

فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف الاعراض الاكتئابية لدى المراهقين
- دراسة عيادية لحالة -

The effectiveness of a cognitive behavioral treatment program for depressive symptoms in an adolescents
- a clinical case study-

الطالبة : ابتسام حدان¹ ، أ.د. وردة بلحسيني²
^{2.1} مخبر جودة البرامج للتربية الخاصة والتعليم المكيف
^{2.1} جامعة قاصدي مرياح ورقلة (الجزائر)
ibtissemhaddane@gmail.com

تاريخ الاستلام : 2022-05-16؛ تاريخ المراجعة : 2024-06-12 ؛ تاريخ القبول : 2024-06-30

ملخص:

تهدف هذه الدراسة الى عرض نموذجا لبرنامج علاجي لحالة مراهق يبلغ من العمر (16 سنة) يعاني من أعراض اكتئابية خضع لجلسات علاجية في عيادة نفسية ، وقد قسمت هذه الدراسة إلى قسمين القسم النظري ويتمثل في المفاهيم الأساسية للدراسة وهي العلاج المعرفي السلوكي والاكتئاب ، أما القسم الثاني من الدراسة فتناول الجانب التطبيقي حيث تم شرح خطوات برنامج العلاج المعرفي السلوكي وبيان فاعليته من خلال التكفل بهذه الحالة . وقد اعتمدت الباحثة على مقياس الأعراض الاكتئابية للمراهقين المكون من (55) عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية (من إعداد الباحثة) ، كما تمت الاستعانة بشبكة مستوحاة من شبكة SECCA (شبكة التحليل الوظيفي ، الأفكار، نظام الاعتقادات ، السلوك، و التوقعات) كل هذا ضمن برنامج علاجي معرفي سلوكي متكامل يتكون من (15) جلسة بمعدل جلسة واحدة أسبوعيا. وقد دلت نتائج الدراسة على فعالية البرنامج العلاجي في خفض مستويات أعراض الاكتئاب في جميع الأبعاد في القياس البعدي واستمرار الأثر في المتابعة.

الكلمات المفتاحية: علاج معرفي سلوكي؛ أعراض اكتئابية ؛ مراهق ؛ دراسة حالة.

Abstract :

This study aims to model a treatment program for a teen with depressive symptoms that underwent therapeutic sessions in a psychiatric clinic. This study was divided into two parts, the theoretical section, considered as the basic concepts of the study, which are cognitive behavioral therapy "CBT" and depression. The second section of the study dealt with the practical aspect, where the steps of the CBT program were explained and its effectiveness was demonstrated through the handling of this condition.

The researcher relied on the adolescent depressive symptom scale of 55 phrases spread over three main dimensions (prepared by the researcher), and a network inspired by SECCA was used (Job Analysis Network, Ideas, Belief System, Behavior and Expectations). In fact, all this is a part of an integrated cognitive behavioral therapy program consisting of (15) sessions at the rate of one session per week. The results of the study demonstrated the effectiveness of the treatment program in reducing the levels of depressive symptoms in all dimensions of telemetry and the continued impact on monitoring.

Keywords: cognitive behavioral therapy; depressive symptoms; adolescent and case study

I- تمهيد :

إن أهم ما أنتت به النظرية المعرفية السلوكية يتمثل في أنها جمعت في نسق متكامل بين ما هو معرفي وما هو وجداني وما هو سلوكي بحيث تتفاعل هذه الأبعاد الثلاثة فيما بينها ويؤثر بعضها باستمرار على البعض الآخر لذلك تعتبر نظرية ثلاثية الأبعاد أثبتت فعاليتها في معالجة العديد من الاضطرابات كالاكتئاب، اضطرابات القلق ، الإدمان وغيرها من الاضطرابات النفسية.

فالعلاج المعرفي السلوكي نموذج علاجي يركز على العمليات المعرفية والمهارات السلوكية بالدمج بين الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع الجوانب المعرفية ومع السلوك، و بهدف إحداث تغيرات مطلوبة في سلوك طالب المساعدة (المحارب، 2000، 1).

حيث يقوم العلاج المعرفي السلوكي على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمتعالج من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات تقوم على أساس أن العوامل المعرفية تؤثر في السلوك ومن ثم فإن التغييرات المعرفية سيترتب عليها تغير في سلوك المتعالج (Clark & Fairburn ;1999 ; 89)

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي من الأساليب الفعالة لعلاج الاكتئاب والذي يعمل على الوقاية منه، والتخفيف من شدة الأعراض الاكتئابية التي تحمل انعكاسات على الوظائف النفسية والاجتماعية والدراسية للمراهق فقد بينت العديد من الأبحاث خلال العقود الأخيرة أن الأطفال قبل مرحلة المراهقة يطورون فعلا الأعراض التي تشكل زملة الاكتئاب إلا أن انتشار الاكتئاب الأساسي في الطفولة أقل من نظيره لدى الراشدين فقد حددت معظم الدراسات معدل انتشار أقل من (3%) في الجمهور العام للأطفال بينما معدل الانتشار يتزايد في المراهقة بطريقة حادة الى ما يقرب من ضعف معدل في الطفولة (615;duggale, 2001,et al,1995 rosenhan & seligman) وقد قدرت النسبة المئوية لشيوع الأعراض الاكتئابية المعتدلة لدى الأطفال والمراهقين في بعض الدراسات بنسبة (15%) كما أن متوسط تكرار الأعراض الاكتئابية لدى هاتين المرحلتين العمريتين يصل الى نسبة (5%) (brooks & pterson ,1991 ;costello, foly, and angold,2006)

كما أجريت العديد من الدراسات على طلاب المدارس من المراهقين بينت أن هناك تماثلا في الأعراض الاكتئابية بينهم وبين الأفراد في مرحلة الرشد و أن أعراض الاكتئاب تكون أكثر وضوحا لدى الإناث مقارنة بالذكور

(Lewinsohn et al; 1999;lewinsohn ,rohde ,and seeley,1998;brooks et al ;2002)

وبمقارنة اكتئاب الراشدين بالأطفال والمراهقين نجد أن اكتئاب الأطفال والمراهقين غالبا ما تكون له بدايات تتسم بأنها نامية ،حيث يزداد الاكتئاب على نحو تدريجي الى حد يمكنه من الرسوخ لدى الطفل أو المراهق (في مرحلة مقبلة من العمر) قيل أن يكتشف ويشخص ومن خصائص هذا الاكتئاب القابلية للاستثارة أو التهيج وليس الحزن -كما لدى الكبار - وقد يرتبط باضطرابات أخرى تحدث للطفل والمراهق مثل القلق واضطرابات السلوك ،أو فرط النشاط الحركي وصعوبات التعلم (hazell 2009). مما يستوجب تدخلا علاجيا مبكرا ، ومن هذا المنطلق جاءت فكرة هذه الدراسة والمتمثلة في علاج الأعراض الاكتئابية لمراهق وذلك من خلال برنامج علاجي يبنى تقنيات علاجية معرفية سلوكية حديثة.

أولا: الجانب النظري:**1- العلاج المعرفي السلوكي:**

واضع هذه النظرية هو دونالد هيربرت ميكنبوم "D.H Meichenbaum" وقد اعتمد في بناء نظريته على مزج بعض المفاهيم السلوكية مع بعض المفاهيم المعرفية وتقوم هذه الأخيرة على عدة أسس منها فهم وظائف الحوار ،والتعليمات الشخصية المتبادلة ،الملاحظة الذاتية ،التدريب على حل المشكلات ،ضبط الذات ،تعلم مهارات المواجهة والتأقلم وحدث التغيير في السلوك والمعرفة (شقيير ،2002 ،213)

وبهذا فإن التركيز على فهم الفرد كمسؤول عن إحداث سلوكه يعتبر أساس نظرية "ميكنوم" ولقد استنتج أن التفكير والمعتقدات والمشاعر والحديث الإيجابي مع النفس وتوجيهات الفرد لنفسه لها دور كبير في تعلم السلوك الإيجابي (بطرس، 2008، 178).

ويرمز للعلاج المعرفي السلوكي Cognitive-Behavior Therapy اختصاراً CBT فهو علاج يعتمد على التفاعل النشط بين المعالج والمتعالج وهو ما يوصف بتبادل الخبرات، إذ يقدم المعالج إلى المتعالج مبادئ أساسية للعلاج وتكون مهمته القيام بدور المعلم أو الدليل حيث يقوم بدور موضوعي بعيداً عن إصدار الأحكام. (Beck, 1993, 195)

فتعديل السلوك هو نتاج تفاعل بين الحديث الداخلي للفرد وبنائه المعرفية، حيث يقوم الفرد بتحديد السلوك القديم المراد تغييره بحديث داخلي جديد متكيف ينتج سلوكاً جديداً صحيحاً يؤثر في تكوين بناءات معرفية جديدة، مما يؤدي إلى إحداث السلوك المرغوب وتعميمه ومحاولة تثبيته (المرسومي، 2011، 92).

1-1 تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

حسب غراوه «تطلق تسمية الأساليب العلاجية المعرفية- السلوكية على تلك الطرائق العلاجية التي تستخدم مستوى المعرفة المطور في علم النفس الإمبريقي. وهي طرائق علاجية قائمة على نظرية التعلم (السلوكية) من جهة، و من جهة أخرى تعطي المعرفيات مركزاً مهماً في الحدث النفسي. وتطلق على الأولى تسمية طرائق العلاج السلوكي وعلى الثانية طرائق العلاج المعرفي. وبالنظر إلى هاتين الطريقتين العلاجيتين المختلفتين مفاهيمياً اللتان لا تستخدمان اليوم مع بعضهما بانتظام فحسب وإنما مدمجتان مفاهيمياً ، فهنا نتحدث عن طرائق العلاج المعرفية-السلوكية». (غراوه وآخرين، 1999 ، 183)

ولقد تميز العلاج المعرفي السلوكي (CBT) منذ نشأته بتأكيد موضوعه «هنا والآن» « here-and-now» وعلى ما يفعله المتعالج الآن للإبقاء على أفكاره وأفعاله وعواطفه المختلة وظيفياً، أخذاً بعين الاعتبار أن المعلومات التاريخية والتجارب النمائية للمتعالج والعلاقات الاجتماعية والتاريخ المرضي لا يركز عليها إلا في حالة كونها مرتبطة مباشرة بتطور المشكلة واستمرارها. (Freeman&Lurie, 1994, 3). ويستند العلاج المعرفي السلوكي حسب علوي (2002) على مجموعة من المبادئ أهمها :

- أ- أن الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج وأساليب تفكير خاطئة ومختلة وظيفياً، أي أن الأفكار والمعتقدات لدى الفرد هي المسؤولة عن حدوث انفعالاته وسلوكه، فهناك علاقة تبادلية تفاعلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك ولهذا فالعلاج يشمل التعامل مع المكونات الثلاثة معاً.
- ب- أن المعارف السلبية الخاطئة وأنماط التشويه المعرفي متعلمة، يتعلمها الفرد من الخبرات السابقة وأحداث الماضي وبالتالي فإن البنية المعرفية للفرد (الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعاني) ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلة وظيفياً.
- ج- أن المعارف المختلة وظيفياً قد تبدو للعيان غير منطقية ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل الشخصية عن الواقع، فهذا يعني إن التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل.
- د- تعديل البنية المعرفية للعميل يشكل أسلوب هام لإحداث تغيير في انفعالاته وسلوكه.
- هـ- إن التحريفات المعرفية يتم استئثارها غالباً عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة بالإضافة إلى انه قد يتم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد والمخططات.
- و- إن المخططات المعرفية هي الأساس المسئول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها، فهي غالباً ما تنمو باكراً في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات المؤلمة.

ز- إن المخططات المعرفية المختلة وظيفيا هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد، لذلك فإن تغيير هذه الأفكار والمعتقدات يترتب عليه تغييرات جوهرية في الانفعالات والسلوك. (حسين، 2009)

2-1- أهداف العلاج المعرفي السلوكي: يلخص كل من (بيك 1979 و فريمان 1994 و بيلاك 1985 و ميكنباوم 1977 و باترسون 1990) أهداف العلاج المعرفي السلوكي بالنقاط التالية:

- 1- تعليم المتعالج كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه.
- 2- مساعدة المتعالج على أن يكون واعياً بما يفكر فيه.
- 3- مساعدة المتعالج على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
- 4- تعديل الأفكار التلقائية والمخططات/أو المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب (التغيير المعرفي - السلوكي).
- 5- تعليم المتعالجين كيفية تقييم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث المؤلمة .
- 6- تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية.
- 7- تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات .
- 8- تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثمة تعديل سلوكهم وطريقتهم المعتادة في التفكير باستخدام الحوار الداخلي.
- 9- تدريب المتعالجين على استراتيجيات و فنيات سلوكية ومعرفية متباينة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية أو عند مواجهة ضغوط طارئة. (في بكيري، 2012)

2- العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب : قبل التطرق للحديث عن العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب تجدر الإشارة إلى ضرورة التفرقة بين الاكتئاب Depression بوصفه زملة مرضية Syndrome محددة تشخص بواسطة المقاييس النفسية والأدلة التشخيصية، سواء أكانت العالمية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، أم الدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين DSM-IV-TR، وبين الأعراض الاكتئابية Depressive symptoms التي يعترى واحد أو أكثر منها كل إنسان تقريبا في فترة ما أو أخرى من فترات حياته، وتتحدد حالة الفرد للاكتئاب أو الأعراض الاكتئابية، اعتماداً على محكات كمية وكيفية سيكولوجية وسيكياترية، وتشير الباحثة في هذه الدراسة إلى أن المقصود هنا هو الأعراض الاكتئابية وليس الاكتئاب.

1-2- تعريف الاكتئاب:

عرف المعهد الأمريكي للصحة العقلية الاكتئاب أنه : «عبارة عن خلل في سائر الجسم و الأفكار والمزاج، ويؤثر على نظرة الإنسان لنفسه ولما حوله من أشخاص وما يحدث من أحداث بحيث يفقد المريض توازنه الجسدي و النفسي والعاطفي». (حجازي، 2013، 11)

ويعرفه النابلسي (2003) أنه إختلال في التوازن النفسي الذي يصيب بالدرجة الأولى مزاج الشخص ومثالياته معرضاً إياه للألم والشقاء المعنويين .

كما يعرف سيليجمان (seligman) وزملاؤه الاكتئاب على أنه شعور الفرد بالحزن وفطور الهمة واليأس ويكون صورة قائمة عن نفسه والعالم والمستقبل وقد ينخرط في نوبات البكاء وتتحول الانشطة الممتعة إلى مجرد مضيعة للوقت وفي هذه الحالة يفقد الفرد قدرته على الضحك بشكل نهائي ونجده نادراً ما يبتسم وتبدو عليه أعراض بدنية أهمها فقدان الشهية (سيليجمان، 2006)

ويمثل الاكتئاب حالة من المزاج السوداوي المصاحبة لفطور الهمة، وهو يبطل النشاطين العقلي والجسمي، ويتميز بمنظومة من التحريفات المعرفية السلبية، ويعكس المشاعر الكئيبة و انخفاض الحماس، ويكون نفسياً طفيفاً أو ذهنياً يؤدي إلى تدمير الفرد، وغالبا ما يطلق على النوع الأول الاكتئاب الإستجابي، وهو تعبير يشير إلى أن حالة المريض هي استجابة

واضحة إلا أنها مبالغ فيها إزاء أحداث محددة ، مثل فقدان عزيز ، أو الفشل في علاقة عاطفية ، أو في المدرسة أو في العمل ، أو في التجارة وخسارة المال وغيرها وهذا النوع من الاكتئاب يكون مرتبطاً بالموقف الذي أثاره وبالتالي يوصف بأنه خارجي المنشأ ، أما النوع الذهاني العقلي فيشار إليه بأنه داخلي المنشأ أي يرجع لشخصية المريض دون أن يرتبط بأي أحداث خارجية. (مقدادي، 2008، 179)

وفي هذا السياق قام الطبيب العقلي دافيد بيرنز (1999) بوضع قائمة من الانحرافات المعرفية المرتبطة بالاكتئاب نذكرها باختصار كما يلي:

-التعميم المفرط - التضخيم والتهويل - التفكير المأساوي- المبالغة في تضخيم السلبيات- التفكير الثنائي وفق مبدأ الكل أو لا شيء- التفكير الانتقائي- التركيز على السلبيات- القفز إلى النتائج- التنبؤ بالغييب. (Palmer et al 2008)

كما يرى بيك Beck الاكتئاب بأنه: " خبرة معرفية -وجدانية تتبدى في أعراض الحزن والتشاؤم، وعدم حب الذات ونقدها، والأفكار الانتحارية، والتهيج، والاستثارة، وفقدان الاهتمام، والتردد، وانعدام القيمة، وفقدان الطاقة، وتغيرات في نمط النوم، والقابلية للغضب، وتغيرات في الشهية، وصعوبة التركيز، والإرهاق والإجهاد، وفقدان الاهتمام بالجنس" (عبد الخالق، 2011، 170) .

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن الاكتئاب هو اضطراب نفسي ذو أعراض مميزة تعبر في مجملها عن العجز الإنساني الذي قد يصل في شدته حد الذهان، وهو نتيجة لتفاعل معين بين طريقة تفكير الشخص والخبرات المؤلمة التي يمر بها في حياته، وقد يدفع المصاب به إلى إيذاء ذاته للخلاص من الحياة وآلامها .

2-2- أعراض الاكتئاب : من بين أهم الأعراض التي تنتاب الشخص المكتئب مايلي:

أ- الأعراض النفسية و الانفعالية: الحزن و البكاء, انخفاض الطاقة, نوبات البكاء غير متحكم فيها, الشعور بالذنب, الخجل و خيبة الأمل, القلق و ضعف الثقة, اليأس, التعب و الإنهاك, الفتور و اللامبالاة (عسكر، 2001، 74)

ب- الأعراض الفسيولوجية: تتواجد الأعراض التالية بصورة متكررة في الأفراد المكتئبين:

كالانقباض في الصدر والشعور بالضيق, فقدان الشهية ورفض الطعام لشعور المريض بعدم استحقاقه له لرغبته في الموت, نقصان الوزن والإمساك, الصداع والتعب لأقل مجهود, ألم في الجسم خاصة في الظهر ضعف النشاط العام, التأخر النفسي الحركي والبطء والرتابة الحركية, وتأخر زمن الرجوع, توهم المرض والانشغال على الصحة واضطراب النوم, واضطراب الدورة الشهرية, والكآبة (عسكر، 2001، 77) .

ج- الأعراض المعرفية: تتمثل في الشرود الذهني , التفكير المطلق , نقد الذات , الصعوبة في التركيز و التذكر , نشبت الانتباه و فقدان الاستبصار , وجود أفكار انتحارية (غانم ، 2006 ، 109).

د- الأعراض السلوكية:

- تجنب الناس وعدم الاكتراث بهم ،عدم الخروج من المنزل.

- إهمال الأعمال المنزلية وعدم القيام بالأنشطة اليومية المعتادة.

- الصراخ لأتفه الأسباب، الخلافات الكثيرة.

- فقدان القدرة على التحكم في النفس.

تتصف أعراض الاكتئاب الإكلينيكية بظاهرة مهمة هي التغير النهاري، وذلك أن شدة الأعراض تزيد في الصباح وتحسن تدريجياً في أثناء اليوم حتى تقل حدتها مساءً، فيصحو المريض وهو في حالة شديدة من الانقباض والضيق والاكتئاب ويبدأ في التحسن النوعي في وسط النهار ثم تقل المعاناة النفسية بعد ذلك تدريجياً (الأنصاري، 2006، 46) .

2-3- تشخيص الاكتئاب: يتبنى المعالج النفسي طريقتين أساسيتين في تشخيص الاكتئاب وهي:

أ- **الفحص النفسي العيادي:** «وتتم بقاء المتعالج وجهاً لوجه، وسؤاله بطريقة منهجية منظمة . عن مختلف الظروف الاجتماعية والنفسية والطبية التي أحاطت بشكواه. وعادة ما يحاول الطبيب النفسي خلال هذا الفحص ، أن يضع تشخيصه المناسب للحالة بما يتوافر له من خبرة أو بالرجوع إلى ما يتوافر لديه من الأدلة التشخيصية للأمراض النفسية والعقلية التي تشرحها المراجع الطبية النفسية المعروفة». (إبراهيم عبد الستار، 1998، 68)

ومن أمثلتها الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM5). حيث يشخص الاكتئاب عند وجود خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية خلال فترة أسبوعين، والتي تمثل تغيراً عن الأداء الوظيفي السابق على الأقل أحد الأعراض يجب أن يكون إما (1) مزاج منخفض أو (2) فقد الاهتمام أو المتعة.

A-1- مزاج منخفض معظم اليوم ،كل يوم تقريباً ويعبر عنه إما ذاتياً (مثل الشعور بالحزن أو بالفراغ أو باليأس) أو يلاحظ من قبل الآخرين مثل (أن يبدو دامعاً).

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 تقريباً (ويستدل على ذلك بالتعبير الشخصي أو ملاحظة 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 تقريباً.

ملاحظة : ضع في الحسبان، الإخفاق في كسب الوزن المتوقع عند الأطفال

4- أرق أو فرط النوم كل يوم تقريباً.

5- هياج نفسي حركي أو خمول، كل يوم تقريباً (ملاحظ من قبل الآخرين، وليس مجرد أحاسيس شخصية بالتأمل أو البطء)

6- تعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً.

7- أحاسيس بانعدام القيمة أو شعور مفرط أو غير مناسب بالذنب (والذي قد يكون توهمياً) كل يوم تقريباً ،وليس مجرد لوم الذات أو شعور بالذنب لكونه مريضاً.

8- انخفاض القدرة على التفكير والتركيز، أو عدم الحسم، كل يوم تقريباً (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 انخفاضاً واضحاً 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. المعايير

A-C تشكل نوبة اكتئابية جسيمة. (الحمادي، 2015، 147-148)

ب- الفحص السيكومتري: ويكون ذلك من خلال استخدام المقاييس النفسية والسلوكية الموضوعية، المتميزة بدرجة عالية من الصدق والثبات. وتساعد هذه الاختبارات على تحديد وجود الاكتئاب ونوعه وشدته، وعلى تحديد مسائل شخصية قد تكون مرتبطة بالاكتئاب.

وتفيد هذه الطريقة في وضع الخطة العلاجية المناسبة للمتعالج، وفي تقويم فاعلية العلاج النفسي أو الطبي

(الشربيني، 2001).

ثانيا: الجانب الميداني:

II - الطريقة والأدوات :

1-منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة الحالية على منهج دراسة حالة حيث أن هذه الأخيرة " تقدم خدمات كثيرة في تقديم العلاج النفسي باعتبارها مصدرا خصباً للكثير من المعارف التي يعتمدها العاملون في ميدان العلاج النفسي في عملهم." (ملحم، 2001، 57)

2-أدوات الدراسة : اعتمدت الدراسة الحالية على نوعين من الأدوات، أداة التقييم النفسي (مقياس الأعراض الاكتئابية) والأداة التجريبية (البرنامج العلاجي)
أ- أدوات التقييم:

مقياس الأعراض الاكتئابية للمراهقين :

مقياس الأعراض الاكتئابية تم بناءه من طرف الباحثة وهو يحتوي على (55) بند يشتمل على ثلاثة جوانب (معرفية ، انفعالية ، جسدية) وقد تم اختيار هذا المقياس لأنه مؤشر جيد لتشخيص وتحديد الشدة العامة للأعراض الاكتئابية ،للمزيد من المعلومات حول المقياس انظر الى (حدان ،2024).

- الخصائص السيكومترية لمقياس الأعراض الاكتئابية (إعداد الباحثة) :

الصدق:

- **صدق المقارنة الطرفية:** تم حساب صدق مقياس الأعراض الاكتئابية بطريقة المقارنة الطرفية، وبلغت قيمة "ت" المحسوبة (8.86) عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على وجود فروق ذات دلالة جوهرية، ومنه فبنود المقياس تميز تميزا واضحا بين الفئة العليا والفئة الدنيا وهذا ما يؤكد صدق مقياس الأعراض الاكتئابية.

- **الثبات:** تم حساب الثبات باستعمال طريقة التجزئة النصفية حيث بلغت قيمة الثبات "ر" قبل التعديل في مقياس الأعراض الاكتئابية تقدر

بـ (0.808) بينما "ر" بعد التعديل بلغت (0.894)، وعليه يمكن القول أن المقياس ثابت، كما تم حساب ثبات المقياس بمعامل ألفا كرومباخ

للإختبار ككل حيث بلغ معامل ألفا كرومباخ (0,87) و هو معامل ثبات قوي، و هذا يدل على ثبات فقرات مقياس الأعراض الاكتئابية، وبلغت معاملات ألفا التطبيقية لأبعاد المقياس معاملات ثبات قوية، بمعامل البعد المعرفي (0.80)، و البعد الانفعالي (0.71)، البعد الجسدي (0.77) وهذا يدل على ثبات فقرات أبعاد مقياس الأعراض الاكتئابية.

- كما استعانت الباحثة بالمعايير و المحكات التشخيصية للإكتئاب المعتمدة من طرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي والواردة في النسخة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية و العقلية DSM5 .

ت- الأداة التجريبية (البرنامج العلاجي) من تصميم الباحثة:

البرنامج معد من طرف الباحثة حيث قامت بإعداد البرنامج المقترح من خلال عدة مصادر، منها النظرية كالكتب والدراسات السيكولوجية والمقالات العلمية الحديثة والمصادر الميدانية. وكذلك استفادت الباحثة من خبرتها المهنية كممارسة عيادية في عيادة نفسية خاصة في مجال المساعدة النفسية وتشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية مما مكنها من تطبيق عدة تقنيات وأساليب منها فنيات العلاج المعرفي السلوكي في علاج عدة اضطرابات من بينها اضطراب الاكتئاب.

3- بروتوكول البرنامج العلاجي

أ- الخلفية النظرية: النظرية المعرفية السلوكية.

ب- طبيعته: فردي

ج- الهدف العام :علاج الأعراض الاكتئابية لدى (مراهق)

د - عدد الجلسات: 15

هـ - تكرار الجلسات: جلسة واحدة أسبوعياً.

و - مدة الجلسة: من 45 إلى 60 دقيقة.

ز - مكان العلاج النفسي: عيادة نفسية متخصصة.

3-1: الأهداف الإجرائية للبرنامج: تتحدد الأهداف الإجرائية للبرنامج المقترح بما يمكن قياسه، حيث تتوقع الباحثة من خلال تطبيق هذا البرنامج تحقيق الأهداف الإجرائية التالية:

- أن تتمكن الحالة من مراقبة أفكارها السلبية وتحويلها إلى أفكار إيجابية.
- أن تتمكن الحالة من البحث على الجوانب الإيجابية في كل موقف سلبي يواجهها.
- أن تتمكن الحالة من إعادة تأطير محتوى حديثها السلبي.
- أن تتمكن الحالة من التخلي عن مقاومة خبراتها الداخلية غير المرغوبة (تقبل أفكارها).
- أن تتمكن الحالة من تحديد أهم قيمها التي تحدد وجهتها في الحياة.
- أن تتمكن الحالة من الانفصال الفعلي عن أفكارها وأنها ليست أفكارها.
- أن تتمكن الحالة من متابعة احتفاظها بمكاسب البرنامج العلاجي.

3-2 التقنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي: يجمع العلاج المعرفي السلوكي طرقاً معرفية وسلوكية في حزمة علاجية تهدف إلى مساعدة الأفراد في فحص وفهم محتوى تفكيرهم، ثم بعد ذلك يتم تشجيعهم على إبعاد أنفسهم عن الفكرة عن طريق رؤيتها كفرض يمكن اختبار صحته، ونذكر في هذا المقام التقنيات المعرفية السلوكية المستخدمة في هذا البرنامج العلاجي.

*** المخططات المعرفية والبنية المعرفية :**

يُتضمن مصطلح المخططات المعرفية الاعتقادات والافتراضات والتوقعات والمعاني والقواعد، التي يكونها الفرد عن الأحداث، والآخرين، والبيئة وعلى هذا فهي تشكل الإطار الأساسي الذي يستخدمه الفرد لفهم الذات والعالم والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين، وهي تؤثر في الكيفية التي تدرك بها الأشياء والناس والأحداث والاستجابة نحوهم وتعد هذه المخططات هي المسؤولة عن نشأة الأفكار التلقائية السلبية وأيضاً تنشيطها وبقائها (حسين، 2007، 114-115)

أما البنية المعرفية حسب ميكنيوم تتضمن المخططات المعرفية التي بدورها تتضمن الاعتقادات والأفكار بالإضافة إلى الافتراضات ويتم العلاج المعرفي السلوكي بتعديل البنية المعرفية وذلك بإدخال مهارة جديدة مع إبقاء المهارة القديمة، عن طريق عدة إستراتيجيات والتي تتمثل أساساً في: الإزاحة displacement، الاندماج integration، التشرب absorption (بطرس، 2008)

*** تقنية تعديل الحوار الداخلي :** تتمثل هذه التقنية في حوار يجريه الشخص مع نفسه، بهدف توجيهه إلى ما عليه القيام به والتركيز عليه. وهذا النوع من الحوارات العقلية يكسب الفرد القدرة على تفحص أدائه وتحديد بعض المعلومات والبيانات عن كفاءة عمل هذه الأداءات، وقد أشار "ويفر" وآخرون (1988) إلى وجود نوع من أنواع التواصل الداخلي والحوارات الهدامة تمثل عمليات الاتصال الداخلي ذات النغمة السلبية، حيث يركز فيها الفرد على الأحداث الحرجة والجوانب الضعيفة والتي يواجه بها نفسه على المستوى العقلي، فيقوم بالتقليل من تدعيم الإيجابية لذاته. (Weaver & al, 1988)

لهذا يتمثل دور المعالج في تدريب الأفراد على تغيير حديثهم مع أنفسهم وما يحويه من إنطباعات وتوقعات سلبية إلى حديث إيجابي وأمل. وتأتي إستراتيجيات التحكم في الحوارات الداخلية الذاتية حسب (سيد إبراهيم، 2006، 5) من خلال:

- استخدام الحوارات الشفوية اللفظية.
- تنمية أبنية معرفية إيجابية متفائلة.

- التصور الذهني للأحداث الجيدة.
- إعادة تقييم الذات.
- عدم لوم الذات.

*** تقنية تحديد الأفكار التلقائية السلبية وفيها يتم:**

- رصد الأفكار الآلية السلبية للحالة.
- تحديد أثر الأفكار الآلية في النواحي السلوكية والانفعالية والجسمية.
- تعلم الحالة مراقبة أفكارها وأحاسيسها حتى تصبح مهارة لديها.

ويتم ذلك من خلال تدريب الحالة على تحديد الأفكار الآلية التي تعيقها في تحقيق أهدافها الدراسية والحياتية والمعتقدات غير توافقية، وتدريبها على التعرف على التشوهات المعرفية المتضمنة في أفكارها، وتقييم أثرها واستجاباتها لها، من خلال السجل اليومي للأفكار الآلية، وكيفية تعديل أفكارها السلبية إلى أفكار إيجابية، والبحث عن البدائل المناسبة.

*** تقنية سجل الأفكار :**

يقوم المفحوص من خلال هذه الفنية بالمراقبة الذاتية، وذلك بملاحظة وتسجيل أفكاره، انفعالاته وسلوكه، باستعمال مفكرة يومية أو بنماذج معدة مسبقاً. ويسمح سجل الأفكار بإمكانية الوصول إلى الأفكار الآلية للمفحوص، وطبيعة تفكيره وانفعالاته. وفي الغاء، 2000 دي المراقبة الذاتية إلى انخفاض معدل تكرار السلوكيات غير مرغوبة لدى المفحوص، وتقدم أدلة تحد من ميل المفحوص إلى تذكر فشله بدلاً من تذكر نجاحاته. (المحار، 2000، 118)

ونستخدم المعلومات من قوائم مراقبة الذات في الجلسة التالية كأساس للنقاش. وتعد هذه الوسيلة مقبولة تماماً فتنزاد السلوكيات المرغوب فيها وتتناقص السلوكيات غير المقبولة عندما يتم مراقبتها. (عوض، 2001). ويساعد هذا الجدول عملياً في إعادة البناء المعرفي للفرد، ويتم تعلمه داخل الجلسة، كما يتم استغلاله بين الجلسات في إطار الواجبات المنزلية.

*** تقنية الحوار السقراطي :**

وهو وسيلة تعليمية تتميز بالبساطة وتسعى إلى توليد الحقائق ويعتبر نموذجاً تواصلياً لتحسين الأفكار وتصحيحها وطريقة فلسفية لنفاذي الوعظ والإرشاد والمعرفة الجاهزة وأسلوباً للتحكم في انفعالاتنا والتسلح بالعقل والحكمة (زغبوش، 2007، 10)

ويسمى الحوار السقراطي أيضاً "الاكتشاف الموجه" بحيث يساعد المفحوص على تغيير معتقداته وافترضاته غير المتوافقة مع المواقف فيوجه المعالج المفحوص إلى اكتشاف طرق جديدة للتفكير وتبنيها وتساعد هذه الأسئلة المعالج على مراجعة أفكاره السلبية (زغبوش، 2007، 93)

*** تقنية إعادة العزو :**

غالبا ما يعزو المرضى بشكل غير واقعي الأحداث أو النتائج السلبية للأحداث إلى عجز شخصي ومن ثمة يضعون اللوم على أنفسهم وبالتالي يشعرون بالذنب، أو القلق أو الاكتئاب ومن خلال تقنية إعادة العزو يستطيع المعالج مساعدة المرضى على توزيع المسؤولية بشكل عادل على الأحداث وتحديد العوامل الخارجية التي أسهمت في ظهور الخبرات المؤلمة وهذه التقنية تكون مفيدة بشكل خاص مع المرضى الذين يلقون باللوم على أنفسهم بشكل مفرط ويرون أنفسهم مسئولون عن وقوع أي حادثة مؤلمة . وعملية إعادة العزو السببي للنتائج السلبية إلى عوامل خارجية وليس إلى عوامل داخلية يكون مفيداً لتصحيح خطأ الشخصية ولخفض لوم الذات وزيادة تقدير الذات . (حسين، 2007، 274)

* تقنية التخيل الموجه :

يعتبر التخيل عملية عقلية عليا ونشاطا فكريا مهما، فهو وسيلة فعالة في تنمية التفكير لدى الفرد. ومن أنواعه التخيل الموجه حيث تتطلب هذه الفنية وجود قائد أو موجه يقوم بتوجيه المفحوص عبر عملية التفكير، ويقوم هذا القائد بقراءة سيناريو معد مسبقاً، ويحتوي على كلمات أو أصوات تعمل كمحفزات تساعد المفحوص على بناء صور ذهنية للمواقف أو الأحداث التي تقرأ عليه.

ويعرف " كاظم" التخيل الموجه بأنه «تعليم وتعلم تستغل فيه الإمكانيات الهائلة للعقل الإنساني في التخيل والتبصر في المواضيع المختلفة». (كاظم، 2011، 160)

وتذكر "جالين" (1993) و"معمرية" (2009) أن التخيل الموجه فنية تستند إلى ستة مرتكزات وهي : الاسترخاء، التركيز، الوعي الجسمي والوعي الحسي ثم ممارسة التخيل بالتعبير عنه باللفظ أو بغيره كالكتابة والرسم للوصول بالحالة إلى مرحلة التأمل بتلك التخيلات الداخلية. وتتم هذه الفنية بعدة خطوات هي:

(1) إعداد سيناريو التخيل.

(2) البدء بأنشطة التخيل.

(3) تنفيذ نشاط التخيل.

(4) الأسئلة التابعة. (الوالملي وآخرون، 2017)

* تقنية المحاضرة المختصرة:

ويتم من خلالها تقديم معلومات للحالة عن ماهية الاكتئاب، وأثناء البرنامج تقوم الباحثة بشرح المفاهيم والمصطلحات الجديدة وبعض التقنيات العلاجية بواسطة المحاضرة المبسطة والمختصرة، والتي تدخل ضمن تثقيف وتعليم الحالة.

* تقنية المناقشة والحوار:

وهي تقنية معرفية يعالج بها العميل (الحالة) من خلال تبادل المناقشة والحوار مع المعالج بطريقة ناقدة ومرنة وتعتمد على التعبير الحر وتحديد وتعديل الأفكار والاتجاهات الغير مكيّفة، ويتمثل المضمون التطبيقي لهذه الفنية في قيام الباحثة بدور القائد والمسير للحوار فتلقي المحاضرة وتدير النقاش.

* تقنية الاسترخاء :

وتقوم هذه التقنية على مسلمة مفادها أن الاسترخاء يعمل كاستجابة مضادة للقلق، فالشخص لا يمكن أن يكون مسترخياً وقلقاً في نفس الوقت، فالنقيضان لا يجتمعان بمعنى أن استجابة الاسترخاء تعمل على منع ظهور استجابة القلق والضغط. (سلامة، 2006).

* تقنية وقف الأفكار :

عادة ما تكون الأفكار الخاطئة لها تأثير متزايد في معاناة الفرد، والفكرة الخاطئة ربما تستدعي أفكار خاطئة أخرى وإذا استمرت هذه الحالة نجد المريض غير قادر على الاستجابة لهذه الأفكار بشكل فعال، لذا يكون دور المعالج هو تعليم المفحوص كيف يوقف تدفق وتزايد هذه الأفكار وذلك باستخدام منبه مفاجئ سواء كان هذا حقيقي أو خيالي (الزغبيني، 2010، 30)

ويقوم هذا الأسلوب على مسلمة مفادها أنه مادام بإمكان الفرد أن يفكر بصورة إرادية في موضوع معين وفي لحظة ما إذن فيمقدوره أيضاً إبعاد التفكير في موضوع ما وفي اللحظة عينها (فرج، 1998، 240). وتستخدم هذه التقنية لمساعدة الحالة على ضبط الأفكار والتخيلات غير المنطقية أو القاهرة للذات عن طريق استبعاد أو منع هذه الأفكار السلبية، أو عندما تراود الحالة خواطر وأفكار لا يستطيع السيطرة عليها، وتفيد تقنية وقف الأفكار بصفة خاصة مع العميل الذي يدور حول حادث حدث في الماضي ولا يمكن تغيير هذا الحادث.

*** تقنية لعب الأدوار :**

يعود إدخال هذا الأسلوب في مجال العلاج النفسي إلى الطبيب النفسي مورينو "morino" الذي أدخل أسلوب السايكودراما حيث يستخدم أسلوب لعب الأدوار في العلاج الفردي كسلسلة من التجارب البسيطة يحاول فيها المعالج أن يعرض العميل لمواجهات ترتبط بمشكلته التي جاء بها وعادة يلجأ المعالج لهذا الأسلوب لتقدير المشكلات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية وأيضاً تمثيل الأدوار كأسلوب علاجي (عبد الرحمان ، الشناوي .2010)

ويستخدم تكنيك لعب الأدوار في مجالات مختلفة منها الكشف عن الأفكار التلقائية أو تكوين استجابات منطقية أو تعديل المعتقدات الجوهرية و الوسيطة وكذلك تعلم وممارسة المهارات الاجتماعية (مطر ، 2007، 330)

*** تقنية العلاج بالقراءة :**

لقد ناضل المعالجون بالقراءة طوال نصف قرن من الزمان لتحديد ميدان العلاج بالقراءة ،حيث نشأ لأول مرة في أحضان المستشفيات وبعد ذلك خرج إلى المدارس والسجون والمؤسسات الإصلاحية ،ولقد عرفت "شولز" العلاج بالقراءة أو البيبليوثراپيا ، بأنه عملية تفاعل ديناميكي بين شخصية القارئ والإنتاج الفكري.ويقول "تشرشارد" أن البيبليوثراپيا هو تقديم الكتاب المناسب في الوقت المناسب حول المشكلة المناسبة. (خليفة، 2000)

وفي هذا السياق نذكر دراسة جاميسون وسكوجين jamison and scogin (1995) إلى معرفة فعالية إستراتيجية العلاج بالقراءة لعلاج الاكتئاب وذلك على عينة مكونة من (80) راشد من الإكتئابيين ثم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة ومجموعة علاجية ،وطبق عليهم برنامج العلاج المعرفي بالقراءة ومقياس الاكتئاب ،وقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية لصالح المجموعة العلاجية في انخفاض أعراض الاكتئاب (الدحادحة ، البوسعيدي .2014، 21).

ويعتبر العلاج بالقراءة من الواجبات النافعة ومن المفيد أن نجعل المفحوص يقرأ ويلاحظ ما يقرأ من خلال سؤاله ما الذي يوافق عليه وما الذي يريد أن يستفسر عنه (مطر . 2007، 378) .

*** التدريب على المهارات الاجتماعية :**

ويقوم التدريب على المهارات الاجتماعية على مكون شهير وهو السلوك التوكيدي مثل : رفض الطلبات والتعبير على عدم الموافقة ،والمفاوضات والمصالحة ، كما يدخل ضمن برنامج المهارات التوكيدية الإيجابية : مثل إبداء الإعجاب، التعبير عن الوجدان، تقديم الموافقة والتقدير وكذلك هناك مكون ثالث هو مكون المحادثة التي تتكون من المواقف التي تشمل على التفاعل مع الغرباء ،والأصدقاء وأفراد الأسرة وزملاء العمل أو الدراسة ويستخدم المعالج " التدريب الجدلي والتدريب الجزائي" المتمثل في : النمذجة ،الممارسة الموجهة ، لعب الأدوار، مع الاختبار في بيئة طبيعية للتأكد من أن هذه المهارات تستخدم بالفعل.(عبد الرحمان ، الشناوي .2010)

*** تقنية الأعمدة الثلاثة:**

هو إجراء محدد و مصمم بنظام الأعمدة الثلاث حيث يصف المريض في العمود الأول الموقف الذي سبب له القلق أو الاكتئاب و في العمود الثاني يدون الأفكار التلقائية المرتبطة بالموقف و في العمود الثالث يدون البدائل أو الاستجابات الصحيحة من التفكير و السلوك و من خلال مناقشة المعالج و المريض أثناء الجلسة للأفكار التلقائية لدى المريض ،يستطيع المعالج التعرف على الأخطاء المعرفية لدى المريض ثم يعمل على مقاومتها وعلى تكوين بدائل أي أنماط جديدة من التفكير والاستجابات المتوازنة الأكثر إيجابية ومنطقية ، والتي تساعد في التغلب على أنماط التفكير الخاطئة لدى المريض والتي على إثرها ينخفض القلق أو الاكتئاب لديه (حسين ، 2007، 262- 263).

* الواجبات المنزلية:

تعتبر الواجبات المنزلية وسيلة مهمة لتحقيق أهداف البرنامج، وهي تتمثل في كل الأعمال، الأنشطة والمهام التي يطلب من المفحوص القيام بها فيما بين الجلسات. فهي تعطي للمفحوص فرصة ممارسة ما تدرب عليه وما تعلمه أثناء الجلسات، وذلك على مواقف الحياة الواقعية. (عبد العظيم، 2009، 244).

وتساهم الواجبات المنزلية في تدريب المفحوص على مراقبة الذاتية والتقييم وتكوين الألفة والتعاون بينه وبين المعالج. وعلى المعالج الاهتمام ببعض النقاط كما حددها "الغامدي":

- إعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المفحوص.
- تفسير وتوضيح كيفية إجرائها والتأكد من استيعاب المفحوص لها.
- مراجعتها في بداية كل جلسة.
- تحديد زمن محدد في نهاية كل جلسة لتقرير تلك الواجبات.
- فحص الأسباب الكامنة وراء عدم إتمام الواجبات المنزلية عند بعض المفحوصين. (الغامدي، 2005، 233).

3-3-3 وصف الحالة:

3-3-3 السلوك العام للحالة :

الهيئة العامة: يتميز الحالة بقامة طويلة وقوام هزيل، ذو بشرة سمراء وعينين كبيرتين بلون بني.
مزاج الحالة : الحالة ذو مزاج هادئ ،تنتابه فترات من الصمت والحزن ، كما أنه منطوي على ذاته .
الاتصال: لم يكن الاتصال مع الحالة في البداية سهلا وذلك بسبب رفضه للعلاج و التزامه الصمت إلا أنه سرعان ما وثق بالأخصائية ووافق على مواصلة جلساته العلاجية.
النشاط الحركي: يتميز الحالة بحركته البطيئة، وقلة النشاط و الحيوية.
النشاط العقلي : لاحظت الباحثة أن الحالة يتمتع بقدرات ذهنية جيدة الا انه يعاني من ضعف التركيز وتشوهات معرفية عديدة.

المستوى الدراسي الأكاديمي : السنة الثانية (2) متوسط (معيد للسنة).

3-3-3 تاريخ الحالة:

(س،ر) مراهق يبلغ من العمر ستة عشرة (16) سنة ولد في أسرة تتكون من أم وأب وستة (6) أطفال ترتيبه الخامس (5) بين أخوته، إلا أنه لم يتربى بين والديه ، ربه جده وخالته منذ بلوغه سن السنتين (2) سنة ،حيث كان هو الطفل الوحيد في منزل الجدة الكبير وحصل على كل الحب و الاهتمام وكان يقوم بزيارات قصيرة لأسرته عدة مرات في الأسبوع نظرا لعدم بعد منزل الجدة عن منزل أسرته ،تميزت طفولته بالهدوء حيث كان طفلا هادئا ومطيعا وجيد السلوك وكان مستواه الدراسي في سنوات الابتدائي جيدا جدا ونظرا لذكائه كان يلاحظ أن ملابسه وألعابه التي يمتلكها أفضل مما يلبس إخوته وكان كثيرا ما يقارن نفسه بأخوه الأصغر منه بسنة واحدة ويرى انه الأفضل من جميع إخوته على مستوى جميع الأصعدة وكان هذا الأمر مصدر فخر له فهو كان وحيد جدته وكل طلباته مجابة بينما عاش إخوته في ظل أسرة كبيرة ومتوسطة الدخل فالأب كان المعيل الوحيد للأسرة .

عندما بلغ (س.ر) أربعة عشرة سنة (14) قرر والده أن يعيده للعيش مع إخوته في المنزل بحجة أنه الآن يجب أن يشرف هو شخصيا على تربيته، فكان قرار الأب بمثابة الصدمة بالنسبة ل(س.ر) الذي رفض وبشدة مغادرة منزل جدته هذا الأخير الذي لطالما اعتبره منزله الأصلي مما أضطر الأب إلى أخذه قصرا الى منزل عائلته الأصلية ، وخصصت له أسرته غرفة مشتركة مع أخوه الأصغر منه بسنة واحدة وخلال هذه الفترة بدأ سلوك (س.ر) بالتغير وبدأت مجموعة من الأعراض

بالظهور مثل: عدم الحديث مع أفراد أسرته والميل للعزلة والوحدة ،نقص الشهية (لا يجد أي طعم للأكل)، سرعة الغضب وثورات انفعالية مشحونة بمشاعر الكره بالإضافة للتلفظ بالشتائم والكلام البذيئ، نشوء خلافات ومشاحنات مع والديه ولخوته على أتفه الأسباب .كما لاحظ كل أفراد أسرته أنه أصبح متبلد الأحاسيس وغير مبالي بالنشاطات التي كان يستمتع بها سابقا (مثل لعبة كرة القدم) حيث توقف عن ممارستها تماما.

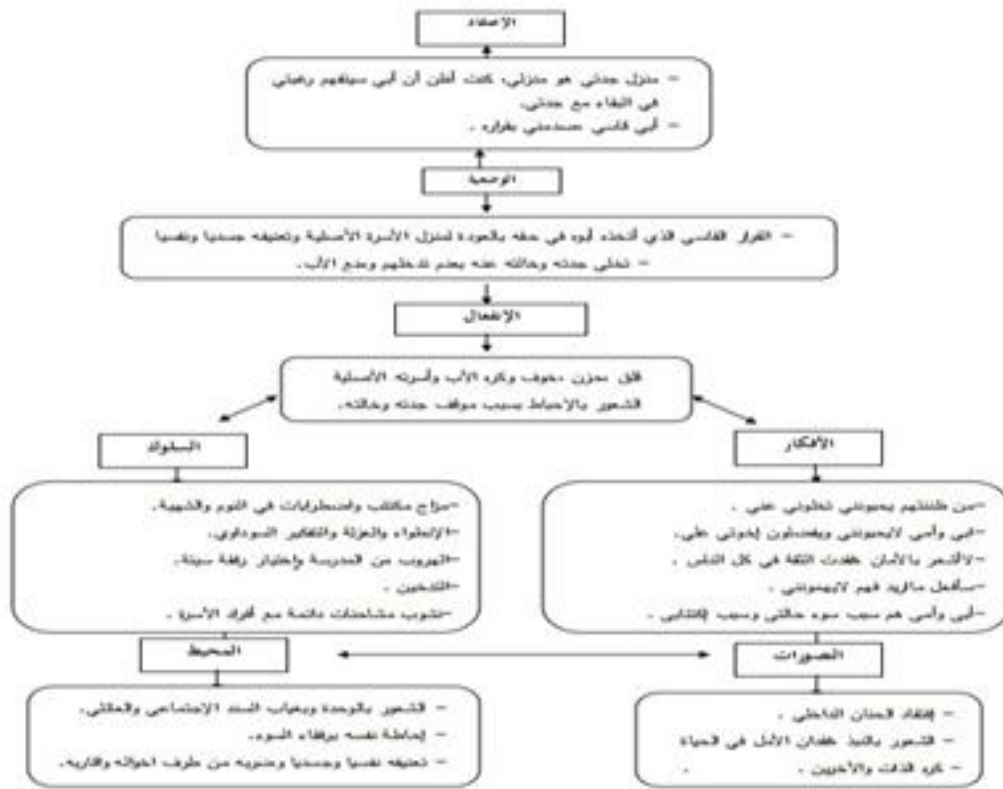
كما أن مستواه الدراسي شهد تدنى وأصبح كثير الهروب من المدرسة مما أدى إلى عدم انتقاله للقسم الأعلى، وكرد فعل من طرف أسرته على سلوكياته كانوا يعاملونه معاملة جد قاسية وعنيفة ويبرحونه ضربا داخل المنزل وأحيانا في الشارع أمام رفاقه عندما يجده أبوه يتسكع مع رفاقه السوء وقت الحصص الدراسية ،وبعد فترة بدأ (س.ر) بتدخين السجائر مع رفاقه الذين شهد لهم أصحاب الحي بسلوكياتهم السيئة على كافة الأصعدة. وأصبح (س.ر) يعيش في دائرة مغلقة مع اشتداد كل الأعراض السابقة الذكر وعدم الاهتمام بالدراسة والتغيب عن حضور حصصه المدرسية بالإضافة للنوم الكثير خلال النهار والمعاناة من الأرق ليلا.

أتى (س.ر) للعيادة النفسية بدون رغبة أو دافعية نحو تحسين حالته بل استجابة لإلحاح خالته التي كانت تأتي به وترافقه في كل مرة حيث كان يأتي منتقلا من الولاية المجاورة .

أما عن سير العلاج فقد وجدت الباحثة في البداية صعوبة في تشخيص الاضطراب النفسي الذي يعاني منه نظرا لالتزامه الصمت الشبه كلي خلال الجلسة الأولى والثانية كتعبير عن رفضه للعلاج النفسي وقد دام العلاج النفسي لهذه الحالة مدة (6)شهور بمعدل جلسة واحدة في الأسبوع مع وجود بعض المواعيد التي تعذر فيها على (س.ر) الحضور لجلسته، وقد قامت الباحثة بالتوازي مع العلاج النفسي ل(س.ر) بمقابلات نفسية مع كل من (الأب -الأم - الخالة).

3-4: التحليل الوظيفي للحالة: l'analyse fonctionnelle

تعريف التحليل الوظيفي: هو عبارة عن جمع المعلومات المتعلقة بالشخص لفهم وضعيته القلقة، العوامل المفجرة الأسباب و النتائج، أيضا العوامل التي تحفظ السلوك و الأفكار التي تصنع المشكل، في المقابلات الأولى فإن هذا التحليل يسمح بالدراسة مع المفحوص كل من العوامل الماضية و الحالية، الانفعالات الأفكار و محتوى المحيط ،فرضيات التشخيص و انطلاقا من هذا التحليل الوظيفي تفترض الوسائل والتقنيات الملائمة، والنموذج المستخدم هو شبكة سيكا SECCA (Chantal De May- 56, 2008, Guillard)، والشكل الموالي يكشف عن التحليل الوظيفي للحالة.



شبكة سبب الحالة La Grille Secca

II - النتائج ومناقشتها :

المحتوى التفصيلي للجلسات النفسية:

* **الجلسة الأولى:** إجراء مقابلة عيادية مع خالة (س،ر) و جمع المعلومات حول الحالة: حيث قامت الخالة بسرد تفاصيل أحداث حياة (س.ر) منذ طفولته الأولى الى غاية هذه المرحلة من حياته وقد كانت المقابلة بين الأخصائية والخالة فقط مع بقاء الحالة في قاعة الانتظار .

- استقبال الحالة: وتعريف الباحثة بنفسها وبنوع المساعدة التي ستقدمها له ومحاولة بناء الثقة بين الحالة والباحثة من خلال الحديث عن ماهية العلاج النفسي والفائدة المرجوة منه وفي نهاية الجلسة قامت كل من الأخصائية والحالة بإمضاء العقد العلاجي.

* **الجلسة الثانية:** لم تتمكن الباحثة من القيام بالأهداف المسطرة لهذه الجلسة نظرا لعدم تعاون الحالة والتزامه الصمت وعدم التواصل اللفظي بالإضافة لتجنب التواصل البصري (مقاومة) ، فلم تضغط عليه الباحثة وأبدت له تقبلا واحتراما لردة فعله وطلبت منه السماح لها بمساعدته لتمكن من علاجه كما طلبت منه التفكير بعد الخروج من الجلسة في الفرصة التي أتاحت له والعمل على استغلالها، وأنتهت الجلسة بعد مرور عشرين (20) دقيقة. قبل انتهاء الوقت الكامل للجلسة الذي يقدر ب خمسة واربعون (45) دقيقة.

* **الجلسة الثالثة:** أبدت الحالة في هذه الجلسة استعدادا للتعاون حيث ظهر هذا الاستعداد من خلال ملامح وجه الحالة ولغة جسده المتمثلة في طريقة جلوسه وتواصله البصري ونبرة صوته التي كانت مختلفة عن اللقاء السابق فقامت الأخصائية مباشرة بتطبيق أهداف الجلسة والمتمثلة في:

- إجراء مقابل عيادية مقننة مع الحالة من أجل تشخيص الاضطراب.

- تطبيق مقياس الأعراض الاكتئابية للمراهقين حيث تحصل الحالة على درجة (48) مما يعني انه يعاني من اكتئاب شديد.
- * **الجلسة الرابعة والخامسة:** جلستين متتاليتين دون انقطاع مايعادل تسعون (90) دقيقة، وقد هدفت الأخصائية من خلال هذه الجلسة لتحقيق الأهداف التالية:
- تعزيز الرغبة في العلاج النفسي وتحديد الأهداف العلاجية: حيث طلبت الأخصائية من الحالة كتابة أهدافه من العلاج النفسي على ورقة على شكل نقاط والاحتفاظ بها عنده من أجل تقييم نفسه في نهاية البرنامج العلاجي.
- الإصغاء لحديث الحالة بتقبل وعدم إصدار أية أحكام : حيث قام الحالة في هذه الجلسة بالتحدث بإسهاب حول طفولته وأسرته وأحداث حياته اليومية.
- تطبيق تقنية المحاضرة المختصرة : وتم ذلك باستخدام السبورة والقلم بغرض شرح ماهية اضطراب الاكتئاب مع استخدام عدة أمثلة واقعية من الحياة اليومية .
- تشكيل شبكة سيكا الخاصة بالحالة .
- التعرف على الأفكار السلبية الآلية حول الذات وحول الآخرين: وذلك من خلال طرح أمثلة واقعية مستمدة من أحداث حياة الحالة.
- واجب منزلي : سجل رصد الأفكار الآلية.
- * **الجلسة السادسة:** وهدفت الأخصائية من خلال هذه الجلسة الى مايلي:
- استدعاء كل من الأم والأب: حيث استقبلتهم الأخصائية عن انفراد بهدف جمع معلومات إضافية حول الحالة والحديث حول الاضطراب الذي تم تشخيص ابنهم به.
- تقديم إرشادات ونصائح تربوية : وذلك بهدف التعامل السليم مع ابنهم كمراهق وكشخصية تعاني من أعراض اكتئابية.
- مراجعة واجب الجلسة السابقة مع الحالة وتحديد التشوهات المعرفية في الأفكار الآلية.
- تقنية إعادة البناء المعرفي: لمعتقد (لا أشعر بالأمان، فقدت الثقة في كل الناس) حيث تم تفنيد هذين المعتقدين واستبدالهما بمعتقدات أكثر واقعية وإيجابية باستخدام أسلوب المناقشة والحوار.
- * **الجلسة السابعة:** وهدفت الأخصائية من خلال هذه الجلسة الى مايلي:
- التعرف على المخططات الاكتئابية: وهي قواعد داخلية صارمة تنشأ بالتدرج ومتعلقة بطريقة تنشئته وبتقديره لذاته والعلاقات مع الأفراد الآخرين وقد لا تكون هذه المخططات دائماً سلبية إنما قد تكون أحياناً إيجابية مثل (يجب أن أنجح في كل ما أقوم به).
- التدريب خلال الجلسة على اكتشاف وتحديد معتقداته المشوهة (الثالوث المعرفي ويتألف من ثلاثة عناصر معرفية تحت المتعالج على أن ينظر إلى نفسه ومستقبله وتجاربه بطريقة خاصة) .
- تقنية الحوار الداخلي: حيث تم تدريب الحالة على محاوره أفكاره الأوتوماتكية واستبدالها بأفكار إيجابية.
- واجب منزلي: جدول تعديل الأفكار السلبية وذلك بالانتباه للأفكار الأوتوماتكية خلال المواقف اليومية واستبدالها بأخرى سليمة وإيجابية.
- * **الجلسة الثامنة:** وهدفت الأخصائية من خلال هذه الجلسة الى مايلي:
- شرح ماهية الثقة بالنفس والقيام بتدريبات تعزيز الثقة بالنفس: وذلك باستخدام العبارات التوكيدية والتدريب أمام المرآة داخل الجلسة
- التدريب على التنفس البطني داخل الجلسة
- واجب منزلي: تكرار العبارات التوكيدية أمام المرآة ثلاث مرات في اليوم، إنشاء قائمة المسرات الخاصة به للاستعانة بها عندما يشعر أن الأعراض الاكتئابية سيطرت عليه.

*** الجلسة التاسعة:** وهدفت الأخصائية من خلال هذه الجلسة الى مايلي:

- استكشاف علاقاته وخبراته خارج أسرته: وذلك بالتدريب على تطوير تفاعلات إيجابية مع الآخرين وبناء صداقات مع أشخاص ناجحين من خلال طرح بعض الأمثلة ومناقشتها داخل الجلسة.

- التدرج على الاسترخاء العضلي المطرد.

- إستخدام تقنية الحوار السقراطي: وذلك لعلاج أفكاره اللاعقلانية حول أسرته حيث تم اختيار ثلاثة أفكار هي (من ظننتهم يحبونني تخلوني عني، أبي قاسي صدمني بقراره ، أبي وأمي لا يحبونني ويفضلون إخوتي علي)

- واجب منزلي : ممارسة كل من تمرين التنفس البطني وتطبيق الاسترخاء العضلي المطرد مرتين في اليوم.

*** الجلسة العاشرة:** وهدفت الأخصائية من خلال هذه الجلسة الى مايلي:

- مناقشة الواجب المنزلي السابق.

- إستخدام أسلوب المحاضرة حول الأهداف :لتعليمه كيفية وضع أهداف واقعية للحياة وتم شرح ذلك من خلال السبورة والقلم .

- واجب منزلي: جدول الأهداف (أهداف قريبة المدى، أهداف متوسطة المدى، أهداف بعيدة المدى).

*** الجلسة الحادية عشر:** وهدفت الأخصائية من خلال هذه الجلسة الى مايلي:

- مراجعة واجب الجلسة السابقة: حيث قامت الأخصائية بالإطلاع على الجدول ومناقشة الحالة حول أهدافه التي سطرها في الجدول خارج الجلسة مع تدريبه على التدرج في تحديد بعض الأهداف ليتمكن من تحقيقها.

- تطبيق تقنية لعب الأدوار: وقد تم اختيار شخصية الأب حيث قامت الباحثة بلعب دور الأب وقد كان الهدف من اختيار هذه التقنية هو علاج فكرة (أبي قاسي صدمني بقراره) حيث انه من خلال هذا الأسلوب العلاجي تظهر الأفكار والانفعالات المحتملة لدى شخصية الاب بشكل جلي مما يؤدي إلى تنمية الوعي لدى الحالة والتمكن من علاج جزئية سوء العلاقة بين الحالة والأب.

*** الجلسة الثانية عشر:** وهدفت الأخصائية من خلال هذه الجلسة الى مايلي:

- إعادة عزو الصفات: يُجد أن التشوهات السلبية لدى المكتئبين تكمن في العزو الداخلي الذي يقود الفرد إلى انخفاض في تقدير ذاته كالعبارة الشائعة بين المتعالمين " هذا ما جنيته على نفسي " وعلى الرغم من أن المرء لا يستطيع أن ينفى هذا تماماً، إلا أنه من غير المرجح أن يكون شخصاً واحداً بمفرده مسؤولاً عن كل خلل يحدث في علاقة ما، وهنا كان التدخل العلاجي للباحثة يكمن في إعادة توزيع المسؤولية بين كل الأطراف ذات الصلة بمشكلاته .

- شرح مفهوم العلاج بالقراءة.

- واجب منزلي: قراءة كتاب حول السيطرة عن مشاعر الغضب وإعداد ملخص للكتاب.

*** الجلسة الثالثة عشر:**

- مراجعة الواجب المنزلي السابق.

- تطبيق تقنية وقف الأفكار : وتم استخدام هذه التقنية لمساعدة الحالة على ضبط الأفكار والتخيلات غير المنطقية أو القاهرة للذات عن طريق استبعاد أو منع هذه الأفكار السلبية ،أو عندما تراود الحالة خواطر وأفكار لا يستطيع السيطرة عليها ، حيث ركزت الباحثة على حادث انتقال الحالة قصراً من منزل الجدة الى منزل أبيه وتدريبه على توقيف الأفكار التي نتجت عن هذا الموقف .

- تسطير حمية غذائية غنية بالماغنيزيوم (حيث أكدت العديد من الدراسات علاقة نقص نسبة الماغنيزيوم في الدم باضطرابات المزاج) للتخفيف من الأعراض الاكتئابية والالتزام بها ستة أشهر .

- واجب منزلي :اختيار فكرة سلبية تدور حول علاقته بأبيه (أبي يكرهني ويريد الانتقام مني) والقيام بتوقيفها .

* **الجلسة الرابعة عشر:** لمحة عامة حول ما قمنا به خلال كل الجلسات السابقة وتكليفه بمواصلة تطبيق بعض الواجبات المنزلية السابقة إلى غاية الجلسة التتبعية بعد ثلاثة أشهر وقد تم إختيار التقنيات العلاجية التالية كواجبات منزلية :

- تقنية وقف الأفكار .
- تقنية الاسترخاء العضلي المطرد.
- العبارات التوكيدية.
- الحماية الغذائية الغنية بالماغنيزيوم .

كما تم اعادة تطبيق المقياس النفسي (التطبيق البعدي) حيث تحصل على درجة 17 على مقياس الأعراض الاكتئابية للمراهقين وهي درجة خفيفة .

* **الجلسة الخامسة عشر :** بعد ثلاثة أشهر أجرت الباحثة فحص تتبعي وإعادة تطبيق المقياس حيث تحصل الحالة على درجة 14 على مقياس الأعراض الاكتئابية للمراهقين ، مما يدل على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي مع الحالة.

- كما تم استقبال خالة الحالة عن أفراد وسؤالها عن أحداث الحياة اليومية للحالة ،حيث أكدت الخالة على أن الحالة (س،ر) أصبح يتفاعل بشكل ايجابي مع أوبه ولخوته ،وأصبحت علاقته مع أبوه أكثر هدوءا ويشوبها الاحترام المتبادل كما أنه أصبح مواظب على حصصه المدرسية وقام بترك أصدقاء السوء مما أنعكس بالإيجاب على معدله الدراسي في الفصل الثالث .
-مراجعة قائمة الأهداف من العلاج النفسي التي قام الحالة بكتابتها في الحصة الرابعة من البرنامج العلاجي وتقييم مدى نجاحه في تحقيق أهدافه التي سطرها .

IV- الخلاصة :

- مكن العلاج المعرفي السلوكي الحالة من التعرف على الأفكار الاكتئابية ومناقشتها واستبدالها بأفكار أكثر واقعية وأكثر عقلانية والتخلص من أعراض الاكتئاب المتمثلة في مشاعر العجز واليأس والعزلة الاجتماعية والآلام الجسمية والنفسية التي زاد من حدتها العنف الذي عاشه في الأسرة ،وزرع الأمل والثقة في قدراته على تحدي هذا الاضطراب وتدريبه على سلوكيات أكثر ايجابية.

-كما دربه العلاج النفسي على التركيز على نقاط القوة لديه .

- كما تبين من خلال متابعة هذه الحالة أهمية ودور الأخصائي النفسي في تحقيق الصحة النفسية وتقديم المساعدة للمصابين بالاضطرابات النفسية بأسلوب علمي لتجاوز اضطرابهم والاندماج مجددا في المجتمع .

- الإحالات والمراجع :

- الأنصاري، بدر محمد.(2006). المرجع في اضطرابات الشخصية . القاهرة: دار الكتاب الحديث للنشر و التوزيع .
- أبو نصير حجازي ، سناء . (2013). علم النفس الإكلينيكي. الطبعة الأولى .عمان: دار المسير للنشر و توزيع.
- إبراهيم، عبد الستار. (1998). الاكتئاب اضطراب العصر الحديث.سلسلة عالم المعرفة.(العدد 239) . الكويت: المجلس الوطني للثقافة والعلوم.
- بطرس حافظ، بطرس. (2008). المشكلات النفسية وعلاجها. الطبعة الأولى. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر.
- بكري، نجيبية. (2012). أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكربين المراهقين . أطروحة مقدمة لنيل الدكتوراه علوم في علم النفس العيادي. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والإسلامية :جامعة الحاج لخضر باتنة .
- بنت عبد الله بن عبد الزعبي، ابتسام . (2010). فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل بعض السمات الشخصية المرتبطة بالسلوك الإجرامي للسجينات السعوديات .رسالة مقدمة لنيل الدكتوراه في علم النفس. السعودية : جامعة الأميرة بنت عبد الرحمن.
- حسين ،طه عبد العظيم .(2007). العلاج النفسي المعرفي . الطبعة الأولى. القاهرة : دار الوفاء .
- حسين، طه عبد العظيم.(2009). العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات . الطبعة الأولى. مصر :دار الوفاء لدينا الطباعة والنشر.
- الحمادي، أنور.(2015). خلاصة الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5. الطبعة الأولى بيروت : الدار العربية للعلوم ناشرون.
- خليفة، شعبان عبد العزيز. (2000). العلاج بالقراءة. الطبعة الأولى. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

- الدحادحة، باسم محمد علي. البوسعيدى، خميس عبد الله. جوان (2014). أثر العلاج بالقراءة في خفض قلق الامتحان وتحسين مستوى التوافق النفسي لدى الطلبة القلقين بسلطنة عمان . دراسات نفسية وتربوية. (العدد 12). مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية . عمان :جامعة نزوي . سيلجمان، مارتين أي.بي.(2006). *الطفل المتفائل*. ط1.السعودية : مكتبة جرير . الشربيني ،لطفى (2001). *الاكتئاب المرضى*. مصر : منشأة المعارف . شقير ، زينب محمود. (2002). *علم النفس العيادي والمرضى للأطفال والراشدين* . الطبعة الأولى. الأردن : دار الفكر . الشناوي، محمد محروس.(1994). *نظريات الإرشاد والعلاج* . مصر : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع . طريف، شوقي فرج.(1998). *توكيد الذات* . القاهرة : دار غريب . طه، عبد العظيم. حسين ،سلامة عبد العظيم. (2006). *إستراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية* . الطبعة الأولى. الأردن :دار الفكر للنشر والتوزيع . عسكر ،عبد الله (2001). *الاكتئاب النفسي بين النظرية و التطبيق*. مصر :مكتبة الانجلو المصرية . علوي، إسماعيل. بن عيسى ،زغبوش . (2002). *العلاج النفسي المعرفي*. الطبعة الأولى. الأردن :عالم الكتب الحديث . علوي، إسماعيل. بن عيسى، زغبوش . (2009). *العلاج النفسي المعرفي*. الطبعة الأولى. الأردن :عمان لكاتب الحديث . الغامدي .(2011). *العلاج المعرفي السلوكي*. أكاديمية علم النفس ، تم الإسترجاع من الرابط .https://www.acof.p.com. غانم، محمد حسن . (2006). *الاضطرابات النفسية و العقلية و السلوكية*. مصر : مكتبة الانجلو المصرية . غراوه وآخرون . ترجمة سامر ، رضوان . (1999). *العلاج النفسي دمشق* :منشورات وزارة الثقافة . . المحارب، ناصر . (2000). *المرشد في العلاج الإستعراضي السلوكي*. الرياض : دار الزهراء . محمد السيد، عبد الرحمان. الشناوي ، محمد محروس . (2010). *العلاج السلوكي الحديث* . الطبعة الأولى مصر :زهراء الشرق . مقداي ، يوسف موسى . (2008). *الوحدة النفسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من طلبة كلية العلوم التربوية جامعة آل البيت* .مجلة العلوم التربوية والنفسية . (المجلد التاسع- العدد الثالث). كلية التربية .جامعة البحرين . ملحم ، سامي محمد. (2001) . *الإرشاد و العلاج النفسي الأسس النظرية و التطبيقية*. الأردن :دار المسيرة للنشر و التوزيع . الموسومي، ليلي يوسف كريم. (2011). *فاعلية برنامج سلوكي*. مصر : المكتب الجامعي الحديث . النابلسي ،محمد أحمد . (2003). *الاكتئاب أسبابه وعلاجه* . مجلة الثقافة النفسية مركز الدراسات النفسية - الجسدية . (العدد 56).طرابلس .

- Beck, A. Et al. (1979), Cognitive therapy of depression, New York, the Guilford press.
Beck, A.T. (1976), Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, New York international Universities Press.
Beck, A.T. (1993), Cognitive Therapy Past, Present and Future, J Consult Clin Psychol, No 61.
Chantal de May Guillard (2008). Initiation aux thérapies cognitives et 34 Comportementales, cornique sociale.
Clark, David.M and Fairburn, Christopher, G (1999), Science and practice of Cognitive behavioral therapy, Oxford University press.
Cottraux, J. Bouvard, M. Légeron, P. (1985) Méthodes et échelles d'évaluation des comportements, Editions EAP, Issy-les-Moulineaux, p.72-73
Freeman, Arthur, Lurie, Lurie, Marge. (1994), Depression A Cognitive Therapy Approach, New York, New Bridge Communications.
Palmer David et al. (2008), A step-by-step guide to delivering guided self-help CBT. London, Bexley Care Trust.

كيفية الإستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA :

- ط. ابتسام حدان، أ.د وردة بلحسيني، (2024)، فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف الاعراض الاكتئابية لدى المراهقين (دراسة عيادية لحالة) ، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية ، المجلد 16(02) //2024 ، الجزائر : جامعة قاصدي مرباح ورقلة (ص.ص 159 - 176).