

"ملخص الدراسة"

أولا : المقدمة :

تناول الباحث في دراسته الحالية موضوع "العلاج المعرفي - السلوكي ومدى فاعليته في علاج مرضى الاكتئاب العصبي" .

ولما كان العلاج المعرفي - السلوكي يلتبس علما لفهم مع العلاج العقلاني - الانفعالي والعلاج السلوكي ، فقد ارتأى الباحث ان يميز باختصار بينهما حتى يكون تناوله بعد ذلك للعلاج المعرفي - السلوكي على ارضية من الفهم الدقيق لنظريته وأجرواته محدوده .

فالعلاج العقلاني - الانفعالي عند " اليس " ، ١٩٦٢ ، يقوم على افتراض أن الانسان يخلو على نطاق واسع انزعاجاته السلوكية والانفعالية الخاصة به عن طريق الاعتقادات اللاعقلانية المطلقة . هذا الافتراض يكون رئيسيا في نظريته A. B. C. D. E. ففى العلاج . حيث أن " اليس " يذهب الى ان الشخص يفترض أن حدثا في حياته (A) يشكل تلقائى يتمخض عن نتيجة انفعالية او سلوكية (C) . ولكنه فى نفس الوقت يؤكد بأن (C) النتيجة الانفعالية والسلوكية لا تتبع بشكل اتوماتيكى (A) " الحدث المنشط " . بالحرى ، فان النتيجة الانفعالية والسلوكية تسببت عن طريق الاعتقاد القوي فى الاشياء طبقا لـ (B) " نظام اعتقاد الشخص المكتتب والمعرض له بشكل فطرى " . بمعنى آخر ، أن ما يقوله الشخص لنفسه فى (B) عن (A) يحدد (C) . وفى نفس الوقت اذا عاش الشخص انزعاجا انفعاليا او سلوكيا ، فذلك يكون نتيجة لهيمنة الاعتقادات اللاعقلانية . وبالتالي يكون على المعالج مساعدة العميل على تعيين - اوبلغة العلاج العقلاني - الانفعالي الاصطلاحية ، ضبط - الاعتقادات المحيطة - للذات واللاعقلانية باعتقادات اكثر توافقا (اعادة البناء المعرفي) . وذلك عبر الطريقة المنطقية الامبيريقية فى المناقشة العلمية . وهذه العملية تسمى الجدال disputing (D) التى تتألف من تدريب العميل على استخدام العمليات التالية لاعادة البناء المعرفي . الضبط ، والمناظرة ، والتمييز والتجديد الدلالى . بالاضافة الى استخدام طرائق عقلانية مثيرة للذكريات والعواطف على سبيل المثال ، التخيل العقلاني - الانفعالي ، وتارين مهاجمة الخجل . وذلك كله بهدف التغيير الفلسفى العميق لدى العميل (E) .

ومن ناحية أخرى فان العلاج السلوكي بغنياته المتكثرة المتباينة ، يكون التغيير السلوكي هو الهدف فى حد ذاته اما بالنسبة للمعالج المعرفي - السلوكي ، فيكون تغيير السلوك هو وسيلة لنهاية - اى لتغيير المعارف . فالعلاج السلوكي والعلاج المعرفي - السلوكي

فالفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي في الوقت الذي تتحيز فيه لنظرية التعلم
السائدة في ذلك الوقت فانها تكون مستندة الى مفاهيمها النظرية بدائية
من اعمال " واطسون " عن الميثافيزيقية والسلوكية الراديكالية الميكانيكية الذراتية .
حيث وجود العقل كان منكرا ، والخبرات يتم خفضها الى افرازات غدية وحركات
عضلية . والعمليات الشعورية ، ان كانت موجودة وكانت وراء حقل التحقيق
العملي . والسلوكيات كانت معظمها محددة بالعوامل البيئية المؤثرة . ومع ذلك ، فان
عددا من المعالجين السلوكيين في العشرين سنة الاخيرة ، قد بدأوا في التعبير
عن الاهمية للمعارف لسماتهم . على سبيل المثال ، " ولبس ، ولسون ، وبندورا ،
ماهوني " جميعا يؤكدوا على الترابط المعرفي او الحتمية المتبادلة بين الفعل والسلوك
والمعرفة . هذا الترابط المعرفي هو نتيجة لاقتراح قسري بين العلاج السلوكي
وعلم النفس المعرفي .

ويكون العلاج المعرفي - السلوكي لـ " بيك " هو ثمرة من ثمرات هذا
الاتقاء والتقارب بين العلاج السلوكي وعلم النفس المعرفي . فهو يستند الى النظرية
المعرفية التي تذهب الى ان المزاج النفسي والمشاعر السالبة تكون نتاجا لمعارف محرفة
ولا عقلانية . فالمرضى يتحدثون رأيا سلبيا عن نفسه وعالمه وماضيه وحاضره ومستقبله ويكونون
مغمورا بمعارف سلبية التي تسمى " تفكيرات اتوماتيكية " لانها تحدث لا اراديا
دون محاولة ، وغالبا دون وعي . ونظرا لان المريض يكون غير واعيا بالكيفية غير المعقولة
لتواتر هذه التفكيرات السالبة ، فانه يعيش ويأول الاحداث وفقا لها ثم يصبح مضطربا
قلق . ومشاعره المؤلمة بالضرورة تقنعه بأن ادراكاته ونقد - ذاته تكون صادقة .
ثم ينمزل عن الآخرين وعن انشطته وعلاقاته المعتادة . هذا الانعزال يقنعه بل
ويغذي اقتناعه بعدم استحقاقه . بمعنى ان سلوك ووجدان الفرد يكون متحددان
بطريقة ادراك الاحداث الداخلية والخارجية . هذه المعارف (لفظية او صورية
" احداث " في مجرى شعوره) تكون مستندة الى الاتجاهات او الافتراضات (المخططات)
التي تم تكوينها من الخبرات السابقة . ويكون دور المعالج المعرفي السلوكي ان يكسر
هذه الحلقة المفرغة بتعليم المريض استخراج ومراقبة تفكيراته الاتوماتيكية السالبة التي
تدين الزملة الاكتئابية ووضعها للاختبار الاميريقى والتحليل المنطقي .

فالعلاج المعرفي السلوكي هو طريقه توجيهية منائية ومحدودة الوقت وفعالة
تم استخدامها في علاج تشكيلة من الاضطرابات النفسية (على سبيل المثال ، الاكتئاب ،
القلق ، القوبليات ، مشكلات الالم ... الخ) .

واذا كانت المعرفة والادراكات تلعب دورا رئيسيا في العلاج المعرفي - السلوكي

(التفكيرات الانوماتيكية) وثانيا : العمليات المعرفية التي تحول وتؤول المثيرات الجديدة
وثالثا : التركيبات المعرفية : المخططات التي هي مظاهر ثابتة للانتظام المعرفي بمعنى هياكل
يتم استخدامها في تفسير خصائص مميزة معرفية قديمة العهد وعامة مثل الاعتقادات والاتجاهات
تغيير المعارف ينتج عنه تغيير في السلوك . وفي نفس الوقت فان تغيير السلوك ينتج عنه
تغيير المعارف (الاتجاهات - التفكيرات - مهم الذات) . وهكذا ، احالة متبادلة
بين المعارف والانفعالات والسلوك . وبالتالي فان العلاج المعرفي - السلوكي عند تأكيده
على دور التفكيرات في تسبیب الانفعالات والسلوك لم يغفل دور السلوك المتغير في تغيير
الانفعالات والتفكيرات . وعلى هذا ، فهو يستند الى النظرية المعرفية استنادا الى اساليب
تعديل السلوك .

وحسب " بيك " فان الاعصبة تكون متميزة بمجموعة من التحريفات المعرفية في شكل
اساءة تأويلات وتجريدات اختيارية وتعميمات زائدة وتفكير مستقطب وشخصنة وبالغلبة
وتحجيم عبارات " يجب " وتفكير كلي - أو - لاشئ ، وقفز الى استنتاجات ... الخ .

فاضطرابات انفعالية بعينها تكون مفعكسا للمحتوى التمييزي للمعارف . على سبيل المثال ،
في حالات القلق ، موضوعات الخطر تكون مهيمنة في الاكتئاب ، السلبية والتخفيض الذاتي
يكونان مظهران شائعان مهيمنان ، وفي الوسواس تكون الشكوك والتحذيرات سائدة . وفي
البارانويا يكون الاضطراب مظهرا شائعا . وبشكل عام ، فان الاضطراب النفسي بالنسبة
للمعالج المعرفي ، يكون بشكل اساسي اضطراب في التفكير . وعمليات التفكير هذه بشكل مناوئ
تؤثر في نظرة العميل نحو ذاته والعالم والمستقبل (الثالث المعرفي) وتتمخض عن انفعالات
مختلة وظيفيا ومشاكل سلوكية .

ويستند العلاج المعرفي - السلوكي الى عدة مبادئ اساسية منها : اولا : ما يخص
المعالج كالا نهائية الدقيقة (كيف يستطيع المعالج ان يخطو الى عالم المريض ويري
ويعيش اسلوب الحياة بطريقة المريض لانها تتضمن بالاضافة الى المكون الانفعالي هذا مكونا
عقلانيا - اي فهم الاساس المعرفي في مشاعر المريض) . والدفع (حصص العناية والاهتمام
بالمريض) . والصدق اي الامين مع نفسه ومع المريض . ويكون هاما ان يؤكد ان ما يهم
المعالج هو ان يبين كيفية ادراك المريض لهذه المشاعر من المعالج أكثر منه كمية او درجة
هذه المشاعر من المعالج . بمعنى كيف يفعل المريض بتلك الاحداث .

ثانيا : يركز العلاج المعرفي كقيمة نمو واستمرار العلاقة العلاجية هذه التي تتضمن
المريض والمعالج وتند الى : ١ - الثقة : والتي تكون عن طريق وضع المعالج حدودا للثقافة
او استقلالية المريض مقابل الحاجة نحو لبناء من جانب المعالج ، وحدودا للاعتمادية
والاستجابة من جانب المريض مقابل الحاجة لوضع حدود من جانب المعالج . ٢ - الافقة :

٣- التعاون العلاجي : والذي يتركز على استنهاض المعطيات والبيانات الخام من المريض والوقوف بالمعلومات الاستبطانية وبحث الافتراضات الضمنية واقامة التجارب واختبار الفروض . ثالثا : اختزال المشكلة : أى البحث عن الخيط المشترك فى أعراض المريض الكثيرة والمتباينة - بمعنى - أن البعد فى اختزال المشكلة هو ملائمة هذا العامل المشترك لكوكبة من الأعراض التى تشكل اضطرابا بعينه مثل الاكتئاب . وعن طريق التركيز على هذا العامل المشترك يمكن للعلاج أن ينتج تحسنا فى المزاج والسلوك . رابعا : التعلم لـ يتعلم : بمعنى ليس من الضروري أن يساعد المعالج المعرفى المريض فى حل كل مشاكله . فنوع التعاون العلاجي هنا يركز على استحداث طرائق جديدة لجعل المريض حل كل مشاكله وأن يتعلم من خبراته .

والفنيات العلاجية المستخدمة تكون داخل اطار الانموذج المعرفى فى المرض النفسى . وتهدف الى تعيين واختبار - واقع وتصحيح التصورات المحرفة والاعتقادات (المخططات) المختلفة وظيفيا الضمنية فى هذه المعارف . وهناك تشكيلة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية تكون مستخدمة فى العلاج المعرفى . وتهدف الفنيات المعرفية الى رسم واختبار اساءة التأويلات النوعية والافتراضات المختلفة وظيفيا للمريض . ومن الفنيات المعرفية : المراقبة الذاتية للتفكيرات الأنوماتيكية والسلبية ، واعادة البناء المعرفى ، والعلاج البديلى ، بمعنى احلال تأويلات واقعية الوجهة أكثر مكان هذه المعارف المنحرفة . ومن الفنيات السلوكية جداول أنشطة ، والعلاج البارز والسر و فنية العمود الثلاثي لتسجيل التفكيرات المختلفة وظيفيا والتدريب المعرفى ولعب الدور وتهدف هذه الفنيات السلوكية الى مساعدة المريض على اختبار المعارف والافتراضات اللاتوافقية .

وإذا كان العلاج المعرفى - السلوكى يعتبر أن الاستجابة الوجدانية تكون محددة بطريقة بناء الفرد لخبرته . فالأعراض المتنوعة للاكتئاب (على سبيل المثال ، اليأس ، الحزن ، الرغبات الانتحارية ... الخ) تكون مأخوذة بعين الاعتبار كشيء ملازم للتغير فى الانتظام المعرفى لدى المريض الاكتئابى . فيفترض "بيك" أن المفاهيم المعجلة بحدوث اكتئاب تنشأ فى مرحلة مبكرة من الحياة وتشكل بالخبرات الشخصية وتنبع من التوحد مع آخرين من زوى الأهمية فى حياة الفرد ومن ادراك الفرد لاتجاهات الآخرين نحوه . وتكون مفهوم بعينه فى المراحل الأولى من النمو يساعد على تكوين مفاهيم تالية ، وإذا ما استمرت هذه المفاهيم فانها تصبح بنيانات أو مخططات دائمة . وهذه المخططات تنشط عندما يتعرض الفرد لمواقف شبيهة بالخبرات المسؤولة عن تكوين هذه المخططات كذلك فان الاكتئاب قد يكون استجابة لسلسلة من الأحداث الصدمية ، وبالتالي فان المريض المكتئب يعيش تحولا سلبيا فى نظره الى كل جانب من جوانب حياته . وكلما تعمق اكتئاب فان تفكيره يزداد تشبعا بموضوعات اكتئابية مألوفة . فالموقف غير السر من مواقف الحياة يستثير المخططات المعرفية التى تستثير بدورها تأثيرات انفعالية والتى تؤدى الى تناقص الأداء ، وبالتالي فان التصحيح لهذه المفاهيم يكون متوقعا له أن يخفف الأعراض الاكتئابية . ولما كان المعالج المعرفى يعمل

من مدى فاعلية العلاج المعرفي - السلوكي في علاج الاكتئاب النفسي .

ثانيا : تحديد المصطلحات :

١- العلاج المعرفي - السلوكي :

طريقة في العلاج النفسي استحدثها "أرون بيك" ١٩٦٠ وتتألف من المراقبة الذاتية للأفكار والتحليل المنطقي والاختبار المبهري .

٢- الاكتئاب العصبي :

اضطراب في التفكير أكثر منه في الوجدان . بمعنى أن الاكتئاب ، يرجع إلى المعرفة وأن الأعراض الوجدانية والدافعية والسلوكية في الاكتئاب تنتج بالضرورة عن التفكير السلبي . ويتميز الاكتئاب بخاصية الثالث المعرفي في التفكير السالب نحو الذات والعالم والمستقبل . وأن هذا الثالث ينشأ من مخططات التي من المحتمل أنها نشأت في مرحلة الطفولة من الخبرات المؤلمة .

٣- الاكتئاب :

هي المفحوص الذي يحصل على درجة مرتفعة في قائمة "بيك" للاكتئاب من طلبة الكلية الذين يتراوح أعمارهم ما بين (٢٠ - ٢٣) عاما .

ثالثا : عينة الدراسة :

اشتملت العينة على (٢٠) طالبا متطوعا ممن يعانون بشدة من الاكتئاب ، (٢٠) طالبة متطوعة ممن يعانون بشدة من الاكتئاب .

رابعا : أدوات الدراسة :

- ١- قائمة "بيك" للاكتئاب
- ٢- استمارة القابلة الشخصية
- ٣- البرنامج العلاجي (العلاج المعرفي - السلوكي)
- ٤- نماذج الواجبات المنزلية .

خامسا : فروض الدراسة :

١- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية من الجنسين والمجموعة الضابطة من الجنسين بعد العلاج على مقياس الاكتئاب لصالح كل من الذكور والاناث في المجموعة التجريبية .

٢- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية للجنسين والمجموعة الضابطة من الجنسين على مقياس الاكتئاب بعد انتهاء فترة المتابعة في العلاج لصالح كل من الذكور والاناث في المجموعة التجريبية .

سادس : اجراءات الدراسة :

(١) قام الباحث بتطبيق "قائمة بيك" للاكتئاب على (٥٩٨) طالبا وطالبة من الفئتين الثانية والثالثة بكلية التربية بينها • بمستوسط عمري (٢١,٥) عاما • وكان عدد الذكور (٢٧٥) طالبا وعدد الاناث (٣٢٣) طالبة ومن التطبيق اتضح أن (٢٤٣) طالبا وطالبة بنسبة (٤٠,٦٣٥ %) يعانون بشدة من الاكتئاب •

(٢) قام الباحث باختيار (١٦٠) استمارة عشوائية من الذين حصلوا على درجات تتراوح ما بين (٣٧-٤٤) من بين ال (٢٤٣) الذين يعانون بشدة من الاكتئاب • ومن هؤلاء الأفراد اختار منهم الباحث عشوائيا أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على النحو التالي :

- ١- عدد (١٠) تجريبية ذكور •
- ٢- عدد (١٠) ضابطة ذكور •
- ٣- عدد (١٠) تجريبية اناث •
- ٤- عدد (١٠) ضابطة اناث •

(٣) قام الباحث باستخدام تحليل التباين بين أفراد المجموعات الأربع بمعرفة ما اذا كان هناك فروقا احصائية بينهم • ومن تحليل التباين اتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعات الأربع قبل العلاج •

(٤) قام الباحث باختيار الأفراد الذين تم اختيارهم عشوائيا في المجموعة التجريبية بالحضور فرديا في مكتب بقسم الصحة النفسية بالكلية •

(٥) قام الباحث باستقبال دافئ لأفراد المجموعة التجريبية طبقا للموعد الذي تم تحديده مسبقا

(٦) قام الباحث باستمرار استعداد كل مفحوص حضور الجلسات الاسبوعية وبعد ذلك تم تحديد موعد اسبوعي لكل مفحوص •

ثم بدأ الباحث بتطبيق جلسات البرنامج العلاجي (المعرفي - السلوكي) على النحو التالي :

الجلسة الاولى :

١- استعراض توقعات المفحوص عن العلاج النفسي عامة وعن توقعاته بالنسبة لعلاجه خاصة •

٢- مراجعة استجاباته على قائمة "بيك" للاكتئاب لتبين ما أن كانت الاستجابات قد تغيرت من

فترة التطبيق حتى اجراء الجلسات والتي كانت تقريبا حوالى شهر ونصف بسبب امتحانات نهاية العام •

٣- اقامة ثقة وألفة بين المفحوص وذلك بشرح أساس العلاج النفسي عامة والعلاج المعرفي - السلوكي خاصة •

٤- شرح الأساس المنطقي للعلاج المعرفي - السلوكي باللغة العامية •

٥- اعطاء المفحوص كتيب "التغلب على الاكتئاب" الذي يبين دور المعرفة في تسبب الوجدان

والسلوك • وتدريبه على تسجيل تفكيراته السالبة - كواجب منزلي •

الجلسة الثانية :

- ٣- تدريب المفحوص على اقامة جدول الأنشطة اليومية والاستمرار في مراقبة التفكيرات (الواجب المنزلى) .
الجلسة الثالثة :

- ١- استعراض جيد النشاط .
 - ٢- استعراض المواقف التى تسببت فى انفعالات كدرة لدى المفحوص .
 - ٣- مواصلة استنباط التفكيرات المتعلقة بالحزن .
 - ٤- تسجيل المعارف أثناء فترات الحزن واللامبالاة . وذلك باعطائه قائمة بالاتجاهات والافتراضات التى تجعل الأفراد عرضة لحزن أو اكتئاب (واجب منزلى) .
- الجلسة الرابعة :

- ١- مناقشة المعارف النوعية المتمخضة عن وجدان كدرة .
 - ٢- استعراض أعراض الاكتئاب .
 - ٣- تسجيل التحريفات المعرفية الشائعة بعد اعطائه قائمة بها لتساعده على تحديد معارفه المحرفة (واجب منزلى) .
- الجلسة الخامسة :

- ١- مناقشة التحريفات المعرفية وتحديد الموضوعات والأحداث المسهمة فيها .
 - ٢- استعراض أعراض الاكتئاب .
 - ٣- الاستمرار فى تسجيل التفكيرات وقائمة بال "يجبات" الشائعة لدى مريض الاكتئاب لتوجيهه المفحوص نحو تحديد لها لديه (واجب منزلى) .
- الجلسة السادسة :

- ١- استعراض المعارف وبخاصة قائمة "اليجبات" وتوجيهه الى جعلها رغبات .
- ٢- مناقشة التفكيرات المتعلقة بتلك الرغبات .
- ٣- الاستمرار فى إعادة تعريف الأخطاء المعرفية واستعراض التفسيرات البديلة نحو "التفكيرات الاتوماتيكية السالبة" (واجب منزلى) .

الجلسة السابعة الى العاشرة :

- ١- استعراض التفسيرات البديلة للمريض .
- ٢- استعراض أعراض الاكتئاب .
- ٣- مواصلة الاستجابة للرغبات أكثر منه لـ "يجبات" (واجب منزلى) .

الجلسة الحادية عشر والثانية عشر والأخيرة :

- ١- استمرار أنشطة المريض .
- ٢- مناقشة الأهداف المستقبلية بتفصيل أكثر والتركيز على المسؤوليات العامة .
- ٤- كتابة تقرير عن الجلسات العلاجية .

سابعاً : نتائج الدراسة :

- ١- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد العلاج لصالح كل من ذكور واناث المجموعة التجريبية .
- ٢- وجود فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة بعد انتهاء فترة المتابعة في العلاج لصالح كل من ذكور واناث المجموعة التجريبية .
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المجموعة التجريبية واناث المجموعة التجريبية بعد العلاج .
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين ذكور المجموعة التجريبية واناث المجموعة التجريبية بعد انتهاء فترة المتابعة في العلاج .
- ٥- توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة التجريبية بعد العلاج وأفراد المجموعة التجريبية بعد انتهاء فترة المتابعة في العلاج لصالح كل من ذكور واناث المجموعة التجريبية في متابعة العلاج .
- ٦- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل العلاج وأفراد المجموعة الضابطة بعد العلاج .
- ٧- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة الضابطة بعد العلاج وأفراد المجموعة الضابطة بعد انتهاء فترة المتابعة في العلاج .
- ٨- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أفراد المجموعة الضابطة قبل العلاج والمجموعة الضابطة بعد انتهاء فترة المتابعة في العلاج .