

الفصل الأول

المدخل الى الدراسة

مقدمة :

لقد ظهر التحليل النفسى عند "فرويد" مع بداية القرن العشرين (١٩٠٠) كأول تيار من تيارات العلاج النفسى ، وكان ظهوره فى البداية يقتصر على كونه طريقة علاجية تستند أساسا الى المعطيات اللاشعورية . ولكن التحليل النفسى لم يلبث مع الوقت حتى استحدث صروحه الفكرية نظريات فى المرائز وفى مراحل النمو وفى الجهاز النفسى ، ذلك الذى يعرف بالسيكودينامية (الدينامية - النشوية ٠٠ الخ) (١٨ : ٤١) * .

وكان التحليل النفسى طريقة علاجية قبل أن يكون صروحا نظرية وتيارا فكريا أصيلا بعينه . وعلى النقيض من ذلك كانت السلوكية ونظرية الجشطات . فقد ظهرت السلوكية على يد "واطسن" Watson ١٩١٣ بينما يعتبر الظهور الحقيقى لمدرسة الجشطات مع أعمال "أهرنفلر" Ahrenfler ١٩١١ . وقد مضى النصف الأول من القرن العشرين والسلوكية شأنها شأن الجشطات يقتصر على كونها مجرد صرح نظرى وتيار فكرى أصيل وبعينه . ولكن مع بداية النصف الثانى من القرن العشرين شرعت السلوكية كما شرعت نظرية الجشطات تجرب إمكاناتها فى حقل العلاج النفسى . بذلك كان ظهور العلاج السلوكى من ناحية والعلاج الظاهرياتى من ناحية أخرى (١٥ : ٤٣) .

كل هذا على مستوى الصروح النظرية ، فإذا ما انتقلنا الى الفنيات العلاجية لرأينا نفس الخصومة تكرا وتباينا فى الفنيات المستخدمة . كان "فرويد" يستند الى فنيتين أساسيتين هما التداعى الطليق بما ينطوى عليه من أهمية بالغة للأحلام والهفوات والطرح بما ينطوى عليه من حيادية من جانب المحلل . ومع "أدلر" Adler غدت الابعادية محورا أساسيا لم يلبث حتى بلغ الذروة عند "رانك" A. Rank فى حديثه عن علاج الحب . هذه الابعادية غدت واحدا من أهم العمد الرئيسية لتيار العلاج الظاهرياتى . أيضا مع "أدلر" تحول الاهتمام عن الماضى ليصبح العلاج مستقبلى الوجهة ، مما شكل عبودا آخر من العمد الرئيسية للظاهرياتية العلاجية . ومع "يونج" Yung انسحبت حيادية المحلل أمام النزعة التوجيهية . . . هذه التوجيهية التى قامت عليها كل فنيات تعديل السلوك (١٨ : ٤٧) . يصدق ذلك ليس فقط على العلاج السلوكى والعلاج الظاهرياتى بل يصدق ودرجة أكبر على هذه الصورة الجديدة من العلاجات النفسية التى تكون اثنا جديدا للعلاج السلوكى والظاهرياتى .

ويمثل هذا الائتلاف الجديد ، العلاج المعرفي - السلوكي Cognitive - behavior therapy عند "بيك" Beck ، والعقلاني والانفعالي Rational-Emotive عند "اليس" Ellis وعلاج الواقع reality عند "جلاسر" Glasser وما الى ذلك من علاجات وفنيات أخرى .

ولما كان العمل الكلينيكي يوتنهن بمدى متابعة التطورات العلاجية ، ومسايرة لهذا التقدم والتطور السريع لفنيات العلاج النفسي ، ومراجعة للدراسات المصرية التي نزلت بهذه الفنيات الى مجال التطبيق العلاجي ومنها التحصين التدريجي ، والغمرة ، والتفجير الداخلي والتدريب التوكيدي هذا الى التشريط المضاد والتشكيل بالانموذج والعلاج الجشطالتي والعلاج بالمعنى والعقلاني الانفعالي ، نقول لذلك فقد ارتأى الباحث أن يتقدم خطوة أخرى الى الأمام لأكثر الفنيات حداثة ونزولا بها أيضا الى التطبيقات العلاجية .

ولكن أية فنية من بين الكثرة المتناهية كان يمكن أن تجتذب انتباه الباحث وتحرك دوافعه !

ذلك لأن الحديث عن فنيات العلاج النفسي حديث فسيح ، كان ولا بد من أن يبدأ الباحث باستعراض شامل لكل فنيات العلاج النفسي وخاصة العلاج السلوكي والظاهرية يأتى بوصفها أكثر تكترا وتباينا . وشيئا فشيئا بدأ الباحث يتبين قيام العلاج المعرفي - السلوكي عند "بيك" على الأسس الظاهرية التي تستعين بالفنيات المعرفية والسلوكية لتحديد تأثيراتها العلاجية .

فالعلاج المعرفي - السلوكي شكل من العلاج النفسي تم استحداثه من جانب "آرون بيك" ١٩٦٠م بهدف الى تغيير نماذج التخيلات والتفكرات thoughts العقلية ونماذج التفكير بحيث يساعد المريض على التغلب على المشاكل الانفعالية والسلوكية . ونظرا لأن المشكلة النفسية المركبة والمعالجة النفسية يكونان مهتمان بتفكير المريض (أو معارفه) فان "بيك" قد أطلق على علاجه العلاج المعرفي .

ويقوم العلاج المعرفي - السلوكي على نظرية مؤداها أن المسالك والانفعالات تتسبب جزئيا عن العمليات المعرفية التي أى منها يمكن وضعها للتغيير . فكل العلاجات النفسية التقليدية دائما تعترف بأن المعارف تلعب دورا هاما في السلوك والانفعالات . ومع ذلك فان العلاج المعرفي - السلوكي يتميز عن علاجات الاستبصار السابقة بأنه يتعامل فقط مع معارف "الهنا - هوالا" . انه أيضا يتعامل مع هذه المعارف بطريقة منهجية أكثر من العلاجات الأخرى . يستخدم مبادئ تعديل السلوك ليكشف ما هي المعارف لدى مريض وأى معارف قد

واقترح معارف جديدة وطرائق تفكير حول المشكلة وتعزيز هذه المعارف الجديدة •

فتغيير المعارف ينتج عنه تغيير في السلوك • وفي نفس الوقت فان تغيير السلوك ينتج عنه تغيير في المعارف (الاتجاهات - التفكيرات - مفهوم الذات) وهكذا احالة متبادلتين المعارف والانفعالات والسلوك وبالتالي • فان العلاج المعرفي - السلوكي عند تأكيده على دور التفكيرات في تسبب الانفعالات والسلوك لم يغفل دور السلوك المتغير أو الانفعالات في تغيير التفكيرات • وعلى هذا فهو يستند الى النظرية المعرفية استناده الى أساليب تعديل السلوك •

ونظرية - بيك - المعرفية ترى أن السلوك الانساني يكون متوسطا بالمعرفة • هذه الرؤية التوسيطية للسلوك بصفة أساسية تؤكد على عملية التقدير أو التقييم المعرفي الذي وفقا له تأول وتنفعل الأفراد تجاه الأحداث في ضوء مغزاها المدرك • فيعتقد "بيك" أن المعنى الخاص لحدث يحدد الاستجابة الانفعالية التي تشكل جوهر الانموذج المعرفي للانفعالات فحسب "بيك" فان الاعصبة تكون متميزة بمجموعة من التحريفات المعرفية في شكل أساءة تأويلات وتجريدات اختيارية وتعميمات زائدة وتفكير مستقطب ... الخ • فاضطرابات انفعالية بعينها تكون منعكسا للمحتوى التمييزي للمعارف • ولذلك فإنه في حالات القلق • موضوعات الخطر تكون مسيطرة • وفي الاكتئاب • السلبية والتخفيض يكونان مظهران شائعان • وفي الوسواس • الشكوك والتحذيرات تكون مهيمنة •

ويمكن اجمال نظرية بيك المعرفية عن السلوك المختل وظيفيا في تلك الافتراضات التالية :

- ١ - الحالات السيكوباتولوجية اما مسببة caused و/أو تم الابقاء عليها بالحرى عن طريق نماذج تفكير محرفة ومختلة وظيفيا •
- ٢ - تعكس هذه التحريفات المعرفية وجهات نظر غير واقعية وسلبية كثيرا عن الذات والعالم والمستقبل •
- ٣ - أن المعارف المختلة وظيفيا قد تبدل للعيان غير منطقية للآخرين ولكنها متساقطة مع وجهات نظر الشخص المريض عن الواقع •
- ٤ - من الناحية الكلينيكية • فان التحريفات المعرفية قد تم استثارتها غالبا عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة • بالاضافة الى أنه قد تم الابقاء عليها عن طريق الادراك الثابت للقواعد والمخططات •
- ٥ - تعطى المخططات Schemata الاساس لا نظام وتصنيف وتقييم والحكم على الخبرات الجديدة وذكريات الأحداث الماضية •

٦ - غالباً ما تكون المخططات متشابهة في طبيعة الخيارات المتعلقة بها

فلاضطراب النفس ، على هذا ، يكون بالنسبة للمعالج المعرفي - السلوكي هو بشكل أساسي اضطراب في التفكير من حيث أن المريض على نحو متناغم يحرف الواقع بطريقة مفروطة الحساسية . وعمليات التفكير هذه بشكل مناوئ تؤثر في نظرة العميل نحو العالم وتتمخض عن انفعالات مختلفة وظيفيا وصعوبات سلوكية . ومن هنا ، فإن المعالج المعرفي يساعد المريض على تعيين مفاهيمه الخاطئة النوعية ، والتوقعات غير الواقعية واختبار صدقها ومعقوليتها . فالعلاج المعرفي - السلوكي أسلوب علاجي يحاول تعديل السلوك لدى المريض من خلال التأثير في عمليات التفكير . فمن المعروف أن المعارف لها تأثير في السلوك . حيث يلجأ الكثيرون إلى التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة عبر خيط انفعالي أبحاثي مثل المعلم والطبيب والمعالج النفسي . .

ولكن ماذا يعني العلاج المعرفي - السلوكي بالمعرفة ، نظرا لما تمثلها من موضوع مركزي في العلاج ؟ هناك على الأقل ثلاث طرائق يتم استخدام المعرفة فيها من قبل المعالج أولا : الأحداث المعرفية الحادثة في مجرى الشعور (التفكيرات الأتوماتيكية) . ثانيا : العمليات المعرفية التي تحول وتؤول المشيرات الجديدة . ثالثا : التركيبات أو البيانات المعرفية التي هي مظاهر ثابتة للانتظام المعرفي وهي تكون تركيبات يتم استخدامها في تفسير خصائص مميزة معرفية قديمة العهد وعامة مثل الاعتقادات والاتجاهات ، بمعنى آخر ، هي هذه التي يسميها "بيك" مخططات .

هذه الكثرة من المفاهيم النظرية والمبادئ التفسيرية والأسس العلاجية للعلاج المعرفي - السلوكي - لأن ولا بد على الباحث أن يقوم باستجلائها كهدف في دراسته الحالية . . ما سيتضح في الاطار النظري .

فإذا ما انتقلنا إلى الهدف الآخر من هذه الدراسة وهو تبين مدى فاعلية العلاج المعرفي - السلوكي في علاج الاضطرابات الاكتئابية لدى طلاب الجامعة ، نرى أن "بيك" في علاجه المعرفي - السلوكي يفترض أن الاستجابة الوجدانية تكون محددة بطريقة بناء الفرد لخبرته . والاعراض المتنوعة للاكتئاب (على سبيل المثال ، اليأس ، الحزن ، الرغبات الانتحارية . . الخ) تكون مأخوذة بعين الاعتبار كشيء ملازم عند تغيير الانتظام المعرفي لدى المريض الاكتئابي . وكتيجة لانبثاق مخططات معرفية فعلية ، ينزع المريض الاكتئابي إلى النظر إلى نفسه وإلى عالمه ، خبراته وإلى مستقبله بطريقة سلبية . هذا "الثالث المعرفي" يكون واضحا في أسلوب المريض أساءة تفسير خبراته بشكل منهجي وفي المحتوى الخصوصي لفكره . وبخاصة ، فقدان موضوع بلغة الخصائص الشخصية والتوقعات والعلاقات بين الشخصية ، يخترق محتوى التفكير للمريض

المثال ، الاستنتاج الاعباطى والتعميم الزائد والمبالغة (٣٩: ٧٠) .

فيقتض "بيك" أن المفاهيم المعجلة بحدوث اكتساب تنشأ في مرحلة مبكرة من الحياة ، وتشكل بالخبرات الشخصية وتنبع من التوحد مع آخرين من ذوى الأهمية في حياة الفرد من ادراك الفرد لاتجاهات الآخرين نحوه . وتكون مفهوم بعينه في المراحل الأولى من النمو يساعد على تكوين مفاهيم تالية ، وإذا ما استمرت هذه المفاهيم فأنها تصبح بنينا أو مخططا دائم . وتكون هذه المخططات كأمنة في أوقات معينة إلا أنها تنشط عندما يتعرض الفرد لمواقف شبيهة بالخبرات المسؤولة عن تكوين هذه المخططات . فعند فقد الطفل - مثلا - لوالده ، فإن انقطاع علاقة شخصية وثيقة في مرحلة الرشد تنشط مفهوم فقدان الأولى . ومن ناحية ثانية ، يكون الاكتساب استجابة لسلسلة خبرات صدمية غير معينة ، ورغم أن أيًا من هذه الأحداث قد يكون مؤلما للشخص العادى إلا أنه لا يكون متوقعا لها أن تنتج اكتسابا إلا إذا كان لدى الشخص حساسية خاصة للموقف بسبب نزعات معينة . وقد يبدى الشخص العادى أمام هذه الأحداث الاحتفاظ باهتماماته في جوانب حياته الأخرى ، إلا أن الشخص الذى يحمل نزعات اكتسابية ، يعيش تحولا سلبيا في نظرتة الى كل جانب من جوانب حياته . وكلما تعمق اكتسابه فإن تفكيره يزداد تشبعا بموضوعات اكتسابية مألوفة . ويبدأ في فقدان قدرته على النظر الى أفكاره السلبية نظرة موضوعية ، وتعوق المخططات المسيطرة عطيات اختبار الواقع والاستدلال . فالموقف غير السار من مواقف الحياة يستثير المخططات المعرفية (الهزيمة ، الحرمان ، اللوم - الذاتى ، الخبرات السلبية) التى تستثير بدورها تأثيرات انفعالية (الحزن - الشعور باليأس ، الوحدة) والتى تؤدى الى تناقص الأداء .

وإذا كان مصدر الاكتساب هو الوضع التكافؤى الزائد للمفاهيم السلبية فإن التصحيح والتضاؤل التام لهذه المفاهيم يكون متوقعا له أن يخفف الأعراض الاكتسابية . ففي العلاج المعرفى - السلوكى ، المعالج والمريض يعملان معا ليحددوا معارف المريض المحرفة التى تكون ناشئة عن اعتقاداته المختلفة وظفيا . هذه المعارف والاعتقادات توضع للتحليل المنطقى واختبار الأبيريقى من خلال واجب المهام السلوكية . فالمعالج المعرفى - السلوكى يستخدم الفنيات السلوكية والمعرفية ليساعد المريض على أن يتعلم الترابط الدينامى بين المعرفة والوجدان والسلوك من ناحية ، ومراقبة تفكيراته السالبة وفحص الدليل المؤيد أو المعارض لمعارفه المحرفة من ناحية أخرى .

بالإضافة الى تلك الأسباب المنطقية وراء استخدام العلاج المعرفى - السلوكى فى علاج الاكتساب ، فإن المريض المكتسب بصفة خاصة ينظر الى نفسه على أنه "الخاسر" فهو أولا

في انجاز ما يعتبره شي موضوعي هام . وهو ثانيا ، يتوقع النتيجة لأي نشاط يعهد اليه على أن تكون سلبية . ولذلك فهو يكون غير مدفوع لأن يحدد أهدافا . ويتجنب الانشباك في أنشطة بنائية . أكثر من هذا ، فهو يتوقع أن مستقبله كليا أصبح ناقصا عن الارضات والانجازات وهو ثالثا ، يرى نفسه على أنه أقل شأنا أو قيمة ، والأحق ، وتموزه الثقة وشع وغير مرغوب فيه اجتماعيا . ولذى فان مفاهيم المريض السلبية تسهم في اعراض أخرى للاكتئاب ، على سبيل المثال ، الحزن والسلبية واللوم - الذاتى وفقد استجابة اللذة والرغبات الانتحارية . وكتيجة لذلك فان التفكير السالب والوجدانات الكدرة والدافعيات المحبطة للذات تعزز بعضها البعض .

ومن الأهمية بمكان أن نؤكد أن التركيز على العرض فحسب (على سبيل المثال ، حزن - رغبة في الموت - سلوك معوق) دون تصميم برنامج يشمل تغيير متزامن في الاتجاه أو التفكير قد ينتج نتائج مؤقتة فقط . وفي الواقع ، فان هذا "التحسن" يصبح مضللا حيث الشكل الخارجى المفرد المميز للاكتئاب قد تغير بشكل واضح ، لكن اللب المركزى للاكتئاب لم يمس . فالمرضى الذى تم حثه على الانشباك في نشاط قد يبدو للعيان أنه "أفضل" لكنه بعد ذلك قد ينتحر . ولذلك ، على المعالج أن يكون يقظا لإشارات التغير في الاتجاهات الأساسية بالإضافة الى التحسن المرضى . فالتقييم الملائم للتحسن في الاكتئاب يستلزم بحث التغيرات في الوجدان والدافعية والمعرفة ، والوظائف الفسيولوجية (النوم والشهية) بالإضافة الى السلوك الصريح .

فعندما يتم اختيار الفنيات يجب أن نكيفها مع ما نحتاجه ومع شخصية المريض . ويجب أن يطبق العلاج المعرفى - السلوكى أقل المكونات الواضحة في المشكلة . على سبيل المثال ، عند تصميم خطة لشبك المريض في نشاط ، لا يتضمن فقط زيادة دافعيته بل أيضا تحسين تقديره - الذاتى . بمعنى ، أن نجعله يتوقع أن نتيجة محاولاته ستفيد بعض الشيء . وثانياً على ذلك ، فان تفاوله يزداد . والزيادة في هذه الخبرات الموجبة تحسن الدافعية . والزيادة في الدافعية تتمخض عن أداء أفضل . وكلما لاحظ وقيم المريض أداءه المتحسن بشكل صحيح موضوعي ، فانه يعيش زيادة في تقدير ذاته . وفي الوقت نفسه يبدأ في أن يعيش رضا من الاحساس بأنه أنجز شيئا ملموسا ، ومن معدل الارتفاع في تقديره - الذاتى . ويمكن تلخيص ذلك على النحو التالى :

أداء متحسن ← ارتفاع في تقديرات الذات ← دافعية مضطربة ← أداء متحسن . واختصار ، فمن أجل فهم مشكلة المريض المكتئب يتحتم على المعالج أن يتبين الأسباب التى أدت بالمرضى الى أن يسلك لأول مرة بهذه الطريقة ، فبذلك تتضح بداية المرض ، ثم يكون على المعالج بعد ذلك تبين الأسباب التى جعلت المريض يستمر في سلوكه المرضى هذا . فلا ينبغي أن يستند المعالج فحسب الى المبادئ السلوكية كفاتح لحل المشكلة . فالمسألة ليست

يرباط وثيق . ليس هذا بحسب بالنسبة للانسان ولكن أمكن ملاحظته على عديد من أنواع الثدييات الأخرى .

وإذا كان قد أطلق على هذا العصر الذى نعيشه فى الخمسينات من هذا القرن أنه "عصر القلق" ففى وقت أحدث من ذلك بقليل أطلق عليه "عصر الاكتئاب" حيث يتسم العصر الذى نعيشه الآن بالسباق المحموم بين البشر كما تنتشر الحروب الطاحنة والصراعات السياسية والمشكلات الاقتصادية وتشيع الطادية ، فى إهمال تام للجوانب الوجدانية والعلاقات الشخصية مما أدى الى انتشار الفردية وتدهور القيم الراقية (٢٩:٤) .

وشهدت العقود الثلاثة الأخيرة زيادة فى عدد البحوث المنشورة عن الاكتئاب ولاشك أن من بين أسباب ذلك حقيقة أن هذا الاضطراب يمثل معدل مرتفع للوفيات ، وترجع الغالبية العظمى من الوفيات فى حالات الاكتئاب الى الانتحار . فيذكر "سارتوريوس" Sartorius ١٩٨٦ فى دراسة عبر ثقافية عن الاكتئاب أن هناك مائة مليون انسان على الأقل فى مختلف بقاع العالم يعانون من اضطراب الاكتئاب فضلا عن ذلك فان معدلات انتشار الاضطرابات الاكتئابية المنشورة تزداد بمعدل ثابت فى السنين العشرين الأخيرة . وتشير بعض الدراسات (استولز Stolz, R. وجلاسى Glassi, J ١٩٨٩) الى انتشار الاكتئاب لدى طلاب الجامعة حيث يعانى من ١٧% : ٢٣% منهم من الاكتئاب وأن ٤٥% من الذين يخشون عن الإرشاد يعانون من الاكتئاب .

وتمثل الاضطرابات الوجدانية فى مصر حوالى ٢٤,٥% من كل الحالات التى تقدمت للعيادات النفسية فى القاهرة . ومن ناحية ثانية ، فان نتيجة تطبيق قائمة "بيك" للاكتئاب على طلاب كلية التربية ببناها - الفرقة الثانية والثالثة فقط فى بعض الأقسام والذين تراوح عددهم ما بين ٦١١ - ٥٩٨ طالبا وطالبة ، أنه كان هناك حوالى ٢٤٣ طالبا وطالبة بنسبة ٤٠,٦٣٥% يعانون بشدة من الاكتئاب (أنظر ص ١٥٣ ، العينة (٨١:٤) .

والمعالجين المعرفيين مثل "بيك" ١٩٦٧ ، "اليس" ، "هاربر" Harper ، "رهم" Rehm ١٩٧٧ ، و"سليجمان" ١٩٧٤ ، جميعهم لديهم الفرض الدليلي بغزو الدور السببي للمعارف فى تسبب الاكتئاب . لكنهم يختلفوا فيما يتعلق بالطبيعة الخاصة للمعارف . وقد تسم استخدام هذه العلاجات المعرفية فى علاج الاكتئاب ، وأوضحت نتائج الدراسات فاعلية هذه العلاجات فى تحسين الاضطرابات الاكتئابية (راجع ص ١٥ عن العلاجات المعرفية - السلوكية) .

ومن ناحية ثانية ، فان العلاجات النفسية التقليدية ، على سبيل المثال ، التحليل النفسى

وضع الفنيات العلاجية المعرفية والسلوكية • بمعنى آخر ، تناول مشكلة المريض ضمن اطارها الكلى الزمنى والحالى معا • فالعلاج المعرفى - السلوكى يختلف عن الطرق الاجوائية وطرق التعلم الاجتماعى فى أنه يركز على تعديل الحالات و/أو الأحداث الداخلية ازا' الخارجية •

* فالعلاج المعرفى - السلوكى يولى أهمية كبرى لنظرة الفرد لذاته ولعالمه الخاص فى تحديد سلوكه (المنهج الفينومولوجى) واستفاد من نظرية "كانط" البنيوية • ومنهج "فرويد" فى علم نفس الأعماق وخاصة دور العمليات الأولية والثانوية فى تدرجية البناء المعرفى • وعلم النفس المعرفى وخاصة مفهوم التركيبات المعرفية • والتعميل المعرفى اللاشعورى عند "كلمانى" كما أنه استفاد من أعمال "اليس" ، و"روجرز" • كما استعان "بيك" بمناهج التحليل النفسى فى الكشف عن الخيوط المشتركة فى الاستجابات الانفعالية للعميل وذكرياته ومفهوم المعرفة القشعرورية • وتمثل الاستفادة من المناهج السلوكية فى بنية المقابلة وترجمة المشكلات بصورة اجرائية واختبار الفروض صياغة واختيار أساليب حل المشكلات وتحديد الواجبات المنزلية (أنظر ص ١٩٤) (٤٨ : ٧٠) •

✓ كان هذا بعض من الأسباب التى دفعت بالباحث اختيار الاكتاب كأحد الأمراض النفسية الخطيرة وعلاجه وخاصة بالعلاج المعرفى - السلوكى • ولكن من ناحية أخرى ، فان الاكتاب يعد خبرة من الخبرات الإنسانية ، فان الاكتاب يعد خبرة من الخبرات الإنسانية ، فكل فرد تقريبا قد مر أو يمر فى مرحلة ما من مراحل حياته بخبرة سيئة أو طائى من حزن أو ضيق تشاؤم أو يأس ، عجز أو سوء هضم ، بكاء أو فقدان شهية ، اجهاد أو فقدان اللميدو ... الخ • فكل هذه الأعراض اذا ما كانت حادة واستمرت أكثر من اسبوع فانها تعد مظهرا من مظاهر الاضطراب الاكتابى (٤ : ٧٩) •

✓ ذلك أن الاكتاب حالة انفعالية وجدانية من القهم والهم المستمرين ، تلك التى تستراوح من تشبيط السهمة نسبيا الى مشاعر القنوط والجزع واليأس والتى يصاحبها الكسل ، والأرق وضعف التركيز وصعوبة اتخاذ القرارات وفقد الشهية واضطرابات النوم • ومن هنا فقد تم النظر الى الاكتاب - من أحد الجوانب - على أنه حالة أو عرض كلىنىكى بمعنى سلوك غير تكيفى أو مظهر من مظاهر خلل الوظائف المعرفية • ومن ناحية أخرى يمكن اعتباره انفعالا سويا - حالة مزاجية سوية ، استجابة تكيفية • وكذلك فان الاكتاب قد يكون صاحبا لعدد كبير من الأمراض العضوية كالعدوى الفيروسية ونقص التغذية والاضطرابات الغدية والأنيميا واضطرابات الجهاز العصبى ... الخ •

✓ ولقد عرف الانسان الاكتاب منذ أقدم العصور بل ربما يكون أقدم اضطراب مسجل • فينظر

مشكلة الدراسة :

من هنا فقد ظهر لدى الباحث دافعا نحو تناول مشكلة الدراسة الحالية وهي :
التحقق بالتجربة من مدى فاعلية العلاج المعرفي - السلوكي كأحد تيارات العلاج
النفسى فى علاج مرضى الاكتئاب العصابى من طلبة وطالبات الجامعة .

فالفرد قبل أن يكون دارسا فانه انسان ينبغي فهمه من حيث المعينات التى تعينه
على التوافق والمعوقات التى تعوقه عن التوافق ، وتقديم اساليب العلاج النفسى الملائمة
للوصول به الى التوافق النفسى الى الصحة النفسية التى تمثل شرطا ضروريا بل واساسيا
لاى انجاز تعليمى او علمى .

فحقيقة الانسان إمكانيات خلاقة هائلة لتحقيق مستويات عالية من التنظيم الذاتى الواعى
والتوجيه الشخصى المسئول لادراك التامى بالذات (١٩ ج) .
اهمية الدراسة :

وكما عن اهمية هذه الدراسة فتنبع من قصور التصور للصرح النظرى الذى يقوم عليه
العلاج المعرفى - السلوكى - من ناحية ، ومدى فاعليته الكليينكية فى شفاء الاضطرابات
النفسية ومنها الاضطرابات الاكتئابية . ومن ناحية ثانية ، فان مرض الاكتئاب من الاضطرابات
النفسية التى تؤدى الى تدمير نفسية الفرد بل وانها حياة . وبالتالى فان التحقق من
فاعلية علاج نفسى فى علاج الاكتئاب قد تجنبنا مشكلات اشد خطورة وأكثر رسوخا . بالاضافة
الى هذا فانه - فى حدود علم الباحث - لاتوجد دراسات عربية سابقة فى هذا المجال .

ثانيا : تحديد المصطلحات :

١ - العلاج المعرفى - السلوكى :

يستعرض الباحث هنا تعريف مصطلح العلاج المعرفى - السلوكى فى معجم "فنيات
العلاج السلوكى" "بيلاك" Bellack ، ١٩٨٥ ، بشكل مختصر . . . هذا وقد قام
الباحث بعرض مصطلح العلاج المعرفى - السلوكى فى مداحم وموسوعات علم النفس المتيسرة
فى الاطار النظرى ص ١٨ .

يذكر "بيلاك" فى معجمه عن العلاج المعرفى - السلوكى أنه بمعنى دقيق مصطلح يصف
طريقة علاجية شاملة تم استحداثها من جانب "ارون" "بيك" ومساعديه . بنظرة فسيحة
فان العلاجات المعرفية تطوق مجال واسع من الطرائق ، يمكن تجميعها مفاهيميا فى افتراضين :
(١) ان العوامل المعرفية (تفكيرات ، صور ذهنية ، ذكريات ، الخ) بشكل اساسى
ذو علاقة بالسلوك المختل وظيفيا (٢) وتعديل تلك العوامل يكون ميكانيزما هاما لانتاج
تغير فى السلوك . ولتجنب التعارض الدلالى ، فان مصطلح تعديل السلوك المعرفى يتم
استخدامه ليصف المجال بكليته ، وفيما يتصل بالعلاج المعرفى فيكون محجوزا ليصف شكل

وتعمل عملية العلاج المعرفى على التبادل النشط والفعال بين المعالج والمريض .
هذه التى تم وصفها بـ " اميريقية تعاونية " Collaborative empiricism حيث
يقدم المعالج المعتقدات الاساسية وأهداف العلاج لكى يعطى سياقاً مترابطاً منطقياً وفقلاًنياً
بالإضافة الى الدلالة أو المعنى التفسيري المقدم للاستخدام اللاحق للواجهات المنزلية
... فى حين تظل الصفات العلاجية التقليدية (الالهائية ، الدافعية ، التدعيم ، الخ)
ذات قيمة لدى المعالج (٥٠) .

٢ - الاكتئاب :

يعرض الباحث هنا النموذج " بيك " المعرفى عن الاكتئاب وقد عرض الباحث
تعريفات الاكتئاب فى معاجم وموسوعات علم النفس المتيسرة بالاطار النظرى ص ١١١ .
يرى " بيك " ان الاكتئاب يكون فى المقام الاول اضطراباً فى التفكير اكثر منه
فى الوجدان . بمعنى انه ارجع بشكل اولى الاولوية فى السبب الى المعرفة واعتبر
الاعراض الوجدانية والدافعية والسلوكية فى الاكتئاب تنتج بالضرورة عن التفكير السلبى
لـ شخاص المكتئبين . وقد اظهر ان الاكتئاب يكون متميزاً بخاصية " الثلاثية المعرفية "
Cognitive triad للتفكير السالب نحو الذات والموقف والمستقبل . وأن هذا
الثلاثية ينشأ من مخططات Schemata التى من المحتمل انها تشأت فى مرحلة الطفولة
من الخبرات المؤلمة .

تحديد المصطلحات اجرائياً :

١ - العلاج المعرفى - السلوكى : ويتألف من :

- العلاقة الموجبة بين المعالج والمريض .
- تحديد مجالات المشكلة بدقة .
- اختزال المشكلة .
- تعيين السبب الاصلى وراء المشكلة وتحويل الاعراض الى مشكلات مستهدفة .
- المراقبة الذاتية للتفكيرات التى تسبق وجدان الاكتئاب .
- التحليل المنطقى للافكار .
- النظر الى التفكيرات باعتبارها فرضاً اكثر منها حقائق .
- اختبار الفروض بالاساليب السلوكية والمعرفية .
- بيان ان هذه القواعد والفروض تؤلف نسق الاعتقاد غير الصحيح .

٢ - الاكتئابى :

هو المحسوس الذى يحصل على درجة مرتفعة (٣٧ : ٤٤) فى مقياس الاكتئاب من طلبة الكلية
تتراوح اعمارهم ما بين ٢٠ - ٢٣ عاماً .

حدود الدراسة :

- تحدد هذه الدراسة الحالية بالعينة والادوات المستخدمة والعلاج المستخدم والاكتئاب والاسلوب الاحصائي ، وبيانها جميعها كما يلي :
- ١ - العلاج المعرفي - السلوكي .
 - ٢ - الاكتئاب النفسي " العصابي .
 - ٣ - الفحوصين الذين يعانون بشدة من الاكتئاب بمتوسط عمري ٢١ عاماً .
 - ٤ - قائمة او مقياس " بيك " للاكتئاب .
 - ٥ - استمارة المقابلة الشخصية .
 - ٦ - البرنامج العلاجي .
 - ٧ - الاسلوب الاحصائي " تحليل التباين " ، واختبار " توكي " .