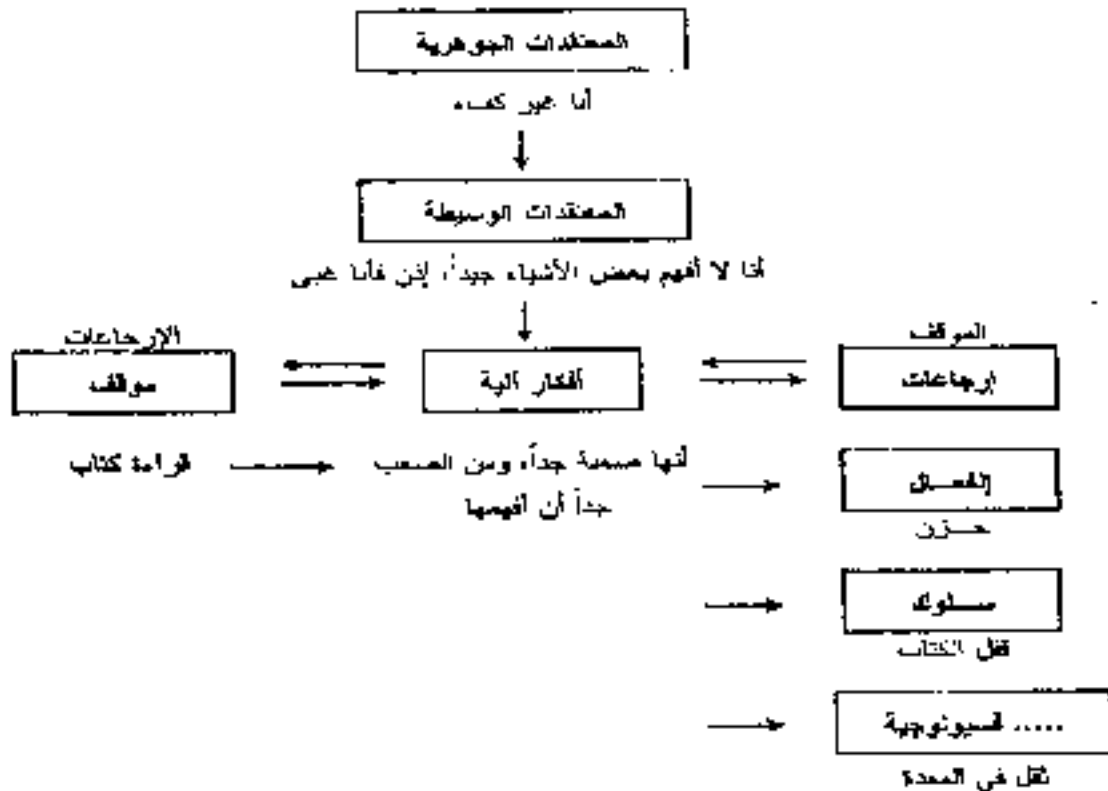
ولتوضيح كيفية نشأة وتثبيت وعمل هذه المخططات، فإنه وفقاً لنحى يونج يتعلم الطفل مبكراً كيفية تشكيل الواقع من خلال توقعاته، وتفاعلاته المبكرة مما يؤدي إلى قبوله لاتجاهات ومعتقدات يثبت فيما بعد أنها لا توافقية، ومثال ذلك فالطفل قد ينمى مخططاً حول أن أياً مما يفعله أو يقوم به لن يكون جيداً، وعادة لا يوجد وعى بهذه المخططات التى تظل كافية إلى أن يؤدي أحد أحداث الحياة (مثل الفصل من العمل) إلى استثارة هذه المخططات، وما أن ينشط المخطط حتى يقوم الفرد بعمليات انتخاب، وتصنيف وترميز للمعلومات بطريقة تساعد على استمرار مخطط الفشل لديه، لذلك فإن مخططات سوء التوافق المبكر، تؤدي إلى ميل المرضى الاككتانيين لنشوية الأحداث بأسلوب واضح الخصائص، مودياً بذلك إلى رؤية سلبية للمستقبل (Beck, 1995, PP. 15 - 19).

وتمثل المخططات ما يسمى بالمعتقدات الجوهرية Core Beliefs' وهى تدرك على أنها أساسية وجوهرية وعميقة وثابتة، وينظر إليها من قبل الشخص على أنها صادقة صدقاً مطلقاً، والمعتقدات الجوهرية هى المستوى الأكثر جوهرية. وتكون جامدة ومقرطة التعميم، وتعتبر الأفكار الآلية Automatic thoughts هى الكلمات أو الصور العقلية التى تدور فى عقل الفرد، وهى خاصة بالموقف، وهى تعتبر الجانب الظاهر من المعرفة. (Ibid, 16 - 17).

وهناك مستوى آخر من المعتقدات، وهو ما يسمى بالمعتقدات الوسيطة Intermediate beliefs' وهى غالباً لا تكون واضحة، وهى عبارة عن قواعد واتجاهات وتقييمات تصف بين المعتقدات الجوهرية والأفكار الآلية. ووفقاً لهذا النموذج، فالأفراد يحاولون أن يكونوا خبرة أو معرفة عن بيئتهم من خلال مراحلهم الارتقائية المبكرة، ويحتاجون إلى أن ينظموا خبراتهم فى سياق متناسق لكى يتفاعلوا بشكل أكثر توافقاً.

وتفاعلات الأفراد مع العالم الخارجي والآخرين يؤدي إلى فهم خاص أو تعلم معين. وفي سياق مواقف معينة يكون لدى الفرد معتقدات تؤثر في إدراكه الذي يعبر عنه بواسطة بعض الأفكار الآلية الخاصة بهذا الموقف وهذه الأفكار تؤدي بالتالي إلى التأثير في انفعالات الفرد، ووجدانه، وأيضاً تؤثر في سلوكه داخل الموقف، وغالباً ما تؤدي إلى استجابة فسيولوجية ولتوضيح هذا النموذج نورد المثال التالي: لو أن فرداً يقرأ كتاباً ولديه الفكرة التالية "هذا صعب جداً ولن أستطيع فهمه أبداً" فهو سوف يشعر بالحزن، ويشعر بثقل في معدته، ويقوم بإغلاق الكتاب.

والشكل التالي يوضح مخططاً للنموذج المعرفي السابق:



شكل (٢) يوضح النموذج المعرفي في تفسير الاكتئاب كما صاغته جوديث بيكث نقلاً عن.

ثانياً: الثلاث المعرفي السلبي Negative cognitive triad

يُعد هذا الثلاث الأفراد ويهيئهم لكي يروا أنفسهم وعالمهم ومستقبلهم بنظرة سلبية غير واقعية؛ فالأفراد المكتئبون قد يعتقدون أنهم متصدعون Flawed ومتدنون Inferior ولا يوجد شيء في حياتهم ذو قيمة، وأن مستقبلهم لا يحمل لهم سوى اليأس، والكوارث والتعاسة. ويفترض بيك Beck أن هذه النظرة الشاملة هي بالتأكيد تشويه لحياة الفرد، حيث يظل الفرد يختبر أفكاراً سلبية عن نفسه، ويسبب تفسير التوترات البسيطة على أنها كوارثية، ويعتقد أن شيئاً من هذا لن يتغير (Ingram, 1994; Halgin & Whitbourn, 1994 P.P. 262 – 265; Nezu, et al, 1989, PP. 17 – 19). ويتكون الثلاث المعرفي من ثلاثة أنماط من الأفكار والاتجاهات السلبية هي كالتالي:

١- نظرة سلبية نحو الذات Negative view of the self:

تشمل النظرة السلبية نحو الذات، التقييمات السلبية Negative evaluations للقدرات الذاتية، والقيمة الذاتية ومقارنة الأفراد أنفسهم بالآخرين؛ فالمكتئبون يرون أنفسهم عاجزين Defective وغير ملائمين Inadequate وتشمل هذه النظرة بالتوازي كل تصورات الحياة وتوقعاتها، ونتائجها متمثلة في إحساس عام بعدم الفائدة Worthlessness.

ولاحظ بيك وزملاؤه في بحوثهم الأولى أن المقابلة الإكلينيكية مع المكتئبين، كان يسود فيها مواضيع الفشل، وعدم الكفاءة، وموضوعات مشابهة، ولوحظ ذلك أيضاً في وصف المكتئبين لأحلامهم. كما أشار هولون وكيندال (١٩٨٠) إلى أن العلاقة بين الاكتئاب والتقارير الذاتية عن تكرار الأفكار الآلية عن عدم الكفاءة، وسوء التوافق وثيقة ودالة. وحتى من خلال التجارب العملية فقد أظهر المكتئبون أنهم يتوقعون لأدائهم أن تكون أسوأ من المعدل الطبيعي، وذلك عندما يطلب منهم إعطاء تقييم عن طريق التقرير الذاتي لأنفسهم ولأدائهم، فهم يختارون سمات ذات مضامين سلبية.

٢- نظرة سلبية نحو العالم Negative view of the world .:

الفرد هنا لا يرى في العالم والحوادث التي تقع فيه سوى أنها مليئة بالمعوقات والكوارث والإحباطات التي تحول بينه وبين تحقيق أهدافه وطموحاته في الحياة، وأنها تقتقد إلى البهجة والإشباع.

وقد لوحظ من خلال المقابلات والتقارير الذاتية ووصف أحلام المكتئبين أنهم يشيرون إلى أنهم يدركون خبراتهم اليومية على أنها تدور حول موضوعات الفقد، والمشقة، والحياة مليئة بالمطالب والمهام الصعبة الشديدة، والهزائم والفشل اليومي، وتبعاً لذلك فهم يعيشون إحساساً شاملاً بالعجز، فهم يدركون معظم مشكلات التفاعل البسيطة على أنها عكازة، ومن الصعوبة بحيث لا يقدرّون على التعامل معها.

٣- نظرة سلبية نحو المستقبل Negative view of the future .:

يتوقع المكتئبون أن ظروفهم غير السارة سوف تستمر للأبد وبلا أي احتمال للتحسن، وينظرون للمستقبل بمستويات مرتفعة من التشاؤم، وفقدان الأمل، ويميلون إلى اجترار خبرات الفشل السابقة، بدلاً من النظر لإمكانات المستقبل واحتمالاته الإيجابية، وكنتيجة لهذه النظرة، يكونوا أقل واقعية للتفاعل مع الاحتمالات الإيجابية، ويزيد احتمالاتهم بأن المستقبل سوف يكون كئيماً Black ولن يتغير.

ويشير بيك إلى أن أعراض الاكتئاب ترجع بشكل أساسي إلى المعارف السلبية، فمثلاً يمكن تفسير تناقص مستويات الطاقة والنشاط على أنها نتيجة مباشرة للتشاؤم، والعجز التي تصف أفكار الشخص المكتئب، وبالمثل فعندما ينظر الفرد إلى الخبرات اليومية على أنها كئيبة، وثقيلة الوطأة Oppressive والمستقبل ميئوس منه ولا أمل فيه، فإن ظهور الرغبة في الانتحار Suicidal wishes تكون نتيجة متوقعة. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨: Nezu, et al : 1989, pp. 17 – 21 & Beck, 1989 & Ingram. 1994).

ثالثاً: أخطاء التفكير Thinking errors .

يرى بيك أن بقاء المخططات الاكتئابية واستمراريتها، يأتي نتيجة نظام كامل من معالجة المعلومات، حيث يرسم الفرد نهايات غير منطقية (أو يستنتج استنتاجات غير منطقية) للأحداث التي يمر بها، وذلك من خلال ما يسمى بأخطاء التفكير وهي:

١- التطرف أو المبالغة في التعميم Overgeneralization: وهي الميل إلى الأحكام المطلقة، والتعميمات المتطرفة، حيث يحدث تعميم للخبرات الجزئية على الذات والآخرين والمستقبل تعميماً سلبياً، فمجرد الفشل في تحقيق هدف معين ولو جزئياً يعنى لدى الفرد المكتئب أنه إنسان فاشل تماماً، وعاجز عن تحقيق آماله في الحياة، ولو نسي مرة أحد زملائه إلقاء التحية عليه، فهذا معناه من وجهة نظره أنه إنسان مكروه وغير مرغوب فيه.

٢- التهويل والتهوين: وهو الميل إلى المبالغة في إدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية المحايدة، وإضفاء دلالات مبالغ فيها مثل تصور توقع الخطر والدمار، أما في حالة الشخص المكتئب فهو يقوم بتهويل أو تضخيم عيوبه، والمبالغة في إدراك جوانب الضعف الذاتي، والتهوين من مزاياه وإيجابياته ونجاحه الشخصي، فالخطأ البسيط يصبح كارثة، والنقد العابر يعنى خرقاً للكرامة، والدفاع عن النفس في موقف ما يعنى أنه تجاوز حدوده ويستحق اللوم والعقاب.

٣- التفكير الثنائي Dichotomous thinking (الكل أو لا شئ): وهو إدراك الأفراد للأشياء على أنها إما حسنة تماماً أو سيئة تماماً، سوداء أو بيضاء، صادقة أو خاطئة، دون إدراك أن الشئ الذي قد يكون في ظاهره سيئ لكن من المحتمل أن يكون له بعض الجوانب الإيجابية، أو أنه قد يؤدي إلى جوانب إيجابية مستقبلاً، ويشير بيك إلى أن أفكار الأفراد تنصف بأنها متطرفة، وسلبية، ومطلقة، وتقويمية، ومن أهم

مساوئ هذا النوع من أخطاء التفكير هو نزوع الفرد إلى الكمال المطلق ومن ثم الخوف الشديد من ارتكاب أى خطأ، وتبني وجهة نظر غير واقعية عن الذات. وتبعاً لذلك فالفرد يعاني من الإحباط السريع والمتكرر عندما يفشل في الوصول إلى أهدافه المستحيلة والتي لا يمكن إدراكها.

٤- التاويل الشخصي للأمور (الشخصنة) Personalization، وهو ربط الأحداث الخارجية بذات الشخص على الرغم من عدم وجود أى أساس عقلاني حقيقي لعمل هذا الربط، وينسب الشخص لنفسه مسئولية النتائج السلبية في المواقف التي يمر بها.

٥- التفسير السلبي لما هو إيجابي؛ وهو ميل الفرد لتفسير الأمور الطيبة الإيجابية تفسيراً سلبياً، ويعتبر من أخطر أخطاء التفكير وأكثرها تدميراً للذات، ففي هذا النوع يضع الفرد نفسه موضع الخاسر دائماً سواء أكانت الأمور في غير مصلحته أم في مصلحته، فلو كانت سيئة فهي تثبت أفكاره السلبية عن ذاته الموجودة من قبل، ولو كانت إيجابية فهذا لا يعنى لديه إلا أنها بسيطة، ونافذة وحدثت عن طريق الصدفة وليس لأسباب إيجابية فيه، وأنه لا يستحقها، فمثلاً قد يفسر حب الناس وتقديرهم على أنه شفقة تجاهه وليس لشئ إيجابي فيه.

٦- عزل الأشياء عن سياقها أو (التجريد الانتقائي) Selective abstraction؛ وهو أن يعزل الشخص خاصية معينة عن سياقها العام ويؤكد على سياق آخر؛ فالشخص المكتئب يركز على التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل وكأنه لا يرى سوى الجوانب السلبية وكأن الموقف لا يوجد به أى جوانب إيجابية على الإطلاق.

٧- انقصر إلى الاستنتاجات Arbitrary inference؛ ويطلق عليه أيضاً "الاستدلال الاعتباري أو التحكمي" وهو يتضمن تقييم الفرد للموقف أو المواقف بصورة سلبية، في ظل عدم توافر المعلومات، وعدم وجود أدلة

تزيد هذا التفسير أو تدعم إدراكه السلبي للموقف ومترتباته، ومحاولة الشخص قراءة أفكار الآخرين هي كل كبيرة وصغيرة، ولا يكتفى بذلك، بل يسلك تجاه نفسه والآخرين بناءً على توقعاته السلبية كما لو كانت حقيقية.

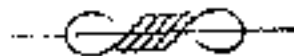
٨- قراءة المستقبل سلبياً (خطأ المنجم) Fortune teller: ويتمثل فيما ينسبه الشخص من توقعات سلبية عن المستقبل، والمصير المعتم الذي ينتظره أو المقربين له؛ فهو يتوقع حدوث شئ ضار له أو لأحد أفراد أسرته في المستقبل، وتبعاً لذلك فهو يصاب بالهم والجزع فقط لمجرد التوقع الذي قد لا يكون له أي أساس أو دليل واقعي.

٩- التفكير الكوارثي Catastrophizing thinking: ويعنى أن مجرد وقوع حدث سيئ أو مرور الشخص بخبرة واحدة سيئة، أو مجرد سيطرة فكرة آلية عليه هو معناه بالنسبة له نهاية العالم، وأنه لا أمل يرجى على الإطلاق.

١٠- العنونة: وفي هذا النوع من الأخطاء وهو ما يطلق عليه العنونة، هذا الفرد ليس فقط ينظر لنفسه أو الآخرين من خلال مصطلحات الكل أو لا شئ بل يطلق على نفسه أو الآخرين ألقاباً إدراكية.

(عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٢ Halgin & Whitbourn, 1994; Nezu; et al 1989; Beck, 1989 & Curwen; Palmer & Ruddell, 2000. PP. 12 – 15).

وتمثل كل من الثلاث المعرفية السلبية والمخططات، وأخطاء التفكير، المحاور الرئيسة للاضطراب المعرفي في الأمراض النفسية تبعاً لتفسيرات النظرية المعرفية خاصة فيما يتعلق بالاكتئاب.



الفصل الثالث

علاج الاكتئاب

يهدف الفصل الراهن إلى عرض عدد من الأساليب العلاجية التي أفرزتها مجموعة من النظريات والنماذج النفسية التي حاولت تفسير ووصف الاكتئاب النفسي وفحصه وتشخيصه، وأبرزها: العلاج النفسي التحليلي، والعلاج السلوكي، والعلاج المعرفي، والعلاج المعرفي السلوكي مع التركيز على الاتجاه التكاملية متعدد المحاور.

وفيما يلي عرض لكل أسلوب من هذه الأساليب، وسنبداً بالعلاج الدوائي.

أولاً: العلاج الطبى النفسى (الدوائى):.

يعتبر التطور الكيمياءى فى علاج الاكتئاب بما اشتمل عليه من مضادات الاكتئاب Antidepressants 'نتاجاً شرعياً للتفسير الأمينى، فمضادات الاكتئاب تعمل على تحسين الأعراض من خلال تأثيرها فى تركيز الأحماض الأمينية وتصحيح مساراتها. (Kaplan & Sadock, 1994, pp. 539-540).

وتُعد مضادات الاكتئاب من أكثر الأدوية شيوعاً واستخداماً مع الحالات المزمنة، ويتم وصفها للحالات العصبية بشكل أساسى؛ وهى تعمل على زيادة مستوى الطاقة الحيوية الأمينية Biogenic amine level فى نهايات المشتبكات العصبية الدماغية؛ حيث تشير المشاهدات العيادية إلى أن الاكتئاب يحدث نتيجة عجز وفوضى فى الناقلات العصبية الأمينية الأحادية Monoamine neurotransmitters فى مناطق ومواضع محددة بالدماغ، فى حين أن الهوس يحدث نتيجة فرط وفوضى لهذه الناقلات. (Dahl & Gram, 2000, p. 148).

ومضادات الاكتئاب متاحة للاستخدام منذ ما يقرب من خمسين عاماً، وتشير المشاهدات العيادية إلى أن استخدام الدواء المناسب للمريض يضاعف من فرص شفاؤه. (Kaplan & Sadock, 1994, p. 540; Nordt & Cantrell, 1999).

فئات الأدوية النفسية المضادة للاكتئاب^(١)

تنقسم مضادات الاكتئاب إلى أنواع عدة، وتتبع تصنيفاً فئات معينة من العقاقير ذات خصائص كيميائية محددة، وذات تأثيرات علاجية خاصة، وهي قد تتشابه في بعض الملامح العلاجية أو تأثيراتها العارضة، لكنها تختلف في طريقة عملها. وهذه الفئات هي: مضادات الاكتئاب الثلاثية، ومثبطات السيروتونين، والأحماض الأمينية الأحادية، ومثبطات السيروتونين والنوربينفرين، وأنواع أخرى متفرقة، والليثيوم. وسنعرض لكل منها على حدة بما يسمح به السياق الراهن.

١- مضادات الاكتئاب الثلاثية (TCAs) Tricyclic antidepressants^(٢).

تعمل مضادات الاكتئاب الثلاثية على تعزيز قوة وحساسية الموصلات العصبية الدماغية، وهي أكثر استخداماً وشيوعاً من الأدوية الأخرى. وقد ظهر أول نوع من هذه الفئة وهو دواء الإمبيبرامين Imipramin عام ١٩٥٦، وما زال يستخدم حتى الآن بوصفه أحد الأدوية الأساسية لعلاج الاكتئاب، وتوالى بعده ظهور الأدوية الأخرى من الفئة نفسها ومنها: الأميتريبتيلين Amitriptyline، ويستخدم غالباً لحالات الاكتئاب المصحوبة بأعراض القلق Anxiety، والتهيج Agitation، وهو ذو تأثير مخمد لذا قد لا يكون مناسباً مع المرضى كبار السن، وأيضاً دواء النورتريبتيلين Nortriptyline، ويتسم بقلّة تأثيراته المخدرة والمهبطة، ولا يسبب هبوطاً في ضغط الدم إلا بنسبة قليلة، مما يجعله مناسباً للمرضى كبار السن. ومن ضمن الأدوية الثلاثية أيضاً، الدوكسامين Doxepine، والكلوميبرامين Clomipramine، والديميثيل كلوميبرامين N Desmethyl-clomipramine، والدوسولبين Dasubpine، والديسيبرامين Deripramine. (Wagstaff, 2002).

(١) سنستخدم مصطلح مضادات الاكتئاب تعبيراً عن الأدوية النفسية المضادة للاكتئاب وذلك شهيداً على القارئ.

(٢) يمكن استخدام الاختصار (TCAs) بدلاً من مضادات الاكتئاب الثلاثية في مواضع معينة إذا لم تكن الحاجة في مواضع معينة.

وهناك عدد من التأثيرات الجانبية الناتجة عن تناول المضادات الثلاثية منها: النعاس Somnolence، والتعب Tiredness، وصعوبة التركيز. وأحياناً الخلط والتشوش في الوعي Confusion. مما قد يكون له آثار مؤذية خاصة لدى المرضى كبار السن. وجفاف الحلق، والإمساك Constipation، واحتباس البول Urinary Retention (خاصة لدى كبار السن)، وبعض اضطرابات الجهاز الدوري، وانخفاض ضغط الدم. وتعتبر اضطرابات النوم وقرط الحركة من أقل التأثيرات الجانبية ظهوراً، وقد يكون التأثير المخمد لهذه المجموعة إيجابياً وفعالاً خاصة عندما تكون صعوبات النوم عرضاً أساسياً. (Dahl & Gram, 2000, pp. 149-151; Jenren & Kuper, 2000, pp. 92-93 & Wagstaff, 2002).

٢- مثبطات السيروتونين:

تعتبر مثبطات السيروتونين (SSRIs) Selective serotonin reuptake inhibitors مثل مضادات الاكتئاب الثلاثية، فهي تُعدل المزاج الاكتابي وإن لم يكن لها تأثيرات مهيجة للمزاج لدى الأسوياء. وهناك افتراض مؤداه أن المضادات الثلاثية تُعد أكثر كفاءة من مثبطات السيروتونين في علاج المرضى المكتئبين المقيمين بالمستشفيات، وبشكل خاص أولئك الذين يعانون من النمط داخلي المنشأ Endogenous depression. والفائدة الرئيسة التي تجعل مثبطات السيروتونين أكثر تفضيلاً على المضادات الثلاثية، هي قلة تأثيرها السُمي Lower toxicity في الجرعات الزائدة Over dose، وبصفة عامة فإنها أقل إحداثاً للتأثيرات الجانبية. لذلك فهي أكثر سهولة في المداومة عليها وإكمال العلاج بشكل أفضل مما هو عليه في حالة تناول المضادات الثلاثية، خاصة في حالات الاكتئاب البسيط، وفي علاج المرضى كبار السن. ومن أمثلة هذه الفئة الفلوكسيتين (بروزاك) Flaxetine (prozac)، والسيتالوبرام (سيلكسا) Citalopram (celexa) والفلوكسامين Fluaxamine، وإتياروكسيتين (باكسيل) Paroxetine (paxil)، والسيرترالين (زولوفت) Sertraline (Zoloft) ومن أكثر التأثيرات الجانبية شيوعاً وتكراراً لهذه الفئة، الغثيان، والذي يظهر لدى نسبة

تتراوح ما بين ٢٠٪ إلى ٣٠٪ من المرضى. ويزول هذا العرض بعد مرور فترة تتراوح ما بين ٦ - ٢ أسبوع من بداية العلاج. ويعتبر الإسهال *Diarrhea* من التأثيرات الجانبية المتكررة نسبياً. وتظهر بعض الأعراض الأخرى مثل الصداع *Headache*، والتعرق *Sweating*، والارتعاش *Tremor*، والنعاس، والأرق *Insomnia*، إلى جانب بعض التأثيرات المتعلقة بالعجز الوظيفي الجنسي *Sexual dysfunction* في صورة قلة الطاقة الجنسية *Reduced of libido* وتأخر القذف *Delayed ejaculation* وتظهر لدى ٢٠٪ من المرضى تقريباً. وتعتبر أعراض الخمد والخدر أقل التأثيرات الجانبية ظهوراً وتكراراً بالمقارنة إلى المضادات الثلاثية. (Kaplan & Sadock, 1994, pp. 545-554, Dahl & Gram, 2000 pp. 151-152; Jensen & Kupers, 2000, pp. 93-94 & Wagstaff, 2002 Tollefson, 1993, pp. 198, 2000).

ويظهر من خلال العرض السابق وجود تشابه بين الفئتين السابقتين من مضادات الاكتئاب سواء من حيث التأثير العلاجي أو من حيث التأثيرات انجانبية، وتظهر بعض المعايير الخاصة بتفضيل أحد الأدوية على الآخر وسيوضح ذلك من خلال عرضنا للفئة التالية من مضادات الاكتئاب.

٣- الأحماض الأمينية الأحادية:

تعد الأحماض الأمينية الأحادية (MAO) *Monoamine oxidase inhibitors* القديمة ذات كفاءة عالية في علاج الاكتئاب، إلا أن لها تأثيرات جانبية حادة وحقاً لما أشار إليه بعض الدراسات هي هذا الصدد خاصة عند وصفها مع أدوية أخرى، أو عند تناول أطعمة غنية ببعض المركبات الأمينية، كما أن بعضها أيضاً له تأثير سُمي على الكبد *Hepatotoxicity*. ومن أمثلتها: الماريلان *Marplan*، والنارديل *Nardil*، والأتابريل *Atapryl*، والبامات *Pamat*، والجديد منها مثل الموكلوبيميد *Maclobemide*، له تأثيرات جانبية شبيهة بالتأثيرات الجانبية للأدوية السابق عرضها ولكن ليست له تأثيرات جانبية خطيرة في حالة وصفه مع أدوية تحتوي على أحماض أمينية كمادة فاعلة أو مع بعض الأطعمة. ومن أكثر التأثيرات الجانبية شيوعاً وتكراراً لهذه الفئة، النعاس، والدوار، والأرق، والإمساك، وبعض الاضطرابات المعدية المعوية، والإحساس بعدم

الراحة والاستقرار، ونادراً ما تظهر أعراض ارتفاع ضغط الدم. (Paykel, 1995; Dingman, et al., 1995; Dahl & Gram, 2000, p. 153; Jensen & Kupers, 2000, pp. 92-93; Wagstaff, et al., 2002 & Fuller & Sajatovic, 2003).

ويظهر جلياً أنه على الرغم من كفاءة هذه الفئة علاجياً، فإنها تستخدم بشكل محدود بالمقارنة إلى الفئتين السابقتين، وذلك لشدة تأثيراتها الجانبية، وما ينتج من تأثيرات إضافية نتيجة التفاعل الدوائي لها مع أدوية أخرى أو بعض الأطعمة.

٤ - الجمع بين مثبطات السيروتونين والتوريبينيفرين.

تتعامل هذه الفئة مع كل من مسارات النوريبينيفرين Combined serotonin Norepinephrine Reuptake inhibitors (SNRIs) والسيروتونين، وهي ذات تأثيرات جانبية أقل المضادات الثلاثية. وتشبه هذه التأثيرات الجانبية إلى حد كبير، تلك الخاصة بمثبطات السيروتونين. وقد تظهر بعض الأعراض الخاصة بالاستجابة للأدرينالين مثل ارتفاع ضغط الدم Hypertension وسرعة ضربات القلب Tachycardia وعسر البول 'Dyruhia' ومن أمثلة هذه الفئة، الفينلافاكسين 'Venlafaxine' والديسميثيل فينلافاكسين 'O-Desmethyl-Venlafaxine' وميلناسيبران (Dahl & Gram, 2000).

٥ - أنواع أخرى.

لا تدرج هذه الأنواع المتفرقة من مضادات الاكتئاب بشكل واضح تحت أي من المجموعات الرئيسية السابقة، ومن أمثلتها: الأموكسابين Amoxapine والميرتازابام 'Mirtazapine' والمايروتيلين 'Mayrotiline' والتيفازودون 'Nefazodone' والترازودون 'Trazadone' والريبوكسيتين 'Reboxetine'. وهي في معظمها مشابهة للمضادات الثلاثية. وتشمل تأثيراتها الجانبية النعاس، والإمساك، وبعض التأثيرات العصبية مثل أعراض اضطراب الحركات Extrapyramidal Symptoms (Dahl & Gram, 2000; & Elliot, 1993, pp. 232233, Finley; Laird & Benfield, 2001, p.153).

٦- الليثيوم:

يستخدم الليثيوم Lithium بكفاءة عالية في علاج الهياج الذهاني، والاضطراب القطبي. ويستخدم حالياً كعلاج للحالات الهوسية، وبشكل أساسي في علاج حالات الهوس. الاكتئاب سواء أكانت قطبية أم أحادية، ولكنه ذو تأثيرات سمية جانبية على الكلى، لذلك يجب قياس نسبته في الدم من وقت لآخر أثناء تناوله، ويجب إيقافه عند ظهور الأعراض الدالة على التسمم مثل اضطراب وتشنج الوعى، والارتجاف، والتقيث المفصلي Kaplan & Sadock, 1994, p. 554; Nordt & Contrell, 1999; & Dahl &) Dysarthria Gram, 2000, pp. 153-154, Stewart, Rabkin, Qutkin, Mc Groth & Kleine, 1933. (pp, 218 - 220.

يتضح من العرض السابق للعلاجات الدوائية المستخدمة في علاج الاكتئاب بمختلف فئاتها وأنواعها، وجود تشابه بين هذه الفئات الدوائية سواء أكان ذلك من حيث التأثير العلاجي أم من حيث التأثيرات الجانبية الناتجة؛ إلى جانب أن لكل منها تأثيرات خاصة بها، وعلى الرغم من هذا التشابه فإنها تختلف في طريقة عملها سواء كمقات كبرى، أم كدوية مفردة، وذلك تبعاً لهدف كل منها من الناحية الحيوية والفسولوجية وما يميز أحد هذه الأدوية (أو الفئات) على الآخر (سواء عبر الفئات الكبرى، أو داخل الفئة نفسها) هو قلة التأثيرات الجانبية، ومدى ملائمتها للحالة، وهو ما تسمى إليه بحوث تطوير العلاجات الدوائية. وتعدد أنواع الأدوية المستخدمة في علاج الاكتئاب يتيح فرصاً أعلى لاختيار الدواء المناسب للمريض بما يحقق أعلى كفاءة علاجية، وأفضل نسبة تحسن (سواء بالنسبة للمريض أو بشكل عام)، وأقل قدر من التأثيرات الجانبية، ويتم هذا الاختيار بناءً على أسس علمية محددة كما سيتضح من خلال عرضنا لاستراتيجيات العلاج الدوائي للاكتئاب.

استراتيجيات العلاج الدوائي للاكتئاب:

ظلت مضادات الاكتئاب الثلاثية، ومثبطات الأحماض الأمينية الأحادية لسنوات عدة، توصف معاً أو مع أنواع أخرى مثل الأمبرامين أو الليثيوم في حالات الهوس. الاكتئاب غير أن هذا الوضع قد تغير خلال العقد الماضي مع إنتاج مثبطات السيروتونين، والنورينيفرين، والأنواع الأخرى من الأمينات الأحادية. لذلك أصبح أمام الأطباء بدائل متعددة من مضادات الاكتئاب. وعلى الرغم من اختلاف الملامح العلاجية بين مختلف أنواع تلك المضادات، فإنها في مجملها ذات بداية عامة وشائعة ومتدرجة بالنسبة للتأثير العلاجي والذي يبدأ بعد مدة تتراوح بين أسبوعين إلى أربعة أسابيع من بداية العلاج. وقد يكتمل هذا التأثير بعد فترة تقدر بعشرة أسابيع من بداية العلاج. (Kaplan & Sadock, 1994, pp. 148-150; Dahl & Gram, 2000, pp. 545-554).

وقبل أن يشخص الطبيب أية حالة من حالات الاكتئاب، ينبغي عليه القيام بعدد من الإجراءات التشخيصية حتى يقرر أو يستبعد تشخيص الاكتئاب، كئان يستبعد الأعراض الاكتئابية التي ترجع إلى تعاطي المواد ذات التأثير النفسى، أو الأعراض الناتجة عن تناول أدوية أخرى (بهدف علاجي) تكون الأعراض الاكتئابية أحد تأثيراتها الجانبية. ويجب أيضاً تحديد ووصف النوبة الاكتئابية العظمى بدقة وتحديد ما إذا كانت بسيطة، أم متوسطة، أم حادة، وهل هي بدون أعراض ذهانية، أم هي حادة مع أعراض ذهانية، وذلك لأن النوبة الاكتئابية يتعدد على أساسها نوع العلاج المقدم. ويجب أيضاً أن يؤخذ في الاعتبار شكل من الطاقة العلاجية، والتأثيرات الجانبية للدواء المستخدم.

وخلال مسار العلاج لا يجب الحكم على الحالة بأنها مقاومة للعلاج إلا بعد التأكد من أن الحالة تتناول الجرعة المناسبة والموصى بها عبر المدة المقررة للعلاج، مما يسهم في تحقيق الكفاءة العلاجية للدواء. جدير بالذكر أن كل مضادات الاكتئاب المتاحة حالياً ذات فعالية علاجية بشكل عام مع جمهور المرضى وذلك بنسبة استجابة تتراوح ما بين 60 - 70٪ من المرضى، وذلك من خلال استجاباتهم للمحاولات العلاجية الدوائية الأولى. (Dahl & Gram, 2000, pp. 142-153; Finley; Laird, & Benefield, 2001, pp. 150-153).

وعلى الرغم من التقدم في إنتاج الأدوية ذات الكفاءة العالية، فإن نسبة تتراوح ما يقرب من ٢٠-٤٠٪ من المرضى لا يستجيبون للمحاولات العلاجية الأولى بمضادات الاكتئاب. ويصنف كثير من هؤلاء على أنهم ذووا استجابة محدودة وجزئية للعلاج. (Fatimi & Emamian, 1999, D. Montigny et al., 1999;)
(Dahl & Gram, 2000, p. 148; Donoghue & Hylan 2001).

وتشير النسب السابقة عدداً من التساؤلات أهمها: ما نسب حالات الانتكاس بالنسبة للعلاج الدوائي؟ وهل تم إدراج هذه النسب ضمن نسب المرضى المقاومين للعلاج؟ وهل تختلف الصورة السابقة إذا ما استبعدت نسب الانتكاس من ضمن حالات الشفاء؟ والواقع أن هذه الأسئلة وغيرها لم نجد لها إجابات واضحة نظراً لأن الدراسات التي تناولت الكفاءة العلاجية للأدوية لم تشر إلى نسب حالات الانتكاس، وإن كانت حالات أو نسب الانتكاس متضمنة داخل إحدى الفئتين السابقتين فقد يؤدي إلى انخفاض صدق هذه النسب. فلو تم افتراض أن نسب الانتكاس تتراوح ما بين ١٥-٣٠٪ من المرضى الذين تم شفاؤهم، فإن النسب الجديدة للشفاء سوف تتراوح ما بين ٤٥-٥٠٪ إذ أن حالات الانتكاس يتم حساب نسبتها ضمن حالات الشفاء الكامل، لذلك يجب الإشارة إلى أهمية إدراج وتوضيح نسب الانتكاس عند التصدي للحكم على الكفاءة العلاجية لأي نوع من العلاجات (الدوائية أو النفسية على حد سواء).

وفيما يتعلق بمحاولة التغلب على عدم انتظام ومداومة الحالات على تناول مضادات الاكتئاب فيوصى بعمل تثقيف طبي Medical Education للمرضى عن مضادات الاكتئاب وتعتبر هذه العملية عاملاً حاسماً في إنجاح المحاولات العلاجية بالأدوية، حيث تضاهي في أهميتها اختيار نوع العلاج المناسب للمريض، وتحديد الجرعة الملائمة له. وفي هذا الصدد يجب توضيح وتأكيد عدد من النقاط للمريض منها:

- ١- أن الاكتئاب عبارة عن تلازم عدد من الأعراض الجسمية والنفسية وأنها كلها تستفيد من العلاج الدوائي.
- ٢- أن المريض لن يصبح مدمناً على هذه الأدوية حتى مع طول مدة تناولها.

- ٣- أن الأدوية (مضادات الاكتئاب) لا تعطى نتائج فورية بل تستغرق مدة تتراوح ما بين ٢- ٤ أسابيع حتى يظهر تأثيرها العلاجي.
 - ٤- في حالة لو لم يشعر المريض بالتحسن بعد هذه المدة، فهناك أدوية أخرى بديلة متاحة يمكن استخدامها.
 - ٥- أن يُخبر المريض (في حالة استخدام المضادات الثلاثية، والأمينات الأحادية) أن اضطرابات النوم والشهية ستتحسن في البداية، وبعدها سوف يشعر باستعادة الطاقة والنشاط، وأن الأعراض المزاجية - لسوء الحظ - ستكون آخر الأعراض شفاءً أو تحسناً.
 - ٦- يجب إخبار المريض بالتأثيرات الجانبية للدواء تفصيلاً. وكإجراء احترازي يجب على الطبيب في حالة المرضى الذين لديهم قابلية للانتحار ألا يقر وصفه دوائية طويلة المدى وذات جرعات كبيرة عند خروج المريض من المستشفى إلا في حالة وجود شخص يقوم على رعاية المريض والتعهد بإعطائه الدواء وفقاً للمواعيد والجرعات المحددة. (Kaplan & Sadock, 1994, pp. 545-540; Dahl & Gram, 2000, pp. 148-149).
- وتساعد التعليمات السابقة على تحفيز المرضى للمداومة والانتظام في تناول الأدوية لمدة طويلة، إذ تُعد إدارة حالات الاكتئاب عن طريق العلاج طويل الأمد، بعد الاستجابة المبدئية للعلاج، استراتيجية عيادية عامة للسيطرة على الحالة والاحتفاظ بالتحسن المحرز وأيضاً لتجنب الانتكاسة. (Schweitzer, 2001; Burrows & Tuckwell, 2001).
- وتشير نتائج عديد من الدراسات إلى أن العلاج طويل الأمد بمضادات الاكتئاب لحالات الاكتئاب المزمن يؤدي إلى نتائج جيدة وثابتة نسبياً فيما يتعلق بالفواحي النفسية والوظائف الاجتماعية، وأن الانقطاع عن تناول الأدوية يؤدي إلى عودة الاضطراب في هذه الجوانب وأيضاً اتضح أن النتائج التي تم إحرازها في الجوانب النفسية والاجتماعية خلال العلاج طويل المدى أكثر استقراراً وثباتاً من تلك التي تتحقق خلال العلاج قصير المدى. (Rush, et al, 2001; & Hirschfeld et al, 2002).

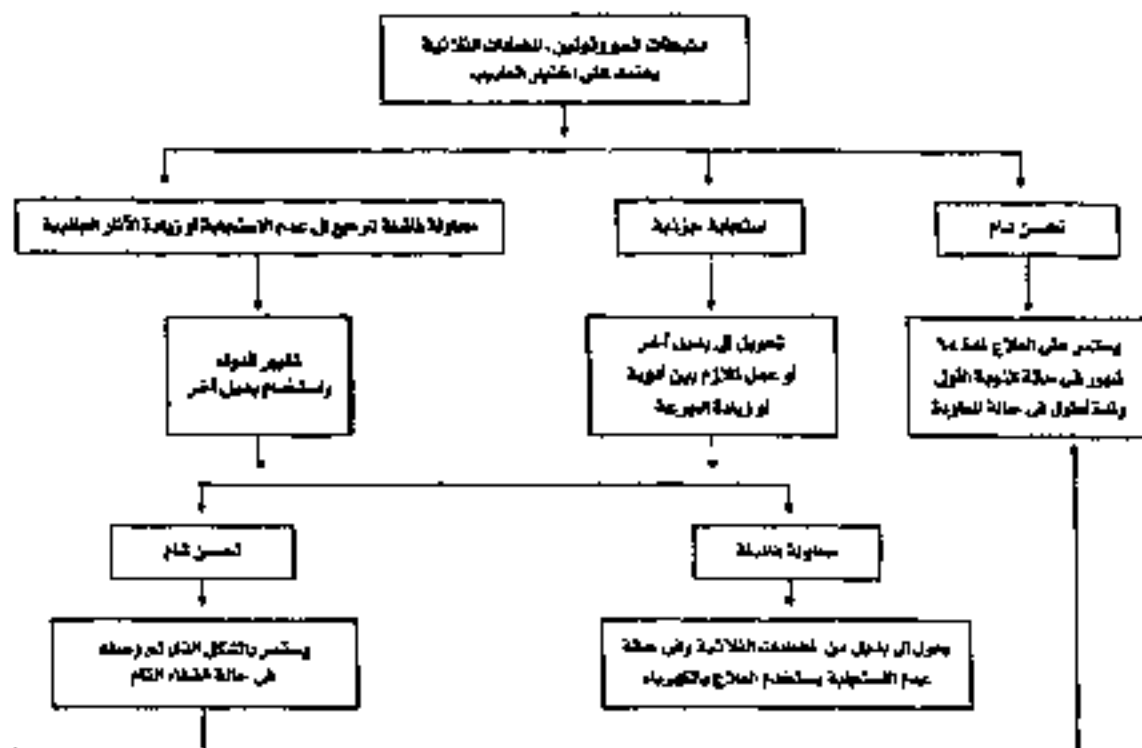
ومن خلال العرض السابق نصل إلى نقطة مهمة هي العلاج الدوائي للاكتئاب وهي أن اختيار الدواء المناسب للمريض يخضع لعدد من الاعتبارات العيادية التي يجب مراعاتها للوصول إلى أفضل تحسين وأفضل استجابة للعلاج وهي: التاريخ والاستجابة العلاجية (للمريض نفسه أو أحد أفراد الأسرة)، والأمان في حالة زيادة الجرعة العلاجية، وشكل وحدة التأثيرات الجانبية، والظروف الطبية والطبية النفسية الراهنة للمريض، والأدوية التي يتناولها مع مضادات الاكتئاب؛ والتي قد تتعلق بأمراض جسمية أخرى مثل الضغط أو السكر أو الأمراض القلبية وذلك لملاحظة التفاعل الدوائي، وتحديد الجرعة المناسبة للحالة، ومراعاة التركيب الدوائي أو الحركة الدوائية، وآليات عمل الدواء، والتكاليف الخاصة بالدواء، وأخيراً تفضيلات المريض.

ويعتبر التاريخ السابق للاستجابة العلاجية سواء أكان للمريض أم لأحد أفراد أسرته أو أقاربه من الدرجة الأولى أهم هذه العوامل، حيث يجب على الطبيب تقصى التاريخ السابق للمريض، وهي حالة تعذر ذلك (أو أن المريض لم يسبق له أن تلقى أيًا من مضادات الاكتئاب) فيجب عليه أن يتقصى التاريخ الأسري والعائلي للمريض، وما إذا كان هناك أقارب من الدرجة الأولى عولجوا بأي من مضادات الاكتئاب بشكل ناجح مع أقل قدر من التأثيرات الجانبية. وعندما يتم التوصل إلى هذا الدواء يكون هو الاختيار العلاجي الطبي النفسي الأول لبداية العلاج. (Kaplan & Sadock, 1994, pp. 545-554; Schulz, 1999; Curwin, 2001; Finley et al., 2001 & Mendlewicz, 2001).

وهي حالة عدم الاستجابة بشكل جيد لهذه المحاولة العلاجية الأولى يمكن اتباع استراتيجية التلازم بين نوعين أو أكثر من مضادات الاكتئاب، أو يتم التغيير من فئة دوائية إلى أخرى، إما للكفاءة الأعلى، أو لقلة التأثيرات الجانبية، أو بإمكانية تحملها أو ملاءمتها بشكل أفضل لظروف المريض. (Dingman, et al., 1995 & Gruze, et al., 1999).

ولتوضيح استراتيجية اختيار الدواء والتغيير من دواء لآخر، أو وضع وصفة طبية تجمع بين نوعين أو أكثر من الأدوية عند علاج حالات الاكتئاب،

تم تصميم الشكل التالي وهو يتضمن علاجاً لبعض مرضى الاكتئاب من الأصحاء جسدياً (الذين ليس لديهم أى أمراض جسدية أخرى) من بين المترددين على العيادات الخارجية، ولا يعانون من أى حساسية لأى مضادات الاكتئاب كما يلي:



شكل (٣) استراتيجيات اختيار وتغيير مضادات الاكتئاب

نقلاً عن: كابلان وصادوق، ١٩٩٤؛ (Kaplan & Sadock, 1994, p. 553).

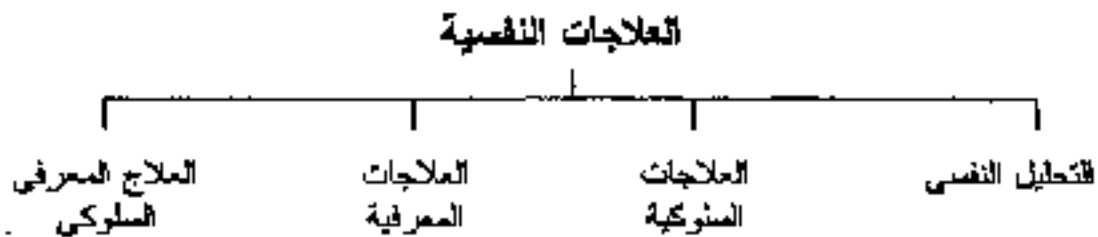
ويتضح مما سبق أن مضادات الاكتئاب لها أنواع عدة تندرج تحت فئات كبرى أهمها: مضادات الاكتئاب الثلاثية، ومثبطات السيروتونين، ومثبطات السيروتونين مع النورينفرين، والأحماض الأمينية الأحادية، وأنواع أخرى غير مصنفة تحت أى فئة من هذه الفئات إلا أن تأثيرها يشابه تأثير المضادات الثلاثية، إلى جانب الليثيوم الذى أصبح حديثاً يستخدم فى علاج حالات الاكتئاب.

وهناك استراتيجية عامة مهمة يجب اتباعها عند وصف مضادات الاكتئاب، أو التغيير من دواء إلى آخر داخل الفئة نفسها، أو تغيير الفئة العلاجية الدوائية نفسها وذلك لتحقيق أفضل النتائج بالنسبة للمرضى. وتم مناقشة نسبة الشفاء والتحسن والانتكاس والتي ما زالت غامضة فيما يتعلق بالعلاج الدوائي وذلك لتداخلها مع نسب المرضى المقاومين للعلاج. كما أن هناك نسبة من المرضى يرفضون العلاج بالأدوية الطبية النفسية ويقبلون على العلاج النفسي، أيًا كان توجهه النظري بصفة عامة، والعلاج المعرفي السلوكي بصفة خاصة.

وكما ارتكز العلاج الدوائي للاكتئاب على أسس النظرية الحيوية والتفسير الأميني للاكتئاب، فهناك أيضاً تفسيرات نفسية سلوكية ومعرفية وتحليلية له، وعلى أساسها تم تطوير عدد من الأساليب العلاجية النفسية، وذلك ما سنناقشه تفصيلاً في سياق هذا الفصل.

العلاجات النفسية للاكتئاب:

نتج عن ظهور النظريات التحليلية والسلوكية والمعرفية للاكتئاب عدد من الأساليب العلاجية التي اتخذت منها أساساً ارتكزت عليها شأنها في ذلك شأن العلاج الدوائي حيث ينطلق كل منها من أصول علمية محددة. وتنقسم العلاجات النفسية للاكتئاب إلى عدة أنواع كما يوضحها الشكل التالي:



شكل رقم (٤): النموذج السلوكي لتفسير الاكتئاب

وفيما يلي سنتناول كل منها على حدة بالعرض والتحليل.

أولاً: العلاج بالتحليل النفسي.

يهدف العلاج بالتحليل النفسي للاكتئاب إلى إحداث تغيير في بناء وخصال شخصية المريض عن طريق الاستبصار، وليس ببساطة تخفيف الأعراض. وقد يمر المريض بعدد كبير من الخبرات المسببة للقلق والإحباط خلال مسار العملية العلاجية التي قد تستمر لسنوات عدة (Kaplan & Sadock, 1994, P. 545).

والعلاج النفسي التحليلي ليس فقط أسلوباً علاجياً بل هو منهج لاستكشاف العقل العامل وهو أيضاً نظرية عن هذا العقل في أحواله الطبيعية، وغير الطبيعية أو المرضية. وكل من هذه الأوجه الثلاثة (النظرية، والمنهج، والعلاج) تدعم بعضها بعضاً هي منظومة تفاعلية ثابتة وفعالة. (Wallstein, 2002).

ولقد اهتمت نظرية التحليل النفسي منذ البداية بالعلاقة بين الطفل ووالديه وأثرها في تكوين وتشكيل شخصية الفرد في الرشد. والشئ المهم في التحليل النفسي هو الطريقة التي ينظر بها الفرد لخبراته الماضية، وكيف تؤثر هذه الخبرات على علاقاته الحالية مع المعالج، وهو ما يسمى بالطرح .Transference

ويشير فرويد إلى أن ذاكرتنا تعمل بشكل انتقائي، والفكرة الأساسية هي أن عالمنا الداخلي يعكس حاجاتنا لممل بعض المعاني والعبارات القصصية السردية عن إدراكاتنا الداخلية والخارجية. وفي الطفولة المبكرة تكون معرفتنا قاصرة، وليس لنا القدرة على الحكم، مما يجعل إدراكنا للأحداث إدراكاً مشوهاً، ونصبح غير قادرين على التوافق. وأشار فرويد أيضاً إلى أن الخبرات الصادمة Traumatic events تُكَبَّتْ Repressed مشيراً بذلك إلى اللاوعي (أو اللاشعور) Unconscious. واللاشعور يُعد في العقل له منطقته، وقواعده الخاصة، حيث توضع فيه المشاعر المرتبطة بالخبرات السابقة الصادمة وتصبح

محايدة، أو أقل إحداثاً لتبنيهاات انفعالية ما، لذلك فإن طاقاتها الصادمة تسكن وتغرق ظهورها، ومن ثم يبدو الكبت على أنه طريقة لتترك معالم وصور لمادة تظل غير متعامل معها في الماضي (Burton & Suss, 2000). ويهدف العلاج النفسي التحليلي إلى الكشف عن الذكريات اللاشعورية المبكرة حتى يتمكن المريض من التعبير عن الانفعالات الشديدة المرتبطة بالأحداث الصادمة، وذلك من خلال عملية التداعي الحر وهو أسلوب يتطلب من المريض أن يتحدث عن كل شيء يدور بذهنه مهما بدا تافهاً أو لا منطقياً. ومن خلال التداعي يتم الكشف عن العمليات اللاشعورية المبكرة الكامنة وراء المرض وبالتالي الاستبصار بالمرض ثم علاج الأعراض تلقائياً. (ibid).

والمعالج النفسي التحليلي لا يهتم بالأعراض المرضية التي يشكو منها المريض بل يعتبر هذه الأعراض تعبيراً عن مشكلات أخرى أكثر عمقاً، كما يعتقد أيضاً أن المرض النفسي هو إحياء لذكريات لاشعورية حقيقية في أعماق العقل من خلال الأعراض الظاهرة، وهو يؤمن بأن المشكلة لا تمتد للآن بل للماضي والخبرات في الطفولة المبكرة. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٤، ص ٩٥ - ٩٨).

وبناءً على النظرة السابقة في تفسير الاكتئاب، ودور الخبرات الماضية والصادمة في ظهور ونشأة واستمرار الأعراض والتوجهات النظرية للمعالجين، اثبتت عدة إجراءات وأساليب فرعية مكونة أسلوب العلاج التحليلي النفسي، مشتملة على عدد من المكونات أهمها: التقدير النفسي الإكلينيكي، وتنظيم جلسات العلاج، والتعبير عن الانفعالات، واستخدام الطرح (تفسير الطرح، والطرح المضاد، والطرح السلبي) والأفعال البديلة. وسنعرض لكل منها على حدة في إشارة إلى التطور الذي طرأ على المكونات النظرية والأهداف العلاجية، وذلك كما يلي:

١- التقدير النفسى الإكلينيكي:

وتشمل عملية التقدير النفسى الإكلينيكي فى إطار العلاج النفسى التحليلى تقييم كل الآليات الداعمة لعملية العلاج وهى ما يطلق عليها الوعى النفسى Psychological Mindness، ويشمل القدرة على الاستجابة والقدرة على تكوين علاقة جيدة مع المعالج وأيضاً التاريخ الشخصى للحالة، والذي يشمل الذاكرة طويلة المدى، وتفاصيل العلاقات بين الإخوة، والعلاقة مع الأبوين، وأى أحداث أو مواقف أخرى تكون ذات أهمية للحالة، لذلك فالمعالج يمكن أن يرسم صورة كاملة عن نظرة الحالة لذاتها وللعالم.

٢- تنظيم جلسات العلاج:

والمكون التالى فى إجراءات وتطبيق العلاج النفسى التحليلى يختص بوضع قواعد واضحة وحدود زمنية لبداية ونهاية الجلسة، وأيضاً يتم تحديد مواعيد وانتظام الجلسات واللقاءات والأجازات وعطلات نهاية الأسبوع وأيضاً تحديد مرات الغياب (لكل من المعالج والحالة)، وذلك فى محاولة لضبط الجلسات والمواعيد، وإعطاء قدر من الشعور بالأمان والثقة وإضفاء الجدية على العملية العلاجية.

٣- التعبير عن الانفعالات:

يدخل المكونان السابقتان ضمن الإجراءات التمهيدية للعملية العلاجية، أما هذا المكون فهو يعتبر أول المكونات الخاصة بالممارسة العلاجية، والتطبيقات العلاجية للعلاج النفسى التحليلى، وغالباً ما يُسمى التعبير عن الانفعالات القوية بعملية التفريغ Catharsis، وينظر لعملية التفريغ فى إطار العلاج النفسى التحليلى Counter transference على إنها هدف فى حد ذاته. ويرى غالبية القائمين على العلاج النفسى التحليلى أن التفريغ هو تعبير عن الثقة فى المعالج وانعكاس للعلاقة معه. (Burton & Suss, 2000).

٤- تفسير الطرح:.

ومن العمليات المهمة في العلاج بالتحليل النفسي عملية تفسير الطرح *Interpretation of transference* : فمن المقبول في العلاج النفسي التحليلي، أن تقوم الحالة بإعادة الأفعال، والأفكار، والمشاعر التي تتعلق بعلاقاتها الماضية مع المعالج، مما يعطى انطباعاً للمعالج عن علاقات الحالة الماضية، وأيضاً يعطيه مفتاحاً لفهم وتفسير شامل لهذه العلاقات الخاصة بالحالة خارج حجرة التحليل.

٥- استخدام الطرح المضاد:.

الطرح المضاد *Counter transference* بشكل عام هو أفكار ومشاعر المعالج (غالباً ما تشغل ضغطاً داخلياً لأن يتصرف بشكل معين)، وهكماً أن الطرح الخاص بالحالة (الذي يعنى وضع اللاشعور الخاص بالحالة على المعالج) مفهوم مهم في سياق العلاج بالتحليل النفسي، فالطرح المضاد أيضاً من المفاهيم بالغة الأهمية في عملية التحليل، حيث يمكن أن تؤدي ملاحظة أفكار ومشاعر المعالج إلى مزيد من استبصاره بعملية اللاشعور الخاصة بالحالة. ويجب على المعالج أن يكون حذراً قبل أن يقوم بالتدخل (التفسير) بناءً على الطرح المضاد، ويجب أن يوجّل هذه المشاعر الخاصة به (وأيضاً التفسيرات) لعدة جلسات لاحقة قبل أن يشرع في توضيح معناها وتفسيرها.

٦- الأفعال البديلة:.

تُعرف هذه العملية في إطار العلاج بالتحليل النفسي بأنها عجز الحالة عن مجرد الحديث موضوع ما، وبدلاً من ذلك تشعر بضغط يحتم ضرورة إصدار تصرف ما يكون بديلاً له ليتحاشى إظهار هذا الموضوع صراحة، ويظهر ذلك داخل وخارج حجرة التحليل؛ فمثلاً: قد يكون الحضور متأخراً للجلسة تعبيراً عن الإحباط من المعالج، أو غضب منه، لكن لا تكون الحالة على وعى بهذا الشعور بشكل كامل حتى يحاول المعالج أن يعطى تفسيراً

لاحقاً لهذا الشعور، وهذا التصرف، والتفسيرات المنطقية (الشعور) التي تصيغها الحالة غالباً ما تغطي المشاعر البديلة (التي تمثل اللاشعور). وتتيح الحدود الواسعة في العلاج النفسي التحليلي فرصة أكبر للمعالج لمعرفة أي أفعال بديلة Acting out تقوم بها الحالة. (Feltham, 2000, Holgin & Whitbourn, 1994).

٧- الطرح السلبي:

يُفسّر الطرح السلبي Negative transference في ضوء الأفعال البديلة، فعندما يكون لدى الحالة مشاعر سلبية تجاه المعالج (غضب، أو خوف، أو كراهية)، فغالباً ما تكون هناك رغبة لإصدار فعل بديل ربما يكون بترك العلاج، أو الانقطاع لفترة من الوقت، وذلك بدلاً من الحديث عن هذا الشعور المروع بالنسبة للحالة، وعلى المعالج ألا يتصرف بشكل دفاعي لأي هجوم من هذا القبيل، لكن يحاول مساعدة الحالة لفهم المشاعر المبطنة لهذه الأفكار والمشاعر السلبية الظاهرة. (Henry, et al., 1994; Burton & Suss, 2000; ngram, 1994 & Feltham, 2000).

هذه الأساليب الأساسية في الممارسة العيادية للعلاج بالتحليل النفسي. وقد تم تطوير بعض المفاهيم الخاصة بالتحليل النفسي: فقد استخدم يونج كلمة نفس Psyche للتعبير عن العالم الداخلي للأفراد، وخبراتهم الشخصية، واتجاهاتهم، ومعتقداتهم وأشار في هذا الصدد إلى أن التعبير عن هذه الأنماط والأبنية المضطربة هو ما يسمى بالاتجاهات الواعية Conscious attitudes. وأضاف يونج أن الذات هي المحور المركزي للشخصية، وينظر إليها باعتبارها ذات منظمة Self-Regulating مثلها مثل الجسد، كما يرى يونج أن دور المعالج يتحدد في مساعدة المريض على تنمية طاقته النفسية الذاتية، لفهم مشاعره وأفكاره وعلاقاته. ومن خلال عملية المرور بالخبرة والتعبير عنها يصل المريض تدريجياً إلى نقطة يمكنه فيها أن يقرر ماذا يجب أن يكون عليه في المستقبل.

أما بخصوص سير الجلسات فلم يكن هناك جدول تنظيمي لها ، أو نقطة معينة للتركيز عليها بل يتم تشجيع المريض ليقيم بالحديث عن أي مشكلة يعانيها أياً ما كانت أو أي حدث يخطر في ذهنه ويستمر المعالج في تشجيع المريض لاستحضار واستدعاء الصور الذهنية المرتبطة بالمشكلات التي يعاني منها، وأيضاً ما يرتبط بها من مشاعر سلبية وأفكار تلقائية، ويستمع المعالج عبر الجلسات لتوقعات المريض (العميل) عن نفسه وعلاقاته الماضية وتحديد ما إذا كانت واقعية أو ما إذا كانت ما تزال في صورة بدائية، فمثلاً: هل يصف الشريك (الزوج، والزوجة) على أنه إله أو معبود، أم أنه شخص حقيقي؟ وهل يرى أبويه على أنهم بشر أم ما زال ينظر إليهم على أنهم سحرة وطفة؟ وما إلى ذلك من الأسئلة التي تثير تصورات لدى المريض عن نفسه وعائلته وعلاقاته، وتحكم مهمة المعالج في مساعدة المريض لوضع إدراكاته عن نفسه في قوالب لغوية محددة، وأيضاً مساعدته في التخلص من إسقاطاته، وفي هذا السياق يتعامل المعالج مع الطرح، والطرح المضاد، والطرح السلبي في ظل السياق العلاجي الجديد بقدر عالي من الوعي والاستبصار مع الاحتفاظ بروح التحليل النفسي ذاتها. (Stokes, 2000).

وفي تطور آخر لأسلوب التحليل النفسي، ركز منحنى كلاين على قدرة المعالج على التواصل مع العالم الداخلي للمريض، شاملاً القلق الخفي الذي يعكس صفو حياته، وتفهم مخاوفه (بشكل حقيقي وواقعي) والعوامل التي تسبب الشعور بالتهديد، ويساعد المريض على إعادة تقييم وتعديل التصورات السابقة الراضية لصورته عن ذاته، وأيضاً تنمية قدرة المريض على إعادة تقييم ذكريات وخبرات الآخرين خلال حياتهم الماضية والراهنة. وبمساعدة المعالج يمكن إعادة بناء العالم الداخلي للمريض على أسس أكثر ثباتاً، مما ينتج عنه عواقب ذات دلالات نفسية في حياة المريض مستقبلاً. وفي إطار تطور العلاقة بين المعالج والمريض، يمكن أن يحدث التغيير الإيجابي وفقاً لإيجابية التفاعل بين المعالج والمريض ويتم التعبير عن هذا التطور بمصطلحات التغيير

الإيجابي. وفي ظل هذه العلاقة يتم التركيز على الصعوبات والمشكلات التي يعاني منها المريض، واعتماداً على هذه العلاقة العلاجية يمكن مناقشة موضوعات حية من حياة المريض داخل حجرة التحليل (Seagal, 2000).

وطراً تطور آخر على أسلوب العلاج بالتحليل النفسي على يد آلان Alan وسيفنيوز Sefneos (١٩٧٩)، فقد أطلق مفهوم العلاج النفسي التحليلي المختصر، والذي يستمر لمدة زمنية تتراوح بين ثلاثة إلى تسعة شهور، وكان ينظر للصراع النفسي الداخلي لدى الحالة على أنه ذو دور مهم في نشأة واستمرار الاضطرابات المزاجية لديها، وأيضاً في هذا الإطار تم التركيز على العلاقة بين المعالج والحالة كأداة للتغيير، وأخذ العلاج المختصر يركز على معتقدات واهتمامات الحالة الحياتية التي تساهم في نشأة الاكتئاب النفسي، كما كان يركز على تعليم الحالة كيفية التعامل الكفء مع الآخرين. (Halgin & Whitbourn, 1994).

ويتضح من خلال العرض السابق لأساليب وتطبيقات العلاج بالتحليل النفسي في بداياته وتطوره كمفاهيم نظرية وأسلوب علاجي أنه يركز في مجمله على الأحداث الحياتية الماضية للحالة، ويربطها بما تعانیه في الوقت الحالي. وإن كانت هذه الأحداث تسهم بقدر ما في نشأة بعض الأمراض النفسية إلا أنها ليست العامل الأساسي الذي يقوم عليه نشأة وتطور واستمرار كل الأمراض النفسية ولا ينطبق ذلك على كل الأفراد أيضاً، ولا يمكن أن يكون هذا هو التفسير العلمي الذي يُطرح لكل المشكلات والصعوبات التي تواجهها الحالات. وأمر آخر وهو المفاهيم النظرية الفضفاضة التي قد يصعب تعريفها تعريفاً إجرائياً ثابتاً نسبياً، مثل الطرح وتفسير الطرح والمضاد والطرح السلبي، والتي قد تختلف في تفسيراتها من معالج لآخر أو بالنسبة للمعالج نفسه في حالاته المختلفة والتعارض أو التفاعل الذي قد يحدث بين الطرح (من جهة الحالة) والطرح المضاد (من جهة المعالج) وما يمكن أن يترتب عليه من نتائج في العملية العلاجية.

ويعتبر الاعتماد على العلاقة العلاجية العميقة مع المعالج كأداة للتغيير من العوامل التي تسهم في إضعاف الكفاءة العلاجية للأسلوب، حيث تظهر

الحالة هي صورة سلبية، تابعة للمعالج، وماذا سيحدث لو لم تكن هذه العلاقة بالعمق الذي تتطلبه العملية العلاجية؟ فهل يتم إنهاء العلاج أم الاستمرار فيه؟ وتوحي العلاقة العلاجية العميقة (في سياق التحليل النفسي) بأنها عرضة لعلاقة التأثير المتبادل بين كل من المعالج والحالة، حسب المرحلة التي يمر بها كل منهما من تبادل عملية الطرح والتفسير. وذلك قد ينعكس سلباً على الكفاءة العلاجية للأسلوب. وهل الاعتماد الكلي على المعالج في حل الصراع الداخلي للحالة، واستكشاف المشاعر الدفينة والدوافع اللاشعورية التي تُعد سبباً وراء ظهور الاضطرابات التي تعاني منها الحالة، دون اللجوء لإشراك الحالة في العملية العلاجية بطريقة فعالة وإيجابية يؤدي إلى الشفاء؟ أم تبقى هناك مرحلة تالية للعلاج، وهل يؤدي مجرد تفسير وحل الصراع الداخلي في حد ذاته فقط إلى الشفاء؟.

أما فيما يتعلق بطول مدة العلاج بالتحليل النفسي فعلى الرغم من التطور الحادث في العلاج النفسي التحليلي المختصر فإنه يستغرق من ثلاثة إلى تسعة أشهر، فما هي حالة المريض الذي يعاني من المخاوف، أو العجز الجنسي، ويميل تأثير ذلك عليه خلال كل هذه الفترة؟

لذلك برزت الحاجة لتطوير أساليب العلاج النفسي بصورة أكثر إيجابية وذات بناء جيد وإجراءات محددة، وأيضاً إشراك الحالة في العملية العلاجية والتعاون مع المعالج في الوصول للتحسن والشفاء، بحيث يتم التركيز على الأعراض الراهنة التي تعاني منها الحالة والأسباب المباشرة، والحلول العملية السلوكية والمعرفية التي من شأنها تعديل وتنمية اتجاهات وسلوك الحالات وبالتالي تعديل الحالة المزاجية لهم. وظهرت الأساليب السلوكية والأساليب المعرفية والمعرفية السلوكية في علاج الاكتئاب وسيتم عرضها ومناقشتها في الجزء المتبقى من الفصل الحالي.

ثانياً: العلاجات السلوكية

افترضت النظريات السلوكية المبكرة أن أعراض الاكتئاب تنتج من نقص التعزيز، فالمكتئبون ينسحبون من الحياة لعجزهم عن أن يكونوافاعلين في بيئتهم، يُعد اضطراب المهارات الاجتماعية أحد المصادر المهمة للاكتئاب، ونظراً لأنها توجه الفرد لأن يسلك بطريقة مرضية أثناء تفاعله مع الآخرين، ويدون المدعمات المستمدة من الآخرين أثناء عملية التفاعل، يظل الشخص المكتئب ضعيف المهارة، وينتهي به الأمر إلى هروبه من المسؤولية سواء في العمل أو الأسرة، والانسحاب من التفاعلات الاجتماعية اليومية.

ويغطي العلاج السلوكي مدى واسعاً من المناحي والتوجهات العلاجية. وفي إطار العلاج السلوكي يتعامل المعالجون السلوكيون وفقاً لمختلف توجهاتهم مع كل من الأفكار (المعارف)، والمشاعر (الانفعالات) والأفعال وأساليبها وليس بالضرورة التعامل مع كل منها على حدة، فالتغيير في إحداها سوف يؤدي - غالباً - إلى التغيير في المكونين الآخرين؛ فمثلاً لو تحول المريض من مشاعر الاكتئاب إلى مشاعر السعادة، فسوف يعمل للتفكير في نفسه والعالم والمستقبل بشكل أكثر تفاؤلاً، ويتبنى سلوكاً كان قد تجاهله سابقاً، ويركز المعالجون السلوكيون غالباً على السلوك، إنطلاقاً من وجهة النظر القائلة بأن التغيير في المشاعر والأفكار سوف يتبع بشكل آلي التغيرات الحادثة في السلوك (Halgin & Whitbourn, 1994, 262-263; Curwen & Ruddell, 2000).

وتبعاً للتفسيرات السلوكية للاكتئاب أصبحت هناك عدة أساليب علاجية مستمدة من هذه التفسيرات منها: علاج اضطراب المهارات الاجتماعية، وعلاج حل المشكلات، والعجز المكتسب وإكساب الأمل، واضطراب العلاقات الاجتماعية بين الشخصين، والتعايش مع أحداث الحياة الضاغطة. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ Halgin & Whitbourn, 1994, p. 263).

وسنعرض فيما يلي لبعض أساليب وتطبيقات العلاجات السلوكية الأكثر استخداماً وشيوعاً.

الأساليب السلوكية:

بدأ العلاج السلوكي معتمداً في الأصل على مبادئ التثريط الكلاسيكي والتثريط الفعال بادئاً من التجارب على الحيوانات ثم تطويعها لتجرى على الإنسان، وفي تطور للنظريات والأساليب السلوكية تم تطبيق هذه الأساليب في التغلب على المشكلات النفسية، بحيث تم ابتكار وبناء عدد من الأساليب السلوكية التي تمثل تدخلات علاجية استناداً إلى النظريات السلوكية المفسرة لنشأة واستمرار الاكتئاب.

والافتراض الأساسي في هذه الأساليب هو أن القيام بنشاط ما من شأنه أن يؤدي إلى إحداث تأثير إيجابي في المزاج، ومن ثم خفض وتحسين الأعراض الاكتئابية أو التقليل من تكرارها واستمرارها على أن تكون هذه النشاطات موجهة وجيدة البناء، ويتم ممارستها بصورة إرادية تبعاً لخطة منظمة. وتشمل عدداً من الأساليب المختلفة منها: ممارسة الاسترخاء، وجدول النشاطات، وممارسة النشاطات السارة، والتدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية، والتدريب على التحكم الذاتي. (Halgin & Whitbourn, 1994).

وسنعرض لهذه الأساليب تفصيلاً على النحو التالي:

١- الاسترخاء:

ابنكر جاكوبسون Jacobson ١٩٢٩ طرائق الاسترخاء Relaxation العضلي بطريقة منظمة وعرضها في كتابه "الاسترخاء التصاعدي Progressive relaxation"، حيث أشار إلى أن الاسترخاء العضلي يؤدي إلى نتائج علاجية إيجابية لدى مرضى القلق، وهو ما أشار إليه لاحقاً المعالجون النفسيون المعاصرون.

وفام جوزيف ولبى J. Wolpe بتطوير أسلوب الاسترخاء، حيث أسس نظرية كاملة في العلاج النفسي تقوم على الاسترخاء العضلي العميق. ويعتبر أسلوب ولبى من أشهر الأساليب المستخدمة في الاسترخاء العضلي العميق.

وتشير المشاهدات العلمية والعيادية إلى أن الأفراد يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بزيادة التوترات العضلية وتضعف هذه التوترات القدرة التوافقية للفرد، كما تضعف قدرته على النشاط الموجه، والإنتاج، والكفاءة الاجتماعية والعقلية، لذلك يُعرّف الاسترخاء على أنه قدرة الفرد ومهارته في القيام بمنع كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر. ويختلف الاسترخاء عن مجرد الهدوء الظاهري أو حتى النوم، لأنه ليس من النادر أن نجد شخصاً ما يرقد على أريكته لساعات عدة لكنه لا يكف عن إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوي والحركي، مثل التملل الحركي، والتقلب المستمر، والذهن المشغول بالأفكار والصراعات. وقد يستخدم الاسترخاء مستقلاً أو مع أساليب علاجية أخرى لمواجهة المواقف التي ارتبطت بإثارة القلق والاكتئاب، وهناك شروط مهمة يجب توافرها لنجاح الاسترخاء، وهي درجة متوسطة من الذكاء، وقدر من النضج، والقابلية لتنفيذ التعليمات، والاتجاه الإيجابي نحو الأسلوب، وبعض الشروط الإجرائية مثل المداومة والمثابرة على التدريبات، والالتزام بعدد المرات المحددة للتدريب، وتنفيذ الشروط المكانية الملائمة لممارسة التدريب. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ٢٣٩ - ٢٤٥).

إن التدريب على الاسترخاء يُكسب الفرد مهارة وخبرة جديدة يمكن استثمارها في التلمين التدريجي للتعامل مع المواقف التي ارتبطت بإثارة القلق والاكتئاب في الماضي، أو التدريب على المهارات الاجتماعية، وممارسة نشاطات تتعارض مع الاكتئاب كان يصعب على الفرد أن يقوم بها دون أن يكون هادئاً، وأيضاً يستخدم كطريقة لإكساب الشخص الهدوء إزاء المواقف التي تعتبر مصدراً للإثارة الانفعالية، وبالتالي تحييد مشاعر القلق نحو هذه المواقف، وأيضاً يستخدم في تغيير الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون سبباً في إثارة واستمرار الاكتئاب، وبالتالي يمكن للفرد إدراك المواقف المهددة بصورة عقلانية ومنطقية. وتزداد فاعلية الاسترخاء عندما يكون الاضطراب العضوي والعضلي والاستثارة البدنية جزءاً من مشكلات المريض النفسية. (المرجع السابق، ص ٢٢٢ - ٢٢٣).

وهناك عدة طرائق لتنفيذ الاسترخاء والتدريب عليه كالمهارة وخبرة جديدة، أهمها طريقة الاسترخاء العضلي العميق، والاسترخاء عن طريق إثارة الصور الذهنية مثل (نزهة على الشاطئ) الذي وضعه فيزlr (Fozler)، والاسترخاء العضلي التمييزي العميق Discrimination relaxation. وسوف نستخدم في البرنامج العلاجي الراضن الاسترخاء العضلي التمييزي العميق والذي يعتمد على قدرة الفرد على التمييز بين إحساسات الشد والاسترخاء في كل مجموعة عضلية أثناء ممارسة التدريب وذلك بهدف زيادة قدرته على اكتشاف مصادر وعلامات الشد مبكراً بحيث يتيسر فيما بعد انتشار الاسترخاء سريعاً لكل هذه المجموعات العضلية (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٤ ص ص، ٣٥١ - ٣٥٤، ١٩٩٨ ص ص، ٢٥٦ - ٢٦٠؛ الصبوة، ٢٠٠٣). وسوف نعرض تفصيلاً لتدريبات الاسترخاء العضلي التمييزي ضمن سياق الإجراءات العلاجية في البرنامج العلاجي في إطار الفصل التالي.

٢- جداول النشاطات 'Scheduling activities'.

المكتئبون غالباً ما تنقصهم الدافعية، خاصة من يعتقد منهم أنه لا يستطيع القيام بعمل أى شئ. وقد يكون من المفيد في مثل هذه الحالة، مساعدة هؤلاء الأفراد على وضع مخطط لنشاطاتهم اليومية ساعة بساعة، وذلك بناءً على مهام ومتطلبات اليوم. ومن شأن هذا الإجراء أن يجعلهم أكثر نشاطاً ويرفع من دافعيتهم ويجعلهم أقل اكتئاباً (Kasia & Palmer, 2000, pp. 56-57).

وقد يرجع نجاح هذا الإجراء إلى أنه يساعد في تخفيف الضغوط اليومية المتمثلة في تراكم الأعباء والمهام والتنظيم والتخطيط لإنجاز هذه المهام مما يجعلها ثقيلة، وتثير مشاعر الإحباط والتشاؤم خوفاً من العجز عند إنجازها. وعندما تتفاعل هذه المشاعر مع نقص الدافعية لدى مرضى الاكتئاب، فذلك يزيد من نقص هذه الدافعية من جهة، وزيادة حدة واستمرار الأعراض الاكتئابية من جهة أخرى.

٣ - ممارسة النشاطات السارة:

يقصد بالحدث أو النشاط السار *Pleasure activities* أى فعل أو تصرف يقوم به الفرد قصداً أو عمداً بهدف تقليل معاناته من المزاج الكئيب، والقضاء على الملل، وتجديد الحيوية والنشاط. وقد عُرِفَ هذا الأسلوب فى البداية باسم أسلوب فيلتون *Filton* الذى انطلق من قاعدة علمية مؤداها أن الأحداث السارة تقوم بكف استجابات الاكتئاب، وزيادة معدلات السعادة والرضا عن الذات والآخرين وارتفاع معدل الكفاءة الشخصية. وبمقتضى هذا الأسلوب كان "فيلتون" يطلب من الأفراد (فى تجاربه العلمية) أن يقرأوا (كلا على حدة) فى صمت ثم بصوت مسموع عدداً من العبارات التى تدور حول الكفاءة الشخصية، والرضا عن النفس، وتأکید الذات والصحة الجسمية (من قبيل: أنتى سعيد، أشعر بأننى راض تماماً عن أمورى الشخصية، إننى مسرور لما تشير إليه الأمور... إلخ) وأن يحاول كل فرد أن يضع نفسه فى الحالة المزاجية التى تعبر عنها العبارة. وقد وجد "فيلتون" بالفعل أن الحالة المزاجية تتأثر إيجابياً لدى أكثر من ٥٠٪ من الأفراد، ولو أن هذا التأثير لا يستمر إلا لفترات قصيرة (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ٣٣٦: Ingram, 1994).

واتخذ علماء العلاج السلوكى هذه المحاولة منطلقاً لتكوين وابتكار أماليب متنوعة بهدف التخفيف من الاكتئاب وتعديل المزاج، وقد كوّن ليوتسون قائمة اشتملت على أكثر من ٣٠٠ حدث أطلق عليها "قائمة الأحداث السارة" *Pleasant Events Schedule (PES)*. ومن خلال المشاهدات العيادية للقائمين على العلاج النفسى السلوكى، اتضح وجود فروق كبيرة بين الأفراد من حيث تصنيف الأحداث التى يعتبرها سارة، لذلك فمن الأفضل أن يحدد كل فرد قائمته للأحداث السارة بنفسه. وليس من الضرورى أن تكون هذه الأحداث ضخمة، أو تستغرق وقتاً طويلاً فى أدائها بل يفضل أن تكون أحداثاً بسيطة لا تستغرق سوى وقت قصير فى أدائها وممارستها.

ووجد كل من ليونسون ١٩٩٢، وعبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ومحمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٣، أن التأثير الإيجابي للأحداث السارة تزداد كفاءته في تكفف الاكتئاب إذا ما تم استخدام وتوظيف هذه الأحداث مع الأساليب العلاجية الأخرى مثل العلاج المعرفي، والاسترخاء، وتوكيد الذات، والتدريب على المهارات الاجتماعية.

والعلاقة بين الأحداث غير السارة والاكتئاب علاقة دائرية، حيث وجد أن تواتر الظروف الصعبة وتزايد نسبة الأحداث غير السارة، وازدياد المشقة تساهم في نشأة واستمرار الاكتئاب لذا فإن هناك اهتماماً أساسياً بتعديل المزاج الاكتئابى عن طريق زيادة معدل ممارسة الأحداث السارة لدى المرضى في سياق حياتهم اليومية.

وتتضمن أى قائمة للنشاطات السارة ثلاثة أنواع من النشاطات هي:

- أ- أحداث ونشاطات اجتماعية ذات طابع سار غير متفر، وتتضمن جميع أنواع التفاعلات الاجتماعية الدافئة والحميمة.
 - ب- أحداث ونشاطات شخصية يقوم بها الفرد متعمداً، ومنفرداً، حيث أنها تشعره بالكفاءة واللياقة الشخصية، وتعطيه إدراكاً بأهميته، وتشعره بالاتزان وبأنه مفعم بالحياة.
 - ج- أحداث ونشاطات سارة مضادة للاكتئاب مباشرة، وتتضمن جميع أنواع المشاعر، والانفعالات السارة، التي تكف المزاج الاكتئابى (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ٣٣٦ - ٣٣٨؛ محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٣).
- واستخدام أسلوب ممارسة النشاطات السارة كأسلوب علاجي يجب ألا يتم وفق الصدف أو كلما اقتضى الحال، بل يجب أن ينص في التعليمات المقدمة للحالات على ضرورة تخصيص وقت يومياً لممارسة هذه النشاطات. ضمن الجدول اليومي للنشاطات والمهام. وأن يُمارس هذه النشاطات وتُكرر عمداً بهدف إحداث تغيير إيجابي في المزاج الاكتئابى. وإذا كانت ممارسة

النشاطات السارة تحتاج فقط إلى دافعية مرتفعة، وتطعيم، وتعتمد الأداء، فإن هناك جوانب أخرى من شأنها أن تؤدي إلى خفض حدة الأعراض الاكتئابية وتساعد في التحسن والشفاء، وهي تحتاج إلى قدر من التدريب، والصقل لتنميتها مثل ما سنعرضه على مدى السطور التالية، وهو التدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية.

٤ - التدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية:

كثير من السلوك الإنساني سلوك متعلم، وكثير من الأفراد يتعلمون عدداً من المهارات في نواحي شخصية واجتماعية معينة، لكن قد يكون هناك نقص أو خلل في مناطق أخرى. وجزء من عمل المعالجين السلوكيين ينصب على التعامل مع هذه المهارات من حيث التدريب عليها وتنميتها، وذلك بتناول كل مكون من مكوناتها خطوة بخطوة وتتضمن تلك المهارات أنواعاً عدة، أهمها: التدريب على المهارات التوكيدية Assertion skills training، وتدريب المهارات الاجتماعية Social skills training، وتدريب المهارات الجنسية Sexual skills training. ويستخدم المعالجون السلوكيون مدى واسعاً من الأساليب لكل نوع من هذه المهارات. منها: النمذجة Modelling حيث يقوم المعالج بتوضيح السلوك المناسب مكوناً بمكون، ويطلب من الحالة أن تتبع المثال الذي قدمه المعالج. ويقوم المعالج بتقديم عائد Feedback يتمثل في مكافآت على الأداء الجيد، وكمثال لبعض المكونات الفرعية المطلوبة في مهارة ما، أن السلوك التوكيدي قد يتطلب إتقان بعض المهارات الفرعية لفظية وغير لفظية مثل التواصل بالعينين Eyecontact والتعبيرات الوجهية Facial expression ووضع الجسم.

وأسلوب آخر يستخدم في التدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية هو أداء الأدوار، وهو من الأساليب الجيدة ذات الكفاءة والمستخدم في العلاج السلوكي. وفيها يشترك كل من المعالج والحالة في تمثيل حوار تفاعلي Senario لمشكلة ما داخل الجلسات العلاجية، سواء في العلاج النفسي السلوكي الفردي أو الجمعي. ومن الأمثلة الشارحة أن المعالج قد يقوم بأداء

دور شخص يقوم بتغيير سلعة من محل، أو طلب خدمة من صديق، أو رفض لطلب ما، وهنا يقوم المعالج بتقديم نموذج سلوكي واضح إيجابي بمستوى ملائم للحالة. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ٢١٧ - ٢٢٠؛ محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٣: ٣٧، Curwen & Ruddel, 2000).

وسنعرض في سياق البرنامج العلاجي وإجراءاته لتفاصيل المهارات التي تم التدريب عليها والإجراءات والأساليب المستخدمة في هذا الصدد. ويختلف التدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية عن التدريب المستخدم في بعض الجوانب الأخرى مثل التدريب على التحكم الذاتي، من حيث المضمون، والإجراءات المتبعة في التدريب، وسنعرض لذلك على النحو التالي:

٥- التدريب على التحكم الذاتي:

يهدف التدريب على التحكم الذاتي إلى مساعدة الحالة في التحكم في سلوكها الشخصي، ومشاعرها. فغالباً ما يكون السلوك اللائق المضطرب مسبوقاً بأحداث تفجره، وهذا الحدث المفجر (المفتاح) يكون مبهماً للحالة، وغير مدرك. وفي التدريب على التحكم الذاتي يُطلب من الحالة إجراء تدوين يومي للسلوك المضطرب، والظروف التي يحدث فيها. وهذا الأسلوب من المراقبة الذاتية يستخدم بشكل واسع في العلاج السلوكي؛ وكمثال على السلوك المنحرف الذي ينجم عنه بعض الاضطرابات النفسية: شرب الكحوليات، وهنا تقوم الحالة بتدوين ماذا تشرب، وتكرارات الشرب، وأين يحدث السلوك، ومتى يحدث، وما مدى الارتباط بين سلوك الشرب والأحداث الضاغطة المحيطة، والانفعالات غير المرغوب فيها. ومن خلال هذه المراقبة الذاتية يستطيع العميل أن يحدد مواقف معينة تفجر سلوك التعاطي، ويتم تشجيع العميل على الاستمرار في تدوين الملاحظات عن السلوك كما يحدث. وتكافئ الحالات نفسها بطريقة ما عند المواظبة على هذه المراقبة الذاتية فيما يسمى بالدعم الذاتي (Emmelkamp, 1994; Curwen & Ruddell, 2000, pp. 37-38).

وبعد عرضنا لبعض أساليب العلاج السلوكي للاكتئاب، ينبغي الإشارة إلى التكامل الوظيفي بين هذه الأساليب المتعددة، لأنه على الرغم من أنها قد تختلف في إجراءاتها، فإنها تشترك في الأسس النظرية التي انطلقت منها. أما من الناحية التطبيقية في إطار الممارسات العيادية، فيجب الإشارة إلى أن المعالج السلوكي، أو المعالج المعرفي السلوكي يمكن أن يستخدم أحد هذه الأساليب، أو أكثر من واحد منها وذلك بناءً على طبيعة المشكلة والأعراض المرضية، والهدف من البرنامج العلاجي المقدم للحالة. وأيضاً يمكن أن يستخدم واحداً منها أو أكثر مع أنواع أخرى من العلاجات النفسية، مثل العلاجات المعرفية، وذلك في منظومة متناغمة تجمع بين كل من الأساليب السلوكية، والمعرفية في برنامج علاجي واحد. كما سنعرض لذلك لاحقاً. لكن وقبل أن نتعرف طبيعة هذا التناغم والتكامل بين الأسلوبين، يجب أن نعرض للأساليب المعرفية المستخدمة في علاج الاكتئاب، وذلك تمهيداً لعرض منطق التكامل بين كلا المنهجين والأسلوبين في المجال العلاجي.

العلاجات والأساليب المعرفية:

سنعرض في هذا السياق لنوعين من العلاجات المعرفية هما: العلاج العقلاني الانفعالي لألبرت إليس A. Ellis، والعلاج المعرفي لآرون بيك A. Beck، وسنناقش أيضاً المبادئ الأساسية ونقاط الالتقاء، ونقاط الاختلاف في كلا الأسلوبين، وسنعرض للأساليب العلاجية المعرفية المستخدمة في إطار كل منهما، وذلك كما يلي:

أولاً: العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

أطلق على العلاج العقلاني الانفعالي لإليس هذا الاسم الجديد "العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي Rational Emotive Behavioral Therapy" نظراً لاستخدام عدد من الأساليب السلوكية الشائعة في إطار هذا العلاج، يتم من خلالها إحداث التغير المعرفي مثل استخدام الواجبات المنزلية، وممارسة الاسترخاء، والتعرض التخيلى.

يقدم العلاج العقلاني الانفعالي نموذجاً بسيطاً لفهم كيفية أن توقعاتنا، وتصوراتنا، وتفكيرنا يمكن أن تنتج مشاعرنا المضطربة، وأيضاً كيف يمكن أن نعالج كل تفكير لاعقلاني ناتج عن هذا الاضطراب وذلك في النموذج التالي:-

- أ- حدث مثير (مثل الرفض من قبل الشريك).
- ب- المعتقدات التي تمثل نظرة الفرد لهذه الأحداث (أنا لم أستطع أن أحصل على حبها لي في حين أنه يجب أن أحصل عليه، لذلك فأنا هاشل).
- ج- المترتبات السلوكية والانفعالية والتي تحددها المعتقدات التي يتبناها الفرد عن هذا الحدث (مثل الاكتئاب، والانسحاب).
- د- مناقشة المعتقدات المضطربة الناتجة.
- هـ - نظرة فعالة جديدة عقلانية مصحوبة بتغيرات انفعالية وسلوكية إيجابية (مثل التخلص من الحزن، والقبول الذاتي).

ويشير "إليس" إلى أن التوقعات والافتراضات اللاعقلانية التي يضعها الأفراد عند مناقشة أساليب حياتهم هي الأساس في إحداث المعاناة الانفعالية والوجدانية التي يعيشها الأفراد ومن هذه الافتراضات اللاعقلانية، طلب الشخص من نفسه ومن الآخرين الكمال، وأن يكون محبوباً ومقبولاً من جميع الأفراد، وأن يكون محموداً على كل ما يقوم بأدائه من أعمال وأيضاً كل أساليب تفكيره المضطربة (اليجبات) الأخرى التي يعتقد فيها الفرد. لذلك فإن العلاج العقلاني الانفعالي يهدف إلى مساعدة الأفراد في التغلب على المشكلات الانفعالية، والسلوكية، من خلال مواجهة وتحدي مثل هذه الافتراضات وأساليب التفكير الثنائية، وحث الفرد على ألا يضع لنفسه أهدافاً ومطالب قد يستحيل الوصول إليها وتحقيقها، ووضع أهداف محددة ومباشرة، والوصول إلى طريقة تفكير أكثر عقلانية.

وتتطلب عملية تعديل أساليب التفكير، والتعديل المعرفي، عدداً من الخطوات المنظمة لتحديد المواقف أو الخبرات المرتبطة بالإثارة الانفعالية، والاضطراب الاكتئابي، ثم تحديد تفسيراتنا وإعزائاتنا وتعليلاتنا لهذه المواقف أو الأحداث أو الأشخاص، وذلك وفق خطة علاجية منطقية ومنظمة تتضمن عدداً من الأساليب المعرفية والسلوكية التي من شأنها إحداث التغير المعرفي، وتغيير الحالة المزاجية الاكتئابية بصورة إيجابية. (Neenan, 2000, pp. 277-287 & Benajon, 2000) وتشتمل الخطة العلاجية على المحاور والمكونات التالية:

أ- لهيئة الحالة للعلاج:

يعنى ذلك تعليم الحالات ما هو مطلوب منهم خلال العملية العلاجية، ولذلك فهم يشاركون بفاعلية، ويُبَصَّرُ الأفراد بأن عليهم نوعين من المسؤولية هما:

أ- مسؤولية انفعالية: حيث يجب أن يكونوا على وعى بأن اضطراباتهم الانفعالية إنما تنشأ وتحدث ذاتياً. حتى لو أنهم لاموا غيرهم ونظروا إليهم على أنهم سبب هذه الاضطرابات.

ب- مسؤولية علاجية: وهى أن يكونوا على وعى تام بأنهم فى حاجة مستمرة لأداء عدد من المهام على مدى حياتهم للتغلب على الاضطرابات الحادثة لديهم وأيضاً للمحافظة على المكاسب العلاجية التي حصلوا عليها من خلال العلاج النفسى.

وفى هذا السياق يقوم المعالج بتعليم الحالة أساليب جديدة للتفكير وإدراكهم لمشكلاتهم وذلك بتقسيمها إلى ثلاثة مكونات هي:

أ- الحدث أو الموقف المؤثر للقلق والاكتئاب.

ب- والمعتقدات حول هذا الحدث.

ج- والانفعالات الناتجة عن سوء التفكير فى هذا الحدث والسلوكيات المترتبة عليه.

ويصبح التصور للمكونات الثلاثة للمشكلة فى صورة (أ - ب - ج) أى حدث - معتقد - انفعال وسلوك. وينتج السلوك المضطرب فى الصورة التي

تتضمن على المكونين أ - ج ككأسلوب تفكير ونظرة إلى المشكلة. وكمثال على هذه العلاقة أن الحديث أمام الجماعة يشعرني بالتوتر والقلق. وهي هذه العلاقة يكون الحدث هو السبب المباشرة لوجود الانفعال أو السلوك المضطرب، وهو ما يمثل نمطاً لاعقلانياً من التفكير. ومن ثم يتركز الهدف في العلاج العقلاني الانفعالي تصحيح هذه العلاقة إلى نمط عقلاني من التفكير يتمثل في العلاقة (ب - ج) أي أن معتقداتنا عن الحدث أ ونظرتنا له هي التي تسبب انفعالاتنا وسلوكنا المضطرب رداً على هذا الحدث، لتصبح العلاقة العلاجية المنطقية العقلانية هي (أ - ب - ج)، حيث تقف المعتقدات والتصورات عن الحدث والذات والآخرين كعوامل وسيطة بين الحدث والسلوك المضطرب وبالنسبة للمثال السابق عن العلاقة المضطربة، يصبح النمط العقلاني من التفكير متمثلاً في (كيف أصبح تصوراتي وتوقعاتي عن ذاتي والآخرين والموقف سبباً في شعوري بالقلق والتوتر من الحديث أمام الجماعة). وإدراك الأفراد لهذه العلاقة بين التصورات اللاعقلانية وأساليب التفكير المضطربة، والمعاناة الانفعالية لديهم يجعلهم أكثر قدرة على تحمل مسئولياتهم الانفعالية والعلاجية. وبعد أن تتعلم الحالة النظر إلى مختلف المشكلات بالصورة السابقة تكون مهياً للتحويل من الحلول الخاطئة إلى الحلول الواقعية وتعتبر هذه الطريقة هي المفضلة للتغيير المعرفي في العلاج العقلاني الانفعالي، وتتضمن التنازل عن كل أساليب التفكير الثنائي ذي الطبيعة الحتمية الثابتة والجامدة، وليس الطبيعة النسبية من قبيل يجب، ولازم، وحنماً... ليس فقط في طريقة عرض المشكلة، إنما أيضاً في سياق الحياة العادية للحالة، ويساعد ذلك على تقليل الإحباط الانفعالي المستقبلي ليحقق ما يسميه إيليس Ellis بالتغيير الفلسفي العميق Profound philosophical change. ويرى إيليس أن هذا التغيير يمثل الحل الإيجابي للمشكلات الانفعالية.

ويوجد عدد من الإجراءات والتدخلات السلوكية والمعرفية يتم اتباعها في سياق العلاج العقلاني الانفعالي، وكمرحلة تالية لتهيئة الحالة للعلاج، وسنعرض لهذه الإجراءات والأساليب فيما يلي:

أ) العلاقة بين المعالج والحالة:

تبنى هذه العلاقة عادة على أسس علاجية محورية، تتضمن التفهم Empathy (ويعنى تفهم تام لوجهة نظر الحالة بدقة)، والدفع Wormth دون استحواذ، والاحترام، والصدق، وعدم التكلف Genuin (ويعنى أن يتصرف المعالج على نحو طبيعي ومفتوح)، ونظرة إيجابية غير مشروطة (التقبل الواقعي) ويعنى تقبل الحالة دون أي تحفظات، والعلاج العقلاني الانفعالي يسمى هذه العملية بالتقبل غير المشروط Unconditional acceptance.

وتعد هذه الظروف مهمة في تنمية العلاقة العلاجية بين المعالج والحالة، فهي تساعد على إحراز التقدم وتحقيق أهداف الحالة للتغير. أما بالنسبة للدفع مع الاستحواذ (التقبل غير الواقعي) فالمعالجون يكونون دائماً هادئين من إظهاره بإفراط، حيث يمكن أن يدعم بعض الحاجات القوية للعب، والاستحسان له، ويجعلهم مقتنعين بأن ذلك بمثابة قدر عالٍ من الدعم لهم، بدلاً من العمل بجهد للتغلب على مشكلاتهم حيث أن ذلك هو الطريق الإيجابي للتغير. (Neenan. 2000. pp. 277-287. & Benajon. 2000).

ب) التقدير النفسي الإكلينيكي من المنظور العقلاني الانفعالي:

ويتضمن التقدير النفسي الإكلينيكي فهم المشكلات الحالية للحالة، ودرجة شدتها. وفي هذا الصدد يطلب المعالجون معلومات واضحة بشكل علمي ودقيق عن الحالة. وذلك في إطار الجلسة الأولى من العلاج. وبعد جمع هذه المعلومات بدقة يشترك كل من المعالج والحالة في تحديد المشكلة الرئيسة، ووضعها في إطار النموذج السابق (أ. ب. ج) وهذا الإجراء من شأنه أن يساعد الحالة على تعلم أسلوب واضح وملمس في معالجة مشكلاتها، وعمل صياغة علمية واضحة لهذه المشكلات.

وثالثي بعد تحديد مشكلات الحالة وصياغتها وزيادة وعيها واستبصارها بها - كخطوة أولى لحلها - مرحلة التدخلات العلاجية بهدف إحداث التغير الإيجابي، وهناك أربعة أنواع من التدخلات هي:

١- التدخلات والأساليب المعرفية:

تهدف التدخلات المعرفية إلى مساعدة الحالة على النظر إلى أسلوب تفكيرها بطريقة أكثر بنائية وإيجابية عن طريق تعليم الحالة كيفية اختبار التفكير اللاعقلاني، وذلك من خلال ثلاث محكات رئيسة هي: المنطق Logic والواقعية Realism والفائدة المرجوة أو النتائج الإيجابية Usefulness. وهذه المحكات الثلاثة ترتبط ببعضها بعضاً ارتباطاً وظيفياً، وهي ليست منفصلة؛ فلو أن شخصاً ما (على سبيل المثال) يريد أن يعطى انطباعاً جيداً طوال الوقت عن شخصيته بأنه شخص يتمتع بالذكاء وودود، وذو صفات حسنة في كل جوانب حياته، وأنه يجب أن يعطى هذا الانطباع طوال الوقت فإنه سوف يشعر بالقلق وعدم الرضا والاضطراب. فهذا المعتقد لاعقلاني ولا يخضع للمنطق النسبي العام حيث يمكن أن يختلف الفرد من موقف إلى آخر، وهو أيضاً غير واقعي لأنه لم يضع في اعتباره الآخرين واختلاف آرائهم وانطباعاتهم، وحتى لو تحقق له ذلك فهل يستطيع هو بالفعل أن يعطى هذا الانطباع طوال الوقت؟ وهل لن يمر بأي مواقف من شأنها أن تؤدي إلى القلق والتوتر؟ وهل ذلك يتلاءم مع ظروفه المحيطة به وظروف الآخرين بحيث يعود ذلك عليه بالنفع؟ ولو استطاع الفرد أن يضع معتقداته وتفكيره في هذا الإطار باستخدام المحكات الثلاثة السابقة، فسوف يكتشف مدى لاعقلانية طريقته في التفكير.

ويمثل ذلك جوهر العلاج العقلاني الانفعالي، وهو تغيير المعتقدات والتوقعات والافتراضات اللاعقلانية التي تمثل من وجهة نظر "إليس" الأساس في حدوث المعاناة الانفعالية للأفراد. وبناءً على المحكات السابقة يتم مناقشة الأفكار والتوقعات اللاعقلانية للحالات للوصول إلى التغير الإيجابي. (Ibid).

٢- التدخلات والأساليب السلوكية.

وهي مهام ذات كفاءة في حث الحالة على التغيير الإيجابي، ويتم مناقشتها مع الحالة على أنها ستكون متعديّة إلا أنها لن تكون مشبّطة للهمة بحيث تمنعها من المضي فيها وإنجازها، وتحملها (فمثلاً قد توافق الحالة على إعطاء أو تقديم عرضين أو محاضرتين لزملائها شهرياً بدلاً من تقديم واحدة أسبوعياً، وبطبيعة الحال سوف تحاول أن تتحاشى ذلك لو أمكن). وعندما تستمر في تقديم المحاضرات فهي تقوم بعمل نوع من التحدى العقلي بالرغبة في تبني معتقد جديد مؤداه أنا يجب أن أقدم عرضاً جيداً، وتقوم هي بتحفيز وتقويم أدائها في سبيل عمل ذلك، إلى جانب الواجبات المنزلية المتصلة بأداء تمرينات الاسترخاء (Ibid).

٣ - التدخلات الانفعالية.

وهدف هذه التدخلات هو تعليم الحالة من خلال المواقف الواقعية التي تشترك فيها أن تظهر انفعالاتها الكئيبة بطريقة تثير معتقداتها اللاعقلانية. وهذه التجارب أو التمارين الواقعية عن المعتقدات تعلم الحالة عدم إلقاء اللوم على نفسها على أساس التصرفات السلوكية أو الأرجاع الصادرة عن الآخرين (مثل: عندما أقوم بتصرف ما أحمق، فذلك لا يجعلني أحمقاً بالفعل). ويتم تقبل الذات بشكل واقعي من خلال جمل وصياغات انفعالية محددة. ومن أمثلة هذه الجمل: عندما أخطئ فذلك ليس نهاية العالم، ليس بالضرورة أن أكون مقبولاً من كل الناس، لكن يمكن أن يكون لي شعور إيجابي متبادل مع بعضهم، وما إلى ذلك من الجمل الإيجابية الواقعية.

٤- أسلوب التعرض الخيالي.

ويعتبر أسلوب التعرض الخيالي العقلاني الانفعالي Rational emotive imagery من الأساليب الأساسية في العلاج العقلاني الانفعالي، حيث يتم

تشجيع الحالة على استحضار الشعور بالقلق والاكتئاب عن طريق تخيل موقف مثير للمشاعر المضطربة مثل تخيل الحالة أنها في موقف تقديم محاضرة أو عرض لزملائها، ودون أن تغير أى مكون من مكونات هذه الصورة العقلية، تحاول استبدال مشاعرها الاكتئابية بشكل إيجابي. وهذه النقلة الانفعالية التي أحدثتها الحالة تساعد على استبدال معتقداتها اللاعقلانية، بمعتقدات عقلانية. (Neenan, 2000, pp. 278- 287 & Benajon, 2000).

ويعتبر العلاج العقلاني الانفعالي من العلاجات ذات الكفاءة في تحسين أعراض القلق والاكتئاب، ولكنه أقل كفاءة من التسكين المنظم في حالة المخاوف المرضية، والقلق الاجتماعي، وهو أيضاً ذو كفاءة عندما يستخدم كأسلوب وقائي لمساعدة الأفراد الأصحاء انفعالياً على التعايش مع ضغوط الحياة بشكل أكثر كفاءة. (Ibid).

ويعتبر العلاج العقلاني الانفعالي 'إليس' تمهيداً لما قام به أرون بيك من تطوير في النظرة إلى المعارف الإنسانية وطبيعتها وطبيعة عملها ودورها في نشأة واستمرار الأعراض الاكتئابية على وجه الخصوص. وهذا ما سنعرض له حالياً بالتفصيل، وبعد ذلك تأتى المقارنة بين أسلوب إليس وبيك كأسلوبين علاجين بينهما قدر من التشابه ولهما أسس نظرية واحدة.

ثانياً: العلاج المعرفي لأرون بيك.

طور أرون بيك Aaron Beck أسلوب العلاج المعرفي للاكتئاب، اعتماداً على وجود ما سماه بالتشوه المعرفي Cognitive distortion والعجز الوظيفي في الاتجاهات Dysfunctional attitudes لدى مرضى الاكتئاب، واعتماداً على النظرية المعرفية. فإن الطريقة التي يفسر بها الفرد أحداث الحياة هي التي تحدد طريقة استجابته لهذه الأحداث وذلك على مستوى كل من السلوك والوجدان. وفي العلاج المعرفي يساعد المعالج الحالة على تعلم أساليب جديدة

لمعالجة المعارف الملائمة Maladaptive information processing style ومعالجة العجز الوظيفي في المعتقدات Beliefs. وفي إطار العلاج المعرفي أيضاً يتم تشجيع الحالات على جمع البيانات عن مشكلاتهم وإجراء التجارب لاختبار مدى صحة معتقداتهم، ويتم طرح عديد من الأسئلة بالمنهج، السقراطي وصولاً لهذا الهدف، وربط هذه المعتقدات بالخبرة الأولى.

ويؤكد العلاج المعرفي أهمية الاختبار الواقعي للفروض الخاصة بالمعتقدات. ويقوم المعالجون المعرفيون بتدريب الحالات على أداء دور الباحثين من خلال النظر إلى معتقداتهم على أنها فروض وليست حقائق يمكن اختبارها بشكل منظم على أن يتم التخلص منها في حالة ما إذا ثبت أنها غير دقيقة وغير واقعية، وتتعلم الحالات أيضاً التفرقة بين مشاعرهم وأفكارهم. (Hollon & Beck, 1994, pp. 429 - 435; Burton & Suss, 2000 & Kazdin, 2000, pp. 169-170).

وفي إطار العلاج المعرفي كما صاغه بيك، يتم التعامل مع الأفكار الآتية والمخططات، وأخطاء التفكير، من خلال عدد من الأساليب والتخيلات المعرفية من شأنها إحداث تغيير معرفي إيجابي أو إعادة البناء المعرفي. ويمكن وصف هذه الأساليب والتدخلات على النحو التالي:

١- مقاطعة الفكرة وإيقافها.

يقصد بمقاطعة الفكرة وإيقافها، تعمد إيقاف الأفكار السلبية عند حدوثها وفق عبارة محددة (إنني سأوقف هذه الفكرة الآن)، ثم يتبع ذلك الانتقال إلى الفكرة الإيجابية التي تعقب ظهور الفكرة السلبية الأخيرة. وهذا الأسلوب هو تعديل لأسلوب "وولبه" Wolbe الأصلي الذي يتضمن القيام بعملية التوقف بطريقة أكثر قوة وشدة، كالتالي: "يتطلب ممارسة هذا الأسلوب، أن تكون في مكان لا يسمعك فيه أحد، مثل أن تكون بمفردك في المنزل، أو السيارة، أو المكتب، وعندما تكون مهتماً للبدء في التدريب عليك أن تبدأ في

استثارة الفكرة السلبية على نحو متعمد، وعندما تتبلور الفكرة جيداً (انطق) بكلمة (قفي) بحزم وبصوت مرتفع، وسوف تلاحظ أن الفكرة ستتوارى لثوان استجابة للصوت المرتفع. كرر هذا الإجراء عدة مرات تطبيقاً على عدد آخر من الأفكار التي تسبب لك الانزعاج، ولمدة ثلاثة أيام أخرى متتالية، بعدها ابدأ تدريجياً في تخفيض صوتك مع الحفاظ على قوة النبذة، واستمر في هذه العملية حتى تصبح كلمة "قفي" تتم بشكل هامس، ثم بشكل غير مسموع كلياً، وفي هذه المرحلة يمكنك استخدام هذه الطريقة في المواقف العامة. بالإضافة إلى ذلك هناك من ينصح باستخدام أساليب العقاب البدني، أو التقييد البدني الشديد لإيقاف الفكرة مثل صفع اليد، أو إحاطة المعصم بإطار من المطاط لشدّه حتى نهايته وتركه حتى يؤلم المعصم كلما ظهرت الفكرة. وأياً ما كانت الطريقة المستخدمة للتدريب على إيقاف الفكرة (الأفكار) السلبية، فمن الضروري الاحتفاظ بسجل يومي للأفكار الآلية السلبية، والإيجابية وملاحظة مدى التقدم في عملية إيقاف الأفكار (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ص ٢٧٥ - ٢٧٦).

٢ - أساليب الدحض والتفنيد.

يساعد هذا الأسلوب على كشف الجوانب السلبية لدى الحالات، أو الجوانب المبالغ فيها في التفكير والدحض المستمر للأفكار الخاطئة مع الإقناع مما يساعد على اكتشاف أن الطرائق السابقة من التفكير لم تعد تجدي، وأن الاستمرار في تبني هذه الأساليب لا يساعد على تكرار هذه الاضطرابات الناتجة فحسب بل أيضاً يزيد من قوتها وتأثيراً. وهكذا زاد الوعي والاستبصار بأن هناك بدائل عقلانية صحيحة وإيجابية، زاد احتمال تبنيها كاسلوب للتفكير. وعندما يحدث التغير الإيجابي في الأفكار الخاطئة، والمعتقدات المشوهة أو يتم التخلص منها، فإن ذلك يزيد من الفعالية الاجتماعية والقدرة التوافقية للفرد (المراجع السابق، ص ص ٢٧٦ - ٢٧٧).

٣- تعديل الأفكار ذات الدلالة.

تهدف عملية تعديل الأفكار ذات الدلالة إلى زيادة الأفكار المنطقية الملائمة للصحة النفسية، وإعطاء قدر من الواقعية للأهداف التي يضعها الفرد كمحددات لمسار حياته؛ فمثلاً: الشخص الذي يعتقد أن من الضروري أن يظهر دائماً بمظهر القوة، ويكون هو الشخصية المسيطرة والمتحكمة في سير الأمور، قد تؤدي به هذه الفكرة إلى الدخول في صراعات اجتماعية سواء في الأسرة، أم في العمل أم مع الأصدقاء والزملاء. وعندما يتم تنبيه الفرد بأن طريقته في تحقيق الهدف بالسيطرة والقوة ليست هي الطريقة الملائمة، قد يساعده ذلك على تعديل سلوكه الاجتماعي، ويتم التصحيح المستمر للقيم والأفكار، ويتم الربط بين الأهداف والنتائج المترتبة على فهم دوافع الآخرين والظروف المحيطة. ويجب ألا نتجاهل أو نقلل من شأن التغير والتعديل في البيئة الاجتماعية لإحداث التغير الإيجابي في التفكير، إذ قد تكون هذه البيئة سبباً في حدوث الاضطرابات التي يعاني منها الأفراد في تفكيرهم المضطرب، أي أنها قد تكون مكتسبة نتيجة الخلل في البيئة الاجتماعية، وفي بعض الأحيان يتم التعديل البيئي عن طريق تعديل اتجاهات الأفراد المحيطين بالحالة نحو الحالة مثل الزملاء، وشريك الحياة، والأبناء أو أفراد الأسرة.

ونجد هنا أن التغير والتعديل في الأهداف والتعديل البيئي لا يختص بالفرد فقط (الحالة) بل قد يمتد ليشمل المحيطين به أيضاً بقدر ما يتركونه من تأثير عليه ويقدر اشتراكهم في إحداث الاضطراب (المرجع السابق، ص ٣٧٨).

٤- الكف المتبادل.

يستخدم المعالجون المعرفيون، الكف المتبادل Reciprocal inhibition لتغيير الأفكار اللامنطقية. ويشير المعالجون الذين يستخدمون هذا الأسلوب إلى أن الفرد لا يمكن أن يكون في حالتين متناقضتين في وقت واحد، فلا

يمكن أن يكون قلقاً ومضطرباً في الوقت نفسه، أو متهيجاً ومكتئباً في آن واحد، لذلك يتم استبدال حالة القلق بحالة الطمأنينة عند التعرض لمصادر التهديد، وينطبق ذلك أيضاً على الأفكار؛ فالفرد لا يكون منطقياً ولا منطقيّاً في الوقت نفسه، ولا يبنى فكرة سلبية وإيجابية في الوقت نفسه؛ فمثلاً قد يربط الفرد أدائه لعمل ما بتصوره أنه مصدر للمتعة وليس مصدراً للعلل والضجر. وتعتبر طريقة الكف المتبادل طريقة فعالة في إحداث التعديل السلوكي المطلوب، فضلاً عن أنها تؤدي إلى حسن استخدام البيئة وذلك بإدراكها - في مواقف التهديد - على أنها أقل مدعاة للاضطراب والخوف (المرجع السابق، ص ٢٨٠، Curwen, et al, 2000).

٥- الإقلال من التناظر المعرفي:

ينشأ عديد من الاضطرابات النفسية نتيجة ما يسمى بالتناظر المعرفي، أي عندما يعتقد الفرد فكرتين متناقضتين عن شئ واحد، بحيث تؤدي كل فكرة منها إلى تصرفات متعارضة مع ما تؤدي إليه الفكرة الأخرى. وينشأ عن هذا التناظر حالة من القلق، والاكتئاب، لذلك، وحفاظاً على الصحة النفسية للفرد فيجب تقليل هذا التناظر، وقد يكون ذلك عن طريق دعم إحدى الفكرتين دعماً إيجابياً، بحيث تتفوق على الأخرى، فمثلاً: الشخص الذي ينظر لعمله على أنه يفرض عليه واجبات ثقيلة تتطلب الخضوع لمعايير اجتماعية معينة في سياق هذا العمل، وذلك يتعارض مع فكرته عن نفسه ومعاييره الخاصة؛ فقد يعترف بأن عمله قد يفرض عليه هذه الواجبات، ويحرمه من بعض المتع المؤقتة لكنه في المقابل هو المصدر الرئيس للدخل المادي، والشعور بالاستقرار والشعور باحترامه لنفسه والحصول على احترام وتقدير الآخرين.

ويمكن كذلك الإقلال من التناظر المعرفي بطريقة أخرى تستند إلى تغيير الفرد اتجاهه نحو أحد الموضوعين بحيث يفضي عليه قيمة أقل من الموضوع الآخر، فمثلاً: في حالات الاكتئاب قد يحتاج الشخص أن يعطى وزناً

في حقيقة الأمر، ويتم التغلب على هذا الاضطراب بأساليب الدحض والتفنيد لهذا الربط اللامنطقي، وأيضاً مراقبة الفرد لنفسه عند قيامه بعملية الربط، ومحاولته عزل مشكلته عن السياق السلبي الذي ينسب إلى المشكلة. ومن خلال هذا العزل يستطيع الفرد التعامل مع مشكلته على أنها معزولة عن الأفكار السلبية القائمة التي كان يتبناها ويصبح قادراً على تبني اتجاهات إيجابية في التعامل مع المشكلات التي يواجهها، ويتقبل النتائج غير السارة للمواقف التي يمر بها بشكل أكثر واقعية وتوافقاً (الصبوة، ٢٠٠٢؛ عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٤؛ عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨؛ Curwen, et al., 2000).

يتضح مما سبق أن العلاج المعرفي لبيك يركز على أنماط مضطربة من انتصورات، والمعتقدات، والأفكار يتبناها الفرد عن نفسه، وعن حياته، وأيضاً تفسيرات مشوهة لما يواجهه من مواقف وأحداث حياتية قد تكون عادية بالنسبة للآخرين، وأساليب تفكير خاطئة تقوده إلى هذه التفسيرات وتعكس في صورة أفكار سلبية آلية، وآراء تشاؤمية، تؤدي إلى تعكر المزاج، والأعراض الاكتئابية. ويتم التصدي لهذه الجوانب المعرفية المضطربة من خلال عدد من التدخلات العلاجية المعرفية ذات الكفاءة في التعامل مع كل نمط من هذه الاضطرابات (كما تم عرضها سابقاً).

العلاج المعرفي بين ليس وبيك:

عرضنا في إطار العلاجات المعرفية لنوعين من العلاجات هما: العلاج العقلاني الانفعالي "لإليس" والعلاج المعرفي "لبيك"، فما هي أوجه الشبه والاختلاف بينهما حيث أنهما يستندان إلى خلفية نظرية واحدة. وفي هذا الصدد يمكن أن نعقد المقارنة التالية بين الأسلوبين:

- ١- يعتبر العلاج المعرفي "لبيك" أكثر استخداماً للمحركات الواقعية في الحكم على النتائج الخاصة بالتفكير.

- ٢- المعالجون المعرفيون الذين يتبنون العلاج المعرفي لبيك يكونون أكثر وعياً بالمخططات السلبية (والتي تشبه إلى حد كبير المعتقدات اللاعقلانية عند "إليس")، ويضعون في اعتبارهم ككل أنماط التفكير المشوهة واللاتوافقية واللامنطقية، ويكون تعاملهم مع المرضى الاكتئابيين ذا علاقة تعاونية تشاركية، ويتسم عملهم مع المرضى بأنه استقرائي Inductive حيث يعملون معاً (المعالج والمريض) على اكتشاف المعتقدات اللامنطقية المبطنة للأفكار السلبية للمريض عن طريق فحص كل أنماط التفكير المشوه لديه. وفي المقابل فإن المعالجين الذين يتبنون العلاج العقلاني الانفعالي "لإليس" يعملون بشكل أكثر استنباطياً Deductive ويضعون ثقتهم في أن مرضاهم لديهم قائمة من المعتقدات الخاطئة المحددة سلفاً، أو أنهم يطلبون مطالب لاعقلانية لأنفسهم أو من الآخرين، وبعد ذلك يبحثون عن الدليل الذي يدعم هذه الافتراضات.
- ٣- يرى بيك أن المعالج المعرفي يجب أن يتعاشى الاستبطان، لكن "إليس" في المقابل غالباً ما يستخدم الأحاديث أو المحادثات الاستبطانية.
- ٤- يعمل بيك لتسمية الأفكار السلبية بـ "الأفكار غير المنتجة" Improductive ideas ولا يستخدم الصفات كما يلجأ إليها "إليس" مثل اللاعقلانية، أو المختلفة.
- ٥- وأخيراً يوصى بيك بأن يبدأ المعالج بطرح تصور للعلاج، ويعلم المريض بالإطار المرجعي الذي يستند إليه، لذلك تستطيع الحالة الشعور بفهم أعمق لمنطق العلاج، مما يجعلها أكثر فعالية ورغبة في المضي في العملية التشاركية التعاونية لمواجهة المعتقدات المختلة. وفي المقابل فإن "إليس" يقتضض أن التدخلات من المهم أن تقتحم الأنماط اللاتوافقية المتعلمة من التفكير، لذلك فهو يتصدى مباشرة للمعتقدات اللاعقلانية لدى الحالة وغالباً بعد دقائق من بداية الجلسة الأولى للعلاج. (Dabson & Kring. pp. 274-276. 2004).

بعد أن عرضنا للأساليب المعرفية، والسلوكية المستخدمة في علاج الاكتئاب، نأتى إلى مرحلة الجمع بين هذين الأسلوبين فيما يسمى بالعلاج المعرفي السلوكي. وفي هذا الإطار سنناقش منطقته، وبناءه، وأساليبه المتعددة، وسنناقش أيضاً العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور، ومنطق التكامل بين الأسلوبين، وسوف نعرض لأساليب المساعدة الذاتية التي استخدمناها في سياق البرنامج العلاجي الحالي، وفي إطار العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور، وذلك على النحو التالي:

العلاج المعرفي السلوكي.

نؤمن أحد الفلاسفة في العصور الأولى وهو "إبيكتيتوس" (Epictetus)^(٢) أن الناس لا يضطربون بسبب ما يمرون به من أحداث ومواقف وتفاعل مع الأشخاص الآخرين، بل بسبب نظرتهم الخاطئة تجاه هذه الأحداث والمواقف والأشخاص. وحذا حذوه في هذه الواجهة من النظر آخرون من علماء العصر الحديث مثل أرنولد "Arnold" ١٩٦٠، وبيك "Beck" ١٩٦٤، واليس "Ellis" ١٩٦٢ وكيلى "Kelly" ١٩٥٥، ولازاروس "Lazarus" ١٩٦٦. وتشير هذه الواجهة من النظر إلى أن هناك مبدأ محورياً في العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy (CBT) وهو أن الأفكار والانفعالات والسلوك ووظائف الأعضاء كلها جزء من نظام موحد، والتغير الحادث في أحد هذه الأجزاء يكون مصحوباً بتغيير في الأجزاء الأخرى، فمثلاً لو انفجر جهاز التلفاز فجأة أثناء مشاهدة شخص له، فهذا الفرد سوف يمر بتغيرات فسيولوجية (ارتفاع مستوى الأدرينالين في الدم)، وتغير سلوكي سريع (التحول من الهدوء أثناء المشاهدة إلى القفز والجرى والبحث عن مطفأة حريق أو الاتصال بوحدة الطوارئ)، وانفعالات معينة (الشعور بالقلق والهلع) مع بعض الأفكار (المنزل سوف يحترق، سوف أصاب أو أموت)، وهذا المثال لا يعرض مشكلة نفسية

(٢) هو أحد فلاسفة الرواقيين اليونانيين القدماء، وقد كان عبداً لتبيل حتى أمته (٥٥ ق.م - ١٣٥).

ولكن عندما يتعلق الأمر بإحدى المشكلات النفسية فإن التغيرات الحادثة تتركز في بؤرة الأفكار غير السارة. وعند قراءة المثال السابق يعتقد الفرد أنه لن يمر بهذه الخبرة كما تم عرضها ولن يتصرف بالطريقة نفسها، والعلاج المعرفى السلوكى ينظر لذلك بعين الاعتبار بافتراض أن كل فرد يستحضر في الموقف مدى مختلفاً من المشاعر، والاستجابات الفسيولوجية، والسلوك. وتعتبر الأفكار هي الموجه لهذه المكونات الثلاث، حيث أنها ليست ناشئة من الموقف بشكل أساسى، وإنما تتوقف على الطريقة التي ينظر بها كل منا للموقف نفسه (Curwen, Palmer & Ruddell, 2001, pp. 9-10; & Davison et al., 2004, pp. 288-290).

ويختلف الأسلوب العلاجي Therapeutic style في العلاج المعرفى السلوكى عن بعض الأساليب أو الإرشادية الأخرى. ففي العلاج المعرفى السلوكى تأتى الحالة طلباً للعلاج بهدف التخلص من عدد من الأفكار والمعارف، لذلك فهي تكون . في المراحل الأولى من العلاج . عقديّة بالمعالج وبالتوجهات والأهداف العلاجية التي يضعها ويسير وفقاً لها ويتميز أسلوب المعالج بالانشغال، والمباشرة، والحساسية، لإحداث توافق أثناء التواصل مع الحالة بحيث يكون متفهماً ويشارك مع الحالة في تحديد مشكلاتها وأهدافها، ويتميز بالقدرة على انتقاء المعلومات المناسبة التي من شأنها أن تساهم في إيضاح أو حل مشكلات الحالة (Ibid).

وقد كانت هناك بدايات لعلاجات سلوكية ذات طابع معرفى، حيث تركزت جهود المعالجين السلوكيين على قدرة الفرد على الترميز Symbolize ومعالجة المعلومات Process information، وإعادة تمثيل العالم في صيغ معرفية وصور ذهنية Images ؛ فمثلاً يُعد التسكين المنظم Systematic desensitization، الذى طوره "ولبي" Wolpe مثالاً واضحاً على ذلك وهذا الأسلوب الذى يعتقد ولبي أنه أسسه على مبادئ التشريط Conditioning هو فى جوهره عبارة عن

إجراءات معرفية لبلورة وتحدي تصورات الحالة التي تسبب لها الخوف. ويعتبر السلوك الصريح أو الأحداث السلوكية الصريحة في هذا الأسلوب، هو إشارة الفرد بأحد أعضائه دليلاً على حالة التوتر والقلق لديه، وإن كانت هناك أحداث أخرى من الأهمية بمكان تتم في هذا السياق فهي أحداث تتم داخلياً ومعظمها نشاطات معرفية.

ويعتقد كثير من الباحثين المعاصرين أن الإجراءات السلوكية تُعد أكثر قوة من الإجراءات اللفظية الصارمة في التأثير على العمليات المعرفية، لذلك فهم يفضلون استخدام الأساليب السلوكية، في حين تظل عملية تغيير المعتقدات على قدر عالٍ من الأهمية للتأثير في تثبيت التغير السلوكي والمزاجي. ويرى باندورا "Bandura" أن كل الإجراءات العلاجية بشكل عام (سلوكية أم معرفية) ذات كفاءة علاجية عالية. ويشير إلى التأثير التبادلي بين كل من المعارف، والسلوك، إذ يؤثر كل منهما في الآخر؛ فسلوك جديد قد يؤدي إلى تغير في أسلوب تفكير الفرد، كما أن نمطاً جديداً من التفكير، في المقابل، يسهل تبني سلوك جديد. وإلى جانب هذا التأثير التبادلي بين السلوك والمعارف، فالبيئة تؤثر في كليهما معاً، وأيضاً تتأثر بهما ويسمى باندورا هذا النمط من التفاعل بين البيئة، والسلوك، والمعرفة، بـ "الثالوث التبادلي" أو التبادلية الثلاثية Triadic Reciprocity (Davison et al., 2004).

وتُعد الانفعالات (إلى جانب كل من السلوك، والمعارف، والبيئة) مفهوماً مهماً في سياق العلاج المعرفي السلوكي، حيث يكون - في كثير من الأحيان - لدى بعض الأفراد معارف ذات شحنة انفعالية Affect laden وتسمى في بعض الأحيان "بالمعارف الحادة اللامعة" Hot cognitions وهي تميل إلى أن ترتبط أكثر بالذات، وأحلام الفرد، وخيالاته، وآماله، وطموحاته الأساسية، ومخاوفه الشديدة. وقد أشار سنجر "Singer" (١٩٨٤)، إلى أن المعالجات المعرفية السلوكية يجب أن يكون واعياً بأن المعارف اللاتوافقية تكون ذات صيغة

انفعالية، وبغالباً ما تظهر هذه المشاعر الانفعالية نتيجة نشاط المعارف اللاتوافقية، وتكون هذه المشاعر ذات قدرة على تغيير المعارف إذا ما تم التدخل العلاجي على مستوى المشاعر وتثير المشاهدات العيادية في هذا الصدد، وأيضاً النتائج التجريبية لعدد من البحوث، إلى أهمية الانفعالات في تكوين الشخصية، وأنها يجب أن تُضمَّن بشكل أكثر تنظيمياً وعمقاً في المفاهيم الخاصة بالمرض، والعلاج أيضاً. (Ibid).

بعد هذا العرض لعدد من المفاهيم ذات الأهمية في سياق العلاج المعرفي السلوكي، ننتقل إلى عرض الأساليب التي يتم توظيفها في إطار العلاج المعرفي السلوكي، وهي: الصياغة المعرفية السلوكية للحالة، ومكونات العلاج المعرفي السلوكي، وبناء الجلسات حيث أن هناك أربعة محاور أساسية تمثل أساليب التدخلات العلاجية في إطار العلاج المعرفي السلوكي، وهي على النحو التالي:

- الأساليب المعرفية: مثل أساليب دحض وتفنيد الأفكار الآلية السلبية وتفنيدها، ورصد الأفكار السلبية الآلية ومناقشتها.
- والأساليب السلوكية: مثل أساليب المراقبة الذاتية للنشاطات السارة، والمزعجة، وجداول النشاطات، والواجبات المنزلية.
- والأساليب المعرفية السلوكية: مثل رصد الأفكار السلبية الآلية، ومناقشة الأفكار السلبية الآلية، والتجارب السلوكية.
- والأساليب الوقائية: ومنها تحديد الافتراضات، ومواجهة الافتراضات، والتحضير والتخطيط للمستقبل. (Fennell, 2001). وقد تم شرح هذه الأساليب السابقة في سياقات سابقة إما في إطار العلاجات السلوكية، أو العلاجات المعرفية.

الصياغة المعرفية السلوكية للحالة:

يُقصد بالصياغة المعرفية السلوكية Behavioral case - Cognitive conceptualization للحالة "مهارات مكتوبة تقرير نفسى عيادى للمريض النفسى يعكس تحكامل النظرية النفسية التى يعتمدها المعالج النفسى مع ممارساته المهنية العيادية، ويعكس تحكامل تعقيد الخبرة النفسية المرضية البشرية التى يروىها المريض النفسى، وتوظيف الأسلوب الشخصى للمعالج النفسى المعرفى فى الصكابة العلمية المهنية، وفى مهارات الفحص الشامل والتقدير النفسى الإكلينيكى، وفى مهارات وضع خطط العلاج النفسى من المنظور المعرفى" (الصبوة، ٢٠٠٣).

ولتحقيق الصياغة المعرفية للحالة يقوم المعالج بجمع كمية كبيرة من المعلومات عن المريض، وعن مشكلته ليس على أساس المعلومات اللفظية فقط لكن أيضاً من خلال المشاهدات العيادية للمعالج عن الحالة، ويتم إجراء تقدير نفسى إكلينيكى شامل للحالة فى فترة مبكرة قبل العلاج، وبناءً على تلك المعلومات والمشاهدات يتم تكوين تصور أو مفهوم معرفى سلوكى عن المشكلة، ويتم مراجعتها وتحقيدها وتعديلها بناءً على توفر معلومات جديدة. ويركز المعالج على التفكير الحالى للحالة، الذى يرتبط بالسلوك الذى يمثل مشكلة ما أو يساعد على استمرارها، وأيضاً تحديد الانفعالات والعوامل المضجرة التى ترتبط بالمشكلة الحالية للحالة، والتى بدورها تدعم السلوك غير المساعد، والتفسيرات المشوهة لأحداث ارتقائية رئيسة خاصة بالحالة.

وهناك خمسة مكونات أساسية للصياغة المعرفية السلوكية للحالة المرضية، وتمثل مراحل متتالية تبدأ بتحديد مشكلات الحالة، والتشخيص، ثم وضع الفروض العاملة، ثم تحديد مصادر القوة للحالة منتهية بوضع الخطة العلاجية المناسبة للحالة. وسنعرض تفصيلاً لهذه المكونات (المراحل) الخمسة كما يلى:

أولاً: قائمة المشكلات.

وهي قائمة شاملة للمشكلات Comprehensive problems list أو الصعوبات التي تعاني منها الحالة بحيث يتم وصفها بوضوح بمصطلحات معرفية سلوكية. ويجب أن تتضمن مشكلات الحالة الجوانب التالية: الأعراض النفسية والطب نفسية، والأمراض الطبية، ومشكلات التفاعل بين الشخص، ومشكلات العمل، والمشكلات الأسرية، والمشكلات المالية، والمشكلات الجنائية، والمشكلات المعيشية، وأوقات الفراغ. وهذه القائمة الشاملة للمشكلات ذات أهمية كبيرة لعدة أسباب، فهي تساعد المعالج في الوصول للعلاقات السببية بين المشكلات وبعضها بعضاً، مما يمكنه من وضع القروض العاملة (سوف نعرضها لاحقاً)، وهي أيضاً تلخص وتوضح وتصف العلاقات المتبادلة بين المشكلات، تساعد على عدم إهمال أو إغفال أي من المشكلات المهمة، ومن ناحية أخرى فهي تشعر المعالج بأنه ليس غارقاً في مشكلات المريض المتعددة، وحتى بالنسبة لهذه المشكلات الكثيرة لو لم يتم التعامل معها في سياق الجلسات الفعلية فهي لن يتم إغفالها أو نسيانها. (Perrons & Davison, 2001, pp. 82-92).

وقائمة المشكلات النموذجية غالباً ما تحتوي على عدد يتراوح بين خمسة إلى ثمان مشكلات، وفي بعض الأحيان يصعب تكوين هذه القائمة الشاملة، وذلك إما بسبب أن المعالج في بعض الأحيان لا يعطي نفسه الوقت الكافي لإجراء الفحص الشامل، أو أن المريض - في أحيان أخرى - يصعب عليه التعرف على مشكلاته بدقة، ولا يعرف كيف يصفها أو يوضحها، أو أنه يعتبرها مخجلة، أو مرعبة، ومزرية، أو لأن بعض المرضى قد لا يعتبرونها مشكلات على الإطلاق. وهنا يكون اللجوء إلى استخدام الاستخبارات، والملاحظات العيادية للمعالج ذا فعالية كبيرة في التعرف على هذه المشكلات. ويفضل أن تصاغ كل مشكلة من مشكلات الحالة في كلمة أو كلمتين، ويتبع ذلك وصف مختصر للمكونات السلوكية، والمزاجية، والمعرفية للمشكلة (الصبوة ٢٠٠٢، ص ٨٦ - ٩٢).

ثانياً: التشخيص:

التشخيص الطبقي Psychiatric diagnosis ليس جزءاً أساسياً من عملية الصياغة المعرفية السلوكية للحالة، إلا أنه يجب الإشارة إليه وإفراد جزء من الصياغة له لأسباب، منها أنه يمكن أن يؤدي إلى صياغة بعض الفروض المبدئية؛ فعلى سبيل المثال: تعتبر نظرية بيك ذات أهمية وكفاءة في علاج الاكتئاب الأساسي، وذلك من خلال الممارسات الإكلينيكية، ولو أن الحالة انطبقت عليها محركات تشخيص الاكتئاب الأساسي فيكون الفرض الأول هو أنه سيتم اللجوء إلى نظرية بيك في رسم وصياغة الحالة، وبالإضافة إلى ذلك فإن التشخيص يمكن أن يحددنا ببعض المعلومات المهمة عن طبيعة التدخلات العلاجية المساعدة (Ibid, P, 93).

ثالثاً: الفروض العاملة:

الفروض العاملة Working hypothesis هي قلب الصياغة المعرفية السلوكية للحالة، وفيها يطور المعالج نظرية مصغرة عن الحالة، وهي تصف العلاقات بين المشكلات وبعضها بعضاً هي قائمة المشكلات؛ فبعض المشكلات قد لا تنشأ عن المخططات لكنها قد تكون ناتجة عن بعض المشكلات الأخرى، وبعضها قد ينتج بسبب عوامل داخلية أو حيوية أو بيئية أو أي عوامل أخرى غير العوامل النفسية.

وبناءً على أسس النظرية المعرفية لأرون بيك "Beck" فإن الفروض العاملة تشمل عدة مراحل على النحو التالي:

المرحلة الأولى: تحديد المخططات:

وهي هذه المرحلة يحدد المعالج ويضع فروضاً عن المخططات Schemata أو المعتقدات المحورية والتي تبدو كمسببات في نشأة واستمرار المشكلات الواردة في قائمة المشكلات الشاملة، والتي هي بشكل عام مخططات سلبية.

وعلى الرغم من أن الحالة قد يكون لديها مخططات إيجابية فإن المخططات السلبية تبقى ذات أهمية بالغة حيث تسبب في مشكلات وصعوبات الحالة، لذلك فهي تمثل جزءاً أكبر من صياغة الحالة.

المرحلة الثانية: تحديد المواقف والأحداث المنشطة (Activating) (أو المرسبة):.

وفي هذه المرحلة يحدد المعالج الأحداث والمواقف الخارجية التي تنشط وتحفز المخططات السلبية المسببة للأعراض المرضية والمشكلات.

ويشير مصطلح "الأحداث المرسبة" إلى الأحداث الكبرى العامة، التي هيأت ظهور نوبة من المرض، وهيأت المريض لاتخاذ قرار العلاج؛ أما مصطلح "الأحداث المنشطة" فهو يتعلق بالأحداث الأصغر، والنوعية، والتي تسبب المزاج السلبي، أو السلوك اللاتوافقي. وليس من السهل التفرقة بشكل حاسم ودقيق بين الأحداث المرسبة والمنشطة وهو ليس هدفاً رئيسياً في العملية العلاجية، إنما الهدف الأساسي في هذه المرحلة هو اكتشاف الأحداث والمواقف الخارجية، ونمطها والتي تسبب مشكلات الحالة. وغالباً ما يكون هناك مضاهاة بين مخططات الحالة، والأحداث التي تنشطها أو تثيرها، فمثلاً الفرد الذي يتبنى المخطط (يجب أن أكون ناجحاً حتى أصبح فريداً مقبولاً وممتازاً) يكون مستهدفاً للإصابة بالاكئاب إذا ما فشل في خبرة ما. (Ibid, pp. 94-97).

وجمع معلومات عن المواقف التي تسبب مشكلات الحالة تكون مفيدة ومساعدة في وضع التدخلات العلاجية المناسبة، والتي لا تهدف فقط إلى مساعدة الحالة على تغيير أرواجها خيال الأحداث الخارجية، بل في بعض الأحيان مساعدتها على تغيير المواقف نفسها.

ثالثاً: الأصول.

وهي المرحلة الأخيرة من الفروض العاملة، يصف المعالج بشكل مختصر أحد أو عدداً قليلاً من الظروف والمواقف والأحداث الأساسية المؤثرة في حياة المريض السابقة التي تُعد من المصادر التي تعلم منها المريض هذه المخططات. وقد تتضمن نماذج خبرية، أو الفضل في تعلم مهارات أو سلوكيات مهمة كما في حالة المريض الذي يعاني من قصور وعجز شديد في المهارات الاجتماعية، والذي يرجع جزئياً إلى أنه نشأ في أسرة يعاني فيها كل من الوالدين أنفسهم من عجز واضطراب في المهارات الاجتماعية.

رابعاً: ملخص الفروض العاملة.

وهي ملخص الفروض العاملة يقوم المعالج بسرد ووصف العلاقات بين مكونات الفروض العاملة (المخططات، والمواقف والأحداث المرسبة والمنشطة والأصول)، ويقوم بالربط بين هذه المكونات والمشكلات في قائمة المشكلات الشاملة، ويمكن وضعها لفظياً (شفاهياً) أو عن طريق توضيحها برسم تخطيطي Flow-chart.

القوة ومصادر القوة.

وتتضمن القوة ومصادر القوة Strength and assets للحالة، المهارات الاجتماعية الجيدة، والقدرة على العمل بشكل جيد وتعاوني، والحس الفكاهي، والوظيفة الجيدة، والمصادر المادية وشبكة علاقات جيدة ودائمة، والذكاء، والجاذبية الشخصية وأسلوب حياة مستقر وثابت. ويجب أن يقوم المعالج بجمع معلومات دقيقة عن هذه المكونات للقوة ومصادرها، فهذا النوع من المعلومات يساعد المعالج على تنمية وصياغة الفروض العاملة، وأيضاً يساعد في وضع الخطة العلاجية، في وضع أهداف علاجية واقعية.

الخططة العلاجية:

الخططة العلاجية ليست جزءاً أساسياً من مكونات الصياغة، لكنها تتأسس عليها وتتبع منها خاصة ما يتعلق بالفروض العاملة وقائمة المشكلات. وتم وضع الخططة العلاجية في هذا السياق للإشارة إلى أنها تعتمد أساساً وبشكل مباشر على الصياغة السلوكية المعرفية للحالة. همثلاً لو أن المعالج افترض أن القلق الاجتماعي كعرض لدى المريض يرجع إلى أنه جزء من اضطراب المهارات الاجتماعية لديه، فإن خطة العلاج ستتضمن التدريب على المهارات الاجتماعية، وبدلاً من ذلك لو أن هذا القلق يرجع إلى أحد المخططات السلبية مثل 'لو أنني تحدثت بنفسى للآخرين سوف يسبب لى ذلك الغضب والرعب لذلك يجب تحاشى المواقف الاجتماعية' فهنا سوف تتضمن خطة العلاج إعادة البناء المعرفى، والتعرض السلوكى، والتجارب السلوكية، وذلك لاختبار هذا المخطط، والأفكار الآلية الناتجة عنه.

وتتضمن الخططة العلاجية ستة مكونات هي: الأهداف 'Goals' والوسائل العلاجية 'Modalities' والتكرار 'Frequency' والتدخلات 'Interventions' والعلاجات المساعدة 'Adjunct therapies' والمعوقات 'Obstacles'. وتعتبر الأهداف والمعوقات أهم مكونين في هذا السياق لذلك سوف نناقشهما بشئ من التفصيل (Persons & Davison, 2001, p. 99).

فالأهداف غالباً ما تحددها قائمة المشكلات، وقد تبدو الأهداف العلاجية على أنها حلول للمشكلات في القائمة الشاملة، لذلك يجب أن ننمى قائمة للمشكلات، وأيضاً قائمة من الحلول لها، ويجب أيضاً تقدير مدى التقدم في الأهداف العلاجية (التحسن) وذلك عن طريق التقارير الذاتية، أو المقاييس الموضوعية.

وتعتبر المعوقات المكون الأخير من الخططة العلاجية. وهنا يستخدم المعالج كلاً من قائمة المشكلات والمخططات، والفروض العاملة للتنبؤ بالمعوقات

والصعوبات التي يمكن أن تواجه العلاقة العلاجية أو أي من المكونات العلاجية مستقبلاً، فمثلاً قد تكون المشكلات المادية، والصراعات بين الشخصية والعجز عن العمل بشكل تعاوني، هي قائمة مشكلات العميل، من المعوقات التي تتداخل مع سير العملية العلاجية. وتحديد هذه المعوقات سلفاً يساعد كلاً من المعالج والحالة على الاستعداد لمواجهةها والعمل على التكيف معها. (Curwen et al., 2000; Persons & Davison, 2001, pp. 99-100).

وتعتبر الصياغة المعرفية السلوكية للحالة بمثابة تهيئة للحالة لتلقي العلاج، وأيضاً تحديد مسار العملية العلاجية، والوصول إلى وضع تصور شامل عن كل مشكلات الحالة، والأساليب العلاجية، والأهداف العلاجية، وأيضاً المعوقات التي تتداخل مع العملية العلاجية. وتمثل الصياغة المعرفية السلوكية للحالة إطار عمل للتدخلات العلاجية وطبيعتها، وسيوضح ذلك فيما يتعلق بمكونات العلاج المعرفي السلوكي الذي سنتناولها تفصيلاً كما يلي:

مكونات العلاج المعرفي السلوكي:

هناك عدد من المكونات ذات الأهمية في العلاج المعرفي السلوكي، وهي تعتبر ثابتة نسبياً على مدى مسار العملية العلاجية، ولا يمنع ذلك من إمكانية تغيير بعض القضايا والتصورات مع تقدم العلاج. ويسلم العلاج المعرفي السلوكي بأن المراحل العلاجية متداخلة ومتشابكة، فقد يكون تعريف الأفكار السلبية موضوعاً مركزياً في بداية العلاج، هي حين أن تعديل الاتجاهات لا يتم البدء فيه إلا في مراحل لاحقة من العلاج. ويسمح بناء العلاج المعرفي السلوكي بالتخطيط لنهاية الجلسات، وإنهاء العلاج، وجلسات المتابعة، ويتحدد بناء العلاج على أساس طبيعة المشكلة التي تواجهها الحالة. (Curwen, et al., 2000).

وفيما يلي عرض لمكونات العلاج المعرفي السلوكي.

مكونات العلاج المعرفي السلوكي:

المقابلة المبدئية:

تستغرق المقابلة المبدئية Initial interview مدة تتراوح ما بين ٦٠ - ٩٠ دقيقة، وذلك بعد التشخيص وتحديد مدى ملائمة الحالة للعلاج. والهدف الأساسي من المقابلة الأولية هو تشجيع الحالة على زيادة الاهتمام، وحفزها على الاستمرار في العلاج، وإعطاء الحالة خبرة بالعلاج المعرفي السلوكي وطبيعته وبنائه، والجدول التالي يوضح طبيعة ومهام هذه المقابلة:

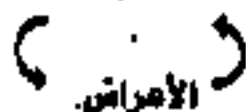
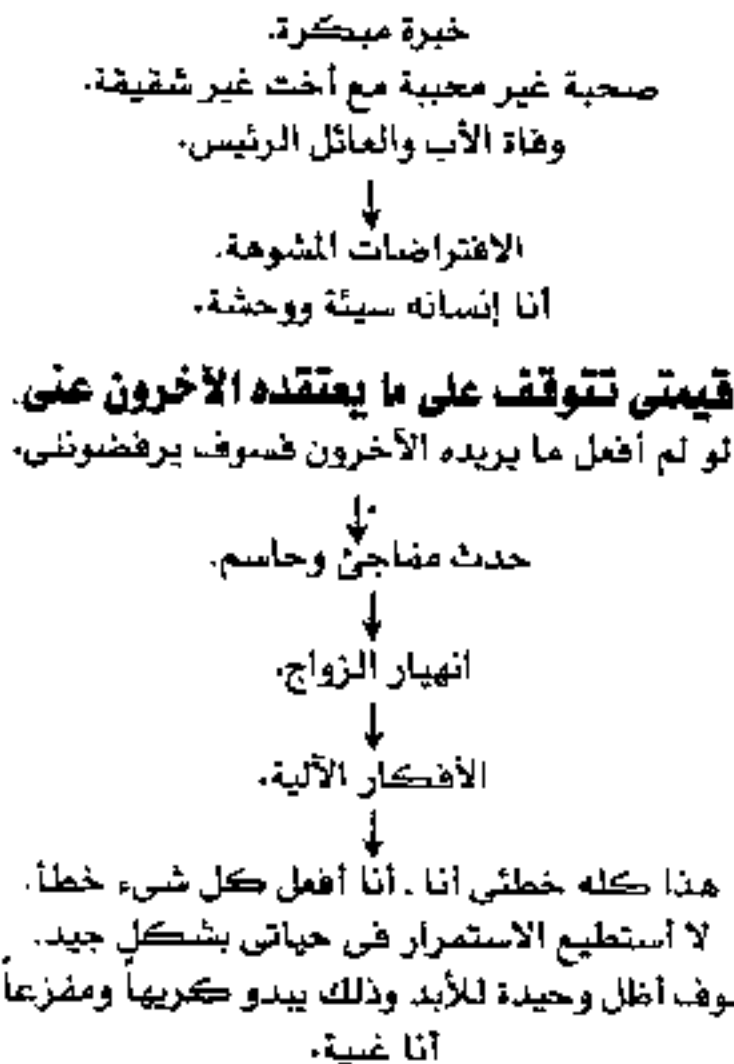
١	تقدير وفحص الصعوبات الراهنة: - الأعراض. - المشكلات الحياتية. - الأفكار الآلية السلبية. - بداية وتطور الاكتئاب عبر سياق اجتماعي محدد. - فقدان الأمل و الأفكار الخاصة بالانتحار.
٢	تحديد الأهداف.
٣	عرض وتقديم منطق العلاج: - تفصيلات علمية. - توضيح الحلقة المفرغة للأفكار الآلية والاكتئاب. - بيان إمكانية التغيير.
٤	بدلية العلاج: - أهداف خاصة: * اختيار الهدف العلاجي الأول. * الموافقة على الواجب المنزلي. - أهداف عامة: * تكوين علاقة علاجية جيدة. * إظهار الأمل. * إعطاء الحالة توضيحاً مبدئياً عن النموذج المعرفي. * أخذ موافقة الحالة على اختبار المفروضات والنماذج.

جدول (١) مكونات المقابلة الأولية (نقلًا عن: Fennell, 2006, p. 177).

وفيما يلي عرض تفصيلي لهذه المكونات:

١- الفحص والتقدير:

هدف الفحص هو تكوين صورة عامة عن الموقف الحالي كما تدركه الحالة، مشتملاً على المشكلات الرئيسية، ومعلومات كافية عن بداية تطور واستمرار المشكلة وسياقها (مثل الظروف المعيشية والدعم الاجتماعي... إلخ)، وأيضاً الارتباط بين الأفكار الآلية والمشكلات. وعن طريق هذه المعلومات يستطيع المعالج عمل صياغة أولية للحالة مستعيناً بالنموذج المعرفي للاكتئاب. ويوضح الشكل التالي صياغة الحالة بناء على النموذج المعرفي واستناداً على المعلومات المستمدة من التقييم وذلك لحالة مفترضة (س).



- الأعراض السلوكية: نقص مستوى النشاط، والانسحاب الاجتماعي.
- هبوط الهمة والدافعية: فقدان الاهتمام والاستمتاع، والشعور بالتعب والإجهاد.
- الأعراض الانفعالية: الحزن، والقلق، والشعور بالذنب، والخجل.
- الأعراض المعرفية: نقص التركيز، وعدم الحسم، والاجترار، والنقد الذاتي، وأفكار الانتحار.
- الأعراض الجسمية: الأرق، وفقد الشهية.

(Kirk, 2001; Fennell, 2001).

وهدف آخر من أهداف الفحص وهو الاستقرار على قائمة مشكلات الحالة، وأخذ موافقتها عليها. والاستقرار على هذه القائمة يعطي الحالة خبرة

مباشرة عن العمل التشاركي والعلاقة التعاونية في العلاج المعرفي السلوكي، ويساعد المعالج على فهم تصورات الحالة، ويسمح للحالة بالشعور بأن هناك جهداً مبذولاً للوقوف على الحقائق الداخلية لها. ويقوم المعالج بعمل ملخصات مختصرة ومتكررة لما قاله للحالة، ويطلب عائداً ليتأكد من أنه يعكس ما تريد الحالة قوله. وعند تطبيق ذلك على الحالة (س) المفترضة فإن قائمة مشكلاتها والتي يمكن أن نتصورها كالتالي:

١	العجز عن التعبير عن النفس: - لعجز عن قول (لا)، - صعوبة الرفض، - صعوبة التعبير عما أريد إذا ما أراد الآخرون شيئاً آخر.
٢	الشعور بالدونية.
٣	صعوبة التكيف مع الحياة الزوجية للمحطمة: - أن أستطيع للتعايش وحدي مع مهام الحياة اليومية. - أن أستطيع لبدأ إقامة علاقة اجتماعية طويلة الأمد تكون مرضية لي.
٤	الاكتئاب: - للتورط في متطلبات الحياة اليومية. - وتحاشي الآخرين. - والعجز عن الدخول في تفاعل جيد. - ضعف القدرة على التركيز. - العجز عن الاستماع. - الوعي بالاكتئاب Meta depression. ونصير عنه في "هذا خطئي القيامي بعمل أشياء كلها خاطئة، فلما استحق هذا الشعور".

جدول (٢) يوضح قائمة المشكلات لحالة مفترضة (س).

نقلاً عن: (فينل 2001، p. 179، Fennell).

إذاً يجب على المعالج أن يسبق عملية العلاج بعمل فحص شامل لتحليل جوانب ومكونات الاكتئاب الأساسي، والتي تعبر عنها قائمة المشكلات الخاصة بالحالة، بشرط أن تتضمن كل الجوانب السابقة؛ كما أن نتائج هذا الفحص ستوجه المعالج لاختيار أساليب العلاج الملائمة، حيث يتم التعامل مع

جوانب القوة والضعف لدى الحالة، بحيث توظف جوانب القوة لمعالجة وتنمية جوانب الضعف. ويتم تحديد أساليب تنمية مهارات الحالة، وأيضاً أساليب تعديل السلوك والتفكير الخاطئ، والتي تمثل أهداف العملية العلاجية.

٢. الأهداف:

يتم تحديد الأهداف المتعلقة بكل جوانب المشكلة داخل الجلسة. وغالباً ما يتم تغيير الأهداف العلاجية عبر الفترة العلاجية، فبعضها قد يصبح غير متصل بالمشكلة، وبعضها الآخر قد يحتاج إلى تعديل، وأيضاً قد تبرز أهداف جديدة. وتحديد الأهداف يساعد المعالج على تصحيح التوقعات العلاجية، ويمده بمعيار يحدد على أساسه مدى تقدم العلاج، وتوجه اهتمامه وانتباهه نحو المستقبل. (Fennel, 2001).

ويمكن تقسيم الأهداف العلاجية إلى أهداف قصيرة المدى، وهي الأهداف التي قيم التعامل معها مباشرة خلال الجلسات العلاجية. ومن خلال الإجراءات العلاجية لأنها تتسم بالوضوح والمباشرة والتنوعية، أما الأهداف طويلة المدى فهي تتمثل في الأهداف العلاجية النهائية والتي تشمل التحسن في الأعراض المزجية والسلوكية والمعرفية والجسدية، وتمتلك أيضاً إلى الوقاية من الانتكاس.

٢- عرض منطق العلاج:

يتم إمداد الحالة بمعلومات عن الجوانب العملية المتعلقة بالعلاج مثل: عدد، ومدة، وتكرار الجلسات، واستخدام الواجبات والمهام المنزلية، والترتيب لإجراء اتصال بالمعالج عند الحاجة، وأيضاً يتم توضيح قواعد وأسس العلاج بشكل واضح وبسيط، وأول ما يتم تعليمه للحالة في هذا الصدد، هو معلومات عن الاكتئاب الأساسي، وصلته بالمعارف والأفكار السلبية، كما يجب أن تتعلم إمكانية التغيير الإيجابي، حيث يمكن تعليم الحالة، كيفية التقاط الأفكار المسببة للاكتئاب، وكيف يمكن كسر وتحطيم الحلقة المفرغة عن طريق طرح وتوليد بدائل مناسبة إيجابية ضد هذه الأفكار.

٤ - بداية العلاج:

تعنى بداية العلاج، تحديد مهمة للتدخل المباشر، وموافقة الحالة على أداء الواجبات والمهام المنزلية، ليتم البدء فيها بداية من الجلسة التالية. ومن المهام التي يمكن إعطاؤها كواجبات منزلية بعد المقابلة المبدئية الاستماع لشريط مسجل عن الاكتئاب وقراءة نص عن كيفية التعايش والتغلب على الاكتئاب، ومراقبة النشاطات، والمزاج، والأفكار الآتية السلبية.

بناء الجلسات:

غالباً ما تتبع الجلسات العلاجية نمطاً ثابتاً من المهام والإجراءات والتنظيم مع وجود أقل قدر من الاستثناءات، لكن قد تتم هذه الاستثناءات تبعاً للظروف الواقعية لكل من الحالة، والمعالج وغالباً ما تكون على النحو التالي:

- ١- فحص مزاج المريض.
- ٢- مراجعة موجزة للأسبوع المنقضى بين الجلستين.
- ٣- وضع جدول سير الجلسة.
- ٤- تلقي عائد عن الجلسة السابقة والربط بينها وبين الجلسة الحالية.
- ٥- مناقشة الواجب المنزلي وتحديد مدى الاستفادة منه، والصعوبات التي تواجه الحالة عند تنفيذ هذه الواجبات.
- ٦- مناقشة بنود الجدول.
- ٧- وضع الواجب المنزلي للجلسة الحالية.
- ٨- تلقي عائد عن الجلسة الحالية في نهايتها.

(Curwen et al., 2000; Fennell, 2001 & J. Beck, 1995, pp. 26-27, p. 45).

وبالنظر إلى العرض السابق لمحاوِر وأسس العلاج المعرفى السلوكى نجد أن أهم ما يحدد سير وطبيعة التدخلات العلاجية هو الفحص الشامل لمشكلات الحالة، والصياغة المعرفية السلوكية الجيدة لها، وتحديد جوانب القوة والضعف لديها. وإذا ما تم صياغة ووضع الأهداف العلاجية بشكل جيد وبشكل واضح ودقيق وواقعى، ساعد ذلك فى أمرين أولهما: إنجاز عملية العلاج على المدى القريب والبعيد، وثانيهما: مساعدة المعالج على اختيار الأساليب والتدخلات العلاجية الملائمة لكل مكون من مكونات مشكلة الحالة. وقد تتعدد جوانب هذه المشكلة فى حالات الاكتئاب الأساسى بين مزاجية، وسلوكية، ومعرفية، وجسمية، وبناءً على هذا التنوع فى جوانب المشكلة يكون على المعالج أن يختار الأساليب والتدخلات العلاجية الملائمة لكل منها. لذلك فقد تتنوع - تبعاً لذلك - الأساليب والتدخلات العلاجية للعادة الواحدة، وقد تشمل تدخلات معرفية، أو سلوكية، أو تسمية مهارات أو أساليب التحكم الذاتى، أو أساليب أخرى ملائمة فى هذا السياق. ويقودنا ذلك إلى نوع آخر من العلاجات لا يختلف كثيراً عن العلاج المعرفى السلوكى إلا أنه يكون شاملاً لعدد أكبر من التدخلات والأساليب وهو العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور، وهو يتضمن كل الأساليب والتدخلات، وأيضاً ما يختص ببناء العلاج المعرفى السلوكى؛ لذلك فسوف نعرض لمنطق العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور، وأسس اختيار الأساليب والتدخلات العلاجية، وسوف نعرض أخيراً لأسلوب المساعدة الذاتية كنموذج العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور.

العلاج المعرفى السلوكى متعدد المحاور (نظرة تكاملية):،

اقترح لازاروس Lazarus (١٩٨٩) أن المشكلات والاضطرابات التى يعانى منها الأفراد منتظمة وفق سبعة أبعاد تمثل كلاً من السلوك، والوجدان (انزاج)، والمشاعر، والتصورات، والمعارف، والعلاقات بين الشخصية، والوظائف الحيوية. والعلاج الفعال يجب أن يهتم بالمشكلة فى إطار كل هذه

الأبعاد أو بعضها لتحديد أي وجهة يتم تبنيها لحل المشكلة ، لذلك يتم استخدام الأساليب والتدخلات العلاجية الملائمة لكل منها.

ويشير لازاروس إلى ضرورة وضع مخطط علاجي لكل حالة بحيث تكون فعالة من الناحية العلاجية. وهذا المخطط يشبه إلى حد كبير نظام دليل التشخيص الإحصائي للأمراض النفسية DSM، حيث أنه صمم على محاور متعددة، ويلفت الانتباه إلى مجالات محددة تدفع المعالج إلى النظر والتركيز على مناطق ومشكلات بعينها. ويشير أيضاً إلى أن استخدام الأسلوب المعرفي السلوكي متعدد المحاور لا يجب أن يؤسس فقط على الأسس النظرية للمدارس السائدة، لكن يجب أن يسترشد - ببصيرة نافذة - بكل الأساليب في كل النماذج والأطر النظرية الأخرى، وأن يكون منفتحاً على الخبرة بكل هذه الأضر والنماذج وعلى استعداد لأخذ ما يناسبه منها.

وفي هذا الصدد افترض مايكينباوم "Meichenbaum" أن التغير السلوكي يمكن أن يحدث عن طريق تغيير التعليمات التي يعطيها الأفراد لأنفسهم للتخلص من الأفكار اللاتوافقية الالكتئابية، إلى حديث ذاتي Self - talk إيجابي أكثر توافقاً. والعلاج المعرفي السلوكي عبارة عن تكامل بين المنحى المعرفي، والمنحى السلوكي. وفي هذا النوع من العلاج يتم مساعدة المريض على التعرف على أتماط السلوك اللاتوافقي، والتفكير المشوه، وذلك باستخدام مناقشات منظمة وواجبات ومهام سلوكية محكمة البناء لمساعدة المرضى على تقييم وتعديل كل من السلوك والأفكار. (Hawton, et al., 2001).

وخلافاً لهذه النظرة التكاملية، وفي الأيام الأولى لتطور نظرية العلاج النفسي، كان المنظر الواحد يتبع وجهات النظر السائدة في الاتجاه الذي يتفاه معلمه، مما أدى إلى نمو حوائط من العزلة العقلية والمعرفية بين من لهم وجهات مختلفة من النظر. وكان من المعتاد أن يتجاهل الممارسون المتخصصون داخل توجهات نظرية معينة، قواعد وأساليب ومبادئ التوجهات النظرية الأخرى، وهم في الأصل غير مهتمين بأي من وجهات النظر الأخرى المعارضة

لتوجهاتهم. وعلى الرغم من أن هذه العزلة النظرية المبكرة دفعت المعالجين والمتخصصين إلى أن يحسنوا ويطوروا مهارات وأساليب تم صياغتها في إطار توجهاتهم النظرية، فإن ذلك قد حد بشكل واضح من آفاقهم ومنظورهم. لكن منذ الثمانينيات تغير مجال العلاج النفسي كاستجابة لبزوغ التوجهات الجديدة وأنبثق المنهج التكاملي التوفيقى Integrative eclectic approach. (Beutler, Harwood & Coldwell, 2001, pp. 138-163).

وقد كان مصطلحاً التكامل والتوفيق أو التأليف غالباً ما يستخدمان بشكل تبادلي، إلا أنه توجد فروق واضحة بينهما؛ فالتوفيقية أو التوليفية Eclecticism مثلها مثل المذهب الشككي Skepticism أو المذهب التوفيقى Syncretism تظهر فقط عندما توجد طرائق ونظم متعددة ومتعارضة في المجال، ولكنها في جوهرها ليست معاتلة للمذهب الشككي، فلا يتم تعديل كل النسق للوصول إلى التجانس المطلوب، ويتم بدلاً من ذلك اختيار مبدأً نفسياً مناسباً من كل نظام من الأنظمة المتوفرة والتي تتميز بقدر من الانسجام الداخلى. ويقوم مبدأ الاختيار على عدد من القواعد أهمها الآتى:

- ١- اختيار ما يعتبر الأفضل في كل نظام من الأنظمة.
- ٢- واختيار أفضل الإجراءات العلاجية التي تبدو أكثر قابلية للتطبيق على الحالة.
- ٣- واختيار ما له القدرة على العمل والاستقرار.
- ٤- واختيار مفاهيم مستقاة من اثنين أو أكثر من أنساق التفكير السائد في مختلف مدارس علم النفس.

ومن ناحية أخرى يعد التكامل عملية جمع أجزاء مختلفة في كل واحد جديد، أو إكمال مكون لم يكن قد تم إكماله، عن طريق إضافة أجزاء أخرى له. وقد يبدو للوهلة الأولى أن هناك تداخلاً بين التوفيقية والتكامل لكن الفرق الجوهرى بينهما يكمن في أن التوفيقية هي عملية اختيار مع

تضمنين مكون أو جزء من مكون خارجاً عنه، في حين أن التكامل هو عملية جمع مع تضمين إنتاج مكون جديد. وقد لخص نوركروس وجرينكافاج Norcross & Grencavage بناءً على عدد كبير من الدراسات الفروق بين التوليفية والتكامل في الإرشاد والعلاج النفسي فيما يلي:

تبدو التوليفية على أنها: تقنية (فتية) أولية، وتستخدم وتطبق الأجزاء الموجودة في المكون نفسه، وهي أيضاً ليست بناءً نظرياً لكنها عملية وواقعية؛ في حين تعتبر التكاملية نظرية من حيث تطورها، وهي عملية ابتكار وخلق شئ جديد عن طريق دمج أساليب متعددة معاً في كل واحد. وهي عملية نظرية أكثر منها عملية ممارسة فعلية، ومثالية. وقد وصف واتشل 'Watchel' ١٩٩١ الفرق بين المصطلحين عن طريق استخدام مصطلحي "الأجزاء Pieces" و"التأليف Synthesis"، فالانتقائية تستخدم أجزاءً من مختلف المناحي لكنها تبقى مدركة على أنها أجزاء (مكونات) متفرقة؛ أما التكامل فيسمى نحو الجمع بين هذه المكونات. (Hollanders, 2000, pp. 1-23).

وبناءً على ما سبق، فإن العلاج متعدد المحاور يُعد منحاً علاجياً نفسياً منظماً، تم اختياره عملياً وفنياً؛ وفيه تطبق الأساليب والتدخلات العلاجية بشكل منظم اعتماداً على بيانات عن كفاءة الحالة، ومهارات المعالج العيادية واستخدام أساليب خاصة معينة. وهذا المنحى ينتقى أساليبه المستخدمة من نظريات، ونظم، وأنساق نفسية دون الاهتمام بمدى صدق المبادئ النظرية التي تؤيد مختلف المناحي التي استقى منها أساليبها. وهذا التوجه المتعدد يتجاوز التعاليم السلوكية التقليدية بإضافة إجراءات قياس موحدة.

وقد تأسس العلاج متعدد المحاور على أسس نظرية التعلم الاجتماعي، ونظرية معالجة المعلومات، ونواحي متعددة مثل الوظائف التنفيذية، والتفاعل بين الفرد والآخر، والإدراك الاجتماعي، وعلم النفس الظواهرى (الظاهراتي). والمعالج الذي يتبنى هذا النوع من العلاجات لا يلتزم بنظرية واحدة بشكل

جامد، وعلى الرغم من أن العلاج متعدد المحاور يستخدم طرائق وأساليب مأخوذة من العلاج المعرفي، والعلاج السلوكي، والعلاج العقلاني الاتقالي فإن له ملامحه الخاصة المميزة له (Palmer, 2000, pp. 140-153). ومن أبرز هذه الملامح أنه يقوم على ثلاثة مبادئ أهمها:

- ١- يتم انتقاء الأساليب العلاجية المستخدمة انطلاقاً من فحص الحالة.
- ٢- ويتم التكامل بين المكونات المنتقاة في سياق ونسق واحد يتسم بالانسجام.
- ٣- ولا يتم إدراك البيئة والتعامل معها كما هي في الواقع لكن من خلال معتقداتنا واتجاهاتنا وأفكارنا عنها (Ibid).

وجدير بالذكر أن كلاً من العلاج المعرفي، والعلاج السلوكي يتفقان في استخدامهما للمنهج العلمي، وكل منهما أكد قدرة المريض على تعلم طرائق تكيفية جديدة تساعد على الأداء الجيد. وفي الأصل كان العلاج المعرفي السلوكي هو تكامل بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي سواء أكان ذلك في التوجهات النظرية، أم في الأساليب، ونجد أن المدى الواسع من الإجراءات والنظريات الصغرى التي ساهمت في بناء وتطور العلاج المعرفي السلوكي غالباً ما كانت تتضمن أساليب واعتبارات نظرية من توجهات نفسية أخرى. وهو كمجموعة عامة من الإجراءات تم تطعيمها وتطويرها باستخدام أساليب ومبادئ نظرية من المناحي. فقد تبين أنه عند الاستعانة بالمخططات يظهر تأثير ملحوظ للصراعات التي تمت خلال مراحل النمو الأولى، وأيضاً نمو أنماط الشخصية، وكانت هذه المخططات مؤدية إلى نظرية سلوكية شاملة أبدت اعتباراً للحياة الداخلية للفرد. وقد سمح التكامل المنهجي والنظري - من خلال القواعد النظرية الثابتة - بتضمين التصورات والأساليب التي تتلاءم مع التطبيقات العلاجية في مختلف التوجهات، وتبقى مفاهيم العجز الوظيفي المعرفي، والمخططات، والسلوك التي تمثل لب النظرية المعرفية منسجمة مع

تصورات أخرى مستقاة من عدد من النظريات التي تعكس دور الخبرة المبكرة، والعمليات اللاشعورية. وحديثاً فإن المكونات المتكاملة للعلاج المعرفي السلوكي تشمل دور العمليات الدفاعية، وتؤكد اكتشاف العلاقة العلاجية، وديناميات التفاعل بين الشخصى للمريض، وأيضاً التصورات عن الاستثارة الوجدانية، والخبرات الارتقائية ودورها فى تشكيل وصياغة المخططات اللاتوافقية.

والعمليات الدفاعية *Defencive processes* هي مكونات نظرية ارتبطت بالنظريات التحليلية وافقت بعض الآراء على أنها تساعد المريض على تحاشي المخططات التى ترتبط بموضوع ما من خلال عمليات معرفية معينة مثل: الإنكار *Denial* وكذب *Repression* الذكريات المؤلمة، أو اختلال الهوية *Depersonalization* والتحاشى الانفعالي لمخططات مؤلمة لذكريات ما، والذي قد يأخذ شكل فقد الحس الدفاعي *Defensive Mumbling* والتفكك *Dissociation* أو تقليل الخبرات السلبية عن طريق التحاشي السلوكي الذي يأخذ شكل التحاشي الجسدي العقلي لمواقف من المحتمل أن تؤدي إلى تنشيط المخططات المؤلمة والتي تمثل عجزاً وظيفياً معرفياً. (Beutler et al., 2001, pp. 138-163).

وسنعرض فيما يلى لأسلوب المساعدة الذاتية كأحد الأساليب المستخدمة فى إطار العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور، والذي نتهناه فى سياق إعداد وبناء البرنامج العلاجي.

المساعدة الذاتية كمثال للعلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور:

تعتبر المساعدة الذاتية أسلوباً يستخدم عدداً واسعاً من النشاطات، مثل جماعات المساعدة الذاتية، والمؤسسات، وأيضاً مساعدة الفرد لنفسه، حيث يستخدم الأفراد أساليب المساعدة الذاتية لتحسين مشاعرهم وسلوكهم. ويعتبر العلاج بالقراءة *Bibliotherapy* من أكثر طرائق المساعدة الذاتية انتشاراً. ومعظم

مكتبات بيع الكتب تتضمن قسمًا خاصًا للعلاج بالقراءة وكتبًا وكتيبات المساعدة الذاتية. بل إن البحث في شبكة المعلومات الدولية Internet عن أساليب المساعدة الذاتية يمكن عن طريقه استخراج ٦.١١٠.٠٠٠ موقعاً يختص بأساليب المساعدة الذاتية. (Williams & Whitfield, 2001, pp. 133-143).

وهناك تعريفان للمساعدة الذاتية.

أولهما: هو أن يتلقى المريض أسلوباً علاجياً بحيث يستطيع مساعدة نفسه بدون مساعدة رئيسة من المعالج، لذلك يجب أن يوصف العلاج بشكل تفصيلي حتى يتمكن المريض من القيام به مستقلاً.

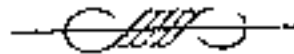
وثانيهما: استخدام مواد مكتوبة أو برامج حاسوبية، أو وسائط سمعية وبصرية عن طريق أشرطة التسجيل الصوتي، والتسجيل المرئي، وتقديم بواسطة الإجراءات المطلوبة للعالة بحيث تستخدمها عند الحاجة إليها بشكل علاجي. وقد استخدمنا في إطار البرنامج الحائى عدداً من الكتيبات والنصوص التي استخدمت إما في إطار الجلسات، أو خارج نطاق الجلسات كنموذج مبسط للعلاج بالقراءة.

وعلى الرغم مما يبدو من تداخل بين التثقيف النفسي Psychoeducation للعالة، والمساعدة الذاتية، فإن ثمة اختلاف بينهما؛ فبينما يهدف التثقيف النفسي إلى زيادة المعلومات المعرفية للعالة، فإن المساعدة الذاتية تهدف إلى زيادة ككل من المعلومات المعرفية، وأيضاً إكساب العالة مهارات بعينها، ومساعدتها على تعلم كيفية الإدارة الذاتية للظروف الحياتية بشكل أفضل.

وهناك عدد من الفوائد التي تعود على العالة، وبالتالي تنعكس على العملية العلاجية في حال استخدام طرائق المساعدة الذاتية أهمها ما يلي:

- ١- ضمان سير العملية العلاجية دون أدنى قدر من التأجيل.
- ٢- وتعتبر أقل تكلفة من العلاج النفسي الرسمي.

- ٣- وهي شائعة ومقبولة، لذلك يستفيد بها عدد كبير من الحالات بحيث تحترم خصوصياتهم.
 - ٤- وتساعد المرضى على تجنب وتحاشي الوصمة التي يشعرون بها عند المضي في العلاج النفسي الرسمي، ومن ثم لا يسرى عليهم ما يعرف في علم الاجتماع الطبي بنظرية الوصمة.
 - ٥- ويمكن للحالات استخدام طرائق المساعدة الذاتية في الوقت والمكان المناسبين لهم، لذلك فهي تلائم هؤلاء الذين لا يستطيعون التقدم للعلاج نظراً لانشغالهم بأعمالهم أو لأنهم يقطنون في مناطق تعتبر بعيدة عن مكان تلقي العلاج الرسمي.
 - ٦- وتتيح للحالات تحديث علاجاتهم أولاً بأول كما يرغبون وفي أي وقت دون أدنى تكاليف إضافية (ibid, 2001, PP. 133 - 143).
- وتعتبر أساليب المساعدة الذاتية ملائمة لعدد كبير من المرضى، ويستفيد منها كل الحالات التي تخلو من القابلية للإيحاء، والاعتمادية، والاضطرابات العقلية (خاصة اضطراب التفكير). وقد أثبتت أساليب العلاج المعرفي السلوكي باستخدام وسائل المساعدة الذاتية كفاءة عالية خاصة العلاج بالقراءة في علاج مرضى الاكتئاب الأساسي، وذلك من خلال عدد من الدراسات التي فحصت كفاءة أساليب المساعدة الذاتية بأنواعها مع أمراض واضطرابات مختلفة. وقد ثبت أنها أكثر كفاءة مع المشكلات القابلة للتشخيص ومنها الاكتئاب الأساسي عما هي عليه فيما يتعلق بالاعادات والاضطرابات السلوكية (Ibid).



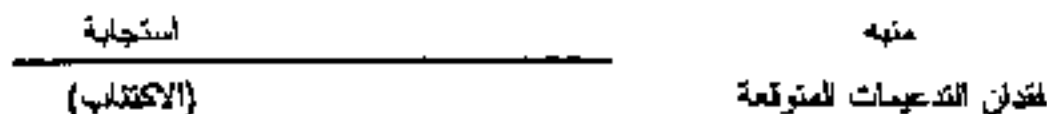
الفصل الرابع
برنامج العلاج المعرفى السلوكى
لتحسين أعراض الاكتئاب

مقدمة

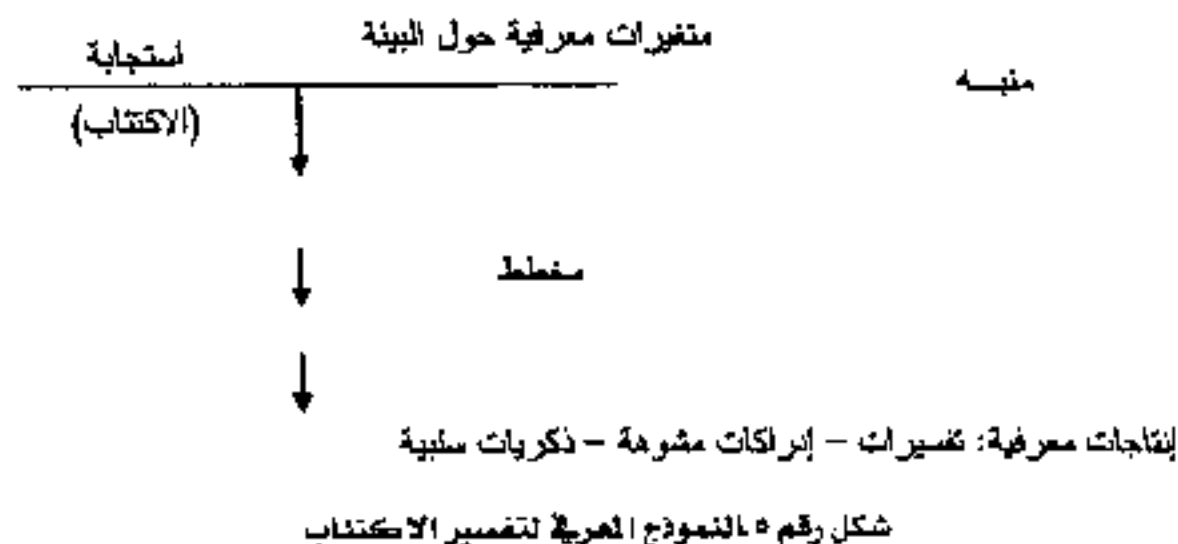
يُظهر مرضى الاكتئاب تشويهاً في معالجة المعلومات، يؤدي إلى اضطراب الوجدان، ومن ثم ينتج لسلوك الاكتئابى. وهذا التشويه في عملية معالجة المعلومات، يعتبر من الناحية العيادية عاملاً ضاعطاً أكثر من كونه مغيراً للوجدان. وفي عملية معالجة المعلومات تتدخل ثلاث هئات من المتغيرات بين المنبهات (الأحداث) وبين الاستجابات (المزاج والسلوك) وهي: المخطط Schema، والعمليات المعرفية، ومحتوى الأفكار. ويشير بيك إلى أن النموذج المعرفى الذى قدمه لا يتعارض من ناحية التفسير مع المنحى الحيوى أو العضوى لفهم الاكتئاب؛ فالعجز المعرفى، والعضوى هما وجهان لعملة واحدة، فالتفكير الاكتئابى يكون دائماً مصحوباً بعجز فى المستوى الوظيفى لناقلات عصبية محددة فى الجهاز العصبى المركزى، وعجز وظيفى فى المهاد التحتانى، والعكس بالعكس. وهذا النموذج الذى قدمه بيك يختلف عن نموذج العلاج السلوكى التقليدى القائم على مبدأ المنبه - الاستجابة. فالنموذج السلوكى للاكتئاب يتبع التعريف الأصيل لسكينر "Skinner" للاكتئاب على أنه ظاهرة انطوائية تؤدي إلى تناقص السلوك النشط تبعاً لتناقص التعزيز الإيجابى المتوقع. وهذا النموذج تم تطويره بواسطة ليفنسون (Lewinsohn, 1974) والذى أشار إلى ثلاث مجموعات من العوامل تحدد درجة الاستجابة للتعزيز المتوقع وهي: طاقة الفرد المدعمة، والاتاحة، والمهارة فى إمداد الأفراد لأنفسهم بالمدعمات (المهارة الاجتماعية الأداثية).

ويوضح الشكل التالي الاختلاف بين النموذجين السابقين:

النموذج السلوكي:



النموذج المعرفي:



النموذج المعرفي:

إنتاجات معرفية: تفسيرات - إدراكات مشوهة - ذكريات سلبية.

الثلاث المعرفي السلبي:

توضح المقابلة العيادية مع مريض الاكتئاب أن محتوى التفكير لديه يتضمن ما يلي:

- ١ - نظرة سلبية نحو الذات Negative view of the self: فالمريض يستخدم عدداً من المصطلحات، والتعبيرات الازدراثية التي تنفص من قدر الذات، عند وصفه لسلوكه، فهو كسول Lazy وكاذب، وعاجز.

٢- نظرة سلبية نحو العالم Negative view of the world: فالمريض يدرك حياته وعالمه بشكل عام على أنه غير مرض، ومحبط، وغير مجز، ويرى أن مشكلته ليس لها حل ولا يمكن الهروب منها، ويرى العالم منفصلاً عنه، وملئ بالتعاسة وعدم السعادة.

٣- نظرة سلبية نحو المستقبل Negative view of the future: وإلى جانب ما سبق فهو يرى المستقبل لا فائدة فيه، ويرى أن الصعوبات التي يواجهها ومشكلاته الحالية سوف تستمر إلى الأبد وسوف تصبح أسوأ مما هي عليه الآن، فهو يشعر بفقدان الأمل، والعجز، ويفقد القدرة على إحداث تغيير للأحسن.

ومن خلال الجمع بين الثالوث المعرفي السلبي، والأعراض العيادية للاكتئاب يمكن فهم الاكتئاب من خلال النموذج المعرفي كما يوضحه الشكل التالي:

<ul style="list-style-type: none"> - نظرة سلبية نحو الذات. - نظرة سلبية نحو العالم. - نظرة سلبية نحو المستقبل. 	<ul style="list-style-type: none"> الحزن، والقلق، والاستئثار، وفقدان الثقة وفقدان الدافعية، وقلة النشاط، وفقدان القدرة على الجسم، وفقدان الاهتمام، والرغبة في التعاشي، والرغبة في الاثحار، وفقدان الشهية، وفقدان الطاقة الجنسية، واضطراب النوم.
---	--

(Blackburn & Davison, 1990, pp. 16-25)

ويرى سكوت (Scott, 2001) أن نموذج بيك في الاكتئاب إنما يقوم على افتراض أن المعتقدات المكتسبة لدى الأفراد، والتي تعتبر عوامل مهتة للاكتئاب هي معتقدات عن العجز، وأن الشخص غير محبوب، وأن المعارف السلبية عن الذات والعالم والمستقبل، هي التي تؤدي إلى الاكتئاب، وأن الأفكار السلبية الآلية التي تسيطر على تفكير الأفراد المكتئبين، تم اكتسابها عن طريق تشويه منظم في عملية معالجة المعلومات. والعلاج المعرفي في جوهره هو إعادة صياغة البناء المعرفي المشوه وتقييمه، ومعالجة العجز الوظيفي للاتجاهات والمعتقدات (Ibid).

وطرح سليجمان في السبعينيات من القرن الماضي تصوراً آخر لتفسير الاكتئاب، حيث أجرى سلسلة من التجارب على الحيوانات لإثبات أن الاكتئاب هو استجابة نتعلمها عندما نجد أنفسنا نتعامل مع مواقف مهددة للطمأنينة والأمان، ولا مهرب منها؛ أو عندما تواجهنا مشكلات ميئوس من حلها، ويشير ميللر (Miller et al., 1996) إلى أن العجز المتعلم يمكن أن يمدنا بنموذج لفهم الاكتئاب التفاعلي Reactive depression أو الاكتئاب الذي يرجع إلى أسباب بيئية أكثر منها أسباب داخلية. ومصطلح "العجز المتعلم" Learned helplessness يصف ما يحدث عند التعرض لخبرة منفرة، وغير متحكم فيها وتعمق هذه الخبرة، ما تم تعلمه من استجابات الهروب والتحاشي، وتتمثل الأعراض السلوكية الرئيسية لتعلم العجز هي العجز عن بدء الاستجابة، وعدم ربطها بالتدعيم، وذلك يمكن النظر إليه على أنه نتيجة نتعلم أن التدعيم والاستجابة هما شيئان مستقلان.

ولقارنة الاكتئاب بالعجز المتعلم يمكن النظر إلى أربع مناطق متشابهة رئيسية هي: الأعراض، والأسباب، والعلاج، والوقاية. وقد لا يكون ذلك منطبقاً على كل هذه المناطق الأربعة، ولكن إذا ما تداخلت الظاهرتان في منطقة واحدة منها فيمكننا هنا أن نختبر النموذج لبقية المناطق الأخرى فننقل مثلاً أن العجز المتعلم لدى الحيوانات والبشر تنتج عنه أعراض متشابهة تمثل الاكتئاب التفاعلي، فيما أن المنشأ لكليهما متشابه، ولو وجدنا أن تعلم العجز يمكن أن يُعالج بفعالية بتعريض الأفراد لاستجابات تنتج أو تثير الارتياح فيمكننا أن نتبنا بشفاء الاكتئاب أيضاً. والاستجابات الفعالة هي إنتاج التدعيم يجب أن تكون قضية مركزية في العلاج الناتج وذلك لأنه لم تتوقف التجارب على الحيوانات عند مستوى وصف الظروف التي تؤدي إلى حالة اليأس والاكتئاب بل تم وضع ملاحظات أيضاً عن الشفاء والعلاج. فقد كان العلاج بالنسبة للحيوانات ليس فقط بفتح قيودها، وفتح المجال لها للهروب بل كانت تتعلم وتتدرب على تكوين استجابة معارضة لليأس. وبالانتقال إلى الإنسان

فتجد أن من أسس العلاج ألا يكتفى المعالج بتوجيه النصيح للمريض بالتغيير، بل يحثه على تحقيق أقصى تقدم في العلاج، وممارسة نشاطات تتعارض مع الاكتئاب عدداً من المرات وذلك حتى يكتسب المريض عدداً من الحقائق والأساليب المشجعة على التغيير الإيجابي والتغلب على الاكتئاب.

ومن جهة أخرى فقد أجرى ليفنسون وزملاؤه (Lewensohn, et al., 1974) عدة دراسات لإثبات أن الشخص الذي يتقن مهارات اجتماعية متنوعة في التفاعل الإيجابي مع الآخرين وفي نفس الوقت يحتل موقعاً في العمل يحقق له الرضا، يكون أقل عرضة للاضطرابات النفسية. وقد تبين أن مستوى النشاط لدى المكتئبين يقل عن غيرهم من الأفراد الأسوياء وأن هناك علاقة مطردة بين زيادة شدة الاكتئاب وتدهور أو قلة المهارات الاجتماعية، كذلك تبين أن المكتئبين يتفاعلون مع عدد أقل من الناس بالمقارنة بغير المكتئبين وأن مستوى نشاطهم اللفظي كما يتمثل في حجم الكلام، وطول الجملة، وطريقة النطق كلها تتأثر بالحالة الاكتئابية. وقد حقق ليفنسون وزملاؤه نجاحاً ملحوظاً في تطوير أساليب العلاج السلوكي للاكتئاب معتمد أساساً على التدعيم الإيجابي للنشاط، والمهارات الاجتماعية، مع التدعيم السلبي للسلوك الاكتئابي. وفي هذا الإطار حدد ليفنسون ثلاث مجموعات من العوامل التي تحدد درجة الاستجابة للتدعيم المحتمل وهي: طاقة الفرد التدعيمية Individual's potential reinforces (التي تختلف كماً وكيفاً)، والإتاحة Availability، ومهارات الفرد في إمداد نفسه بالمدعمات (وهي الفعالية أو المهارات الاجتماعية) Social skills.

ويشير بايكل ودولتشاهي (Paykel & Dowlatshahi, 1998) إلى أنه يجب أن نأخذ في الاعتبار أن أحداث الحياة قد تسبب الاضطرابات النفسية (وذلك في وجهة نظر جديدة مفسرة للاكتئاب)، حيث تبنت البحوث الواقعية منهجاً أكثر حداثة، والخطوة الأولى كانت تنمية قائمة لأحداث الحياة. وقد استخدمت الدراسات الأولية استخبارات التقرير الذاتي، ولكن الدراسات

اللاحقة لها تحركات تجاه بناء قوائم لمقابلة شبه مقننة ، وذلك لأن التعرف على المشكلة يكمن في تقرير استرجاعي للأحداث الحياتية، ولذا فقد تكون التقارير الذاتية أكثر تحيزاً في استدعاء أحداث معينة دون غيرها. وفي هذا الصدد تم دراسة أحداث الحياة في علاقتها ببداية الأمراض النفسية، واهتمت الدراسات باضطرابات القلق، والوساوس القهرية، والهوس، والقصام، ومحاولات الانتحار، والانتحار الفعلي، ولكن أكثر الاضطرابات التي تم دراستها هو الاكتئاب. وترتبط الضغوط التي يتعرض لها بأحداث الحياة، وهو الأحداث اليومية التي يتعرض لها كل الناس وتشمل هذه الأحداث التفاعلات الأسرية والاجتماعية خارج الأسرة، وداخل العمل، والأمور المالية، وغيرها وكل هذه الأنواع من الأحداث ينتج عنها ضغوط نفسية عديدة. وللتغلب على هذه الضغوط فإن هناك عدداً من الطرق والأساليب العلاجية التي من شأنها أن تقلل منها. ومن هذه الأساليب: الاسترخاء، وتحديد الأهداف، والتقليل من الانفعالات، وتوزيع الأعباء، وغيرها من الأساليب التي تستخدم لتخفيف هذه الضغوط.

ويربط جاهدودا "Jahoda" (See: Nezu et al., 1989) بين الصحة العقلية وحل المشكلات، فقد أشار منذ ما يقرب من ثلاثين عاماً إلى أن القدرة على حل المشكلات تعد أحد المكونات الأساسية الحاسمة بالنسبة للصحة النفسية والعقلية. وافترض أيضاً أن العجز في مهارات حل المشكلات يرتبط بالتوافق النفسي غير الكفء وأيضاً بالأمراض النفسية. وفيما يتعلق بالاكتئاب، فقد أشار نيزو. (Ibid) إلى وجود علاقة تفاعلية متبادلة بين أربعة متغيرات هي: أحداث الحياة السلبية الرئيسية (الكبرى)، والمشكلات الحالية، ومواجهة حل المشكلات، والأعراض الاكتئابية. وذلك في المستوى الأول من تحليل الاكتئاب. أما على المستوى الثاني من التحليل فيتم التركيز على عوامل الاستهداف الوراثية والحيوية، ويركز المستوى الثالث من التحليل على العلاقة بين كل من المكونات الأساسية لحل المشكلات والاكتئاب.

ومما سبق يتضح أن هناك عدة أطر نظرية وعدة نماذج تصدت لتفسير الاكتئاب، وبناءً عليها تم تطوير عدد من الأساليب العلاجية التي تركز على تلك الأسس، سواء أكانت سلوكية أم معرفية. وهذا ما دفعنا لتبني وجهة النظر الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور في علاج الاكتئاب، وذلك في سياق تكاملي انتقائي كما سيتم توضيح ذلك لاحقاً.

العلاج النفسي متعدد المحاور:

تبنى السلوكية المعاصرة نوعاً من التفكير الذي يهتم اهتماماً خاصاً بالمشكلة النفسية بحيث لا يجردها من طبيعتها المعقدة. ومحور هذا التصور هو أن الاضطراب النفسي عندما يحدث يشمل أربعة جوانب من الشخصية:

- ١- السلوك الظاهر (الأفعال الخارجية).
 - ٢- الانفعال (التغيرات الفسيولوجية).
 - ٣- التفكير (طرائق التفكير، والقيم، والاتجاهات، وأساليب حل المشكلات).
 - ٤- التفاعل الاجتماعي (العلاقات بالآخرين، وطرائق معالجة وإدارة الضغوط، والمهارات الاجتماعية).
- (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٤، ص ٩٢ - ٩٩؛ عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ص ٢٥٠).

ويقدم بلاكبيرن ودافيسون، تحليلاً وظيفياً للاكتئاب كما يلي:

- ١- الأعراض النفسية.
 - أ- المزاج (الكدر، والقلق، والاستثارة).
 - ب- التفكير (نقص التركيز، وبطء التفكير، والنظرة التشاؤمية، ونقد الذات، ونقص تقدير الذات، وعدم الحسم).

ج- الدافعية: نقص الاهتمام بالعمل، وعدم الرغبة في أداء نشاطات العمل والنشاطات الاجتماعية الأخرى، والرغبة في الهروب، وازدياد الاعتمادية.

د- السلوك: عدم النشاط، والبكاء، والشكاوى الزائدة.

٢- الأعراض الحيوية (البيولوجية):.

فقد الشهية/ زيادة الشهية (اضطراب الطعام)، وفقدان الطاقة الجنسية، واضطرابات النوم، والانعزال، والاهتياج. (Blackburn & Davison, 1990, pp. 4-5).

ويتفق هذا التحليل الوظيفي للاكتئاب كما قدمه بلاكبيرن ودافيسون مع ما ورد في دليل التشخيص الرابع للأمراض النفسية (DSM-IV)، فيما يتعلق بمحددات تشخيص الاكتئاب (See: DSM-IV, pp 317-324).

ونستخلص مما سبق أن هناك عدداً من الجوانب التي يجب التصدي لها عند علاج الاكتئاب، إذ أن إغفال أحد هذه الجوانب قد يؤدي لاحقاً إلى زيادة احتمال الانتكاس، لذلك فلا بد للمعالج أن يختار من الأساليب العلاجية المتاحة ما يتوافق مع حالة المريض، بحيث ينجح في مواجهة الجوانب المختلفة للاضطراب.

وأحدث ما تم كتابته عن العلاج متعدد المحاور هو ما يمكن تسميته بالمنهج التكاملّي الانتقائي Integrative and eclectic approach والانتقائية هي اختيار عدد من المبادئ الموجودة داخل الأنساق والنظم المختلفة من التفكير، بحيث تكون نسقاً مقبولاً ومرضياً من المبادئ الجديدة.

والانتقائية كاتجاه مثلها مثل المذهب الشكّي Skepticism، أو المذهب التوفيقّي Syncretism، تظهر فقط عندما توجد نظم وطرائق متعددة، ومتعارضة في الحال، لكن الانتقائية في جوهرها ليست مماثلة للمذهب الشكّي، فلا

يتم تعديل كل النسق للوصول إلى التجانس المطلوب، لكن بدلاً من ذلك، يتم اختيار مبدأ نفسياً من كل نظام من الأنظمة المتوفرة والتي تتميز بقدر من الانسجام الداخلي.

ويقوم مبدأ الاختيار على عدد من القواعد هي:

- ١- اختيار ما يعتبر الأفضل في كل الأنظمة.
- ٢- أفضل الإجراءات العلاجية التي تبدو أكثر قابلية للتطبيق على الحالة.
- ٣- اختيار ما له القدرة على العمل والاستقرار.
- ٤- اختيار مفاهيم مستقاة من اثنين أو أكثر من أنساق التفكير السائدة في مختلف مدارس علم النفس.

ومن ناحية أخرى، نجد أن التكامل هو عملية جمع أجزاء مختلفة في كل واحد أو إكمال شيء لم يكن قد تم إكماله عن طريق إضافة أجزاء أخرى له. وقد يبدو للوهلة الأولى أن هناك تداخلاً بين الانتقائية والتكامل، لكن الفرق الجوهرى بينهما يكمن في أن الانتقائية هي عملية اختيار مع تضمين أخذ شيء أو جزء من شيء خارجاً عنه، في حين أن التكامل هو عملية "جمع" مع تضمين إنتاج شيء كلي جديد.

وما قد يعد مثالاً على هذا المنحى، ما يسمى بالعلاج المعرفي التحليلي Cognitive analytic therapy وهو أحد نماذج العلاج الانتقائي التكاملى متعدد المحاور، حيث يتم جمع عدد من الأفكار والمبادئ من نظرية التحليل النفسى، والنظرية المعرفية، ونظرية البناء الشخصى فى أسلوب علاجي مستقل. وترجع بدايات هذا الأسلوب الجديد إلى الكتابات المبكرة لأنتونى رايل (Anthony 1982, Ryle 1990) والذي صاغه بصورة متكاملة فى كتاباته ما بين عامي (1995- 1997) (See: Palmer & Woolof, 2000, pp. 202-212).

العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب والمساعدة الذاتية (self-Help):

يبرز مفهوم المساعدة الذاتية كفنية من فنيات العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب ويقف كإحدى الفنيات المهمة والتي تخدم الهدف الأساسي للعلاج النفسي المعرفي السلوكي، وهو مساعدة المريض على تعلم طرائق جديدة، يستطيع بواسطتها التصدي للضغوط وحل المشكلات، والتعامل الكفء في المواقف الحياتية الراهنة والمستقبلية حتى بعد انتهاء فترة العلاج. وهناك نوعان من المساعدة الذاتية:

النوع الأول: المساعدة الذاتية بأسلوب إعطاء الواجب المنزلي Self-Help Homework:

وهو الأسلوب الأكثر شيوعاً واستخداماً في العلاج المعرفي السلوكي، وهو قائم على إعطاء واجبات منزلية للمريض، يقوم بإنجازها ما بين الجلسات العلاجية. وقد تكون هذه الواجبات عبارة عن جداول للمراقبة الذاتية للأفكار الآلية السلبية، أو ممارسة النشاطات السارة، أو ممارسة تمارين الاسترخاء، أو ممارسة بعض التدريبات على المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات إلى غير ذلك من الواجبات التي تعطى للمريض في هذا السياق على حسب ما يحتاجه، ووفقاً للخطة العلاجية المحددة له. وفي كل جلسة من جلسات العلاج يقوم المعالج بمراجعة ما تم إنجازه من واجبات منزلية خلال الأسبوع السابق، وتحديد أوجه القصور وأوجه الاستفادة، وتحديد أسباب هذا القصور إن وجد، ومدى فعالية هذه الواجبات في تحسين أعراض المرض.

وهناك عدد من الصعوبات والمشكلات التي تواجه تنفيذ هذا الأسلوب يوردها بيك وآخرون (Beck et al., 1992, pp. 24-27) في عدد من النقاط كما يلي:

- ١- عجز المرضى عن أداء مثل هذه الواجبات في حالات الاكتئاب الحادة.
- ٢- لا يقوم المرضى بأداء هذه الواجبات، وذلك خوفاً من الفشل في إنجاز المهام المطلوبة.

- ٣- اعتقاد المرضى واقتناعهم بعجزهم عن مواصلة إنجاز هذه المهام لفترة طويلة.
- ٤- عجز المرضى عن تنظيم أوقاتهم، وحاجتهم للمساعدة في هذه العملية.
- ٥- في كثير من الأحيان يعتقد المرضى أن مشكلاتهم أكثر عمقاً، وتعقيداً من أن تُحل عن طريق مثل هذه الواجبات.
- ٦- يعتقد المرضى أن التحسن يمكن أن يحدث دون اللجوء لمثل هذه الواجبات.
- ٧- وأخيراً يمكن إضافة نقص الدافعية العامة للمرضى، والتي قد تقف كخلفية لكل هذه المشكلات والصعوبات.

النوع الثاني: العلاج القائم على المساعدة الذاتية Self-Help

..:Treatment

وهناك تعريفان لهذا النوع من المساعدة الذاتية:.

أولهما: يتلقى المريض منهجاً أو طريقة علاجية مقننة، مع إعطاء الكيفية التي يمكن أن يساعد بها نفسه بدون الحاجة إلى مساعدة رئيسة من المعالج. لذلك يجب أن يتم شرح العلاج بطريقة مفصلة، وفعالة، حتى يتمكن المريض من تنفيذها بشكل مستقل.

ثانيهما: فهو استخدام مواد مكتوبة، أو برامج حاسوبية، أو وسائل سمعية وبصرية بهدف حصول المرضى على فهم لمشكلاتهم وإيجاد حل لها، ويقوم المريض بذلك مستقلاً عن المعالج.

فلمن إذن يقدم هذا النوع من العلاج ؟ يقدم هذا النوع من العلاج إلى الفئات التالية:.

١- المرضى الذين هم على قائمة الانتظار، لتلقى الخدمات العلاجية في مجال الرعاية الأولية.

٢- المرضى والأفراد لدعم العمل مع ممارسين في الصحة العامة أثناء الجلسات العلاجية في مجال الرعاية الأولية والثانوية.

٣- جماعات المرضى لدعم التدخلات على مستوى الجماعات العلاجية.

(Williams & Whietfield, 2001, pp. 133-145)

ويضاف إلى المشكلات الخاصة بهذين الأسلوبين للمساعدة الذاتية الآتي:

١- الفروق الثقافية والحضارية بين ما يمكن أن يطبق في الغرب وما يمكن أن يطبق في ثقافتنا العربية.

٢- انخفاض الوعي بالأساليب العلاجية النفسية المعرفية.

٣- اختلاف أسلوب الحياة.

٤- اختلاف ديناميات المرض النفسي عموماً، والعوامل الحافزة على الاكتئاب خاصة في البيئة الغربية عن البيئات العربية.

ماذا يمكن أن يقدم في هذا الصدد؟

التغلب على المشكلات والصعوبات التي تواجه كلا النوعين السابقين من أساليب المساعدة الذاتية، وجدنا أنه يجب إدخال بعض التعديلات الإجرائية على أسلوب استخدام المساعدة الذاتية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

المساعدة الذاتية المسبقة بنموذج Modeling Self-Help:

وتكمن الفكرة الأساسية هنا في تعديل أساليب تقديم المساعدة الذاتية وطرائق أداء الواجبات المنزلية. ويتمثل الإجراء الأساسي في إعطاء المريض نموذجاً من الواجبات المطلوب القيام بها، والسلوكيات المراد تعديلها، والتدخلات العلاجية التي يجب أن تقدم له والتي يجب أن يقوم بها بنفسه فيما بين الجلسات العلاجية الأسبوعية، وذلك داخل الجلسة العلاجية ذاتها، عن

طريق استخدام المعينات السمعية والبصرية، وتخصيص وقت لكل نشاط يتم تقديمه سواء أكان قراءة، أم مشاهدة شريط فيديو، أم الاستماع لشريط مسجل، تبعاً لجدول محدد يضعه المعالج بناءً على ما يريد أن يقدمه من نشاطات أو يقوم به من تدخلات علاجية أثناء الجلسة، وأيضاً وفقاً لما هو مطلوب من المريض من واجبات، أو تعديلات سلوكية أو معرفية يقوم بإنجازها وتأتي هذه المرحلة (مرحلة القراءة أو الاستماع أو المشاهدة) كمرحلة أولى في هذا الأسلوب.

أما المرحلة الثانية، فهي تخصيص وقت من الجلسة لسماع شرح، ونقد المريض وتقييمه لما تم تقديمه في المرحلة الأولى، وتحديد مدى الاستفادة منه، وذلك وفق عدد من النقاط التقييمية المحددة سلفاً، تقدم في صورة استمارة للتقرير الذاتي، أو في صورة مقابلة مقننة (حسب ما تقتضيه الحال)، وتتحدد هذه النقاط فيما يلي:

- ١- تلخيص المريض لما تم عرضه، أو قراءته، أو سماعه أثناء الجلسة (المرحلة الأولى).
- ٢- تقييم مدى فهم المريض للإجراءات المتبعة التي خيبرها.
- ٣- ذكر الإيجابيات التي وجدها المريض في المرحلة الأولى.
- ٤- ذكر السلبيات التي وجدها المريض في المرحلة الأولى.
- ٥- تقييم الفرد لقدرته على القيام بمثل هذه الواجبات أو المهام.
- ٦- تحديد المريض لأساليبه وطرائقه الخاصة به، والتي يمكن أن يستخدمها وصولاً إلى الهدف المحدد من الجلسة، وذلك إلى جانب ما تم معرفته خلال المرحلة الأولى.
- ٧- مقترحات مقدمة من المريض نفسه، عن الأساليب البديلة بشكل عام وصولاً إلى الهدف نفسه.

- ٨- تقدير المريض لمدى استفادته مما تم عرضه وتقديمه خلال المرحلة الأولى (درجة من عشرة).
 - ٩- توقعات المريض عن مدى نجاحه، وإمكاناته لتنفيذ هذا السلوك أو هذه المهام منفرداً.
 - ١٠- تحديد الأفراد الذين يفضل المريض التعامل معهم، أو الأماكن التي يفضلها لتنفيذ المهام والتدخلات المقدمة والواجبات المقترحة.
- ومن شأن هذه الإجراءات المتبعة أن تضمن تحقق بعض الأهداف العلاجية والتي أهمها:
- أ- قيام المريض بإنجاز الجزء الأكبر من الواجب المنزلي أثناء الجلسات، بما يضمن تلقينه لقدر من الاستفادة العملية الواقعية.
 - ب- ضمان استيعاب المريض وفهمه وإتقانه للمهارات المطلوبة لتنفيذ المهام المقدمة، ووعيه بالظرائق التي يستخدمها، واختياره لأنسبها بما يتوافق مع ظروفه الحياتية اليومية.
 - ج- تنمية دافعية المريض للقيام بممارسة الواجبات المنزلية (المساعدة الذاتية) منفرداً خارج الجلسات العلاجية، وذلك لحصوله على قدر من الدعم الإيجابي، والاستيعاب أثناء الجلسة.
 - د- تنمية وتحسين إدراك المريض لكفاءته الذاتية عن مدى إمكانية نجاحه في القيام بالمساعدة الذاتية.
 - هـ- تنمية قدرة المريض على التفاعل الإيجابي دون التعرض لضغوط خارجية.
 - و- قد يساعد إحساس المريض بالمشاركة في وضع الأهداف العلاجية وتحليلها، وتحديد أنسب الأساليب الملائمة له، على زيادة تقديره لذاته.
 - ز- إمكان التوقف عند نقاط معينة (سواء أكانت فكرة، أم سلوكاً) وتقديم نقد لها، أو تدعيمها بشكل مباشر.

ج- مشاركة المريض في تقييم السلوك المرضي، والسلوك السوي، وبما يساعد على سرعة تقبله لهذا السلوك، واقتناعه بالوسائل التي تؤدي إلى إنجاز هذا السلوك السوي أو التخلص عن السلوك المرضي.

د- التقنيات التكنولوجية المقدمة من خلال المعينات السمعية والبصرية، والمتجددة من جلسة إلى أخرى قد تضيء جاذبية خاصة على الجلسات، وتسمى دافعية المرضى للاستمرار، والانتقال من مرحلة علاجية إلى أخرى.

ويشير كل من وليامز ووايتفيلد (Ibid) إلى عدد من مصادر تقييم كفاءة المواد المستخدمة في أسلوب المساعدة الذاتية، بحيث تلئم احتياجات المرضى وهي:

١- سهولة الوصول والتناول Accessibility: يجب أن تقدم المواد المستخدمة في الجلسات المبدئية بأشكال وطرائق مختلفة، وملائمة، ويتميز بسهولة الاستخدام، وسهولة الفهم والتناول.

٢- الملاءمة Appropriateness: يجب أن تصمم الأدوات بشكل يلئم احتياجات المرضى في كل جلسة.

٣- الإتاحة Availability: يجب أن تكون المواد المقدمة متاحة لأكثر عدد من الأشخاص في وقت واحد، وهذا يعني أن تقدم هذه الأدوات في أشكال مختلفة مثل: الكتب، والاسطوانات المدمجة، وشبكة المعلومات بحيث يكون هناك نسخة إلكترونية من المواد يمكن نشرها عبر شبكة المعلومات.

٤- القابلية للقراءة Legibility: ولتحقيق هذا الهدف يجب أن يقدم المحتوى في شكل نص واضح وملائم للجمهور. فمثلاً في حالة مرضى الاكتئاب، غالباً ما يكون هناك اضطراب في الانتباه، والقدرة على التركيز، ومن ثم يجب استخدام بنط كتابة مناسب، مع ترك مسافات

بين السطور، وتكون النصوص واضحة، والفقرات قصيرة، وقد يكون استخدام الظلال عملية ميسرة للحصول على كفاءة أعلى، وأيضاً يجب أن تكون الجمل قصيرة، مع التقليل قدر الإمكان من المصطلحات العلمية، والطبية، والنفسية.

٥- اشتراك المستخدم User involvement: يجب أن يشترك المستخدمون في اختيار المواد الخاصة بهم، وتصميمها حتى تتفق مع حاجاتهم.

وفي هذا الصدد، نرى أن الشروط السابقة يمكن تعديلها، وإضافة عدد من الشروط الواجب توافرها في المواد المستخدمة في أسلوب المساعدة الذاتية المسبقة بنموذج على النحو التالي:

١- الجاذبية والإثارة، يقصد بالجاذبية والإثارة أن تتميز المادة المقدمة بعدد من الخصائص، والمميزات البنائية والشكلية ذات الجاذبية المثيرة للدهشة، ويتأتى ذلك من خلال الجودة في شكل وطريقة تقديم محتوى المواد المستخدمة، والأسلوب المتبع في تقديم المادة سواء أكانت مقروءة، أم مسموعة، أم مرئية.

٢- الملاءمة الوظيفية، يقصد بها ملاءمة المادة ليس فقط لما يحتاجه ويختاره المريض، بل وملاءمتها أيضاً للأهداف العامة التي يضعها المعالج والمأمول تحقيقها من هذه المادة، وأيضاً تكون محققة للأهداف النوعية، والتي قد تختلف من جلسة إلى أخرى، ومن مرحلة إلى أخرى من مراحل العلاج.

٣- المرونة، وهي أن تتسم المادة، أو المواد المستخدمة بقابليتها للاستبدال أو التعديل (من مسموعة إلى مرئية، أو من مكتوبة إلى مسموعة وهكذا) وذلك وفقاً للحالة العامة للمريض، وأيضاً للطبيعة النوعية للجلسات.

٤- التكامل، ويقصد به إمكانية الجمع بين أكثر من وسيلة من وسائل المساعدة الذاتية لتحقيق الهدف نفسه في الجلسة الواحدة، أو اختيار

أجزاء محددة من كل نوع من الأشكال والمضامين المختلفة من المواد المستخدمة لتحقيق الهدف نفسه.

٥- التوقيت: يقصد بالتوقيت في هذا السياق نوعان من التوقيت:

(أ) توقيت العرض أو التقديم: فمتى يتم تقديم المادة المستخدمة، هل تقدم في بداية الجلسة أو في المنتصف أم في آخر الجلسة؟ وهل يستقطع وقت من وقت الجلسة الأصلي؟ أم يزيد وقت الجلسة بمقدار عرض أو تقديم المادة المستخدمة؟

ونرى في هذا الصدد، أن يزيد وقت الجلسة الأصلي بمقدار يتراوح بين ٢٠ - ٤٥ دقيقة يتم فيها تقديم مواد المساعدة الذاتية بمرحلتها الأولى والثانية.

(ب) مدة العرض: هل تتفاوت مدة عرض المواد المقدمة للمساعدة الذاتية وفقاً لطبيعة كل مادة؟ أم يتم تثبيت وقت أو مدة التقديم أياً كان نوع المادة المقدمة؟

ونرى في هذا الصدد أيضاً، أنه إذ كانت المادة المقدمة تتسم بمحتوى معلوماتي تعليمي أن تكون مدة العرض قصيرة (١٥ - ٢٠ دقيقة) ويزيد هذا الوقت في حالة ما إذا كان محتوى المادة المقدمة عبارة عن تمارين، أو تدريبات، أو ممارسات لنشاطات معينة لأهداف علاجية محددة (تعديل سلوك - نشاطات سارة - تمارين استرخاء - مهارات اجتماعية - مهارات توصيفية إلخ).

وبعد هذا العرض الموجز لبعض الأطر النظرية المفسرة للاكتئاب وعرض بعض الأساليب المعرفية السلوكية وصولاً إلى أسلوب المساهمة الذاتية المسبوقة بنموذج يمكن وضع خطة عامة لسير البرنامج العلاجي والمحاور الأساسية التي سوف يتضمنها البرنامج على النحو التالي:

خطة تخفيف حدة الاكتئاب باستخدام أساليب المساعدة الذاتية المسبقة بنموذج.

هناك عدد من الموضوعات التي يجب أن يتم اختيارها بعناية، وتبعاً لمنهج فعال وهادف، وعلى أساس هذه الموضوعات يتم تحديد أساليب المساعدة الذاتية المسبقة بنموذج، والتي سوف يتم على أساسها وضع الخطة العلاجية. وهذه الموضوعات تمثل عدداً من المراحل المنفصلة المتصلة بشكل تكاملي، وتتحدد هذه الخطة المقترحة في أربعة محاور هي:

أولاً : فهم الاكتئاب: ويتم في هذه المرحلة تناول عدد من الموضوعات التي تساعد المرضى على فهم طبيعة المرض ومنها: الأعراض والتغيرات السلوكية والتغيرات في التفكير والأعراض الجسمية المصاحبة، والتغيرات المزاجية.

ثانياً : التدخلات العلاجية الفعالة: مثل أساليب حل المشكلات، وبرامج تأكيد الذات، وتعديل السلوك، والتغلب على مشكلات النوم والأعراض الجسمية، وملاحظة الأفكار وعلاج التشوه المعرفي (نحس ونقيد الأفكار الآلية)، وتعديل الاتجاهات السلبية.

ثالثاً : تغيير المزاج: النشاطات السارة، وتغيير أسلوب الحياة.

رابعاً : التخطيط للمستقبل: برامج للوقاية من الانتكاس.

برنامج العلاج المعرفي السلوكي لتحسين أعراض الاكتئاب:

أولاً: الإطار العام للبرنامج.

أ) يشتمل البرنامج على ثلاث مراحل متتالية:

- ١- المرحلة الأولى: المرحلة التمهيدية أو قبل العلاجية "ثلاث جلسات".
- ٢- المرحلة الثانية: مرحلة التدخلات العلاجية الفعلية (مراجعة وسلوكية) "عشر جلسات".
- ٣- المرحلة الثالثة: مرحلة إنهاء العلاج والوقاية من الانتكاس "ثلاث جلسات".

(ب) بناء الجلسات:

هناك إطار واضح ومحدد، وخطوات متتالية تحدد سير الجلسة العلاجية من بدايتها حتى نهايتها، وبما يضمن تحقيق أقصى استفادة للمريض وأقصى استغلال واستثمار لوقت العلاج، ويقي من التطرق إلى موضوعات أو قضايا فرعية غير محسوبة، مما يؤدي إلى استنزاف الوقت وقلة الفائدة. وهذا التخطيط أو البناء غالباً ما ينطبق على ككل الجلسات العلاجية (عدا الجلسة الأولى بطبيعة الحال). ولكي تتحقق المرونة للبرنامج العلاجي فقد تم تخصيص ما يسمى "بالمساحات الحرة" من وقت لآخر، وهي فترة زمنية خلال الجلسة يترك للمريض مناقشة وطرح أي موضوعات أخرى خارج الأجندة الموضوعة للجلسة، الأمر الذي قد يساعد على خفض القلق من ناحية والشعور بالحرية الانفعالية من ناحية أخرى.

ويحدد بناء الجلسات العلاجية على النحو التالي:

- ١- فحص مزاج المريض.
- ٢- مراجعة موجزة للأسبوع المنقضى بين الجلستين.
- ٣- وضع أجندة للجلسة الحالية.
- ٤- تلقي العائد والربط بين الجلسات الحالية والسابقة.
- ٥- مناقشة بنود الأجندة.
- ٦- الواجب المنزلي.
- ٧- طلب عائد في نهاية الجلسة.
- ٨- قياس شدة الاكتئاب بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب قبل الجلسة.

يتراوح زمن الجلسة بين (٦٠ - ٩٠ دقيقة)، بواقع جلسة أسبوعياً عدا الجلسات التمهيدية فيمكن أن تكون خلال أسبوع واحد بفواصل زمنية يوم واحد بين ككل جلستين.

ثانياً: الأهداف والإجراءات العامة للبرنامج:

سيتم في هذا الجزء تحديد الأهداف العامة والإجراءات النوعية للبرنامج العلاجي بشكل عام، وذلك تبعاً لطبيعة كل مرحلة من مراحل البرنامج وذلك على النحو التالي:

١) المرحلة الأولى: الجلسات التمهيدية: "ثلاث جلسات".

وهي جلسات علاجية، لها أهداف محددة يمكن تفصيلها على النحو التالي:

- ١- تحديد مشكلات المريض وتحسين المفهوم المعرفي لكل مشكلة على حدة، وصياغتها صياغة محددة وواضحة.
- ٢- إجراء القياسات المبدئية وتحديد خط الأساس من حيث شدة الأعراض المكتتبية وحدة المشكلات بكافة أنواعها (معرفية، ومزاجية، وسلوكية، واجتماعية).
- ٣- تأكيد أهمية العلاقة التعاونية بين المعالج والمريض، وأهمية الواجب المنزلي (أو المهام المنزلية)، وبيان مدى تأثيرها على سرعة العلاج وكفاءته.
- ٤- تعريف المريض بصورة مختصرة، وبمبسطة بطبيعة العلاج المعرفي السلوكي وكيفية تطبيقه وإجراءاته.
- ٥- التدريب المبدئي على المهام التي سوف يقوم بإنجازها المريض خلال وبين الجلسات العلاجية عن طريق تقديم نماذج من هذه المهام.
- ٦- إقامة التحالف العلاجي والاتفاق على الاستمرار، وتحديد مدى دافعية المريض للمضي في العلاج.

الإجراءات العامة:

- ١- تتم الجلسات الثلاث خلال أسبوع بفاصل زمني يوم واحد بين كل جلستين.

- ٢- زمن الجلسة يتراوح بين (٦٠ - ٩٠ دقيقة).
- ٣- توزيع التقييمات الخاصة بخطة الأساس والمعلومات عن المريض على مدى الجلسات الثلاث.
- ٤- تخصيص جزء من الجلسة للتداعى الحر ومعرفة مشكلات المريض المزاجية والاجتماعية وغيرها.

ب) المرحلة الثانية: مرحلة التدخلات العلاجية: "عشر جلسات".

وهى مرحلة التدخلات العلاجية الفعلية ولها أهداف عامة محددة، ويتم الوصول إلى هذه الأهداف من خلال عدد من الإجراءات التنفيذية، ويمكن تفصيل هذا الأهداف والإجراءات على النحو التالى:

الأهداف العامة:

- ١- زيادة وعى المريض بالمشكلة.
 - ٢- زيادة وعى المريض بطريقة العلاج المعرفى السلوكى.
 - ٣- تخفيف أعراض الاكتئاب.
 - ٤- معالجة أخطاء التفكير.
 - ٥- تغيير أسلوب حياة المريض بما يزدى إلى تجنب المواقف الداعية للاكتئاب أو مواجهتها بطريقة إيجابية.
 - ٦- تعليم المريض أساليب جديدة للتفكير.
 - ٧- تقييم ومعالجة التشويه المعرفى فى اتجاهات المريض.
 - ٨- تعليم المريض أساليب جديدة لحل المشكلات.
 - ٩- تعليم المريض أساليب واستراتيجيات مواجهة الضغوط والتعايش معها.
- ولتحقيق هذه الأهداف العلاجية هناك عدد من الإجراءات التنفيذية التى من شأنها أن تساعد فى سرعة وكفاءة تحقيق هذه الأهداف، وهى تعتبر لب

التدخلات العلاجية، أو العملية العلاجية ذاتها، والتي تقدم من خلال الجلسات في هذه المرحلة. ويمكن إجمال هذه الطرق والإجراءات في النقاط التالية:

- ١- التعليم والتثقيف النفسى للمريض.
 - ٢- التدريب على الاسترخاء العضلى العميق.
 - ٣- التدريب على مهارات تأكيد الذات.
 - ٤- التعامل مع الأفكار الآلية (دحض وتنفيذ الأفكار- جداول المراقبة الذاتية).
 - ٥- التدريب على حل المشكلات.
 - ٦- أداء الأدوار.
 - ٧- ممارسة النشاطات السارة (تخيلاً أو واقعياً).
 - ٨- معالجة التشويه المعرفى فى اتجاهات المريض.
 - ٩- معالجة أخطاء التفكير.
 - ١٠- تعليم المريض طرق المساعدة الذاتية (كيف تكون معالجاً لنفسك).
 - ١١- تعليم المريض طرق مواجهة الضغوط والتعايش معها.
- وسوف يتم توضيح الإجراءات النوعية لكل مما سبق فى إطار شرح الجلسات العلاجية.

ج) المرحلة الثالثة: التقييم النهائى والوقاية من الانتكاس: "ثلاث جلسات".

وهى المرحلة الأخيرة من البرنامج وتتلخص أهدافها فيما يلى:

- ١- إجراء التقييم النهائى للمريض لكل ما تم إنجازه فى الجلسات العلاجية.
- ٢- إنهاء العلاج.
- ٣- تحديد مواعيد المتابعة.
- ٤- التقييم النهائى للبرنامج والتدخلات العلاجية ومدى استفادة المريض (تقرير ذاتى).

الإجراءات:

وتتلخص إجراءات هذه المرحلة فى عدد من النقاط كما يلى:

- ١- يجب المريض على ككل المقاييس والاختبارات التى تم الإجابة عليها فى المرحلة الأولى.
- ٢- تبصير المريض بإمكانية نجاحه فى العمل مستقلاً بشكل نهائى عن المعالج وأهمية ما تعلمه فى عدم عودة الأعراض مرة أخرى.
- ٣- الإجابة على استشارة تقييم البرنامج العلاجى من وجهة نظر المريض وتحديد مدى استفادته من ما تم خلال فترة العلاج.
- ٤- تأكيد أهمية المتابعة فيما بعد.
- ٥- تأكيد أهمية تعلم طرق مواجهة الضغوط وأساليب التعايش معها كاستراتيجية للوقاية من الاكتئاب وتدعيم النظرة الإيجابية وتأكيد أهمية الأنشطة السارة.

جلسات برنامج العلاج المعرفي السلوكي لتحسين أعراض الاكتئاب.

الجلسات.

أولاً، المرحلة الأولى: المرحلة قبل العلاجية "ثلاث جلسات".

الجلسة الأولى:

(أ) الأهداف:

- ١- معرفة مشكلات المريض بشكل مبدئي.
- ٢- التقدير المبدئي لحدة الأعراض.
- ٣- إقامة العلاقة العلاجية وتحديد أجنده المواعيد الثابتة للجلسات القادمة.

(ب) الإجراءات:

- ١- استقبال المريض:

يتم استقبال المريض، والترحيب به بشكل حيادي، ويجلس أمام المعالج ويفضل في بداية الجلسات أن تكون هناك مسافة كافية بين المعالج والمريض، غالباً ما تكون بقدر الحيز الذي يشغله عرض المكتب، ويتم سؤال المريض بعض الأسئلة الاستفسارية الموجهة لمعرفة مشكلاته بشكل مبدئي من قبيل:

- أ- ما سبب مجيئك للعلاج؟
- ب- مما تعاني، مما تشكو، ما الأعراض أو الأحاسيس أو المشاعر التي تشعر بها؟ وما الأفكار التي تشغل ذهنك وتشعر أنها ترهقه؟
- ج- هل أثرت مشاكلك الحالية على أوجه حياتك المختلفة؟ كيف؟
- د- هل تشعر في الوقت الحالي بأنك في حاجة لتلقى علاجاً نفسياً متخصصاً؟

٢- إتاحة الفرصة للمريض للتعبير عن مشكلاته (أو مشكلاته) بشكل تلقائي وبالشكل الذي يراه مع عدم إعطاء أى توجيهات أو إرشادات أو نصائح خلال الجلسة.

ويساعد الداعى الحر فى تعميق انطباعات وملاحظات المعالج عن المريض، ومعرفة بعض أوجه التشويه فى التفكير والاتجاهات، وقد يساعد أيضاً فى إتمام جزء من العلاقة العلاجية المرجوة. ويظهر المعالج حسن الاستماع، والاهتمام، والتجديف فى المقابلة والتفهم لأعراض وشكاوى ومشاكل المريض.

٣- إقامة التحالف العلاجى: بعد سماع شكاوى المريض مبدئياً، وقبله ضمناً من قبل المعالج يتم سؤال المريض السؤال التالى مباشرة، هل أنت على استعداد للتعاون معى عند تلقىك علاجاً نفسياً حتى تتخلص من مشاكلك التى تعانى منها أم لا؟ وبعد أخذ موافقة المريض على الاستمرار فى العلاج يتم توضيح التالى:

إن فترة العلاج التى سوف تقضيها معى تتراوح بين شهرين ونصف وثلاثة شهور، بواقع جلسة أسبوعياً، عدا الجلستين القادمتين سيكون الفاصل بينهما يوم واحد خلال هذا الأسبوع (أو الأسبوع المقبل إذا كانت أول جلسة آخر الأسبوع)، ونظام الجلسات، من حيث الوقت يتراوح بين ٦٠ إلى ٩٠ دقيقة على الأكثر، وفى هذه الجلسات الأولى لا بد من عمل عدة أشياء: هنولاً نحدد سوياً مشكلاتك الأساسية ومشاكلك التابعة لها أو المصاحبة لها، ونحدد أولوياتك فى التعامل مع هذه المشكلات، وثانياً: لابد من عمل تقييم للأعراض المرضية لديك وتحديد شكاواك بشكل علمى؛ عن طريق إجابتك على عدد من المفاهيم النفسية والتى تعثر للمعالج النفسى، الأدوات بالنسبة للطبيب (سماعته، وميزان حرارة، ومقياس الضغط الخ)؛ فمن طريقها يمكننا تحديد مواطن المشكلات لديك، وأيضاً نستطيع بعد المرور بالحملة العلاجية كلها معرفة مدى

التحسين لديك، أى أننا سوف نطبقها ونجيب عنها مرة أخرى بعد انتهاء فترة العلاج، وأيضاً يجب أن يكون لدى قدر من المعلومات الشخصية عنك في استمارة سوف تراها. وخلال هذه الجلسات الثلاثة سوف نجيب عن كل الاختبارات أو المقاييس التي نحتاجها، وقد اخترنا أن تطبق على ثلاث مرات لكي لا تمل منها وأيضاً ليكون أمامنا فرصة للحديث عن مشكلاتك بشكل مباشر.

ونقطة أخرى يجب توضيحها لك، وهي أن كل ما يقال داخل الجلسة هو سر خاص بيننا نحن الاثنين، وهذا ما يجب أن تثق به، كما أنتى سأتق بأنك سوف تكون صادقاً فى كل ما تقول، وثق أيضاً فى قدراتك على تخطي أزماتك، وثق فى مقدرتى على مساعدتك على التحسن، فهذه الثقة المتبادلة تساعد كلا منا على المضي قدماً فى العلاج وسرعة التحسن. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى يجب الالتزام بمواعيد الجلسات وبما بوكل إليك من مهام لتنفيذها والتي سوف نتحدث عنها لاحقاً. تمام. وقد نمر ببعض الظروف القهرية، أنت وأنا بطبيعة الحال، وإننى قد تؤثر على بعض المواعيد؛ من قبيل المرض، أو حادث، أو تعطل المرور وما إلى ذلك من الظروف الاضطرارية غير المحسوبة، ولكن قدر الإمكان نحاول أن يكون هناك التزام منك ومنى أيضاً بمواعيد جلسات العلاج اتفقنا.

٤- يجب المريض على استمارة تاريخ الحالة ومقياس بيك لشدة الاكتئاب. وقائمة هاميلتون للأعراض الاكتئابية.

وبمثل ذلك التطبيق الأولى خط الأساس لشدة الاكتئاب والأعراض.

٥- يتم تحديد موعد ثابت أسبوعياً للجلسات القادمة، ووقت الجلسة أيضاً.

الجلسة الثانية:.

(أ) الأهداف:.

- أ- استكمال معرفة مشكلة (مشكلات) المريض.
- ب- الصياغة المبدئية للمشكلة وحدة الأعراض.
- ج- إجابة المريض على مقاييس تأكيد الذات وحل المشكلات.
- د- الإشارة إلى الواجبات (المهام) المنزلية.

(ب) الإجراءات:.

- أ- استكمال تداعيات المريض حول المشكلة وأعراضه، والجوانب المختلفة من شخصيته وجوانب حياته التي تأثرت بمشكلاته الراهنة، وهنا يتم إلقاء بعض الأسئلة الاستفسارية عن بعض النقاط التي يقولها المريض لتوضيحها، وأيضاً إيضاح بعض النقاط وأجمل وإعادة صياغتها لتأكيد لها وأخذ موافقة أو رفض المريض عليها، وبلورة كل الأفكار التي يوردها وصياغتها صياغة دقيقة.
- ٢- تحليل المشكلة بأبعادها المختلفة، وتحديد أولويات التعامل مع المشكلات التي سردها المريض، ويتم تحديد مشكلة أساسية بجوانبها المختلفة، وأيضاً توضيح بعض المشكلات الفرعية، ومحاولة ترتيبها من حيث الأهمية بالنسبة للمريض، وأخذ موافقة المريض على هذا الترتيب. ولا يتم أخذ القرار النهائي في هذا الشأن في هذه الجلسة ولكن يترك المريض حتى بداية الجلسة التالية حتى يستقر على قراره بالنسبة لأولوياته، مما يحمله قدراً من المسؤولية، ويشعره بقدرته على تحديد مشكلاته، وأن القرار له فيما يتعلق بهذا الشأن.
- ٣- إجابة المريض على مقاييس تأكيد الذات، ومقاييس حل المشكلات.

أما بالنسبة للجزء الخاص بالتقييم في هذه الجلسة، فلدينا مقياسان، أحدهما يقيس بعض جوانب الشخصية لديك، والآخر لئرى مدى قدرتك على حل مشكلاتك بشكل جيد، وطريقة حلك لهذه المشكلات، والتي تواجهك تقريباً يومياً.

٤- الجزء الأخير من هذه الجلسة هو جزء مهم، وحين وقته الآن، ما أريد أن أحدثك عنه هو أننا من خلال الجلسات العلاجية، سوف نُعطى عدداً من المهام أو الواجبات المنزلية التي سوف تقوم بأدائها منفرداً بالمنزل بناءً على ما سوف نتعلمه خلال جلسات العلاج، فإنك لن تقوم بعمل شيء لن تتدرب عليه هنا، وتعرف تماماً كيفية أدائه، ونتفق على نظام لأداء هذه المهام آخذين في الاعتبار، أوقااتك ومواعيدك وقدراتك ومهامك الاجتماعية والأسرية والمهنية الأخرى، وذلك لن يتعارض مع أى من هذه الجوانب. فكما تحافظ على مواعيد تنظيف أسنانك ومواعيد استحمامك أو غسيل الشعر وتهذيبه، فلا بد لنا أيضاً من تخصيص وقت خلال اليوم لصحتنا العقلية والنفسية، والواجبات المنزلية هي مهام تقوم بأدائها طوعاً خلال الأسبوع بين الجلستين وهي من الأهمية بحيث لا يمكن الاستغناء عنها، فهي تساعدك على سرعة التحسن والشفاء، فالترافكم هو الذي يؤدي إلى التحسن في النهاية، والواجبات المنزلية هي التي تؤدي إلى هذا الترافكم. ولا بد وأن أؤكد لك أن علاقتنا هي علاقة تعاونية، أى أنني لن أقوم بعلاجك وحدي بل إن عليك جزءاً مهماً في علاج نفسك، لأن وقت الجلسة مهما يكن طويلاً فلن يسمح بحدوث هذا الترافكم، وأيضاً أنت لن تبقى معي لسنوات، ولن أقابلك يومياً، فنحن سوياً نتعاون في علاقة محددة ولنا هدف مشترك هو شفاءك من ما تشكو منه، وحل مشكلاتك، وأؤكد مرة أخرى أنني سوف أساعدك في الشفاء والتحسن، ولكن عليك الجانب الأهم في سرعة هذا التحسن بالتزامك بواجباتك ومهامك وإنجاز المطلوب منك. وهي مهام بسيطة وسهلة وشيقة أيضاً وسوف تلعب ذلك.

الجلسة الثالثة:

(١) الأهداف:

- ١- التحديد النهائي للمشكلة وصياغتها صياغة دقيقة.
- ٢- تحديد النشاطات السارة للمريض.
- ٣- تحديد الأفكار الآلية السلبية.
- ٤- معرفة التشويه المعرفي الحادث في الاتجاهات نحو ذاته ونحو الآخرين ونحو المستقبل.

١- صياغة المشكلة: من خلال مراجعة كل عناصر المشكلة، وبناءً على المعلومات التي تم جمعها خلال الجلسات السابقة، والملاحظات الإكلينيكية، والتحديد المبدئي لمشكلة المريض يشترك المعالج والمريض في وضع وصياغة المشكلة صياغة مفهومية، معرفية واضحة محددة المعالم. ويتم في هذا السياق تحديد العوامل المفجرة والمهيئة لظهورها، والانفعالات المصاحبة وجميع العناصر التي تؤدي إلى السلوك غير المساعد والأعراض الإكتئابية.

٢- تحديد النشاطات السارة: تقدم للمريض مقدمة بسيطة عن النشاطات السارة وكيفية تأثيرها في المزاج فيتم قراءة النص التالي:

”من المعروف أن لكل فرد منا مجموعة من النشاطات، يرى أن ممارستها تكون مصدراً لبهجته، ورضاه، وسروره، لذلك فمن الأفضل أن يكتشف كل فرد بنفسه قائمته الخاصة من الأحداث السارة. وكلما تنوعت مصادر السرور كان ذلك أفضل، ولذلك فعلى الشخص أن ينمي عدداً من النشاطات الإيجابية في مجالات متعددة وتعد نشاطات تبعث على البهجة بالنسبة له، وليس من الضروري أن تكون هذه الأحداث أو النشاطات ضخمة، أو تستغرق وقتاً طويلاً، فمن الممكن أن تستغرق فقط بضع دقائق يومياً. وهناك بعض أخطاء التفكير وبعض التصورات غير الصحيحة، من شأنها أن تعوق الفرد عن اكتشاف مصادر السرور

والسعادة في حياته، فقد يتصور الفرد أنه عندما يبحث عن مصادر بهجته ويمارس بعض هذه النشاطات أنه قد يكون أنانياً، أو باحثاً عن اللذة فقط، لكن طالما أن هذه النشاطات مشروعة وغير ضارة للغير، ومقبولة فلا بأس من ممارستها ما دامت تبعث على السعادة وتعديل المزاج. وهناك مؤشرات كثيرة على أن الأفراد الذين يمارسون نشاطات سارة بشكل يومي هم أكثر سعادة وإحساساً بالرضا من هؤلاء الذين لا يمارسونها. كلما مارس الفرد هذه النشاطات برغبته ودون ضغط أو إجبار، زادت آثارها في تخفيف آثار الاكتئاب، وإزالة الشعور بالاكتئاب. وهذا ما سوف نقوم بعمله في الوقت الحالي، فلدينا هنا قائمة طويلة من النشاطات السارة سوف تساعدك في اختيار بعض النشاطات السارة التي تفضلها سواء الموجودة لديك بالفعل أو التي تحب أن تمارسها من ضمن هذه القائمة. اقرأ القائمة (أو سوف أقرأ عليك القائمة) وعليك أن تختار ما يناسبك منها. لأننا سوف نستخدم هذه النشاطات المختارة في فترة لاحقة من العلاج.

٣- تحديد الأفكار الآلية: الجزء الأخير في هذه الجلسة هو الجزء الخاص بالتقييم، وهو آخر جزء في التقييمات الأولية ولدينا هنا هذا الاختبار الذي يتناول عدداً من الأفكار التي تطرأ على ذهنك وتلح عليك من أن لآخر وعليك أن تختار منها ما ينطبق عليك وبأي درجة من الشدة، أي الإلحاح وسوف نتحدث عن هذه الأفكار الآلية في حينها لاحقاً. ويجب المريض على استخبار الأفكار الآلية المعطى له.

٤- التعرف على التشويه المعرفي في الاتجاه: الجزء الأخير من التقييم هو الاستخبار التالي: وهو عبارة عن عدد من العبارات التي تشير إلى آرائك واعتقاداتك في بعض القضايا الخاصة بك شخصياً، أو بالآخرين أو اتجاهاتك نحو نفسك والآخرين وأيضاً بعض القضايا العامة، وما عليك إلا أن تتبع التعليمات المعطاة لك في بداية المقياس وتجب عن تلك العبارات.

ويجب المريض على استخبار اختلال الاتجاهات بصورتيه أ، ب.

إنهاء المرحلة الأولى:

بهذه الجلسة نكون قد وصلنا إلى نهاية المرحلة الأولى من البرنامج العلاجي وهي مرحلة التقييم لكل أعراضك، وأفكارك، وبعض النواحي المهمة في شخصيتك، وأيضاً تحديد مشكلاتك وترتيب أولوياتك وتحديد طريقة التعامل فيما بيننا؛ وفي الجلسة القادمة سوف نبدأ مرحلة جديدة، شيقة وممتعة بالنسبة لك وسوف نلاحظ ذلك بداية من الجلسة القادمة. لأننا سوف نتعامل مع مشكلاتك وأفكارك بشكل مباشر، وأؤكد أيضاً ضرورة الالتزام، والتعاون لسرعة التحسن وكفاءته.

إن كان لديك أي تعليق أو استفسار لا تردد في طرحه سواء فيما يتعلق بالثلاث جلسات السابقة أو الجلسات القادمة.

المرحلة الثانية: التدخلات العلاجية: (عشر جلسات).

الجلسة الرابعة:

- ١- مراجعة سريعة لما تم في الجلسات الثلاثة الماضية وتلقى عائد بشكل عام عنها.
- ٢- وضع الأجندة.

(١) الأهداف:

- ١- زيادة وعي المريض واستبصاره، بطبيعة مرضه، وعلاقته بما يعانيه من أعراض معرفية ومزاجية وسلوكية.
- ٢- ما العلاج المعرفي السلوكي، وما إجراءاته ووسائله، وكيف يعمل على تحسين أعراض الاكتئاب؟
- ٣- تدريب المريض على ملء جداول المراقبة الذاتية والأفكار الآلية والمشاعر السلبية وبدء الواجب المنزلي.

ب) الإجراءات:

١- قراءة بعض النصوص المختارة، والمعدة سابقاً والمختصرة (أو الاستماع إلى شريط تسجيل صوتي) مصحوبة بشرح من قبل المعالج إذا لزم الأمر وتناول النقاط التالية عن الاكتئاب:

- ما الاكتئاب وما أعراضه؟
- كيف يؤثر الاكتئاب على سلوك الشخص وجوانب حياته المختلفة؟
- كيف يحدث التأثير المتبادل بين كل من الأفكار والمزاج والجوانب الفسيولوجية لدى مريض الاكتئاب؟

٢- قراءة بعض النصوص المختارة والمختصرة (أو الاستماع لشريط تسجيل صوتي) عن العلاج المعرفي السلوكي، وأساليبه وإجراءاته، وكيف يعمل علم شفاء وتحسن أعراض الاكتئاب؟

٣- تدريب المريض على ملء جداول المراقبة الذاتية للأفكار الآلية والمشاعر السلبية. وذلك بأن يقوم المعالج بالاشتراك مع المريض بملء أحد الجداول اليومية والأسبوعية بشكل افتراضي لأحد الأفكار، أو لعدد من الأفكار الآلية سواء الخاصة بالمريض أو الافتراضية، وكذلك بعض المشاعر السلبية نحو الذات أو العالم أو المستقبل أو أيًا كان، على أن يقوم المريض بعد ذلك بملء أحد الجداول بشكل منفصل لإحدى هذه الأفكار أو المشاعر السلبية حتى يتمكن من إتقان ما سوف يقوم به كواجب منزلي.

الواجب المنزلي:

١- قراءة بعض النصوص التكميلية عن الموضوعات التي تم مناقشتها وعرضها أثناء الجلسة أو الاستماع لشريط تسجيل صوتي يتناول هذه الموضوعات إذا تعذرت القراءة لأي سبب من الأسباب

٢- ملء جداول المراقبة الذاتية للأفكار الآلية والمشاعر السلبية خلال الأسبوع.

النصوص التي سوف يتم قراءتها داخل الجلسة،

لدينا نوعان من النصوص المقروءة أو المسموعة وهما:

- ١- نصوص مختصرة يتم قراءتها داخل الجلسة وهي تفي بالغرض المنوط بها داخل الجلسة، وهي ما سوف يتم عرضه في هذا السياق.
- ٢- نصوص مطولة ومفصلة، وتعطى للعريض ليقوم بقراءتها أو الاستماع لها خلال المدة الزمنية المنقضية بين الجلستين. وهذه النصوص مقدمة في الملحق الخاص بالبرنامج وسوف تقدم إما في صورة كتيبات صغيرة أو في صورة شرائط تسجيل صوتي.

أولاً: النصوص الخاصة بالكاتب:

ليس الاكتئاب هو مجرد هذا الحزن المؤقت على وفاة عزيز، أو هذا المزاج السيئ الذي نمر به من وقت لآخر، أو هو مجرد الإحساس بالوحدة، والذي يزول بمجرد زيارة صديق أو الحديث مع شخص عزيز عبر الهاتف، إنما هو أعمق من ذلك؛ فهو يتضمن المزاج المتعكر، والتشاؤم والشعور بفتور الهمة، والعجز، وبطء التفكير، وبطء التذكر، وانتقاء الذكريات الحزينة والمهينة، وفقدان القدرة على الاستمتاع بالأشياء التي كانت تمتعنا سابقاً. وهذه الأعراض النفسية، ومنفصات الحياة تستمر لمدة أيام طويلة وشهور، ذلك إلى جانب أن هناك عدداً من الأعراض الجسمية التي تعد كلها علامات على الاكتئاب ولا يكون لها سبب عضوي واضح مثل الخمول والكسل والعجز عن النوم (أو إفراط في النوم) ونقص الوزن (أو زيادته) والصداع، وفقدان الشهية (أو زيادتها بشكل غير طبيعي)، واضطرابات المعدة، وبعض الآلام المتفرقة، ويصاحب هذا أيضاً، تغيرات كيميائية حيوية (أي في بعض المواد الكيميائية الموجودة في الجسم) والتي يكون لها تأثير على الحالة المزاجية للشخص، والعلاقة بين هذه التغيرات الكيميائية والأعراض الاكتئابية المزاجية هي علاقة متبادلة دائرية، بمعنى أنه إذا حدثت هذه التغيرات الكيميائية فإنها

تؤدي إلى تغيير المزاج إلى المزاج الاكتئابى، وبالعكس فالانخفاض الذى يمر بها الشخص وتؤدي إلى تغيير مزاجه، تؤدي لتغير فى هذه المواد الكيميائية. وهناك أيضاً علاقة بين الطريقة التى يفكر بها الفرد، واتجاهاته، وأفكاره عن نفسه، وعن العالم، واتجاهاته نحو ذاته ونحو الآخرين، ونحو المستقبل وبين الاضطرابات النفسية التى يمر بها، فالاضطراب الانفعالى عموماً (والذى يتضمن أيضاً الاكتئاب) هو عبارة عن جوانب متكاملة، ومتفاعلة من النشاط السلوكى الداخلى (الأفكار) والخارجى (الجوانب الحركية). لذلك يمكن القول أن التفكير الانفعالى، والسلوك جميعها تمثل أشكالاً متداخلة تعبر عن الاكتئاب، والتغير فى إحداها يؤدي للتغير فى العناصر الأخرى. (محمد نجيب الصبوة ١٩٩٩: عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٥).

ولتلخيص ما سبق يمكن إجمال الأعراض الاكتئابية جميعها فى الشكل التالى:

- نظرة سلبية عن الذات .
 - نظرة سلبية عن العالم.
 - نظرة سلبية على المستقبل
- الحزن، والقلق، والاستثارة، وفقدان الثقة بالنفس، اضطرابات الطعام (فقدان الشهية أو زيادتها) وفقدان الدافعية، وقلة النشاط، وفقدان القدرة على الحسم واتخاذ القرار، والأفكار الانتحارية، وفقدان الطاقة الجنسية (عدم الرغبة)، واضطراب النوم (قلة النوم، أو زيادته).

هذه المعلومات المختصرة، التى توضح بشكل سريع ومباشر الاكتئاب وأعراضه، هى ليست كل ما يمكن قوله فى هذا الموضوع، وإن كان لديك أى أسئلة يمكنك تأجيلها لأنك سوف تأخذ معك فى نهاية الجلسة كتيب صغير (أو شريط تسجيل) فيه تفصيل أكثر، قد يجيب عن كل أسئلتك بعد أن تقرأه (أو تسمعه).

ثانياً: النقص الخاص بالعلاج المعرفي السلوكي:

"العلاج المعرفي السلوكي هو أحد أشكال العلاج النفسي التي صممت لتخفيف الأعراض المرضية، ومساعدة المرضى على تعلم أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع الصعوبات التي تتعلق بشكواهم، وهو علاج موجه مباشرة نحو مشكلة المريض النفسية والمشكلات الموقفية التي تسبب معاناة المرضى. وتعنى كلمة معرفي أن هذا النوع من العلاج يتعامل مع معارف الفرد أي أفكاره، واتجاهاته، وطريقته في حل مشكلاته، والطريقة التي يدرك بها العالم، ويدرك بها نفسه، وكيف يفسر هذا العالم من حوله، وكيف يفسر سلوكه هو نفسه وسلوك الآخرين تجاهه. وتعنى كلمة سلوكي، أنه يتعامل أيضاً مع السلوك الصادر عن الفرد، ومحاولة تغيير وتعديل هذا السلوك، فمثلاً: استجابات الفرد وطريقة تصرفه في المواقف المختلفة، وإرجاعه تجاه تصرفات الآخرين، وحركاته، وكلامه، وحتى أفكاره كلها يمكن تعديلها. لذلك سمي بالعلاج المعرفي السلوكي.

والعلاج المعرفي السلوكي له عديد من الأساليب التي يستخدمها المعالجون عبر عدد من الإجراءات مع مرضاهم لتحسين أعراضهم، وسوف نتعرف على بعض هذه الأساليب، ونمارسها لاحقاً في جلسات أخرى.

وهذا النوع من العلاجات عبارة عن عدد من الجلسات المصممة بناءً على أهداف محددة كلها تتعلق بمشكلة المريض بجوانبها المختلفة (كما فعلنا في الجلسات السابقة وأيضاً كما نعمل الآن)، ونبلّغ هذه الأهداف وتحقيقها والتي هي في النهاية الشفاء والتحسين بالنسبة للمريض، يقوم المعالجون بإتباع عدد من الإجراءات العلمية أثناء الجلسات كما سنرى فيما بعد.

والمعالج المعرفي السلوكي لا يقوم بالعلاج وحده، بل إن المريض يقع عليه الجزء الأكبر من مسئولية نجاح العلاج أو عدمه، فالمعالج يقوم بتعليم المريض وتبصيره بمشكلاته، ويرشده إلى طرق التغلب على هذه المشكلة، وعلى المريض أن يقوم بعمل تنمية ذاتية لقدرته وممارسة وتطبيق ما تعلمه داخل الجلسة والاستمرار عليه (أي أن يكون معالجا لنفسه) والمعالج والمريض

يدخلان في علاقة تعاونية، بمعنى أنهما يشتركان في إنجاز أعمال ومهام محددة في سبيل التخلص من الأعراض المرضية والشفاء أو التحسن. وفيما يتعلق بالاككتاب فالمرضى يتعلم كيف يتغلب على الأفكار والمشاعر السلبية، وأيضاً كيف يقوم بتعديل أسلوب حياته، ويتعلم طرق جديدة للتعاش مع الضغوط ومواجهتها والتخلص من أخطاء تفكيره، ويتعلم كيف يحل مشكلاته إلى آخره من المشكلات التي قد تسبب أو تتعلق بالاككتاب كما سنرى فيما بعد والهدف من تعليم المريض هذه الطرق ليس فقط أن يستمر هذا التحسن أثناء فترة العلاج بل لكي يكون لدى المريض ذخيرة كبيرة من الخيارات التي تساعد على مواجهة الحياة بشكل أكثر كفاءة حتى بعد انتهاء فترة العلاج، وتكون له القدرة على تجنب أو مواجهة المواقف التي تؤدي إلى الشعور بالاككتاب وتمنع عودة أعراضه مرة أخرى.

هذه معلومات بسيطة عن هذا الأسلوب العلاجي الذي سوف نقيمه في العلاج وسوف نجد كثيراً من المعلومات الإضافية والتوضيحية في الكتيب الذي سوف تأخذه في نهاية الجلسة (أو شريط التسجيل الصوتي).

الجلسة الخامسة:

• مناقشة الواجب المنزلي ومراجعة سريعة لما سبق.

• العائد عن الجلسة السابقة.

• الأجندة.

(أ) الأهداف:

- ١- مدى فعالية الأساليب السلوكية في إزالة أو تخفيف أعراض الاكتئاب
- ٢- التعرف والتدريب على الاسترخاء العضلي العميق لبعض المجموعات العضلية الستة عشر.
- ٣- ممارسة بعض النشاطات السارة (عرض نماذج منها).

ب) الإجراءات:

- ١- قراءة بعض النصوص المختارة عن الاسترخاء العضلي العميق، وكذلك الاستماع لشريط تسجيل صوتي عن الاسترخاء، ومشاهدة لشريط تسجيل فيديو عن إجراءات الاسترخاء العضلي وكيفية ممارسته.
- ٢- التدريب العملي على الاسترخاء.
- ٣- عرض شريط فيديو يتضمن بعض المناظر الطبيعية التي تعتبر من النشاطات السارة العامة مثل: منظر الشاطئ، والمساحات الخضراء الهادئة، والجداول المائية، وذلك لعرضها كنماذج للنشاطات السارة، وإن كانت ليست بالضرورة أن تكون ضمن النشاطات السارة الخاصة بالمريض.

الواجب المنزلي:

- ١- ممارسة وإتقان الاسترخاء العضلي باستخدام شريط التسجيل.
- ٢- ممارسة بعض النشاطات السارة (يختارها المريض).
- ٣- الاستمرار في ملء جداول المراقبة الذاتية للأفكار الآلية والمشاعر السلبية.

النصوص:

النص الخاص بالاسترخاء العضلي العميق:

يؤكد المعالجون النفسيون فائدة الاسترخاء العضلي العميق في تخفيض القلق والاكتئاب، والاسترخاء العضلي يمكن أن يستخدم مستقلاً وحده، أو يستخدم مع أساليب وطرق علاجية أخرى. فالناس جميعهم تقريباً يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في النشاط العضلي سواء بالنسبة للعضلات الخارجية مثل الذراعين والكتفين والركبتين وعضلات الوجه، أو بالنسبة للعضلات الداخلية مثل المعدة والأمعاء والحجاب الحاجز والقفص الصدري، ويمكن أن تلاحظ ذلك على بعض الأفراد أو حتى على نفسك في

مواقف الشدة والانفعال والعصبية أو الترفزة الزائدة، وأيضاً عندما تواجه مواقف تمثل لك ضغطاً وتوتراً، ومن المعروف أن الشخص عندما يمر بمواقف انفعالية شديدة، فإن ذلك يؤدي إلى زيادة التوتر العضلي لديه. وهذا التوتر قد يعوق قدرته على التكيف والتوافق مع الموقف، لذلك يمكن تعريف الاسترخاء بأنه تقليل وتوقف كل الانقباضات والتقلصات (الشدة) العضلية والتي تكون غالباً مصاحبة لحالة التوتر.

وفي حالات الاكتئاب، ورغم أن المرضى قد لا يلاحظ عليهم التوتر والشدة فإنهم يعانون بالفعل من قدراً من التوتر أكبر من الأشخاص العاديين؛ فالتوتر هو عرض ملازم للاكتئاب؛ لذلك فإن الاسترخاء يؤدي إلى انخفاض واضح وملحوس في أعراض كل من القلق والاكتئاب.

وبما أن الاسترخاء يمكن أن يستخدم مستقلاً أو مصاحباً لأساليب علاجية أخرى، فنحن في إطار العلاج الحالي سوف نستخدم الاسترخاء لتخفيف القلق والتوتر العام لديك، وأيضاً عند استخدام أساليب علاجية أخرى مثل التخلص من الأفكار السلبية، ومواجهة بعض المواقف التي تسبب لك الانزعاج والضغط. وهذا ما سوف تراه على مدى الجلسات التالية، وسوف تعطى في نهاية الجلسة نصاً (شريطاً) عن الاسترخاء العضلي العميق به معلومات إضافية وحقائق علمية أكثر تفصيلاً. وأيضاً سوف تعطى شريط تسجيلي يحتوي على تمارين الاسترخاء وسوف نسمعه سوياً الآن.

الجلسة السادسة:

- مناقشة الواجب المنزلي.
- العائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة .

(أ) الأهداف:

- ١- زيادة كفاءة وإتقان الاسترخاء العضلي العميق.
- ٢- تعليم المريض كيف يكون مساعداً لذاته ومعالجاً لنفسه.
- ٣- كيفية التغلب على الأفكار الآلية.

(ب) الإجراءات:

- ١- التزيب باستخدام شريط التسجيل الصوتي على الاسترخاء العضلي العميق لبعض المجموعات العضلية الجديدة.
- ٢- قراءة بعض النصوص، والمعلومات عن كيف يمكن للفرد أن يكون معالجاً لنفسه وكيف يكون مساعداً لنفسه، وأهمية المساعدة الذاتية في العملية العلاجية.
- ٣- اختيار إحدى الأفكار الآلية الخاصة بالمريض ومناقشتها وتفنيدها معرفياً.

الواجب المنزلي:

- ١- الاستمرار في ممارسة الاسترخاء العضلي العميق للمجموعات القديمة والجديدة معاً .
- ٢- ممارسة النشاطات السارة خلال الأسبوع وتدوين مدى نجاحها في تخفيض المشاعر السلبية وتعديل الحالة المزاجية (درجة من ١٠).

٢- الاستمرار في ملء جداول المراقبة الذاتية، وتحديد مدى التغيرات في المزاج والشعور بالارتياح، وأوقات الضيق، ومدى ارتباطها بكل من الاسترخاء والنشاطات السارة.

النص الخاص بكيفية المساعدة الذاتية:

"العلاقة بين المعالج والمريض في إطار العلاج المعرفي السلوكي هي علاقة تعاونية، وهي علاقة مخطط لها جيداً ومفتوحة في نفس الوقت، أي أن لها أهدافاً واضحة ومحددة وكذلك إجراءات محددة، إلا أنها تتسم بقدر عالٍ من المرونة. ومعنى العلاقة التشاركية أو التعاونية بين المعالج والمريض هو أن لكل منهما عدداً من الالتزامات والواجبات والمهام. فمهام المعالج هي تبصير المريض بمشكلاته، وتوضيح جوانبها المختلفة، وتعليم المريض طبيعة مرضه وعلاقة ذلك بالمشكلة، وأيضاً تعليم المريض وتدريبه على طرق مواجهة الضغوط، وكيف يحل مشكلاته، وتعليمه الوسائل التي يستطيع من خلالها أن يتغلب على مشاكله إلى غير ذلك من المهام التي يقوم بها المعالج خلال الجلسة العلاجية، أما مهام المريض فتتمثل في كيف يحافظ على ما تعلمه، وكيف يستفيد منه، وكيف يوظف هذه المعلومات والمهارات التي تعلمها في التغلب على مشكلاته، وأيضاً كيف ينمي مهاراته تنمية ذاتية بناءً على ما حصل عليه من معلومات، واكتسبه من مهارات تجعله أكثر قدرة على الاستبصار بمشكلاته من جهة، ومن جهة أخرى زيادة كفاءته على انتقاء ما ينفعه، وتحقيق هذه الأهداف لا بد من المشاركة الفعالة والنشطة للمريض خلال الجلسات العلاجية العقلية، وكذلك الالتزام بالواجبات والمهام المنزلية، ومثابرتة في أدائها ليس بهدف إرضاء المعالج، أو مجرد الانتهاء منها لكن بهدف الوصول إلى أفضل النتائج، وإتقانها جيداً، وأيضاً حرصه على تنمية ذاته وشحن قدراته في مواجهة الضغوط، وتعليم نفسه مهارات جديدة قد تكون ملائمة له، والحصول على معلومات إضافية عما تعلمه ولا بأس في أن يستشير معالجه بخصوصها. ويضع نصب عينيه أن هذه المهارات والمهام

والواجبات عندما يتم إتقانها سوف تفيد في ناحيتين، الأولى وهي سرعة وكفاءة العملية العلاجية وسرعة الشفاء، وثانيهما هي قدرته على مواجهة مشكلاته مستقبلاً بما يمنع أو يقلل من احتمالات انتكاسه وعودة الأعراض مرة أخرى.

الجلسة السابعة.

• مناقشة الواجب المنزلي.

• العائد عن الجلسة السابقة.

• الأجندة.

(أ) الأهداف.

١- الانتهاء من التدريب على الاسترخاء العضلي العميق.

٢- استكمال مناقشة الأفكار الآلية للمريض.

٢- التعرف على أخطاء التفكير التي يقع فيها المريض وعلاقتها بالمشاعر السلبية.

(ب) الإجراءات.

١- التدريب على الاسترخاء لآخر مجموعة عضلية ومناقشة إن كانت هناك أي صعوبات أو معوقات تواجه المريض فيما سبق، والإشارة إلى أن هذه هي المرة الأخيرة التي سيتم فيها التدريب على الاسترخاء داخل الجلسة، وبعد ذلك سوف نستخدم الاسترخاء مباشرة كأسلوب مساعد مع بعض الأساليب الأخرى، وعلى المريض أن يتقن الاسترخاء بنفسه خلال الفترة القادمة ضمن واجباته المنزلية.

٢- اختيار عدد من الأفكار الآلية السلبية للمريض ومناقشتها وتفنيدها.

٣- قراءة نصوب مختارة عن بعض أخطاء التفكير الشائعة، وكيف يمكن وضع بدائل لهذه الأخطاء وغيرها بحيث تتحول إلى بدائل إيجابية.

٤- التدريب على رصد الأفكار والمشاعر السلبية المصاحبة للمواقف الحياتية الحافزة للإكتئاب، وكذلك رصد أخطاء التفكير التي يقع فيها المريض في المواقف الحياتية المختلفة.

الواجب المنزلي:

- ١- الاستمرار في ممارسة الاسترخاء العضلي.
- ٢- الاستمرار في ممارسة النشاطات السارة.
- ٣- ملء نماذج رصد المواقف الحياتية الحافزة للإكتئاب والمشاعر المصاحبة لها.
- ٤- رصد أخطاء التفكير التي يقع فيها المريض ومحاولة وضع بدائل إيجابية لها.
- ٥- قراءة بعض النصوص التكميلية عن أخطاء التفكير. (أو سماع شريط تسجيل صوتي).

النص الخاص بأخطاء التفكير:

عندما يواجه الفرد موقفاً أو حدثاً ما، فإنه ينظر إليه، ويتعامل معه تبعاً لما يمتدده، أو تبعاً لطريقته العامة في الحياة فمن الممكن أن يشعر بالتهديد أو الطمأنينة، بالحب أو بالكراهية، بالسلام أو بالعداء، بالقلق أو بالهدوء، وذلك على حسب نظريته العامة، ووجهات نظره، وما يتوقعه نحو الحياة والآخرين، ويحدث المرض النفسي عندما يحاول الشخص تفسير الأحداث التي تواجهه، ويعيد صياغتها تبعاً لمعتقداته هو، وأساليب تفكيره، وطريقة إدراكه للموقف أو الحدث الذي يواجهه، والاكتئاب ما هو إلا استجابة لا تكفيه مبالغ فيها وتحدث كنتيجة لمجموع تصورات أو إدراكات الشخص السلبية والتي تكون متعلقة بالذات، أو بالمواقف الخارجية، أو بالمستقبل أو كل هذه الجوانب معاً.

فمن حيث الإدراك السلبي للذات، نجد أن الشخص المكتئب دائماً ما يرى نفسه ويصفها بالقصور، والنقص، والعجز، وينسب كل ما يمر به من مواقف أو أحداث غير سارة إلى عوامل النقص والقصور لديه سواء الجوانب الجسمية أو العقلية أو الاجتماعية؛ فهو دائماً يرى نفسه فاشلاً، وتافهاً، وغير ذي أهمية، وعاجزاً عن تحقيق أي هدف. وهذه هي معتقداته حول ذاته وإدراكه لها.

أما الإدراك السلبي للمواقف الخارجية (البيئة)، فالشخص لا يرى في العالم المحيط به، والحوادث التي يمر بها إلا أنها مليئة بالمعوقات، والصعوبات، والاحباطات التي تمنعه من تحقيق أهدافه. وكذلك رؤيته للمستقبل حيث ينظر إليه نظره تشاؤمية، فالمستقبل مظلم ولا أمل فيه، ولا أمل في حل مشكلته أو مشاكله مستقبلاً. وأن المشكلة أو المشكلات سوف تزداد تعقيداً، وسوف يزداد فشله وعجزه في المستقبل، وأن المستقبل مليء بالكوارث والازمات والاحباطات. وهكذا.

وهذه باختصار نظرة الشخص المكتئب لذاته وللعالم من حوله وللمستقبل، وكلها ناتجة عن أخطاء تفكيره، أو الطريقة التي يفكر بها ويفسر بها المواقف المختلفة، وهذه الأخطاء تكون شائعة بين الأفراد المكتئبين، وكمثال على هذه الأخطاء ما يسمى "بالتهويل والتهوين" أو "التعظيم والتحقير" فالشخص المكتئب يميل إلى تهويل وتعظيم عيوبه، وسلبياته، ويهون من أو يخجم من مزاياه وإيجابياته ويحط من قدرها، فالخطأ البسيط يصبح كارثة، ومجرد النقد العابر يصبح "إهانة" وهكذا..

وخطأ آخر وهو ما يسمى "الكل أو لا شئ" وهو أن ينظر الشخص للأشياء على أنها إما سوداء أو بيضاء، خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة، دون أن يتوقع أن شيء ما يمكن أن يشتمل على جوانب سيئة وأخرى حسنة، أو

جوانب سلبية وأخرى إيجابية، أو أن هذا الشيء السلبي قد يكون له نتائج إيجابية في المستقبل.

هذان نوعان فقط من أخطاء التفكير سقناهما بشكل بسيط ومختصر، لكن هناك أنماط أخرى من أخطاء التفكير مثل: التعميم، والتفسير السلبي لما هو إيجابي، والقفز إلى النتائج، وقراءة المستقبل سلباً وحتمياً، والتأويل الشخصي للأمور.

وسوف تعطى كتيباً شارحاً مبسطاً موضحاً لكل نوع من هذه الأخطاء، وشارحاً بالأمثلة بما فيها المثالين السابقين أيضاً.

الجلسة الثامنة:

• مناقشة الواجب المنزلي.

• المائدة على الجلسة السابقة.

• الأجندة.

(أ) الأهداف:

١- علاج آخر مجموعة من الأفكار الآلية السلبية للمريض بأساليب الدحض والتفنيد.

٢- استكمال مناقشة أخطاء التفكير.

٣- تدريب المريض على وضع بدائل للمشكلات الحياتية، وعلاقة طرق حل المشكلات بالإكتئاب.

(ب) الإجراءات:

١- مناقشة الأفكار الآلية المثبتة لدى المريض، وتوضيح طرق التغلب على تلك الأفكار المشابهة لها في المستقبل.

٢- التدريب على طرق حل المشكلات، وكيف يتم وضع بدائل إيجابية لها، وما علاقتها بالمشاعر السلبية مع قراءة نصوص مختارة عن حل المشكلات.

الواجب المنزلي:.

١- رصد أخطاء التفكير التي وقع فيها المريض، ورصد تصرفه حيالها، ومحاولته وضع بدائل أخرى لتعديل هذه الأخطاء، وأيضاً رصد المواقف التي ظهرت فيها هذه الأخطاء ورصد المشاعر المصاحبة لها، وهل تغيرت هذه المشاعر بعد اختيار البدائل؟.

٢- رصد بعض المشكلات الحياتية التي تعرض لها المريض في الفترة ما بين الجلستين (أو خلال فترة العلاج أو قبله) وطرقه لحلها، وبدائل هذه الحلول.

النص الخاص بحل المشكلات:.

القدرة على حل المشكلات هي إحدى المكونات الأساسية الحاسمة للصحة العقلية والنفسية. ويرتبط الاضطراب أو العجز في القدرة على حل المشكلات بالفشل في التوافق النفسي، وأيضاً ببعض الأمراض النفسية. ومن هنا كان تعلم طرق جديدة لحل المشكلات هو أحد طرق العلاج النفسي المعرفي للأمراض النفسية خاصة الاكتئاب، ويهدف هذا النوع من العلاجات إلى تعليم المرضى طرقاً جديدة لحل مشكلاتهم السلوكية والعاطفية والاجتماعية، فالاضطراب النفسي يحدث عندما يفشل الفرد في استغلال طاقاته وإمكاناته، ونقاط القوة لديه، ولتحقيق الصحة النفسية والعقلية للفرد، وأيضاً لتحقيق التوافق بين الفرد والبيئة.

ولابد من تعلم طرق جديدة وأكثر إيجابية لمواجهة هذه المشكلات، لذلك ينبغي أن تدرك عدداً من النقاط الأساسية هي:

- ١- أن نتمى قدرتنا على حل المشكلات بدلاً من الهروب منها أو تأجيلها أو تجنب المواقف المرتبطة بها.
- ٢- أن نعرف أن هناك طريقاً بديلة للوصول إلى أهدافنا غير الطرق المرضية التي نعرفها.
- ٣- أن نتمى قدرتنا على فهم دوافع الآخرين الذين يدخلون معنا في علاقات اجتماعية.
- ٤- أن ندرك أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف.

هذه نبذة بسيطة عن حل المشكلات وبعض المعاني المرتبطة بها، وسوف تجد في الكتيب المعطى لك تفاصيلاً أكثر وتوضيحاً للطرق المستخدمة في حل المشكلات التي تواجهك وسوف نتدرب سوياً على هذه الطرق في جلسات قادمة بعد قراءتك ومعرفتك بها.

الجلسة التاسعة: (جلسة حرة).

• مناقشة الواجب المنزلي.

• العائد عن الجلسة السابقة.

• الأجندة (مفتوحة).

(١) الأهداف:

- ١- شحذ دافعية المريض وإعادة حفز طاقته للاستمرار في العلاج.
- ٢- التقويم التبادلي بين المعالج والمريض فيما يتعلق بالجلسات السابقة وطريقة العلاج ومؤشرات التحسن.
- ٣- إعادة بناء الثقة في المعالج وطريقة العلاج، وفي قدرات المريض على الشفاء والتحسين وقدرته على التغيير والنمو.

- ٤- مناقشة أي مشكلات أخرى خاصة بالمريض سواء أكانت مشكلات مزجلة من جلسات سابقة أم مشكلات جديدة، أو حتى مشكلات ليست لها علاقة بالموضوع الأساسي الذي يتم وفقاً له العلاج.
- ٥- الاستفسار عن أي نقاط غامضة في أسلوب العلاج أو إجراءاته المختلفة المستخدمة أو في المعلومات المقدمة خلال الجلسات أو في الواجب المنزلي.
- ٦- تهيئة المريض للمرحلة التالية للعلاج، وإنعاش معلوماته وتجديد طاقته للاستمرار.
- ٧- تجديد العلاقة التعاطفية، وتأكيد العلاقة التعاونية بين المريض والمعالج مع إظهار قدر من الألفة والتعاطف وتعميق العلاقة في إطار العلاج.

ب) الإجراءات:

- ١- عرض وتلخيص ومناقشة وتقييم ما تم تقديمه من معلومات وتدريبات وواجبات خلال الجلسات السابقة.
- ٢- تقييم النتائج الحالية ومدى استفادة المريض من الجلسات السابقة (تقرير ذاتي).
- ٣- التداعي والتطهير، بحيث تتاح الفرصة للمريض للتعبير بحرية عن كل ما يشعر به حيال العملية العلاجية نفسها، أو تجاه المعالج.
- ٤- عرض بعض الحالات العلاجية، والتعرف على النتائج التي وصلت إليها بعد العلاج (شرائط فيديو - وقراءات الحالات).

الواجب المنزلي:

- ١- ممارسة الاسترخاء والنشاطات السارة.
- ٢- رصد أخطاء التفكير.
- ٣- تحديد المريض لأهدافه في المرحلة التالية من العلاج.
- ٤- كتابة انطباعات المريض عن الجلسة، وإبداء رأيه بحرية في محتوى الجلسة.

الجلسة العاشرة:

- مناقشة الواجب المنزلي.
- عائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة.
- (أ) الأهداف:
- ١- ما الحل الأمثل لكل مشكلة من المشكلات التي طرحها المريض.
- ٢- إتقان المريض لطرق حل المشكلات ووضع البدائل المناسبة.
- ٣- تعليم المريض كيف تكون الاتجاهات مشوهة معرفياً، وما علاقتها بالمشاعر السلبية.

(ب) الإجراءات:

- ١- اختيار بعض المشكلات الأساسية التي طرحها المريض والاشتراك في وضع حلول مثلى لكل مشكلة منها.
- ٢- استمرار تدريب المريض على وضع بدائل جيدة للمشكلات واختيار حلول جديدة إيجابية لها.
- ٣- قراءة أحد النصوص عن التشويه المعرفي في الاتجاهات وعلاقته بالمشاعر السلبية.

الواجب المنزلي:

- ١- استمرار ممارسة الاسترخاء والنشاطات السارة.
- ٢- استمرار المريض في رصد المشكلات ووضع الحلول المناسبة والبدائل.
- ٣- الاستمرار في رصد أخطاء التفكير ورصد المواقف التي حدثت فيها والمشاعر المصاحبة لها. والمشاعر المصاحبة في حالة وضع بدائل إيجابية لهذه الأخطاء.
- ٤- استكمال معلوماته عن حل المشكلات عن طريق قراءات أو شرائط تسجيل صوتي.

المتنص الخاص بالتشويه المعرفي في الاتجاهات:.

هناك نوعان من الاعتقادات:.

- ١- اعتقادات منطقية ومتعلقة، وفي الغالب تصحبها حالات وجدانية ملائمة للمواقف وتنتهي بالإنسان إلى مزيد من النضج الانفعالي، والخبرة، والعمل البناء والنشاط الإيجابي.
- ٢- اعتقادات لا منطقية وغير عقلانية يصحبها الاضطرابات الانفعالية المرضية.

وهذه الاعتقادات والاتجاهات هي التي من خلالها نفسر المواقف التي نمر بها، إما تفسيرات إيجابية أو سلبية. وقد نفسر بها سلوكنا الشخصي، وسلوك الآخرين تجاهنا، وأيضاً المواقف التي نمر بها. والشعور بالاكتئاب أو الحزن المرضي إثر الفشل الشديد في تحقيق هدف معين لم ينشأ إلا نتيجة عدد من التصورات السوداء حول هذا الفشل والتفسيرات الخاطئة للمواقف، وصورة الذات، والتوقعات السلبية نحو المستقبل "كما تعلمت ذلك سابقاً". وهناك عدد من السمات التي تجعل انتقاداتنا وأساليب تفكيرنا منطقية وعقلانية منها: انسجامها مع الواقع، وقدرتها على تحسين الصحة النفسية والجسمية، تحقق أهدافنا القريبة والبعيدة، لذا لا يمكن عزل الاكتئاب عن الطريقة التي يفكر بها الشخص ويدرك بها الأمور وفقاً لما يحمله من اتجاهات ومعتقدات حول ذاته، وبيئته، ومستقبله في المواقف التي يمر بها".

الجلسة الحادية عشر:

- مناقشة الواجب المنزلي.
- عائد عن الجلسة السابقة.
- الأجنده.

(أ) الأهداف:

١- تعديل الاتجاهات المشوهة للمريض وتدريبه على كيفية تغيير هذه الاتجاهات أو تعديلها من سلبية إلى إيجابية حيال المواقف والأشخاص والبيئة والذات.

٢- ما المقصود بتوكيد الذات؟

(ب) الإجراءات:

١- مناقشة بعض الاتجاهات المشوهة لدى المريض، ووضع البدائل الإيجابية لها.

٢- عرض نماذج من الاتجاهات المشوهة وكيفية تصحيحها وتعديلها إيجابياً وذلك ضمن اتجاهات المريض نفسه.

٣- قراءة نص عن توكيد الذات.

الواجب المنزلي:

١- رصد المريض لاتجاهاته المشوهة، ووضع البدائل الإيجابية لها بعد تقييمها.

٢- رصد المواقف التي يشعر فيها بأنه غير مؤكد لذاته.

النص الخاص بتوكيد الذات:

"تأكيد الذات إحدى خصائص الشخصية الإيجابية وهي سمة يتميز بها الأفراد الناجحون، وهي قدرة يمكن التدريب عليها وإتقانها وتميئتها لدى

الأفراد ، وتمثل في التعبير عن النفس والدفاع عن الحقوق الشخصية ، لذلك فهدف العلاج هو تدريب المرضى على زيادة قدرتهم على التعبير بشكل توكيدي ، وزيادة الثقة بالنفس في المواقف التي يعجز فيها عن ذلك ، ويمكن إجمال محاور السلوك التوكيدي في النقاط التالية .:

- ١- الدفاع عن الحقوق الشخصية والفردية المشروعة سواء في العمل أو الأسرة ، أو عند الاحتكاك بالآخرين من الأقرباء .
- ٢- التصرف بشكل يتلاءم مع الموقف بحيث يخرج الفرد ناجحاً منتصراً من الموقف دون الإخلال بحقوق الآخرين .
- ٣- التعبير عن الانفعالات والمشاعر بحرية .
- ٤- ألا يكون الفرد ضحية لأخطاء الآخرين ، وأن يستغل نقاط القوة في شخصيته .
- ٥- الشجاعة وعدم الخوف ، وأن يستطيع الفرد أن يرفض الطلبات غير المعقولة أو الضارة بالسمعة أو الصحة .
- ٦- التحرر من مشاعر الذنب عند رفض موقف ما أو استنكار أو استهجان المواقف المهينة ونقدها .
- ٧- قدرة على اتخاذ القرارات المهمة بسرعة وحسم وبكفاءة عالية .
- ٨- القدرة على التعبير عن المشاعر الإيجابية مثل (الحب ، والود ، والمدح ، والإعجاب) والقدرة على تكوين علاقات دافئة مع الآخرين .
- ٩- القدرة على التعاون والمشاركة وتقديم العون .
- ١٠- القدرة على مواجهة الضغوط الاجتماعية عندما تفرض علينا متطلبات الحياة تصرفات غير ملائمة .
- ١١- المهارة في معالجة الصراعات الاجتماعية مثل القدرة على التفاوض ، والإقناع ، وتقديم شكوى ، وسماع شكوى . الخ .

أما عن علاقة القدرة على تأكيد الذات بالاكتئاب، فإنه من استعراضنا لما ذكر سابقاً عن القدرة على التعبير عن النفس وعن المشاعر للآخرين وأن ذلك يعنى عدم الخوف من أن يطلع الآخرون على مشاعرنا بدلاً من إخفائها بداخلنا، وذلك يخلق علاقة دائمة وتفاعلاً إيجابياً وطمأنينة متبادلة. وهذا النوع من العلاقات الإيجابية هو أحد الجوانب المهمة في التغلب على الاكتئاب.

الجلسة الثانية عشر:

- مناقشة الواجب المنزلي.
- عائد عن الجلسة السابقة.
- الأجنحة.

(أ) الأهداف:

- ١- استكمال وإنهاء المناقشة والتدريب فيما يتعلق بتعديل الاتجاهات السلبية نحو الذات والآخرين والمستقبل.
- ٢- التدريب على مهارات تأكيد الذات.

(ب) الإجراءات:

- ١- استعراض بعض الاتجاهات السلبية الخاصة بالمريض (نحو الذات، والآخرين، والمستقبل) ومناقشتها وتقنيدها وتعديلها.
- ٢- عرض بعض نماذج عن المهارات الاجتماعية التي تتضمن تأكيد الذات، والتدريب على أداء هذه المهارات من خلال أداء الأدوار بين المعالج والمريض وأيضاً مشاهدة شريط فيديو يعرض لبعض تلك المواقف.

الواجب المنزلي:-

- ١- رصد التغيرات السلوكية الناتجة عن استبصار المريض باتجاهاته السلبية، ومحاولة تعديلها، وأيضاً رصد التغيرات الحادثة في المشاعر المصاحبة لهذه التغيرات السلوكية قبل وبعد تعديل الاتجاهات.
- ٢- ممارسة المريض لبعض المواقف التي تتضمن مهارات تأكيد الذات من خلال أداء الأدوار بين المريض وبعض الأصدقاء.

الجلسة الثالثة عشرة:-

- مناقشة الواجب المنزلي.
- عائد عن الجلسة السابقة.
- الأجنحة.

(أ) الأهداف:-

- ١- استكمال مواقف تأكيد الذات وأداء الأدوار.
- ٢- مراجعة ما تم التدريب عليه خلال الفترة السابقة.
- ٣- التمهيد لإنهاء العلاج.
- ٤- ما الضغوط النفسية وكيف يمكن مواجهتها والتعايش معها؟

(ب) الإجراءات:-

- ١- الانتهاء من كل المواقف الخاصة بتأكيد الذات وأداء الأدوار.
- ٢- يطلب من المريض أن يقوم بعمل تلخيص لكل ما تم خلال الجلسات السابقة إما كتابة، أو استرسالاً (ويسجل على شريط تسجيل إذا كان مسترسلاً).
- ٣- قراءة نص عن الضغوط النفسية، وطرق مواجهتها.

الواجب المنزلي:

- ١- الاستمرار في أداء الأدوار فيما يتعلق بتدريبات تأكيد الذات مع رصد التغيرات المزاجية والسلوكية المصاحبة.
- ٢- رصد بعض المواقف التي تعتبر من مصادر الضغوط بالنسبة للمريض وكيف تصرف حيالها.

النص الخاص بالضغوط النفسية وطرق مواجهتها:

ترتبط الضغوط بأحداث الحياة اليومية، فكلنا بلا استثناء نتعرض يومياً لعدد من مصادر الضغوط المتنوعة مثل ضغوط العمل، والدراسة، والضغوط الأسرية، وضغوط تربية الأطفال، والمشكلات الصحية، والأمور المالية، وتعتبر هذه الضغوط ضغوطاً خارجية، ومن أمثلة الضغوط الداخلية، بعض أنواع الأدوية، والأطعمة والكميات المختلفة منها والآثار السلبية الناتجة عنها وعن التعرض للتلوث والتدخين، وتعاطى المخدرات، وشرب المسكرات، وممارسة كثير من العادات السيئة.

ومعالجة الضغوط لا يعنى التخلص منها أو تجنبها، وإنما يعنى التعايش معها ومواجهتها بطريقة إيجابية ومعالجة النتائج السيئة عنها، ولتحقيق هذا التعايش الإيجابي فإننا يجب أن نتعلم ونتقن بعض الطرق التي من شأنها أن تساعدنا على التفاعل والتعايش الإيجابي مع الضغوط التي نتعرض لها ومن ضمن هذه الطرق، تغيير البيئة المحيطة المشحونة بالتوتر والصراع لكن في معظم الأحيان لا يمكن تغيير البيئة المحيطة لذلك يستلزم إتقان عدد من الأساليب العلاجية المستخدمة في مواجهة الضغوط مثل الاسترخاء، وتعديل الحوارات الشخصية، وتقهم إمكاناتنا الانفعالية، والتدريب على المهارات الاجتماعية. ويُفضل معالجة الضغوط أولاً بأول حتى لا تتراكم ويصعب حلها حتى لو كانت بسيطة أو تافهة، وحتى لا نشعر بالإحباط فيجب أن تكون أهدافنا معقولة وواقعية، فليس من المنطقي أو المعقول أن يتخلص الشخص نهائياً من الضغوط الواقعة عليه. لذلك فيجب أن يكون هدفنا هو التقليل من حدة الضغوط أو تخفيفها. فالتخفيف من الضغوط يؤدي إلى زيادة كبيرة في قدرتنا على التوافق الجيد.

وقد قمنا من خلال الجلسات السابقة بالتدريب على بعض الأساليب المذكورة للتعايش مع الضغوط وتخفيفها ومواجهة المواقف الحافزة للاكتئاب؛ وعندما نقوم بممارسة هذه الأساليب سوف يساعدك ذلك على تخلى هذه المواقف ويقينك من الوقوع في أعراض الاكتئاب مرة أخرى.

الجلسة الرابعة عشرة:

- مناقشة الواجب المنزلي.
- عائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة.

(أ) الأهداف:

- ١- تدريب المريض على مواجهة الضغوط والتعايش معها.
- ٢- تقييم شدة الاكتئاب والأعراض المتبقية.

(ب) الإجراءات:

- ١- تعريف المريض بالطرق الفعالة في مواجهة الضغوط أو المواقف الضاغطة (نفسية، اجتماعية، ضغوط العمل...) وتطبيق هذه الطرق على بعض المواقف التي حددها المريض، والتي يرى أنها تمثل له بعض هذه الضغوط النفسية والاجتماعية.
- ٢- إجابة المفحوص على قائمة بيك لشدة الاكتئاب وقائمة هاميلتون.

الواجب المنزلي:

- ١- الإجابة عن بنود اختبار حل المشكلات وتأكيك الذات.
 - ٢- كتابة تقرير ذاتي عن مدى التحسن بعد الجلسات السابقة.
- إذا كان المريض لا يقرأ ولا يكتب فيمكن التبيه عليه بأن يقوم في خلال الأسبوع بمقارنة مشاعره السابقة والحالية ومدى التحسن الذي يشعر به، ويتم سؤاله عنه في الجلسة القادمة، ويتم تطبيق الاستخبارات قراءة عليه أثناء الجلسة التالية.

الجلسة الخامسة عشرة:

(أ) الأهداف:

- ١- استكمال مناقشة المواقف الضاغطة الخاصة بالمريض.
- ٢- تأكيد أهمية ممارسة ما تم التدريب عليه أثناء فترة العلاج فيما بعد انتهاء الجلسات.
- ٣- تحديد أهداف المريض المستقبلية فيما يتعلق بمدى نجاحه في العلاج.

(ب) الإجراءات:

- ١- مناقشة بعض المواقف الخاصة بالمريض والتي تمثل ضغوطاً بالنسبة له وتوضيح كيفية مواجهتها والتعايش معها.
- ٢- بيان أهمية استمرار المريض في التدريب على ما تعلمه بعد انتهاء جلسات العلاج.

الواجب المنزلي:

- ١- يطلب من المريض التالي:
تبقى لنا جلسة واحدة ختامية والمطلوب منك خلال اليومين التاليين حتى موعد الجلسة التالية أن تحدد التالي وترثبه في ذهنك (أو تكتبه) لمناقشته المرة القادمة.
- ٢- ما هي خططك لمستقبلك فيما يتعلق بمشاكلك التي كنت تعاني منها إن واجهتك فيما بعد أو المشاكل الجديدة التي قد تواجهها.
- ٣- ما الصعوبات التي واجهتك خلال فترة العلاج أو هي أي مرحلة من المراحل أو أي إجراء من الإجراءات العلاجية.
- ٤- حدد المناطق أو الأساليب التي استفدت منها بدرجة كبيرة والتي لم تستفد منها إلا بدرجة قليلة والتي لم تستفد منها مطلقاً، وما الجوانب التي شعرت فيها بالتحسن أكثر في شخصيتك.
- ٥- ما الطرق التي كانت أكثر ملاءمة لك من الأساليب والإجراءات العلاجية التي استخدمناها أثناء فترة العلاج.

الجلسة السادسة عشرة:.

- مناقشة الواجب المنزلي.
- عائد عن الجلسة السابقة.
- الأجندة.

(أ) الأهداف:.

- ١- التقييم الذاتي من المريض لمدى استفادته من العلاج وخطته المستقبلية.
- ٢- إنهاء العلاج.
- ٣- تحديد جلسات المتابعة.

الإجراءات:.

- ١- سيتم أخذ التقييم الذاتي من المريض بمناقشة واستعراض ما تم عمله في الواجب المنزلي في الجلسة السابقة، وما يراه المريض من إضافات يمكن أن تن له ثم يسأل عنها.
- ٢- يتم إنهاء العلاج وذلك باستعراض ما تم عمله وإنجازه خلال الجلسات السابقة كلها منذ بدايتها، وما تم التدريب عليه، وما تم تحقيقه من تحسن من خلال الاختبارات والمقاييس الموضوعية التي طبقت على المريض بعد انتهاء العلاج وايضاً المشاهدات الإكلينيكية للمعالج، والتقرير الذاتي للمريض عن مدى تحسنه (من خلال ما تم استعراضه في الإجراءات الأولى).
- ٣- تحديد جلستي المتابعة بحيث تكون الجلسة الأولى بعد ثلاثة شهور والأخيرة بعد ستة شهور، وتأكيد أهمية المتابعة لعدم حدوث أي انتكاسات ولاستمرار تأثير العلاج. ويمكن تحديد موعد شهري

للمكاملة الهاتفية مع المعالج وذلك حتى لا يتم فقد الصلة نهائياً مع المريض، أو إتاحة الفرصة له للاتصال هاتفياً في الحالات الطارئة فقط دون الحضور للمعالج.

جلسات المتابعة:

سيتم في جلستي المتابعة إعادة تقييم مستوى شدة الاكتئاب والأعراض وتأكيد الذات، وحل المشكلات بشكل موضوعي، وأيضاً تقرير ذاتي من المريض مدى التحسن وثباته أو التذبذب الحادث له إن وجد، وطرق تغلبه على أي من المواقف التي يتعرض لها والتي كانت سابقاً من المواقف الحافزة للاكتئاب.



الجزء الثاني

الفصل الخامس

الدراسات السابقة: عرض نقدي

ينهض هذا الجزء من الكتاب بعرض للدراسة التي أجريت بهدف بيان كفاءة كل من العلاج المعرفى السلوكى، وكذلك البرنامج المقدم ضمن هذا الإطار العلاجى فى علاج الاكتئاب. ويقع هذا الجزء فى أربعة فصول وهى:-

• الدراسات السابقة.

• إجراءات البحث.

• عرض النتائج.

• مناقشة النتائج.

ورأينا ضرورة عرض هذه الدراسة تفصيلاً وذلك كى لا يخفى شئ على القارئ فيما يتصل سواء بإجراءات ومنهج الدراسة أو نتائجها، وكذلك توضيح آليات وديناميات التفاعل بين مكونات العلاج المعرفى السلوكى، وتوضيح كيف يعمل العلاج منذ بدايته وحتى انتهاءه، وكيف يتم إجراء نتائج علاجية جيدة.

أجريت دراسات عديدة تناولت أثر الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج الاكتئاب، سواء أكانت علاجات دوائية، أم نفسية، وتناولت أيضاً التصاحب بين مجموعة من العلاجات سواء الدوائية أو النفسية، أو كليهما، ويمكن تقسيم الدراسات التي تناولت العلاجات الخاصة بالاكتئاب إلى:

١- دراسات الكفاءة العلاجية للأساليب العلاجية المنفردة والجديدة.

وهي تختص بدراسة الأنواع المستحدثة من الطرائق العلاجية سواء الدوائية منها والنفسية، مثل ما تقوم به الشركات المنتجة للأدوية المختلفة لتحديد مدى كفاءة عقار جديد، وكذلك يتم هذا الإجراء من قبل المتخصصين في المجال النفسي، وينطبق هذا على الأساليب العلاجية النفسية الجديدة أيضاً. وذلك للوقوف على الكفاءة العلاجية للأساليب الجديدة أو عند استخدامها على أمراض أخرى.

٢- دراسات المقارنة بين مختلف علاجات الاكتئاب.

وهي تضطلع بدراسة تفوق أحد الأساليب العلاجية على آخر مثل المقارنة بين نوعين من الأدوية المتاحة لبيان أيهما أكثر كفاءة في العلاج، أو المقارنة بين أسلوبين أو أكثر من العلاجات النفسية، أو المقارنة بين العلاجات الدوائية، والنفسية لبيان مدى كفاءة كل منها، أو تفوق أحدها على الآخر في علاج الاكتئاب.

٣- دراسات التصاحب العلاجي (الجمع بين أسلوبين علاجيين أو أكثر).

وهي تتصل بدراسة التصاحب العلاجي، ومدى كفاعته وتفوقه على الأنواع المنفردة من العلاجات ويحدث ذلك في العلاجات الدوائية (مثل المقارنة بين نوع أو دواء واحد، وتصاحبه مع دواء آخر) وأيضاً في العلاجات النفسية، أو التصاحب بين العلاج الدوائي وأحد العلاجات النفسية، وذلك بهدف الوقوف على مدى الكفاءة العلاجية التي يحققها التصاحب العلاجي بين الأنواع والأساليب العلاجية المختلفة من عدمه.

وبالنظر إلى التقسيم السابق، نجد أننا من الممكن عمل عدة تقسيمات أخرى، إنما كلها سوف تؤدي إلى المعاني السابقة نفسها إما تفصيلاً أو إجمالاً، وذلك لوجود تداخل بين الأهداف الخاصة بكل فئة من الدراسات. ونجد أنه يمكن النظر لجميع أنواع الدراسات في المجال على أنها دراسة الكفاءة العلاجية سواء لدواء منفرد جديد أو قديم، أو مقارنة بين نوعين من العلاجات أو التصاحب بين مختلف الأساليب العلاجية، فكلها في النهاية تهدف لدراسة الكفاءة العلاجية لكن مع اختلاف بعض أوجه التداول التجريبي لكل نوع منها.

وسوف نتناول في سياق الفصل الراهن عدداً من الدراسات في تاريخ الانتاج الفكري النفسى عن الكفاءة العلاجية للأساليب ومختلف الطرائق المستخدمة في علاج الاكتئاب الأساسى.

أولاً: دراسات الكفاءة العلاجية للأساليب العلاجية المنفردة والجديدة:

تم دراسة خطر القابلية للانتكاس على عينة من ٤٨ مريضاً بالاكتئاب الأساسى الأحادى، الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً، لمدة ١٦ أسبوعاً. وتم التقييم على أربع فترات متتالية أثناء وبعد العلاج في الفترات: شهر، وثلاثة شهور، و٦ شهور، و١٢ شهراً. وتم تعريف الانتكاس على أنه: حالة من الاكتئاب الأساسى تستمر على الأقل لمدة أسبوعين (كما يحددها دليل التشخيص الإحصائى للأمراض العقلية في طبعته الثالثة المعدلة) يعربها المريض بعد التحسن، وأن يحصل المريض على ١٥ درجة فأكثر على قائمة هاميلتون لأعراض الاكتئاب. وأوضحت النتائج أن ١٦ من أفراد العينة تعرضوا لنوبة انتكاس خلال فترة المتابعة، وأن هناك عدة عوامل ارتبطت بالقابلية للانتكاس منها: عدم الزواج، وبطء الاستجابة للعلاج، والعجز الوظيفى الحاد في الاتجاهات، والمرضى ذووا الاكتئاب الحاد. وأوضحت النتائج أيضاً أن المرضى الذين يشفون بشكل تام خلال فترة العلاج ويتميزون باستجابة علاجية سريعة أقل عرضة لخطر الانتكاس. وتدعم النتائج العلاقة بين الأعراض الاكتئابية المتبقية بعد انتهاء العلاج، والقابلية للانتكاس. (Thase, et al., 1992).

وفي دراسة عن كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في تعديل نمط النوم، تم فحص نمط النوم من خلال رسام الدماغ الكهربائي (Electroencephalograph EEG) على عينة من ٧٨ من المرضى المترددين الذين يعانون من الاكتئاب الأساسي الأحادي قيل وبعد تلقي العلاج المعرفي السلوكي، وتم مقارنة نتائج هذه المجموعة مع مجموعة ضابطة مكونة من ٤٤ من الأسوياء. وأشارت النتائج إلى وجود تحسن جوهري لدى المرضى فيما يتعلق بنمط النوم حيث قلت الاضطرابات والشذوذ في رسام المخ الكهربائي لدى معظم المرضى. وبعد متابعة المرضى (١٥ مريضاً) لفترة زمنية تراوحت ما بين ١٢ - ٢٤ شهراً، اتضح أن هناك تناقصاً في كثافة خط النوم ذي حركات العين السريعة بعد فترة من المتابعة واستمراره بعد انتهاء العلاج (Thase, et al., 1993 & Thase, et al., 1995).

وأجرى زاس وآخرون دراسة أخرى عن العلاج بين شذوذ نمط النوم وبين كفاءة الاستجابة للعلاج المعرفي السلوكي لدى ٩٠ مريضاً بالاكتئاب الأساسي بمتوسط عمري ٣٨,٤ سنة، وكان ٤٠ من هؤلاء المرضى يعانون شذوذاً في نمط النوم، وتم اختيار ٢٥ كعينة ضابطة، وقد تم تقييم أفراد العينة بقائمة هاميلتون، وقائمة بيك للاكتئاب. وتلقى المرضى ٢٠ جلسة علاجية بأسلوب العلاج المعرفي السلوكي على مدى ١٦ أسبوعاً مع الاستمرار في قياس وضع نمط النوم ليلاً أثناء فترة العلاج. وأشارت النتائج إلى أن المرضى الذين يعانون شذوذاً واضطراباً شديداً في نمط النوم تكون استجابتهم للعلاج المعرفي السلوكي أقل من هؤلاء الذين لا يعانون من هذا الاضطراب. وأرجعت الدراسة ذلك إلى أن شذوذ نمط النوم يقلل من استجابة المرضى للعلاج النفسي عن طريق سلسلة من العمليات العصبية المتداخلة. (Thase, et al., 1996).

وأجرى ناليني وزملاؤه دراسة استهدفت تقييم كفاءة العلاج المعرفي السلوكي (منحى بيك) في تحسين أعراض القلق، والأعراض الاكتئابية، والأفكار السلبية لدى ٢٥ مريضاً بالاكتئاب الأساسي، تم مقابلتهم على مدى

٢٥ جلسة علاجية. وأشارت النتائج إلى أن أداء المرضى بعد العلاج تحسن بشكل جوهري، مما يثبت كفاءة العلاج المعرفي في تحسين الأفكار السلبية وأعراض الاكتئاب. (Nalini, et al., 1997).

وأجرى سبينجلر وآخرون (Spaingler, 1997) دراسة عن الاستجابة للعلاج المعرفي السلوكي وعلاقتها بالأحداث السلبية الضاغطة، ومستوى العجز المعرفي، وتم اختيار عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي قوامها ٥٢ مريضاً من المرضى المتريدين. وبشكل عام لم تظهر في ظل العلاج السريع، وعدم وجود مدة متابعة جيدة، أية علاقة بين مستوى العجز المعرفي، والأحداث السلبية الضاغطة قبل العلاج، وبين الاستجابة العلاجية الجيدة. (Spaingler, et al., 1997).

وأجريت دراسة عن مدى استمرارية وكفاءة العلاج بالقراءة في علاج الاكتئاب الأساسي وتم اختيار عينة مكونة من ٧٢ عن المرضى الذين تم شفاؤهم باستخدام العلاج المعرفي السلوكي متضمناً العلاج بالقراءة، وتم متابعتهم لمدة ثلاث سنوات وكان العدد النهائي للمشاركين في الدراسة ٥٠ فرداً بمتوسط عمري ٤١.٦ سنة، وتم استخدام كل من قائمة بيك، وقائمة هاميلتون للاكتئاب واستخبار إدراك المشاركين للبرنامج العلاجي لمتابعة استمرار التحسن والانتكاس خلال فترة المتابعة. وأشارت النتائج إلى أن المكاسب العلاجية التي تم إحرازها خلال فترة العلاج واستمرت على مدى الثلاث سنوات الخاصة بالمتابعة، دعمت كفاءة العلاج بالقراءة كأسلوب مكمل ومصاحب للأساليب العلاجية الأخرى في علاج الاكتئاب الأساسي لدى الراشدين. (Smith et al., 1997).

وهي مراجعة استخدم فيها الباحثون أسلوب تحليل التحليل لبيانات ٤٠٥ مريضاً أصيبوا بنوبة اكتئاب أساسية (حصلوا على ٢٥ درجة فأكثر على قائمة هاميلتون)، كان هناك نوعان من العقاقير تم استخدامها في علاج الأعراض الاكتئابية هما الأميتريبتيلين والميرازيرام، وأشارت النتائج إلى وجود تحسن في أعراض الاكتئاب لكلا النوعين من الأدوية، كما أشارت النتائج إلى كفاءة مضادات الاكتئاب في علاج الحالات الحادة. (Kasper, Zivkov Roes and Polls, 1997).

وعن كفاءة العلاج المعرفي السلوكي مع الحالات ذات التشخيص المزدوج، تم إجراء دراسة عن كفاءته في علاج مجموعة من المدخنين الذين لهم تاريخ سابق من تعاطي الكحوليات. تكونت العينة من ٢٩ من متعاطي الكحوليات ذوى التاريخ السابق من الاكتئاب الأساسى. وتراوح عمر أفراد العينة بين ٢٦ - ٦٤ عاماً، وكان معدل التوقف عن الكحوليات ٦,٨ سنة. وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين. تلقت المجموعة الأولى علاجاً نفسياً باستخدام الإرشاد السلوكي، وتعرضت المجموعة الثانية العلاج المعرفي السلوكي وتم تحديد خط الأساس والتقييم بعد العلاج، وفترة متابعة على مدى شهر وثلاثة أشهر واثني عشر شهراً لمعدلات التدخين. وأوضحت النتائج أن ٦٩,٢٪ من المدخنين توقفوا تماماً بعد العلاج المعرفي السلوكي، بنسبة أعلى ممن تلقوا الإرشاد السلوكي، حيث بلغت نسبتهم ٢١,٣٪. وخلال فترة المتابعة لم تتغير هذه النتائج حتى مرور ثلاثة أشهر. واتضح بعد مرور ١٢ شهراً أن نتائج العلاج المعرفي السلوكي كانت أكثر ثباتاً، حيث أقلع ٤٦,٢٪ من المدخنين عن التدخين في مقابل ١٢,٢٪ لمجموعة الإرشاد السلوكي، وتدعم هذه النتائج الفرض الخاص بأن التدخلات المعرفية السلوكية التي تركز على تعديل المزاج السلبى، ذات فائدة للمدخنين في مساعدتهم على الإقلاع عن التدخين المصاحب للحالة المزاجية. (Parten et al., 1998).

وعن كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب لدى المراهقين، قام بوكارو (١٩٩٨) بإجراء دراسة باستخدام منهج دراسة الحالة المرضية بالاكتئاب الأساسى تبلغ من العمر ١٣ سنة، تلقت على مدى عشر جلسات العلاج المعرفي السلوكي، وتم تقييمها قبل وبعد العلاج باستخدام مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس اليأس، ومقياس الشخصية متعدد الأوجه، واختبار الرورشاخ ليقع الحبر، وأشارت النتائج إلى حدوث تحسن جوهري في أعراض الاكتئاب التي يعبر عنها بمقاييس بيك، واليأس، والشخصية متعدد الأوجه، في حين لم تتغير درجات اختبار الرورشاخ عدا زيادة عدد إجابات المريض. (Bucaro, 1998).

وأجريت دراسة بهدف اختبار الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي الجمعي، في مقابل العلاج الدوائي، وتم اختيار عينة من ٧١ مريضاً بالاكئاب الأساسي، تلقى ٢٥ منهم علاجاً معرفياً سلوكياً مع العلاج الدوائي، وتلقى ٤٦ منهم العلاج المعرفي السلوكي الجمعي فقط، وذلك على مدى ١٢ جلسة خلال ثلاثة شهور. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين المجموعتين فيما يتعلق بالتحسن بشكل عام. وأشارت النتائج إلى أن إضافة العلاج الدوائي لم يزد من الفوائد العلاجية أو يسرع بعملية التحسن (Oei & Yeoh, 1999).

وفي إطار العلاج المختصر باستخدام نموذج العلاج (١+٢) للجلسات العلاجية الموجهة، أجريت دراسة للمقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج بين الشخصي الدينامي على عينة من مرضى الاكئاب الأساسي قوامها ١١٦ مريضاً، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تلقت إحداهما العلاج المعرفي السلوكي، والأخرى العلاج بين الشخصي الدينامي، وذلك باستخدام تصميم علاجي مزداد أن تتلقى كل مجموعة جلستين علاجيتين خلال أسبوع واحد ثم تتبعهما جلسة أخيرة إضافية بعد مرور ثلاثة شهور. وتم تقدير حدة الاكئاب بناء على استخدام قائمة بيك للاكئاب. وأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين أسلوبي العلاج المستخدم على المدى القريب، إلا أن العلاج المعرفي السلوكي تفوق على العلاج بين الشخصي الدينامي، خلال وبعد فترة المتابعة بعد مرور سنة وذلك من حيث استمرار التحسن، أو نسب الانتكاس. (Barkham & Shapiro, et al., 1999).

وفي دراسة عن العلاقة بين قبول منطق العلاج، والالتزام والمداومة على أداء المهام المنزلية والتغير الحادث خلال العلاج المعرفي السلوكي لمرضى الاكئاب، اشتملت عينة الدراسة على ١٥٠ مريضاً من مرضى الاكئاب الأساسي، وتم إجراء تقييم مستمر لردود أفعالهم وانطباعاتهم عن منطق العلاج، والواجبات المنزلية، وذلك عبر برنامج علاجي مكون من ٢٠ جلسة. وأظهرت النتائج أن قبول منطق العلاج، والمواظبة على أداء الواجبات المنزلية

تقدم إسهامات جيدة فيما يتعلق بنتائج العلاج، والتغيير المعرفي الحادث. ولم توجد دلائل على أن المواظبة على أداء الواجبات تشكل عاملاً وسيطاً بين قبول العلاج، والنتائج، وأن قبول منطق العلاج يؤدي إلى تسهيل الاشتراك فيه وليس له علاقة بالتغيير المعرفي الحادث، في حين أن المداومة على المهام المنزلية يساعد في حدوث تغيير علاجي إضافي (Addis & Jacobson, 2000).

وفي إطار الكشف عن كفاءة العلاج المعرفي في الوقاية من الانتكاس لدى مرضى الاكتئاب الأساسي ذوي النوبات المتكررة، تم اختيار ١٤٥ مريضاً تم شفاؤهم بعد نوبة من الاكتئاب الأساسي المعاد، وتم تقييمهم على مقياس بيك للإكتئاب وقائمة هاميلتون. وتلقى جميع المرضى برنامجاً للعلاج المعرفي تضمن خطة علاجية للوقاية من الانتكاس. وتم متابعة المرضى لمدة ١٦ أسبوعاً. أوضحت النتائج أن العلاج المعرفي ذو كفاءة في الوقاية من الانتكاس، وتكرار النوبات خاصة لدى المرضى الذين مروا بثلاث نوبات معاودة أو أكثر، وهم يمثلون ٧٧٪ من أفراد العينة ولم تتحقق هذه النتيجة بالنسبة للمرضى الذين مروا بنوبتين فقط من نوبات الاكتئاب الأساسي المعاد (Teasdal & Segal, et al., 2000).

وأجرى بيرنز، وسبانجلر (Burns & Spangler, 2000) دراسة عن مدى تأثير المواظبة على عمل الواجبات والمهام المنزلية كجزء من العلاج المعرفي السلوكي في كفاءة العملية العلاجية، على عينة قوامها ١٢٢ من مرضى الاكتئاب الأساسي، بمتوسط عمري ٣٥ سنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تلقيا العلاج المعرفي السلوكي، غير أنه في المجموعة الثانية لم يتم التركيز على الواجبات المنزلية، ولم تعط لبعض المرضى أي واجبات. وجاءت النتائج مؤيدة للقرصن القائل بأن المرضى الذين يواظبون على أداء الواجبات المنزلية كجزء أساسي من العلاج المعرفي السلوكي، تكون معدلات تحسنهم أعلى وأسرع من المرضى الذين يؤدون جزءاً بسيطاً من هذه المهام، أو لا توجد لديهم واجبات على الإطلاق. في حين لم تظهر النتائج ارتباطاً بين مدة الأعراض الاكتئابية والمواظبة على أداء الواجبات.

ولدراسة تأثير العلاج المعرفي السلوكي على أسلوب الحياة والجوانب الاجتماعية أجرى لينز وديما Lenz & Dema دراسة على عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي قوامها ٣٧ مريضاً بمتوسط عمري ٢٥.٦ سنة تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً مكثفاً على مدى ستة أسابيع، وتم تقييمهم قبل العلاج وبعده باستخدام مقاييس الكفاءة الذاتية، وأسلوب الحياة ومصادر القوة البيئية والوظيفية، وأيضاً خلال فترة المتابعة العلاجية وأشارت النتائج إلى أن ١٣.٥٪ من المرضى تحسّنوا بدرجة عالية، و٤٥.٩٪ تحسّنوا تحسناً متوسطاً، و٢٦.٣٪ حدث لديهم تحسن طفيف، و١٦.٢٪ لم يتحسنوا على الإطلاق. وأشارت النتائج إلى أن الكفاءة الذاتية، وأسلوب الحياة ساهما في تحسن بعض النواحي مثل العمل، والتعليم، وأوقات الفراغ، والعلاقات الاجتماعية، ومستوى عام من الرضا عن الحياة، لكن لم يحدث أي تحسن في العلاقات الزوجية، والعادات الصحية والنواحي المادية بشكل عام، مما يشير إلى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الكفاءة الذاتية وتغيير أسلوب الحياة لدى المرضى المكتئبين. (Lenz & Dema, 2000).

وهدفت دراسة ريكارت Rekart فحص كفاءة العلاج المعرفي السلوكي الجمعي على عينة من المرضى الداخليين، وأيضاً مدى تأثير المهام والواجبات المنزلية والاستمرار في أدائها في خفض أعراض الاكتئاب لدى هؤلاء المرضى. وقد تم اختيار عينة قوامها ٢٩ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسي المقيمين بإحدى مستشفيات الطب النفسي، وأكمل جميع المرضى الأداء على قائمة بيك للاكتئاب، وقائمة بيك للهماس، قبل وبعد العلاج، وتم قياس كلاً من المواظبة المتدرجة، وكفاءة هذه المواظبة في أداء المهام المنزلية. وأشارت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي الجمعي ذو كفاءة عالية في علاج المرضى الداخليين، وفي المقابل لم يتضح وجود دلائل تدعم فرض أن المهام المنزلية أو المواظبة عليها وكفاءتها ذات تأثير على التحسن الحادث في الأعراض الاكتئابية (Rekart, 2001).

وللتعرف على الإسهام التسببي لكل من العوامل المعرفية، والعوامل السلوكية والعجز السلوكي في حدوث الانتكاس الذي يتبع الاستجابة للعلاج المعرفي السلوكي، تم إجراء دراسة على عينة قوامها ١٢٧ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسي ممن تلقوا برنامجاً بالعلاج المعرفي السلوكي لمدة ١٦ أسبوعاً وتم عمل متابعة بعد انتهاء العلاج لمدة عامين، وتقدير نفسى إكلينيكي للمرضى قبل، وأثناء وبعد العلاج وكل ستة أشهر خلال فترة المتابعة باستخدام قائمة بيك للاكتئاب أو مقياس العجز الوظيفي للاتجاهات، ومقياس التنشيط السلوكي وأظهرت النتائج أن المرضى الذين اشتركوا في مستويات تنشيطية منخفضة بعد العلاج، كانوا أكثر احتمالاً للانتكاس المتكرر، وارتبط العجز السلوكي بالقابلية للانتكاس خاصة لدى المرضى من ذوي السلوك العدواني، وفي المقابل كان المرضى ذوي السلوك الاعتمادي ينتكسون بعد فترة أطول، في حين لم يكن العجز الوظيفي للاتجاهات عنياً بالقابلية للانتكاس (Gollan, 2001).

وفي دراسة عن القابلية للانتكاس تم فحص واختبار العلاقة بين عودة الأعراض بعد ٣، و٦ شهور من إتمام العلاج، وعدد من المتغيرات أثناء العلاج، منها عدد الأعراض المنخفضة (غير الحادة) في بداية العلاج، ومعدل الانخفاض عبر المراحل العلاجية المتتالية. تكونت عينة الدراسة من ٥١ أنثى بمتوسط عمري ٣٤ سنة، و٢٥ ذكراً بمتوسط عمري ٣٨ سنة، من مرضى الاكتئاب الأساسي ممن تلقوا برنامجاً علاجياً بالعلاج المعرفي السلوكي لمدة ٢٠ أسبوعاً. وأسفرت التحليلات الاحصائية عن نتيجة مؤداها أن معدل انخفاض الأعراض خلال العشرة الأسابيع الأولى من العلاج متين قوى بعودة الأعراض بعد ٢، ٦ شهور من العلاج، وذلك أكثر قدرة تنبؤية بكل من حدة الأعراض الاكتئابية قبل العلاج، وانخفاض الأعراض بعد جلستين من العلاج، وانخفاض الأعراض عبر العشرين أسبوعاً الكاملة من العلاج، والمدة المنقضية من المعاناة من الاكتئاب قبل التقدم للعلاج. وأظهرت النتائج أيضاً أن حدة الاضطراب المعرفي قبل العلاج كان واحداً من المنبئات القوية بمعدل انخفاض الأعراض أثناء العلاج. (Santor & Segal, 2001).

ولفحص العلاقة السببية بين العجز الوظيفي في الاتجاهات، وكل من القلق والاكتئاب، تم اختيار عينة مكونة من ٥٢١ مريضاً بالاكتئاب الأساسي بمدى عمرى يتراوح بين ١٥ - ٨٠ عاماً، وتم استخدام برنامجاً معرفياً سلوكياً على مدى ١٢ أسبوعاً وتم اختبار الفروض الأربعة التالية:

١- أن التغير في الاتجاهات يؤدي إلى تغير في الأعراض الاكتئابية وأعراض القلق أثناء العلاج.

ب- وأن التغير في أعراض القلق والاكتئاب يؤدي إلى تغير الاتجاهات.

ج- ولا توجد علاقة سببية بين عجز الاتجاهات والانفعالات.

د- والاتجاهات المشوهة والانفعالات السلبية بينهما علاقة ارتباطية تبادلية.

وظهرت النتائج أن العجز الوظيفي في الاتجاهات ارتبط جوهرياً بمستويات الاكتئاب والقلق منذ بداية العلاج وعلى مدى ١٢ أسبوعاً، بالإضافة إلى أن التغير في الاتجاهات ارتبط جوهرياً بالتغير الحادث في القلق والاكتئاب أثناء العلاج، وتفترض النتائج وجود عامل قد يكون له تأثير سلبي على كل من الاتجاهات والقلق والاكتئاب (Burns & Spangler, 2001).

ولدراسة التنبؤ بالاستجابة للعلاج، تم اختيار ٤٨ مريضاً بالاكتئاب الأساسي بمتوسط عمرى ٤٠,٧١ سنة، واشترك أفراد المجموعة في عشر جلسات من العلاج المعرفى السلوكى، وكانوا يتناولون أحد مضادات الاكتئاب، وتم تقديم العلاج المعرفى السلوكى بشكل تكاملى بين منحين علاجيين هما العلاج المعرفى لبيك، ومنحى ليونسون للتعايش مع الاكتئاب. وأوضحت النتائج أن درجات اليأس كانت أعلى لدى الأفراد الذين تسربوا من العلاج، عنها لدى مجموعة الأفراد الذين أكملوا العلاج في المرحلة قبل العلاجية (القياس القبلى لليأس)، واتضح أن التشاؤم يعد من أكثر المنبئات بتحسن أو عدم تحسن العجز الوظيفي في الاتجاهات. ومجمل النتائج أنه كلما زاد مستوى التشاؤم، واليأس كان ذلك منبئاً ببطء الاستجابة للعلاج أو التسرب منه (Westra & Dozois, 2002).

ولمعرفة مدى الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفى السلوكى فى تحقيق أعراض الاكتئاب لدى الفصاميين تم اختيار عينة مكونة من ٤٢٢ مريضاً (بمدى عمرى يتراوح بين ١٨ - ٦٥ عاماً)، تم تقسيمهم إلى مجموعتين، تلقت المجموعة الأولى (٢٥٧ مريضاً) العلاج المعرفى السلوكى إلى جانب العلاج الدوائى، وتلقت المجموعة الثانية (١٦٥ مريضاً) العلاجات الدوائية المعتادة للفصام. وأظهرت النتائج وجود تحسن عام فى الأعراض إلى جانب تحسن فيما يتعلق بأعراض الاكتئاب، وتحسن الاستبصار تحسناً جوهرياً، وتقليل الأفكار المتعلقة بالانتحار بالمقارنة إلى المجموعة التى لم تتلق العلاج المعرفى السلوكى، وأيضاً ذوى العلاج المعرفى السلوكى. (Turkington, 2002).

وتم فحص التغيرات المعرفية التى تحدث أثناء العلاج المعرفى السلوكى، والعلاقة بين الاكتئاب والتغير الحادث فى الأفكار الآلية، والعجز الوظيفى فى الاتجاهات، وذلك فى مراحل معينة من العملية العلاجية. وتم اختيار عينة قوامها ٢٠ مريضاً بالاكتئاب الأساسى بمدى عمرى يتراوح بين ١٨ - ٦٩ عاماً، تلقوا ١٢ جلسة علاجية بأسلوب العلاج المعرفى السلوكى الجمعى. وأشارت النتائج إلى أن الأفكار الآلية أكثر ارتباطاً بالمقاييس الخاصة بالنواحي المعرفية، والجسمية فى مقياس بيك للاكتئاب، وأن التغير فى الأفكار الآلية، والعجز الوظيفى فى الاتجاهات يرتبط بمستويات غير مرضية (عبيدية) من الأعراض الاكتئابية فى نهاية العلاج (Furlong and Dei, 2002).

وقد تم فحص ما إذا كان التقدم للعلاج بعد النوبة الاكتئابية الأساسية مبكراً يساعد على تقليل احتمالات الانتكاس، سواء فى طول الفترة المنقضية بين النوبات، أو فى عدد المرات، وذلك فى مقابل التقدم للعلاج فى وقت متأخر بعد حدوث النوبة الاكتئابية وأجريت الدراسة على عينة قوامها ٥٣ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسى، بمتوسط عمرى ٢٧.٦٨ سنة، تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً لمدة ١٦ أسبوعاً، وقد شفى ٤١ منهم شفاءً كاملاً وتمت متابعتهم لمدة عامين. وأظهرت النتائج أن تأخير التقدم للعلاج المعرفى السلوكى يبنى بفترة أطول من الاستقرار قبل حدوث انتكاس، وأيضاً ارتبط العدد الكبير من النوبات السابقة بمعدل تناقص وقت التقدم للعلاج (Quiring et al., 2002).

وأجرى ويسترا Westra، وآخرون دراسة عن منبهات الاستجابة للعلاج لدى ٤٨ من مرضى الاكتئاب الأساسي بمتوسط عمري ٤٠.٧ سنة، اشتركوا في برنامج علاجي معرفي سلوكي جمعي على مدى ١٠ جلسات، وكان كل أفراد العينة يعالجون أيضاً على الأقل بأحد مضادات الاكتئاب. وتضمن البرنامج العلاجي التكامل بين نوعين من العلاجات هما: العلاج المعرفي لبيك، وعلاج ليونسون للتعايش مع الاكتئاب، وتم تقدير المرضى باستخدام قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس العجز الوظيفي للاتجاهات ومقياس اليأس، بالإضافة إلى خمسة بنود لقياس التفاؤل/ التشاؤم. ولم تظهر النتائج وجود فروق بين الذين لم يكملوا البرنامج العلاجي، وبين الذين أتموه فيما يتعلق بالعجز الوظيفي للاتجاهات أو الأعراض الاكتئابية قبل وبعد العلاج، في حين أظهرت النتائج ارتفاعاً في مستوى اليأس بدرجة جوهرية لدى الذين تسربوا من البرنامج العلاجي، بالمقارنة إلى الأفراد الذين أتموا العلاج، وارتبط التشاؤم بالعجز في الاتجاهات خاصة لدى الأفراد الذين أكملوا العلاج، وأيضاً بالأقل استجابة للعلاج بشكل عام. وبشكل عام فإن التشاؤم واليأس يُعدان من المنبهات لعدم الاستجابة للعلاج أو التسرب منه. (Westra; Dazois & Boardman, 2002).

ولاختبار فرض علمي مؤدأ أن إعطاء جلسة علاجية لمدة ساعتين من العلاج المعرفي السلوكي سوف يقلل من القلق والاكتئاب ويؤدي إلى تحسين الأداء العقلي، والجسمي، وتحسين أسلوب الحياة، وتحقيق قدر أعلى من الرضا عن العلاج لدى كبار السن، تم اختيار ٥٦ مريضاً بالانسداد الرئوي المزمن، وتم تصميم جلسة علاجية جماعية للعلاج المعرفي السلوكي لمدة ساعتين لتخفيف أعراض القلق والاكتئاب، واشتملت على تدريبات الاسترخاء، والتدخلات المعرفية، والواجبات المنزلية، واتصالات على مدى فترة المتابعة المقدرة بستة أسابيع. وتم المقارنة بينها وبين مجموعة من مرضى تلقوا فقط تثقيفاً طبياً عن المرض، وأظهرت النتائج أن المجموعة التي تلقت الجلسة العلاجية بالعلاج المعرفي السلوكي أظهرت تحسناً جوهرياً في أعراض القلق والاكتئاب، لكن لم يحدث تحسن فيما يتعلق بالوظائف الجسمية، مما يدعم

فرض أن جلسة علاجية واحدة قد يؤدي إلى تحسن أعراض القلق والاكتئاب لدى المرضى بأمراض جسمية مزمنة (Kunik et al., 2002).

وعن الفروق بين مجموعة من مرضى الاكتئاب الداخلي ومجموعة من مرضى القلق المتكررين، فيما يتعلق باستمرار الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي بعد الخروج من المستشفى، تم اختيار عينة من ٢٤٠ من مرضى الاكتئاب الأساسي وانطلق المقيمين بالمستشفى، خضعوا لبرنامج علاجي معرفي سلوكي، وخرج منهم ١٩٧ مريضاً قبل إنهاء البرنامج العلاجي، وبقي ١٤٣ مريضاً مقيماً بالمستشفى. وتم تقييم جميع المرضى وجمع البيانات قبل وبعد البرنامج العلاجي على مقاييس تقدير الذات، ووجهة الضبط، والقلق، والاكتئاب، والضغط النفسي، وأوضحت النتائج إحراز تقدم طفيف خلال فترة المتابعة على هذه المتغيرات، بالإضافة إلى أن مرضى القلق الذين خرجوا من المستشفى أظهروا تحسناً بشكل أفضل من المرضى المقيمين (Page & Hook, 2003).

وفي محاولة أخرى لدراسة العلاقات السببية بين كل من الأفكار الآلية، والاتجاهات المشوهة والأعراض الاكتئابية، تم اختيار عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي قوامها ٣٥ مريضاً، أخضعوا لبرنامج علاجي معرفي سلوكي جمعي لمدة ١٢ أسبوعاً، وتم تقييمهم على اختبار الأفكار الآلية والاتجاهات المشوهة، وقائمة بيك للاكتئاب، وذلك قبل العلاج، وبعد مرور ٤ و ٨ جلسات ثم بعد انتهاء العلاج. وأشارت النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي أدى إلى خفض المعارف السلبية وأدى التحسن في هذه المعارف (الأفكار الآلية، والاتجاهات المشوهة) بدوره إلى تخفيف أعراض الاكتئاب، وأظهرت النتائج أن الأفكار الآلية تؤدي دوراً وسيطاً بين الاتجاهات المشوهة والأعراض الاكتئابية (Kwon & Oei, 2003).

وفي دراسة عن القابلية للانتكاس بعد العلاج الدوائي، تم اختيار عينة من ٢٣ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسي (١٤ من الذكور، ٩ من الإناث) ممن يعالجون بعقار السيترالين بجرعات تتراوح ما بين ١٥ - ٢٥ ملليجرام مدة ١٢ شهراً وتم تقييمهم على فترات ١٥ يوماً، و ٣٠ يوماً، ثم ٦ شهور، و ١٢ شهراً

باستخدام مقياس للتقدير الذاتي، وقائمة هامليتون للقلق، وقائمة هامليتون للاكتئاب، مع الاستمرار في قياس نسبة تركيز السيرترالين في الدم، خلال الفترات السابقة. وأظهرت النتائج أن الجرعات المنخفضة من الدواء لم تكن كافية لاستمرار الكفاءة العلاجية حيث تزداد احتمالات الانتكاس في ظل الجرعات المنخفضة، وأن الجرعات العالية من الدواء تسهم في تقليل نوبات الانتكاس، وطول الفترة المنقضية بين النوبات. (Mauri, et al., 2003).

وأشار كندال وآخرون إلى أن العلاج المعرفي السلوكي للقلق والاكتئاب لدى الأطفال ذو كفاءة عالية في إحداث التحسن، وكذلك في الوقاية من التعرض للإصابة بالقلق والاكتئاب، وتعاطي المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب في المستقبل وذلك من خلال دراسة على ٨٦ طفلاً في عمر ١٥ سنة تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً لمدة ستة عشر اسبوعاً، واستمرت المتابعة لمدة سبع سنوات وأربعة شهور، وكذلك أشارت الدراسة إلى أن معدل ومستوى الاستجابة للعلاج يرتبط باحتمالات الإصابة بالقلق والاكتئاب وتعاطي المخدرات في المستقبل. (Kendall, et al, 2004).

وكذلك أشار تافت وزملاؤه إلى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي التجمعي في تخفيف السلوك العدواني وتحسين العلاقات الزوجية والحد من العدوان والعنف تجاه الزوجات. (Taft, et al, 2004).

ثانياً: دراسات المقارنة بين مختلف علاجات الاكتئاب:

وأجرى راش "Rush" (1981)، دراسة لتقييم ما إذا كانت هناك تغيرات معينة في أنماط الأعراض لدى مرضى الاكتئاب تكون مصاحبة لأساليب علاجية مختلفة، وأتم دراسته على ٣٥ مريضاً بالاكتئاب الأحادي النوبة من المرضى المتكررين على إحدى العيادات بعضهم تلقى علاجاً معرفياً، وبعضهم الآخر تلقى علاجاً دوائياً (إمبيرامين). وتمت المتابعة العلاجية الأسبوعية، وأظهرت النتائج أن هناك تحسناً في النواحي المعرفية مثل اليأس، وال نظرة حول

الذات، وأيضاً المزاج والدافعية، وارتبطت هذه التغيرات بالعلاج المعرفي، وجاء ذلك مدعماً بفرض أن العلاج المعرفي يساعد في تغيير الأفكار، والمزاج الذي يؤدي - بشكل ثانوي - إلى تحسين أعراض الدافعية والأعراض الجسمية. (Rush, 1981).

وفي دراسة لكوفاكس وراش، وبيك، وهولون ١٩٨١، على ٤٤ مريضاً بالاكتئاب الأحادي غير المصحوب بأعراض ذهانية، من المرضى المترددين بمدى عمرى يتراوح بين ١٩ - ٦٠ عاماً، وتم تقسيمهم مجموعتين بفناء على نوع العلاج المقدم، عولجت المجموعة الأولى علاجاً دوائياً بعقار الإميبرامين، وتلقت المجموعة الثانية علاجاً معرفياً، على مدى ١٢ أسبوعاً، وعلى الرغم من أن كلا الإجراءين ارتبطا جوهرياً بتحسين الأعراض وتخفيض مستويات الاكتئاب، فإن المرضى الذين عولجوا علاجاً معرفياً قد أظهروا مستوى من التحسن كان أفضل جوهرياً، كما أظهروا درجة من المواظبة على إتمام العلاج بشكل أعلى من المجموعة الأخرى من المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً، وبعد عام من المتابعة لمجموعة من ٣٥ منهم (من المجموعتين) أظهرت النتائج استمرار تحسنهم بشكل عام، إلا أن التقارير الذاتية للمرضى أظهرت انخفاضاً جوهرياً في الأعراض الاكتئابية لأولئك الذين تلقوا علاجاً معرفياً، مع وجود اتجاهات إيجابية لديهم لتلقى العلاج المعرفي (Lovacs, Rush, Beck & Hollon, 1981).

وأجريت دراسة بهدف الإجابة عن السؤال التالي: هل هناك فروق بين الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي الفردي، والعلاج المعرفي السلوكي الجمعي في علاج الاكتئاب الأساسي المتوسط والحاد لدى عينة من المرضى المترددين؟

وللإجابة عن هذا السؤال تم اختيار عينة من ٣٠ مريضاً ممن حصلوا على ٢٠ درجة فأكثر على مقياس بيك للاكتئاب، و١٤ درجة فأكثر على قائمة

هاميلتون، ودرجة ثانية على مقياس الاكتئاب من بطارية مينسوتا أعلى من ٧٠ وأيضاً تم تشخيصهم باستخدام المحركات التشخيصية للاكتئاب الأساسي اعتماداً على دليل التشخيص الإحصائي للأمراض العقلية الصادر عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية في طبعته الثالثة المعدلة (DSM-III-R). وقد استمر ٢٧ مريضاً في تلقي العلاج لمدة ١٢ أسبوعاً (٧ من الذكور، ١٩ من الإناث) بعدى عمري يتراوح بين ٢٢ - ٧٠ عاماً) بأحد الأساليب التالية: وعلاج معرفي سلوكي فردي مع علاج دوائي، علاج معرفي سلوكي جمعي مع علاج دوائي، علاج دوائي فقط. وأشارت النتائج إلى وجود تحسن في المجموعات الثلاث، وأن التصاحب بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي، في مقابل العلاج الدوائي وحده كان لهما كفاءة علاجية متساوية تقريباً على الأقل في بداية العلاج، وثبت أيضاً كفاءة العلاج المعرفي السلوكي الجمعي مع حالات الاكتئاب الحاد والمتوسط. (Johnson, 1989).

وتتفق نتائج الدراسة السابقة مع ما أشار إليه مارتن، من أن العلاج المعرفي انسلوكي يمكن أن يكون بديلاً للعلاج الدوائي في علاج حالات الاكتئاب الأساسي، وأنه يقلل معدلات الانتكاس خلال فترات المتابعة. (Martin, 1993).

وأجرى ميرفي وآخرون Murphy et al دراسة مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي، وتدريب الاسترخاء والعلاج الدوائي، وذلك على عينة من ٢٧ مريضاً بالاكتئاب الأساسي، تم تقييمهم على مقياس بيك، وهاميلتون، والشخصية متعدد الأوجه، وأشارت النتائج إلى تفوق كل من العلاج المعرفي السلوكي، وتدريب الاسترخاء على العلاج الدوائي في تحسين أعراض الاكتئاب، وكانت نتائج العلاج الدوائي أسوأ بدرجة جوهرية من نتائج العلاج المعرفي السلوكي (Murphy, et al., 1996).

وعن العلاقة بين الكفاءة العلاجية، وتكاليف العلاج، أجريت دراسة مقارنة بين العلاج الدوائي والفلوكسيتين، والعلاج المعرفي السلوكي، والجمع بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي، وذلك في علاج حالات الاكتئاب الأساسي وتم عمل متابعة لمدة عامين. وتبين أن الفلوكسيتين أعلى تكلفة من العلاج المعرفي السلوكي بنسبة تصل إلى ٢٢٪، وكذلك الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي والفلوكسيتين فكانا أعلى بنسبة ٢٢٪. وتشير هذه النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب الأساسي أقل تكلفة بالنسبة للمرضى، مما يساعد على الاستمرار في العلاج، فضلاً عن زيادة الكفاءة العلاجية له. (Antonuccio, et al., 1997).

وفي دراسة أخرى عن القابلية للانتكاس ومدى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في الوقاية منها، تم إخضاع ٤٠ مريضاً بالاكتئاب الأساسي، بعد تقسيمهم إلى مجموعتين تعرضتا لنوعين من العلاج: العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج الدوائي، أو العلاج الدوائي وحده. وأوضحت النتائج وجود تحسن في الأعراض المتبقية بصورة جوهرية لدى المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي حتى بعد إيقاف العلاج الدوائي. وتبين أنه بعد مرور عامين من المتابعة أن ١٦ من المرضى الذين تلقوا العلاج الدوائي فقط أصيبوا بنوبة انتكاس، في مقابل خمسة من المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي. (Fava, et al., 1998).

وفي دراسة جورتمر وزملائه تم المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي الكامل، وبين المكونات الفرعية له والتي تتمثل في التدخلات السلوكية، والتدخلات المعرفية كل على حدة، وذلك فيما يتعلق بالتعامل مع الأفكار الآلية السلبية وبعض الأعراض الاكتئابية الأخرى، وذلك على عينة من ١٧٢ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسي، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات عشوائية، بحيث تلقت المجموعة الأولى العلاج المعرفي السلوكي، والثانية التدخلات السلوكية، والثالثة تلقت علاجاً عن طريق التدخلات المعرفية،

وذلك على مدى ٢٠ جلسة علاجية على يد معالجين معرفيين سلوكيين مدربين تدريباً جيداً. وتم تقييم الكفاءة العلاجية للطرائق الثلاث من التدخلات العلاجية بواسطة رصد معدلات الانتكاس وعودة الأعراض. وتم التقييم في فترات تتراوح بين ٦، و١٢، و١٨، و٢٤ شهراً. ولم تتضح أي فروق بين الأساليب العلاجية الثلاثة فيما يتعلق بمعدلات الانتكاس أو التحسن. (Gortomer; (Gollan; Dobson & Jacobson, 1998).

وأجرى روسيلو وبيرنال Rosello & Bernal دراسة عن تقييم الكفاءة العلاجية لكل من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج بين الشخصي في علاج الاكتئاب لدى المراهقين. وتم اختيار عينة قوامها ٧١ مريضاً تم تشخيصهم على أنهم مرضى بالاكتئاب باستخدام المحكات التشخيصية الواردة في دليل التشخيص الإحصائي للأمراض العقلية الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية في طبعته الثالثة المعدلة DSM-III-R، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، تلقت المجموعة الأولى العلاج المعرفي السلوكي، وتعرضت الثانية للعلاج بين الشخصي، أما المجموعة الثالثة فكانت على قوائم الانتظار، وتراوح عمر أفراد العينة الكلية بين ١٢ - ١٧ عاماً بمتوسط عمري ١٤.٧ وانحراف معياري ١.٤ سنة. وتلقت المجموعتان الأولى والثانية برنامجاً علاجياً لمدة ١٢ أسبوعاً، وتم تقييمهم أفراد المجموعات الثلاث قبل وبعد العلاج وأثناء فترة المتابعة لمدة ثلاثة شهور، وتم تقييمهم بالنسبة للأعراض الاكتئابية، وتقدير الذات، والتوافق الاجتماعي. وأظهرت النتائج أن كلا من أسلوب العلاج المستخدم كان ذا كفاءة عالية في علاج الاكتئاب لدى المراهقين سواء بعد انتهاء العلاج أو خلال فترة المتابعة. (Rosello & Bernal, 1999).

وأجرى زاس وآخرون Thase et al., 2000 دراسة مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الوهمي، وعلاجات أخرى. تكونت مجموعة العلاج المعرفي السلوكي من ٩٠ مريضاً بمتوسط عمري ٢٨.٤ سنة، ومجموعة من ١٠٠ مريضاً بمتوسط عمري ٣٩.٢ سنة تلقوا علاجاً تحت ظروف تجريبية مختلفة

منها العلاج الوهمي، والعلاج التدعيمي، والإدارة الإكلينيكية دون تدخلات علاجية مباشرة، وتم تحديد الفترة العلاجية الأولى بأربعة أسابيع لكل من العلاجات السابقة للأربع مجموعات، واستمر العلاج لمدة ١٦ أسبوعاً، وأظهرت النتائج تفوق العلاج المعرفي السلوكي سواء بعد مدة أربعة أسابيع، أو ١٦ أسبوعاً. (Thase et al., 2000).

وهي دراسة أخرى تم المقارنة بين كل من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج النفسي غير الموجه، والرعاية الإكلينيكية من قبل الممارسين العاملين في الرعاية الأولية، وذلك فيما يتعلق بالكفاءة العلاجية لكل منها في علاج مرض الاكتئاب الأساسي. تكونت عينة الدراسة من ٤٦٤ مريضاً بالاكتئاب الأساسي أو الاكتئاب المختلط مع القلق، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات تلقت كل منها أسلوباً علاجياً من الأساليب السابقة على مدى ١٢ أسبوعاً. واستخدمت قائمة بيك للاكتئاب، وقائمة الأعراض الطبية النفسية، ومقياس الرضا عن العلاج، وتم تقدير المرضى قبل العلاج، وبعده، وبعد ٤ و ١٢ شهراً. وأظهرت النتائج وجود تحسن جوهري لدى المجموعات الثلاث عبر الوقت، إلا أن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي تحسنت في فترة ٤ أشهر بشكل أفضل جوهرياً من المجموعتين الأخريين، لكن لم تظهر هذه الفروق بعد ١٢ شهراً من المتابعة، مما يشير إلى أن العلاج المعرفي السلوكي كان ذا كفاءة علاجية على المدى القريب مع استمرار التحسن العلاجي لفترة طويلة بالمقارنة بالأساليب العلاجية الأخرى. (Ward et al., 2000).

وفي مراجعة لعدد كبير من الدراسات تم المقارنة بين كفاءة العلاج المعرفي السلوكي والعلاج التحليلي المختصر في علاج الاكتئاب الأساسي. وتم اختيار الدراسات التي لا يقل عدد جلساتها عن ١٢ جلسة علاجية، وتم رصد مؤشرات التحسن في الأعراض الاكتئابية، والأعراض الطبية النفسية العامة، والكفاءة الاجتماعية. ولم تظهر النتائج وجود أي فروق بين العلاج التحليلي المختصر والعلاج المعرفي السلوكي في تحسن المناطق الثلاث

السابقة، حيث كان تأثيرها متساوياً تقريباً، ولكن قد تظل هذه النتائج محدودة بحدود هذه الدراسة فقط، وتُعد نتائج نوعية ومن غير الممكن التعميم من خلالها نظراً لصغر حجم عينات الدراسات التي أخضعت للتحليل. (Leichsenring, 2001).

وأجريت دراسة للمقارنة بين كفاءة العلاج المعرفي السلوكي، في مقابل العلاج بالتسكين المنظم، على عينة من ١٥ مريضاً قسموا إلى مجموعتين تلقت إحداها برنامجاً بالعلاج المعرفي السلوكي، والأخرى العلاج بالتسكين المنظم في الجلسات الأربع الأولى من العلاج، وتضمنت التقييمات القبلية والبعيدة نوعين من التقديرات هما: التقرير الذاتي للاكتئاب والأعراض الطبية النفسية العامة، وقياس الرضا الشخصي بعد العلاج. وأظهرت النتائج وجود تحسن لدى كلتا المجموعتين ولم توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معدلات ومستويات التحسن العام. (Hugan, 2001).

وقد أجرى نيلسون "Nelson" مراجعة لعدد كبير من الدراسات باستخدام إعادة التحليل، عن الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي في مقابل العلاج الدوائي في علاج الاكتئاب الأساسي، وتم معالجة البيانات المستخرجة كمياً وكيفياً. وأظهرت نتائج التحليل بشكل عام تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج الدوائي في علاج الاكتئاب الأساسي. (Nelson, et al., 2002).

وأجرى بيرلز وآخرون، دراسة للمقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائي (فلوكسيتين) فيما يتعلق بمعدلات الانتكاس، والأعراض المتبقية بعد انتهاء العلاج وتم اختيار عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي قوامها ١٣٢ مريضاً من بين المرضى المتكررين، وتم توزيعهم على مجموعتين، تلقت المجموعة الأولى علاجاً بمقار الفلوكسيتين بجرعة تتراوح بين ٢٠ مللجرام، و٤٠ مللجرام، وتلقت المجموعة الثانية العلاج المعرفي السلوكي، وذلك على مدى ثمانية أسابيع، وتم متابعة المرضى بعد انتهاء العلاج لمدة ٢٨ أسبوعاً لتحديد مدى تحسن الأعراض الاكتئابية، ومعدل الانتكاس. وقد

تسرب من البرنامج العلاج ٤٧ مريضاً (٢٥,٦٪) لم يكملوا المتابعة لمدة ٢٨ أسبوعاً، ولم توجد فروق بين المجموعتين فيما يتعلق بمعدلات الانتكاس، إلا أنه ثبت أن الجرعات العالية من التلوكسيتين ذات معدلات انتكاس أقل (Perlis, et al., 2002).

ثالثاً: دراسات التصاحب العلاجي (الجمع بين أسلوبين علاجيين أو أكثر):

وأجرت بلاكبورن (Blackburn, 1981)، دراسة على ٦٤ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسي (متوسط العمر ٤١,٣) من المرضى المقيمين داخل إحدى المستشفيات، في مقابل مجموعة من المرضى المترددين (متوسط العمر ٤٣,٢)، وتم إخضاعهم لكل من العلاج المعرفي، ومضادات الاكتئاب، كل على حدة، أو في تصاحبهما معاً. واستخدم لتقييم التحسن كل من مقياس بيك، وقائمة هاميلتون، ومقياس عدم الراحة، ومقياس القلق والاكتئاب. وأظهرت النتائج تفوق التصاحب العلاجي بين العلاج الدوائي والعلاج المعرفي على نوعي العلاج كل على حدة، وفي حالة المرضى المترددين كان العلاج المعرفي أكثر كفاءة. (Blackburn, 1981).

وأجرى بيللاك وزملاؤه (Bellack, et al., 1981)، دراسة على عينة قوامها ٧٢ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأحادي بدون وجود أعراض ذهانية، وتراوح عمر أفراد العينة بين ٢٠ - ٦٠ عاماً وكان من النساء المترددات على إحدى العيادات، وأتمت ٥٢ مريضة منهن المدة العلاجية المقررة (١٢ أسبوعاً)، وكان قد تم تقسيمهن إلى ثلاث مجموعات: تلقت المجموعة الأولى علاجاً دوائياً باستخدام عقار الأمينوبيبتيلين، وتلقت المجموعة الثانية العقار نفسه مصاحباً لأسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية، والمجموعة الثالثة تلقت العلاج بأسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية مع البلاسيبو، وأظهرت النتائج أن هناك تحسناً نتيجة إتباع كل الأساليب السابقة بصورة جوهرية فيما يتعلق بالأعراض الاكتئابية، والوظائف الاجتماعية. واتضح أن العلاج عن طريق المهارات الاجتماعية والبلاسيبو أكثر كفاءة من الأساليب الأخرى. (Bellack, et al., 1981).

وفي دراسة شارك فيها ٦٤ مريضاً، تلقوا نوعاً إلى ثلاثة أنواع من الأساليب العلاجية النفسية السلوكية (المهام والواجبات المنزلية، والاسترخاء، والتفاعل والتواصل الإيجابي الأول) لمدة شهرين، وكان ذلك مصحوباً بتناول الإيميتريبتيلين، أو البلاسيبو كعلاجات دوائية. وتم تقييم مستوى القلق والاكتئاب قبل العلاج، وأثناء العلاج، وبعد انتهاء العلاج مباشرة، وخلال ستة أشهر من المتابعة. وتم رصد كل من اضطرابات النوم، وأعراض المخاوف بشكل أقل تكراراً، وقد لوحظ حدوث تحسن واضح للأعراض الاكتئابية خلال فترة العلاج بشكل مستقل عن نوع العلاج المقدم للمرضى، وظل تأثير العلاج مستمراً خلال فترة المتابعة. وأشارت النتائج أيضاً إلى أن المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً تحسّنوا بشكل أسرع من المرضى الذين تلقوا علاج البلاسيبو، ولم تظهر النتائج دلالة جوهرية من التصاحب بين العلاج الدوائي، وأي من العلاجات النفسية المستخدمة (Wilson, 1982).

ولبيان دور العلاج المعرفي في تحسين المعارف المضطربة لدى المرضى، تم اختيار عينة من ٢٨ مريضاً بالاكتئاب الأساسي، تلقى نصفهم علاجاً معرفياً، في حين تلقى نصفهم الآخر علاجاً دوائياً، وتم تقييم جميع المرضى على مقاييس المزاج، والمقاييس المعرفية على خمس فترات متتالية. وكشفت النتائج أن العلاج المعرفي كان ذو فاعلية عالية في تحسين الأفكار المعرفية السلبية بالمقارنة إلى العلاج الدوائي، وأشارت النتائج أيضاً إلى أن التغير المعرفي الإيجابي يعتبر أحد الملامح العلاجية المهمة في تحسين المرضى بشكل عام، حيث أن المرضى الأقل تحسناً أظهروا انخفاضاً دالاً في مستوى التحسن فيما يتعلق بالجوانب المعرفية، وأن التغير المعرفي (التحسن المعرفي) هو جزء من التحسن العام للمريض أكثر من كونه سبباً لهذا التحسن. (Simons, 1983).

وفي دراسة عن الكفاءة العلاجية للمكونات الفرعية للعلاج المعرفي السلوكي لبليك، ومدى الاستجابة لمكون بعينه، تم استخدام ثلاثة مكونات هي: أ) المراقبة الذاتية للأفكار السلبية، ب) التحليل المنطقي، ج) واختيار

الفروض. وتم اختيار عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي أخضعوا لبرنامج علاجي بالمكونات الثلاثة. وأظهرت النتائج أن اختبار الفروض، والتحليل المنطقي كانا أكثر كفاءة في التعامل مع الأفكار السلبية الآلية، من المراقبة الذاتية، وأن الجمع بين الأساليب الثلاثة كان أكثر كفاءة من استخدام أي من الأساليب أو المكونات السابقة بمفرده، في التغلب على الأفكار السلبية الآلية (Jarrett, 1983).

وفي مراجعة باستخدام أسلوب تحليل التحليل Meta analysis لنتائج ٥٦ دراسة عن العلاج النفسي والعلاج الدوائي، وكانت هناك خمسة أنواع من العلاجات النفسية المستخدمة في تلك الدراسات وهي: العلاج السلوكي، والعلاج المعرفي، والتعلم الاجتماعي، والتفاعل بين الشخص، والتصاحب بين التعلم الاجتماعي والتفاعل بين الشخص والعلاج السلوكي، والإرشاد (العلاج) الأسري، هذا بالإضافة إلى ٣٥ نوعاً من العلاجات الدوائية مع وجود نوعين رئيسيين هما الأمبيرامين والميتريبتلين. وانتهت الدراسة إلى نتيجة مؤداها أن العلاج النفسي عموماً يتفوق على العلاج الدوائي في علاج الاكتئاب الأحادي تفوقاً جوهرياً (Steinbruech, Moxwell, et al., 1983).

وأجريت دراسة عن كفاءة الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائي في برنامج علاجي متكامل للحالات المقاومة للعلاج، تضمنت عينة الدراسة ستة من النساء المرضيات بالاكتئاب الأساسي المقاومات للعلاج الدوائي، واشتمل البرنامج العلاجي على كل من العلاج الدوائي، والعلاج المعرفي السلوكي، وفترة إقامة قصيرة في المستشفى، ومتابعة لمدة أربعة شهور في العيادة الخارجية بعد الخروج من المستشفى. وبدأ البرنامج العلاجي من داخل المستشفى، واستمر طوال فترة المتابعة. وأشارت النتائج إلى أن الجمع بين العلاج الدوائي، والعلاج المعرفي السلوكي كان ذا كفاءة علاجية عالية في تحسين المرضيات بشكل عام حتى في حالة من كنّ مقاومات للعلاج الدوائي وحده (Miller et al., 1985).

وأجرى بويرز Bowers دراسة على ٣٠ مريضاً تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات متساوية، تلقت المجموعة الأولى علاجاً دوائياً باستخدام عقار نورترينتين، وتلقت المجموعة الثانية العلاج الدوائي نفسه مصحوباً بالاسترخاء، وتلقت المجموعة الثالثة العلاج الدوائي مصحوباً بعلاج معرفي، وتلقت المجموعتين الأخريتين ١٢ جلسة علاجية، وتم عمل تقييم في الجلسات الأولى، والسادسة، والثانية عشرة باستخدام مقياس بيك للإكتئاب، وقائمة هاميلتون، ومقياس التشاؤم، واستخبار الأفعكار الآلية، والعجز الوظيفي في الاتجاهات. وقد أظهرت النتائج وجود فروق بين المجموعتين الأخريين (الاسترخاء والعلاج المعرفي) وبين المجموعة الأولى (العلاج الدوائي)، تفوق التصاحب العلاجي وكفاءته في خفض الأعراض الاكتئابية خاصة العلاج المعرفي المصاحب، بشكل أعلى من استخدام العلاج الدوائي وحده (Bowers, 1987).

ولاختبار ما إذا كان أسلوب علاجي معين يؤثر في مكون خاص من مكونات زملة الأعراض المرضية الاكتئابية (الأعراض المعرفية، والوجدانية، والجسمية)، والتي يشتمل عليها كل من مقياس بيك، وقائمة هاميلتون، تم اختيار ٦٤ من مرضى الاكتئاب الأساسي، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، تلقت كل منها أسلوباً علاجياً مختلفاً (دوائي فقط بعقار أمبيرامين، أو علاج معرفي فقط، أو علاج معرفي مصحوب بعلاج دوائي) لمدة ١٢ أسبوعاً. وأوضحت النتائج وجود تحسن في المجموعات الثلاث بشكل مستقل عن الأسلوب العلاجي المستخدم، وذلك على المكونات الثلاثة، وذلك لا يدعم افتراض أن أسلوب علاجي معين قد يساعد على تحسن مكون فرعي بعينه بشكل أكثر كفاءة من المكونات الأخرى وأيضاً من الأساليب الأخرى. (Mendell, 1987).

وفي دراسة أجراها سيلمي وآخرون (Selmi et al, 1990) لتقييم كفاءة العلاج المعرفي السلوكي عبر الحاسب الآلي، تم اختيار عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي، وتم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، تلقت المجموعة الأولى

العلاج المعرفي السلوكي بشكل تفاعلي عن طريق الحاسوب، وتلقت المجموعة الثانية العلاج المعرفي السلوكي المقدم من قبل معالجين فعليين، وكانت المجموعة الثالثة مجموعة ضابطة على قوائم الانتظار، وذلك لمدة ٦ جلسات علاجية. وأوضحت النتائج بعد العلاج وبعد مرور شهرين من المتابعة أن سكانا المجموعتين العلاجيتين تحسنتا، وأنه لم توجد فروق بينهما في مستوى التحسن على المقاييس والأدوات المستخدمة في الدراسة وهي مقياس بيك، وقائمة هاميلتون، واستخبار الأفكار الآلية، وفي المقابل كانت هناك فروق جوهرية بين المجموعتين والمجموعة الضابطة حيث كان التحسن أفضل في المجموعتين العلاجيتين. (Selmi, et al., 1990).

وقد أشار هولون Holon، (١٩٩٠) من خلال المراجعة التي أجراها لعدد من الدراسات عن الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي في مقابل العلاج الدوائي، كل على حدة أو عند تصاحبهما معاً، إلى أن هناك دلائل على أن العلاج المعرفي يؤدي إلى النتيجة نفسها التي تؤدي إليها مضادات الاكتئاب الثلاثية عند علاج حالات الاكتئاب الأحادي غير المصحوب بأعراض ذهانية. وعلى الرغم من أنه لا توجد دلائل على تفضيل أحدهما على الآخر من حيث الكفاءة العلاجية فإن كان هناك تفوقاً للعلاج المعرفي فيما يتعلق بالوقاية من الانتكاس خلال فترات المتابعة العلاجية، وأيضاً أشارت النتائج إلى أن التصاحب بين العلاج المعرفي والعلاج الدوائي، أكثر كفاءة في الوقاية من الانتكاسات المتكررة، بالمقارنة إلى الأسلوبين العلاجين الآخرين. (Holon, 1990).

وأجرى ديفرز، دراسة مراجعة لعدد كبير من الدراسات في ثلاثة مجالات رئيسية هي: العلاج الدوائي، والعلاج المعرفي، والتصاحب بين العلاج الدوائي والعلاج المعرفي، وذلك بهدف تحديد الكفاءة النسبية لكل منها في علاج الاكتئاب.

وأظهرت نتائج الدراسة تفوق العلاج المعرفي على العلاج الدوائي، وأيضاً تفوق التصاحب بين العلاج المعرفي والدوائي على العلاج الدوائي وحده. (Davis, 1991).

وفي دراسة ستراقتسكي وفيريلت (١٩٩٤)، تم تقسيم ٢٤ مريضاً بالاكتئاب الأساسي على مجموعتين. تلقت المجموعة الأولى العلاج المعرفي السلوكي الجمعي، وتلقت المجموعة الثانية العلاج المعرفي السلوكي الجمعي مصحوباً بعقار الأمبيرامين. وأكمل ١٨ من المرضى في المجموعتين العلاج عبر ١٥ جلسة علاجية بواقع جلسة أسبوعياً، وتم تقييم خط الأساس، والتحسين باستخدام مقياس بيك، وقائمة هاميلتون، ومقياس اليأس. وأشارت نتائج المتابعة لستة عشر مريضاً خلال فترة ٦ شهور بعد انتهاء العلاج إلى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي. ولم تثبت فائدة إضافة الأمبيرامين إلى العلاج المعرفي السلوكي، إذ أنها لم تعزز من كفاءة النتائج العلاجية. (Stravynski and Verreault, 1994).

وأجرى مارتن وآخرون، ١٩٩٦ دراسة على عينة قوامها ١٩١ مريضاً من مرضى الاكتئاب، المقيمين والمتريدين من الذكور والإناث الراشدين، بمدى عمرى يتراوح ما بين ١٨ - ٥٨ عاماً. وتم تقسيم العينة عشوائياً إلى ثلاث مجموعات، تلقت المجموعة الأولى علاجاً دوائياً بعقار الأميتريبتيلين، وتلقت المجموعة الثانية علاجاً معرفياً سلوكياً، والمجموعة الثالثة تلقت تصاحباً بين النوعين السابقين من العلاجات. وتم تقييم الأعراض الاكتئابية والشكاوى الأخرى عن طريق التقارير الذاتية، ومقاييس التقدير العيادية مثل مقياس بيك للاكتئاب، وقائمة هاميلتون وذلك أثناء وبعد ثمانية أسابيع من العلاج، ثم بعد مرور سنة من المتابعة، وتم المقارنة بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بالنتائج قصيرة وطويلة المدى، ومعدل التسرب، والآثار الجانبية. وأشارت النتائج إلى تفوق العلاج المعرفي تفوقاً جوهرياً على العلاج الدوائي خاصة فيما يتعلق بتقليل احتمالات الانتكاس خلال فترة المتابعة. (Martin, et al., 1996).

وفي دراسة لشين Chen وآخرين على عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي قوامها ٣٦ مريضاً من الذكور والإناث، بمدى عمرى تراوح بين ١٨ و ٦٠ عاماً،

تلقى ٢٠ من المرضى علاجاً معرفياً سلوكياً مع علاج دوائي لمدة ١٢ أسبوعاً، وتلقى ١٦ مريضاً، علاجاً دوائياً فقط لمدة ١٢ أسبوعاً أيضاً. وتم عمل متابعة بعد انتهاء فترة العلاج على فترتين هما ٦، و ١٢ شهراً، واستخدم لقياس خط الأساس، ومتابعة التحسن كل من مقياس بيك للاكتئاب، وقائمة هاميلتون. وأشارت نتائج الدراسة إلى تفوق التصاحب بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي، فيما يتعلق بمستوى وسرعة التحسن، وأيضاً القابلية للانتكاس. (Chen, et al., 1996).

ولفحص كفاءة العلاج الزوجي التكاملي، في مقابل العلاج المعرفي السلوكي، والتصاحب بينهما في علاج الاكتئاب لدى الإناث، تم اختيار ٢٩ من الإناث المتزوجات ممن يعانين من الاكتئاب الأساسي، وتم تقييمهن على مقياس بيك وقائمة هاميلتون للاكتئاب، ومقياس التوافق الزوجي لقياس الكرب الزوجي، فضلاً عن المقابلة العيادية التشخيصية المقننة. واشترك أفراد العينة في العلاج لمدة ١٢ أسبوعاً بأحد الأساليب السالفة الذكر، بناءً على تقسيمهن إلى ثلاث مجموعات، وأشارت النتائج إلى حدوث تحسن في أعراض الاكتئاب، والكرب الزوجي بغض النظر عن الأسلوب العلاجي المستخدم. كما لا توجد مؤشرات تدل على تفوق أحد الأساليب العلاجية على الآخر. (Trapp, 1997).

وأجرى مارتين (1997) Martin دراسة مقارنة بين ثلاثة أساليب علاجية هي: العلاج المعرفي، والتصاحب بين العلاج المعرفي والعلاج الدوائي، والتصاحب بين العلاج الدوائي والعلاج التدميمي، وذلك على عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي. وأشارت النتائج إلى تفوق العلاج المعرفي على العلاج الدوائي، ولم تظهر فروق دالة بين تأثير العلاج المعرفي وحده، والتصاحب بينه وبين العلاج الدوائي. (Martin, 1997).

وأجرى زاس وآخرون، دراسة باستخدام لنتائج ست دراسات أجريت في المدة الزمنية من ١٩٨٢ حتى ١٩٩٢ للمقارنة بين كفاءة العلاج النفسي وحده، والتصاحب بين العلاج النفسي والعلاج الدوائي في علاج الاكتئاب الأساسي، وتم فحص العلاقة بين النتائج العلاجية العيادية، ونوع العلاج، وحدة

الأعراض، وبعض البيانات الديموجرافية. واشتملت عينة الدراسة على ٥٩٥ مريضاً متريداً بعدى عمرى يتراوح بين ١٨ - ٨٠ عاماً، وتلقى ٢٤٣ منهم علاجاً نفسياً فقط، فى حين تلقى ٣٥٢ مريضاً علاجاً تصاحبياً (نفسى ودوائى معاً)، وقد أشارت النتائج إلى أن معدلات الشفاء والتحسن لا تختلف بالنسبة للإجرائين السابقين فيما يتعلق بالحالات غير الحادة، أما فى الحالات الحادة، فقد أظهر التصاحب العلاجى معدلات شفاء أعلى جوهرياً، وكان المرضى المسنون هم أقل وأبطأ فى الشفاء. (Thase et al., 1997).

وتتفق دراسة زاس وآخرين مع دراسات ديكرزباك وآخرين والتي أفادت أن التصاحب بين العلاج الدوائى والعلاجات المعرفية السلوكية يؤدى إلى نتائج أفضل، وذات كفاءة علاجية عالية. (Deckersback; Garshwy, Otto, 2000).

ولدراسة كفاءة العلاج المعرفى السلوكى فى مقابل العلاج الدوائى فى علاج الاكتئاب الأساسى لدى كبار السن، تم اختيار عينة قوامها ١٠٢ مريضاً بالاكتئاب من المترددين بمتوسط عمرى ٦٦.٨ سنة اعتماداً على محركات دليل التشخيص الإحصائى للأمراض النفسية فى الطبعة الرابعة وتم تقسيمهم عشوائياً إلى ثلاث مجموعات تلقت إحداها العلاج المعرفى السلوكى فقط، والثانية العلاج الطبى الدوائى فقط، والأخيرة تلقت العلاج المعرفى السلوكى إلى جانب العلاج الطبى الدوائى. وتراوحت الجلسات العلاجية بين ١٦ - ٢٠ جلسة علاجية. وأشارت النتائج إلى حدوث تحسن ملحوظ بشكل عام، وكانت نتائج العلاج المعرفى وحده أو المصحوب بالعلاج الدوائى متشابهة تقريباً. وأظهرت النتائج أيضاً أن المجموعة التى تلقت نوعى العلاج معاً، أظهرت تحسناً أسرع وأفضل من مجموعة العلاج الطبى وحده، وقد أظهر العلاج المعرفى بمفرده تحسناً نسبياً جيداً مقارنةً بالعلاج الدوائى وحده. وأشارت النتائج إلى أن التصاحب بين مختلف العلاجات أكثر كفاءة فى حالة المرضى ذوى الاكتئاب الحاد خاصة إذا كان العلاج الطبى يتم تناوله بشكل ثابت ويجرعات مناسبة. وأظهرت النتائج أيضاً أن العلاج المعرفى السلوكى ذو كفاءة عالية فى علاج الاكتئاب الأساسى لدى كبار السن فى المستوى الذى يتراوح بين الخفيف والمتوسط. (Thompson, et al., 2000).

وأجرى زاس وآخرون دراسة مقارنة عن كفاءة كل من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائي في علاج مرضى الاكتئاب الأساسي. اشتملت عينة الدراسة على ٧٥ مريضاً من مرضى الاكتئاب الأساسي، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات تلقت المجموعة الأولى وقوامها ٥٢ مريضاً العلاج المعرفي السلوكي لبيك، والمجموعة الثانية وقوامها ١٠ من المرضى تلقوا علاجاً دوائياً بدواء القلويسيتين، والمجموعة الثالثة وقوامها ١٣ مريضاً تلقوا علاجاً دوائياً بدواء البوبروبيون، وذلك من خلال برنامج علاجي للمجموعات الثلاث عبر ١٦ أسبوعاً. وقد تم تغيير الدواء بعد ٨ أسابيع فقط للمرضى الذين لم يستجيبوا للمحاولات العلاجية الأولى بالأدوية. وأشارت النتائج إلى أن المرضى الذين عولجوا بالعلاج الدوائي كانوا أكثر تحسناً، وأن إضافة العلاج الدوائي إلى العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى نتائج أفضل خاصة في الحالات المزمنة والمقاومة للعلاجات الدوائية. (Thase et al., 2000).

وفي إطار دراسة الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي، في مقابل العلاج الدوائي في علاج المرضى المكتئبين مزدوجي التشخيص، تم اختيار عينة قوامها ٨٢ مريضاً من الكحوليين المشخصين أيضاً على أنهم مرضى اكتئاب، وتم إخضاع أفراد العينة لبرنامج علاجي معرفي سلوكي وعلاج بالأدوية (سيرترالين) والعلاج الوهمي لمدة ١٢ أسبوعاً، وذلك بعد تقسيمهم لثلاث مجموعات. وأشارت النتائج إلى أن "السيرترالين" أدى إلى خفض الأعراض الاكتئابية، كما قلل من حجم التعاطي أثناء إجراء الدراسة، وذلك مقارنة بالمرضى الذين خضعوا للعلاج الوهمي، كذلك ارتبط العلاج "بالسيرترالين" بانخفاض مستوى وحدة الاكتئاب في نهاية العلاج لدى الإناث بالمجموعة الضابطة، وأيضاً ارتبط انخفاض تعاطي الكحوليات بانخفاض شدة الاكتئاب. وبناءً على هذه النتائج تفترض الدراسة أن إضافة العلاج الدوائي "السيرترالين" للعلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى علاج المرضى الكحوليين وتخفيض حجم التعاطي وأيضاً تخفيف الأعراض الاكتئابية المصاحبة. (Moak et al., 2003).

ومن الدراسات العربية الحديثة التي أجريت في البيئة المصرية لدراسة كفاءة العلاج المعرفي في تحسين أعراض الاكتئاب، دراسة ألفت كحلة (٢٠٠٠)، حيث أجريت دراسة على عينة قوامها ٢٠ مريضاً من مرضى الاكتئاب، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات تتكون كل مجموعة فرعية من ١٠ من المرضى، وتلقت المجموعة الأولى علاجاً معرفياً وفقاً لمنحنى بيك إلى جانب العلاج الدوائي، وتلقت المجموعة الثانية برنامجاً للعلاج السلوكي باستخدام طرائق التحكم الذاتي، بالإضافة إلى العلاج الدوائي، وتلقت المجموعة الثالثة العلاج الدوائي فقط. وذلك من خلال برنامج علاجي عبر ١٢ جلسة علاجية، وقد تبع البرنامج فترة متابعة لمدة شهرين. وأشارت النتائج إلى أنه لم توجد فروق ذات دلالة بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بالتحسن سواء بعد انتهاء العلاج مباشرة، أو بعد فترة المتابعة.

وهناك نقاط مهمة يجب الإشارة إليها في هذه الدراسة وهي أنها:

- ١- لم تختبر كفاءة العلاج المعرفي منفرداً، حيث كانت المجموعات الثلاث خاضعة للعلاج الدوائي بمضادات الاكتئاب مما قد يكون سبباً في طمس الفروق بين المجموعات، ويؤدي إلى صعوبة تحديد حجم الإسهام النسبي للعلاج المعرفي وحده.
 - ٢- صعوبة تحديد الحجم النسبي لإسهام العلاج السلوكي (المجموعة الثانية) وعدم إمكانية المقارنة بين كفاءته في مقابل العلاج الدوائي أو العلاج المعرفي.
 - ٣- قصر فترة المتابعة مما أدى إلى صعوبة تحديد احتمالات ونسب الانتكاس لكل نوع من أنواع العلاجات السابقة.
- أما الدراسة الثانية فقد أجرتها زيزى السيد، (٢٠٠٣) عن تقييم برنامج علاج معرفي على عينة من مرضى الاكتئاب الأساسي، على عينة مكونة من ٩ من المرضى المتكررين، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات (ن = ٣)، تلقت المجموعة الأولى برنامج العلاج المعرفي لبيك فقط، والثانية تلقت العلاج المعرفي

ليبيك مصححياً بالعلاج الدوائي، وتلقت المجموعة الثالثة علاجاً دوائياً فقط. وتم تقييم المرضى قبل وعند منتصف فترة العلاج وبعد العلاج. وبعد فترة متابعة لمدة ثلاثة أشهر باستخدام قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس بيك للقلق، وقائمة هاميلتون للقلق، ومقياس الاتجاهات المختلة ومقياس أساليب المواجهة، ومقياس فقدان الأمل ومن أبرز نتائج الدراسة أن العلاج المعرفي المقترن بالعلاج الدوائي كان أكثر كفاءة من العلاج المعرفي منفرداً في مرحلة وسط العلاج، أما في نهاية العلاج فلم تكن هناك فروق بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بمستوى التحسن، سواء بالنسبة للأعراض العامة أو الجوانب المعرفية، وتكررت تلك النتيجة فيما يتعلق بفترة المتابعة حيث لم تظهر أي فروق بين المجموعات الثلاث على أي من متغيرات الدراسة. ومن الملاحظات التي تؤخذ على هذه الدراسة ما يلي:

- ١- صغر حجم عينة الدراسة، وصغر حجم خلايا المقارنة بما لا يسمح بوجود فروق جوهرية.
- ٢- قصر مدة المتابعة نسبياً، مما قد لا يسمح بمتابعة نسب واحتمالات الانتكاس.
- ٣- عدم وجود برنامج علاجي مفصل وشامل للجلسات العلاجية، وإجراءاتها وأهدافها العلاجية تفصيلاً.
- ٤- عدم وضوح الأساليب السلوكية المستخدمة مع الاقتصار على جدول تسجيل الأفكار الآلية، والأنشطة اليومية.

والى جانب الدراسات التي تم عرضها تفصيلاً، هناك عدد كبير من الدراسات التي تناولت الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي، إما منفرداً أو بمقارنته بالعلاج الدوائي، أو بأحد العلاجات النفسية الأخرى، والتي تناولت الاكتئاب مع أمراض نفسية وجسمية أخرى مثل: دراسات ماكلاناهاان "McClanahan" (٢٠٠١)، وكوري Curry وآخرين (٢٠٠٢)، عن علاج الاكتئاب لدى متعاطي الكحوليات باستخدام المجموعات أو أسلوب دراسة الحالة،

وبكذلك دراسات عن كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف أعراض الاكتئاب لدى المرضى بأمراض جسمية مزمنة مثل دراسات كل من خان وبراون Khan & Brown (٢٠٠٣) على مرضى الإصابات الدماغية، وأيضاً دراسات يوحناز Yohannes وآخرين (٢٠٠٢) عن مرضى الإنسداد الرئوي المزمن، ودراسات مور Mohr وآخرين عن الاكتئاب لدى مرضى التصلب المتأثر، وأيضاً دراسات عن الاكتئاب لدى الأطفال مثل دراسة فردوين Verduyn ودراسات عن الاكتئاب المصاحب لأمراض نفسية أخرى مثل دراسات ماير وآخرين (Meyer et al., 2001) عن الاضطراب القطبي الهوس / الاكتئاب، والاكتئاب لدى مرضى اضطرابات الهلع مثل دراسات رايف وآخرين Rief et al. (٢٠٠٠)، ودراسات بول وآخرين Ball, et al. (٢٠٠٠) عن الاكتئاب لدى مرضى اضطرابات الشخصية.

تعليق عام على الدراسات السابقة:

استعرضنا فيما سبق - على سبيل المثال لا الحصر - عدداً كبيراً من الدراسات التي تناولت الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي سواء عند مقارنته بعلاجات نفسية أخرى، أو عند مقارنته بالعلاج الدوائي الطبي، أو عند الجمع بينه وبين أحد هذه العلاجات، سواء فيما يتعلق بالتحسن العام بعد العلاج مباشرة، أو خلال فترات المتابعة، ورصد احتمالات عودة الأعراض (الانتكاس). ومن خلال العرض السابق يمكن أن نستخلص عدداً من النقاط المهمة في هذا الصدد نفضلها على النحو التالي:

- ١- أشار عديد من الدراسات إلى تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج الدوائي أو العلاجات النفسية الأخرى في علاج الاكتئاب الأساسي، إلا أن بعض الدراسات لم تظهر هذا التفوق، إذ لم توجد فروق بين مختلف العلاجات من حيث الكفاءة العلاجية لمرضى الاكتئاب الأساسي.

- ٢- أشار عديد من الدراسات إلى تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج الأدائي والعلاجات النفسية الأخرى في تعديل وخفض المعارف والأعراض المعرفية المصاحبة للاكتئاب.
- ٣- ظهرت الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي في خفض وتخفيف أعراض الاكتئاب والقلق لدى المرضى الذين يعانون من أمراض جسمية مزمنة.
- ٤- التصاحب بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي الطبى أكثر كفاءة من استخدام كل منهما منفرداً في علاج الاكتئاب الأساسى خاصة في الحالات الحادة.
- ٥- أشار عديد من الدراسات إلى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي، أو التصاحب بينه وبين العلاج الدوائي في شفاء وتحسين المرضى من ذوى التشخيصات المزوجة مثل الاكتئاب المختلط مع القلق، أو المصاحب للكحوليات، والتدخين.
- ٦- أن التصاحب بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي أكثر كفاءة من أى منهما على حدة في علاج المرضى المصنفين على أنهم مقاومون للأدوية.
- ٧- تبين وجود كفاءة للعلاج المعرفي السلوكي في تحسين وشفاء أعراض الاكتئاب مع مختلف الفئات العمرية من المراهقة، والرشيد، وحتى كبار السن.
- ٨- تناول عديد من الدراسات رصد احتمالات عودة الأعراض، القابلية للانتكاس بعد إتمام العلاج المعرفي السلوكي خلال فترات المتابعة التى قد تصل إلى عامين، وفى المقابل فإن الدراسات التى تناولت القابلية للانتكاس بعد إتمام العلاج الدوائي تعد نادرة.

٩- وجود تعارض في نتائج بعض الدراسات الخاصة بالتصاحب بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي، أو العلاجات النفسية الأخرى، حيث أشار عديد من الدراسات إلى أن هذا التصاحب يؤدي إلى نتائج أكثر كفاءة، في حين أشارت دراسات أخرى إلى أن إضافة العلاج الدوائي للعلاج المعرفي السلوكي لم يؤد إلى نتائج أفضل من استخدام كل منهما على حدة بل كانت النتائج متشابهة تقريباً.

١٠- وجود تعارض بين الدراسات التي تناولت المكونات الفرعية للعلاج المعرفي السلوكي سواء بالنسبة للجوانب والمكونات المعرفية، أو السلوكية خاصة ما يتعلق بالواجبات المنزلية، وذلك من حيث إسهام كل منها في زيادة ورفع الكفاءة العلاجية، أو الاستجابة العلاجية من قبل المرضى.

١١- ثبتت كفاءة العلاج المعرفي السلوكي الجمعي في علاج الاكتئاب خاصة بالنسبة للمرضى المقيمين داخل المستشفيات.

١٢- وجود أساليب علاجية جديدة مساعدة في إطار العلاج المعرفي السلوكي مثل العلاج بالقراءة، واستخدام الحاسب الآلي كوسيلة من الوسائل العلاجية المساعدة، إلا أن الدراسات في هذا الصدد تعد قليلة.

ومن خلال ما سبق عرضه من دراسات يمكن صياغة مشكلة وفروض التي نسعى للتحقق منها، كما يلي:

مشكلة الدراسة:

تتحدد مشكلة الدراسة الراهنة في الإجابة بشكل رئيس عن السؤال التالي:

“ما مدى كفاءة أساليب العلاج المعرفي السلوكي في تحسين أعراض الاكتئاب؟ وهل توجد فروق ذات دلالة بين نتائج العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائي فيما يتعلق بهذا التحسن؟ وما مدى إسهام كل منهما في تقليل احتمالات الانتكاس؟

وتبرز عدة أسئلة فرعية، من شأنها أن تعيننا على الإجابة عن السؤال السابق، ويمكن صياغة هذه الأسئلة على النحو التالي:

- ١- هل هناك فروق بين مجموعة مرضى الاكتئاب الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً، ومجموعة من نظرائهم الذين تلقوا علاجاً دوائياً فيما يتعلق بسرعة التحسن واختفاء الأعراض؟
- ٢- وهل هناك فروق بين مجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً، ومجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً فيما يتعلق بالقابلية للانتكاس، على الأقل خلال فترة المتابعة؟
- ٣- وهل يؤدي تصاحب العلاج الدوائي، مع العلاج المعرفي السلوكي إلى نتائج أفضل سواء بالنسبة لسرعة التحسن، أم بالنسبة للقابلية للانتكاس، بالمقارنة بأي من نوعي العلاج، لكل واحد منها على حدة؟
- ٤- وهل يؤدي إضافة العلاج الدوائي إلى العلاج المعرفي السلوكي إلى زيادة قابلية المرضى لقبول تلقي العلاج المعرفي السلوكي (والعلاج النفسي بصفة عامة) والاستمرار فيه؟
- ٥- وما مدى إسهام كل نوع منهما في عملية التحسن أو الشفاء؟

وسوف نحاول الإجابة عن هذه الأسئلة في سياق الدراسة الراهنة وعبر الفصول التالية من الكتاب.

الفرض العام للدراسة:

يؤدي أسلوب العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائي إلى تحسين أعراض الاكتئاب الأساسي، مع زيادة كفاءة هذا التحسن، واستمراريته لفترة زمنية بعد العلاج، وقلة احتمالات القابلية للانتكاس، لدى مجموعة مرضى الاكتئاب الأساسي الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً بالمقارنة بمجموعة من نظرائهم الذين تلقوا علاجاً دوائياً.

وينبثق عن هذا الفرض العام عدد من الفروض النوعية التي تسعى الدراسة إلى التحقق منها ويمكن صياغتها على النحو التالي:

- ١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً والمرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً طبياً فيما يتعلق بمستوى التحسن بعد انتهاء العلاج.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً والمضي الذين تلقوا علاجاً دوائياً طبياً، خلال فترتي المتابعة الأولى والثانية.
- ٣- توجد فروق ذات دلالة بين مجموعة المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي، وبين مجموعتي المرضى الذين تلقوا أحد نوعي العلاج منفرداً لكل مجموعة على حدة.
- ٤- توجد فروق ذات دلالة داخل كل مجموعة على حدة - في الأداء على الأدوات التي تمثل متغيرات الدراسة عبر المراحل العلاجية المتتابعة، والتي يشير إلى مستوى ومسار التحسن، والقابلية للانتكاس لدى كل مجموعة.
- ٥- يؤدي التصاحب العلاجي بين نوعي العلاج (المعرفي السلوكي، والدوائي الطبي) إلى نتائج أفضل فيما يتعلق بمستوى ومسار التحسن، والقابلية للانتكاس سواء بعد العلاج مباشرة أو خلال فترات المتابعة سواء بين أو داخل المجموعات.

وسوف تسعى الدراسة الراهنة إلى التحقق من هذه الفروض على مدى الفصول التالية.



الفصل السادس

منهج البحث وإجراءاته

أولاً: المنهج والتصميم التجريبي.

يدخل البحث الرامن ضمن البحوث التجريبية المقارنة، حيث يمكننا المقارنة بين ثلاث مجموعات يخضع كل منها لظرف تجريبي مختلف، وهو نوع العلاج المستخدم (المتغير المستقل) ويتم تقديم المتغير المستقل في هذه الحالة بمستويات مختلفة إلى مجموعات من مرضى الاكتئاب الأساسي، ليصبح لدينا ثلاثة ظروف تجريبية وثلاث مجموعات هي: مجموعة مرضى العلاج المعرفي السلوكي، ومجموعة مرضى العلاج الدوائي، ومجموعة مرضى العلاج المعرفي السلوكي المصاحب للعلاج الدوائي.

ويشير باركر وزملاؤه إلى أن وجود مجموعة ضابطة لا تتلقى أي نوع من العلاجات، يعطينا فارقاً حاداً بينها وبين المجموعة التجريبية التي تلقت علاجاً محدداً، مما يكشف عن مدى فعالية نوع العلاج، إلا أنه توجد عدة معاذير وقضايا أخلاقية في منع بعض المرضى من تلقي أي نوع من العلاجات، وعلى الباحثين أن يوازنوا بين الأذى والضرر المحتمل من عدم تناول المرضى لأي أدوية، أو أدوية لم يتم تجربتها مسبقاً (كريس باركر وآخرون، ١٩٩٩، ص ٢٤٣ - ٢٤٤).

وبناءً على هذه الاعتبارات الأخلاقية لم يتم تضمين مجموعة رابعة ضابطة (لا تتلقى أي نوع من العلاجات)، وذلك لطول فترة التجربة، والمتابعة بعد انتهاء العلاج ويسبب الخطورة التي يمكن أن يتعرض لها مرضى الاكتئاب الأساسي في حالة عدم تناول أي علاجات لفترة طويلة.

ويتمثل المتغير التابع في هذه التجربة في التعسن الناتج عن التعرض لكل من العلاجات الثلاثة. ويتبع التصميم التجريبي في هذا البحث النموذج أ. ب. ١، ١- أ حيث يمثل (١) المتغير التابع وخط الأساس، و (ب) المتغير المستقل (التدخلات العلاجية) ثم (١) وهو قياس التغير الذي يطرأ على المتغير التابع بعد هذه التدخلات، والذي يتمثل في تحسن أعراض الاكتئاب.

ثانياً: التعريف الإجرائي لتغيرات الدراسة.

أ. المتغير المستقل.

ويتمثل في نوع التدخلات العلاجية التي تتعرض لها كل مجموعة من مجموعات الدراسة، وهو العلاج المعرفي السلوكي فقط للمجموعة الأولى، والعلاج المعرفي السلوكي مضافاً إلى العلاج الدوائي الطبّي للمجموعة الثانية، ثم العلاج الدوائي الطبّي فقط للمجموعة الثالثة.

ب. المتغير التابع:

ويُعرف بأنه مقدار التحسن الذي يطرأ على الأعراض الاكتئابية كما يتم تقديره من خلال قائمة بيك لشدة الاكتئاب، وقائمة هاميلتون لأعراض الاكتئاب، ومقياس توكيد الذات، ومقياس حل المشكلات الاجتماعية. ويتم قياس المتغير التابع على أربع مراحل كما يلي:

- ١- خط الأساس: ويعنى تقدير شدة أعراض الاكتئاب لدى عينة الدراسة باستخدام المقاييس السابقة، وقبل إجراء أي تدخلات علاجية.
- ٢- القياس البعدي: وهو تقدير مدى التحسن الذي يطرأ على الأعراض الاكتئابية بعد إجراء التدخلات العلاجية عدداً من المرات، بين كل قياس والآخر.
- ٣- فترة المتابعة الأولى: ويتم تقدير مدى استمرار التحسن، واستقراره بعد مرور فترة تعادل فترة العلاج الفعلية والتي استغرقت ثلاثة أشهر (اثني عشر أسبوعاً).
- ٤- المتابعة الثانية: وفيها يتم تقدير مدى استمرار واستقرار التحسن، أو حدوث نوبات انتكاس بعد مرور فترة تعادل ضعف فترة العلاج الفعلية تعادل ستة أشهر منذ انتهاء العلاج.

ثالثاً: إجراءات البحث.

أ- عينات البحث:

أجريت التجربة في البحث الراهن على عينة قوامها سبعة عشر مريضاً (ن = ١٧) من مرضى الاكتئاب الأساسي، ثم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات على النحو التالي:

أ- مجموعة مرضى الاكتئاب الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي فقط وتكونت من خمسة مرضى، وكان العدد الأصلي للعينة ثمانية مرضى إلا أنه حدث تسرب لثلاثة من المرضى في بداية برنامج العلاج خلال أو بعد الجلسات الثلاث الأولى للعلاج، ولم يتلق أفراد هذه المجموعة أيّاً من مضادات الاكتئاب.

ب- مجموعة مرضى الاكتئاب الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي الطبّي وقوامها ستة مرضى.

ج- مجموعة مرضى الاكتئاب الذين تلقوا علاجاً دوائياً طبياً فقط، وتكونت من ستة مرضى، ولم يتلق المشاركون في هذه المجموعة أي نوع من أنواع العلاجات النفسية سابقاً.

محكات اختيار العينة:

تم تحديد عدد من المحكات لاختيار وقبول الحالات المشاركة في التجربة الحالية، وذلك بهدف إحداث الضبط التجريبي لعدد من المتغيرات الدخيلة التي يتوقع أن تؤثر على نتائج التجربة أو تتداخل مع مؤشرات التحسن، أو مع العمليات المستولة عن حدوثه. وتضمنت هذه المحكات المتغيرات التالية:

أ- العمر: تم تحديد المدى العمري لأفراد العينة بحيث يتراوح ما بين ٢٥-٤٥ عاماً، وذلك لتلافى أنواع الاكتئاب الأخرى في مرحلة المراهقة والمبغوضة، والتي قد تختلف في نشأتها وتطورها واستمرارها، وأيضاً

في العوامل المرسبة لها عن نويات الاكتئاب الأساسي لدى الراشدين في هذا المدى العمري، وهو ما من شأنه أن يؤثر على ديناميات العمليات العلاجية، والعوامل التي تساعد على التحسن والشفاء.

ب- التعليم: روعي في اختيار أفراد العينة توفر شرط القراءة والكتابة على الأقل كحد أدنى لقبول الحالات للمشاركة في البرنامج العلاجي (خاصة لدى المجموعتين الأولى والثانية) وذلك مراعاة لمتطلبات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي الذي يتضمن عدداً من أساليب المساعدة الذاتية وقد ورد تفصيله في الجزء الأول من هذا الكتاب، وما يتطلبه من إنجاز مهام ذات طبيعة خاصة خارج سياق الجلسات العلاجية.

ج- روعي أن يكون كل أفراد العينة من المرضى المترددين على العيادات الخارجية، وذلك لتفادي آثار الإقامة بالمستشفى من ناحية، ومن ناحية أخرى استعمار وجود المريض في محيط اجتماعي يسمح بتنفيذ المهام المطلوبة منه خارج الجلسات العلاجية.

د- التشخيص: يُعد التشخيص من أهم المحركات التي تم تأكيدها عند اختيار الحالات. فقد كان جميع أفراد العينة ممن تنطبق عليهم المحركات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب حسب ما هو وارد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للأمراض العقلية، والصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية. ويتم قبول الحالات بناءً على هذا التشخيص، إلى جانب إجراء مقابلة إكلينيكية تشخيصية مع الحالة لمعرفة مدى ملاءمة الحالة للبرنامج العلاجي، ومدى انطباق بقية المحركات عليها.

هـ- العلاجات السابقة: وينص على عدم تلقى أفراد العينة لأي نوع من مضادات الاكتئاب على الأقل خلال الشهور الستة الأخيرة، إلا أنه في هذا الصدد كانت بعض الحالات الحادة قد تلقت علاجاً دوائياً وتم تضمين هؤلاء المرضى ضمن المجموعة الثانية.

أما المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط) فلم يتناول أي من أفرادها مضادات الاكتئاب على الإطلاق قبل أو أثناء إجراء التجربة. وبالنسبة لمجموعة مرضى العلاج الدوائي فقط (المجموعة الثالثة) فلم يتلق أي منها العلاجات النفسية سابقاً.

وتضمن هذا المحك أيضاً عدم تلقى أفراد العينة لأي علاج بالكهرباء، على الأقل خلال الشهور الستة الأخيرة، وذلك لتلافي الآثار الجانبية للعلاج بالكهرباء، أو أي آثار علاجية لها.

ويلخص جدولاً (٣)، (٤) مواصفات المتغيرات الديموجرافية للعينة الكلية.

جدول (٣) الفروق بين المجموعات التجريبية الثلاث في متغير العمر

العمر	مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط		مجموعة العلاج المعرفي بالإضافة للعلاج الدوائي		مجموعة العلاج الدوائي فقط		قيم ف		
	م	ع	م	ع	م	ع	١ و ٢	١ و ٣	٢ و ٣
٣٤.٤	٨.٦	٣٠.٥	٥.١	٣٥.٨	٦.١	٦.٩	٢.٧٢	٠.١٩٦	٠.١٩٦

ويوضح الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في متغير العمر بين مجموعات الدراسة.

جدول (٤) توزيع عينات البحث على المتغيرات الديموجرافية وقيمة كلاً للفروق بين المجموعات

المتغيرات	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	المجموعة الثالثة	كا
النوع: (أ) ذكور. (ب) إناث	١. ٤	١. ٥	٢. ٤	٠.٥١٢
مستوى التعليم: (أ) جامعي. (ب) ثانوي وبلوم. (ج) إعدادي	٤. ١ —	٣. ٣ —	٣. ٣ —	١.٣١
الحالة الاجتماعية: (أ) أحزاب.	٣. ٠	٢. ٠	— ٠	٠

المجموعات المتغيرات	المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	المجموعة الثالثة	ن
ب) متزوج. ج) مطلق	٢ —	٣ ١	٦ —	٧٠٤٧
الحالة الوظيفية: أ) يعمل. ب) لا يعمل. ج) طالب	— ٢ ٣	٥ ١ —	٤ ٢ —	١١٦٦

يوضح الجدول السابق الفروق بين المجموعات الثلاث في المتغيرات الديموغرافية، ويتضح من الجدول عدم وجود فروق فيما يتعلق بمستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، والحالة الوظيفية بين المجموعات الثلاث، على حين كانت هناك فروق على مستوى متغير النوع، حيث كان عدد الإناث أكثر من عدد الذكور بشكل جوهري في العينة الكلية، ويرتبط ذلك بأن معدل تسرب الذكور من العلاج كان أعلى مما هو عليه لدى الإناث اللاتي تميزن بالمواظبة والمداومة على العلاج (خاصة العلاج المعرفي السلوكي) بالمقارنة إلى الذكور.

٢- أدوات البحث:

تم استخدام عدد من الأدوات التي يمكن من خلالها التحقق من فروض وأهداف البحث الراهن. وقد توزعت هذه الأدوات عبر عدد من المحاور وذلك على النحو التالي:

أولاً: مقاييس شدة الأعراض الاكتئابية:
واشتملت على كل من:

- أ- قائمة بيك لشدة الاكتئاب.
- ب- قائمة هاميلتون لتقدير أعراض الاكتئاب.

ثانياً: مقاييس تقدير الجوانب المرتبطة بالاككتاب،.

واشتملت على كل من:

أ- مقياس توكيد الذات، (إعداد، أسامة الغريب).

ب- مقياس حل المشكلات الاجتماعية، (إعداد، أسامة الغريب).

ثالثاً: أدوات استخدمت في سياق البرنامج العلاجي،.

واشتملت على كل من:

أ- اختبار الأفكار الآلية، (ترجمة وإعداد الباحث).

ب- اختبار اختلال الاتجاهات بصورتيه أ، ب. (ترجمة وإعداد، محمد نجيب الصبوة).

ج- قائمة النشاطات السارة، (إعداد، محمد نجيب الصبوة).

د- استمارة تاريخ العائلة، (إعداد، محمد نجيب الصبوة).

رابعاً: البرنامج العلاجي،.

أعد الباحث برنامج العلاج الممرض - السلوكي متعدد المحاور القائم على المساعدة الذاتية المسبقة بنموذج. وقد ورد تفصيله في سياق الفصل الرابع في الجزء الأول من الكتاب.

أولاً: أدوات قياس شدة أعراض الاككتاب،.

استخدمت هذه الأدوات لقياس وتقدير شدة أعراض الاككتاب لدى أفراد العينة قبل العلاج، وتقدير مستوى وثبات ومتابعة التحسن بعد العلاج وخلال فترتي المتابعة، واستخدمنا في هذا الصدد كلاً من قائمة بيك للاككتاب (Beck Depression inventory (BDI وقائمة هاميلتون للاككتاب (Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD وتعد هاتان القائمتان من أكثر القوائم المستخدمة لتقدير شدة أعراض الاككتاب، وتسمان بالكفاءة العالية في تحديد نوعية الأعراض وشدتها، إلى جانب كفاءتهما في متابعة التحسن في هذه الأعراض نظراً لحساسيتهما المرتفعة وكفاءتهما السيكومترية العالية. (Monroe, et al., 1999; Tang & DeRubies, 1999 & Finley, et al., 2003).

١- قائمة بيك للاكتئاب:

قام آرون بيك وزملاؤه "Beck" بوضع هذه القائمة التي نشرت لأول مرة عام ١٩٦١، وتم تطويرها عام ١٩٧١، ونشرت آخر مراجعة منقحة لها عام ١٩٨٨، واستخدمت بشكل واسع في مركز العلاج المعرفي في فيلادلفيا أولاً، ثم انتشرت إلى أرجاء العالم بعد ذلك، وتهدف لقياس وتقدير شدة حالة الاكتئاب لدى كل من المرضى النفسيين والأسوياء من جميع الأعمار بدءاً من سن المراهقة حتى كبار السن ومن الجنسين. (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٧).

وتتكون القائمة من ٢١ بنداً يمثل كل منها عرضاً من أعراض الاكتئاب، تقدر عند التطبيق على أساس اختيار بديل من بين أربعة بدائل متصاعدة الشدة، بدرجة تتراوح ما بين صفر - ٢ لكل بند. وتتراوح الدرجة الكلية ما بين صفر - ٦٣ درجة كحد أقصى. (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٧؛ Jainer, 1995; Monreo, 1999).

وتشمل هذه الأعراض: الحالة المزاجية، والنشاط، والإحساس بالفشل، وعدم الرضا، ومشاعر الذنب، والإحساس بالعقاب، وكراهية الذات، وإتهام الذات، والميول الانتحارية، ونوبات البكاء، والقابلية للتهيج، والانسحاب الاجتماعي، والعجز عن اتخاذ القرارات، وتشوه صورة الذات، وفقدان الشهية، واضطراب النوم، وفقد الشهية، ونقص الوزن، والانشغالات الصحية، وضعف الطاقة الجنسية (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٧).

وتتميز القائمة بكفاءة سيكومترية عالية، حيث تراوح ثبات القائمة في عديد من الدراسات العلاجية ما بين ٠.٧٦ و ٠.٨٨. وبلغ ثبات الصورة المختصرة منها (١٣ بنداً) ٠.٨٢ وتشير دراسات أخرى إلى أن ثبات القائمة يتراوح ما بين ٠.٧٢ و ٠.٩٥ وأيضاً ٠.٤٨ و ٠.٨٣ وذلك بالنسبة للقائمة في صيغتها الإنجليزية (محمد نجيب الصبوة، ١٩٩٧؛ Hedlund & Rade, 1995; Haeksema, 2000; Feeley; DeRubies & Gelfand, 1999).

وقام بترجمة القائمة وإعدادها للعربية عديد من الباحثين، وأجريت عليها دراسات عدة مثل دراسات غريب عبدالفتاح ١٩٨١، ١٩٨٥، ١٩٩٠، ٢٠٠٠، وأحمد عبدالخالق، ١٩٩٨، في البيئة المصرية، وويست والقيسي ١٩٨٥، في البيئة السعودية. وبلغت معاملات ثبات القائمة في البيئة العربية لدى الطلاب ٠.٨٢ وبلغ في دراسات أخرى ٠.٨٥ وذلك بمعامل ألفا (زيزي السيد، ٢٠٠٣، ص ١٦١ - ١٦٨).

مقياس هاميلتون لتقدير الاكتئاب:

أعدّه وطوره ماركس هاميلتون بهدف تقدير شدة الاكتئاب، ويتكون من ١٧ بنداً، كل منها يمثل عرضاً من أعراض الاكتئاب، وتتراوح الدرجة عليه ما بين صفر - ٤ درجات، إلى جانب بعض البنود التي تتراوح الدرجة عليها ما بين صفر - ٢. ويوصى هاميلتون بضرورة وضع كل المعلومات المتاحة من خلال المقابلة، وتاريخ الحالة، أو الأقارب، والملاحظات الإكلينيكية في الاعتبار عند تطبيق المقياس. ويشمل المقياس عدداً من المحاور هي: الجسمية، والمعرفية، والوجدانية (المزاجية)، والسلوكية (أحمد عبدالخالق، ١٩٩٦، ص ١٥٩).

ولسنوات عدة ظلت - وحتى الآن - قائمة هاميلتون تستخدم بكفاءة عالية في البحوث والدراسات العيادية، والبحوث العلاجية، ومتابعة التحسن بعد التعرض للعلاجات المختلفة سواء الدوائية منها أم النفسية، وذلك لكفاءتها المرتفعة، وحساسيتها العالية. وأجريت على القائمة دراسات عدة فيما يتعلق بالصدق والثبات. وقد تراوحت معاملات الثبات للقائمة ما بين ٠.٨٤ - ٠.٩٥ (Bright, et al., 1999; Hoekema, 2000 & Finley, et al., 2003).

ثانياً: أدوات خاصة ببعض الجوانب المرتبطة بالاككتاب:
استخدمنا في هذا الصدد اثنين من المقاييس الخاصة بالكفاءة الاجتماعية، وهما: اختبار توكيد الذات، واختبار حل المشكلات الاجتماعية. ويأتي اختيارنا لهذين النوعين من المقاييس استناداً إلى وجهة النظر المتبناة والمطروحة في الدراسة الراهنة، وهي تعدد محاور العلاج تبعاً لتعدد المجالات التي يشملها الاضطراب والتي تشمل أربعة جوانب هي كالآتي:

- أ- السلوك الظاهر: والمتمثل في الأفعال الخارجية.
- ب- الانفعال: والذي يتمثل في التغيرات الفسيولوجية.
- ج- والتفكير: ويشمل طرائق التفكير، والقيم، والاتجاهات، وأساليب حل المشكلات.
- د- والتفاعل الاجتماعي: ويشمل كلاً من: علاقات الفرد بالآخرين، وأساليبه في معالجة الضغوط، ومهاراته الاجتماعية. (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨).

وترتبط التوكيدية بالنجاح والفشل في العلاقات الاجتماعية ومن ثم فهي ترتبط بالصحة النفسية وهي تتمثل في التعبير عن النفس، والدفاع عن الحقوق الشخصية، وعدم الاستجابة للضغوط الخارجية، وغيرها من المكونات الفرعية (المرجع السابق).

أما حل المشكلات الاجتماعية فيُقصدُ بها العملية التي من خلالها يفهم الأفراد، ويتصرفون حيال المشكلات الحياتية. وقد أشار جاهدو 'Jahoda' (١٩٥٣ - ١٩٥٨) إلى أن القدرة على حل المشكلات مكون حاسم للصحة العقلية، وافترض أن الاضطراب في مهارات حل المشكلات الاجتماعية يرتبط بسوء التوافق النفسي، ويشكل الأساس المرضي للاضطراب النفسي. (Nezu & Perri, 1989, p. 39).

وفيما يلي عرض تفصيلي لهذه المقياسين:

- ١- اختبار السلوك التوكيدي:
وهو من إعداد أسامة محمد القريب (٢٠٠٣)، ويتكون المقياس من ٤٢ بنداً تقيس خمسة مهارات أساسية هي:
أ- مقياس الاحتجاج والرفض في مقابل الإذعان: ويعكس القدرة على إظهار الاحتجاج ورفض المطالب غير المناسبة للآخرين في مختلف مواقف التفاعل الاجتماعي.
ب- مقياس الاستقلال في مقابل الاعتماد: وقيس القدرة على تحمل المسؤولية من دون الاعتماد على الآخرين، ومن مؤشرات عدم الخضوع لضغوط الجماعة، والتي ترمي إلى إجباره على تبني وجهات نظر ما، أو الإتيان بأفعال معينة دون إرادته.
ج- مقياس المواجهة الاجتماعية: ويعبر عن قدرة الفرد على الاختلاف مع الآخرين والمصارحة بالرأي، وطلب التفسيرات، والقدرة على الاعتذار العلني للآخرين في حالة ارتكاب خطأ في حقهم.
د- مقياس الدفاع عن الحقوق الخاصة: وقيس قدرة الفرد على التمسك بحقوقه الخاصة وعدم السماح للآخرين بانتهاك خصوصياته.
هـ- مقياس التعبير عن المشاعر بحرية انفعالية: وقيس قدرة الفرد على التعبير عن مشاعره بحرية انفعالية ما دامت تخلو من العيب والحرام، مثل التعبير عن الغضب عند التعرض للإهانة، أو التعبير عن الحب لشخص عزيز، أو الشكوى من أشخاص تربطنا بهم علاقة قوية.
ويتم الإجابة عن الاستخبار من خلال مقياس للشدة يتراوح ما بين ١ - ٥ لكل بند ويتم الحصول على درجة لكل مقياس فرعي من المقاييس السابقة إلى جانب الدرجة الكلية للسلوك التوكيدي. وتم حساب معاملات الثبات

والصدق للاستخبار، وبلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين على المكونات الفرعية للمقياس ٨٢٪، وتراوحت معاملات ثبات ألفا ما بين ٠.٧٧ - ٠.٨٢، وتم حساب الصدق بطرائق عدة منها: وصدق التعلق بمحك خارجي، وصدق التكوين بمؤشرات الاتساق الداخلي، وتراوح الارتباط بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية للمقياس ما بين ٠.٦ - ٠.٩ (أسامة محمد الفريب، ٢٠٠٢، ص ١١٧ - ١٢٢).

٢- اختبار حل المشكلات الاجتماعية:

وهو من إعداد أسامة محمد الفريب (٢٠٠٣)، ويتكون من ٥٤ بنداً، تقيس مهارات حل المشكلات الاجتماعية من خلال خمسة أبعاد. وذلك على النحو التالي:

أ- مقياس التوجه نحو المشكلات الاجتماعية: ويقس هذا البعد مدى حساسية الفرد لمشكلات الحياة، ومدى تأثره بالحالة الانفعالية عند مواجهته للمشكلة، ومدى دافعيته في القيام بمحاولات عديدة لمواجهة المشكلة، وقدرته على تحديد بعض العوامل التي من شأنها أن تيسر حلها.

ب- مقياس تحديد المشكلة وصياغتها: ويكشف عن مدى كفاءة الفرد في التفاعل مع الحقائق والمعلومات المتاحة عن المشكلة، وصياغة المشكلة بصورة واضحة وتحديد العوامل ذات الصلة بها، ووضع مجموعة من الأهداف الواقعية لحلها، وأيضاً، تحديد العوامل والظروف التي تمكنه من هذا الحل.

ج- مقياس توليد بدائل حل المشكلة: ويقس القدرة على إنتاج أكبر عدد ممكن من الحلول والأفكار التي تمكن الفرد من التغلب على المشكلة.

د - مقياس اتخاذ القرار: ويقاس هذا البعد كفاءة الفرد في اختيار الحل الملائم للمشكلة ومدى نجاحه في التعامل مع مجموعة الاعتبارات التي تؤثر في الحكم على مدى ملاءمة حل ما للمشكلة.

هـ - مقياس تنفيذ الحل والتحقق منه: ويهدف إلى قياس كفاءة الفرد في تنفيذ حل للمشكلة وملاحظة النتائج المترتبة على تنفيذ الحل وتقييم كفاءته، وتقييم الدعم الذاتي المتمثل في حل المشكلة.

وتتم الإجابة عن أسئلة الاختبار من خلال مقياس للشدة يتراوح ما بين ١ - ٥ لكل بند ويتم الحصول على درجة لكل بعد من الأبعاد السابقة بشكل مستقل، ودرجة كلية لمهارة حل المشكلات الاجتماعية، وبلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين على المكونات الفرعية للاختبار ٨٩٪، وتراوحت معاملات ثبات ألفا ما بين ٠.٨٦ - ٠.٩٠، وأيضاً تم حساب وصدق التعلق بمحك وتراوح الارتباط بين المكونات الفرعية والدرجة الكلية للمقياس ما بين ٠.٦ و ٠.٩ (المرجع السابق).

ثالثاً: أدوات استخدمت في سياق البرنامج العلاجي:

استخدمنا في سياق البرنامج العلاجي الراهن عدداً من الأدوات بهدف تحديد بعض المشكلات النوعية والمواقف التي تعتبر من مثيرات الاكتئاب؛ والتي تنصب عليها التدخلات العلاجية بشكل مباشر؛ وبما أنها تعتبر تدخلات للاضطراب الاكتئابي، فهي تُعد أيضاً تدخلات للعملية العلاجية سواء أكانت معرفية أم سلوكية، إلى جانب بعض الأدوات التي تعتبر من الوسائل المساعدة في أداء الواجبات المنزلية وتحديد مدى إحراز التقدم في العلاج، وبعض مؤشرات التحسن من جلسة إلى أخرى، وهذه الأدوات تفصلها فيما يلي:

١- اختبار الأفكار الآلية (أعدده للعربية الباحث):

الأفكار الآلية هي مصطلح أطلقه بيك Beck على الأفكار والصور التي تظهر في مجرى الوعي بشكل لاإرادي، ومقابل هذا المصطلح عدة مرادفات

منها: الجمل الداخلية، والجمل الذاتية، والأشياء التي تحدث بها نفسك.
(Beck, 2000, p. 9).

وتم وضع هذا الاستخبار لتقييم قدرة الفرد على تحديد وتقرير الأفكار الآلية التي تمر به (Ibid, p.35). وهو من إعداد كندال وهولون Kendal & Holon، وترجمة الباحث. ويتكون استخبار الأفكار الآلية من ٣٠ بنداً لقياس تكرار ومعدل صدور الأفكار الآلية عن الذات، والتي تؤدي دوراً مهماً في نشأة واستمرار وعلاج أعراض مرضية نفسية مختلفة منها الاكتئاب. ويتضمن الاستخبار أربعة معاور هي: عدم التوافق، والتصورات السلبية عن الذات والتوقعات السلبية، وانخفاض تقدير الذات، والعجز المكتسب. ويتم الإجابة عن بنود الاستخبار على مقياس للشدة يتراوح ما بين ١ - ٥، حيث تعني الدرجة (١) عدم ورود الفكرة على الذهن مطلقاً، (٥) أنها تتكرر دائماً، وقد بلغ متوسط أداء الأفراد الأسوياء على الاستخبار 48.57 ± 11.89 ، وبلغ متوسط أداء المكتئبين عليه 79.64 ± 22.29 (Fischer & Corcoran, 1994, p. 71-72).

واستخدم الاستخبار في سياق البحث الراهن بهدف استكشاف أكثر الأفكار الآلية وروداً على ذهن المريض، وأكثرها إزعاجاً له، وتعكيراً للمزاج، وذلك تمهيداً لمعالجة هذه الأفكار، وتعليم المريض كيفية التصدي لها، وللأفكار الشبيهة أيضاً، أو الجديدة في مختلف المواقف الحياتية حتى بعد انتهاء العلاج.

٢- استخبار اختلال الاتجاهات بصورتيه أ، ب (أعده للعربية محمد نجيب الصبوة)،.

يشير محمد نجيب الصبوة (٢٠٠٣) إلى أن هناك نوعين من الاعتقادات والاتجاهات: أ) اعتقادات واتجاهات منطقية ومرتقطة، وفي الغالب تصحبها حالات وجدانية ملائمة للموقف، وتنتهي بالفرد إلى مزيد من التضج الانفعالي، والعقلي، والاجتماعي، ومزيد من الخبرة، والنشاط الإيجابي. ب) اعتقادات لا

منطقية وغير عقلانية يصحبها اضطرابات مزاجية وانفعالية؟ ومعرفية، كالإكتئاب، والقلق، والرهاب الاجتماعي، والخوف المرضية، (محمد نجيب الصبوة، ٢٠٠٣).

وهذه المعتقدات والاتجاهات المشوهة الخاصة بالفرد هي التي توجه تقييماته وتفسيراته للمواقف التي يمر بها، بل ويفسر عن طريقها سلوكه الشخصي، وتعتبر ذات أهمية كبيرة في الاستهداف للإكتئاب، حيث تعتبر أكثر عمقاً، وثباتاً من الأفكار الآلية في ارتباطها بالنوبة الاكتئابية. (Seagal, et al., 1999).

ويتكون المقياس والذي أعده محمد نجيب الصبوة (٢٠٠١) من صورتين: الصورة (أ) للكشف عن التضخيم والمبالغة والتعميم وأنماط التشوهات المعرفية والانفعالية في الاتجاه الإيجابي نحو الذات والآخرين والمستقبل، والصورة (ب) وهي على العكس من الصورة (أ) تماماً، وكلاهما تكشف عن الإدراكات والمعتقدات والآراء المعرفية والاتجاهات المشوهة، سواء أكانت في اتجاه سلبي أم إيجابي.

وتتكون كل صورة من ٤٠ بنداً يتم الإجابة عنها على مقياس للشدة يتراوح ما بين ١- ٥ ويتدرج من الرفض التام إلى الموافقة التامة. وقد بلغ معامل ثبات ألفا للمقياس ٠.٨٠ (محمد مجيب الصبوة، ٢٠٠١؛ Hammen, et al., 1995).

٣- قائمة النشاطات السارة.

يذكر أرجايل أن هناك ما يشير إلى أن التفكير في حدث سار قريب العهد، له تأثير قوي على الحالة المزاجية أو الشعور بالرضا عن الذات، وبناءً على هذه الفكرة قام عديد من المعالجين السلوكيين بتكوين أساليب وأدوات متنوعة بهدف التخفيف من الاكتئاب وتعديل المزاج بشكل إيجابي. وفي هذا الصدد قام لوينسون "Lewinson" بسؤال عينات كبيرة من مختلف أفراد المجتمع عن النشاطات الإيجابية أو الأحداث التي أثارت فيهم شعوراً بالبهجة والسرور، على أن يكون كل منهم عشرة من هذه النشاطات أو الأحداث، ومن خلال

أداءاتهم كَوْن قائمة اشتملت على ما يريو عن الثلاثمائة حدث أطلق عليها قائمة النشاطات السارة (PES) Pleasant Events Schedule. وتوجد فروق فردية كبيرة في إدراك الأفراد لما هو حدث سار ولذلك فإن لكل فرد منا مجموعة نشاطاته الخاصة التي يعتبرها سارة بالنسبة له، ولذلك فمن الأفضل أن يكتشف كل فرد قائمته الخاصة من هذه الأحداث والنشاطات. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨).

وهدف قائمة النشاطات السارة، (من إعداد محمد نجيب الصبوة) بمساعدة المريض على اكتشاف أنشطته السارة وإن لم تكن موجودة بالقائمة التي معه، ويمكن أن يضيف أو يبتكر أى نشاطات سارة أخرى خاصة به تبعث على السرور، وبعد ذلك يقوم بتحديد عدد من النشاطات التي لا يتجاوز عددها ٥ - ٦ نشاطات يمكن أن يقوم بها على مدى الأسبوع وبشكل عمدي بهدف تعديل المزاج الاكتئابى، ثم يقوم بتحديد مدى شعوره بالاكتمال، أو التحسن في المزاج قبل وبعد ممارسته لهذه النشاطات بإعطاء درجة من عشرة.

٤- جداول المراقبة الذاتية:-

استخدمت هذه الجداول في السياق العلاجي كأحد الأساليب السلوكية للمراقبة الذاتية لسلوك الفرد، ومشاعره، وأفكاره، وتشمل كلاً من:-

- ١- جداول المراقبة الذاتية للأفكار الآلية.
 - ٢- جداول المراقبة الذاتية لمشاعر الانزعاج.
 - ٣- جداول المراقبة الذاتية للاسترخاء والتوتر.
- وسيرد نماذج من هذه الجداول في ملاحق الدراسة.

الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

أولاً: الثبات:

يشير الثبات إلى مدى قابلية الدرجة المقيسة لإعادة إنتاجها من جديد (كريس باركر، ١٩٩٩، ص ١٠٩، مترجم). وقد قمنا بحساب ثبات أدوات الدراسة المستخدمة في التقدير النفسي الإكلينيكي لتحديد خط الأساس ومتابعة التحسن باستخدام معاملات ألفا، على عينة من ٢٥ مريضاً، والجدول التالي يوضح معاملات ثبات أدوات الدراسة.

جدول (٥)

معاملات ثبات ألفا لأدوات الدراسة (ن = ٢٥)

معاملات ألفا	عدد البنود	الأدوات
٠.٧٨.	٢١.	قائمة بيك.
٠.٧٩.	١٧.	قائمة هاميلتون.
٠.٦٢.	٤٣.	توكيد الذات.
٠.٧٤.	٥٤.	حل المشكلات.
٠.٨٦	٣٠.	استخبار الأفكار الالكية.
٠.٧٥.	٤٠.	الاتجاهات المختلفة (أ).
٠.٦٥	٤٠.	الاتجاهات المختلفة (ب).

ويوضح الجدول السابق أن معاملات الثبات لمقاييس الدراسة تراوحت ما بين ٠.٦٥ و ٠.٨٦ وتعتبر معاملات الثبات مرضية بالنسبة لتلك المقاييس.

ثانياً: الصدق.

يشير الصدق إلى ما إذا كان المقياس يقيس ما يفترض أنه يقيسه. ويعتبر الثبات شرطاً ضرورياً للصدق ولكنه ليس كافياً في حد ذاته، فلكي يكون المقياس صادقاً يجب أولاً أن يكون ثابتاً (كريس باركر وآخرون، ١٩٩٩، ص ١١٦، مترجم). وتم استخدام عدة طرق لحساب صدق الأدوات كما يلي:

أولاً: الصدق الظاهري.

ويعنى أن البنود تبدو مناسبة في ظاهرها لقياس المفهوم المراد قياسه (المرجع السابق) وتبعاً لهذا المفهوم، فإن أدوات الدراسة تتمتع بدرجة مناسبة من الصدق الظاهري حيث تتسم بسهولة الصياغة ومباشرة، ودرجة جيدة من الموضوع سواء بالنسبة للبنود أو للتعليمات الخاصة بكل مقياس على حدة، وأيضاً تتعامل مع أعراض، وجوانب اضطراب محددة ونوعية يمكن التعبير عنها بالبنود الفرعية لكل مقياس.

ثانياً: صدق الارتباط بمحك.

ويشير هذا المفهوم إلى أي مدى أو درجة يرتبط المقياس بمحك أو بمؤشر له صلة به (المرجع نفسه) ونذلك فقد تم حساب معاملات الارتباط بين كل من مقياسي الاكتئاب الحاليين المستخدمان في الدراسة حيث يهتم كل منهما بدرجة مناسبة من الثبات، إلى جانب أنهما يقهسان نفس الأعراض المرضية، وبلغ الارتباط بينهما ٠.٥٥ وكان الارتباط دالاً عند مستوى ٠.٠٥ مما يشير إلى صدق كل منهما ارتباطاً بالآخر.

جدول (٦) يوضح الارتباط بين مقاييس الدراسة المختلفة

المقياس	بيك	هاميلتون	توكيد الذات	حل المشكلات	الأفكار الآتية	الاحتلال الاتجاهات (أ)	الاحتلال الاتجاهات (ب)
بيك	-						
هاميلتون	*٠.٥٤٧	-					
توكيد الذات	٠.١٧٨	٠.٢٢٩	-				
حل للمشكلات	٠.٠٥٩	٠.٣٤٨	*٠.٥٠٨	-			
الأفكار الآتية	٠.٣٨٥	٠.٣٨٦	٠.٢٨٩	٠.١٤٣	-		
إحتلال الاتجاهات (أ)	*٠.٨٨٦	٠.٢١٨	٠.٣٦١	٠.٤٢١	*٠.٧٥٠	-	
إحتلال الاتجاهات (ب)	٠.٥٦٠	٠.١٣٠	٠.٧٤	٠.٦٨٥	٠.٠٤٨	*٠.٤٨٥	-

♦ دال عند ٠.٠٥.

ويشير الجدول السابق إلى وجود ارتباط إيجابي بين كل من:

- ١- قائمة بيك وقائمة هاميلتون لأعراض وشدة الاكتئاب مما يفيد صدق تشابه مضمون كلا القائمتين في قياس أعراض وشدة الاكتئاب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية.
- ٢- مقياس توكيد الذات وحل المشكلات حيث أنهما مكونان من مكونات الكفاءة الاجتماعية ويمثلان الجوانب المرتبطة بالاكتئاب.
- ٣- اختلال الاتجاهات (أ) مقياس بيك، وأيضاً الأفكار الآلية مما يعني تشابه مضمون الاضطراب المعرفي وعلاقته بشدة وأعراض الاكتئاب.
- ٤- أ، ب من مقياس الاتجاهات المختلفة.

وبعد الارتباط السابق أيضاً بمثابة صدق لمضمون ومنطق اختيار أدوات الدراسة، كما تم تصنيفها سابقاً على أنها:

- ١- مقياس قياس شدة وأعراض الاكتئاب (بيك، وهاميلتون).
- ٢- مقياس قياس الجوانب الاجتماعية والمعرفية المرتبطة بالاكتئاب (توكيد الذات وحل المشكلات).
- ٣- الأدوات المستخدمة في سياق البرنامج العلاجي، (الاتجاهات المختلفة، والأفكار الآلية).

صدق المحكمين.

وقد قمنا بحساب صدق المحكمين^(٤) لكل من مقياس اختلال الاتجاهات بصورتين (أ) و (ب) واستخبار الأفكار الآلية، وقد طلب الباحث

(٤) ويوجه الباحث بالشكر لكل من الدكتور حسين عبد المنعم، والدكتور أمينة الغريب على ما بذلاه من جهد في تدعيم لوائح الدراسة.

من المحكمين إعطاء درجة للشدة تتراوح بين ١ - ٢ على كل بند من بنود الأدوات السابقة وذلك معبراً عن مدى تمثيل البنود لما بقية الأداة، وتم حساب نسب الاتفاق بين المحكمين كما هو موضح بالجدول.

جدول (٧)

يوضح نسب الاتفاق بين المحكمين على بعض أدوات الدراسة

م	الأقصر	نسبة الاتفاق
١	استخبار الأفكار الآتية	%٩٠
٢	الاتجاهات المختلفة (أ)	%٨٨
٣	الاتجاهات المختلفة (ب)	%٨٥

رابعاً: البرنامج العلاجي: ♦

تم تقديم البرنامج كاملاً في الجزء الأول من الكتاب.

إجراءات الدراسة:

- ١- تم تحكيم البرنامج العلاجي من قبل أساتذة متخصصين في مجال عام النفس والعلاج النفسي قبل البدء في تنفيذه على المرضى بالتجربة الأساسية^(٥).
- ٢- تم تطبيق البرنامج بعد تحكيمه على اثنين من مرضى الاكتئاب لبيان مدى كفاءته الوظيفية، وملاءمته للتنفيذ الفعلي على العينة الأصلية، والوقوف على أوجه القصور والنقص وتلافيها.
- ٣- تم تنفيذ البرنامج خلال الفترة من شهر مارس ٢٠٠٢ حتى شهر سبتمبر ٢٠٠٢ على المجموعات الثلاث موضع الدراسة، متضمناً فترات المتابعة.
- ٤- كان يتم استقبال الحالات بناءً على تشخيص الطبيب، وإجراء مقابلة مبدئية لاختيار الحالة، واكتشاف مدى دافعيته للعلاج النفسي، وبناءً على هذه المقابلة يتم تصنيف الحالات في إحدى المجموعات الثلاث.

(٥) يتوجه الباحث لكل من الأستاذ الدكتور محمد نجيب الصبوة، والدكتور الحسين عبدالمنعم، والدكتور أسامة الغريب لما بذلوه من جهد في تحكيم البرنامج العلاجي.

- ٥- تم تنفيذ البرنامج على المجموعات الثلاث بشكل متوازٍ وذلك اختصاراً وتوفيراً للوقت، مع التركيز على مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط، حيث لا يربطها بالعلاج سوى حاجتها له، والمعالج نفسه.
- ٦- تلقت كل من مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط، ومجموعة العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة للعلاج الدوائى الطبى، ست عشرة جلسة علاجية بالإضافة إلى جلستى المتابعة، وكان يتم تحديد مواعيد جلسات المتابعة أثناء آخر جلسة علاجية.
- ٧- تلقى أفراد مجموعتى العلاج المعرفى السلوكى الجلسات العلاجية بواقع جلسة أو جلستين أسبوعياً حسب ظروف الحالة، وبناءً على هذا الإجراء كان يتم تحديد فترة المتابعة بضعف فترة العلاج المستفرقة، فكان تنفيذ البرنامج بالنسبة لمن تلقى جلسة واحدة أسبوعياً يستغرق ١٢ أسبوعاً، ولمن تلقى جلستين أسبوعياً ٧ أسابيع.
- ٨- حرص المعالج على أن يكون الأسبوع الأول متضمناً ثلاث جلسات بفواصل زمنى يوم واحد - وذلك ضمن إجراءات البرنامج الفعلية - بهدف استكشاف مدى دافعية الحالة لتلقى العلاج، ومدى استعدادها للمواظبة والانتظام بالبرنامج، وغالباً ما كان تسرب الحالات يحدث خلال هذه المرحلة.
- ٩- حرص المعالج على زيادة عدد أفراد مجموعة العلاج المعرفى السلوكى فقط، كإجراء وقائى تحسباً لحدوث تسرب لبعض الحالات، وعلى الرغم من ذلك الإجراءات فإن هذه المجموعة كانت أقل المجموعات عدداً، وحقت أعلى نسبة تسرب فى المجموعات الثلاث.
- ١٠- لم يتم إدراج بيانات حالات التسرب ضمن النتائج الحالية للدراسة لانقطاع الصلة بالمعالج، وعدم توفر بيانات كافية، وعدم تلقى عدد مناسب من الجلسات العلاجية، وعدم إجراء جلسات المتابعة وعدد هذه

الحالات ست حالات (٤) من المجموعة الأولى وواحد من كل مجموعة من المجموعتين الثانية والثالثة).

خطوة التحليلات الإحصائية:

تكونت عينة الدراسة الإجمالية من سبعة عشر مشاركاً، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات تجريبية، ونظراً لصغر حجم كل مجموعة فإن استخدام الأساليب الإحصائية المعلمية Parametric statistics لا يصلح في هذه الحالة، لذلك استخدمنا الأساليب الإحصائية اللامعلمية Non-parametric statistics للتحقق من فروض الدراسة الحالية، واستخدمنا كل من:

١- اختبار مان ويتني ويلكوكسون للترتيب:

اختبار مان ويتني ويلكوكسون Mann-whitney-wilcoxon rank sum test هو أحد الاختبارات الإحصائية اللامعلمية (اللابارامترية) التي تسمى إلى التحقق من أن العينتين مسحوبتان من مجتمعين مختلفين، أو توزيعين مختلفين، وهو يختبر الفروق بين مجموعتين لهما مشاهدات متعددة تحت ظروف تجريبية مختلفة.

٢- اختبار فريدمان لتحليل التباين في اتجاهين باستخدام الترتيب:

اختبار فريدمان Friedman two-way analysis of variance by ranks يقابله في الإحصاء المعلمية أسلوب تحليل التباين في اتجاهين، وهو يتعامل مع عدد من المشاهدات (ك) لعينة مكونة من (ن) من الأفراد، وكل بيان يخضع لظروف تجريبية متعددة، ويتم اختبارها تحت هذه الظروف التجريبية (Ferguson, 1982, p. 408-412).

واشتملت خطة التحليل الإحصائي للبيانات على ما يلي:

أولاً: الفروق بين المجموعات على مختلف أدوات الدراسة:
وتضمنت ما يلي:

- ١- الفروق بين المجموعات في خط الأساس (القياس القبلي).
- ٢- الفروق بين المجموعات في القياس البعدي (بعد انتهاء البرنامج العلاجي).
- ٣- الفروق بين المجموعات بعد فترة المتابعة الأولى.
- ٤- الفروق بين المجموعات بعد فترة المتابعة الثانية.

ثانياً: الفروق داخل المجموعات عبر المراحل المتتالية للبرنامج العلاجي:،
وتضمنت ما يلي:،

- ١- الفروق داخل المجموعة الأولى عبر مختلف مراحل البرنامج.
 - ٢- الفروق داخل المجموعة الثانية عبر مختلف مراحل البرنامج.
 - ٣- الفروق داخل المجموعة الثالثة عبر مختلف مراحل البرنامج.
- وستعرض في سياق الفصل التالي لهذه النتائج تفصيلاً باستخدام الجداول الإحصائية التلخيصية والأشكال البيانية.



الفصل السابع

عرض النتائج

يهدف الفصل الراهن إلى عرض نتائج الدراسة وفقاً لعدد من المحاور وذلك على النحو التالي:

أولاً: نتائج الفروق بين المجموعات الثلاث في الأداء على اختبارات الدراسة التي من خلالها نتابع مقدار التحسن بين المجموعات عبر المراحل العلاجية المتتالية باستخدام اختبار مان ويتس ويلكوكسون للفروق بين المجموعات الصغيرة.

ثانياً: نتائج الفروق داخل المجموعات الثلاث - لكل مجموعة على حدة - في الأداء على أدوات الدراسة لمتابعة التحسن لكل مجموعة عبر المراحل العلاجية المتتالية باستخدام اختبار فريدمان وذلك على النحو التالي:

أ - الفروق داخل المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط) بين القياسات المتعددة عبر المراحل العلاجية المتتالية.

ب - الفروق داخل المجموعة الثانية (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي الطبي) بين القياسات عبر المراحل العلاجية المتتالية.

ج - الفروق داخل المجموعة الثالثة (مجموعة العلاج الدوائي الطبي فقط) بين القياسات عبر المراحل العلاجية المتتالية.

ثالثاً: عرض لمسار التحسن على المكونات الفرعية لكل من مقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب لدى المجموعات الثلاث.

وسنعرض لهذه النتائج تفصيلاً فيما يلي:

أولاً: نتائج الفروق بين المجموعات في الأداء على اختبارات الدراسة المستخدمة لمتابعة التحسن لدى المجموعات عبر المراحل العلاجية المتتالية:

يمرض جدول (٨) للمتوسطات والانحرافات المعيارية للأداء على مقاييس الدراسة لدى كل مجموعة ودلالة الفروق كما هو مبين بالجدول.

يوضح الجدول السابق عدداً من النتائج؛ وهي:

١- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بالأداء على مقياس الدراسة في القياس القبلي (خط الأساس). ويشير ذلك إلى تكافؤ العيانات الثلاث في مستوى شدة الاضطراب، وبالتالي توحيد خط الأساس لدى المجموعات العلاجية، وإمكان متابعة النتائج المترتبة على التدخل العلاجي.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بالأداء البعدي (بعد انتهاء البرنامج العلاجي) أو المتابعة الأولى. ويفحص المتوسطات نلاحظ تحسناً مقارباً لدى المجموعات الثلاث.

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الثلاث في الأداء على اختبارات الدراسة في فترة المتابعة الثانية وذلك على النحو التالي:

أ- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ في الأداء على مقياس بيك للاكتئاب، بين المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط)، والمجموعة الثانية (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي). وكانت الفروق في اتجاه تحسن المجموعة الثانية بالمقارنة بالمجموعة الأولى.

ب- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ بين المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط) والمجموعة الثالثة (مجموعة العلاج الدوائي فقط) وكان اتجاه الفروق لصالح المجموعة الأولى وذلك فيما يتعلق بالأداء على مقياس بيك للاكتئاب، مما يشير إلى أن التحسن لدى المجموعة الأولى أعلى مما هو عليه لدى المجموعة الثالثة.

ج- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين المجموعة الثانية، والمجموعة الثالثة فيما يتعلق بالأداء على مقياس بيك

للاكتئاب، مما يشير إلى أن مستوى التحسن لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي، أفضل مما هو عليه لدى مجموعة العلاج الدوائي فقط.

د- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ بين أداء المجموعة الأولى، وأداء المجموعة الثالثة على مقياس هاميلتون للاكتئاب، وكانت الفروق في اتجاه تحسن مجموعة (العلاج المعرفي السلوكي فقط) مما يشير إلى أن مستوى التحسن لدى هذه المجموعة أفضل من مجموعة العلاج الدوائي فقط.

هـ- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ بين المجموعة الثانية، والمجموعة الثالثة في الأداء على مقياس هاميلتون، وكانت الفروق في اتجاه تحسن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي، مما يشير إلى أن مستوى التحسن لدى هذه المجموعة أفضل من مستوى التحسن لدى مجموعة العلاج الدوائي فقط.

و- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٥ في الأداء على مقياس توكيد الذات بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي (الثانية)، ومجموعة العلاج الدوائي فقط (الثالثة)، وكانت الفروق في اتجاه تحسن المجموعة الثانية، مما يشير إلى مستوى تحسن أفضل من المجموعة الثالثة.

ز- لا توجد فروق بين المجموعتين الأولى والثانية، والأولى والثالثة فيما يتعلق بالأداء على مقياس توكيد الذات.

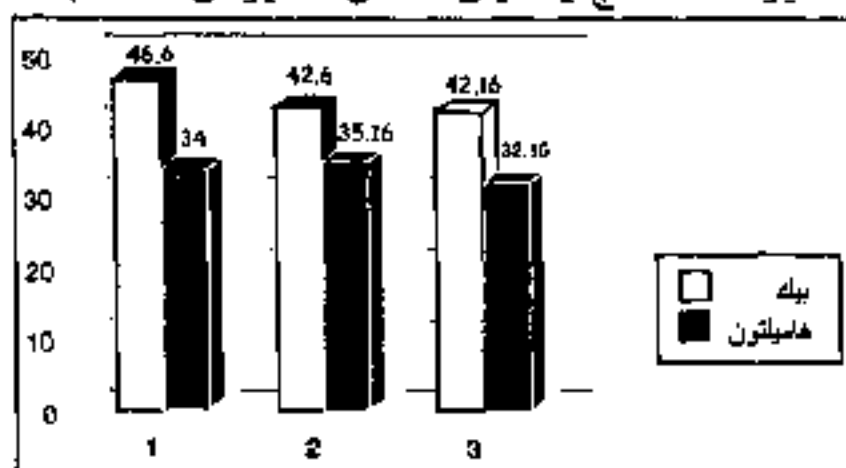
ح- لا توجد فروق بين المجموعات الثلاث فيما يتعلق بالأداء على مقياس حل المشكلات.

- وتشير النتائج السابقة بوجه عام إلى عدد من النقاط نعملها فيما يلي:
- ١- يوجد مستوى عام من التحسن لدى المجموعات الثلاث محل الدراسة بعد انتهاء مرحلة العلاج والمتابعة الأولى، وذلك على الرغم من عدم بلوغ الفروق بين المتوسطات مستوى الدلالة الإحصائية.
 - ٢- ظهرت الفروق بين المجموعات الثلاث بعد مرور فترة المتابعة الثانية. وبفحص المتوسطات نجد أن مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي كانت أفضل المجموعات وأكثرها تحسناً بشكل عام، يلي ذلك مجموعة العلاج المعرفي السلوكي وأخيراً مجموعة العلاج الدوائي.
 - ٣- يمكن ترتيب المجموعات ترتيباً تنازلياً تبعاً لمستوى التحسن كالتالي:
 - ١- مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي الطبى (المجموعة الثانية).
 - ب- مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط (المجموعة الأولى).
 - ج- مجموعة العلاج الدوائي الطبى فقط (المجموعة الثالثة).
 - ٤- أظهرت النتائج أن التحسن فى الأعراض المرضية المزاجية والجسمية لدى المجموعات الثلاث أفضل من التحسن فى الجوانب الخاصة بالكفاءة الاجتماعية والتمثلة فى مؤشرى توكيد الذات، وحل المشكلات الاجتماعية.
- ويمكن أن تلخص النتائج الخاصة بالفروق بين المجموعات فى ضوء تحقق فروض الدراسة على النحو التالى:
- ١- عدم تحقق الفرض القائل بوجود فروق بين مجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً ومجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً فيما يتعلق بمستوى التحسن بعد انتهاء العلاج.
 - ٢- عدم تحقق الفرض القائل بوجود فروق بين المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً والمرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً خلال فترة المتابعة الأولى.

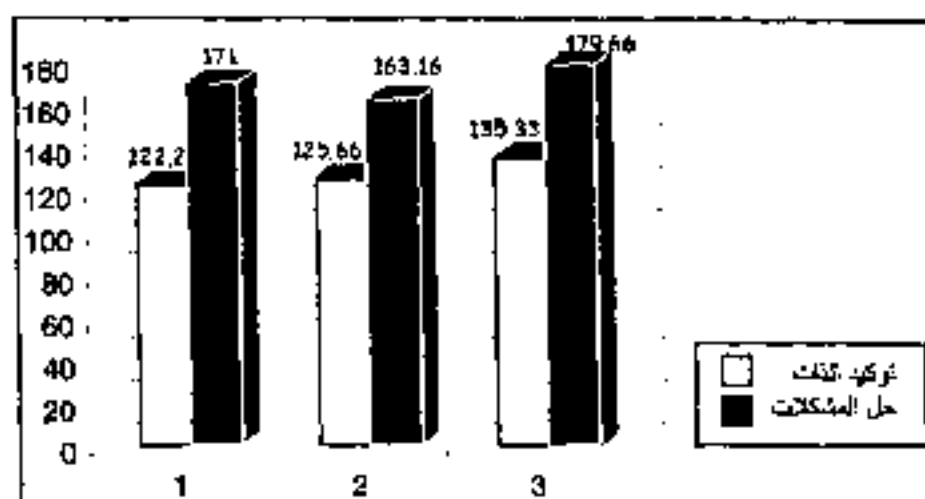
٣- تحقق الفرض الخاص بوجود فروق بين مجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً - سواء أكان منفرداً أم بالإضافة للعلاج الدوائي - ومجموعة المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً طبياً فقط خلال فترة المتابعة الثانية.

٤- تحقق الفرض الخاص بتفوق التصاحب بين نوعي العلاج على كل من نوعي العلاج منفرداً خلال فترة المتابعة الثانية - ولم يتحقق ذلك الفرض بالنسبة للمتابعة الأولى أو القياس البعدي - فيما يتعلق بمستوى التحسن.

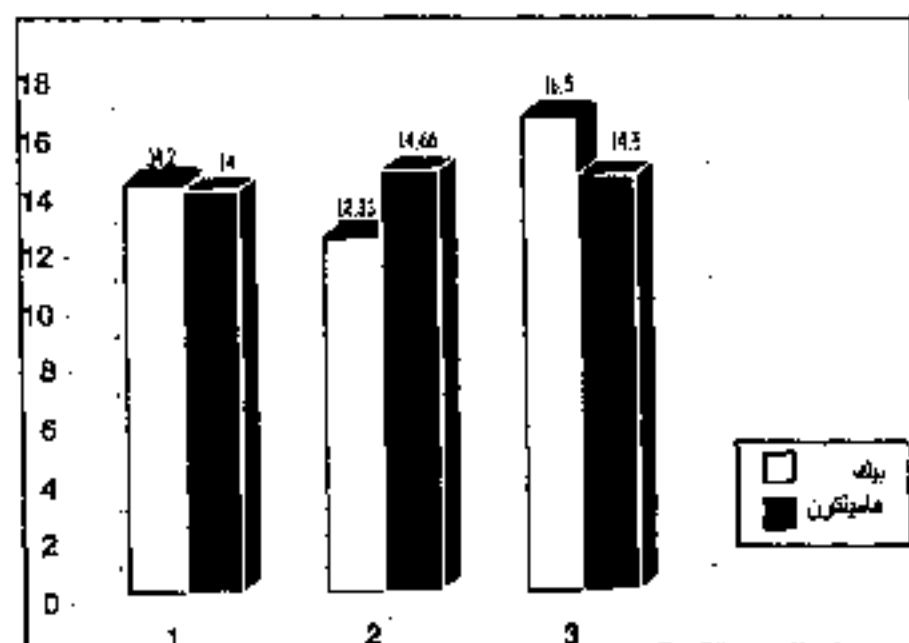
وسوف يتم تفسير هذه النتائج في سياق الفصل الأخير من الكتاب.



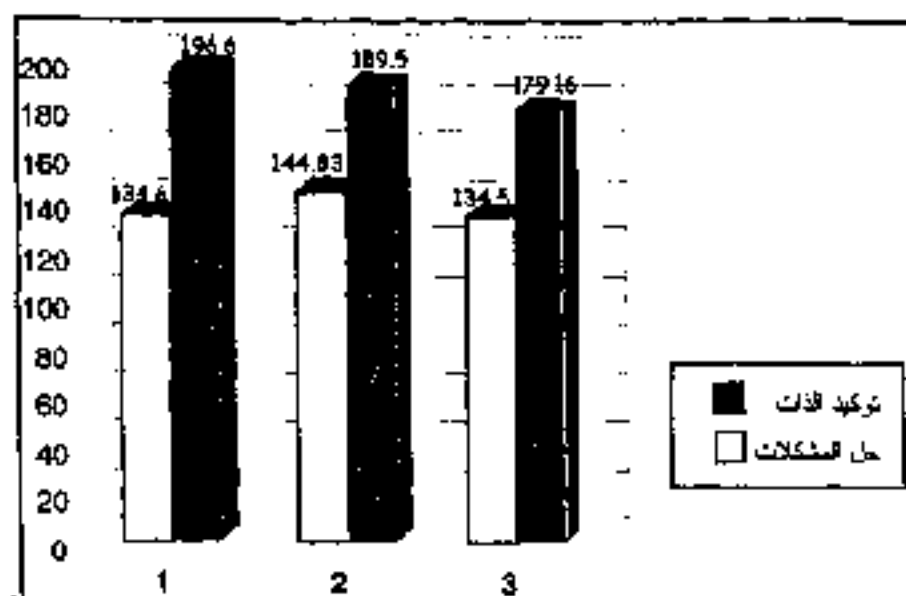
شكل (٧) متوسطات أداء المجموعات الثلاث على شكل من مقياسي بيك، وهاميلتون قبل العلاج (خط الأساس).



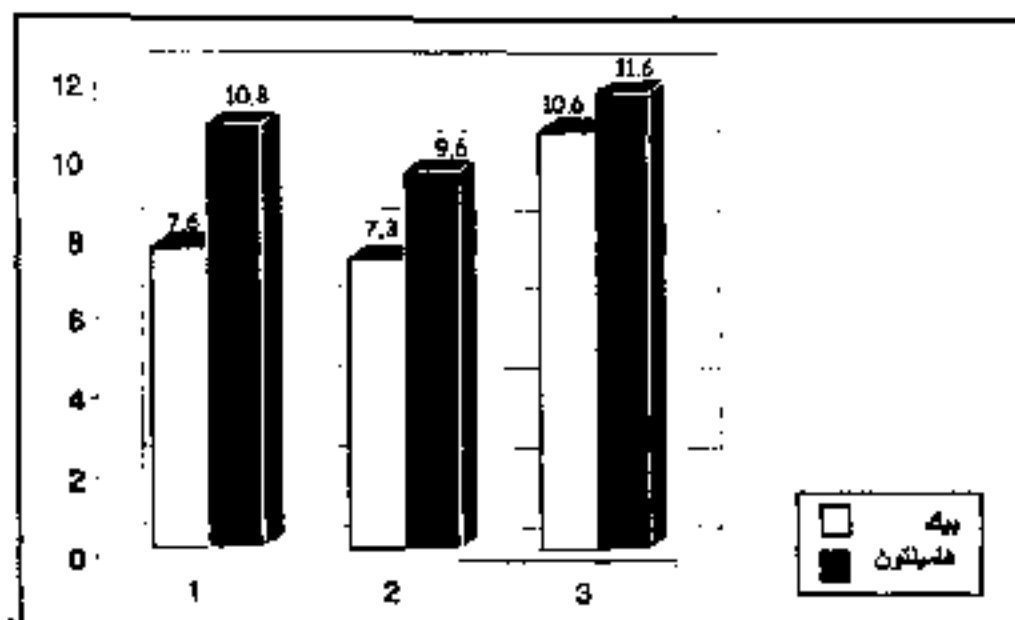
شكل (٨) متوسطات أداء مجموعات الدراسة على مقياسي توكيد الذات وحل المشكلات قبل العلاج (خط الأساس).



شكل (٩) متوسطات أداء المجموعات الثلاث على مقياسي بيك وهاميلتون في القياس البعدي (بعد انتهاء العلاج).



شكل (١٠) أداء المجموعات الثلاث على مقياسي توكيد الذات وحل المشكلات في القياس البعدي (بعد انتهاء العلاج).



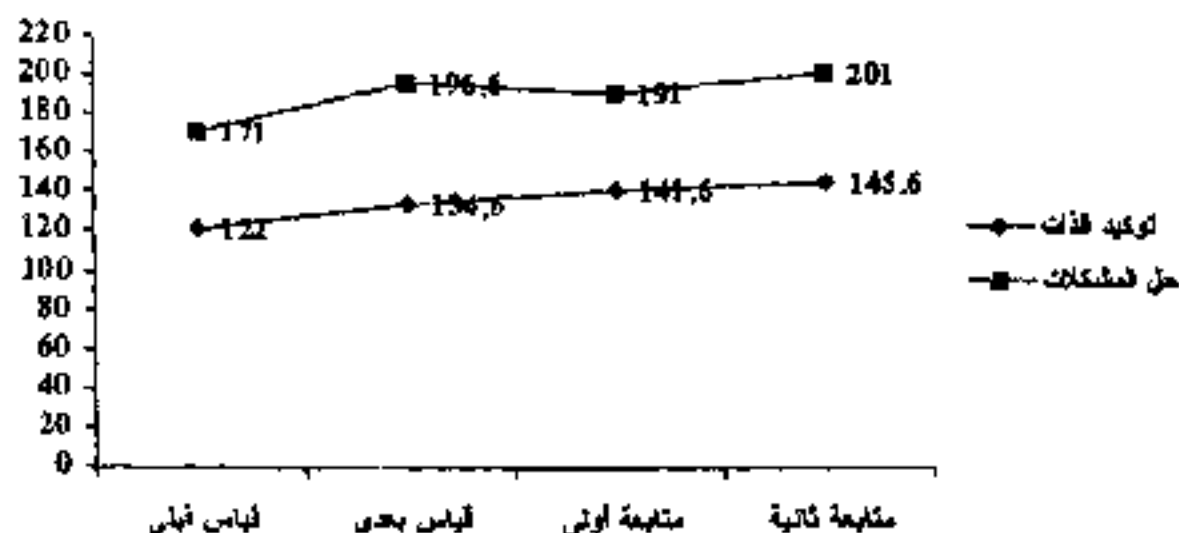
شكل (١١) متوسطات أداء المجموعات الثلاث على مقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب في المتابعة الأولى.

٣- توجد فروق ذات دلالة عند مستوى ٠.٠٥ بين الأداءات الأربعة للمجموعة على مقياس توكيد الذات وتشير المتوسطات إلى حدوث تحسن مطرد عبر المراحل العلاجية.

نستخلص من النتائج السابقة أن التحسن في الأعراض الاكتئابية العامة والتي تم قياسها بواسطة قائمتي بيك وهاميلتون للاكتئاب - أفضل من التحسن الحادث في الجوانب المهارية والاجتماعية، كما قيست من خلال مقياس توكيد الذات، وحل المشكلات الاجتماعية.



شكل (١٥) أداء المجموعة الأولى على مقياسي بيك وهاميلتون عبر المراحل العلاجية المتتالية من بداية خط الأساس حتى المتابعة الثانية، موضحا مسار التحسن.

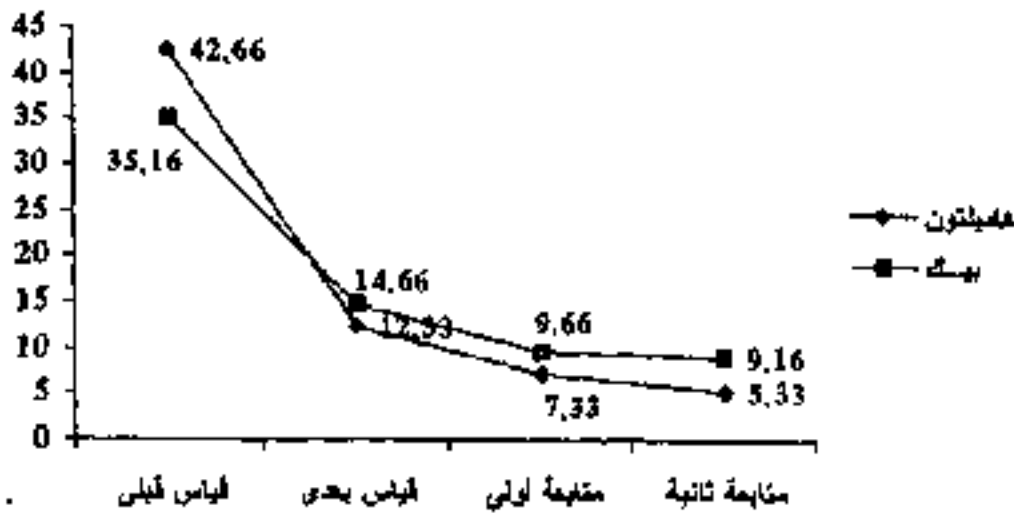


شكل رقم (١٦) أداء مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط على مقياسي تأكيد الذات وحل المشكلات الاجتماعية عبر المراحل العلاجية المتتابعة موضحاً مسار التحسن.

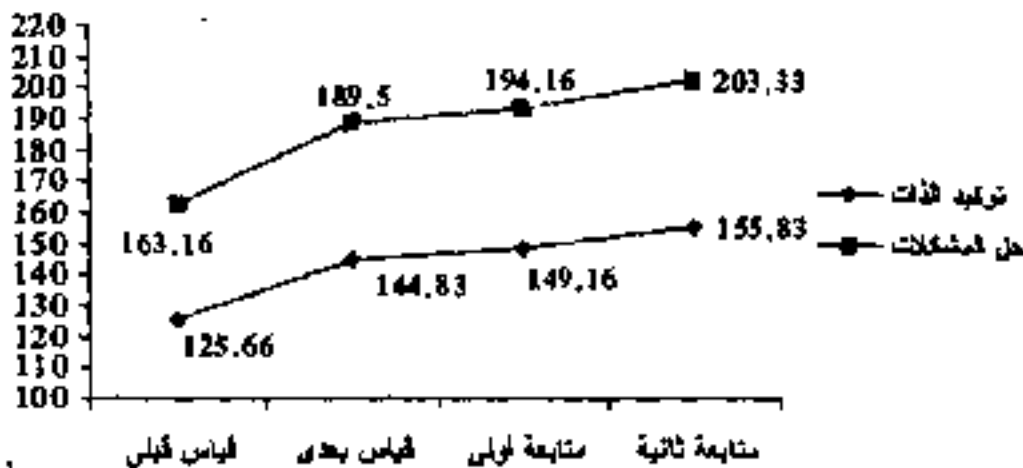
٢- الفرق داخل المجموعة الثانية (العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي الطبي) عبر المراحل العلاجية المتتالية:

سوف نعرض في هذا الجزء لنتائج أداء مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي الطبي على مقاييس الدراسة المتابعة التحسن عبر المراحل العلاجية. ويوضح جدول (١٠) هذه النتائج كما يلي:

تكشف البيانات والنتائج الواردة في الجدول السابق عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية (عند مستوى ٠.٠١) بين أداءات المجموعة عبر المراحل العلاجية المتتابعة على كل اختبارات الدراسة، وتشير المتوسطات إلى حدوث تحسن جوهري في أداء هذه المجموعة.



شكل (٧) مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي الطبّي على مقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب عبر المراحل العلاجية المتتابعة موضحا مسار التحسن.



شكل (٨) أداء مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي الطبّي على مقياسي توكيد الذات، وحل المشكلات الاجتماعية عبر المراحل العلاجية موضحا مسار التحسن.

٣ - انشرواق داخل المجموعة الثالثة عبر المراحل العلاجية المتتابعة.

فيما يلي عرض لنتائج مجموعة العلاج الدوائي فقط، وذلك في الأداء على أدوات الدراسة عبر المراحل العلاجية المتتابعة للكشف عن مسار التحسن ومتابعته عبر المراحل العلاجية. ويوضح جدول (١١) هذه النتائج. تكشف البيانات والنتائج الواردة في الجدول السابق عن الآتي:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠.٠١ في أداء المجموعة عبر المراحل العلاجية على كل من مقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب، وتشير المتوسطات إلى حدوث تحسن مطرد عبر المراحل المتتابة.

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بأداء المجموعة على مقياسي تأكيد الذات، وحل المشكلات، مما يشير إلى عدم وجود تحسن جوهري.

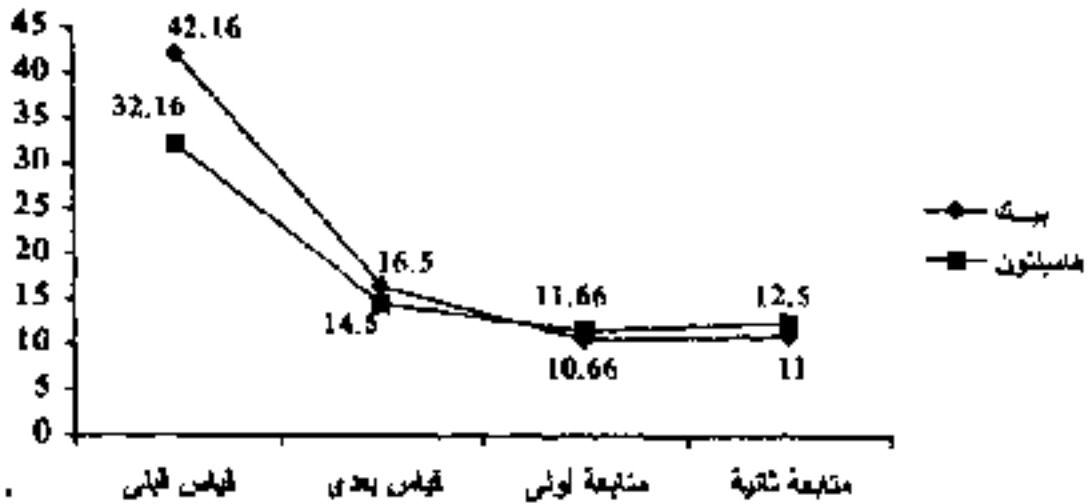
وتكشف النتائج السابق عرضها عن وجود تحسن في الأعراض الاكتئابية بشكل جوهري، في حين لم يسهم العلاج الدوائي في تحسن الجوانب الاجتماعية وحل المشكلات لدى هذه المجموعة. كما تشير نتائج الفروق داخل المجموعات بشكل عام إلى أن أفضل مستويات التحسن كان لدى المجموعة الثانية، يليها المجموعة الأولى، ثم المجموعة الثانية وهي النتيجة نفسها التي استخلصناها من الفروق بين المجموعات الثلاث.

ومن خلال مناقشة نتائج الفروق داخل المجموعات يمكن الوقوف على عدد من النقاط الخاصة بفروض الدراسة وهي كما يلي:

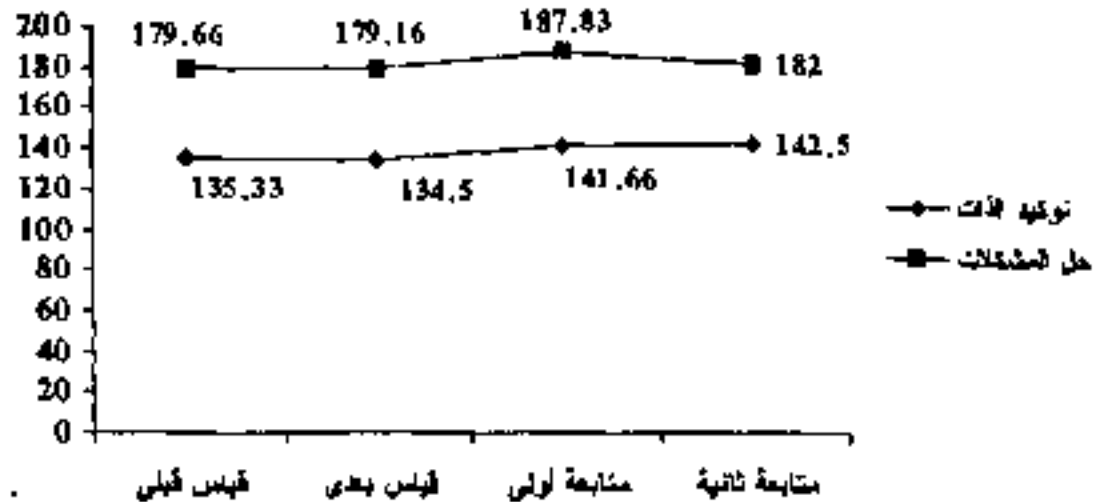
١- تحقق الفرض القائل بوجود فروق داخل كل مجموعة على حدة فيما يتعلق بالأداء عبر المراحل المتتابة مما يشير إلى التحسن نتيجة التدخلات العلاجية.

٢- تحقق الفرض القائل بأن العلاج المعرف السلوكي (سواء أكان منفرداً أو بالإضافة للعلاج الدوائي) يؤدي إلى نتائج أفضل من العلاج الدوائي منفرداً.

٣- تحقق الفرض الخاص بأن التصاحب بين نوعي العلاج يؤدي إلى نتائج أفضل من استخدام كلا النوعين على حدة، سواء فيما يتعلق بمستوى ومسار التحسن أو فيما يتعلق باحتمالات القابلية للانتكاس.



شكل (١٩) أداء مجموعة العلاج الدوائي فقط على مقياس بيك وهاميلتون للاكتئاب عبر المراحل العلاجية المتتابعة موضحا مسار التحسن.



شكل (٢٠) أداء مجموعة العلاج الدوائي فقط على مقياسي توكيد الذات وحل المشكلات عبر المراحل العلاجية المتتابعة موضحا مسار التحسن.

تعليق عام على نتائج الدراسة.

وتشير النتائج السابقة في مجملها إلى عدد من النقاط المهمة في هذا السياق وهي كالتالي:

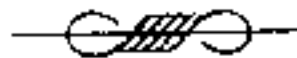
١- يسهم كل من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائي الطبي في تحسين الأعراض الاكتئابية، إنما يختلف حجم هذا الإسهام، وكيفية عبر المراحل العلاجية.

٢- يسهم العلاج الدوائي الطبي في سرعة تحسين الأعراض المزاجية والجسمية بشكل أفضل من العلاج المعرفي السلوكي، في حين يسهم العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الجوانب المعرفية والاجتماعية المضطربة في سياق المرض بشكل أفضل من العلاج الدوائي الطبي.

٣- تأثير العلاج المعرفي السلوكي هو تأثير تراكمي، حيث لا يظهر مباشرة بعد انتهاء البرنامج العلاجي بشكل يمثل قارحاً واضحاً بينه وبين الأساليب العلاجية الأخرى، إنما يظهر ذلك بعد فترات زمنية نتيجة تراكم الخبرات العلاجية. واستمرار التأثير العلاجي له، مما يؤدي إلى الفروق الواضحة بينه وبين العلاج الدوائي الطبي في المتابعة الثانية.

٤- إن الجمع بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي الطبي يؤدي إلى نتائج أفضل من استخدام كلا الأسلوبين العلاجين منفرداً حيث يساعد العلاج الدوائي الطبي في إعداد المرضى لتلقي العلاج النفسي عمومًا، مما يؤدي إلى زيادة كفاءة العلاجات النفسية (العلاج المعرفي السلوكي، كما تم تقديمه في سياق الدراسة).

٥- تؤكد النتيجة السابقة ضرورة تكاتف الفريق العلاجي (الأطباء النفسيين، والمعالجين النفسيين) بما يخدم المريض، ويزيد من كفاءة العملية العلاجية، ولا ينطبق ذلك على مرض الاكتئاب الأساسي فقط، إنما يشمل كل الاضطرابات النفسية التي تستلزم كلا نوعي التداخل العلاجي.



الفصل الثامن

مناقشة النتائج

يهدف الفصل الراهن إلى مناقشة نتائج الدراسة كما تم عرضها في سياق الفصل السابق، وذلك وفقاً لعدد من المحاور على النحو التالي:

أولاً: مناقشة النتائج للكشف عن مدى تحقق فروض الدراسة، في ضوء الاتفاق والاختلاف مع الدراسات السابقة التي تناولت الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي سواء أكان منفرداً، أم عند تصاحبه مع أساليب علاجية أخرى.

ثانياً: توضيح آليات وديناميات العلاج المعرفي السلوكي على ضوء ما كشفت عنه نتائج الدراسة الراهنة.

ثالثاً: مدى إسهام الدراسة الراهنة في مجال العلاج النفسي بشكل عام، والعلاج المعرفي السلوكي بشكل خاص.

رابعاً: التساؤلات التي أثارها الدراسة الراهنة.

أولاً: مناقشة النتائج للكشف عن مدى تحقق فروض الدراسة

سيتم في هذا الجزء مناقشة نتائج التحليلات الإحصائية الخاصة بالفروق بين وداخل المجموعات التي تشير إلى الإجابة عن الأسئلة أرقام ١، ٢، ٣ والتحقق من الفروض: الأول والثاني والثالث من الدراسة الراهنة على النحو التالي:

أ) نتائج الفروق بين المجموعات في الأداء على اختبارات الدراسة خلال المراحل العلاجية:

وذلك على النحو التالي:

١ - الفروق بين المجموعات في خط الأساس:

أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة بين المجموعات الثلاث في القياس القبلي (خط الأساس) في الأداء على الاختبارات التي تمثل متغيرات

الدراسة، سواء فيما يتعلق بالأعراض المرضية، أم بالجوانب الاجتماعية والمعرفية المرتبطة بالاكتئاب، وتشير هذه النتيجة إلى تكافؤ المجموعات الثلاث في مستوى شدة أعراض الاكتئاب، كما قيست بمقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب، وأيضاً فيما يتعلق بمستوى الاضطراب في الجوانب الاجتماعية، والمعرفية المرتبطة بالاكتئاب، كما قيست بمقياسي توكيد الذات وحل المشكلات الاجتماعية، ويعتبر مستوى شدة الاكتئاب والجوانب المرتبطة به قبل العلاج، أحد المتغيرات المرضية التي كان من الممكن أن تؤدي إلى تزييف النتائج سلباً أو إيجاباً، فإن كان مستوى شدة الاضطراب (سواء فيما يتعلق بالأعراض أو الجوانب المرتبطة بالاكتئاب) لدى إحدى المجموعات أعلى (أو أقل) بشكل جوهري عما هو عليه لدى المجموعتين الأخريين، فكان من المحتمل أن يكون مستوى التحسن لدى هذه المجموعة أقل (أو أكثر) من المجموعتين الأخريين وفي هذه الحالة لن يعزى هذا التحسن إلى نوع التدخلات العلاجية، بقدر ما يرجع إلى اختلاف مستوى شدة الاضطراب لدى هذه المجموعة قبل تلقي العلاج، لذلك فهذه النتيجة تمكنتنا من الثقة في إرجاع التحسن لدى كل مجموعة (أيّاً كان مستوى هذا التحسن) إلى نوع العلاج الذي تلقته هذه المجموعة.

بناءً على ذلك يكون نوع العلاج هو المتغير المستقل الحاسم فيما يتعلق بالفروق بين المجموعات ومستوى التحسن وهذه النتيجة تتطلب على أمر آخر هو أنه في حالة تكافؤ العينات في المتغيرات المرتبطة بالأعراض المرضية، فإن ذلك من شأنه أن يؤدي إلى تكافؤ عدد آخر من المتغيرات المرتبطة بالعملية العلاجية بشكل تلقائي، مثل تقبل المريض للعلاج، ومستوى دافعية المريض، ومستوى استبصاره، ومدى وعيه بحاجته للعلاج، مما يؤثر على مستوى المواظبة والالتزام من قبل المرضى سواء فيما يتعلق بمواعيد الجلسات أو المهام والإجراءات داخلها، أو المهام والواجبات المنزلية بين الجلسات.

٢- الفروق بين المجموعات في القياس البعدي والمتابعة الأولى.

آثرنا في هذا الصدد الجمع بين مناقشة نتائج المجموعات الثلاث في مرحلتي القياس البعدي، وفترة المتابعة الأولى، نظراً لتشابه النتائج الخاصة بالفروق بين المجموعات في هاتين المرحلتين. وتشير النتائج في هذا الصدد إلى عدم وجود فروق دالة بين المجموعات الثلاث (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الدوائي، والعلاج الدوائي فقط) في مستوى التحسن سواء بعد انتهاء البرنامج العلاجي مباشرة، أم استقراره حتى فترة المتابعة الأولى. ويشير عدم وجود فروق بين المجموعات الثلاث في مستوى التحسن بعد انتهاء البرنامج العلاجي إلى تحقق الفرض الأول، القائل بعدم وجود فروق بين المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً، والمرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً طبياً فيما يتعلق بمستوى التحسن بعد انتهاء العلاج، مما يشير إلى تساوي الكفاءة العلاجية لكل من أسلوبي العلاج سواء بالنسبة للأعراض المرضية (كما هيست بمقياسي بيك، وهاميلتون) أم على مستوى الجوانب الاجتماعية المعرفية المرتبطة بالاككتاب (كما هيست بمقياسي توكيد الذات وحل المشكلات الاجتماعية. ولا تنفق هذه النتيجة مع عديد من الدراسات مثل دراسة مارتن (Martin, 1993) والتي كشفت عن تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج الدوائي والعلاج الوهمي، ودراسات راش (Rush, 1981) حيث أشار إلى أن العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى تحسن الجوانب المزاجية، والاجتماعية، والدافعية، والمعرفية لدى مرضى الاككتاب الأحادي مقارنة بالعلاج الدوائي، وكذلك دراسات ديفز (Davis, 1991) من خلال مراجعته لعدد من الدراسات عن كفاءة العلاج المعرفي السلوكي، حيث أشار إلى تفوق العلاج المعرفي على العلاج الدوائي. وقد دعم النتيجة السابقة عديد من الدراسات مثل دراسة هولون (Hollon, 1990) التي أشارت إلى أن كلا من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائي له نفس الكفاءة العلاجية في علاج الاككتاب الأساسي، وهو

ما أكدته دراسات جونسون (Johnson, 1989) من أن كلا من نوعي العلاج (الدوائي، والمعرفي السلوكي) له كفاءة علاجية متساوية تقريباً على الأقل في بداية العلاج.

وأما فيما يتعلق بعدم وجود فروق بين المجموعات في فترة المتابعة الأولى، فذلك يشير إلى استقرار التحسن، واستمرار التأثير العلاجي لكلا النوعين من العلاج، إلا أننا في هذا الصدد لم نستطع الجزم بهذه النتيجة خاصة وأن المرضى الذين كانوا يتلقون العلاج الدوائي لم يثقفوا عن تناول الأدوية، حيث أن هذا المتغير لم يتم التحكم به من قبل المعالج، نظراً لأنه لا يمكن إيقاف الدواء إلا بإرشادات طبية نفسية. وهذا الإجراء يضطلع به الأطباء النفسيون وليس للمعالج السلطة في إيقاف العلاج الدوائي أو التقليل من الجرعات. لذلك فقد يُعزى قدر من هذا الاستقرار في التحسن إلى الاستمرار في تناول مضادات الاكتئاب. وقد يكون هذا المتغير مسئولاً بشكل نسبي عن طمس الفروق بين المجموعات خلال فترة المتابعة؛ فقد أشارت دراسات كوفاكس وزملائه (Kovacs, et al., 1981) إلى نتيجة مؤداها أن كلا من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي له كفاءة علاجية متساوية في علاج الاكتئاب الأساسي، إلا أنه خلال فترة المتابعة فإن المرضى الذين تلقوا علاجاً معرفياً سلوكياً، يتفوقون بشكل جوهري على المرضى الذين تلقوا علاجاً دوائياً فقط. وكذلك دراسات مارتن وآخرين (Martin, et al., 1996) حيث أشارت إلى تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج الدوائي خلال فترة المتابعة. وأشار ميندل (Mendell, 1987) إلى أن التحسن الذي يحدث في الأعراض المزاجية، والمعرفية، والجسمية لدى مرضى الاكتئاب الأساسي يحدث مستقلاً عن نوع العلاج المقدم سواء أكان معرفياً سلوكياً أم دوائياً، أو عند تصاحبهما معاً. وتشير هذه النتيجة إلى عدم تحقق جزئي للفرض الثاني القائل بوجود فروق بين المجموعات خلال فترتي متابعة الأولى والثانية.

ومن ناحية أخرى أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين مجموعة المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي والمجموعتين الأخرين، سواء بعد انتهاء البرنامج العلاجي أو خلال فترة المتابعة الأولى. وتشير هذه النتيجة إلى عدم تحقق جزئي للمرض الثالث والفائق بوجود فروق ذات دلالة بين مجموعة المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي وبين مجموعتي المرضى اللتين تلقيا أحد نوعي العلاج.

وتشير هذه النتيجة إلى عدم إسهام التصاحب العلاجي في مقدار التحسن أو استقراره عبر فترة زمنية بعد العلاج. وعلى الرغم من وجود فروق في مستوى هذا التحسن من خلال المتوسطات فإنها لم تصل لمستوى الدلالة الإحصائية. وقد يرجع ذلك إلى استمرار المرضى في تناول الأدوية الطبية من ناحية أو إلى أن فترة المتابعة بعد العلاج لم تكن كافية لإظهار وإبراز هذه الفروق. وقد تتغير هذه الصورة مع طول فترة المتابعة بعد العلاج، وتطبق هذه النتيجة على كل من الأعراض والجوانب المرتبطة بالاكئاب. وتدعم هذه النتيجة العديد من الدراسات مثل دراسات مارتين (Martin, 1997) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق في مستوى التحسن بين نتائج العلاج المعرفي وحده أو التصاحب العلاجي بين العلاج المعرفي والعلاج الدوائي، وكذلك دراسات زاس وآخرين (Zas et al., 1997)، حيث أشاروا من خلال دراساتهم إلى أن التصاحب العلاجي بين العلاج المعرفي والسلوكي والعلاج الدوائي لا يؤدي إلى نتائج جوهرية، ولكن قد تتغير الصورة بالنسبة للحالات الحادة، حيث يتفوق التصاحب العلاجي على كل من نوعي العلاج على حدة.

في حين أشارت بلاكبيرن (Blackburn, 1981) وديفز (Davis, 1991) وشين وآخرون (Chen, et al, 1996) إلى تفوق التصاحب العلاجي بين العلاج المعرفي والسلوكي والعلاج الدوائي، وأن هذا التصاحب يؤدي إلى نتائج أفضل سواء بعد العلاج أو خلال فترة المتابعة.

وتشير النتيجة السابقة إلى التعارض بين عديد من الدراسات فيما يتعلق بالتصاحب العلاجي، وإن كنا لا نستطيع الجزم بتفوق التصاحب العلاجي (بناءً على هذه النتيجة) فلا يعني ذلك أن هذا التصاحب غير ذي فائدة. وقد يظهر ذلك في سياق العملية العلاجية مع طول الفترة بعد انتهاء العلاج، أو بالنسبة لمسار العلاج داخل ككل مجموعة على حدة، وسوف يتم توضيح هذا الخلاف عند مناقشة النتائج الخاصة بالفروق بين الأداءات المتابعة داخل ككل مجموعة على حدة.

٣- نتائج الفروق بين المجموعتان في فترة المتابعة الثانية:

(أ) الفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي ومجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الدوائي:

أشارت النتائج إلى وجود فروق بين المجموعتين في مستوى شدة الاكتئاب، كما تم قياسه بمقياس بيك، وكانت الفروق في اتجاه مزيد من التحسن تجاه مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي، مما يعني أن التصاحب العلاجي ذو كفاءة أعلى من العلاج المعرفي السلوكي بمفرده، في حين لم تظهر هذه الفروق فيما يتعلق بمقياس هاميلتون وكان التحسن متساوياً على هذا المقياس، وبالنظر إلى متوسطات أداء المجموعتين فيما يتعلق بهذين المقياسين بالنسبة لمقياس بيك وصل التحسن في المتابعة الأولى أقصى مدى له، واستمر هذا التحسن مستقراً حتى فترة المتابعة الثانية، بل واخذ في الارتفاع بشكل طفيف (كما هو موضح بالجدول ٦) لدى المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي)، وكان التحسن مكافئاً للتحسن الحادث لدى المجموعة الثانية (مجموعة التصاحب العلاجي) كما تم مناقشة ذلك سابقاً، أما في المتابعة الثانية فقد استمرت فعالية التصاحب العلاجي في خفض الأعراض حتى ظهرت الفروق بشكل دال. وهذا على عكس ما حدث بالنسبة لمقياس هاميلتون، حيث وصل مستوى التحسن أقصاه لدى المجموعة

الثانية في المتابعة الأولى واستمر ثابتاً ومستقراً حتى فترة المتابعة الثانية، في حين استمر هذا التحسن مطرداً من المتابعة الأولى حتى الثانية للمجموعة الأولى. وقد يُفسر ذلك بأن مقياس هاميلتون يتضمن أعراضاً جسمية أكثر من الأعراض المعرفية والسلوكية. ويوضح ذلك أن التصاحب العلاجي لدى المجموعة الثانية أدى إلى تحسن الأعراض بشكل جوهري (بما فيها الأعراض الجسمية)، في حين أن العلاج المعرفي السلوكي منفرداً يستغرق وقتاً أطول في إحداث هذا التحسن. وتتفق هذه النتيجة مع ما أشار إليه تورس (Torres, 1994) من أن العلاج المعرفي السلوكي ذو كفاءة عالية في تحسن الأعراض الاكتئابية على المدى الطويل من المتابعة. ويستمر هذا التأثير العلاجي وينسحب على جوانب أخرى من حياة المريض.

أما فيما يتعلق بالجوانب الاجتماعية والمعرفية كما تم قياسها باختباري تأكيد الذات وحل المشكلات الاجتماعية، فلم تظهر فروق بين المجموعتين في هذا الصدد، وذلك على الرغم من وجود فروق ظاهرية على مستوى المتوسطات لكل مجموعة على مقياس تأكيد الذات، إلا أنها لم تكن دالة، وكان التحسن متقارباً حتى على مستوى المتوسطات بالنسبة لمقياس حل المشكلات الاجتماعية. وتشير هذه النتيجة بوجه عام إلى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي وحده أو عند تصاحبه مع العلاج الدوائي في تحسين مهارات تأكيد الذات وحل المشكلات، فكما أشار بوتلر وآخرون (Beutler, et al, 2001) أن العلاج المعرفي السلوكي سواء تم تقديمه فردياً أم جمعياً ذو كفاءة في خفض الأعراض الاكتئابية والقلق، وزيادة القدرة على تأكيد الذات. أما بالنسبة لحل المشكلات فقد كان العلاج المعرفي السلوكي ذا كفاءة في تحسن اضطراب حل المشكلات لكن على المدى الطويل. وتتفق مع هذه الواجهة من النظر، حيث نرى أن حل المشكلات عموماً يتطلب عمليات معرفية بمستوى أكثر عمقاً وتعقيداً وتنظيماً، ومستوى أكثر استقراراً وتحسناً في الجوانب المرضية الأخرى سواء فيما يتعلق بالأعراض المزاجية أم السلوكية أم المعرفية.

وتشير النتيجة السابقة إلى تكافؤ التأثير العلاجي لكل من العلاج المعرفي السلوكي منفرداً، أو عقد تصاحبه مع العلاج الدوائي الطبي في تحسين الأعراض الاجتماعية والمعرفية المرتبطة بالاكتئاب واستمرار هذا التحسن واستقراره عبر فترات المتابعة.

ب) الفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (الأولى) ومجموعة العلاج الدوائي (الثالثة):.

أشارت النتائج في هذا الصدد إلى وجود فروق بين المجموعة الأولى والثالثة فيما يتعلق بمستوى شدة الأعراض الاكتئابية كما قيس بمقياسي بيك وهاميلتون، وكانت في اتجاه انخفاض شدة الأعراض الاكتئابية لدى المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي). وتشير هذه النتيجة إلى تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج الدوائي الطبي في تحسين أعراض الاكتئاب، وتحقيق الفرض الثاني للدراسة الراهنة بشكل جزئي (الخاص بفترة المتابعة الثانية).. وتتفق هذه النتيجة مع عديد من الدراسات التي أشارت إلى تفوق العلاج المعرفي السلوكي على العلاج الدوائي الطبي في تحسين أعراض الاكتئاب. (See: Straveynski, et al. 1994; Fava et al. 1998).

ومن ناحية أخرى لم نجد فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين فيما يتعلق بالجوانب الاجتماعية والمعرفية المرتبطة بالاكتئاب، كما قيس بمقياسي توكيد الذات وحل المشكلات. ولكن بالنظر إلى متوسطات أداء المجموعتين عبر المراحل العلاجية نجد أن مستوى تحسين المجموعة الأولى كان أفضل من التحسن لدى المجموعة الثالثة بالنسبة لهذين المقياسين. وقد يفسر ذلك في ضوء أن حدوث التحسن في الجوانب الاجتماعية والمعرفية مرتبط بالتحسن العام في الأعراض الاكتئابية المرضية خلال المراحل السابقة، ولما كان هناك تكافؤ في التأثير العلاجي لنوعي العلاج في المراحل العلاجية حتى فترة المتابعة الأولى فإن ذلك قد أدى إلى ثبات التحسن الطفيف في هذه الجوانب.

وقد تحسنت الجوانب المزاجية بالمقارنة إلى الجوانب الاجتماعية والمعرفية في هذه المرحلة نظراً لحساسيتها للتأثير العلاجي للعلاج المعرفي السلوكي واستمراره بعد انتهاء العلاج.

(ج) الفروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي (الثانية) ومجموعة العلاج الدوائي منفرداً (الثالثة):.

أشارت النتائج في هذا الصدد إلى وجود فروق بين مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي (الثانية) ومجموعة العلاج الدوائي (الثالثة) فيما يتعلق بالأعراض المرضية كما تم قياسها بمقياسي بيك وهاميلتون، وأيضاً فيما يتعلق بتوكيد الذات. وكانت الفروق في اتجاه مزيد من التحسن الدال لدى المجموعة الثانية. وتشير هذه النتيجة إلى تفوق التصاحب العلاجي على العلاج الدوائي منفرداً، مما يشير إلى التحقق الجزئي للفرض القائل بأن التصاحب بين نوعي العلاج (المعرفي السلوكي، والدوائي الطبي) يؤدي إلى نتائج أفضل من كلا النوعين على حدة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسات ميلر وآخرين (Miller, et al, 1985)، وزاس وآخرين (Thase, et al. 2000 Tang, 2000) وتومسون وآخرين (Thomson, et al, 2000) حيث أشارت هذه الدراسات إلى تفوق التصاحب بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي الطبي في تحسين أعراض الاكتئاب، خاصة مع الحالات الحادة مع استمرار التحسن العلاجي واستقراره خلال فترات المتابعة.

وتظهر كفاءة هذا التصاحب العلاجي من خلال وجود تحسن لدى هذه المجموعة في توكيد الذات، وهو ما لم يظهر في أي من المقارنات السابقة بين المجموعات مما يشير إلى وجود إسهام نسبي لكل من نوعي العلاج فيما يتعلق بالتحسن في الجوانب الاجتماعية. في حين لم تظهر فروق بين المجموعتين فيما يتعلق بحل المشكلات.

ثانياً - الفروق داخل المجموعات في الأداء على الأدوات التي تعكس متغيرات الدراسة عبر المراحل العلاجية المتتالية.

سنناقش في هذا الجزء نتائج الفروق داخل المجموعات - كل مجموعة على حدة - فيما يتعلق بالأداء على مقاييس الدراسة عبر المراحل العلاجية المتتالية مستوى ومسار التحسن وذلك على النحو التالي:-

١- الفروق داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط (المجموعة الأولى):-

أشارت النتائج في هذا الصدد إلى وجود فروق ذات دلالة بين أداءات المجموعة عبر المراحل المتتالية في اتجاه التحسن ويشمل هذا التحسن كلاً من الأعراض المرضية كما تم قياسها بمقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب، وأيضاً فيما يتعلق بتوكيد الذات ويوضح شكل (١٧) مسار التحسن المطرد عبر المراحل العلاجية وثبات واستقرار هذا التحسن ولم توجد مؤشرات على احتمال حدوث انتكاس في الأعراض عبر الزمن، لاسيما الارتفاع الطفيف على مقياس بيك في المتابعة الثانية، وإن اعتبر ذلك مؤشراً على احتمال حدوث انتكاس فإن ذلك قد يتطلب فترة أطول بعد العلاج.

أما فيما يتعلق بتوكيد الذات، فقد مر التحسن بتذبذب عبر المراحل المتتالية، ويشير ذلك إلى أن التحسن في هذا الجانب يحدث مستقلاً عن التحسن في الأعراض المرضية، حيث يتطلب عدداً من العمليات أكثر تعقيداً، ويتطلب وقتاً أطول حتى يتم استقرار تعلم المهارة عبر المواقف الحياتية وتثبيت هذه المهارات واستقرارها عبر الزمن، في حين لم تظهر فروق فيما يتعلق بحل المشكلات الاجتماعية على مستوى المتوسطات، إلا أن شكل (١٨) يوضح مسار التحسن وإطراده عبر المراحل المتتالية، ويُفسر عدم وجود فروق ترقى لمستوى الدلالة الإحصائية بأن مستوى ومقدار التحسن كان طفيفاً، ويحدث بصورة أكثر بطناً من التحسن في الأعراض المرضية الأخرى، وذلك لتضعفه

عدداً من العمليات المعرفية المهاراتية المركبة والتي تحتاج إلى قدر من الإتقان والمهارة في اكتسابها ومن ناحية أخرى قد يُفسر هذا البطء بالحاجة إلى زيادة وتكثيف التدريب على هذه المهارة خلال البرنامج العلاجي.

وفي ضوء عدم وجود فروق فيما يتعلق بحل المشكلات الاجتماعية على مدى كل النتائج السابقة، فيجب توضيح لماذا لم يحدث هذا التحسن بشكل جوهري، وذلك في إطار محورين مهمين هما:

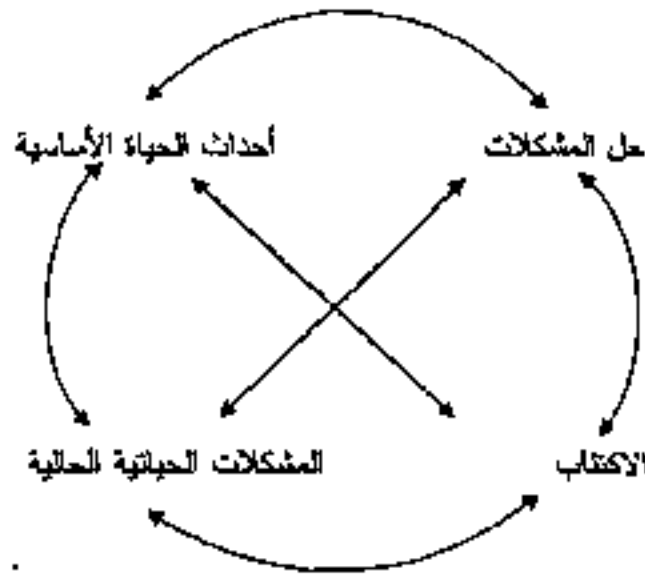
١- مدى تعقد المشكلة:

بالنظر إلى المواقف التي قد تمثل مشكلات نجد أنها تشمل عدداً من المكونات هي: وجود منبهات منفرة Presence of Aversive stimuli وفقد الدعم Loose of Reinforcement، ووجود المعوقات Presence of obstacles ووجود الصراع Presences of Conflict.

وتبعاً لتوفر هذه المكونات (المتغيرات) تتنوع المشكلات من حيث مستوى التعقيد للمشكلة سواء فيما يتعلق بحداثة المشكلة، ومدى أهميتها، ومدى تشابكها وتعقيدها، ومدى عمق المشكلة. (Nezu, et al, 1989, PP 74-75).

٢- التفاعل التبادلي بين الاكتئاب وأحداث الحياة، والمشكلات الحالية، وحل المشكلات:

وفي إطار نموذج حل المشكلات وتفسيره للاكتئاب، يتم الإشارة إلى العلاقات التبادلية بين أحداث الحياة السلبية الرئيسة (الكبرى)، والمشكلات اليومية ونشاطات مواجهة وحل المشكلات، والأعراض الاكتئابية، التي تمثل أهمية رئيسة وهذه المتغيرات الأربعة يفترض أنها في تفاعل مستمر وثابت وفي هذا السياق، فالمشقة، وخبرات الاكتئاب هي عمليات فاعلة تختلف في شدتها وكيفيةها عبر الوقت معتمدة على التغيرات الحادثة في أحداث الحياة الرئيسة. والشكل التالي يوضح ذلك النموذج التفاعلي بين هذه المتغيرات الأربعة:



شكل (٢١) العلاقات التبادلية بين شكل من أحداث الحياة، والمشكلات الحياتية، واستراتيجيات حل المشكلات والاكتئاب (Nczu, et al., 1989, p. 50).

وفي ضوء ما سبق يمكن تفسير ما تتطلبه عملية حل المشكلات من عدد من العمليات ومستويات التعقيد خاصة، وأن الفرد يمر أثناء العلاج بكل المشكلات الحياتية اليومية بمستويات تعقيدها وتفاعلها المتعددة. وهذا التفاعل الدائم قد يُفسر ببطء التحسن في هذه القدرة.

وتشير النتائج السابقة إلى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي منفرداً في تحسين الأعراض المرضية للاكتئاب، وأيضاً الجوانب الاجتماعية والمعرفية المرتبطة به رغم اختلاف مقدار ومستوى ومسار هذا التحسن لهذين الجانبين.

وقد أشار بوتلر وآخرون (Butler, et al, 2001) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي ذو كفاءة في إحداث تحسن في مهارات حل المشكلات، لكن على المدى الطويل، وهو ما يتفق مع النتائج التي خرجنا بها في هذا الصدد.

٢- الفروق داخل مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي (المجموعة الثانية):.

أشارت النتائج الخاصة بالفروق داخل المجموعة الثانية فيما يتعلق بالأداء عبر المراحل العلاجية المتتالية إلى حدوث تحسن عام في الأداء على كل متغيرات الدراسة سواء فيما يتعلق بالأعراض المرضية أو الجوانب الاجتماعية والمعرفية المرتبطة بالاكْتئاب، وكان هذا التحسن مطرداً ومستقراً منذ بداية العلاج حتى فترة المتابعة الثانية، مما يشير إلى الكفاءة العالية للتصاحب العلاجي، وقد ظهر لأول مرة عبر النتائج السابقة تحسن جوهري في حل المشكلات الاجتماعية. وقد كانت النتائج الخاصة بتوكيد الذات أكثر دلالة مما كانت عليه لدى المجموعة الأولى (مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط). وبعد ذلك مؤشراً على كفاءة التصاحب العلاجي في إحداث تحسن أعمق وأكثر استقراراً من العلاج المعرفي السلوكي منفرداً.

ونستخلص من ذلك أن التفاعل العلاجي بين كل من نوعي العلاج أدى إلى زيادة الكفاءة العلاجية لكل منهما، مما أدى إلى التحسن في الجوانب المعرفية. أي أن لكل من نوعي العلاج إسهاماً في حل التعقيدات الخاصة بحل المشكلات. وقد يُسهم العلاج الدوائي في سرعة تحسن الأعراض الاكتئابية المزاجية والسلوكية، مما يفسح مجالاً منذ بداية العلاج، لتأثير وعمل العلاج المعرفي السلوكي، ويؤدي أيضاً استمرار تناول الأدوية بعد انتهاء العلاج المعرفي السلوكي إلى إسهام نسبي في تحسن الأعراض المعرفية والاجتماعية على المدى الطويل.

وبالنظر إلى شكل ومسار التحسن (شكل ١٩، ٢٠) نجد أن التحسن كان مطرداً وأكثر استقراراً ولا يوجد تذبذب في الأداء عبر المراحل العلاجية، مما يشير إلى أن التصاحب العلاجي أدى إلى زيادة كفاءة كل منهما وفاعليته في التعامل مع الأعراض والجوانب المرتبطة بالاكْتئاب بشكل أفضل وأكثر استقراراً وعمقاً. وتتفق هذه النتيجة مع دراسات كل من ميلر وآخرين (Miller, et

(1985 al. وزاس وآخرين (Thas, et al, 2000) وتومسون وآخرين (Thomson, et al, 2000) ودراسات مواء وآخرين (Moak, et al, 2002) والتي أشارت إلى أن إضافة العلاج الدوائي إلى العلاج المعرفي السلوكي يؤدي إلى نتائج أفضل من استخدام كل من نوعي العلاج منفرداً.

٢ الفروق داخل مجموعة العلاج الدوائي منفرداً (المجموعة الثالثة):.

أظهرت نتائج الفروق داخل مجموعة العلاج الدوائي في الأداء عبر المراحل المتتابة حدوث تحسن عبر المراحل العلاجية، فقط فيما يختص بالأعراض المرضية، ولم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بتوكيد الذات وحل المشكلات.

أما فيما يتعلق بالجوانب المرضية فتشير هذه النتائج إلى كفاءة العلاج الدوائي في خفض وتحسين هذه الأعراض بعد العلاج وخلال فترة المتابعة، ولكن إذا نظرنا إلى مسار هذا التحسن واستقراره نجد ارتفاعاً في مستوى الأعراض المرضية في فترة المتابعة الثانية وذلك من خلال المتوسطات، ومسار التحسن، كما يعرضها شكل رقم (٢١). ويعتبر ذلك مندرجاً بحدوث نوبات انتكاس لدى هذه المجموعة، وهو ما لم يحدث لدى المجموعتين الأخريين، مما يشير إلى زيادة احتمالات القابلية للانتكاس للعلاج الدوائي منفرداً أكثر مما هو عليه بالنسبة للعلاج المعرفي السلوكي منفرداً أو عند تصاحب نوعي العلاج معاً.

وعلى الرغم من عدم وجود فروق ذات دلالة على مستوى المتوسطات فيما يتعلق بتوكيد الذات وحل المشكلات، فإن مسار التحسن كما يظهره شكل (٢٢) يشير إلى حدوث تذبذب في هذا التحسن ومساره وينذر باحتمالات الانتكاس فيما يتعلق بحل المشكلات ولم يتم إحراز قدر من التحسن الجيد على مستوى أي من هذين المتغيرين وتشير هذه النتائج إلى عدم كفاءة العلاج الدوائي في تحسين الأعراض المرتبطة بالاكتئاب والخاصة بالجوانب الاجتماعية

والمعرفية مثل الكفاءة التي يتمتع بها بالنسبة للأعراض المرضية المزاجية والسلوكية. وتشير عديد من الدراسات مثل دراسات شتينبروك وماكسويل وآخرين (Steinbruech, Maxwell, et al, 1983) وبلاكبيرن (Blakburn, 1981) وبيلاك وآخرين (Bellack, et al, 1981) ودراسات كوفاكس وآخرين (Kovacs, et al, 1981) وديفر (Davis, 1991) ودراسات باورز (Bawers, 1987) وسيمونز (Simons, 1982) وغيرها من الدراسات إلى عدد من التضمينات الخاصة بنتائج العلاج الدوائي. حيث اتفقت هذه الدراسات على أن العلاج المعرفي السلوكي أفضل من العلاج الدوائي فيما يتعلق بتحسين الجوانب الاجتماعية والمعرفية. وعلى الرغم من تكافؤ التأثير العلاجي لكل منهما في تحسين الأعراض الجسمية والمزاجية فإنها تكون أكثر استقراراً وإطراداً في التحسن في حالة العلاج المعرفي السلوكي.

ويمكننا على ضوء مناقشة هذا الجزء من مناقشة نتائج الدراسة الخاصة بالفروق، بين وداخل المجموعات يمكننا القول بأن حجم الإسهام النسبي الذي يشارك به العلاج الدوائي يكون فعالاً في بداية العلاج، ويؤدي إلى تحسن سريع خاصة فيما يختص بالجوانب الجسمية والمزاجية ويساعد على تقبل المريض للعلاج النفسي، في حين يتزايد حجم إسهام العلاج المعرفي السلوكي عبر الوقت. ويعتبر طول الفترة العلاجية من المتغيرات التي تسهم في تلاشي أو ثبات التأثير العلاجي للعلاج الدوائي منفرداً، الأمر الذي يؤدي إلى ثبات مستوى التحسن، أو زيادة احتمالات القابلية للانتكاس. ويتميز التصاحب العلاجي بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي بمقدرة أعلى من كلا النوعين من العلاجات على الحفاظ على المكاسب العلاجية، بل واستمرارها تقدماً، وإحراز مستويات أعلى من التحسن، وامتداده إلى جوانب أخرى من حياة المريض عبر الزمن خاصة فيما يتعلق بالجوانب الاجتماعية والمعرفية.

ويتفق ذلك مع ما أشار إليه تانج وآخرون (Tang, et al, 2002) من أن المكاسب العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي تعتبر أكثر ثباتاً واستمراراً عبر الوقت من المكاسب العلاجية للعلاجات النفسية الأخرى أو العلاج الدوائي.

وعلى الرغم من تدخل بعض المتغيرات التي قد تؤثر في العلاج المعرفي السلوكي مثل التفاعل بين خصائص المريض وقدرته على استخدام استراتيجيات تعايش داخلية أو خارجية، وخصائص المعالج من حيث توجهاته وكفاءته في العلاج، ومدى تدريبه (Barker and Neiger, 2003) - فإنه يؤدي إلى نتائج أفضل من العلاج الدوائي الذي قد تحكمه مجموعة أخرى من المتغيرات التي يمكن التحكم بها، وأهمها مداومة المريض على تناول الأدوية، والجرعات المناسبة لكل مريض.

ويشير كوروييل وآخرون (Coruhle, et al, 2002) إلى أن الشفاء من الاكتئاب عموماً يحفز النظر عن نوع العلاج المستخدم - يصاحبه بعض التغيرات في الجوانب الشخصية والحياتية. ومن هذه التغيرات ما يحدث مبكراً بعد الشفاء مباشرة مثل التخلص من القلق، ونقص مستوى التشاؤم، وزيادة القدرة على التعاون والمشاركة وبعضها يحدث متأخراً في فترة تالية للشفاء مثل التوجه الذاتي، وتحمل المسؤولية وقبول الذات.

وبالنظر إلى ما أشار إليه كوروييل نجد أنه يمكن إعزاء التحسن في الجوانب المبكرة إلى تأثير العلاج الدوائي، والجوانب المتأخرة من التحسن إلى التأثير المستمر للعلاج المعرفي السلوكي.

ويزيد من كفاءة العلاج المعرفي السلوكي أنه يصلح للاستخدام مع مدى واسع من الأفراد، في مختلف المراحل العمرية، من الطفولة وحتى كبار السن وذلك في علاج الاكتئاب الأحادي بدون أعراض ذهانية (Hamilton & Dobson, 2002).

وقد أشار لورنيسو وزملاؤه من خلال مسح لعدد من الدراسات عن الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب إلى أن العلاج المعرفي السلوكي التكاملي يؤدي إلى إعادة بناء المعارف المشوهة وحل المشكلات، وذلك عن طريق العلاقة العلاجية الجيدة بين المعالج والحالة، وكذلك نتيجة استخدام استراتيجيات معرفية واضحة وجيدة البناء، لذلك فهو يعد أكثر كفاءة من الأساليب العلاجية الأخرى. (Lourenceau, Bolagh, and Burns, 2004).

ثالثاً: آليات وديناميات العلاج المعرفي السلوكي في ضوء نتائج الدراسة الراهنة:

سيتم في هذا الجزء مناقشة ديناميات عمل العلاج المعرفي السلوكي، وفقاً لما تم في سياق الدراسة الراهنة. وما نتبناه من تفسيرات (في ضوء النظرية المعرفية السلوكية) لكيفية إحداث التأثير العلاجي، وسير العملية العلاجية، والعوامل التي تسهم في حدوث التحسن واستمراره. فقد أشار عدد من الدراسات إلى أن المعضلة في النظرية المعرفية تتمثل في تحديد ما إذا كانت الاتجاهات والمعارف المشوهة هي التي تؤدي إلى الاكتئاب، أو أنها ناتجة عنه. وفي إطار العلاج المعرفي السلوكي لا يتم التركيز على هذا النوع من العلاقات، بل ينصب الاهتمام على تعديل كل من الجوانب المزاجية والمعرفية سواء أكانت سبباً أم نتيجة، حيث أن التعامل الإيجابي مع هذه الجوانب يؤدي في النهاية إلى تحسين أعراض الاكتئاب بشكل عام (Davison et al., 2004; Burns, and Spangler, 2001) وذلك من خلال تعليم المريض كيفية أن يحكم فعلاً خلال العملية العلاجية، ويكون له القدرة على زيادة وعيه واستبصاره ومعارفه، وإحضارها إلى مستوى الوعي وتعديل أفكاره التي من شأنها أن تؤدي إلى الشفاء. (Beck, 1995 p. 16).

ويتم عمل ذلك من خلال عدد من الإجراءات والعمليات مثل عمليات التعديل المعرفي السلوكي، وهي إحدى الطرائق المتضمنة في إطار العلاج المعرفي السلوكي والذي يشمل عدداً من النشاطات المعرفية Cognitive activities ومدى قابليتها للتعديل، ومدى فعالية التغير المعرفي في إحداث تغير إيجابي

معائل في السلوك المضطرب، ويحدث التغير الإيجابي بشكل تبادلي التأثير بين الدعم الصريح للسلوك، والتغير المعرفي، وإن كلا منهما يقف كخلفية للتغير الحادث في الآخر. (Dobson, 2001. pp. 4-6).

ويتم هذا التغيير من خلال عدد من الأساليب والإجراءات التي تتضمن كلاً من: علاجات مهارات التصدي Coping skill. therapies، وإعادة البناء المعرفي Cognitive Restructuring methods، وحل المشكلات Problem solving therapy. ويتم التعامل مع هذه العمليات والاستراتيجيات في إطار العلاج المعرفي السلوكي وفقاً للمنحى التكاملي. وقد أثبت العلاج المعرفي السلوكي فعالية وكفاءة عالية في علاج الاكتئاب بجوانبه المتعددة سواء أكانت الجسمية، أم المزاجية، أم المعرفية، أم السلوكية وسواء تم تقديمه بصورة فردية أم جماعية.

وعندما نتطرق للعملية العلاجية نجدها بصدد جانبين مهمين وهما: نواتج العملية العلاجية، وسير العملية العلاجية، وكيف يؤدي سير هذه العملية بمكوناتها وأهدافها (كما تم عرضها) إلى النتائج الإيجابية المرجوة. ويمكن تفسير العملية العلاجية في ضوء عمليتين متكاملتين ومتصاحبتين أثناء العلاج المعرفي السلوكي، وهما كما يلي:

١- معالجة المعلومات:

أشارت النظرية المعرفية إلى أن إحدى وظائف معالجة المعلومات هو البناء الشخصي للواقع. وتعمل معالجة المعلومات على تنظيم هذا البناء، فالفرد عندما يعطي معنى للأحداث فهو يفسرها متأثراً بعدد من المكونات مثل المخططات، والخبرات السابقة التي تدعم هذه المخططات، وخصائص الموقف الحالي (السياق). وأكدت النظرية أن معالجة المعلومات تمارس دوراً رئيساً - كعامل وسيط - في بناء الخبرات الذاتية وذلك من خلال تنظيمها للاتساق والنظم النفسية للفرد سواء أكانت معرفية، أم وجدانية، أم سلوكية، أم فسيولوجية. وهذا التنظيم هو ما يؤدي إلى تكيف الفرد وتوافقه مع البيئة (يزي السيد، ٢٠٠٣، ص ٧٠ - ٧٤).

وبناءً على هذا الدور الذي تؤديه معالجة المعلومات من وجهة نظر النظرية المعرفية فما يتم في حالة الاكتئاب هو معالجة سلبية للمعلومات المتوفرة، وذلك تبعاً لوجود المخططات السلبية اللاتوافقية، والخبرات السابقة، والمواقف الراهنة التي تدعم وتنشط هذه المخططات، وتوفر منبهات في السياق المحيط بالفرد - منها متغيرات الشخصية - يتم تفسيرها بصورة سلبية، وهو ما يؤدي إلى نشأة وتطور الاكتئاب.

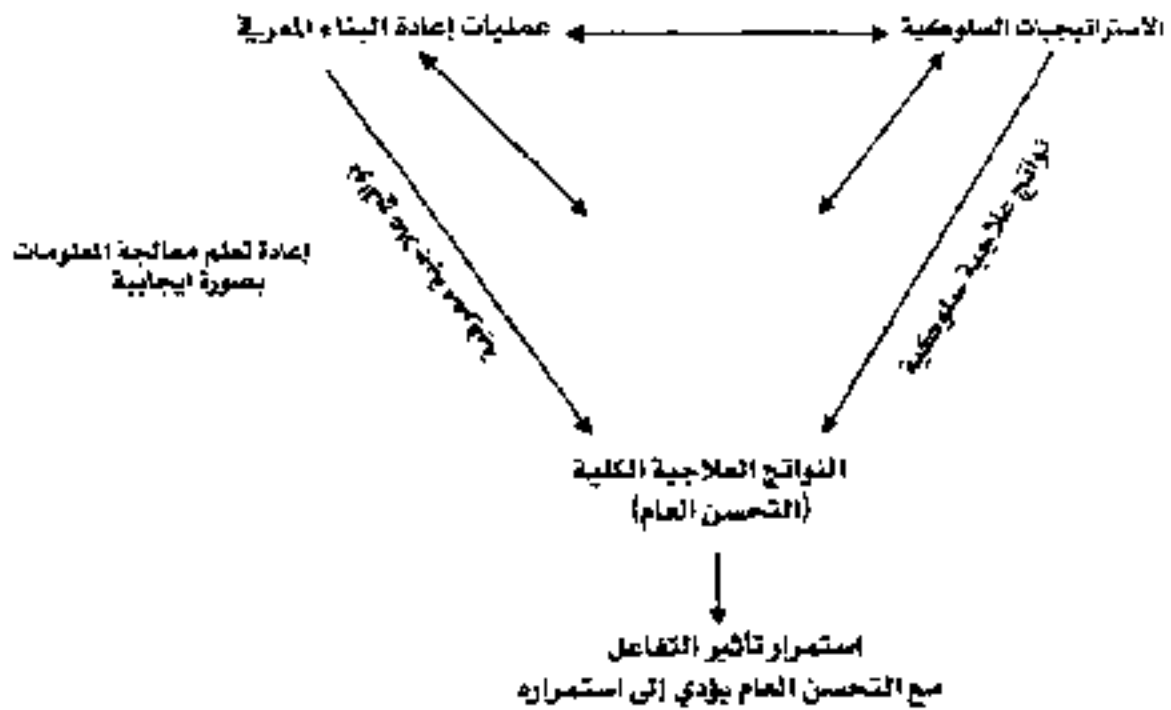
ويتم في العلاج المعرفي السلوكي إعادة معالجة المعلومات المتوفرة بصورة إيجابية متزامناً مع إعادة البناء المعرفي، وتعليم الفرد الاستراتيجيات السلوكية ومهارات التوافق والمواجهة وحل المشكلات، والتي تؤدي بدورها إلى تعديل طرائق معالجة المعلومات وتفسير الأحداث الحياتية.

٢- التفاعل الوظيفي المتبادل:

التفاعل الوظيفي المتبادل Reciprocal - Functional interaction، هو العملية الدينامية الثانية التي يتم من خلالها تفسير العملية العلاجية وما ينتج عنها من نواتج إيجابية تتمثل في إحداث التغير العلاجي، ويتم هذا التفاعل الوظيفي المتبادل كعملية مستمرة منذ بدء العلاج وحتى بعد مرور فترات زمنية بعد انتهائه. وهو ما يؤدي دوراً مهماً في حدوث النواتج العلاجية المباشرة (خلال جلسات العلاج وبعد انتهائه مباشرة)، ويساعد أيضاً على استمرار التأثير العلاجي للأسلوب عبر فترة من الزمن، ويحدث التفاعل بين مكونات العلاج المعرفي السلوكي سواء فيما يتعلق بالاستراتيجيات السلوكية، أم بإعادة البناء المعرفي، ولكل من هذه المكونات قدر من الإسهام النسبي في العملية العلاجية وإحداث التحسن، والتفاعل المتبادل بينها يكون مسئولاً عن كفاءة هذا التحسن واستمراره.

ويحدث التفاعل الوظيفي المتبادل بين كل من المكونات القرعية (النوعية) من خلال عدد من المتغيرات الوسيطة الحافظة على التغير، وليس

مجرد متغير منفرد مستقل بذاته. وتتضمن هذه المتغيرات النوعية ككلًا من المتغيرات الخاصة بالأسلوب العلاجي، والمتغيرات الخاصة بالمريض والمتغيرات الخاصة بالمعالج، وتبعاً لكفاءة واتساق التفاعل الداخلي لكل هذه المتغيرات كل على حدة، وأيضاً مستوى وكفاءة التفاعل بينها وبين بعضها بعضاً بشكل كلي يمكن تقييم النواتج العلاجية، إلا أنه من الصعب تحديد حجم الإسهام النسبي للتفاعل بالنسبة لكل متغير من هذه المتغيرات والمكونات وذلك لأنها تمثل شبكة متسعة من التفاعلات المتبادلة متعددة الاتجاهات ومختلفة الأوزان. ويمكن تصور مسار العملية العلاجية وفقاً لتغيري معالجة المعلومات، والتفاعل الوظيفي المتبادل في الشكل التالي:

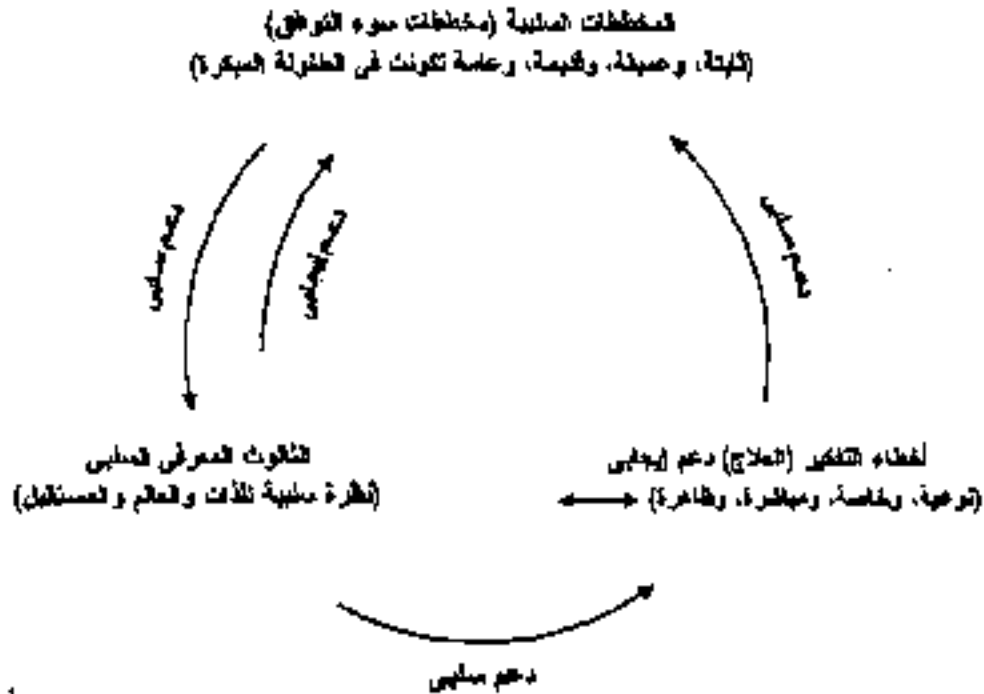


شكل (٢٢): أنماط وممارسات التفاعل الوظيفي المتبادل بين مكونات العلاج المعرفي السلوكي في ضوء إعادة تعلم معالجة المعلومات.

وبناءً على تفسيرات النظرية المعرفية لنشأة وتطور الاكتئاب، نجد أن هناك ثلاثة مستويات يتم التعامل معها أثناء العملية العلاجية، وهذه المستويات متتالية أو بينها قدر من التفاعل المتبادل - كما تم شرحه - وهي تدعم

بعضها بعضاً سلباً أو إيجاباً، وتبدأ بمستوى أكثر عمومية وهو المخططات السلبية التي تنقسم بالعمق والثبات، والاستقرار والعمومية، وذلك لنشأتها خلال مراحل مبكرة من العمر، وتنشأ في مرحلة ارتقائية تالية - تبعاً لذلك - النظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل (الثالث المعرفي السلبي) ممثلة للمستوى الثاني من هذا النموذج. ويأتي المستوى الثالث الذي يمثل الأداة التي عن طريقها يتم دعم وتثبيت الثالث المعرفي السلبي، وبالتالي زيادة تثبيت وصدق المخططات السلبية لدى الفرد، ويتمثل في أخطاء التفكير، التي تنقسم بالمباشرة، والنوعية، والخصوصية الموقفية، ويتم في العلاج المعرفي السلوكي البدء بالعوامل الظاهرة، والمستويات النوعية بهدف عكس التأثير السلبي لها على بقية المستويات الأعلى التي هي أكثر تعقيداً واستقراراً وثباتاً، ولا يمكن التعامل معها مباشرة، فعندما يتم تعديل الأفكار الآلية وأخطاء التفكير عن طريق إعادة البناء المعرفي فإن ذلك يؤثر تأثيراً إيجابياً في نظرة الفرد وتصوراته عن نفسه وعالمه ومستقبله، وذلك لتبنيه نمطاً من التفكير يتسم بالإيجابية، والموضوعية، والملاءمة الوظيفية للمواقف النوعية، وتعديل إدراك وتفسير الفرد للمواقف الحياتية من خلال إعادة تعلم معالجة المعلومات بصورة إيجابية؛ وعند حدوث النواتج العلاجية المعرفية الإيجابية في هذين المستويين، ويدعم من خلال التفاعل المتبادل - كما تم شرحه - فذلك يؤدي إلى زعزعة ثقة الفرد في مخططاته اللاتوافقية، حيث أن المخططات قد لا يمكن التخلص منها نهائياً، نظراً لأنها أصبحت تمثل إحدى بناءات شخصية الفرد - وليس هدف العلاج المعرفي السلوكي إعادة بناء شخصية الفرد - وإنما ما يحدث هو إعادة النظر في هذه المخططات، والتعامل معها بشكل إيجابي، وتحاشيها معرفياً وسلوكياً - في بعض الأحيان - ومواجهتها والتصدي لها في أحيان أخرى لذلك تصبح من الضعف بحيث يمكن التعامل معها بشكل أكثر مباشرة إنما يتم ذلك عبر فترة من الزمن عبر عمليات تعديل وتغيير الاتجاهات والمعتقدات لدى الفرد بناءً على معالجته الجديدة لتغيرات ومواقف وأحداث الحياة. وإن كان

التغيير أو التعديل في الأفكار الآلية وأخطاء التفكير يتم إحرازه بنجاح - لعدد منها - في سياق البرامج العلاجية وفترات العلاج الأساسية، فالمخططات يتم تعديلها وتغييرها، أو التعايش معها بعد انتهاء العلاج بناءً على استمرار التفاعل الوظيفي المتبادل بين متغيرات العملية العلاجية، ويمكن تصور هذا النموذج الثلاثي المستويات في الشكل التالي:



شكل (٢٢)، مسار العملية العلاجية من وجهة نظر النظرية المعرفية.

ومن خلال النتائج التي خرجنا بها من الدراسة الراهنة يمكن الوقوف على عدد من النقاط التي تتعلق بسير العملية العلاجية في إطار البرنامج الحالي، والنواتج العلاجية المترتبة على النحو التالي:

- ١- حدوث قدر من التذبذب في مسار التحسن خلال العملية العلاجية لدى بعض المرضى، في بعض المراحل العلاجية، ثم معاودة التحسن لاستمراره وإطراده حتى نهاية العلاج، وقد يُفسر ذلك في ضوء اختلاف مستوى دافعية المريض من ناحية، وتدخل بعض المتغيرات غير المحسوبة في سير العملية العلاجية، وقد ترجع هذه المتغيرات إلى المواقف الحياتية وأحداث

- الحياة الضاغطة، أو إلى عمليات خاصة بحاله التغير العامة التي يمر بها المريض.
- ٢- اختلاف محور الاضطراب الاكثابي من مريض لآخر، وتختلف تبعاً لذلك النواتج العلاجية لكل مريض، وبالتالي يتم تعديل أهداف العلاج، والأساليب العلاجية النوعية في إطار البرنامج العام بما يتوافق مع محور الاضطراب، ومشكلات المريض النوعية.
- ٣- الأفكار الآلية ليست عامة ومشتركة لكل المرضى، فالأفكار الآلية عادة ما ترتبط بمحور الاضطراب الاكثابي، وقد لا تظهر لدى المرضى بشكل حاد، وينطبق ذلك أيضاً على الاتجاهات المشوهة، لذلك فهي نوعية موقفية، متغيرة الظهور، وذات إسهام نسبي متفاوت الشدة والتأثير في الاضطراب الاكثابي من مريض لآخر.
- ٤- اتضح أن تعليم المريض كيف يواجه ويتحدى الأفكار الآلية وينتصدي لها، وكيف ينظر إلى اتجاهاته ومعتقداته، وكيف يتوصل إلى مخططاته ويواجهها ويعدلها ويتعايش معها، وإدراك أنها خاطئة، وأن يقلل من أهميتها حيث يستطيع تغييرها وتعديلها فيما بعد، أفضل من تعليمه كيفية التخلص منها نهائياً، حيث أن تعليم المريض طرائق رصد هذه المتغيرات، وكيفية التعامل معها يؤدي إلى انتقال خبرته معاً مع التدريب عليه وتعلمه أثناء فترة العلاج على عدد من هذه المتغيرات كنماذج ممثلة لها إلى مواقف الحياة الفعلية وتعميمها على المتغيرات ذات الشبه التي قد تنشأ، أو يتم إكتشافها في المستقبل بعد انتهاء العلاج، أو حتى بعد انتهاء فترة المتابعة. وتفسر هذه العملية (التعلم وانتقال أثر التدريب والتعميم) كفاءة العلاج المعرفي السلوكي كعلاج تعليمي في الوقاية من الانتكاس.
- ٥- يؤدي العلاج المعرفي السلوكي (على عكس العلاج الدوائي) إلى حصول المريض على ذخيرة من المعلومات، والمعارف، والمهارات التي يمكن أن ينميها لاحقاً سواء بعد انتهاء العلاج مباشرة، أو بعد مرور فترات زمنية بعده، ومن خلالها يستطيع وقاية نفسه من عودة الأعراض، والانتكاس، وتحسين مستوى التوافق العام لديه بناءً على المتغيرات الحياتية المتجددة.

رابعاً: مدى إسهام الدراسة الراهنة في مجال العلاج النفسي بشكل عام، والعلاج المعرفي السلوكي على وجه الخصوص.

تتلخص أهم إسهامات الدراسة الراهنة في مجال بحوث الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي فيما يلي:

- ١- إرساء عدد من الأسس النظرية، والإجراءات التطبيقية في مجال العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور من خلال المنحى التكاملي التوفيقي.
- ٢- ومحاولة استكشاف العلاقات التفاعلية المتبادلة بين كل مكونات العلاج المعرفي السلوكي ومدى أهميتها في العملية العلاجية، ومدى إسهام هذا التفاعل في إحداث التحسن واستمراره عبر الزمن.
- ٣- واكتشاف مدى كفاءة العلاج المعرفي السلوكي في تحسين كل الأعراض المرضية والجوانب المرتبطة بالاكتئاب.
- ٤- وعلى الرغم من عدم إمكانية تحديد حجم الإسهام النسبي بشكل دقيق لكل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي في تحسين أعراض الاكتئاب الأساسي، فإنه تم تأكيد هذا الإسهام لكل منهما بمقادير مختلفة التأثير - كميّاً - عبر المراحل العلاجية سواء فيما يتعلق بالتحسن أو احتمالات القابلية للانتكاس. ويشير ذلك إلى:
- أ- أن العلاج الدوائي يساعد على تقبل المرضى وإعدادهم للعلاج النفسي عموماً خاصة بالنسبة للحالات الحادة، بما يؤديه من دور في خفض أعراض القلق المصاحبة وتحسين الأعراض الجسمية (مثل اضطرابات النوم، وفقد الشهية) بصورة أسرع.
- ب- أن كفاءة كلا النوعين من العلاج تتزايد عندما يكونا متزامنين. وتظهر هذه الكفاءة سواء فيما يتعلق بسرعة ومستوى التحسن، واستمراره بعد العلاج، أو الوقاية من الانتكاس.

٥- وبيان مدى الحاجة لزيادة وتكثيف الإجراءات والأساليب العلاجية الخاصة بالجوانب الاجتماعية والمعرفية (توكيد الذات، وحل المشكلات) في سياق البرامج العلاجية، حيث أنها تستغرق وقتاً أطول حتى حدوث التحسن نظراً لأنها تتطلب قدراً أعلى من التدريب ومستوى من العمليات والمهارات المعرفية أكثر تعقيداً.

٦- وتأكيد أن العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي، يقوم على إعادة تعليم المريض كيفية معالجة المعلومات المتوفرة في المواقف الحياتية، الحافزة لظهور الاكتئاب واستمراره، من خلال عدد من الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية.

٧- وتصميم وإعداد وتجريب برنامج للعلاج المعرفي السلوكي وفقاً للأسس النظرية للنظريات المعرفية والسلوكية والمنحي التكاملي متضمناً لأساليب المساعدة الذاتية كأحد الأساليب ذات الكفاءة العلاجية. وتضمن ذلك ما يلي:

أ- وضع إطار عام للبرنامج العلاجي متعدد المراحل حيث اشتمل على المرحلة التمهيدية، قبل العلاجية، والمرحلة العلاجية، ومرحلة الوقاية من الانتكاس، ويمكن استخدام هذا الإطار في إعداد برامج علاجية أخرى لمعدي من الاضطرابات النفسية.

ب- وتصميم البرنامج العلاجي وفقاً لإجراءات عامة، ونوعية محددة تتضمن الأساليب والتدخلات العلاجية الملائمة بناءً على كفاءة هذه التدخلات في علاج الاكتئاب.

خامساً: ما أثارتها الدراسة الراهنة من تساؤلات، ومشكلات تحتاج لمزيد من الدراسة:

١- تطبيق إجراءات الأسلوب العلاجي كما تم عرضه في سياق الدراسة الراهنة باستخدام البرنامج العلاجي على فئات عمرية أخرى (الطفولة، والمراهقة، وكبار السن) وذلك للوقوف على:

- أ- مدى ملائمة العلاج المعرفي السلوكي لهذه الفئات العمرية وفقاً للإجراءات الحالية للبرنامج بشكل عام.
- ب- ومدى اختلاف النواتج العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي في كل مرحلة عمرية.
- ج- هل هناك متغيرات ارتقائية تؤثر على الكفاءة العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي؟
- ٢- ومدى ملائمة أسلوب العلاج المعرفي السلوكي متعدد المحاور في شفاء أنواع أخرى من الاكتئاب، أو اضطرابات نفسية أخرى.
- ٢- ودراسات عن تحديد الحجم النسبي لإسهام كل من العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج الدوائي بصورة أكثر دقة.
- ٤- ودراسة مقارنة للفروق بين الجنسين عن مدى تقبل العلاج، والمواظبة، وحجم التسرب، واختلاف النواتج العلاجية لكل منهما.
- ٥- ودراسات تتعلق بثبات التأثير العلاجي عبر الزمن والقابلية للانتكاس من خلال فترات متابعة طويلة المدى (من عام إلى عامين).
- ٦- ودراسة العوامل التي تؤدي إلى زيادة احتمالات القابلية للانتكاس لكل من نوعي العلاج بما يُعين على وضع برامج وقائية لاحقة للبرامج العلاجية.
- ٧- ودراسة عن نوع ومستوى التحسن واختلافه من مريض لآخر بعد التعرض للبرنامج العلاجي ذاته والعوامل التي تؤدي إلى هذا الاختلاف.
- ٨- ودراسة عن حجم تأثير التفاعلات المتبادلة بين مكونات العلاج المعرفي السلوكي في كل المراحل العلاجية وما هو التأثير النسبي لها مرحلياً.



المراجع

أولاً: المراجع العربية.

- ١- أحمد عبد الخالق. (١٩٩٦). قياس الشخصية. الكويت: مجلس النشر العلمي. بجامعة الكويت.
- ٢- أحمد عكاشة. (١٩٩٨). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ٣- أسامة محمد الفريب. (٢٠٠٣). بعض مظاهر اضطراب مهارات الكفاءة الاجتماعية لدى ذوي التعاطي المتعدد والكحوليين. رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية الآداب. جامعة المنيا.
- ٤- أشرف شلبي. (٢٠٠٠). فعالية برنامج سلوكي في خفض درجة العنف لدى عينة من المعاقين عقلياً: دراسة تجريبية. رسالة ماجستير (غير منشورة). كلية الآداب جامعة عين شمس.
- ٥- ألفت كحلة. (٢٠٠٠). دراسة مقارنة لمدى فعالية كل من العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي عن طريق التحكم الذاتي في حالات الإكتئاب لبعض المرضى المترددين على العيادة الخارجية. رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية الدراسات الإنسانية. جامعة الأزهر.
- ٦- تقرير منظمة الصحة العالمية (١٩٨٦). الاضطرابات الإكتئابية في الثقافات المختلفة. منظمة الصحة العالمية. جنيف.
- ٧- جيفري، ي. يونج؛ أرون ت. بيك؛ واينرجر أ. (٢٠٠٢). الإكتئاب. ترجمة صفوت فرج. في ديفيد ه. أ. بارلو (محرر) مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية؛ دليل علاجي تفصيلي. ترجمة صفوت فرج وآخرين. القاهرة. الأنجلو المصرية.

- ٨- زيزي السيد إبراهيم. (٢٠٠٢). تقييم نتائج برنامج للعلاج المعرفي السلوكي على عينة من المرضى المصابين بالإكتئاب. رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية الآداب - جامعة المنيا.
- ٩- عبدالستار إبراهيم. (١٩٩٤). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليب ومبادئ تطبيقه: القاهرة. دار الفجر للنشر والتوزيع.
- ١٠- عبدالستار إبراهيم. (١٩٩٨). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه. الكويت: عالم المعرفة. رقم (٢٣٩).
- ١١- عزه عبدالكريم. (٢٠٠١). استخدام المساندة النفسية الاجتماعية لتحسين التوافق النفسي والاجتماعي والصحي لدى المستن: دراسة تجريبية. رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية الآداب جامعة القاهرة.
- ١٢- عهام عبداللطيف. (١٩٩٧). أثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض العدوانية لدى المراهقين. رسالة دكتوراه (غير منشورة). كلية الآداب. جامعة الزقازيق.
- ١٣- كريس باركر؛ ونانسي بسترانج؛ وروبرت البيوت. (١٩٩٩). مناهج البحث في علم النفس الإكلينيكي والإرشادي. ترجمة محمد نجيب الصبوة؛ وميرفت شوقي؛ وعائشة رشدي. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- ١٤- محمد نجيب الصبوة (١٩٩٧). التلوث الكيميائي والاضطرابات النفسية والعصبية لدى بعض عمال الصناعة. القاهرة. دار الفكر العربي.
- ١٥- محمد نجيب الصبوة. (١٩٩٩). دورة تدريبية للعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب والقلق. المنعقدة في رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.
- ١٦- محمد نجيب الصبوة. (٢٠٠٠). دورة تدريبية للعلاج المعرفي للاكتئاب. المنعقدة في رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.

- ١٧- محمد نجيب الصبوة. (٢٠٠٢). دورة العلاج المعرفية السلوكية للاكتئاب. المنعقدة في مركز البحوث والدراسات النفسية. جامعة القاهرة.
- ١٨- هدى طاهر (٢٠٠٢) فاعلية برنامج إرشادي لتطوير القدرة على مواجهة الضغوط لدى المرأة اليمنية العاملة (عينة من المرضيات) رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب جامعة عين شمس.

ثانياً: المراجع الأجنبية:

- 1) Addis, M. E., & Jacobson, N.S. (2000). A closer look at the treatment rational and homework compliance in cognitive behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy And Research*. 24 (3), 313 – 326. .
- 2) American psychiatric association. (1995). *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders. Fourth. Edition (DSM IV)*. Washington D. C: American psychiatric association.
- 3) Antanuccio, D.; Thomas, M.; & Dauton, W. (1997). A Cost effectiveness analysis of cognitive behavioral therapy and fluoxetine (Prozac) in treatment of depression. *Behavior Therapy*. 28 (2), 187 – 210.
- 4) Avimette, P. C.; Finney, J. W., and Moos, R. H. (1997). Twelve step and cognitive Behavioral-treatment for substance abuse: A comparison of treatment Effectiveness. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 65 (2), 230 – 240.
- 5) Barkham, M.; Shapiro, D. A.; Hardy, G.E. & pass, A. (1999). Psychotherapy in two – plus- one session: outcomes of a randomized controlled trial of cognitive – Behavioral and Psychodynamic – interpersonal therapy for subsyndromal depression. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 67 (2), 201 – 211.
- 6) Beck A.T., (1989). *Cognitive Therapy And The Emotional Disorders*. New York. Penguin Books.
- 7) Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics And Beyond*. New York. London. The Guilford press.
- 8) Beliles, K., & Staudemire, A. (1998). Psychopharmacologic treatment of depression in medically ill. *Psychosomatic*. 59 (3), 2 – 19.
- 9) Bellack, A. S.; hersen, M., & Himmelhoch, J. (1981). Social skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *American Journal Of Psychiatry*. 138 (12), 1562 – 1567.

- 10) Benajon, N. R. (2000). Predicting Negative spousal attitude toward depressed persons: A test of coyne's interpersonal model. *Journal Of Abnormal Psychology*. 109 (3), 550-554.
- 11) Benkrt, O.; Muller, M. & Szegedi, A. (2002). An overview of the clinical efficacy of mirtazapine. *Human Psychopharmacology: Clinical And Experimental*. 17 (1), 23 - 26.
- 12) Beuther, L. E. & Harwood, T. M. (2004). Cognitive - Behavioral therapy and psychotherapy integration. in Dobson, K. S. (ed) *Handbook Of Cognitive Behavioral Therapies, Second Edition*. New York, London, The Guilford Press.
- 13) Blachburn, I. M.; Bishop, S.; Glen, A. M.; Wholley, L. G. & Christie, J. E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trail using cognitive therapy and pharmacotherapy each alone and in combination. *British Journal Of Psychiatry*. 139, 181 - 189.
- 14) Bowers, W. A. (1987). A comparison of three therapeutic approaches to treatment of depression with inpatients: Cognitive therapy plus medication, relaxation therapy plus medication, medication alone. *Dissertation Abstracts International*. 49 (5.b), 1934.
- 15) Brown, C.; & Schulberg, H.C. (1998). Diagnosis and treatment of depression in Primary medical care practice: The application of research findings to clinical practice *Journal of Clinical Psychology*. 54 (3), 303 - 314. .
- 16) Bucaro, M. (1998). Treating depression in Adolescents through cognitive behavioral therapy: A case study. *Dissertation Abstracts International*. 59 (1-B), 433.
- 17) Burns, D.D.; & Spangler, D.L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy? *Behavior Therapy*. 32 (2), 337-369.
- 18) Burns, D., & Spangle, D. (2000). Does psychotherapy Homework lead to improvement in depression in cognitive behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance?. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 88 (1), 46 - 56.
- 19) Burton, M. & suss, L. (2000). Psychodynamic (Freudian) Counseling and psychotherapy. In. Palmer, S. (ed) *Introduction To Counseling And Psychotherapy The Essential Guide*. London, SAGE Publications.
- 20) Burrows, G. D.; Judd, F. R. & Norman, T. R. (1994). Differential diagnosis and drug treatment of panic disorders, Anxiety and depression. *CNS. Drugs*. 1 (2), 119 - 131. .

- 21) Chen, Y.; Xu, J.; Li, Y. & Li, D. C., (1996). Effects of cognitive behavioral therapy on depressive neurosis: A follow-up study at 6 and 12 month intervals. *Chinese Mental Health Journal*. 10 (5), 228 – 230.
- 22) Clark, D. M. (1990). Cognitive therapy for depression and Anxiety: is it better than drug treatment in the difficulties?. In Hawton, K.; Cowen, P. J (eds.). *Dilemmas Ad Difficulties I Mnaagement O Psychiatric Patients*. London, Oxford Medical Publications.
- 23) Cosacalinda, N.; & Boulenger, J. (1998). Psychopharmacologic treatment effective in both generalized anxiety disorder and major depressive disorder: clinical and theoretical implications. *Canadian Journal of psychiatry*. 43 (7), 722 – 730. .
- 24) Curry, J. F., Welles, K.; Lochman, J.; & Craighead. W (2001). Group and family cognitive behavioral therapy for adolescent depression and substance abuse: A case Study. *Cognitive And Behavioral Practice*. 8 (4), 367 – 376.
- 25) Curwen, B., & Ruddell, P. (2000). Behavior Counseling and psychotherapy. in. Palmer. S. (ed) *Introduction To Counseling And Psychotherapy The Essential Guide*. London. SAGE publications. 30-42.
- 26) Curwen, B.; Palmer, S., & Ruddell, P. (2000). *Brief Cognitive Behavior Therapy*. London. SAGE Publications.
- 27) D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2004). Problem - Solving therapies in. Dobson K. (ed.). *Handbook Of Cognitive – Behavioral Therapies*. Second edition. New York. London. The Guilford press.
- 28) Dabson, K., Kharti, N. (2002). Major depressive disorder. in. Hersen, M. (ed) *Clinical Behavior Therapy: Adults And Children*. New York. John Wiley and sons inc. 37 – 51. .
- 29) Dahl, S.G., Gram, L.E. (2000). Anxiety and depression. in ceases, S. (ed). *Clinical pharmacology*. London. New York Mc Grow Hill.
- 30) De Montigny, C.; Selverstone, P.H, & De bonnel G. (2001). Venlafaxine in treatment – resistant major depression: A Canadian Multicenter, open label trial. *Focus on Psychiatry*. 1 (2), 14 – 18.
- 31) Dechershback. T.; Gershwoy, B. & Otto, M.W. (2000). Cognitive Behavioral therapy for depression: Applications and outcomes. *Psychiatric Clinical Of North America*. 23 (4), 795-809.
- 32) Davison, G.C., Neal, J.M., & Kring, A.M. (2004). *Abnormal Psychology*. 9th edition. U.S.A. John Willey and sons inc.
- 33) Dingmanse, J. K. Kneer, J. & Fatteler, B. (1995). Switch in treatment from tricyclic antidepressants to maoibemide: A New Generation

- monoamine oxidase inhibitors. *Journal Of Clinical Psychopharmacology*. 15, 4 – 49.
- 34) Dobson. K.S. & Dozois, D.I.A. (2004). Historical and philosophical Bases. Of cognitive behavioral therapies, In Dobson. K (ed). *Handbook Of Cognitive Behavioral Therapies. Second Edition*. New York, London, The Guilford press.
- 35) Donopue. J. & Hylon, T., (2000). Antidepressant use in clinical practice: Efficacy V. effectiveness. *British Journal Of Medical Psychology*. 179 (42), 9 – 14.
- 36) Dujovne. V. F., (1993). Comparison of cognitive - Behavioral to pharmacological treatment of depression in prepubertal children (imipramine). *Dissertation Abstract International*. 54 (10-B), 5384.
- 37) Elliott, R. (1993). Review of antidepressants in the treatment of mood disorders. In. Dunner, D. L (ed). *Current Psychiatric Therapy, Philadelphia*. W. B. Saunders com. 232-240.
- 38) Emmelkap, P.M.G. (1994). Behavior therapy with adults. In. Bergin, A.D., & Garfield, S. L. (ed). *Handbook Of Psychotherapy And Behavior Change 4th Edition*. New York. John Wiley and sons. Inc. 379 – 427.
- 39) Ershefsky. L., & Dogan, D. (2001). Review of the pharmacokinetics, pharmacogenetic and drug interaction potential of antidepressants. focus on venlafaxine. *Focus on Psychiatry*. 1 (3), 17 -22.
- 40) Faltermaire, T. L; Laakmann, G.; Boghia. T., & Khun, K. (1997). Predictors of response to antidepressant drug therapy. *Nervenarzt*. 68 (1), 62 – 66.
- 41) Fatemi, S. H; Emamian, E.S., & Kist, D. A., (2001). Venlafaxine and bupropion combination therapy in case of treatment - Resistant depression. *Focus on psychiatry*. 1 (2). 3 – 5.
- 42) Fava, G. A.; Rafanelli, C.; Grandis. C., & bellvarde, P. .(1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Archives Of General Psychiatry*. 55 (91), 816 - 820.
- 43) Fava. M.; Kaji, J.; & Davison, K. (1996). Pharmacologic strategies for treatment - resistant major depression in Pollack M. H, and otto M W (eds.). *Challenge in Clinical Practice: Pharmacologic and Psychological Strategies*. New York. Mc Grow Hill.
- 44) Feltham, C. (2000). An introduction to counseling and psychotherapy. In. Palmer, S (ed.). *Introduction To Counseling And Psychotherapy*. The essential Guide. London. SAGE publication. 3 – 18.

- 45) Fennell, M. (2001). Depression. In: Hawton, K. I. Salkavskis, P. m., Kirk, J., and Clark, D. M. (eds.). *Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems, A practical Guide*. New York, Oxford University press. 169- 234.
- 46) Ferguson, G. A. (1981). *Statistical Analysis In Psychology And Education*. 5th. London. Mc G row – Hill international book company.
- 47) Finley, P. R., Laird, L. K., & Bendfield W.H. (2001). Mood disorders 1: Major depressive disorders. in Kimble, M. K, and young , L. G. *Ap[plied Therapeutics The Clinical Use Of Drugs*. 7th ed. New York. London. Lippincott Williams.
- 48) Forshall, S., and Nutt, D. (1999). Maintenance pharmacotherapy of Unipolar depression. *Psychiatric Bulletin*. 23 (6), 370 – 373.
- 49) Fuller, M.A. & sajatovic, M. (2003). *Psychotropic Drug Information Handbook*. 4th edition. Ohio. Lexi Comp.
- 50) Furlong, M.; oei, T. (2002). Changes to automatic thoughts and dysfunctional attitudes in group cognitive – behavioral therapy for depression. *Behavioral And Cognitive Psychotherapy*. 30 (3), 351 – 360.
- 51) Gartner, E. T.; Gallon, J. K.; Dobson, K. S, & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive – Behavioral treatment for depression: Relapse Prevention. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 66 (2), 377 – 384.
- 52) Gollan, J. K. (2000). Post treatment predictors of depression relapse Following cognitive behavioral therapy. *Dissertation Abstracts International*. 61, (8.B), 4404.
- 53) Goodwin, F., & Ghaemi, N. (1999). Bipolar disorder. *Dialogues In Clinical Neuroscience: Bipolar Disorder*. 1 (1), 41 – 51.
- 54) Grunze, H; S. Chlosser, S.; Amann, B. & maldon. J. (1999). Anticonvulsant drugs in bipolar disorders. *Dialogues In Clinical Neuroscience: Bipolar Disorders*. 1 (1), 24 – 40.
- 55) Halgin, R. P. & Whitbourn, H. K. (1994). *Abnormal Psychology The Human Experience of Psychiatric Disorders*. London, New York. Harcourt brace college publishers.
- 56) Hamilton, K. E.; Dobson, K. S. (2002). Cognitive – behavioral therapy for depression. In Hofmann, S. G. and Thompson, M. C. (eds.). *Treating Chronic And Severe Mental Disorders: A Handbook Of Empirically Supported Intervention*. New York. Guilford press. 99 – 115.
- 57) Hautzinger, M. (1993). Cognitive Behavior therapy and pharmacotherapy for depression: Review and comparison. *Verhaltenstherapie*. 3 (1), 26- 34.

- 58) Hawton, K., & Kirk, J. (2001). Problem Solving. In, Hawton, K.; Salkavskis, P. M; Kirk, J. and Clark, D. M. (eds.). *Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems A Practical Guide*. New York. Oxford University Press. 406-426.
- 59) Henry, W. P.; Strupp, H. H; Schact, T. E, & Gaston L. (1994). Psychodynamic approaches. In Bergin, A and; Garfield, S. (eds.). *Handbook Of Psychotherapy And Behavior Change. Fourth edition*. New York. John Wiley and sons, Inc. 467-558.
- 60) Hirschfeld, R. M. A., (2000). Clinical importance of long term antidepressant treatment. *British Journal Of Psychiatry*. 179 (42), 4-8.
- 61) Hirschfeld, R. M. A. (2002). The use of mirtazapine in difficult. To treat patient populations. *Human Psychopharmacology Clinical And Experimental*. 17 (1), 33 - 36.
- 62) Hogan, W. A. (2001). The comparative effects of eye Movement desensitization and reprocessing (EMDR) and cognitive - Behavioral therapy (C B T) in treatment of depression. *Dissertation Abstracts International*. 62. (2 - B), 1082.
- 63) Hollanders, H. (2000). Eclecticism/ Integration: some key issues and research. In palmer, S. and woolfe, R. (eds.). *Integrative And Eclectic Counseling And Psychotherapy*. London. SAGE Publications. 31 - 56.
- 64) Hollon, S. D. (1989). Depression: A review of acute Pharmacological treatment. *Psychiatric Journal Of Unive. Of ottawa*. Vol. 4 (2), 372 -- 374.
- 65) Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-Behavioral therapies (in) Bergin, A. E. And Garfield, S. L (eds.) *Handbook Of Psychotherapy And Behavior Change*. New York: John Wiley and sons inc. .
- 66) Hollon, S. D.; Shelton, R. S., & Lousen, D. T. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 59 (1), 88 - 99.
- 67) Holon, S. D. (1990). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Psychiatric Annals*. 20 (5), 249 - 258.
- 68) Ingram, R. E. (1994). Depression in Ramachandran, V. G (ed) *Encyclopedia Of Human Behavior*. London New York. Academic press. .
- 69) Jarrett, R. B. (1983). Mechanisms of change in cognitive Behavioral therapy in relation to depression dysfunctional thoughts. *Dissertation Abstracts International*. 45 (01 - B), 353.
- 70) Jensen, T. S., & Kupers, R. C. (2000). Management of pain. In Ceaser S. (ed). *Clinical Pharmacology*. London, New York. Mc Grow Hill.

- 71) Johnson. S. C. (1989). An efficacy study of Group and individual cognitive behavioral therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depression. *Dissertation Abstracts International*. 51. (O + A), 82.
- 72) Kaplan, H. I; Sadock, G. J. & Grebb, J. A. (1994). *Synopsis Of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. 7th edition New York. Williams and Wilkins. .
- 73) Kasja, S.; & Palmer. S. (2000). Cognitive counseling and psychotherapy. in. Palmer, S. (ed.) *Introduction To Counseling And Psychotherapy, The Essential Guide*. London. SAGE Publications. 56 - 69.
- 74) Kasper. S., Zivkov. M., Rocs, K., & Pols, A. G. (1997). Pharmacological treatment of severely depressed patients: A meta analysis comparing efficacy of mirtazapine an amitriptyline. *European Neuropsychopharmacology*. 7 (2), 115 – 124.
- 75) Kavacs, M.; Rush. A. I.; Beck, A. T. & Hollon, S. D. (1981). Depressed outpatients Treated with cognitive therapy or pharmacotherapy: A one - Year follow – up. *Archives Of General Psychiatry*. 38 (1), 33 – 39.
- 76) Kazdin, A. E. (2000). *Encyclopedia of Psychology*. American psychological association. Oxford University Publication. 471 – 475.
- 77) Keller, M. B. (2002). Rational and options for the long term treatment of depression. *Human Psychopharmacology. Clinical And Experimental*. 17 (1), 43 – 46.
- 78) Kendall, P. C.; Safford, S.; Schroeder, E. F., & Webb, A. (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7 – 4- Year follow up. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 72 (2), 276 – 287.
- 79) Kirk, J. (2001). Cognitive behavioral assessment. In. Hawton K; Salkovskis, P. M.; Kirk. J. and Clark, D. M. (eds.) *Cognitive Behavior Therapy For Psychiatric Problems. A practical Guide*. New York. Oxford University press. 13 -50. .
- 80) Kocsis, A. H; Schatsberg, A.; Rush, J.; Kline, D. N.; Howland, R.; Gniwesch, L; Davis, S. M., & Harreson, W. (2002). Psychological outcomes following Long-term double – blind treatment of chronic depression with sertraline VS placebo. *JAMA Neurology And Psychiatry, Middle East*. 4 (3),. 59 – 64.
- 81) Kunik, M.; Brown, U., & Stanley, M. (2002). One session cognitive behavioral therapy for elderly patients with chronic abstractive pulmonary disease. *Psychological Medicine*. 31 (4), 717 – 723.

- 82) Kwon, S. M.; Oei, T. S. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavioral therapy of depression. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*. 34 (1), 73 – 85.
- 83) Laurenceau, J.; Bologh, L. & Burns, D. (2004). Integrative cognitive therapy for depression: A Preliminary investigation. *Journal Of Psychotherapy Integration*. 14 (1), 4 – 20.
- 84) Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of short – term psychodynamic psychotherapy and cognitive – Behavioral therapy in depression: A Meta – analysis approach. *Clinical Psychology Review*. 21 (3), 401 – 419.
- 85) Lenz, G., & Dema, V. (2000). Quality of life in depression and anxiety disorders: An exploratory follow – up after intensive inpatient cognitive behavior therapy. *Psychopathology*. 33 (6), 297 - 302.
- 86) Love, R. C., & Borovicka, M. C.; (2001). Mood Disorders 11: Bipolar disorders. In: Kimble, M. A. and young, L. Y. (eds.). *Applied Therapeutics The Clinical Use Of Drugs*. 6th edition. New York, London. Lippincott Williams and Williams.
- 87) Ludgate, J. W. (1995). Cognitive Behavior therapy and depressive relapse: Justified optimism or unwarranted complacency?. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 22 (1), 1 – 11.
- 88) Malhi, G., & Farmer, A. (1999). Drug therapy in treatment resistant depression. *British Journal Of Psychiatry*. 175, 390 - 391.
- 89) Mandell, M. (1987). Changes in components of syndrome depression associated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and combined cognitive therapy and pharmacotherapy. *Dissertation Abstracts International*. 48 (11. B), 3420.
- 90) Martin, H. (1993). Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for depression: Review and comparison. *Verhaltenstherapie*. 3 (1), 26 – 34.
- 91) Martin, H. (1996). The role of cognitive Behavioral therapy in treatment of depression. *Zeuchrift Fuer Kbneshs Psychole*. 25 (4), 332 – 334.
- 92) Martin, H.; Meyer, D. J.; Treiber, R. & Roudolf, G. A., (1996). The efficacy of cognitive Behavior therapy and pharmacotherapy alone or in combination in nonendogenous unipolar depression. *Zeitz Shrift Fure Clinical Psychologists*. 25 (2), 150 – 145.
- 93) Mathew, A. Fuller.; & Sajatovic, M. (2003). *Psychotropic Drug Information Handbook*. Ohio. Lexicomp Inc.
- 94) Mauri, M. C.; Alliso, C. G.; Volontari, L. S Francesca, M. L., & Boscati, L. (2003). Long – term efficacy and therapeutic drug monitoring of

- sertraline in major depression. *Human Psychopharmacology: Clinical And Experimental*. 18 (5), 385 – 388.
- 95) Mc Clanahan, T. M. (2001). Comparative of cognitive and cognitive behavioral therapy and insight oriented psychotherapy in the treatment of co morbid substance abuse anxiety and depression. In substance abusing female. *Dissertation Abstracts International*. 62 (0 – B), 1587.
- 96) Mendlewicz, J. (2001). Optimising antidepressants use in clinical practice: Toward criteria for antidepressants selection. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 179 (42), 1 – 23.
- 97) Meyer, T. D.; & hautziunger, M. (2002). Cognitive, Behavioral therapy. In addition to pharmacotherapy for manic depressive disorders: empirical results. *Nervearzt*. 73 (7), 620 – 628. .
- 98) Miller, I. W.; Bishop, S. B. Norman, W. H. & Keithner, C. I. (1985). Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy with chronic drug refractory depressed inpatients: A note. Of optimum. *Behavioral Psychotherapy*. 13 (4), 320 – 327.
- 99) Miller, W. R; Rosellini, R. A. & Seligman, E. P. (1996). Learned Helplessness and depression. In Moser J. D and Seligman E & (eds.). *Psychopathology: Experimental Models*. San Francisco. W. H Freeman and company.
- 100) Milykovic, B. R., & pokrajac, M. (1997). The influence of lithium on fluvoxamine, therapeutic efficacy and pharmacokinetics in depressed patients on combined fluvoxamine lithium therapy. *International Clinical Psychopharmacology*. 12 (4), 707 - 812.
- 101) Moak, D.; Anton, R. F.; Latham, P. K.; & Vorinen, K. E. (2003). Sertraline and cognitive behavioral therapy for depressed alcoholics: Results of a placebo controlled trial. *Journal Of Clinical Psychopharmacology*. 23 (6), 553 – 562.
- 102) Moes, M.; Westenberg, H. & vaudolough, E. (1997). Effects of trazodone and fluoxetine in the treatment of major depression: therapeutic pharmacokinetic and pharmacodynamic interactions through formation of meta – chlorophenylpiperazine. *Journal Of Clinical Psychopharmacology*. 17 (5), 352 – 364.
- 103) Murphy, G. E.; Corney, R. M.; Kancsuvich, M. A., & Wetzel, R. d. (1995). Cognitive Behavior therapy, Relaxation training and tricyclic antidepressants medications in the treatment of depression. *Psychological Report*. 77 (2), 403 – 420.
- 104) Nalini, N. R.; Kumaraiah, V. D. (1996). Cognitive Behavior therapy in the treatment of neurotic depression. *NIMHANS. Journal*. 14 (1), 31 – 35.

- 105) Neenan, M., (2000). Rational Emotive Behavior therapy. In palmer, S (ed.). *Introduction To Counseling And Psychotherapy The Essential Guide*. London. SAGE Publications. 278-291.
- 106) Nelson J. C., (1998). Combined drug treatment strategies for Major depression. *Psychiatric Annals*. 28 (4), 197-203.
- 107) Nelson, M. K. (2003). Meta - analysis: Hypnotherapy/ Cognitive - Behavioral therapy and its efficacy on depression compared to pharmacotherapy. *Dissertation Abstracts International*. 63 (2-B), 1040.
- 108) Nelson, M. K., (2001). Meta - Analysis: Hypnotherapy/ Cognitive behavioral therapy and its efficacy on depression compared to pharmacotherapy. *Dissertation Abstracts International*. 63 (2 - B). 1040.
- 109) Nemeroff, C. B. (2002). New Directions in the development of Antidepressants: The interface of neurobiology and psychiatry- Human *Psychopharmacology: Clinical And Experimental*. 17 (1), 13- 16.
- 110) Nemeroff, C. B., & schatzberg A. F. (1998). pharmacological treatment of unipolar depression. In Nathan, D., and Gorman, J., (eds.). *A Guide to Treatments That Work*. New York.
- 111) Nezu, A. M.; Nezu, C. M. & Perri, M. G. (1989). *Problem - Solving Therapy For Depression, Theory, Research And Clinical Guidelines*. New York. John Wiley and sons.
- 112) Nordt, S. P., & contrell, F. L. (1999). Elevated lithium level: A case and brief overview of lithium poisoning. *Psychosomatic Med*. 16 (3), 564 - 564.
- 113) Norman, Judith, L. (1990). Responses of tow depressive subtypes to combination of cognitive group and medication treatment (group treatment). *Dissertation Abstracts International*. 50 (5 A), 1776.
- 114) Oei, T.; Yeho., A. (1999). Pre-existing Antidepressants medication and outcome of Group cognitive - Behavioral therapy. *Australian And New Zealand Journal Of Psychiatry*. 33 (1), 70 - 76.
- 115) Otto, M. W. Joel. D. A., & Bukuminstor, S. S. (1996). Treatment of Majour depression application and efficacy of cognitive behavioral therapy. in Pollock, M. H and otto. M. W. (eds.). *Challenges in Clinical Practice: Pharmacologic And Psychological Strategies*. New York. Guilford press.
- 116) Overholser, J. C. & Schulert, D. S. (1997). Cognitive - Behavioral treatment of depression. Part Vi: integrating the use of antidepressants medication. *Journal Of Contemporary Psychology*. 26 (3), 335 - 350.
- 117) Page, A. C., & Hooke, G. R. (2003). Outcomes for depressed and anxious inpatients discharged before or after Group cognitive behavioral

- therapy: A Naturalistic comparison. *Journal Of Nervous And Mental Disease*. 191 (10), 653 – 659.
- 118) Palmer, S. (2000). Multimodal counseling and therapy. In: Palmer, S. (ed). *Introduction To Counseling And Psychotherapy The Essential Guide*. London, SAGE Publication. 140 – 158.
- 119) Palmer, S. (2000). Multimodal therapy. In: Palmer, S. and woolfe, R. (eds.). *Integrative And Eclectic Counseling And Psychotherapy*. London. SAGE publications. PP 141 – 162.
- 120) Patten, C.; Martin, J.; Myer, M., Calfos, J., & Williams, C. (1998). Effectiveness of cognitive – Behavioral therapy for smokers with history of Alcohol dependence depression. *Journal Studies On Alcohol*. 59 (3), 327 – 335.
- 121) Paykel, E. S. (1995). Clinical Efficacy of reversible and selective inhibitors of monoamine oxidase A in Major Depression. *Focus On Depression And Anxiety*. 6 (3), P, 58 – 59.
- 122) Perlis, R.; Nierenbrg, A.; Alpert, J., & Fava, G. (2002). The effect of adding cognitive therapy to fluoxetine dose increase on risk of relapse and residual depressive symptoms in continuation treatment of major depressive disorder. *Journal Of Clinical Psychopharmacology*. 22 (5), 474 – 480.
- 123) Persons, J. B. & Davison, J. (2001). Cognitive behavioral case formulation. In Dobson, K. (ed). *Handbook Of Cognitive Behavioral Therapies*. 2nd edition. New York London. The Guilford press. 86 – 110.
- 124) Peveler, R. ; Carson, A., & Robin, G. (2002). Depression in medical patients. *BMJ Middle East*. 9, 95 -101.
- 125) Quiring, J. M.; Mounroe, S. M. & Thase, M. E. (2002). Does early intervention increase latency to relapse in Major depressive Disorder?. Re – evaluation with cognitive behavioral therapy. *Journal Of Affective Disorders*. 70 (2), 155 – 163.
- 126) Rekart, J. A. (2001). The effects of cognitive behavioral group therapy, homework compliance, and Quality of compliance with depressed in patient. *Dissertation Abstracts International*. 61 (10 – B), 5578.
- 127) Rief, W.; Trenkamp S.; Auer, G., & Fichter, M. (2000). Cognitive behavior therapy in panic disorder and co- morbid depression. *Psychotherapy And Psychosomatics*. 69 (2), 70- 78.
- 128) Rosselo, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive – Behavioral and interpersonal treatments of depression in Puerto Rican adolescents. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 67 (5), 734 – 745.

- 129) Rush, J. A. (1981). Differential effects of cognitive therapy and pharmacotherapy on depressive symptoms. *Journal Of Affective Disorders*. 3 (3), 221-229.
- 130) Santor, D. A. & Seagal, Z. V. (2001). Predicting symptoms return rate of symptoms reduction in cognitive behavior therapy for depression. *Cognitive Therapy And Research*. 25 (2), 117 – 155.
- 131) Schatzberg, A. F. (2000). Pharmacological principles of antidepressant efficacy. *Human Psychopharmacology: Clinical And Experimental*. 7 (1), 17 – 22.
- 132) Schulberg, H. C.; Madonia, M. J, and black, K. R. (1995). Major Depression in primary care practice: clinical characteristics and treatment implications. *Focus On Depression And Anxiety*. 6 (3), 68 – 69.
- 133) Schulz, P. (1999). Are all antidepressants alike?. *Dialogues in clinical neuroscience, Bipolar disorder*. 1 (1), 4 – 11.
- 134) Schweitzer, I.; Burrows, G. & Tuckwell, V. (2001). Sustained response to open –label venlafaxine in drug – resistant major depression. *Focus on Psychiatry*. 1 (3), 15 – 17.
- 135) Scott, J. (2001). Cognitive therapy for depression. *British Medical Bulletin. A Series Of Expert reviews*. 57, 101 – 113.
- 136) Segal, J. (2000). Psychodynamic (klienian) Counseling and psychotherapy. in Palmer, S. (ed). *Introduction To Counseling And Psychotherapy The Essential Guide*. London SAGE Publications. 265 – 277.
- 137) Segal, Z. V.; Gemar., M; & Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal Of Abnormal Psychology*. 108 (1), 3 – 10.
- 138) Sherrill, J. T., & Kovacs, M. (2002). Nonsomatic treatment of depression. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America*. 11 (3). 579 – 594.
- 139) Smith, N. M.; Floyed, M. R; Scogin, F. & Jamison, C. S. (1997). Three years follow – up of bibliotherapy for depression. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 65 (2), 203 – 213.
- 140) Spangler, D.; Simons, A.; Manrae, S., & Thase, M. (1997). Respond to cognitive – Behavioral therapy in depression: effect of pretreatment cognitive dysfunctions and life stress. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 65 (4), 568 – 575.

- 141) Staner, L.; Luthringer, R. &macher, J. (1999). Effects of antidepressants drugs on sleep EEG in Patient with Major depression: Mechanisms and therapeutic implications. *SNS Drugs*. 11 (1), 49 -60.
- 142) Steinbrueck, S. M; Maxwell, S. E., & Haward, G. S. (1983). A meta - Analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adult. *Journal of consulting and clinical psychology* 51 , 856 - 863.
- 143) Stewart, J.W.; Rabhin, J.G.; Quitkin, F.M; Mc Grath, P.J. & kleine, D. P. (1993). A typical Depression in Dunner D. L (ed) *Current Psychiatric Therapy*. Philadelphia. W. B. Saunders com. 215- 219.
- 144) Stewart, S.; Telch, C. F., & Arnow, B. (1997). One year follow - up of behavioral therapy for obese individuals with eating disorder. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 65 (2), 343 - 347.
- 145) Stokes, J., (2000). Psychodynamic (Jungian) Counseling and psychotherapy. (in). Palmer, S (ed). *Introduction To Counseling And Psychotherapy, The Essential Guide*. London. SAGE Publication. 252- 264.
- 146) Stoudimir, A. (1996). New Antidepressant drugs and the treatment of depression in Medically ill patients. *Psychiatric Clinics Of North America*. 19 (3), 495 - 514.
- 147) Stravynshi, A.; Verreault, M. & tremblay, M. (1995). Marital adjustment in depression. *Focus On Depression And Anxiety*. 6 (3), 70- 71.
- 148) Stravynski, A.; Verreault, R., & Gaudette, G. (1994). The treatment of depression with group behavior - cognitive therapy and imipramine. *Canadian Journal Of Psychiatry*. 39 (7), 387 - 390.
- 149) Taft, C. T.; Murphy, C. M.; Musser, P. H., & Remington, N. A. (2004). Predictors of the working alliance in group cognitive - behavioral therapy for violent men. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 72 (2), 349 - 354.
- 150) Tang, T. Z., & De rubies, R. J. (1999). Sudden Gain and critical sessions in cognitive - Behavioral therapy for depression. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 67 (6), 894 - 904.
- 151) Tang, T. Z.; Luborsky, L., & Andrusyna, T. (2002). Sudden Gains in recovering from depression: are they also found in psychotherapies other than cognitive behavioral therapy. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 70 (2). 444 - 447.
- 152) Teusdal, J. D.; Segal, Z. V. & Williams, J. A. (2000). Prevention of relapse/ recurrence in major depression by Mindfulness Based cognitive therapy. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 63 (04), 615 - 623.

- 153) Thase, M. E., (1999). Integrating Psychotherapy and Pharmacotherapy for treatment of major depression disorder: current status and future considerations. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6 (4), 300 – 306.
- 154) Thase, M. E.; Fridman, E. S.; Fariesha, L.; Berman, S.; Fronck, E. & Reynolds, C. F. (2000). Treatment of men with major depression: A Comparison of sequential cohorts treated with either cognitive – Behavioral therapy or newer generation antidepressants. *Journal Of Clinical Psychiatry*, 61 (7), 466 – 472.
- 155) Thase, M. E.; Reynolds, E. & Fronck, (1995). Polysannographic studies of immediate depressed men before and after cognitive behavioral therapy. *American Journal Of Psychiatry*, 151 (11), 1615 – 1622.
- 156) Thase, M. E.; Simons, A. D. & Mc Geary, J. (1992). Relapse after cognitive behavior therapy of depression: potential implications for longer course of treatment. *American Journal Of Psychiatry*, 149 (8), 1046 – 1052.
- 157) Thase; M. E.; Friedman, E., S.; Beraman, S. R., & simons, A. D. (2000). Is cognitive behavior therapy just a nonspecific intervention for depression? A retrospective comparison of consecutive cohorts treated with cognitive behavior therapy or supportive counseling and pill placebo. *Journal Of Affective Disorders*, 57 (1-3), 63 – 71. .
- 158) Thase; M. E.; Simons, A. D., & Reynolds, C., F. (1996). Abnormal electroencephalographic sleep profiles in major depression: Association with response to cognitive behavioral therapy. *Archives Of General Psychiatry*, 53 (2), 99 – 108.
- 159) Thompson, C. (2002). Onset of action of antidepressants: Results of different analysis. *Human psychopharmacology: Clinical and experimental*, 17 (1), 27 – 32.
- 160) Thompson, L. W.; Gallagher, T. D.; Sonner, B. R. & Koin, D. (2001). Comparison of desipramine and cognitive behavioral therapy in treatment of elderly outpatients with mild to moderate depression. *American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 9 (3), 225 – 240.
- 161) Tolefson, G. D. (1993). Major depression. In: Dunner, D. L. (ed) *Current Psychiatric Therapy*. Philadelphia, W. B. Saunders company, 169 – 203.
- 162) Torres, C. A. (1994). Self esteem as a major factor in the treatment of depression within the context of cognitive behavioral therapy: A review of the literature. *Dissertation Abstracts International*, 54 (09-B) 4935. .
- 163) Trapp, M. (1997). The interaction of cognitive – behavioral therapy with integrated couple therapy for the treatment of depression in women. *Dissertation Abstracts International*, 58 (02 – G), 4486.

- 164) Trivedi, M. H., & Kleiber, B. A. (2001). Algorithm for the treatment of chronic depression. *Focus on Psychiatry*. 1 (3), 5 – 8.
- 165) Turkington, M. & Oei, T. (2002). Changes to automatic thoughts and dysfunctional attitudes in Group cognitive Behavioral therapy for depression. *Behavioral and cognitive psychotherapy*. 30 (3), 351 – 360.
- 166) Wade, H. B., (1999). Molecular linkage, studies of bipolar disorder. *Dialogues In Clinical Neuroscience: Bipolar Disorder*. 1 (1), 12 – 21.
- 167) Wagstaff, A.J.; Susan, M.; Anne, J.M.; Doglar, O. & Karen, L.G. (2002). Paroxetine: An update of its use in Psychiatric disorders in adults. *Drugs: aids Drug Evaluation*. 62 (4). 655 – 730.
- 168) Wallerstein, R.S. (2002). Psychoanalytic treatment within psychiatry. An expanded View. *JAMA. Neurology And Psychiatry Middle East*. 4 (9), 49 – 50.
- 169) Ward, E.; King, M.; Loyd, M.; Bower, P.; Sibbald, B.; & Farelly, S. (2000). Randomised controlled trial of non – directive counseling, cognitive – Behavioral therapy and usual general practitioner care for patients with depression: Clinical effectiveness. *British Medical Journal*. 321, 1383 – 1388.
- 170) Weersing B. R. & Bent, D. A. (2003). Cognitive. Behavioral therapy for adolescent depression: comparative efficacy, Mediation, moderation and effectiveness. In. Kazdin A. (ed.). *Evidence Based Psychotherapies For Children And Adolescents*. New York. Guilford press. 135 – 147. .
- 171) Westra, H. A.; Dozios; D. J., & Boardman. C. (2002). Predictors of treatment change and engagement in cognitive behavioral group therapy for depression. *Journal Of Cognitive Psychotherapy*. 16 (2), 229 – 244.
- 172) Williams, G. & Whitfield, G. (2001). Written and computer based self help treatments for depression. *British Medical Bulletin*. 57. 133 – 144.
- 173) Wilson, P. H. (1982). Combined pharmacological and behavioral treatment of depression. *Behavior Research And Therapy*. 20 (2), 173 – 174.
- 174) Wittchen, H. V. & Pittrow, D. (2002). Prevalence, Recognition and management of depression in primary care in Germany: The depression 2000 study. *Human Psychopharmacology: Clinical And Experimental*. 17 (1), 1 – 11.

الملاحق

Behavioral Analysis History Questionnaire.

.(BAHQ)

تأليف: Cautela, J.R. & Upper, D., 1976.

يزودنا هذا الاستفتاء بمعلومات عن تاريخ حياتك، في الماضي وفي الوقت الحاضر وهذا من تغيير سلوكك غير المقبول. وتأكد أن كل ما تدلي به من معلومات سيكون سري للغاية ولا يمكن أن يطلع عليها أحد.

تاريخ إجراء الاستبيان: / / ١٩٩٦م.

١ - بيانات أولية:-

الاسم: السن:

العنوان: تاريخ الميلاد:

الجنس: ذكر () أنثى () .

الديانة: مسلم () مسيحي () .

الحالة الوظيفية:

المستوى التعليمي:

الحالة الاجتماعية:-

أعزب () خابط () متزوج () .

منفصل () مطلق () أرمل () .

هل تقيم مع أحد؟ إذا كنت تجيب بنعم فمن الذي تعيش معه؟

.....

.....

.....

.....

التقدم للعلاج.

- ١- ما أهم مشكلة التي أدت لحضورك إلى هذا العلاج ؟ ما الذي يسبب لك المعاناة ؟

.....

.....

.....

- أ- متى بدأت تعاني من هذه المشكلة ، وما موقفك عندما بدأت المشكلة ؟

.....

.....

.....

- ب- ما الأعراض التي تواجهها نتيجة هذه المشكلة ؟ (وجدانية وبدنية ومعرفية وسلوكية).

.....

.....

.....

- ج- هل وجدت مثل هذه المشاكل في الماضي ؟

.....

.....

.....

- ٢- في أي وقت تحدث هذه المشكلة أكثر؟ في أي وقت تكون على أقصاها ؟ وفي أي مواقف تحدث ؟

.....

.....

١- ما الأفكار التي تدور في رأسك عندما تحدث هذه المواقف؟

ب) ما التصورات التي تعيشها في هذه المواقف؟

٢- هل تسيطر هذه المشكلة على حياتك بصفة عامة؟

٤- هل عندك أي فكرة لسبب هذه المشكلة؟

٥- كيف حاولت أن تساعد نفسك في مواجهة هذه المشكلة؟

أ) إلى أي حد استطعت أن تساعد نفسك؟

٦- هل تصورت في يوم ما أن تؤذي نفسك ؟ (هل لديك أفكار ما لأن تؤذي نفسك؟).

الحالة الاجتماعية.

إذا كنت متزوجة / متزوجاً، السن: المهنة:

إذا كان لدى أطفال فاكتب قائمة بأسمائهم وأعمارهم:.

اسم الطفل..... عمره.....

.....
.....
.....

إذا كنت مطلقاً أو منقصلاً، فاذكر أسباب ذلك.

.....
.....

دون أسماء الأشخاص الذين يعيشون في أسرتك في الوقت الحاضر ودرجة قرابتهم لك:.

الاسم درجة القرابة.

على سبيل المثال (أم - ابنة - أخ - أخت).

.....
.....

الأسرة.

الأم:

الاسم: السن: المهنة:

إلى أي حد عاقبتك ؟

إلى أي حد أثابتك؟

كيف يصف الأشخاص الآخرون والدتك؟

كيف تصف أنت والدتك؟

ما الأنشطة التي كنت تفعلها مع والدتك عندما كنت طفلاً؟

إلى أي حد كنت قريباً أو مرافقاً لوالدتك ؟ قليلاً () متوسط () كثيراً () .

الأب:

الاسم: السن: المهنة:

إلى أي حد عاقبك؟

إلى أي حد أثابتك؟

بماذا عاقبك؟

بماذا أثابتك؟

كيف يصف الأشخاص الآخرون والدك؟

كيف تصف أنت والدك؟

ما الأنشطة التي كنت تفعلها مع والدك عندما كنت طفلاً؟

إلى أي حد كنت قريباً أو مرافقاً لوالدك ؟ قليلاً () متوسط () كثيراً () .

الأخوة والأخوات:

الاسم السن

إلى أى حد كنت قريباً أو مرافقاً له / لها؟

.....
.....
.....

هل والدك تحيز لأى أحد منكم ؟ نعم () لا () .

وإذا كانت الإجابة بنعم: فمن هو ؟ ولماذا؟

.....
.....

هل والدتك تحيزت لأى أحد منكم ؟ نعم () لا () .

وإذا كانت الإجابة بنعم، فمن هو ؟ ولماذا؟

.....

إلى أى مدى كانت مرافقة الوالدين لبعضهما ؟ قليلاً () متوسط () كثيراً () .

تاريخ الأسرة من حيث المشاكل النفسية المهمة: .

.....

التعليم:

المرحلة: ترتيبك فى النجاح:

الابتدائية:
.....

الإعدادية:
.....

الثانوية:
.....

الكلية:
.....

إلى أى درجة كنت متكيفاً لمواقف المدرسة؟

بدرجة ضعيفة () بدرجة متوسطة () .

بدرجة جيدة () بدرجة ممتازة () .

أذكر أي أحداث خاصة بالمدرسة تعتقد أن لها صلة بمشكلاتك الحالية؟

.....
.....

ما هواياتك واهتماماتك في الطفولة؟

.....
.....

وما هواياتك واهتماماتك في الوقت الحاضر؟

.....
.....

النواحي الجنسية.

متى وكيف عرفت أول معلومة عن الجنس؟

هل حدث في أي وقت أن تناقشت في موضوعات جنسية مع الأصدقاء؟

لا أبداً () أحياناً () غالباً () كثيراً جداً ().

ماذا كان اتجاه الوالدين فيما يتعلق بالنواحي الجنسية؟

يعتبرون الكلام في موضوع الجنس شيء عيب جداً ().

لا يعتبرونه موضوعاً مخزياً بدرجة كبيرة ولكنهم لا يناقشونه ().

يعتبرونه موضوعاً طبيعياً ويناقش بدون ارتباك ().

صف أولى خبراتك الجنسية .:

لو أنك تستمني باليد ، فمتى بدأت أول مرة؟

ما نشاطك الجنسي في الوقت الحاضر؟

أ- العادة السرية (الاستمناء).

يومية () أسبوعية () شهرية () لا يوجد ().

ب- اتصالات جنسية مع الجنس الآخر.

يومية () أسبوعية () شهرية () لا يوجد ().

ج- اتصالات جنسية مع نفس جنسك.

يومية () أسبوعية () شهرية () لا يوجد ().

د- الجماع الجنسي.

يومية () أسبوعية () شهرية () لا يوجد ().

التاريخ الصحي.

اكتب (اذكر) أي أمراض قد تعرضت لها في الطفولة:

.....

أذكر أي عمليات جراحية تكون قد أجريت لك:

.....

اكتب (اذكر) أى اعتلالات جسدية مزمنة مثل (ضغط الدم - السكر - اضطراب القلب... إلخ).

.....

إذا كان قد تم عمل فحص كلى فى أى وقت من الأوقات ، فمتى كان ذلك؟

.....

التصرفات السلوكية.

أكتب أية عيوب في تصرفاتك السلوكية تعتقد أنها عندك:

.....

أكتب قائمة بخصائصك التي تعتقد أنها حسنة:

.....

من فضلك اكتب أي شيء يمكن أن يساعدنا على فهم مشكلتك:

.....

اختبار بيك Beck

إعداد: ا.د. / محمد نجيب الصبوة

أستاذ علم النفس الاكلينيكي . جامعة القاهرة.

يشتمل هذا الاختبار على مجموعة من العبارات، والمرجو منك أن تقرأ كل مجموعة من العبارات بإمعان ثم تنتقى ممن كل مجموعة العبارات التي تصف تماماً الحالة التي كنت تشعر بها خلال الأسبوع الماضي (بما هي ذلك اليوم الحالي). ضع دائرة حول الرقم المكتوب على يمين العبارة التي وقع اختيارك عليها. وإذا رأيت أن أكثر من عبارة في المجموعة الواحدة تنطبق عليك بنفس الدرجة فضع دائرة حول كل واحد منها، تأكد من قراءة كل العبارات في كل مجموعة قبل أن يقع اختيارك على إحداها.

(١)	١.	لا أشعر بالحزن.
	١.	أشعر بالحزن.
	٢.	أنا حزين طوال الوقت ولا أستطيع الخروج من هذه الحالة.
(٢)	٣.	أنا حزين جداً وغير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل هذه الحالة.
	١.	أنا لست مضطرباً (مضطرباً) فيما يتعلق بالمستقبل بوجه خاص.
	٢.	أشعر أن المستقبل غير مشجع.
(٣)	٣.	أشعر أنه لا يوجد شيء أتطلع إليه في المستقبل.
	١.	لا أشعر بالفشل.
	٢.	أشعر أنني فشلت أكثر من أي شخص متوسط.
(٤)	٣.	كنا نطلعت إلى حياتي الماضية أجد فيها كثيراً من الفترات والفشل.
	١.	أشعر أنني شخص فاشل تماماً.
	٢.	أنا قلق وراضٍ تماماً عن كل الأشياء التي تعينها.
(٥)	٣.	لا أجد أي متعة في الأشياء التي اعتدت أن أقوم بها.
	١.	لا أشعر بالرضا للتلم من أي شيء.
	٢.	أشعر بعدم الرضا والملل من كل شيء.
(٦)	١.	لا ألتزم بالذنب بوجه خاص.
	٢.	أشعر بالذنب بعض فترات من الوقت.
	٣.	ينتابني الشعور بالذنب معظم الوقت.

٣	أشعر الشعور بالخذب طوال الوقت.	
١٠	أشعر بأننى لم أعاقب قط.	(٦)
١	أشعر بأننى من الممكن أن أعاقب.	
٢	أتوقع أن أعاقب.	
٣	أشعر أننى بالفعل أعاقب.	
١٠	لا أشعر بأن أملك قد خاب فى نفسى.	(٧)
١	أشعر بأن أملك قد خاب فى نفسى.	
٢	أشعر بالاشمئزاز من نفسى.	
٣	أكره نفسى.	
١٠	لا أشعر بأننى أسوأ من أى شخص آخر.	(٨)
١	أتفقد نفسى لضغفى ولخطئى.	
٢	ألوم نفسى طوال الوقت نتيجة لما عملته من أخطاء.	
٣	ألوم نفسى على كل الأشياء السيئة التى حدثت لى.	
١٠	لا أتروىنى أى الفكر للتخلص من حياتى.	(٩)
١	تتنابنى الفكر للتخلص من حياتى ولكن لم أنفذها.	
٢	أرغب فى قتل نفسى.	
٣	إذا أتبعحت لى الفرصة فسوف أنتحر.	
١٠	لا أبكى أكثر من المعتاد.	(١٠)
١	أبكى الآن أكثر مما تعودت.	
٢	أبكى الآن طوال الوقت.	
٣	تعود أن أكون قديراً على البكاء، الآن لا أستطيع البكاء حتى لو أردت ذلك	
١٠	لمت غضبان الآن أكثر مما كنت دائماً.	(١١)
١	أترجع وأغضب بسهولة أكثر مما كنت معتاداً.	
٢	أشعر بغضب الآن طوال الوقت.	
٣	لا تخفينى بالمرّة الانتهاء التى تعودت أن أغضب مقها.	
١٠	لم أفقد الاهتمام بالآخرين.	(١٢)
١	أنسى أقل اهتماماً بالآخرين بالمقارنة بما كنت عليه فيما مضى.	
٢	فقدت معظم اهتمامى بالآخرين.	
٣	فقدت كل الاهتمام بالآخرين.	
١٠	أأخذ القرارات بنفس الكفاءة التى اعتدت عليها.	(١٣)
١	أقوم بتأجيل القرارات أكثر من ذى قبل.	
٢	أجد صعوبة كبيرة فى اتخاذ القرارات أكثر من ذى قبل.	
٣	لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات.	
١٠	لا أشعر فتنى أبداً الفج مما كنت.	(١٤)

١.	أنا قلق لأنني أبذل أكثر مني وأقل جاذبية.	
٢.	أشعر أن هناك تغير دائم في مظهري يجعلني أقل جاذبية.	
٣.	أعتقد أنني أبذل قبيحاً.	
١.	أستطيع أن أصنع بنفس الكفاءة التي عملت بها قبل ذلك.	
١.	أشعر أن البدن في عمل أي شيء يتطلب كثيراً من الجهد.	(١٥)
٢.	يجب علي أن أضغط على نفسي بشدة كي أصنع أي شيء.	
٣.	لا أستطيع تقديم بأي عمل على وجه الإطلاق.	
١.	أستطيع النوم كما تعودت.	
١.	لا أقام كما كنت معتاداً.	(١٦)
٢.	أستيقظ مبكراً ساعة أو ساعتين عن المعتاد.	
٣.	أستيقظ مبكراً عدة ساعات عما تعودت، ولا أستطيع العودة إلى النوم ثانية.	
١.	لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد.	
١.	أشعر بالتعب بسرعة أكثر مما تعودت.	(١٧)
٢.	أتعب بدون بذل أي مجهود.	
٣.	أشعر بالإرهاق حتى أنني لا أستطيع القيام بأي عمل.	
١.	شهيتي للطعام ليست أسوأ من المعتاد.	
١.	شهيتي ليست مفتوحة كما كانت.	(١٨)
٢.	شهيتي الآن سيئة جداً.	
٣.	فقدت شهيتي تماماً.	
١.	لم أقد كثيراً من وزني مؤخراً.	
١.	نقص وزني أكثر من ٢ كيلو جرام.	(١٩)
٢.	نقص وزني أكثر من ٥ كيلو جرام.	
٣.	نقص وزني أكثر من ٧ كيلو جرام.	
١.	لا أشعر بالقلق على صحتي أكثر من المعتاد.	
١.	أشعر بالقلق من أجل عدة مشاكل صحية مثل بعض الأوجاع أو الآلام أو اضطراب المعدة أو الإمساك.	(٢٠)
٢.	أشعر بانشغال البال بالنسبة لبعض المشاكل الصحية ومن الصعب على التفكير في أي شيء آخر.	
٣.	أشعر بأنني مشغول جداً بقصص مشاكل صحية لدرجة أنني لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر.	
١.	لم ألاحظ أي تغير في اهتمامي بالجنس في الفترة الأخيرة.	
١.	أصبح اهتمامي بالجنس أقل مما تعودت.	(٢١)
٢.	أنني أقل اهتماماً بالتفكير في الجنس.	
٣.	فقدت الاهتمام بالجنس تماماً.	

من صفر. ٩	اكتتاب عادي.
من ١٠ - ١٩	اكتتاب خفيف.
من ٢٠ - ٢٩	اكتتاب متوسط.
من ٣٠ - ٦٣	اكتتاب شديد.

قائمة هاميلتون لأعراض الاكتئاب.

اسم المريض: التاريخ:/...../.....

لعلاج:

الدرجة	الأعراض	مدى الدرجات
	المزاج الإكتائبي	صفر - ٤
	الإبتئاس والغم والتشاؤم بشأن المستقبل	
	مشاعر الحزن	
	الرغبة في البكاء	
	الحزن ١	
	البكاء من حين لآخر ٢	
	البكاء بشكل مستمر ٣	
	أعراض حزن شديد ٤	
	تأنيب الضمير أو الشعور بالذنب	صفر - ٤
	لوم للنفس والشعور بالذنب وأنه خيب ظن الآخرين فيه	
	أفكار بشأن أنه مذنب وخاطيء	
	مرضه الحالي عقاب نزل به	
	ضلالات وأوهام بشأن ارتكابه آثاما مع الإحساس بالذنب	
	هلاوس بشأن الإحساس بالذنب	
	الانتحار	صفر - ٤
	يشعر بأن الحياة لا تستحق العيش	
	يتبنى الموت	
	لفكار بشأن الانتحار	
	محاولات انتحار	

الملاحق

الدرجة	الأعراض	مؤدى التدرجات
	توهم المرض	صفر - ٤
	الانشغال الزائد بالجسم	
	الانشغال بالصحة	
	ضلالات بشأن الإصابة بالأمراض	
	الأرق: في بداية الليل	صفر - ٢
	الأرق: في منتصف الليل	صفر - ٢
	الأرق: حتى ساعة متأخرة من الليل	صفر - ٢
	لليلة والإرتياح	صفر - ٢
	عدم الاستقرار (فرك الأيدي والتمشي حينه وذهاباً)	
	أعراض جسمية	صفر - ٢
	معدية معوية: فقدان الشهية - الإحساس بثقل في البطن - الإمساك	
	أعراض جسمية عامة:	صفر - ٢
	ثقل في الأطراف أو الظهر أو الرأس	
	آلام غير محددة في الظهر	
	فقدان الحيوية وسهولة التعب	
	أعراض جنسية	صفر - ٢
	فقدان الرغبة الجنسية - اضطرابات الطمث	
	الاستبصار	صفر - ٢
	لم يفقد الاستبصاره صفر	
	فائد للاستبصار جزئياً ١	
	فائد للاستبصار ٢	
	نقص الوزن	صفر - ٢
	العمل والمهام الحياتية	صفر - ٤

الدرجة	الأعراض	مدى الدرجات
	مشاعر بالعجز وعدم القدرة وقتور الهمة	
	غير حاسم ولا يستطيع اتخاذ قرار	
	فقدان الاهتمام بأي هوايات	
	نقص الأنشطة الاجتماعية	
	نقص الإنتاجية	
	عدم القدرة على العمل	
صفر - ٤	لتكاسل وانتقال	
	بطء التفكير والكلام والنشاط	
	اللامبالاة والذهول	
	بطء طفيف خلال المقابلة ١	
	نتاقل وتكاسل واضح خلال المقابلة ٢	
	صعوبة إجراء المقابلة ٣	
	الذهول الكامل ٤	
صفر - ٤	القلق النفسي	
	النوتر وبهولة الاستشارة	
	الانشغال والقلق بالأمور الثقافية	
	التوجس وتوقع الشر	
	المخاوف	
صفر - ٤	القلق الجسدي	
	أمراض معدية معوية: أرياح وعسر هضم	
	قلبية: خفقان وسداع	
	تنفسية	

- أعدد ماكس هاملتون (صاحب مقياس القلق) قائمة لتشخيص مرض الاكتئاب وتقدير شدته، فمن خلال المقابلة التي يجيبها فاحص متمرس تعطي درجة لمختلف الأعراض وعددها ١٧ عرضاً.

- وتتراوح الدرجة من صفر إلى ٤، وهناك أعراض تتراوح درجتها من صفر إلى ٢ وأخرى تتراوح درجتها من صفر إلى ٤ وفق الجدول التالي:

الأعراض التي تتراوح درجتها من صفر إلى ٤	الأعراض التي تتراوح درجتها من صفر إلى ٢
صفر = لا توجد أعراض	صفر = لا توجد أعراض
١ = أعراض طفيفة	١ = أعراض طفيفة
٢ - ٣ = أعراض حادة	٢ - ٣ = أعراض واضحة
٤ = أعراض حادة	

وتستخرج درجة شدة الاكتئاب وفقاً للمعايير التالية:

من صفر إلى ٩	اكتئاب عادي
من ١٠ إلى ١٧	لاكتئاب شبه عادي
من ١٨ إلى ٢٥	اكتئاب خفيف
من ٢٦ إلى ٣٨	اكتئاب متوسط
من ٣٩ إلى ٥٠	اكتئاب شديد

استخبارات تأكيد الذات (ك.د.).

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تعبر عن بعض السلوكيات التي يمكن أن تصدر عنا في مواقف مختلفة. والمطلوب منك تحديد مدى انطباق هذه السلوكيات عليك، وذلك على النحو التالي:

ضع علامة (✓) في المربع (١) إذا كان السلوك لا يحدث إطلاقاً.

ضع علامة (✓) في المربع (٢) إذا كان السلوك يحدث بدرجة قليلة.

ضع علامة (✓) في المربع (٣) إذا كان السلوك يحدث بدرجة متوسطة.

ضع علامة (✓) في المربع (٤) إذا كان السلوك يحدث بدرجة كبيرة.

ضع علامة (✓) في المربع (٥) إذا كان السلوك يحدث تماماً.

مثال:

م	العبارة	لا يحدث إطلاقاً. (١)	يحدث بدرجة قليلة. (٢)	يحدث بدرجة متوسطة. (٣)	يحدث بدرجة كبيرة. (٤)	يحدث تماماً. (٥)
	أرفض أن أجامل أصدقائي على حساب نفسي.			✓		

معنى ذلك أنك تقوم بعمل هذا السلوك بدرجة متوسطة.

م	العبارات	لا يحدث إطلاقاً (١)	يحدث بدرجة قليلة (٢)	يحدث بدرجة متوسطة (٣)	يحدث بدرجة كبيرة (٤)	يحدث تماماً (٥)
١	يصعب على مقاومة إلحاح بائع يعرض سلعة ما.					
٢	أناقش رئيسي في العمل في وجهات النظر التي لا أوافق عليها					
٣	أوقف جاري الذي يسبب لي إزعاجاً عند حده.					
٤	يصعب على التعبير عن مخفي لشخص أهائني أعلم جميع من الناس.					
٥	يصعب على تحديد وجهة نظري، قيل إن أعرف آراء أصدقائي					
٦	أطلب من صديق تعديل بعض سلوكياته التي يستاء منها الآخرون					
٧	يصعب على التحجر عن حبي لشخص عزيز على.					
٨	أقاوم إلحاح شخص لو جماعة لتناول شئ لا أرحب به.					
٩	أميل إلى القلق في رأيي، إذا اختلف عن آراء أصدقائي.					
١٠	يصعب على مناقشة شخص ينتقد سلوكي لو رأيي.					
١١	أطلب ممن حولي أن يتركوني بمفردي عندما أكون متضايقاً					
١٢	يمكنني الشكوى لشخص تربطني به علاقة قريبة.					
١٣	إذا اتفق لولا لسرتي لو أصدقائي على شئ فسرعان ما أوافق عليه					
١٤	يصعب على مواجهة صديق عزيز برأيي فيه بصراحة.					

م	العبارة	لا يحدث إطلاقاً (١)	يحدث قليلاً (٢)	يحدث بدرجة متوسطة (٣)	يحدث بدرجة كبيرة (٤)	يحدث تماماً (٥)
١٥	لا أتنازل عن حقى مهما كان صغيراً.					
١٦	يصعب على مقاطعة صديق كثير الكلام.					
١٧	أتمسك برأى حتى ولو اختلف مع آراء الآخرين.					
١٨	أعقب أحد أفراد لمرتى لقيامه بفتح أوراق أو رسائل تخصنى					
١٩	يصعب على أن أطلب من الآخرين رد أشياء استعروها منى.					
٢٠	أعبر عن ضيقى من شخص بسبب شئ فعله.					
٢١	يصعب على أن أرفض دعوة لعضو حفل، رغم أنى لا أهتم لمصاحبتها					
٢٢	مما عر لى خيبة أسمى فى شخص لأنه خذلى فى موقف.					
٢٣	أحتج على موظف بنهى مصالح معروفة لولا على حساسى.					
٢٤	إذا انتقد أحد أصدقائى سعة اشتريتها، لتخطى عنها بسهولة.					
٢٥	أعبر لشخص عن كفى لوجهة نظرى جيدة قلها فى اجتماع عام					

٢	العبارة	١. لا يحدث	٢. يحدث بدرجة قليلة	٣. يحدث بدرجة متوسطة	٤. يحدث بدرجة كبيرة	٥. يحدث تماماً
٣٩	يصعب على التعبير عن سمائتي بقاء شخص ما.					
٤٠	أحتاج على خدمة سيئة قدمت لي في مطعم أو مصلحة حكومية					
٤١	لا أؤذي مشاعر الآخرين حتى لو جرحوا مشاعري.					
٤٢	يصعب على أن أطلب من شخص علم الاستعزاء برأى قلته.					
٤٣	يمكنني أن أمتح شخصاً أدى عملاً جيداً.					
٤٤	من السهل على أن أرفض طلب مقابلة أو موعد إن كان وقتي لا يسمح.					
٤٥	أعبر عن آرائي بصراحة، حتى لو اختلفت مع آراء الآخرين.					
٤٦	يصعب على انتقاد آراء الآخرين، حتى لو كنت على صواب وهم على خطأ.					
٤٧	أطلب من شخصين في سينما التحدث بصوت منخفض حتى أستمع بالفيلم.					
٤٨	يصعب على التعبير عن غضبي أمام رئيسي في العمل لأنه ظلمي.					
٤٩	يصعب على رفض لقيام بخدمة لشخص عزيز، رغم أنها تعرضني للحرج.					
٥٠	أعز بلأرائي وقراراتي، مهما اختلفت مع الآخرين.					
٥١	من الصعب على أن أواجه زملائي بعيب ما في عملهم.					
٥٢	يصعب على أن أطلب بمكافأة أو ترقية رغم استحقاقي لها.					

م	المعيار	لا يحدث إطلاقاً (١)	يحدث بدرجة قليلة (٢)	يحدث بدرجة متوسطة (٣)	يحدث بدرجة كبيرة (٤)	يحدث تماماً (٥)
٤٣	أشعر بالشغل من التعبير عن توترى فى المواقف الاجتماعية.					

$$ن = ٢٥$$

$$ع = ١٤.٣٠$$

$$م = ١٢٢$$

$$أ الفأ = ٠.٦٧$$

$$دال عند ٠.٠٥$$

$$\text{التملق بالمحك} = ٠.٥٠٨$$

اختبار حل المشكلات الاجتماعية (ح ش ج).

تأليف: أسامة محمد الغريب.

إشراف.

أ.د. / محمد نجيب أحمد الصبوة.

أ.د. / حسن علي حسن مسلم.

فيما يلي تقدم لك مجموعة من العبارات التي تصف الطريقة التي تفكر أو تتصرف أو تشعر بها عندما تواجهنا مشكلة في حياتنا اليومية (مثل: المشكلات التي تقع بين الزوجين، أو المشكلات التي تقع بين زملاء العمل، أو المشكلات التي قد تحدث بين الأصدقاء، أو المشكلات المالية أو الصحية... إلخ). والمطلوب منك تحديد مدى انطباق هذه العبارات عليك، وذلك على النحو التالي:

- | | |
|--|--|
| ضع علامة (✓) في المربع (١) إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك. | |
| ضع علامة (✓) في المربع (٢) إذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة قليلة. | |
| ضع علامة (✓) في المربع (٣) إذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة متوسطة. | |
| ضع علامة (✓) في المربع (٤) إذا كانت العبارة تنطبق عليك بدرجة كبيرة. | |
| ضع علامة (✓) في المربع (٥) إذا كانت العبارة تنطبق عليك تماماً. | |
- لا تضع أكثر من علامة واحدة في إجابتك على البند. ولا تترك أي عبارة دون تحديد موقفك بالنسبة لها.

م	المهارات	لا تنطبق على (١)	تنطبق بدرجة قليلة (٢)	تنطبق بدرجة متوسطة (٣)	تنطبق بدرجة كبيرة (٤)	تنطبق تماماً (٥)
١	أفضل مواجهة مشكلاتي بنفسى					
٢	أفحص المعلومات المتوفرة عن المشكلة، وأحدد ما له علاقة بها.					
٣	عادة لا أهتم بتقييم بدائل حل المشكلة أو المقارنة بينها بنفء.					
٤	أحاول التأليف بين الحلول المختلفة للحصول على أفضل حل ممكن.					
٥	عادة ما أقرن النتائج للعلية مع ما توقعتة من تنفيذ حل المشكلة.					
٦	عندما تواجهنى مشكلة صعبة، أشك بوجود حل لها.					
٧	أحاول تجزئة المشكلات المعقدة إلى مشكلات بسيطة، حتى أتمكن من حلها.					
٨	أفضل غالباً فى تحديد أفضل بدائل حل المشكلة.					
٩	أفء عادة أول فكرة تطرأ على ذهلى لحل المشكلة.					
١٠	عادة ما أثمر بالرضا عن لنتائج التى تربت على تنفيذ حل المشكلة.					
١١	أعتقد انى لو تابرت، سوف أتمكن من حل مشكلات التى تواجهنى.					
١٢	أحاول تحليل موقف المشكلة، لتحديد المواقف التى تواجهنى.					

م	العبارة	لا. تطبيق على (١)	تطبيق بدرجة قليلة (٢)	تطبيق بدرجة متوسطة (٣)	تطبيق بدرجة كبيرة (٤)	تطبيق تماما (٥)
١٣	أحاول التنبؤ بالنتائج المقررة على كل بديل، لأختار أفضل حل للمشكلة.					
١٤	عادة ما أفكر في حلول جديدة للمشكلات التي تواجهني.					
١٥	أشك في قدرتي على حل المشكلات الصعبة مهما بذلت من جهد.					
١٦	أحاول معرفة ما إذا كانت المشكلة حدثت بسبب مشكلة أخرى.					
١٧	عندما أنفذ حل المشكلة، أحاول معرفة ما أدى للصواب، وما أفضى إلى الخطأ.					
١٨	عندما تواجهني مشكلة صعبة، أفكر مباشرة في البحث عن مساعدة.					
١٩	أحاول جمع حقائق عديدة عن المشكلة، تساعدي في حلها.					
٢٠	أحتاج لوقت طويل للحكم على مدى ملاءمة كل بديل من بدائل الحل.					
٢١	أحاول الاستفادة من الحلول الممكنة للمشكلة في وضع حل جيد ومناسب.					
٢٢	أتحقق من مدى شعوري بالرضا بعد تنفيذ حل المشكلة.					
٢٣	عادة أنظر أن تحل المشكلة نفسها.					
٢٤	أحاول معرفة ما إذا كانت					

٢	العبارة	لا. تنطبق. على. (١)	تنطبق. بدرجة. قليلة. (٢)	تنطبق. بدرجة. متوسطة. (٣)	تنطبق. بدرجة. كبيرة. (٤)	تنطبق. تامة. (٥)
	المشكلة جزءاً من مشكلة أكبر. يجب التعامل معها.					
٢٥	أحاول تحديد إيجابيات وسلبيات تنفيذ كل بديل من بدائل الحل لاختيار الأسب.					
٢٦	عادة لا أضع بدائل عديدة لحل المشكلة.					
٢٧	أدرب نفسي على الحل قبل أن أفذه، حتى تزيد فرص نجاحه.					
٢٨	عادة لأطول تأجيل حل المشكلة الإمكان.					
٢٩	أقيم عادة مدى أهمية المشكلة بالنسبة لي أو للمقربين مني.					
٣٠	أحدد درجة رضائي عن كل بديل لحل المشكلة، لاختيار الأفضل منها.					
٣١	أحاول عادة التفكير بأساليب مختلفة لفهم المشكلة.					
٣٢	عندما تكون نتائج الحل غير مرضية، أحاول اكتشاف الخطأ ثم أكرر المحاولة.					
٣٣	أجلب التعامل مع المشكلات التي تواجهني.					
٣٤	عادة أضع أهدافاً تجعلني دقيقاً في تحديد ما أسمى لإيجازه من حل المشكلة.					
٣٥	أهتم بتقييم مدى تغير الموقف إلى الأفضل بعد تنفيذ حل المشكلة.					

م	الصفات	لا. تطبيق. على. (١)	تطبيق. بدرجة. قليلة. (٢)	تطبيق. بدرجة. متوسطة. (٣)	تطبيق. بدرجة. كبيرة. (٤)	تطبيق. تملأ. (٥)
٣٦	أشعر بالخوف والقلق عندما تواجهني مشكلة صعبة.					
٣٧	أفحص ما يحيط بي من ظروف قد تسهم في حدوث المشكلة.					
٣٨	أستخدم أسلوباً منظماً للحكم على البدائل المختلفة للحل، والمقارنة بينها.					
٣٩	أضع أهدافاً أساسية، وأنا أحاول إيجاد حل للمشكلة.					
٤٠	عادة ما تلجأ حول مشكلاتي في تحقيق أهدافي.					
٤١	أشعر بضغط شديد عندما تفشل محاولاتي المبدئية لحل المشكلة.					
٤٢	أحاول الحصول على معلومات مباشرة عن المشكلة تساعد في توضيحها.					
٤٣	أعتقد أنني متسرع في اتخاذ القرارات عندما أحل مشكلة.					
٤٤	أحاول النظر للمشكلة من زوايا مختلفة حتى أتمكن من حلها.					
٤٥	أشعر بالارتباك عندما أفتشل بحل مشكلة مهمة.					
٤٦	لا أهتم بوضع خطة لجمع المعلومات عن المشكلات التي تواجهني.					
٤٧	أشعر بالرضا عموماً، عن القرارات التي اتخذتها لحل مشكلاتي.					

م	العبارة	لا تنطبق على (١)	تنطبق بدرجة قليلة (٢)	تنطبق بدرجة متوسطة (٣)	تنطبق بدرجة كبيرة (٤)	تنطبق تماماً (٥)
٤٨	عندما تواجهني مشكلة، استدعي في ذاكرتي الحظوظ التي بلغتها مع مشكلات مشابهة لها.					
٤٩	عادة ما أتحقق من أن حل المشكلة أنجز معظم أهدافي.					
٥٠	يلتأبني شعور بالاكتراب وأنا أحاول حل مشكلة مهمة.					
٥١	لا أستطيع تحديد المشكلة التي تواجهني بوضوح.					
٥٢	لا أقرند في قفلا قرارات، جلسة لحل لمشكلة.					
٥٣	أهتم بإعداد خطة لحل المشكلة.					
٥٤	عادة ما أحاول تهيئة الظروف التي تساعد على نجاح تنفيذ الحل.					

ن = ٢٥ =

ع = ٢١.٢٩ =

م = ١٧١ =

ألفا = ٠.٧٤ =

دال عند ٠.٠٥ =

التعلق بالمحك = ٠.٥٠٨ =

استخبار الأفكار الآتية.

Automatic thoughts Questionnaire

Philip. C. Kendal and Steven. D. Hollon

تأليف: فيليب كندال . ستيفن هولون

إعداد

محمود عبيد مصطفى

إشراف

أ.د. / محمد نجيب الصبوة أ.د. / حسن علي حسن مسلم.

وصف الاستخبار:

يتكون الاستخبار من ٢٠ بنداً، يُقاس تكرار، ومعدل حدوث الأفكار الآلية السلبية عن الذات، والتي تؤدي دوراً مهماً في نشأة أو استمرار، وظهور أعراض مرضية مختلفة منها الاكتئاب، ويتضمن الاستخبار أربعة محاور هي:

- ١- عدم التوافق الشخصي والرغبة في التغيير.
- 1- Personal maladjustment and for change. (PMDC).
- ٢- التصورات السلبية عن الذات والتوقعات السلبية.
- 2- Negative Self concepts and Negative expectations (NSNE).
- ٣- انخفاض تقدير الذات.
- 3- Low self esteem (LSE).
- ٤- العجز المكتسب.
- 4- Helplessness.

المعايير:

تم تقنين الاختبار على عينة قوامها ٢١٢ طالباً بمتوسط عمري قدره ٢٠.٢٢ سنة وانحراف معياري قدره ٤.٢٤ سنة، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين: مجموعة مرتفعي الاكتئاب ومجموعة منخفضة الاكتئاب وذلك بناءً على

إجابات أفراد العينة على قائمة بيك للاكتئاب ومقياس الاكتئاب من قائمة الشخصية متعددة الأوجه، وكان متوسط أداء المجموعة الأولى $79.64 \pm$ م 22.29 ع وكان متوسط أداء المجموعة غير المكتئبة (الأقل اكتئاباً) هو 48.57 بانحراف معياري قدره 10.8 .

تصحيح الاختبار:

يتراوح تقدير الدرجة بين ١ - ٥ لكل بند على النحو التالي:

١	تعنى	أبداً.
٢	تعنى	أحياناً.
٣	تعنى	بدرجة متوسطة.
٤	تعنى	غالباً.
٥	تعنى	دائماً.

استخبار الأفكار الآلية.

Automatic thought Questionnaire (ATQ)

التعليمات:

تحتوى القائمة التالية على عدد من الأفكار التى تقفز (تطرا) فجأة على تفكير بعض الأشخاص، من فضلك اقرأ كل فكرة أو عبارة بعناية ووضح مدى تكرارها عليك خلال الأسبوع الماضى وذلك بأن تضع علامة فى المربع المناسب أمام كل عبارة مستخدماً التقديرات التالية لكل رقم:

١- يعنى أنه لا تطرا عليك أبداً.

٢- يعنى أحياناً.

٣- يعنى بدرجة متوسطة.

٤- يعنى غالباً.

٥- يعنى دائماً.

واليك المثال التالى:

دائماً. ٥	غالباً. ٤	درجة متوسطة. ٣	أحياناً. ٢	أبداً. ١	
		✓			- أنا شخص محبوب

وهذه الإجابة تعنى أن هذه الفكرة ترد على ذهنى بدرجة متوسطة.

والآن .. اقلب الصفحة وابدأ الإجابة.

العبارة	أبدأ	أحياناً	درجة متوسطة	غالباً	دائماً
١- أشعر بأني وحدي في مقابل كل العالم.					
٢- أنا لست بالشخص الجيد.					
٣- أنا لا أستطيع النجاح أبداً.					
٤- لا أحد يفهمني.					
٥- أنا دائماً أقل ممن حولي.					
٦- لا أعتقد أنني لذي القدرة على الاستمرار.					
٧- أتمنى أن أكون شخصاً أفضل.					
٨- أنا ضعيف جداً.					
٩- حياتي لا تسير بالشكل الذي أريده.					
١٠- أنا محبط في نفسي.					
١١- لا شيء يبعث علي السرور.					
١٢- لا يمكنني أن أفعل ذلك ثانية.					
١٣- لا يمكنني البدء في أي عمل أو نشاط.					
١٤- لا أعرف ما يحدث لي.					
١٥- أتمنى لو كنت في مكان آخر.					
١٦- لا أستطيع جمع عدد من الأشياء معاً.					
١٧- أكره نفسي.					
١٨- أنا عديم القيمة (أو أنا أشعر بتفاهتي).					
١٩- أتمنى لو لم أستطيع أن أختفي.					
٢٠- لا أعرف ما يشغلني.					
٢١- أنا خاسر.					
٢٢- حياتي بائسة.					
٢٣- أنا فاشل.					
٢٤- لن أفعلها أبداً.					
٢٥- أشعر بالعجز التام.					
٢٦- هناك شيء يجب أن يتغير.					
٢٧- لا بد أنه هناك شيئاً خاطئاً يحدث لي.					
٢٨- مستقبلتي كئيب.					

العبارة	أبدأ	أحياناً	بدرجة متوسطة	غالباً	دائماً
٢٩- كل شيء لا قيمة له عندي.					
٣٠- لا أستطيع إنهاء أي شيء.					

ن = ٢٥ م = ٧٩.٦٤ ع = ٢٢.٢٩

الأسوياء: م = ٤٨.٥٧ ع = ١٠.٨٨٩

ألفا = ٠.٨٦

صدق المضمون - نسبة الاتقان ٩٠٪

العيادة النفسية.

أخصائى نفسى.

أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة

استخبار اختلال الاتجاهات (صورة أ).

تأليف:

أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة.

أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة القاهرة.

الاسم: التاريخ:

فيما يلي التعليمات:

أمامك عدد من العبارات التى تعبر عن بعض الاتجاهات والاعتقادات التى يمكن أن توجد لدى أى فرد. والمطلوب منك أن تقرأ كل عبارة على حدة وتقرر ما إذا كانت تنطبق عليك أم لا، إذا كانت تنطبق عليك فهذا يعنى إنك موافق عليها وإذا لم تنطبق عليك فهذا يعنى إنك غير موافق عليها.

٥	٤	٣	٢	١
موافق تماماً	موافق إلى حد ما	لا أعرف	معارض إلى حد ما	معارض تماماً

٥	٤	٣	٢	١	البيان
					١. قد تتضايق أحياناً لدى الناس إذا ما ارتكبت خطأ ما.
					٢. يجب أن أكون شخصاً نافعاً ومبتكراً وإلا أصبحت عبئاً بلا هدف.
					٣. أجد متعة كبيرة إذا فعلت أشياء أريدها وأسعدت الآخرين.
					٤. عن طريق تفسيرى للمواقف يمكننى التحكم فى مشاعرى.
					٥. إذا لم تستطع أداء شئ ما بنفقت، فهذا معناه أنك عاجز عن أدائه.

٥	٤	٣	٢	١	البند
					٦. فكرة الناس الآخرين على شيء مهم جدا.
					٧. يجب أن يحبب الناس لأسوأ المواقف وإلا أصيبوا بخيبة أمل.
					٨. يجب أن يكون لدى القدرة على إسعاد الجميع.
					٩. على الرغم من أن الشخص لا يمكنه التحكم في كل ما يحدث له فإنه يمكنه أن يتحكم في طريقة تفكيره فيما يحدث.
					١٠. من العار على الشخص أن يظهر ضعفه.
					١١. إذا بقي للشخص بمفرده مدة طويلة فإن ذلك قد يشمره بالوحدة.
					١٢. يجب على الشخص أن يكون الأحسن في كل شيء يقوم به.
					١٣. إن لم يكن الشخص ناجحا تكون الحياة بلا معنى.
					١٤. ليس حتميا أن يصبح الشخص محبطا إذا وجد صعوبات في الوصول إلى ما يريد.
					١٥. اعتبر نفسي شخصا أحمقا إذا صدرت مني تصرفات تكل على ذلك.
					١٦. يجب أن تكون لدى القدرة على التحكم الكامل في مشاعري.
					١٧. أستطيع إمتاع نفسي حتى ولو لم يحببني الآخرين.
					١٨. إذا لم أستطيع أن أصل إلى أعلى المستويات سأشعر بأنني أقل مستوى من غيري.
					١٩. إذا لم أودى على بصورة جيدة طوال الوقت لن يحترمني الناس.
					٢٠. يجب على الشخص أن يبحث عن الحل العملي للمشاكل بدلا من أن يبحث عن الحل الأسهل.
					٢١. قيمتي كشخص تعتمد بدرجة كبيرة على فكرة الناس عني.
					٢٢. يجب على الشخص أن يتقن كل عمل يقوم به.
					٢٣. إذا اختلفت معي إنسان فهذا يعني أنه لا يحبني.
					٢٤. لا أستطيع أن أشعر بالسعادة إذا لم يحبب بي معظم الناس الذين أعرفهم.
					٢٥. أراي في نفسي أكثر أهمية لي من آراء الآخرين في.

٥	٤	٣	٢	١	البنفسود
					٢٦. اعتبر نفسي شخصا سيئا إن لم أعمل للناس بطريقة مقبولة ومحترمة.
					٢٧. أنه شيء مؤلم لو مزعج أن أكون مهملا من الأشخاص المهمين بالنسبة لي.
					٢٨. أشعر بالحزن إن لم يكن لي أناس أعتمد عليهم.
					٢٩. سوف يحبني الناس حتي ولو لم أكن ناجحا.
					٣٠. إذا عرف الآخرون حقيقة ما تحب سوف تقل في نظرهم.
					٣١. عندما أقوم بالمجازفة فلنا أبحث عن المتاعب.
					٣٢. نلتلشي المشكلات إذا ما تجنبتها.
					٣٣. لا أستطيع أحد أن يؤذي بكلامي، ولكن الأذى يصيبني بسبب طريقة تصرفي إزاء كلامه.
					٣٤. يمكن أن يهتم بي الآخرون حتي لو عرفوا نقاط ضعفي.
					٣٥. إذا فشلت جزئيا فهذا معناه أنني فشلت كليا.
					٣٦. سوف يرفض الناس إذا عرفوا جميع نقاط ضعفك.
					٣٧. أستطيع أن أحقق أهدافي بدون التقليل من قدري.
					٣٨. سعادتي متوقف على الآخرين أكثر مما تتوقف علي.
					٣٩. إذا لم يحبني من أحبه فهذا يعني أنني غير محبوب.
					٤٠. يجب أن يكون لدى القدرة على حل مشاكلي بسرعة وبدون بذل مجهود كبير.

ن = ٢٥.

أ الفا = ٠,٧٥.

نسبة الاتفاق بين المحكمين = ٨٨%.

استخبار اختلال الاتجاهات (صورة ب).

تأليف.

أ.د/ محمد نجيب أحمد الصبوة.

أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة القاهرة.

الاسم: التاريخ:/...../.....

تعليمات:

فيما يلي عدد من العبارات التي تحتوي على اعتقادات واتجاهات مختلفة عند بعض الأشخاص. أقرأ كل عبارة جيداً وقرر ما إذا كنت توافق على أم الاعتقاد الذي طرحه كل عبارة. استخدم الرقم الذي يدل على درجة اعتقادك فيه.

١	٢	٣	٤	٥
معارض تماماً	معارض في حد ما	لا أعرف	موافق في حد ما	موافق تماماً

٥	٤	٣	٢	١	البيان
					١- أشعر بالسعادة حتى ولو لم يوجد من يحبني في هذا الكون.
					٢. أسعد الناس من يتمتع بمقامات النجاح (المظهر الجيد والشهرة والثروة).
					٣. يجب أن أكون سعيداً طوال الوقت.
					٤. اللجوء لشخص آخر للمساعدة أو المساعدة دليل على الضعف.
					٥. لا يزعجني رأي الناس من حيث كوني غير جذاب.
					٦. على الرغم من فقدى لأشياء كثيرة في حياتي فإنني أشعر بالسعادة.
					٧. الشخص الأنثى هو ما يدل سلوكه وتصرفاته على الأنانية.

				٨. أشعر بالذنبية إذا ما سألني أحد سؤالا ما.
				٩. إذا كان هناك شخص ليس مهتما بهذا يعني له لا يهينى.
				١٠. سعادتي تنبع من فكرتى عن نفسى لا من فكرة الآخرين عني.
				١١. عند قيامى بعمل ما يجب على الناس أن يتوقعوا نجاحى.
				١٢. يمكنى الحصول على احترام الآخرين بدون مواهب خاصة.
				١٣. أسلوبى فى الحياة يسبب السعادة للآخرين.
				١٤. لا أبالى بالآخرين فى سبيل إتمام عملى ما.
				١٥. يمكن أن أتحمل مسئولية أفعالى لا أفعال الآخرين.
				١٦. أفضل الناس قيمة من لديهم أفكارا جيدة.
				١٧. لا أشعر بالسعادة إذا فقدت حب الآخرين.
				١٨. المجازفة التى تجعل الخسارة كارثة تعتبر عياء.
				١٩. أشعر بالذنبية إذا لم أعمل كما يفعل الآخرون.
				٢٠. يمكننى أن أؤثر على سلوك الآخرين لكننى أعجز عن السيطرة عليهم.
				٢١. إن حيدتى تضيق هباء إذا لم أكن ناجحا.
				٢٢. أشعر بالآلم إذا لم يهتم بي من أراءه.
				٢٣. إن لم أنجح فى عملى فلنا شخص فاشل.
				٢٤. إذا لم يتقبلنى الآخرون فيجب أن أفكر فى تغيير أسلوبى.
				٢٥. إذا لخطفت تكون غلطتى وإذا أصيبت تكون صدقة.
				٢٦. من يرتكب خطأ ولو مرة واحدة ينتقده الناس دائما.
				٢٧. أحصل على النجاح بقدر ما بذلت من جهد.
				٢٨. إن تشع بالسعادة إذا لم تكن ذو مظهر جيد (نكاه وثرأء وإنداع).
				٢٩. إذا لم يتمتع الآخرون بالحزم فلن أستطيع الثقة فيهم.
				٣٠. لا تتوقف سعادتى على موافقتى للناس.
				٣١. يجب أن أحقق مستوى أعلى لنفسى من الآخرين.
				٣٢. أنا لا شيء إذا لم يهينى للشخص الذى أحبه.

					٣٣. يجب على الشخص أن يكون قادراً على السيطرة على ما يحدث له.
					٣٤. أستمتع بأي نشاط أمارسه بغض النظر عن النتيجة النهائية.
					٣٥. لا يحتاج الشخص أن يكون محبوباً ليكون سعيداً.
					٣٦. لن تشعر بالسعادة إذا التقيت عن الآخرين.
					٣٧. طلب المساعدة من شخص ما قليل على الضعف.
					٣٨. لو كنت أريد أن أكون إنساناً ذا قيمة يجب أن أكون شخصاً مميزاً جداً.
					٣٩. إذا أردت أن أكون شخصاً كفواً ومثيقاً فيجب على أن أساعد كل محتاج.
					٤٠. لا فائدة للحياة إن لم أكن شخصاً منتجاً.

٢٥ = ☐ ن

٠.٦٥ = ☐ ألف

نسبة الاتفاق بين المحكمين = ٨٥% ☐

قائمة
(٣) النشاطات السارة المعارضة للاكتئاب
التقييم عبارة عن درجة من عشرة.

تأليف:

أ.د. محمد نجيب أحمد الصبوة.

أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة القاهرة

م	نشاطات سارة تتعارض مع المعاناة من الاكتئاب	التكرار		درجة الاكتئاب قبل الممارسة	درجة الراحة بعد الممارسة	درجة الراحة بعد الممارسة
		يوميًا	اسبوعيًا			
١	اجتمع مع أشخاص سعاد					
٢	اضحك بعمق					
٣	شاهد منظرًا جميلًا وركز عليه					
٤	ارتد ثيابًا أو ملابس نظيفة					
٥	قش شيئًا جميلًا متفعلًا للمفرجين منك					
٦	استمع للقرآن الكريم					
٧	قرأ القرآن الكريم أو الإنجيل.					
٨	تحدث عن شيء سار لو مرج					
٩	شاهد مسرحية كوميدية					
١٠	شاهد أو شيء تحبه خارج المنزل					
١١	قم بإعداد شيء تحبه					
١٢	تناول طعامًا أو شرابًا بالخارج					
١٣	اجتمع مع أشخاص منجزيين					
١٤	قصص بعض الوقت في مشاهدة الطبيعة					
١٥	تحدث بإعجاب عن بعض منجزاتك					
١٦	تدرب على شخصيات جديدة تحظى بالتقدير					

م	نشاطات سارة تتعرض . مع المساعدة من الكتاب	التكرار		درجة الإقبال قبل الممارسة	درجة الراحة بعد الممارسة	درجة الراحة بعد الممارسة
		يوميًا	أسبوعيًا			
١٧	أشعر بوجود الله وتحدث عن رعايته لك					
١٨	أيقسم باستمرار لأشخاص					
١٩	أقطع وقتًا متعمداً للفراغ الممتع					
٢٠	أشاهد غروب الشمس مع من أحب					
٢١	نعم بعمق واستمتع بالنوم					
٢٢	أسرح مع المناظر الجميلة التي تحبها					
٢٣	تحدث عن شخص مرح يحب التكت					
٢٤	تخيل موقف الراحة مع من أحب					
٢٥	تخيل عظمة المستقبل الذي ينتظرك					
٢٦	كلّف نفسك على إنجاز فعلته					

استمارة خطوات زيادة فعالية النشاطات السارة في الحياة.

إعداد:

محمود عيد مصطفى.

إشراف:

أ.م. / محمد نجيب الصبوة أ.م. / حسن علي حسن معلم.

- ١- اختر ستة نشاطات سارة، إما بالاستعانة بقائمة النشاطات المرفقة، أو ستة نشاطات من جانبك تعتقد أنها تمتعك وتسرك.
- ٢- الهدف من هذا الاختيار هو أن تمارسها بإرادتك على مدى ثلاثة أسابيع.
- ٣- انتق ثلاثة من هذه النشاطات لكي تمارسها، بمفردك، وثلاثة أخرى يمكنك ممارستها بالاشتراك مع أشخاص آخرين.
- ٤- يفضل أن تستغرق في ممارسة كل نشاط لمدة عشر دقائق أو أكثر في اليوم الواحد، على ألا تفكر في أي شيء آخر أثناء الممارسة.
- ٥- ضع لكل نشاط الجوانب الآتية في ورقة منفصلة:

اسم النشاط المستهدف ممارسته:

تاريخ البدء في ممارسته له:

هذا النشاط ممتع لي لثلاثة أسباب هي:

(١)

(٢)

(٣)

- ٦- حدد مكاناً هادئاً أو مريحاً لك على أي وضع، واجلس فيه باسترخاء ثلاث مرات يومياً، ثم قم بالنشاط الذي اخترته بطريقة التخيل، ثم قم

بالتقيد الفعلي له. استمر في ذلك كل يوم، إلى أن تتمكن من غرس هذه العادة في جدولك اليومي أو الأسبوعي، وبحيث تصبح عادة تلقائية.

٧- حدد درجة الاكتئاب قبل الممارسة (..../١٠).

حدد درجة الاكتئاب بعد الممارسة (..../١٠).

استمارة مراقبة شخصية لدى التقدم في الاسترخاء.

مقياس التقييم يتراوح بين صفر و ١٠، حيث صفر = أقصى حالات الاسترخاء والهدوء و ١٠ = أقصى حالات التوتر والشدة.

تاريخ التقييم: من:/...../..... إلى:/...../.....

متوسط الدرجة لليوم	الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الجمعة	متوسط الدرجة المجموع + الأيام
١- أكثر الأوقات توترا							
الدرجة							
متى							
أين							
الموقف							
٢- لكثر الأوقات استرخاء مدونا							
الدرجة							
متى							
أين							
الموقف							
٣- أعراض التوتر							
ص- صداع							
م- آلام المعدة							
ن- اضطراب النوم							
٤- ممارسة الاسترخاء							
متى تمت بالتدريب ؟							
طول المدة في كل مرة							
الدرجة قبل الاسترخاء							
الدرجة بعده							

أسئلة يسألها المريض لنفسه:

- ما هو دليلك على أن هذه الأفكار التلقائية هي نتيجة لأشياء حقيقية ؟
- هل يود لديك تفسير آخر لما حدث وأدى إلى هذه الأفكار ؟
- ما هو أسوأ شئ يمكن أن يصيبك نتيجة لما حدث ؟ وهل تستطيع التعايش بهذه الصورة ؟ ما هو أحسن شئ يمكن أن يحدث لك نتيجة ما حدث يمكن أن تتوقعه ؟
- ذكرت أسوأ شئ وأحسن شئ يمكن أن يحدث لك . الآن ما هو المفروض أن يحدث لك كنتيجة منطقية لما حدث ؟
- ما هي نتيجة تصديقك لأفكارك التلقائية ؟
- ماذا يمكن أن أفعله بخصوص هذه الأفكار ؟
- إذا كان لي صديق مثل هذه المواقف وله مثل هذه الأفكار ماذا سأقول له ؟

سجل بيك اليومي للأفكار الخاصة.

عندما تلاحظ أن مزاجك يسوء اسأل نفسك ما الذي يدور في عقلك الآن. وبسرعة الجأ للإجابة على الأسئلة في الجدول التالي:

التاريخ	المواقف:	الأفكار الإكبية:	المشاعر:	رد فعل بديل	النتيجة:
	— ما هو الحدث العقلي أو أحلام اليقظة أو الأفكار التي أدت إلى حدوث المشاعر السلبية؟	— ما هي الأفكار أو فلتخيلات التي في بالك أو خاطرك؟	— ما هي المشاعر (حزن - ثوتر - غضب) التي تشعر بها في ذلك الوقت؟	(اختياري): — ما هي الاضطرابات الفكرية التي أحسستها؟	— إلى أي درجة تعتقد في صدق كل ما تصف به الأفكار الإكبية؟
	— ما هي الأحاساس الجسمية التي تملك ؟	— كم تعتقد أنها أفكار واقعية؟	— إلى أي درجة هذه المشاعر؟ (صفر - ١٠٠)	— استخدم الأسئلة في أسفل للصفحة لتكون رد فعل للأفكار.	— ما هي المشاعر التي تشعر بها الآن وما قوة هذه المشاعر؟ (صفر - ١٠٠)

ماذا يجب أن تعرف عن

الاكتئاب.

مقدمة:

سوف يقدم لك هذا الكتيب، قدر من المعلومات عن مرض الاكتئاب، وهذه المعلومات تم صياغتها بصورة مبسطة، وواضحة ولا تتطلب مجهوداً كبيراً في فهمها، وهي مختصرة أيضاً بحيث لن تستغرق وقتاً طويلاً في قراءتها واستيعابها. وهذه المعلومات على قدر بساطتها إلا أنها تعطيك فكرة شاملة عن مرض الاكتئاب، وأعراضه، ونوعه المختلفة، وأيضاً التفسيرات التي قدمت له، وأخيراً ما يقدم من أساليب علاجية لعلاج الاكتئاب.

اقرأ هذه المعلومات جيداً، وإن كانت هناك معلومات تحتاج إلى إيضاح يمكن أن نتناقش فيها في الجلسات القادمة في العلاج.

ماذا يجب أن تعرف عن الاكتئاب.

يُعرف الاكتئاب للغالبية العظمى من الناس على أنه يعبر عن استجابة عادية تسببها خبرة مؤلمة مثل الفشل في علاقة أو خيبة أمل، أو فقدان شيء مهم كالعمل، أو وفاة إنسان غالي. وما يميز هذا النوع هو أنه لا يستمر لفترات طويلة، بل قد لا تتجاوز فترته أسبوعين وغالباً ما يكون مرتبطاً بالموقف الذي تسبب فيه.

أما الاكتئاب المرضي فهو يتصف بأنه أكثر حدة، ويستمر لفترات طويلة، ويعوق الفرد بدرجة كبيرة عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة، وأيضاً الأسباب التي تثيره قد لا تكون واضحة، أو متميزة بالشكل الذي نراه عند غالبية الناس.

ما هي أعراض الاكتئاب..

يمكن القول بشكل عام أن هناك ثلاث مجموعات من أعراض الاكتئاب فمنها ما هو عضوي جسدي، وما هو مزاجي، وما هو اجتماعي ومن هذه الأعراض ما يلي:

- ١- الانهباط والكدر: وهو شعور الفرد بالاستياء، وعدم البهجة، فغالباً ما يبدو المكتئب حزينا ومغموماً، ويائساً، وتبدو حياته خالية من المعنى والقيمة.
- ٢- ضعف مستوى النشاط الحركي والخمول: من العلامات المميزة، أن مستوى النشاط العام للفرد المكتئب يكون أقل بشكل واضح عن ما كان عليه في السابق، وتبدو النشاطات اليومية مثل الذهاب للعمل، أو القيام بالواجبات والمهام المنزلية شيئاً عسيراً ويصعب إنجازه، وتبدو الأشياء التي كان يهواها سابقاً غير مرغوب فيها ولا دافع لديه لأدائها.
- ٣- الشعور بتثاقل الأعباء: تتزايد شكاوى الأفراد المكتئبين من الآخرين، حيث يعتقدون أنهم يحملونهم ما لا طاقة لهم به، ويلومون الظروف الخارجية والضغط الواقعة عليهم، مثل الموظف الذي يشكو دائماً من كثرة الأعمال المسندة إليه، أو الطالب الذي يشكو من كثرة الواجبات، أو ربة المنزل التي تشكو من إلحاحات زوجها وأولادها عليها وأن ما بها من كرب سوف يختفى لو أن زوجها وأولادها كفوا عن إلحاحاتهم عليها.
- ٤- الشكاوى الجسمية والآلام العضوية: وتعتبر أكثر الأعراض شيوعاً، فعادة ما يكون الاكتئاب مستتراً أو متخفياً في شكل الشكاوى الدالة على سرعة التعب والإرهاق، وضعف الطاقة، وآلام الظهر

والجسم، دون أن تكون هناك أسباب عضوية واضحة. ومن هذه الشكاوى اضطرابات النوم مثل الاستيقاظ مبكراً، والعجز عن مواصلة النوم، أو النوم المتقطع أو صعوبة الاستيقاظ في الصباح. وأيضاً اضطرابات الشهية بما فيها فقد الشهية، وفقدان الوزن، إلا أن بعض مرضى الاكتئاب لديهم عكس ذلك مثل الإفراط في الأكل وزيادة الوزن. ومن هذه الشكاوى أيضاً الصداع وآلام المعدة وتقلصاتهما، وأيضاً فقدان الرغبة الجنسية، وعدم الاستمتاع بها.

٥- تؤثر العلاقات الاجتماعية: تعبر نسبة كبيرة من المكتئبين عن صعوبة واضحة في التعامل مع الآخرين والتفاعل معهم وتظهر في أشكال معينة منها، عدم الرضا عن العلاقات الاجتماعية كالعلاقة بالزوج أو الزوجة، أو الزملاء، أو العلاقات المعتادة بالناس المألوفين. ويشعر بعضهم بالقلق تجاه المواقف الاجتماعية المتوقعة، ويجد بعضهم صعوبة في التعبير عن استيائهم ورفضهم للأشياء أو المواقف التي تمثل عبئاً على الوقت والصحة والراحة، وضعف قدرتهم على تأكيد ذاتهم، على شهور الأفراد المكتئبين بالوحدة، واهتقادهم لحب الآخرين.

٦- مشاعر الذنب واللوم المُرَضِي للنفْس: يعبر مرضى الاكتئاب عن مرضهم بمشاعر حادة من الشعور بالذنب، ولوم النفس، فهم يصفون أنفسهم بأنهم أسوأ مما هم عليه بالفعل، أو أسوأ مما يتوقع الناس، فهم يرون أنفسهم على أنهم أشرار، وخاطئون، وسيئون، وأنهم يمثلون عبئاً على الآخرين.

٧- الإدراك السلبي للبيئة والتفكير الإنهزامي: إن ما يحمله الفرد من معتقدات عن نفسه، وعن الأحداث الخارجية التي يمر بها، يكون ملازماً لحالته الاكتئابية فهو يرى ويصف نفسه بالقصور وعدم اللياقة، والنقص،

والعجز، والفضل. وأيضاً نرى المكتئب أنه يصف ويتعامل مع الموقف والأحداث الخارجية السلبية أو الصعبة نسبياً على أنها مواقف محبطة، وأن الصعوبات التي يواجهها يستحيل التعايش معها أو مواجهتها.

ولابد أن نشير هنا إلى أنه ليس بالضرورة توافر كل الأعراض السابقة لدى مريض الاكتئاب، بل يكفي بعضها فقط، لأن كل فرد يختلف عن الآخر في تعبيره عن مرضه، وذلك لوجود فروق فردية بين الأفراد، وأيضاً اختلافاً في الخبرات الشخصية، والأحداث الحياتية، وسمات الشخصية.

أنواع الاكتئاب:

هناك عدة أنواع من الاكتئاب يمكن وصفها على النحو التالي:

- ١- الاكتئاب الاستجابي: وهو يسمى بالاستجابي لأنه غالباً ما يكون مرتبطاً بأحداث خارجية أو استجابة لها مثل كوارث موت الأعداء، أو الطلاق، أو الكوارث المادية، وهنا يكون الاكتئاب مرتبطاً بالموقف أو الأحداث الخارجية وفي العادة ينتهي بعد فترة قصيرة.
- ٢- الاكتئاب العصبي: يولد استمرار الاكتئاب بعد زوال الأسباب التي أدت إليه، لفترة لاحقة لمدة أسبوعين أو أكثر فهو يسمى بالاكتئاب العصبي، وهنا يكون مصحوباً بمشاعر اليأس، والقلق، والخوف، والإحباط.
- ٣- الاكتئاب اللزج: يوصيه يكون الفرد اعتمادياً سلبياً، كثير الشكوى، ودائماً ينمى حظه العاثر ويتفطن في اكتشاف أخطائه، والإعلان عن جوانب ضعفه، وسلبياته، ويتجاهل إيجابياته ومميزاته.

٤- الاكتئاب الداخلي فهو يحدث دون وجود أسباب خارجية واضحة ويعتبر أكثر شدة من الأنواع السابقة وقد يحتاج إلى تناول عقاقير طبية إلى جانب العلاجات النفسية.

٥- الإضطراب الدوري، ويسمى أيضاً باضطراب الهوس والاكتئاب، وهو يجيء في شكل دورات من الإكتئاب، تسبقها أو تتبعها فترات أو نوبات من الهوس والنشاط الزائد وهذا النوع قد يؤثر على قدرته على التفكير السليم، ويشوه إدراكه لنفسه وللعالم من حوله، وقد يؤدي به إلى الانتحار.

٦- الاكتئاب الموسمي؛ وهو الذي يشيع عند بعض الأشخاص في بعض شهور السنة خاصة في أشهر الشتاء، ويكون في شكل رغبة في الإنعزال، والميل للحزن، مع ميل للأضعمة الفنية بالدهون والسكريات والنشويات.

كيف نتعرف على الاكتئاب:

يتم التعرف على الاكتئاب من خلال عدد من المقاييس والاختبارات النفسية التي تتناول عدداً من الأعراض الخاصة بالإكتئاب، ويقوم المريض بالإجابة عن هذه المقاييس، والأسئلة الموجهة إليه بهدف تشخيص الحالة سواء من قبل الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي المعالج. وبعد أن يجيب المريض على هذه المقاييس يتم تحديد مستوى الاكتئاب لديه.

كيف نفسر الاكتئاب:

عندما نتكلم عن تفسير الاكتئاب فنحن نتحدث عن أسبابه، وهناك نظريات كثيرة حاولت تفسير الاكتئاب، وبيان أسباب حدوثه، ويمكن الإشارة إلى بعض هذه النظريات ببساطة كما يلي:

- ١- تفيد بعض النظريات أن الاكتئاب قد ينتج عن الصراع الداخلي داخل شخصية الفرد.
- ٢- تقول بعض النظريات أن هناك أسباباً وراثية خاصة بالجينات وبعض العوامل الأخرى.
- ٣- قد يكون السبب هو خلل واضطراب في بعض الهرمونات، والمواد الكيميائية التي يعززها المخ.
- ٤- قد ينتج الاكتئاب عند التعرض لبعض الضغوط النفسية، وأحداث الحياة الشاقة مثل ضغوط العمل، ورعاية الأبناء.
- ٥- قد يشعر الفرد بالاكتئاب نتيجة عدم قدرته أو ضعف مهاراته في مواجهة مشكلاته ووضع حلول مناسبة لها.
- ٦- قد ينتج الاكتئاب أيضاً عن اضطراب أو عجز في المهارات الاجتماعية لدى الأفراد أو التي تؤثر في مستوى تفاعلهم مع المجتمع.
- ٧- وجود بعض الأفكار السلبية عن الذات وعن العالم وعن المستقبل وهذه هي اتجاهات المريض التي يحكم بها على كل ما يحيط به، ويفسر بها كل الأحداث التي تحدث له.

علاج الاكتئاب:

هناك جانبين مهمين في علاج الاكتئاب هما:

- ١- العلاج الدوائي؛ وهو عبارة عن الأدوية التي يصفها الطبيب النفسي للمريض على أن يتناولها بانتظام، ولا يقوم بالامتناع عن تناول الدواء أو التقليل من الجرعة إلا بعد استشارة طبيبه المعالج. وهناك عدد من الأدوية المعروفة لعلاج الاكتئاب مثل البروزاك، والزاناكس وغيرها من الأدوية.

٢- العلاج النفسي: والعلاج النفسي له عدد من الأنواع والأساليب مثل العلاج بالتحليل النفسي، العلاج السلوكي، العلاج البين شخصي المتبادل، العلاج المعرفي، والعلاج المعرفي السلوكي. وغيرها من الأساليب التي قد استخدمت في علاج الاكتئاب. والعلاج النفسي يقوم به المعالجين النفسيين في عياداتهم الخاصة أو المستشفيات، وليس للعلاج النفسي آثار جانبية مثل العلاج الدوائي، فإذا لم يستفد المريض من العلاج النفسي فلن يضره شيء من التعرض لخبرة جديدة ومفيدة، لكن في كل الأحوال يستفيد المريض من العلاج النفسي في صقل مهاراته وشحذ قدراته، وتبخره بذاته.

والعلاج النفسي عبارة عن عدد من الجلسات التي تقدم على الأقل مرة أسبوعياً بشكل منتظم يتم فيها عمل إجراءات علاجية معينة. تساعد المريض في تحسين أعراضه الاكتئابية وتقلبه عليها، ويختلف الأفراد في مدى استجابتهم للعلاج النفسي وذلك تبعاً لحدة أعراضهم، وعدى انتزاعهم بكلام وتوجيهات المعالج، وأيضاً المهام التي تعطى لهم، وعدى مداومتهم في العلاج.

النص الخاص.

بالعلاج المعرفى السلوكى.

ما معنى العلاج المعرفى السلوكى للإكتئاب؟

تختلف نظرة الشخص المكتئب إلى الحياة، والأحداث عن بقية الأشخاص الأسوياء، وربما تكون مشكلة الشخص المكتئب تكمن فى كيفية نظره وتفسيره لتلك الأحداث، وغالباً لا تكون المشكلة فى أحداث الحياة ذاتها لكن فى نظرتنا لها، فمن يرتدى نظارة سوداء يرى كل شئ أسود، ومن لا يرتديها يرى الأشياء على طبيعتها، فالشخص المكتئب لا ينظر إلا لسلبياته ونقاط فشله، أو ما يعتقد أنه فشلاً ويميل إلى تفسير المواقف المختلفة تفسيراً يتوافق مع نظره السلبية للأمور، فتكون النتيجة حلقة مفرغة تؤدي به للإكتئاب ومن هنا جاءت فكرة العلاج المعرفى والذي يتعامل مع طريقة تفكير الشخص وتفسيره للمواقف والأحداث المختلفة والوصول إلى نظرة موضوعية يتخلص فيها المريض من أفكاره السلبية وينظر للحياة نظرة طبيعية موضوعية بعيداً عن التفسيرات السلبية التشاؤمية المرضية.

ويهتم العلاج المعرفى فى البداية بتحديد الأفكار والاتجاهات السلبية لدى المريض، وأن تكشف هذه الأفكار للمريض ويتم مناقشة هذه الأفكار ووضعها فى شكل أسئلة أو تساؤلات منطقية، وذلك بهدف استبدالها بأفكار واقعية معقولة ومقبولة تتلاءم مع الموقف. وتساعدنا هذه الطريقة على اكتشاف طرق تفكيرنا السابقة، وأنها لم تعد تنفع، وأنها إذا دأبنا على الاستمرار بإتباع هذه الطريقة فى التفكير فإننا سوف نكرر اضطراباتنا وأيضاً سوف نزيد من قوة تأثيرها وشدتها. والتغير فى المجال المعرفى (أى الأفكار) ينعكس آثاره فى مجال الفعل والشعور.

وهناك طرق عديدة لإنجاز هذا التغيير في الأفكار والتي تساعدنا على رؤية هذه الأفكار السلبية، والإيجابية بعد تغييرها مثل التسجيل الوهتي لتلك الأفكار عند ظهورها، وأيضاً تسجيل المشاعر المصاحبة لها، وأيضاً تسجيل الأفكار الإيجابية (بعد تعديل الأفكار السلبية) وأيضاً المشاعر المصاحبة لها وذلك عن طريق ما يسمى بالمراقبة الذاتية، أي أن الفرد يراقب نفسه وطريقة تفكيره. وأيضاً ما يسمى بمقاطعة الفكرة وإيقافها. أي أن الفرد عندما ترد على ذهنه فكرة تتردد باستمرار، فهو يقوم بإيقاف الفكرة عمداً مستخدماً عبارة تعني هذا المعنى مثل "قف" بشكل غير مسموع أو أنه يفكر في فكرة أخرى بديلة تقطع هذه الفكرة.

وهناك أساليب مساعدة للعلاج المعرفي للإكتئاب، وهي أساليب تسمى الأساليب السلوكية لذلك يسمى الإثنين معاً باتحاد هي: العلاج المعرفي السلوكي وهو نوع من العلاجات الذي يستخدم الأساليب المعرفية والأساليب السلوكية.

والأساليب السلوكية هي عبارة عن عدد من النشاطات التي يقوم بها الفرد داخل الجلسة العلاجية وأيضاً خارجها، بهدف تقليل مستويات التوتر والقلق، والضيوط الواقعة عليه، ومن هذه الأساليب وما سوف نستخدمها في خلال الجلسات القادمة: الاسترخاء العضلي، وممارسة الأنشطة السارة، وأداء الأدوار.

ما أخطاء التفكير ٩.

كما عرفت سابقاً، بأن المكتتبون تكون لديهم أنماطاً سلبية من التفكير تؤدي إلى تفسير خاطئ ومشوه للمواقف والأحداث، فهنا سوف نتعرف على أنواع مختلفة من أخطاء التفكير التي تظهر لدى مرضى الاكتئاب كما يلي:

[١] التهويل والتهوين:

وهو عبارة عن الميل للمبالغة في إدراك الأشياء أو الخبرات الواقعية المحايدة، ونبالغ في معانيها مثل تصور الخطر والدمار فيها. وببالغ الأفراد في تفسير الأشياء ويتوقع دائماً الشر لنفسه، ولأسرته، وممتلكاته، أو يخاف أن يفقد وظيفته أو مكانته أو الأشخاص الأعزاء في حياته. وفي حالة الأفراد المكتتبين فإن التهويل يأخذ شكلاً مختلفاً، فالشخص يميل إلى تهويل عيويه أو المبالغة فيها فالخطأ البسيط يصبح عنده كارثة تدمر السمعة وتوجيه نقد عابر له يعني جرحاً للكرامة، والدفاع عن النفس في بعض المواقف يعني أنه تجاوز الحدود ويستحق العقاب.

وفي الوقت نفسه يميل إلى التهوين من مزاياه وإيجابياته ويقلل من قيمة ذاته.

[٢] التعميم:

وهو الميل إلى إصدار الأحكام المتطرفة، فمجرد توجيه نقد بسيط للفرد، فذلك يعني عنده أنه فاشل تماماً في كل شئ. وفشله في تحقيق هدف ما يعني له أنه عاجز تماماً عن تحقيق أي هدف في الحياة. ومجرد بُعد صديق ما عنه يعني أنه بدأ في أن يخسر كل أصدقاءه، أي أنه يقوم بتعميم الأشياء الصغيرة على كل شئ شبيه له في حياته.

[٣] الكل أو اللاشيء:

يميل بعض الأشخاص إلى إدراك الأشياء على أنها إما بيضاء أو سوداء حسنة أو سيئة، خبيثة أو طيبة، صادقة أو خائنة، غير متوقعين أو مدركين أن الشئ الواحد قد يبدو في ظاهر الأمر سيئاً، لكن ربما يحتمل أن تكون فيه أشياء إيجابية، أو أنه في المستقبل قد يؤدي إلى نتائج إيجابية. والشئ المنطقي هو أنه لا يوجد شئ يتصف بالكمال المطلق وهذه حقيقة تتعلق على كل الأفراد وكل الأشياء.

[٤] عزل الأشياء عن سياقها:

ومثال بسيط عن ذلك هو أن الشخص قد يرفض التقدم لعمل مناسب لأنه رفض في عمل سابق لأسباب لا علاقة لها بإمكانياته ومواهبه وقدراته وما يتطلبه العمل الجديد. فالشخص هنا يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل كل الموقف وكأنه يلبس نظاراً لا يرى به إلا الأشياء السيئة في حياته.

[٥] التفسير السلبي لما هو إيجابي:

وهنا يميل المريض الاكتابي ليس فقط إلى انتقاء ما هو سلبي، بل أيضاً يفسر الأمور الإيجابية تفسيراً سلبياً. فالشخص الذي لا يرى شئ إيجابي في حياته ويقر كل ما هو إيجابي بشكل سلبي فهو دائم الخسارة والتعاسة والعجز عن الاستمتاع بالأشياء الإيجابية في الحياة.

[٦] القفز إلى الاستنتاجات:

في كثير من حالات الاكتئاب يكون السلوك ناتجاً عن خطأ في تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة أو بسبب وجود ظروف مختلفة، ففي

هذا النوع من أخطاء التفكير وهو محاولة قراءة أفكار الآخرين. أو معرفة وتوقع ما يفكرون به ليس ذلك فقط بل أن الفرد المكتئب يتصرف تجاه نفسه والعالم والآخرين وفق هذه التصورات التي يتوقعها كما لو كانت حقيقة.

قراءة المستقبل سلبياً:

وهو ما يسمى بخطأ المنجم أو قارئ البخت ويتمثل ذلك فيما تتخيله من توقعات سلبية عن المستقبل، والمصير المعتم الذي ينتظرنا أو ينتظر المقربين منا وكأننا أصبحنا عالمين بالغيب وما تحمله الأقدار من مصائب وكوارث. فالمكتئب يجد نفسه فجأة يتوقع أن شيئاً ضاراً سوف يحدث له أو لأحد أفراد أسرته في المستقبل فيجد نفسه مصاباً بالحزن وانهم ورغم أن ذلك هو مجرد توقع فقط فإنه يتعامل معه كأنه شيء يقيني صادق لا يقبل النقاش.

(٧) التأهيل الشخصي للأمور:

وهنا يقوم مريض الاكتئاب بأن ينسب إلى نفسه (دون وجود برهان) مسئولية أي أخطاء خارجية تحدث، ويحمل نفسه مسئولية النتائج السلبية في المواقف التي يمر بها (أو حتى التي لا تتعلق به شخصياً).

هذه هي أخطاء التفكير التي دائماً ما يقع فيها أو هي بعضها الأفراد المكتئبون والتي تشكل قدراً كبيراً من التشويه الحادث في أفكارهم واستجاباتهم والتي تؤدي بهم إلى زيادة حدة أعراضهم الاكتئابية. وليس شرطاً أن تتواجد كل هذه الأنواع لدى الفرد الواحد بل يمكن أن يكون أحدها فقط أو بعضها. وتحتاج هذه الأخطاء إلى نوع من التعديل المعرفي لمعالجة هذه الأخطاء.

حل المشكلات

كيف نتبنى طرقاً أكثر إيجابية لحل مشكلاتنا؟

هناك طرق عديدة وجديدة تستخدم في علاج طرق التفكير والمعتقدات ومنها تعليم الأشخاص طرقاً جديدة لحل مشكلاتهم العاطفية والسلوكية والاجتماعية. فيمكن أن نتصور أن الاضطراب يحدث عندما يفشل الفرد في مواجهة صعوبات تتوقع توافقه مع المجتمع؛ وتنبه من أن يستخدم إمكانياته ونقاط القوة فيه بشكل جيد. لذلك فإن الصحة النفسية تتطلب أن نتعلم طرقاً أكثر إيجابية لمواجهة مشكلاتنا العاطفية والنفسية والسلوكية والاجتماعية. وذلك وفق عدد من النقاط ذكرناها سابقاً خلال الجلسة وسوف نعيدها الآن لأهميتها وهي كالتالي:

- ١- تنمية قدرتنا على حل المشاكل بدلاً من الهروب منها أو تأجيلها أو تجنب المواقف المرتبطة بها.
 - ٢- معرفة أن هناك طرقاً بديلة للوصول إلى الأهداف غير الطرق المرضية التي نعرفها.
 - ٣- تنمية قدرتنا على فهم دوافع الآخرين الذين يدخلون معنا في تعاملاتنا أو علاقاتنا الاجتماعية.
 - ٤- أن تدرك أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف.
- لذلك فمن الضروري أن نساعد الشخص على أن يوظف أفكاره الجديدة المنطقية عندما تحدث، وذلك بتكليفه بمهام منزلية يقوم الشخص من خلالها بممارسة هذه الأفكار عمداً وفي مواقف واقعية، أي أن يتعرف بطريقة تظهر اتجاهه الجديد، وتوضح تغيراته الذهنية الإيجابية. ومن الأساليب التي تستخدم في تعديل طرق حل المشكلات ما يأتي:

[١] تعديل أهمية بعض الأهداف:.

وهنا نقوم بعملية التصحيح المستمر لأخطاؤنا في القيم والأفكار، ويجب النظر إلى ربط أهدافنا بالنتائج المستقبلية القائمة على فهم دوافع الآخرين، وذلك يؤدي إلى تعويل الفرد لسلوكه الاجتماعي، عندما يعرف أن أهدافه غير معقولة أو أنها ليست بالأهمية التي يراها هو، مما يؤدي إلى مرید من التوافق.

[٢] التعديل البيئي:.

وهنا نقوم بتغيير البيئة الاجتماعية لإحداث تغيير في الشخصية، وقد يشمل هذا التغيير بعض الأفراد المحيطين بالمريض مثل الأصدقاء والأقارب وزملاء العمل، والزوجة (الزوج)، وتؤدي بعض التغييرات مثل تغيير طريقة اللبس أو الكلام، أو الوضع الاجتماعي إلى إحداث تغييرات في توقعات الأفراد عنا وبالتالي تغير سلوكنا.

وهناك طرقاً أخرى لحل المشكلات سوف نستخدمها ونناقشها بشكل عملي في أثناء الجلسات القادمة مثل:.

الكف المتبادل، والإقلال من التناظر المعرفي، وتجنب الربط بين وقائع وأحداث غير مترابطة بالضرورة.

تأكيد الذات.

تأكيد الذات هي إحدى خصائص الشخصية التي تميز الأشخاص الناجحون، وهذا المفهوم يمثل صفة، أو سمة شخصية عامة. أي أنها قد تتوافر في بعض الأشخاص فيكونوا أكثر تأكيداً لذاتهم وقد لا تتوافر في البعض الآخر فيصبحون أكثر سلبية وعجزاً عن تأكيد ذاتهم في المواقف المختلفة. وهذه الخاصية تشير إلى قدرة يمكن التدريب عليه وتطويرها وتمييزها لدى الأفراد. ويمكن أن يكون الفرد تأكيدياً (أي له القدرة على تأكيد ذاته) في بعض المواقف، وسلبياً في مواقف أخرى ومن هنا يكون هدف العلاج النفسي أن ندرب الفرد الذي يعاني من المرض النفسي مثل الاكتئاب على أن يطور إمكاناته في التعبير عن نفسه، وزيادة الثقة فيها في المواقف التي يعجز فيها عن ذلك.

وهناك عديد من البرامج التي وضعت لتدريب الأفراد على هذه القدرة، وعن طريق هذه البرامج أصبح بالإمكان التخفيف من كثير من الأعراض المرضية التي يكون فيها اضطراب المهارات الاجتماعية أحد مكوناتها الرئيسية بها هي ذلك القلق والاكتئاب.

وتتضمن التوكيدية كثيراً من التلقائية، والحرية في التعبير عن المشاعر الإيجابية، والسلبية أيضاً، وتساعدنا على تحقيق أكبر قدر من النجاح في علاقاتنا الاجتماعية مع الآخرين.

والسؤال هنا: ما علاقة تأكيد الذات بالصحة النفسية؟ ولماذا يجب على المكتئبين تدعيمها؟ وللإجابة عن هذا السؤال ننظر إلى ما سبق عن معاني التوكيدية وأيضاً أنها تعني أن تكون لدينا القدرة على أن نفتح للآخرين أنفسنا ومشاعرنا أي عدم الخوف من أن نطلع الآخرين على مشاعرنا بدلاً من أن نخفيها بداخلنا. لذلك يكون من السهل أن نبنى علاقات دافئة ومستمرة مع

الآخرين. وذلك لما تخلقه طمأنينة وأمناً متبادلين، وقدر عال من التواصل الجيد، وعدم الخوف من كشف الذات للآخر. ويمثل هذا النوع من العلاقات الاجتماعية الإيجابية جانباً من جوانب المهمة في التغلب على الاكتئاب فنحن نشعر بالاكتئاب عادة عندما نفشل في أن نجد علاقة أو علاقات يتوافر فيها هذا الدفء.

ولأن الأفراد التوكيديين يتكلمون أكثر، ويعبرون عن مشاعرهم في داخل الجماعة بحرية أكبر، فهم يعطون الآخرين فرصة أكثر للتعبير المماثل عن مشاعرهم. ومن هنا فإن التعبير عن المشاعر بثقة يخلق جواً إيجابياً، ويساعد على وجود جو اجتماعي دافئ وآمن. وكل ذلك يجعل من تأكيد الذات أحد المتطلبات الرئيسية للصحة بشكل عام، ولمقاومة الاكتئاب بشكل خاص.

لذلك ففي سياق جلسات العلاجية، سوف تتبع عدداً من التدريبات الخاصة بتوكيد الذات، وأيضاً عدداً من المهام المنزلية التي تساعد على تنمية هذه الخاصية لدينا وتساعدنا على التغلب على مشاعر وأعراض الاكتئاب.

الضغوط النفسية

يشير مفهوم الضغط في معناه البسيط إلى أي تغير داخلي، أو خارجي يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة، وبعبارة أخرى، تمثل الأحداث الخارجية بما فيها ظروف العمل، والتلوث البيئي، أو السفر، والصراعات الأسرية، ضغوطاً مثلها مثل الأحداث الداخلية أو التغيرات العضوية مثل الإصابة بالأمراض والأرق، أو التغيرات الهرمونية، (سوء استخدام العقاقير، والكحوليات واختلال النظام الغذائي).

ومن المعروف أن هناك مجموعة كبيرة من الأمراض النفسية يعتقد أنها ناتجة عن الاضطرابات الانفعالية أو الضغوط مثل القلق، والاكتئاب، والوساوس القهرية.

وجسم الإنسان يظهر قدرأ من التكيف والتوافق على الضغوط يسمى "طاقة التكيف" وثبت أن استمرار التعرض للضغوط يؤدي تدريجياً إلى فقدان هذه الطاقة وانهيارها وتضعف قدرة الجسم على المقاومة فتحدث تبعاً لذلك الأمراض.

وهناك بعض العلامات الدالة على الضغوط النفسية وتعتبر إنذارات بتزايد الضغط والإجهاد مثل: اضطرابات النوم، اضطرابات الهضم، اضطرابات التنفس، خفقان القلب، القلق الزائد، الاكتئاب، التوتر العضلي والشد، الغضب لأتفه الأسباب، التفسير الخاطئ لتصرفات الآخرين، الإجهاد السريع، كثرة التعرض للأمراض والحوادث.

ومن الضغوط والأحداث الحياتية التي لها علاقة بحدوث ونشوء وتطور الاكتئاب نجد أن هناك أنواع خاصة من الضغوط توجد مصاحبة، أو سابقة لظهور الاضطراب، فيوجد تزايد في الأحداث والضغوط المرتبطة بالانفصال أو

الطلاق، والخسارة (المادية، والاجتماعية، والإنسانية، وكذلك الاضطرابات الأسرية وعدم التوافق والتكيف.

ونجد أن ليس كل الناس يستجيبون للضغوط بنفس القدر، ولا يستجيبون لها بطريقة واحدة، فبعضهم قد يصاب بالربو، أو السكر، أو ضغط الدم المرتفع أو ما إلى ذلك من الأمراض الأخرى. وبعضهم يعاني من القلق والاكتئاب.

ومن ناحية أخرى نجد أن أسوأ الضغوط، وأكثرها ارتباطاً بالاضطراب النفسى هي التى تحدث للفرد انذى يفترق إلى المساندة الوجدانية، والصلات الحميمة، فالعلاقات الاجتماعية والأسرية المنظمة تعتبر من المصادر الرئيسية للوقاية من الاكتئاب والقلق. والنسى تمثل دافعاً، ومدعماً أساسياً للاستمرار والنجاح.

والاستجابة باليأس والاكتئاب لأحداث الحياة والضغوط الناتجة عنها، يتوقف على ما يملكه الفرد من مهارات اجتماعية، فالأفراد ذوى الاهتمامات المهنية والاجتماعية الضعيفة يكون تأثير الضغوط عليهم أكثر شدة وأسوأ نتيجة.

لذلك فإن إتقاناً لمهارات اجتماعية جيدة (مثل تأكيد الذات) وتعلمنا لطرق مواجهة الضغوط وتقليل التوتر (مثل الاسترخاء والأنشطة السارة) من شأنها أن تخفف مشاعر وأعراض القلق والاكتئاب من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن الاستمرار والمداومة عليها وعلى ما سلكناه من أساليب للتفكير الإيجابى أن يقلل من احتمالات الانتكاس والوقوع فى الأعراض الاكتئابية مرة أخرى.

فهرس الجداول

١٣٥.....	جدول (١) مكونات المقابلة الأولية.....
١٣٨.....	جدول (٢) قائمة المشكلات لحالة مفترضة (س).....
٢٥٩.....	جدول (٣) الفروق بين المجموعات التجريبية الثلاث في متغير العمر.....
٢٥٩.....	جدول (٤) توزيع عينات لبحث على المتغيرات الديموجرافية وقيمة كاي ^٢ للفروق بين المجموعات.....
٢٧١.....	جدول (٥) معاملات ثبات ألفا لأنكوات الدراسة.....
٢٧٢.....	جدول (٦) يوضح الارتباط بين مقاييس الدراسة المختلفة.....
٢٧٤.....	جدول (٧) يوضح نسب الإتفاق بين المحكمين على بعض أدوات الدراسة.....

فهرس الأشكال

- شكل (١) تصنيف الاضطرابات المزاجية ووضع الاكتئاب في التصنيف..... ٤٣
- شكل (٢) النموذج المعرفي في تفسير الاكتئاب كما صاغته جوديث بيك..... ٧٣
- شكل (٣) استراتيجيات اختيار وتغير مضادات الاكتئاب..... ٩١
- شكل (٤). النموذج السلوكي لتفسير الاكتئاب..... ٩٢
- شكل (٥). النموذج المعرفي لتفسير الاكتئاب..... ١٥٢
- شكل (٦) رسم تخطيطي جلسات وأهداف البرنامج العلاجي..... ١٧٤
- شكل (٧) متوسطات أداء المجموعات الثلاث على كل من مقياسي بيك. وهاميلتون قبل العلاج (خط الأساس)..... ٢٨٥
- شكل (٨) متوسطات أداء مجموعات الدراسة على مقياسي تأكيد الذات وحل المشكلات قبل العلاج (خط الأساس)..... ٢٨٦
- شكل (٩) متوسطات أداء المجموعات الثلاث على مقياسي بيك وهاميلتون في القياس البعدي (بعد انتهاء العلاج)..... ٢٨٦
- شكل (١٠) أداء المجموعات الثلاث على مقياسي تأكيد الذات وحل المشكلات في القياس البعدي (بعد انتهاء العلاج)..... ٢٨٧
- شكل (١١) متوسطات أداء المجموعات الثلاث على مقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب في المتابعة الأولى..... ٢٨٧
- شكل (١٢) متوسطات أداء المجموعات الثلاث على مقياسي تأكيد الذات وحل المشكلات في المتابعة الأولى..... ٢٨٨
- شكل (١٣) متوسطات أداء المجموعات الثلاث على مقياس بيك وهاميلتون في المتابعة الثانية..... ٢٨٨

شكل (١٤) على اختبارات الدراسة لمتابعة التحسن داخل كل مجموعة على حدة عبر المراحل العلاجية باستخدام اختبار فريدمان. ٢٨٩

شكل (١٥) أداء المجموعة الأولى على مقياسي بيك وهاميلتون عبر المراحل العلاجية المتتالية من بداية خط الأساس حتى المتابعة الثانية، موضحاً مسار التحسن. ٢٩٠

شكل رقم (١٦) أداء مجموعة العلاج المعرفي السلوكي فقط على مقياسي تأكيد الذات وحل المشكلات الاجتماعية عبر المراحل العلاجية المتتالية موضحاً مسار التحسن. ٢٩١

شكل (١٧) مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي الطبي على مقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب عبر المراحل العلاجية المتتالية موضحاً مسار التحسن. ٢٩٢

شكل (١٨) أداء مجموعة العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة للعلاج الدوائي الطبي على كل من مقياسي تأكيد الذات وحل المشكلات الاجتماعية عبر المراحل العلاجية موضحاً مسار التحسن. ٢٩٣

شكل (١٩) أداء مجموعة العلاج الدوائي فقط على كل من مقياسي بيك وهاميلتون للاكتئاب عبر المراحل العلاجية المتتالية موضحاً مسار التحسن. ٢٩٤

شكل (٢٠) أداء مجموعة العلاج الدوائي فقط على مقياسي تأكيد الذات وحل المشكلات عبر المراحل العلاجية المتتالية موضحاً مسار التحسن. ٢٩٤

شكل (٢١) العلاقات التبادلية بين كل من أحداث الحياة، والمشكلات الحياتية، واستراتيجيات حل المشكلات والاكتئاب (Nezu, et al., 1989, p. 50). ٣١٠

شكل (٢٢): أنماط ومسارات التفاعل الوظيفي المتبادل بين مكونات العلاج المعرفي السلوكي في ضوء إعادة تعلم معالجة للمعلومات. ٣١٨

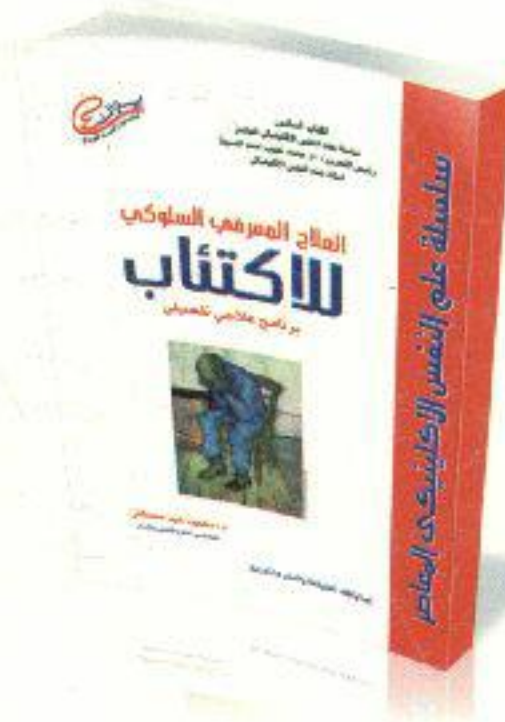
شكل (٢٣): مسار العملية العلاجية من وجهة نظر النظرية المعرفية. ٣٢٠

الفهرس

١٠	مقدمة محرر السلسلة
١٢	تصدير
١٥	الجزء الأول
١٧	الفصل الأول مقدمة نظرية
١٩	مقدمة
٢٢	نور العمليات العضوية والحدودية في الاكتئاب
٢٤	نور العلاجات الدوائية في علاج الاكتئاب
٢٦	مقاومة العلاج والكفاءة العلاجية
٢٩	العلاجات النفسية للاكتئاب
٣٧	الفصل الثاني الاكتئاب طبيعته وأعراضه والنظريات المفسرة له
٣٩	التعريف
٤١	التصنيف، والتشخيص، والأعراض
٥٠	النظريات المفسرة للاكتئاب
٥٠	أولاً: النظريات الحيوية
٥٣	ثانياً: النظريات النفسية والنفسية الاجتماعية والمعرفية
٥٣	[١] التحليل النفسي
٥٥	[٢] أخطاء التعلم الاجتماعي والعجز المكتسب Learned Helplessness
٥٨	[٣] الضغوط النفسية وأحداث الحياة
٦١	[٤] نظرية التفاعل بين الشخصي
٦٤	[٥] النظرية المعرفية
٧٩	الفصل الثالث علاج الاكتئاب
٨١	أولاً: العلاج الطبي النفسي (الدوائي)
١٠٩	ثانياً: العلاجات السلوكية
١٠٢	الأساليب السلوكية
١٠٩	العلاجات والأساليب المعرفية

١٢٢.....	العلاج المعرفي بين إليس وبيك.....
١٢٤.....	العلاج المعرفي السلوكي.....
١٤٩.....	الفصل الرابع برنامج العلاج المعرفي السلوكي لتحسين أعراض الاكتئاب.....
١٥١.....	مقدمة.....
١٥٧.....	العلاج النفسي متعدد المحاور.....
١٦٠.....	العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب والمساعدة الذاتية (self-Help).....
١٦٢.....	المساعدة الذاتية المسبقة بنموذج Modeling Self-Help.....
١٦٨.....	خطة تخفيف حدة الاكتئاب باستخدام أساليب المساعدة الذاتية المسبقة بنموذج.....
١٦٨.....	أولاً: الإطار العام للبرنامج.....
١٧٠.....	ثانياً: الأهداف والإجراءات العامة للبرنامج.....
١٧٥.....	جلسات برنامج العلاج المعرفي السلوكي لتحسين أعراض الاكتئاب.....
١٧٥.....	الجلسات.....
٢١١.....	الجزء الثاني.....
٢١٣.....	الفصل الخامس الدراسات السابقة: عرض نقدي.....
٢١٧.....	أولاً: دراسات الكفاءة العلاجية للأساليب العلاجية المنفردة والجديدة.....
٢٢٩.....	ثانياً: دراسات المقارنة بين مختلف علاجات الاكتئاب.....
٢٣٦.....	ثالثاً: دراسات للتصاحب العلاجي (الجمع بين أسلوبين علاجيين أو أكثر).....
٢٤٧.....	تعليق عام على الدراسات السابقة.....
٢٤٩.....	مشكلة الدراسة.....
٢٥٠.....	الفرض العام للدراسة.....
٢٥٣.....	الفصل السادس منهج البحث وإجراءاته.....
٢٥٥.....	أولاً: المنهج والتصميم التجريبي.....
٢٥٦.....	ثانياً: التعريف الإجرائي لتغيرت الدراسة.....
٢٥٦.....	أ- المتغير المستقل.....
٢٥٦.....	ب) المتغير التابع.....
٢٥٧.....	ثالثاً: إجراءات البحث.....
٢٧١.....	الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.....

٢٧٩	الفصل السابع عرض النتائج.....
	نتائج الفروق بين المجموعات في الأداء على اختبارات الدراسة المستخدمة
٢٨١	لمتابعة التحسن لدى المجموعات عبر المراحل العلاجية المتتالية.....
٢٩٥	تعليق عام على نتائج الدراسة.....
٢٩٧	الفصل الثامن مناقشة النتائج.....
٢٩٩	أولاً: مناقشة النتائج للكشف عن مدى تحقق فروض الدراسة.....
	ثانياً: الفروق داخل المجموعات في الأداء على الأدوات التي تمثل متغيرات
٣٠٨	الدراسة عبر المراحل العلاجية المتتالية.....
٣١٥	ثالثاً: تأثيرات وديناميات العلاج المعرفي السلوكي في ضوء نتائج الدراسة للراهنه.
	رابعاً: مدى إسهام الدراسة الراهنه في مجال العلاج النفسي بشكل عام، والعلاج
٣٢٢	المعرفي السلوكي على وجه الخصوص.....
٣٢٣	خامساً: ما أثّرته قتراسة الراهنه من تساؤلات، ومشكلات تحتاج لمزيد من الدراسة.
٣٢٥	المراجع.....
٣٢٥	أولاً: المراجع العربية.....
٣٢٧	ثانياً: المراجع الأجنبية.....
٣٤٣	الملاحق.....
٤١٣	فهرس الجداول.....
٤١٥	فهرس الأشكال.....
٤١٧	الفهرس.....



صدر أيضًا للنشر في مجال علم النفس

① سلسلة علم النفس الاكلينيكي المعاصر

١. أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن أورام المثانة السرطانية

٢. الأسس النفسية العصبية للوظائف التنفيذية

٣. اضطراب القراءة الارتقائي

٤. الاختلالات الزوجية

٥. العلاج المعرفي السلوكي المختصر

② الطفل التوحدي

③ سيكولوجية الطفل الأصم

④ العلاج المعرفي السلوكي للسمنة (دليل للمعالجين)

⑤ النوم (المشكلات - التشخيص - العلاج)

د. هناء شويح

د. نشوى عبد التواب

د. غادة عبد

د. صفاء إس

ت. د. محمود

د. حسام أحمد

د. سحرز

ت. د. محمد

أ. د. طارق أسعد

Bibliotheca Alexandrina



إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع

١٢ شارع حسين كامل سليم - الماظية - مصر الجديدة - القاهرة
ت : ٢٤١٧٣٧٤٩ - فاكس : ٢٤١٧٣٧٤٩ - ص. ب. : ٥٦٦٢ هليوبوليس غرب - رمز بريدي ١١٧٧١
E-mail: etraccom@gmail.com