



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة البليدة 2 - لونيبي علي
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية
والأرطوفونيا



فعالية برنامج علاجي متعدد المحاور في التخفيف من درجة
الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء
المصابات به

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي

إشراف:

أ.د/ نورة تواتي

إعداد:

فاطمة الزهراء عثمانى

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
فاطمة الزهراء اليازيدي	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 2	رئيسا
نورة تواتي	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 2	مشرفا ومقررا
عليمة دوخ	أستاذ محاضر أ	جامعة البليدة 2	عضوا مناقشا
كريمة إزيدي	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	عضوا مناقشا
آمنة ياسين	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران 2	عضوا مناقشا
فتحية عبد القادر شكراري	أستاذ التعليم العالي	جامعة المدية	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2025-2026

إهداء

إلى من أنزل الله تبارك وتعالى فيهما:

﴿وَخَفِضَ لَهُمَا جَنَاحَ الذُّلِّ مِنَ الرَّحْمَةِ وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا﴾ [سورة الإسراء،

الآية: 24]

والديّ الكريمين.. وقد أحسنا بي ما وسعهما الإحسان، وبذلا ما قدر لهما من البذل، أسأل

المولى عزّوجل أن يجزل ثوابهما، ويعينني على برهما ما حييت..

إلى إخوتي الأعزاء.. حفظهم الله، ووفقهم لكل خير وسداد..

أهدي ثمرة جهدي وبحثي العلمي

فاطمة الزهراء

شكر وتقدير

قال جلّ في علاه في كتابه العزيز: ﴿رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ﴾ [سورة النمل، الآية: 19]

الحمد والثناء لله الذي علّم بالقلم.. علّم الإنسان ما لم يعلم

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه، وله الشكر على عظيم كرمه، وتوفيقه وتيسيره في إتمام هذا البحث، والصلاة والسلام الأتمان الأكملان على الهادي البشير، والسراج المنير سيدنا ونبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين

وبأسمى معاني الامتتان والتقدير، أخص بالشكر أستاذتي الفاضلة أ.د/ نورة تواتي، التي أدين لها بالفضل والعرفان بعد الله سبحانه وتعالى، في إنجاز هذا البحث، وإشرافها المتميز، وجهودها المقدرة في تقويم المسار البحثي وإثرائه، وإخراج العمل بالصورة المرجوة، أدعو الله أن يبقّيها ذخرا لكل طلبة العلم، ويجزيها عني خير الجزاء

كما أتقدم بجزيل الشكر الذي لا تسعه الكلمات إلى أستاذتي الغالية أ.د/ كريمة إزيدي، التي كانت ولا تزال رمزا للبذل والتفاني، ولولا فيض عطائها وصبرها لما بلغ هذا العمل منتهاه، أسأل الله أن يكتب لها أجر الكلمة الطيبة، والجهد المضني الذي قوّم مساري

كما أتقدم بخالص الشكر وعظيم الامتتان إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة، لموافقتهم على مناقشة وإثراء هذا العمل

كما أتوجه بجزيل الامتتان والشكر لكل من كان له أثرا في إنجاز هذا العمل علما ودعما ومساندة..

وما توفيقي إلا بالله...

ملخص الدراسة باللغة العربية

تهدف هذه الدراسة الى اختبار فعالية برنامج علاجي متعدد المحاور، في التخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به، وللتأكد من صحة فرضيات الدراسة، تم استخدام مجموعة من الأدوات: مقياس "بيك" الثاني للاكتئاب، اختبار الأفكار اللاعقلانية لـ "اليس"، استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء لـ "عبد الستار إبراهيم"، مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب لـ "كانتر"، مقياس توكيد الذات لـ "وولب ولازاروس"، ومقياس اليأس لـ "بيك وستير"، كما اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي، بتصميم المجموعة الواحدة (القياس القبلي/ البعدي/ التتبعي)، حيث تكونت عينة الدراسة الأساسية من 19 امرأة ممن يعانين من الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، وقد تمت معالجة البيانات احصائيا باستخدام برنامج spss النسخة 26، وكانت النتائج كالتالي:

- للبرنامج العلاجي متعدد المحاور فعالية في تخفيف درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب، بعد ثمانية (08) أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على اختبار الأفكار اللاعقلانية، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس توكيد الذات، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس اليأس، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.

وقد أخضعت النتائج المتوصل إليها للتفسير والمناقشة وفق الدراسات السابقة والتراث النظري.

ملخص الدراسة باللغة الانجليزية

This study aims to test the effectiveness of a multi-axial therapeutic program in mitigating the degree of treatment-resistant depression (TRD) among a sample of women afflicted with it.

To confirm the validity of the study's hypotheses, a set of tools was used: the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Ellis's Irrational Beliefs Test, Abdul Sattar Ibrahim's Personal Monitoring Form for estimating the extent of progress in relaxation, Canter's Behavioral Activation Scale for Depression, Wolpe and Lazarus's Assertiveness Scale, and Beck and Steer's Hopelessness Scale.

The study adopted a quasi-experimental methodology with a one-group design (pre-test/post-test/follow-up). The main study sample consisted of 19 women suffering from pharmacologically-resistant depression. Data was statistically processed using SPSS version 26.

The results were as follows:

The multi-axial therapeutic program has effectiveness in mitigating the degree of pharmacologically-resistant depression among the sample of women afflicted with it.

There are statistically significant differences between the mean scores of the study sample individuals on the pre-test and post-test on the Beck Depression Inventory-II, after the completion of the therapeutic program application, in favor of the pre-test (indicating a significant reduction in depression scores).

There are statistically significant differences between the mean scores of the study sample individuals on the post-test and follow-up on the Beck Depression Inventory-II, eight (08) weeks after the completion of the therapeutic program application, in favor of the post-test.

There are statistically significant differences between the mean scores of the study sample individuals on the pre-test and post-test on Ellis's Irrational Beliefs Test, after the completion of the therapeutic program application, in favor of the pre-test.

There are statistically significant differences between the mean scores of the study sample individuals on the pre-test and post-test on the Personal Monitoring Form for estimating the extent of progress in relaxation, after the completion of the therapeutic program application, in favor of the pre-test.

There are statistically significant differences between the mean scores of the study sample individuals on the pre-test and post-test on the Behavioral Activation Scale for Depression, after the completion of the therapeutic program application, in favor of the pre-test.

There are statistically significant differences between the mean scores of the study sample individuals on the pre-test and post-test on the Assertiveness Scale, after the completion of the therapeutic program application, in favor of the post-test (indicating a significant increase in assertiveness).

There are statistically significant differences between the mean scores of the study sample individuals on the pre-test and post-test on the Hopelessness Scale, after the completion of the therapeutic program application, in favor of the pre-test.

The obtained results were subjected to interpretation and discussion in accordance with previous studies and the theoretical literature.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	إهداء
ب	شكر وتقدير
ج	ملخص الدراسة باللغة العربية
د	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
هـ	قائمة المحتويات
ك	قائمة الجداول
ع	قائمة الأشكال
1	مقدمة الدراسة
	الدراسة النظرية
	الفصل الأول: تقديم الدراسة
6	1- إشكالية الدراسة
18	2- فرضيات الدراسة
20	3- أهمية الدراسة
21	4- أهداف الدراسة
23	5- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة
	الفصل الثاني: الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي
28	تمهيد
28	1- تعريف الاكتئاب

36	2- أسباب الاكتئاب
44	3- أعراض الاكتئاب
49	4- تشخيص الاكتئاب
54	5- التشخيص الفارقي للاكتئاب
58	6- تصنيف الاكتئاب
65	7- الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي
68	8- أسباب مقاومة العلاج الدوائي
71	9- علاج الاكتئاب
82	خلاصة الفصل
	الفصل الثالث: العلاج متعدد المحاور
84	تمهيد
84	1- لمحة تاريخية عن العلاج متعدد المحاور
86	2- تعريف العلاج متعدد المحاور
92	3- الخلفية النظرية للعلاج متعدد المحاور
95	4- مبادئ العلاج متعدد المحاور
98	5- خصائص العلاج متعدد المحاور
99	6- المفاهيم الأساسية للعلاج متعدد المحاور
101	7- مراحل العملية العلاجية في العلاج متعدد المحاور
102	8- أهداف العلاج متعدد المحاور
104	9- الأساليب العلاجية المستخدمة في العلاج متعدد المحاور
106	خلاصة الفصل

الدراسة الميدانية	
الفصل الرابع: تصميم البرنامج العلاجي متعدد المحاور	
108	تمهيد
108	1- فلسفة البرنامج العلاجي
108	2- الأساس النظري للبرنامج العلاجي
109	3- أهمية البرنامج العلاجي
110	4- أهداف البرنامج العلاجي
111	5- الخدمات التي يقدمها البرنامج العلاجي
112	6- المصادر الأساسية لإعداد البرنامج العلاجي
113	7- خطوات إعداد البرنامج العلاجي
114	8- أسلوب العلاج المتبع في البرنامج العلاجي
115	9- مراحل البرنامج العلاجي
115	10- الحدود الإجرائية للبرنامج العلاجي
116	11- الأدوات والوسائل المادية المستخدمة في البرنامج العلاجي
117	12- فنيات البرنامج العلاجي
143	13- تقييم البرنامج العلاجي
145	خلاصة الفصل
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
150	تمهيد
150	أولاً: الدراسة الاستطلاعية
150	1- أهداف الدراسة الاستطلاعية

151	2- وصف عينة الدراسة الاستطلاعية
152	3- أدوات جمع البيانات
153	3-1 المقابلة التشخيصية المقننة
154	3-2 أداة قياس الاكتئاب
163	3-3 أداة قياس الأفكار اللاعقلانية
174	3-4 أداة قياس الاسترخاء
178	3-5 أداة قياس التنشيط السلوكي للاكتئاب
187	3-6 أداة قياس توكيد الذات
191	3-7 أداة قياس اليأس
197	3-8 البرنامج العلاجي متعدد المحاور
215	ثانيا: الدراسة الأساسية
215	1- منهج البحث والتصميم المستخدم في الدراسة
216	2- عينة الدراسة الأساسية
217	3- وصف عينة الدراسة الأساسية
218	4- إجراءات الدراسة الأساسية
219	5- أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات
220	خلاصة الفصل
	الفصل السادس: عرض وتحليل نتائج الدراسة
222	تمهيد
222	1- اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات
229	2- عرض وتحليل نتائج الفرضيات

229	• عرض وتحليل نتائج فرضيات محاور البرنامج العلاجي
229	1. عرض وتحليل نتائج فرضية المحور المعرفي
232	2. عرض وتحليل نتائج فرضية المحور الانفعالي
234	3. عرض وتحليل نتائج فرضية المحور السلوكي
237	4. عرض وتحليل نتائج فرضية المحور الاجتماعي
239	5. عرض وتحليل نتائج فرضية المحور الروحي
241	• عرض وتحليل نتائج الفرضيات الفرعية
241	1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الفرعية الأولى
243	2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الفرعية الثانية
246	• عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة
247	خلاصة الفصل
	الفصل السابع: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة
250	تمهيد
250	• تفسير ومناقشة نتائج فرضيات محاور البرنامج العلاجي
250	1. تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور المعرفي
256	2. تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور الانفعالي
260	3. تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور السلوكي
264	4. تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور الاجتماعي
268	5. تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور الروحي
276	• تفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الفرعية
276	1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى

280	2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية
283	• تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة
284	خلاصة الفصل
285	خلاصة الدراسة
287	مقترحات الدراسة
	قائمة المراجع
	قائمة الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية	152
02	مستويات الاكتئاب لدى الذكور والإناث	157
03	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وفقرات مقياس بيك الثاني للاكتئاب	160
04	نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين الطرفيتين لمقياس بيك الثاني للاكتئاب	161
05	نتائج معامل ثبات مقياس بيك الثاني للاكتئاب بطريقة ألفا كرونباخ	162
06	نتائج معامل ثبات مقياس بيك الثاني للاكتئاب بطريقة التجزئة النصفية مع تصحيح المعامل	162
07	أبعاد وفقرات اختبار الأفكار اللاعقلانية	165
08	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وفقرات اختبار الأفكار اللاعقلانية	169
09	معاملات الارتباط بين الفقرات وأبعادها لاختبار الأفكار اللاعقلانية	170
10	معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لاختبار الأفكار اللاعقلانية	171
11	نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين الطرفيتين لاختبار الأفكار اللاعقلانية	172
12	نتائج معامل ثبات اختبار الأفكار اللاعقلانية بطريقة ألفا كرونباخ	173
13	نتائج معامل ثبات اختبار الأفكار اللاعقلانية بطريقة التجزئة النصفية مع تصحيح المعامل	173
14	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وفقرات مقياس التنشيط	182

	السلوكي للاكتئاب	
15	معاملات الارتباط بين الفقرات وأبعادها لمقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب	183
16	معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب	184
17	نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين الطرفيتين لمقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب	185
18	نتائج معامل ثبات مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب بطريقة ألفا كرونباخ	185
19	نتائج معامل ثبات مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب بطريقة التجزئة النصفية مع تصحيح المعامل	186
20	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وعبارات مقياس تأكيد الذات	189
21	نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين الطرفيتين لمقياس تأكيد الذات	190
22	نتائج معامل ثبات مقياس تأكيد الذات بطريقة ألفا كرونباخ	190
23	نتائج معامل ثبات مقياس تأكيد الذات بطريقة التجزئة النصفية مع تصحيح المعامل	191
24	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وفقرات مقياس اليأس	194
25	نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين الطرفيتين لمقياس اليأس	195
26	نتائج معامل ثبات مقياس اليأس بطريقة ألفا كرونباخ	196
27	نتائج معامل ثبات مقياس اليأس بطريقة التجزئة النصفية مع تصحيح المعامل	197
28	الجلسة رقم (01)	198

199	الجلسة رقم (02)	29
200	الجلسة رقم (03)	30
201	الجلسة رقم (04)	31
202	الجلسة رقم (05)	32
203	الجلسة رقم (06)	33
204	الجلسة رقم (07)	34
205	الجلسة رقم (08)	35
206	الجلسة رقم (09)	36
207	الجلسة رقم (10)	37
208	الجلسة رقم (11)	38
209	الجلسة رقم (12)	39
210	الجلسة رقم (13)	40
211	الجلسة رقم (14)	41
212	الجلسة رقم (15)	42
213	الجلسة رقم (16)	43
223	نتائج اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات مقياس بيك الثاني للاكتئاب	44
224	نتائج اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات اختبار الأفكار اللاعقلانية	45
225	نتائج اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء	46
226	نتائج اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب	47
227	نتائج اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات مقياس توكيد الذات	48
228	نتائج اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات مقياس اليأس	49

229	نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على اختبار الأفكار اللاعقلانية	50
230	مستويات حجم التأثير	51
231	نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على اختبار الأفكار اللاعقلانية	52
232	نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء	53
233	نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء	54
235	نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب	55
236	نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب	56
237	نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على مقياس توكيد الذات	57
238	نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على مقياس توكيد الذات	58
239	نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على مقياس اليأس	59
240	نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على مقياس اليأس	60
241	نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على مقياس بيك الثاني للاكتئاب	61
242	نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على	62

	مقياس بيك الثاني للاكتئاب	
244	نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للأفراد على مقياس بيك الثاني للاكتئاب	63
244	نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على مقياس الاكتئاب بعد 8 أسابيع من انتهاء البرنامج	64
247	نسبة الكسب البسيطة لـ "هريدي"	65

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	الفروق بين الناقلات العصبية لدى الشخص الطبيعي والشخص المكتئب، ثم الشخص المتناول لمضادات الاكتئاب	38
02	أسباب الاكتئاب	44
03	أعراض الاكتئاب	49
04	معايير تشخيص الاضطراب الاكتئابي حسب التصنيف الدولي للأمراض النفسية (ICD-11)	50
05	تصنيف الاكتئاب	60
06	أنواع الاكتئاب عند المرأة	64
07	النموذج المعرفي	80
08	أبرز أنواع علاجات الاكتئاب	82
09	كيفية نشوء الاضطراب النفسي عند لازاروس	94
10	مبادئ العلاج متعدد المحاور	98
11	المراحل الأساسية للعملية العلاجية	102
12	نموذج لازاروس	106
13	المراحل الأساسية للبرنامج العلاجي	115
14	خطوات تقييم البرنامج العلاجي	145
15	نتائج الاختلاف للأفراد على اختبار الأفكار اللاعقلانية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده	231
16	نتائج الاختلاف للأفراد على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده	234
17	نتائج الاختلاف للأفراد على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب قبل	236

	تطبيق البرنامج العلاجي وبعده	
238	نتائج الاختلاف للأفراد على مقياس تأكيد الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده	18
240	نتائج الاختلاف للأفراد على مقياس اليأس قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده	19
243	نتائج الاختلاف للأفراد على مقياس بيك الثاني للاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده	20
245	نتائج الاختلاف للأفراد على مقياس بيك الثاني للاكتئاب في التطبيق البعدي والتتبعي للبرنامج العلاجي	21

مقدمة الدراسة:

لقد عرف الإنسان منذ القدم العديد من الاضطرابات النفسية، فهي لم تكن وليدة عصرنا الحالي قط، أو نتيجة لمتغيراته الحضارية، وما ارتبط به من اضطرابات سياسية واقتصادية، ولكنها قديمة قدم الإنسان ذاته على كوكب الأرض، فقد حاول منذ عصور التاريخ المبكرة علاج تلك الاضطرابات بشتى الطرق المتاحة له.

بيد أنه مما لا يدع مجالاً للشك، أن ما واجهته البشرية في السنوات القليلة الماضية، في مختلف مناحي الحياة، قد يدفع بالفرد بشكل أكثر قوة، وأشد سرعة نحو الإصابة بالكآبة والهم والغم. حيث يشهد عصرنا الحالي انتشاراً واسعاً للأمراض النفسية، واستشرائها في بنية المجتمعات البشرية بأسرها، فهو زمن تسارع نمط الحياة، واللهات والجري وراء متطلبات الحياة، والمقارنة التي لا طائل منها، والمنافسة الشرسة التي لا تورث إلا المزيد من الإحباط، إنه الزمن الذي تحول فيه الإنسان إلى ترس في آلة التصنيع، بينما تتوارى حاجاته النفسية وكذا الروحية منها، خلف ستائر احتياجاته المادية وكماليات الحياة التي لا تنتهي.

فبالرغم من التقدم الحضاري الذي خطا خطوات واسعة في شتى بقاع الأرض، وضرب أطنا به في كل جوانب الحياة، فخلّص الإنسان من الكثير ممّا كان يعانيه من الإرهاق البدني والتعب والنّصب، إلا أنه لم يتمكن من تخليصه مما يعانيه من الشعور بالضيق، والشقاء والتهيه ومختلف الاضطرابات النفسية، التي ازدادت زيادة مروعة ورهيبه -خاصة في القرن الحادي والعشرين-.

ويتصدر اضطراب الاكتئاب قائمة أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في العالم، إذ يعاني منه حوالي 300 مليون شخص حول العالم، وأن النساء هن الأكثر عرضة للإصابة به بنسبة تقدر بالضعف أو أكثر مقارنة بالرجال، حسب ما صرحت به منظمة الصحة العالمية

سنة (2023)، حيث يشعر المصاب به بجملة من الأعراض المعرفية، والانفعالية والسلوكية والاجتماعية والروحية، التي تعيق مسار حياته.

لذلك فقد حظي هذا الاضطراب باهتمام الكثير من الباحثين والمتخصصين في الدراسات النفسية، لسبر أغواره وتشخيصه ومعرفة أسبابه، وبناء الأدوات والمقاييس التي تكشف عنه، ومن ثم علاجه، وتلافي الإصابة به ما أمكن.

كما تضافرت جهود الكثير من التخصصات على اختلافها، كعلم النفس العيادي، وعلم النفس المرضي، وعلم النفس الإرشادي، والطب النفسي وغيرها، لإيجاد سبل علاجه، ومحاولة الوصول لتقنيات فاعلة للتغلب عليه، كل حسب تخصصه.

فقد سعى الطب النفسي جاهدة لإيجاد علاج فعال لهذا الاضطراب المقيت، عن طريق الأدوية الملائمة وبجرعات مدروسة، التي تجدي نفعا في معظم الحالات، إلا أن هناك فئة لا تستجيب لهذا النوع من العلاج، إذ تعاني مما يسمى بـ "الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي".

كما يهدف العلاج النفسي بدوره إلى تحقيق الشفاء التام، أو التخفيف من الأعراض أو إدارتها كأقل تقدير، وتطوير مهارات التأقلم والتكيف لدى المكتئب، والوصول به لصحة نفسية سوية وسليمة.

وفي هذا السياق توالى ظهور العديد من المدارس العلاجية على اختلاف توجهاتها، كل حسب رؤيتها وخلفيتها في تفسير الاضطرابات النفسية عامة، واضطراب الاكتئاب بشكل خاص، كالمدارس: التحليلية، والمعرفية، والسلوكية... وغيرها، ما دعا إلى ظهور تيار حاول التوفيق بين مختلف المدارس والنظريات، واستثمار إيجابيات كل نظرية، وانتقاء ودمج التقنيات العلاجية المختلفة، بما يسمى بالعلاج متعدد المحاور.

ونظرا لخصوصية اضطراب الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، وخطورة انعكاسه على الصحة النفسية للمرأة، جاءت هذه الدراسة لتفحص فعالية برنامج علاجي متعدد المحاور في

التخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به، وفقا لخطة شملت جانبين؛ إذ خصص الجانب الأول منها للدراسة النظرية، والذي احتوى بدوره على الفصل الأول الخاص بتقديم الدراسة من حيث عرض لإشكالية الدراسة وتحديد تساؤلاتها، وصياغة الفرضيات، إلى جانب ذكر أهمية الدراسة وأهدافها، وكذا تحديد التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة.

بينما تعرض الفصل الثاني إلى متغير اضطراب الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، حيث تم التعرف أولا على الاكتئاب من حيث تعريفه وأسبابه وأعراضه وتشخيصه، وتصنيفاته، ثم تم الانتقال إلى الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، من خلال عرض أهم تعاريف الباحثين له، أسبابه، ثم التطرق إلى أهم أنواع علاجات الاكتئاب، ثم خلاصة الفصل.

وقد احتوى الفصل الثالث على العلاج متعدد المحاور، والتطرق للمحة تاريخية عنه، تعريفه، خلفيته النظرية، مبادئه، خصائصه، أهم المفاهيم الأساسية له، مراحل العملية العلاجية فيه، أهدافه، والأساليب العلاجية المستخدمة فيه، بعدها خلاصة الفصل.

أما الجانب الثاني من الدراسة فقد اشتمل على الدراسة الميدانية، والذي تضمن أربعة فصول، حيث خصص الفصل الرابع لعرض البرنامج العلاجي المقترح، فلسفته، أساسه النظري، أهميته وأهدافه، الخدمات التي يقدمها، أهم مصادره، الخطوات الأساسية لإعداده، الأسلوب العلاجي المتبع فيه، مراحل الأساسية، حدوده الإجرائية، الأدوات المستخدمة، فنياته، وتقييمه، ثم خلاصة الفصل.

يليه الفصل الخامس الذي خصص للإجراءات المنهجية، والذي انقسم إلى جزأين، الجزء الأول خاص بالدراسة الاستطلاعية، أهدافها، ووصف عينتها، وكذا وصف أدوات جمع البيانات، مع ذكر خصائصها السيكمترية، ثم شرح لجلسات البرنامج العلاجي، أما الجزء الثاني فقد خصص للدراسة الأساسية، من حيث المنهج المستخدم، ووصف لعينة الدراسة

الأساسية، وإجراءات الدراسة الأساسية، وأساليب المعالجة الإحصائية، وصولاً إلى خلاصة الفصل.

في حين خصص الفصل السادس لعرض نتائج الدراسة وفقاً لفرضياتها بشكل متسلسل، وتحليل البيانات المتعلقة بكل فرضية تمهيداً لمناقشتها وتفسيرها.

وصولاً إلى الفصل السابع الذي تم التطرق فيه إلى تفسير ومناقشة النتائج في ضوء ما جاء في الإطار النظري ونتائج بعض الدراسات السابقة.

وفي الأخير خلاصة ومقترحات الدراسة، مع استعراض قائمة المراجع والملاحق.

الدراسة النظرية

الفصل الأول

تقديم الدراسة

1. إشكالية الدراسة

2. فرضيات الدراسة

3. أهمية الدراسة

4. أهداف الدراسة

5. التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة

1. إشكالية الدراسة:

ما أكثر أمراضنا اليوم، وكم هي متنوعة آلامنا بين الجسدية والنفسية، ولا يخفى على أحد إدراك حقيقة أن المرض النفسي يوازي في خطورته المرض العضوي، على استمرار حياة الإنسان بشكل سوي، وهو ليس وصمة عار (Stigma) على جبين المريض، لكنه داء يحتاج إلى علاج، شأنه في ذلك شأن كل الأمراض على اختلافها.

فقد كان من المتوقع، بعد أن حقق الإنسان في هذا العصر طفرة كبيرة في مختلف المجالات المادية أن يحظى بالصحة النفسية ويشعر بالسعادة، إلا أن الواقع النفسي يشير إلى زيادة معاناته، حيث أصبحت الاضطرابات النفسية والعقلية تشكل تحديا عويصا له، حيث أشارت الإحصائيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (World health organisation) إلى تزايد كبير في انتشار هذه الاضطرابات في العالم، نتيجة لعدة عوامل متداخلة ومتشابكة، حيث تشير تقاريرها إلى أن مليار شخص حول العالم يعانون من اضطراب نفسي. (Cuijpers et al., 2023)

وإذا بحثنا عن أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا في العالم، فإننا نجد أن اضطراب الاكتئاب يحتل الصدارة، وهو أحد الاضطرابات الوجدانية المسؤولة عن كثير من المعاناة، والآلام النفسية بين آلاف الأفراد في شتى المجتمعات، فقد أفادت تقارير منظمة الصحة العالمية أن واحدا من كل 8 أشخاص يعانون من اضطراب نفسي، و300 مليون من الاكتئاب. (Cuijpers et al., 2023)

وفي مسح تم بالولايات المتحدة الأمريكية لعام 2021، قام به المعهد الوطني للصحة العقلية، أقرّ بأن 21 مليون شخص عانوا من نوبة اكتئاب حادة واحدة على الأقل. (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2022)

فقد شهدت الفترة الأخيرة مع بداية النصف الثاني من القرن العشرين أعداداً متزايدة من حالات الاكتئاب، حيث انتشر هذا المرض بصورة وبائية في كل مجتمعات العالم، حيث أن ما يقرب من 5-17% من سكان العالم يعانون منه. (محمد، 2018، ص. 146)

ولم يسلم من الإصابة به لا الرجال ولا النساء على اختلاف أعمارهم، ولعل ذلك ما دفع إلى وصف هذا العصر بأنه عصر الاكتئاب، ولعل أبلغ تعبير عن هذه الحقيقة هو قول إحدى علماء النفس "ميلاني كلاين Melanie Klein" "بأن المعاناة التي تسببت للإنسانية من آثار الاكتئاب النفسي تفوق تلك التي نتجت عن بقية الأمراض الأخرى مجتمعة". (الشربيني، 2012، ص. 8-10)

وقد صنّفته منظمة الصحة العالمية في المرتبة الثانية بعد أمراض القلب في التسبب بالإعاقة والعبء والعجز الذي يثقل كاهل العالم بأسره. (بيرنز، 2021، ص. 26)

ورغم قلة وجود إحصائيات موثوقة في دول العالم العربي حول انتشار الاضطرابات النفسية بصفة عامة، والاكتئاب بصفة خاصة، إلا أن هناك دراسة لـ "أحمد وطارق عكاشة"، أسفرت نتائجها عن أن نسبة الاضطرابات الوجدانية في مصر وصلت إلى 24.5% من جملة الاضطرابات العقلية، وأن حوالي 19.7% من المرضى يعانون من الاكتئاب. (عكاشة وعكاشة، 2010، ص. 410)

كما دلّت دراسة "عبد الستار إبراهيم" على انتشار العديد من مظاهر الاضطرابات الاكتئابية، بين أعداد كبيرة من الطلاب في إحدى الجامعات السعودية. (غانم، 2006، ص.

إضافة إلى أن بعض الدراسات تشير إلى ما يقارب من 20% من المرضى، الذين يترددون على العيادات النفسية في مصر يعانون من الاكتئاب النفسي، وتصل نسبة هذه الحالات في السودان إلى 33% من عدد المرضى النفسيين. (الشربيني، 2012، ص. 16) أما بالنسبة للجزائر، فإنه بالرغم من انعدام إجراء دراسات وبائية واسعة النطاق على المستوى الوطني، وحتى المسوحات القليلة التي أجريت لا تقدّم تقديراً دقيقاً، عن مدى انتشار الاضطرابات النفسية في عموم السكان، إلا أن هناك بعض الدراسات، التي أشارت إلى تدهور الصحة النفسية للجزائريين.

فحسب الإحصائيات الرسمية لسنة 2005 لوزارة الصحة، تم تعداد 26000 شخص يعاني من اضطرابات عقلية ونفسية، منها 1560 حالة اكتئاب، ما تمثل نسبة 6.76% من مجموع الحالات. (بن فرج الله، 2017، ص. 149)

وفي تقرير أصدرته اللجنة السويسرية المتخصصة في العلاج النفسي، أشار إلى أن أكثر من مليوني جزائري بحاجة ماسة للخضوع إلى العلاج في المصحات النفسية، كما أشارت دراسة أمريكية، إلى أن نسبة انتشار الأمراض العقلية والاضطرابات النفسية في الجزائر، تتراوح ما بين 10 - 12%. (العماري، 2011، ص. 437-438)

وهذا ما أكدته دراسات "شكالي" رئيس مصلحة الأمراض العقلية في مستشفى البلدية الجامعي، بأن نسبة الجزائريين الذين يحتاجون إلى رعاية نفسية بلغت 10%. (العقون وسلطنية، 2021، ص. 142)

كما كشفت دراسة "العقون وسلطنية" (2021)، عن أن أكثر من 23% من عينة الدراسة، التي شملت 962 شابا وشابة من مختلف كليات جامعات: باتنة وبسكرة والجزائر العاصمة، إضافة إلى بعض شباب مراكز التكوين المهني، يعانون من درجات عالية من

الشدة النفسية كمؤشر لاختلال في الصحة النفسية، مع خطر عالي للإصابة باضطرابي القلق والاكتئاب.

فبالرغم من أن الاكتئاب قد عرف منذ قرون طويلة، حتى قبل ظهور علم النفس كعلم قائم بذاته، يعرف اليوم بمرض العصر، وتتمثل خطورته في افتقاد المصابين به لمعنى الحياة، وحرمانهم من الاستمتاع بمباهجها، وتعكير مزاجهم، وشعورهم باليأس، وإغراقهم في مشاعر عميقة من نقص التقدير الذاتي، والإحساس بالذنب بدون مبرر حقيقي، وعزوفهم عن المساهمة الفاعلة في أداء واجباتهم نحو مجتمعهم، وأسرهم بل وحتى نحو أنفسهم. (الشربيني، 2012، ص. 5)

إضافة إلى ما قد يعانيه من اضطرابات في النوم، والوزن، وعدم القدرة على التركيز، وصعوبة التأقلم حتى مع الأمور العادية في الحياة، وتكرار الأفكار الانتحارية لديهم. (بيرنز، 2021، ص. 26)

حيث يشير المختصون في هذا المجال، أن أخطر وأصعب ما قد يعانيه المكتئب، هو عدم الرغبة في استكمال مسيرة حياته، وتمنيه الموت، لأنه يرى حياته سلسلة من الانكسارات والأحزان المتتالية، وبالتالي فقدان معناها، ولا جدوى من الاستمرار والبقاء فيها. فالبعض يكتفي بمجرد الأمانى والرغبة في الموت، بينما يذهب البعض بعيدا للتحرك نحو التخلص من هذا العبء الثقيل، والبعض الآخر يوغل في حزنه، ويستسلم لفكرة الموت، ويبدأ في التفكير في كيفية التنفيذ والأدوات المستخدمة في ذلك.

ومن الأمور الهامة لكي ندرك حجم المشكلة، أن نعرف أن الاكتئاب هو أحد الأسباب الرئيسية للوفاة على مستوى العالم، حيث بلغت نسبة الوفيات كنتيجة للانتحار 1.4% من

حالات الوفيات عالميا، وذلك في عام 2012، طبقا للإحصائيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية.

(محمد، 2018، ص. 39-40)

وفي نفس السياق يذكر "عكاشة" (2017)، أن الاكتئاب يمثل السبب الرئيسي لمحاولات انتحار الأفراد، وبالمعدل فإن ما نسبته من 50-70% تنتهي حياتهم بالموت من بين المجموع العام، الأمر الذي يؤكد خطورته. (العبادسة، 2021، ص. 148)

وبهذا الصدد تؤكد أحد الدراسات أن الاكتئاب يعتبر من بين العوامل الوثيقة والخطرة المؤدية للانتحار. (Munro & Milne, 2020, p. 20)

وبالبحث في موضوع الفروق بين الجنسين في انتشار الاكتئاب، نجد مراجعة شملت دراسات وبيانات من عدة دول حول العالم، التي تناولت العلاقة بين الاكتئاب والجنس، حيث أثبتت أن هناك فروقا دالة لاضطراب الاكتئاب لصالح الإناث، وأنهن تفوقن على الذكور في نسبة المعاناة والإصابة بما يعادل الضعف. (Culbertson, 1997)

كما يؤكد ذلك "كرينغ وآخرون" (2016)، حيث يرى أن اضطراب الاكتئاب يعد أكثر شيوعا لدى النساء، إذ تبلغ معدلات الإصابة به لديهن، ضعف معدلاتها لدى الرجال. (كرينغ وآخرون، 2016، ص. 262)

ويضيف الشربيني بأن بعض الدراسات تقدر نسبة الإصابة بأن كل حالة اكتئاب عند الرجال، تقابلها حالتين عند النساء. (الشربيني، 2012، ص. 17)

كما يؤكد "بيرنز" (2021) بأن الاكتئاب يصيب النساء أكثر بثلاث مرات مما يصيب الرجال. (بيرنز، 2021، ص. 26)

وفي ذات السياق، يضيف "رضوان" بأن العلماء اليوم لا يختلفون كثيرا حول فكرة أن النساء أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من الرجال، ويعتقد أن الأسباب وراء ذلك تمتد من التغيرات الهرمونية، كتلك التي تحدث في الدورة الشهرية أو عند الولادة أو في مرحلة انقطاع الطمث، مروراً بالمشكلات المتعلقة بالدور الأنثوي، وصولاً إلى التمييز والظلم الاجتماعي الذي لازالت تتعرض له المرأة حتى في أكثر المجتمعات ديمقراطية، حيث تظهر نتائج دراسة حديثة أجرتها كل من "سوزان نولن وآخرون"، على 1100 شخصا، تتراوح أعمارهم بين 25 - 75 سنة، أن النساء يشعرن أكثر من الرجال بالمشاعر السلبية، ومشاعر العجز والحيرة والشك، وقد يكمن السبب في أنهن يشعرن بقلّة السيطرة على مجالات مهمة من الحياة.

(رضوان، 2018، ص. 4)

كما يؤدي التعرض المستمر للضغوط إلى حالة من الإجهاد المزمن، والتي غالبا ما تواجهها النساء عبر "الانشغال السلبي"، ما ينشئ حلقة مفرغة، إذ يفاقم التفكير السلبي المتكرر من حدة الإجهاد، بينما تعمل الضغوط المتزايدة على تعزيز هذا النمط من التفكير، مما يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية والنفسية.

يساهم "الانشغال السلبي" في استنزاف الطاقة النفسية للفرد، مما يضعف القدرة الذهنية الموجهة نحو حل المشكلات، ونتيجة لهذا الاستنزاف، تتقلص كفاءة المرأة في إدارة وتحسين المواقف الضاغطة، مما يبقيها رهينة لظروف غير مرضية تزيد من حدة التوتر.

وتتعدد مصادر الإجهاد، لتشمل المتطلبات المنزلية ومسؤولية رعاية الأبناء، بالإضافة للأعباء المهنية للنساء العاملات. وعلى الرغم من الاستثمار العاطفي والجسدي المرتفع، تعاني الكثير من النساء من غياب الاعتراف الاجتماعي والمعنوي بجهودهن من قبل الشريك أو المحيط الأسري، وهو ما يعد متغيرا حاسما في نشوء الاضطرابات المزاجية، ومن الناحية

التحليلية، قد لا يشكل الإجهاد في حد ذاته سببا حتميا للاكتئاب، بل إن استراتيجيات المواجهة المتبعة للتعامل مع الصراعات والإجهاد، هي التي تحدد المسار نحو التوافق النفسي أو الاعتلال الاكتئابي.

كما يردف "محمد" قائلا بأن المرأة تبدو أكثر معاناة من الاكتئاب، مقارنة بالرجل، لأسباب متعددة ترتبط بعوامل خارجية مثل الضغوط الاجتماعية، والعادات والتقاليد المكبلة للمرأة أحيانا، والتمييز المجتمعي للرجل في أمور شتى، وفي بعض المناطق وبعض الثقافات يستخدم الرجل سلطته بشكل تعسفي وقاسي، مما يزيد من شعور المرأة بالإحباط وعدم الثقة بالنفس أحيانا، وكلما زادت الضغوط الاجتماعية، وتصادمها مع القناعات والأفكار والتركيب الشخصي للمرأة، ودرجة تفاعلها مع الأحداث، كلما مثل ذلك ضغطا عصبيا عليها، يستهلك كثيرا من المخزون النفسي لديها.

إضافة إلى أنها أكثر عرضة للتقلبات المزاجية والعصبية المرتبطة بفترات معينة في حياتها، مثل فترة ما قبل وأثناء وبعد الدورة الشهرية، حيث تحدث بعض التغيرات الهرمونية، مما قد يتسبب في حدوث بعض الأعراض الاكتئابية، مثل الضيق والحزن والعصبية الزائدة والتوتر، ما قد لا يشعر به المحيطين بها أحيانا؛ وقد يصل لدرجة تؤثر على علاقاتها بالمحيطين، وما يتبع ذلك من مشاكل وأزمات، سواء على المستوى الأسري والاجتماعي، أو المهني.

كما أن هناك فترة أخرى هامة يحدث فيها ضغط نفسي شديد على المرأة، وبصفة خاصة خلال مراحل الحمل المختلفة ثم فترة ما بعد الولادة، حيث تحدث تغيرات هرمونية شديدة، مما يؤدي إلى إصابة معظم النساء باضطراب المزاج والإحساس بالضيق، والحزن

والبكاء بدون سبب واضح للآخرين، بالإضافة إلى الإحساس بالقلق الشديد والتوتر واضطراب النوم.

وقد تستمر هذه الحالة لعدة أيام فقط، وقد تبلغ أسبوعاً أو أسبوعين وتعود الأمور لطبيعتها مرة أخرى، وهو ما يطلق عليها حزن أو شجن ما بعد الولادة، وتحدث بنسبة كبيرة تصل إلى نصف عدد الأمهات الجدد بصفة خاصة، ولكنها قد تتفاقم لدى فئة قليلة منهن، إذ تصل إلى 10% لمراحل متطورة. (محمد، 2018، ص. 76-77)

لعل أهم التغيرات التي حدثت في النصف الثاني من القرن العشرين، هي ثورة الكيمياء والعقاقير، التي نتج عنها تغير الكثير من المفاهيم التي كانت سائدة من قبل، والتي أسفرت عن الكثير من الاكتشافات في مجال الأدوية، التي تساعد على علاج الكثير من الحالات بصورة لم تحدث من قبل، فقد تم اكتشاف معظم الأدوية النفسية، وفي مقدمتها دواء (كلوربرومازين Chlorpromazine) بالصدفة، حين تبين أن له تأثيراً مهدئاً على الجهاز العصبي، ثم توالى فيما بعد الاكتشافات الطبية، وتصنيع الأدوية الحديثة التي تعيد الاتزان النفسي لمرضى الاكتئاب.

ومن خلال الأبحاث التي أجريت في هذه الفترة، فقد تبين حدوث تغيرات كيميائية في الجهاز العصبي، حيث ثبت أن نقص هذه المواد ومنها: (السيروتونين Serotonin) و(نورابينفرين Norepinephrine) يؤدي إلى تغير في الحالة المزاجية، وظهور أعراض الاكتئاب، ومن هنا كان التركيز في أبحاث الأدوية الحديثة على إعادة الاتزان الكيميائي، الذي يفضي إلى تحسن واضح في حالة مرضى الاكتئاب، وقد ظهرت أجيال جديدة من هذه الأدوية يتم استخدامها الآن على نطاق واسع، ويتم تحسينها بصورة منتظمة للحصول على أفضل النتائج دون أعراض جانبية مزعجة. (الشربيني، 2012، ص. 14)

ولكي يكون العلاج النفسي فعالاً، يرى "فرغلي" بأنه يجب أن يكون المريض مقتنعاً بفائدته، وأن يقوم المعالج بإقناعه بأن العلاج بالأدوية لوحده غير كاف، حيث أنه يتعامل مع الجانب البيولوجي للمرض فقط، وأن تأثيره تلطيفي وليس علاجي في كثير من الأمراض النفسية، وتأثيره غالباً ما يكون محصوراً خلال فترة استخدامه فقط، وأنه لا يشف المرض، بل يتعامل فقط مع الأعراض، كما أن المريض قد ينتكس بعد فترة من إيقاف العلاج، مما يوحي إليه بأنه بحاجة دائمة إليه، مما يؤثر سلباً على حالته النفسية. (فرغلي، 2013، ص. 149)

وبهذا الشأن، يذكر "نيكولا ويلي" (2014) أن الإحصائيات العالمية قد سجلت ازدياداً ملحوظاً، في عدد الوصفات الدوائية لعلاج الاكتئاب حول العالم، ورغم ذلك، لوحظ أنه لا يستجيب جميع المرضى للعلاج الدوائي بنفس القدر والدرجة.

كما أشارت بعض الدراسات، إلى أن أكثر من نصف المرضى الذين يترددون على مراكز الرعاية النفسية، لم يسجلوا أي تحسن بعد العلاج الدوائي للدورة الأولى، وأن ثلث هؤلاء المرضى لم يتحسنوا حتى بعد 4 دورات من العلاج الدوائي.

(العبادسة، 2021، ص. 152)

وفي هذا الصدد، دلت بعض الدراسات على أن أكثر من 30% من المصابين بالاكتئاب، يعانون من اكتئاب مقاوم للعلاج الدوائي، والذي يعرف بأنه عدم الاستجابة لاثنتين أو أكثر من مضادات الاكتئاب المختلفة، بجرعات ملائمة ومدة مناسبة، ما يشكل أحد أكثر الأعباء الاقتصادية من بين مختلف الاضطرابات النفسية في العالم.

(Zhdanava et al., 2021)

ويضيف "إثمان" بأن الاكتئاب هو اضطراب قابل للعلاج، وفشل أحد خيارات العلاج لا يعني بالضرورة عدم وجود خيارات أخرى بديلة فعالة، يمكنها مساعدة المكتئب في التخفيف من الأعراض بفعالية، والتمكن من استعادة الحياة الطبيعية. (Ithman, 2023)

لذلك فالعلاج النفسي قد يكون أحد تلك الخيارات الفعالة، فقد أثبتت بعض الدراسات أن العلاج المعرفي السلوكي فعال، على الأقل بدرجة فعالية مضادات الاكتئاب الثلاثية نفسها في علاج المرضى الخارجيين أحادي الاكتئاب، وتشير مراجعة واسعة لتقارير الدراسات الصادرة بين أعوام 1976 و1987، إلى أن العلاج المعرفي أكثر فعالية من عدم العلاج على الإطلاق، ومن العلاج السلوكي أو العلاج الدوائي للاكتئاب الاكلينيكي. (بارلو، 2002، ص. 580-581)

من هنا يكون التركيز على دور العلاج النفسي، لأنه يساهم في تقوية شخصية المريض، وبناء دفاعاته النفسية، وصقل مهاراته الاجتماعية، وتعزيز قدرته على التكيف والتفاعل مع الظروف الحياتية الصعبة، فضلا عن أن للعلاج النفسي دورا جوهريا في التحسن من أعراض المرض، وكذلك في منع الانتكاسة. (فرغلي، 2013، ص. 150)

وقد تعددت طرق العلاج النفسي، بتعدد نظرياته ومدارسه، فلكل مدرسة فلسفتها الخاصة ومبادئها التي تقوم عليها، وتفسيراتها ورؤيتها للاضطراب النفسي، وفناتها وأساليبها العلاجية، التي يستخدمها المعالجون في علاج الاكتئاب، فنجد مثلا النظرية التحليلية، والسلوكية، والمعرفية، والوجودية، والمعرفية السلوكية... وغيرها من النظريات، التي تشترك في سعيها لتحقيق الصحة النفسية للمريض بالرغم من اختلافها.

فضلا عن ذلك، يعتبر العلاج الانتقائي التكاملي متعدد الأبعاد أحد المقاربات العلاجية، التي تهدف كغيرها من العلاجات إلى تخليص الفرد من آلامه النفسية، وتحقيقه

للتوازن النفسي، غير أنه يختلف عنها بطبيعة الحال، في طريقة تحقيقه لهذا الهدف، من خلال نظريته الخاصة والمميزة في تقييم الشخصية، وتفسير الاضطرابات النفسية، وعلاجها، حيث يرى "أرنولد لازاروس Arnold Lazarus" أن الشخصية هي عبارة عن كل متكامل؛ معرفي، انفعالي، سلوكي، حسي، بينشخصي، وبيولوجي. ومما لا شك فيه أن النظر إلى الشخصية نظرة متعددة الأبعاد، يعد المدخل الأكثر قدرة على دراستها في حالتها السواء والاضطراب، فهي عبارة عن بناء ديناميكي، يؤثر كل جانب فيها على الجوانب الأخرى بالسلب أو الإيجاب على حد سواء.

وبما أن الاكتفاء بدراسة جانب واحد من جوانب الشخصية حسب هذا التوجه، قد يسبب قصورا في فهم وتفسير الاضطراب النفسي، ومن ثم قصورا في علاجه، بات من الضروري الاعتماد على النظرة الشمولية متعددة الأبعاد للشخصية.

هذا ما يحتم على المعالج النفسي ألا يعتمد على تقنية علاجية دون أخرى، لمجرد الإنتماء أو التعصب لنظرية ما، بل من واجبه الاطلاع على مختلف النظريات العلاجية، على اختلاف تقنياتها وأساليبها، واختيار أنسبها وأكثرها فاعلية، ومحاولة الدمج بينها، بما يلائم المريض، للوصول به لتحقيق ما يرجوه من سعادة واطمئنان وصحة نفسية.

واستنادا إلى ذلك توصلت بعض الدراسات إلى أن تضافر تيارات علاجية متنوعة، يسهم في علاج الاكتئاب، من تلك الدراسات نجد دراسة "يحياوي" (2014) التي اعتمدت على نموذج "أرنولد لازاروس"، وكذا دراسة "زعتري" (2016).

وعلى ضوء كل ما تقدم فإن الدراسة الحالية تحاول الكشف عن فاعلية برنامج علاجي نفسي متعدد الأبعاد، حيث حاولت الباحثة فيه استغلال مختلف النظريات النفسية وتقنياتها العلاجية، لتشمل جميع جوانب الشخصية (المعرفية، الانفعالية، السلوكية، الاجتماعية،

والروحية)، -على اعتبار أن الاضطراب يمس كل تلك الجوانب- للتخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء، وفق المنهج شبه التجريبي، بتصميم المجموعة الواحدة، وبقياس قبلي، وبعدي، وتتبعي بعد ثمانية أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي. وعليه تتحدد إشكالية هذه الدراسة في التساؤل الرئيسي التالي:

ما مدى فعالية برنامج علاجي متعدد المحاور في التخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به؟
ما أدى لصياغة التساؤلات الفرعية التالية:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد ثمانية (08) أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي؟

وكذا تساؤلات محاور البرنامج العلاجي التي كانت كالتالي:

1- تساؤل المحور المعرفي:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على اختبار الأفكار اللاعقلانية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي؟

2- تساؤل المحور الانفعالي:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على استمارة المراقبة الشخصية لمدى التقدم في الاسترخاء بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي؟

3- تساؤل المحور السلوكي:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي؟

4- تساؤل المحور الاجتماعي:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس توكيد الذات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي؟

5- تساؤل المحور الروحي:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس اليأس بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي؟

2. فرضيات الدراسة:

وقد تمت صياغتها على الوجه الآتي:

• الفرضية العامة:

للبرنامج العلاجي متعدد المحاور فعالية في تخفيف درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به.

• الفرضيات الفرعية:

- 1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد ثمانية (08) أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.

• فرضيات محاور البرنامج العلاجي:

- 1- فرضية المحور المعرفي:
توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على اختبار الأفكار اللاعقلانية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.
- 2- فرضية المحور الانفعالي:
توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.
- 3- فرضية المحور السلوكي:
توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

4- فرضية المحور الاجتماعي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس توكيد الذات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

5- فرضية المحور الروحي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس اليأس بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

3. أهمية الدراسة:

تستمد هذه الدراسة أهميتها من خلال الموضوع الذي تتناوله، وهو الكشف عن الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء، وفحص تأثير برنامج علاجي متعدد المحاور مصمم للتخفيف من درجة هذا الاضطراب لديهن، ويتجلى ذلك من خلال:

• الأهمية النظرية:

- من الناحية النظرية، يمكن لهذه الدراسة أن تساهم في إلقاء الضوء على طبيعة اضطراب الاكتئاب بصفة عامة، والاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي بصفة خاصة، ففي الوقت الذي حظي فيه باهتمام الباحثين في الدراسات الغربية الوصفية والتجريبية، إلا أنه لم ينل نصيبه من البحث والتقصي في الدراسات والأبحاث العربية (في حدود علم الباحثة).

- كما تكتسب هذه الدراسة أهمية إضافية من خلال العينة التي تستهدفها، المتمثلة في النساء، فالمرأة ليست نصف المجتمع فحسب، بل هي الشريك الفاعل في جميع جوانب الحياة، الأمر الذي يستدعي اهتمام الأخصائيين والباحثين بهذه الفئة، والتكفل بدراسة مشكلاتها، مما يتيح لها العيش بآسرة، والذي ينعكس إيجاباً على صحة الأسرة والمجتمع ككل.

- تدعو هذه الدراسة من خلال برنامجها المقترح، إلى تبني نظرة شاملة ومتكاملة للإنسان، وعدم إهمال أي جانب من جوانبه (المعرفية، الانفعالية، السلوكية، الاجتماعية، والروحية).
- تعزيز الوعي الثقافي والمجتمعي، بأن العلاج النفسي هو ضرورة صحية علاجية ملحة، ولا يمثل وصمة عار على متلقي العلاج.

• الأهمية التطبيقية:

- بناء مقابلة تشخيصية مقننة، يمكن استخدامها في التشخيص النفسي، سواء لأغراض البحث العلمي، أو الممارسة السريرية.
- بناء برنامج علاجي متعدد المحاور، يعتمد على اختيار ودمج الأساليب العلاجية المنتمية لتيارات علاجية مختلفة، وكذا المستقاة من نتائج الأبحاث والدراسات السابقة.
- قد تستخدم نتائج هذه الدراسة في إنشاء برامج علاجية أو إرشادية، ضمن إطار المنهج الوقائي.

4. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

• الأهداف النظرية: التي تتمثل في:

- إثراء التراث السيكولوجي بمعلومات حول متغيرات الدراسة.
- التطلع إلى إضافة دراسة جديدة للدراسات والأبحاث في مجال علم النفس والعلاج النفسي، ما يسهم في فهم أوسع وأشمل لسيكولوجية اضطراب الاكتئاب.
- دراسة اضطراب الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى أفراد عينة الدراسة.

- تبيان مفهوم العلاج النفسي متعدد المحاور، الذي يقوم على أساس استهداف جميع جوانب شخصية الفرد (المعرفية، الانفعالية، السلوكية، الاجتماعية، والروحية)، من خلال انتقاء تقنيات مناسبة لكل جانب من تلك الجوانب.
- تكوين قاعدة بحثية، يمكن الاستفادة منها مستقبلاً، في بناء وتطوير برامج تدريبية، علاجية، ووقائية، من قبل الباحثين والأخصائيين النفسيين، لتحسين الصحة النفسية لدى مرضى الاكتئاب.
- الاعتماد على المنهج شبه التجريبي في الدراسة، لما يتميز به من موثوقية عالية في النتائج، إلى جانب تطبيق تصميم بحثي ملائم.
- الأهداف التطبيقية: المتمثلة في:
 - تصميم برنامج علاجي نفسي متعدد المحاور للتخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء.
 - تقييم فعالية البرنامج العلاجي المقترح.
 - الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.
 - الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد ثمانية (08) أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.
 - الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على اختبار الأفكار اللاعقلانية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

- الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.
- الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.
- الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس توكيد الذات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.
- الكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس اليأس بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

5. التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

- اضطراب الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي:

وقد ورد في المعجم التطبيقي والموضوعي للطب العقلي والعلاج النفسي، أن الاكتئاب هو مصطلح يشمل اضطرابات نفسية متنوعة، وهو حالة ذهنية تتسم بتكدر المزاج، وهبوط الطاقة النفسية والحركية، إضافة للعديد من الأعراض العقلية والجسدية.

(Serge, 2005, p. 123)

أما "بيك Beck" (1987) فقد عرفه بأنه أحد الاضطرابات الانفعالية، التي تتميز بحالة من الحزن الشديد، وكراهية الذات، وفقدان الأمل، والشعور بانعدام القيمة، ونقص النشاط، إضافة للاضطراب المعرفي؛ الذي يتمثل في النظرة السلبية للذات، وانخفاض تقديرها،

وتشويه المدركات، وتحريف الذاكرة وتوقع الفشل في كل محاولة، ونقص الفعالية العقلية. (Beck, 1987, p. 240)

ويضيف "عبد الخالق" (1999) بأن الاكتئاب هو حالة وجدانية مؤقتة أو دائمة، تعتري الفرد فيها مشاعر الحزن، والتشاؤم والهم، إضافة إلى الشعور بالعجز واليأس والقنوط، تصحبها أعراض مختلفة، تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية والجسدية، كإحساس بانخفاض الكفاءة والجدارة، وعدم القدرة على التمتع بالحياة، وضعف القدرة على التركيز، ووجود أفكار انتحارية، وكذا الشعور بالتعب والإجهاد، وفقدان الشهية والوزن، واضطراب في النوم. (اليحفوفي، 2006، ص. 948)

أما بالنسبة للاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، فهو مصطلح طبي نفسي، يعرف بأنه اكتئاب جسيم، يتميز بمجموعة من الأعراض المعرفية، والانفعالية، والسلوكية، والاجتماعية، والروحية، التي تعيق الفرد عن أداء واجباته وممارسة حياته الطبيعية، فضلا عن أنه لا يستجيب فيه للعلاج الدوائي، بالرغم من أخذه لدوائين مختلفين مضادين للاكتئاب، من مجموعتين دوائيتين مختلفتين، بجرعات مناسبة ولفترة زمنية كافية.

ويعرف إجرائيا: بأنه الدرجة المرتفعة التي تحصلت عليها المفحوصة على مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II، فضلا عن عدم استجابتها لتناول دوائين مختلفين مضادين للاكتئاب، من مجموعتين مختلفتين، بجرعات مناسبة ولفترة زمنية كافية.

- برنامج العلاج متعدد المحاور:

يرى "أبو أسعد والأزايذة" (2015) بأن هذا العلاج هو أسلوب انتقائي وشامل للعلاج النفسي، يؤكد على الالتزام بقواعد وأساليب ونتائج علم النفس بصفته علما تجريبيا، مع إضافة طرق قياس وتقويم فريدة، وكذا التعامل المعمق والمفصل مع جوانب الفرد الجسمية،

والمعرفية، والانفعالية، والحسية، والتخيلية، والعلاقات الشخصية، باعتبارها عوامل مؤثرة في العلاج، من خلال تفاعلها مع بعضها البعض. (أبو أسعد، والأزيدة، 2015، ص. 253)

أما "عزب" فيعرفه بأنه عبارة عن منظومة متسقة من الفنيات الإرشادية والعلاجية، إذ تنتمي فيها كل فنية إلى نظرية علاجية خاصة بها، إلا أن انتقاء هذه الفنيات يتم بطريقة تكاملية، حيث تساهم كل منها في علاج جانب من جوانب شخصية العميل، إضافة إلى أن هذا الانتقاء يتم من خلال الرجوع إلى تشخيص دقيق لحالته، لتحديد أفضل الفنيات، ومدى مناسبتها للخطة العلاجية، وأيضا لطبيعة الاضطراب الذي يعاني منه. (براهيمي، وبوعمامة، 2017، ص. 15)

ويشير "كربال" (2019) إلى أن هذا العلاج يتجه إلى التعامل مع السلوك الإنساني بصفته أبعادا متعددة، حيث نجد أن المعالج ينظر للسلوك من عدة أبعاد، وبذلك توجد مداخل متعددة لتعديله، وبمعنى آخر فإن الاضطراب النفسي وفق هذا التصور، هو نتاج لعناصر تتعلق بقيم وأفكار الفرد، وأخرى متعلقة بالبيئة التي يعيش فيها، وعليه فالعلاج ينصب على تدريب وتعليم الفرد أساليب جديدة في التفكير، وسبلا مناسبة للتكيف مع بيئته. (كربال، 2019، ص. 123)

وإجرائيا يعرف: بأنه التدخل العلاجي المراد قياس فعاليته، وهو مكون من ثلاث مراحل أساسية (التمهيدية، التدخل العلاجي، النهائية)، يتضمن 16 جلسة علاجية، بأسلوب جماعي، خلال مدة زمنية معينة، تستند قواعده على مبادئ العلاج متعدد المحاور، حيث يستهدف كل محور جانبا من جوانب شخصية الفرد (المعرفي، الانفعالي، السلوكي، الاجتماعي، الروحي)، وفق تصميم منهجي شبه تجريبي، بنظام قياسي (قبلي/ بعدي/ تتبعي)، بهدف التخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي.

الفصل الثاني

الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي

تمهيد

1. تعريف الاكتئاب

أ- لغة

ب- اصطلاحا

2. أسباب الاكتئاب

1-2 الأسباب الوراثية

2-2 الأسباب البيوكيميائية

3-2 الأسباب الجسمية

4-2 الأسباب النفسية

5-2 الأسباب الاجتماعية

3. أعراض الاكتئاب

1-3 الأعراض الانفعالية

2-3 الأعراض المعرفية

3-3 الأعراض السلوكية

4-3 الأعراض الفيزيولوجية

4. تشخيص الاكتئاب

5. التشخيص الفارقي للاكتئاب

6. تصنيف الاكتئاب

7. الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي

8. أسباب مقاومة العلاج الدوائي

9. علاج الاكتئاب

أولاً: العلاج الفيزيائي

1- العلاج بالعقاقير والأدوية النفسية

2- العلاج الكهربائي

ثانياً: العلاج النفسي

1- العلاج التحليلي

2- العلاج السلوكي

3- العلاج المعرفي

4- العلاج الـبينشخصي

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر الاكتئاب أحد أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً حول العالم، فهو ليس مجرد حالة عابرة من الحزن، بل مرض خطير ومُعيق للحياة الطبيعية للإنسان، إذ يتجاوز تأثيره الحالة المزاجية ليُطال مختلف جوانب الحياة الأخرى، وبغية التعرف عليه أكثر تم التعرض في هذا الفصل إلى تعريفه لغة واصطلاحاً، أسبابه، أعراضه، تشخيصه، تصنيفه، ثم التعرّيج للحديث عن الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، وأخيراً علاج الاكتئاب.

1. تعريف الاكتئاب Depression:

لفهم واضح وجليّ لهذا المصطلح، سنتناول تعريفه من الناحية اللغوية أولاً لفهم أصول وجذور هذه الكلمة، ثم نتطرق لتعريفه من الناحية الاصطلاحية في علم النفس، وعرض مختلف آراء العلماء والباحثين فيه.

أ- لغة:

كأب: كئِبَ - كأباً وكأبَةً وكأبَةً: كان في غم وسوء حال وانكسار من حزن، فهو كئِبٌ وكئِيبٌ. ويقال على المجاز (أرضٌ كئِيبَةٌ الوجه): أي ضاربة إلى السواد كما يكون وجه الكئِيب.

أَكْأَبَ الرجل: أحزنه. / إكْتَأَبَ: بمعنى كئِبَ. / امرأةٌ كأبَاءُ: ذاتُ كآبة وحزن. / يقال (ما أكْأَبُهُ): أي ما أشد حزنَهُ. / المكتئِبُ: ذو الكآبة. / يقال (رماًدٌ مُكْتئِبٌ اللون): أي ضارب إلى السواد.

(المنجد في اللغة والأعلام، 1975، ص. 668)

وفي اللغة الإنجليزية كلمة (Depression) مشتقة من الكلمة اللاتينية (Depressio): والتي يقصد بها الغرق؛ حيث يشعر الفرد باضطراب مزاجي، وظهور متلازمة سريرية ذات أعراض وعلامات، تختلف عن المزاج الطبيعي أو حتى الحالة المزاجية الاعتيادية المنخفضة خلال حياته اليومية، كما يعد حالة انفعالية قد تكون مؤقتة أو دائمة، يشعر فيها الفرد بالحزن والضيق، وتصحبها أعراض معينة مرتبطة بالجوانب المزاجية والمعرفية والجسمية والسلوكية. (Bernard, 2018, p. 6)

ب- اصطلاحاً:

وفقاً لمعجم علم النفس، فإن الاكتئاب يعرف بأنه حالة مرضية شبه دائمة، تتسم أساساً بالحزن وبطئ في القوى الحيوية والنشاط للشخص المصاب به، وعدم القدرة على مواجهة أبسط المشكلات، كما يعاني المكتئب من العجز في أخذ أي مبادرة، وانخفاض في قدراته العقلية، خاصة ما يتعلق منها بالانتباه والذاكرة. (Norbert, 1999, p. 78)

ويعرف الاكتئاب حسب ما جاء في المعجم التطبيقي والموضوعي للطب العقلي والعلاج النفسي بأنه مصطلح يشير إلى اضطرابات نفسية في الأصل متنوعة، وهو حالة عقلية تشتمل على عدة أعراض نفسية وجسدية، كما تتميز بتعكر المزاج، وانخفاض الطاقة النفسية والنفسحركية. (Serge, 2005, p. 123)

كما يعرف الاكتئاب في الطب العقلي بأنه حالة مرضية، تتركز في الأساس على نوعين من الافتراضات؛ الأول من جهة حدوث تغير في المزاج المتمثل في التشاؤم، الشعور بعدم القدرة، الاحتقار وتأنيب الذات، والثاني من جهة تباطؤ في النشاط العام، والسلوكيات النفسية الحركية، وكذا الوظائف العقلية. (بطرس، 2008، ص. 309)

وتعتبر منظمة الصحة العالمية (WHO) أن الاكتئاب هو اضطراب من الاضطرابات النفسية الشائعة، التي ترتبط بالمزاج المكتئب، وفقدان المتعة، والشعور بالذنب، وانخفاض تقدير الذات، وتدني مستوى الطاقة، واضطراب في النوم والشهية، وصعوبة اتخاذ القرار، وضعف التركيز، واليأس، وأفكار أو أفعال انتحارية. (Traywick, 2007)

وقد تستمر حالة الاكتئاب فترة زمنية طويلة، أو من المحتمل أن تتكرر على فترات زمنية مختلفة، مما يجعل الشخص المكتئب يواجه صعوبة كبيرة في القيام بالأعمال اليومية سواء في المنزل أو المدرسة أو العمل. (منظمة الصحة العالمية، 2016، ص. 7)

يعرف "أيزنك Eysenck" (1972) الاكتئاب بأنه مصطلح يشير إلى مركب من الأعراض: الحزن، حالة من القنوط، وفقدان الدافع، عدم الاستجابة، الكف النفسي والحركي، وأفكار اكتئابية نمطية واضطرابات جسمية معينة.

ويذهب "وولمان Wolman" (1973) إلى أن الاكتئاب هو الشعور بالحزن، واليأس، والعجز، والدونية، بالرغم من أن هذه المشاعر تحدث أيضا للأفراد العاديين.

ويرى "دريفر Drever" (1982) أن الاكتئاب حالة انفعالية، تشمل على الشعور باليأس، النقص، مصحوبة بانخفاض في النشاط النفسي الجسدي (السيكوفيزيقي).

(إبراهيم، 2014، ص. 119)

وقد عرفه "بيك Beck" (1987) بأنه أحد الاضطرابات الوجدانية، التي تتسم بحالة من الحزن الشديد، وكراهية الذات، وفقدان الأمل، والشعور بعدم القيمة، ونقص النشاط، والاضطراب المعرفي؛ الذي يتمثل في النظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل، وكذا تشويه المدركات وتحريف الذاكرة، وتوقع الفشل في كل محاولة، ونقص الفعالية العقلية بشكل عام. (Beck, 1987, p. 240)

ويضيف "دسوقي" (1988) أن الاكتئاب حالة انفعالية، تتضمن الشعور بعدم الكفاية، والحزن، والنكد، والتكدر، واليأس والقنوط، وفقدان الأمل، مع الحط من قدر النفس، إضافة لانخفاض في النشاط النفسي الجسمي، وعدم الاستجابة للتبهيّات، والشعور بالإجهاد، والقابلية للتعب، وتثبيط الهمة، وصعوبة في التفكير.

ويعرف "منصور" (1989) الاكتئاب بأنه حالة مرضية، يشعر معها الفرد بالأسى، واليأس، وفقدان الثقة، والعجز عن التركيز، وكذا الأرق.

(إبراهيم، 2014، ص. 119)

ويشير "غريب" (1990) إلى أن الاكتئاب هو عبارة عن خبرة وجدانية ذاتية، تظهر في أعراض معينة مثل: الحزن، والتشاؤم، وكره الذات وإيذاءها، والشعور بالذنب والفشل، وعدم الرضى، والانسحاب الاجتماعي، والتردد، وتغير الصورة الذاتية، والشعور بالتعب، وصعوبة النوم، وفقدان الشهية. (غريب، 1990، ص. 7)

ويصف "العيسوي" (1990) الاكتئاب بأنه حالة نفسية أو معنوية، تتميز بمشاعر انكسار النفس، وفقدان الأمل، والشعور بانعدام القيمة، كذلك الشعور بالكسل والبلادة، وفي الحالات العميقة من الكآبة، قد يشعر المريض بفقدان الشهية وبعدم القدرة على النوم. (العيسوي، 1990، ص. 18)

وحسب "ساذرلاند Sutherland" (1991) فإن الاكتئاب هو حالة تتسم بالغم الشديد، والشعور بالذنب، واليأس، وعدم الاكتراث بالعالم، وعدم القدرة على التركيز، والاعتقاد بأنه لا يمكن فعل أي شيء لتخفيف هذه الحالة، وأنها ستستمر للأبد، وغالبا ما يصاحب ذلك الشعور بالوهن والكسل، والأرق، وبطئ في الحركة. (إبراهيم، 2014، ص. 120)

فيما يضيف "زهران" (1991) أن الاكتئاب ناتج عن ظروف أليمة، تولّد حالة من الحزن الشديد، التي قد لا يدرك المكتئب السبب الرئيسي لحدوثها، ولا يجد تفسيراً للأعراض التي يعاني منها. (اليحفوفي، 2006، ص. 948)

ويذهب "عكاشة" (1992) إلى أن الاكتئاب يبدأ من خلال أعراض بسيطة، تشتد بالتدريج، حيث تنتاب الفرد مشاعر اليأس والانقباض والجزع، وهبوط الروح المعنوية، والشعور بفقدان الأمل، والخوف والارتباك الشديدين، كما يشعر بالنقص واحتقار الذات ولومها، وتأنيب الضمير، وعدم القدرة على الاستمتاع بالأمور التي كانت تمتعه سابقاً، ما يسهم في تغير نظره إلى الحياة والتساؤل عن أهميتها، كما يصاب بنوبات من البكاء، وتراوده أفكار انتحارية، ويعاني كذلك من اضطرابات سلوكية، وخلل في الوظائف العقلية، كذلك يتوهم إصابته بأمراض جسدية، وتظهر عليه أيضاً عدة أعراض فسيولوجية كاضطراب النوم والأرق والكوابيس، واضطرابات جنسية، وفقدان الشهية، والتي تتمثل في ضعف النشاط الحركي العام، وضعف القدرة على العمل، والكسل الجسدي أو الذهني، أو على العكس تحدث لديه إثارة وتهيج وإفراط حركي. (اليحفوفي، 2006، ص. 948)

ويقدم "الحفني" (1994) تعريفاً للاكتئاب بأنه حالة تصيب النفس، تشتمل على صعوبة في التفكير، وضعف في القوى الحيوية والحركية، وهبوط في النشاط الوظيفي، وقد يصاحبها أعراض أخرى كالإستتارة، وتوهم المرض والإضطهاد، وأوهام اتهام الذات، والهلوسة، ومن أخطر سمات الاكتئاب الميل للإنتحار، الذي قد يتواجد طوال فترة الإصابة بالمرض، وفي دور النقاهة. (إبراهيم، 2014، ص. 120)

وينظر "إنجرام Ingram" (1994) إلى الاكتئاب بأنه مصطلح يستخدمه الأشخاص عادة لوصف انفعالاتهم، عندما يشعرون بالحزن (Sadness)، مثل قول الفرد مثلاً "أنا

مكتئب اليوم"، ويطلق هذا المصطلح على اضطراب نفسي مزاجي سواء كان بسيطاً أو شديداً، ونصف به مرضاً نفسياً، لا يستطيع الفرد فيه أن يؤدي وظائفه اليومية، أو أن يكون فعالاً كما يجب، يستخدم المتخصصون هذا المصطلح بمستويات مختلفة، فقد يستخدم على أنه عرض، أو زملة أعراض مرضية أو فئة تصنيفية مرضية. (مصطفى، 2009، ص. 40)

ويصف "عبد الخالق" (1999) الاكتئاب بأنه حالة انفعالية مؤقتة أو دائمة، تتأثر الفرد فيها مشاعر الحزن والانقباض، ويسيطر عليه الشعور بالتشاؤم والهم، إضافة إلى الشعور بالعجز واليأس والقنوط والجزع، يصاحبها أعراض مختلفة، تتعلق بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسدية، كإحساس بانخفاض الكفاءة والجدارة، وعدم القدرة على التمتع بالحياة، وضعف القدرة على التركيز، ووجود أفكار انتحارية، والشعور بالإجهاد والتعب، وفقدان الشهية والوزن، واضطراب النوم. (اليحفوفي، 2006، ص. 948)

ويعتقد "الخطيب" (2000) أن الاكتئاب هو حالة من الحزن الشديد، تتأثر الشخص نتيجة الإحساس بالذنب واليأس والعجز، والشعور بالدونية، مع انخفاض في مستوى الانتباه والتركيز، يرافقها التوقع حول الذات والانسحاب الاجتماعي. (الخطيب، 2000، ص. 568)

ويرى "المعاينة" (2001) بأن الاكتئاب هو عبارة عن رد فعل لبعض الأحداث في حياة الفرد، ما يسبب الشعور بالحزن والغم والضيق، كما يعبر هذا الاضطراب لدى غالبية الناس عن استجابة مادية تثيرها خبرة مؤلمة. (المعاينة وآخرون، 2002، ص. 327)

وينظر كل من "بيش-ريشارد Besche-Richard" و"بنجينر Bungener" (2004) إلى الاكتئاب بأنه من أكثر الاضطرابات المزاجية انتشاراً، إذ ينتشر بنسبة 20% لدى الأشخاص حول العالم، ويصيب النساء أكثر من الرجال (بمعدل امرأتين مقابل رجل

واحد)، ويعاني المصاب به غالبا من الحزن والألم النفسي، ومعاناة داخلية ذاتية، وحدث جمود في الحياة العاطفية والنفسية.

(Besche-Richard & Bungener, 2004, p. 50)

وينظر "عبد القادر" (2005) إلى الاكتئاب بأنه حالة من الاضطراب النفسي، التي تظهر بشكل واضح في الجانب الانفعالي لشخصية المريض، حيث تتسم بالحزن الشديد، واليأس من الحياة، وتأنيب الضمير. (إبراهيم، 2014، ص. 120)

ويرى "بشري" (2007) أن الاكتئاب هو اضطراب نفسي، يتمثل في التقلبات المعتادة للمزاج، استجابة للأحداث المؤلمة التي تصادفنا في حياتنا، وقد يعتبر أحيانا علامة من علامات مرض ما، كما أنه موجود في الغالب لدى كل المرضى أيا كان المرض الذي يعانون منه، فمقولة "كل مريض مكتئب" لها نصيب كبير من الصحة. (بشري، 2007، ص. 12)

ويعتبر "سترون Styron" أن الاكتئاب يمثل أزمة حقيقية في حياة الفرد، وليس مجرد مرض عقلي وجسمي، أو مجموعة من الأعراض. (Pierson, 2008, p. 21)

ويرى "الدبولي" (2009) أن الاكتئاب هو عبارة عن حالة يشعر فيها المصاب بالضيق والحزن الشديد المستمر، دون سبب واضح مناسب أو لسبب تافه، وجراء ذلك يفقد الشعور بلذة الحياة، ويرى بأنها بدون معنى ولا جدوى منها. (الدبولي، 2009، ص. 223)

أما "المشعان" (2011) فيعتبر أن الاكتئاب أحد الاضطرابات المزاجية، التي تصنف ضمن أكثر الاضطرابات شيوعا، وهي مسؤولة عن كثير من المعاناة والآلام النفسية بين آلاف من أفراد المجتمع، كما يعبر الاكتئاب عن حالة وجدانية، من أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام، والشعور بالذنب والفشل وعدم الرضا، والتردد واللامبالاة، والرغبة في إيذاء

الذات، والشعور بالإرهاق وعدم القدرة على بذل أي جهد بسيط، وفقدان الشهية، وبطء الاستجابة. (المشعان، 2011، ص. 261)

وقد عرفه كل من "لاير Lyer" و"خان Khan" (2012) بأنه اضطراب مزاجي، يتميز بالشعور بالحزن واليأس والتشاؤم والدونية، وانعدام التلذذ، وانخفاض النشاط العام، حيث تؤثر هذه الأعراض سلباً على حياة الفرد، وأحياناً تؤدي به إلى محاولة الانتحار. (Lyer & Khan, 2012, p. 79)

بينما عرفه "جونز Jones" (2015) على أنه حالة من الحزن الشديد، والشعور باليأس والعجز، وانعدام القيمة، والتي قد تستمر لأكثر من أيام أو أسابيع أو شهور. (Jones, 2015, p. 11)

في حين عرفه كل من "كفمان Kauffman" و"لندروم Landrum" (2018) بأنه شعور بالضيق والتعاسة وعدم الراحة ينتاب الفرد، مما يفقده الرغبة في الحياة، والاهتمام والاستمتاع بالأنشطة اليومية. (Kauffman & Landrum, 2018, p. 234)

ويشير "ديفيليبس DeFilippis" (2018) إلى أن اضطراب الاكتئاب، من الاضطرابات التي تؤثر بشكل سلبي كبير على عقل وجسم الإنسان في نفس الوقت، فهو يؤثر على أفكاره ومشاعره وسلوكياته وتصرفاته، وتظهر لديه أعراض مختلفة نفسية وانفعالية وجسدية، وتغلب عليه المشاعر السلبية، كالحزن الشديد، وفقدان الشعور بقيمة الحياة، كما أن المصاب به لا يستطيع أداء مهامه الاعتيادية على نحو سليم. (DeFilippis, 2018, p. 2)

من خلال ما سبق، يمكن تعريف الاكتئاب بأنه اضطراب نفسي مزاجي، يتميز بزملة من الأعراض الانفعالية والمعرفية والسلوكية والفيزيولوجية والاجتماعية، التي تسبب عجزاً

وظيفيا كبيرا، لدى المصاب به، إذ تؤدي إلى تدهور واضح في قدرته على الأداء في مختلف مجالات حياته.

2. أسباب الاكتئاب:

نظرا لكون الاكتئاب اضطرابا نفسيا معقدا، فإنه لا يوجد سبب محدد له، بل هو نتيجة لتفاعل مجموعة من العوامل، من أبرزها نذكر ما يلي:

1-2 الأسباب الوراثية:

في غضون العقود الثلاثة الماضية، كانت هناك أبحاث ودراسات مكثفة لدور العوامل الوراثية في اضطراب الاكتئاب، والتي تشير إلى وجود عوامل في الجينات، لها دور هام في الإصابة بهذا الاضطراب. (الميلادي، 2004، ص. 65) وقد تبين بشكل حاسم أن هناك استعدادا وراثيا يظهر بشكل واضح في بعض الأسر، خصوصا في حالات الاكتئاب الذهاني والاكتئاب الشديد، وقد شملت هذه الدراسات دراسة تكرار الحالة في نفس العائلة، وفي التوائم المتشابهة وغير المتشابهة، سواء من تربوا في نفس البيئة أو في بيئتين مختلفتين. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 44)

كما دلت البحوث على الأسرة والدراسات الوبائية، أن هناك استعدادا وراثيا قويا، لدى نسبة كبيرة من الأفراد الذين يطورون اضطرابات المزاج ويصابون بالاكتئاب (الشربيني، 2012، ص. 24)، فإذا كان أحد الوالدين مصابا بالاكتئاب الأساسي، أو إذا كان هناك تاريخ أسري من الاكتئاب الأساسي، فإن هناك عامل خطورة يصل إلى 15% تقريبا، يشير إلى أن أي طفل يولد لهما سوف يطور اضطراب الاكتئاب. (عبد الخالق، 2016، ص. 99)

وتمثل دراسة التوائم أحد أهم أساليب تحديد النسبة الوراثية في سمة أو خصلة أو اضطراب ما، لا سيما التوائم المتماثلة التي تربت منفصلة عن بعضها، في بيئات مختلفة. (عبد الخالق، 2016، ص. 92)

حيث تم اكتشاف أنه إذا أصيب أحد التوأمين المتماثلين بالاكتئاب، فإن نسبة احتمال إصابة الآخر تتعدى نسبة 70%، أما مع التوأمين غير المتماثلين، تنخفض النسبة لتصبح 25%، وهي نفس النسبة المئوية كذلك بالنسبة لإصابة هؤلاء التوائم بالاكتئاب مع الأقارب الآخرين. (هيندز، 2008، ص. 40)

وقد أثبتت دراسات أخرى أجريت كذلك على التوائم المتماثلة وغير المتماثلة، قابلية توريث اضطراب الاكتئاب الرئيسي بنسبة 37%، ما يعني أن 37% من احتمال الإصابة بالاكتئاب تقع مسؤوليته على الجينات. (كرينغ وآخرون، 2016، ص. 279)

وفي هذا الصدد أجريت عدة دراسات متسقة في جميع أنحاء العالم، بيّنت أن نسبة الإصابة بالاضطرابات الوجدانية بين التوائم المتشابهة قد تصل إلى 60%، والتوائم غير المتشابهة نحو 14%، وإذا كان أحد الوالدين مصابا بالاكتئاب يصل الاحتمال إلى 15% بين أولادهم، وإذا كان كل من الوالدين مصابا، قد يكون الاحتمال 40% بين أبنائهم. (عكاشة، 2008، ص. 23)

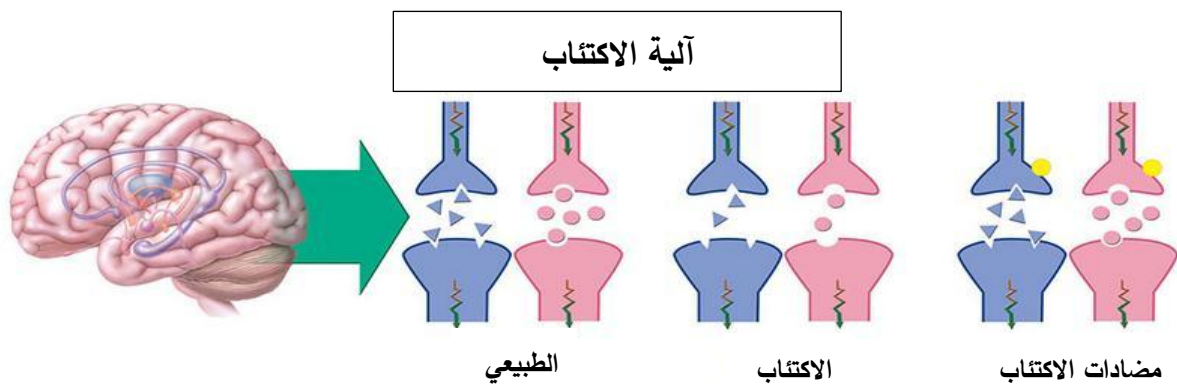
وقد دلت نتائج الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية، عن وجود اضطراب وجداني لدى أقرباء مرضى الاكتئاب في 48% من أفراد العينة الإجمالية. (القريطي، 1998، ص. 393)

2-2 الأسباب البيوكيميائية:

إن الوظائف العقلية والحالة المزاجية، لها علاقة مباشرة بمستوى مواد كيميائية محددة داخل الدماغ، تسمى (الموصلات العصبية Neurotransmitters)، وهي عبارة عن مواد تتواجد في الجهاز العصبي للإنسان، وتؤدي وظيفة الاتصال بين الخلايا العصبية، وقد كشفت الدراسات وجود علاقة مباشرة بين بعض هذه المواد مثل: مادة (نورابينفرين Norepinephrine)، ومادة (السيروتونين Serotonin)، وبين الحالة المزاجية، حيث تبين أنه في حالات الاكتئاب تنقص كمية هذه المواد بصورة ملحوظة، كما تبين أن بعض الأدوية المضادة للاكتئاب، والتي تقوم بتعويض هذا النقص، تؤدي إلى تحسين الحالة المزاجية واختفاء أعراض الاكتئاب. (الشربيني، 2012، ص. 28). ويمكن توضيح ذلك في الشكل الموالي:

شكل 1

الفروق بين الناقلات العصبية لدى الشخص الطبيعي والشخص المكتئب، ثم الشخص المتناول لمضادات الاكتئاب



ملاحظة. مقتبس من "Happy or Sad? The Chemistry Behind Depression"

موقع The Jackson Laboratory، 2015.

وفي نفس السياق، ركزت بعض الدراسات على ثلاثة نواقل عصبية، التي يحتمل أن تلعب دوراً هاماً في اضطرابات الحالة المزاجية، تتمثل في: (النوريبينفرين Norepinephrine)، و(الدوبامين Dopamine)، و(السيروتونين Serotonin). حيث تشير تلك الدراسات إلى أن هذه الاضطرابات يمكن تفسيرها وفقاً لمستويات النواقل العصبية، والتي قد تكون بالغة الانخفاض في أغلب الحالات. (كرينغ وآخرون، 2016، ص. 281)

وتذهب النظرية الكيميائية الحيوية للاكتئاب، إلى أن تغير تكوين (الكاتيكولامين Catecholamine) و(السيروتونين Serotonin)، يمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب (الشاذلي، 2001، ص. 135)، وافترض مفاده أن نقص وظيفة (الكاتيكولامين) يرتبط بالإصابة بالاكتئاب، ويمكن تحسين هذه الوظيفة، بإطالة تأثير فعل (الكاتيكولامين) في نقط اشتباك الأعصاب (Synapses)، بالمكونات ثلاثية الحلقات (Tricyclics)، التي تمنع إعادة استهلاك (Reuptake) الكاتيكولامين، أو مثبطات أكسيداز أحادي الأمين (Monoamine oxidase)، التي تكف عن تدهور (الكاتيكولامين)، وكلتا المجموعتين من العلاجات تؤثر في السيروتونين بطريقة مشابهة، كما يزيد الليثيوم -الذي تنتشع به الخلايا- من كميات الكاتيكولامين والسيروتونين (عبد الخالق، 2016، ص. 94)، ومن الواضح أن هناك علاقة وثيقة بين هذه النظرية وطرق العلاج المتمثلة في مضادات الاكتئاب وكيفية عملها. (برنيت، 2022، ص. 140)

كما تعتبر (المنظومة العصبية الصماوية The neuroendocrine system) التي تتكون من محور (HPA) الهيبوثلامس والغدة النخامية وقشرة الغدة الكظرية، هي المتحكمة في تفاعل الجسد مع الضغط النفسي، وقد يحدث نشاط مفرط في ذلك المحور عند الإصابة باضطراب الاكتئاب الرئيسي. ومحور (HPA) يتسبب في إفراز (الكورتيزول Cortisol) وهو

"هرمون التوتر" الأساسي، الذي يفرز عند التعرض للضغط النفسي، ويؤدي إلى تغيرات تساعد الجسم في الاستعداد للخطر.

وقد ربطت العديد من النتائج البحثية بين الاكتئاب والمستويات العالية من الكورتيزول، فوجدت مثلاً أن المصابين بـ (متلازمة كوشينج Cushing's syndrome) -الذي يتسبب في الإفراز المفرط للكورتيزول-، يصابون بشكل متكرر بأعراض اكتئابية واضحة.

(كرينغ وآخرون، 2016، ص. 289)

2-3 الأسباب الجسمية (الأمراض العضوية):

هناك بعض العوامل الجسمية التي تقلل من قدرة بعض الأشخاص على التكيف، فيصابون بالإرهاق بمجرد تعرضهم لشدة بسيطة، يستطيعون مقاومتها في الحالات العادية مثل: الإصابة بالتسمم والحميات، الانفلونزا الشديدة، ارتجاج في المخ، أو في حالات ما بعد الولادة. (عكاشة، 1998، ص. 360)

ويضيف "الشربيني" بأن هناك قائمة طويلة من الأمراض الجسمية، التي تؤدي إلى الكآبة إما نتيجة للطبيعة المزمنة أو الحرجة للمرض، أو نتيجة لاستعمال أدوية معينة في العلاج تؤدي بطريقة غير مباشرة إلى ظهور الأعراض الاكتئابية. (الشربيني، 2001، ص. 39)

وقد وجد بعض العلماء رابطاً قوياً بين الاكتئاب والالتهابات والأمراض الفيروسية (عزت، 1994، ص. 17)، فغالبا ما يكتتب الفرد بعد الإصابة بالإنفلونزا أو بأزمة حمى غدية. (مكنزي، 2013، ص. 32)

كما دلت دراسات أخرى على أن نقص بعض الفيتامينات كفيتامين (ب 12)، قد يسهم في الإصابة بالكآبة. (الخاطر، 1992، ص. 27)

ويذكر "عكاشة" أن الأعراض الاكتئابية قد تزداد أثناء فترتي الطمث وما قبل الطمث عند المرأة، حيث تعاني من التوتر، وسهولة التهيج العصبي، مع حساسية الانفعال وكثرة البكاء.

ومن بين الأمراض كذلك التي لها علاقة بهذا الاضطراب النفسي، نجد مرض "المكسيديميا" (نقص افراز الغدة الدرقية)، حيث أن المصابون به يعانون من أعراض اكتئابية شديدة في نحو 40% من الحالات.

(عكاشة، 2008، ص. 27)

كذلك نجد نفس تلك العلاقة بين هذا الاضطراب واضطرابات الجهاز العصبي، فقد لوحظ أن كثيرا من أمراض الجهاز العصبي تبدأ في هيئة اكتئابية، مثل: الشلل الرعاش، زهري الجهاز العصبي، مرض التصلب المتناثر، تصلب شرايين المخ، والصرع النفسي الحركي، وأورام الفص الأمامي والصدغي في المخ. (عكاشة، 2008، ص. 28)

كما لا ننسى الدور الذي يمكن أن تلعبه الأمراض الخطيرة في الإصابة بالاكتئاب، كمرض القلب، أو السرطان أو التدرن الرئوي، حيث يعاني المريض من الحزن والقنوط وتوقع الموت. (ياسين، 1988، ص. 243)

2-4 الأسباب النفسية:

ترجع نظرية التحليل النفسي سبب الإصابة بالاكتئاب، إلى نكوص في مرحلة المهد لدى الإنسان، التي يعتمد فيها كليا على غيره، إذ يعمل الاضطراب على توجيه غضب الإنسان إلى الداخل بدلا من التعبير عنه بشكل علني، ما ينتج كراهية النفس والرغبة في إيذائها. (القذافي، 1998، ص. 168)

كما يضيف المحللون النفسيون أنه إذا لم يتم إشباع الحاجات النرجسية للفرد المهية للإصابة بالاكتئاب، فقد يصبح تقديره لذاته في خطر، حيث يكون مستعداً للقيام بأي عمل ليرغم الآخرين للإلتفات إليه، عن طريق اللجوء لأساليب الذل والمسكنة، وغالباً ما ينجح في محاولة التسلط على بيئته. (جلال، 1986، ص. 232)

ويرى "الشربيني" أن من العوامل النفسية التي تساهم في هذا الاضطراب، هي الصراع النفسي الداخلي للإنسان، الذي يحدث نتيجة تعارض رغبتين لديه، أو تعذر إشباع حاجتين في نفس الوقت، أو صراع بين قيمه ودوافعه المختلفة، فعادة ما يعاني من صراعات لاشعورية تنشأ بين طموحاته وتطلعاته من ناحية، وبين واقعه وقدراته من ناحية أخرى. (الشربيني، 2001، ص. 43)

ويوجز "زهران" العوامل النفسية المساهمة في اضطراب الاكتئاب فيما يلي: التوتر الانفعالي، الصراعات اللاشعورية، الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية، الإحباط والفشل وخيبات الأمل، الشعور بالذنب والإثم، سوء التوافق، التفسير الخاطئ السلبي وغير الواقعي للأحداث الصادمة المؤلمة، العدوان المكبوت الذي يتمثل في كره الذات والرغبة في إيذائها، والذي قد يظهر في الأفكار أو المحاولات الانتحارية. (زهران، 1997، ص. 515)

ويضيف "سرحان" بأن اضطراب شخصية الفرد قد يلعب دوراً هاماً في الإصابة بالاكتئاب، فالأفراد ذوي الشخصية الوسواسية مثلاً، الذين يتميزون بالحدز والحرص الزائد والدقة الشديدة، والضمير اليقظ، قد يكون تكيفهم مع الأحداث الجديدة صعباً، كتغير السكن أو العمل، أو زيادة عدد أفراد الأسرة، ما قد يسبب لهم حالات من الاكتئاب. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 45)

2-5 الأسباب الاجتماعية:

قد ينتقل اضطراب الاكتئاب للفرد عبر الأسرة، بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، من خلال مختلف العمليات النفسية الاجتماعية، فمثلا قد يتعلم الطفل السلوك الاكتئابي عن طريق النمذجة (Modeling)، إذا كانت أمه مكتئبة مثلا، أو إذا تربى في بيئة اجتماعية منعزلة، بحيث تعيق وصوله إلى مصادر التكيف الخارجية، وقد توصلت بعض الأبحاث إلى أن سلوك الآباء المكتئبين مع أبنائهم، يميل إلى أن يكون أقل استجابة لهم، وأقل عطفًا وحنانًا وتحملًا، -بالمقارنة مع الآباء المتزنين انفعاليا-، كما أنه يتسم بالتهيج والعدوانية والنقد السلبي، هذا ما يجعل الأبناء عرضة لأن يصبحوا ناقدين سلبيين لأنفسهم، ويعانون من تعسر في التنظيم الملائم لمشاعرهم، كما ينجر عنه صعوبات في مواجهة الأحداث الأليمة -المثيرة للاكتئاب- بطريقة تكيفية سليمة ومتزنة. (عبد الخالق، 2016، ص. 100)

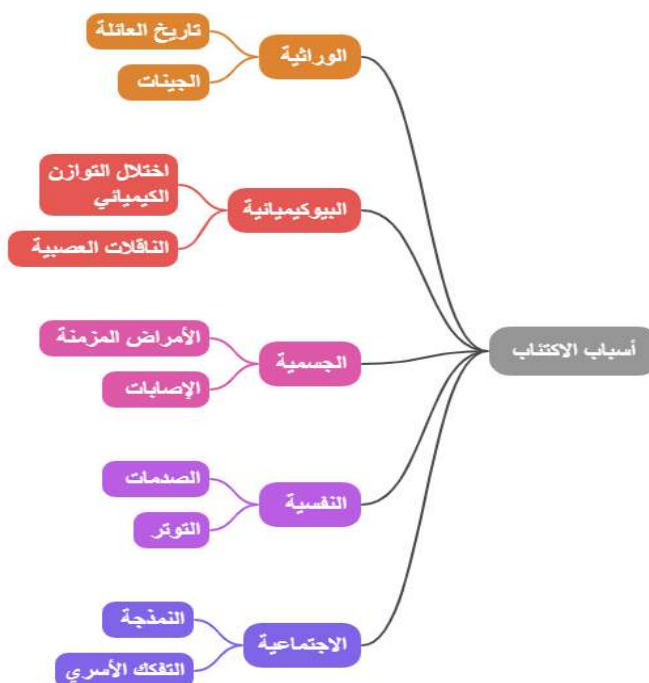
وفي هذا الصدد يؤكد "العفيفي" على أن الاكتئاب راجع إلى أسباب اجتماعية، ناتجة عن تأثير البيئة التي يعيش فيها الإنسان، وأن معظم الاضطرابات النفسية تنشأ بسبب اختلال التوازن بين الفرد والمجتمع، وبين الفرد وأسرته، مثل أساليب التنشئة الوالدية اللاسوية، أو التفكك الأسري، أو اضطراب المناخ الأسري. (العفيفي، 1990، ص. 63)

وباستعراض مختلف أسباب اضطراب الاكتئاب، سواء كانت وراثية أو بيوكيميائية أو جسمية أو نفسية أو اجتماعية، يمكن الاستنتاج أنه غالبا ما تتطلب الإصابة به، تفاعلا بين تلك العوامل، فمثلا قد يكون لدى شخص ما استعدادا وراثيا للاكتئاب، لكنه لا يظهر إلى السطح، إلا بمروره بحدث صادم مثلا.

وفيما يلي شكل توضيحي يلخص الأسباب السالفة الذكر:

شكل 2

أسباب الاكتئاب



3. أعراض الاكتئاب:

لا يقتصر الاكتئاب على مجرد الشعور بالحزن، بل هو اضطراب نفسي، له عدة

أعراض يمكن تصنيفها كما يلي:

3-1 الأعراض الانفعالية:

تعتبر الأعراض الانفعالية والمزاجية، بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات

الوجدانية (مصطفى، 2011، ص. 356)، حيث يتكرر المزاج ويهبط، ويشعر المكتئب

بالمزاج الحزين واليأس والقنوط معظم اليوم، ويفقد القدرة على الاستمتاع في الحياة وممارسة

الهوايات التي كانت مفضلة لديه، كما يفقد الرغبة في ممارسة أموره الحياتية الاعتيادية،

كالمعمل أو الدراسة، ويجد أن كل ما يقوم به هو عبء ثقيل، لابد أن يجبر نفسه عليه، كما يبدو مزاج المكتئب واضحاً من خلال تعابير وجهه، فيميل إلى العبوس ويقل الضحك والابتسام لديه إلى أقل درجة ممكنة، وقد يصبح البكاء سهلاً وملحوظاً. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 29)

وعادة ما يكون مزاجه في أسوأ أحواله في الفترة الصباحية ويتحسن بالتدرج في المساء، بالرغم من أن البعض الآخر قد يعاني من ازدياد الأعراض سوءاً في الليل، ويمكن للقلق والقابلية للإثارة وعدم الصبر، أن تكون من الأعراض الوجدانية أيضاً المرافقة للاكتئاب. (كاس وآخرون، 2009، ص. 60)

3-2 الأعراض المعرفية:

ينظر الشخص المكتئب للحياة نظرة تشاؤمية قاتمة، ولا يتوقع إلا الخسارة والمصائب والمستقبل المظلم، ويعيد التفكير بالماضي عن كل هفوة صغيرة كانت أو كبيرة، فيلوم نفسه عليها، وقد يحمل نفسه وزر أمور لم يقتربها قط، ويصبح اجترار الأفكار السوداوية هو ما يقضي به معظم وقته، كما يرى نفسه فاشلاً، ويفقد الثقة بنفسه للقيام بأبسط المهام، التي طالما كان يقوم بها بسهولة، وقد تغلب على تفكيره تساؤلات عن جدوى الحياة، فيفاضل بينها وبين الموت، ثم يتوصل لفكرة أن الموت هو الأفضل، فيفكر بالانتحار، ولكنه يتردد في الإقدام عليه، إما لأنه محرم ومن الكبائر، أو خشية الوصمة التي تلحق بعائلته، أو خوفاً على أسرته وأطفاله الذين يعتمدون عليه في كل شيء، هذا الأسلوب في التفكير يجعل مريض الاكتئاب خلافاً لغيره من المرضى، لا يقبل على العلاج، لأنه مقتنع بفكرة أنه لا مخرج له من هذا الوضع، وأنه سيستمر هكذا طوال حياته، أو سيفقد عقله، أو أنه سيموت قريباً. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 32-33)

ويضيف "سرحان" بأن الاكتئاب قد يترافق مع انخفاض القدرات العقلية للشخص، مثل ضعف التركيز والانتباه والذاكرة، وذلك نتيجة اللامبالاة، والاستغراق في اجترار الأفكار السلبية، مما يؤدي إلى عدم تخزين المعلومات، ووجود صعوبة في استرجاعها، حينها يظن أنه قد بدأ بالنسيان وأنه سيفقد قدراته العقلية قريباً، مما يزيد حالته سوءاً. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 34)

3-3 الأعراض السلوكية:

من المظاهر السلوكية والحركية التي تبدو على مريض الاكتئاب، هي التباطؤ النفسي الحركي والخمول، حيث يتميز كلامه بالبطء ويتخلله الكثير من التوقف، وكذلك استجاباته، إذ يأخذ المريض وقتاً حتى يجيب على سؤال بسيط، وحتى طريقة مشيه وتغيير ملابسه قد تتباطأ، وفي حالات أخرى قد لا يتحرك من الفراش، ومع أنه واع وعيانه مفتوحتان إلا أنه لا يتجاوب مع الأسئلة والمنثيرات، ويكتفي بتحريك النظر. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 30)

وفي بعض الحالات قد يشكو المريض من الإثارة النفسية الحركية، التي تتمثل في عدم الهدوء، والتملل، وعدم القدرة على الجلوس بهدوء. (كاس وآخرون، 2009، ص. 62)

كما يقل نشاط المكتئب عموماً، ويقضي وقتاً طويلاً منعزلاً صامتاً، لا يكثر حتى لقراءة صحيفته المفضلة، أو التسوق، أو الاستحمام، كما يتوقف عن القيام بواجباته الدينية، فقد ينقطع عن زيارة الأهل والأصدقاء، ويمتنع عن الذهاب إلى المناسبات والأفراح والأتراح، هذا الأمر قد يكون تدريجياً فلا يلاحظه أحد، أو يكون مفاجئاً للجميع. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 31-32)

3-4 الأعراض الفيزيولوجية:

غالبا ما تشكل الأعراض الجسدية المصاحبة للاكتئاب، السبب الرئيسي الذي يدفع المكتئبين لمراجعته الطبيب، ويمكن تصنيف هذه الأعراض إلى فئتين رئيسيتين:

أ- **الأعراض الإعاشية:** (أو الإعاشية العصبية Neurovegetative)، ومن ضمنها:

- اضطرابات الشهية: تقل شهية المكتئب للطعام، وقد يأكل دون رغبة في ذلك، وقد يصل إلى درجة عدم القدرة على رؤية الطعام أو شم رائحته، وبالتالي يقل معدل تناوله للوجبات وكميتها، كما قد يفقد قدرته على تذوق ما لذ وطاب من الطعام، ولا يكثر حتى بالمأكولات التي كانت مفضلة لديه، ويطرأ هذا مع نزول في الوزن، ويصبح من الواضح عليه الهزال الشديد والشحوب، وفي حالات أخرى قد تزيد الشهية نحو الطعام، ويصاحبها زيادة في الوزن. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 31)

- اضطرابات النوم: غالبا ما يضطرب النوم عند مريض الاكتئاب، فيصحو مبكرا ولا يستطيع العودة إلى النوم، وقد يصحو نتيجة الكوابيس، ومن الممكن أن يكون نومه متقطعا وغير مشبع، حتى ولو كانت عدد ساعاته كافية، فيشعر المريض بالنعاس والحاجة الملحة للنوم معظم اليوم، كما قد ينقطع النوم عنه نهائيا، وفي حالات أخرى قد يزيد النوم عن حده الطبيعي. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 30-31)

- فقدان الاهتمام بالجنس وعدم الرغبة به: من الشائع أن تقل الرغبة الجنسية تدريجيا لدى المكتئب، فقد يعاني من ضعف الأداء الجنسي والإثارة أيضا، وقد يصبح هذا العرض هو المسيطر والهاجس خصوصا عند الرجل، ليصل إلى قناعة أنه قد فقد رجولته، ولا داعي لحياته، إذ يبحث عن المقويات الجنسية والهرمونات، ويراجع الأطباء بهذا الأمر، كما من المحتمل أن يكون عرض فقدان الرغبة الجنسية ضمن الأعراض الكثيرة للاكتئاب، فلا يكثر

لها المريض أو المريضة نظرا إلى أن هناك أولويات أهم من الجنس. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 34)

- فقدان الطاقة والشعور بالإجهاد والتعب والوهن: ويمكن لهذا العرض أن يكون واضحا بشكل كبير على المكتئب، لدرجة أن الآخرين قد يعتقدون أنه يعاني من مرض مهدد للحياة. (كاس وآخرون، 2009، ص. 62)

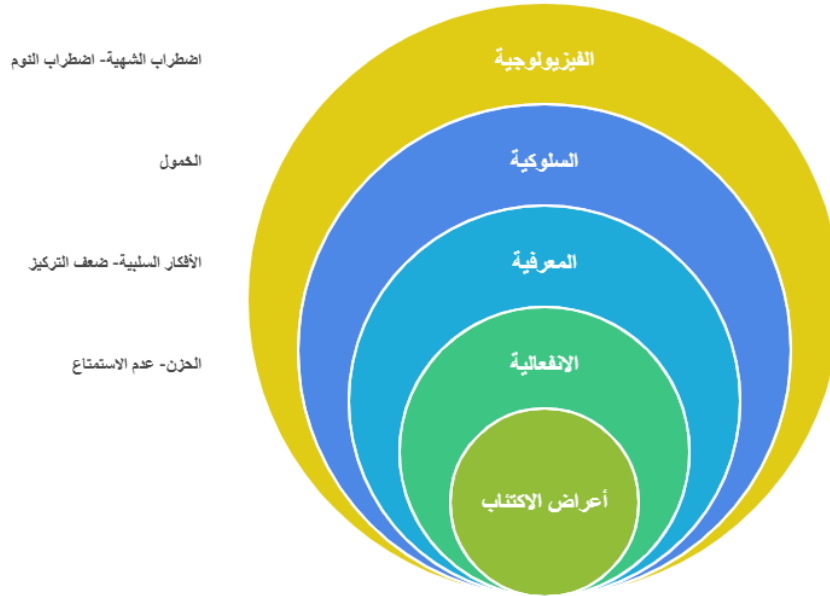
ب- المشكلات الجسمية العامة:

قد يذهب مريض الاكتئاب إلى الطبيب العام أو الطبيب المختص في: القلب، أو الأعصاب، أو الأمراض الباطنية، أو الجهاز الهضمي، بشكاوى الصداع، ومختلف الآلام الجسدية المرهقة؛ كآلم البطن، والصدر، والظهر، أو جميعها معا، وقد يتردد على أكثر من طبيب ويجري الكثير من التحاليل والأشعة والفحوصات، ومن المحتمل أن تزداد الأعراض الجسدية كلما ترافق الاكتئاب مع القلق، كما قد يصل المريض في بعض الحالات لمرحلة توهم الأمراض العضوية وعدم القناعة بكل الآراء الطبية المطمئنة والفحوصات السليمة. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 33-34)

ولعل الشكل الموالي يلخص الأعراض السابق ذكرها:

شكل 3

أعراض الاكتئاب



4. تشخيص الاكتئاب:

يعتمد الطبيب النفسي أو الأخصائي النفسي في عملية تشخيص (Diagnosis) الاضطرابات النفسية، على نظام أو دليل علمي وعملي معتمد ومتفق عليه، حيث هناك نظامان من أكثر الأنظمة التصنيفية والتشخيصية استخداما الآن في العالم هما:

- التصنيف الدولي للأمراض النفسية: International Classification of Diseases (ICD):

يصدر هذا التصنيف عن منظمة الصحة العالمية (WHO)، وهو المعيار الدولي للتسجيل، والابلاغ، والتفسير، والتحليل، والمقارنة، للوفيات وبيانات المرض، وفيه عدة طبعات، وقد نشرت منه الطبعة الأخيرة (الطبعة الحادية عشر) (ICD-11) سنة 2019.

وتصنف وفقا له الاضطرابات الاكتئابية تحت تصنيف اضطرابات المزاج، حيث تتميز بمزاج اكتئابي (مثل الحزن، سرعة الانفعال، الشعور بالفراغ)، وفقدان المتعة، مصحوبا بأعراض معرفية أو سلوكية أخرى، أو عصبية إعاشية، تؤثر بشكل كبير على قدرة الفرد على الأداء. لا ينبغي تشخيص الاضطراب الاكتئابي لدى الأفراد الذين عانوا في أي وقت مضى من نوبة هوس أو نوبة مختلطة أو نوبة تحت هوسية، مما قد يدل على وجود اضطراب ثنائي القطب. (الحمادي، 2021، ص. 268)

وحسب هذا التصنيف يتم تشخيص الاضطراب الاكتئابي وفق معايير معينة (الحمادي، 2021، ص. 268)، الموضحة في الشكل الموالي:

شكل 4

معايير تشخيص الاضطراب الاكتئابي حسب التصنيف الدولي للأمراض النفسية (ICD-11)



وفي نوبة الاكتئاب الشديدة، تظهر الكثير من الأعراض أو معظمها بوضوح، أو تظهر بعض الأعراض بدرجة شديدة. وغالبا ما يعاني المصاب من عدم القدرة على الاستمرار في الأداء في مختلف مجالات حياته، سواء الشخصية، أو العائلية، أو الاجتماعية، أو

الأكاديمية، أو المهنية أو غيرها من المجالات، إلا بدرجة محدودة جدا. (الحمادي، 2021، ص. 272)

- الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وهو نظام تصنيف يحاول فصل الأمراض النفسية إلى فئات تشخيصية، استنادا إلى وصف الأعراض (أي ما يقوله المرضى ويفعلونه انعكاسا لطريقة تفكيرهم وشعورهم)، وإلى مسار المرض، وقد تم تطويره من قبل مجموعة من الخبراء الدوليين، إذ يستند إلى أحدث الأبحاث العلمية في مجال الطب النفسي. وقد توالى الطباعات منه، إلى حين وصول أحدثها إلى الطبعة الخامسة-المعدلة (DSM-5-TR) سنة 2022.

يتم تشخيص الاضطراب الاكتئابي الجسيم (Major Depressive Disorder) وفق هذا الدليل إلى المعايير التالية:

A- تواجد خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية لنفس الأسبوعين، والتي تمثل تغيرا عن الأداء الوظيفي السابق، على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

ملاحظة: لا تضمن الأعراض التي تعزى بصورة جلية لحالة طبية أخرى.

1- مزاج منخفض معظم اليوم، كل يوم تقريبا، ويعبر عنه إما ذاتيا (مثل الشعور بالحزن أو الفراغ أو اليأس)، أو يلاحظ من قبل الآخرين (مثل أن يبدو دامعا).
ملاحظة: يمكن أن يكون عند الأطفال أو المراهقين مزاج مستثار.

- 2- انخفاض واضح في الاهتمام أو الاستمتاع في كل الأنشطة، أو معظمها وذلك معظم اليوم في كل يوم تقريبا، (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
- 3- فقد وزن بارز بغياب الحمية عن الطعام، أو كسب وزن (مثل التغير في الوزن لأكثر من 5% في الشهر)، أو انخفاض الشهية أو زيادتها كل يوم تقريبا.
- ملاحظة: ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع، عند الأطفال.
- 4- أرق أو فرط نوم كل يوم تقريبا.
- 5- هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريبا (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتأمل أو البطء).
- 6- تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريبا.
- 7- أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهيميا) كل يوم تقريبا، وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضا.
- 8- انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريبا (إما بالتعبير الشخصي أو بملاحظة الآخرين).
- 9- أفكار متكررة عن الموت (وليس الخوف من الموت فقط)، أو تفكير انتحاري متكرر دون خطة محددة، أو محاولة انتحار أو خطة محددة للانتحار.
- B- تسبب الأعراض انخفاضا واضحا في الأداء الاجتماعي، أو المهني أو مجالات الأداء الهامة الأخرى.
- C- لا تعزى الأعراض لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية أخرى.

ملاحظة:

- المعايير A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة.
- الاستجابة لخسارة كبيرة (فقد عزيز، الانهيار المالي، الخسائر الناجمة عن الكوارث الطبيعية، مرض طبي خطير أو إعاقة)، قد تتضمن مشاعر الحزن الشديد، واجترار الخسارة، وأرق، وفقدان الشهية والوزن، حيث تتواجد هذه الأعراض في المعيار A، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب. على الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة للخسارة، فإن وجود نوبة اكتئاب بالإضافة إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار. هذا القرار يتطلب حتما الخبرة السريرية للمحاكمة المبنية على تاريخ الفرد والمعايير الثقافية للتعبير عن الكرب في سياق الخسارة.
- D لا يتم تفسير نوبة اكتئاب جسيم واحدة على الأقل بشكل أفضل من خلال اضطراب الفصام الوجداني، ولا تتوأكب مع الفصام أو الاضطراب الفصامي الشكل أو الاضطراب التوهمي أو غيره من اضطرابات طيف الفصام المحددة وغير المحددة، والاضطرابات الذهانية الأخرى.
- E لم يكن هناك أبدا نوبة هوس أو نوبة تحت هوس.
- ملحوظة: لا ينطبق هذا الاستثناء إذا كانت جميع النوبات الشبيهة بالهوس أو تحت الهوس، ناتجة عن مادة أو تعزى إلى التأثيرات الفيزيولوجية لحالة طبية أخرى.

(الحمادي، 2022، ص. 137-139)

يتضمن اضطراب الاكتئاب درجات عديدة، فقد يكون بسيطا حيث تظهر لدى الفرد العوارض المذكورة سابقا، ويكون أقل عفوية وكفاية مما هو عليه في الأوقات العادية، إلا أنه قد يصل إلى درجات حادة تجعله غير قادرا على تناول الطعام أو شرب الماء، أو النهوض

من الفراش أو التواصل مع الآخرين، مما يزيد الأمر سوءاً، ويؤدي بمرور الوقت إلى مشكلات صحية خطيرة. (باتريك، وشاري، 2007، ص. 24)

5. التشخيص الفارقي للاكتئاب:

يقصد بالتشخيص الفارقي (Differential diagnosis) للمرض، تمييزه عن غيره من الأمراض الأخرى، والتي قد تتشابه أعراضها مع أعراض المرض، حيث يهدف هذا التمييز إلى زيادة كفاءة التشخيص من جهة، وزيادة كفاءة وصف الأدوية وتقديم العلاجات المناسبة من جهة أخرى، كما يؤثر على مآل المرض.

وسيتم عرض بعض الأمراض والاضطرابات النفسية، التي قد تتشابه أعراضها مع أعراض الاكتئاب، أو التي قد ينتج عن المعاناة منها بعض أعراض الاكتئاب، والتي يجب التمييز بينها وبينه عند التشخيص:

أ- المخاوف المرضية Phobias:

في حالات المخاوف المزمنة والشديدة، قد يصل المريض إلى حالة من الاكتئاب الثانوي، والذي يبدو واضحاً من تسلسل الأعراض لديه وتاريخه المرضي، حيث يظهر بوضوح أن الاكتئاب قد تطور جراء يأسه من خروجه من حالات المخاوف المختلفة، كالخوف من الموت، أو الخوف الاجتماعي، وبالمقابل قد تظهر بعض المخاوف الثانوية في حالات الاكتئاب، والتي يكون من الواضح أن تطورها جاء بعد أن اشتدت درجة الاكتئاب، إذ يخاف المريض من الناس والاجتماع بهم خشية أن يفقد تركيزه، أو ذاكرته، أو أن يلاحظ الآخرين تلك التغيرات النفسية والسلوكية التي طرأت عليه بفعل الاكتئاب. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 50-51)

ب- الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية والكحول:

إن تعاطي مثل هذه المواد قد يؤدي إلى مظاهر شبيهة بمظاهر الاكتئاب على المدى البعيد، من حيث الشعور بالفشل، والخمول والتقاعس، والإهمال واللامبالاة، كنتيجة مباشرة لآثار هذه المواد على الجهاز العصبي، مما قد يوحي للطبيب المعالج بأن المريض يعاني من الاكتئاب النفسي، خصوصاً إذا أنكر تعاطيه لتلك المواد -وهذا أمر وارد الحدوث-، كما أنه من المحتمل أن يؤدي الإدمان إلى الاكتئاب الثانوي، وعلى العكس قد يلجأ بعض مرضى الاكتئاب إلى تعاطي مثل هذه المواد، في محاولة يائسة منهم لتغيير معاناتهم ومزاجهم، مما يؤدي إلى تدهور حالتهم أكثر، لذلك لا بد من إيقاف تعاطي هذه المواد قبل البدء في معالجة الاكتئاب. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 54)

ج- الأمراض العضوية:

وبالنسبة للتشخيص التفريقي لاضطراب وجداني، لا بد بداية من استبعاد أن المزاج الاكتئابي الواضح بشكل مفرط ليس بسبب مرض جسدي، كاضطراب وظائف الغدة الدرقية، والالتهابات العصبية، وغيرها من الأمراض، وهذا يحتاج في كل الأحوال إلى فحص طبي أدواتي ومخبري معمق. (رولر وآخرون، 2016، ص. 184)

فقد يظهر على المريض المصاب باضطراب وظائف الغدة الدرقية، بعض الأعراض مثل: الخمول، والكسل، وعدم المبادرة، والتباطؤ النفسي الحركي، وزيادة الوزن، وكأنه يعاني من الاكتئاب وهذا وارد، ولكن لا بد من الفحص الطبي لهرمونات هذه الغدة، واستبعاد هذا المرض. وكذلك الأمر في الكثير من أمراض الغدد الصماء، وأمراض السرطان، وبعض الأمراض الروماتيزمية. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 55)

د - حسرة الحداد:

عند وفاة شخص عزيز فإن الإنسان يمر بثلاث مراحل لحسرة الحداد، ففي المرحلة الأولى تكون الصدمة وعدم التصديق، والتي قد تدوم لدقائق أو ساعات أو أيام، وفي المرحلة الثانية يظهر الحزن والحسرة والشعور بالفقدان، والبكاء وقلة الأكل والنوم، وهذه المرحلة قد تتشابه مع اضطراب الاكتئاب إلى حد كبير، ولكنها تختلف معه في أنها تتحسن مع الأيام، وغالبا لا تؤثر على أداء الفرد لوظائفه وواجباته اليومية المختلفة، وبعدها ينتقل إلى المرحلة الثالثة، وهي مرحلة التكيف والتأقلم مع الفقدان. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 56)

ويضيف "رولر" أنه إذا ارتبطت الأعراض الاكتئابية بعلاقة وثيقة مع موت شخص قريب محبوب، فإن هذا يعد "حزنا" طبيعيا ومتوقع اجتماعيا، وليس اضطرابا ذي قيمة مرضية، ولكن إذا استمرت استجابة الحزن لأشهر كثيرة (حوالي أربعة أشهر) دون تغير، أو ازداد شدة بحيث تظهر الأفكار والميول الانتحارية أو الأعراض الذهانية، عندئذ يعد هذا على أنه أمر مرضي. (رولر وآخرون، 2016، ص. 185)

هـ - الفصام العقلي Schizophrenia:

غالبا ما تكون أعراض الفصام العقلي من هلاوس وأوهام واضحة في معظم الحالات، إلا أن هناك فئة من مرضى الفصام، تظهر عليهم بعض الأعراض المعرفية والسلوكية والجسدية، التي تتشابه مع أعراض الاكتئاب، مثل الصمت، وضعف التركيز، والعزلة، وفقدان الشهية والوزن، والأرق، مما يوحي بأن تشخيص الحالة هو اكتئاب نفسي، ولكن عند تقييم الحالة العقلية للمريض، تظهر عليه الأوهام الاضطهادية، والهلاوس السمعية وغيرها، مما يدفع بالتشخيص نحو الفصام العقلي. كما أن هناك التباس آخر، يحدث في حالات الاكتئاب الذهاني، والتي تتميز بوجود أوهام وهلاوس، ولكنها تكون متطابقة مع

الأفكار الاكتئابية والمزاج الهابط، مما يجعل إمكانية التفريق بين الفصام العقلي والاكتئاب الذهاني أمراً ممكناً. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 53)

كما يضيف "مصطفى" أن التمييز بين الفصام الوجداني، واضطراب الاكتئاب ذي الملامح الذهانية أو المصحوب بأعراض ذهانية، 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 أثناء (أو مصاحبة) لأمراض الفصام، والاضطراب الهذائي والاضطرابات الذهانية غير المحددة، ففي حالة انطباق المحكات التشخيصية الكاملة للنوبة الاكتئابية العظمى، فإنه يضاف تشخيص اضطراب الاكتئاب غير المحدد إلى التشخيصات السابقة. (مصطفى، 2009، ص. 49)

و- الخرف Dementia:

يكون من الصعب غالباً في حالة المرضى كبار السن، تحديد ما إذا كانت الأعراض المعرفية مثل: نقص الانتباه والتركيز، وضعف الذاكرة، وفقدان التوجه، والتبدل، ترجع إلى الخرف، أو إلى نوبة اكتئاب أساسية في اضطراب الاكتئاب، فقد يتحدد التشخيص الفارق بواسطة فحوصات طبية شاملة، مع الأخذ بعين الاعتبار بداية الأعراض، ومسار المرض، والاستجابة للعلاج، كما قد تساعد الحالة العامة للمريض قبل المرض في التفرقة بين الاكتئاب والخرف. (مصطفى، 2009، ص. 49)

6. تصنيف الاكتئاب:

يرى "سرحان وآخرون" أن الاكتئاب يمكن تصنيفه وفقا لثلاث معايير، كما يلي:

• التصنيف حسب السبب:

أ. الاكتئاب الداخلي والتفاعلي Reactive and endogenous depression:

وهو تصنيف قديم، يعتبر أن الاكتئاب يعدّ إما من النوع التفاعلي، إذا كان ناتجا عن ظروف وأحداث الحياة، وإما من النوع الداخلي، إذا كان غير مرتبط بأي مشاكل خارجية، إلا أن هذا التقسيم قد أصبح الآن غير دقيق، ولا يتفق مع نتائج الدراسات والبحث العلمي، فهناك استعدادا داخليا للاكتئاب يتفاوت من شخص لآخر، إضافة للعوامل الخارجية التي تلعب دورا في كل حالة اكتئاب وبدرجات متفاوتة. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 36)

ب. الاكتئاب الأولي والثانوي Primary and secondary depression:

جاء هذا التقسيم للتفريق بين الاكتئاب الذي يظهر ابتداءا في الحياة النفسية للفرد، وبذلك يعد أوليا، أو ثانويا إذا حدث على خلفية مرض نفسي آخر، كالفصام، أو الإدمان على المخدرات والكحول، أو نتيجة لبعض الأمراض العضوية. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 37)

ج. الاكتئاب العضوي وغير العضوي Organic & nonorganic depression:

بالرغم من أن كافة أشكال الاكتئاب تظهر بالنهاية نتيجة التغيرات الكيميائية في مراكز التحكم بالمزاج بالمخ، إلا أن الاكتئاب العضوي يقصد به الاكتئاب الناتج بشكل مباشر عن مرض عضوي، مثل نقص إفراز الغدة الدرقية، وأورام الدماغ، والجلطات الدماغية، وسرطان البنكرياس والرئة وغيرها من الأمراض المختلفة، كما يضاف إليها الاكتئاب الناتج عن عقاقير

طبية مثل بعض أدوية الضغط، وأدوية الكورتيزون، أو أي مادة من مواد الإدمان. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 37)

• التصنيف حسب الأعراض (الاكتئاب العصابي والذهاني) **Neurotic and psychotic depression**:

في هذا التصنيف تم تقسيم الاكتئاب إلى نوعين: عصابي (بسيط)، وذهاني (شديد)، حيث أن وجود المظاهر الذهانية كالهلاوس والأوهام لدى المريض، هو ما يفصل بين هذين النوعين. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 37)

• التصنيف حسب مسيرة الاضطراب في حياة الإنسان:

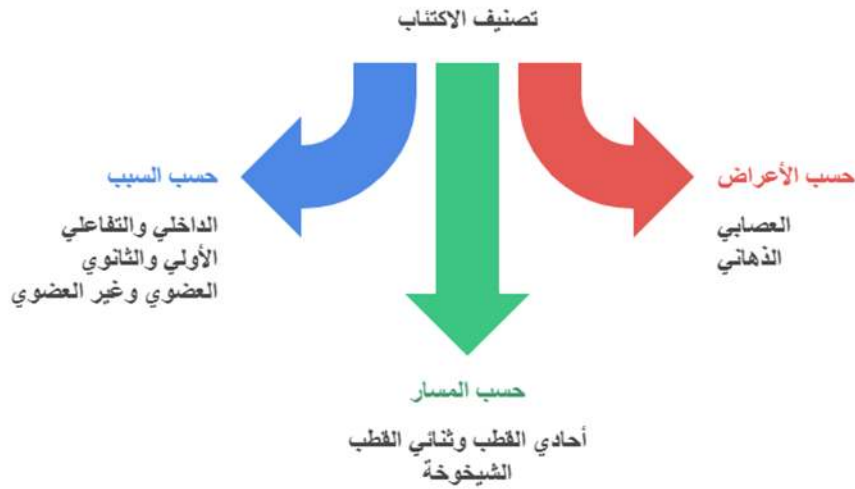
- أ. الاكتئاب أحادي القطب وثنائي القطب Unipolar and bipolar depression:
يشكل الاكتئاب جزءاً من اضطرابات المزاج التي تشمل الهوس، والحالات المزاجية المختلطة، لذلك يعتبر الاكتئاب من نوع أحادي القطب إذا تكرر كحالات اكتئاب، دون أن يتخللها حالات من الهوس، ومن نوع ثنائي القطب، إذا كان الاكتئاب يتناوب حدوثه مع حالات من الهوس، والحالات المزاجية المختلطة. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 38)
- ب. اكتئاب الشيخوخة Senile depression:

وقد اعتقد الباحثون أن هذا النوع من الاكتئاب، متميز بأسبابه وتطوره عن باقي الأنواع الأخرى من الاكتئاب، إلا أن هذا لم يثبت، ولكن من المؤكد أنه أقل تجاوباً مع العلاج، وقد يكون سريع الانتكاس، ويتطلب فترة علاجية أطول، ومن المحتمل أن يدوم مدى الحياة. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 39)

ويمكن إيجاز هذا التصنيف وفق الشكل الآتي:

شكل 5

تصنيف الاكتئاب



ويرى "كراملنجر Kramlinger" أنه يمكن تصنيف الاكتئاب لأنواع التالية:

أ- الاكتئاب الكبير:

وهو الشكل الأكثر شيوعاً من أشكال الاكتئاب، الذي يمتاز بتغير في المزاج، يدوم أكثر من أسبوعين، ويشتمل على إحدى العلامتين الأساسيتين للاكتئاب أو كليهما معا وهما: مشاعر كبيرة من الحزن والأسى، وفقدان الاهتمام أو المتعة في النشاطات الممتعة المعتادة، كما يعاني المصابون بالاكتئاب الكبير من عدة أعراض معرفية، وانفعالية، وسلوكية، وجسدية.

(كراملنجر، 2002، ص. 63)

ب- سوء المزاج Dysthymia:

تعود الكلمة اللاتينية (Dysthymia) إلى الإغريق، الذين اعتقدوا أن الغدة الصغرى (Thymus gland) هي المسؤولة عن كل العواطف، وتعني dys "السيء"، فيما تشير thymia إلى "الحالة المزاجية"، وهو شكل طويل الأمد من الاكتئاب الخفيف، حيث يتميز المصاب به بالمظهر العابس على الدوام، كما يدوم عادة إلى سنتين على الأقل، وأحيانا

يستمر لأكثر من 5 سنوات، وهو لا يسبب العجز للمريض عادة، ولكنه في حالات أخرى قد يعيقه عن عمله وحياته الاجتماعية، فيصبح منعزلاً اجتماعياً وأقل إنتاجية. (كراملنجر، 2002، ص. 65)

ج- اضطرابات التكيف:

تسبق اضطرابات التكيف اضطراب الاكتئاب الكبير في أغلب الأحيان، فمثلاً قد يتعرض شخص ما لانهايار عمله، أو فشل زواجه، أو تشخيصه بأنه يعاني من مرض السرطان، هذا من شأنه أن يجعله يشعر بالتوتر أو الحزن أو الغضب، وهذا أمر طبيعي جداً، وقد يتوصل في النهاية، إلى التكيف مع هذه الضغوط، لكن هناك من يصعب عليه فعل ذلك، وهذا ما يعرف باضطراب التكيف، حيث تسبب استجابته لحدث أو وضع مجهود، علامات الاكتئاب وعوارضه، لكن هذه العوارض ليست قوية بشكل كافٍ لتلبية معايير الاكتئاب الكبير، كما أن هناك أنواع مختلفة من اضطرابات التكيف، ويشير اضطراب التكيف الحاد إلى علامات وعوارض تدوم أقل من 6 أشهر، لكن حينما تستمر، تعرف الحالة باضطراب التكيف المزمن، كما يجري تصنيف اضطرابات التكيف حسب العوارض الأساسية إلى ما يلي:

- . اضطراب التكيف مع مزاج مكتئب.
 - . اضطراب التكيف مع قلق.
 - . اضطراب التكيف مع قلق ومزاج مكتئب.
 - . اضطراب التكيف مع اضطراب في العواطف والسلوك.
- (كراملنجر، 2002، ص. 66)

د- الاضطرابات ثنائية القطب:

يعاني بعض المصابين بالاكتئاب من دورات متكررة من الاكتئاب والهوس، ويعرف هذا المرض المنطوي على مشاعر من النقيضين، بالاكتئاب المهووس، أو اضطراب الهوس الاكتئابي، وعلى عكس الاكتئاب، يشعر المريض في مرحلة الهوس بالحيوية والنشاط، وقد ينفق ماله دون تفكير، أو يتخذ قرارات غير صائبة، وقد يصبح سلوكه غير سوي. (كراملنجر، 2002، ص. 67)

هـ- الاكتئاب الذهاني:

يعتبر هذا النوع من الاكتئاب أقل شيوعاً من الأنواع الأخرى، حيث يعاني المريض من الهلوس والأوهام والتخيلات الخاطئة. (كراملنجر، 2002، ص. 71)

و- الاضطراب العاطفي الموسمي:

يطلق هذا النوع على فترات الاكتئاب المرتبطة بتغير الموسم، ويعتقد الباحثون أنه يحدث بسبب المستويات المتضائلة من أشعة الشمس، حيث ترتفع مستويات (الميلاتونين Melatonin) في الدماغ (وهو الهرمون الذي يتحكم في المزاج، وينتج عادة في الظلام)، كما يقع خلل في الإيقاعات اليومية التي تنظم الساعات الداخلية في جسم الإنسان، وتستحق هذه النظرية بعض الانتباه، نظراً لوجود دليل على أن الاضطراب العاطفي الموسمي أكثر شيوعاً، في الأماكن التي تكون فيها ساعات ضوء النهار محدودة. (كراملنجر، 2002، ص. 72)

ويضيف "إبراهيم" أن هذا الاضطراب غالباً ما يكون في فصل الشتاء، مع تحسن في فصل الربيع، لكن هناك بعض الحالات ممن يصابون به في فصل الصيف، أما بالنسبة لأعراضه فتكون من بسيطة إلى متوسطة الشدة. (إبراهيم، 2024، ص. 49)

ي- اكتئاب ما بعد الإنجاب:

تشعر العديد من النساء بحزن مؤقت بعد الإنجاب، علما أنها قد لا تستلزم عادة أي علاج (كراملنجر، 2002، ص. 72)، لكن في بعض الحالات قد تعاني من اكتئاب كبير بعد الولادة، وقد يحدث أن تكون أعراضه دائمة ووخيمة، وهذا مايزيد من احتمالية تعرضها لنوبات أخرى متكررة من هذا الاضطراب على مدى سنين حياتها. (المطيري، 2005، ص. 229) ويرى "فاضل" أن اضطراب الاكتئاب يمكن تصنيفه إلى الأنواع التالية:

1-الاكتئاب الجسيم.

2-الاكتئاب الموسمي.

3-الاكتئاب التفاعلي.

4-الاكتئاب ثنائي القطب.

5-عسر المزاج.

6-الاكتئاب الذهاني.

7-مزيج القلق والاكتئاب.

8-الاكتئاب المتواطي.

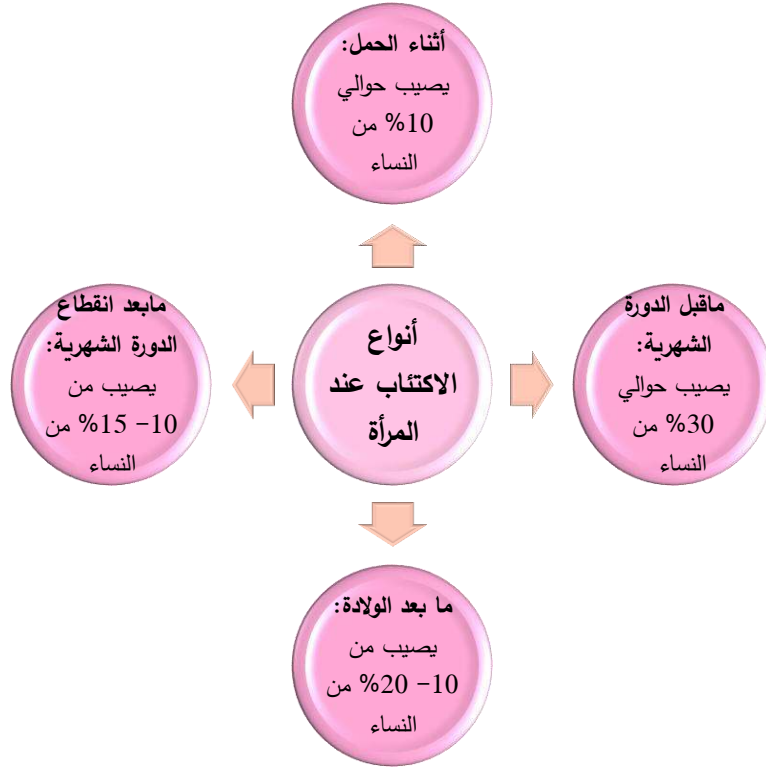
(فاضل، 2015، ص. 63)

ويضيف "زهران" (زهران، 1997، ص. 516) بأن هناك أنواعا من اضطراب الاكتئاب

خاصة بالمرأة يمكن تصنيفها على الشكل الآتي:

شكل 6

أنواع الاكتئاب عند المرأة



أما الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية فإنه يصنف الاضطرابات الاكتئابية Depressive Disorders إلى:

- 1- اضطراب المزاج المتقلب المشوش Disruptive mood dysregulation disorder
- 2- الاضطراب الاكتئابي الجسيم Major depressive disorders
- 3- اضطراب اكتئابي مستمر (سوء المزاج) Persistent depressive disorder (dysthymia)
- 4- اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث Premenstrual dysphoric disorder

5- الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة/ دواء Substance/medication-induced depressive disorder

6- اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى Depressive disorder due to another medical condition

7- اضطراب اكتئابي محدد آخر Other specified depressive disorder

8- اضطراب اكتئابي غير محدد Unspecified depressive disorder

9- اضطراب المزاج غير المحدد Unspecified mood disorder

(الحمادي، 2022، ص. 135)

7. الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي Treatment-resistant

:Depression

تم تعريف المقاومة من الناحية اللغوية في المنجد على أنها مشتقة من الفعل قوم: قاوم، قواما، وقاومه: أي ضاذه. (المنجد في اللغة والأعلام، 1975، ص. 663)

وقد جاء في (معجم المعاني الجامع، د.ت)، أن "مقاومة" هي مصدر الفعل "قاوم"، وتعني صعوبة تواجهها قوة معينة./ مقاومة التجربة: المعارضة ورفض الخضوع لإرادة الغير./ مقاومة الهواء: هي القوة التي يصادفها جسم متحرك في الهواء./ المقاومة في الأحياء: تعني قدرة الكائن الحي على أن يدرك عن نفسه الأمراض والسموم./ وفي علم النفس المقاومة هي: معارضة غريزية لأي محاولة لنقل موضوع من اللاشعور إلى الشعور.

كما جاء في معجم مصطلحات الطب النفسي أن مقاومة Resistance، تعني المقاومة بمدلولها المباشر، أو الحالة المعنوية التي يتم من خلالها توجيه النشاط والطاقة ضد شيء معين وعدم قبوله. (الشربيني، 2004، ص. 158)

أما في معجم علم النفس والطب النفسي، فقد جاء بأن مصطلح مقاومة يستخدم في التحليل النفسي والطب النفسي، وهو ما يصدر عن المريض من ألفاظ أو أفعال، التي يمكن أن تعوق التماس الطريق إلى اللاشعور، والمقاومة الشعورية هي إمساك المعلومات، الذي يعزى إلى الحرج أو الخوف، أما المقاومة اللاشعورية فتثور في نضال الأنا لإبقاء الكبت فعالاً للمادة اللاشعورية، التي تثير القلق كلما اقتربت من الشعور، في سياق عملية العلاج النفسي. (جابر وكفافي، 1995، ص. 3258)

ولهذا النوع من الاكتئاب عدة تسميات نذكر منها:

الاكتئاب	الاكتئاب المعنوي	الاكتئاب	الاكتئاب	الاكتئاب
المقاوم للعلاج	على العلاج	العنيد	المستعصي	المعاند

حيث يصطلح "سرحان" على هذا الشكل من الاكتئاب بمصطلح "الاكتئاب المستعصي"، وكلمة مستعص مشتقة من الفعل الثلاثي عصى، ويعني مخالفة الأمر والخروج عن الطاعة، والاستعصاء هو الامتناع عن الانقياد والاستجابة.

ويعتبر الاكتئاب مستعصياً، إذا لم يستجب للعلاج الملائم ضمن عملية علاجية شاملة وصحيحة، ولتحصل العملية العلاجية على هذه الصفة ينبغي أن تشتمل على ما يلي:

- 1- اختيار مضاد الكآبة المناسب.
- 2- إعطاؤه للمريض بجرعة مناسبة، التي هي إما الحد الأدنى الفعال أو الحد الأقصى الذي يمكن احتماله من قبل المريض.

3- استعمال الدواء لمدة كافية، وهي من (4-12) أسبوعاً في الحالة الحادة، ومن (6-9) أشهر في الحالة المتواصلة.

4- مداواة الآثار الجانبية للأدوية طيلة فترة العلاج.

5- التأكد من أن المريض قد تناول العلاج بالجرعة والطريقة ولمدة المطلوبة.

(سرحان وآخرون، 2008، ص. 129-130)

ويرى "مكنزي" أن مصطلح الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، يستعمل عادة من قبل الأطباء، للدلالة على اكتئاب حاولوا جاهدتين علاجه بالأدوية المضادة للاكتئاب، من دون أن يشفى المريض منه تماماً. (مكنزي، 2013، ص. 37)

وفي هذا السياق يضيف كل من "رايت وماكراي"، أنه إذا قام الطبيب بزيادة جرعة الدواء للمريض إلى حدودها القصوى، من دون الحصول على معافاة كاملة من الاكتئاب، فهو يعاني في هذه الحالة من ظاهرة تسمى (مقاومة العلاج Treatment resistance)، والتي تحدث عندما يفشل العلاج التقليدي بمضادات الاكتئاب، مثل أحد أدوية (SSRIs) أو (SNRIs) عندما يستخدمان بالجرعات القصوى، حينها قد يقرر الطبيب استخدام علاج آخر، أو يقوم بإضافة دواء آخر يضاف إلى نظام المريض الدوائي لتنشيط تأثير مضاد الاكتئاب، ويستخدم لهذه الاستراتيجية تعبير (الإضافة augmentation). (رايت وماكراي، 2014، ص. 280)

ويذكر "مصطفى" أن قضية مقاومة الأدوية، تحتل 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 معالجة حالات الاكتئاب تتطلب علاجاً طويلاً الأمد بعد الاستجابة المبدئية لمضادات الاكتئاب، فقد

يتطلب ذلك وضع واتباع استراتيجية صارمة لإدارة هذه الحالات، وذلك بهدف تثبيت تلك الاستجابة المبدئية، إضافة لتقليل احتمالات الانتكاس.

وبالرغم من ذلك فإن ما يتراوح بين 10% إلى 30% من مرضى الاكتئاب (وقد تصل هذه النسبة إلى 50%) يصنفون على أنهم مقاومون للعلاج، ويصنف بعضهم على أنهم ذوو استجابة محدودة له، وقد يرجع ذلك إلى عدم ملائمة الجرعة، أو مدة العلاج، لذلك يجب على الأطباء أن يكونوا على وعي بالعوامل التي تقف خلف هذه الاستجابات الجزئية للعلاج، وأيضا على دراية كافية بالاستراتيجيات العلاجية البديلة، التي من شأنها أن تأتي بنتائج أفضل، وغالبا ما تكون البدائل المتاحة، إما التغيير من أحد مضادات الاكتئاب أو زيادة الجرعة، أو التصاحب الدوائي أو الجلسات الكهربائية، أو العلاج النفسي.

(مصطفى، 2009، ص. 28)

8. أسباب مقاومة العلاج الدوائي:

يرى سرحان أنه إذا ما خضع المريض لعملية علاجية متكاملة ولم يتحسن، ينبغي حينها البحث عن أسباب المقاومة وعدم الاستجابة للعلاج، والتي قد تكون أحد الأسباب التالية:

1- أن يكون التشخيص غير صحيح، أي أن المريض لا يعاني من الاكتئاب، وإنما من مرض آخر يعطي أعراضا مشابهة للاكتئاب، مثل: الفصام المزمن Chronic schizophrenia، أو الذهان الزوري Paranoid psychosis، أو مرض عضوي مثل هبوط الغدة الدرقية.

2- وجود أمراض نفسية مرافقة غير مشخصة مثل:

أ-اضطراب الشخصية: وهو من أكثر الاضطرابات عرقلة للعملية العلاجية، إذ ينعكس التكيف السلبي للمريض، واضطراب سلوكه وتقلب مزاجه، على كافة مراحل العملية العلاجية.

ب-الوسواس القهري: وهذا الاضطراب يضاعف من معاناة المريض، ولعل الغريب في الأمر أن الدراسات قد أثبتت إحصائياً أنه على الرغم مما يسببه الوسواس القهري من معاناة، إلا أنه يقلل نسبة الانتحار لدى مرضى الاكتئاب لسدسها.

ج-بقية اضطرابات القلق: مثل اضطراب الفزع Panic disorder، وكذلك المخاوف المرضية بأنواعها Phobias، واضطراب القلق العام Generalized anxiety disorder، حيث تتداخل هذه الأمراض بشكل كبير مع الاكتئاب، وهي تستجيب لنفس العلاجات (حيث تستعمل مضادات الاكتئاب لعلاج اضطرابات القلق)، ويقال أن كل مريض اكتئاب يعاني درجة ما من القلق، وأن العكس أقل صحة، حيث ليس بالضرورة أن يكون كل قلق مكتئباً.

د-أمراض الطعام: مثل القهم العصابي Anorexia nervosa، وكذلك النهام Bulimia nervosa، وتتداخل هذه الأمراض وتترافق عادة مع اضطرابات الكآبة والمزاج، مما يفاقم الأمر ويصعب العلاج.

هـ-أمراض أخرى مرافقة: مثل الأمراض الذهانية، والتخلف العقلي وصعوبات التعلم.

3- وجود أمراض عضوية مرافقة غير مشخصة مثل:

أ-أمراض الغدد الصماء: مثل أمراض الغدة الدرقية والغدة الكظرية.

ب-أمراض الجهاز العصبي: مثل مرض باركنسون Parkinsons disease، وأمراض الدورة الدموية الدماغية (CVA)، وبعض الأورام الدماغية.

ج-أمراض أخرى: مثل أمراض القلب، والإيدز، وبعض الأمراض الروماتيزمية، وسرطان البنكرياس، والبورفيريا Porphyrrias.

4- استعمال أدوية أخرى، قد تتسبب في الاكتئاب أو قد تتداخل مع مضادات الاكتئاب، ومن ذلك بعض أدوية الضغط مثل: Reserpine و Methyldopa، والعلاج بالكورتيزون.

5- الإدمان على المهدئات والعقاقير الأخرى.

(سرحان وآخرون، 2008، ص. 130-132)

ويضيف "فاضل" أن المريض إذا لم يستجب لدواء ما، يجب على الطبيب أن يجد إجابة لخمسة أسئلة، تعرف في المجال الإكلينيكي بما يسمى باللغة الانجليزية الدالات الخمسة (Ds5)، نظرا لأن كل منها يبدأ بالحرف (D)، والتي تتمثل في:

1- التشخيص Diagnosis: فقد لا يتحسن المريض نظرا لأن حالته تم تشخيصها منذ البداية بطريقة خاطئة، وبالتالي تم وصف العلاج غير المناسب، ومن ثم لا تحدث الاستجابة المرغوبة.

2- التشخيص المفارق Differential diagnosis: أي التعرف على الاحتمالات الأخرى للمرض، فقد تتشابه الأعراض مع أعراض مرض آخر، ومن ثم يتم وصف علاج لحالة أخرى، لا تسمح للمريض بالاستفادة من العلاج.

3- العقار Drug: فقد يكون العقار الموصوف غير مناسب للحالة بشكل كبير، مما يقلل من علامات التحسن والاستجابة المطلوبة، وقد يحدث تداخل وتفاعل بين الدواء الموصوف، وما يتناوله المريض من أدوية أخرى، مما يقلل من آثاره الفارماكولوجية، ومن ثم تنخفض نسبة التحسن.

4- الجرعة Dose: قد يتم وصف العلاج المناسب للحالة، ولكن بجرعات أقل من الجرعة العلاجية Subtherapeutic dose، وهذا الدواء على الرغم من صحته في علاج الحالة، فإن الجرعة الموصوفة غير قادرة على إحداث التأثيرات الفعالة.

5- مدة العلاج Duration: قد يتم تشخيص الحالة بصورة صحيحة، ويصف الطبيب العلاج المناسب والجرعة العلاجية الكافية، ولكن لا يستخدم المريض العلاج للمدة المطلوبة، وبالتالي لا تظهر الاستجابة المرغوبة في هذه الفترة، ومن ثم يتأخر تحسن الأعراض.

(فاضل، 2015، ص. 256-257)

وعليه فإنه يجب استبعاد الأسباب السالفة الذكر، وأخذ الدالات الخمسة بعين الاعتبار في عملية تشخيص الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي.

9. علاج الاكتئاب:

إذا تم التسليم بافتراض أن اضطراب الاكتئاب يحدث بفعل مجموعتين من العوامل، تعملان بشكل منفصل أو متداخل، تتعلق إحداهما بالتكوين الجيني والبيولوجي وكيمياء الجهاز العصبي للإنسان، فيما تتعلق الأخرى بحياته النفسية وبناء بيئته، فإن العلاج يكمن في نطاق هاذين العاملين، فالأول يسهم في تعديل أي خلل عضوي أو كيميائي في مخ المريض، كما يسعى الثاني إلى تحسين مشاعره وتعديل أفكاره وسلوكه وتعامله مع البيئة المحيطة. اللذان قد يستعملان معاً بالتوازي أو بشكل منفصل.

وبناء عليه ينقسم علاج الاكتئاب إلى قسمين رئيسيين:

أولاً: العلاج الفيزيائي **Physical therapy**: الذي ينقسم بدوره إلى قسمين:

1-العلاج بالعقاقير والأدوية النفسية **Treatment with psychotropic medications**

أسهمت الأدوية الحديثة التي تم استخدامها في مجال الطب النفسي، في النصف الثاني من القرن العشرين، في تحقيق نتائج جيدة في علاج الأمراض النفسية بصفة عامة، والاكتئاب

النفسي بصفة خاصة، وقد أصبح استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب من أهم الممارسات في هذا المجال حالياً، حيث تم تطوير أجيال جديدة منها، لتحقيق أكبر فائدة.

يستند استعمال العقاقير لعلاج الاكتئاب، إلى النظرية القائلة أن سبب الاكتئاب يكمن في اضطراب الناقلات العصبية في الدماغ، وتحديدًا أحادية الأمين، بأقسامها الثلاث: السيروتونين Serotonin، النورادرينالين Noradrenaline، والدوبامين Dopamine.

حيث تذهب هذه النظرية، إلى أن الاكتئاب ينجم عن نقص هذه الناقلات في مراكز التحكم في المزاج بالمخ، وبالتالي فإن الأدوية تهدف إلى زيادة توفرها في المشابك العصبية. ولعل من المهم أن نذكر أن استعمال الأدوية قاد إلى سلسلة من الأبحاث، أوصلتنا إلى تلك النظرية وليس العكس، حيث انتبه المعالجون إلى دور أحاديات الأمين في الاكتئاب، من خلال التحسن الحاصل في مزاج مرضى التدرن الرئوي (السل)، الذين تم علاجهم بواسطة عقار الـ (INH)، وهذا ما شكّل بداية الفتح العلمي في هذا الموضوع، وأدّى إلى اكتشاف أولى المجموعات الدوائية لعلاج الاكتئاب. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 104)

ومع تقدم الأبحاث العلمية، أصبح يتوافر لدى الأطباء ترسانة هائلة من الأدوية المضادة للاكتئاب Antidepressants، تفيد في التعامل مع مختلف الحالات والأعراض المتباينة، وتعمل على مسارات متعددة، وفيما يلي أهم تلك المجموعات.

1- مجموعة المركبات ثلاثية الحلقات Tricyclic:

وتعتبر من أقدم المجموعات وأوسعها انتشاراً، وتشمل عدداً من العقاقير منها:

Clomipramine 1، Imipramine، Amitriptyline

والمعروفة تجارياً (Anafranil، Tofranil، Saroten) على الترتيب.

تتميز هذه المجموعة بفعاليتها ضد أنواع الاكتئاب المختلفة، لكن تأثيرها يكون بطيئاً، حيث لا تبدأ آثارها بالظهور قبل ثلاثة أسابيع من بداية الاستعمال، ولذلك يُنصح بالانتظار لمدة ستة (06) أسابيع تقريباً، قبل إصدار الحكم على مدى فعاليتها أو التفكير بتغييرها. ومن أهم آثارها الجانبية: النعاس، جفاف الفم والحلق، والإمساك، والاحتباس البولي، ارتفاع ضغط العين، اضطراب نبضات القلب، والتأثير السلبي على البروستات المتضخمة، ومن اللافت للنظر أن شدة هذه الأعراض تتفاوت من مريض لآخر، وتظهر في معظمها قبل بدء الأثر الإيجابي للعلاج، مما يدفع بالعديد من المرضى إلى عدم الاستمرار بالعلاج، وتوقيفه قبل حصولهم على الاستفادة الكافية منه، ولذلك فإن توضيح هذا الأمر للمريض من طرف المعالج، يعدّ أمراً ضرورياً وجزءاً من الممارسة الطبية النفسية الجيدة. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 105-106)

2- المركبات المثبطة لأوكسيد أحادي الأمين Monoamine oxidase inhibitors (MAOI)

تعمل هذه الأدوية على زيادة أحاديّات الأمين، وذلك عبر تثبيط الأنزيم المبطل لفعاليتها في المشابك العصبية، وقد تراجع استخدامها بشكل كبير، بسبب الأعراض الجانبية الهامة لها، ذلك أن تثبيط الأنزيم بفعالها، هو عملية غير مرتجعة Irreversable، وتؤدي إلى التفاعل السلبي مع الأطعمة المحتوية على مكونات أحاديّات الأمين، مثل التايرامين Tyramine، محدثة آثاراً هامة تتعلق بارتفاع متسارع لضغط الدم، وعدم استقرار عصبي، ونظراً لخطورة هذا التفاعل واحتواء العديد من الأطعمة على مادة التايرامين، كالأجبان ومشتقاتها، والفول الأخضر، وبعض اللحوم الحمراء، فإن المريض مستعمل هذه الأدوية

بحاجة إلى التزود بقائمة ممنوعات طويلة فترة علاجه، هذا ما أدى بالمعالجين إلى التقليل من استعمالها ووصفها. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 106)

3- مثبطات استرجاع السيروتونين الانتقائية SSRIs:

وتعتبر المجموعة الأحدث، حيث تعمل عبر منع استرجاع السيروتونين من المشبك العصبي، وبالتالي زيادة توفره كناقل عصبي، وتتسم هذه المجموعة بأنها تعمل بالخصوص على ناقل عصبي واحد، وبالتالي فإن مدى الأعراض الجانبية المتسببة بها أضيق نسبياً، لذلك فهي تلقى قبولا وتحملاً أكثر لدى المرضى.

كما تعدّ هذه المجموعة في الوقت الراهن من أكثر وأوسع الأدوية انتشاراً، وهي في نمو متزايد، إذ تعتبر الخط الأول في التعامل مع الاكتئاب، كما تتميز بأنها تتساوى فيما بينها بمدى فعاليتها، وتتمايز في مدى الأعراض الجانبية المقبولة. وتحتوي هذه المجموعة على العديد من الأدوية أهمها:

أ-فلوكستين Fluoxetine: وهو الدواء الشهير بـ بروزاك Prozac

ب-باروكستين Paroxetine

ج-فلوفاكسامين Flovaxamine

د-سيرترالين Sertraline

هـ-سيتالوبرام Citalopram

(سرحان وآخرون، 2008، ص. 107-108)

4- مجموعات أخرى حديثة العهد: ونذكر منها:

أ- مثبطات استرجاع السيروتونين والنورادرينالين SNRI

ب- مضادات اكتئاب متخصصة على السيروتونين وعلى النورادرينالين Nassa

ج- مثبطات ومعاكسات السيروتونين SARIs

(سرحان وآخرون، 2008، ص. 109)

ويرى "الحجاوي" أن أنواع الأدوية المضادة للاكتئاب تشمل ما يلي:

1- مثبطات الأنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية MAOI

Mono Amine Oxidase Inhibitors

2- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات Tricyclic Antidepressants

3- أدوية محاكية الجهاز الودي (ذات مفعول شبيه بالجهاز السمبتاوي)

Sympathomimetics

4- الجيل الثاني من الأدوية المضادة للاكتئاب Second-Generation Drugs

(الحجاوي، 2004، ص. 406)

ويصنف "رشدي" الأدوية المضادة للاكتئاب إلى التصنيف التالي:

1- المحاكيات السمبتاوية (منبهات الجهاز العصبي) (Sympathomimetics)

2- مضادات الاكتئاب الحلقية Cyclic antidepressant: التي تنقسم إلى:

أ- ثلاثية الحلقات Tricyclic: وتتضمن نوعين:

. أمينات ثلاثية Tertiaryamines

. أمينات ثانوية Secondary amines

ب- رباعية الحلقات Tetracyclic

ج- ثنائية الحلقات Bicyclic

3- المثبطات الانتقائية لإعادة امتصاص السيروتونين

4- المثبطات لإعادة امتصاص النورادرينالين والسيروتونين SNRIs

5-مضادات الاكتئاب الانتقائية السيروتونينية والادرينالينية NaSSA

Nor Adrenergic & Specific Serotonergic Antidepressants

6-المثبطات لإعادة امتصاص الدوبامين والنورادرينالين NDRIS

7-المثبطات لإعادة امتصاص السيروتونين وصادات السيروتونين SARis

Serotonin antagonists and reuptake inhibitors

8-المثبطات لإعادة امتصاص النورادرينالين NARis

9-مثبطات أكسدة (أكسيداز) أحادي الأمين (MAOis)

(رشدي، 2006، ص. 91-92)

أما "عكاشة وعكاشة" فهما يصفان الأدوية المضادة للاكتئاب بـ "مفرحات النفوس"،

ويصنفانها إلى نوعين:

1-منبهات الجهاز العصبي.

2-العقاقير المضادة للاكتئاب: التي تنقسم إلى ثلاث مجموعات أساسية حسب شدتها:

الخفيفة، والمتوسطة، والشديدة (ثلاثية ورباعية الحلقات).

(عكاشة، وعكاشة، 2010، ص. 446)

ويشير كل من "بوكرمة وفاضلي" إلى أن مضادات الاكتئاب يمكن تصنيفها على النحو

التالي:

-مثبطات الأنزيم المؤكسد الأحادي الأمين الانتقائي (IMAOs) وغير الانتقائي (IMAO)

-مضادات الاكتئاب ثلاثية ورباعية الحلقات ATC

-مثبطات إعادة أخذ السيروتونين الانتقائية (ISRSs)

-مثبطات إعادة أخذ السيروتونين والنورادرينالين (ISRS)

-مثبطات إعادة أخذ النورادرينالين (IRSNa)
(بوكرمة وفاضلي، 2018، ص. 165-166)

2-العلاج الكهربائي Electroconvulsive therapy:

يعتبر مصطلح العلاج بالصدمة الكهربائية Electro convulsive therapy (ECT) غير مريح لكثير من الأشخاص، كون هذا النوع من العلاج محاط بالكثير من المخاوف والغموض. وقد بدأ استخدامه في روما سنة 1938، وتم تطويره فيما بعد ليكون من وسائل العلاج الأساسية للأمراض النفسية، خاصة حالات مرض الاكتئاب التي لا تستجيب لوسائل العلاج الأخرى، ولا يزال هذا النوع من العلاج يستخدم على نطاق واسع حتى الآن، حيث يتراوح عدد المرضى الذين يعالجون بالكهرباء بين 50 ألف و100 ألف مريض في الولايات المتحدة الأمريكية سنوياً.

وتقوم نظرية العلاج الكهربائي على عملية مرور تيار كهربائي محدود الشدة، من خلال قطبين يوضعان على جانبي رأس المريض، فيحدث نتيجة لذلك نوبة تشنج يتبعها تحسن في حالته النفسية، ولا يستغرق مرور التيار الكهربائي سوى ثوان معدودة، كما يتم ذلك حالياً تحت التخدير الكلي ومع استخدام أدوية باسطة للعضلات، ما يؤدي لتحسن الحالة المزاجية والنفسية للمريض، نتيجة تنظيم إيقاع الجهاز العصبي، وما يصاحبه من تغييرات كيميائية في الدماغ.

(الشربيني، 2001، ص. 251)

ثانيا: العلاج النفسي Psychotherapy:

يتجه العلاج النفسي إلى محاولة فهم مشكلات مريض الاكتئاب من مختلف جوانبها الانفعالية، والمعرفية، والسلوكية، والجسدية، ثم العمل الجاد على علاجها أو تخفيفها على أقل تقدير.

تتنوع مدارس العلاج النفسي بتنوع مدارس علم النفس، حيث تستند كل طريقة علاجية إلى مدرسة نفسية لها تفسيرها الخاص للسلوك البشري، ولكيفية نشوء الاضطرابات النفسية، وبالتالي كيفية علاجها، ومن أكثر العلاجات النفسية المستعملة في معالجة الاكتئاب نذكر ما يلي:

1-العلاج التحليلي Psychoanalytic therapy:

يعتبر طبيب الأعصاب "سيجموند فرويد Sigmund Freud" مؤسس مدرسة التحليل النفسي، هو أحد أهم وأشهر الشخصيات في علم النفس والطب النفسي على مر التاريخ، وتستند هذه النظرية على البحث عن جذور المرض النفسي في أعماق الماضي للمريض، وفي المراحل المبكرة من تكوين شخصيته، وفيما يتعلق باضطراب الاكتئاب فإن رواد هذه النظرية ينظرون إليه على أنه استعادة لتجربة قديمة في اللاوعي للمريض، وعليه فالعلاج يركز على إعادة الإدراك الواعي لذلك. وفي واقع الحال لم يثبت علميا أو عمليا صحة هذه النظرية، كما لم يثبت استعمالها العلاجي فاعلية أكثر من العلاجات النفسية الأخرى قصيرة المدى، إضافة إلى أن طول المدة الزمنية العلاجية والاستنزاف الكبير للجهد والوقت والكلفة العالية، ساهم في تقليل الاهتمام والعمل بها. (سرحان وآخرون، 2008، ص.

(116)

2-العلاج السلوكي Behavioral therapy:

على خلاف مدرسة التحليل النفسي، فإن النظرية السلوكية لا تعترف إلا بتقييم السلوك الظاهر للعيان، وتعتبره نتيجة لعملية تعلم مستمرة، تتم عبر اتصال الشخص بالبيئة المحيطة. وفيما يتعلق باضطراب الاكتئاب، يعتقد رواد هذه النظرية أنه عبارة عن محصلة لتجارب الفشل المؤدية للإحباط وللقنوط. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 116)

ويشتمل العلاج السلوكي على العديد من الفنيات والأساليب المختلفة، منها: ممارسة الاسترخاء، سلب الحساسية التدريجي، وممارسة الأنشطة السارة، والتدريب على المهارات السلوكية والاجتماعية، إزالة التشريط، التعليم الشرطي الإيجابي. (الحجاوي، 2004، ص. 416)

حيث يعتقد المعالجون بأن 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 تبعا لخطة منظمة. (مصطفى، 2009، ص. 102)

ومن خلال الدراسات والأبحاث، تبين أن هذه النظرية قد حققت نجاحها الأهم في مجال أمراض القلق، وبالتحديد في حالات الفزع والمخاوف المرضية، أما فيما يخص الاكتئاب فإن النتائج تكون أفضل حينما يترافق استعمال الفنيات السلوكية في سياق العلاج المعرفي. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 117)

3-العلاج المعرفي Cognitive therapy:

تتعلق هذه النظرية من فكرة مؤداها أن الطريقة التي ينظر بها الشخص إلى العالم ويفكر بها، هي التي تحدد عواطفه وسلوكه ومواقفه، بالتالي فإن العلاج يكمن في تغيير طريقة تفكيره. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 117)

إذ تعمل الأفكار كمحرك أساسي لانفعالات الشخص وسلوكياته، ويمكن تشبيه ذلك بالدائرة المسننة (الترس / Gear)، التي لما تتحرك تحرك معها الدوائر المسننة الأخرى، ويمكن توضيح ذلك بالشكل الموالي:

شكل 7

النموذج المعرفي



ويذهب رائد العلاج المعرفي الطبيب النفسي "آرون بيك Aron beck"، إلى أن الاكتئاب ينجم عن الأفكار الخاطئة حول النفس والعالم المحيط والمستقبل، بما يعرف بمثلث الاكتئاب. (غانم، 2006، ص. 125)

حيث تستهدف العملية العلاجية التعامل مع الأفكار الاكتئابية الآلية والمخططات، وأخطاء التفكير، من خلال عدد من الأساليب والفنيات المعرفية، التي من شأنها إحداث تغيير معرفي إيجابي (مصطفى، 2009، ص. 117)، إذ بمجرد أن يتعرف المريض

على أخطائه في التفكير ويعمل على تصحيحها، حتى يبدأ في الشعور باسترداد الأمل من جديد، والإحساس بالاستمتاع، والتصرف بشكل آخر، بحيث يشهد خبرات إيجابية. (كاس وآخرون، 2009، ص. 75)

يعرف هذا العلاج بفعاليته، وقدرته على منع الانتكاس لدى مرضى الاكتئاب، كما أنه يعطي أفضل النتائج حينما يترافق مع بعض التقنيات السلوكية. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 118)

4-العلاج الابينشخصي Interpersonal therapy:

وهو عبارة عن نوع من العلاجات المختصرة والحديثة، تستخدم خاصة في علاج الاضطرابات الاكتئابية، حيث يقوم هذا العلاج على افتراض أن أعراض الاكتئاب تنشأ نتيجة العلاقات المضطربة، إذ يعمل المعالجون والمرضى في جلسات علاجية أسبوعية طوال ثلاثة أو أربعة أشهر، على حل تلك المشكلات العلائقية، التي تبدو ذات أهمية بالنسبة للاكتئاب الراهن، مثل: المشكلات الزوجية، خلافات وصراعات الأدوار، الحزن على شخص محبوب، تغير الأدوار، المشكلات المترافقة مع الطلاق، أو مع العبور إلى مرحلة حياتية جديدة (كالتقاعد أو استقلال الأبناء عن الوالدين)، أو العزلة، أو نقص الكفاءات الاجتماعية. (كاس وآخرون، 2009، ص. 76)

ويمكن إيجاز أبرز أنواع علاجات الاكتئاب في الشكل الموالي:

شكل 8

أبرز أنواع علاجات الاكتئاب



خلاصة الفصل:

في هذا الفصل تم تناول اضطراب الاكتئاب بنوع من التفصيل، حيث تم استعراض مفهومه، أسبابه، أعراضه، تشخيصه، تصنيفه، وعلاجه، فضلا عن التطرق للاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، الذي يمثل تحديا سريريا بالغ التعقيد، إذ أن مقاومة هذا الاضطراب للعلاج الدوائي البحث، تؤكد على أن التركيز على الخلل البيولوجي فقط، يهمل شبكة من العوامل الانفعالية والمعرفية والاجتماعية والسلوكية والروحية التي تديمه، وعليه فإن الفصل الموالي سيقوم بالبناء على هذه الضرورة ليغوص في صميم العلاج النفسي متعدد المحاور.

الفصل الثالث

العلاج متعدد المحاور

تمهيد

1. لمحة تاريخية عن العلاج متعدد المحاور
2. تعريف العلاج متعدد المحاور
3. الخلفية النظرية للعلاج متعدد المحاور
4. مبادئ العلاج متعدد المحاور
5. خصائص العلاج متعدد المحاور
6. المفاهيم الأساسية للعلاج متعدد المحاور
7. مراحل العملية العلاجية في العلاج متعدد المحاور
8. أهداف العلاج متعدد المحاور
9. الأساليب العلاجية المستخدمة في العلاج متعدد المحاور

خلاصة الفصل

تمهيد:

لقد عرف ميدان العلاج النفسي حركة واسعة وتطورا هاما على مر العصور، حتى وصل إلى ما هو عليه في الفترة الراهنة، حيث يزخر بمدارس عديدة، لكل منها افتراضاتها الأساسية حول طبيعة الاضطراب النفسي، وأفضل السبل لعلاجها، وفي ظل تعقيد المشكلات النفسية، لم يعد الالتزام المطلق بمدرسة علاجية واحدة الخيار الأمثل، مما برز دور العلاج النفسي الانتقائي التكاملي، كمنهج يتسم بالمرونة، والنظر للإنسان نظرة شمولية كوحدة متكاملة، والسعي لجمع ودمج العديد من النظريات العلاجية بشكل منسجم ومتناسق، بهدف تغيير السلوك غير المتكيف للإنسان.

وسيتم في هذا الفصل تسليط الضوء على هذا العلاج، من حيث تعريفه، وخلفيته النظرية، ومبادئه، وخصائصه، وأهدافه، وغيرها من العناصر التي نحاول من خلالها إعطاء نظرة شاملة وواضحة عنه.

1. لمحة تاريخية عن العلاج متعدد المحاور:

ظهر الاتجاه الانتقائي التكاملي على يد العالم "فريدريك ثورن" Frederick Thorn سنة (1950)، ويقوم هذا النوع من العلاج على تحديد المبادئ والفنيات والاستراتيجيات الأساسية الفعالة في العلاجات النفسية الأخرى، وعلى ضوء هذا الاتجاه لابد أن تتم دراسة شخصية العميل وحاجاته النفسية، ثم يقوم المعالج باختيار الفنيات والأساليب المناسبة، وينبغي توخي الحذر من استخدام فنيات لا فائدة منها، إذ يؤكد أصحاب هذا الاتجاه على ضرورة تجنب التحيز النظري، وذلك باستخدام المنهج العلمي، لتمييز الفنيات الأكثر فاعلية في العلاج. (الطنطاوي، 2022، ص. 36)

وتعتمد النظرية الانتقائية التكاملية على أسلوب علاجي، يسمح للمعالج أن يستخدم بحرية مختلف الفنيات العلاجية المستخدمة في كل أنواع العلاج النفسي، دون أن يكون بالضرورة متقبلاً للإطار النظري الذي بنيت عليه، كما أنه مدخل عملي يحاول المعالج من خلاله تقادي التصادم بين الأوضاع النظرية المتنافسة، ومحاولة التنسيق فيما بينها. (عجاجة، 2020، ص. 109)

وتشير "أبو عيطة" إلى أن وجهة النظر الاختيارية تعني اختيار الطريقة أو الأسلوب من عدة نظريات أو مصادر، حيث تتم الاستفادة منها بما يساعد على خدمة حاجات الفرد، ويحرص المعالج على معرفة العديد من الطرق والأساليب والتدريب عليها، وألا يعتمد على المحاولة والخطأ، ثم يقوم بعملية اختيار أنسبها بما يتلاءم مع الفرد ومشكلته. (العتيبي، 2021، ص. 77)

ويعد العلاج الانتقائي التكاملي نوعاً من العلاج القائم على الانتقاء من مختلف النظريات، بحيث يتضمن التعامل مع الشخص ككل؛ جسمه وعقله وانفعالاته، ويؤكد رواد هذا العلاج على عدم الاهتمام بنظرية واحدة، وعلى مرونة العلاج النفسي وكذا مرونة المعالج الناجح الفعال، وهو اتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المختلفة، سواء على مستوى التنظير، أو مستوى انتقاء التقنيات العلاجية، أو مستوى العوامل المشتركة بين النظريات المتعددة، وهو بصورة عامة يعتبر منحى علاجي لا يتقيد بنظرية علاجية محددة أثناء العملية العلاجية، بل يتجاوز حدود النظرية الواحدة، مستفيداً من إسهامات مختلف النظريات، من خلال دمجها في نموذج علاجي متكامل، شرط أن يكون هناك انسجام وتناسق. (زهران، 2011، ص. 2)

وقد تفرع الاتجاه الانتقائي التكاملي في العلاج إلى عدة نماذج علاجية، تنادي على المستوى التطبيقي إلى ضرورة انتقاء الفنيات العلاجية من مختلف المدارس، من أجل تقديم علاجات شاملة للمريض، ومن تلك النماذج نجد النموذج المتعدد الأبعاد لصاحبه "ارنولد لازاروس Arnold Lazarus"، الذي أسسه سنة 1965، وتتلخص تلك الأبعاد في الصيغة BASIC-ID، والتي تعني (B: السلوك / Behavior / وA: العاطفة / Affect / وS: الاحساس / Sensation / وI: الصور والتخيلات / Imagery / وC: المعرفة / Cognition / وA: العلاقات الشخصية / Interpersonal relationship / وD: العقاقير والجانب البيولوجي Drugs).

حيث يعتبر الإنسان وحدة كلية متكاملة، فحين يشعر بالقلق أو الخوف مثلاً، فإن هذه الانفعالات تصاحبها تغيرات في تفكيره وأنماط سلوكه، فليس هناك نشاط عقلي أو جسمي أو انفعالي خالص وقائم بمفرده، وبمعزل عن بقية مكونات الشخصية، لذلك فمن الخطأ الفصل بين ما هو عقلي أو جسمي أو انفعالي، أي لا يمكن فهم السلوك؛ سويًا كان أو شاذًا، إلا بفهم الشخصية ككل. (حسين، 2008، ص. 37-38)

فالعلاج متعدد الأبعاد يتجه نحو التعامل مع السلوك بصفته ذو أبعاد متعددة، وأنه توجد إمكانيات ومداخل متعددة لتغيير السلوك، ولب هذا التصور أن الاضطراب عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية بل يشمل جوانباً متعددة.

2. تعريف العلاج متعدد المحاور:

عرفه "باترسون" (1990) بأنه الإرشاد والعلاج في ثوبه الجديد المتكامل الناضج، والتيار المنفتح لكل إسهام وإضافة جادة، وهو نظام متناسق، يعمل على انتقاء ودمج الأساليب والفنيات الإرشادية والعلاجية، لتحقيق أفضل النتائج. (باترسون، 1990، ص. 495)

ويرى "مليكه" (1990) بأنه علاج توفيقى تستعار فيه أساليب كثيرة من المدارس الأخرى. (مليكه، 1990، ص. 162)

ونقلا عن "بيغز Biggs" (1994) فقد عرف "لازاروس" أسلوبه العلاجي متعدد الوسائل بـ"الانتقاء التقني"، إذ يرى أن شخصية الفرد تنتظم وفق سبعة أنماط وظيفية هي: السلوك، والوجدان، والإحساس، والتخيل، والمعرفة، والعلاقات الشخصية، والوظائف الحيوية، التي تتفاعل فيما بينها، وتترتب في نظام تسلسلي بحيث يؤثر كل نمط في الآخر، لذلك يستخدم هذا الأسلوب مهارات متعددة للتأثير على تلك الأنماط، لمساعدة الفرد على حل مشكلاته. (Biggs, 1994, p. 85)

ويصفه "باين Payne" (1997) بأنه اتجاه يراعي الاحتياجات الخاصة، التي تلئم العملاء طبقا لفاعليتها التي دعمتها نتائج العمل البحثي، أي الاهتمام بالإنقائية بدلا من الاتجاه الذي يهتم بالنظرية بمفردها. (Payne, 1997, p. 52)

ويضيف "غراوة وآخرون" (1999) بأنه علاج يعتمد على استخدام طرق علاجية من اتجاهات مختلفة، أي أن الأمر يتعلق بتوليف علاجي غير مقيد باتجاه معين، والذي أثبت فاعليته غالبا أكثر من استخدام طريقة واحدة في العلاج. (غراوة وآخرون، 1999، ص. 206)

ويشير "هولاندرز" (1999) إلى أنه عبارة عن تطبيق طرق متنوعة، دون النظر إلى أصلها وخلفيتها النظرية، وتبعا للإنقائية فإنه يتم اختيار مجموعة متنوعة من الأساليب والنماذج، ومحاولة الربط بين المفاهيم النظرية المختلفة، لتكوين نظرية جديدة مترابطة منطقيا، والجمع بين الأجزاء المتعددة في شكل كلي متكامل. (Hollanders, 1999, p. 483)

وقد اعتبر أبو "عبأة ونيازي" (2000) أن الإرشاد والعلاج متعدد الوسائل نوع قائم على الانتقاء من مختلف الطرق، حيث يتعامل هذا العلاج مع الشخص كوحدة واحدة كاملة، بما يحتويه من جوانب وأبعاد سلوكية وانفعالية ومعرفية وجسمية وروحية، ويستخدم أساليب ومعلومات ونماذج من مختلف المصادر النظرية. (أبو عبأة، ونيازي، 2000، ص. 60)

حيث أن هذا العلاج هو اتجاه يسعى إلى التكامل بين النظريات العلاجية المتعددة، سواء على مستوى التنظير، أو على مستوى انتقاء الفنيات العلاجية، وهو بشكل عام، يعتبر منحى علاجي لا يلتزم ولا يتقيد بنظرية علاجية محددة، بل يتخطى حدود النظرية الواحدة، منتقيا من إسهامات مختلف النظريات العلاجية، من خلال دمجها في نموذج علاجي متكامل، مع الحفاظ على الاتساق والانسجام فيما بينها.

وفي نفس السياق تضيف "سرى" (2000)، بأن هذا العلاج يقوم على أساس التمييز، والانتقاء، والتوفيق، والتجميع بين نظريات وإجراءات وأساليب العلاج النفسي المختلفة، بما يتلاءم مع ظروف كل من المعالج، والمريض، والمشكلة، والعملية العلاجية بوجه عام. (سرى، 2000، ص. 269)

فهو عبارة عن توجه عملي تطبيقي يرفض النظرة الأحادية، ويعمل على انتقاء أفضل شيء من كل نظرية، وهذا ما يتطلب من المعالج أن يكون على دراية واطلاع واسع ودقيق، بمختلف النظريات العلاجية، وكذا معرفة نقاط قوة وضعف كل نظرية، إضافة للإلمام بعناصر بناء نظرية جديدة متكاملة وفعالة.

ويرى "أبو النور" (2000) بأنه نظام يقوم على تحديد المبادئ والاستراتيجيات الرئيسية الفعالة في العلاجات النفسية الأخرى، وبالأخص تلك الاستراتيجيات التي تناسب

حاجات العميل، والتي أثبتت فعاليتها في علاج مختلف المشكلات. (أبو النور، 2000، ص. 252)

كما يذكر "ملحم" (2001) بأنه علاج يقوم على عدم الالتزام بالانتماء إلى أي من النظم العلاجية السائدة بالنظريات الأخرى، وإنما يتميز عنها من حيث أنه نظام علاجي تكاملي، يخضع لمفاهيم وأسس محددة. (ملحم، 2001، ص. 451)

ونقلا عن "سلايف Slife" و"ريبار Rebar" (2001) فإن "ثورن" يرى أنه لابد أن تتم دراسة شخصية العميل واحتياجاته، ثم بعد ذلك يختار المعالج الفنيات والأساليب المناسبة، كما يدعو إلى تجنب التحيز النظري، وذلك باستخدام المنهج العلمي، لاختيار التقنيات الأكثر فاعلية، حيث يؤكد على أنه لابد على المعالج أن يكون ملما بكافة النظريات والفنيات العلاجية، التي يحتاجها لمعالجة المشاكل المتنوعة للأفراد.

(Slife & Reber, 2001, p. 215)

وفي هذا الصدد يضيف "سعفان" (2004) بأن الافتراض الرئيسي عند "ثورن" هو أن الحالات والظروف المختلفة، تستدعي ألوانا مختلفة من العلاج، ويعتمد ذلك على طبيعتها وتطورها. (سعفان، 2004، ص. 154)

ويشير "ملحم" (2007) إلى أنه التطبيق العملي لأسس وفنيات، مأخوذة من مجالات المعرفة العلمية المتوافرة في المعالجات النفسية المختلفة، من أجل وضع استراتيجية علاجية منظمة، تناسب الحالة التي وضعت لها. (ملحم، 2007، ص. 179)

وتعرف "شند" (2008) هذا العلاج بأنه عبارة عن منظومة من الإجراءات تتسق فيما بينها، وتتضمن عددا من التقنيات، التي تنتمي كل تقنية فيها إلى نظرية علاجية معينة، ويتم

اختيار هذه التقنيات على أساس مساهمة كل منها في تنمية جانب من جوانب الشخصية. (شند، 2008، ص. 209)

ويرى "مصطفى" (2009) بأن هذا العلاج هو ما يمكن تسميته بالمنحى التكاملي الانتقائي Integrative and Eclectic Approach، وتتمثل الانتقائية في اختيار عدد من المبادئ الموجودة داخل الأنساق والنظم المختلفة، بحيث تكون نسقا جديدا مقبولا ومرضيا من المبادئ الجديدة. (مصطفى، 2009، ص. 158)

ويعرف "سترايكر Stricker" و"قولد Gold" (2011) العلاج متعدد المحاور بأنه مدخل من مداخل الاتجاه الانتقائي، ومؤسسه "أرنولد لازاروس"، حيث ينتقي التقنيات العلاجية بناء على المجالات السبعة التي حددها: المجال السلوكي، والمجال الانفعالي، والمجال المعرفي، والمجال التخيلي، والمجال الحسي، ومجال العلاقات البينشخصية، والجانب البيولوجي/ العقاقير، ويتم الانتقاء وفقا للأدبيات الإمبريقية، والخبرة العيادية. (Stricker & Gold, 2011, p. 429)

وقد عرفه "أبو أسعد والأزيدة" (2015) بأنه طريقة انتقائية وشاملة للعلاج النفسي، تدعو إلى التزام الممارسة بقواعد وأساليب ونتائج علم النفس باعتباره علما تجريبيا، وإضافة أساليب قياس وتقويم متفردة، والتعامل بعمق وتفصيل مع جوانب الفرد الجسمية، والمعرفية، والانفعالية، والحسية، والتخيلية، والعلاقات الشخصية، باعتبارها عوامل مؤثرة في العلاج في تفاعلها مع بعضها البعض. (أبو أسعد، والأزيدة، 2015، ص. 253)

ونقلا عن "براهيمي وبوعمامة" (2017) فإن "عزب" يرى أن هذا العلاج هو منظومة ذات طابع متسق من التقنيات الإرشادية والعلاجية، حيث تنتمي فيها كل تقنية إلى نظرية علاجية خاصة بها، إلا أن انتقاء هذه التقنيات يتم بشكل تكاملي، بحيث تسهم كل منها في

علاج جانب من جوانب شخصية العميل، كما يتم الانتقاء من خلال الرجوع إلى تشخيص دقيق لحالته، لتحديد أفضل التقنيات، ومدى مناسبتها للخطة العلاجية، ولطبيعة الاضطراب أو المشكلة السلوكية التي يعاني منها. (براهيمي، وبوعمامة، 2017، ص. 15)

ونقلا عن "كربال" (2019) فإن "إبراهيم" يشير إلى أن العلاج متعدد الأبعاد هو علاج يتجه إلى التعامل مع السلوك بصفته أبعادا متعددة، ومن ثم نجد أن المعالج ينظر للسلوك والمرض ومختلف المشكلات من عدة أبعاد، وبذلك توجد إمكانات ومداخل متعددة لتعديل السلوك، وبعبارة أخرى فإن الاضطراب النفسي وفق هذا التصور المعاصر، هو نتاج لعناصر تتعلق بأفكار وقيم الفرد، وأخرى تتعلق بالبيئة التي يعيش فيها، لذا فالعلاج ينصب على تعليم الفرد أساليب جديدة في التفكير، وطرقا مناسبة للتكيف مع بيئته. (كربال، 2019، ص. 123)

ونقلا عن "كريشان والتخاينة" (2024) يعتبر "سليجمان" أن العلاج متعدد الوسائل (MMT) واحدا من أشهر أساليب التقنية الانتقائية، وهو نظام يدمج النظريات والتدخلات العلاجية، ويعتمد بشكل كبير على العلاج السلوكي، والعلاج المعرفي، بالإضافة إلى نظريات التعلم الاجتماعي، ويهتم بثقافة الفرد والمجتمع والبيئة التي ينتمي إليها في السياق العلاجي. (كريشان، والتخاينة، 2024، ص. 117)

بناء على عرض التعريفات المتعددة، ووجهات النظر لمختلف الباحثين حول هذا العلاج، يمكن بلورة استنتاج عام وشامل، يتمثل في أن هذا النوع من العلاج النفسي هو عبارة عن نظام علاجي مرن ومنظم، يهدف إلى تقديم أفضل مساعدة ممكنة للفرد، وذلك عن طريق الانتقاء الواعي والمدرّوس لأكثر الأساليب والفنيات العلاجية فاعلية، والمستمدة من نظريات ومدارس العلاج النفسي المتعددة، ودمجها بشكل متسق، بما يتناسب مع مشكلاته.

3. الخلفية النظرية للعلاج متعدد المحاور:

- النظر للطبيعة الإنسانية:

يرى "لازاروس" أن سلوك الإنسان يتأثر بعوامل داخلية تتمثل في الجانب الوراثي والتكوين البيولوجي، وأخرى خارجية تتعلق بالبيئة والتعلم والتفاعل مع الآخرين. (منسي، ومنسي، 2004، ص. 316)

- النظر للشخصية:

يشير "لازاروس" إلى أن شخصية الفرد تتبع من التفاعل بين ما هو وراثي وما هو بيئي، وكذا نتيجة تاريخه الاجتماعي، وأن الفرد لا يستجيب عادة للبيئة الواقعية حوله، وإنما يستجيب لها من خلال ما يدركه حولها، وذلك وفق: الانتباه، القيم، والمعتقدات، والتوقعات، والأهداف، ومهارات حل المشكلات وغيرها. (منسي، ومنسي، 2004، ص. 316)

كما يضيف بأن الشخصية الإنسانية هي نتاج تفاعل العمليات الانفعالية، والسلوكية، والمعرفية، والحسية، والتخيلية، والعلاقات البينشخصية، إضافة للوظائف الحيوية (البيولوجية)، حيث تتكامل هذه العمليات فيما بينها لتشكل الصيغة BASIC-ID.

لذلك يركز العلاج متعدد الأبعاد اهتمامه على المشكلات النوعية ضمن بعد معين من الأبعاد السبعة (ضمن الصيغة BASIC-ID)، وكيف تتفاعل وتؤثر هذه المشكلة في الجوانب الأخرى من الشخصية، فأى مشكل في بعد واحد من شأنه أن يؤثر في الأبعاد المتبقية، سواء كان هذا التأثير قويا أو ضعيفا، فالتفسير المتعدد الأبعاد للمشكلة يساعد المعالج على اختيار التدخلات العلاجية المناسبة.

(يحيوي، 2014، ص. 162)

- تفسير الاضطراب النفسي:

يعتقد "لازاروس" أن الاضطراب النفسي يرجع إلى ظروف التعلم، إذ يحدث خلال تعرض الفرد للمؤثرات والترابطات الشرطية، والنماذج التي يتطابق معها ويقلدها، سواء عن عمد أو غير عمد، وأن يكتسب معلومات متصارعة أو خاطئة، حيث تحدث أنواع من الكف والدفاعات.

كما قد ينشأ السلوك المضطرب للإنسان نتيجة تعلم غير مناسب أو غير كاف، وهنا نجد أن المشكلات لا تنشأ من صراعات أو من أحداث سببت صدمة، أو من تأثير الآخرين، وإنما من الفجوات الموجودة في ذاكرة الشخص، والتي لم تزود بالمعلومات الهامة والعمليات الخاصة بالتعامل مع المواقف الحياتية، مما يجعلها غير مجهزة للتعامل مع المطالب الاجتماعية.

كما أنه من الممكن أن تنشأ الاضطرابات النفسية من خلال عوامل؛ مثل صراع المشاعر ونقص المعلومات، أو سوء فهمها، أو نقص في المهارات الشخصية، وكذا الضغوط الخارجية، بالإضافة إلى المتطلبات والرغبات الملحة والموجودة في عالم الفرد الذاتي أو الخارجي.

(يحيائي، 2014، ص. 172)

ويلخص "لازاروس" كيفية نشوء الاضطراب النفسي وفق ما يلي:

- يكون الشخص عند مولده عبارة عن محصلة من الإرث الجيني، وتأثير بيئة الرحم وغيرها من المؤثرات البيئية.

- تمضي الحياة نحو المعيشة الاجتماعية المتكيفة الطبيعية.

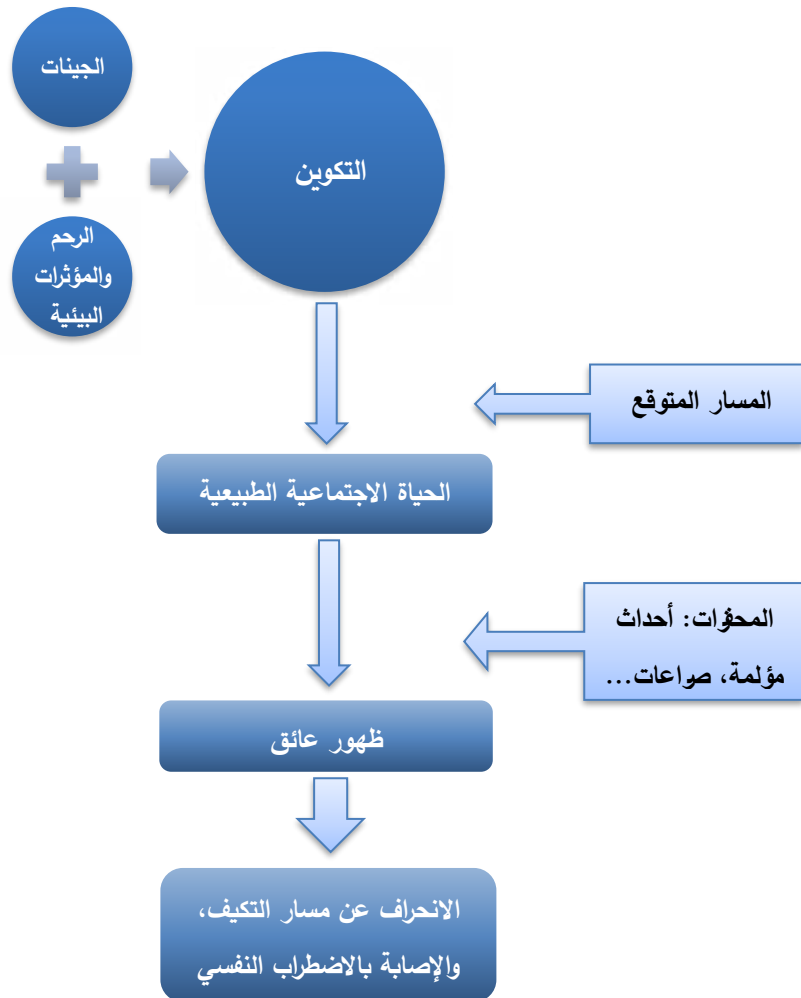
- تحدث مواجهة لأحداث مؤلمة، أو صراعات مختلفة، واكتساب لمعلومات خاطئة.

- يظهر عائق في حياة الشخص.
 - ينحرف الشخص عن مسار التكيف والتوازن، وقد يسلك مجموعة من الاستجابات الانهزامية للذات وغير المتكيفة.
- (بلان، 2015، ص. 525)

ويمكن توضيح ما تناوله "لازاروس" حول الاضطراب النفسي بالشكل الموالي:

شكل 9

كيفية نشوء الاضطراب النفسي عند لازاروس



ويرى "ثورن" أن فلسفة النظرية الانتقائية التكاملية مبنية على ما يأتي:

- أن هذا الاتجاه لا يعتبر خليطاً من الحقائق غير المرتبطة.
 - لا تنقصه الرؤية الواسعة.
 - ليس مدعوماً بنماذج فكرية ونظرية ثابتة وجامدة.
 - ليس مرتبطاً باتجاه نظري واحد.
 - يتمثل في جهد منظم، ويعمل على الاستفادة من مبادئ المدارس المختلفة، بقصد إقامة علاقات وثيقة ومتكاملة بين الحقائق، مهما اختلفت أصولها النظرية، لذا فهو منهج استقرائي أكثر منه استدلالى، فبدلاً من البدء بأفكار قبلية أو تصورات نظرية والتأكد من مدى صلاحية الحقائق للنموذج الفكري المقترح، فإن المعالج النفسي يقوم بإجراءات استقرائية، فهو يجمع الحقائق ويحللها ثم يحاول إقامة بناء نظري جديد متكامل يفسر هذه الحقائق.
- (الزيود، 2008، ص. 311)

4. مبادئ العلاج متعدد المحاور:

- يقوم العلاج متعدد المحاور على مجموعة من المبادئ الأساسية، التي يعتمد عليها في العملية العلاجية، حيث تنعكس هذه المبادئ على كافة مراحلها، فهي بمثابة الخريطة التي توجه المعالج والمريض، لكي يصلوا إلى الأهداف المرجوة.
- وقد لخص "لازاروس" أهم المبادئ التي ينطلق منها العلاج متعدد الوسائل، كما يلي:
- أن السلوك الإنساني يتأثر بعوامل وراثية وبيولوجية وبيئية، تتمثل في العلاقات الشخصية مع الآخرين، وفي الظروف البيئية والثقافية والاجتماعية المحيطة به، وكذا في عملية التعلم من خلال المحيطين به.

- أن الاضطراب النفسي أو الشخصية غير المتكيفة، ترجع إلى تعلم غير مناسب وإدراك لنماذج سلوكية غير سوية، وإلى نقص في المعلومات أو الخبرات أو معلومات خاطئة، ما يجعل ذاكرة الفرد عاجزة عن إمداده بطرق التعامل مع مختلف المواقف الاجتماعية، فيظهر الاضطراب في شكل استجابات انهزامية غير توافقية.

- أن المضطرب نفسياً يعاني من عدة مشكلات، لذلك يتطلب من المعالج أن يتعامل مع كل مشكلة أو عرض، بأساليب علاجية تثبت فاعليتها بغض النظر عن انتماءاتها إلى النظريات المختلفة، أي استخدام الطرق الفاعلة الصادرة من مختلف المدارس النفسية، بما يناسب حاجات المضطرب، ويمكنه من حل مشكلاته.

- أن كل مريض يعتبر فريداً من نوعه، فقد تصلح طريقة علاجية لشخص ما، ولكنها لا تصلح لشخص آخر يعاني من نفس المشكلة، وذلك لتميزه وتفرد في خصائصه وأسباب اضطرابه، لذلك يتبع هذا الاتجاه العلاجي عند تشخيص الاضطراب وعلاجه، أسلوب تقييم الشخصية باستخدام المقابلة، ووسائل القياس الأخرى تبعا لجوانب رئيسية، تتمثل في: السلوك، الوجدان، الإحساس، التخيل، المعرفة، العلاقات الشخصية، العقاقير والنواحي البيولوجية، التي جمعت في الحروف التالية: BASIC-ID.

(زعتري، 2016، ص. 102-103)

وقد حدد "دونل Donnell" مبادئ أساسية للعلاج متعدد الوسائل، كما يلي:

- الإنسان مسؤول عن صحته.
- ينبعث المرض من داخله.
- وبالتالي ينبعث الشفاء من داخله.
- يستلزم العلاج التعامل مع الجسم والانفعال والعقل والروح.

- يعتبر المعالج خبيراً موجهاً ناصحاً، ولا يتصف بالتسلط.
- تعتبر الرعاية الشخصية والمشاركة الفعالة والتعامل الإيجابي، عوامل مهمة لإحداث التغيير المطلوب.
- تؤثر البيئة الطبيعية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد على صحته.
- تعتبر التغذية والتمارين الرياضية، حجر الزاوية للصحة الجيدة.
- يتميز كل فرد بسماته وخصائصه الفريدة، وعليه فمن الضروري وضع خطة علاجية تتلاءم مع ذلك.

(أبو أسعد والأزيدة، 2015، ص. 254)

ويضيف "العطاس" بأن هناك مجموعة من المبادئ يركز عليها هذا العلاج، تتمثل في:

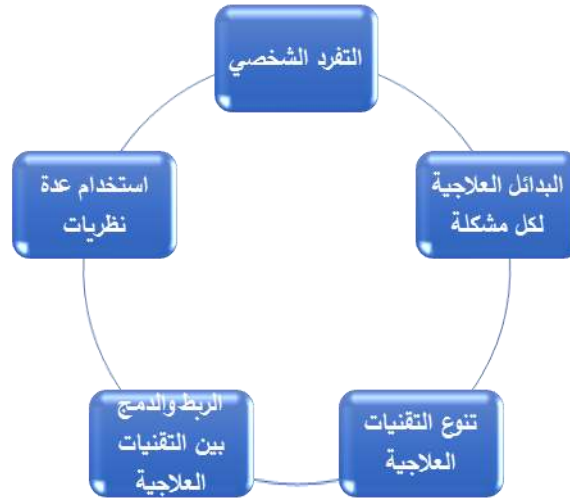
- مبدأ التفرد الشخصي؛ حيث لكل متعالج شخصية فريدة من نوعها، فقد تصلح طريقة علاجية له، ولا تصلح لمتعالج آخر يعاني من نفس مشكلته.
- لكل مشكلة مجموعة من البدائل العلاجية.
- تعدد وتنوع الأساليب والتقنيات العلاجية، ولا يوجد أسلوب يعتبر هو الأفضل دائماً في كل الحالات.
- إمكانية الربط بين مختلف التقنيات والفنيات العلاجية، ودمجها في نظام جديد متناسق ومتكامل وذو فاعلية.
- استخدام عدة نظريات مختلفة، على أن يكون المعالج على درجة عالية من الوعي والكفاءة والإتقان لاستخدامها.

(العطاس، 2010، ص. 57-58)

ويمكن إيجاز المبادئ التي أوردتها العطاس في الشكل التالي:

شكل 10

مبادئ العلاج متعدد المحاور



5. خصائص العلاج متعدد المحاور:

يمكن استعراض أبرز الخصائص التي تميز هذا النموذج العلاجي كما يلي:

- توجه عملي أكثر منه نظري، حيث يختار المعالج من كل نظرية ما يناسب ويؤثر في عملية العلاج، فالأسلوب الأمثل هو تطويع النظريات والفنيات لتتناسب مع المرضى وليس العكس.

- يتطلب التخفيف من حدة الاختلافات، وتخطي الحدود بين النظريات والمدارس العلاجية، لذا لا بد للمعالج أن يمتلك قدرا كبيرا من الدافعية والحافزية، تمكّنه من بذل مجهود معتبر في عملية التوفيق والتركيب بين طرق العلاج المختلفة.

- التركيز على أوجه الشبه بين النظريات المختلفة، أكثر من التركيز على أوجه الاختلاف.

- التوفيق بين مختلف النظريات.

- الاستيعاب والتكامل والدمج بين مختلف المبادئ والمفاهيم لمختلف النظريات، حتى تتلاءم مع المتعالج.

- الشمولية، إذ على المعالج الإلمام بأكبر قدر ممكن من الطرق العلاجية، من مختلف المقاربات النظرية، وأن يسعى إلى أن يكون قادراً على استخدامها، وأن يمتلك المهارة في الانتقال من نظرية إلى أخرى، والتوفيق بينها قدر المستطاع.

(سرى، 2000، ص. 270-271)

6. المفاهيم الأساسية للعلاج متعدد المحاور:

يلخص "لازاروس" أهم المفاهيم الرئيسية للعلاج متعدد الأبعاد، فيما يلي:

1- التعلم الاجتماعي:

يرى "لازاروس" أن الكثير من سلوكيات الإنسان يتم تعلمها من خلال الإشراف الكلاسيكي والإجرائي، فمبدأ الاقتران من أهم مبادئ عملية التعلم، إضافة للتعلم من خلال النمذجة، أي بملاحظة الفرد لسلوك الآخرين، ويشمل هذا المفهوم تعلم السلوكيات سواء الإيجابية أو السلبية.

2- الإدراك:

يستجيب الفرد للبيئة كما يدركها، وليس كما هي موجودة بالفعل، ومن العوامل المؤثرة في إدراكه: المعتقدات، القيم، التوقعات، توجيه الانتباه، الاتجاهات، كيفية استخدام اللغة، مستويات الأداء، القدرة على حل المشكلات.

3- العمليات اللاشعورية:

يعتقد لازاروس أن أغلب ما يتعلمه الفرد يكون غير متعمد وبطريقة لاشعورية، وهو لا يقصد بذلك العمليات اللاشعورية وفقا للمفهوم الفرويدي، وإنما يقصد أن الأشخاص لديهم درجات مختلفة من الوعي، وأنه رغم هذا النقص في الوعي، فإن المنبهات غير المدركة تستطيع أن تؤثر في التفكير الواعي للفرد وفي مشاعره وسلوكه.

4- ردود الفعل الدفاعية:

حيث يتعلم الفرد العديد من ردود الأفعال الدفاعية أثناء عملية التعلم الاجتماعي، ويكون الهدف من تلك الردود تجنب الألم والقلق والانزعاج والاكتئاب وغيرها من الأمور المزعجة، إذ يعتمد الفرد إلى نكران إدراكاته ومشاعره، وكمثال على ذلك إظهار مشاعر شخصية غير حقيقية ومزيفة للآخرين.

5- المعلومات الناقصة أو الخاطئة:

يشكل بعض الأشخاص مفاهيم ومعتقدات خاطئة حول حياتهم، والبعض الآخر يفشل في الإدراك بأنه يمكنه السيطرة على حياته، حيث يعتقد بأن الأحداث الخارجية هي من يتحكم بحياته، فبينما تقوم المعلومات الخاطئة بتكوين أفكار خاطئة، تقوم المعلومات المفقودة أو الناقصة بجعل الفرد مفتقدا للمعلومات اللازمة لتشكيل المهارات الأساسية، والضرورية من أجل عيش حياة ناجحة.

(بلان، 2015، ص. 514-515)

ويضيف "بركات" بعض المفاهيم الأخرى منها:

- مفهوم مراعاة مشاعر وأحاسيس المتعالج: وذلك لتحقيق أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية له.

- مفهوم تكامل كل النظريات: وهو مفهوم يؤكد بأن كل نظرية من النظريات العلاجية، قد ساهمت بشكل أو بآخر في العلاج النفسي، وبالتالي فإنه يمكن توظيفها ككل.
 - مفهوم التحديد: يعني تحديد أفضل العناصر من كل نظرية، ودمجها في شكل كلي متناسق، لتحقيق أهداف العلاج النفسي.
 - مفهوم الاختيار والتجريب: وهو مفهوم يشير إلى الاختيار الواعي للتقنيات من طرف المعالج لما يناسب المتعالج ومشكلاته، ويقوم بدراستها وتجريبها.
- (بركات، 2020، ص. 9)

7. مراحل العملية العلاجية في العلاج متعدد المحاور:

- تتفق العديد من المؤلفات العلمية على أن المراحل الأساسية للعملية العلاجية تتم وفقا للترتيب التالي:
- 1- مرحلة الاستكشاف: وهي مرحلة تكوين علاقة علاجية إيجابية مبنية على الثقة؛ حيث يتصف المعالج بالإصغاء والتعاطف والتقبل لمشكلات المتعالج.
 - 2- مرحلة تحديد المشكلة: وهي مرحلة تحديد المشكلة الأساسية، ومعرفة أسبابها ومختلف جوانبها باستخدام التقنيات المناسبة.
 - 3- مرحلة تحديد البدائل: في هذه المرحلة يكون دور المعالج هو التعرف على جميع البدائل المتوفرة والمناسبة لمشكلة المتعالج، ثم عرضها عليه.
 - 4- مرحلة التخطيط: يتم فيها إعداد الخطة العلاجية القابلة للتنفيذ، على أن تكون مناسبة للمتعالج.

5- مرحلة التنفيذ والالتزام: يلتزم فيها المتعالج بتطبيق الخطة العلاجية والالتزام بها، مع ضرورة تشجيع وتحفيز المعالج له.

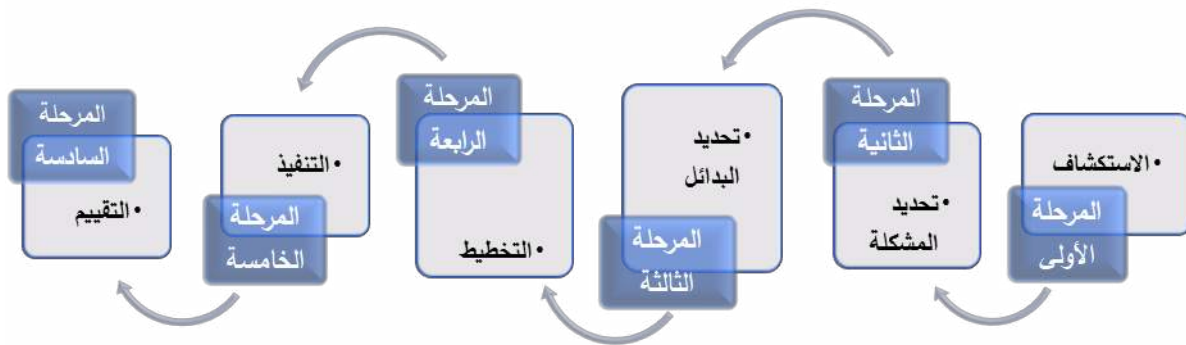
6- مرحلة التقييم والتغذية الراجعة: وهي مرحلة تقييم ومراجعة ما تم تنفيذه، وكذا ما تم تحقيقه من الأهداف العلاجية المسطرة، وقياس مدى التقدم الذي أحرزه المتعالج.

(كربال، 2019، ص. 124)

ويمكن تلخيص المراحل السالفة الذكر وفق الشكل الموالي:

شكل 11

المراحل الأساسية للعملية العلاجية



8. أهداف العلاج متعدد المحاور:

يمكن تلخيص أهداف العلاج متعدد المحاور فيما يلي:

- تغيير الانفعالات والمشاعر السلبية إلى انفعالات ومشاعر إيجابية.
- تغيير السلوكيات السلبية إلى أخرى إيجابية وفعالة.
- تغيير الجوانب المعرفية غير العقلانية وغير المنطقية إلى جوانب عقلانية ومنطقية، وتصحيح الأفكار الخاطئة.
- تغيير الأحاسيس السلبية إلى أخرى إيجابية.

- تغيير الصور العقلية السيئة حول الذات إلى صور جيدة.
- إكساب المتعالج وتدريبه على مهارة تكوين علاقات اجتماعية طيبة وناجحة.
- العمل على تحسين الجوانب البيولوجية وتنمية عادات السلوك الصحي للمتعالج.
- إعادة الاتزان النفسي لشخصية المتعالج.

(الشناوي، 1994، ص. 265)

ويرى "لازاروس" أن العلاج متعدد الأبعاد يهدف بوجه عام إلى إنقاص الآلام والمعاناة النفسية للمريض، وتحسين نموه الشخصي بالسرعة الممكنة، والمتانة المطلوبة، من خلال التعددية العلاجية التي يتميز بها عن غيره من العلاجات الأخرى، للوصول بالمريض إلى الحالة النفسية الطبيعية التي تؤهله إلى العودة للإندماج بالمجتمع. (لازاروس، 2002، ص.

(19)

ويشير "أبو عبّاءة ونيازي" أن أهداف العلاج متعدد الوسائل تتمثل في تركيزه على تنمية الاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية لدى العميل، من خلال جعله يتحمل مسؤولية حياته، ومساعدته للوصول إلى أعلى مستويات الأداء الوظيفي، كل بحسب قدرته واستطاعته. وأن على المعالج مساعدة العميل على إنجاز وتحقيق أهدافه الشخصية، ومساعدته للتحرك من مستوى خبراته وأدائه الحالي إلى مستوى أعلى منه، وتوفير المعلومات والمهارات اللازمة له لكي يحافظ على هذا المستوى. (أبو عبّاءة، ونيازي، 2000، ص. 60)

9. الأساليب العلاجية المستخدمة في العلاج متعدد المحاور:

يرى "نوركروس Norcross" بأن في هذا النوع من العلاج لا توجد طرق وأساليب وتقنيات علاجية تعتبر الأفضل دائماً في كل الحالات، وإنما الطريقة العلاجية الفعالة هي الطريقة التي تتلاءم مع خصائص وحاجات المتعالج ونوعية مشكلته، وأن انتقاء ودمج عدة طرق يكون أكثر فاعلية من استخدام طريقة واحدة، لذلك فاختيار الفنيات ينطلق من هذا الأساس، وكذا الاعتماد على كفاءة وخبرة المعالج في اختيار الأنسب، بما يحقق الأهداف المرجوة من العلاج. (Norcross, 2005, p. 3)

ويشير "إبراهيم" إلى أن من مظاهر التطور في العلاجات النفسية هو محاولة الدمج والتكامل بين عدة نظريات، في نظام علاجي جديد يحتوي على فنيات عديدة ومتنوعة مناسبة لمشكلة العميل. (إبراهيم، 2008، ص. 182)

وتضيف "شقيير" إلى أن العلاج متعدد الأوجه يشتمل على العديد من الأساليب والفنيات من عدة نظريات علاجية، مثل الأساليب السلوكية القائمة على نظريات التعلم كبافلوف وسكينر، والأساليب المعرفية التي تركز على تعديل الطرق الخاطئة من التفكير والتدريب على حل المشكلات، والأساليب الاجتماعية التي تشمل التدريب على المهارات الاجتماعية، والتفاعل الاجتماعي الجيد من خلال ملاحظة النماذج السلوكية. (شقيير، 1999، ص. 28-29)

بما أن العلاج متعدد الوسائل يعتبر طريقه انتقائية كما أسلفنا، فإنه لا توجد أساليب محددة له، بل يعتمد على مصادر مختلفة من الحقل العلاجي، هذا بالإضافة إلى مجالات الطب وعلوم التربية، وعلوم التغذية، والرياضة، وذلك بما يتفق مع تصور "لازاروس" للمشكلة والاضطراب النفسي.

فلو طبقنا نموذج "لازروس" في تصويره للمشكلة، والذي يعتمد على الحروف الأولى من الكلمة المركبة BASIC-ID، فإنه يمكن استخدام أكثر من تقنية في عدة جوانب على النحو التالي:

- 1- الجانب السلوكي (B): استخدام تقنيات مثل: الإطفاء، منع الاستجابة، الغمر، تقليل الحساسية التدريجي، التعزيز السلبي والإيجابي.
 - 2- الجانب الانفعالي أو الوجداني (A): استخدام تقنيات مثل: التنفيس أو التفريغ الانفعالي، واستعادة المشاعر والتعبير عنها.
 - 3- جانب الإحساس (S): استخدام تقنيات مثل: تحرير التوتر، الاسترخاء.
 - 4- جانب التخيل (I): استخدام تقنيات مثل: تغيير صورة الذات، تخيل المواجهة الإيجابية للأحداث والضغوط.
 - 5- الجانب المعرفي (C): استخدام تقنيات مثل: إعادة البناء المعرفي، وتصحيح الأفكار الخاطئة، زيادة الوعي بالأحداث السابقة وعلاقتها بالسلوكيات الحالية.
 - 6- جانب العلاقات الشخصية (I): استخدام تقنيات مثل: النمذجة، التقبل غير المشتمل على النقد.
 - 7- الجانب البيولوجي والعقائري (D): استخدام التمرينات الرياضية، والتغذية، والفحوصات الطبية، والتوقف عن تعاطي المواد الضارة.
- (أبو عبّاءة، ونيازي، 2000، ص. 62)

وبالإمكان إيجاز نموذج "لازروس" في الشكل التالي:

شكل 12

نموذج لازاروس



خلاصة الفصل:

من خلال ماورد في هذا الفصل، من عناصر توضح ماهية العلاج متعدد المحاور، ومبادئه، وخصائصه، وأساليبه، وأهدافه العلاجية، تبين أنه علاج لا يتقيد بنظرية واحدة، بل يسعى للاستفادة من إسهامات مختلف النظريات النفسية، وضمها في نظام جديد ومتسق وفعال، مع ضرورة أن يتسم المعالج النفسي بالمرونة والاطلاع على مختلف الاستراتيجيات والتقنيات، واختيار الأفضل منها، بما يتلاءم مع احتياجات الفرد وخصائصه المتغيرة، وكذا مشكلاته المطروحة، ليصل لالتزان النفسي، لذلك قد يبدو هذا النهج ضرورة تُمليها تعقيدات الاضطرابات النفسية المعاصرة، والوصول إلى تقديم علاج نفسي شامل وفعال.

الدراسة الميدانية

الفصل الرابع

تصميم البرنامج العلاجي متعدد المحاور

تمهيد

1. فلسفة البرنامج العلاجي
2. الأساس النظري للبرنامج العلاجي
3. أهمية البرنامج العلاجي
4. أهداف البرنامج العلاجي
5. الخدمات التي يقدمها البرنامج العلاجي
6. المصادر الأساسية لإعداد البرنامج العلاجي
7. خطوات إعداد البرنامج العلاجي
8. أسلوب العلاج المتبع في البرنامج العلاجي
9. مراحل البرنامج العلاجي
10. الحدود الإجرائية للبرنامج العلاجي
11. الأدوات والوسائل المادية المستخدمة في البرنامج العلاجي
12. فنيات البرنامج العلاجي
13. تقييم البرنامج العلاجي

خلاصة الفصل

تمهيد:

سيتم في هذا الفصل عرض البرنامج العلاجي المقترح، من حيث فلسفته، والأساس النظري الذي بني عليه، أهميته والأهداف التي يرمي لتحقيقها، الخدمات التي يقدمها، أهم المصادر التي تم الاعتماد عليها في بنائه، الخطوات الأساسية التي تم اتباعها لإعداده، الأسلوب العلاجي المتبع فيه، مراحله الأساسية، حدوده الإجرائية، الوسائل التي تم استخدامها، وتقديم فنياته وتقنياته، ثم تقييمه.

1. فلسفة البرنامج العلاجي:

ينطلق هذا البرنامج من فلسفة تقوم على أساس تعدد أبعاد الشخصية الإنسانية، فهي ليست ذات بعد واحد، وإنما عدة أبعاد رئيسية مترابطة ومتكاملة ومتفاعلة فيما بينها؛ المعرفية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية والروحية. حيث يولي الأهمية اللازمة لكل بعد من هذه الأبعاد، معتبرا أن أي خلل في أحدها، يمكن أن يؤثر على الأبعاد الأخرى، لذلك فهو يهدف في مجمله إلى توفير علاج متكامل وشامل لخفض أعراض الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى النساء المصابات به.

2. الأساس النظري للبرنامج العلاجي:

يستند البرنامج على الأسس العلمية لنظرية العلاج متعدد المحاور أو ما يسمى كذلك بالنظرية الانتقائية التكاملية، التي يرى "كلاركسون Clarkson" (2013) بأنها عبارة عن جهد عملي منظم، يقوم على الاستفادة من مبادئ مدارس علم النفس وتكاملها، حيث يعتمد على الجمع بين مناهج العلاج النفسي والنظريات المختلفة، في أسلوب انتقائي تكاملي، بهدف

إقامة علاقات وثيقة ومتكاملة بين الحقائق العلمية، التي يرى المعالج بأنها أكثر فائدة للمريض، بغض النظر عن اختلاف أصولها النظرية. (Clarkson, 2013, p. 587)

بُغية التوصل إلى منهج تشخيصي علاجي نموذجي شامل، يتعامل مع كل جوانب الفرد المكتئب، المعرفية، والانفعالية، والسلوكية، والاجتماعية، وكذا الروحية، لتحقيق الهدف الأسمى من العلاج، المتمثل في تحقيق الصحة النفسية له.

3. أهمية البرنامج العلاجي:

- بناء على الأسس والمفاهيم النظرية، التي تم استعراضها سابقا، والتي تمثل الإطار العلمي للبرنامج، يمكن الآن الانتقال لتوضيح أهميته في النقاط التالية:
- تتضح أهمية البرنامج الحالي في الأساليب والتقنيات التي يقوم عليها، وفعاليتها في التخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، مما يجعله وسيلة إجرائية تمكن المصاب به من فهم آليات نشوئه، وتفحص العلاقة بين جوانبه المعرفية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية والروحية.
- كما تتبين أهمية هذا البرنامج في كونه يحتوي على مادة علاجية لمجموعة من الأفراد (علاج جماعي)، وهو ما يسمح باقتصاد الوقت والجهد، هذا ما يعد مكسبا مقارنة مع الأساليب العلاجية الأخرى.
- كما تكمن أهمية البرنامج الحالي في الفئة المستهدفة التي عني بها وهي فئة النساء، فبالرغم مما حققته المرأة العربية والجزائرية تحديدا من إنجازات ملحوظة، إلا أنها لا تزال تواجه ضغوطا اجتماعية وثقافية كبيرة، وبصفتها نصف المجتمع وشريكا فاعلا في تنميته وتقدمه، يستدعي ذلك الاهتمام بصحتها النفسية كضرورة أساسية.

- كما تتجلى أهمية البرنامج في تجاوز التركيز الأحادي على الأعراض، فالالاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي ليس مجرد خلل كيميائي في الدماغ، بل يتضمن تفاعلات معقدة بين عدة عوامل نفسية وبيولوجية واجتماعية وروحية.
- محاولة استهداف الآليات الكامنة وراء المقاومة، فقد يكون الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي ناتجا عن عوامل نفسية أو اجتماعية لم يتم تناولها بشكل كاف، إذ يمكن للبرنامج أن يكشف عن هذه الآليات ويعمل على تغييرها.
- وتتمثل أهمية البرنامج كذلك في احتوائه على المحور الروحي، الذي يعمل بدوره على توظيف مفاهيم الدين الإسلامي، كالإيمان بالقضاء والقدر، والصلاة، والتوبة، والتوكل على الله سبحانه وتعالى، والتي يمكن أن تساهم بشكل أو بآخر في عملية التعافي من هذا الاضطراب.

4. أهداف البرنامج العلاجي:

- إذا كانت الأهمية التي تمت مناقشتها سابقا، هي الدافع وراء تبني هذا البرنامج، فإن الأهداف هي بمثابة البوصلة التي توجهه، فكل محور فيه مُصمَّم لتحقيق غايات واضحة، وقابلة للقياس، ويمكن تلخيص الأهداف التي يسعى لتحقيقها فيما يلي:
- 1-الهدف الإجرائي العام: يهدف البرنامج الحالي إلى:
- التخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لأفراد عينة الدراسة.
- 2-الأهداف الإجرائية الفرعية: تتحدد الأهداف الإجرائية الفرعية للبرنامج، من خلال محتويات جلسات محاور البرنامج العلاجي، والتي تتمثل في:
- التخفيف من درجة الأفكار اللاعقلانية.
- التخفيف من درجة الشعور بالحزن، من خلال تعلم تقنية الاسترخاء.

- التخفيف من الشعور بالخمول، من خلال استخدام التنشيط السلوكي.
- التخفيف من القصور في توكيد الذات.
- التخفيف من درجة الشعور باليأس.

5. الخدمات التي يقدمها البرنامج العلاجي:

- يعمل البرنامج العلاجي المقترح على التخفيف من الأعراض الاكتئابية لدى المتعالمات، عبر تقديم مجموعة متنوعة من الخدمات، المتمثلة في:
- الخدمات العلاجية: التي تنقسم بدورها إلى:
 - معرفية: وتتمثل في مساعدة المتعالمات على التقليل من درجة أفكارهن السلبية، وتعديل البنى المعرفية لديهن، وتحويلها إلى أخرى إيجابية ما أمكن.
 - انفعالية: وتتمثل في خفض الشعور بالحزن والانفعالات السلبية، عن طريق الاسترخاء وبعض التقنيات الأخرى، التي تساهم في تحسين المزاج.
 - سلوكية: وتتمثل في التقليل من حالة الخمول التي تعاني منها المكتئبات، من خلال التنشيط السلوكي وغيرها من الفنيات السلوكية.
 - اجتماعية: وتتمثل في مساعدة المتعالمات على اكتساب مهارة توكيد الذات، وبالتالي تحسين التواصل الاجتماعي.
 - روحية: وتتمثل في إعانة المتعالمات على التخفيف من درجة الشعور باليأس، من خلال تطبيق أساليب الدين الإسلامي الحنيف.
 - الخدمات الوقائية: من خلال تزويد المتعالمات بالمهارات والاستراتيجيات اللازمة لمنع الانتكاسة مستقبلاً.

- خدمات المتابعة: من خلال تتبع ومراقبة المتعالجات لمدى تطبيقهن لتقنيات البرنامج، سواء داخل أو خارج الجلسات، وكذا متابعة مدى التحسن الذي تم تحقيقه، وتقييم استمراريته بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لضمان تحقيق أقصى استفادة ممكنة.

6. المصادر الأساسية لإعداد البرنامج العلاجي:

لإعداد وبناء هذا البرنامج، تم الاطلاع والاستفادة من عدة مصادر ومراجع، من أبرزها ما يلي:

- الإطار النظري الخاص باضطراب الاكتئاب عامة، والاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي خاصة.
- التراث النظري الخاص بالعلاج متعدد المحاور أو ما يعرف بالعلاج الانتقائي التكاملي.
- المراجع العربية والأجنبية التي تناولت مختلف النظريات والمدارس النفسية.
- الدراسات السابقة سواء العربية أو الأجنبية التي اهتمت بطرق العلاج النفسي وتقنياته المختلفة.
- الكتب الخاصة بمناهج البحث في علم النفس، مع التركيز على المناهج التجريبية.
- الأبحاث العربية منها والأجنبية، التي اهتمت بإعداد البرامج الإرشادية والعلاجية، لعلاج أو التكفل بمختلف الاضطرابات النفسية عامة، وبالاكتئاب خاصة.
- التراث الديني الإسلامي، وما يحتويه من كتب الفقه والعقيدة الإسلامية، والتأصيل الإسلامي لعلم النفس.

7. خطوات إعداد البرنامج العلاجي:

- لقد مر بناء البرنامج العلاجي الحالي بعدة خطوات يمكن إيجازها فيما يلي:
- الاطلاع على كتب علم النفس المرضي، ومختلف الأبحاث والمراجع العلمية الخاصة باضطراب الاكتئاب، والاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي.
- الإحاطة بالإطار النظري الخاص بالعلاج متعدد المحاور.
- محاولة الإلمام والاستفادة من مختلف الدراسات السريرية والبرامج العلاجية، التي تناولت فعالية أنواع مختلفة من العلاج النفسي للاكتئاب.
- الاطلاع على مناهج البحث في علم النفس وتصميمها المختلفة، واختيار أنسبها للدراسة الحالية.
- تحديد الفئة المستهدفة: الجنس، المستوى التعليمي، الاقتصادي والاجتماعي لعينة البحث.
- تحديد الأهداف العلاجية: الهدف العام، والأهداف الفرعية للبرنامج.
- تحديد المقاييس النفسية: واختيار أنسبها لموضوع الدراسة.
- تحديد محتوى البرنامج: الأسس العلمية التي يستند إليها، جوانب الشخصية التي يدرسها، عدد الجلسات العلاجية، محتوى وأهداف كل جلسة، التقنيات المستخدمة، الوسائل المساعدة.
- تحديد الإطار الزمني: وضع الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج، ومدة كل جلسة علاجية.
- وضع تصور أولي للبرنامج، ومحتوى كل جلسة من جلساته.

- عرض التصميم المبدئي للبرنامج العلاجي على مجموعة من الأساتذة والمختصين، لتحكيمة وإبداء آرائهم وملاحظاتهم حوله، ليتم أخذها بعين الاعتبار والاستفادة منها، ووضع النسخة النهائية للبرنامج العلاجي.

8. أسلوب العلاج المتبع في البرنامج العلاجي:

يعتمد البرنامج الحالي على العلاج النفسي الجماعي Group psychotherapy، حيث يضم مجموعة من الأفراد الذين يعانون من نفس الاضطراب ومشاكل متماثلة. ويرى "مالهوترا Malhotra" وآخرون، أنه شكل من أشكال العلاج النفسي، حيث يعمل المعالج مع عدة مرضى في آن واحد. (Malhotra et al, 2024)

كما يرى "سانفورد Sanford" بأنه أسلوب علاجي، يضم فيه عددا من المضطربين، تحت إشراف أخصائي نفسي، حيث يوفر لهم هذا التجمع فرصة للتفاعل الاجتماعي، ما يكسبهم خبرة علاجية مفيدة. (عيسوي، 1984، ص. 124)

فهو نوع من العلاج المتخصص، يركز على استخدام أساليب نفسية لعلاج الاضطرابات أو الأمراض ذات المنشأ النفسي، بهدف حل المشكلات وإزالة الأعراض أو التخفيف منها، إلى جانب نمو الشخصية، وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي. وعليه فقد تم استخدام هذا الشكل من العلاج مع عدد من النساء المصابات بالاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، ما ساهم في مشاركة بعضهن البعض في الأنشطة العلاجية، وتقديم الدعم والتشجيع لبعضهن، الذي كان بمثابة حافزا قويا لاستمرارهن وعدم استسلامهن، وهذا ما لا يتيح العلاج الفردي.

9. مراحل البرنامج العلاجي:

إن تحقيق التعافي والنمو النفسي، هو عملية بنائية منظمة، تتطلب التدرج، والتقدم خطوة بخطوة، لذا تم تصميم البرنامج العلاجي وفق هيكلية ثلاثية المراحل، تم توضيحها في الشكل الموالي:

شكل 13

المراحل الأساسية للبرنامج العلاجي



10. الحدود الإجرائية للبرنامج العلاجي:

لتحويل البرنامج العلاجي من إطار نظري إلى خطة عملية قابلة للتنفيذ والقياس، لا بد من وضع إطار إجرائي واضح ومحدد، وقد كانت الحدود الإجرائية للبرنامج كما يلي:

- الحدود الزمنية: يتحدد البرنامج العلاجي زمنيا بـ: ثمانية (08) أسابيع؛ سبعة (07) أسابيع تتضمن جلستين أسبوعيا، أما الأسبوع الثامن فيتضمن جلسة واحدة وهي

الجلسة النهائية، على أن تتم جلسة المتابعة بعد ثمانية (08) أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي.

- الحدود المكانية: تم تطبيق البرنامج العلاجي بمستشفى الأمراض العقلية -دريد حسين- المتواجد في القبة بالجزائر العاصمة.
- الحدود البشرية: تتضمن عينة الدراسة المشاركة في البرنامج تسع عشرة (19) امرأة، اللاتي تم تشخيصهن طبقا لمقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II، على أنهن يعانين من درجة مرتفعة من الاكتئاب الجسيم، إضافة لعدم استجابتهن لدواءين مختلفين مضادين للاكتئاب من فئتين مختلفتين، بجرعات مناسبة ولمدة زمنية معينة.

11. الأدوات والوسائل المادية المستخدمة في البرنامج العلاجي:

لتحقيق أهداف البرنامج، استخدمت الباحثة بعض الوسائل خلال الجلسات العلاجية، التي تتمثل في:

- جهاز الحاسوب.
- جهاز العرض المرئي للبيانات Data show.
- مواد علمية.
- مقاييس نفسية.
- تسجيلات سمعية ومرئية.
- موسيقى هادئة وأصوات الطبيعة، كخريف المياه وأمواج البحر وأصوات العصفير، التي قد تبعث على الاسترخاء.
- دفاتر وأقلام.

- أساور مطاطية.
- مطويات ورقية توجيهية.
- كتب.
- أوراق عمل وجداول وبطاقات الواجبات المنزلية.
- كرات الضغط الصغيرة Fidget balls: وهي عبارة عن كريات مصنوعة من السيليكون، يتم الضغط عليها باليد، حيث تساعد على التركيز والهدوء، وتقليل التوتر.
- الروائح المهدئة، باستخدام الزيوت الأساسية مثل زيت اللافندر، لتعزيز الاسترخاء وتحسين المزاج، مع التأكد من موافقة المتعاليات لذلك وعدم انزعاجهن منها.

12. فنيات البرنامج العلاجي:

لكل اتجاه نظري نفسي وعلاجي، العديد من الفنيات والتقنيات التي تخدمه، ونظرا لتبني البرنامج لنظرية العلاج متعدد المحاور، التي تستهدف كل جوانب الشخصية الإنسانية، فإنه تم الاعتماد على تقنيات مناسبة لكل جانب، والتي يمكن ذكرها كما يلي:

- **المحاضرة والمناقشة الجماعية Lecture and group discussion:**
من رواد هذا الأسلوب "كلايمان Klapman"، الذي أطلق عليه أيضا اسم العلاج النفسي الجماعي التعليمي didactic group psychotherapy، إذ يسوده المناخ العلمي، ويلعب فيه عنصر التعليم وإعادة التعليم دورا هاما. (زهران، 2005، ص. 295)
حيث يعتمد على إلقاء محاضرة بطريقة سلسلة على العملاء، يتخللها أو يليها مناقشة جماعية، يديرها المعالج، ويؤدي هذا الأسلوب إلى نتائج هامة في تغيير اتجاهات العملاء نحو أنفسهم، ونحو الآخرين، ونحو مشكلاتهم. (القرني وآخرون، 2016، ص. 371)

ما يميز هذا الأسلوب أنه يوفر بيئة نفسية اجتماعية لأعضاء المجموعة العلاجية، مما يمكنهم من التعبير عن ذواتهم وأفكارهم ومشاعرهم بطلاقة، الأمر الذي يعزز قدرتهم على التواصل الإيجابي مع أنفسهم ومع الآخرين، كما أن المناقشة الجماعية تساهم في كشف ونقد الأفكار الخاطئة لدى الأفراد، بالإضافة إلى تمكينهم من تعلم طرق جديدة لتحقيق أهداف أكثر واقعية.

- التثقيف النفسي Psychoeducation:

وهو أسلوب من أساليب العلاج المعرفي السلوكي، الذي يركز أساساً على التعليم النفسي، حيث يقدم للعميل النموذج المعرفي وعملية التغيير، وينصب التركيز على تعليم العميل كل ما يخص اضطرابه، خاصة عندما تؤدي أفكاره ومعتقداته حول اضطرابه، إلى معاناته من الكرب النفسي. (كوروين وآخرون، 2008، ص. 85)

ويضيف "Cottraux" أن هذه العملية تتم من خلال تقديم وشرح نموذج تعليمي للعميل، يدرك من خلاله زيف أفكاره، وكيفية التمييز بين التفكير المدرك والتفكير الواقعي، وكذا كيفية تقديره لدرجة انفعالاته، فضلاً عن إعطائه معلومات إجرائية عن نوعية اضطرابه، وسيرورة العمل العلاجي، وكيفية تعاونه في ذلك للوصول للأهداف المرجوة.

(Cottraux, 2007, p. 164)

- الواجب المنزلي Homework:

وهي تقنية شائعة الاستخدام في العلاج المعرفي السلوكي، قائمة على إعطاء أعمال أو مهمات للمريض، يقوم بإنجازها ما بين الجلسات العلاجية، التي قد تكون 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 غيرها من الواجبات التي تعطى له في هذا السياق على حسب ما يحتاجه، ووفقا للخطة العلاجية المحددة. وفي كل جلسة من جلسات العلاج، يقوم المعالج بمراجعة ما تم إنجازه من واجبات، وتحديد أوجه القصور وأوجه الاستفادة، وكذا تحديد أسباب القصور إن وجد، ومدى فعالية هذه الواجبات في تحسين أعراض المرض. (مصطفى، 2009، ص. 160)

كما يساهم الواجب المنزلي في زيادة شعور المريض بالكفاءة، ويعزز ما تعلمه من مهارات في الجلسات العلاجية (بيك، 2007، ص. 375)، التي لابد من أن يتدرب عليها في مواقف الحياة الواقعية، وأن يقدم تقريراً عن إنجازها في الجلسة القادمة، لذلك فهو يعمل بمثابة رابط ما بين كل جلسة وما يسبقها وما يليها. (حسين، 2004، ص. 82)

- إعادة البناء المعرفي Cognitive restructuring:

يرى "بيك Beck" أن هذه الطريقة تقوم على افتراض أن الاضطرابات الانفعالية ما هي إلا نتيجة لأنماط من التفكير غير التكيفي، حيث تتمثل مهمة المعالج في إعادة بناء هذه الجوانب المعرفية غير التكيفية. (Beck, 1995, p. 230)

ويضيف "جولدفرايد Goldfried" أن خبرات التعلم الاجتماعي المبكرة قد تعلم الفرد إطلاق مسميات معينة على المواقف بطرق مختلفة، وبالتالي فإن ردود الفعل الانفعالية لهذه المواقف قد يمكن فهمها باعتبارها استجابة للطريقة التي يسمي بها الفرد الموقف، بعكس الاستجابة للموقف في حد ذاته، ويصبح المدى الذي يميز فيه الفرد بطريقة غير ملائمة مؤشرات المواقف الاجتماعية باعتبارها مصدر تهديد شخصي، هو الذي يحدد استجاباته

السلوكية والانفعالية غير التوافقية. وعليه فإن الفرد يمكنه أن يكتسب مهارات تغلب ومواجهة أكثر فعالية من خلال تعلم كيفية تعديل النظم المعرفية غير التوافقية، التي ترتبط آليا باستجاباته عندما يواجه مواقف مثيرة للانفعالات، وبالتالي فإن الهدف من إعادة التشكيل العقلاني هو تدريب العميل على إدراك المؤشرات الموقفية بطريقة أكثر عقلانية. (فرج، 2008، ص. 305)

كما تفترض الصيغة الأصلية لنموذج الاكتئاب في العلاج المعرفي السلوكي، أن الأفراد المكتئبين لديهم وجهة نظر سلبية عن أنفسهم، وعن المستقبل، وعن العالم، هذه المخططات تستثير معارف آلية لا تكيفية معينة في مواقف محددة، حيث يعمل المعالج مع العميل على كشفها وتحديدها، ومن ثم إعادة تشكيلها بشكل منطقي. (هوفمان، 2012، ص. 169)

- التمييز بين الأحداث والأفكار والمشاعر A, B, C

Distinguishing between activating events, beliefs, and consequences

ينص العلاج المعرفي السلوكي على أن تفسيراتنا للأحداث، وليست الأحداث في حد ذاتها هي التي ينتج عنها ردود الفعل الانفعالية، لذلك من المهم أن يقوم المرضى بملاحظة تلك الارتباطات، إذا أرادوا الاستفادة من هذا العلاج، وعندما يناقش المرضى مشكلاتهم، عادة ما يتم ذلك بطريقة مختلطة (غير مفهومة) دون فصل واضح بين المواقف، والأفكار، والمشاعر، وغالبا ما يلقون باللوم على الموقف نفسه إزاء ما يشعرون به، ومن أجل توضيح الدور الوسيط الذي تؤديه الأفكار في حدوث ردود أفعالهم الانفعالية تجاه الأحداث، يشرح لهم المعالج كيفية استخدام الأعمدة الثلاثة من مفكرة تسجيل الأفكار اليومية، التي هي عبارة عن

ورقة عمل مقسمة إلى ثلاثة أعمدة، تساعد المرضى على التمييز بين المواقف، والأفكار، والمشاعر. (نينا ودرادين، 2019، ص. 107)

لكي يصبحوا متمرسين في اكتشاف أفكارهم الآلية السلبية، التي قد تبدو في أحيان كثيرة عادية ومعقولة وهي شائعة جدا بين الأشخاص، ومعرفة كيفية ارتباطها بمشاعرهم المزعجة، وسلوكياتهم التي يبدونها في مواقف معينة. (اليهي، 2020، ص. 42)

- مراقبة الذات Self monitoring:

تتمثل هذه التقنية في تعلم المريض رصد وضبط أفكاره وسلوكياته بنفسه، حتى يتمكن من إحراز تقدم في العلاج بعيدا عن سيطرة المعالج، إضافة إلى أن شعوره بكونه مسؤول عن تقدمه في العلاج، قد يحسن من وضعه النفسي، ويمكنه القيام بذلك من خلال تدوين أنواع المواقف التي تثير السلوكيات اللاتكيفية لديه. (حسين، 2013، ص. 114)

كما تساهم هذه التقنية في زيادة وعي المريض بأحاديثه الداخلية، وأفكاره ومشاعره وتصرفاته وردود الفعل الفسيولوجية لديه تجاه الأحداث (عبد العزيز، 2001، ص. 58)، من خلال قيامه بملاحظتها وتسجيلها في مفكرة، أو نماذج معدة مسبقا من المعالج، وفقا لطبيعة المشكلة. (المحارب، 2000، ص. 118)

- تحديد وتسجيل الأفكار السلبية Identifying and recording negative thoughts:

وهي تلك الأفكار التي تعترض الأحداث الخارجية، وتسبق الانفعالات، والتي غالبا ما تمضي دون أن تلاحظ؛ لأنها جزء من النمط الإدراكي للتفكير لدى الفرد، إضافة إلى أنها

مألوفة ومعتادة وتحدث دائما وبسرعة شديدة، ونادرا ما يتوقف لتقييم مصداقيتها، لشدة قابليتها للتصديق. لذلك يستوجب على المريض تعلم كيفية تحديدها بمساعدة المعالج، ثم تسجيلها. (بارلو، 2002، ص. 599)

إذ يهدف سجل الأفكار إلى عزلها عن المواقف المثيرة للانفعالات السلبية للمريض، وحواراته الداخلية التي ترافقها، ويقوم المعالج بتدريبه على ذلك داخل الجلسات العلاجية، قبل ممارسته للتسجيل الذاتي. (Cottraux, 2001, p. 121)

كما يوفر هذا السجل للمعالج إمكانية الوصول إلى الأفكار الآلية للمريض، وتقييم قدرته على ذلك، كما يسمح بتنمية وعيه الذاتي. (عوض، 2001، ص. 114)

- إيقاف التفكير Thought stopping:

قد لا يدرك الشخص الأفكار الأتوماتيكية التي تدور في ذهنه، وتؤثر على شعوره وسلوكه، غير أنه يستطيع بقليل من التدريب أن يزيد إدراكه لتلك الأفكار ويتعرف عليها، فمثلا يمكنه التعرف على شعور ما كالألم مثلا، يمكنه كذلك الانتباه والتركيز على أي فكرة قد تطرأ على عقله. (بيك، 2024، ص. 186)

تقوم هذه التقنية على تدريب المريض على استبعاد الفكرة المزعجة حالما ولوجها ساحة وعيه، يبدأ التدريب عليها بالطلب من المتعالج أن يغمض عينيه، وأن يستحضر فكرة مضايقة له، ثم يلفظها بصوت مسموع، بعدها يقول المعالج بحزم وبصوت مرتفع "أوقف الفكرة"، هنا يردد المتعالج نفس الجملة بصوت مرتفع كذلك، موجهها الكلام لذاته.

يكرر المتعالج هذا الإجراء عدة مرات تطبيقاً على أفكار أخرى، ثم يبدأ تدريجياً في خفض صوته مع الحفاظ على القوة والحزم، إلى أن يصبح بشكل هامس، ثم بشكل غير مسموع إطلاقاً. (الحجار، 1999، ص. 73-74)

بالإضافة إلى ذلك هناك من ينصح باستخدام أساليب التنبية البدني لإيقاف الفكرة (قرن الألم بجملة "أوقف الفكرة") مثل صفع اليد، أو إحاطة المعصم بإطار من المطاط لشده حتى نهايته، وتركه حتى يؤلم المعصم كلما ظهرت الفكرة. (مصطفى، 2009، ص. 118)

- الحوار السقراطي Socratic Dialogue:

وهو أحد تقنيات العلاج المعرفي السلوكي، حيث يقود العميل إلى تعديل معتقداته السلبية من خلال استخدام التساؤلات، حيث يوجه المعالج العميل لأن يختبر المعتقد على مواقف محددة ونوعية، بدلاً من أن يتعامل معه بطريقة عامة وكلية، وعبر هذه العملية يمكن للمعالج أن يقود العميل إلى دليل قيم حيث يمكن تنفيذ المعتقد في موقف بعينه، ويمكن أن يمتد ذلك إلى مدى واسع من المواقف، ويتم تعميمه على أنه معتقد إيجابي بديل. (كوروين وآخرون، 2008، ص. 139)

ويرى "نينن Neenan" أن استخدام الأسئلة السقراطية يساعد المرضى في الكشف عن تفكيرهم غير التكيفي، من أجل تقديم تفسيرات بديلة للمواقف المشككة، تتسق مع الحقيقة بصورة أفضل، كما لاحظ "بيك وآخرون Beck et al"، أن التساؤل يمكّن المرضى من الرد على أفكارهم الآلية السلبية، وقيامهم بتوليد خيارات وحلول لم يأخذوها بعين الاعتبار من قبل، ويضع هذا النهج المرضى في "وضع الاستفهام" (في مقابل "الاندفاع التلقائي")، حيث يبدؤون في تقييم اتجاهاتهم ومعتقداتهم بطريقة أكثر موضوعية.

كما يشير "بادسكي Padesky" (1993) إلى أن التساؤل السقراطي يتكون من أربع مراحل:

- 1- طرح أسئلة استفهامية.
- 2- الاستماع بانتباه وإعادة إجابة المريض.
- 3- تلخيص المعلومات المكتسبة حديثاً.
- 4- طرح أسئلة تحليلية أو مركبة لتطبيق المعلومات الجديدة على المشكلة أو التفكير الأصلي للمريض.

(نينا ودرادين، 2019، ص. 136)

كما يوجد شكل خاص من منهجية الإكتشاف الموجه، يسمى تقنية الأسئلة الثلاثة، التي تكمن في طرح ثلاث أسئلة محددة، تساعد العميل على مراجعة أفكاره السلبية، التي تتمثل في:

- ما هي الدلائل على معتقدك؟
 - كيف يمكن أن تفسر الوضعية أيضاً؟
 - إذا كان ذلك صحيحاً، ماذا يعني لك؟
- إذ أن كل سؤال من تلك الأسئلة، يقدم طريقة للبحث بشكل أعمق في المعتقدات السلبية، واستحضار المزيد من الأفكار الموضوعية.

(علوي، وزغبوش، 2009، ص. 93)

- تعديل الأفكار الخاطئة واستبدالها بأفكار إيجابية Challenging and replacing negative thoughts:

إن صميم العلاج المعرفي السلوكي هو أن الأفكار هي التي توجه السلوك وتستثير الانفعالات لدى الفرد، حيث يقوم بمعالجة وتحليل مستمر للمعلومات الواردة إليه من الداخل أو الخارج، فنتج الأفكار نتيجة لذلك، ولكن عملية المعالجة هذه قد تتضمن أخطاء وتشويهات. (André, 2005, p. 17)

فتفكير المريض المشوه يؤدي إلى استثارة الانفعالات السلبية لديه، التي قد تسبب له مشكلات نفسية عديدة، لذلك يشجعه المعالج على البحث عن جوهر اعتناقه لهذا التفكير، ثم إعادة صياغة أفكاره التلقائية السلبية، ومساعدته على استبدالها بأفكار أخرى إيجابية، وأكثر توازنا وواقعية، مما يؤدي إلى تقليل المشاعر السلبية وتحسين وضعه النفسي.

- التنفيس الانفعالي Emotional release:

يقصد به تصريف أو تفريغ العمل للخبرات المشحونة انفعاليا، وإخراج ما بداخله من مشاعر وتوترات وضغوطات مكبوتة (زهران، 2002، ص. 281)، وتطهير ذاته من أي انفعالات أو مشاعر خوف أو آلام محبوسة. (سفيان، 2004، ص. 287)

حيث تتاح الفرصة للعميل للتحدث في تداع حر وترابط طليق عن كل ما يجول بخاطرهم؛ عن صراعاته، إحباطاته، حاجاته، مشكلاته، مخاوفه، نواحي قلقه، وأنماط سلوكه المنحرف، في إطار من حسن الإصغاء، وتشجيع التعبير عن النفس، وفي جو نفسي دافئ آمن، خال من الأحكام الأخلاقية أو اللوم أو العقاب. (زهران، 1980، ص. 259)

وقد يكون التنفيس على شكل لفظي أو كتابي، فقد اقترح "بنبيكر Pennebaker" ورفاقه أن التعبير عن الانفعال عن طريق الكتابة الحرة، بما يسمى الكتابة التعبيرية Expressive writing، لاستعادة الأحداث الصادمة أو المزعجة، قد يكون له أثر مخفف على القلق والاكتئاب، وتحسين الوضع الجسدي للمريض، حيث يتذكر حدثا مزعجا مر به، ثم يكتب وصفا مفصلا له، مع التركيز بشكل قوي على الانفعالات التي تطفو على السطح، ومعنى هذا الحدث بالنسبة له. (ليهى، 2020، ص. 565)

- التقبل Acceptance:

تنص هذه التقنية على حث المريض على ملاحظة وقبول حزنه أو مشاعره السلبية، بدلا من تجنبها، أو التصرف بطريقة غير تكيفية على إثرها، حيث يسمح بمرورها، لأنها دائمة التغير تماما كالطقس، ويمكنه اختيار استجابات مختلفة لتلك المشاعر، من خلال التصرف وفقا لقيمه، أو التعبير عن احتياجاته ومشاعره تجاه الموقف أو البحث عن الدعم، وغيرها من الاستجابات التي تمثل حلا محتملا مقبولا. (مكاي وآخرون، 2022، ص. 75)

وقبول المشاعر السلبية لا يعني على الإطلاق التمسك بها أو الاستسلام لها، بل يعني ملاحظتها بحضور ووعي، وإفساح المجال لها للتواجد، والسماح لها بالمرور، دون رفضها بشدة والدخول معها في صراع دائم، على اعتبار أنها جزء طبيعي من التجربة الإنسانية.

- التنفس Breathing:

من المعلوم أن التنفس هو عملية حيوية أساسية في حياة الإنسان، تتم عبر الجهاز التنفسي، وتحدث بطريقة لا إرادية في معظم الأحيان، كما يمكن التحكم فيها بطريقة واعية

وإرادية، إذ توفر الأكسجين (O_2) الضروري لجميع خلايا الجسم من خلال الشهيق، وفي المقابل تطرد ثاني أكسيد الكربون (CO_2) الناتج عن الوظائف الأيضية من خلال الزفير. ويرى "ويموث Weymouth" أن التنفس يعمل بشكل مستمر ومتكيف مع مستوى نشاط الإنسان، وغالبا ما يكون خارج نطاق إدراكه، كما يمكن أن يحدث بشكل إرادي، لذلك فهو يعتبر جسر فريد يربط بين الجهازين العصبيين الإرادي واللاإرادي، وهذا ما دفع الباحثين في علم النفس إلى تسليط الضوء على العلاقة الديناميكية بين العقل والجسم من خلال دراسة التنفس، حيث تتجلى تلك العلاقة بوضوح من خلال الدور الهام الذي يلعبه التنفس في حدوث الانفعالات.

إذ يتذبذب إيقاع التنفس اللاواعي للإنسان على حسب أنشطته البدنية، وكذا حالته الانفعالية، فعندما يسترخي يتنفس بشكل بطيء وعميق، وعلى العكس عندما يشعر بالانزعاج أو الخوف أو الغضب، يتنفس بطريقة سريعة وسطحية، أما الشخص المكتئب فيميل إلى التثهد والتحدث بصوت منخفض في نهاية الزفير.

(Weymouth, 2007, p. 2-3)

لذلك فإن استخدام التنفس كتقنية علاجية نفسية، والمعروفة أيضا باسم "العلاج بالتنفس" (Breathwork therapy)، تعتمد على ممارسة التنفس بطريقة واعية وموجهة، للاسترخاء وتهدئة العقل، وتحسين الصحة الجسدية والنفسية للمريض على حد سواء. حيث يقوم المعالج بتعليم المريض تمارين التنفس المناسبة لحالته، ويشرف على ممارستها في الجلسات العلاجية، ثم يشجعه على أدائها في حياته اليومية.

- التخيل Imagination:

من الحقائق النفسية التي لا يختلف عليها اثنان، هي أن مشاعر الإنسان وانفعالاته، تتأثر تأثراً قوياً بما يرسمه من تصورات وتخيلات، بما فيها استعادة أحداث سابقة، فقد يشعر بالحزن العميق، إذا ما استعاد حدثاً غير سعيد في الماضي بكل تفاصيله، ك وفاة عزيز أو صديق، وبالمثل قد يجد نفسه غاضباً، إذا ما استعاد بعض المواقف التي مرت عليه في الماضي، والتي تعرض فيها للتجاهل، والاعتداء، من شخص معين، وربما تتبدد قدرته على التركيز والهدوء والنوم، إذا استغرق أكثر فأكثر في استعادة تلك المواقف.

وإذا كان بإمكان الفرد أن يشعر بالغضب، أو الحزن والبكاء، باستعادة صور ذهنية سابقة مثيرة لهذه المشاعر، فبإمكانه أيضاً أن يشعر بالراحة، والهدوء، والسعادة، إذا ما حاول أن يستعيد بعض التفاصيل بأكثر قدر ممكن من التخيل الحي، عن مكان يحبه، أو مشهد سعيد مر به من قبل.

وتلك المشاهد، ما هي إلا صور ذهنية غير حقيقية، حدثت وانتهت، ولكن الشيء الحقيقي هنا هو مشاعر الحزن أو السرور، الاكتئاب أو الفرح، الغضب أو الرضا، الخوف أو الطمأنينة، فجميعها حقيقية، ولكنها تولدت عن شيء غير حقيقي هو التخيلات.

(إبراهيم، 1998، ص. 225-226)

لذلك يعد التخيل تقنية قوية وفعالة في العلاج النفسي، تعتمد على قدرة العقل على تكوين صور ذهنية وتجارب حسية داخلية، والتي يمكن أن يكون لها تأثير عميق على أفكار المريض، ومشاعره، وحتى استجاباته الحسية، لتحقيق الشفاء.

- الاسترخاء Relaxation:

يستخدم الاسترخاء في الطب والعلاج النفسي، وعلم النفس الإكلينيكي بأساليب مختلفة منذ فترة طويلة، ففي سنة (1939) أبدى الطبيب النفسي "جاكسون Jacobson" اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلي بطريقة منظمة، وفي كتابه المشهور بعنوان الاسترخاء التصاعدي Progressive relaxation، أوضح فيه أن استخدام هذه الطرق يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق. ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء في تخفيض القلق والاكتئاب وتطوير الصحة النفسية.

وتشير الأبحاث إلى أن أغلب الأفراد يستجيبون للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وتوترات وزيادة في الأنشطة العضلية، التي قد تتركز في الجبهة، والرقبة، والذراعين، واليدين، والركبتين، كما يحدث توتر عضلي للأعضاء الداخلية للجسم، كالمعدة، والقفص الصدري.

كما تبين الدراسات الخاصة باضطراب الاكتئاب، أنه بالرغم مما يتصف به المرضى من مظاهر البطء في النشاط الحسي والحركي (الكلام، الحركة، الاستجابة)، الذي قد يوحي بأنهم على درجة أقل من التوتر والاستثارة العضلية، إلا أن مقارنتهم بمجموعة من الأفراد العاديين، من خلال مقاييس التوتر العضلي، أثبت أنهم أكثر توترا من الأسوياء.

(إبراهيم، 1998، ص. 210-211)

ويضيف "دوران دو بوسنجن Durand de bousingen" أن أساليب الاسترخاء هي عبارة عن إجراءات علاجية معينة، تتمثل في تمارين مناسبة للعميل، تهدف إلى حصوله على الإرتخاء العضلي والنفسي (Bourlas, 2010, p. 404)، حيث يتم تعليمه شد مجموعات عضلية معينة ومن ثم إرخائها، داخل الجلسة، ثم يتدرب عليها لوحده. وقد يستخدم هذا

الأسلوب مستقلا أو مع أساليب علاجية أخرى كالتخيل والتنفس. (القرني وآخرون، 2016، ص. 293)

– اليقظة العقلية Mindfulness:

يعرفها "براون Brown" بأنها حالة عقلية من التركيز الطوعي للانتباه على التجربة الراهنة، بكل جوانبها العقلية والإدراكية، والعاطفية والحسية، بدون أي حكم مسبق، حيث تساعد هذه التقنية الفرد على التركيز، من خلال تركيزه على شيء واحد في المرة الواحدة، وتجنبه تشتت تفكيره.

ويرى "كوترو Cottraux" بأنها وسيلة عملية للوعي بالأفكار والأحاسيس الجسدية والمشاهد والأحداث والروائح.

ويضيف "فريس Fries" بأنها الوعي بالمدى الكلي للخبرات الراهنة، والانتباه للخبرة الحالية وتقبلها دون إصدار الأحكام عليها، سواء كانت إيجابية أو سلبية، وقبول جميع التجارب الشخصية، بما فيها الأحداث والأفكار والمشاعر، تماما كما في اللحظة الراهنة. (إبراهيم، 2019، ص. 26-31)

وبشكل عام فإن هذه التقنية تهدف إلى تعليم الفرد كيفية تطوير تعامل مختلف مع ذاته، وأفكاره ومشاعره وأحاسيسه الجسدية، وقبولها بدلا من مقاومتها أو الاندماج معها بشكل سلبي، ما يؤدي إلى تقليل التوتر لديه، وتعزيز الوعي بذاته، وتحسين مزاجه.

- القراءة العلاجية Bibliotherapy:

وهي من تقنيات العلاج المساعدة غير المباشرة، من خلال استخدام المعالج لمواد مكتوبة يقرأها المريض، ويتفاعل معها، ويستفيد منها لتحقيق التوافق والصحة النفسية. (زهران، 2005، ص. 364)

وتساعد المهام القرائية المريض على فهم مشكلاته النفسية، وكذا تعلم الأساليب المستخدمة لعلاجها، فهي تعتبر من طرق المساعدة الذاتية، وعامل مساعد للعلاج. (نيناء، ودرادين، 2019، ص. 148)

- التنشيط السلوكي Behavioral activation:

هذه التقنية مهمة على وجه الخصوص للمرضى الذين يتصفون بالخمول، تتمثل في ممارسة المريض لنشاطاته السابقة، أو إثراء حياته بتجربة نشاطات جديدة. (بيك، 2007، ص. 377)

ونظرا لرؤيته لنفسه على أنه شخص غير فعال، فمن المهم أن يرى نفسه على عكس ذلك من خلال ممارسته للأنشطة، وتنظيم يومه. (إبراهيم، 2014، ص. 124)

ويرى "هوفمان" أنه غالبا ما يرتبط الاكتئاب بسلوكيات الانسحاب واللامشاط، ونتيجة لذلك، تصبح حياة المكتئبين مجردة من التعزيزات، الرضا، والسعادة، وبسبب قلة الطاقة، قد لا يكون لديهم القدرة اللازمة لدراسة وفحص معتقداتهم، أفكارهم الآلية، ومظاهر الاكتئاب الأخرى لديهم.

عند الخطوة الأولى، يطلب من المرضى مراقبة أنشطتهم أثناء أيام الأسبوع وتسجيلها، بما يسمى بـ "جدولة النشاط Activity scheduling"، حيث يشتمل سجل أو جدول النشاط

على الزمن، التاريخ، المكان، وصف موجز للنشاط، وتقدير لدرجة الرضا التي يحظى بها النشاط على مقياس من صفر (غير مرض إطلاقاً) إلى 100 (مرض تماماً).

في الخطوة التالية، يستكشف المعالج النفسي والمريض الأسباب التي تجعل بعض الأنشطة غير سارة، وأيضاً فترات عدم النشاط أثناء الأسبوع العادي. إلى جانب ذلك، من المستحسن التزامه بالروتين في حياته اليومية، واتباعه لأنماط نوم وأكل منتظمة.

(هوفمان، 2012، ص. 174)

بالإضافة إلى ذلك هناك استراتيجية أخرى مكتملة تدعى بـ "المهام المتدرجة Graded tasks"، حيث تنبثق هذه المهام بطبيعة الحال من جداول النشاط التي يتم إعدادها، وتعتمد بصفة أساسية على التدرج، إذ يبدأ المريض بتلك المهام التي تتسم بالسهولة، ثم ينتقل إلى المهام الأصعب فالأصعب بالنسبة له، ولا يقف الأمر عند هذا الحد أي عند تناول المهمة بكليتها، بل إنه من الممكن أيضاً أن تتم تجزئة المهمة إلى وحدات أصغر، إلى أن يتم إنجازها بالشكل المطلوب. (محمد، 1999، ص. 171)

وقد يرجع نجاح هذا الإجراء، إلى أنه يساعد في تخفيف ضغوط اليوم، المتمثلة في تراكم الأعباء والأعمال والتنظيم والتخطيط لإنجازها، مما يجعلها ثقيلة، ومثيرة لمشاعر الإحباط والتشاؤم لدى المريض، خوفاً من الفشل في إنجازها، وعند تفاعل هذه المشاعر مع نقص الدافعية، فإنها تسبب في زيادة واستمرار الأعراض الاكتئابية.

كما أن ممارسة النشاطات السارة Pleasure activities، والتي تعني أي فعل أو تصرف يقوم به الفرد قصداً بهدف تقليل معاناته من المزاج الكئيب، والقضاء على الملل، وتجديد الحيوية والنشاط، من شأنه أن يقوم بكف استجابات الاكتئاب.

(مصطفى، 2009، ص. 104-105)

فغالبا ما تؤدي زيادة مستوى النشاط لدى المرضى إلى تحسن في مزاجهم، إذ تتضمن الأنشطة المفيدة (التي تصبح تشغل ذهنهم)، جهدا يتسم باحتمالات إثارة البهجة لديهم، وينظر إليها على أنها تستحق ما يبذل فيها من جهد. (لنيدزاي، وبول، 2000، ص. 141)

- إعادة تنظيم الحديث الذاتي Self-talk restructuring:

يرى "مايكنباوم Meichenbaum" أن التحدث مع الذات يؤثر على التفكير والشعور والسلوك، حيث أن الأشياء التي يقولها الفرد لنفسه، تحدد ما يشعر به وما يقوم به من أفعال، فمن وظائف الحديث الداخلي الذاتي في تغيير الوجدان والتفكير والسلوك، هو التأثير على عمليات الانتباه والتقويم، إضافة إلى التأثير في البنى المعرفية وتغييرها. (صالح، وشامخ، 2011، ص. 42)

وفي حالات الاكتئاب غالبا ما يكون حديث المريض الذاتي سلبيا، وتشاؤميا، مما يغذي دائرة الاضطراب، ويصعب من الخروج منها.

لذلك يجب أن يتضمن الحديث الذاتي الجديد الذي يتبناه المريض بمساعدة المعالج، على كل الخصائص الوظيفية للحديث الذاتي الإيجابي، الذي يؤثر على أنظمة الانتباه والتقدير، والاستجابات الفيزيولوجية، ويعمل على استثارة سلوكيات جديدة، حيث يتمكن من تنظيم خبراته بطريقة تؤدي إلى التعامل بطريقة أكثر تكيفية مع المواقف. (عبد العزيز، 2001، ص. 58)

- لعب الدور Role playing:

هو تقنية مرنة تستخدم في المواقف التي يواجه فيها الفرد بعض الصعوبات، أو المخاوف، أو الصراعات، أو تلك المواقف التي يحتاج فيها إلى التدريب على أدوار ومهارات وسلوكيات جديدة. (Benson, 1998, p. 208)

إن الأساس النظري لهذه الفنية هو التعلم التلقائي، والتي تعني أن جانباً هاماً من عملية التعلم، تتم عن طريق الاستجابة النشطة للمتعلم، وبالتالي لا يكون مجرد متلقياً سلبياً، بل متلقياً فعالاً. (سعفان، 2006، ص. 171)

ويستطيع بذلك أن يتدرب على أنماط معينة من السلوك، ليعبر عما في داخله تجاه موقف ما، ويكون التركيز على معتقداته اللاعقلانية، التي لها علاقة مباشرة بمشاعره المزعجة. (فايد، 2004، ص. 82)

ويمكن استخدام هذه الطريقة لممارسة أنواع جديدة من السلوك، كما يحدث في التدريب على المهارات الاجتماعية، إضافة إلى أن لعب الأدوار يمكن أن يساعد المريض على تقييم الأفكار التي تظهر لديه في المواقف الاجتماعية، كما يمكن استخدامها أيضاً لممارسة استراتيجيات التناول المعرفي للتعامل مع التفاعل الاجتماعي، وفي هذا السياق قد يطلب من المريض أن يتصور تتابع الخطوات التي يتضمنها القيام بمهمة معينة، من أجل الكشف عن الصعوبات التي تعرقل نجاحه في إنجاز المهمة. (لنيدزاي وبول، 2000، ص. 141)

لذلك فتمثيل الفرد للدور الذي يواجه صعوبة في القيام به في الواقع الفعلي، قد يجعله أكثر ألفة به، وأقل خشية من أدائه فيما بعد في مواقف الحياة الواقعية، وأكثر وعياً بأوجه الصعوبة التي قد يختبرها، والتي يعمل على تجنبها، كما يتيح له الفرصة للنقد الذاتي وتلقي

النقد البناء من أعضاء المجموعة العلاجية، وتقييمهم لأدائه بموضوعية، قد لا تتاح له في الواقع.

- التدريب التوكيدي Assertiveness training:

هو فنية علاجية تساعد المريض على الاندماج في السلوك الاجتماعي، متضمنا التعبير عن المشاعر والرغبات، ويراعى في السلوك التوكيدي أن يفضي إلى شعور المريض المتزايد بأن كل شيء على ما يرام، وأن يحسن فاعليته الاجتماعية وعلاقاته البينشخصية. (كولز، 2011، ص. 560)

وبالتالي فإن تدريب المريض على السلوك التوكيدي، يساعده على تعلم التعبير عن أفكاره، ومشاعره، واحتياجاته، ورغباته بطريقة صادقة، مباشرة، ومناسبة، مع احترام الآخرين في نفس الوقت، ويهدف إلى تعزيز مهاراته في التواصل الاجتماعي، وزيادة ثقته بنفسه.

- الاستغفار:

وهو اعتراف الإنسان بالذنوب والخطايا التي ارتكبها، وطلب المغفرة من الله سبحانه وتعالى عليها، كما أنه ليس مجرد ترديد لكلمات معينة، بل هو عبارة عن حالة قلبية، تتطلب شروطا معينة.

وقد بينت بعض الدراسات أن الشعور بالذنب سبب هام من أسباب القلق والاكتئاب، فهناك من يشعر به لأنه ظلم وأساء إلى شخص ما دون وجه حق، وأن ذلك يسخط الله منه، وهناك من يذنب في حق نفسه وحق الله سبحانه وتعالى، ويرتكب المعاصي، فيتكوّن في نفسه حزن وخوف من أن يأتيه الموت قبل أن يرجع إلى خالقه. (الشريف، 1996، ص. 64)

وعليه فقد قدّم الإسلام الحنيف آلية نفسية روحية، عظيمة الفائدة، ووسيلة للتطهير الروحي، تهدف إلى التخفيف على المسلم من أعباء تلك الذنوب والخطايا، والتقصير في حق الله سبحانه وتعالى، وحق نفسه، والآخرين، كما تمنحه الشعور بالخفة والراحة.

فقد قال سبحانه وتعالى في كتابه الكريم: ﴿قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَى أَنْفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ﴾ [سورة الزمر، الآية:

[53]

وقد قال تبارك وتعالى في موضع آخر: ﴿وَمَنْ يَعْمَلْ سُوءًا أَوْ يَظْلِمْ نَفْسَهُ ثُمَّ يَسْتَغْفِرِ اللَّهَ يَجِدِ اللَّهَ غَفُورًا رَحِيمًا﴾ [سورة النساء، الآية: 110]

وقد قال جل في علاه كذلك: ﴿وَالَّذِينَ إِذَا فَعَلُوا فَاحِشَةً أَوْ ظَلَمُوا أَنْفُسَهُمْ ذَكَرُوا اللَّهَ فَاسْتَغْفَرُوا لِذُنُوبِهِمْ وَمَنْ يَغْفِرِ اللَّهُ لَهُ لَا يَكُنْ لَهُ ذَنْبٌ وَالَّذِينَ لَا يَرْجِعُوا قَوْلَهُمْ وَلَهُمْ لُحُوبٌ مِمَّا كَانُوا يَفْعَلُونَ﴾ [سورة آل عمران، الآية: 135]

وكذا قوله سبحانه وتعالى: ﴿فَقُلْتُ اسْتَغْفِرُوا رَبَّكُمْ إِنَّهُ كَانَ غَفَّارًا يُرْسِلِ السَّمَاءَ عَلَيْكُمْ مِدْرَارًا وَيُمْدِدْكُمْ بِأَمْوَالٍ وَبَنِينَ وَيَجْعَلْ لَكُمْ جَنَّاتٍ وَيَجْعَلْ لَكُمْ أَنْهَارًا﴾ [سورة نوح، الآيات: 10-11-12]

وعن أنس رضي الله عنه قال: سمعت رسول الله -صلى الله عليه وسلم- يقول: ﴿قَالَ اللَّهُ تَعَالَى: يَا ابْنَ آدَمَ، إِنَّكَ مَا دَعَوْتَنِي وَرَجَوْتَنِي غَفَرْتُ لَكَ عَلَى مَا كَانَ مِنْكَ وَلَا أَبَالِي، يَا ابْنَ آدَمَ، لَوْ بَلَغَتْ ذُنُوبُكَ عَنَانَ السَّمَاءِ ثُمَّ اسْتَغْفَرْتَنِي غَفَرْتُ لَكَ وَلَا أَبَالِي، يَا ابْنَ آدَمَ، إِنَّكَ لَوْ أَتَيْتَنِي بِقُرَابِ الْأَرْضِ خَطَايَا ثُمَّ لَقِيتَنِي لَا تَشْرِكُ بِي شَيْئًا لَأَتَيْتَكَ بِقُرَابِهَا مَغْفِرَةً﴾ [رواه الترمذي].

(رياض، 2008، ص. 422)

وغيرها من الآيات الكريمة والأحاديث الشريفة التي تبين أن الله سبحانه وتعالى غفور رحيم واسع المغفرة، وتحثّ المسلم على الاستغفار والمداومة عليه، لعظم فوائده الدنيوية والآخروية.

- التوبة:

وهي الرجوع إلى الله سبحانه وتعالى بترك الإنسان ما بدر منه من معاصي، والندم عليها، والعزم الصادق بعدم العودة إلى ارتكابها.

والتوبة في صميمها النفسي اعتراف لله، وهي دعاء هامس بين الإنسان وخالقه، حيث يعترف التائب اعترافاً صريحاً وواضحاً بخطايا وذنوبه، عن رغبة صادقة، لا يكتمها ولا يصر عليها، يفرغ بها محتوى نفسه، ولا يكتم شيئاً ولا يحقر منه مهما كان صغيراً أو كبيراً أو مستتراً، وهو بذلك يطرح تلك الذنوب عن كاهله، ويدفعها بعيداً عن نفسه، كي لا تتعايش معه مشاعر الندم، فلطالما جثمت على صدره، بما فيها من معالم الهم والضيق، نتيجة ما احتوته من سوء الفعل، واستبداد الشهوة، وانحطاط الغريزة، فهي تتحقق باعتراف مطلق لله سبحانه وتعالى، محاسبة النفس، إقرار بالذنب، شعور بالندم، خضوع لله واستسلام لتعاليم شريعته ومنهج دينه، وعهد وتصميم على عدم العودة. (خليل، 2002، ص. 62)

والتوبة هي فضل ورحمة من الله سبحانه وتعالى على عباده، إذ يفتح لهم باب العودة إليه مهما عظمت ذنوبهم، شريطة الإخلاص والصدق في الرجوع إليه، علاوة على الفضائل التي تترتب عليها.

فقد قال سبحانه وتعالى في كتابه العزيز: ﴿وَالَّذِينَ عَمِلُوا السَّيِّئَاتِ ثُمَّ تَابُوا مِنْ بَعْدِهَا وَآمَنُوا إِنَّ رَبَّكَ مِنْ بَعْدِهَا لَغَفُورٌ رَحِيمٌ﴾ [سورة الأعراف، الآية: 135]

وكذلك قوله عزوجل: ﴿إِلَّا مَنْ تَابَ وَآمَنَ وَعَمِلَ عَمَلًا صَالِحًا فَأُولَئِكَ يُبَدِّلُ اللَّهُ سَيِّئَاتِهِمْ حَسَنَاتٍ ۗ وَكَانَ اللَّهُ غَفُورًا رَحِيمًا﴾ [سورة الفرقان، الآية: 70]

ونجد أيضا قوله سبحانه جل شأنه: ﴿إِلَّا مَنْ تَابَ وَآمَنَ وَعَمِلَ صَالِحًا فَأُولَئِكَ يَدْخُلُونَ الْجَنَّةَ وَلَا يُظْلَمُونَ شَيْئًا﴾ [سورة مريم، الآية: 60]

كما جاء في الحديث الشريف أن الرسول -صلى الله عليه وسلم- قال: ﴿لِلَّهِ أَشَدُّ فَرْحًا بِتَوْبَةِ عَبْدِهِ حِينَ يَتُوبُ إِلَيْهِ، مِنْ أَحَدِكُمْ كَانَ عَلَى رَأْسِهِ بِأَرْضٍ فَلَاةٌ، فَأَنْفَلَتْ مِنْهُ وَعَلَيْهَا طَعَامُهُ وَشَرَابُهُ، فَأَيَسَ مِنْهَا، فَأَتَى شَجَرَةً، فَاضْطَجَعَ فِي ظِلِّهَا، قَدْ أَيْسَ مِنْ رَأْسِهِ، فَبَيْنَمَا هُوَ كَذَلِكَ إِذَا هُوَ بِهَا، قَائِمَةً عِنْدَهُ، فَأَخَذَ بِخَطَامِهَا، ثُمَّ قَالَ مِنْ شِدَّةِ الْفَرَحِ: اللَّهُمَّ أَنْتَ عَبْدِي وَأَنَا رَبُّكَ، أَخْطَأَ مِنْ شِدَّةِ الْفَرَحِ﴾ [رواه مسلم]. (سعدات، 2014، ص. 46)

- الشكر:

وهو اعتراف الإنسان بنعم الله سبحانه وتعالى عليه، الظاهرة منها والباطنة، وتسخيرها في مرضاته وطاعته، وهو تعبير عن الامتنان الخالص للخالق، الذي لا تعد ولا تحصى نعمه.

والشكر هو من جملة مقامات السالكين، وهو أيضا ينتظم من علم وحال وعمل، فالعلم هو الأصل فيورث الحال، والحال يورث العمل، فأما العلم فهو معرفة النعمة من المنعم، والحال هو الفرح الحاصل بإنعامه، والفعل هو القيام بما هو مقصود المنعم، ويتعلق ذلك العمل بالقلب وبالجوارح وباللسان. (رياض، 2008، ص. 215)

وعليه فانشغال الإنسان بالنعم الناقصة يفقده الشعور بالنعم المتوفرة، ما يجعله دائم المراقبة لما لديه، ليحسب ويتفقد ما ينقصه.

وغالبا ما يجعل الاكتئاب الشخص مركزا على النواقص والجوانب السلبية التي في حياته، متناسيا ما هو متوفر لديه من نعم وخيرات، لذلك فالشكر يدرّب عقله على رؤيتها والانتباه لها، مهما كانت صغيرة أو كبيرة، ما يقلل من حدة حزنه ومشاعره السلبية.

وقد وردت آيات كثيرة في القرآن الكريم تحثّ على الشكر وتبين فضله، من بينها:
 قوله سبحانه وتعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُلُوا مِن طَيِّبَاتِ مَا رَزَقْنَاكُمْ وَاشْكُرُوا لِلَّهِ إِن كُنتُمْ إِيَّاهُ تَعْبُدُونَ﴾ [سورة البقرة، الآية: 172]

وكذلك قوله جل شأنه: ﴿وَاللَّهُ أَخْرَجَكُم مِّن بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا وَجَعَلَ لَكُمُ السَّمْعَ وَالْأَبْصَارَ وَالْأَفْئِدَةَ ۖ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ﴾ [سورة النحل، الآية: 78]

وقوله تبارك وتعالى أيضا: ﴿رَبَّنَا إِنِّي أَسْكَنْتُ مِنْ ذُرِّيَّتِي بِوَادٍ غَيْرِ ذِي زَرْعٍ عِنْدَ بَيْتِكَ الْمُحَرَّمِ رَبَّنَا لِيُقِيمُوا الصَّلَاةَ فَاجْعَلْ أَفْنَدَةً مِّنَ النَّاسِ تَهْوِي إِلَيْهِمْ وَارْزُقْهُمْ مِّنَ الثَّمَرَاتِ لَعَلَّهُمْ يَشْكُرُونَ﴾ [سورة إبراهيم، الآية: 37]

- التسبيح:

هو صدور صوت من الإنسان، سواء كان داخليا أو خارجيا، يتضمن تمجيد الله سبحانه وتعالى، وتقديسه، وتقديره، وتنزيهه عن كل نقص أو عيب أو سوء، وعن كل ما لا يليق بجلاله وكماله، وهو نوع من الذكر الرفيع الذي يشترك فيه الإنسان مع الملائكة، بل وسائر المخلوقات.

فقد جاء في القرآن الكريم، قوله سبحانه وتعالى: ﴿تُسَبِّحُ لَهُ السَّمَاوَاتُ السَّبْعُ وَالْأَرْضُ وَمَنْ فِيهِنَّ ۚ وَإِن مِّن شَيْءٍ إِلَّا يُسَبِّحُ بِحَمْدِهِ وَلَكِن لَّا تَفْقَهُونَ تَسْبِيحَهُمْ ۚ إِنَّهُ كَانَ حَلِيمًا غَفُورًا﴾ [سورة الإسراء، الآية: 44]

وكذلك قوله جل شأنه: ﴿وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً ۖ قَالُوا أَتَجْعَلُ فِيهَا مَن يُفْسِدُ فِيهَا وَيَسْفِكُ الدِّمَاءَ وَنَحْنُ نُسَبِّحُ بِحَمْدِكَ وَنُقَدِّسُ لَكَ ۖ قَالَ إِنِّي أَعْلَمُ مَا لَا تَعْلَمُونَ﴾ [سورة البقرة، الآية: 30]

وقد حثَّ الإسلام على المداومة على التسبيح، لعظيم فضائله، وبالغ أهميته في حياة المسلم، فهو يربط العبد بربه، ويجلب له سكينة النفس والطمأنينة والرضا، فقد ورد في الآية الكريمة: ﴿فَاصْبِرْ عَلَىٰ مَا يَقُولُونَ وَسَبِّحْ بِحَمْدِ رَبِّكَ قَبْلَ طُلُوعِ الشَّمْسِ وَقَبْلَ غُرُوبِهَا ۖ وَمِنْ آنَاءِ اللَّيْلِ فَسَبِّحْ وَأَطْرَافَ النَّهَارِ لَعَلَّكَ تَرْضَىٰ﴾ [سورة طه، الآية: 130]

كما أنه وسيلة للنجاة من المصائب والكروب والشدائد مهما عظمت، وقد تجلّى ذلك في قوله سبحانه وتعالى: ﴿وَإِذَا النُّونُ إِذْ ذَهَبَ مُغَاضِبًا فَظَنَّ أَن لَّنْ نَقْدِرَ عَلَيْهِ فَنَادَىٰ فِي الظُّلُمَاتِ أَن لَا إِلَهَ إِلَّا أَنْتَ سُبْحَانَكَ إِنِّي كُنْتُ مِنَ الظَّالِمِينَ فَاسْتَجَبْنَا لَهُ وَنَجَّيْنَاهُ مِنَ الْغَمِّ ۖ وَكَذَلِكَ نُنَجِّي الْمُؤْمِنِينَ﴾ [سورة الأنبياء، الآيتان: 87-88]

وكذا قوله عز وجل: ﴿فَلَوْلَا أَنَّهُ كَانَ مِنَ الْمُسَبِّحِينَ لَلَبِثَ فِي بَطْنِهِ إِلَىٰ يَوْمِ يُبْعَثُونَ﴾ [سورة الصافات، الآيتان: 143-144]

- الدّعاء :

وهو التضرع لله سبحانه وتعالى واللجوء إليه، وطلب العون منه، فقد عرف الإنسان أن للكون إلها، وهذا الإله سميع بصير، يجيب المضطر إذا دعاه، ويكشف عنه سوء، استنادا لقوله سبحانه وتعالى: ﴿أَمَّنْ يُجِيبُ الْمُضْطَرَّ إِذَا دَعَاهُ وَيَكْشِفُ السُّوءَ وَيَجْعَلُكُمْ خُلَفَاءَ الْأَرْضِ ۗ ۖ إِنَّ اللَّهَ مَعَ اللَّهِ ۖ قَلِيلًا مَّا تَذَكَّرُونَ﴾ [سورة النمل، الآية: 62]

فالعبد يحتاج إلى العون الدائم والمساعدة من رب العالمين، وهو سبحانه منه الإجابة كما وعد ووعد الحق، وفقا لما جاء في الآية الكريمة: ﴿وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ ۖ

أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ ۖ فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ ﴿سورة البقرة، الآية: 186﴾

وقوله تبارك وتعالى: ﴿وَقَالَ رَبُّكُمْ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ ۚ إِنَّ الَّذِينَ يَسْتَكْبِرُونَ عَنْ عِبَادَتِي سَيَدْخُلُونَ جَهَنَّمَ دَاخِرِينَ﴾ [سورة غافر، الآية: 60]

ويعتبر الدعاء جوهر ومخ العبادة، بل العبادة في حد ذاتها، وهذا ما أرشدنا إليه الحديث الشريف؛ عن النعمان بن بشير رضي الله عنه عن النبي -صلى الله عليه وسلم- قال: ﴿الدُّعَاءُ هُوَ الْعِبَادَةُ﴾ [رواه أبو داود والترمذي] (رياض، 2008، ص. 430)

وقد يلعب الدعاء دوراً هاماً في حياة الشخص المكتئب إذا ما التزم به، فهو اتصال مباشر مع الخالق سبحانه وتعالى، ومصدر لا نهائي للفضل والرحمة، وهذا من شأنه أن يخفف عنه الشعور باليأس، ويقلل من شعوره بالوحدة والعزلة، ويمنحه بالمقابل الشعور بالانتماء والدعم الإلهي.

- الصلاة:

وهي عبادة تشتمل على أقوال وأفعال مخصوصة، تفتتح بالتكبير وتختتم بالتسليم؛ والمراد بالأقوال: التكبير، والقراءة، والتسبيح، والدعاء، وغير ذلك، أما المراد بالأفعال فهو: القيام، والركوع، والسجود، والجلوس، ونحو ذلك. وقد فرض الله تعالى الصلاة على نبينا محمد -صلى الله عليه وسلم- في السماء ليلة الإسراء والمعراج، وكانت في أول فرضيتها خمسون صلاة ثم خففها الله سبحانه وتعالى إلى خمس، فهي خمس في الأداء وخمسون في الثواب، والصلوات الخمس هي: الفجر، الظهر، العصر، المغرب، والعشاء. (سعدات، 2014، ص. 175-176)

فقد قال الله سبحانه وتعالى في كتابه العزيز: ﴿وَأَقِيمُوا الصَّلَاةَ وَآتُوا الزَّكَاةَ وَارْكَعُوا مَعَ الرَّاكِعِينَ﴾ [سورة البقرة، الآية: 43]

وكذا قوله جلّ جلاله في نفس السورة في موضع آخر: ﴿إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ وَأَقَامُوا الصَّلَاةَ وَآتَوُا الزَّكَاةَ لَهُمْ أَجْرُهُمْ عِنْدَ رَبِّهِمْ وَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾ [سورة البقرة، الآية: 277]

وللصلاة راحة وسكينة لا يمكن وصفها، ولكن يمكن أن تحسّ وتُعاش، ولا يحسها إلا الذي أداها وأقامها بأركانها كاملة خالصة لوجه الله تعالى، فيحصل بذلك على فوائدها ويستشعر فضلها، فيروى عن رسول الله -صلى الله عليه وسلم- أنه كان يلجأ إليها ليستمد منها الراحة، والطاقة، والفرح، والسرور؛ فعن سالم بن أبي الجعد قال أن النبي -صلى الله عليه وسلم- قال: ﴿يا بلال، أرخنا بالصلاة﴾ [مسند أحمد]

لذلك تساعد الصلاة الخاشعة على تهدئة النفس، وإزالة التوتر، لأسباب كثيرة، أهمها شعور الإنسان بضآلته، وبالتالي ضآلة كل مشكلاته أمام قدرة وعظمة الخالق المدبر لهذا الكون الفسيح، فيخرج المسلم من صلاته وقد ألقى كل ما في جعبته من مشكلات وهموم، وترك تصريحها إلى الرب الرحيم، وكذلك تؤدي الصلاة إلى إزالة التوتر بسبب عملية تغيير الحركة المستمرة فيها، ومن المعلوم أن هذا التغيير الحركي يحدث استرخاء فيسيولوجيا مهما في الجسم، كما ثبت علميا أن للصلاة تأثيرا مباشرا على الجهاز العصبي؛ إذ أنها تهدئ من ثورته وتحافظ على اتزانته.

(رياض، 2008، ص. 399-400)

- قراءة القرآن الكريم:

القرآن الكريم هو كتاب الله المنزل على نبيه ورسوله محمد -صلى الله عليه وسلم-، وهو كلام الله المعجز في المبنى والمعنى، والمصدر الأول والأساسي للعقيدة والتشريع الإسلامي.

وتلاوة القرآن الكريم هي عبادة عظيمة، فقد حثَّ عليها الإسلام، مع الفهم والتدبر لمعانيه، وتطبيقها في الحياة، لما لها من عظيم الفوائد على المسلم.

إذ للقرآن الكريم قوة روحية عظيمة، تؤثر تأثيراً كبيراً على النفس البشرية، ولا عجب، فإنه كلام الله سبحانه وتعالى، فقد نص عزوجل على أنه يهدي للتي هي أقوم، وأنه شفاء ورحمة وهدى للمؤمنين، استشهداً بقوله تبارك وتعالى: ﴿إِنَّ هَذَا الْقُرْآنَ يَهْدِي لِلَّتِي هِيَ أَقْوَمُ وَيُبَشِّرُ الْمُؤْمِنِينَ الَّذِينَ يَعْمَلُونَ الصَّالِحَاتِ أَنَّ لَهُمْ أَجْرًا كَبِيرًا﴾ [سورة الإسراء، الآية: 9]

وقوله جلَّ جلاله وتقدَّست أسماؤه في نفس السورة في الآية الكريمة: ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ ۖ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا﴾ [سورة الإسراء، الآية: 82]

إضافة لقوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾ [سورة يونس، الآية: 57]

(النعمة، 2000، ص. 7)

13. تقييم البرنامج العلاجي:

إن تقييم البرنامج العلاجي هو عملية نقدية هامة، تكشف عن مدى فاعلية البرنامج المسطر، ومدى نجاحه أو فشله في تحقيق أهدافه، حيث يتم تقييمه وفق الآتي:

1-التقييم الأولي Initial evaluation:

يتمثل في القياس القبلي، الذي يتم قبل بداية الجلسات العلاجية، حيث يجرى التطبيق الأولي لمقاييس الدراسة على أفراد العينة.

2-التقييم التكويني Formative evaluation:

-الذي يتم أثناء تنفيذ البرنامج، من خلال تطبيق وتفرغ استمارة التقييم المرحلي، التي يقوم أفراد عينة الدراسة بملئها بعد انتهاء كل محور علاجي.

-استمارة التقييم المرحلي للبرنامج:

التي تتكون من تسعة (09) بنود، تم إعدادها من طرف الباحثة (الملحق رقم 18)، بهدف الحصول على تقييم أفراد عينة الدراسة لإجراءات الجلسات، وكذا معرفة تقييمهم لكل محور من محاور البرنامج العلاجي، كما تهدف لمراقبة سير البرنامج، ومحاولة تجنب أي قصور.

3-التقييم النهائي Final evaluation:

-يتمثل في القياس البعدي، الذي يتم بعد انتهاء الجلسات العلاجية، من خلال تطبيق مقاييس الدراسة على أفراد العينة مرة أخرى، وكذلك تطبيق وتفرغ استمارة التقييم النهائي للبرنامج، التي ملئت من طرف أفراد العينة.

-استمارة التقييم النهائي للبرنامج:

تتكون من أحد عشر (11) بنود، تم إعدادها من قبل الباحثة (الملحق رقم 19)، الهدف منها الحصول على تقييم عام لأفراد عينة الدراسة للبرنامج، وتتضمن تقييم عام لإجراءات البرنامج وتقنياته، وتعكس الاستجابات عليها تقدير مدى استفادتهم منه، مما يدعم فعاليته، ويشكل تعزيزا قويا لنتائج فرضيات الدراسة.

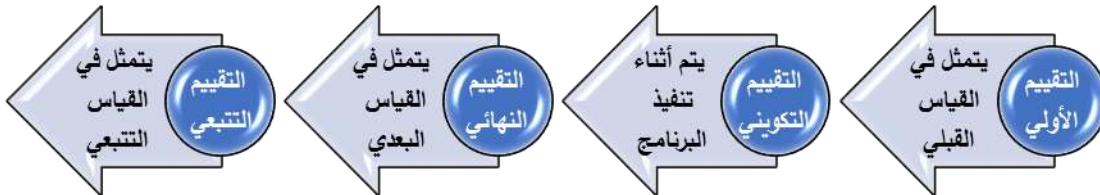
4-التقييم التتبعي Follow-up evaluation:

الذي يتمثل في القياس التتبعي، بواسطة تطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب، بعد مرور ثمانية (08) أسابيع من انتهاء البرنامج العلاجي، لمعرفة مدى استمرار فعالية البرنامج.

ويمكن تلخيص ما سبق ذكره عبر الشكل الموالي:

شكل 14

خطوات تقييم البرنامج العلاجي



خلاصة الفصل:

تناول هذا الفصل بنوع من التفصيل تصميم البرنامج العلاجي المقترح، بدءاً من تحديد فلسفته والأساس النظري المبني عليه، وتبيان أهميته وأهدافه، وغيرها من العناصر السالف ذكرها، وصولاً إلى تقييمه، الذي يكشف عن مدى فعاليته، وكذا قدرته على بلوغ أهدافه المسطرة.

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

أولاً: الدراسة الاستطلاعية

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية
2. وصف عينة الدراسة الاستطلاعية
3. أدوات جمع البيانات
- 3-1 المقابلة التشخيصية المقننة
- 3-2 أداة قياس الاكتئاب
- 3-2-1 وصف مقياس بيك الثاني للاكتئاب
- 3-2-2 تعليمات المقياس
- 3-2-3 تصحيح المقياس
- 3-2-4 الخصائص السيكومترية للمقياس
- 3-2-5 الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية

أولاً: الصدق

أ- الصدق البنائي

ب- الصدق التمييزي

ثانياً: الثبات

أ- طريقة معامل ألفا كرونباخ

ب- طريقة التجزئة النصفية

3-3 أداة قياس الأفكار اللاعقلانية

3-3-1 وصف اختبار الأفكار اللاعقلانية

3-3-2 تعليمات الاختبار

3-3-3 تصحيح الاختبار

3-3-4 الخصائص السيكومترية للاختبار

3-3-5 الخصائص السيكومترية للاختبار في الدراسة الحالية

أولاً: الصدق

أ- الصدق البنائي

ب- الصدق التمييزي

ثانياً: الثبات

أ- طريقة معامل ألفا كرونباخ

ب- طريقة التجزئة النصفية

3-4 أداة قياس الاسترخاء

3-4-1 وصف استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء

3-5 أداة قياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

3-5-1 وصف مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

3-5-2 تعليمات المقياس

3-5-3 تصحيح المقياس

3-5-4 الخصائص السيكومترية للمقياس

3-5-5 الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية

أولاً: الصدق

أ- الصدق البنائي

ب- الصدق التمييزي

ثانياً: الثبات

أ- طريقة معامل ألفا كرونباخ

ب-طريقة التجزئة النصفية

3-6 أداة قياس توكيد الذات

3-6-1 وصف مقياس توكيد الذات

3-6-2 تعليمات المقياس

3-6-3 تصحيح المقياس

3-6-4 الخصائص السيكومترية للمقياس

3-6-5 الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية

أولاً: الصدق

أ-الصدق البنائي

ب-الصدق التمييزي

ثانياً: الثبات

أ-طريقة معامل ألفا كرونباخ

ب-طريقة التجزئة النصفية

3-7 أداة قياس اليأس

3-7-1 وصف مقياس اليأس

3-7-2 تعليمات المقياس

3-7-3 تصحيح المقياس

3-7-4 الخصائص السيكومترية للمقياس

3-7-5 الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية

أولاً: الصدق

أ-الصدق البنائي

ب-الصدق التمييزي

ثانياً: الثبات

أ-طريقة معامل ألفا كرونباخ

ب-طريقة التجزئة النصفية

3-8 البرنامج العلاجي متعدد المحاور

3-8-1 عرض جلسات البرنامج العلاجي

3-8-2 تحكيم البرنامج العلاجي

3-8-3 التجريب الاستطلاعي للبرنامج العلاجي

ثانيا: الدراسة الأساسية

1. منهج البحث والتصميم المستخدم في الدراسة

2. عينة الدراسة الأساسية

3. وصف عينة الدراسة الأساسية

4. إجراءات الدراسة الأساسية

5. أساليب المعالجة الإحصائية

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد التطرق في الفصول السابقة إلى الإطار النظري لمتغيرات الدراسة، والذي تم من خلاله صياغة فرضياتها، قامت الباحثة في الفصل الحالي بعدة إجراءات منهجية، لفحص تلك الفرضيات والتحقق منها، فقد تضمن هذا الفصل إجراءات الدراسة الاستطلاعية وكذا الدراسة الأساسية، من حيث المنهج والعينة والأدوات المستخدمة، فضلا عن الأساليب الاحصائية المعتمدة.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

تعمل الدراسة الاستطلاعية على تقريب الباحث من ميدان بحثه، وتزويده بمعلومات أولية حول الظاهرة محل الدراسة، لذلك تعتبر أساساً جوهرياً لبناء البحث. (مختار، 2000، ص. 47)

بناء على ذلك فإن الدراسة الاستطلاعية تساعد الباحث على الربط بين الجانبين النظري والتطبيقي، ومن خلالها يتمكن من تفحص أدوات القياس التي يستعملها في دراسته الأساسية.

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تتبين أهداف الدراسة الاستطلاعية للدراسة الحالية فيما يلي:

- مرحلة تمهيدية للدراسة الأساسية.
- الاطلاع على التحديات والصعوبات التي من الممكن أن تعيق الدراسة الأساسية، ومحاولة تجنبها أو التحكم فيها.

- التعرف على العينة عن كثب، والتحقق من مدى قابليتها للإشتراك في الدراسة.
- التدريب الأولي على الدراسة الميدانية.
- التأكد من الخصائص السيكمترية للأدوات المستخدمة، والتحقق من مدى ملاءمتها للتطبيق على عينة الدراسة الأساسية.

2. وصف عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (96) فرداً، من مرتادي مستشفى الأمراض العقلية -دريد حسين- القبة- الجزائر، حيث تتراوح أعمارهم بين 20-40 سنة، وقد تم عرض توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخصائص المعتمد عليها في الجدول التالي:

جدول 1

توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية

المتغير	التكرار	النسبة المئوية
الجنس	ذكر	46
	أنثى	50
	المجموع	96
الحالة الاجتماعية	أعزب	49
	متزوج	35
	مطلق	9
	أرمل	3
	المجموع	96
	ابتدائي	4
	متوسط	9
المستوى التعليمي	ثانوي	26
	جامعي	57
	المجموع	96

ملاحظة. يتضح من الجدول السابق أن عينة الدراسة الاستطلاعية تتكون من 96 فرداً، كما تتبين خصائص العينة من حيث الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي.

3. أدوات جمع البيانات:

للقيام بجمع المعطيات والمعلومات حول الدراسة الراهنة، وحسب ما تقتضيه أهدافها ومتطلبات تحقيقها، تم الاعتماد على الأدوات التالية:

3-1 المقابلة التشخيصية المقننة:

تعتبر المقابلة التشخيصية المقننة (Structured diagnostic interview) أداة تقييم أساسية في العمل الإكلينيكي، حيث تستخدم لجمع معلومات منظمة وموحدة حول الحالة النفسية للمريض، وذلك بهدف الوصول إلى تشخيص دقيق وموثوق.

كما يمكن تعريفها بأنها نوع من أدوات التقييم، الذي يشتمل على أسئلة مكيفة وفق محكات تشخيصية محددة، كما يشير مصطلح "مقننة" إلى أن الأسئلة موحدة، وتطرح بالترتيب ذاته في كل المقابلات، كما تصحح إجاباتها بطريقة موحدة أيضا. (ترول، 2007، ص.

(107)

وعليه فقد قامت الباحثة بإعداد مقابلة مقننة بغرض تشخيصي، للتمكن من معرفة الاضطراب وشدته، ومدى تأثيره على حياة المريضة، معتمدة في ذلك على الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية في طبعته الخامسة المعدلة (DSM-5-TR)، إضافة للاستعانة بتعريف وتشخيص الأطباء النفسيين للاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي.

إذ تكونت المقابلة التشخيصية المقننة من ثلاثة (03) محاور كما يلي:

- المحور الأول: وهو تقييم الأعراض الحالية للاكتئاب الجسيم، حيث يهدف إلى تحديد ما إذا كانت المفحوصة تفي حاليا بمعايير الاكتئاب الجسيم، وتقييم شدة الأعراض التي تمر بها، وذلك من خلال إجابتها على الأسئلة (من 1 إلى 11).
- المحور الثاني: وهو الكشف عن التاريخ العلاجي الدوائي، حيث يهدف إلى التحقق من وجود "مقاومة للعلاج الدوائي" لدى المفحوصة، من خلال مراجعة تاريخ الأدوية المضادة للاكتئاب التي تناولتها، وذلك من خلال إجابتها على الأسئلة (من 12 إلى 15).

- المحور الثالث: وهو معرفة العوامل المرتبطة بمقاومة الدواء، حيث يهدف إلى استكشاف الأسباب المحتملة لعدم استجابة المفحوصة للدواء، والتي قد تكون خارج نطاق اضطراب الاكتئاب ذاته، وذلك من خلال إجابتها على الأسئلة (من 16 إلى 24).

ويساهم هذا التقدير المستخرج من نتائج المقابلة التشخيصية المقننة، في عملية التقييم الفعلي لحالة كل مفحوصة في العينة الأساسية للدراسة، ويبين حالتها عند خط الأساس (Baseline)، وهو الأمر الذي قد يسهم كذلك في جمع معلومات دقيقة عن المشكلة، وقد تم عرض نموذج أسئلة المقابلة التشخيصية المقننة في الملحق رقم (4). كما قد تم القياس القبلي لأدوات الدراسة، حيث قدمت المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية لكل مفحوصة، للإجابة عليها، والمتمثلة في؛ مقياس بيك الثاني للاكتئاب، مقياس الأفكار اللاعقلانية، مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب، مقياس توكيد الذات، مقياس اليأس.

3-2 أداة قياس الاكتئاب:

3-2-1 وصف مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II:

يعتبر الطبيب النفسي الأمريكي "آرون بيك Aaron Beck" المعد الرئيسي لمقياس بيك للاكتئاب، والذي عرف بعد ذلك باسمه، وهناك ثلاث صور للمقياس ظهرت منذ نشره لأول مرة، الصورة الأولى ويرمز لها بالرمز BDI وهي التي ظهرت للمقياس لأول مرة عام (1961)، والصورة الأولى المعدلة والتي يرمز لها بالرمز BDI-IA والتي نشرت لأول مرة

عام (1979)، ثم أخيرا الصورة الثانية ويرمز لها بالرمز BDI-II والتي نشرت عام (1996). (غريب، 2000، ص. 285)

يعد مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II أحدث صورة مطورة لمقياس بيك للاكتئاب BDI، والذي يتكون من واحد وعشرون (21) بندا، مستخدما أسلوب التقرير الذاتي Self-report لقياس شدة الاكتئاب لدى المراهقين والبالغين بدءا من سن الثالثة عشر، وتتميز الصورة الحالية لمقياس BDI-II بأنه قد تم بناؤها وتصميمها، بغرض تقييم الأعراض المتضمنة في محك تشخيص الاضطرابات الاكتئابية في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع للاضطرابات العقلية، والصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي. (غريب، 2000، ص. 286)

والواقع أنه خلال خمسة وثلاثون (35) عاما منذ ظهور الصورة الأولى للمقياس، وإلى تاريخ صدور ونشر الصورة الثانية، أصبح أكثر مقاييس الاكتئاب انتشارا واستخداما في المجال، لتقييم شدة الاكتئاب للمرضى بهذا الاضطراب، وأيضا في متابعة الاكتئاب المحتمل لدى الأفراد العاديين. (غريب، 2000، ص. 287)

يقيس هذا المقياس الأعراض التالية: الحزن، التشاؤم، الفشل السابق، فقدان المتعة، الشعور بالإثم، مشاعر العقاب، كره الذات، نقد الذات، الأفكار أو الرغبات الانتحارية، البكاء، التهيج والاستثارة، فقدان الاهتمام، التردد، الشعور بانعدام القيمة، فقدان الطاقة، تغيرات في نمط النوم، القابلية للغضب أو الانزعاج، تغيرات في الشهية، صعوبة التركيز، الإرهاق أو الإجهاد، فقدان الاهتمام بالجنس. (غريب، 2000، ص. 289)

قام "غريب" بترجمة بنود مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II وتعليماته إلى العربية، ثم أجرى مراجعة للترجمة عدة مرات على فترات متباعدة، بعدها عرض الترجمة مصاحبة

للأصل الانجليزي على مجموعة من أساتذة علم النفس في مصر والولايات المتحدة، لمراجعتها واقتراح أية تعديلات، ومن ثم مناقشة التعديلات المقترحة للوصول إلى أكبر قدر ممكن من صدق الترجمة، ثم أعدت النسخة المقترحة، وعرضت مرة أخرى على أساتذة علم النفس للمراجعة والتأكد من الوصول إلى الصورة المثلى لورقة أسئلة المقياس، والتي تعبر بقدر الإمكان عما تتضمنه ورقة الأسئلة الأصلية من معان. (غريب، 2000، ص. 300-301)

3-2-2 تعليمات المقياس:

تنص تعليمات المقياس بأن على المفحوص قراءة كل البنود بعناية، ثم اختيار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعره في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم وضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اختارها.

3-2-3 تصحيح المقياس:

يتم تصحيح مقياس BDI-II، بجمع التقديرات للبنود الواحد والعشرون (21)، ويتم تقدير كل بند على مقياس يتكون من أربع (04) نقاط، من (0-3)، حيث يعطى تقدير صفر (0) للعبارة الأولى في كل بند، وتأخذ العبارة الثانية تقدير واحد (01)، والثالثة تقدير اثنان (02)، والرابعة تقدير ثلاثة (03)، وإذا قام المفحوص باختيار متعدد لأحد البنود، أي إذا اختار أكثر من عبارة داخل البند، فإنه يتم حساب قيمة العبارة الأعلى.

ولابد من توجيه عناية خاصة للتصحيح السليم لبند التغيرات في نمط النوم وبند التغيرات في الشهية، وذلك لأن كل بند من البندين السابقين يتكون من سبع (07) اختيارات منتظمة، وهي: (0)، (1-أ)، (1-ب)، (2-أ)، (2-ب)، (3-أ)، (3-ب)، وذلك بهدف التفرقة بين الزيادة والنقصان في السلوك والدافعية إذا ما اختار المفحوص الاختيار الأعلى،

فإن وجود الزيادة أو النقصان في أي من العرضين لأبد من ملاحظته اكلينيكيًا من قبل الباحث وذلك للأغراض التشخيصية.

(غريب، 2000، ص. 291)

يتم جمع الأرقام الواحد والعشرون (21) التي اختارها المفحوص ووضع عليها دائرة، للحصول على الدرجة الخام الخاصة به.

تتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (0-63)، حيث تدل الدرجة (0) على عدم وجود اكتئاب، في حين تدل الدرجة (63) على وجود اكتئاب شديد.

وحسب دراسة "معمرية" (2010)، الخاصة بتقنين قائمة "آرون بيك" الثانية للاكتئاب على البيئة الجزائرية، فإنه يتم تحديد مستوى الاكتئاب وفق الجدول التالي:

جدول 2

مستويات الاكتئاب لدى الذكور والإناث

المستوى	لا اكتئاب	اكتئاب خفيف	اكتئاب متوسط	اكتئاب شديد
الجنس				
الذكور	16-0	24-17	32-25	63-33
الإناث	20-0	29-21	38-30	63-39

ملاحظة. نقلا عن (معمرية، 2010، ص. 103)

3-2-4 الخصائص السيكومترية للمقياس:

في الدراسة الأولى لـ "بيك وزملائه"، وباستخدام درجات عينتين من المفحوصين، الأولى تتكون من 500 مريضا نفسيا من غير المقيمين بالمستشفيات (317 إناث و183 ذكور) بمتوسط عمر 37.20 عاما، وانحراف معياري 15.91، والعينة الثانية تكونت من 120 فردا من طلاب الجامعة (67 إناث و53 ذكور)، بمتوسط عمر 19.58 سنة، وانحراف معياري

1.84، أكد الباحثون أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات، ويفوق في ذلك سابقه - الصورة الأولى المعدلة BDI-IA-، فقد كان معامل الاتساق الداخلي بواسطة معامل ألفا لعينة المرضى النفسيين 0.92، بينما كان معامل ألفا لعينة الطلاب 0.93.

كذلك أثبت الباحثون أن معاملات الارتباط المصححة بين الدرجات الفرعية للبنود الواحد والعشرون (21) والدرجة الكلية على المقياس للعينتين -المرضى النفسيين والطلاب- كانت دالة وتتعدى مستوى الـ 0.05، باستخدام مقياس أحادي الذيل One-tailed test، وكانت معاملات الارتباط بين درجات البنود الفرعية للمقياس والدرجة الكلية باستخدام درجات المرضى النفسيين (ن = 500)، تتراوح ما بين 0.39 (فقدان الاهتمام بالجنس)، إلى 0.70 (فقدان الاستمتاع)، وكانت معاملات الارتباط بين درجات البنود الفرعية للمقياس والدرجة الكلية باستخدام درجات الطلاب (ن = 120) مشابهة لدرجة الارتباط التي وجدت في عينة المرضى، وكان أكثرها انخفاضا 0.27 (فقدان الاهتمام بالجنس) وأعلاها 0.74 (عدم حب الذات).

وفي دراسة أخرى قام بها "بيك وزملاؤه"، استخدمت درجات مقياسي BDI-IA وBDI-II لعينة من 140 مريضا من غير المقيمين بالمستشفيات، والمُشخصين باضطرابات نفسية مختلفة، وصل معامل ألفا لمقياس BDI-II إلى 0.91 ولمقياس BDI-IA إلى 0.89. (غريب، 2000، ص. 292-293)

كما قام "بيك وزملاؤه" في دراستهم الأولى بحساب معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق، وتم ذلك باستخدام درجات عينة من ستة وعشرون (26) مريضا نفسيا من غير المقيمين بالمستشفى، وقد طبق المقياس على أفراد العينة مرتان بفواصل زمني قدره أسبوعا واحدا، وكان

معامل الثبات الناتج 0.93 دالا عند مستوى 0.001. وبالتالي تمتع مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II بمستوى عال من الثبات.

(غريب، 2000، ص. 293)

أما بالنسبة لصدق المقياس، فقد تمت دراسته بعدة طرق منها؛ صدق المحتوى، وصدق المفهوم، ثم الصدق العاملي، والتي أشارت جميعها إلى تمتعه بقدر عال من الصدق، في قياسه للأعراض الاكتئابية. (غريب، 2000، ص. 299)

أما في البيئة المصرية فقد أكد "غريب" على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات، من خلال طريقة إعادة التطبيق، وكذلك من خلال طريقة الاتساق الداخلي بواسطة معامل ألفا، كما أقر بصدق المقياس، من خلال طريقتين هما؛ صدق المفهوم والصدق العاملي. (غريب، 2000، ص. 310)

أما فيما يخص البيئة الجزائرية فقد أثبت كذلك "معمرية" تمتع المقياس بمستوى عال من الصدق، وذلك باستخدام ثلاث طرق؛ الصدق التمييزي، الصدق الاتفاقي، الصدق التعارض، كما أكد على أن المقياس يتسم بدرجة عالية من الثبات، من خلال طريقتين؛ إعادة التطبيق، ومعامل ألفا. (معمرية، 2010، ص. 101)

3-2-5 الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من ستة وتسعين (96) فردا، من أجل التحقق من صدقه وثباته في البيئة المحلية، وقد كانت النتائج كما يلي:

أولاً: الصدق:

يعتبر المقياس صادقا، إذا كان يقيس ما وضع لقياسه، وللتأكد من صدق المقياس في الدراسة الحالية، تم استخدام طريقتين كما يلي:

أ- الصدق البنائي:

تم تقدير صدق مقياس الاكتتاب بطريقة الاتساق الداخلي، حيث تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، فكانت النتائج حسب ما يلخصه الجدول الموالي:

جدول 3

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وفقرات مقياس بيك الثاني للاكتتاب

الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
1	**0.70	8	**0.72	15	**0.75
2	**0.65	9	**0.68	16	**0.73
3	**0.56	10	**0.62	17	**0.63
4	**0.51	11	**0.39	18	**0.57
5	**0.46	12	**0.73	19	**0.59
6	**0.40	13	**0.65	20	**0.77
7	**0.52	14	**0.68	21	**0.65

ملاحظة. **: مستوى الدلالة عند 0.01

يتبين من الجدول السابق، وجود ارتباط دال احصائياً بين الدرجة الكلية للمقياس وجميع فقراته، عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين 0.39 و 0.77، وهي قيم مقبولة، مما يدل على صدق البناء لهذا المقياس.

ب- الصدق التمييزي:

تم حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية، باستعمال الأسلوب الاحصائي اختبار "ت"، لقياس دلالة الفروق بين طرفي الخاصية (الاكتتاب)، للمجموعتين الطرفيتين

(العليا والدنيا)، وذلك بعد تطبيق المقياس على المفحوصين (96 فردا)، ثم ترتيب درجاتهم بشكل تنازلي، ثم سحب 27% من المفحوصين من طرفي الترتيب، التي قدرت بستة وعشرين (26) فردا من كل مجموعة، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول 4

نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين الطرفيتين لمقياس بيك الثاني للاكتئاب

الدرجات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العليا	26	49.96	3.88	50	21.44	0.000
الدنيا	26	25.96	4.18			

ملاحظة. يتضح من خلال الجدول السابق، أن قيمة "ت" قدرت بـ 21.44، وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، ما يعني أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأفراد في المجموعة العليا ومتوسط درجات الأفراد في المجموعة الدنيا، أي أن المقياس يتوفر على القدرة التمييزية.

ثانياً: الثبات:

يعني الثبات في أبسط معانيه، ضمان التوصل لنفس النتائج تقريبا، إذا ما تم إعادة تطبيق المقياس على نفس الأفراد، وللتأكد من ثبات المقياس، تم استعمال طريقتين كما يلي:

أ- طريقة معامل ألفا كرونباخ:

يعد هذا المعامل من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للأداة، حيث يربط ثباتها بثبات فقراتها، وقد تم حساب ثبات هذا المقياس بهذه الطريقة، وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول 5

نتائج معامل ثبات مقياس بيك الثاني للاكتئاب بطريقة ألفا كرونباخ

الأداة	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
مقياس الاكتئاب	21	0.92

ملاحظة. يتبين من خلال الجدول السابق، أن ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ قدر بـ 0.92، وهو معامل ثبات مرتفع.

ب- طريقة التجزئة النصفية:

تقوم هذه الطريقة على تقسيم الأداة إلى نصفين متساويين، غالبا ما يشتمل النصف الأول على البنود الفردية، والنصف الثاني على البنود الزوجية، ثم يتم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين النصفين، والذي يدل على الدرجة التي تتطابق فيها درجات نصفي الأداة. وبما أن هذه الطريقة تمثل ثبات نصف الأداة فقط، فإنه ينبغي تصحيح معامل الارتباط بمعادلة "سبيرمان- براون"، وبعد معالجة البيانات بهذه الطريقة، تم الحصول على النتائج التالية:

جدول 6

نتائج معامل ثبات مقياس بيك الثاني للاكتئاب بطريقة التجزئة النصفية مع تصحيح المعامل

الأداة	معامل الارتباط "بيرسون"	تصحيح المعامل بمعادلة "سبيرمان- براون"
مقياس الاكتئاب	0.89	0.94

ملاحظة. يلاحظ من خلال الجدول السابق، أن معامل الارتباط قد قدر بـ 0.89، كما حددت قيمته بعد التصحيح بـ 0.94، وهو معامل ثبات مرتفع.

بناء على نتائج معاملات الصدق والثبات السالف ذكرها، يتضح أن مقياس بيك الثاني للاكتئاب يتميز بخصائص سيكومترية مرتفعة، مما يجعله صالحاً للاستعمال في الدراسة الحالية.

3-3 أداة قياس الأفكار اللاعقلانية:

3-3-1 وصف اختبار الأفكار اللاعقلانية:

يعتبر "اليس Ellis" المعد الرئيسي لاختبار الأفكار اللاعقلانية سنة (1962)، وقد قام "الريحاني" سنة (1985)، بترجمته إلى اللغة العربية وتطويره.

في المرحلة الأولى من إجراءات تطوير الاختبار قام الباحث وآخرون، بوضع مجموعة من العبارات التي اعتقدوا أنها تترجم كل فكرة من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية الإحدى عشرة التي طرحها "ألبرت اليس"، وقد كان مجموعها بعد تحليلها والاتفاق عليها، في الصورة الأولية للاختبار 75 فقرة. (الريحاني، 1985، ص. 83-84)

ولما كان الباحث معنيا بتطوير اختبار للتفكير اللاعقلاني في بيئة عربية معتمداً في أساسه النظري على نظرية "اليس"، فقد أعطيت تلك القائمة الأولية لمجموعة أخرى من المتخصصين في الإرشاد النفسي وعلم النفس التربوي، من بين أعضاء هيئة التدريس في كلية التربية بالجامعة الأردنية، ومن العاملين في مجال الإرشاد في وزارة التربية والتعليم، وقد بلغ عددهم جميعاً أحد عشر متخصصاً، وذلك بهدف التأكد من الصدق المنطقي لتلك القائمة عن طريق التحكيم. (الريحاني، 1985، ص. 84)

وفي ضوء نتائج التحكيم، أبقى على أربع فقرات لكل فكرة من الأفكار اللاعقلانية التي اتفق عشرة من المحكمين (90% منهم أو أكثر) على أنها صادقة في قياس الفكرة؛ اثنتان

منها اتفقتا مع الفكرة في اتجاه إيجابي (+)، واثنان اختلفتا معها في اتجاه سلبي (-)، واستبعدت بقية الفقرات. أما فيما يتعلق بالأفكار الإضافية، فقد اقترحت بعض الأفكار التي تجمعت حول فكرتين أساسيتين اعتبرت كل منهما غير عقلانية وشائعة في مجتمعنا، وقد صيغت هاتان الفكرتان على الشكل التالي:

1- التعامل برسمية وجدية مع الآخرين.

2- علاقة المرأة بالرجل.

(الريحاني، 1985، ص. 84)

وقد قام الباحث بتحليل العبارات التي اقترحت من قبل المحكمين، والتي اعتبرت مناسبة في ترجمة كل من هاتين الفكرتين، فتوصل إلى ست فقرات لكل منهما، ثم أعيدت هذه الفقرات إلى نفس المحكمين، لتقرير مدى صدق كل منها في قياس الفكرة التي وضعت لقياسها وبفس الأسلوب السابق، وقد أقيمت أربع فقرات لكل من هاتين الفكرتين في ضوء نفس المعيار السابق، الذي اتفق 90% من المحكمين على اعتباره معيارا مناسباً لأغراض الصدق المنطقي. (الريحاني، 1985، ص. 84)

وبذلك تكون الاختبار من (52) فقرة تعبر عن ثلاثة عشر (13) فكرة غير عقلانية؛ هي الأفكار الإحدى عشرة (11) التي طرحها "اليس" في نظريته، إضافة إلى الفكرتين اللتين أضيفتا واعتبرتتا من الأفكار اللاعقلانية الخاصة بمجتمعنا العربي، حيث أصبح الاختبار يتكون من ثلاثة عشر (13) فكرة فرعية أو بعداء، يتمثل كل منها في أربع فقرات؛ نصفها إيجابي يتفق مع الفكرة، ونصفها سلبي يختلف معها، كما تم توزيع فقرات الاختبار بترتيب معين يضمن تباعد الفقرات التي تقيس البعد الواحد. (الريحاني، 1985، ص. 84-85)

ويمكن توضيح أبعاد وفقرات اختبار الأفكار اللاعقلانية في الجدول التالي:

جدول 7

أبعاد وفقرات اختبار الأفكار اللاعقلانية

الرقم	الأبعاد	الفقرات
01	طلب الاستحسان	يتمثل هذا البعد في الفقرات رقم: 1-14-27-40
02	طلب الكمال الشخصي	يتمثل هذا البعد في الفقرات رقم: 2-15-28-41
03	اللوم القاسي للذات والآخرين	يتمثل هذا البعد في الفقرات رقم: 3-16-29-42
04	توقع الكوارث والمصائب	يتمثل هذا البعد في الفقرات رقم: 4-17-30-43
05	التهور الانفعالي	يتمثل هذا البعد في الفقرات رقم: 5-18-31-44
06	القلق والاهتمام الزائد	يتمثل هذا البعد في الفقرات رقم: 6-19-32-45
07	تجنب المشكلات	يتمثل هذا البعد في الفقرات رقم: 7-20-33-46
08	الاعتمادية	يتمثل هذا البعد في الفقرات رقم: 8-21-34-47
09	الشعور بالعجز	يتمثل هذا البعد في الفقرات رقم: 9-22-35-48
10	الانزعاج لمشاكل الآخرين	يتمثل هذا البعد في الفقرات رقم: 10-23-36-49
11	ابتغاء الحلول الكاملة	يتمثل هذا البعد في الفقرات رقم: 11-24-37-50
12	الجدية والرسمية في التعامل	يتمثل هذا البعد في الفقرات رقم: 12-25-38-51
13	علاقة الرجل بالمرأة	يتمثل هذا البعد في الفقرات رقم: 13-26-39-52

3-3-2 تعليمات الاختبار:

تنص التعليمات على القراءة بتمعن لكل الفقرات، ثم وضع علامة (x) في المكان المناسب، الذي يعبر عما يفكر أو يشعر به المفحوص بكل صراحة وصدق، حسب البدائل المتاحة.

3-3-3 تصحيح الاختبار:

تتم الإجابة عن الفقرات ب نعم أو لا، حيث تعطى الدرجة (2) عند الإجابة ب نعم، والدرجة (1) عند الإجابة ب لا، أما في الفقرات السالبة تعطى الدرجات بالعكس.

تتراوح درجات المقياس بين 52 و104 درجة، إذ تعبر الدرجة 52 (4x13) عن رفض جميع الأفكار اللاعقلانية التي يمثلها الاختبار أو تعبر عن درجة عليا من التفكير العقلاني، بينما تعبر الدرجة 104 (8x13) عن قبول لكل الأفكار اللاعقلانية أو تعبر عن درجة عليا من التفكير اللاعقلاني.

الدرجة الكلية أقل من 65 (5x13) هي درجة عليا في العقلانية. وتعتبر الدرجة الكلية 78 الحد الفاصل بين التفكير العقلاني واللاعقلاني، فالدرجة الفرعية 6 فما فوق تعبر عن تفكير لاعقلاني، وبما أن أفكار الاختبار ثلاثة عشر، فإن الدرجة الكلية تكون عبارة عن (6x13)، وبذلك نحصل على الحد الفاصل. أما الدرجات الفرعية على الاختبار فعددها 13 درجة، وهي تقيس أبعاد الاختبار الثلاثة عشر، ويتم الحصول عليها بجمع درجات الفقرات الأربع لكل فكرة لاعقلانية كل على حدى، حيث تتراوح الدرجة على كل بعد بين (4-8) درجات، ويكون الحد الأدنى 4 درجات، وهي تعبر عن درجة عليا من التفكير العقلاني، بينما يكون الحد الأعلى 8 درجات وهي تعبر عن درجة عليا من التفكير اللاعقلاني.

والدرجة الفرعية من (7-8) لاعقلانية، ومن (4-5) عقلانية، ومن (5-6) أميل الى العقلانية، أما من (6-7) فتعتبر أميل الى اللاعقلانية.

3-3-4 الخصائص السيكومترية للاختبار:

قام الباحث بإيجاد صدق الاختبار من خلال الصدق المنطقي، حيث تم عرض القائمة الأولية للاختبار على مجموعة من المتخصصين في الإرشاد النفسي وعلم النفس التربوي، وبلغ عددهم إحدى عشرة (11) متخصصاً، وقد بلغت نسبة الاتفاق بين المحكمين 90% على صدق العبارة في قياس البعد الذي وضعت لقياسه، ولمعرفة ما إذا كان الاختبار يعكس المفهوم النظري الذي استخدم في بنائه.

كما قام باستخدام الصدق التجريبي، حيث لجأ إلى إيجاد دلالات الصدق التجريبي عن طريق التحليل التمييزي، للتأكد من قدرة الاختبار على التمييز بين العصائيين والأسوياء، وقد دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي درجات العصائيين ودرجات الأسوياء على الدرجة الكلية للاختبار، وكذلك على أن جميع أبعاد الاختبار تتمتع بالقدرة على التمييز بين الأسوياء والعصائيين.

كما استخدم الصدق التلازمي، واستعمل لهذا الغرض اختبار "ماسلو Maslo" للشعور بالأمن أو عدمه، وقد طبق كل من الاختبارين على مجموعة من الطلبة في كلية التربية، وحسب معامل الارتباط بين درجاتهم الكلية على الاختبارين فكان 0.61، وهو ما يمكن اعتباره معامل صدق مقبول.

إضافة لذلك فقد استخدم الصدق العاملي، حيث أضافت نتائج التحليل العاملي لأبعاد الاختبار دليلاً آخرًا لصدق الاختبار، الذي ظهر في معاملات ارتباط ذات دلالة احصائية بين معظم أبعاد الاختبار فيما بينها وبين الدرجة الكلية للاختبار.

أما بالنسبة لثبات الاختبار، فقد قام الباحث بحساب الثبات بطريقتين؛ طريقة إعادة الاختبار، لحساب معاملات الثبات لكل من أبعاد الاختبار الثلاثة عشر والدرجة الكلية

للاختبار، حيث طبق على 40 طالبا وطالبة في الجامعة الأردنية، ثم أعيد تطبيق الاختبار على نفس المجموعة بعد مرور أسبوعين من التطبيق الأول، وقد تراوحت معاملات الثبات للدرجات الفرعية التي تم الحصول عليها بين 0.45 في أدنى قيمها، و0.83 في أعلى قيمها، بمتوسط قدره 0.70، وقد قدر معامل الثبات على أساس الدرجة الكلية للاختبار بـ 0.85.

أما الطريقة الثانية فتمثلت في الاتساق الداخلي باستخدام معادلة الفا كرونباخ، حيث تراوحت قيم معاملات الثبات لأبعاد الاختبار الثلاثة عشر ما بين 0.54 في حدها الأدنى، و0.91 في حدها الأعلى، وبمتوسط قدره 0.79، وقد قدر معامل ثبات الاختبار الكلي بـ 0.92، هذا ما يقدم دليلا آخر مشجعا على ثبات الاختبار.

(الريحاني، 1985، ص. 85-90)

3-3-5 الخصائص السيكومترية للاختبار في الدراسة الحالية:

قامت الباحثة بتطبيق الاختبار على العينة الاستطلاعية التي تكونت من ستة وتسعين (96) فردا، من أجل التحقق من صدقه وثباته في البيئة المحلية، وكانت النتائج كما يلي:

أولا: الصدق:

للتأكد من صدق الاختبار في الدراسة الحالية، تم استخدام طريقتين كما يلي:

أ- الصدق البنائي:

- تم تقدير صدق اختبار الأفكار اللاعقلانية بطريقة الاتساق الداخلي، حيث تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين كل فقرة والدرجة الكلية للاختبار، فكانت النتائج حسب ما يلخصه الجدول الموالي:

جدول 8

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وفقرات اختبار الأفكار اللاعقلانية

الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
1	**0.76	14	**0.73	27	**0.56	40	**0.77
2	**0.97	15	**0.74	28	**0.78	41	**0.64
3	**0.79	16	**0.59	29	**0.76	42	**0.59
4	**0.68	17	**0.61	30	**0.76	43	**0.67
5	**0.77	18	**0.86	31	**0.67	44	**0.62
6	**0.79	19	**0.77	32	**0.56	45	**0.67
7	**0.44	20	**0.64	33	**0.57	46	**0.62
8	**0.61	21	**0.65	34	**0.65	47	**0.68
9	**0.59	22	**0.68	35	**0.53	48	**0.44
10	**0.62	23	**0.71	36	**0.64	49	**0.59
11	**0.62	24	**0.74	37	**0.56	50	**0.55
12	**0.68	25	**0.69	38	**0.71	51	**0.53
13	**0.51	26	**0.89	39	**0.74	52	**0.60

ملاحظة. **: مستوى الدلالة عند 0.01

يتبين من الجدول السابق، وجود ارتباط دال احصائيا بين الدرجة الكلية للاختبار وجميع فقراته، عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين 0.44 و0.97، وهي قيم مقبولة، مما يدل على صدق البناء لهذا الاختبار.

- كما تم تقدير صدق اختبار الأفكار اللاعقلانية بطريقة الاتساق الداخلي بشكل آخر، حيث تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين كل فقرة والبعد الذي تنتمي إليه، فكانت النتائج حسب ما يلخصه الجدول التالي:

جدول 9

معاملات الارتباط بين الفقرات وأبعادها لاختبار الأفكار اللاعقلانية

البعد	الفقرة	معامل الارتباط	البعد	الفقرة	معامل الارتباط	البعد	الفقرة	معامل الارتباط
البعد الأول	1	**0.80	البعد السادس	6	**0.78	البعد الحادي عشر	11	**0.69
	14	**0.80		19	**0.81		24	**0.81
	27	**0.67		32	**0.67		37	**0.71
	40	**0.79		45	**0.80		50	**0.73
البعد الثاني	2	**0.91	البعد السابع	7	**0.60	البعد الثاني عشر	12	**0.75
	15	**0.83		20	**0.64		25	**0.76
	28	**0.88		33	**0.69		38	**0.78
	41	**0.79		46	**0.75		51	**0.70
البعد الثالث	3	**0.77	البعد الثامن	8	**0.66	البعد الثالث عشر	13	**0.65
	16	**0.73		21	**0.76		26	**0.85
	29	**0.84		34	**0.72		39	**0.78
	42	**0.67		47	**0.79		52	**0.76
البعد الرابع	4	**0.81	البعد التاسع	9	**0.64			
	17	**0.74		22	**0.71			
	30	**0.81		35	**0.67			
	43	**0.74		48	**0.60			
البعد الخامس	5	**0.81	البعد العاشر	10	**0.69			
	18	**0.86		23	**0.77			
	31	**0.77		36	**0.75			
	44	**0.75		49	**0.71			

ملاحظة. **: مستوى الدلالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق، وجود ارتباط دال احصائيا بين كل الأبعاد والفقرات التي تنتمي إليها، عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين 0.60 و0.88، وهي قيم مقبولة، مما يدل على صدق البناء لهذا الاختبار.

- كما تم تقدير صدق الاختبار بطريقة الاتساق الداخلي أيضا، من خلال حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين الأبعاد والدرجة الكلية، فكانت النتائج حسب ما يلخصه الجدول التالي:

جدول 10

معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لاختبار الأفكار اللاعقلانية

البعد	معامل الارتباط	البعد	معامل الارتباط
البعد الأول	**0.92	البعد الثامن	**0.88
البعد الثاني	**0.91	البعد التاسع	**0.85
البعد الثالث	**0.90	البعد العاشر	**0.87
البعد الرابع	**0.88	البعد الحادي عشر	**0.84
البعد الخامس	**0.91	البعد الثاني عشر	**0.87
البعد السادس	**0.90	البعد الثالث عشر	**0.90
البعد السابع	**0.84		

ملاحظة. **: مستوى الدلالة عند 0.01

يتضح من الجدول السابق، وجود ارتباط دال احصائيا بين كل الأبعاد والدرجة الكلية، عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين 0.84 و0.92، وهي قيم مقبولة، مما يقدم دليلا آخر على صدق البناء لهذا الاختبار.

ب- الصدق التمييزي:

تم حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية، باستعمال الأسلوب الاحصائي اختبار "ت"، لقياس دلالة الفروق بين طرفي الخاصية (الأفكار اللاعقلانية)، للمجموعتين الطرفيتين (العليا والدنيا)، وذلك بعد تطبيق الاختبار على المفحوصين (96 فردا)، ثم ترتيب درجاتهم بشكل تنازلي، ثم سحب 27% من المفحوصين من طرفي الترتيب، التي قدرت بستة وعشرين (26) فردا من كل مجموعة، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول 11

نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين الطرفيتين لاختبار الأفكار اللاعقلانية

الدرجات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العليا	26	99.69	1.64	50	58.27	0.000
الدنيا	26	60.38	3.02			

ملاحظة. يتضح من خلال الجدول السابق، أن قيمة "ت" قدرت بـ 58.27، وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01، ما يعني أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأفراد في المجموعة العليا ومتوسط درجات الأفراد في المجموعة الدنيا، أي أن المقياس يتمتع بقدرة تمييزية.

ثانيا: الثبات:

من أجل التأكد من ثبات الاختبار، تم استعمال طريقتين كما يلي:

أ- طريقة معامل ألفا كرونباخ:

تم حساب ثبات الاختبار بهذه الطريقة، وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول 12

نتائج معامل ثبات اختبار الأفكار اللاعقلانية بطريقة ألفا كرونباخ

الأداة	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
اختبار الأفكار اللاعقلانية	52	0.97

ملاحظة. يتبين من خلال الجدول السابق، أن ثبات الاختبار باستخدام معامل ألفا كرونباخ قدر بـ 0.97، وهو معامل ثبات مرتفع.

ب- طريقة التجزئة النصفية:

تم تقسيم الاختبار إلى نصفين متساويين، حيث يشتمل النصف الأول على البنود الفردية، والنصف الثاني على البنود الزوجية، ثم تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين النصفين، وبما أن هذه الطريقة تمثل ثبات نصف الاختبار فقط، فإنه تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة "سبيرمان - براون"، وبعد معالجة البيانات بهذه الطريقة، تم الحصول على النتائج التالية:

جدول 13

نتائج معامل ثبات اختبار الأفكار اللاعقلانية بطريقة التجزئة النصفية مع تصحيح المعامل

الأداة	معامل الارتباط "بيرسون"	تصحيح المعامل بمعادلة "سبيرمان - براون"
اختبار الأفكار اللاعقلانية	0.94	0.96

ملاحظة. يلاحظ من خلال الجدول السابق، أن معامل الارتباط قد قدر بـ 0.94، كما حددت قيمته بعد التصحيح بـ 0.96، وهو معامل ثبات مرتفع.

بناء على نتائج معاملات الصدق والثبات السابق ذكرها، يتبين أن اختبار الأفكار اللاعقلانية يتميز بخصائص سيكومترية مرتفعة، مما يجعله صالحاً للاستخدام في الدراسة الحالية.

3-4 أداة قياس الاسترخاء:

3-4-1 وصف استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء:

يعتبر التقدير (Rating) قديماً قدم الإنسان، وهو أقدم من القياس ومرادف للتخمين، أي تحديد الشيء بالانطباع الشخصي أو بالحدس أو بالظن، فيقال: قدر الشيء، أي بين مقداره، والمقدر أو المخمن هو الشخص الذي يبين مقدار الشيء وما يترتب عليه من تبعات، مثل الذي يقدر الدخل وما يترتب عليه من حقوق كالضرائب مثلاً. (معمرية، 2012، أ، ص. 11)

وقد يعني القياس، إلا أنه يختلف عنه من الناحية العملية، فهو تحديد للصفة أو الخاصية بطرق الحدس أو الانطباع الذي يكون لدى الإنسان. يستعمل التقدير بأدواته المختلفة في مجالات عديدة؛ فهو يستعمل كمحكات لإثبات صدق أدوات قياس أخرى، كما يستعمل لجمع ملاحظات عن أداء أو منتج أو طريقة في العمل لا نستطيع قياسها، لأننا لم ننجح في تصميم أدوات قياس أدق وأكثر موضوعية من أدوات التقدير. ومن المجالات التي يستعمل فيها التقدير بأدواته المختلفة، مجال تقدير السلوك السوي/اللاسوي، التكيف مع مجالات الحياة، اكتساب عادات سوية، إتقان المهارات الاجتماعية.

(معمرية، 2012، أ، ص. 12)

وهناك نوعان من أدوات التقدير هما: قوائم التقدير وسلالم التقدير.

وأدوات التقدير ليست أدوات قياس، وإنما هي أدوات لتسجيل الملاحظات عن جوانب معينة من السلوك، إما على شكل موجود أو غير موجود، كما هو الحال في قوائم التقدير، أو أن المقدر يسجل انطباعه عن مدى وجود ما يقدره بشكل كفي، كما هو الحال في سلالم التقدير، وهذا يتم بطرق مختلفة مثل: قليل، متوسط، كثير، أو ضعيف، متوسط، جيد، جيد جداً، ممتاز أو أوافق بشدة، أوافق، محايد، أعارض، أعارض بشدة، وذلك عندما يقدر اتجاه شخص إزاء قضية ما كالتدخين مثلاً. وفي هذه الحالة لا يقوم المقدر بوضع علامات التقدير على السلم، وإنما الشخص/المفحوص نفسه هو الذي يقوم بذلك، إذا كان يقرأ ويكتب، ويسمى هذا بالتقدير الذاتي Self Rating.

(معمرية، 2012 أ، ص. 13)

كما يطلق البعض على قوائم التقدير Rating Checklists أسماء أخرى، مثل: قوائم التدقيق أو المراجعة أو الجرد، لأنها تستعمل لهذه الأغراض، إلا أن الاسم الأول هو الشائع، وقوائم التقدير هي قوائم تحتوي على كلمات أو عبارات أو جمل، تصف سمة سلوكية ما، أو أداء معيناً، أو إنتاجاً، أو طريقة وغيرها.

(معمرية، 2012 أ، ص. 14)

وإذا كانت قوائم التقدير تستعمل لمعرفة وجود أو عدم وجود سلوك ما أو خاصية ما، فإن سلالم التقدير (Rating scales) تستعمل لتبين على أي درجة من السلم تقع الخاصية التي يجري تقديرها. أي أن السلم يمتاز عن القائمة بأنه يطلب من المقدر أن يحدد مقدار وجود الخاصية. لكن الأدوات (القائمة والسلم) تشتركان في أنهما تستعملان لتسجيل

الملاحظات حول سلوك الأفراد في مجالات الحياة المختلفة؛ قدراتهم واستعداداتهم وإنجازاتهم وسماتهم وطرقهم في الأداء...الخ.

ويمكن تحويل قائمة تقدير إلى سلم تقدير، وذلك بإضافة سلم ومدرج على خط يمثل أحد طرفيه انعدام وجود الخاصية التي يجري تقديرها، أو وجود مقدار ضئيل منها، ويمثل الطرف الآخر تمام أو كمال وجودها، وما بين الطرفين يمثل درجات متفاوتة من وجودها، كلما اتجهنا من الطرف الصفري إلى طرف التمام والكمال.

ويتبع المقدرون استعمال سلالم التقدير طرقاً مختلفة، هي أنواع من سلالم التقدير، من بينها سلم التقدير العددي، ويستعمل هذا الأسلوب لتقدير مقدار وجود خاصية ما لدى جماعة من الأفراد في نفس الوقت، قد يكونون عمالاً أو تلاميذ أو معلمين أو مضطربين نفسياً...الخ. تصمم خانتان على ورقة، يتم وضع قائمة بأسماء الأفراد المعنيين بتقدير خاصية سلوكية لديهم في الخانة التي على يمين الورقة، ويكتب في أعلاها عبارة أسماء المفحوصين. ويكتب في أعلى الخانة اليسرى اسم الخاصية السلوكية المراد معرفة مقدار وجودها لدى كل مفحوص. ويكتب أمام اسم كل مفحوص مدرج من سلسلة أرقام، تمتد من: 1 إلى 9. وعند الاستعمال يبين المقدّر مقدار وجود الخاصية السلوكية لدى كل مفحوص، بوضع دائرة حول رقم من سلسلة الأرقام الموجودة أمام اسمه.

يمكن للمقدّر أن يحتفظ بالتقديرات السابقة ويخلصها في جدول عام مع ذكر التواريخ ليقارن تقديرات كل مفحوص بنفسه عبر الزمن، ليرى هل حصل تقدم لدى المفحوص أم لا.

(معمرية، 2012 أ، ص. 17-18)

ونظراً لشيوع استخدام سلالم التقدير في مجال علم النفس لتقييم النمو النفسي والحركي واللغوي، والتكيف الاجتماعي، وفي دراسة الشخصية والاتجاهات والميول والقيم، وغيرها من

السمات، خاصة في ظل عدم وجود أداة قياس تقيس بدقة ما يريد الباحث قياسه، ارتأت الباحثة استعمال سلم التقدير العددي لتقدير مدى تقدم المفحوصات في الاسترخاء.

تتطلب الخطوة الأولى في التدريب على الاسترخاء أن على المفحوص أن يجمع بعض المعلومات عن المواقف التي تثير قمة التوتر لديه، وتلك التي يشعر فيها بالهدوء والراحة. وعليه أن يتأكد عند جمعه لهذه المعلومات، أن يضع أولا مقياسا يحدد درجة شعوره بالتوتر والقلق المرتبطة بنوع المواقف، والأوقات التي تثور فيها هذه المشاعر.

ويقترح "ليفينسون" وزملاؤه من الولايات المتحدة أن يتراوح ذلك المقياس من صفر إلى 10، باستخدام مقياس مراقبة التوتر والاسترخاء، ونجد وفق هذا المقياس أن الدرجة 10 تمثل أعلى درجة من القلق والتوتر، بينما يمثل 0 أقصى درجات الهدوء والاسترخاء. (إبراهيم، 1998، ص. 214-215)

يحتاج المفحوص لكي يصل إلى الفاعلية المطلوبة من استخدام هذا المقياس أن يسجل يوميا ثلاث درجات كالاتي: (1) متوسط درجة استرخائه طوال هذا اليوم (أي مدى شعوره بالاسترخاء والهدوء في معظم اليوم)، (2) درجة الاسترخاء حينما شعر بأقل درجة من الهدوء النفسي والاسترخاء. وعليه أن يتأكد من أن يحدد هنا متى وأين كان، عندما شعر بذلك، وأن يضع وصفا بسيطا لما كان يعمل آنذاك، (3) درجة الاسترخاء حينما شعر بأقصى حالات الاسترخاء والهدوء خلال اليوم. وعليه أن يتأكد هنا أيضا من أن يحدد هنا متى وأين كان، عندما شعر بذلك، وأن يضع وصفا بسيطا لما كان يعمل آنذاك، مما جعله يشعر بهذه الدرجة العالية من الاسترخاء.

وبالإضافة إلى الدرجات الثلاثة السابقة، عليه أيضا أن يحتفظ بسجل بالأعراض الخاصة التي ترتبط بالتوتر لديه (مثلا صداع، آلام في المعدة، صعوبات في النوم، آلام في

الرقبة، آلام في أسفل الظهر، صعوبة في التنفس.. الخ). وهذه الطريقة تمكنه من أن يراقب جيدا ظهور هذه الأعراض، كما تمكنه من التدريب على استرخاء العضو المطلوب كلما تطلب الأمر ذلك.

كما يجب أن ننبه إلى أنه ليس من شأن هذه الطريقة أو أي طريقة أخرى أن تصل به إلى درجة الصفر أو درجة 1 كل يوم وفي كل الأوقات. بعبارة أخرى، فإن الوصول إلى حالة كاملة من حالات الاسترخاء والهدوء لا يشكل هدفا واقعا لأي شخص. فضلا عن أنه ليس من المطلوب من أي شخص أن يكون مسترخيا يوميا طوال اليوم وفي كل الأيام. والدراسات النفسية تبين فيما يتعلق بهذا الموضوع، أن هناك درجة حميدة من التوتر يجب أن توجد لدينا في بعض المواقف وفي بعض الأوقات تمنحنا القدرة على النشاط وبذل الطاقة. (إبراهيم، 2008، ص. 191)

3-5 أداة قياس التنشيط السلوكي للاكتئاب:

3-5-1 وصف مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب:

يعتبر "كانتر Kanter" (2007) هو المعد الرئيسي للنسخة الأصلية لمقياس العوامل الأربعة للتنشيط السلوكي للاكتئاب، وقد قام "عطا الله" (2023) بترجمة المقياس إلى اللغة العربية وتقنيته.

تم تعريب فقرات المقياس التي كان عددها (25) فقرة، حيث تمت ترجمتها من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، ثم عرض النسختين على متخصصين في اللغة، بهدف التأكد من مطابقة المعنى في النسختين، وبناء على آرائهم تمت إعادة صياغة بعض الفقرات، ثم عرض المقياس على عدد من المحكمين المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس،

بهدف الحكم على مدى صلاحية المقياس، ومدى ملائمة الفقرات للهدف من المقياس، وهو قياس مستوى الاكتئاب في بعض الجوانب التي تهتم بها نظرية التنشيط السلوكي.

(عطا الله، 2023، ص. 576)

وكما سبق الذكر يتكون المقياس من (25) فقرة موزعة على أربعة أبعاد كما يلي:

1- التنشيط Activation: يتكون من (7) فقرات، وهي: 3، 4، 5، 7، 11، 12، 23، حيث تقيس قيام الفرد بأخذ قرارات مناسبة فيما يخص شكل المواقف أو الأنشطة، وكذا وضع التصور الخاص به لأنشطته اليومية.

2- التجنب/ إمعان التفكير Avoidance/ Rumination: يتكون من (8) فقرات، وهي: 8، 9، 10، 13، 14، 15، 24، 25، حيث تقيس ما يقوم به الفرد من شغل أوقات طويلة بالتفكير في الماضي، وفي الأخطاء التي ارتكبها، وفي الأشخاص الذين ألحقوا به الأذى، وأشياء أخرى سيئة في حياته، وكذلك تجنب الشعور بالحزن أو بالمشاعر السيئة.

3- الضعف الدراسي/ المهني Work/ School Impairment: يتكون من (5) فقرات، وهي: 1، 2، 6، 21، 22، حيث تقيس عدم تحقيق الفرد لبعض الأهداف في مجال الدراسة أو العمل، والانشغال بأمور أخرى غير مرتبطة بهما.

4- الضعف الاجتماعي Social Impairment: يتكون من (5) فقرات، وهي: 16، 17، 18، 19، 20، حيث تقيس بعض الجوانب السلبية لدى الفرد في المواقف الاجتماعية كالانعزال عن الآخرين وغيرها.

(عطا الله، 2023، ص. 574-575)

3-5-2 تعليمات المقياس:

تنص التعليمات على قراءة كل الفقرات بتمعن وعناية، ثم وضع علامة (x) في الخانة المناسبة، التي تعبر عن وجهة نظر المفحوص، أو عما يفكر أو يشعر به، بكل مصداقية، حسب البدائل المتاحة له.

3-5-3 تصحيح المقياس:

تتم الإجابة عن فقرات المقياس، من خلال إجابة سباعية تتبع طريقة "ليكرت"، تتراوح بين (لا تنطبق إطلاقاً، تنطبق تماماً)، لتقابل الدرجات (0-6)، والعكس في حالة العبارات السالبة، وفقاً للنسخة الأصلية للمقياس، حيث تعطى الدرجات كما يلي:

- لا تنطبق إطلاقاً: 0 / -تنطبق قليلاً جداً: 1

-تنطبق قليلاً: 2 / -تنطبق بدرجة متوسطة: 3

-تنطبق كثيراً: 4 / -تنطبق كثيراً جداً: 5

-تنطبق تماماً: 6

تتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (0-150)، حيث تدل الدرجة (0) على عدم وجود السلوكيات الاكتئابية، بينما تدل الدرجة (150) على وجود السلوكيات الاكتئابية بشدة، وضعف شديد في التنشيط السلوكي.

3-5-4 الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم التحقق من صدق المقياس بأكثر من طريقة؛ من خلال صدق المحتوى، وكذا صدق الاتساق الداخلي، وذلك من خلال إيجاد الارتباط بين الفقرات والدرجة الكلية للمقياس، وبين الفقرات والأبعاد الفرعية المنتمية إليها، وأيضاً تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد

والدرجة الكلية للمقياس، كما تم استخدام التحليل العاملي التوكيدي، وقد دلت جميع هذه الطرق على صدق المقياس.

وللتوصل إلى دلالات ثبات المقياس، تم حساب معامل الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ، كما تم حساب ثبات إعادة استخدام معامل الارتباط بيرسون بين التطبيقين الأول والثاني، وذلك بعد مرور (21) يوما من التطبيق الأول. وقد اتضح أن قيم معاملات ثبات الاتساق الداخلي للأبعاد الأربعة قد تراوحت من (0,82 حتى 0,88)، وقيم معاملات ثبات إعادة التطبيق قد تراوحت من (0,68 حتى 0,77)، وهي جميعها ذات دلالة احصائية، ويشير ذلك إلى ثبات المقياس، مما يعطي موثوقية عالية في إمكانية استخدام هذا المقياس في البيئة العربية، كما يمكن استخدامه في المجالات الاكلينيكية والإرشادية.

(عطا الله، 2023، ص. 578-584)

3-5-5 الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية التي تكونت من ستة وتسعين (96) فردا، من أجل التحقق من صدقه وثباته في البيئة المحلية، وكانت النتائج كما يلي:

أولا: الصدق:

للتأكد من صدق المقياس في الدراسة الحالية، تم استخدام طريقتين كما يلي:

أ- الصدق البنائي:

- تم تقدير صدق مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب بطريقة الاتساق الداخلي، حيث تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، فكانت النتائج حسب ما يلخصه الجدول الموالي:

جدول 14

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وفقرات مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط	الفقرة	معامل الارتباط
1	**0.73	8	**0.61	15	**0.66	22	**0.47
2	**0.89	9	**0.84	16	**0.72	23	**0.67
3	**0.70	10	**0.73	17	**0.71	24	**0.78
4	**0.79	11	**0.61	18	**0.78	25	**0.60
5	**0.63	12	**0.59	19	**0.50		
6	**0.70	13	**0.66	20	**0.75		
7	**0.73	14	**0.60	21	**0.70		

ملاحظة. **: مستوى الدلالة عند 0.01

يلاحظ من خلال الجدول السابق، وجود ارتباط دال احصائياً بين الدرجة الكلية للمقياس وجميع فقراته، عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين 0.47 و 0.89، وهي قيم مقبولة، مما يدل على صدق البناء لهذا المقياس.

- كما تم تقدير صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي بشكل آخر، حيث تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين كل فقرة والبعد الذي تنتمي إليه، فكانت النتائج حسب ما يلخصه الجدول التالي:

جدول 15

معاملات الارتباط بين الفقرات وأبعادها لمقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

البعد	الفقرة	معامل الارتباط	البعد	الفقرة	معامل الارتباط
	3	**0.79		1	**0.80
البعد	4	**0.85	البعد	2	**0.92
الأول	5	**0.73	الثالث	6	**0.73
	7	**0.77		21	**0.72
	11	**0.59		22	**0.51
	12	**0.67		16	**0.71
	23	**0.59	البعد	17	**0.78
	8	**0.68	الرابع	18	**0.82
	9	**0.86		19	**0.72
البعد	10	**0.75		20	**0.87
الثاني	13	**0.69			
	14	**0.65			
	15	**0.70			
	24	**0.83			
	25	**0.63			

ملاحظة. **: مستوى الدلالة عند 0.01

يتضح من خلال الجدول السابق، وجود ارتباط دال احصائيا بين كل الأبعاد والفقرات التي تنتمي إليها، عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين 0.51 و0.92، وهي قيم مقبولة، مما يدل على صدق البناء لهذا المقياس.

- كما تم تقدير صدق الاختبار بطريقة الاتساق الداخلي أيضاً، من خلال حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين الأبعاد والدرجة الكلية، فكانت النتائج حسب ما يلخصه الجدول التالي:

جدول 16

معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

البعد	معامل الارتباط	البعد	معامل الارتباط
البعد الأول	**0.93	البعد الثالث	**0.94
البعد الثاني	**0.94	البعد الرابع	**0.88

ملاحظة. **: مستوى الدلالة عند 0.01

يتبين من خلال الجدول السابق، وجود ارتباط دال احصائياً بين كل الأبعاد والدرجة الكلية، عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين 0.88 و0.94، وهي قيم مقبولة، مما يقدم دليلاً آخر على صدق البناء لهذا المقياس.

ب- الصدق التمييزي:

تم حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية، باستعمال الأسلوب الاحصائي اختبار "ت"، لقياس دلالة الفروق بين طرفي الخاصية (التنشيط السلوكي للاكتئاب)، للمجموعتين الطرفيتين (العليا والدنيا)، وذلك بعد تطبيق المقياس على المفحوصين (96 فرداً)، ثم ترتيب درجاتهم بشكل تنازلي، ثم سحب 27% من المفحوصين من طرفي الترتيب، التي قدرت بستة وعشرين (26) فرداً من كل مجموعة، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول 17

نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين الطرفيتين لمقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

الدرجات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العليا	26	126.27	6.49	50	19.41	0.000
الدنيا	26	83.73	9.09			

ملاحظة. يتضح من خلال الجدول السابق، أن قيمة "ت" قدرت بـ 19.41، وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01، ما يعني أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأفراد في المجموعة العليا ومتوسط درجات الأفراد في المجموعة الدنيا، أي أن المقياس يتمتع بقدرة تمييزية.

ثانياً: الثبات:

من أجل التأكد من ثبات المقياس، تم استعمال طريقتين كما يلي:

أ- طريقة معامل ألفا كرونباخ:

تم حساب ثبات المقياس بهذه الطريقة، وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول 18

نتائج معامل ثبات مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب بطريقة ألفا كرونباخ

الأداة	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب	25	0.95

ملاحظة. يتبين من خلال الجدول السابق، أن ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا

كرونباخ قدر بـ 0.95، وهو معامل ثبات مرتفع.

ب- طريقة التجزئة النصفية:

تم تقسيم المقياس إلى نصفين متساويين، حيث يشتمل النصف الأول على الفقرات الفردية، والنصف الثاني على الفقرات الزوجية، ثم تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين النصفين، وبما أن هذه الطريقة تمثل ثبات نصف المقياس فقط، فإنه تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة "سبيرمان- براون"، وبعد معالجة البيانات بهذه الطريقة، تم الحصول على النتائج التالية:

جدول 19

نتائج معامل ثبات مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب بطريقة التجزئة النصفية مع تصحيح

المعامل

الأداة	معامل الارتباط "بيرسون"	تصحيح المعامل بمعادلة "سبيرمان- براون"
مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب	0.93	0.96

ملاحظة. يلاحظ من خلال الجدول السابق، أن معامل الارتباط قد قدر بـ 0.93، كما حددت قيمته بعد التصحيح بـ 0.96، وهو معامل ثبات مرتفع.

بناء على نتائج معاملات الصدق والثبات السابق ذكرها، يتبين أن مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب يتميز بخصائص سيكومترية مرتفعة، مما يجعله صالحا للاستخدام في الدراسة الحالية.

3-6 أداة قياس توكيد الذات:

3-6-1 وصف مقياس توكيد الذات:

يعتبر "ولب ولازاروس Wolpe & lazarus" (1966)، هما معدا النسخة الأصلية من مقياس توكيد الذات، وقد قام "غريب" (1986) بإعداد النسخة العربية له. (غريب، 1986)

إذ قام بإجراء بعض التعديلات، وذلك بحذف خمسة بنود من البنود الثلاثين (30) التي يتكون منها المقياس، وجد أنها لا تتناسب والتطبيق في البيئة العربية، وأن حذفها لم يؤثر على بناء المقياس أو على الدرجة الكلية عليه.

وقد أعاد "معمرية" إدراجها في المقياس، بعد إعادة صياغتها، لأنه تبين أنها لا تتعارض مع ثقافة البيئة الجزائرية أو الإسلامية عموماً.

3-6-2 تعليمات المقياس:

تنص التعليمات على أنه عند الإجابة على المقياس، يطلب من المفحوص أن يقرأ بتمعن كل العبارات، ثم يضع علامة (x) تحت نعم أو لا، وذلك وفق مدى انطباق مضمون العبارة عليه.

3-6-3 تصحيح المقياس:

تتم الإجابة عن عبارات المقياس بـ نعم أو لا، حيث تعطى الدرجة (1) عند الإجابة بـ نعم، في حين تعطى الدرجة (0) عند الإجابة بـ لا، والعكس صحيح في حالة العبارات السالبة.

تتراوح درجات المقياس بين (0 و 30) درجة، حيث تشير الدرجة الكلية المنخفضة إلى انخفاض توكيد الذات، بينما تشير الدرجة الكلية المرتفعة إلى ارتفاع توكيد الذات.

3-6-4 الخصائص السيكمترية للمقياس:

قام "معمرية" عند تقنين المقياس، بالتأكد من صدقه من خلال ثلاث طرق؛ الصدق التمييزي، والصدق الاتفاقي، وكذا الصدق التعارض، والتي أظهرت صدق هذا المقياس. وللتحقق من ثبات المقياس، قام الباحث بالاعتماد على طريقتين؛ طريقة إعادة التطبيق، وطريقة ألفا كرونباخ، وقد دلت المعاملات على ثبات المقياس. (معمرية، 2012 ب، ص. 234-237)

3-6-5 الخصائص السيكمترية للمقياس في الدراسة الحالية:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية التي تكونت من ستة وتسعين (96) فرداً، من أجل التأكد من صدقه وثباته في البيئة المحلية، وكانت النتائج كما يلي:
أولاً: الصدق:

للتأكد من صدق المقياس في الدراسة الحالية، تم استخدام طريقتين كما يلي:

أ- الصدق البنائي:

تم تقدير صدق مقياس توكيد الذات بطريقة الاتساق الداخلي، حيث تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس، فكانت النتائج حسب ما يلخصه الجدول الموالي:

جدول 20

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وعبارات مقياس توكيد الذات

العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط	العبارة	معامل الارتباط
1	**0.57	9	**0.72	17	**0.70	25	**0.46
2	**0.71	10	**0.60	18	**0.69	26	**0.79
3	**0.66	11	**0.46	19	**0.53	27	**0.79
4	**0.46	12	**0.53	20	**0.75	28	**0.71
5	**0.41	13	**0.46	21	**0.50	29	**0.85
6	**0.44	14	**0.51	22	**0.72	30	**0.92
7	**0.53	15	**0.72	23	**0.70		
8	**0.46	16	**0.66	24	**0.55		

ملاحظة. **: مستوى الدلالة عند 0.01

يلاحظ من خلال الجدول السابق، وجود ارتباط دال احصائيا بين الدرجة الكلية للمقياس وجميع عباراته، عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين 0.41 و0.92، وهي قيم مقبولة، مما يدل على صدق البناء لهذا المقياس.

ب- الصدق التمييزي:

تم حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية، باستعمال الأسلوب الاحصائي اختبار "ت"، لقياس دلالة الفروق بين طرفي الخاصية (توكيد الذات)، للمجموعتين الطرفيتين (العليا والدنيا)، وذلك بعد تطبيق المقياس على المفحوصين (96 فردا)، ثم ترتيب درجاتهم بشكل تنازلي، ثم سحب 27% من المفحوصين من طرفي الترتيب، التي قدرت بستة وعشرين (26) فردا من كل مجموعة، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول 21

نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين الطرفيتين لمقياس توكيد الذات

الدرجات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العليا	26	22.19	3.08	50	33.72	0.000
الدنيا	26	1.19	0.74			

ملاحظة. يتضح من خلال الجدول رقم (21)، أن قيمة "ت" قدرت بـ 33.72، وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01، ما يعني أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأفراد في المجموعة العليا ومتوسط درجات الأفراد في المجموعة الدنيا، أي أن المقياس يتمتع بقدرة تمييزية.

ثانيا: الثبات:

من أجل التأكد من ثبات المقياس، تم استعمال طريقتين كما يلي:

أ- طريقة معامل ألفا كرونباخ:

تم حساب ثبات المقياس بهذه الطريقة، وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول 22

نتائج معامل ثبات مقياس توكيد الذات بطريقة ألفا كرونباخ

الأداة	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
مقياس توكيد الذات	30	0.94

ملاحظة. يتبين من خلال الجدول السابق، أن ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ قدر بـ 0.94، وهو معامل ثبات مرتفع.

ب- طريقة التجزئة النصفية:

تم تقسيم المقياس إلى نصفين متساويين، حيث يشتمل النصف الأول على العبارات الفردية، والنصف الثاني على العبارات الزوجية، ثم تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين النصفين، وبما أن هذه الطريقة تمثل ثبات نصف المقياس فقط، فإنه تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة "سبيرمان- براون"، وبعد معالجة البيانات بهذه الطريقة، تم الحصول على النتائج التالية:

جدول 23

نتائج معامل ثبات مقياس توكيد الذات بطريقة التجزئة النصفية مع تصحيح المعامل

الأداة		معامل الارتباط "بيرسون" تصحيح المعامل بمعادلة "سبيرمان- براون"
مقياس توكيد الذات	0.88	0.93

ملاحظة. يلاحظ من خلال الجدول السابق، أن معامل الارتباط قد قدر بـ 0.88، كما حددت قيمته بعد التصحيح بـ 0.93، وهو معامل ثبات مرتفع.

بناء على نتائج معاملات الصدق والثبات السابق ذكرها، يتبين أن مقياس توكيد الذات يتميز بخصائص سيكومترية مرتفعة، مما يجعله صالحاً للاستخدام في الدراسة الحالية.

3-7 أداة قياس اليأس:

3-7-1 وصف مقياس اليأس:

أعد هذا المقياس من طرف "بيك وستير Beck & Steer" (1974)، وقد عرف "بيك" اليأس بأنه حالة وجدانية تبعث على الكآبة، وتتميز بتوقعات الفرد السلبية نحو الحياة

والمستقبل وخيبة الأمل، وتعميم الفشل في كل محاولة، وهو ما أطلق عليه الثالث المعرفي للاكتئاب واليأس؛ النظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل، وبناء على هذا التعريف وضع الباحثان فقرات المقياس، حيث أن تسع (9) فقرات منها تدور حول اتجاه الفرد نحو المستقبل اشتقت من قائمة الانطباع الحالي عن المستقبل من إعداد "هيمبرغ Heimberg" (1961)، أما بقية الفقرات وعددها إحدى عشر (11) فقرة، فقد أخذت من المرضى الذين تم تشخيصهم باليأس من قبل المعالجين النفسيين، والتي تدور عباراته حول التشاؤم، إذ أن تلك الفقرات تعكس الاتجاه السلبي نحو المستقبل، والتي كان يستخدمها المرضى في حديثهم بشكل متكرر يوميا، ثم عرض المقياس على محكمين لمراجعته، كما تمت مراجعة المقياس لغويا، وبعدها طبق على مجموعتين مختلفتين (مكتئبين وغير مكتئبين)، وقد نجح في التمييز بين المجموعتين المتطرفتين، من خلال تحليل التباين بين استجاباتهم. وعليه فقد صمم هذا المقياس لاستخدامه على المرضى البالغين سواء الخاضعين للعلاج الاكلينيكي (المرضى الموجودين في المستشفى أو خارجه)، أو غير الخاضعين له (مثلا: طلاب الكليات أو المتقدمين للوظائف) والذين تتراوح أعمارهم بين الثامنة عشر (18) والسبعين (70) عاما. (الجابري، 2007، ص. 133-134)

قام "الجابري" بترجمة فقرات المقياس من الانجليزية إلى العربية، وللتحقق من سلامة الترجمة، عرضت النسخة المعربة والصورة الأصلية للمقياس للمراجعة، بواسطة متخصصين في علم النفس وفي اللغة الانجليزية، ثم وضعت تعليمات مختصرة وبسيطة وبدائل للإجابة تبعا للصورة الأصلية للمقياس، وطبقت الصيغة العربية على مجموعة من طلاب الجامعة، وقد أراد الباحث من خلال إجراء هذه الدراسة الاستطلاعية الأولى، التأكد من مدى وضوح تعليمات المقياس وفقراته، وقد تبين بعد الانتهاء من التطبيق أن تعليمات المقياس وفقراته

وبدائله كانت واضحة ومفهومة للعينة. كما لم يقوم الباحث بأي تعديل بالنسبة لعدد الفقرات، فأبقى على عددها (20 فقرة).

(الجابري، 2007، ص. 134)

3-7-2 تعليمات المقياس:

تنص التعليمات بأن يقرأ المفحوص فقرات المقياس بشكل جيد، ثم يختار أحد البدائل المتمثلة في (نعم، لا) في كل فقرة، وذلك بوضع علامة (×)، حسب مدى تطابق مضمون العبارة مع ما يفكر أو يشعر به.

3-7-3 تصحيح المقياس:

تتم الإجابة عن فقرات المقياس بـ نعم أو لا، حيث تعطى الدرجة (1) عند الإجابة بـ نعم، في حين تعطى الدرجة (0) عند الإجابة بـ لا، والعكس صحيح في حالة العبارات السالبة.

تتراوح درجات المقياس بين (0 و 20) درجة، حيث تشير الدرجة الكلية المنخفضة إلى انخفاض الشعور باليأس، في حين تدل الدرجة الكلية المرتفعة إلى ارتفاع الشعور باليأس.

3-7-4 الخصائص السيكومترية للمقياس:

قام "الجابري" عند تقنين المقياس، بالتأكد من صدقه من خلال ثلاث طرق؛ الصدق التمييزي، والصدق الظاهري، وكذلك الصدق البنائي، والتي أظهرت صدق هذا المقياس. وللتأكد من ثبات المقياس، قام الباحث بالاعتماد على طريقتين؛ طريقة ألفا كرونباخ، وطريقة التجزئة النصفية، إذ دلت المعاملات على ثبات المقياس.

(الجابري، 2007، ص. 135-136)

3-7-5 الخصائص السيكمترية للمقياس في الدراسة الحالية:

قامت الباحثة بتطبيق المقياس على العينة الاستطلاعية التي تكونت من ستة وتسعين

(96) فرداً، من أجل التحقق من صدقه وثباته في البيئة المحلية، وكانت النتائج كما يلي:

أولاً: الصدق:

للتأكد من صدق المقياس في الدراسة الحالية، تم استخدام طريقتين كما يلي:

أ- الصدق البنائي:

تم تقدير صدق مقياس اليأس بطريقة الاتساق الداخلي، حيث تم حساب معامل

الارتباط "بيرسون" بين كل فقرة والدرجة الكلية للمقياس، فكانت النتائج حسب ما يلخصه

الجدول الموالي:

جدول 24

معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وفقرات مقياس اليأس

الفرقة	معامل الارتباط	الفرقة	معامل الارتباط	الفرقة	معامل الارتباط	الفرقة	معامل الارتباط
1	**0.81	6	**0.43	11	**0.68	16	**0.65
2	**0.55	7	**0.42	12	**0.83	17	**0.62
3	**0.41	8	**0.57	13	**0.42	18	**0.54
4	**0.67	9	**0.45	14	**0.60	19	**0.67
5	**0.68	10	**0.53	15	**0.45	20	**0.53

ملاحظة. **: مستوى الدلالة عند 0.01

يلاحظ من خلال الجدول السابق، وجود ارتباط دال احصائيا بين الدرجة الكلية للمقياس وجميع فقراته، عند مستوى الدلالة 0.01، حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط بين 0.41 و 0.83، وهي قيم مقبولة، مما يدل على صدق البناء لهذا المقياس.

ب- الصدق التمييزي:

تم حساب الصدق التمييزي بطريقة المقارنة الطرفية، باستعمال الأسلوب الاحصائي اختبار "ت"، لقياس دلالة الفروق بين طرفي الخاصية (اليأس)، للمجموعتين الطرفيتين (العليا والدنيا)، وذلك بعد تطبيق المقياس على المفحوصين (96 فردا)، ثم ترتيب درجاتهم بشكل تنازلي، ثم سحب 27% من المفحوصين من طرفي الترتيب، التي قدرت بستة وعشرين (26) فردا من كل مجموعة، وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول 25

نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين الطرفيتين لمقياس اليأس

الدرجات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العليا	26	17.46	1.44	50	37.93	0.000
الدنيا	26	3.00	1.29			

ملاحظة. يتضح من خلال الجدول السابق، أن قيمة "ت" قدرت بـ 37.93، وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01، ما يعني أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الأفراد في المجموعة العليا ومتوسط درجات الأفراد في المجموعة الدنيا، أي أن المقياس يتمتع بقدرة تمييزية.

ثانياً: الثبات:

من أجل التأكد من ثبات المقياس، تم استعمال طريقتين كما يلي:

أ- طريقة معامل ألفا كرونباخ:

تم حساب ثبات المقياس بهذه الطريقة، وكانت النتائج كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول 26

نتائج معامل ثبات مقياس اليأس بطريقة ألفا كرونباخ

الأداة	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
مقياس اليأس	20	0.89

ملاحظة. يتبين من خلال الجدول السابق، أن ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ قدر بـ 0.89، وهو معامل ثبات مرتفع.

ب- طريقة التجزئة النصفية:

تم تقسيم المقياس إلى نصفين متساويين، حيث يشتمل النصف الأول على الفقرات الفردية، والنصف الثاني على الفقرات الزوجية، ثم تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين النصفين، وبما أن هذه الطريقة تمثل ثبات نصف المقياس فقط، فإنه تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة "سبيرمان- براون"، وبعد معالجة البيانات بهذه الطريقة، تم الحصول على النتائج التالية:

جدول 27

نتائج معامل ثبات مقياس اليأس بطريقة التجزئة النصفية مع تصحيح المعامل

الأداة	معامل الارتباط "بيرسون" تصحيح المعامل بمعادلة "سبيرمان-براون"
مقياس اليأس	0.83
	0.91

ملاحظة. يلاحظ من خلال الجدول السابق، أن معامل الارتباط قد قدر بـ 0.83، كما حددت قيمته بعد التصحيح بـ 0.91، وهو معامل ثبات مرتفع.

بناء على نتائج معاملات الصدق والثبات السابق ذكرها، يتبين أن مقياس اليأس يتميز بخصائص سيكومترية مرتفعة، مما يجعله صالحاً للاستخدام في الدراسة الحالية.

بعد التأكد من الخصائص السيكومترية -من صدق وثبات- لأدوات القياس المستخدمة، سيتم الانتقال مباشرة إلى البرنامج العلاجي، الذي يمثل جوهر الدراسة شبه التجريبية، حيث سيتم تناوله بكل تفاصيله، بما في ذلك محاوره ومراحله، وأهداف كل جلسة فيه، ومحتوياتها، وزمنها، والفنيات والأدوات المستخدمة في كل منها.

3-8 البرنامج العلاجي متعدد المحاور:

3-8-1 عرض جلسات البرنامج العلاجي:

وفيما يلي سيتم عرض جلسات البرنامج العلاجي كل على حدى:

جدول 28

الجلسة رقم (01)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المرحلة التمهيدية	- التعارف وبناء علاقة إيجابية بين الباحث والمفحوصات. - تعارف المفحوصات مع بعضهن البعض. - توضيح دور كل من الباحثة والمفحوصات في هذا البرنامج. - تعريف المفحوصات بأهداف البرنامج. - التأكيد على ضرورة الالتزام بالمواعيد المحددة للجلسات، وكذا أداء الواجبات المنزلية.	- ترحيب الباحثة بالمفحوصات، وتقديم الشكر الخالص لهن. - تعريف الباحثة بنفسها وبدورها في هذا البرنامج. - التعارف بين المفحوصات. - توضيح دور المفحوصات في البرنامج. - شرح أهداف البرنامج وإعطاء ملخص عام عن محتوياته وعدد جلساته ومدة كل جلسة. - أهمية الالتزام بمواعيد الجلسات، وأداء الواجبات المنزلية والمواظبة عليها. - شرح بنود العقد العلاجي والإمضاء عليه.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي.	- جهاز الحاسوب. - عرض تقديمي. - جهاز العرض المرئي للبيانات. - دفاتر وأقلام. - كرية مطاطية. - العقد العلاجي.	من 60-90 دقيقة.

جدول 29

الجلسة رقم (02)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المرحلة التمهيدية	- توضيح مفهوم الاكتئاب، أعراضه، أسبابه، أنواعه. - توضيح مفهوم الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي. - شرح التصور المتعدد المحاور للاكتئاب.	- مفهوم الاكتئاب، أعراضه، أسبابه، أنواعه. - مفهوم الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي. - الاكتئاب من وجهة نظر متعددة المحاور. - الاكتئاب عند المرأة. - الواجب المنزلي: قراءة مطوية الاكتئاب.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي. - الواجب المنزلي.	- جهاز الحاسوب - عرض تقديمي - جهاز العرض المرئي للبيانات - عرض تسجيل مرئي (video) عن الاكتئاب - مطوية	من 60-90 دقيقة.

جدول 30

الجلسة رقم (03)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المرحلة التمهيدية	- تقييم وتقويم الواجب المنزلي السابق. - توضيح مفهوم العلاج متعدد المحاور، وأهميته في علاج الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي. - تقديم شرح مختصر لمحاور البرنامج العلاجي المتعدد المحاور. - لفت انتباه المفحوصات لبعض الصعوبات التي من الممكن أن تواجههن أثناء تطبيق الواجبات المنزلية. - توضيح أهمية وضع النية من المشاركة في البرنامج.	- مناقشة الواجب المنزلي السابق. - مفهوم العلاج المتعدد المحاور، وأهميته في علاج الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي. - ملخص عام لمحاور البرنامج العلاجي. - بعض الصعوبات التي من الممكن أن تواجه المفحوصة أثناء تطبيق الواجبات المنزلية. - أهمية تحديد النية من المشاركة في البرنامج العلاجي. - الواجب المنزلي: كتابة المفحوصة للنية التي ترجوها جراء المشاركة في البرنامج العلاجي، (لماذا اشتركت في هذا البرنامج؟ وماهي غايتك؟)	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي. - الواجب المنزلي.	- جهاز الحاسوب. - عرض تقديمي - جهاز العرض المرئي للبيانات. - مطوية.	من 60- 90 دقيقة.

جدول 31

الجلسة رقم (04)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المحور المعرفي (استهداف الأفكار اللاعقلانية) مرحلة التدخل العلاجي	- تقييم وتقويم الواجب المنزلي السابق. - التعرف على الدور الهام الذي يلعبه التفكير في حياة الإنسان. - توضيح العلاقة الوطيدة بين التفكير والصحة النفسية. - تدريب المفحوصة على مراقبة وتسجيل أفكارها اللاعقلانية في الحياة اليومية.	- مناقشة الواجب المنزلي السابق. - تأثير تفكير الإنسان على مختلف مجالات حياته. - أنواع الأفكار. - تعريف الأفكار اللاعقلانية ودورها في حدوث مختلف الاضطرابات النفسية. - علاقة الأفكار اللاعقلانية بالاكنتاب المقاوم للعلاج الدوائي. - قوة الأفكار الإيجابية في الوصول للتشافي النفسي. - الواجب المنزلي: مراقبة المفحوصة لأفكارها اللاعقلانية وتسجيلها.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي. - تحليل العلاقة بين A-B-C. - مراقبة وتسجيل الأفكار اللاعقلانية. - الواجب المنزلي.	- جهاز الحاسوب. - عرض تقديمي - جهاز العرض المرئي للبيانات. - مطوية. - سجل الأفكار اللاعقلانية.	من 60-90 دقيقة.

جدول 32

الجلسة رقم (05)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المحور المعرفي (استهداف الأفكار اللاعقلانية) مرحلة التدخل العلاجي	- تقييم وتقويم الواجب المنزلي السابق. - التعرف على التشوهات المعرفية. - تدريب المفحوصة على كيفية التعامل السليم مع أفكارها اللاعقلانية. - تدريب المفحوصة على تعديل أفكارها اللاعقلانية، واستبدالها بأفكار عقلانية إيجابية، ثم العمل على تبنيها وترسيخها. - تقييم المفحوصات لمحتوى هذا المحور.	- مناقشة الواجب المنزلي السابق. - مفهوم التشوهات المعرفية. - فنيات التعامل السليم مع الأفكار اللاعقلانية: • توقيف الأفكار اللاعقلانية وصرف الانتباه عنها. • تحليل الأفكار اللاعقلانية وتفكيكها عن طريق الحوار السقراطي. • تعديل الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأخرى عقلانية. - كيفية ترسيخ الأفكار العقلانية الإيجابية وتبنيها. - تقييم كل مفحوصة لجلسات هذا المحور. - الواجب المنزلي: مواصلة المفحوصة لمراقبة أفكارها اللاعقلانية وتسجيلها، مع تعديلها واستبدالها بأفكار عقلانية.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي. - مراقبة وتسجيل الأفكار اللاعقلانية. - توقيف الأفكار اللاعقلانية. - الحوار السقراطي. - تعديل الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية. - الواجب المنزلي.	- جهاز الحاسوب. - عرض تقديمي - جهاز العرض المرئي للبيانات. - قائمة التشوهات المعرفية لبيك. - سجل الأفكار اللاعقلانية وتعديلها. - أساور مطاطية. - استمارة التقييم المرحلي للبرنامج العلاجي.	من 60 - 90 دقيقة.

جدول 33

الجلسة رقم (06)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
محور الانفعالي (استهداف الحزن) مرحلة التدخل العلاجي	- تقييم وتقويم الواجب المنزلي السابق. - التعرف على الانفعالات وأنواعها، والمظاهر المصاحبة لها. - إدراك المفحوصة للتأثيرات الفيزيولوجية للشعور بالحزن. - التدريب على إدارة الحزن، والتعامل معه بشكل سليم.	- مناقشة الواجب المنزلي السابق. - مفهوم الانفعالات، أنواعها، مظاهرها. - تأثير الشعور بالحزن على الجانب الفيزيولوجي للإنسان. - كيفية التعامل السليم مع الحزن (1): • مفهوم التنفيس الانفعالي (اللفظي والكتابي)، وأهميته. • مفهوم الشعور بالتقبل، وأهميته. - الواجب المنزلي: تطبيق تقنية التنفيس الانفعالي (اللفظي والكتابي)، واستشعار التقبل.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي. - التنفيس الانفعالي (اللفظي والكتابي). - التقبل. - القراءة العلاجية. - الواجب المنزلي.	- جهاز الحاسوب. - عرض تقديمي - جهاز العرض المرئي للبيانات. - عرض تسجيل مرئي (video)، يوضح الآثار الفيزيولوجية للانفعالات. - كتاب (تغلب على الاكتئاب بسرعة، أليكساندرا ماسي)	من 60- 90 دقيقة.

جدول 34

الجلسة رقم (07)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المحور الانفعالي (استهداف الحزن) مرحلة التدخل العلاجي	- تقييم وتقويم الواجبات المنزلية السابقة. - مواصلة التدريب على إدارة الشعور بالحزن، والتعامل معه بشكل سليم. - تقييم المفحوصات لمحتوى هذا المحور.	- مناقشة الواجبات المنزلية السابقة. - كيفية التعامل السليم مع الحزن (2): • التنفس: الوعي بأهمية عملية التنفس بالطريقة الصحيحة، سواء من الناحية النفسية أو الجسدية. • الاسترخاء: مفهوم الاسترخاء، وفوائده على المستوى النفسي والجسدي. • التخيل: مفهوم التخيل، وأهميته في التعامل مع الحزن. - تقييم كل مفحوصة لجلسات هذا المحور. - الواجب المنزلي: التدريب على ممارسة كل من: التنفس، الاسترخاء، والتخيل.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي. - اليقظة العقلية. - التنفس. - الاسترخاء. - التخيل. - الواجب المنزلي.	- جهاز الحاسوب. - عرض تقديمي - جهاز العرض المرئي للبيانات. - كرات الضغط الصغيرة. - عرض تسجيل مرئي (video)، يوضح الطريقة الصحيحة لعملية التنفس. - عرض تسجيل مرئي (video)، يوضح كيفية ممارسة الاسترخاء. - استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء. - روائح مهدئة. - موسيقى هادئة، وأصوات الطبيعة. - استمارة التقييم المرحلي للبرنامج.	من 60 - 90 دقيقة.

جدول 35

الجلسة رقم (08)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المحور السلوكي (استهداف الخمول) مرحلة التدخل العلاجي	- تقييم وتقويم الواجبات المنزلية السابقة. - إدراك المفحوصة وتدريبها على اتباع أسلوب حياة صحي (الماء، الغذاء، النوم، الرياضة).	- مناقشة الواجبات المنزلية السابقة. - اتباع أسلوب حياة صحي: • الماء: أهمية شرب الماء بالقدر الكافي، وتأثيراته الجسمية والنفسية. • الغذاء: أنواعه، أهمية اتباع نظام غذائي صحي، علاقته بالصحة النفسية. • النوم: تأثيره على الصحة النفسية والجسمية، عدد ساعات النوم الضرورية، كيفية الحصول على نوم عميق. • الرياضة: الفوائد النفسية والجسمية لممارسة الرياضة، بعض التمارين الرياضية اليومية البسيطة والمفيدة. • الأدوية: تأثير الأدوية على جسم الانسان، التأثيرات الجانبية للأدوية النفسية. - الواجب المنزلي: • تحميل تطبيق التذكير بشرب الماء على الهاتف المحمول، والالتزام باتباع التعليمات. • اتباع النظام الغذائي الصحي. • اتباع خطوات النوم الجيد العميق. • ممارسة رياضة المشي لنصف ساعة يوميا، مع حركات رياضية بسيطة.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي. -المراقبة الذاتية. - الواجب المنزلي.	- جهاز الحاسوب - عرض تقديمي - جهاز العرض المرئي للبيانات - عرض تسجيل مرئي (video)، يوضح بعض التمارين والحركات الرياضية اليومية - مطوية.	من 60-90 دقيقة.

جدول 36

الجلسة رقم (09)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المحور السلوكي (استهداف الخمول) مرحلة التدخل العلاجي	- تقييم وتقويم الواجبات المنزلية السابقة. - تدريب المفحوصة على المراقبة الذاتية لأنشطتها اليومية. - وضع قائمة بالأنشطة الممتعة، والتدريب على ممارستها بشكل يومي. - تقييم المفحوصات لمحتوى هذا المحور.	- مناقشة الواجبات المنزلية السابقة. - كيفية مراقبة وتسجيل الأنشطة اليومية. - علاقة ممارسة الأنشطة الممتعة بارتفاع وانخفاض الهرمونات في الجسم. - وضع قائمة بالأنشطة الممتعة، والشروط الواجب توافرها في النشاط الممتع. - تقييم كل مفحوصة لجلسات هذا المحور. - الواجب المنزلي: • مراقبة المفحوصة لأنشطتها اليومية وتسجيلها. • وضع قائمة بالأنشطة الممتعة. • ممارسة الأنشطة يومياً.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي. - المراقبة الذاتية. - الواجب المنزلي.	- جهاز الحاسوب. - عرض تقديمي - جهاز العرض المرئي للبيانات. - سجل الأنشطة اليومية. - سجل الأنشطة الممتعة. - قائمة ببعض الأنشطة الممتعة المقترحة. - استمارة التقييم المرحلي للبرنامج.	من 60- 90 دقيقة.

جدول 37

الجلسة رقم (10)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المحور الاجتماعي مرحلة التدخل العلاجي (استهداف القصور في توكيد الذات)	- تقييم وتقويم الواجبات المنزلية السابقة. - التعرف على مهارة توكيد الذات واستيعابها. - تعلم بعض سلوكيات توكيد الذات، والبدء في ممارستها في الحياة اليومية.	- مناقشة الواجبات المنزلية السابقة. - تعريف سلوك توكيد الذات. - أخطاء في فهم سلوك توكيد الذات. - أمثلة عن سلوكيات توكيد الذات. - تنمية سلوكيات توكيد الذات. - الواجب المنزلي: تطبيق السلوك التوكيدي في الحياة اليومية.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي. - الحديث الداخلي الإيجابي. - الواجب المنزلي.	- جهاز الحاسوب. - عرض تقديمي - جهاز العرض المرئي للبيانات. - عرض تسجيل مرئي (video)، يوضح سلوك توكيد الذات.	من 60- 90 دقيقة.

جدول 38

الجلسة رقم (11)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المحور الاجتماعي (استهداف القصور في توكيد الذات) مرحلة التدخل العلاجي	- تقييم وتقويم الواجبات المنزلية السابقة. - التدريب أكثر على ممارسة السلوكيات التوكيدية في المواقف الاجتماعية. - المراقبة الذاتية لنقاط الضعف في المواقف الاجتماعية. - تقييم المفحوصات لمحتوى هذا المحور.	- مناقشة الواجبات المنزلية السابقة. - أهمية ممارسة سلوك توكيد الذات. - طرح أمثلة أكثر عن سلوكيات توكيد الذات. - التعامل السليم مع المواقف الاجتماعية الحرجة. - خطوات اكتساب سلوكيات توكيدية جديدة. - تقييم كل مفحوصة لجلسات هذا المحور. - الواجب المنزلي: • مراقبة وتسجيل نقاط الضعف في المواقف الاجتماعية. • ممارسة التخيل على تلك المواقف، والتصرف بناء على السلوكيات التوكيدية المتعلمة. • الممارسة الفعلية لتلك السلوكيات التوكيدية.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي. - الحديث الداخلي الإيجابي. - المراقبة الذاتية. - لعب الأدوار. - التخيل. - الواجب المنزلي.	- جهاز الحاسوب. - عرض تقديمي - جهاز العرض المرئي للبيانات. - استمارة التقييم - المرحلي للبرنامج.	من 60-90 دقيقة.

جدول 39

الجلسة رقم (12)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المحور الروحي (استهداف الشعور باليأس) مرحلة التدخل العلاجي	- تقييم وتقويم الواجبات المنزلية السابقة. - الوعي بمشاعر اليأس. - التدريب على مراقبة الأفكار الانتحارية، وكيفية توقيفها. - الوعي بفوائد الاستغفار والتوبة، والتدريب على ممارستها.	- مناقشة الواجبات المنزلية السابقة. - مفهوم اليأس وأسباب حدوثه. - مفهوم الأفكار الانتحارية، وكيفية توقيفها. - وسوسة الشيطان للإنسان، وكيفية الاستعاذة منها. - معنى الاستغفار وفوائده، وكيفية ممارسته. - معنى التوبة وفوائدها، وخطوات ممارستها. - الواجب المنزلي: • مراقبة وتسجيل الأفكار الانتحارية، والتدريب على توقيفها. • ممارسة الاستغفار والتوبة في الحياة اليومية.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي. - المراقبة الذاتية. - الاستغفار. - التوبة. - القراءة العلاجية. - الواجب المنزلي.	- جهاز الحاسوب. - عرض تقديمي - جهاز العرض المرئي للبيانات. - كتاب (لأنك الله، علي الفيغي).	من 60 - 90 دقيقة.

جدول 40

الجلسة رقم (13)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المحور الروحي (استهداف الشعور بالإنس) مرحلة التدخل العلاجي	- تقييم وتقويم الواجبات المنزلية السابقة. - إدراك المفحوصة لفوائد كل من: (الشكر، التسبيح، الدعاء، الصلاة، قراءة القرآن الكريم)، والتدريب على ممارستها يوميا. - تقييم المفحوصات لمحتوى هذا المحور.	- مناقشة الواجبات المنزلية السابقة. - معنى الإيمان بالله سبحانه وتعالى والتسليم له، وكيفية تنميته. - معنى وفوائد كل من: (الشكر، التسبيح، الدعاء)، والتطبيق العملي لها. - الصلاة وفوائدها، وكيفية الخشوع فيها. - أهمية قراءة القرآن الكريم. - مكانة المرأة في الإسلام. - تقييم كل مفحوصة لجلسات هذا المحور. - الواجب المنزلي: التطبيق العملي لكل من: الشكر، التسبيح، الدعاء، الصلاة، قراءة القرآن الكريم.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي. - الشكر. - التسبيح. - الدعاء. - الصلاة. - قراءة القرآن الكريم. - القراءة العلاجية. - الواجب المنزلي.	- جهاز الحاسوب. - عرض تقديمي - جهاز العرض المرئي للبيانات. - كتاب (كوني صاحبة، حنان لاشين). - استمارة التقييم المرحلي للبرنامج.	من 60 - 90 دقيقة.

جدول 41

الجلسة رقم (14)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
(الجلسة ما قبل النهائية المرحلة النهائية)	- تقييم وتقويم الواجبات المنزلية السابقة. -مراجعة شاملة لما تم تناوله في الجلسات السابقة، لكل محاور البرنامج. - مراقبة مدى تطبيق المفحوصات للواجبات المنزلية الخاصة بكل محور، وتقويم أي خلل.	- مناقشة الواجبات المنزلية السابقة. - ملخص عام لما تم تناوله في المحور المعرفي، ثم تقييم وتقويم الواجبات المنزلية المتعلقة به. - ملخص عام لما تم تناوله في المحور الانفعالي، ثم تقييم وتقويم الواجبات المنزلية المتعلقة به. - ملخص عام لما تم تناوله في المحور السلوكي، ثم تقييم وتقويم الواجبات المنزلية المتعلقة به. - ملخص عام لما تم تناوله في المحور الاجتماعي، ثم تقييم وتقويم الواجبات المنزلية المتعلقة به. - ملخص عام لما تم تناوله في المحور الروحي، ثم تقييم وتقويم الواجبات المنزلية المتعلقة به. - تجهيز المفحوصات لإنهاء البرنامج العلاجي.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي.	- جهاز الحاسوب. - عرض تقديمي - جهاز العرض - المرئي للبيانات.	من 60- 90 دقيقة.

جدول 42

الجلسة رقم (15)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المرحلة النهائية (الجلسة النهائية)	- الوقاية من الانتكاسة. - القيام بالقياس البعدي. - تقييم المفحوصات للبرنامج العلاجي. - تقديم الشكر والعرفان للمفحوصات. - تحديد موعد جلسة المتابعة.	- كيفية الوقاية من الانتكاسة. - القيام بالقياس البعدي لمقاييس الدراسة. - تقييم كلي لجلسات البرنامج العلاجي من طرف المفحوصات. - شكر الباحثة المفحوصات على المشاركة والالتزام بأداء الواجبات المنزلية. - الاتفاق على موعد محدد لجلسة المتابعة.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي.	- مقاييس الدراسة. - استمارة التقييم النهائي للبرنامج العلاجي.	من 60- 90 دقيقة.

جدول 43

الجلسة رقم (16)

مراحل الجلسات	أهداف الجلسة	محتويات الجلسة	الفنيات والأساليب المستخدمة في الجلسة	الأدوات المستخدمة في الجلسة	زمن تطبيق الجلسة
المرحلة النهائية (جلسة المتابعة)	- الاستماع للتقارير النفسية التي تقدمها كل مفحوصة. - مناقشة أي أسئلة أو ملاحظات يمكن أن تطرح. - القيام بالقياس التتبعي.	- ترحيب الباحثة بالمفحوصات مرة أخرى. - تقديم المفحوصات لتقاريرهن النفسية عما طرأ عليهن من تغير أو تحسن. - الإجابة عن أسئلة واستفسارات المفحوصات، ومناقشة الملاحظات. - تطبيق القياس التتبعي.	- الإلقاء (المحاضرة). - الحوار والنقاش الجماعي.	- مقياس بيك الثاني للاكتئاب.	من 60-90 دقيقة.

3-8-2 تحكيم البرنامج العلاجي:

تعد عملية تحكيم البرنامج العلاجي خطوة جوهرية، للتأكد من ملاءمة البرنامج للتطبيق على أفراد العينة، وصحة إجراءاته، لذلك فقد عرض في نسخته الأولى كما هو مبين في استمارة التحكيم في الملحق رقم (1)، على مجموعة من المختصين والأساتذة، الواردة أسماؤهم في الملحق رقم (3) كل حسب تخصصه، ودرجته العلمية، ومكان عمله.

وقد دلت نتائج التحكيم على صلاحية البرنامج العلاجي، حيث تراوحت نسب اتفاق المحكمين بين 76.92% و 100%، مع وجود بعض الملاحظات التي تم أخذها بعين الاعتبار، وقد تم عرض ملخص هذه النتائج في الملحق رقم (2)، ومن ثم فقد تم إعداد النسخة النهائية للبرنامج العلاجي.

3-8-3 التجريب الاستطلاعي للبرنامج العلاجي:

يعتبر التجريب الاستطلاعي خطوة مهمة وأساسية، قبل تطبيق أي برنامج علاجي على العينة الأساسية، وقد قامت الباحثة بتطبيق البرنامج على حالة واحدة، وذلك من أجل تحقيق الأهداف التالية:

- التدريب على تطبيق البرنامج العلاجي.
- تقييم مدى تقبل المفحوصة للبرنامج العلاجي المصمم، ومدى التزامها بحضور الجلسات العلاجية، وإنجاز الواجبات المنزلية.
- فحص مدى منطقية تسلسل الجلسات، ومدى كفاية مدتها الزمنية، كما يتم تقييم مدى وضوح محتوياتها، واستيعاب تقنياتها، وكذا التأكد من ملاءمة الأدوات المستخدمة في البرنامج العلاجي.

- التعرف على الصعوبات أو التحديات التي قد تظهر أثناء تطبيق البرنامج العلاجي.
- تقييم الفعالية بشكل أولي للبرنامج العلاجي.

ثانيا: الدراسة الأساسية:

1. منهج البحث والتصميم المستخدم في الدراسة:

لتحقيق الهدف الأساسي للدراسة المتمثل في التحقق من فعالية برنامج علاجي متعدد المحاور في التخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء، تم الاعتماد على المنهج شبه التجريبي، وذلك وفق تصميم المجموعة الواحدة، مع قياسين قبلي وبعدي، من خلال ما يلي:

- القياس القبلي: ينتج عنه مستوى قاعدي لمجموعة البحث.
- التدخل العلاجي: يتم على مجموعة البحث.
- القياس البعدي: يتم بعد انتهاء جلسات البرنامج العلاجي مباشرة، ويتم على مجموعة البحث، حيث يطبق في الجلسة الأخيرة من البرنامج العلاجي.
- القياس التتبعي: يتم تطبيقه بعد ثمانية (08) أسابيع من انتهاء البرنامج العلاجي على مجموعة البحث، وذلك بدون أي تدخل علاجي خلال الفترة الفاصلة بين القياس البعدي والقياس التتبعي، بهدف قياس مدى استمرار تأثير أو فعالية البرنامج.

2. عينة الدراسة الأساسية:

تم اختيار ثلاث مؤسسات استشفائية للأمراض العقلية بالجزائر العاصمة، من أجل البحث عن عينة الدراسة المناسبة، وذلك بعد الحصول على الترخيص من الجامعة، وأخذ الموافقة من مدراء هذه المؤسسات، المتمثلة في:

-المستشفى المركزي للجيش-الدكتور محمد الصغير النقاش- مركز الصحة العقلية: هو مركز استشفائي عسكري وجامعي، يقع في الجزائر العاصمة، يهتم بعلاج مختلف الاضطرابات النفسية للجيش الشعبي، وكذا ذويهم من المدنيين.

-مستشفى الأمراض العقلية -دريد حسين: وهو أشهر مستشفى جامعي للأمراض العقلية في الجزائر، يقع في بلدية القبة بالجزائر العاصمة، يهتم بعلاج الإدمان ومختلف الاضطرابات النفسية والعقلية.

-العيادة الإستشفائية "CGSA" لعلاج القلق والتوتر: وهي أول عيادة استشفائية خاصة في الجزائر، تم افتتاحها سنة (2017) بحيدة -الجزائر العاصمة، وهي تهتم بعلاج الإدمان والاضطرابات النفسية المختلفة.

من خلال التقصي والبحث الاستطلاعي، تم اختيار هذه المؤسسات الاستشفائية دون غيرها من المؤسسات لعدة اعتبارات، من بينها:

-لاعتبارها من أكبر أو أهم مراكز الصحة العقلية والنفسية في الجزائر.

-استقبالها واستقطابها للعديد والكثير من المرضى النفسيين، من مختلف ولايات الوطن، إذ لا تقتصر على ولاية الجزائر العاصمة فقط.

-لكونها مراكز استشفائية جامعية (Centre hospitalier universitaire)، تهتم بالبحث العلمي وتشجع عليه.

وبعد إجراء الباحثة تربصا بالمؤسسات الثلاث، استقر بها الحال لتطبيق البرنامج العلاجي في مستشفى الأمراض العقلية -دريد حسين- بالجزائر، لتوفر العينة المناسبة للدراسة واستيفائها للشروط اللازمة.

3. وصف عينة الدراسة الأساسية:

تم اختيار عينة الدراسة الأساسية بطريقة قصدية، وذلك بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية دريد حسين- القبة-حسين داي- الجزائر، من مرتادي قسم المعاينة الخارجية، ممن وافقوا على الإجابة على أدوات الدراسة، وقد روعي في اختيار أفراد عينة الدراسة الشروط التالية:

-أن يكون جنس أفراد العينة من الإناث.

-تم تشخيص أفراد العينة بالاكئاب المقاوم للعلاج الدوائي من طرف الطبيب النفسي.

-تناول أفراد عينة البحث للدواء النفسي من فئتين مختلفتين، وبجرعات مناسبة، ولمدة زمنية كافية، مع عدم استجابتهم له.

-أن تنطبق على الأفراد المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي الإحصائي الخامس المعدل لاضطراب الاكتئاب الجسيم.

-ألا يعاني أفراد عينة البحث من مرض عقلي.

-ألا يتعاطى أفراد البحث أي أدوية أو مواد مخدرة.

-عدم تلقي أفراد العينة لأي دواء نفسي حالياً.

وبعد القيام بالمقابلة التشخيصية المقننة مع المفحوصات، تكونت عينة البرنامج في صورتها النهائية من تسع عشرة (19) امرأة، ممن يعانين من الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، تتراوح أعمارهن بين 25-30 سنة، غير متزوجات، بمستوى تعليمي جامعي.

4. إجراءات الدراسة الأساسية:

وقد تضمنت الإجراءات الرئيسية للدراسة في الخطوات الموالية:

- بعد القيام بالمقابلة التشخيصية المقننة مع أفراد عينة الدراسة، تم التأكد من موافقتهم على المشاركة، واستعدادهم للمواظبة والالتزام بتعليمات البرنامج العلاجي.
- تم القياس القبلي لأدوات الدراسة، حيث قدمت المقاييس المستخدمة في الدراسة لكل مفحوصة، للإجابة عليها، والمتمثلة في؛ مقياس بيك الثاني للاكتئاب، اختبار الأفكار اللاعقلانية، مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب، مقياس توكيد الذات، مقياس اليأس.
- تم الاتفاق على الهيكل التنظيمي للجلسات العلاجية، وآلية العمل المتبعة، وكذلك تحديد توقيتها الزمني.
- الشروع في تطبيق البرنامج العلاجي مع تسع عشرة (19) امرأة، حيث طبقت خمس عشرة (15) جلسة، تتراوح مدة كل جلسة من 60 إلى 90 دقيقة، استمرت لثمانية (08) أسابيع؛ سبعة (07) أسابيع تتضمن جلستين أسبوعياً، أما الأسبوع الثامن فيتضمن جلسة واحدة، المتمثلة في الجلسة النهائية.
- تم تطبيق استمارة التقييم المرحلي للبرنامج، في نهاية كل محور علاجي.

- في الجلسة النهائية، تم تطبيق أدوات الدراسة مرة أخرى (القياس البعدي)، بالإضافة إلى تطبيق استمارة التقييم النهائي للبرنامج العلاجي، كما تم الاتفاق على جلسة المتابعة بعد ثمانية (08) أسابيع من انتهاء البرنامج العلاجي.
- في الجلسة السادسة عشرة (16)، والمتمثلة في جلسة التطبيق التتبعي (القياس التتبعي)، تم تطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب.
- في الخطوة الأخيرة، تم تفرغ البيانات ومعالجتها إحصائياً، كما ستعرض في الفصل التالي.

5. أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات:

- لمعالجة البيانات المتحصل عليها بعد تطبيق الدراسة الأساسية اعتمدت الباحثة على الأساليب الإحصائية التالية:
- المتوسط الحسابي.
 - الانحراف المعياري.
 - اختبار "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطات.
 - معامل الارتباط بيرسون.
 - معادلة حجم الأثر.
 - معادلة نسبة الكسب البسيطة لـ "هريدي".
- ولقد تمت المعالجة الإحصائية باستعمال برنامج SPSS (النسخة 26).

خلاصة الفصل:

تم تناول الإجراءات المنهجية للدراسة في هذا الفصل، من خلال التطرق إلى إجراءات الدراسة الاستطلاعية، وكذا الدراسة الأساسية، ففي الدراسة الاستطلاعية؛ تم التطرق لأهدافها، ووصف عينتها، وكذلك وصف أدوات جمع البيانات، وحساب خصائصها السيكومترية، التي خلصت نتائجها إلى إمكانية الاطمئنان إلى صدقها وثباتها، مما يسمح بتطبيقها على عينة الدراسة الأساسية، إضافة لتناول البرنامج العلاجي؛ من حيث جلساته، وتحكيمة، والتجريب الاستطلاعي له. ثم تم التطرق إلى الدراسة الأساسية؛ من خلال عرض المنهج والتصميم المتبع، عينة الدراسة الأساسية، إجراءات هذه الأخيرة، ثم تلتها أساليب المعالجة الإحصائية للبيانات. وسيتم عرض النتائج المتحصل عليها في الفصل الموالي.

الفصل السادس

عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد

1. اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات

1-1 مقياس بيك الثاني للاكتئاب

2-1 اختبار الأفكار اللاعقلانية

3-1 استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء

4-1 مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

5-1 مقياس توكيد الذات

6-1 مقياس اليأس

2. عرض وتحليل نتائج الفرضيات

• عرض وتحليل نتائج فرضيات محاور البرنامج العلاجي

1- عرض وتحليل نتائج فرضية المحور المعرفي

2- عرض وتحليل نتائج فرضية المحور الانفعالي

3- عرض وتحليل نتائج فرضية المحور السلوكي

4- عرض وتحليل نتائج فرضية المحور الاجتماعي

5- عرض وتحليل نتائج فرضية المحور الروحي

• عرض وتحليل نتائج الفرضيات الفرعية

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الفرعية الأولى

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الفرعية الثانية

• عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد ما تم عرض الإجراءات المنهجية للدراسة في الفصل السابق، سيتم التطرق إلى عرض النتائج المتحصل عليها من اختبار صحة فرضيات البحث، بهدف الكشف عن فعالية البرنامج العلاجي متعدد المحاور.

فالجانب التطبيقي يكمل بشكل فعال الجانب النظري باستخدام الأساليب الإحصائية المعتمدة، وذلك في جداول تم تحليل البيانات الواردة فيها، مع قراءة النتائج قراءة ملائمة، لمحاولة إيجاد التفسير العلمي المناسب لها.

1. اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات:

تعتبر الاختبارات المعلمية واللامعلمية مجموعة من الاختبارات الإحصائية المختلفة، التي يستخدمها الباحث في اختبار الفرضيات التي وضعها لبحثه. ولتحديد الاختبارات المناسبة (المعلمية أو اللامعلمية)، قامت الباحثة باختبار البيانات التي تم الحصول عليها من خلال استجابات أفراد العينة، لمعرفة ما إذا كانت تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، حيث تم استخدام اختبار "كولموغوروف-سمرنوف Kolmogorov-Smirnov"، واختبار "شابيرو-ويلك Shapiro-Wilk"، وسيتم فيما يلي ذكرها تباعاً.

1-1 مقياس بيك الثاني للاكتئاب:

لمعرفة ما إذا كانت البيانات التي تم الحصول عليها من خلال استجابات المفحوصات على مقياس بيك الثاني للاكتئاب، تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، تم استخدام اختبار "كولموغوروف-سمرنوف Kolmogorov-Smirnov"، واختبار "شابيرو-ويلك Shapiro-Wilk"، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 44

اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات مقياس بيك الثاني للاكتئاب

المتغير	قيمة Z	مستوى الدلالة	قيمة Z	مستوى الدلالة
	kolmogorov	Sig	Shapiro	Sig
الاكتئاب	0.07	0.20	0.98	0.95
قياس قبلي	0.10	0.20	0.97	0.92
قياس بعدي	0.12	0.20	0.98	0.95
قياس تتبعي				

ملاحظة. نلاحظ من خلال الجدول السابق، أن قيمة مستوى الدلالة للقياس (القبلي، البعدي، والتتبعي) لمقياس بيك الثاني للاكتئاب على اختبار كولموغوروف- سمرنوف Kolmogorov-Smirnov بلغت: 0.20، 0.20، 0.20 على التوالي، وهي قيم أكبر من مستوى الدلالة 0.05، كما قد بلغت على اختبار "شابيرو- ويلك Shapiro-Wilk": 0.95، 0.92، 0.95 على التوالي، وهي كذلك قيم أكبر من مستوى الدلالة 0.05، ما يعني أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

1-2 اختبار الأفكار اللاعقلانية:

لمعرفة ما إذا كانت البيانات التي تم الحصول عليها من خلال استجابات المفحوصات على مقياس الأفكار اللاعقلانية، تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، تم استخدام اختبار "كولموغوروف- سمرنوف Kolmogorov-Smirnov"، واختبار "شابيرو- ويلك Shapiro-Wilk"، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 45

اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات اختبار الأفكار اللاعقلانية

المتغير	قيمة Z	مستوى	قيمة Z	مستوى
	kolmogorov	الدلالة Sig	Shapiro	الدلالة Sig
الأفكار اللاعقلانية	0.12	0.20	0.95	0.50
قياس قبلي				
قياس بعدي	0.09	0.20	0.98	0.96

ملاحظة. نلاحظ من خلال الجدول السابق، أن قيمة مستوى الدلالة للقياس (القبلي، والبعدي) لاختبار الأفكار اللاعقلانية على اختبار كولموغوروف- سمرنوف Kolmogorov-Smirnov بلغت: 0.20، 0.20، على التوالي، وهي قيم أكبر من مستوى الدلالة 0.05، كما قد بلغت على اختبار "شابيرو- ويلك Shapiro-Wilk": 0.50، 0.96 على التوالي، وهي كذلك قيم أكبر من مستوى الدلالة 0.05، ما يعني أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

1-3 استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء:

لمعرفة ما إذا كانت البيانات التي تم الحصول عليها من خلال استجابات المفحوصات على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء، تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، تم استخدام اختبار "كولموغوروف- سمرنوف Kolmogorov-Smirnov"، واختبار "شابيرو- ويلك Shapiro-Wilk"، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 46

اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء

المتغير	قيمة Z	مستوى	قيمة Z	مستوى
	kolmogorov	الدلالة Sig	Shapiro	الدلالة Sig
الاسترخاء	0.16	0.15	0.94	0.32
قياس قبلي				
قياس بعدي	0.17	0.12	0.96	0.56

ملاحظة. نلاحظ من خلال الجدول السابق، أن قيمة مستوى الدلالة للقياس (القبلي، والبعدي) لاستمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء، على اختبار "كولموغوروف- سمرنوف Kolmogorov-Smirnov" بلغت: 0.15، 0.12 على التوالي، وهي قيم أكبر من مستوى الدلالة 0.05، كما قد بلغت على اختبار "شابيرو- ويلك Shapiro-Wilk": 0.32، 0.56 على التوالي، وهي كذلك قيم أكبر من مستوى الدلالة 0.05، ما يعني أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

1-4 مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب:

لمعرفة ما إذا كانت البيانات التي تم الحصول عليها من خلال استجابات المفحوصات على مقياس التنشيط السلوكي، تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، تم استخدام اختبار "كولموغوروف- سمرنوف Kolmogorov-Smirnov"، واختبار "شابيرو- ويلك Shapiro-Wilk"، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 47

اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

المتغير	قيمة Z	مستوى	قيمة Z	مستوى
	kolmogorov	الدلالة Sig	قيمة Z	الدلالة Sig
			Shapiro	
التنشيط السلوكي	قياس قبلي	0.10	0.20	0.96
	قياس بعدي	0.14	0.20	0.97
				0.72
				0.88

ملاحظة. نلاحظ من خلال الجدول السابق، أن قيمة مستوى الدلالة للقياس (القبلي، والبعدي) لمقياس التنشيط السلوكي على اختبار "كولموغوروف- سمرنوف Kolmogorov-Smirnov" بلغت: 0.20، 0.20 على التوالي، وهي قيم أكبر من مستوى الدلالة 0.05، كما قد بلغت على اختبار "شابيرو- ويلك Shapiro-Wilk": 0.72، 0.88 على التوالي، وهي كذلك قيم أكبر من مستوى الدلالة 0.05، ما يعني أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

1-5 مقياس تأكيد الذات:

لمعرفة ما إذا كانت البيانات التي تم الحصول عليها من خلال استجابات المفحوصات على مقياس تأكيد الذات، تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، تم استخدام اختبار "كولموغوروف- سمرنوف Kolmogorov-Smirnov"، واختبار "شابيرو- ويلك Shapiro-Wilk"، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 48

اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات مقياس تأكيد الذات

المتغير	قيمة Z	مستوى	قيمة Z	مستوى
	kolmogorov	الدلالة Sig	Shapiro	الدلالة Sig
تأكيد الذات	0.08	0.20	0.97	0.92
قياس قبلي				
قياس بعدي	0.12	0.20	0.98	0.95

ملاحظة. نلاحظ من خلال الجدول السابق، أن قيمة مستوى الدلالة للقياس (القبلي، والبعدي) لمقياس تأكيد الذات على اختبار "كولموغوروف-سمرنوف" Kolmogorov-Smirnov بلغت: 0.20، 0.20 على التوالي، وهي قيم أكبر من مستوى الدلالة 0.05، كما قد بلغت على اختبار "شابيرو-ويلك" Shapiro-Wilk: 0.92، 0.95 على التوالي، وهي كذلك قيم أكبر من مستوى الدلالة 0.05، ما يعني أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

1-6 مقياس اليأس:

لمعرفة ما إذا كانت البيانات التي تم الحصول عليها من خلال استجابات المفحوصات على مقياس اليأس، تتبع التوزيع الطبيعي أم لا، تم استخدام اختبار "كولموغوروف-سمرنوف" Kolmogorov-Smirnov، واختبار "شابيرو-ويلك" Shapiro-Wilk، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 49

اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات مقياس اليأس

المتغير	قيمة Z	مستوى	قيمة Z	مستوى
	kolmogorov	الدلالة Sig	Shapiro	الدلالة Sig
اليأس	0.12	0.20	0.98	0.95
قياس قبلي				
قياس بعدي	0.13	0.20	0.98	0.94

ملاحظة. نلاحظ من خلال الجدول السابق، أن قيمة مستوى الدلالة للقياس (القبلي، والبعدي) لمقياس اليأس، على اختبار "كولموغوروف- سمرنوف Kolmogorov-Smirnov" بلغت: 0.20، 0.20 على التوالي، وهي قيم أكبر من مستوى الدلالة 0.05، كما قد بلغت على اختبار "شابيرو- ويلك Shapiro-Wilk": 0.95، 0.94 على التوالي، وهي كذلك قيم أكبر من مستوى الدلالة 0.05، ما يعني أن البيانات تتبع التوزيع الطبيعي.

من خلال ما سبق، يتضح أن جميع البيانات التي تم الحصول عليها من خلال استجابات أفراد العينة على أدوات الدراسة، تتبع التوزيع الطبيعي.

وفيما يلي سيتم البدء أولاً بعرض وتحليل نتائج فرضيات محاور البرنامج العلاجي (المعرفي، الانفعالي، السلوكي، الاجتماعي، الروحي)، وذلك لاختبار أثر كل مكون أو محور من محاور البرنامج، في إحداث التغيير المستهدف في المتغير الفرعي، ثم عرض وتحليل نتائج الفرضيات الفرعية، وذلك لاختبار الأثر الكلي لمحاور البرنامج في معالجة المشكلة التي تم تصميم البرنامج من أجلها ألا وهي الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، وبعدها عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة، وهي بمثابة الاستنتاج النهائي الذي يبنى عليه كل ما سبق.

2. عرض وتحليل نتائج الفرضيات:

• عرض وتحليل نتائج فرضيات محاور البرنامج العلاجي:

1- عرض وتحليل نتائج فرضية المحور المعرفي:

لاختبار صحة هذه الفرضية التي تنص على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على اختبار الأفكار اللاعقلانية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي"، تم إجراء ما يلي:

حساب كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، بالإضافة إلى حساب قيمة "ت" لاختبار (T) للعينات المترابطة، واستخراج دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي، على اختبار الأفكار اللاعقلانية، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 50

نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على اختبار الأفكار اللاعقلانية

التطبيق	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	الدلالة
القياس القبلي	19	94.15	4.65	18	35.56	0.00
القياس البعدي	19	63.21	4.55			

ملاحظة. يظهر من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ت" تقدر بـ: 35.56 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01، ومنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على اختبار الأفكار اللاعقلانية، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.

لمعرفة أثر جلسات البرنامج العلاجي، يتم استخدام معادلة حجم الأثر (D) (Cohen's d) للعينات المترابطة، المتمثلة في المعادلة التالية:

$$d = \frac{x_1 - x_2}{s}$$

حيث:

x_1 : قيمة متوسط درجات المجموعة في التطبيق البعدي.

x_2 : قيمة متوسط درجات المجموعة في التطبيق القبلي.

s : قيمة الانحراف المعياري المشترك للمجموعتين.

(كامل، 2022، ص. 21-22)

والجدول الموالي يبين مستوى أو مقدار حجم التأثير:

جدول 51

مستويات حجم التأثير

المعالجة	حجم تأثير صغير	حجم تأثير متوسط	حجم تأثير كبير
قيم معامل كوهين (D)	0.2	0.5	0.8

ملاحظة. (كامل، 2022، ص. 22)

للتعرف على أثر جلسات البرنامج العلاجي المقترح في تعديل الأفكار لدى أفراد عينة

الدراسة، نستخدم معادلة حجم الأثر (D) للعينات المترابطة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 52

نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على اختبار الأفكار اللاعقلانية

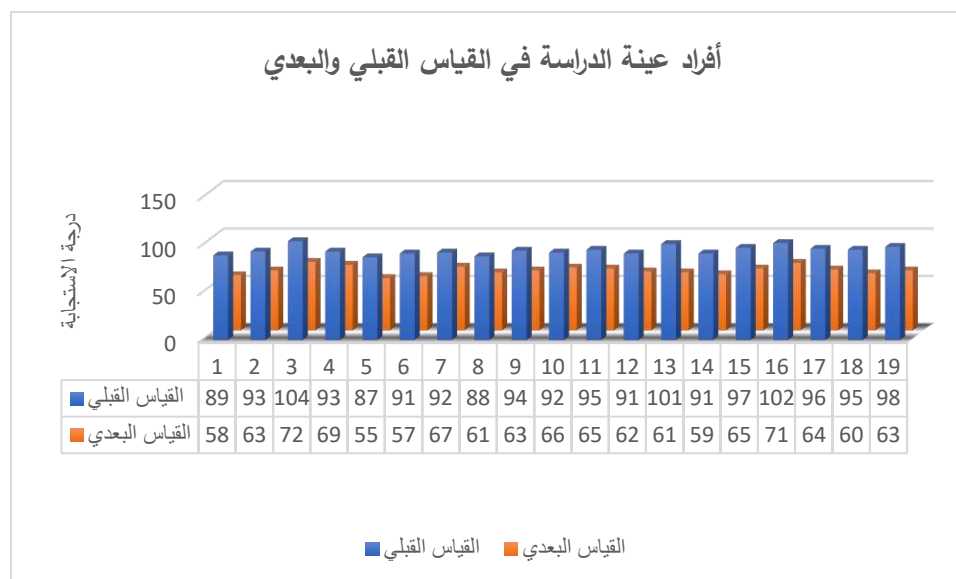
الفرق بين متوسطي القياسين (القبلي والبعدي)	الانحراف المعياري المشترك للعينتين	قيمة حجم الأثر معامل كوهين d	مقدار حجم التأثير
30.94	3.79	8.16	كبير

ملاحظة. من الجدول السابق يتضح أن قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين جاءت 8.16، وهي أكبر من 0.8، مما يشير إلى أن حجم تأثير البرنامج العلاجي كان كبيراً.

وهو ما تبرزه كذلك النتائج المبينة في الشكل البياني الموالي:

شكل 15

نتائج الاختلاف للأفراد على اختبار الأفكار اللاعقلانية قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده



ملاحظة. يتضح من خلال الشكل المرفق أعلاه، أن درجات الأفراد في القياس القبلي على اختبار الأفكار اللاعقلانية، قد تراوحت ما بين (87 و104)، أما درجات القياس البعدي فقد

تراوحت ما بين (55 و72)، مما يدل على انخفاض مستوى الأفكار اللاعقلانية بعد تطبيق البرنامج.

2- عرض وتحليل نتائج فرضية المحور الانفعالي:

لاختبار صحة هذه الفرضية التي تنص على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي"، تم إجراء ما يلي:

- تفرغ استمارات المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء لأفراد عينة الدراسة، على مدار أربعة (04) أسابيع، ثم حساب متوسط درجة كل أسبوع، قبل الاسترخاء وبعده.
- حساب كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، بالإضافة إلى حساب قيمة "ت" لاختبار (T) للعينات المترابطة، واستخراج دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي، على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 53

نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على استمارة المراقبة

الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء

التطبيق	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	الدلالة
القياس القبلي	19	7.16	0.70	18	24.86	0.00
القياس البعدي	19	2.46	0.54			

ملاحظة. يظهر من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ت" تقدر بـ: 24.86 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01، ومنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.

للتعرف على أثر جلسات البرنامج العلاجي المقترح في زيادة الاسترخاء لدى الأفراد، نستخدم معادلة حجم الأثر (D) للعينات المترابطة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 54

نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على استمارة المراقبة

الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء

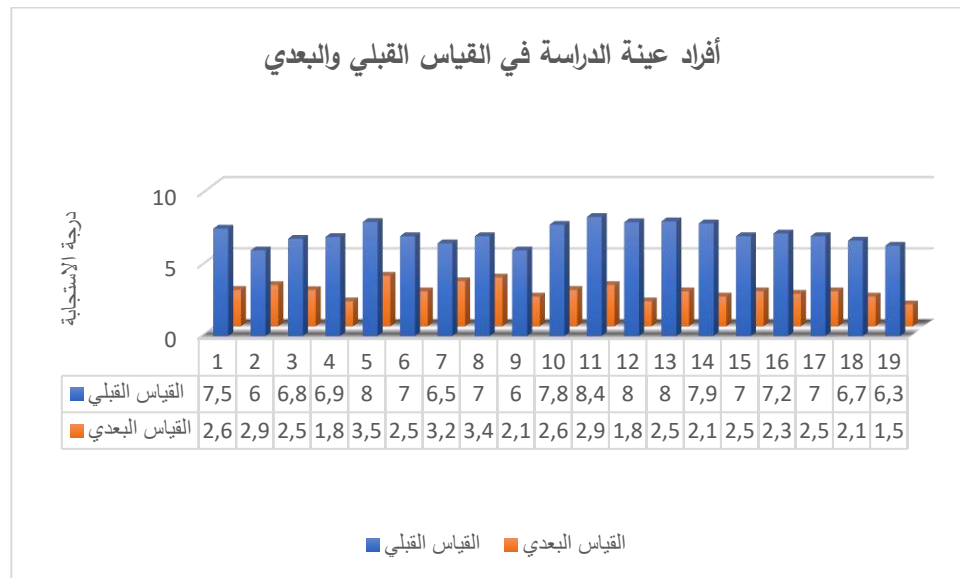
الفرق بين متوسطي القياسين (القبلي والبعدي)	الانحراف المعياري المشارك للعينتين	قيمة حجم الأثر معامل كوهين d	مقدار حجم التأثير
4.69	0.82	5.71	كبير

ملاحظة. من الجدول السابق يتضح أن قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين جاءت 5.71، وهي أكبر من 0.8، مما يشير إلى أن حجم تأثير البرنامج العلاجي كان كبيراً.

وهو ما تبرزه كذلك النتائج المبينة في الشكل البياني الموالي:

شكل 16

نتائج الاختلاف للأفراد على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده



ملاحظة. يتضح من خلال الشكل المرفق أعلاه، أن درجات الأفراد في القياس القبلي على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء، قد تراوحت ما بين (6 و8.4)، أما درجات القياس البعدي فقد تراوحت ما بين (1.5 و3.5)، مما يدل على انخفاض مستوى التوتر، وزيادة درجة الاسترخاء بعد تطبيق البرنامج.

3- عرض وتحليل نتائج فرضية المحور السلوكي:

لاختبار صحة هذه الفرضية التي تنص على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي"، تم إجراء ما يلي:

حساب كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، بالإضافة إلى حساب قيمة "ت" لاختبار (T) للعينات المترابطة، واستخراج دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي، على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 55

نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

التطبيق	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	الدلالة
القياس القبلي	19	133.73	9.39	18	19.58	0.00
القياس البعدي	19	92.84	7.15			

ملاحظة. يظهر من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ت" تقدر بـ: 19.58 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01، ومنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب، بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.

للتعرف على أثر جلسات البرنامج العلاجي المقترح في التنشيط السلوكي لدى الأفراد، نستخدم معادلة حجم الأثر (D) للعينات المترابطة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 56

نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على مقياس التنشيط السلوكي

للاكتئاب

الفرق بين متوسطي القياسين (القبلي والبعدي)	الانحراف المعياري المشترك للعينتين	قيمة حجم الأثر معامل كوهين d	مقدار حجم التأثير
40.89	9.10	4.49	كبير

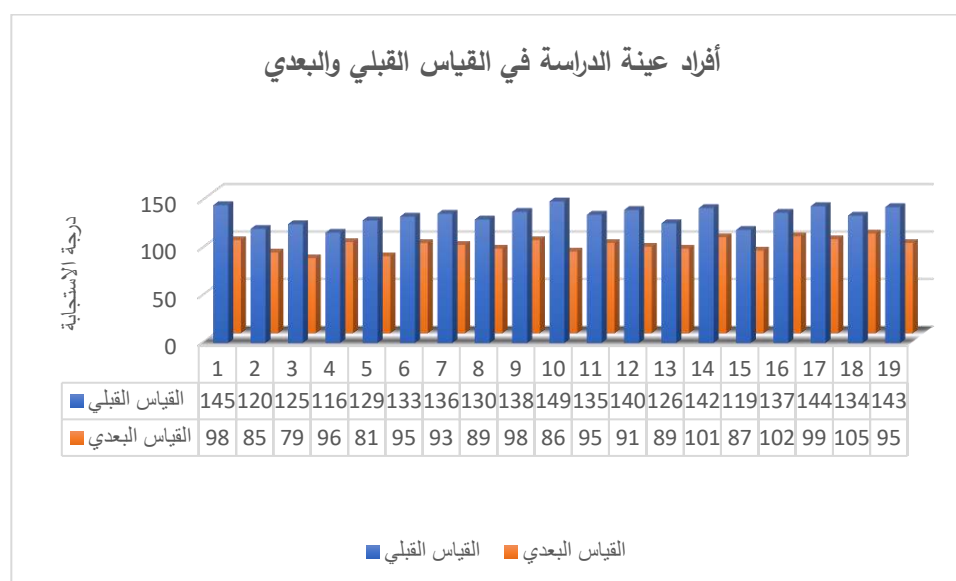
ملاحظة. من الجدول السابق يتضح أن قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين جاءت 4.49، وهي أكبر من 0.8، مما يشير إلى أن حجم تأثير البرنامج العلاجي كان كبيراً.

وهو ما تبرزه كذلك النتائج المبينة في الشكل البياني الموالي:

شكل 17

نتائج الاختلاف للأفراد على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجي

وبعد



ملاحظة. يتضح من خلال الشكل المرفق، أن درجات الأفراد في القياس القبلي على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب، قد تراوحت ما بين (116 و 149)، أما درجات القياس البعدي فقد تراوحت ما بين (79 و 105)، مما يدل على انخفاض مستوى سلوكيات الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج.

4- عرض وتحليل نتائج فرضية المحور الاجتماعي:

لاختبار صحة هذه الفرضية التي تنص على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس توكيد الذات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي"، تم إجراء ما يلي:

حساب كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، بالإضافة إلى حساب قيمة "ت" لاختبار (T) للعينات المترابطة، واستخراج دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي، على مقياس توكيد الذات، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 57

نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على مقياس توكيد الذات

التطبيق	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	الدلالة
القياس القبلي	19	6.00	3.44	18	-19.51	0.00
القياس البعدي	19	24.26	2.33			

ملاحظة. يظهر من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ت" تقدر بـ: -19.51 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01، ومنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على مقياس توكيد الذات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس البعدي.

للتعرف على أثر جلسات البرنامج العلاجي المقترح في توكيد الذات لدى الأفراد، نستخدم معادلة حجم الأثر (D) للعينات المترابطة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 58

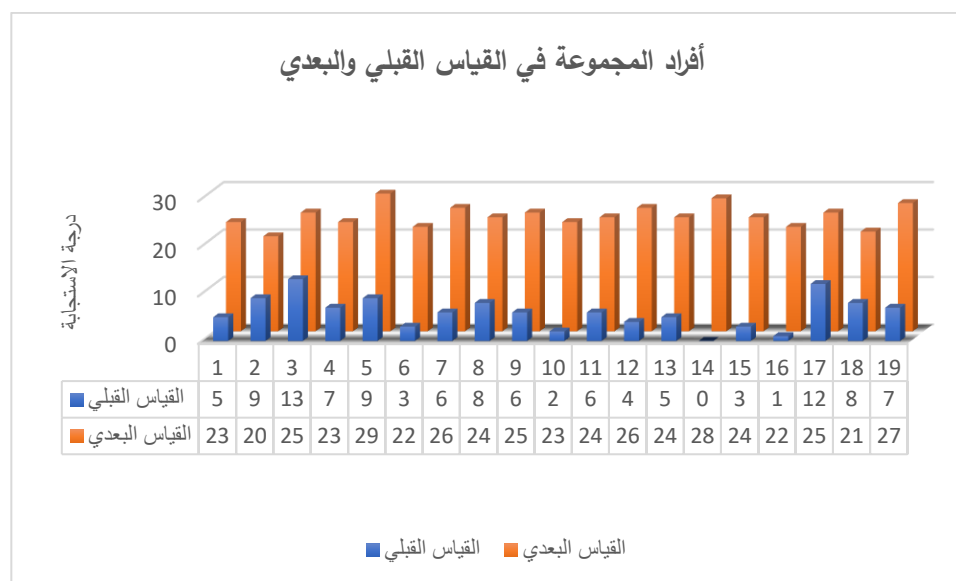
نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على مقياس توكيد الذات

الفرق بين متوسطي القياسين (القبلي والبعدي)	الانحراف المعياري المشترك للعينتين	قيمة حجم الأثر معامل كوهين d	مقدار حجم التأثير
18.26	4.08	4.47	كبير

ملاحظة. من الجدول السابق يتضح أن قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين جاءت 4.47، وهي أكبر من 0.8، مما يشير إلى أن حجم تأثير البرنامج العلاجي كان كبيراً. وهو ما تبرزه كذلك النتائج المبينة في الشكل البياني الموالي:

شكل 18

نتائج الاختلاف للأفراد على مقياس توكيد الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده



ملاحظة. يتضح من خلال الشكل المرفق، أن درجات الأفراد في القياس القبلي على مقياس توكيد الذات، قد تراوحت ما بين (0 و13)، أما درجات القياس البعدي فقد تراوحت ما بين (20 و29)، مما يدل على ارتفاع مستوى توكيد الذات بعد تطبيق البرنامج.

5- عرض وتحليل نتائج فرضية المحور الروحي:

لاختبار صحة هذه الفرضية التي تنص على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اليأس بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي"، تم إجراء ما يلي:

حساب كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، بالإضافة إلى حساب قيمة ت لاختبار (T) للعينات المترابطة، واستخراج دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي، على مقياس اليأس، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 59

نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على مقياس اليأس

التطبيق	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	الدلالة
القياس القبلي	19	15.26	2.33	18	20.65	0.00
القياس البعدي	19	4.00	2.00			

ملاحظة. يظهر من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ت" تقدر بـ: 20.65 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01، ومنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على مقياس اليأس بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.

للتعرف على أثر جلسات البرنامج العلاجي المقترح في اليأس لدى الأفراد، نستخدم معادلة حجم الأثر (D) للعينات المترابطة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 60

نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على مقياس اليأس

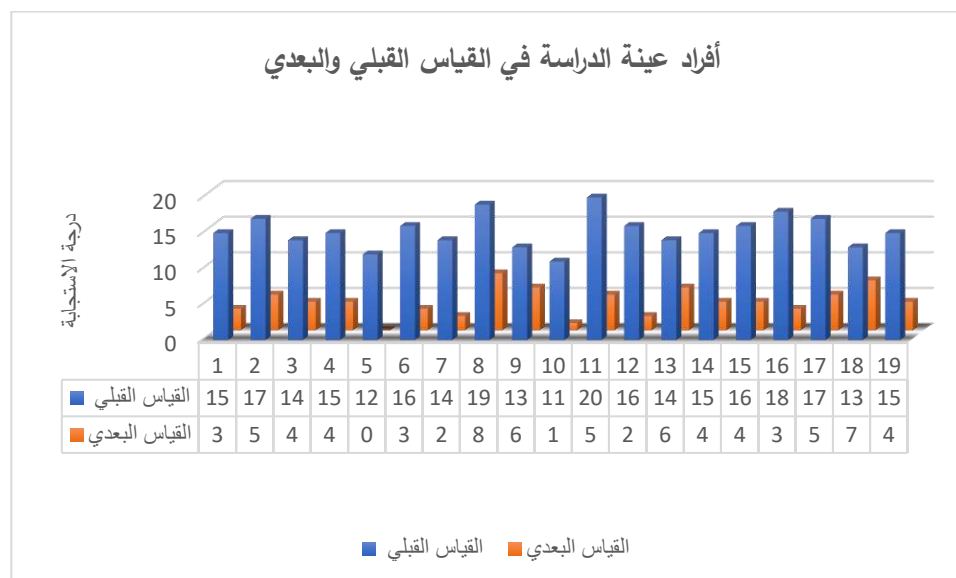
الفرق بين متوسطي القياسين (القبلي والبعدي)	الانحراف المعياري المشترك للعينتين	قيمة حجم الأثر معامل كوهين d	مقدار حجم التأثير
11.26	2.37	4.75	كبير

ملاحظة. من الجدول السابق يتضح أن قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين جاءت 4.75، وهي أكبر من 0.8، مما يشير إلى أن حجم تأثير البرنامج العلاجي كان كبيراً.

وهو ما تبرزه كذلك النتائج المبينة في الشكل البياني الموالي:

شكل 19

نتائج الاختلاف للأفراد على مقياس اليأس قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده



ملاحظة. يتضح من خلال الشكل المرفق، أن درجات الأفراد في القياس القبلي على مقياس اليأس، قد تراوحت ما بين (11 و 20)، أما درجات القياس البعدي فقد تراوحت ما بين (0 و 8)، مما يدل على انخفاض مستوى اليأس بعد تطبيق البرنامج.

• عرض وتحليل نتائج الفرضيات الفرعية:

بعد التطرق لعرض وتحليل نتائج فرضيات محاور البرنامج العلاجي، سيتم تاليا عرض وتحليل نتائج الفرضيات الفرعية، بدءا بالفرضية الفرعية الأولى، ثم الفرضية الفرعية الثانية.

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

لاختبار صحة هذه الفرضية التي تنص على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي"، تم إجراء ما يلي:

حساب كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، بالإضافة إلى حساب قيمة "ت" لاختبار (T) للعينات المترابطة، واستخراج دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي، على مقياس بيك الثاني للاكتئاب، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 61

نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على مقياس بيك الثاني

للاكتئاب

التطبيق	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	الدلالة
القياس القبلي	19	56.10	3.98	18	29.77	0.00
القياس البعدي	19	27.73	4.13			

ملاحظة. يظهر من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ت" تقدر بـ: 29.77 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01، ومنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والبعدي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي. للتعرف على أثر جلسات البرنامج العلاجي المقترح في الاكتئاب لدى الأفراد، نستخدم معادلة حجم الأثر (D) للعينات المترابطة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 62

نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب

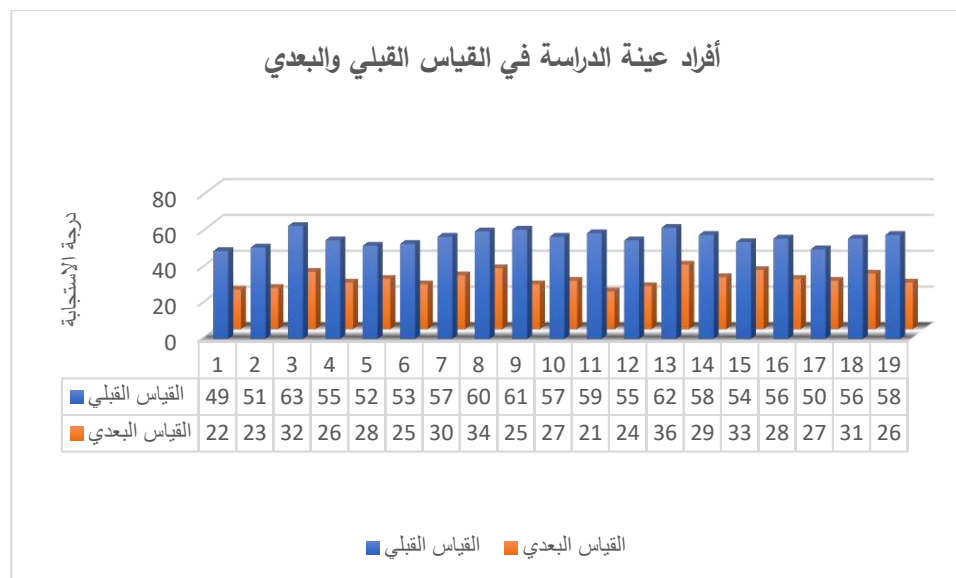
الفرق بين متوسطي القياسين (القبلي والبعدي)	الانحراف المعياري المشترك للعينتين	قيمة حجم الأثر معامل كوهين d	مقدار حجم التأثير
28.36	4.15	6.83	كبير

ملاحظة. من الجدول السابق يتضح أن قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين جاءت 6.83، وهي أكبر من 0.8، مما يشير إلى أن حجم تأثير البرنامج العلاجي كان كبيراً.

وهو ما تبرزه كذلك النتائج المبينة في الشكل البياني الموالي:

شكل 20

نتائج الاختلاف للأفراد على مقياس بيك الثاني للاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجي وبعده



ملاحظة. يتضح من خلال الشكل المرفق أعلاه، أن درجات الأفراد في القياس القبلي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب، قد تراوحت ما بين (49 و63)، أما درجات القياس البعدي فقد تراوحت ما بين (21 و36)، مما يدل على انخفاض مستوى الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

لاختبار صحة هذه الفرضية التي تنص على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد ثمانية (08) أسابيع من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي"، تم إجراء ما يلي:

حساب كل من المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، بالإضافة إلى حساب قيمة "ت" لاختبار (T) للعينات المترابطة، واستخراج دلالة الفروق بين متوسطات درجات أفراد عينة

الدراسة في القياسين البعدي والتتبعي، على مقياس بيك الثاني للاكتئاب، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 63

نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للأفراد على مقياس بيك الثاني للاكتئاب

التطبيق	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	الدلالة
القياس البعدي	19	27.73	4.13	18	16.44	0.00
القياس التتبعي	19	17.26	2.30			

ملاحظة. يظهر من نتائج الجدول السابق أن قيمة "ت" تقدر بـ: 16.44 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01، ومنه وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي والتتبعي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد ثمانية (08) أسابيع من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس البعدي.

للتعرف على أثر جلسات البرنامج العلاجي المقترح في الاكتئاب لدى الأفراد، نستخدم معادلة حجم الأثر (D) للعينات المترابطة، والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 64

نتائج قيمة حجم الأثر معامل كوهين لجلسات البرنامج العلاجي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد ثمانية (08) أسابيع من انتهاء البرنامج

الفرق بين متوسطي القياسين (البعدي والتتبعي)	الانحراف المعياري المشترك للعينتين	قيمة حجم الأثر معامل كوهين d	مقدار حجم التأثير
10.47	2.77	3.77	كبير

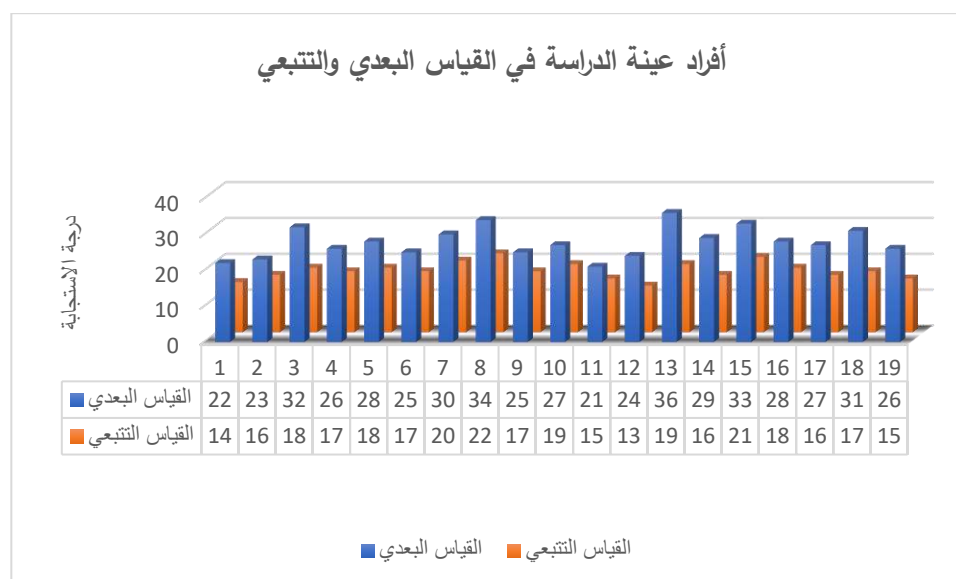
ملاحظة. من الجدول السابق يتضح أن قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين جاءت 3.77، وهي أكبر من 0.8، مما يشير إلى أن حجم تأثير البرنامج العلاجي كان كبيراً.

وهو ما تبرزه كذلك النتائج المبينة في الشكل البياني الموالي:

شكل 21

نتائج الاختلاف للأفراد على مقياس بيك الثاني للاكتئاب في التطبيق البعدي والتتبعي

للبرنامج العلاجي



ملاحظة. يتضح من خلال الشكل المرفق أعلاه، أن درجات الأفراد في القياس البعدي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب، قد تراوحت ما بين (21 و36)، أما درجات القياس التتبعي فقد تراوحت ما بين (13 و22)، مما يدل على انخفاض مستوى الاكتئاب بشكل أكبر بعد ثمانية أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج.

• عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة:

بعد التطرق لعرض وتحليل نتائج فرضيات محاور البرنامج العلاجي، وكذا عرض وتحليل نتائج الفرضيات الفرعية، سيتم عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة. نصت هذه الفرضية على: "للبرنامج العلاجي متعدد المحاور فعالية في تخفيف درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به".

لقد قدم "هريدي" مفهوما خاصا من منظور إحصائي مختلف لتقدير فاعلية البرامج التربوية والتجريبية، حيث يرى أنها: النسبة الدالة إحصائيا للتغير الذي يحدثه المتغير المستقل في مستوى المتغير التابع عبر القياسات المتكررة القبلية والبعدية. (سيد، 2017، ص. 153) لذلك اعتمدت الباحثة على هذا المفهوم في قياس الفاعلية، عن طريق تقدير درجات المفحوصات على المقياس (مقياس بيك الثاني للاكتئاب) الذي يطبق عليهن (قبليا/ بعديا)، حيث يعتمد في حسابها على: معادلة نسبة الكسب البسيطة لـ "هريدي" Haridy's Simple Ratio (H-SGR)، المتمثلة في المعادلة التالية:

$$H - SGR = \frac{M_2 - M_1}{P}$$

حيث:

M_2 : متوسط الدرجات القبلية.

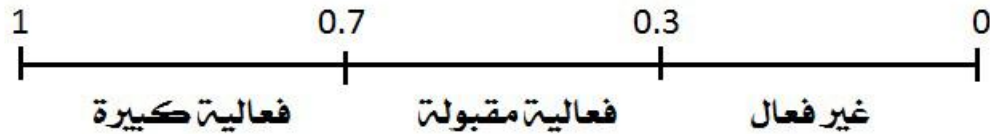
M_1 : متوسط الدرجات البعدية.

P : الدرجة العظمى للمقياس.

(سيد، 2017، ص. 160)

ويمتد المدى لهذه النسبة من (0) إلى (1)، وبحساب إحصاءة نقطة القطع Cut point لتحديد نقاط القطع، التي تقسم المدى إلى ثلاثة أقسام باستخدام برنامج التحليل

الإحصائي SPSS، وجد أن حدي القطع هما (0.3)، (0.7)، لذا تم اقتراح أن تكون مستويات الفاعلية كما هي موضحة بالتمثيل التالي:



(سيد، 2017، ص. 160-161)

والجدول الموالي يوضح نتيجة قيمة نسبة الكسب البسيطة لـ "هريدي":

جدول 65

نسبة الكسب البسيطة لـ "هريدي"

المتوسط الحسابي		الدرجة الكلية للمقياس	نسبة الكسب البسيطة لهريدي	فاعلية البرنامج العلاجي
القياس القبلي	القياس البعدي			
56.10	27.73	63	0.45	فاعلية مقبولة

ملاحظة. عند تطبيق المعادلة ومن خلال الجدول السابق، جاءت قيمة الكسب لـ "هريدي" (0.45)، وهي أكبر من (0.3)، أي أنها فاعلية مقبولة.

خلاصة الفصل:

توصلت نتائج المعالجة الإحصائية لبيانات الدراسة الحالية إلى:

- للبرنامج العلاجي متعدد المحاور فاعلية في تخفيف درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي لصالح القياس القبلي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين البعدي والتتبعي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد ثمانية (08) أسابيع من انتهاء تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على اختبار الأفكار اللاعقلانية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس توكيد الذات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس البعدي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على القياسين القبلي والبعدي على مقياس اليأس بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.

انطلاقاً من النتائج المتحصل عليها، سيتم في الفصل الموالي محاولة إخضاعها للتفسير والمناقشة على ضوء التراث النظري وبعض الدراسات السابقة.

الفصل السابع

تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

- تفسير ومناقشة نتائج فرضيات محاور البرنامج العلاجي

1- تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور المعرفي

2- تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور الانفعالي

3- تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور السلوكي

4- تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور الاجتماعي

5- تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور الروحي

- تفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الفرعية

1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى

2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية

- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد عرض النتائج المتحصل عليها في الفصل السابق، والتي دلت على تحقق فرضيات الدراسة، ستتم محاولة تفسيرها ومناقشتها في هذا الفصل، وسيستند في ذلك على الإطار النظري والدراسات السابقة في مجال الدراسة.

سيتم تفسير ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة بنفس الترتيب الذي عرضت به في الفصل السابق، أي البدء بتفسير ومناقشة نتائج محاور البرنامج العلاجي (المعرفي، الانفعالي، السلوكي، الاجتماعي، الروحي)، ثم تفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الفرعية، وصولاً لتفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة.

• تفسير ومناقشة نتائج فرضيات محاور البرنامج العلاجي:

1- تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور المعرفي:

ينص اختبار هذا الفرض على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على اختبار الأفكار اللاعقلانية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي".

اتضح من خلال الجدول رقم (50) أن قيمة اختبار "ت" دالة إحصائياً بالنسبة للأفكار اللاعقلانية؛ بمعنى يوجد اختلاف ارتقى لمستوى الدلالة بين درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي والبعدي، لصالح القياس القبلي، إذ تراوحت درجات القياس القبلي للأفراد ما بين (87-104)، ودرجات القياس البعدي ما بين (55-72)، حيث انخفض مستوى الأفكار اللاعقلانية بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

وهذا ما تم توضيحه ببياننا من خلال الشكل رقم (15)، فدرجات استجابة الأفراد في القياس القبلي أكبر بشكل دال من درجات استجابتهم في القياس البعدي؛ بمعنى أنهم كانوا أكثر معاناة قبل تطبيق البرنامج العلاجي، مما يؤكد فعاليته في خفض درجة تلك الأفكار. كما أسفرت المعالجة الإحصائية الموضحة في الجدول رقم (52)، إلى وجود حجم أثر كبير أحدثه المتغير التجريبي المتمثل في البرنامج العلاجي، على المتغير التابع المتمثل في تقديرات الاستجابات البعدية لاختبار الأفكار اللاعقلانية، حيث ساهم في خفض مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد الدراسة، وهذا ما يعتبر مقياساً لقوة الأثر للمتغير المستقل على التابع، إذ قدرت قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين بـ 8.16، والتي تقع في نطاق حجم التأثير الكبير، وبالتالي مؤشراً لحجم أثر مرتفع للمتغير المستقل.

انطلق بناء هذه الفرضية من خلال ما توصلت إليه الدراسات السابقة، من أن الأفراد المكتئبين يتسمون بتشويهاً معرفية، ويحملون أفكاراً سلبية ومعتقدات غير عقلانية حول أنفسهم، ومستقبلهم ومحيطهم، من أهم تلك الدراسات نذكر ما يلي:

دراسة "فينيل وكامبل Fennell & Campbell" (1984)، التي هدفت إلى تحديد وفهم الأخطاء المعرفية (Cognitive errors) المرتبطة بالاكتئاب، كما خلصت إلى أن الأفراد المكتئبين يميلون إلى تفسير المواقف والأحداث بطريقة سلبية، حتى في حال عدم وجود دليل موضوعي يدعم تفسيرهم.

ودراسات "سلامة" (1987، 1989، 1991)، التي أظهرت ارتباطاً وثيقاً بين التشوهات المعرفية والاكتئاب، إذ تعتبر أن الأنماط المعرفية المشوهة هي المكون الأساسي في فهم وتشخيص وكذا علاج الاكتئاب.

ودراسة "الريحاني وآخرون" (1989)، التي دلت على وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب.

وكذلك دراسة "عمر" (2001)، التي توصلت إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب.

وفي نفس السياق نجد دراسة "العلوي" (2013)، التي أشارت إلى وجود علاقة دالة احصائيا بين التشوهات المعرفية والاكتئاب.

تبرر هذه الدراسات الحاجة الملحة لتضمين الجانب المعرفي في البرامج العلاجية لتخفيف درجة الاكتئاب لدى المرضى، وهذا ما تم أخذه بعين الاعتبار في الدراسة الحالية، والتي اتسقت نتائجها مع نتائج بعض الدراسات السابقة منها:

دراسة "هيون وآخرون Hyun et al" (2005)، التي أسفرت نتائجها عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في ارتفاع درجات الفاعلية الذاتية لدى المجموعة التجريبية، وخفض درجات الاكتئاب لديهم بشكل ملحوظ.

ودراسة "شان وآخرون Chen et al" (2006)، التي هدفت إلى تقييم مدى تأثير العلاج المعرفي السلوكي الجماعي على مستويات الاكتئاب وتقدير الذات لدى المكتئبين، حيث أثبتت النتائج فعاليته في تحقيق التحسن على المستوى المعرفي، وتخفيف مستوى الاكتئاب لدى المرضى بشكل دال احصائيا.

كذلك دراسة "شاترتون وآخرون Chatterton et al" (2007)، التي اعتمدت على منهج دراسة الحالة، وقد أظهرت نتائجها فعالية العلاج المعرفي في رفع مستوى تقدير الذات، وانخفاض درجة الاكتئاب لدى المريض.

وأيضاً دراسة "بوغوسكي وآخرون Bogucki et al (2021)، التي خلصت إلى اعتبار العلاج المعرفي السلوكي علاجاً فعالاً وقابلاً للتطبيق في بيئات الرعاية الأولية، لمعالجة الاضطرابات الاكتئابية.

وفي ذات السياق قدمت دراسة "مولود وآخرون Moloud et al (2022) دليلاً آخرًا على فعالية هذا العلاج، حيث هدفت إلى تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي الجماعي في علاج مرضى الاكتئاب الرئيسي، والتي أفادت نتائجها بانخفاض أعراض الاكتئاب، وارتفاع مستوى تقدير الذات والتفاؤل لدى أفراد المجموعة التجريبية، وكذا استمرار هذه التأثيرات الإيجابية بعد الانتهاء من تطبيق العلاج، التي تم تحديدها من خلال قياسات المتابعة.

بالرغم من أن التفسير النظري للعلاقة بين الجانب المعرفي والاكتئاب، وتأثير أسلوب التفكير على الحياة الانفعالية للفرد بشكل عام، هو تفسير قد تبلور بشكل واضح في السنوات الأخيرة، إلا أن له جذوراً تاريخية ممتدة، فقد تنبه المفكرون إلى أن الطريقة التي يدرك بها الإنسان الأمور، هي التي تسم سلوكه بالاضطراب أو السواء، ففي العصر اليوناني يذكر أحد رواد "المدرسة الرواقية" أن الناس لا يضطربون من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها، حيث تولي هذه المدرسة أهمية كبرى لتعديل المسالك الذهنية في سبيل تحقيق السعادة، كما ترى أن ما لا يمكن تعديله يجب تقبله وطرح الانشغال به جانبا، فقد لا يقبل الفرد الكثير من وقائع الحياة التي لا يمكن تغييرها أو إصلاحها (ك وفاة قريب، اختلاف الناس عن بعضهم البعض، العجز عن الكمال...)، وهذا ما يجعله عرضة لكثير من ألوان التعاسة والاضطراب.

(إبراهيم، 1998، ص. 145)

ومن هذا المنطلق تأسست كل من النظرية المعرفية لـ "بيك Beck"، والنظرية العقلانية الانفعالية لـ "إليس Ellis"، اللذان يعتبران أن الاضطراب النفسي، ما هو إلا نتيجة للطريقة السلبية التي يفكر بها الفرد، والتي تؤثر بصورة أو بأخرى على صحته النفسية.

حيث يذهب "إليس Ellis" إلى أن مشكلات الإنسان تنبع من طريقة تفكيره، ومعالجته للأحداث الخارجية، ابتداء من الفرضية القائلة أن انفعالات وعواطف الإنسان ناتجة عن معتقداته وما يؤمن به، وكذلك عن حكمه وتقييمه للأمور، وليس من الأحداث نفسها.

في هذا الصدد حدد "إليس Ellis" الأساس المعرفي للسلوك في معادلة تدعى "ABC"، إذ يقوم العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على إقناع الفرد بأن النتائج الانفعالية غير المرغوبة، ليست نتيجة حتمية للحدث، بل نتاج المعتقدات الخاطئة التي يتبناها الفرد.

إضافة إلى أن "إليس Ellis" (1977)، قد حدد في كتابه العقل والانفعال في العلاج النفسي Reason and emotion in psychotherapy، إحدى عشرة فكرة لاعقلانية، وهي المسببة للاضطرابات النفسية، والتي تؤدي إلى تشويش تفكير الفرد، وعدم قدرته على التوافق مع ذاته والآخرين. وغالبا ما تتشكل هذه الأفكار وتتحكم في تفكير الكثير من الأشخاص (الذكور والإناث على حد سواء)، ويتحدثون بها على هيئة ينبغي Shoulds، ووجوبيات أو لزوميات Oughts and musts، وهي منتشرة بنسب مختلفة ومتفاوتة في كل المجتمعات.

وتتمثل هذه الأفكار في: طلب الاستحسان، اللوم الشديد للذات وللآخرين، الرغبة في الكمال الشخصي، الإعتمادية، إبتغاء الحلول الكاملة، توقع الكوارث، اللامسؤولية، القلق والإهتمام الزائد، تجنب المشكلات، الحزن المفرط لمشكلات الآخرين، الشعور بالعجز.

(Robb & Warren, 1990, p. 305)

فضلا عن هذا، فقد أظهرت المقابلات التشخيصية في الدراسة الحالية، التي أجريت مع المصابات بالاكئاب المقاوم للعلاج الدوائي، وجود أفكار سلبية أخرى لديهن تتعلق بالعلاج، من بينها: "بالرغم من التزامي بتناول الدواء، إلا أنني أرى أنه عديم الفائدة، لأنني لم أشعر بتحسن تام"، "هذا الاضطراب لا يمكن الشفاء منه حتى بتناول الدواء"، "أعتقد أنني سأظل مكتئبة طوال حياتي"، "أنا فاشلة وعديمة الفائدة، حتى في شفاي من المرض"، "أنا عاجزة تماما عن تغيير وضعيتي"، "أنا لا أستحق السعادة والشفاء من مرضي"، "أصبح الاكتئاب جزءا مني، لا يمكنني التعافي منه".

قد تكون هذه الأفكار وغيرها من المعتقدات السلبية، هي العامل المساهم في مقاومة الاكتئاب للعلاج الدوائي لدى المصابات به، كما تظهر كيف أن هذا الاضطراب غالبا ما يتشابك مع أنماط تفكير متجذرة، مما يستدعي تدخلات معرفية قوية ومركزة لكسر هذه الدائرة السلبية اللامتناهية.

هذا ما يبرز أهمية التدخل العلاجي المعرفي في هذا البرنامج، حيث توصلت النتائج في هذه الفرضية كما سبق الذكر، إلى انخفاض درجة الأفكار اللاعقلانية لدى المصابات بالاضطراب، التي يمكن عزوها إلى الأساليب والفنيات التي تم استخدامها في هذا المحور؛ كمرقبة الذات، التمييز بين الأحداث والأفكار والمشاعر، تحديد وتسجيل الأفكار، إيقاف التفكير، الحوار السقراطي، تعديل الأفكار الخاطئة وتحويلها إلى أفكار إيجابية، حيث تم تدريبهن على ممارستها داخل الجلسات العلاجية، ثم تطبيقها والتدرب عليها في المواقف الحياتية اليومية.

إن الجمع بين هذه الفنيات العلاجية المعرفية، قد سمح للمفحوصات باكتشاف، فهم، وتغيير أنماط تفكيرهن السلبية، واستهداف الآليات المعرفية الكامنة وراء دوام هذا الاضطراب،

والتي تحول دون التعافي منه، ما يظهر الدور الهام للمحور المعرفي، بصفته القائد في رحلة العلاج.

2- تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور الانفعالي:

ينص اختبار هذا الفرض على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي".

تبين من خلال الجدول رقم (53) أن قيمة اختبار "ت" دالة إحصائياً بالنسبة لاستمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء؛ بمعنى يوجد اختلاف ارتقى لمستوى الدلالة بين درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي والبعدي، لصالح القياس القبلي، إذ تراوحت درجات القياس القبلي للأفراد ما بين (6-8.4)، ودرجات القياس البعدي ما بين (1.5-3.5)، حيث انخفض مستوى التوتر، وازدادت درجة الاسترخاء بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

وهذا ما تم توضيحه بيانياً من خلال الشكل رقم (16)، فدرجات استجابة الأفراد في القياس القبلي أكبر بشكل دال من درجات استجابتهم في القياس البعدي؛ بمعنى أنهم كانوا أكثر معاناة من التوتر قبل تطبيق البرنامج العلاجي، مما يؤكد فعاليته في خفض هذا الشعور.

كما دلت المعالجة الإحصائية الموضحة في الجدول رقم (54)، على وجود حجم أثر كبير أحدثه المتغير التجريبي المتمثل في البرنامج العلاجي، على المتغير التابع المتمثل في تقديرات الاستجابات البعدية لاستمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء، حيث ساهم في خفض مستوى التوتر لدى أفراد الدراسة، وهذا ما يعتبر مقياساً لقوة الأثر

للمتغير المستقل على التابع، إذ قدرت قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين ب 5.71، والتي تقع في نطاق حجم التأثير الكبير، وبالتالي مؤشرا لحجم أثر مرتفع للمتغير المستقل.

انطلق بناء هذه الفرضية من خلال ما دلت عليه الدراسات السابقة، من أن الأفراد المكتئبين يفكرون للشعور بالاسترخاء، ويعانون من التوتر، منها:

دراسة "هامين Hammen" (1991)، التي أوضحت أن التوتر هو سبب رئيسي لإصابة النساء بالاكتئاب، كما قدمت نموذج توليد التوتر (Stress generation model)، الذي يبين أن العلاقة بين الاكتئاب والتوتر ليست علاقة أحادية الاتجاه فحسب، بل هي علاقة متبادلة (Reciprocal relationship)، حيث تميل النساء المكتئبات إلى توليد ظروف مجهدّة ومؤثّرة من خلال أعراضهن وخصائصهن النفسية.

ودراسة "تافت ونيميروف Tafet & Nemeroff" (2016)، التي دلت على الدور الهام الذي يلعبه التوتر في ظهور وتطور الاكتئاب، فضلا عن تقديم تصور متعدد العوامل لحدوث التوتر، يدمج بين التغيرات البيولوجية العصبية، والاستعدادات الوراثية، وكذا التأثيرات البيئية.

وأیضا دراسة "كيم وآخرون Kim et al" (2022)، التي أقرت بوجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين التوتر والالتهاب والاكتئاب، حيث يلعب الالتهاب دورا وسيطيا حاسما بين التوتر المزمن والفيزيولوجيا المرضية للاكتئاب.

ومن هنا كانت الحاجة لتضمين المحور الانفعالي في البرنامج العلاجي للدراسة الحالية، وقد اتفقت نتائجها في هذه الفرضية مع نتائج بعض الدراسات السابقة منها:

دراسة "البنّا" (2011)، التي أثبتت فعالية برنامج استرخائي تدريبي في خفض حدة أعراض الاكتئاب لدى عينة من الطالبات.

وكذا دراسة "الحازمي" (2020)، التي دلت على فعالية برنامج علاجي اكلينيكي بالاسترخاء في خفض أعراض الاكتئاب لدى فئتين من مدمني المخدرات في مرحلة التعافي. إضافة لدراسة "كوز كاباكسي أوغلو وآياز الكايا Köse Kabakcioğlu & Ayaz- Alkaya" (2024)، التي أظهرت تأثير الاسترخاء العضلي التدريجي على التوتر والقلق والاكتئاب لدى عينة من المراهقين.

فقد أجمع علماء العلاج النفسي والسلوكي على فائدة التدريب على الاسترخاء، في تخفيض القلق والاكتئاب وتطوير الصحة النفسية، ويستخدمونه إما مستقلاً أو بالموازاة مع أساليب علاجية أخرى. (إبراهيم، 1998، ص. 210)

إن "والتر كانون Walter Cannon" هو أول من وصف "استجابة القتال أو الهروب" (Fight or flight response)، كسلسلة من التغيرات البيوكيميائية التي تهيئ الفرد للتعامل مع الخطر والتهديد.

كما تمكن الباحث في مجال التوتر "هانز سيلبي Hans Selye"، من تتبع ما يحدث في جسم الإنسان أثناء "استجابة القتال أو الهروب"، حيث وجد أن عامل التوتر (سواء كان حقيقياً أو متخيلاً)، من شأنه أن يتسبب في إرسال الدماغ إنذاراً إلى منطقة تحت المهاد (Hypothalamus)، وهي المفتاح الرئيسي لاستجابة التوتر، والتي بدورها تقوم بتحفيز الجهاز العصبي الودي (Sympathetic nervous system)، وكل من الغدة الكظرية والنخامية، المسؤولتان عن إفراز هرمونات التوتر الرئيسية: الأدرينالين (Adrenaline)، النورابينفرين (Norepinephrine)، والكورتيزول (Cortisol)، ما يؤدي لإحداث سلسلة من التغيرات في الجسم منها: ارتفاع معدل ضربات القلب، زيادة في معدل التنفس، ارتفاع ضغط الدم، اضطراب في الجهاز الهضمي، وانقباض العضلات.

ولحسن الحظ يمكن إيقاف هذه الآلية وعكسها، من خلال "استجابة الاسترخاء" (Relaxation response)، فتعود وظائف أجهزة الجسم إلى وضعها الطبيعي.

(Davis et al, 2019, p. 2)

ويمكن عزو النتائج المتحصل عليها في هذه الفرضية إلى تدريبات الاسترخاء، والتي شملت أيضا تقنيات التنفس والتخيل وكذا اليقظة العقلية، حيث ساهمت في زيادة مستوى الاسترخاء لدى النساء المصابات بالاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، إذ عملت كبديل للمهدئات والأدوية النفسية المثبطة للتوتر، والتي تحقق نفس الهدف منها، دون حدوث التأثيرات الجانبية السلبية.

حيث تعمل على تنشيط الجهاز العصبي نظير الودي (Parasympathetic nervous system)، وهو جهاز العودة إلى التوازن والراحة، بعد التعرض للتوتر، وتنظيم العمليات الحيوية اليومية، مثل: تنظيم التنفس ودقات القلب، إرخاء العضلات، ضبط عملية الهضم، إعادة ضغط الدم لوضعه الطبيعي، وذلك من خلال إفراز الناقل العصبي "أسيتيل كولين" (Acetylcholine).

هذه التغيرات الفيزيولوجية وغيرها، قد ساهمت في تحقيق الاسترخاء الذهني والجسدي للمفحوصات، وبالتالي التخفيف من التوتر المرتبط بالاكتئاب لديهن.

فضلا عن استخدام تقنية النقبل التي ساهمت كذلك بشكل أو بآخر في زيادة مستوى الاسترخاء لديهن، وتحسين مزاجهن، بدل مقاومة مشاعرهن وأفكارهن السلبية، وشعورهن بالرفض الشديد تجاه وضعيتهن الحالية، والانغماس فيها.

كما كان لتقنية التنفيس الانفعالي بشقيها (اللفظي والكتابي)، دورا هاما في هذا المحور،

التي عملت على تمهيد الطريق لزيادة مستوى الاسترخاء لدى المفحوصات، كونها أتاحت لهن فرصة التعبير عن مشاعرهن السلبية المكبوتة وتحريرها، في جو يسوده الدعم النفسي والمشاركة الوجدانية.

3- تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور السلوكي:

ينص اختبار هذا الفرض على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي".

اتضح من خلال الجدول رقم (55) أن قيمة اختبار "ت" دالة إحصائياً بالنسبة لمقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب؛ بمعنى يوجد اختلاف ارتقى لمستوى الدلالة بين درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي والبعدي، لصالح القياس القبلي، إذ تراوحت درجات القياس القبلي للأفراد ما بين (116-149)، ودرجات القياس البعدي ما بين (79-105)، حيث انخفض مستوى سلوكيات الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

وهذا ما تم توضيحه بيانياً من خلال الشكل رقم (17)، فدرجات استجابة الأفراد في القياس القبلي أكبر بشكل دال من درجات استجابتهم في القياس البعدي؛ بمعنى أنهم كانوا أكثر معاناة من السلوكيات الاكتئابية قبل تطبيق البرنامج العلاجي، مما يؤكد فعاليته في خفض تلك السلوكيات.

كما أسفرت المعالجة الإحصائية الموضحة في الجدول رقم (56)، إلى وجود حجم أثر كبير أحدثه المتغير التجريبي المتمثل في البرنامج العلاجي، على المتغير التابع المتمثل في تقديرات الاستجابات البعدية لمقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب، حيث ساهم في خفض

مستوى السلوكيات السلبية المرتبطة بالاكتئاب لدى أفراد الدراسة، وهذا ما يعتبر مقياساً لقوة الأثر للمتغير المستقل على التابع، إذ قدرت قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين بـ 4.49، والتي تقع في نطاق حجم التأثير الكبير، وبالتالي مؤشراً لحجم أثر مرتفع للمتغير المستقل.

انطلق بناء هذه الفرضية من خلال ما توصل إليه الباحثون في مجال علم النفس المرضي، وما يتعلق بالاضطرابات الاكتئابية، حيث وجدوا أن مريض الاكتئاب تبدو عليه مظاهر الخمول والتباطؤ النفسي الحركي، في استجاباته، وكلامه، وطريقة مشيه، وفي كل تصرفاته بصفة عامة، وقد يصل به الحال إلى عدم النهوض من الفراش. (سرحان وآخرون، 2008، ص. 30)

وفي نفس السياق يضيف "هوفمان" أن الاكتئاب غالباً ما يقترن بسلوكيات الانسحاب وقلة النشاط، لذلك تصبح حياة المكتئبين خالية من التعزيزات، والشعور بالرضا والسعادة، ونظراً لانخفاض طاقتهم، قد يفقدون القدرة اللازمة على دراسة وفحص أفكارهم التلقائية، ومعتقداتهم، ومظاهر الاكتئاب الأخرى لديهم. (هوفمان، 2012، ص. 174)

كما يعرف الاكتئاب في الطب العقلي بأنه حالة مرضية، تتمحور في الأساس حول افتراضين رئيسيين؛ الأول يتعلق بحدوث تغير في المزاج، أما الثاني فيتعلق بتباطؤ النشاط العام، والسلوكات النفسية الحركية، وكذلك الوظائف العقلية. (بطرس، 2008، ص. 309)

مما دعى إلى دمج المحور السلوكي في البرنامج الحالي لهذه الدراسة، حيث جاءت نتائج هذه الفرضية متوافقة مع ما توصلت إليه بعض الدراسات السابقة التي تناولت نفس الجانب، منها:

دراسة "فيل Veale" (2008)، التي أثبتت الأثر الهام للتشيط السلوكي على انخفاض أعراض الاكتئاب، من خلال الاعتماد على طريقة جدولة الأنشطة، وتشجيع المرضى على

المشاركة في سلوكيات كانوا يتجنبونها سابقا، إضافة إلى مساعدتهم على إعادة التركيز على قيمهم واتجاهاتهم وأهدافهم في الحياة.

وكذلك دراسة "مارتل وآخرون Martell et al (2010)، التي أكدت فعالية التنشيط السلوكي في التخفيف من درجة الاكتئاب، وأن زيادة الانخراط في الأنشطة الهادفة والممتعة (مثل الهوايات، إنجاز المهام، التفاعل الاجتماعي)، ترتبط بشكل مباشر وقوي بانخفاض السلوكيات السلبية المرتبطة بالاكتئاب (مثل الخمول، التجنب، فقدان الاهتمام، والعزلة).

وأیضا دراسة "عبد العليم" (2023)، التي توصلت كذلك إلى فاعلية التنشيط السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لدى المراهقين.

ويمكن تفسير النتائج المتحصل عليها في هذه الفرضية، إلى الاستراتيجيات العلاجية للتنشيط السلوكي المستخدمة في هذه الدراسة، حيث ساهمت في كسر دائرة العزلة والخمول لدى النساء قيد الدراسة، من خلال تشجيعهن على الانغماس من جديد في الأنشطة العادية أو الهوايات التي كانت ممتعة بالنسبة لهن في السابق، بدءا بجدولة الأنشطة اليومية البسيطة، التي ساعدتهن على تخطي نمط الخمول، والالتزام تدريجيا بنمط سلوكي جديد يتمثل في التفاعل مع البيئة المحيطة.

فضلا عن أن انخراطهن في مختلف الأنشطة الهادفة والممتعة، قد زاد من فرص تعرضهن للتعزیز الإيجابي، كالشعور بالمتعة، الحيوية، الإنجاز، والقيمة الذاتية، واستعادة الثقة في قدراتهن، والتقليل من مشاعر العجز وعدم الكفاءة، المرتبطة بالخمول.

ومن الملاحظ أن إدراكهن للتأثير الإيجابي لممارسة الأنشطة، على مزاجهن وحالتهم النفسية، قد دفعهن للمشاركة في المزيد من الأنشطة، مما أدى إلى ارتفاع مستوى الطاقة والنشاط لديهن.

وعلاوة على ذلك، فقد ركز هذا المحور على العلاقة التبادلية بين ما هو نفسي وجسمي، وتأثير أسلوب الحياة على الصحة النفسية للإنسان، فقد دلت دراسة "جاكا وآخرون Jacka et al" (2017)، على أن اتباع نظام غذائي صحي (غني بالخضراوات والفواكه، الحبوب الكاملة، الأسماك، اللحوم، الدواجن، البيض، زيت الزيتون/ مع الابتعاد عن السكر، الأطعمة المقلية والمصنعة، الدقيق الأبيض، والوجبات السريعة)، قد أدى إلى انخفاض درجة الاكتئاب الشديد لدى المرضى.

وقد أثبتت دراسة "هغياتدوست وآخرون Haghghatdoost et al" (2018)، أن هناك ارتباطا قويا بين شرب الماء والصحة النفسية، حيث أن الجفاف (نقص الماء في الجسم) يؤدي إلى اختلال التوازن الهرموني، وخلل في وظائف الدماغ (الذي يتكون من 75% من الماء)، مما يؤثر سلبا على المزاج، ويزيد من خطر الإصابة بالاكتئاب.

كما سلطت دراسة "هاملتون وآخرون Hamilton et al" (2023)، الضوء على الدور الحيوي الذي يلعبه النوم في الصحة النفسية للفرد، حيث وجدت أن قلة عدد ساعات النوم بشكل مستمر، ترتبط ارتباطا وثيقا بزيادة خطر ظهور أعراض الاكتئاب في المستقبل. وتجدر الإشارة إلى أن النوم الجيد لا يقتصر فقط على المدة الكافية (التي تختلف حسب عمر الإنسان، الفروق الفردية، والعامل الوراثي)، بل يعتمد أيضا على انتظام دورته، ومسايرته للساعة البيولوجية، وكذا جودته، فالنوم المتقطع أو غير المريح، قد لا يوفر الراحة اللازمة، حتى لو طالت مدته.

من جانب آخر، أكدت دراسة "سينغ وآخرون Singh et al" (2023)، على تأثير تدخلات النشاط البدني في تخفيف أعراض الاكتئاب، وتحسين الحالة المزاجية.

وفي نفس السياق أفادت دراسة "كونوبكا Konopka" (2015)، أن للتمارين الرياضية تأثيرات بيولوجية وكيميائية مباشرة على الدماغ، من بينها إفراز الجسم للإندورفينات (Endorphins)، والتي تعرف بـ "المسكنات الطبيعية للألم"، مما يمنح الإنسان شعورا بالسعادة.

لذلك تم تعليم وتدريب المريضات بالاكتهاب المستعصي، على الالتزام بأسلوب حياة صحي (اتباع نظام غذاء صحي، شرب الماء بالكمية الكافية، النوم الجيد، وممارسة الرياضة)، مما ساهم في تقليل الخمول، وزيادة مستوى الطاقة لديهن.

4- تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور الاجتماعي:

ينص اختبار هذا الفرض على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس توكيد الذات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي".

اتضح من خلال الجدول رقم (57) أن قيمة اختبار "ت" دالة إحصائياً بالنسبة لمقياس توكيد الذات؛ بمعنى يوجد اختلاف ارتقى لمستوى الدلالة بين درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي والبعدي، لصالح القياس البعدي، إذ تراوحت درجات القياس القبلي للأفراد ما بين (0-13)، ودرجات القياس البعدي ما بين (20-29)، حيث ارتفع مستوى توكيد الذات بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

وهذا ما تم توضيحه بيانياً من خلال الشكل رقم (18)، فدرجات استجابة الأفراد في القياس البعدي أكبر بشكل دال من درجات استجابتهم في القياس القبلي؛ بمعنى أنهم كانوا

أكثر معاناة من قصور في توكيد الذات قبل تطبيق البرنامج العلاجي، مما يؤكد فعاليتها في زيادة هذا المتغير.

كما أسفرت المعالجة الإحصائية الموضحة في الجدول رقم (58)، إلى وجود حجم أثر كبير أحدثه المتغير التجريبي المتمثل في البرنامج العلاجي، على المتغير التابع المتمثل في تقديرات الاستجابات البعدية لمقياس توكيد الذات، حيث ساهم في رفع مستوى توكيد الذات لدى أفراد الدراسة، وهذا ما يعتبر مقياساً لقوة الأثر للمتغير المستقل على التابع، إذ قدرت قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين بـ 4.47، والتي تقع في نطاق حجم التأثير الكبير، وبالتالي مؤشراً لحجم أثر مرتفع للمتغير المستقل.

تم الانطلاق في بناء هذه الفرضية من خلال ما توصلت إليه بعض الدراسات السابقة، من أن المصابون باضطراب الاكتئاب يعانون قصوراً في توكيد الذات، منها:

دراسة "غريب" (1987) على المجتمع المصري، أسفرت عن وجود ارتباط سالب ودال إحصائياً بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى أفراد الدراسة (التي شملت: تلاميذ التعليم الثانوي، طلبة الجامعة، العمال والموظفين).

كذلك دراسة "معين وآخرون Mueen et al" (2006)، التي دلت على وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين الاكتئاب وتوكيد الذات، حيث كلما زادت التوكيدية لدى الشخص، كلما انخفضت مستويات الاكتئاب لديه، والعكس صحيح.

وفي نفس السياق أشارت دراسة "تيايبي" (2019)، إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى النساء.

وقد أكدت هذه الدراسات على أن السلوك التوكيدي هو عامل وقائي محتمل ضد الاكتئاب، وأن تعزيز هذا السلوك يمكن أن يلعب دورا مهما في تحسين الحالة المزاجية والانفعالية.

وعليه فقد اهتمت الدراسة الحالية بدمج المحور الاجتماعي في هذا البرنامج، والتي اتفقت نتائجها في هذه الفرضية مع نتائج بعض الدراسات السابقة منها:

دراسة "فوسبيتا وآخرون Fuspita et al (2018)، التي أثبتت فعالية التدريب على توكيد الذات في خفض مستوى الاكتئاب لدى المراهقين.

وكذلك دراسة "البرازي وآخرون Elbarazi et al (2024)، التي أظهرت أن التدريب على توكيد الذات، يعد استراتيجية فعالة في التخفيف من مستويات التوتر، والقلق، والاكتئاب لدى طلبة الجامعة.

إن الصعوبات الاجتماعية التي تواجه الشخص في حالات الاكتئاب، تمثل مشكلة أساسية بالنسبة له، إذ تجعله عرضة لكثير من الخبرات غير السارة، والتي تدفعه لمزيد من العزلة والانزواء، وتزايد إحساسه بالكآبة.

ومن مآسي الاكتئاب أنه يحول الشخص المصاب به، إلى ضحية نمط واحد من الانفعالات والأفعال التي يغلب عليها صفة السلبية، واللوم الذاتي، وتجريح النفس، والبكاء، والحزن، ومن ثم فإنه يتصرف في المواقف الاجتماعية المختلفة بطريقة تخلو من الاعتزاز بنفسه، وتقدير إمكانياته الشخصية، كما يصف نفسه بالفاشل، ويعجز عن رؤية إمكانيات النجاح والتفوق فيما يفعل، حتى ولو كان أدائه الفعلي متفوقا عن غيره.

ومن الطبيعي في مثل هذه المواقف، وبهذا الاتجاه، أن يجد المكتئب في العلاقات الاجتماعية عبئا يخلو من الإشباع، ولا يحصل منها على ما تحمله هذه المواقف أحيانا من

مكاسب، أو تقدير، فهو يدخل هذه المواقف -المحدودة في الأساس- بموقف الضعيف، الخائف من الرفض، أو الانتقاد، والباحث عن التأييد.

وقد أيدت الأبحاث أن هناك جوانبا كثيرة من الاكتئاب، تجعل علاقة المكتئب بالعالم الاجتماعي مصدرا للضيق والتعاسة والاضطراب، فغالبا ما يتصف المكتئب بأنه:

- يفتقر للإيجابية وللمهارات الاجتماعية الضرورية.
 - يجد صعوبة شديدة في المبادرة عند الرغبة في بدء علاقة جديدة.
 - جامد ومتصلب، ويعتبر أقل من غيره تفاعلا وتبادلا، سواء تعلق ذلك بحجم الكلام أو الأفعال المطلوبة في مثل هذه المواقف، أو ملاءمتها لموقف التفاعل وطبيعة العلاقة الاجتماعية.
 - يعاني من حساسية قوية عند دخوله في مواقف التفاعل، بما في ذلك حساسيته الشديدة للرفض، أو التجاهل، ونتيجة لهذا يتعرض لكثير من الإحباطات، ومشاعر التعاسة، وعدم السرور، مما ينفره فيما بعد من فرص الاحتكاك بمواقف جديدة.
 - لا يحسن التعبير عن نفسه، أو الدفاع عما قد ينسب إليه من أخطاء أو تصرفات.
- (إبراهيم، 1998، ص. 136)

لذلك يؤكد "كوتلر Cotler" على أن مهارة توكيد الذات هي من أهم المهارات الاجتماعية، حيث يرى بأنها عبارة عن سمة شخصية، تمكن الفرد من التعبير عن أفكاره ومشاعره (سواء كانت إيجابية أو سلبية)، بشكل لفظي أو غير لفظي، كما تجعله يتمتع بحرية الاختيار، والقدرة على اتخاذ القرارات، كما تمكنه من إقامة علاقات اجتماعية محكمة وصريحة، وتساعد على وقاية نفسه من الاستغلال. (بني يونس، 2009، ص. 322)

ويمكن عزو نتائج الفرضية المتوصل إليها، إلى محتويات هذا المحور، الذي تم التركيز فيه على تنمية مهارة أساسية في الجانب الاجتماعي للمكتئبة، ألا وهي توكيد الذات، من خلال استخدام فنيات علاجية منها:

فنية الحديث الداخلي الإيجابي، التي تم توضيحها وشرحها للمصابات بالاكئاب المستعصي، إذ كانت تعاني كل واحدة منهن من الحديث الذاتي السلبي والتشاؤمي، والذي هو من السمات الشائعة في الاكتئاب، وهو أشبه بوجود ناقد داخلي سلبي، لا يكل ولا يمل من توجيه الانتقاد واللوم والتقليل من شأن المكتئبة، مما يؤثر سلباً على أفكارها ومشاعرها وسلوكها الاجتماعي. لذلك تم تدريبهن على استبداله بحديث آخر إيجابي داعم ومحفز وتقاؤلي، وتشجيعهن على ممارسته بشكل يومي.

وكذلك فنية لعب الأدوار، التي تعتبر من الفنيات الهامة التي ساعدت النساء قيد الدراسة، على تعزيز السلوك التوكيدي لديهن، والتي تقوم على محاكاة أحداث ومواقف حياتية واقعية أو افتراضية، وتتقمص فيها المكتئبة أدواراً مختلفة، وتتفاعل بناءً على سيناريوهات اجتماعية معينة (تتمثل في مواقف تواجه فيها ضغوطات، أو صعوبة في التعبير عن ذاتها). فضلاً عن استخدام فنيتي المراقبة الذاتية والتخيل، اللتان ساهمتا بشكل واضح في تعلم المكتئبات للسلوكيات التوكيدية، وممارستها في الحياة اليومية.

5- تفسير ومناقشة نتائج فرضية المحور الروحي:

ينص اختبار هذا الفرض على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اليأس بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي".

اتضح من خلال الجدول رقم (59) أن قيمة اختبار "ت" دالة احصائيا بالنسبة لمقياس اليأس؛ بمعنى يوجد اختلاف ارتقى لمستوى الدلالة بين درجات أفراد عينة الدراسة في المقياس القبلي والبعدي، لصالح المقياس القبلي، إذ تراوحت درجات المقياس القبلي للأفراد ما بين (11-20)، ودرجات المقياس البعدي ما بين (0-8)، حيث انخفض مستوى اليأس بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

وهذا ما تم توضيحه بيانيا من خلال الشكل رقم (19)، فدرجات استجابة الأفراد في المقياس القبلي أكبر بشكل دال من درجات استجابتهم في المقياس البعدي؛ بمعنى أنهم كانوا أكثر معاناة من الشعور باليأس قبل تطبيق البرنامج العلاجي، مما يؤكد فعاليته في خفض هذا الشعور.

كما أسفرت المعالجة الإحصائية الموضحة في الجدول رقم (60)، إلى وجود حجم أثر كبير أحدثه المتغير التجريبي المتمثل في البرنامج العلاجي، على المتغير التابع المتمثل في تقديرات الاستجابات البعدية لمقياس اليأس، حيث ساهم في خفض مستوى اليأس لدى أفراد الدراسة، وهذا ما يعتبر مقياساً لقوة الأثر للمتغير المستقل على التابع، إذ قدرت قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين بـ 4.75، والتي تقع في نطاق حجم التأثير الكبير، وبالتالي مؤشراً لحجم أثر مرتفع للمتغير المستقل.

انطلق بناء هذه الفرضية من خلال ما توصلت إليه الدراسات السابقة، من أن الأفراد المكتئبين يعانون من اليأس، ومن أهم تلك الدراسات نذكر ما يلي:

دراسة "كوكس Cox" (1978)، التي بينت أن الشعور باليأس هو من بين الأعراض المميزة للاكتئاب، حيث يشعر المريض بفقدان الأمل في الحياة.

ودراسة "جورتمان Gurtman" (1981)، التي وجدت ارتباطاً وثيقاً بين الشعور باليأس وكل من الاكتئاب ونقص الدافعية للإنجاز.

(النيل، 1998، ص. 71-75)

كما دلت دراسة أخرى على وجود ارتباط موجب ودال احصائياً، بين النظرة التشاؤمية للمستقبل ومعدلات انتشار الاكتئاب واليأس، حيث يتصف المكتئب بتعميمه للفشل، والنظرة السلبية للحياة والذات والمستقبل. (دويدار، 1992، ص. 28)

إلى جانب ذلك أسفرت دراسة مشابهة، عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة احصائياً بين كل من الاكتئاب والشعور باليأس وتصور الانتحار، لدى طلبة الجامعة. (فايد، 1998، ص. 66)

إذ يعد اليأس حالة وجدانية تبعث على الكآبة، وتتميز بشعور الفرد بخيبة الأمل، وتوقعاته السلبية تجاه المستقبل والحياة، وتعميم ذلك الشعور في كل محاولة، والاعتقاد بأن لا شيء في الحياة يمكن أن يتحول ليكون في صالحه، إلى جانب عجزه عن النجاح في أي عمل يقوم به، وكذلك عجزه عن تحقيق أهدافه في الحياة. (محمد، 2002، ص. 206)

وعليه فقد عمدت الدراسة الحالية إلى دمج المحور الروحي في هذا البرنامج، والتي اتفقت نتائجها في هذه الفرضية مع نتائج بعض الدراسات السابقة منها:

دراسة "عنو" (2006)، التي أثبتت فعالية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم، الأذكار، والأدعية في تخفيف الاكتئاب الاستجابي لدى طالبات الجامعة.

ودراسة "تاويريت وزقعار" (2013)، التي بينت فعالية بروتوكول علاجي صوتي بسماع آيات قرآنية، في تخفيض الاكتئاب لدى الراشد المصاب بالصرع.

كذلك دراسة "بوعود" (2015)، التي أظهرت فعالية برنامج علاجي إثنونفسي من المنظور الإسلامي للتكفل ببعض الأمراض العصابية (القلق، الاكتئاب العصابي).

فالعلاج النفسي الديني هو نوع من أنواع العلاج النفسي، الذي يعمل على دمج المبادئ والقيم والممارسات الدينية والروحية مع الأساليب العلاجية النفسية، لمساعدة الأفراد على التعامل مع مشكلاتهم النفسية.

إذ ترى "سرى" بأنه طريقة من طرق الإرشاد والتوجيه، والتربية والتعليم والعلاج، تقوم على معرفة الفرد لنفسه، ولربه، ولدينه، وللقيم والمبادئ الدينية والأخلاقية، حيث تهدف إلى مساعدة الفرد المضطرب على تقبل نفسه، وتحريره من مشاعر الخطيئة والإثم، التي تهدد أمنه النفسي، وكذا إشباع حاجته إلى الأمن والسلام النفسي.

(سرى، 2000، ص. 263-264)

وقد اهتم العلماء والباحثون بالعلاج النفسي الديني -على اختلاف أديانهم-، مؤكدين على الدور الهام الذي تلعبه القيم الدينية في إدارة الانفعالات وضبط السلوك الإنساني، والعلاج النفسي.

فقد أكد "يونغ Young" في أحد كتبه على أهمية الدين في حياة الإنسان، ويرى بأنه جزء لا يتجزأ من البناء النفسي للشخصية الإنسانية، حيث يقول: (من الواضح في أي علم نفس يمس البناء النفسي للشخصية الإنسانية، أنه لا يمكنه إغفال حقيقة أن الدين ليس مجرد ظاهرة نفسية اجتماعية تاريخية، ولكنه يعتبر شيئاً مهماً للذات الشخصية)، كما يعتقد أن زيادة ارتباط الفرد بالدين يحسن من صحته النفسية، وأن فقدان معنى الروح ودورها، لهو سبب معظم الأمراض النفسية. (الصنيع، 2000، ص. 28)

وفي نفس السياق يضيف "لينك" Link في كتابه (العودة إلى الإيمان The Return to Religion) في قوله: (قد يفاجأ القارئ بهذا الأمر الذي سوف أعرضه عليه في هذه الفقرة، وهو أنني كنت في بعض الأحيان -إن لم يكن في أغلبها-، أنصح المرضى باتباع بعض تعاليم الكتاب المقدس، وقراءة بعض آياته، وأوصيهم باتباع العقائد المعقولة، مع أنني أعتبر بعيداً جداً عن الإيمان بذلك والاعتقاد فيه، وفي هذا ضرب من التناقض في سلوكي كطبيب نفسي، أن أصف أو أنصح ما لا أؤمن به، لكنك ستمنحني العذر عندما أصرح لك بأنني رأيت عجز المعلومات النفسية والعلمية عن تقديم النصيحة اللازمة في كل الأحوال، فما هي بالحاسمة ولا الكافية، لسد حاجات أولئك الذين طلبوا مني النصح والإرشاد). (لينك، 2010، ص. 17)

وبهذا يقر الكاتب ويصرح حسب خبرته وتجربته كطبيب نفسي، بوجود قصور في النهج العلمي البحت، عندما يتعلق الأمر ببعض جوانب النفس البشرية ومعاناتها، وهذا لا يعني التقليل من شأن العلم، بل هو إقرار بأن هناك أبعاداً ومعانيًا قد لا يغطيها العلم التجريبي بشكل كامل، مثل: الإيمان، الشعور بالمعنى، الامتنان، الصبر، الصلاة، الدعاء... وغيرها من المعاني الروحية.

كما خلص إلى نتيجة مفادها الأثر البالغ الذي يحدثه الدين على شخصية الفرد وصحته النفسية، في قوله: (إن كل من يعتقد ديناً أو يتردد على دور العبادة، يتمتع بشخصية أقوى وأفضل ممن لا دين له، أو لا يؤدي أي عبادة). (لينك، 2010، ص. 28)

وبالنظر إلى الدين الإسلامي فقد ورد ذكر اليأس في القرآن الكريم في عدة مواضع منها: قوله سبحانه وتعالى: ﴿لَا يَسْأَلُ الْإِنْسَانُ مِنْ دُعَاءِ الْخَيْرِ وَإِنْ مَسَّهُ الشَّرُّ فَيَنْوَسْ قَنُوطٌ﴾ [سورة فصلت، الآية: 49]

وقوله جل في علاه: ﴿وَلَيْئِنْ أَذَقْنَا الْإِنْسَانَ مِنَّا رَحْمَةً ثُمَّ نَزَعْنَاهَا مِنْهُ إِنَّهُ لَيَنُوسُ كُفُورًا﴾ [سورة هود، الآية: 9]

فاليأس صفة مذمومة في الإسلام، تتنافى مع الإيمان التام بالله وقدرته، ورحمته التي وسعت كل شيء، فهو شعور بفقدان الأمل، وانقطاع الرجاء، مع عدم توقع الفرج أو الخير، كما يعتبر اليأس من رحمة الله من صفات الكافرين، فقد قال تبارك وتعالى: ﴿وَلَا تَيَاسُوا مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِنَّهُ لَا يَيَاسُ مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ﴾ [سورة يوسف، الآية: 87]

لذلك يحث ديننا الحنيف على الأمل وحسن الظن بالله، وينهى بشكل واضح وصريح عن القنوط واليأس.

فقد قال رسول الله -صلى الله عليه وسلم-: ﴿يَقُولُ اللَّهُ تَعَالَى: أَنَا عِنْدَ ظَنِّ عَبْدِي بِي، وَأَنَا مَعَهُ إِذَا ذَكَرَنِي، فَإِنْ ذَكَرَنِي فِي نَفْسِهِ ذَكَرْتُهُ فِي نَفْسِي، وَإِنْ ذَكَرَنِي فِي مَلَأٍ ذَكَرْتُهُ فِي مَلَأٍ خَيْرٍ مِنْهُمْ، وَإِنْ تَقَرَّبَ إِلَيَّ بِشِبْرِ ذِرَاعًا، وَإِنْ تَقَرَّبَ إِلَيَّ ذِرَاعًا تَقَرَّبْتُ إِلَيْهِ بَاعًا، وَإِنْ أَتَانِي يَمْسِيهِ أَتَيْتُهُ هَرَوَلَةً﴾ [صحيح البخاري] (المسري، 2020، ص. 1195)

هذا الحديث القدسي العظيم، من الأحاديث التي تعمل على بث الأمل والرجاء في نفس المسلم، وتؤكد على أهمية حسن الظن بالله سبحانه وتعالى، والحرص على مداومة ذكره والإقبال عليه بالأعمال الصالحة، مع اليقين بأن التقرب إليه عز وجل بأي طاعة، حتى ولو كانت يسيرة، تقابلها من الله جل في علاه استجابة وفضل كبير.

ويمكن نسب نتائج الفرضية المتوصل إليها، إلى محتويات هذا المحور، الذي تم التركيز فيه على تخفيف الشعور باليأس لدى المصابة بالاكْتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، التي تعاني من أفكار انتحارية، وشعور عميق باليأس نظرا لعدم استجابتها للدواء وعدم تعافيتها من هذا الاضطراب، والذي اتضح جليا من خلال المقابلة التشخيصية المقننة، وكذا الجلسات العلاجية، لذلك تم تشجيعها على ممارسة الشعائر الدينية والعبادات القلبية والعملية، والتي

ليست مجرد طقوس، بل هي أقوال وأفعال واعتقادات تهدف إلى تعزيز علاقتها بالخالق سبحانه وتعالى، وتحسين صحتها النفسية.

فقد تم تشجيع وتحفيز المصابات على ممارسة الاستغفار والتوبة، بعد توعيتهن بتأثيرهما النفسي وفوائدهما، إذ هما من الوسائل الهامة للتطهير الروحي، يعملان على تخفيف الشعور الشديد بالذنب، سواء كان مرتبطاً بأخطاء حقيقية أم بأفكار سلبية مبالغ فيها. فقد قال الله تعالى في القرآن الكريم: ﴿وَمَنْ يَعْمَلْ سُوءًا أَوْ يَظْلِمْ نَفْسَهُ ثُمَّ يَسْتَغْفِرِ اللَّهَ يَجِدِ اللَّهَ غَفُورًا رَحِيمًا﴾ [سورة النساء، الآية: 110]

كما نجد قوله عز وجل: ﴿ثُمَّ إِنَّ رَبَّكَ لِلَّذِينَ عَمِلُوا السُّوءَ بِجَهَالَةٍ ثُمَّ تَابُوا مِنْ بَعْدِ ذَلِكَ وَأَصْلَحُوا إِنَّ رَبَّكَ مِنْ بَعْدِهَا لَغَفُورٌ رَحِيمٌ﴾ [سورة النحل، الآية: 119]

وكذلك قوله جلّ شأنه: ﴿وَأَنِ اسْتَغْفِرُوا رَبَّكُمْ ثُمَّ تُوبُوا إِلَيْهِ يُمَتِّعْكُمْ مَتَاعًا حَسَنًا إِلَى أَجَلٍ مُسَمًّى وَيُؤْتِ كُلَّ ذِي فَضْلٍ فَضْلَهُ ۖ وَإِنْ تَوَلَّوْا فَإِنِّي أَخَافُ عَلَيْكُمْ عَذَابَ يَوْمٍ كَبِيرٍ﴾ [سورة هود، الآية: 3]

حيث تُبرز هذه الآيات بوضوح سعة مغفرة الله سبحانه وتعالى ورحمته، وتحثّ المؤمن على عدم اليأس، فمهما ارتكب من سيئات وذنوب أو ظلم لنفسه، فإن باب المغفرة يظل مفتوحاً دائماً على مصراعيه، متى ما قرر الرجوع إلى الله تبارك وتعالى، واستغفر وتاب بصدق، كما تبين الآثار الطيبة للاستغفار والتوبة في الدنيا قبل الآخرة.

ونظراً لمعاناة المكتئبة من التركيز على الجوانب السلبية في حياتها، فقد تم استخدام أسلوب الشكر، الذي جعلها تعترف وتركز وتنتبه لنعم الله عليها، مما يقلل من حدة مشاعرها السلبية.

وقد وردت عدة آيات في القرآن الكريم تحت على الشكر وتظهر فضله، منها قوله عزوجل: ﴿وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ ۖ وَلَئِنْ كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ﴾ [سورة إبراهيم، الآية: 7]

إذ تبين هذه الآية وعد الله بالزيادة للمؤمن الشاكر للنعم، هذه الزيادة التي تمس كل جوانب الحياة من صحة، وسعادة، ومال، وعلم، وطمأنينة... وغيرها، وفي المقابل تحذر من العذاب الشديد لنكران نعم الله وجودها.

كما يعد التسبيح من الممارسات الروحانية التي تم استخدامها لتخفيف الشعور باليأس لدى المفحوصات، الذي يعتبر نوعاً من الذكر الرفيع المقام الذي يشترك فيه الإنسان مع سائر المخلوقات، لقوله جلّ جلاله: ﴿تَسْبِّحُ لَهُ السَّمَاوَاتُ السَّبْعُ وَالْأَرْضُ وَمَنْ فِيهِنَّ ۚ وَإِنْ مِنْ شَيْءٍ إِلَّا يُسَبِّحُ بِحَمْدِهِ وَلَكِنْ لَا تَفْقَهُونَ تَسْبِيحَهُمْ ۚ إِنَّهُ كَانَ حَلِيمًا غَفُورًا﴾ [سورة الإسراء، الآية: 44]، والذي يجلب الشعور بالطمأنينة والرضا للنفس، نتيجة الاستحضار الدائم لوجود الله سبحانه وتعالى، مصداقاً لقوله عزوجل: ﴿فَاصْبِرْ عَلَىٰ مَا يَقُولُونَ وَسَبِّحْ بِحَمْدِ رَبِّكَ قَبْلَ طُلُوعِ الشَّمْسِ وَقَبْلَ غُرُوبِهَا ۖ وَمِنْ آنَاءِ اللَّيْلِ فَسَبِّحْ وَأَطْرَافَ النَّهَارِ لَعَلَّكَ تَرْضَىٰ﴾ [سورة طه، الآية: 130]

إضافة لاستخدام الدعاء كتقنية علاجية مساعدة وفعالة في تخفيف اليأس لدى المفحوصات، نظراً لتأثيراته النفسية والروحية العميقة، والذي يعد من أعظم العبادات، وهو وسيلة تواصل أساسية ومباشرة بين العبد وربّه، لطلب العون منه، والتضرع إليه، ومناجاته، مما يسمح له بالتعبير عن مشاعره، ويمنحه شعوراً بالهدوء والاطمئنان، وأن الله سبحانه وتعالى يراه ويسمعه، ويستجيب دعاءه، وقادر على تغيير حاله، تصديقاً لقوله ذو الجلال والإكرام: ﴿أَمَّنْ يُجِيبُ الْمُضْطَرَّ إِذَا دَعَاهُ وَيَكْشِفُ السُّوءَ وَيَجْعَلُكُمْ خُلَفَاءَ الْأَرْضِ ۚ إِنَّ اللَّهَ مَعَ اللَّهِ ۚ قَلِيلًا مَّا تَذَكَّرُونَ﴾ [سورة النمل، الآية: 62]

كذلك تم الاعتماد على عبادة الصلاة، والتي تعتبر ركيزة أساسية في الدين الإسلامي، والتي تقدم للمرأة المكتتبة ملاذا روحيا، ومصدرا للراحة النفسية، من خلال تعزيز الصلة بالله سبحانه وتعالى، استشهادا بقوله تبارك وتعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ وَأَقَامُوا الصَّلَاةَ وَآتَوُا الزَّكَاةَ لَهُمْ أَجْرُهُمْ عِنْدَ رَبِّهِمْ وَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾ [سورة البقرة، الآية: 277]

فضلا عن تشجيع المفحوصات على مداومة قراءة القرآن الكريم، لما له من بالغ التأثير على النفس البشرية، فهو كلام الله جلّ في علاه، الذي فيه شفاء ورحمة للمؤمنين، تصديقا لقوله تبارك وتعالى: ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ ۖ وَلَا يَزِيدُ الظَّالِمِينَ إِلَّا خَسَارًا﴾ [سورة الإسراء، الآية: 82]

• تفسير ومناقشة نتائج الفرضيات الفرعية:

1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

ينص اختبار هذا الفرض على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي".

اتضح من خلال الجدول رقم (61) أن قيمة اختبار "ت" دالة إحصائيا بالنسبة لمقياس بيك الثاني للاكتئاب؛ بمعنى يوجد اختلاف ارتقى لمستوى الدلالة بين درجات أفراد عينة الدراسة في القياس القبلي والبعدي، لصالح القياس القبلي، إذ تراوحت درجات القياس القبلي لأفراد ما بين (49-63)، ودرجات القياس البعدي ما بين (21-36)، حيث انخفض مستوى الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

وهذا ما تم توضيحه بيانيا من خلال الشكل رقم (20)، فدرجات استجابة الأفراد في القياس القبلي أكبر بشكل دال من درجات استجابتهم في القياس البعدي؛ بمعنى أنهم كانوا أكثر معاناة من الاكتئاب قبل تطبيق البرنامج العلاجي، مما يؤكد فعاليته في خفض هذا الاضطراب.

كما أسفرت المعالجة الإحصائية الموضحة في الجدول رقم (62)، إلى وجود حجم أثر كبير أحدثه المتغير التجريبي المتمثل في البرنامج العلاجي، على المتغير التابع المتمثل في تقديرات الاستجابات البعدية لمقياس بيك الثاني للاكتئاب، حيث ساهم في خفض مستوى الاكتئاب لدى أفراد الدراسة، وهذا ما يعتبر مقياساً لقوة الأثر للمتغير المستقل على التابع، إذ قدرت قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين بـ 6.83، والتي تقع في نطاق حجم التأثير الكبير، وبالتالي مؤشراً لحجم أثر مرتفع للمتغير المستقل.

وقد اتفقت نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة "يحيائي" (2014)، التي هدفت لاختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد (نموذج أرنولد لازاروس) لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة، حيث أسفرت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات أفراد المجموعة التجريبية على القياسين القبلي والبعدي على الدرجة الكلية لسلم بيك الثاني للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.

كما اتفقت أيضاً مع نتائج دراسة "زعتز" (2016)، التي هدفت لاختبار فعالية برنامج علاجي سلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني في خفض درجة الاكتئاب النفسي، إذ أظهرت أن هناك فرقاً دالاً إحصائياً بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على سلم بيك الثاني للاكتئاب.

كذلك اتفقت مع نتائج دراسة "شهرباد وآخرون Shahrabad et al (2018)، التي هدفت إلى تقييم فعالية العلاج النفسي متعدد الوسائط لـ "لازاروس"، في تقليل أعراض الاكتئاب والقلق وتحسين التحكم في مستوى السكر في الدم، لدى النساء المصابات بداء السكري من النوع الثاني، حيث بينت النتائج أن هذا النوع من العلاج كان له تأثير كبير وإيجابي على المجموعة التجريبية، وأظهرت المشاركات انخفاضاً ملحوظاً في أعراض الاكتئاب والقلق، ومستوى السكر في الدم.

وفي نفس سياق النتائج كشفت دراسة "صدرمحمدي وآخرون Sadrmohammadi et al (2020)، عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي.

ويمكن تفسير النتائج المتوصل إليها، والتي تشير بوضوح إلى أن البرنامج العلاجي متعدد المحاور كان له تأثير إيجابي وفعال في خفض مستوى الاكتئاب لدى النساء اللاتي يعانين من الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، بأن هذا النوع من الاكتئاب يعد غالباً من أعقد أنواع الاكتئاب، لذلك لا يمكن الاكتفاء والاعتماد على جانب واحد فقط في علاجه أو تخفيف درجته على أقل تقدير، لهذا تم إعداد برنامج يستهدفه من مختلف الزوايا، من خلال دمج خمس محاور أساسية (معرفية، انفعالية، سلوكية، اجتماعية، وروحية).

كما تقدم هذه النتائج دليلاً قوياً على أن العلاجات النفسية غير الدوائية يمكن أن تكون حلاً بديلاً فعالاً لمثل تلك الحالات، خاصة عندما لا تظهر الأدوية النفسية فعالية سريرية، أو لا تحقق النتائج المرجوة، هذا ما يعزز التصور القائل بأن الاكتئاب ليس مجرد اختلال كيميائي يمكن إصلاحه بالأدوية فقط، بل هو حالة معقدة تتطلب تدخلات علاجية نفسية متكاملة وشاملة.

وبهذا الصدد، لا يمكننا إنكار إسهامات الأدوية النفسية في علاج الأمراض النفسية عامة، والاكتئاب خاصة، والتي تستند إلى النظرية الكيميائية القائلة بأن سبب الاكتئاب يكمن في اضطراب الناقلات العصبية في الدماغ، كالسيروتونين Serotonin، وأن الأدوية تعمل على زيادة توفرها في المخ.

فعلى الرغم من هيمنة هذه النظرية لفترة زمنية طويلة، إلا أن الواقع العلمي الحديث يعتبرها تبسيطاً مفرطاً لاضطراب معقد جداً، فالإكتئاب لا يمكن اختزاله في نقص مادة كيميائية في الدماغ، كما بينت الأبحاث أن هذه النظرية لا تستطيع تفسير جميع جوانبه (Moncrieff et al، 2022)، مثل عدم فعالية مضادات الاكتئاب لدى بعض الأشخاص المصابين به، مما يشير إلى أن هناك عوامل أخرى غير كيمياء الدماغ تلعب دوراً مهماً في الإصابة به، كالعوامل النفسية والاجتماعية والروحية، التي تتفاعل فيما بينها.

لذلك فالبرنامج المعد في الدراسة الراهنة، ينطلق ويستند إلى وجهة النظر الانتقائية التكاملية والمتعددة المحاور في العلاج، تبعا لتعدد الجوانب والعوامل التي يشملها اضطراب الاكتئاب، فبدلاً من الاقتصار على علاج جانب واحد أو الاعتماد على نظرية واحدة، تم الاعتماد على مختلف النظريات العلاجية، من خلال دمجها في نموذج علاجي متكامل.

حيث يرى "لازاروس" أن العلاج متعدد الأبعاد يهدف بصفة عامة، إلى إنقاص معاناة المريض النفسية، وتحسين نموه الشخصي، من خلال التعددية العلاجية التي يتميز بها عن غيره من العلاجات الأخرى، للوصول به إلى الحالة النفسية الطبيعية التي تؤهله للإندماج مرة أخرى بالمجتمع. (لازاروس، 2002، ص. 19)

كما يمكن إرجاع النتائج المتحصل عليها، إلى ثراء البرنامج بالفنيات والتقنيات العلاجية المتنوعة، التي تشكلت في منظومة علاجية متكاملة ومتراصة فيما بينها، والتي

استخدمت بطريقة سلسلة ومناسبة حسب كل محور علاجي، والتي أثبتت فعاليتها من خلال الدراسات السابقة، وكان الهدف من دمجها وتجميعها في برنامج واحد هو زيادة الكفاءة العلاجية.

كذلك مما ساهم في فعالية البرنامج العلاجي، هو اتباع أسلوب العلاج الجماعي، حيث أتاح للمتعالجات الشعور بالانتماء والأمان، والتقليل من شعورهن بالعزلة والوحدة، فالمشاركة في مجموعة مع نساء يمررن بتجارب مماثلة، من شأنه أن يوفر لكل واحدة من هنّ فرصة للتآزر والتفاعل الاجتماعي، وتبادل الخبرات.

ولا بد من ذكر الدور الهام الذي لعبته تقنية التثقيف النفسي في الوصول لتلك النتائج، وهي عملية منظمة تهدف إلى تزويد المتعالجة بمعلومات علمية حول الاضطراب الذي تعاني منه، ومسار العمل العلاجي، مما مكنها من أن تصبح شريكة فاعلة في رحلة علاجها، بدلا من أن تكون مجرد متلقيّة له.

فقد تم الحرص على أن تكون المتعالجات فاعلات ومشاركات إيجابيات في تحقيق الأهداف المرجوة للبرنامج، من خلال عدة أمور منها: المناقشات الجماعية التي تتخلل كل جلسة علاجية، ممارسة القراءة العلاجية، تطبيق الواجبات المنزلية وتقييمها، التقييم المرحلي والنهائي للبرنامج، وكل ذلك في جو يسوده الدعم والتشجيع وعدم إصدار الأحكام.

2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

ينص اختبار هذا الفرض على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد ثمانية (08) أسابيع من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي".

اتضح من خلال الجدول رقم (63) أن قيمة اختبار "ت" دالة احصائياً بالنسبة لمقياس بيك الثاني للاكتئاب؛ بمعنى يوجد اختلاف ارتقى لمستوى الدلالة بين درجات أفراد عينة الدراسة في المقياس البعدي والتتبعي، لصالح المقياس البعدي، إذ تراوحت درجات المقياس البعدي للأفراد ما بين (21-36)، ودرجات المقياس التتبعي ما بين (13-22)، حيث انخفض مستوى الاكتئاب أكثر بعد ثمانية (08) أسابيع من تطبيق البرنامج العلاجي.

وهذا ما تم توضيحه بيانياً من خلال الشكل رقم (21)، فدرجات استجابة الأفراد في المقياس البعدي أكبر بشكل دال من درجات استجابتهم في المقياس التتبعي.

كما أسفرت المعالجة الإحصائية الموضحة في الجدول رقم (64)، إلى وجود حجم أثر كبير أحدثه المتغير التجريبي المتمثل في البرنامج العلاجي، على المتغير التابع المتمثل في تقديرات الاستجابات التتبعية لمقياس بيك الثاني للاكتئاب، إذ قدرت قيمة حجم الأثر لمعامل كوهين بـ 3.77، والتي تقع في نطاق حجم التأثير الكبير، ما يعني استمرار التحسن حتى بعد توقف تطبيق البرنامج.

وتدعم نتائج دراسة "يحيوي" (2014) نتائج الدراسة الحالية، حيث أظهرت وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على المقياسين البعدي والتتبعي على سلم بيك الثاني للاكتئاب، بعد أربعة (04) أسابيع من انتهاء تطبيق برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد، لصالح المقياس البعدي.

ولكنها اختلفت مع نتائج دراسة "زعتز" (2016)، التي دلت على عدم وجود فروق بين متوسطات المجموعة التجريبية في المقياس البعدي والتتبعي، بعد أربعة (04) أسابيع من انتهاء البرنامج العلاجي متعدد المحاور.

يعتبر القياس التتبعي في مثل هذه الدراسات، خطوة منهجية بالغة الأهمية، لتقييم فعالية البرنامج العلاجي المسطر على المدى الطويل، وليس فقط تأثيره المباشر. وهو عملية إعادة تقييم للحالة النفسية للمشاركات في هذه الدراسة، من خلال إعادة تطبيق مقياس بيك الثاني للاكتئاب عليهن، بعد فترة زمنية قدرت بثمانية (08) أسابيع من اختتام البرنامج العلاجي، بهدف معرفة مدى استمرارية التحسينات التي طرأت عليهن بعد العلاج.

وقد تبين من خلال النتائج الموضحة سابقا، بقاء واستمرار الأثر العلاجي، والذي يمكن عزوه إلى أن من خصائص العلاج متعدد الأبعاد منع الانتكاسة، والحفاظ على المكاسب العلاجية لفترات أطول، ذلك أنه نهج علاجي شامل يركز على جميع جوانب الشخصية الإنسانية، بدلا من التركيز على جانب واحد فقط، بهدف تحقيق تغيير شامل ومستدام في حياة الشخص، ومساعدته على تطوير مهارات واستراتيجيات تكيفية في كل جوانب حياته، مما يجعله أكثر قدرة على التعامل السليم مع الضغوط التي قد تؤدي به إلى الانتكاسة. كما أنه علاج تعليمي، يكسب المصاب بالاكتئاب آليات التعامل مع المشكلة الراهنة، وأيضا مع ما يمكن أن يطرأ عليه من عقبات وصعوبات مستقبلا، مما يسمح بتغيير نظرتة لنفسه وللمستقبل وللحياة، فتزداد كفاءته في حل المشكلات، والقدرة على مواجهة التحديات التي تفرضها عليه الظروف المختلفة.

كما يمكن إرجاع النتائج المتحصل عليها، إلى شعور المشاركات بالإصرار والعزيمة في محاولتهن الجادة في التشافي من الاكتئاب، فقد عملن جاهدات على عدم الاستسلام مرة أخرى لهذا الاضطراب، الذي أثر سلبا على صحتهن النفسية والجسدية.

وبلا شك أنه كان للتقنيات والفنيات المستخدمة في كل محور علاجي، الأثر الواضح في النتائج المتوصل إليها، حيث تم تدريب المشاركات عليها، والحرص على استمرارهن في ممارستها حتى بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، وقد كان تحسنهن حافظاً لهن في التمسك ومواصلة تطبيق تلك التقنيات، فغدت أساليب حياتية تلقائية لديهن.

• تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

ينص اختبار هذا الفرض على: "للبرنامج العلاجي متعدد المحاور فعالية في تخفيف درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به". أثبتت نسبة الكسب البسيطة لـ "هريدي" الموضحة في الجدول رقم (65)، فاعلية العلاج النفسي المقترح في تخفيف درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، حيث قدرت بـ 0.45، وهي فاعلية مقبولة.

وقد ظهر ذلك جلياً من خلال تحقق الفرضية الفرعية الأولى، والتي أثبتت وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب، ما قدم دليلاً واضحاً على أن البرنامج العلاجي كان فعالاً في إحداث تغيير مباشر بعد تطبيقه.

إضافة إلى تحقق الفرضية الفرعية الثانية، والتي دلت على وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب، ما يعزز نتيجة الفرضية السابقة، ويؤكد على أن التغييرات التي أحدثها البرنامج لم تكن مؤقتة، بل امتد أثرها إلى ما بعد شهرين من تطبيقه.

كما يمكن تفسير الأثر الكلي للبرنامج من خلال نجاح كل محاوره، كل على حدى، فقد تحققت كل فرضيات المحاور العلاجية (المعرفية، الانفعالية، السلوكية، الاجتماعية، والروحية)، أي أن البرنامج بجميع مكوناته قد عمل بشكل متكامل لتحقيق الهدف العام وهو تخفيف درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي.

مما يدعم ويؤيد كذلك نتائج الفرضيات السابقة، استجابات المشاركات على استمارة التقييم النهائي للبرنامج العلاجي، التي كانت تقييمات إيجابية، حيث أبدى رضا هن عن هذا البرنامج ومحاوره ومحتوياته، وما حققته من تغيير وتحسن في مختلف جوانب شخصياتهن المعرفية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية والروحية، وما أحرزته من تقدم وتطور على مستوى علاقتهن بالله سبحانه وتعالى، وأنفسهن، والآخرين.

خلاصة الفصل:

بعد تحديد مشكلة الدراسة، والاطلاع على ما تيسر من الأساس النظري والدراسات السابقة ذات العلاقة بموضوع الدراسة، فإنه يتوجب على الباحث أن يقوم بإيجاد فرضيات تكون بمثابة حلول أو تفسيرات مؤقتة للمشكلة، يجري اختبارها من خلال الأساليب المناسبة، بهدف التأكد من صحتها أو نفيها. وقد احتوت هذه الدراسة على الفرضية العامة، والتي تضمنت فرضيتين فرعيتين، إضافة لخمس فرضيات خاصة بمحاور البرنامج العلاجي، والتي ثبت تحققها، كما تم في هذا الفصل محاولة تفسيرها ومناقشتها، بناء على طرح بعض الاحتمالات التي قد تكون وراء ظهور تلك النتائج.

خلاصة الدراسة:

من خلال النتائج المتوصل إليها، نستنتج تحقق الأهداف المرجوة للدراسة، وعليه يمكننا القول أن البرنامج العلاجي المقترح فاعلية إيجابية مقبولة ومناسبة في تخفيف درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء، وقد تم اختيار هذه الفئة من المجتمع بناء على نتائج الدراسات السابقة التي أثبتت معاناة النساء من الاكتئاب أكثر من الرجال، نتيجة لعدة عوامل داخلية وخارجية، إضافة لما أدلت به بعض الأبحاث كذلك من أن أكثر من ثلث المرضى المصابون بالاكتئاب الجسيم، لا يستجيبون للعلاج الدوائي.

وقد كان العلاج النفسي متعدد المحاور أحد الحلول المقترحة لتلك الفئة، نظرا لثرائه بالتقنيات العلاجية من مختلف التوجهات النظرية، وكذا تكامله وشموليته، إذ أظهرت النتائج أن دمج المحاور المعرفية والانفعالية والسلوكية والاجتماعية والروحية، في إطار علاجي متكامل، يمثل استراتيجية علاجية ناجعة.

وبناء على ذلك يمكن تلخيص نتائج الدراسة كما يلي:

- للبرنامج العلاجي متعدد المحاور فعالية في تخفيف درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس بيك الثاني للاكتئاب بعد ثمانية (08) أسابيع من الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس البعدي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على اختبار الأفكار اللاعقلانية بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس توكيد الذات بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس البعدي.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اليأس بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي، لصالح القياس القبلي.
- تبقى نتائج هذه الدراسة في إطار الحدود البشرية والزمانية والمكانية، إلا أنها تفتح آفاقاً جديدة للتدخلات العلاجية، وتمثل نقطة عبور هامة لمزيد من الدراسات والأبحاث، وباستعمال حزمة من أدوات أخرى، وعينات مختلفة.

مقترحات الدراسة:

على ضوء ما تم التوصل إليه في الدراسة الحالية، قد تكون هذه النتائج بداية لفتح آفاق جديدة أمام الباحثين لاستكشاف جوانب أخرى لم يتم تناولها، واستكمالاً لذلك يمكن تقديم المقترحات التالية:

- القيام بدراسات مسحية إحصائية وطنية حديثة لمدى انتشار اضطراب الاكتئاب عبر الوطن، ونسبة المصابين بالاكتئاب المقاوم للعلاج.
- تطبيق البرنامج العلاجي المقترح على عينة كبيرة الحجم، حتى يمكن تعميم النتائج.
- القيام بقياسات تتبعية متكررة للاكتئاب ولجوانب الشخصية، لقياس استمرارية التحسن على المدى الطويل (3 أشهر، 6 أشهر، سنة).
- دراسة فاعلية البرنامج العلاجي المقترح على فئات عمرية مختلفة، كالمراهقين أو كبار السن، لتقييم ما إذا كانت الفاعلية تختلف باختلاف المرحلة العمرية، والتحديات المصاحبة لها.
- تطبيق البرنامج العلاجي المقترح على اضطرابات وعينات أخرى.
- استخدام وسائل الإعلام لإنشاء حملات توعية شاملة ومؤثرة، تساهم في تحسين الوعي بالاكتئاب، وتقديم الدعم اللازم لمن يعانون منه.
- نشر الثقافة النفسية الدينية، وتوعية المجتمع بأهمية الدين الإسلامي والالتزام بتعاليمه في تحقيق الصحة النفسية.
- إجراء دراسة مقارنة بين البرنامج العلاجي المقدم حضورياً والبرنامج المقدم عبر الانترنت (عن بعد)، وتقييم مدى فاعلية البرنامج إذا تم تقديمه عبر منصات الانترنت، ما قد يساهم في تطوير أدوات علاجية أكثر مرونة، والوصول لأكثر عدد من المرضى وتقديم المساعدة اللازمة لهم.

- إجراء حملات توعوية نفسية عبر وسائل التواصل الاجتماعي، هدفها توعية المرأة بأهمية الحفاظ على صحتها النفسية، وانعكاساتها على كل جوانب حياتها، وتشجيعها على طلب المساعدة، دون الشعور بالخوف من إصدار أحكام سلبية عليها.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

القرآن الكريم.

- إبراهيم، حيدر معن. (2019). *اليقظة العقلية والمعتقدات المعرفية وكيفية قياسهما*. دار كلكامش.
- إبراهيم، سليمان. (2014). *الشخصية الإنسانية واضطرابات النفسية*. الوراق للنشر والتوزيع.
- إبراهيم، عبد الستار. (1998). *الاكتئاب*. عالم المعرفة.
- إبراهيم، عبد الستار. (2008). *الاكتئاب والكدر النفسي* (ط. 2). دار الكاتب.
- إبراهيم، محمد. (2024). *مفتقد للحياة: عن الاكتئاب والتعافي*. دار مركز الأدب العربي.
- أبو أسعد، أحمد، والأزيدة، رياض. (2015). *الأساليب الحديثة في الإرشاد النفسي والتربوي*. مركز دبيونو لتعليم التفكير.
- أبو النور، محمد. (2000). *أثر الإرشاد الانتقائي في الاتجاه نحو الزواج العرفي لدى عينة من الشباب الجامعي*. مجلة البحث في التربية وعلم النفس، 13(3)، 247-293.
- أبو عبّاءة، صالح، ونيّازي، عبد المجيد. (2000). *الإرشاد النفسي والاجتماعي*. مكتبة العبيكان.
- باترسون. (1990). *نظريات الإرشاد والعلاج النفسي* (ترجمة: الفقي، حامد). دار القلم.

- باتريك، كارول، وشاري، جون. (2007). التغلب على اكتئاب المراهقين (ترجمة: كركي، سهى نزيه). العبيكان للنشر.
- بارلو، ديفيد. (2002). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية (ترجمة: فرج، صفوت). مكتبة الأنجلو المصرية.
- براهيمي، شبلي، وبوعمامة، إسماعيل. (2017). المنظور الإدماجي الانتقائي في الإرشاد النفسي. مجلة مجتمع تربية عمل، 2(2)، 11-30.
- بركات، زياد. (2020). فعالية برنامج إرشادي انتقائي تكاملي في تنمية الصمود النفسي لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة. المجلة الأكاديمية العالمية في العلوم التربوية والنفسية، 1(1)، 1-51.
- برنيت، دين. (2022). فهم الأمراض النفسية منطقياً. (ترجمة: عبد الله، عيسى). دار عصير الكتب.
- بشري، صمويل تامر. (2007). الاكتئاب والعلاج بالواقع. مكتبة الأنجلو المصرية.
- بطرس، حافظ بطرس. (2008). التكيف والصحة النفسية للطفل. دار المسيرة.
- بلان، كمال. (2015). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. دار الإعمار العلمي.
- بن فرج الله، بختة. (2017). واقع الاضطرابات العقلية في الجزائر. مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، 4(4)، 141-152.
- البنا، أنور. (2011). فاعلية برنامج استرخائي تدريبي لخفض حدة الاكتئاب. المجلة العربية للعلوم النفسية، 8(31).
- بني يونس، محمد. (2009). سيكولوجية الدافعية والانفعالات (ط. 2). دار المسيرة.

- بوعود، أسماء. (2015). *فعالية برنامج إثنونفسي من المنظور الإسلامي للتكفل ببعض الأمراض العصابية (القلق، الاكتئاب العصابي) [أطروحة دكتوراة]*. جامعة محمد لمين دباغين- سطيف 2.
- بوكرمة، فاطمة الزهراء، وفاضلي، أحمد. (2018). *علم الأدوية النفسية (ط. 2)*. دار هومة.
- بيرنز، توم. (2021). *الطب النفسي (ترجمة: العبري، حسين)*. دائرة الثقافة والسياحة، مركز أبو ظبي للغة العربية.
- بيك، آرون. (2024). *العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية (ترجمة: مصطفى، عادل)*. مؤسسة هنداوي للنشر والتوزيع.
- بيك، جوديت. (2007). *العلاج المعرفي (ترجمة: مطر، طلعت)*. المركز القومي للترجمة والنشر.
- تاويريت، نور الدين، وزقعار، فتحي. (2013). *فعالية بروتوكول علاجي صوتي بسماع آيات قرآنية في تخفيض الاكتئاب لدى الراشد المصاب بالصرع*. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 5(10)، 121-134.
- ترول، تيموثي. (2007). *علم النفس الاكلينيكي (ترجمة: داوود، فوزي، وزين الدين، حنان)*. دار الشروق.
- تيايبي، عبد الغاني. (2019). *تحليل العلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات*. مجلة دراسات في علوم الإنسان والمجتمع، 2(1)، 38-67.
- جابر، عبد الحميد، وكفافي، علاء الدين. (1995). *معجم علم النفس والطب النفسي إنجليزي-عربي: الجزء السابع*. دار النهضة العربية.

- الجابري، فؤاد. (2007). اليأس وعلاقته ببعض المتغيرات. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، (13)، 140-130.
- جلال، سعد. (1986). في الصحة العقلية: الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية. دار الفكر العربي.
- الحازمي، خالد. (2020). أثر برنامج علاجي إكلينيكي بالاسترخاء في خفض أعراض الاكتئاب لدى فئتين من مدمني المخدرات في مرحلة التعافي. المجلة العربية للنشر العلمي، (25)، 111-89.
- الحجار، محمد. (1999). الوجيز في فن ممارسة العلاج النفسي-السلوكي. دار النفائس.
- الحجاوي، عبد الكريم. (2004). موسوعة الطب النفسي. دار أسامة.
- حسين، حسين فالح. (2013). علم النفس المرضي والعلاج النفسي. مركز دبيونو لتعليم التفكير.
- حسين، طه. (2004). الإرشاد النفسي. دار الفكر.
- حسين، طه. (2008). استراتيجيات تعديل السلوك للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. دار الجامعة الجديدة.
- الحمادي، أنور. (2021). الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض-11، ICD-11.
- الحمادي، أنور. (2022). معايير تشخيص DSM-5-TR.
- خاطر، عبد الله. (1992). الحزن والاكتئاب. المنتدى الإسلامي.
- الخطيب، محمد. (2000). التوجيه والإرشاد النفسي. مطبعة مقداد.

- خليل، محمد. (2002). الصلاة وأسرارها النفسية بالمفاهيم السلوكية المعاصرة. وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية.
- الدبولي، فاتح. (2009). الانفعالات النفسية من منظور إسلامي وموضوعات أخرى. دار المأمون.
- دويدار، عبد الفتاح. (1992). المكونات العائلية والمعالم السيكومترية لمقياس اليأس للأطفال في البيئة المصرية. مجلة دراسات نفسية، 2(1)، 25-55.
- رايت، جيسي، وماكراي، لورا. (2014). للتخلص من الاكتئاب (ترجمة: الشخيلي، محمد). دار المنظمة العربية.
- رشدي، رضا. (2006). المرجع الدوائي في الطب النفسي. مكتبة الأنجلو المصرية.
- رضوان، سامر. (2018). الاكتئاب لدى النساء. الأرشيف العربي العلمي.
- رولر، وكاسبار، وشلوتكي. (2016). التشخيص النفسي الإكلينيكي (ترجمة: رضوان، سامر جميل). دار الكتاب الجامعي.
- رياض، سعد. (2008). موسوعة علم النفس والعلاج النفسي من منظور إسلامي. دار ابن الجوزي.
- الريحاني، سليمان. (1985). تطوير اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية. دراسات العلوم الإنسانية، 12(11)، 77-95.
- الريحاني، سليمان، وحمد، نزيه، وأبو طالب، منير. (1989). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة الأردنية. مجلة دراسات، 16(6)، 36-56.
- زعتر، نور الدين. (2016). فعالية برنامج علاج سلوكي متعدد المحاور بمحتوى ديني في تخفيض الاكتئاب النفسي [أطروحة دكتوراة]. جامعة باتنة 1.

- زهران، أيمن. (2011). فاعلية العلاج التكاملي في تنمية بعض مهارات الحياة لدى عينة من الأطفال المعاقين عقلياً القابلين للتعلم. دراسات وبحوث، جامعة الملك عبد العزيز.
- زهران، حامد. (1980). التوجيه والإرشاد النفسي (ط. 2). عالم الكتب.
- زهران، حامد. (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط. 3). عالم الكتب.
- زهران، حامد. (2002). التوجيه والإرشاد النفسي (ط. 3). عالم الكتب.
- زهران، حامد. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط. 4). عالم الكتب.
- الزبيد، نادر. (2008). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (ط. 2). دار الفكر.
- سرحان، وليد، والخطيب، جمال، والحباشنة، محمد. (2008). الاكتئاب. دار مجدلاوي.
- سرى، إجلال. (2000). علم النفس العلاجي (ط. 2). عالم الكتب.
- سعدات، محمود. (2014). الإرشاد النفسي الديني في ضوء القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة. مكتبة الألوكة.
- سعفان، أحمد. (2004). العملية الإرشادية. دار الكتاب الحديث.
- سعفان، محمد إبراهيم. (2006). الإرشاد النفسي الجماعي. دار الكتاب الحديث.
- سفيان، نبيل صالح. (2004). المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي. إيتراك للنشر والتوزيع.
- سلامة، ممدوحة. (1987). الاكتئاب وجوانب التشويه المعرفي. مجلة الصحة النفسية، 28.
- سلامة، ممدوحة. (1989). التشويه المعرفي لدى المكتئبين وغير المكتئبين. مجلة علم النفس، (11)، 41-52.

- سلامة، ممدوحة. (1991). الاعتمادية والتقييم السلبي للذات والحياة لدى المكتئبين وغير المكتئبين. مجلة دراسات نفسية، 1(2)، 199-218.
- سيد، مصطفى محمد هريدي. (2017). الفاعلية الاحصائية مفهوماً وقياساً. مجلة تربويات الرياضيات، 20(1)، 149-164.
- الشاذلي، عبد الحميد. (2001). الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية (ط. 2). المكتبة الجامعية.
- الشربيني، لطفي. (2001). الاكتئاب المرض والعلاج. منشأة المعارف.
- الشربيني، لطفي. (2004). معجم مصطلحات الطب النفسي. مركز تعريب العلوم الصحية.
- الشربيني، لطفي. (2012). الدليل إلى فهم وعلاج الاكتئاب. شبكة العلوم النفسية العربية.
- الشريف، محمد. (1996). سكينه الإيمان. دار ابن كثير.
- شقير، زينب. (1999). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي متعدد المحاور (مقترح) في تعديل بعض خصائص الأطفال مُفرطي النشاط. مجلة الآداب والعلوم الإنسانية، 34(1)، 11-71.
- الشناوي، محمد. (1994). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. دار غريب.
- شند، سميرة. (2008). فاعلية برنامج إرشادي انتقائي تكاملي في تنمية مكونات الإيجابية لدى عينة من المراهقين. مجلة القراءة والمعرفة، 75(1)، 204-266.
- صالح، صالح، وشامخ، بسمة. (2011). التحدث مع الذات وبعض الاضطرابات النفسية والسلوكية. دار صفاء.

- الصنيع، صالح. (2000). *التدين والصحة النفسية*. جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
- الطنطاوي، حازم. (2022). فعالية برنامج إرشادي انتقائي في تخفيف القلق المتعلق بكوفيد -19 لدى عينة من المراهقين. *المجلة التربوية*، (98، ج1)، 22-84.
- العبادسة، أنور. (2021). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى المترددين على عيادة مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية. *مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية*، 12(34)، 147-161.
- عبد الخالق، أحمد محمد. (2016). *اكتئاب الطفولة والمراهقة*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد العزيز، مفتاح. (2001). *علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة*. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد العليم، أحمد. (2023). فاعلية العلاج بالتنشيط السلوكي في علاج الاكتئاب لدى المراهقين. *مجلة الآداب للدراسات النفسية والتربوية*، 5(4)، 9-61.
- العتيبي، أحمد. (2021). فاعلية برنامج إرشادي انتقائي لتنمية التوافق النفسي والاجتماعي لدى الأيتام ذوي الظروف الخاصة في المرحلة الثانوية. *المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية*، 5(19)، 71-98.
- عجاجة، صفاء. (2020). فعالية برنامج علاجي انتقائي للحد من أعراض الوسواس والأفعال القهرية. *مجلة كلية التربية*، 31(124)، 93-154.
- عزت، مراد. (1994). *كيف تتخلص من الأمراض النفسية*. دار البلاد.
- عطا الله، مصطفى. (2023). الصورة العربية لمقياس العوامل الأربعة للتنشيط السلوكي للاكتئاب. *مجلة البحث في التربية وعلم النفس*، 38(2)، 549-606.

- العطاس، عبد الله. (2010). فاعلية برنامج إرشادي انتقائي في تحسين مستوى النضج المهني لدى عينة من الطلبة المستجدين بجامعة أم القرى. في المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم النفس (المجلد 1، ص 51-82). رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية.
- العفيفي، عبد الحكيم. (1990). الاكتئاب والانتحار. الدار المصرية اللبنانية.
- العقون، لحسن، وسلطنة، نسرین. (2021). مستويات الصحة النفسية العامة لدى الشباب في المجتمع الجزائري. مجلة المقدمة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، 6(1)، 135-150.
- عكاشة، أحمد. (1998). الطب النفسي المعاصر. مكتبة الأنجلو المصرية.
- عكاشة، أحمد. (2008). الاكتئاب مرض العصر. مركز الأهرام.
- عكاشة، أحمد، وعكاشة، طارق. (2010). الطب النفسي المعاصر. مكتبة الأنجلو المصرية.
- علوي، إسماعيل، وزغبوش، بنعيسى. (2009). العلاج النفسي المعرفي. عالم الكتب الحديث.
- العلوي، عبد الرزاق. (2013). التشوهات المعرفية المسببة لاضطراب الاكتئاب. مجلة العلوم الإنسانية، 24(1).
- العماري، الطيب. (2011). التحولات السوسيوثقافية في المجتمع الجزائري وإشكالية الهوية. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 5(5)، 431-445.
- عمر، جمعة. (2001). العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والقلق الاجتماعي والاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة علم النفس، 54(54).

- عنو، عزيزة. (2006). مدى فعالية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم والأذكار والأدعية على الاكتئاب الاستجابي لدى طالبات الجامعة [أطروحة دكتوراة]. جامعة الجزائر.
- عوض، رثيفة. (2001). ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة التشخيص والعلاج. مكتبة النهضة العربية.
- عيسوي، عبد الرحمن. (1984). العلاج النفسي. دار الفكر الجامعي.
- العيسوي، عبد الرحمن. (1990). باثولوجيا علم النفس. دار الفكر العربي.
- غانم، محمد. (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. مكتبة الأنجلو المصرية.
- غراوة، ودوناتي، وبيرناور. (1999). مستقبل العلاج النفسي (ترجمة: رضوان، سامر جميل). منشورات وزارة الثقافة.
- غريب، عبد الفتاح. (1986). مقياس توكيد الذات. مجلة كلية التربية جامعة الأزهر، (6)، 172-182.
- غريب، عبد الفتاح. (1987). دراسة تحليلية للعلاقة بين الاكتئاب وتوكيد الذات لدى عينات مصرية. مجلة الصحة النفسية، 28، 33-78.
- غريب، عبد الفتاح. (1990). مقياس بيك للاكتئاب (ط. 2). مكتبة النهضة المصرية.
- غريب، عبد الفتاح. (2000). مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II. مجلة كلية التربية، 94، 283-332.
- فاضل، خليل. (2015). ضد الاكتئاب (ط. 3). منشورات خليل فاضل.

- فايد، حسين علي. (2004). *العدوان والاكتئاب*. مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- فايد، حسين. (1998). *الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طالبات الجامعة وطلابها*. دراسات نفسية، 8(1)، 41-78.
- فرج، صفوت. (2008). *علم النفس الاكلينيكي*. مكتبة الأنجلو المصرية.
- فرغلي، علاء. (2013). *فنيات ومهارات العلاج النفسي*. مجلة المستجدات النفسية العربية، (37-38)، 149-150.
- القذافي، رمضان. (1998). *الصحة النفسية والتوافق* (ط. 3). المكتب الجامعي الحديث.
- القرني، محمد، والكشكي، مجدة، وخياط، عبير، وعرب، أروى. (2016). *التشخيص الاكلينيكي والممارسة العلاجية*. مطابع جامعة الملك عبد العزيز.
- القريطي، عبد المطلب. (1998). *الصحة النفسية*. دار الفكر العربي.
- كاس، وأولدهام، وبارديس. (2009). *في الطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي* (ترجمة: رضوان، سامر جميل). دار الكتاب الجامعي.
- كامل، أحمد. (2022). *حجم التأثير والفاعلية في البحوث التجريبية*. المجلة الدولية لبحوث الاعلام والاتصالات، 2(3)، 1-27.
- كراملنجر، كيث. (2002). *الاكتئاب*. الدار العربية للعلوم.
- كربال، مختار. (2019). *اقتراح تدخل علاجي من وجهة نظر الأخصائيين النفسيين مبني على العلاج النفسي المتعدد الأبعاد كأسلوب لتعديل بعض السمات لدى المساجين الانتكاسيين* [أطروحة دكتوراة]. جامعة باتنة 1-الحاج لخضر.

- كريشان، ربي، والتخاينة، صهيب. (2024). أثر برنامج إرشادي مستند لنموذج لازاروس في تنمية التدفق النفسي لدى عينة من طالبات المرحلة الأساسية العليا في مدارس معان. *حوليات آداب عين شمس*، 52(11)، 110-132.
- كرينغ، وجونسون، ودافيسون، ونيل. (2016). *علم النفس المرضي، استنادًا على الدليل التشخيصي الخامس* (ترجمة: الحويلة، أمثال هادي، وعياد، فاطمة سلامة، وشويخ، هناء، والرشيد، ملك جاسم، والحمدان، نادية عبد الله). مكتبة الأنجلو المصرية.
- كوروين، بيرني، ورودل، بيتر، وبالمر، ستيفن. (2008). *العلاج المعرفي السلوكي المختصر* (ترجمة: مصطفى، محمود). دار إيتراك.
- كولز. (2011). *المدخل إلى علم النفس المرضي الاكلينيكي* (ترجمة: الدماطي، عبد الغفار، وحماد، ماجدة، وحسن، حسن). دار المعرفة الجامعية.
- لازاروس، أرنولد. (2002). *العلاج النفسي الشامل الحديث: الأسلوب المتعدد الأشكال والمختصر* (ترجمة: الحجار، محمد حمدي). مؤسسة الرسالة للطباعة والنشر والتوزيع.
- ليندزاي، بول. (2000). *مرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين* (ترجمة: فرج، صفوت). مكتبة الأنجلو المصرية.
- لينك، هنري. (2010). *العودة إلى الإيمان* (ترجمة: عكاشة، ثروت). الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- ليهي، روبرت. (2020). *فنيات العلاج المعرفي* (ترجمة: شواش، تيسير، والعرجان، سامي، وهاشم، أحمد). دار الفكر.
- المحارب، ناصر. (2000). *المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي*. دار الزهراء.

- محمد، بدر . (2002). *المرجع في مقاييس الشخصية*. دار الكتاب الحديث.
- محمد، عادل أبو الحسن. (2018). *الاكتئاب وسنينه*. دار البشير للنشر والتوزيع.
- محمد، عادل عبد الله. (1999). *العلاج المعرفي السلوكي*. دار الرشد.
- مختار، محي الدين. (2000). بعض تقنيات البحث وكتابة التقرير. *مجلة دراسات في المنهجية*، ديوان المطبوعات الجامعية.
- المسري، إقبال. (2020). دراسة حديثة تحليلية لقوله عز وجل "أنا عند ظن عبدي بي". *مجلة الدراسات العربية*، 42(3)، 1185-1222.
- المشعان، عويد. (2011). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالعصابية والاكتئاب والعدوانية لدى الطلبة المتعاطين في دولة الكويت*. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، 12(4)، 255-284.
- مصطفى، أسامة فاروق. (2011). *مدخل إلى الاضطرابات السلوكية والانفعالية*. دار المسيرة.
- مصطفى، محمود. (2009). *العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب*. دار إيتراك.
- المطيري، معصومة سهيل. (2005). *الصحة النفسية: مفهومها واضطراباتها*. مكتبة الفلاح.
- المعاينة، عبد العزيز،، بني جابر، جودت،، والعزة، سعيد. (2002). *المدخل إلى علم النفس*. دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- معمري، بشير. (2010). *تقنين قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب*. *مجلة شبكة العلوم النفسية العربية*، (25-26)، 92-105.
- معمري، بشير. (2012 أ). *أساسيات القياس النفسي وتصميم أدواته*. دار الخلدونية.
- معمري، بشير. (2012 ب). *علم النفس الذات*. دار الخلدونية.

- مكاي، ماثيو، وجرينبرج، مايكل، وفانينج، باتريك. (2022). *العلاج بالتقبل والالتزام للاكتئاب والخزي* (ترجمة: أبو زيد، عبد الجواد). مكتبة الأنجلو المصرية.
- مكنزي، كوام. (2013). *الاكتئاب* (ترجمة: منعم، زينب). دار المؤلف.
- ملحم، سامي. (2001). *الإرشاد والعلاج النفسي: الأسس النظرية والتطبيقية*. دار المسيرة.
- ملحم، سامي. (2007). *مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي*. دار المسيرة.
- مليكة، لويس كامل. (1990). *العلاج السلوكي وتعديل السلوك*. دار القلم للنشر والتوزيع.
- المنجد في اللغة والأعلام. (1975). (ط. 25). دار المشرق.
- منسي، حسن، ومنسي، إيمان. (2004). *التوجيه والإرشاد النفسي ونظرياته*. دار الكندي.
- منظمة الصحة العالمية. (2016). *العلاج بين الشخصي للاكتئاب*. منظمة الصحة العالمية.
- الميلادي، عبد المنعم. (2004). *الأمراض والاضطرابات النفسية*. مؤسسة شباب الجامعة.
- النعمة، إبراهيم. (2000). *العلاج النفسي في القرآن الكريم*. دار المأمون للنشر والتوزيع.
- النيال، مایسة. (1998). *بعض المتغيرات الوجدانية لدى بعض فئات الاعتماد العقاقيري في ريف مصر وحضرها*. مجلة علم النفس، (48)، 66-95.
- نينا، مايكل، ودرايدن، ويندي. (2019). *العلاج المعرفي السلوكي* (ترجمة: أبو زيد، عبد الجواد). مكتبة الأنجلو المصرية.

- هوفمان، اس جي. (2012). *العلاج المعرفي السلوكي المعاصر* (ترجمة: عيسى، مراد). دار الفجر للنشر والتوزيع.
- هيندز، ديفيد. (2008). *اقهر الاكتئاب* (ط. 2). مكتبة جرير.
- ياسين، عطوف محمود. (1988). *أسس الطب النفسي الحديث*. منشورات ميسون الثقافية.
- اليحفوفي، نجوى. (2006). السعادة والاكتئاب وعلاقتهما ببعض المتغيرات الديموغرافية لدى طلاب الجامعة اللبنانيين. *مجلة دراسات عربية في علم النفس*, 5(4)، 945-972.
- يحيوي، وردة. (2014). اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الأبعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة (نموذج أرنولد لازاروس) [أطروحة دكتوراة]. جامعة محمد خيضر - بسكرة.

المراجع باللغة الأجنبية:

- André, C. (2005). *Les thérapies cognitives*. Bernet-Danilo.
- Beck, A. (1987). Why distinguish between cognitive therapy and cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy Today Journal*, 6(1), 240.
- Beck, A. (1997). Cognitive therapies. In P. E. Sifneos (Ed.), *Essential papers on psychoanalysis*. New York University Press.
- Benson, J. F. (1998). *Working more creatively with groups*. Tavistock Publications.

- Bernard, J. (2018). Depression: A review of its definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, 5(1), 6–7.
- Besche–Richard, C., & Bungener, C. (2004). *Psychopathologie de l'adulte*. Armand Colin.
- Biggs, D. (1994). *Dictionary of counseling*. British Library.
- Bogucki, O. E., Craner, J. R., Berg, S. L., Miller, S. J., Wolsey, M. K., Smyth, K. T., Sedivy, S. J., Mack, J. D., Johnson, M. W., Burke, L. M., Williams, M. W., Katzelnick, D. J., & Sawchuk, C. N. (2021). Cognitive behavioral therapy for depressive disorders: Outcomes from a multi–state, multi–site primary care practice. *Journal of Affective Disorders*, 294, 745–752.
- Bourlas, I. P. (2010). *Le mal–à dire: Mots du corps et maux d'esprit*. Publibook.
- Chatterton, L., Hall, P. L., & Tarrier, N. (2007). Cognitive Therapy for Low Self–Esteem in the Treatment of Depression in an Older Adult. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 365–369.
- Chen, T. H., Lu, R. B., Chang, A. J., Chu, D. M., & Chou, K. R. (2006). The evaluation of cognitive–behavioral group therapy

on patient depression and self-esteem. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(1), 3–11.

- Clarkson, P. (2013). *Transactional analysis psychotherapy: An integrated approach*. Routledge.
- Cottraux, J. (2001). *Les thérapies comportementales et cognitives*. Masson.
- Cottraux, J. (2007). *Thérapie cognitive et émotions, la troisième vague*. Elsevier Masson.
- Cuijpers, P., Javed, A., & Bhui, K. (2023). The WHO World Mental Health Report: a call for action. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 222(6), 227–229.
- Culbertson, F. M. (1997). Depression and gender: An international review. *American Psychologist*, 52 (1), 25–31.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (2019). *The relaxation and stress reduction workbook* (7th ed.). New Harbinger Publications.
- DeFilippis, M. (2018). *Depression in children and adolescents with autism spectrum disorder*. University of Texas Medical Branch.
- ElBarazi, A. S., Mohamed, F., Mabrok, M., Adel, A., Abouelkheir, A., Ayman, R., Mustafa, M., Elmosallamy, M.,

Yasser, R., & Mohamed, F. (2024). Efficiency of assertiveness training on the stress, anxiety, and depression levels of college students. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 203.

- Fennell, M. J. V., & Campbell, E. A. (1984). Discriminating between cognitive distortion and a lack of skill: The problem of the depressed patient who is truly deficient in social performance. *British Journal of Clinical Psychology*, 23(2), 103–110.
- Fuspita, H., Susanti, H., & Putri, D. E. (2018). The influence of assertiveness training on depression level of high school students in Bengkulu, Indonesia. *Enfermería Clínica*, 28(Suppl. 1), 300–303.
- Haghighatdoost, F., Feizi, A., Esmailzadeh, A., Rashidi-Pourfard, N., Keshteli, A. H., Roohafza, H., & Adibi, P. (2018). Drinking plain water is associated with decreased risk of depression and anxiety in adults: Results from a large cross-sectional study. *World Journal of Psychiatry*, 8(3), 88–96.
- Hamilton, O. S., Steptoe, A., & Ajnakina, O. (2023). Polygenic predisposition, sleep duration, and depression: evidence from a

prospective population-based cohort. *Translational Psychiatry*, 13(1), 323.

- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 555–561.
- Hollanders, H. (1999). Eclecticism and integration in counselling: Implications for training. *British Journal of Guidance & Counselling*, 27(4), 483–500.
- Hyun, M. S., Chung, H. I., & Lee, Y. J. (2005). The effect of cognitive-behavioral group therapy on the self-esteem, depression, and self-efficacy of runaway adolescents in a shelter in South Korea. *Applied Nursing Research*, 18(3), 160–166.
- Ithman, M. (2023). *Antidepressants not working?*. Live Healthy, University of Missouri Health care.
- Jacka, F. N., O'Neil, A., Opie, R., Itsiopoulos, C., Cotton, S., Mohebbi, M., Castle, D., Dash, S., Mihalopoulos, C., Chatterton, M. L., Brazionis, L., Dean, O. M., Hodge, A. M., & Berk, M. (2017). A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression. *BMC Medicine*, 15(1), 23.

- Jones. (2015). *Depression self help, how to deal with depression, overcome, depression and symptoms and signs of depression*. Richard Foreman.
- Kauffman, J. M., & Landrum, T. J. (2018). *Characteristics of emotional and behavioral disorder* (11th ed.). Pearson.
- Kim, I. B., Lee, J. H., & Park, S. C. (2022). The relationship between stress, inflammation, and depression. *Biomedicines*, *10*(8), 1929.
- Konopka, L. M. (2015). How exercise influences the brain: a neuroscience perspective. *Croatian Medical Journal*, *56*(2), 169–171.
- Köse Kabakcioğlu, N., & Ayaz–Alkaya, S. (2024). The effect of progressive muscle relaxation on stress, anxiety, and depression in adolescents: A quasi–experimental design. *Journal of Pediatric Nursing*, *78*, 89–96.
- Lyer, K., & Khan, Z. A. (2012). Depression, A Review. *Research of Journal of Recent Sciences*, *1*(4), 79–87.
- Malhotra, A., Mars, J., & Baker, J. (2024). *Group therapy*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman–Dunn, R. (2010). Behavioral activation for depression: A disaggregated component

analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(3), 209–221.

- Moloud, R., Saeed, Y., Mahmonir, H., & Rasool, G. A. (2022). Cognitive-behavioral group therapy in major depressive disorder with focus on self-esteem and optimism: an interventional study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 299.
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M. A. (2023). The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 28, 3243–3256.
- Mueen, B., Khurshid, M., & Hassan, I. (2006). Relationship of depression and assertiveness in normal population and depressed individuals. *Internet Journal of Medical Update*, 1(2), 10–17.
- Munro, M., & Milne, R. (2020). Symptoms and causes of depression, and its diagnosis and management. *Nursing Times*, 116(4), 18–22.
- Norbert. (1999). *Dictionnaire de psychologie*. Larousse.
- Norcross, J. (2005). *A primer on integration psychotherapy* (2nd ed.). Oxford University Press.

- Payne, M. (1997). *Modern social work theory: A critical introduction*. The Macmillan Press.
- Pierson, M.-L. (2008). *Renaitre après la dépression*. Eyrolles.
- Robb, H. B., & Warren, R. (1990). Irrational beliefs tests: New insights, new directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4(3), 303–311.
- Sadrmohammadi, R., Gholamrezaei, S., & Ghadampour, E. (2020). The effectiveness of cognitive behavioral therapy on treatment-resistant depression. *Chronic Diseases Journal*, 8(1), 35–40.
- Serge. (2005). *Dictionnaire pratique et thématique de psychiatrie, psychanalyse, et psychothérapie*. Ellipses.
- Shahrabad, H., Bayazi, M., Zafari, Z., Teimouri, S., & Rajabzadeh, F. (2018). The effect of Lazarus multimodal therapy on depression, anxiety, and blood glucose control in women with type 2 diabetes. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 20(4), 249–255.
- Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, E., Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E., & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and

distress: an overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*, 57(18), 1203–1209.

- Slife, B., & Reber, J. (2001). Eclecticism in psychotherapy: Is it really the best substitute for traditional theories? In *Critical issues in psychotherapy: Translating new ideas into practice* (pp. 213–233). Sage Publications.
- Stricker, G., & Gold, S. (2011). Integrative approaches to psychotherapy. In *Essential psychotherapies: Theory and practice* (3rd ed., pp. 426–460). The Guilford Press.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2022). *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2021 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. PEP22-07-01-005, NSDUH Series H-57). Center for Behavioral Health Statistics and Quality, SAMHSA.
- Tafet, G. E., & Nemeroff, C. B. (2016). The links between stress and depression: Psychoneuroendocrinological, genetic, and environmental interactions. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 28(2), 77–88.
- Traywick, L. (2007). *Depression in the elderly*. University of Kansas.

- Veale, D. (2008). Behavioural activation for depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(1), 29–36.
- Weymouth, B. (2007). *Breathing interventions in psychology: An overview of the theoretical and empirical literature*. School of Psychology, Pacific University.
- Zhdanova, M., Pilon, D., Ghelerter, I., Chow, W., Joshi, K., Lefebvre, P., & Sheehan, J. J. (2021). The prevalence and national burden of treatment-resistant depression and major depressive disorder in the United States. *Journal of Clinical Psychiatry*, 82(2), 20m13699.

المواقع الإلكترونية:

- مقاومة. (د.ت). في منجد المعاني.

تم الاسترجاع من:

<https://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar/%D9%85%D9%82%D8%A7%D9%88%D9%85%D8%A9>

- The Jackson Laboratory. (2015). *Happy or Sad? The Chemistry Behind Depression*. [صورة]

تم الاسترجاع من:

[https://www.jax.org/news-and-insights/jax-
blog/2015/december/happy-or-sad-the-chemistry-behind-
depression](https://www.jax.org/news-and-insights/jax-blog/2015/december/happy-or-sad-the-chemistry-behind-depression)

قائمة الملاحق

- الملحق رقم (1): استمارة صدق التحكيم لبرنامج علاجي متعدد المحاور للتخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به.
- الملحق رقم (2): نتائج تحكيم البرنامج العلاجي متعدد المحاور للتخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به.
- الملحق رقم (3): قائمة الأساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي.
- الملحق رقم (4): المقابلة التشخيصية المقننة.
- الملحق رقم (5): مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II.
- الملحق رقم (6): اختبار الأفكار اللاعقلانية.
- الملحق رقم (7): استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء.
- الملحق رقم (8): مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب.
- الملحق رقم (9): مقياس توكيد الذات.
- الملحق رقم (10): مقياس اليأس.
- الملحق رقم (11): العقد العلاجي.
- الملحق رقم (12): سجل الأفكار اللاعقلانية.
- الملحق رقم (13): سجل الأفكار اللاعقلانية وتعديلها.
- الملحق رقم (14): قائمة ببعض التشوهات المعرفية لبيك.
- الملحق رقم (15): سجل الأنشطة اليومية.
- الملحق رقم (16): سجل الأنشطة الممتعة.
- الملحق رقم (17): قائمة ببعض الأنشطة الممتعة.
- الملحق رقم (18): استمارة التقييم المرحلي للبرنامج.
- الملحق رقم (19): استمارة التقييم النهائي للبرنامج.
- الملحق رقم (20): الإجراءات المتبعة في جلسات البرنامج العلاجي.
- الملحق رقم (21): مخرجات التحليل الإحصائي لبيانات الدراسة باستخدام برنامج SPSS (النسخة 26).

الملحق رقم (1)

استمارة صدق التحكيم لبرنامج علاجي متعدد المحاور للتخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج

الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة 2 _لونيسى عليـ

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

الاسم واللقب: الدرجة العلمية:

التخصص: الجامعة أو مكان العمل:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الأستاذ(ة) الفاضل(ة) ...

في إطار إعداد رسالة الدكتوراة في علم النفس العيادي حول "فعالية برنامج علاجي متعدد المحاور في التخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به"، قامت الباحثة بتصميم برنامج علاجي متعدد المحاور للتخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى المرأة المصابة به، وترغب في الإسترشاد بآرائكم القيمة للتأكد من صلاحية جلساته.

لذا ترحو من سيادتكم التفضل بتقويم هذا البرنامج بما يخدمه ويعدله وذلك من خلال تقديركم لمدى:

- وضوح عنوان البرنامج.
- وضوح هدف البرنامج.
- الاتساق بين الهدف العام للبرنامج والأهداف الجزئية لكل جلسة.
- وضوح خطوات البرنامج.
- ترتيب مراحل الجلسات.
- ترتيب محاور البرنامج.
- كفاية عدد الجلسات في كل محور.
- كفاية عدد جلسات البرنامج ككل.
- وضوح أهداف كل جلسة.
- وضوح محتوى كل جلسة، وملاءمته مع الواجب المنزلي.
- ملاءمة الفنيات المستخدمة لكل جلسة.

- ملاءمة الأدوات المستخدمة في كل جلسة.
- ملاءمة زمن تطبيق كل جلسة.
- تقديم آراء إضافية حول إضافة أو حذف ما يناسب.
- الرجاء أن تسجلوا آراءكم من خلال وضع علامة (x) في الخانة المناسبة من الجدول الخاص بالتحكيم.
- ولتسهيل هذه العملية، نرودكم فيما يلي ببعض المعلومات اللازمة لتوضيح موضوع البرنامج.

1- التعريف بالبرنامج العلاجي:

- التعريف الاجرائي للاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي: هو اضطراب اكتئابي جسيم، تستمر أعراضه لمدة أسبوعين على الأقل، حيث أن المصاب به لم يستجب لفئتين مختلفتين من مضادات الاكتئاب، بجرعات مناسبة، ولفترة زمنية كافية.

- وصف البرنامج العلاجي متعدد المحاور للتخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي: هو برنامج مخطط ومنظم، يهدف إلى التخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى المرأة، وهو مكون من (16) جلسة، تم تقسيمها لثلاث مراحل أساسية كما يلي:

- **المرحلة الأولى**: وهي المرحلة التمهيدية، والتي تحتوي على (3) جلسات.
- **المرحلة الثانية**: وهي مرحلة التدخل العلاجي، وتحتوي على (10) جلسات، والتي تندرج ضمن (5) محاور رئيسية (المحور المعرفي، المحور الانفعالي، المحور السلوكي، المحور الاجتماعي، المحور الروحي).

1- **المحور المعرفي**: ويضم جلستين، ويتم فيه استهداف الأفكار اللاعقلانية، من خلال استخدام أساليب العلاج المعرفي، التي تركز على تعديل الأفكار اللاعقلانية، واستبدالها بأفكار أخرى عقلانية.

2- **المحور الانفعالي**: ويضم جلستين، ويتم فيه استهداف الشعور بالحزن، من خلال استخدام أساليب انفعالية، كالتهنيس الانفعالي والاسترخاء.

3- **المحور السلوكي**: ويضم جلستين، ويتم فيه استهداف الخمول، من خلال استخدام الأساليب السلوكية التي تهدف لاتباع أسلوب حياة صحي، وممارسة الأنشطة الممتعة.

4- **المحور الاجتماعي**: ويضم جلستين، ويتم فيه استهداف القصور في توكيد الذات، وذلك باتباع تقنيات اجتماعية تهدف لاكتساب المهارات الاجتماعية وسلوكيات توكيد الذات، ثم ممارستها في الحياة اليومية.

5- **المحور الروحي**: ويضم جلستين، ويتم فيه استهداف الشعور باليأس، من خلال الأساليب والقيم الروحانية كالإستغفار والتوبة والصلاة والدعاء.

										الجلسة (3)
										الجلسة (4)
										الجلسة (5)
										الجلسة (6)
										الجلسة (7)
										الجلسة (8)
										الجلسة (9)
										الجلسة (10)
										الجلسة (11)
										الجلسة (12)
										الجلسة (13)
										الجلسة (14)
										الجلسة (15)
										الجلسة (16)

إذا كانت لديكم أي آراء او ملاحظات إضافية، فتفضلوا بها:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

شكرا لتعاونكم

الملحق رقم (2)

نتائج تحكيم البرنامج العلاجي متعدد المحاور للتخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به

1- من حيث التصميم:

الموضوع	الحكم		النسبة المئوية
	الموافقة	عدم الموافقة	
وضوح عنوان البرنامج	13	0	%100
وضوح هدف البرنامج	13	0	%100
الاتساق بين الهدف العام للبرنامج والأهداف الجزئية لكل جلسة	12	1	%92.30
وضوح خطوات البرنامج	13	0	%100
ترتيب مراحل الجلسات	13	0	%100
ترتيب محاور البرنامج	13	0	%100
كفاية عدد الجلسات في كل محور	10	3	%76.92
كفاية عدد جلسات البرنامج ككل	11	2	%84.61

2- من حيث المحتوى:

رقم الجلسة	أهدافها		محتوياتها		الفنيات المستخدمة بها		الأدوات المستخدمة بها		زمن تطبيقها	
	موافقة الأساتذة	النسبة المئوية	موافقة الأساتذة	النسبة المئوية	موافقة الأساتذة	النسبة المئوية	موافقة الأساتذة	النسبة المئوية	موافقة الأساتذة	النسبة المئوية
الجلسة (1)	13	%100	13	%100	13	%100	13	%100	12	%92.30
الجلسة (2)	13	%100	13	%100	13	%100	13	%100	12	%92.30
الجلسة (3)	13	%100	13	%100	13	%100	13	%100	12	%92.30

%92.30	12	%100	13	%100	13	%100	13	%100	13	الجلسة (4)
%92.30	12	%100	13	%100	13	%100	13	%100	13	الجلسة (5)
%84.61	11	%100	13	%100	13	%100	13	%100	13	الجلسة (6)
%84.61	11	%92.30	12	%92.30	12	%92.30	12	%100	13	الجلسة (7)
%84.61	11	%100	13	%100	13	%100	13	%100	13	الجلسة (8)
%84.61	11	%100	13	%100	13	%100	13	%100	13	الجلسة (9)
%84.61	11	%100	13	%100	13	%92.30	12	%100	13	الجلسة (10)
%84.61	11	%100	13	%100	13	%92.30	12	%100	13	الجلسة (11)
%84.61	11	%100	13	%92.30	12	%92.30	12	%100	13	الجلسة (12)
%84.61	11	%100	13	%92.30	12	%92.30	12	%100	13	الجلسة (13)
%84.61	11	%100	13	%100	13	%100	13	%100	13	الجلسة (14)
%84.61	11	%100	13	%100	13	%100	13	%100	13	الجلسة (15)
%84.61	11	%100	13	%100	13	%100	13	%100	13	الجلسة (16)

الملحق رقم (3)

قائمة الأساتذة المحكمين للبرنامج العلاجي

رقم	الاسم واللقب	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل
1	أحمد فاضلي	أستاذ التعليم العالي	علم النفس العيادي	جامعة لونيبي علي- البليدة (2)
2	إسراء بله بابكر	دكتورة	الطب النفسي	جامعة السودان العالمية
3	أشرف محمد نجيب عبد اللطيف	أستاذ مشارك	علم النفس المعرفي	جامعة سوهاج-مصر
4	أمنة ياسين	أستاذ التعليم العالي	علم النفس التربوي	جامعة محمد بن أحمد- وهران (2)
5	حنان طالب	أستاذ التعليم العالي	علم النفس العيادي	جامعة قاصدي مرباح- ورقلة
6	زينب شقير	أستاذ التعليم العالي	الصحة النفسية	جامعة طنطا-مصر
7	سلوى نور الدين حامد	دكتورة	علم النفس العلاجي	مركز حياة آمنة للإرشاد النفسي والأسري-السعودية
8	شريفة بن غزفة	أستاذ التعليم العالي	علم النفس العيادي	جامعة محمد لمين دباغين-سطيف (2)
9	شهرزاد نوار	أستاذ التعليم العالي	علم النفس العيادي	جامعة قاصدي مرباح- ورقلة
10	عبد الحفيظ شلابي	أستاذ محاضر	علم النفس العيادي	جامعة جيلالي اليابس- سيدي بلعباس
11	عبد الحكيم فرحات	أستاذ التعليم العالي	العلوم الإسلامية	جامعة باتنة (1)
12	فتيحة قسيلا	أستاذ محاضر	علم النفس العيادي	جامعة جيلالي اليابس- سيدي بلعباس
13	فيصل فراحي	أستاذ التعليم العالي	علم النفس	جامعة محمد بن أحمد- وهران (2)

الملحق رقم (4)

المقابلة التشخيصية المقننة

الاسم: اللقب:

خلال الأسبوعين الماضيين بما فيهم اليوم:

- 1- هل عانيت من مزاج منخفض طوال اليوم، بشكل يومي تقريبا؟ نعم ☐ لا ☐
- 2- هل فقدت اهتمامك بكل أو معظم الأنشطة التي كنت تستمتع بها في السابق، أغلب اليوم، وبشكل شبه يومي؟ نعم ☐ لا ☐
- 3- هل لاحظت أي تغيرات في وزنك أو شهيتك، كل يوم تقريبا؟ نعم ☐ لا ☐
- 4- هل عانيت من أي تغيرات في النوم، بصورة شبه يومية؟ نعم ☐ لا ☐
- 5- هل عانيت من هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريبا؟ نعم ☐ لا ☐
- 6- هل شعرت بالتعب وفقدان الطاقة، على نحو يومي تقريبا؟ نعم ☐ لا ☐
- 7- هل انتابك الشعور بالذنب أو انعدام القيمة، بشكل يومي تقريبا؟ نعم ☐ لا ☐
- 8- هل واجهت صعوبة في التفكير أو التركيز، أو اتخاذ القرارات، كل يوم تقريبا؟ نعم ☐ لا ☐
- 9- هل راودتك أفكار متكررة عن الموت، أو الانتحار؟ نعم ☐ لا ☐
- 10- هل عانيت من تدهور ملحوظ في أدائك الاجتماعي، أو المهني؟ نعم ☐ لا ☐
- 11- هل عانيت سابقا من نوبة هوس أو نوبة تحت هوس؟ نعم ☐ لا ☐
- 12- ما هي الأدوية النفسية التي تناولتها؟

13- ماهي الجرعة التي كنت تتناولينها؟

14- ماهي مدة تناولك لهذا الدواء؟

15- هل شعرت بأي تحسن في الأعراض خلال تناولك لهذا الدواء؟ نعم ☐ لا ☐

16- ماهي الآثار الجانبية التي واجهتها، وهل أدت بك إلى إيقاف العلاج؟

17- هل التزمت بتناول الدواء بانتظام وفقا لتعليمات الطبيب النفسي؟ نعم ☐ لا ☐

18- هل تعاني من أي اضطراب نفسي آخر؟ نعم ☐ لا ☐ ما هو؟

19- هل سبق لك تعاطي الكحول أو المخدرات؟ نعم ☐ لا ☐

20- هل تعاني من أي مرض عضوي؟ نعم ☐ لا ☐ ماهو؟

21- هل تناولت أي أدوية أخرى غير الأدوية النفسية؟ نعم ☐ لا ☐

22- هل تلقيت علاجا نفسيا من قبل؟ نعم ☐ لا ☐

23- هل أنت في إطار متابعة علاجية نفسية طبية حاليا؟ نعم ☐ لا ☐

24- ماهي معتقداتك حول العلاج والشفاء من هذا الاضطراب؟

الملحق رقم (5)

مقياس بيك الثاني للاكتئاب BDI-II

إعداد: "أرون بيك" Aaron Beck

ترجمة: عبد الفتاح غريب

السن: الجنس:

المستوى التعليمي: الوظيفة:

التعليمات:

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات، المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة على حدى وبعناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3. وإذا تبين لك أن أكثر من عبارة في مجموعة واحدة تنطبق عليك بصورة متساوية، ضع دائرة حول أعلى رقم في هذه المجموعة، وتأكد أنك تختار دائما عبارة واحدة فقط من كل مجموعة، حتى المجموعة رقم 16 المتعلقة ب (تغيرات في نظام النوم)، والمجموعة رقم 18 المتعلقة ب (تغيرات في الشهية).

1	الحزن	0- لا أشعر بالحزن. 1- أشعر بالحزن معظم الوقت. 2- أشعر بالحزن طول الوقت. 3- أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك.
2	التشاؤم	0- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي. 1- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت. 2- أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي. 3- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءا.

3	الفشل السابق	0- لا أشعر بأني شخص فاشل. 1- لقد فشلت أكثر مما ينبغي. 2- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل. 3- أشعر بأني شخص فاشل تماما.
4	فقدان الاستمتاع بالحياة	0- أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل. 1- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه. 2- أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل. 3- لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل.
5	مشاعر الإثم (تأنيب الضمير)	0- لا أشعر بالذنب. 1- أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها. 2- أشعر بالذنب في معظم الأوقات. 3- أشعر بالذنب في كل الأوقات.
6	الشعور بالتعرض للعقاب أو الأذى	0- لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو الأذى. 1- أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى. 2- أشعر بأني سوف أتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى. 3- أشعر بأني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى.
7	عدم حب الذات	0- شعوري نحو نفسي عادي. 1- فقدت الثقة في نفسي. 2- أصبت بخيبة أمل في نفسي. 3- لا أحب نفسي.
8	نقد الذات ولومها	0- لا أنتقد ولا ألوم نفسي. 1- أنتقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت. 2- أنتقد وألوم نفسي على كل أخطائي. 3- أنتقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.

9	الأفكار أو الرغبات الانتحارية	0- ليس لدي أي أفكار للانتحار. 1- لدي أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها. 2- أريد أن أنتحر. 3- قد أنتحر لو سمحت لي الفرصة.
10	البكاء	0- لا أبكي أكثر مما تعودت. 1- أشعر بالرغبة في البكاء. 2- أبكي أكثر مما تعودت. 3- أبكي بكثرة جدا.
11	الهیجان والإثارة (عدم الاستقرار)	0- أشعر بالهیجان والإثارة بدرجة عادية. 1- أشعر بالهیجان والإثارة أكثر مما تعودت. 2- أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقرا. 3- أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما.
12	فقدان الاهتمام أو الانسحاب الاجتماعي	0- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 1- أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 2- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. 3- من الصعب علي أن أهتم بأي شيء.
13	التردد في اتخاذ القرارات	0- أأخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها. 1- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات. 2- لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه. 3- لا أستطيع اتخاذ القرارات.
14	انعدام القيمة	0- لا أشعر أنني عديم القيمة. 1- أنا لست ذا قيمة كما تعودت أن أكون. 2- أشعر أنني عديم القيمة بالمقارنة بالآخرين. 3- أشعر أنني عديم القيمة تماما.
15	فقدان الطاقة على العمل	0- لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت. 1- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت. 2- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.

		3- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.
16	تغيرات في نظام النوم	0- لم يحدث لي أي تغير في نظام نومي. 1 أ- أنام أكثر مما تعودت إلى حد ما. 1 ب- أنام أقل مما تعودت إلى حد ما. 2 أ- أنام أكثر مما تعودت بشكل كبير. 2 ب- أنام أقل مما تعودت بشكل كبير. 3 أ- أنام معظم اليوم. 3 ب- أستيقظ من نومي مبكرا ساعة أو ساعتين أو أكثر ، ولا أستطيع أن أعود إلى النوم مرة أخرى.
17	القابلية للغضب أو الانزعاج	0- أغضب بدرجة عالية. 1- أغضب أكبر مما تعودت. 2- أغضب أكبر بكثير مما تعودت. 3- أكون في حالة غضب طول الوقت.
18	تغيرات في الشهية	0- لم يحدث أي تغير في شهيتي. 1 أ- شهيتي أقل مما تعودت إلى حد ما. 1 ب- شهيتي أكبر مما تعودت إلى حد ما. 2 أ- شهيتي أقل كثيرا مما تعودت. 2 ب- شهيتي أكبر كثيرا مما تعودت. 3 أ- ليست لدي شهية على الإطلاق. 3 ب- لدي رغبة قوية إلى الطعام طول الوقت.
19	صعوبة التركيز	0- أستطيع التركيز بكفاءة كما تعودت. 1- لا أستطيع التركيز بنفس الكفاءة كما تعودت. 2- من الصعب علي أن أركز عقلي على أي شيء لمدة طويلة. 3- أجد نفسي غير قادر على التركيز على أي شيء.
20	الإرهاق أو الإجهاد	0- لست أكثر إرهاقا أو إجهادا كما تعودت. 1- أصاب بالإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي تعودت عليها.

		2- يعوّقني الإرهاق أو الإجهاد عن عمل الكثير من الأشياء التي اعتدت عليها. 3- أنا مرهق ومجهد جدا بحيث أجد صعوبة لعمل معظم الأشياء التي اعتدت عليها.
21	فقدان الاهتمام بالجنس	0- إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام. 1- أنا أقل اهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت. 2- أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام. 3- فقدت الاهتمام بالجنس تماما.

الملحق رقم (6)

اختبار الأفكار اللاعقلانية

إعداد: "ألبرت اليس Albert Ellis"

ترجمة وتطوير: سليمان الريحاني

التعليمات:

يتضمن هذا الاختبار مجموعة من الفقرات، المطلوب منك أن تقرأها بتمعن، ثم وضع علامة (×) في المكان المناسب، الذي يعبر عما تفكر أو تشعر به بكل صدق وصراحة.

لا	نعم	الفقرات
		1- لا أتردد أبداً بالتضحية بمصالحتي ورغباتي في سبيل رضا وحب الآخرين.
		2- أوأمن بأن كل شخص يجب أن يسعى دائماً إلى تحقيق أهدافه بأقصى ما يمكن من الكمال.
		3- أفضل السعي وراء إصلاح المسيئين بدلاً من معاقبتهم أو لومهم.
		4- لا أستطيع أن أقبل نتائج أعمال تأتي على غير ما أتوقع.
		5- أوأمن بأن كل شخص قادر على تحقيق سعادته بنفسه.
		6- يجب ألا يشغل الشخص نفسه في التفكير بإمكانية حدوث الكوارث والمخاطر.
		7- أفضل تجنب الصعوبات بدلاً من مواجهتها.
		8- من المؤسف أن يكون الإنسان تابعاً للآخرين ومعتمداً عليهم.
		9- أوأمن بأن ماضي الإنسان يقرر سلوكه في الحاضر والمستقبل.
		10- يجب ألا يسمح الشخص لمشكلات الآخرين أن تمنعه من الشعور بالسعادة.
		11- أعتقد أن هناك حل مثالي لكل مشكلة لا بد من الوصول إليه.
		12- إن الشخص الذي لا يكون جدياً ورسمياً في تعامله مع الآخرين لا يستحق احترامهم.
		13- أعتقد أنه من الحكمة أن يتعامل الرجل مع المرأة على أساس المساواة.
		14- يزعجني أن يصدر عني أي سلوك يجعلني غير مقبول من قبل الآخرين.
		15- أوأمن بأن قيمة الفرد ترتبط بمقدار ما ينجز من أعمال حتى وإن لم تتصف بالكمال.

		16- أفضل الإمتناع عن معاقبة مرتكبي الأعمال الشريرة حتى أثبتت الأسباب.
		17- أتخوف دائماً من أن تسير الأمور على غير ما أريد.
		18- أوّمن بأن أفكار الفرد وفلسفته في الحياة تلعب دوراً كبيراً في شعوره بالسعادة أو التعاسة.
		19- أوّمن بأن الخوف من إمكانية حدوث أمر مكروه لا يقلل من احتمال حدوثه.
		20- أعتقد أن السعادة هي في الحياة السهلة التي تخلو من تحمل المسؤولية و مواجهة الصعوبات.
		21- أفضل الإعتماد على نفسي في كثير من الأمور رغم إمكانية الفشل فيها.
		22- لا يمكن للفرد أن يتخلص من تأثير الماضي حتى وإن حاول ذلك.
		23- من غير الحق أن يحرم الفرد نفسه من السعادة إذا شعر بأنه غير قادر على إسعاد غيره ممن يعانون الشقاء.
		24- أشعر باضطراب شديد حين أفشل في إيجاد الحل الذي اعتبره حلاً مثالياً لما أواجه من مشكلات.
		25- يفقد الفرد هيبته واحترام الناس له إذا أكثر من المرح والمزاح.
		26- إن تعامل الرجل مع المرأة من منطلق تفوقه عليها يضر بالعلاقة التي يجب أن تقوم بينهما.
		27- أوّمن بأن رضا جميع الناس غاية لا تدرك.
		28- أشعر بأن لا قيمة لي إذا لم أنجز الأعمال الموكلة إلي بشكل يتصف بالكمال مهما كانت الظروف.
		29- بعض الناس مجبولون على الشر والخسة والندالة ومن الواجب الابتعاد عنهم واحتقارهم.
		30- يجب أن يقبل الإنسان بالأمر الواقع إذا لم يكن قادراً على تغييره.
		31- أوّمن بأن الحظ يلعب دوراً كبيراً في مشكلات الناس وتعاستهم.
		32- يجب أن يكون الشخص حذراً ويقظاً من إمكانية حدوث المخاطر.
		33- أوّمن بضرورة مواجهة الصعوبات بكل ما أستطيع بدلاً من تجنبها والابتعاد عنها.
		34- لا يمكن أن أتصور نفسي دون مساعدة من هم أقوى مني.
		35- أرفض بأن أكون خاضعاً لتأثير الماضي.

		36- غالبا ما تورقني مشكلات الآخرين وتحرمني من الشعور بالسعادة.
		37- من العبث أن يصر الفرد على إيجاد ما يعتبره الحل المثالي لما يواجهه من مشكلات.
		38- لا أعتقد أن ميل الفرد للمداعبة والمزاح يقلل من احترام الناس له.
		39- أرفض التعامل مع الجنس الآخر على أساس المساواة.
		40- أفضل التمسك بأفكاري ورغباتي الشخصية حتى وإن كانت سببا في رفض الآخرين لي.
		41- أؤمن أن عدم قدرة الفرد على الوصول إلى الكمال فيما يعمل لا يقلل من قيمته.
		42- لا أتردد في لوم وعقاب من يؤذي الآخرين ويسيء إليهم.
		43- أؤمن بأن ما كل ما يتمنى المرء يدركه.
		44- أؤمن بأن الظروف الخارجة عن إرادة الإنسان غالبا ما تقف ضد تحقيقه لسعادته.
		45- ينتابني خوف شديد من مجرد التفكير بإمكانية وقوع الحوادث والكوارث.
		46- يسرني أن أواجه بعض المصاعب والمسؤوليات التي تشعرني بالتحدي.
		47- أشعر بالضعف حين أكون وحيدا في مواجهة مسؤولياتي.
		48- أعتقد أن الإلحاح على التمسك بالماضي هو عذر يستخدمه البعض لتبرير عدم قدرتهم على التغيير.
		49- من غير الحق أن يسعد الشخص وهو يرى غيره يتعذب.
		50- من المنطق أن يفكر الفرد في أكثر من حل لمشكلاته وأن يقبل بما هو عملي وممكن بدلا من الإصرار على البحث عما يعتبر حلاً مثالياً.
		51- أؤمن بأن الشخص المنطقي يجب أن يتصرف بعفوية بدلاً من أن يقيد نفسه بالرسومية والجدية.
		52- من العيب على الرجل أن يكون تابعا للمرأة.

الملحق رقم (7)

استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء

إعداد: عبد الستار إبراهيم

التعليمات:

قم بتحديد وتسجيل درجة التوتر، قبل تطبيق الاسترخاء وبعده، في كل أيام الأسبوع، من الدرجة 0 ← 10، مع العلم أن 0: تعني أقل درجة من التوتر، و10: تعني أقصى درجة من التوتر.

الأسبوع	الأيام الدرجة	السبت	الأحد	الاثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة	متوسط درجات الأسبوع
1	قبل الاسترخاء								
	بعد الاسترخاء								
2	قبل الاسترخاء								
	بعد الاسترخاء								
3	قبل الاسترخاء								
	بعد الاسترخاء								
4	قبل الاسترخاء								
	بعد الاسترخاء								

الملحق رقم (8)

مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

إعداد: "جوناثان كانتر Jonathan Kanter"

ترجمة: مصطفى عطا الله

التعليمات:

فيما يلي مجموعة من الفقرات، نرجو منك قراءتها بتمعن، ثم اختيار أحد بدائل الإجابة، ووضع علامة (×) في الخانة التي تعبر عن وجهة نظرك أو ظروفك وشخصيتك.

الفقرات	لا تنطبق إطلاقاً	تنطبق قليلاً جداً	تنطبق قليلاً	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق كثيراً	تنطبق كثيراً جداً	تنطبق تماماً
1- قضيت أوقاتاً طويلة في النوم رغم وجود أمور ينبغي لي القيام بها.							
2- كانت هناك أولويات لم أقم بها.							
3- حققت أهدافي التي وضعتها لنفسني							
4- اشتركت في أنشطة كثيرة ومتنوعة							
5- قمت بأشياء رغم صعوبتها، لكنها كانت تتواءم مع أهدافي بعيدة المدى.							
6- كنت مجتهداً لكنني لم أحقق أي من أهدافي.							
7- أشعر بالرضا عن كمّ الأشياء وأنواعها التي قمت بعملها.							
8- أغلب ما فعلته ما كان إلا هروباً، أو تجنباً للأشياء السيئة التي كانت تحدث.							
9- قمت بأشياء معينة، لتجنب							

							الشعور بالحزن أو بمشاعر سيئة.
							10- حاولت مرارا تجنب التفكير في أشياء معينة.
							11- أتخذ قرارات مناسبة فيما يخص شكل الأنشطة أو المواقف التي وضعت نفسي فيها.
							12- أقوم بوضع تصوري الخاص لأنشطتي اليومية.
							13- أمضيت وقتا طويلا في التفكير المبالغ فيه في مشكلاتي.
							14- حاولت التفكير باستمرار في حلول للمشكلات، ورغم ذلك لم أجرب أي من هذه الحلول.
							15- انشغلت بالتفكير في أخطائي التي ارتكبتها في الماضي، وفي الأشخاص الذين ألحقوا بي الأذى.
							16- لم أذهب لرؤية أحد من أصدقائي قط.
							17- كنت منسحبا بصفة مستمرة حتى مع الذين أعرفهم جيدا.
							18- لست اجتماعيا رغم الفرص الكثيرة لأكون كذلك.
							19- كان الناس ينفرون مني، بسبب سلبيتي.
							20- قمت بأشياء حتى أنعزل عن الآخرين.
							21- كنت أتغيب عن الجامعة، لأنني

							كنت منهكا ولا أريد الذهاب.
							22- لم تكن مهامي الدراسية أو مسؤولياتي على ما يرام، لأنني لم أكن مجتهدا كما ينبغي.
							23- قمت بأشياء صعبة، لكنها كانت تستحق القيام بها.
							24- انخرطت في أنشطة، لكي أتجنب الإحساس بالحزن/ السوء.
							25- بدأت أشعر بمشاعر سيئة عندما لاحظت معاناة بعض المحيطين بي، من مشاعر وخبرات سلبية.

الملحق رقم (9)

مقياس توكيد الذات

إعداد: "وولب ولازاروس Wolpe & Lazarus"

ترجمة: بشير معمرية

التعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات، نرجو منك قراءتها بتمعن، ثم وضع علامة (X) تحت نعم أو لا، وفق مدى انطباق مضمون العبارة عليك.

لا	نعم	العبارات
		1- هل تعبر عن موقفك إذا تعدادك شخص في صف أو طابور؟
		2- هل من الصعب عليك أن تعترض على شخص أقل منك في المكانة الاجتماعية؟
		3- هل تتجنب الشكوى على خدمة سيئة في وسيلة نقل أو في فندق أو في إدارة أو في أي مكان؟
		4- هل تعتذر كثيرا للناس إذا اعتقدت أنه صدر منك تصرف غير ملائم إزاءهم؟
		5- لو انتقدت صديق دون مبرر، هل تعبر له عن ضيقك من ذلك؟
		6- هل تتجنب عادة الأشخاص الميالين إلى السيطرة أو الرئاسة (المسؤولية)؟
		7- إذا وصلت متأخرا إلى اجتماع، هل تفضل أن تقف عوض أن تذهب إلى مقعد أمامي حيث يراك كل الحاضرين؟
		8- هل تستطيع أن تختلف مع شخص يرى نفسه دائما أنه على حق؟
		9- إذا أوقف شخص سيارته أمام منزلك بحيث يعوق دخولك وخروجك بسهولة، هل تتكلم معه في ذلك؟
		10- إذا بالغ بائع في عرض سلعته عليك، وكنت لست في حاجة إليها، هل تجد صعوبة في أن ترفضها؟
		11- هل تعبر عموما عن مشاعرك؟
		12- إذا سمعت أن أحد أصدقائك ينشر عنك إشاعات كاذبة، هل تتجنب مواجهته؟
		13- هل تجد صعوبة في جمع بعض المال (تبرعات)، رغم أن لديك سبب وجيه

		لجمعها؟
		14- هل أنت تحتفظ عادة بآرائك لنفسك ولا تعبر عنها للآخرين؟
		15- هل تجد صعوبة في بدء محادثة مع شخص لا تعرفه سابقا؟
		16- هل تستطيع أن تعبر -بصفة عامة- عن مشاعر الحب والعاطفة بسهولة؟
		17- إذا حضرت ندوة أو محاضرة وصدرت عن المتحدث عبارة تعتقد أنت أنها خاطئة، هل تعبر له عن ذلك؟
		18- إذا صدر عن شخص كبير السن ومحترم عبارة أو فكرة تعترض أنت عليها بشدة، هل تعبر له عن وجهة نظرك؟
		19- إذا طلب منك صديق طلبا تعتبره أنت طلبا غير معقول، هل تستطيع أن ترفضه؟
		20- لو لاحظت بعد مغادرتك لمحل تجاري أنك قد أعطيت باقي نقودك خطأ، هل ترجع ثانية وتوضح ذلك؟
		21- إذا ضايقك شخص محترم وقريب لك، هل تفضل إخفاء مشاعرك بالضيق؟
		22- هل من السهل أن تظهر غضبك تجاه أفراد من نفس جنسك، أكثر مما تظهره تجاه أفراد من الجنس الآخر؟
		23- هل من الصعب عليك أن تقول أشياء حسنة للآخرين؟
		24- هل لديك صديق حميم يمكنك مناقشة كثير من الأشياء معه؟
		25- هل يعجبك الشخص الذي حين يفشل يحاول مرات أخرى بوسائل جديدة؟
		26- هل يصعب عليك أن تعيد ملابس إلى تاجر اشتريتها منه بعد أن اكتشفت أن بها عيبا؟
		27- إذا لم ترضى عن طعام في مطعم، هل تحتج على ذلك؟
		29- هل يصعب عليك أن تطالب بدين لك عند أحد الأشخاص؟
		30- إذا منعك شخص مسؤول من دخول مكان من حقك دخوله، هل تعارضه بشدة في ذلك؟

الملحق رقم (10)

مقياس اليأس

إعداد: "بيك وستير Beck & Steer"

ترجمة: فؤاد الجابري

التعليمات:

فيما يلي مجموعة من الفقرات، نرجو منك قراءتها بشكل جيد، ثم اختيار أحد البدائل المتمثلة في (نعم، لا) في كل فقرة، وذلك بوضع علامة (x)، حسب مدى تطابق مضمون العبارة مع ما تفكر أو تشعر به.

لا	نعم	الفقرات
		1- أتطلع إلى المستقبل بأمل وحماس.
		2- يمكنني أن أقر بعجزتي لأنني لم أستطع تحقيق الأفضل بالنسبة لنفسي.
		3- عندما تسوء الأمور، فإنه تساعدني معرفتي بأن الأمور لن تدوم كذلك إلى الأبد.
		4- لا أستطيع أن أتخيل ماذا ستكون عليه حياتي بعد عشر سنوات.
		5- عندي الوقت الكافي لإنجاز الأشياء التي تشد رغبتني في القيام بها.
		6- في المستقبل، أتوقع أن أنجح فيما هو أكثر أهمية بالنسبة لي.
		7- يبدو أن المستقبل مظلم بالنسبة لي.
		8- أتوقع أن أحمل من الأشياء الجيدة في الحياة قدرا أكبر مما ينال الشخص العادي.
		9- لم يكن لي حظ سعيد، وليس هناك سبب يدعو للإعتقاد بأنني سأحصل عليه في المستقبل.
		10- أن خبراتي الماضية قد أعدتني إعدادا جيدا للمستقبل.
		11- كل ما أستطيع رؤيته أمامي، هو أمور سيئة أكثر مما هي سارة.
		12- لا أتوقع أن أحصل على ما أريده حقيقة.
		13- عندما أتطلع إلى المستقبل، أتوقع أنني سوف أكون أسعد مما أنا عليه الآن.
		14- لن تحدث الأمور في المستقبل بالطريقة التي أودها.

		15- لدي (عندي) ثقة كبيرة في المستقبل.
		16- أنا لا أحصل أبدا على ما أريد، ولذلك فمن حماقة أن أرغب في أي شيء.
		17- من غير المتوقع أنني سأحقق أي إشباع حقيقي لرغباتي في المستقبل.
		18- يبدو لي المستقبل غامضا ومشكوكا فيه.
		19- باستطاعتي أن أتوقع أن الأيام الهائلة ستكون أكثر من الأيام السيئة.
		20- لا فائدة من المحاولة الجادة للحصول على شيء ما أريده، لأنني لن أتمكن من الحصول عليه في الغالب.

الملحق رقم (11)

العقد العلاجي

الاسم: اللقب:

بناء على ما تم معرفته والاطلاع عليه حول البرنامج العلاجي المعنون بـ "فعالية برنامج علاجي متعدد المحاور في التخفيف من درجة الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي لدى عينة من النساء المصابات به" الذي سيتم تطبيقه، اتفق الطرفان الموقعان أدناه على الإلتزام بما يلي:

• من طرف الباحثة:

- أخلاقيات المهنة.

- توفير بيئة داعمة وآمنة.

- السرية التامة للمعلومات.

- تقديم الأدوات والتقنيات العلاجية المناسبة.

• من طرف المفحوصة:

- الاحترام والحضور المنتظم للجلسات في مواعيدها المقررة.

- المشاركة بصدق وفعالية في البرنامج.

- تطبيق التمارين أثناء الجلسات، وتنفيذ الواجبات المنزلية.

- الحفاظ على السرية التامة.

إمضاء الباحثة:

إمضاء المفحوصة:

الملحق رقم (12)

سجل الأفكار اللاعقلانية

المشاعر	الأفكار	الموقف	التاريخ
			الوقت

الملحق رقم (13)

سجل الأفكار اللاعقلانية وتعديلها

التاريخ الوقت	الموقف	الأفكار اللاعقلانية	المشاعر	الأفكار العقلانية البديلة	النتيجة

الملحق رقم (14)

قائمة ببعض التشوهات المعرفية لبيك

التشوهات المعرفية	شرحها
1- التعميم المبالغ فيه	استخلاص قاعدة عامة من حدث واحد فقط.
2- التهويل والتضخيم	تضخيم أهمية الأخطاء والسلبيات، والتقليل من أهمية الإيجابيات.
3- قراءة الأفكار	الافتراض السلبي بأن الشخص يستطيع معرفة ما يفكر فيه الآخرون.
4- الاستنتاج التعسفي	استنتاج سلبي دون وجود دليل كاف عليه.
5- إطلاق التسميات أو التلصيق	إطلاق صفات سلبية وعامة على الذات أو الآخرين.
6- التفكير المستقطب (الأبيض أو الأسود)	التفكير في الكل أو لا شيء.
7- عبارات "الوجوبيات أو الينبغيات"	يضع الشخص قواعد صارمة لنفسه أو الآخرين حول ما "يجب" أن يحدث.
8- التنبؤ بالمستقبل	توقع نتيجة سلبية لموقف ما قبل حدوثه.
9- انتقاد الذات ولومها	إساءة تفسير الأحداث، بلوم الذات وانتقادها.
10- الشخصية	ميل الشخص إلى لوم نفسه، وتحمل المسؤولية الكاملة عن الأحداث السلبية، وحتى ولو كانت خارج نطاق سيطرته.

الملحق رقم (15)

سجل الأنشطة اليومية

[illegible]

الملحق رقم (16)

سجل الأنشطة الممتعة

رقم النشاط	اسم النشاط	درجة الشعور
1		
2		
3		

الملحق رقم (17)

قائمة ببعض الأنشطة الممتعة

- التنزه في الحديقة.	- الاستماع إلى موسيقى هادئة.	- عمل حلويات.	- تعلم لغة جديدة.
- ترتيب الغرفة.	- مشاهدة فيلم مسلي.	- زيارة مريض.	- التزين والاهتمام بالمظهر.
- حضور حفلة.	- أكل وجبة مفضلة.	- العمل التطوعي.	- الاشتراك في دورة حضورية أو أونلاين.
- الذهاب في رحلة.	- الذهاب إلى حديقة الحيوانات.	- الجلوس في الشمس.	- اللعب مع الحيوانات الأليفة.
- القيام بأعمال يدوية وفنية.	- التأمل في جمال الطبيعة.	- المشي على شاطئ البحر.	
- الرقص.	- زراعة نبتة والاعتناء بها.	- تعلم شيء جديد.	
- قراءة كتاب.	- شراء الورود.	- متابعة برنامج تلفزيوني.	
- الاستماع إلى بودكاست.	- الذهاب إلى التسوق.	- الطبخ.	
- الاسترخاء.	- المشي.	- الرسم والتلوين.	
- لعب لعبة مفضلة.	- الاستحمام بالماء الدافئ.	- تغيير ديكور الغرفة أو المنزل.	
- ممارسة الرياضة.	- زيارة الأصدقاء.	- اللعب مع الأطفال.	

الملحق رقم (18)

استمارة التقييم المرحلي للبرنامج

الاسم: اللقب:

التاريخ:

المحور العلاجي: رقم الجلسة:

نشكرك على مواصلة المشاركة في هذا البرنامج. وتقديرا لأهمية آرائك وملاحظاتك، التي ستساهم في سير جلسات البرنامج على أكمل وجه، نرجو منك الإجابة على الأسئلة التالية التي تخص هذا المحور:

- هل محتوى الجلسات كان مفهوما بالنسبة لك؟
- ما رأيك في محتوى الجلسات؟
- ما هي أبرز الأمور التي استفدت منها خلال هذه الجلسات؟
- ما هي أهم التقنيات التي أشعرتك بالراحة؟
- هل كان زمن الجلسات كافيا بالنسبة إليك؟
- هل هناك مواضيع أو تقنيات أزعجتك؟
- هل هناك أمور طرأت على ذهنك ولم يتم مناقشتها؟
- ما هو تقييمك لأداء المعالجة خلال الجلسات؟
- هل لديك أية تعديلات أو ملاحظات تقترحونها لتحسين الجلسات القادمة؟

الملحق رقم (19)

استمارة التقييم النهائي للبرنامج

الاسم: اللقب:

التاريخ:

نشكرك على إتمام المشاركة في هذا البرنامج. ونظرا لأهمية آرائك وملاحظاتك، نرجو منك الإجابة على الأسئلة التالية:

- لقد ساهم هذا البرنامج في: (ضعي علامة [X] أمام الخانة المناسبة):

الفقرات	أوافق	أوافق إلى حد ما	لا أوافق
- التخفيف من درجة الاكتئاب لدي.			
- التقليل من الأفكار اللاعقلانية لدي.			
- التخفيف من شعوري بالحزن.			
- التخفيف من شعوري بالخمول.			
- زيادة قدرتي على توكيد الذات.			
- تقليل شعوري باليأس.			

- ما هو تقييمك للبرنامج العلاجي؟
- ما هي أبرز التغييرات التي لاحظتها على نفسك بعد مشاركتك في البرنامج؟
- ما هو الموضوع الذي شعرت بأنه أحدث فرقا واضحا في حياتك؟
- هل شعرتي أن مشاركتك في البرنامج كان لها الأثر الإيجابي في علاقاتك؛ بالله سبحانه وتعالى، ونفسك، والآخرين.
- هل لديك أي ملاحظات أو اقتراحات تريد إبدائها تجاه المعالجة أو البرنامج؟

الملحق رقم (20)

الإجراءات المتبعة في جلسات البرنامج العلاجي

الجلسة الأولى:

-تستهل الباحثة الجلسة باستقبال المفحوصات، وإلقاء كلمة ترحيبية بهن، وشكرهن على قبول المشاركة في هذا البرنامج، ثم يتم تنظيم جلوسهن على شكل دائري، لتعزيز التواصل البصري فيما بينهن.

-تعرف الباحثة بنفسها وبدورها في الإشراف على هذا البرنامج، كما تطمئنهن وتؤكد لهن التزامها التام بسرية معلوماتهن الشخصية.

-تفسح الباحثة المجال للمفحوصات للتعريف بأنفسهن، وكسر الجمود، وخلق جو من الراحة والطمأنينة والألفة، وذلك من خلال تمرين تمرير الكرة المطاطية، حيث يتم تمرير الكرة بشكل عشوائي على إحدى المفحوصات، ويطلب منها أن تعرف على (اسمها ولقبها، وعمرها، ومستواها التعليمي، وهوايتها)، ثم تقوم برميها إلى مفحوصة أخرى، ويتكرر الأمر حتى تنتهي كل المفحوصات من التعريف بأنفسهن.

-توزيع دفاتر وأقلام على المفحوصات.

-تقوم الباحثة بشرح الهدف العام من البرنامج العلاجي، وإعطاء ملخص عن محتوياته، وعدد جلساته، ومدة كل جلسة، من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات.

-الاتفاق بين الباحثة والمفحوصات على ضرورة الالتزام بالقواعد العامة لسير الجلسات أهمها:

- الحفاظ على السرية التامة، وعدم نقل أي معلومات أو قصص تخص أي مفحوصة، خارج الجلسة.
- الاحترام المتبادل، وضرورة الإنصات للآخر دون مقاطعة.
- منع إصدار الأحكام أو الإنتقاد لآراء أو تجارب الأخريات.
- كل مفحوصة لها الحق في التعبير عن نفسها دون خوف أو تردد.
- الالتزام بالحضور في المواعيد المحددة للجلسات.

-تذكر الباحثة المفحوصات بأن دورها يتضمن الإنصات، والفهم، والشرح، والتوضيح، والدعم، والتوجيه، وأن العلاج أو الشفاء هو رحلة شخصية، ومسؤولية ذاتية لكل مفحوصة، وأن النتائج تعتمد بشكل كبير على مدى التزامها واجتهادها ومثابرتها.

- توزيع العقد العلاجي على المفحوصات (الملحق رقم 11)، والطلب منهن الإمضاء عليه، كإجراء رمزي، والهدف منه هو بناء أساس قوي وآمن للعلاقة بين الباحثة والمفحوصة.
- تطلب الباحثة من المفحوصات التحدث عن توقعاتهن إزاء البرنامج.
- فتح المجال للمناقشة، والحوار، وطرح الأسئلة.
- وفي اختتام الجلسة تقوم الباحثة بتلخيص أهم ما جاء فيها، بطريقة موجزة.
- تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية:

- إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.
- استذكار ما تم تناوله في الجلسة الأولى بشكل مختصر.
- يطلب من المفحوصات عمل عصف ذهني حول ما يعرفنه عن اضطراب الاكتئاب، والاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، من خلال بعض الأسئلة:

- ما هو تعريفك للاكتئاب؟
- ماهي أعراضه؟
- ماهي أنواعه؟
- ماهي أسبابه؟

- كيف يؤثر الاكتئاب على الحياة اليومية للمصاب به؟

- ما الذي يعنيه "مقاوم للعلاج الدوائي"؟

-يتم سماع إجابات المفحوصات، وهو ما يشجع كل مفحوصة للتعبير عن معاناتها، والاستماع إلى معاناة الأخريات، ما يعزز التفاعل الجماعي خلال الجلسة.

-تقوم الباحثة بعرض موضوع الجلسة "الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي"، من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات، يتضمن التعريف بالاكتئاب، وأعراضه، وأسبابه، وأنواعه، كما يتم تعريف الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، والعوامل المحتملة لمقاومته، وشرح الاكتئاب من وجهة نظر متعددة المحاور، حيث أنه اضطراب معقد، ويحدث نتيجة تفاعل المحاور البيولوجية، والمعرفية، والانفعالية،

والسلوكية، والاجتماعية، وكذا الروحية، وهذا التصور يساعد المفحوصة في فهم حالتها بطريقة أكثر شمولية، ويفتح لها الباب أمام تقبل حقيقة المرض كحالة طبية قابلة للعلاج، مما يخفف من وصمة العار، ويشجعها على الالتزام بالجلسات العلاجية، كما يزيد من وعيها بتعدد الخيارات العلاجية، إذ تدرك أن العلاج لا يقتصر على تناول الأدوية فقط، وأن عدم استجابتها له لا يعني بالضرورة عدم تعافيتها على الإطلاق، كما يتيح لها هذا الفهم تعزيز رغبتها في الشفاء، والشعور بالتمكين، حيث تدرك أن كل محور يتطلب نوعاً مختلفاً من التدخل العلاجي، وأن لديها القدرة على المساهمة في علاجه.

-من خلال جهاز العرض المرئي، تم عرض فيديو عن الاكتئاب من إنتاج منظمة الصحة العالمية، حيث يجسد الاكتئاب في هيئة "كلب أسود" يتبع الشخص أينما حل، مما يساعد على شرح الأعراض بطريقة بصرية مبسطة.

-كما تستكمل الباحثة الجلسة بالحديث عن العوامل التي تجعل النساء أكثر عرضة للاكتئاب، وتوضيح كيفية تأثيرها على جوانب حياتهن المختلفة، مما يساعدهن على فهم طبيعة معاناتهن، وتقبلها، والتعامل معها بفعالية.

-فتح باب المناقشة، والحوار، وطرح الأسئلة.

-الواجب المنزلي:

تقوم الباحثة بتوزيع المطويات على المفحوصات، وتطلب منهن قراءتها بتمعن واستيعاب ما جاء فيها.

-تنتهي الباحثة الجلسة بتلخيص أهم ما جاء فيها.

-تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة:

-إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.

-مناقشة الواجب المنزلي السابق، واستدكار ما تم تناوله في الجلسة السابقة بشكل مختصر.

-تقوم الباحثة بعرض موضوع الجلسة "البرنامج العلاجي متعدد المحاور"، من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات، يتضمن التعريف به، وبمحاوره، وتبيان أهميته في التخفيف من أعراض الاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي، فمن خلال شرح محتوى البرنامج بوضوح، تدرك المفحوصات ما سيتم

تناوله في الجلسات القادمة، وكأنه يرسم لهم خريطة طريق واضحة لما سيتم العمل عليه، ما يقلل من شعورهم بالغموض أو القلق تجاه ما سيحدث في الجلسات القادمة، كما يساعد في بناء الثقة بينهم وبين الباحثة، ويساهم في تهيئتهم النفسية والذهنية للعملية العلاجية، وبالتالي يجعلهم أكثر استعداداً للإلتزام والمشاركة الفعالة في الجلسات، فضلاً عن أنه يساهم في إدراكهم بأن الحلول تتطلب النظر إلى الحياة من زوايا متعددة وشاملة.

-تطلب الباحثة من المفحوصات أن يغمضن أعينهن لبضع لحظات، وأن يتنفسن بعمق، ثم يستحضرن ما يمررن به بسبب الاكتئاب، دون محاولة صدّه، ثم يفتحن أعينهن، ويرسمن على الورقة خمسة أعمدة، وكل عمود يمثل محورا من المحاور الخمسة؛ المعرفي، الانفعالي، السلوكي، الاجتماعي، الروحي، ثم يكتبن في كل عمود ما ينطبق عليهن من هذه المحاور، جراء المعاناة من الاكتئاب، مع التأكيد على أن الهدف من هذا التمرين هو زيادة الوعي بالذات، وليس جلدّها أو الحكم عليها، هذا التمرين يساعد في تجسيد المفاهيم النظرية التي تم عرضها، إلى تجربة شخصية عملية.

-بعد انتهاء المفحوصات من الكتابة، يفسح لهم المجال لمشاركة ما كتبته، كما تتم مناقشة كيفية ترابط تلك المحاور فيما بينها.

-تشرح الباحثة بعض الصعوبات التي من المحتمل أن تواجه المفحوصات عند تطبيق الواجبات المنزلية، كالميل إلى مقاومة التغيير، نتيجة الخروج من منطقة الراحة، والشعور بالإحباط، والخوف من الفشل، والنقد السلبي للذات....، مع إعطاء أمثلة لذلك، وهذا ما يسمح بإعداد المفحوصة مسبقاً في توقع الصعوبات والتغلب عليها، بدلاً من أن تفاجأ بها وتستسلم لها.

-توضح الباحثة أهمية تحديد النية من المشاركة في البرنامج العلاجي من قبل المفحوصة، فعند تحديدها يتحول البرنامج بالنسبة إليها من مجرد مجموعة جلسات إلى رحلة شخصية ذات هدف أسمى، وتساعدّها على تذكير نفسها به خاصة في اللحظات العصيبة التي قد تشعر فيها بالإحباط، كما تعزز لديها حس المسؤولية والالتزام.

-يتم فتح باب المناقشة، والحوار، وطرح الأسئلة.

-الواجب المنزلي:

يتضمن طرح السؤال التالي على المفحوصات والإجابة عليه؛ لماذا اشتركت في هذا البرنامج؟ وماهي غايتك؟

-تنتهي الباحثة الجلسة بتلخيص أهم ما جاء فيها.

-تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة:

-إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.

-استذكار ما تم تناوله في الجلسة السابقة بشكل مختصر، ثم مناقشة الواجب المنزلي السابق.

-تقوم الباحثة بعرض موضوع الجلسة "الأفكار اللاعقلانية 1"، من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات، يتضمن التعريف بالتفكير، وأنواعه؛ التفكير السلبي والإيجابي، وتأثيره على مجالات حياة الإنسان المختلفة، ودور الأفكار السلبية في حدوث الاضطرابات النفسية والاكتئاب المقاوم للعلاج الدوائي على وجه الخصوص، كما يتم شرح وتحليل نموذج ABC، لفهم العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوكيات، مع إعطاء أمثلة وتقديم رسم توضيحي.

-تطلب الباحثة من المفحوصات أن يتحدثوا عن مواقف أثارت لديهن مشاعر مزعجة، ثم تستمع إلى إجاباتهن، واحدة تلو الأخرى، ثم تسألها: ما الذي كنتي تفكرين فيه خلال تلك اللحظة؟، ما الذي شعرتي به؟، وكيف تصرفتي؟، فالإجابة عن هذه الأسئلة توضح لهن أن المشاعر والسلوكيات تجاه الموقف، هي نتاج طريقة التفكير، وليس الموقف في حد ذاته.

-ثم يتم شرح الدور الهام الذي تلعبه الأفكار الإيجابية في الوصول للتشافي.

-يتم فتح باب المناقشة، والحوار، وطرح الأسئلة.

-الواجب المنزلي:

تطلب الباحثة من المفحوصات مراقبة وتسجيل أفكارهن اللاعقلانية، في السجل المخصص لذلك، والذي تم توزيعه عليهن (الملحق رقم 12).

-تنتهي الباحثة الجلسة بتلخيص أهم ما جاء فيها.

-تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة:

- إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.
- استذكار ما تم تناوله في الجلسة السابقة بشكل مختصر، ثم مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- تقوم الباحثة بعرض موضوع الجلسة "الأفكار اللاعقلانية 2"، من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات، يتضمن توضيح مفهوم التشهوات المعرفية، حيث يعد الطبيب النفسي "بيك" هو أول من وضع الأساس النظري لدراساتها، إذ تعتبر أنماطا سلبية وغير منطقية من التفكير، تؤثر على كيفية فهم الشخص للعالم وتفسيره للأحداث من حوله، كما أنها لا تستند إلى الواقع، وتساهم في ظهور المشاعر السلبية والسلوكيات غير التكيفية.
- تقوم الباحثة بتوزيع قائمة التشهوات المعرفية لـ "بيك" على المفحوصات (الملحق رقم 14).
- تتيح الباحثة الفرصة للمفحوصات بأن يقدمن أمثلة عن تلك التشهوات التي تراودهن في مواقف مختلفة من حياتهن اليومية، مثلا حكى إحداهن عن أحد المواقف بأنها "تشعر بالتعب والإرهاق من مسؤوليات المنزل"، الفكرة المشوهة: "يجب أن أكون دائما قوية، لأن هذه مسؤوليتي، ولا ينبغي أن أشعر بالتعب" (الينبغيات)، تعقب الباحثة بأن هذا التشوه المعرفي يجعلها تفرض على نفسها توقعات غير واقعية، كما يحفز لديها الشعور بالذنب عندما تفشل في تحقيقها، والذي يمنعها من الاعتراف بحاجتها إلى الراحة، أو طلب المساعدة.
- تواصل الباحثة الجلسة بتقديم وشرح فنيات التعامل السليم مع الأفكار اللاعقلانية من خلال؛ توقيفها وصرف الانتباه عنها وكيفية استخدام الأساور المطاطية، تحليلها وتفكيكها عن طريق الحوار السقراطي، أو تعديلها واستبدالها بأفكار أخرى عقلانية إيجابية، مع إعطاء الأمثلة.
- تطلب الباحثة من المفحوصات إعطاء أمثلة عن الأفكار اللاعقلانية التي تراودهن في حياتهن اليومية، ثم يقمن بتطبيق الفنيات الثلاث عليها.
- تشرح الباحثة للمفحوصات كيفية ترسيخ الأفكار العقلانية الإيجابية في الذهن، والتي تعتبر عملية واعية تتطلب منهن الصبر والممارسة اليومية، تماما مثل بناء أي عادة جديدة.
- يتم فتح باب المناقشة، والحوار، وطرح الأسئلة.

-تطلب الباحثة من المفحوصات تقييم جلسات "المحور المعرفي"، من خلال ملئ استمارة التقييم المرحلي للبرنامج (الملحق رقم 18).

-الواجب المنزلي:

تطلب الباحثة من المفحوصات متابعة المراقبة والتسجيل لأفكارهن اللاعقلانية، مع تعديلها واستبدالها بأفكار أخرى عقلانية، في السجل المخصص لذلك، والذي تم توزيعه عليهن (الملحق رقم 13).

-تنتهي الباحثة الجلسة بتلخيص أهم ما جاء فيها.

-تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة:

-إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.

-تلخيص ما تم تناوله في الجلسة السابقة، ثم مناقشة الواجب المنزلي السابق.

- تقوم الباحثة بعرض موضوع الجلسة "الحزن 1"، من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات، يتضمن التعريف بالانفعالات بشكل مبسط، وأنواعها، ومظاهرها، ثم توضيح تأثير الحزن على الجانب الفيزيولوجي للإنسان، ثم عرض فيديو مرئي يوضح الآثار الفيزيولوجية للانفعالات والحزن، ففهم المفحوصة لذلك، يعد خطوة مهمة للتعامل معه، كما يحفزها أكثر للاستمرارية والاجتهاد.

-تطلب الباحثة من كل مفحوصة أن ترسم مخططا بسيطا لجسم الإنسان، ثم تلوين مناطق الألم لديها، بعد الانتهاء تشجع الباحثة المفحوصات على مشاركة ما رسمته، والتعبير عن مشاعرهن بطلاقة.

-تواصل الباحثة الجلسة بشرح كيفية التعامل السليم مع الحزن من خلال؛ التنفيس الانفعالي (اللفظي والكتابي)، والشعور بالتقبل، وتبيان أهميتهما.

-تفسح الباحثة للمفحوصات الحديث عن مشاعرهن في جو يسوده الهدوء والأمان والدعم.

-يتم فتح باب المناقشة، والحوار، وطرح الأسئلة.

-تقوم الباحثة بتوزيع مادة مرجعية مساعدة على المفحوصات، ألا وهي كتاب (تغلب على الاكتئاب بسرعة، أليكساندرا ماسي)، وتشجيعهن على قراءته، وذلك كجزء من الاستراتيجية العلاجية المعتمدة، لدعم التعافي الذاتي وتعزيز المهارات التكيفية لديهن.

-الواجب المنزلي:

تطلب الباحثة من المفحوصات تطبيق تقنية التنفيس الانفعالي سواء اللفظي أو الكتابي، واستشعار النقبل.

-تنتهي الباحثة الجلسة بتلخيص أهم ما جاء فيها.

-تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة السابعة:

-إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.

-تلخيص ما تم تناوله في الجلسة السابقة، ثم مناقشة الواجب المنزلي السابق.

-تقديم الباحثة كرات الضغط الصغيرة للمفحوصات، فبالرغم من كونها أداة بسيطة، إلا أنها فعالة في مساعدتهن على الهدوء والاسترخاء.

-تقوم الباحثة بعرض موضوع الجلسة "الحزن 2"، من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات، يتضمن متابعة شرح طرق التعامل السليم مع الحزن من خلال:

- التنفس: والوعي بأهمية التنفس بالطريقة الصحيحة، سواء من الناحية النفسية أو الجسدية، ثم يتم عرض فيديو مرئي يوضح الطريقة الصحيحة لعملية التنفس.
- الاسترخاء: مفهومه، وفوائده على المستوى النفسي والجسدي، ثم يتم عرض فيديو مرئي يوضح طريقة الاسترخاء.
- التخيل: مفهومه، وأهميته.

-تطلب الباحثة من المفحوصات أن يحددن ويسجلن في استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء (الملحق رقم 7)، درجة توترهن على مقياس من صفر إلى عشرة، حيث أن الدرجة 0 تمثل أقل درجة من التوتر، بينما تمثل الدرجة 10 أعلى درجة من التوتر.

-تقوم الباحثة بتهيئة بيئة علاجية محفزة، باستخدام الروائح العطرية والموسيقى الهادئة، بهدف تعزيز الاسترخاء لدى المفحوصات قبل وأثناء تطبيق التمارين.

-تشرع الباحثة في تقديم التعليمات، حيث تطلب من المفحوصات الجلوس بشكل مستقيم ومريح، وإغماض أعينهن، والتركيز على التنفس، مع ملاحظة الأفكار التي تمر في أذهانهن كأنها غيوم عابرة في السماء،

والسماح لها بالمرور، دون محاولة التمسك بها أو نقدها، والعودة إلى التنفس كلما تشئت فيها انتباههن، الاستمرار في ذلك لمدة 3 دقائق.

ثم تطلب منهن وضع يد على الصدر وأخرى على البطن، ثم أخذ شهيق بطيء وعميق من الأنف، مع التركيز على ملئ البطن بالهواء ودفعها إلى الخارج، على أن تبقى اليد التي على الصدر ثابتة، ثم الزفير وإخراج الهواء ببطء من الفم، مع الشعور بإفراغ الهواء من البطن، تكرار ذلك 3 مرات.

وبعدها يطلب من المفحوصات شد القدمين والأصابع، لمدة 5 ثواني، ثم إرخائها تماما لمدة 10 ثواني، والشعور بالفرق بين التوتر والاسترخاء، بعدها شد الساقين لمدة 5 ثواني، ثم إرخائها لمدة 10 ثواني، بعدها شد الفخذين والأرداف لمدة 5 ثواني، ثم إرخائها لمدة 10 ثواني، بعدها شد عضلات البطن قدر الإمكان لمدة 5 ثواني، ثم إرخائها لمدة 10 ثواني، بعدها شد اليدين والذراعين لمدة 5 ثواني، ثم إرخائها لمدة 10 ثواني، بعدها شد الكتفين والظهر لمدة 5 ثواني، ثم إرخائها لمدة 10 ثواني، بعدها شد عضلات الوجه والرقبة لمدة 5 ثواني، ثم إرخائها لمدة 10 ثواني.

بعد ذلك تطلب الباحثة من المفحوصات الاستمرار في وضعية الاسترخاء، مع إغماض العينين، والتنفس العميق، ثم تباشر في التخيل الموجه بالقول:

الآن.. اسمحي لنفسك أن تتخيلي أنك في مكان مريح وآمن.. مكان يجلب لك السكينة والهدوء.. تخيلي أنك تقفين على شاطئ البحر.. الشمس الدافئة تداعب جلدك.. تشعرين بالرمال الناعمة والدافئة تحت قدميك.. انظري أمامك إلى الأفق الواسع حيث تلتقي السماء والبحر.. لون البحر الأزرق الصافي يبعث على الهدوء.. استمعي إلى الأصوات من حولك.. صوت الأمواج اللطيفة وهي تتقدم ببطء ثم تعود مرة تلو الأخرى.. صوت النوارس التي تحوم حول الشاطئ.. اشتمي رائحة الهواء النقي.. رائحة البحر المنعشة.. دعي هذا الهواء يملأ رئتيك.. ويشعرك بالنشاط والحيوية.. اشعري بالهدوء والسلام الذي يملأ جسدك من رأسك حتى أخمص قدميك.. واجعليه يزيل أي توتر.. الآن أنت آمنة وهادئة ومسترخية تماما.. عندما تشعرين بأنك مستعدة للعودة ابدئي بتحريك أصابع يديك وقدميك.. خذي نفسا عميقا.. وعندما تستعدي تماما للعودة افتحي عينيك ببطء.. وعودي إلى هنا بابتسامة وبمصاحبة تلك المشاعر الجميلة..

-تطلب الباحثة من المفحوصات أن يحددن ويسجلن في استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء (الملحق رقم 7)، بعد الجلسة الاسترخائية، درجة توترهن على مقياس من صفر إلى 10، حيث أن الدرجة 10 تمثل أعلى درجة من القلق والتوتر، بينما يمثل 0 أقصى درجات الهدوء والاسترخاء.

-يتم فتح المجال لمشاركة المفحوصات تجربتهن حول هذا التمرين، والمناقشة، وطرح الأسئلة.

-تطلب الباحثة من المفحوصات تقييم جلسات "المحور الانفعالي"، من خلال ملئ استمارة التقييم المرحلي للبرنامج (الملحق رقم 18).

-الواجب المنزلي:

تطلب الباحثة من المفحوصات التدرب على ممارسة كل من: التنفس، الاسترخاء، التخيل، بشكل يومي، وتسجيل ذلك.

-تنتهي الباحثة الجلسة بتلخيص أهم ما جاء فيها.

-تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثامنة:

-إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.

-تلخيص ما تم تناوله في الجلسة السابقة، ثم مناقشة الواجب المنزلي السابق.

- تقوم الباحثة بعرض موضوع الجلسة "الخمول 1"، من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات، يتضمن التعريف بأسلوب الحياة الصحي، كما تم التطرق للعناصر التالية:

- الماء: أهمية شرب الماء بالقدر الكافي، وتأثيراته النفسية والجسمية.
- الغذاء: أنواعه، أهمية اتباع نظام غذائي صحي، وعلاقته بالصحة النفسية.
- النوم: تأثيره على الصحة النفسية والجسمية، عدد ساعات النوم الضرورية، كيفية الحصول على نوم عميق.
- الرياضة: الفوائد النفسية والجسمية لممارستها، بعض التمارين الرياضية اليومية البسيطة، ثم يتم عرض فيديو مرئي يوضح بعض التمارين والحركات الرياضية التي يمكن أن تمارسها المفحوصة بشكل يومي، كما تقترح الباحثة على المفحوصات القيام وممارسة هذه التمارين.

• الأدوية: تأثير الأدوية على جسم الإنسان، التأثيرات الجانبية للأدوية النفسية.

-يتم فتح المجال للمناقشة، وطرح الأسئلة.

-الواجب المنزلي:

تطلب الباحثة من المفحوصات تحميل تطبيق التذكير بشرب الماء على الهاتف المحمول، والالتزام باتباع التعليمات، اتباع النظام الغذائي، اتباع خطوات النوم الجيد، وكذلك ممارسة رياضة المشي لنصف ساعة يوميا مع بعض الحركات الرياضية البسيطة.

-تتهي الباحثة الجلسة بتلخيص أهم ما جاء فيها.

-تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة التاسعة:

-إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والالتزام بالموعد المحدد.

-تلخيص ما تم تناوله في الجلسة السابقة، ثم مناقشة الواجب المنزلي السابق.

- تقوم الباحثة بعرض موضوع الجلسة "الخمول 2"، من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات، يتضمن شرح كيفية مراقبة وتسجيل الأنشطة اليومية، علاقة ممارسة الأنشطة الممتعة بارتفاع وانخفاض الهرمونات في الجسم، كيفية وضع قائمة بالأنشطة الممتعة، مع إعطاء أمثلة توضيحية، وتوضيح للمفحوصات بأن هذه الخطوة تساعدن على إعادة بناء الروتين اليومي، وزيادة شعور بالسيطرة على حياتهن، واستعادة التواصل مع المصادر الإيجابية في الحياة.

-تطلب الباحثة من المفحوصات الشروع في كتابة أنشطتهن اليومية، وتقدير مستوى مزاجهن خلالها، ثم وضع قائمة بالأنشطة التي كانت تشعرهن بالمتعة سابقا، أو التي تشعرهن بالإنجاز عند القيام بها، أو اختيار أنسبها من قائمة الأنشطة الممتعة المقترحة (الملحق رقم 17)، وتحديد أهم 3 أنشطة ووضعها في جدول زمني محدد، للالتزام بممارستها بشكل يومي، ثم فتح باب المناقشة حول العقبات التي قد تمنعهن من تنفيذ تلك الأنشطة، وعليه يتم وضع حلول وخطط بديلة للتغلب عليها. فهذه الخطوة من شأنها أن تساعد المفحوصات على إعادة بناء الروتين اليومي، وزيادة شعورهن بالسيطرة على حياتهن، واستعادة تواصلهن مع المصادر الإيجابية في الحياة.

-يتم فتح المجال للمناقشة والحوار، وطرح الأسئلة.

-تطلب الباحثة من المفحوصات تقييم جلسات "المحور السلوكي"، من خلال ملئ استمارة التقييم المرحلي للبرنامج (الملحق رقم 18).

-الواجب المنزلي:

تطلب الباحثة من المفحوصات مراقبة أنشطتهن اليومية وتسجيلها في سجل الأنشطة اليومية (الملحق رقم 15)، ثم وضع قائمة بثلاث أنشطة ممتعة وتسجيلها كذلك في السجل المخصص لذلك (الملحق رقم 16)، وممارستها بشكل يومي.

-تنتهي الباحثة الجلسة بتلخيص أهم ما جاء فيها.

-تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة العاشرة:

-إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.

-تلخيص ما تم تناوله في الجلسة السابقة، ثم مناقشة الواجب المنزلي السابق.

-تقوم الباحثة بعرض موضوع الجلسة "القصور في توكيد الذات 1"، من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات، يتضمن التعريف بتوكيد الذات، الأخطاء الشائعة في فهمه، وكيفية تنميته من خلال الوعي بالحقوق الشخصية، والتدريب على استخدام لغة واضحة ومباشرة، وتعديل الحديث السلبي الداخلي، مع إعطاء أمثلة لذلك، ثم يتم عرض فيديو مرئي يوضح هذه المهارة.

يساعد طرح هذا الموضوع للمفحوصات، على تمكينهن من التعبير عن مشاعرهن واحتياجاتهن ورغباتهن، بطريقة محترمة وإيجابية، وإدراك أن الإصابة بالاكتراب غالبا ما تجعلهن غير قادرات على توكيد ذواتهن بشكل فعال، مما يزيد من شعورهن بالضعف والعجز وقلة الحيلة.

-تتيح الباحثة الفرصة للمفحوصات بأن يشاركن ويقدمن أمثلة عن سلوكيات تقتقر لتوكيد الذات من حياتهن اليومية، وكيفية تعديلها في المرات القادمة.

-ثم تطلب الباحثة من المفحوصات أن يكتبن رسالة لأنفسهن، تحتوي على النقاط الآتية:

• التعبير عن المشاعر: ما الذي أشعر به الآن؟.

- التعبير عن الاحتياجات: ما الذي أحتاج إليه حقا الآن؟.
 - التعبير عن الرغبات: ما الذي أرغب فيه حقا؟.
 - الحديث الداخلي: ما هي الجمل الإيجابية التي أريد أن أقولها لذاتي.
- بعد انتهاء المفحوصات من الكتابة، تقترح الباحثة عليهن أن يشاركن ما كتبتهن، ثم تتم مناقشة ذلك.
- يتم فتح المجال للمناقشة والحوار، وطرح الأسئلة.
- الواجب المنزلي:
- تطلب الباحثة من المفحوصات تطبيق السلوك التوكيدي في حياتهن اليومية.
- تنتهي الباحثة الجلسة بتلخيص أهم ما جاء فيها.
- تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الحادية عشرة:

- إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.
- تلخيص ما تم تناوله في الجلسة السابقة، ثم مناقشة الواجب المنزلي السابق.
- تقوم الباحثة بعرض موضوع الجلسة "القصور في توكيد الذات 2"، من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات، يتضمن توضيح أهمية ممارسة سلوك توكيد الذات، وطرح أمثلة أكثر، التعامل السليم مع المواقف الاجتماعية الحرجة، ثم خطوات اكتساب سلوكيات توكيدية جديدة.
- تقوم الباحثة بتمثيل دور موقف يفتر لمهارة توكيد الذات مع إحدى المفحوصات، ثم تناقش معهن ملاحظاتهم حوله، وما يجب تعديله، ثم توجهن لأداء التمرين بشكل ثنائي، مع وضع سيناريوهات محددة لمواقف محرجة من الحياة اليومية، من اقتراحهن، حيث يمثل الطرف الأول دور الشخص الذي يحتاج إلى التعبير عن الذات وتوكيدها، أما الطرف الثاني فيمثل دور الشخص الآخر في السيناريو (أحد أفراد العائلة، صديق، بائع في متجر، ...)، ثم يتبادلان الأدوار بعد انتهاء الجولة الأولى، ليقوم كل منهما بتجربة الدورين، وخلال هذا التمرين تنتقل الباحثة بينهن لمراقبة التفاعل وتقديم بعض الملاحظات. بعدها يتم فتح باب المناقشة الجماعية.

-تطلب الباحثة من كل مفحوصة أن تهيئ نفسها لعمل جلسة تخيلية، حيث تجلس بشكل مريح، تغمض عينيها، تتنفس بعمق وهدوء، ثم تطلب منها تخيل موقف اجتماعي كان يثير لديها مشاعر الانزعاج والحرج من بدايته حتى نهايته، مع ملاحظة كل التفاصيل، ثم القيام بمواجهة هذا الموقف، باستخدام السلوكيات الإيجابية المناسبة، مع ملاحظة كل التفاصيل كذلك، ثم الشعور بالنجاح، ثم التنفس بعمق والعودة ببطء وفتح العينين.

تشجع الباحثة المفحوصات على مشاركة تجربتهن في هذا التمرين، ومناقشة ذلك.

-يتم فتح المجال للمناقشة والحوار، وطرح الأسئلة.

-تطلب الباحثة من المفحوصات تقييم جلسات "المحور الاجتماعي"، من خلال ملئ استمارة التقييم المرحلي للبرنامج (الملحق رقم 18).

-الواجب المنزلي:

تطلب الباحثة من المفحوصات مراقبة نقاط الضعف في المواقف الاجتماعية وتسجيلها، وممارسة التخيل على تلك المواقف ومواجهتها بالسلوكيات التوكيدية، ثم الممارسة الفعلية لتلك السلوكيات في الحياة اليومية. -تتهي الباحثة الجلسة بتلخيص أهم ما جاء فيها.

-تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية عشرة:

-إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.

-تلخيص ما تم تناوله في الجلسة السابقة، ثم مناقشة الواجب المنزلي السابق.

-تقوم الباحثة بعرض موضوع الجلسة "اليأس 1"، من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات، يتضمن توضيح مفهوم اليأس، وأسباب حدوثه، مفهوم الأفكار الانتحارية، وكيفية توقيفها، وسوسة الشيطان للإنسان، وكيفية الاستعاذة منها، معنى الاستغفار وفوائده، وكيفية ممارسته، معنى التوبة وفوائدها، وخطوات ممارستها.

-تفتح الباحثة المجال للمناقشة، وتترح على المفحوصات مشاركة بعض الأفكار الانتحارية التي تتناهن، أو الحديث عن تجربتهن مع مشاعر اليأس.

-لتحفيز المفحوصات على التحلي بالإيمان بالله أكثر، تستعرض الباحثة بعض القصص من تاريخ الأنبياء عليهم السلام-، الذين واجهوا أشد الابتلاءات، وكيف أنجاهم الله سبحانه وتعالى منها.

-تطلب الباحثة من المفحوصات، تذكر ومشاركة قصصهن الشخصية التي أنجاهن الله تبارك وتعالى فيها، حتى لو كانت بسيطة.

-يتم فتح المجال للمناقشة والحوار، وطرح الأسئلة.

-تقوم الباحثة بتوزيع مادة مرجعية مساعدة على المفحوصات، والمتمثلة في كتاب (لأنك الله، علي الفيافي)، وتشجيعهن على قراءته والتمعن في محتواه.

-الواجب المنزلي:

تطلب الباحثة من المفحوصات مراقبة وتسجيل الأفكار الانتحارية، والتدرب على توقيفها، وكذلك ممارسة الاستغفار والتوبة في الحياة اليومية.

-تتهي الباحثة الجلسة بتلخيص أهم ما جاء فيها.

-تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة عشرة:

-إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.

-تلخيص ما تم تناوله في الجلسة السابقة، ثم مناقشة الواجب المنزلي السابق.

-تقوم الباحثة بعرض موضوع الجلسة "اليأس 2"، من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات، يتضمن شرح معنى الإيمان بالله سبحانه وتعالى والتسليم له، وكيفية تنميته، معنى وفوائد كل من (الشكر، التسبيح، الدعاء)، والتطبيق العملي لها، الصلاة وفوائدها، وكيفية الخشوع فيها، أهمية قراءة القرآن الكريم، مكانة المرأة في الدين الإسلامي.

-تطلب الباحثة من كل مفحوصة التفكير في مختلف جوانب حياتها، ثم كتابة وتعداد نعم الله سبحانه وتعالى عليها، ثم تشجيعهن على مشاركة ما كتبته.

-يتم فتح المجال للمناقشة والحوار، وطرح الأسئلة.

-تطلب الباحثة من المفحوصات تقييم جلسات "المحور الروحي"، من خلال ملئ استمارة التقييم المرحلي للبرنامج (الملحق رقم 18).

-تقوم الباحثة بتوزيع مادة مرجعية مساعدة على المفحوصات، والمتمثلة في كتاب (كوني صحابية، حنان لاشين)، وتشجيعهن على قراءته.
-الواجب المنزلي:

تطلب الباحثة من المفحوصات التطبيق العملي اليومي لكل من: الشكر، التسبيح، الدعاء، الصلاة، قراءة القرآن الكريم.

-تنتهي الباحثة الجلسة بتلخيص أهم ما جاء فيها.

-تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الرابعة عشرة:

-إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.

-تلخيص ما تم تناوله في الجلسة السابقة، ثم مناقشة الواجب المنزلي السابق.

-تقوم الباحثة من خلال عرض تقديمي على جهاز العرض المرئي للبيانات، بتقديم ملخص عام لكل محور من محاور البرنامج العلاجي (المعرفي، الانفعالي، السلوكي، الاجتماعي، الروحي)، وتقييم وتقويم الواجبات المنزلية المتعلقة بكل محور، مع فتح المجال للمناقشة والحوار، وطرح الأسئلة.

-تقوم الباحثة بتهيئة المفحوصات نفسيا لإنهاء البرنامج العلاجي.

-تشكر الباحثة المفحوصات على التعاون والتفاعل خلال الجلسة، وتذكيرهن بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة عشرة:

-إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.

-تلخيص ما تم تناوله في الجلسة السابقة، ثم مناقشة الواجبات المنزلية السابقة.

-تقدم الباحثة شرحا وافيا لموضوع الانتكاسة، وكيفية الوقاية منها.

-يتم فتح المجال للمناقشة والحوار، وطرح الأسئلة.

- القيام بالقياس البعدي، من خلال توزيع مقاييس الدراسة على المفحوصات، والطلب منهن الإجابة عنها.
- تطلب الباحثة من المفحوصات تقييم كلي لجلسات البرنامج، من خلال ملئ استمارة التقييم النهائي للبرنامج العلاجي (الملحق رقم 19).
- تشكر الباحثة المفحوصات على تعاونهن والتزامهن ومشاركتهن الفعالة في البرنامج العلاجي، مع تمنى لهن كل التوفيق في حياتهن.
- تحدد الباحثة مع المفحوصات موعد جلسة المتابعة، وذلك بعد مرور ثمانية (8) أسابيع.

الجلسة السادسة عشرة:

- إلقاء التحية والترحيب بالمفحوصات، وشكرهن على حضورهن والتزامهن بالموعد المحدد.
- الاستماع لتقارير المفحوصات النفسية، وتقديم تجربتهن حول ما طرأ عليهن من تغير وتحسن.
- الإجابة عن أسئلة واستفسارات المفحوصات، ومناقشة الملاحظات.
- القيام بالقياس التتبعي، من خلال توزيع مقياس بيك الثاني للاكتئاب على المفحوصات، والطلب منهن الإجابة عنه.
- الختام النهائي للبرنامج العلاجي، مع تجديد الشكر الخالص لهن، وتوديعهن.

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

- الصدق التمييزي:

Statistiques de groupe

المستوى	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
الأدنى درجة	26	49,96	3,883	,762
أعلى درجة	26	25,96	4,181	,820

Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes							Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
الدرجات	Hypothèse de variances égales	,013	,909	21,447	50	,000	24,000	1,119	21,752	26,248
	Hypothèse de variances inégaies			21,447	49,730	,000	24,000	1,119	21,752	26,248

ب- الثبات:

- طريقة معامل ألفا كرونباخ:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,922	21

- طريقة التجزئة النصفية:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,840
		Nombre d'éléments	11 ^a
	Partie 2	Valeur	,860
		Nombre d'éléments	10 ^b
	Nombre total d'éléments		21
Corrélation entre les sous-échelles			,891
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,942
	Longueur inégale		,942
Coefficient de Guttman			,942

a. Les éléments sont : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21.

b. Les éléments sont : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20.

2- الخصائص السيكومترية لاختبار الأفكار اللاعقلانية:

أ-الصدق:

- **الصدق البنائي:**

- معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وفقرات اختبار الأفكار الالاقلانية

● معاملات الارتباط بين الفقرات وأبعادها لاختبار الأفكار الالاقلانية

Corrélations					
		ف2	ف15	ف28	ف41
البد الفاني	Corrélation de Pearson	1	,918**	,836**	,889**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	96	96	96	96
ف2	Corrélation de Pearson	,918**	1	,753**	,776**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000
	N	96	96	96	96
ف15	Corrélation de Pearson	,836**	,753**	1	,656**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	96	96	96	96
ف28	Corrélation de Pearson	,889**	,776**	,656**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	96	96	96	96
ف41	Corrélation de Pearson	,797**	,630**	,473**	,629**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	96	96	96	96

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations					
		ف1	ف14	ف27	ف40
البد الأول	Corrélation de Pearson	1	,805**	,806**	,671**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	96	96	96	96
ف1	Corrélation de Pearson	,805**	1	,598**	,339**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000
	N	96	96	96	96
ف14	Corrélation de Pearson	,806**	,598**	1	,354**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	96	96	96	96
ف27	Corrélation de Pearson	,671**	,339**	,354**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	96	96	96	96
ف40	Corrélation de Pearson	,797**	,526**	,532**	,393**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	96	96	96	96

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations					
		ف4	ف17	ف30	ف43
البد الرابع	Corrélation de Pearson	1	,818**	,743**	,817**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	96	96	96	96
ف4	Corrélation de Pearson	,818**	1	,491**	,607**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000
	N	96	96	96	96
ف17	Corrélation de Pearson	,743**	,491**	1	,458**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	96	96	96	96
ف30	Corrélation de Pearson	,817**	,607**	,458**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	96	96	96	96
ف43	Corrélation de Pearson	,740**	,463**	,366**	,478**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	96	96	96	96

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations					
		ف3	ف16	ف29	ف42
البد الثالث	Corrélation de Pearson	1	,773**	,738**	,849**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	96	96	96	96
ف3	Corrélation de Pearson	,773**	1	,411**	,628**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000
	N	96	96	96	96
ف16	Corrélation de Pearson	,738**	,411**	1	,519**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	96	96	96	96
ف29	Corrélation de Pearson	,849**	,628**	,519**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	96	96	96	96
ف42	Corrélation de Pearson	,677**	,316**	,307**	,427**
	Sig. (bilatérale)	,000	,002	,002	,000
	N	96	96	96	96

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations					
		ف5	ف19	ف32	ف45
البد السادس	Corrélation de Pearson	1	,781**	,817**	,679**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	96	96	96	96
ف5	Corrélation de Pearson	,781**	1	,616**	,310**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,002
	N	96	96	96	96
ف19	Corrélation de Pearson	,817**	,616**	1	,343**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,001
	N	96	96	96	96
ف32	Corrélation de Pearson	,679**	,310**	,343**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,002	,001	
	N	96	96	96	96
ف45	Corrélation de Pearson	,808**	,479**	,571**	,444**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	96	96	96	96

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations					
		ف5	ف18	ف31	ف44
البد الخامس	Corrélation de Pearson	1	,819**	,864**	,777**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	96	96	96	96
ف5	Corrélation de Pearson	,819**	1	,639**	,563**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000
	N	96	96	96	96
ف18	Corrélation de Pearson	,864**	,639**	1	,554**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	96	96	96	96
ف31	Corrélation de Pearson	,777**	,563**	,554**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	96	96	96	96
ف44	Corrélation de Pearson	,750**	,431**	,579**	,389**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	96	96	96	96

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations						
		الفرد الخاص	8ف	21ف	34ف	47ف
الفرد الخاص	Corrélation de Pearson	1	,661**	,766**	,728**	,796**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96
8ف	Corrélation de Pearson	,661**	1	,385**	,239*	,321**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,019	,001
	N	96	96	96	96	96
21ف	Corrélation de Pearson	,766**	,385**	1	,378**	,501**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000
	N	96	96	96	96	96
34ف	Corrélation de Pearson	,728**	,239*	,378**	1	,529**
	Sig. (bilatérale)	,000	,019	,000		,000
	N	96	96	96	96	96
47ف	Corrélation de Pearson	,796**	,321**	,501**	,529**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,000	,000	
	N	96	96	96	96	96

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations						
		العدد_الخاص	7-ف	20-ف	33-ف	46-ف
العدد_الخاص	Corrélation de Pearson	1	,604**	,645**	,690**	,755**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96
7-ف	Corrélation de Pearson	,604**	1	,139	,188	,297**
	Sig. (bilatérale)	,000		,176	,067	,003
	N	96	96	96	96	96
20-ف	Corrélation de Pearson	,645**	,139	1	,264**	,328**
	Sig. (bilatérale)	,000	,176		,009	,001
	N	96	96	96	96	96
33-ف	Corrélation de Pearson	,690**	,188	,264**	1	,415**
	Sig. (bilatérale)	,000	,067	,009		,000
	N	96	96	96	96	96
46-ف	Corrélation de Pearson	,755**	,297**	,328**	,415**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,003	,001	,000	
	N	96	96	96	96	96

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations						
		العدد العاشر	10-ف	23-ف	36-ف	49-ف
العدد العاشر	Corrélation de Pearson	1	,695**	,778**	,751**	,718**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96
10-ف	Corrélation de Pearson	,695**	1	,449**	,304**	,320**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,003	,001
	N	96	96	96	96	96
23-ف	Corrélation de Pearson	,778**	,449**	1	,476**	,369**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96
36-ف	Corrélation de Pearson	,751**	,304**	,476**	1	,410**
	Sig. (bilatérale)		,000	,003	,000	,000
	N	96	96	96	96	96
49-ف	Corrélation de Pearson	,718**	,320**	,369**	,410**	1
	Sig. (bilatérale)		,000	,001	,000	,000
	N	96	96	96	96	96

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations						
		عدد الفاسح	9ف	22ف	35ف	48ف
عدد الفاسح	Corrélation de Pearson	1	,640**	,719**	,678**	,601**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96
9ف	Corrélation de Pearson	,640**	1	,270**	,279**	,133
	Sig. (bilatérale)	,000		,008	,006	,196
	N	96	96	96	96	96
22ف	Corrélation de Pearson	,719**	,270**	1	,365**	,281**
	Sig. (bilatérale)	,000	,008		,000	,006
	N	96	96	96	96	96
35ف	Corrélation de Pearson	,678**	,279**	,365**	1	,151
	Sig. (bilatérale)	,000	,006	,000		,142
	N	96	96	96	96	96
48ف	Corrélation de Pearson	,601**	,133	,281**	,151	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,196	,006	,142	
	N	96	96	96	96	96

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations						
		العدد_الخاص_غير	12-ف	25-ف	38-ف	51-ف
العدد_الخاص_غير	Corrélation de Pearson	1	,754**	,765**	,785**	,705**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96
12-ف	Corrélation de Pearson	,754**	1	,500**	,457**	,316**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,002
	N	96	96	96	96	96
25-ف	Corrélation de Pearson	,765**	,500**	1	,456**	,356**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000
	N	96	96	96	96	96
38-ف	Corrélation de Pearson	,785**	,457**	,456**	1	,439**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000
	N	96	96	96	96	96
51-ف	Corrélation de Pearson	,705**	,316**	,356**	,439**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,002	,000	,000	
	N	96	96	96	96	96

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations						
		عدد الفادي غير	11-ف	24-ف	37-ف	50-ف
عدد الفادي غير	Corrélation de Pearson	1	,690**	,814**	,716**	,734**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96
11-ف	Corrélation de Pearson	,690**	1	,512**	,299**	,238*
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,003	,020
	N	96	96	96	96	96
24-ف	Corrélation de Pearson	,814**	,512**	1	,391**	,503**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000
	N	96	96	96	96	96
37-ف	Corrélation de Pearson	,716**	,299**	,391**	1	,419**
	Sig. (bilatérale)	,000	,003	,000		,000
	N	96	96	96	96	96
50-ف	Corrélation de Pearson	,734**	,238*	,503**	,419**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,020	,000	,000	
	N	96	96	96	96	96

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations						
		العدد_الخاص_غير	13-ف	26-ف	39-ف	52-ف
العدد_الخاص_غير	Corrélation de Pearson	1	,655**	,851**	,782**	,767**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96
13-ف	Corrélation de Pearson	,655**	1	,449**	,231*	,322**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,024	,001
	N	96	96	96	96	96
26-ف	Corrélation de Pearson	,851**	,449**	1	,641**	,512**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000
	N	96	96	96	96	96
39-ف	Corrélation de Pearson	,782**	,231*	,641**	1	,510**
	Sig. (bilatérale)	,000	,024	,000		,000
	N	96	96	96	96	96
52-ف	Corrélation de Pearson	,767**	,322**	,512**	,510**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,000	,000	
	N	96	96	96	96	96

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

• معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لاختبار الأفكار اللاعقلانية

Corrélations														
		درجة كل أفكار لا	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	البعد الرابع	البعد الخامس	البعد السادس	البعد السابع	البعد الثامن	البعد التاسع	البعد العاشر	البعد الحادي عشر	البعد الثاني عشر
درجة كل أفكار لا	Corrélation de Pearson	1	,920**	,915**	,904**	,881**	,913**	,908**	,847**	,880**	,856**	,875**	,843**	,871**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
البعد الأول	Corrélation de Pearson		1	,824**	,823**	,797**	,821**	,806**	,779**	,817**	,810**	,769**	,754**	,773**
	Sig. (bilatérale)			,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N		96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
البعد الثاني	Corrélation de Pearson			1	,812**	,779**	,845**	,799**	,753**	,812**	,709**	,797**	,800**	,785**
	Sig. (bilatérale)				,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N			96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
البعد الثالث	Corrélation de Pearson				1	,776**	,828**	,794**	,774**	,813**	,751**	,777**	,717**	,768**
	Sig. (bilatérale)					,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N					96	96	96	96	96	96	96	96	96
البعد الرابع	Corrélation de Pearson					1	,785**	,778**	,739**	,722**	,762**	,725**	,744**	,715**
	Sig. (bilatérale)						,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N						96	96	96	96	96	96	96	96
البعد الخامس	Corrélation de Pearson						1	,807**	,713**	,788**	,774**	,832**	,725**	,786**
	Sig. (bilatérale)							,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N							96	96	96	96	96	96	96
البعد السادس	Corrélation de Pearson							1	,759**	,770**	,776**	,820**	,742**	,816**
	Sig. (bilatérale)								,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N								96	96	96	96	96	96
البعد السابع	Corrélation de Pearson								1	,732**	,691**	,701**	,658**	,718**
	Sig. (bilatérale)									,000	,000	,000	,000	,000
	N									96	96	96	96	96
البعد الثامن	Corrélation de Pearson									1	,715**	,780**	,690**	,728**
	Sig. (bilatérale)										,000	,000	,000	,000
	N										96	96	96	96
البعد التاسع	Corrélation de Pearson										1	,684**	,708**	,738**
	Sig. (bilatérale)											,000	,000	,000
	N											96	96	96
البعد العاشر	Corrélation de Pearson											1	,689**	,745**
	Sig. (bilatérale)												,000	,000
	N												96	96
البعد الحادي عشر	Corrélation de Pearson												1	,706**
	Sig. (bilatérale)													,000
	N													96
البعد الثاني عشر	Corrélation de Pearson													1
	Sig. (bilatérale)													
	N													

** .La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

- الصدق التمييزي:

Statistiques de groupe

		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
درجات	أعلى درجة	26	99,69	1,644	,322
	أدنى درجة	26	60,38	3,021	,592

Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur l'égalité des variances					Test t pour égalité des moyennes				Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard		Inférieur	Supérieur
درجات	Hypothèse de variances égales	11,993	,001	58,279	50	,000	39,308	,674	37,953	40,662
	Hypothèse de variances inégales			58,279	38,609	,000	39,308	,674	37,943	40,672

ب-الثبات:

- طريقة معامل ألفا كرونباخ:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,976	52

- طريقة التجزئة النصفية:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,948
		Nombre d'éléments	26 ^a
	Partie 2	Valeur	,958
		Nombre d'éléments	26 ^b
	Nombre total d'éléments		52
Corrélation entre les sous-échelles			,940
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,969
	Longueur inégale		,969
Coefficient de Guttman			,968

a. Les éléments sont : 19ف, 17ف, 15ف, 13ف, 11ف, 9ف, 7ف, 5ف, 3ف, 1ف, 21ف, 23ف, 25ف, 27ف, 29ف, 31ف, 33ف, 35ف, 37ف, 39ف, 41ف, 43ف, 45ف, 47ف, 49ف, 51ف.

b. Les éléments sont : 20ف, 18ف, 16ف, 14ف, 12ف, 10ف, 8ف, 6ف, 4ف, 2ف, 22ف, 24ف, 26ف, 28ف, 30ف, 32ف, 34ف, 36ف, 38ف, 40ف, 42ف, 44ف, 46ف, 48ف, 50ف, 52ف.

3- الخصائص السيكومترية لمقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب:

أ-الصدق:

- الصّدق البنائي:

- معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وفقرات مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

[illegible]

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral)

* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

• معاملات الارتباط بين الفقرات وأبعادها لمقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

Corrélations									
	بدن الثاني	8س	9س	10س	13س	14س	15س	24س	25س
بدن الثاني	Corrélation de Pearson	1	,687**	,868**	,758**	,697**	,655**	,700**	,836**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
N		96	96	96	96	96	96	96	96
8س	Corrélation de Pearson	,687**	1	,716**	,653**	,372**	,445**	,327**	,402**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000	,001	,000	,000
N		96	96	96	96	96	96	96	96
9س	Corrélation de Pearson	,868**	,716**	1	,802**	,501**	,491**	,474**	,650**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000
N		96	96	96	96	96	96	96	96
10س	Corrélation de Pearson	,758**	,653**	,802**	1	,466**	,454**	,406**	,522**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000
N		96	96	96	96	96	96	96	96
13س	Corrélation de Pearson	,697**	,372**	,501**	,466**	1	,381**	,481**	,588**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000
N		96	96	96	96	96	96	96	96
14س	Corrélation de Pearson	,655**	,445**	,491**	,454**	,381**	1	,426**	,508**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000
N		96	96	96	96	96	96	96	96
15س	Corrélation de Pearson	,700**	,327**	,474**	,406**	,481**	,426**	1	,548**
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,000	,000	,000	,000		,000
N		96	96	96	96	96	96	96	96
24س	Corrélation de Pearson	,836**	,402**	,650**	,522**	,588**	,508**	,548**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
N		96	96	96	96	96	96	96	96
25س	Corrélation de Pearson	,636**	,142	,408**	,172	,413**	,232	,491**	,632**
	Sig. (bilatérale)	,000	,168	,000	,094	,000	,023	,000	,000
N		96	96	96	96	96	96	96	96

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations									
		بدن الاول	3س	4س	5س	7س	11س	12س	23س
بدن الاول	Corrélation de Pearson	1	,794**	,855**	,739**	,772**	,599**	,679**	,596**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96
3س	Corrélation de Pearson	,794**	1	,653**	,539**	,554**	,272**	,508**	,408**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,007	,000	,000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96
4س	Corrélation de Pearson	,855**	,653**	1	,683**	,604**	,375**	,501**	,380**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000		,000	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96
5س	Corrélation de Pearson	,739**	,539**	,683**	1	,591**	,204**	,407**	,125
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,047	,000	,226
	N	96	96	96	96	96	96	96	96
7س	Corrélation de Pearson	,772**	,554**	,604**	,591**	1	,443**	,378**	,320**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000		,000	,000	,001
	N	96	96	96	96	96	96	96	96
11س	Corrélation de Pearson	,599**	,272**	,375**	,204**	,443**	1	,443**	,496**
	Sig. (bilatérale)		,000	,007	,000	,047	,000		,000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96
12س	Corrélation de Pearson	,679**	,508**	,501**	,407**	,378**	,443**	1	,365**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000		,000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96
23س	Corrélation de Pearson	,596**	,408**	,380**	,125	,320**	,496**	,365**	1
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,226	,001	,000	,000	
	N	96	96	96	96	96	96	96	96

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations							
		بدن الرابع	16س	17س	18س	19س	20س
بدن الرابع	Corrélation de Pearson	1	,713**	,784**	,827**	,725**	,876**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96	96
16س	Corrélation de Pearson	,713**	1	,558**	,500**	,287**	,518**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,005	,000
	N	96	96	96	96	96	96
17س	Corrélation de Pearson	,784**	,558**	1	,575**	,473**	,555**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000		,000	,000
	N	96	96	96	96	96	96
18س	Corrélation de Pearson	,827**	,500**	,575**	1	,436**	,710**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000		,000	,000
	N	96	96	96	96	96	96
19س	Corrélation de Pearson	,725**	,287**	,473**	,436**	1	,605**
	Sig. (bilatérale)		,000	,005	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96	96
20س	Corrélation de Pearson	,876**	,518**	,555**	,710**	,605**	1
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	
	N	96	96	96	96	96	96

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations							
		بعد الثالث	1س	2س	6س	21س	22س
بعد الثالث	Corrélation de Pearson	1	,802**	,927**	,735**	,723**	,518**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96	96
1س	Corrélation de Pearson	,802**	1	,707**	,468**	,429**	,279**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000	,000	,006
	N	96	96	96	96	96	96
2س	Corrélation de Pearson	,927**	,707**	1	,635**	,632**	,358**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000	,000	,000
	N	96	96	96	96	96	96
6س	Corrélation de Pearson	,735**	,468**	,635**	1	,376**	,178
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000		,000	,083
	N	96	96	96	96	96	96
21س	Corrélation de Pearson	,723**	,429**	,632**	,376**	1	,383**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000		,000
	N	96	96	96	96	96	96
22س	Corrélation de Pearson	,518**	,279**	,358**	,178	,383**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,006	,000	,083	,000	
	N	96	96	96	96	96	96

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

• معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

Corrélations					
معد الرابع	معد الثالث	معد الثاني	معد الاول	درجه ك_ت سلوك	
درجه ك_ت سلوك	Corrélation de Pearson	,944**	,939**	1	
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	96	96	96	96
معد الاول	Corrélation de Pearson	,868**	,841**	1	
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	96	96	96	96
معد الثاني	Corrélation de Pearson	,769**	,868**	1	
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	96	96	96	96
معد الثالث	Corrélation de Pearson	,792**	,868**	,948**	
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	96	96	96	96
معد الرابع	Corrélation de Pearson	,792**	,769**	,763**	
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	96	96	96	96

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

- الصدق التمييزي:

Statistiques de groupe

مستوى_س	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
درجات_س				
أعلى درجة	26	126,27	6,490	1,273
أدنى درجة	26	83,73	9,093	1,783

Test des échantillons indépendants

Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes							
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
								Inférieur	Supérieur
درجات_س									
Hypothèse de variances égales	5,256	,026	19,415	50	,000	42,538	2,191	38,138	46,939
Hypothèse de variances inégales			19,415	45,224	,000	42,538	2,191	38,126	46,951

ب- الثبات:

- طريقة معامل ألفا كرونباخ:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,953	25

- طريقة التجزئة النصفية:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,900
		Nombre d'éléments	13 ^a
	Partie 2	Valeur	,914
		Nombre d'éléments	12 ^b
	Nombre total d'éléments		
Corrélation entre les sous-échelles			,938
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,968
	Longueur inégale		,968
Coefficient de Guttman			,968

a. Les éléments sont : 17 س, 15 س, 13 س, 11 س, 9 س, 7 س, 5 س, 3 س, 1 س, 19 س, 21 س, 23 س, 25 س.

b. Les éléments sont : 16 س, 14 س, 12 س, 10 س, 8 س, 6 س, 4 س, 2 س, 25 س, 18 س, 20 س, 22 س, 24 س.

4- الخصائص السيكومترية لمقياس توكيد الذات:

أ-الصدق:

- الصدق البنائي:

- معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وعبارات مقياس تأكيد الذات

		Correlations																														
		1=	2=	3=	4=	5=	6=	7=	8=	9=	10=	11=	12=	13=	14=	15=	16=	17=	18=	19=	20=	21=	22=	23=	24=	25=	26=	27=	28=	29=	30=	
1=	Correlation of Pearson	1	.578	.714	.661	.462	.418	.447	.536	.462	.720	.805	.483	.533	.440	.517	.728	.644	.708	.692	.837	.761	.805	.728	.703	.581	.683	.781	.784	.718	.855	.925
	Sig. (Bilateral)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
2=	Correlation of Pearson	.578	1	.376	.371	.272	.181	.191	.281	.236	.310	.350	.249	.330	.303	.300	.383	.310	.318	.356	.287	.389	.283	.448	.376	.350	.290	.474	.371	.383	.489	.486
	Sig. (Bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
3=	Correlation of Pearson	.714	.376	1	.507	.269	.364	.330	.381	.326	.592	.388	.308	.176	.347	.268	.420	.448	.504	.686	.460	.581	.324	.544	.447	.386	.247	.572	.556	.477	.742	.592
	Sig. (Bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
4=	Correlation of Pearson	.661	.371	.507	1	.269	.418	.381	.418	.376	.592	.388	.308	.176	.347	.268	.420	.448	.504	.686	.460	.581	.324	.544	.447	.386	.247	.572	.556	.477	.742	.592
	Sig. (Bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
5=	Correlation of Pearson	.462	.272	.269	.418	1	.189	.139	.324	.347	.592	.388	.308	.176	.347	.268	.420	.448	.504	.686	.460	.581	.324	.544	.447	.386	.247	.572	.556	.477	.742	.592
	Sig. (Bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
6=	Correlation of Pearson	.418	.191	.381	.418	.189	1	.244	.140	.000	.251	.478	.181	.174	.193	.123	.237	.288	.261	.251	.183	.336	.227	.288	.316	.288	.097	.237	.484	.278	.354	.181
	Sig. (Bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
7=	Correlation of Pearson	.447	.191	.330	.468	.135	.044	1	.291	.191	.264	.162	.249	.238	.067	.135	.261	.403	.212	.310	.228	.254	.236	.310	.300	.162	.162	.291	.371	.245	.383	.352
	Sig. (Bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
8=	Correlation of Pearson	.536	.291	.381	.478	.320	.140	.291	1	.061	.362	.290	.246	.286	.112	.199	.004	.268	.328	.362	.225	.413	.620	.802	.116	.116	.004	.373	.290	.256	.000	.000
	Sig. (Bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
9=	Correlation of Pearson	.462	.291	.381	.478	.320	.140	.291	.061	1	.362	.290	.246	.286	.112	.199	.004	.268	.328	.362	.225	.413	.620	.802	.116	.116	.004	.373	.290	.256	.000	.000
	Sig. (Bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
10=	Correlation of Pearson	.805	.350	.388	.371	.384	.478	.162	.299	.387	.418	1	.143	.388	.388	.288	.353	.416	.338	.373	.316	.318	.281	.518	.437	.258	.000	.448	.426	.493	.431	.521
	Sig. (Bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
11=	Correlation of Pearson	.483	.248	.328	.327	.328	.181	.248	.248	.152	.381	.143	1	.178	.143	.230	.247	.212	.377	.381	.180	.380	.228	.371	.278	.298	.144	.248	.363	.245	.279	.425
	Sig. (Bilateral)	.000	.015	.001	.002	.001	.007	.015	.018	.018	.000	.163	.003	.163	.024	.018	.008	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
12=	Correlation of Pearson	.533	.350	.378	.368	.322	.478	.174	.238	.368	.377	.388	.178	1	.193	.264	.268	.254	.316	.351	.300	.441	.273	.351	.323	.340	.340	.381	.358	.417	.318	.453
	Sig. (Bilateral)	.000	.001	.001	.001	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
13=	Correlation of Pearson	.483	.248	.328	.327	.328	.181	.248	.248	.152	.381	.143	.178	.143	1	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	Sig. (Bilateral)	.000	.015	.001	.002	.001	.007	.015	.018	.018	.000	.163	.003	.163	.024	.018	.008	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
14=	Correlation of Pearson	.617	.350	.388	.371	.384	.478	.162	.299	.387	.418	.143	.388	.388	.288	.353	.416	.338	.373	.316	.318	.281	.518	.437	.258	.000	.448	.426	.493	.431	.521	
	Sig. (Bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
15=	Correlation of Pearson	.725	.381	.408	.367	.418	.233	.291	.391	.337	.584	.353	.346	.386	.353	.208	1	.410	.685	.584	.421	.539	.191	.551	.428	.401	.305	.484	.567	.381	.781	.639
	Sig. (Bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
16=	Correlation of Pearson	.654	.310	.448	.438	.157	.289	.403	.268	.310	.571	.419	.212	.255	.273	.438	.410	1	.344	.524	.341	.460	.351	.426	.448	.273	.273	.501	.588	.554	.485	.615
	Sig. (Bilateral)	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
17=	Correlation of Pearson	.708	.316	.508	.412	.408	.261	.272	.326	.318	.436	.336	.373	.316	.431	.261	.605	.344	1	.391	.388	.519	.318	.532	.411	.431	.288	.512	.548	.605	.672	.708
	Sig. (Bilateral)	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
18=	Correlation of Pearson	.693	.291	.508	.412	.408	.261	.272	.326	.318	.436	.336	.373	.316	.431	.261	.605	.344	.391	1	.388	.519	.318	.532	.411	.431	.288	.512	.548	.605	.672	.708
	Sig. (Bilateral)	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
19=	Correlation of Pearson	.693	.291	.508	.412	.408	.261	.272	.326	.318	.436	.336	.373	.316	.431	.261	.605	.344	.391	.388	1	.519	.318	.532	.411	.431	.288	.512	.548	.605	.672	.708
	Sig. (Bilateral)	.000	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
20=	Correlation of Pearson	.537	.237	.267	.258	.183	.228	.178	.276	.267	.378	.188	.303	.127	.484	.421	.341	.388	.388	.388	1	.267	.281	.303	.277	.478	.447	.278	.581	.637	.827	
	Sig. (Bilateral)	.000	.007	.011	.009	.011	.023	.023	.002	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
21=	Correlation of Pearson	.505	.287	.224	.208	.000	.222	.238	.238	.000	.351	.291	.228	.273	.189	.174	.351	.316	.316	.285	.260	.347	1	.303	.418	.242	.294	.428	.507	.477	.384	.499
	Sig. (Bilateral)	.000	.005	.028	.002	.439	.008	.008	.008	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
22=	Correlation of Pearson	.738	.449	.544	.439	.391	.298	.319	.362	.398	.428	.516	.311	.351	.322	.268	.551	.428	.532	.476	.390	.487	.303	1	.450	.418	.225	.589	.835	.554	.579	.707
	Sig. (Bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
23=	Correlation of Pearson	.703	.376	.487	.478	.316	.338	.341	.378	.341	.427	.437	.278	.324	.341	.278	.448	.418	.548	.548	.418	.407	.418	.407	1	.183	.407	.257	.478	.478	.548	.688
	Sig. (Bilateral)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000														

*** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral)

- الصدق التميزي:

Statistiques de groupe

مستویات		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
درجات	أعلى درجة	26	22,19	3,086	,605
	أدنى درجة	26	1,19	,749	,147

Test des échantillons indépendants									
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %
									Inférieur Supérieur
درجات	Hypothèse de variances égales	20,908	,000	33,722	50	,000	21,000	,623	19,749 22,251
	Hypothèse de variances inégales			33,722	27,939	,000	21,000	,623	19,724 22,276

ب- الثبات:

- طريقة معامل ألفا كرونباخ:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,946	30

- طريقة التجزئة النصفية:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,891
		Nombre d'éléments	15 ^a
	Partie 2	Valeur	,905
		Nombre d'éléments	15 ^b
	Nombre total d'éléments		30
Corrélation entre les sous-échelles			,880
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,936
	Longueur inégale		,936
Coefficient de Guttman			,936

a. Les éléments sont : 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23, 25, 27, 29.

b. Les éléments sont : 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28, 30.

5- الخصائص السيكومترية لمقياس اليأس:

أ-الصدق:

- الصدق البنائي:

• معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية وفقرات مقياس اليأس

Correlations																				
		درجـة اليأس	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
درجـة اليأس	Corrélation de Pearson	1	.819**	.557**	.419**	.679**	.682**	.433**	.427**	.674**	.451**	.530**	.685**	.835**	.427**	.606**	.455**	.659**	.624**	.541**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
1	Corrélation de Pearson	.819**	1	.408**	.252**	.525**	.628**	.230*	.351**	.647**	.375**	.355**	.645**	.673**	.435**	.647**	.230*	.445**	.350**	.520**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000	.013	.000	.000	.024	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.024	.000	.000	.000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
2	Corrélation de Pearson	.557**	.408**	1	.186	.289**	.480**	.252**	.221*	.168	.234**	.252**	.342**	.518**	.221*	.126	.420**	.327**	.228**	.131
	Sig. (bilatérale)	.000	.000		.069	.004	.000	.013	.030	.102	.022	.013	.001	.000	.030	.221	.000	.001	.026	.202
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
3	Corrélation de Pearson	.419**	.252**	.186	1	.145	.333**	.229*	.148	.021	.125	.354**	.189	.375**	.148	.104	.329**	.270**	.150	.147
	Sig. (bilatérale)	.000	.013	.069		.158	.001	.025	.150	.840	.223	.000	.066	.000	.150	.312	.025	.008	.146	.153
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
4	Corrélation de Pearson	.679**	.525**	.289**	.145	1	.354**	.167	.213*	.417**	.397**	.375**	.377**	.561**	.255**	.417**	.250**	.582**	.468**	.336**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.004	.158		.000	.104	.037	.000	.000	.000	.000	.012	.000	.014	.000	.014	.000	.001
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
5	Corrélation de Pearson	.682**	.628**	.480**	.333**	.354**	1	.188	.190	.396**	.292**	.313**	.522**	.542**	.232**	.354**	.313**	.360**	.272**	.312**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.001	.000		.067	.064	.000	.004	.002	.000	.000	.023	.000	.002	.000	.000	.007
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
6	Corrélation de Pearson	.433**	.230*	.252**	.229*	.167	.188	1	.167	.250*	-.021	.250*	.292**	.271**	.125	.208*	.125	.167	.294**	.375**
	Sig. (bilatérale)	.000	.024	.013	.025	.104	.067		.103	.014	.840	.014	.004	.007	.223	.042	.225	.103	.004	.000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
7	Corrélation de Pearson	.427**	.351**	.221*	.148	.213*	.190	.167	1	.125	.145	.251**	.331**	.319**	.119	.293**	.084	.217**	.284**	.296**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.030	.150	.037	.064	.103		.223	.160	.014	.001	.002	.249	.004	.418	.034	.005	.044
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
8	Corrélation de Pearson	.574**	.647**	.168	.021	.417**	.396**	.250*	.125	1	.188	.250*	.459**	.436**	.251**	.417**	.125	.334**	.252**	.417**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.102	.840	.000	.000	.014	.223		.067	.014	.000	.000	.014	.000	.225	.001	.013	.000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
9	Corrélation de Pearson	.451**	.375**	.234**	.125	.397**	.292**	-.021	.145	.188	1	.104	.270**	.377**	.145	.188	.104	.274**	.312**	.187
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.022	.223	.000	.004	.840	.160	.067		.312	.008	.000	.160	.067	.312	.007	.002	.068
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
10	Corrélation de Pearson	.530**	.355**	.252**	.354**	.375**	.313**	.250*	.251**	.250*	.104	1	.167	.480**	.167	.208*	.375**	.251**	.294**	.292**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.013	.000	.000	.002	.014	.014	.014		.312	.104	.000	.103	.042	.000	.014	.004	.014
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
11	Corrélation de Pearson	.685**	.645**	.342**	.189	.377**	.522**	.292**	.331**	.459**	.270**	.167	1	.441**	.331**	.542**	.250**	.296**	.247**	.499**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.001	.066	.000	.000	.004	.001	.000	.008	.104		.000	.001	.000	.014	.003	.015	.000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
12	Corrélation de Pearson	.835**	.673**	.518**	.375**	.561**	.542**	.271**	.319**	.436**	.377**	.480**	.441**	1	.236**	.397**	.397**	.644**	.618**	.358**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.007	.002	.000	.000	.000	.000		.021	.000	.000	.000	.000	.000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
13	Corrélation de Pearson	.427**	.435**	.221*	.148	.255**	.232**	.125	.119	.251**	.145	.167	.331**	.236*	1	.251**	.125	.217**	.116	.164
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.030	.150	.012	.023	.223	.249	.014	.160	.103	.001	.021		.014	.223	.034	.261	.111
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
14	Corrélation de Pearson	.606**	.647**	.126	.104	.417**	.354**	.208*	.293**	.417**	.189	.208*	.542**	.397**	.251**	1	.042	.376**	.336**	.459**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.221	.312	.000	.000	.042	.004	.000	.067	.042	.000	.000	.014		.687	.000	.001	.000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
15	Corrélation de Pearson	.455**	.230*	.420**	.229*	.250*	.313**	.125	.084	.125	.104	.375**	.250*	.397**	.125	.042	1	.251**	.294**	.083
	Sig. (bilatérale)	.000	.024	.000	.025	.014	.002	.225	.418	.225	.312	.000	.014	.000	.223	.687		.014	.004	.419
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
16	Corrélation de Pearson	.659**	.445**	.327**	.270**	.582**	.354**	.167	.217**	.334**	.374**	.251**	.296**	.644**	.217**	.376**	.251**	1	.601**	.213**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.001	.008	.000	.000	.103	.034	.001	.007	.014	.003	.000	.034	.000	.014		.000	.037
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
17	Corrélation de Pearson	.624**	.350**	.228*	.150	.468**	.360**	.294**	.284**	.252**	.312**	.294**	.247**	.618**	.116	.336**	.294**	.601**	1	.205**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.026	.146	.000	.000	.004	.005	.013	.002	.004	.015	.000	.261	.001	.004	.000		.045
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
18	Corrélation de Pearson	.541**	.520**	.131	.147	.336**	.272**	.375**	.206*	.417**	.187	.250*	.499**	.358**	.164	.459**	.083	.213**	.205**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.202	.153	.001	.007	.000	.044	.000	.068	.014	.000	.000	.111	.000	.419	.037	.045	.000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
19	Corrélation de Pearson	.675**	.441**	.373**	.270**	.457**	.312**	.209*	.296**	.334**	.314**	.292**	.377**	.645**	.129	.417**	.292**	.499**	.468**	.377**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000	.008	.000	.002	.041	.003	.001	.002	.004	.000	.000	.210	.000	.004	.000	.000	.000
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
20	Corrélation de Pearson	.530**	.353**	.299**	.189	.294**	.481**	.250*	-.003	.167	.229*	.167	.374**	.400**	.289**	.250**	.292**	.338**	.373**	.082
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.003	.066	.004	.000	.014	.973	.104	.025	.104	.025	.000	.004	.014	.004	.001	.000	.429
	N	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96

** La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral)

* La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral)

- الصدق التمييزي:

Statistiques de groupe

		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
درجات ي	مستوى ي	26	17,46	1,449	,284
	أعلى درجة	26	3,00	1,296	,254
	أدنى درجة	26	3,00	1,296	,254
		26	3,00	1,296	,254

Test des échantillons indépendants										
Test de Levene sur l'égalité des variances				Test t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
درجاتي	Hypothèse de variances égales	,109	,743	37,935	50	,000	14,462	,381	13,696	15,227
	Hypothèse de variances inégales			37,935	49,394	,000	14,462	,381	13,696	15,227

ب-الثبات:

- طريقة معامل ألفا كرونباخ:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,896	20

- طريقة التجزئة النصفية:

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,795
		Nombre d'éléments	10 ^a
	Partie 2	Valeur	,821
		Nombre d'éléments	10 ^b
	Nombre total d'éléments		20
Corrélation entre les sous-échelles			,835
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,910
	Longueur inégale		,910
Coefficient de Guttman			,910

a. Les éléments sont : 1ي, 3ي, 5ي, 7ي, 9ي, 11ي, 13ي, 15ي, 17ي, 19ي.

b. Les éléments sont : 2ي, 4ي, 6ي, 8ي, 10ي, 12ي, 14ي, 16ي, 18ي, 20ي.

❖ اختبار التوزيع الطبيعي للبيانات:

1- نتائج اختبائي التوزيع الطبيعي لبيانات مقياس بيك الثاني للاكتئاب

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
الاكتئاب قبل	,075	19	,200 [*]	,981	19	,951
الاكتئاب بعد	,106	19	,200 [*]	,978	19	,921
الاكتئاب نتيح	,124	19	,200 [*]	,981	19	,952

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

2- نتائج اختبائي التوزيع الطبيعي لبيانات اختبار الأفكار اللاعقلانية

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
الأفكار_لا قبل	,124	19	,200 [*]	,956	19	,502
الأفكار_لا بعد	,097	19	,200 [*]	,983	19	,969

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

3- نتائج اختبائي التوزيع الطبيعي لبيانات استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
استرخاء قبل	,169	19	,154	,945	19	,326
استرخاء بعد	,177	19	,121	,960	19	,568

a. Correction de signification de Lilliefors

4- نتائج اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات مقياس التنشيط السلوكي

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
تنشيط_س قبل	,100	19	,200 [*]	,967	19	,725
تنشيط_س بعد	,145	19	,200 [*]	,976	19	,881

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

5- نتائج اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات مقياس توكيد الذات

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
توكيد قبل	,087	19	,200 [*]	,979	19	,926
توكيد بعد	,124	19	,200 [*]	,981	19	,952

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

6- نتائج اختباري التوزيع الطبيعي لبيانات مقياس اليأس

Tests de normalité

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistiques	ddl	Sig.	Statistiques	ddl	Sig.
اليأس قبل	,124	19	,200 [*]	,981	19	,952
اليأس بعد	,132	19	,200 [*]	,981	19	,949

*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.

a. Correction de signification de Lilliefors

❖ الفروق بين القياسات:

1- نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على اختبار الأفكار اللاعقلانية

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	الأفكار_لا قبل	94,1579	19	4,65789	1,06859
	الأفكار_لا بعد	63,2105	19	4,55313	1,04456

Test des échantillons appariés

		Différences appariées							
		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %		t	ddl	Sig. (bilatéral)
					Inférieur	Supérieur			
Paire 1	الأفكار - لا قبل - الأفكار - لا بعد	30.94737	3.79288	.87015	29.11926	32.77548	35.566	18	.000

2- نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للأفراد على استمارة المراقبة الشخصية لتقدير مدى التقدم في الاسترخاء

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	استرخاء قبل	7,1616	19	,70579	,16192
	استرخاء بعد	2,4679	19	,54305	,12458

Test des échantillons appariés

		Différences appariées							
		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %		t	ddl	Sig. (bilatéral)
					Inférieur	Supérieur			
Paire 1	استرخاء قبل - استرخاء بعد	4.69368	.82292	.18879	4.29705	5.09032	24.862	18	.000

3- نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدى للأفراد على مقياس التنشيط السلوكي للاكتئاب

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	تنشيط_س قبل	133,7368	19	9,39173	2,15461
	تنشيط_س بعد	92,8421	19	7,15125	1,64061

Test des échantillons appariés

		Différences appariées			t	ddl	Sig. (bilatéral)
		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard			
Paire 1	تنشيط_س قبل - تنشيط_س بعد	40,89474	9,10369	2,08853	19,581	18	,000

4- نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدى للأفراد على مقياس توكيد الذات

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	توكيد قبل	6,0000	19	3,44803	,79103
	توكيد بعد	24,2632	19	2,30560	,52894

Test des échantillons appariés

		Différences appariées			t	ddl	Sig. (bilatéral)
		Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard			
Paire 1	توكيد قبل - توكيد بعد	-18,26316	4,08033	,93609	-19,510	18	,000

5- نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدى للأفراد على مقياس اليأس

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	اليأس قبل	15,2632	19	2,30560	,52894
	اليأس بعد	4,0000	19	2,00000	,45883

Test des échantillons appariés

		Différences appariées		Intervalle de confiance de la différence à 95 %		t	ddl	Sig. (bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Inférieur	Supérieur			
Paire 1	اليأس قبل - اليأس بعد	11,26316	2,37679	,54527	10,11758 12,40873	20,656	18	,000

6- نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدى للأفراد على مقياس بيك الثاني للاكتئاب

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	الاكتئاب قبل	56,1053	19	3,98462	,91413
	الاكتئاب بعد	27,7368	19	4,13444	,94850

Test des échantillons appariés

		Différences appariées		Intervalle de confiance de la différence à 95 %		t	ddl	Sig. (bilatéral)
	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	Inférieur	Supérieur			
Paire 1	الاكتئاب قبل - الاكتئاب بعد	28,36842	4,15278	,95271	26,36684 30,37000	29,776	18	,000

7- نتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للأفراد على مقياس بيك الثاني للاكتئاب

Statistiques des échantillons appariés

		Moyenne	N	Ecart type	Moyenne erreur standard
Paire 1	الاكتئاب بعد	27,7368	19	4,13444	,94850
	الاكتئاب نبع	17,2632	19	2,30560	,52894

Test des échantillons appariés

		Différences appariées						
				Moyenne erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %			
		Moyenne	Ecart type		Inférieur	Supérieur	t	ddl
Paire 1	الاكتئاب بعد - الاكتئاب نبع	10,47368	2,77626	,63692	9,13557	11,81180	16,444	18
								,000