

# فاعلية العلاج المعرفي - السلوكي في خفض الاكتئاب لدى المترددین على عيادة مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية

## The Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy in Reducing the Depression Among Patients Attending the Clinic of the Psychological Counseling at the Islamic University

*Anwar Abdelaziz Alabadsa*

Associate Professor / Islamic University / Palestine  
aabadsah@iugaza.edu.ps

**أنور عبد العزيز العبادسة**

أستاذ مشارك / الجامعة الإسلامية / فلسطين

Received: 22/04/2020, Accepted: 09/08/2020

DOI: 10.33977/1182-012-034-012

<https://journals.qou.edu/index.php/nafsia>

تاريخ الاستلام: 2020/04/22، تاريخ القبول: 2020/08/09

E-ISSN: 2307-4655

P-ISSN: 2307-4647

## المقدمة

## الملخص

الاكتئاب أحد الاضطرابات النفسية الوجدانية المعقدة، والتي تؤثر في فعالية دور المصاب به في الحياة، حيث يفقد الحياة معناها وهنائها، وقد تدفع به إلى تفضيل الموت على استمرار معاناته فيها، وقد يلجأ إلى أسوأ الخيارات وهو الانتحار.

يذكر عكاشة (2017) أن الاكتئاب يمثل السبب الرئيس لمحاولات انتحار الأفراد، وبالمعدل فإن ما نسبته (50-70) % تنتمي حياتهم بالموت من بين المجموع العام، الأمر الذي يؤكد خطورته، كما يمثل السبب الرابع للإعاقات في الوقت الحاضر. وتفترض تقارير وتوقعات منظمة الصحة العالمية بأنه سوف يصبح السبب الثاني للإعاقات في عام (2020) بعد أمراض القلب.

يعتبر الاكتئاب غير المستوفي لمحكات التشخيص هو الأكثر شيوعاً، وتتراوح معدلات انتشار الاكتئاب في المجتمع بين (2.2%) إلى (3.5%)، ويقدر أن ما بين (9%-20%) من مجموع السكان يعانون في وقت أو آخر على امتداد أعمارهم من أعراض جوهرية للاكتئاب (فرج، 2000).

يتسم الاكتئاب بسرعة الاستثارة في حالة (الأطفال والمراهقين)، وفقدان الاهتمام والاستمتاع في كل الأنشطة أو أغلبها، بالإضافة إلى أعراض مصاحبة لمدة أسبوعين على الأقل في أغلب ساعات اليوم لدى الراشدين (حمودة، 1990).

ويشخص الاكتئاب الجسيم حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM5) في حال توافرت خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض الآتية: مزاج منخفض، انخفاض في الاهتمام أو الاستمتاع، زيادة واضحة أو انخفاض واضح في الوزن والشهية، أرق أو فرط نوم، هياج نفسي أو خمول ملاحظ، تعب أو فقد الطاقة يومياً، أحاسيس بانعدام القيمة أو الشعور بالذنب، انخفاض القدرة على التفكير أو التركيز، أفكار متكررة عن الموت أو الانتحار، كما تسبب الأعراض انخفاضاً واضحاً في الأداء الاجتماعي أو المهني والأداءات الهامة في الحياة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2013). وتعاني النساء من أعراض اكتئابية ضعف الرجال (فرج، 2000).

يرتبط الاكتئاب ارتباطاً وثيقاً بأحداث الحياة المحيطة، والضغط الاقتصادي والاجتماعية والسياسية، كما وتعتبر بيئة الحرب وعدم الاستقرار من أحد العوامل التي تسهم في ازدياد نسبة الاكتئاب، وقد أظهرت نتائج بعض الدراسات (Hadi, Magdalena, and Spitzer, 2006; Thabet, and Vostanis, 1999; Macksound, and Aber, 1996; Qouta, Panamaki, and Elsarraj, 1995 a; Qouta, Panamaki, and El Sarraj, 1995 b) علاقة طردية ما بين التعرض للحوادث المرعبة والصادمة ومستويات الاكتئاب، كما تشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية إلى أن (3%) من سكان العالم يصابون بالاكتئاب لأسباب تتعلق بالأوضاع المحيطة، والتي تشمل الحروب والكوارث (WHO, 2009).

هدفت الدراسة إلى تقصي فاعلية العلاج المعرفي- السلوكي في خفض الاكتئاب لدى المترددين على عيادة مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية، بلغ عدد العينة (23) فرداً، ممن يعانون من اضطراب الاكتئاب، المترددين على مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية بغزة، وقد وزع أفراد العينة على المجموعتين: التجريبية (11) فرداً، والضابطة (12) فرداً، وطبق عليهم مقياس هاملتون لتقدير الاكتئاب Hamilton Rating Scale for Depression. بالإضافة إلى البرنامج الإرشادي المعرفي- السلوكي، المستخدم في عيادة المركز، جرى تطبيق القياسات المتعددة (قبلي، بعدي، تتبعي)، وقد أجري القياس التتبعي بعد مضي عام من التطبيق البعدي.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي لمعدل الاكتئاب لصالح المجموعة التجريبية، ووجود فروق دالة إحصائية في الاكتئاب بين القياسات المتعددة (قبلي، بعدي، تتبعي) لدى المجموعة التجريبية لصالح القياس التتبعي، وقد تبين أنه لا يوجد أثر لعزل المتغيرات الديمغرافية على فاعلية البرنامج.

الكلمات المفتاحية: فاعلية، العلاج المعرفي- السلوكي، الاكتئاب.

## Abstract

The study aimed to demonstrate the effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing depression among the outdoor patients at the Psychological Counseling clinic at the Islamic University. The number of the sample included 23 individuals with depression disorder. The sample was distributed into two groups: The experimental group which included 11 members and the control group comprising 12 members. The researcher used the Hamilton Rating Scale for Depression to measure the severity of symptoms of depression. The results of the current study showed that there were statistically significant differences between the experimental and the control groups in the post-application in the depression rate for the benefit of the experimental group. Moreover, there were statistically significant differences in depression between the multiple measurements (pre, post, and successive) with the experimental group in favor of the follow measurement. The results also found that the isolation of demographic variables had no effect on the effectiveness of the program.

**Keywords:** Effectiveness, Cognitive Behavioral Therapy, Depression.

تستمد دلالتها اليانسة، أو المكتئبة أو الانهزامية من خلال التحامها ببعض أساليب التفكير غير المنطقية (أبو هدروس، 2015).

كما أن تنشيط البنى المعرفية الاكتئابية الذاتية يتم بواسطة المحفزات البيئية والتي تحفز الانتباه والمعالجة والذاكرة المتحيزة للمؤثرات العاطفية الداخلية أو الخارجية، ونتيجة لذلك يتم ترشيح المعلومات الواردة، وبذلك فإن عناصر البنى المعرفية التي تتوافق مع البيئة يتم تمثيلها بشكل مبالغ فيه، والنتيجة ظهور الأعراض الاكتئابية ثم تعزيز المخطط المرجعي الذاتي (جويده، 2010).

ذكر "بيك" أن العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب يتم على ثلاث مراحل، هي: 1. تصحيح الأفكار الآلية السلبية للحالة. 2. تشجيع الحالة على تعديل الأفكار المشوهة غير التكيفية. 3. تدريب الحالة على التفكير بموضوعية، وذلك من خلال بعض الفنيات وهي: (التنشيط السلوكي، المراقبة الذاتية التعريض - الواجبات المنزلية - الاسترخاء) (شامخ، 2012).

وقد أشارت العديد من الدراسات إلى فاعلية هذا النوع من العلاج في التخفيف من أعراض القلق والاكتئاب، كدراسة كاتاني وزملائه (Catani et al., 2009)، وأكدت دراسة موهلن وبارزر وريسش وبرونيير (Mohlen, Parzer, Resch, and Brunner, 2005)، ودراسة أندرو وآخرين (2006) على انخفاض كبير في القياس البعدي لمستوى الاكتئاب وخطر الانتحار بالمقارنة بالقياس القبلي، كما أكدت دراسة بسواس وزملائه (Biswas et al, 2001) على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التقييمات السلبية حول المرض العقلي وتحسين تقدير الذات لدى الأفراد، وقد بينت دراسة الشمري (2017) فاعلية العلاج المعرفي \_ السلوكي مع الاكتئاب الإكلينيكي.

وعلى الرغم من كثرة الدراسات التي تؤكد فاعلية الإرشاد المعرفي- السلوكي في الحد من شدة أعراض الاكتئاب، إلا أن بعض الدراسات شككت في الآثار طويلة الأمد، واقترحت المزيد من الدراسات كدراسة تاتيانا ومونتجومري بول (2007) (Tatiana and Paul, 2007)، وأشارت دراسة دانيال وآخرين (Daniel et al., 2007) إلى أن الرضا عن الذات فقط، لا يساعد في التنبؤ بمنع الانتكاس والتصدي للضغوط والإحباط، ويرى بعض الباحثين أن فاعلية العلاج المعرفي - السلوكي مبالغ فيها، وقد ناقشت معظم الأبحاث مسألة ما إذا كان هناك علاج نفسي معين متفوقاً على غيره في درجة الفعالية، وأسفر هذا الجدل عن فرضية العدم، بأن جميع العلاجات فاعلة بالقدر نفسه (Parker, Roy and Eyers, 2003).

وفي هذا الإطار، يرى الباحث أن للنموذج المعرفي دوراً مهماً في الإرشاد بسبب العلاقة بين مجالات التفكير والانفعال والسلوك، فجميعها أشكال متلاحمة ومتكاملة والتعديل في إحداها يعدل في المجالات الأخرى جميعها، وقد استند البرنامج الإرشادي لهذه الدراسة على المبادئ والأسس النظرية، والعلمية للنظرية المعرفية لبيك المتمثلة في العلاج المعرفي- السلوكي (Cognitive Behavior Therapy).

وقد مرت على قطاع غزة ظروف صعبة ابتداء بالحصار وما ترتب عليه من انهيار لمقومات الحياة الإنسانية، مروراً بالحروب المتعاقبة التي استهدفت فئات المجتمع كافة، وما تعانیه من إحباط وضغوط نفسية قد تؤدي إلى الاكتئاب.

وقد تعددت النظريات المفسرة للاكتئاب، فقد أشار عبد القوي (2002) إلى وجود أساس وراثي للاكتئاب بناء على دراسات التوائم المتشابهة وغير المتشابهة، بينما أرجع الفسيولوجيون الاكتئاب إلى قصور في كيمياء الدماغ والناقلات العصبية، أما التحليليون فيرجعون الاكتئاب إلى التثبيت في المرحلة الفموية وفقدان الحب والثقة، وتحويل الغضب الناجم عن الإحباط إلى الذات بدلاً من الخارج (إبراهيم، 1998). في حين فسّر السلوكيون الاكتئاب باعتباره ناجماً عن سحب أو فقر التعزيز والتدعيم، مما يؤدي إلى نوع من العجز المتعلم أو المكتسب (فايد، 2005:281).

وتعد نظرية بيك المعرفية واحدة من أهم النظريات المفسرة للسلوك، فهي تنظر إليه نظرة متكاملة يفسر على أساسها ما يحدث لدى الفرد من اضطرابات انفعالية، وعلى وجه الخصوص الاكتئاب، ويأتي هذا التفسير في ضوء المعتقدات أو الآراء السلبية التي يحملها الفرد عن النفس والعالم والمستقبل، فلذلك يركز العلاج المعرفي السلوكي على الصعوبات النفسية والمواقف الداخلية والخارجية التي تساهم في الضيق الذي يشعر به المريض، وينطلق العلاج من فكرة أن المشكلات النفسية ترتبط بأخطاء التفكير، وبالتالي فهو يطبق المنطق بطريقة عملية، ويقترح ضرورة مواجهة الصعوبات بفاعلية أكبر (جويده، 2010).

ولقد اعتبر المعرفيون أمثال بيك Beck، وإليس Ellis، وميكنباوم Meichenbaum أن الاضطرابات النفسية وفق النموذج المعرفي تتركز حول ثلاث آليات أساسية يُفترض أنها تساعد في الإبقاء على الاضطراب كالاكتئاب أو غيره، وهذه الآليات هي: الثالوث المعرفي، التشوهات المعرفية، المخططات، ويرى إليس أن جانباً كبيراً من الانفعالات "لا تزيد على كونها أنماطاً فكرية متحيزة، أو متعصبة، أو تقوم على التعميم الشديد" فالناس تنفعل تبعاً للمعاني أو التفسيرات التي يسبغونها على الأحداث، والفكرة التي تقرر أن المعنى أو التفسير الخاص لأي حدث يحدد أشكال الاستجابة الانفعالية التي تصدر عن ذلك الشخص، والتي يعتبرها "باترسون" محور النموذج المعرفي في التعامل مع الانفعالات والاضطرابات الانفعالية (السقا، 2006).

يفترض بيك أن انزلاق الفرد إلى الاكتئاب ينشأ في مرحلة مبكرة من الحياة، بتأثير من الخبرات الشخصية المؤلمة والمحبطة، وأنماط التفكير التي تتشكل وتكتسب عبر عمليات التنشئة المختلفة، وينجم عن ذلك تكوين أنماط مشوهة للتفكير، ويسمي بيك هذه الأنماط (الثالوث المعرفي)، وتتمثل في: النظرة السلبية إلى الذات، والتفسير السلبي للخبرة، والنظرة السلبية للمستقبل (مليكه، 1990). ويعتبر بيك المعنى الخاص للحدث هو جوهر النموذج المعرفي للانفعال واضطراباته؛ لأنه يحدد الاستجابة الانفعالية له، هذا المعنى موجود في مفردة معرفية وهي عادة فكرة أو صورة خيالية، أو حكم قيمة (Burns, 1991). فالخبرات التي يمر بها الفرد

وهدفت دراسة ضمرة ونصار (2014) إلى دراسة تأثير نموذج العلاج السلوكي المعرفي للصدمة (TF-CBT) على أعراض الاكتئاب لدى الأطفال ضحايا الحرب، وقد شارك (30) طفلاً عراقياً في هذه الدراسة ممن نزحوا من العراق خلال (1 يونيو 2009 - 1 يونيو 2010)، وزعوا إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية والضابطة، تضمن البرنامج العلاجي (12) جلسة علاج، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية TF-CBT في خفض أعراض الاكتئاب لدى الأطفال، وهدفت دراسة شاهين وآخرين (2014) إلى إعداد برنامج معرفي سلوكي مؤسس على نظريات العلاج المعرفي عند بيك واليس، واختبار مدى فاعليته لخفض بعض الاضطرابات النفسية المصاحبة لمشاهدة الفضائيات لدى عينة من طالبات جامعة الملك خالد، وقد بلغ عدد أفراد الدراسة (80) طالبة، تراوحت أعمارهن ما بين (18-25) عاماً وزعن إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، كل مجموعة تكونت من (40) طالبة، وطبق على المجموعة التجريبية فقط، وقد استغرق تطبيق البرنامج ستة أسابيع (12) جلسة بواقع جلستين أسبوعياً، وأشارت النتائج الإحصائية إلى فاعلية البرنامج في خفض القلق والاكتئاب والآثار السلبية المصاحبة لمشاهدة الفضائيات لدى أفراد المجموعة التجريبية. واستمرار التحسن بعد انتهاء تطبيق البرنامج أثناء فترة المتابعة أما دراسة رو وزملائه (Wroe et al., 2018)، فهدفت إلى تقييم فاعلية التدخلات النفسية المعدلة (العلاج المعرفي السلوكي) التي تركز على الاكتئاب والقلق للأشخاص الذين يعانون من داء السكري من النوع 2 (T2DM) مقارنة مع تدخل السيطرة، تكونت عينة الدراسة من (140) مريضاً، عانوا من الاكتئاب الخفيف إلى المعتدل أو القلق، وتم تشخيصهم بداء السكري النوع الثاني، قسموا إلى مجموعتين، كما تم تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي على كلا المجموعتين بالتوازي، وقد أفاد المشاركون في كلا المجموعتين بوجود تحسن ملحوظ بالنسبة للقلق والاكتئاب. وأشارت دراسة سادلر وزملائه (Sadler et al., 2018) إلى أهمية التحقيق في ما إذا كان العلاج المعرفي - السلوكي فعالاً بالنسبة لكبار السن الذين يعانون من الأرق المرضي والاكتئاب، حيث أجريت تجربة سريرية عشوائية لمدة (8) أسابيع ضمن خدمات الصحة النفسية المجتمعية، وقد شارك (72) مريضاً من كبار السن (56% من الإناث)، وقسم المشاركون إلى ثلاث مجموعات علاجية، وأظهرت النتائج أن المشاركين في المجموعة الأولى والمشاركين في المجموعة الثانية سجلوا انخفاضاً ملحوظاً في أعراض الأرق المرضي والاكتئاب مقارنة بالمجموعة الضابطة التي تلقت التثقيف الصحي فقط، ويشير ذلك إلى أن كلا البرنامجين (العلاج السلوكي المعرفي العادي للأرق والعلاج السلوكي المعرفي المتقدم للأرق بالإضافة إلى استراتيجيات المزاج الإيجابي) لهما تأثير فعال في خفض أعراض الاكتئاب والأرق المرضي لدى كبار السن. أما دراسة علي وزملائه (Ali et al., 2017) فهدفت إلى دراسة معدلات الانتكاس بعد (12) شهراً من الانتهاء من تطبيق برامج مخففة من العلاج العقلي الانفعالي؛ إذ يهدف هذا البرنامج إلى تعليم المرضى على تطبيق مهارات التأقلم، ويتحدد هذا البرنامج بحضور جلسة واحدة على الأقل، ثم التوافق بين المعالج والمريض على إنهاء العملية

وتناولت العديد من الدراسات العلاج المعرفي السلوكي للحد من حدة الاكتئاب بالإضافة إلى الفعالية العامة للعلاج، فقد أفادت الدراسات إلى أن العلاج السلوكي المعرفي أثبت أنه الأقدر على الاستمرار في تأثيره العلاجي مقارنة بالخيارات العلاجية الأخرى وبخاصة العلاج الدوائي، كدراسة (الشمري، 2017)، (Wroe et al., 2018)، (Kiropoulos et al., 2016)، وفيما يلي عرض لبعض الدراسات التي تناولت الموضوع.

فقد هدفت دراسة الشمري (2017) التعرف إلى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب الإكلينيكي لمرضى مستشفى الصحة النفسية بحفر الباطن الذين يعانون من الاكتئاب الإكلينيكي، وتكونت عينة الدراسة من (20) مريضاً، قسموا إلى مجموعتين، الأولى تجريبية وقوامها (10) مريض، والثانية ضابطة وقوامها (10) مريض، اختبروا ممن حصلوا على أعلى درجات على مقياس بيك للاكتئاب، وخلصت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في الاكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية للقياسين (القبلي، البعدي) لصالح القياس القبلي، ووجود فروق دالة إحصائية في الاكتئاب بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في الاكتئاب الإكلينيكي للقياس البعدي، وجاءت هذه الفروق لصالح المجموعة التجريبية حيث تدني مستوى الاكتئاب لديهم.

أما دراسة المناحي (2015)، فهدفت إلى الكشف عن أثر برنامج إرشادي في تنمية الصلابة النفسية لدى المكتئبين في ضوء نظرية العلاج المعرفي-السلوكي، لدى عينة من (16) طالبا جامعياً، تراوحت أعمارهم ما بين (19-23) عاماً، قسموا بالتساوي إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وطُبق البرنامج على المجموعة التجريبية فقط، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق في متوسطات درجات المجموعة التجريبية في مقياسي الصلابة النفسية والاكتئاب لصالح القياس البعدي، وكذلك في مقياس الصلابة النفسية والاكتئاب بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية، كما كشفت الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسطات درجات المجموعة التجريبية في الصلابة النفسية بين القياس البعدي والتبقي بعد ثلاثة شهور.

أما دراسة بوعود (2015) فقد هدفت إلى اختبار مدى فاعلية برنامج علاجي إثنونفسي من المنظور الإسلامي في التكفل باضطرابي القلق والاكتئاب، وذلك في ضوء النظرية المعرفية والاستناد إلى أسس العلاج المعرفي السلوكي، وقد شملت عينة البحث (30) حالة من الطالبات الجامعيات ممن يعانون من اضطرابي القلق والاكتئاب، تم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، وقد تعرضت التجريبية منه لبرنامج علاجي معرفي سلوكي اشتمل على (15) جلسة إرشادية فردية، وبمعدل جلستين أسبوعياً، وجاءت النتائج كالآتي: هناك فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القلق والاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح التطبيق البعدي، هناك فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات القلق والاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

بعد الانتهاء من البرنامج، أما دراسة كيروبولوس وزملائه (Kiriopoulos et al., 2016) فهدفت إلى دراسة فاعلية التدخل الفردي المعرفي- السلوكي، لعلاج أعراض الاكتئاب لدى الذين شخصوا حديثاً بالتصلب المتعدد، تكونت عينة الدراسة من (30) مشاركاً بلغ متوسط أعمارهم (36) عاماً تقريباً، في ملبورن، أستراليا، حيث قسم المشاركون عشوائياً إلى مجموعتين متساويتين وبواقع (15) مشاركاً في كل مجموعة، تلقت المجموعة الأولى العلاج المعرفي- السلوكي والثانية "العلاج كالمعتاد" وأشارت النتائج إلى أن العلاج المعرفي- السلوكي له تأثير فعال بدرجة كبيرة على التخفيف من أعراض الاكتئاب بين أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج وبعد (20) أسبوعاً من تطبيقه، كما أن له تأثيراً فعالاً بدرجة أقل في التخفيف من مستوى القلق ومتغيرات أخرى.

أما دراسة وارد وزملائه (Ward et al., 2016) فهدفت إلى تقييم برنامج العلاج العقلي الانفعالي باستخدام العصف الذهني، ويتكون من (7-10) جلسات، وتكونت عينة الدراسة من (82) مشاركاً، وأظهرت النتائج أن أعراض الاكتئاب انخفضت بعد تقديم البرنامج وبعد شهر ولكن ليس بعد (6) أشهر، وانخفضت أيضاً أعراض القلق عما كانت عليه قبل تطبيق البرنامج وبعد شهر من تطبيقه، كما أظهرت النتائج أن أعراض القلق والاكتئاب انخفضت أيضاً لدى مقدمي الرعاية للناجين من السكتة الدماغية.

وتقصت دراسة أشورث وزملائه (Ashworth et al., 2015): إذا كان العلاج المعرفي السلوكي للأرق التي يقدمها المعالج مقارنة مع المساعدة الذاتية (تعليمات مكتوبة فقط دون وجود المعالج)، يقلل من الأرق وشدة الاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (25) أنثى و(16) ذكراً تتراوح أعمارهم ما بين (18-64) عاماً يتلقون علاجاً مضاداً للاكتئاب، إذ قسمت العينة إلى مجموعتين الأولى تخضع ل (4) جلسات من العلاج العقلي الانفعالي عن طريق المعالج، والمجموعة الثانية تخضع للعدد نفسه من الجلسات عن طريق تعليمات مكتوبة دون وجود المعالج، وأظهرت النتائج أن الأفراد الذين تلقوا جلسات علاجية مقدمة من المعالج مباشرة سجلوا مستويات منخفضة دالة إحصائياً من الأرق والاكتئاب مقارنة بالأفراد الذين تلقوا جلسات علاجية عن طريق تعليمات مكتوبة دون وجود معالج. وحاولت دراسة نوريل كلارك وزملائه (Norell-Clarke et al., 2015) التعرف إلى فعالية العلاج المعرفي- السلوكي للأرق (CBT-I) على الأرق والأعراض الاكتئابية، تكونت عينة الدراسة من (64) مشاركاً، وقسم المشاركون إلى مجموعتين: المجموعة الأولى طبق عليها العلاج العقلي الانفعالي، والمجموعة الثانية طبق عليها برنامج التحكم بالنشاط، (تمارين الاسترخاء)، لمدة (4) جلسات، وأظهرت النتائج أن العلاج العقلي الانفعالي أكثر فاعلية من برنامج التحكم بالنشاط (تمارين الاسترخاء) في التخفيف من أعراض الأرق والاكتئاب. وتناولت دراسة أوي وماكاليندن (Oei & McAlinden, 2014) العلاقة بين جودة الحياة وتغير الأعراض بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي لدى المصابين بالقلق أو الاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (177) مشاركاً تلقوا (8) جلسات من برنامج العلاج المعرفي- السلوكي، منهم (124) مشاركاً تلقوا جلسات البرنامج الخاصة

العلاجية، وتكونت العينة من (439) فرداً، (262) أنثى و(177) ذكراً، استخدم الباحثون مقياس الاكتئاب، وأشارت النتائج إلى أن (53%) من الحالات حدثت لهم انتكاسة بعد سنة واحدة من نهاية تطبيق البرنامج، وأن (79%) منهم تعرضوا للانتكاس في أول (6) شهور بعد تطبيق البرنامج، مما يعني ارتفاع معدل الانتكاس بعد تطبيق برنامج (LiCBT). كما تناولت دراسة باترهام وزملائه (Batterham et al., 2017) برنامجاً قائماً على العلاج العقلي الانفعالي عبر الإنترنت، ودراسة فاعليته على مجموعة من مرضى الأرق والاكتئاب، ومدى ديمومة تأثيره لأكثر من (18) شهراً، وتكونت عينة الدراسة من (1149) مشاركاً من المجتمع الأسترالي، تتراوح أعمارهم ما بين (18-64) عاماً، استخدم الباحثون خلالها مقياس الصحة الأولية التاسع (PHQ-9)، حيث استمر البرنامج لمدة (6) أسابيع، أظهرت النتائج أن أعراض الاكتئاب والقلق والأرق انخفضت بشكل دال إحصائياً، واستمر الانخفاض في الأعراض لأكثر من (18) شهراً. أما دراسة سارافانان وزملائه (Saravanan et al., 2017) فهدفت إلى تحديد الاختلافات بين الطلاب الذين تلقوا والطلاب الذين لم يتلقوا العلاج المعرفي الفردي للاكتئاب للتقليل من الشعور بالحنين إلى الوطن، حيث تكونت العينة من (520) طالباً دولياً في المرحلة الجامعية الأولى من ثلاث جامعات في ماليزيا، حصلوا على سبع جلسات من العلاج المعرفي السلوكي المختصر للاكتئاب لتقليل الشعور بالحنين إلى الوطن، بينما احتوت المجموعة الضابطة على الطلاب الذين تم تشخيص إصابتهم بالاكتئاب والحنين إلى الوطن وحصلوا على جلسة واحدة فقط من النصائح والاقتراحات، تضمنت مجموعة المقارنة الطلاب الذين عانوا من حنين للوطن فقط ولم يتلقوا أي تدخلات، وأظهر الطلبة الذين تلقوا جلسات العلاج المعرفي السلوكي المختصر انخفاضاً ملحوظاً في درجات الحنين إلى الوطن والاكتئاب مقارنة بالطلبة في المجموعة الضابطة. وفي دراسة هوكسون وزملائه (Hauksson et al., 2017) هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي الفردي والجماعي للمرضى داخل المستشفيات، وتكونت عينة الدراسة من (181) نزياً، تلقى جميعهم (6) أسابيع من إعادة التأهيل (العلاج كالمعتاد، TAU)، بالإضافة إلى ذلك قسموا إلى ثلاث مجموعات علاجية، وأظهرت النتائج أن العلاج العقلي السلوكي الفردي أكثر فعالية من العلاج العقلي السلوكي الجماعي ومن العلاج كالمعتاد.

وفي دراسة أدينا وزملائه (Adina et al., 2017) هدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية العلاج المعرفي- السلوكي للاكتئاب بين المرضى المصابين بنقص المناعة المكتسبة في غرب كينيا، واستخدم برنامج العلاج المعرفي السلوكي لمدة (6) أسابيع متتالية بواقع جلسة أسبوعياً تستمر لمدة ساعتين، وتكونت عينة الدراسة من (53) مشاركاً، قسموا إلى مجموعة تجريبية (العدد: 26) ومجموعة ضابطة (العدد: 27)، وجمعت البيانات باستخدام مقياس صحة المريض (PHQ-9) لتشخيص الاكتئاب، وأظهرت النتائج أن أعراض الاكتئاب قد انخفضت لدى المشاركين في المجموعة التجريبية مقارنة بأولئك الموجودين في المجموعة الضابطة مع حجم تأثير كبير نسبياً، كما أن التأثير الإيجابي للعلاج استمر لمدة شهرين

(Sadler et al., 2018)، فقد تناولوا فئة كبار السن فقط، في حين تناولت دراسة (ضمرة ونصار 2014) الأطفال الذين يعانون من أعراض الاكتئاب ممن كانوا ضحايا للحرب، أما في دراسة (Wroe et al., 2018)، فكانت العينة تقتصر على مرضى السكري الذين يعانون من أعراض الاكتئاب منهم.

### مشكلة الدراسة وأسئلتها

يعتبر الاكتئاب من المسببات الرئيسة للعجز، ويحتل المركز الأول في عدد المراجعات لمراكز الرعاية النفسية الأولية في المملكة المتحدة، فمرض الاكتئاب حسب تقارير الأمم المتحدة يكلف سنوياً أكثر من (92) مليون يوم غياب عن العمل، ومليارات الدولارات تخسرهما أماكن العمل بسبب تغيب مرضى الاكتئاب عن أعمالهم، ويعتبر العلاج الدوائي هو الخيار الأول في التعامل مع اضطرابات الاكتئاب الشديدة، وقد سجلت الإحصائيات العالمية ازدياداً ملحوظاً في عدد الوصفات الدوائية لعلاج الاكتئاب حول العالم، وعلى الرغم من ذلك، إلا أنه من الملاحظ أنه لا يستجيب جميع المرضى للعلاج الدوائي بنفس الدرجة (نيكولا وبلس، 2014).

وأشارت الدراسات إلى أن أكثر من نصف المرضى الذين يترددون على مراكز الرعاية النفسية لم يسجلوا أي تحسن بعد العلاج الدوائي للدورة الأولى، وإن ثلث هؤلاء المرضى لم يتحسنوا حتى بعد (4) دورات من العلاج الدوائي (Rush Aj, et al., 2006)، وهذا يتوافق مع ما لاحظته الباحثة من خلال متابعتها للمرضى المترددين على مركز العلاج النفسي في مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية، الأمر الذي استدعى استخدام أساليب علاجية نفسية غير دوائية وتحديداً العلاج المعرفي السلوكي.

وعلى الرغم من وجود العديد من الدراسات التي أشارت إلى فاعلية هذا النوع من العلاج، والتي سبق ذكر بعضها، كما أن بعض النتائج قللت أو أبدت ملاحظات حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي، وشككت في الآثار طويلة الأمد، كدراسة (Daniel et al., 2007)، وفي ضوء الجدل حول فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، برزت مشكلة البحث، والتي تتمثل في اختبار فاعليته على مرضى الاكتئاب المترددين على مركز الإرشاد والعلاج النفسي بالجامعة الإسلامية بغزة.

وتحاول الدراسة الإجابة عن السؤال الرئيس والذي ينص على: "ما فاعلية العلاج المعرفي-السلوكي في خفض حدة الاكتئاب لدى المترددين على عيادة مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية؟"

وينبثق عن السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية الآتية:

السؤال الأول: هل توجد فروق في مستوى الاكتئاب بعد تطبيق

البرنامج العلاجي بين المجموعتين التجريبية والضابطة؟

السؤال الثاني: هل توجد فروق في مستوى الاكتئاب بحسب

القياسات المتعددة (القبلي، والبعدى، والتبعية) لدى المجموعة التجريبية؟

السؤال الثالث: هل توجد فروق في مستوى الاكتئاب بحسب

القياسات المتعددة (القبلي، والبعدى، والتبعية) بعد عزل أثر المتغيرات

بالقلق، و(53) مشاركاً تلقوا جلسات البرنامج الخاصة باضطرابات المزاج (الاكتئاب)، وأشارت النتائج إلى أن هناك تحسناً ملحوظاً في الاختبار البعدي مقارنة بدرجات الاختبار القبلي فيما يتعلق بأعراض القلق والاكتئاب وجود الحياة والرضا عن الحياة.

وهدفنا دراسة ووترتش وراي (Wuthrich & Rapee, 2013)

للتعرف إلى مدى فاعلية برنامج العلاج المعرفي-السلوكي الجمعي لدى عينة من كبار السن ممن تم تشخيصهم باضطراب القلق واضطراب الاكتئاب، حيث تكونت عينة الدراسة من (62) مشاركاً، تتراوح أعمارهم ما بين (60-84) عاماً، ويتكون البرنامج من (12) جلسة، وقسم المشاركون إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية (27) مشاركاً، وضابطة (35) مشاركاً، وأظهرت النتائج أن برنامج العلاج المعرفي-السلوكي الجمعي لدى كبار السن أحرز تحسناً ذا دلالة إحصائية في التخفيف من أعراض القلق والاكتئاب لدى المشاركين في المجموعة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة، وأظهرت النتائج أيضاً أن هذا التحسن استمر لمدة ثلاثة شهور بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج.

استفاد الباحث من الدراسات السابقة في تصميم بحثه، وفي تحديد أداة الدراسة المناسبة وكذلك في اختيار الأساليب الإحصائية الملائمة وفي تحديد إجراءات الدراسة من الناحية التطبيقية وفي اختيار التصميم التجريبي المناسب للدراسة الحالية.

إذ اتفقت أغلب الدراسات السابقة في الهدف العام مع هدف دراسة الباحث الحالية فقد تناولت التعرف إلى آثار العلاج المعرفي-السلوكي في علاج حالات الاكتئاب، كما تناولت جميعها برنامجاً علاجياً قائماً على العلاج المعرفي-السلوكي، كما في دراسة (الشمري، 2017)، ودراسة (المناعي، 2015)، ودراسة (بوعود، 2015)، ودراسة (ضمرة ونصار، 2014)، و(شاهين وآخرون، 2014)، و(Wroe et al., 2018)، كذلك في دراسة (Sadler et al., 2018)، و((Ali et al., 2017)، و((Saravanan et al., 2017. Batterham et al., 2017)، و((Barton et al., 2017)، و((Hauksson et al., 2017)، و((Ashworth et al., (Norell-Clarke et al., 2015)، ودراسة (Adina et al., 2015)، و((Kiroopoulos et al., 2016)، ودراسة (Oei & al., 2017)، ودراسة (Ward et al., 2016)، و (McAlinden, 2014) و(Wuthrich & Rapee, 2013).

في حين اختلفت دراسة (Olde, Rosenfeld., Pessin, (2008 & Breitbart, W.)) في الهدف، فقد هدفت الدراسة إلى توفير تحليل شامل لمقياس تقييم هاميلتون للاكتئاب، واعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي.

واتفقت جميعها مع الدراسة الحالية في أدوات الدراسة والمنهج، حيث استخدمت الدراسات مقياس الاكتئاب واعتمدت في المنهج على تطبيق برنامج تجريبي وشبه التجريبي.

كما اتفقت جميع الدراسات السابقة مع الباحث في عينة الدراسة، إذ تناول الباحث عينة من فئة الشباب الراشدين، في حين اختلفت معه في العينة دراسة كل من (Wuthrich and Rapee, 2013)، ودراسة

3. الاستفادة من نتائج الدراسة في مراكز الصحة النفسية المجتمعية التجريبية؟ (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية) لدى المجموعة بوزارة الصحة الفلسطينية.

## فرضيات الدراسة:

للإجابة عن أسئلة الدراسة، صيغت الفرضيات التالية:

- الفرضية الأولى: توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \leq 0.05)$  في الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي بين المجموعتين التجريبية والضابطة.
- الفرضية الثانية: توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \leq 0.05)$  في الاكتئاب بحسب القياسات المتعددة (القبلي، والبعدي، والتتبعي) لدى المجموعة التجريبية.
- الفرضية الثالثة: لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى  $(\alpha \leq 0.05)$  في الاكتئاب بحسب القياسات المتعددة (القبلي، والبعدي، والتتبعي) بعد عزل المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية) لدى المجموعة التجريبية.

## أهداف الدراسة

تهدف الدراسة بشكل رئيس إلى "الكشف عن مدى فاعلية العلاج المعرفي- السلوكي في خفض حدة الاكتئاب لدى المترددون على عيادة مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية".

وينبثق من هذا الهدف الأهداف الفرعية التالية:

1. الكشف عن الفروق الدالة إحصائية في الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج الإرشادي بين المجموعتين التجريبية والضابطة.
2. التعرف على الفروق الدالة إحصائية في الاكتئاب بحسب القياسات المتعددة (القبلي، والبعدي، والتتبعي) لدى المجموعة التجريبية.
3. الكشف عن الفروق الدالة إحصائية في الاكتئاب بحسب القياسات المتعددة (القبلي، والبعدي، والتتبعي) بعد عزل أثر المتغيرات الديموغرافية: (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية) لدى المجموعة التجريبية.

## أهمية الدراسة

تتمثل أهمية الدراسة فيما يأتي:

الأهمية النظرية:

1. المساهمة في سد الفجوة العلمية حول دراسة الاكتئاب في البيئة الفلسطينية.
2. المساهمة في إلقاء الضوء أكثر على العلاج المعرفي \_ السلوكي في البيئة الفلسطينية والعربية.
3. إفساح المجال للمزيد من الدراسات في هذا المجال.

الأهمية التطبيقية:

1. الدراسة تفسح المجال للاستفادة من العلاج السلوكي المعرفي في المجتمعات العربية بشكل عام والمجتمع الفلسطيني بشكل خاص.
2. تطوير عمل العيادات النفسية في الجامعات الفلسطينية والعربية.

## حدود الدراسة ومحدداتها

تحدد الدراسة الحالية بالحدود الآتية:

- الحد المكاني: مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية.
- الحد الزمني: 2019/3-2018/3م.
- الحد النوعي: المترددون على عيادة مركز الإرشاد النفسي في الجامعة الإسلامية.
- الحد الموضوعي: فاعلية الإرشاد المعرفي- السلوكي في خفض حدة الاكتئاب.

## التعريفات الاصطلاحية والإجرائية

- فاعلية: ويعرفها الباحث بأنه: الأثر الناتج عن تدخل متغير مستقل على متغير تابع.

ويعرفها الباحث إجرائياً بأنها: الأثر الناتج عن التدخل بالإرشاد المعرفي- السلوكي على الاكتئاب، ويقاس بالفروق ذات الدلالة على استجابات المفحوصين على مقياس هاملتون في القياسات المتعددة (قبلي، بعدي، تتبعي)

- الاكتئاب: يعرف إنجرام (Ingram) الاكتئاب بأنه "اضطراب مزاجي أو وجداني، ويتسم ذلك الاضطراب بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات الأخرى" (فايد، 2004: 60).

ويعرفه الباحث إجرائياً: بأنه اضطراب وجداني يتمثل في ارتفاع الدرجة على مقياس الاكتئاب لهاميلتون المستخدم في هذه الدراسة.

- العلاج المعرفي- السلوكي (CBT): يعرف ستيفين وبيك (Steven and Beak) الإرشاد المعرفي- السلوكي بأنه: "تلك التدخلات التي تسعى إلى تعديل أو تخفيف الاضطرابات النفسية القائمة عن طريق المفاهيم الذهنية الخاطئة أو العمليات المعرفية" (بومجان، 2015).

ويعرف العلاج المعرفي- السلوكي إجرائياً بأنه: وسيلة من وسائل العلاج النفسي الحديث التي يمكن استخدامها في تخفيف اضطراب الاكتئاب، من خلال تصحيح المعتقدات الخاطئة وتدريبهم على السلوك الصحيح، وذلك من خلال استخدام الأساليب المعرفية والسلوكية حسب فنيات الإرشاد المعرفي- السلوكي.

## منهجية الدراسة وإجراءاتها

اتبع الباحث الإجراءات العلمية المنهجية اللازمة لتحقيق أهداف الدراسة، والمتمثلة في:

منهج الدراسة: اعتمد الباحث المنهج شبه التجريبي لتحقيق أهداف الدراسة، نظراً لملاءمته للإجابة عن أسئلة البحث والتحقق من صحة الفرضيات، إذ أن البحث يقيس أثر تدخل إرشادي على حالات مرضية تم تشخيصها بالاكتئاب، وقد تم تعريف المجموعة التجريبية

جدول (4) توزيع مجموعتي الدراسة حسب متغير الجنس

المجموع	الجنس		المجموعات
	أنثى	ذكر	
11	6	5	التجريبية
12	6	6	الضابطة
23	12	11	المجموع

جدول (5) توزيع مجموعتي الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية

المجموع	الحالة الاجتماعية			المجموعات
	مطلق	متزوج	أعزب	
11	1	3	7	التجريبية
12	1	3	8	الضابطة
23	2	6	15	المجموع

## أدوات جمع البيانات:

**1- مقياس تقدير هاملتون للاكتئاب Hamilton Rating scale for Depression**

وهو مقياس إكلينيكي عالمي شائع الاستخدام، ويستخدم بواسطة الأخصائي النفسي لقياس شدة أعراض الاكتئاب، ويتكون من (17) بنداً، من إعداد ماكس هاملتون، وقد روجع مرات عديدة وتم التعديل عليه، فأصبح يتكون من (21) بند، وهو من أكثر المقاييس العالمية شيوعاً في قياس شدة الاكتئاب في الممارسات الإكلينيكية، ورغم ذلك، فقد قام الباحث بالتأكد من ثبات المقياس من خلال حساب معامل ألفا كرونباخ على عينة الدراسة، وقد بلغ (0.874)، وعند حساب الاتساق الداخلي للمقياس اتضح أن جميع بنوده ذات معامل ارتباط مرتفع ودال طردياً مع المجموع، وتراوحت معاملات الارتباط ما بين (0.35-0.74) الأمر الذي يؤكد صلاحية المقياس كأداة بحثية للدراسة.

جدول (6) نتائج تحليل الاتساق الداخلي لمقياس هاملتون

رقم البند	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
معامل الارتباط	*.35	*.45	*.48	*.55	**54	**64	**55	*.38	*.48	**57	**62

رقم البند	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
معامل الارتباط	**54	**53	*.49	**51	**74	**64	**63	**71	**58	**58

\*دالة عند (0.05) \*\* دالة عند (0.01)

**2- البرنامج العلاجي المعرفي- السلوكي:**

ويهدف إلى خفض حدة اضطراب الاكتئاب لدى طلاب الجامعة الإسلامية، باستخدام أساليب متعددة من أجل إحداث تغيرات معرفية وانفعالية وسلوكية تعمل على تعديل الأفكار التلقائية السلبية واللامنطقية لدى الفرد، وتصحيح الإدراكات والتصورات الخاطئة نحو ذاته والعالم من حوله والمستقبل، للتغلب على المشاعر والأفكار الاكتئابية وإيجاد الحلول المناسبة في مواجهة مشكلاته وخفض حدة الأعراض الاكتئابية لديه، والتخلص من معاناته النفسية.

ويتضمن البرنامج (23) جلسة موضحة في الجدول (07):

للتدخل الإرشادي، في حين بقيت المجموعة الضابطة على قوائم الانتظار دون التعرض للبرنامج خلال فترة إجراء البحث، الأمر الذي يلائمه المنهج التجريبي.

**مجتمع الدراسة وعينتها:** هم جميع المترددين على مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية وعددهم غير محدد. أما عينة الدراسة فبلغ عدد أفرادها (23) فرداً ممن يعانون من اضطراب الاكتئاب النفسي من المترددين على مركز الإرشاد النفسي بالجامعة الإسلامية، وزع أفراد العينة لمجموعتين تجريبية (11) فرداً وضابطة (12) فرداً، والجدول الآتي توضح توزيع عينة الدراسة في المجموعتين التجريبية والضابطة.

جدول (1) وصف عينة الدراسة حسب متغير الجنس

التكرارات	النسبة المئوية	النسبة التراكمية
12	52.2	52.2
11	47.8	100.0
23	100	

جدول (2) وصف عينة الدراسة حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرارات	النسبة المئوية	النسبة التراكمية
Valid	15	65.2	65.2
أعزب	6	26.1	91.3
متزوج	2	8.7	100.0
مطلق	23	100	

جدول (3) وصف عينة الدراسة حسب متغير العمر

العدد	الحد الأدنى	الحد الأقصى	الوسط	الانحراف المعياري
23	19	36	26.17	4.933
23				

**تكافؤ المجموعتين:** قام الباحث باختبار تكافؤ المجموعتين في الاكتئاب، وقد استخدم اختبار مان وتني للفروق في الوسط الحسابي، وقد بلغت القيمة الاحتمالية (0.069)، وهي أكبر من (0.05)، الأمر الذي يؤكد عدم وجود فروق بين وسيطي المجموعتين، مما يدل على تكافؤ المجموعتين في الاكتئاب في القياس القبلي.

**اعتدالية البيانات:** قام الباحث باختبار اعتدالية بيانات الدراسة لاختبار نوع الأساليب المستخدمة (معلمية أم غير معلمية)، وقد قام باستخدام اختبار شابيرو نظراً لصغر عينة الدراسة (أقل من 50)، وقد جاءت القيمة الاحتمالية (0.006)، الأمر الذي يعني أن البيانات غير اعتدالية.

**تجانس المجموعتين:** قام الباحث بالتأكد من تجانس المجموعتين في الخصائص الوصفية (الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر)، وقد جاءت النتائج على النحو الآتي:



جدول (7) مخطط جلسات العلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب

رقم الجلسة	عنوان الجلسة	هدف الجلسة	الأساليب المستخدمة	الأدوات المستخدمة
1	تقييم نفسي Assessment	التعارف وكسر الجمود وبناء الثقة وعقد الحلف العلاجي. التأكيد على مبدأ السرية والالتزام. أخذ البيانات الأولية والشكوى الرئيسية.	أسلوب الحوار	نموذج الاستشارة النفسية
2	تقييم نفسي Assessment	جمع كافة المعلومات عن الحالة.	أسلوب الحوار	نموذج دراسة الحالة
3	تقييم نفسي Assessment	تطبيق الاختبارات النفسية المتعلقة بالمشخصيات الفارقة. التعرف إلى أهداف المنتفع من التدخل العلاجي. بناء خطة علاجية.	أسلوب الحوار والنقاش	نموذج اختبار نفسي لكل اضطراب نموذج اختبار الفحص العقلي BPRS نموذج تقييم أحداث الحياة قبل وبعد 12 سنة
4	تقييم معرفي سلوكي CBT Assessment	CBT Assessment Formulation	الحوار	نموذج التقييم المعرفي السلوكي. نموذج صياغة معرفي سلوكي.
5	تثقيف نفسي Psycho education	أن يمارس ويتعرف المنتفع إلى الأسلوب العلاجي المستخدم (CBT)، وأن يتعرف إلى الاضطراب الذي يعاني منه. " Insight " الاستبصار " Normalization " التطبيع " Assertiveness " توكيد الذات "	أسلوب الشرح والنقاش أسلوب المحاضرة.	بروشور حول CBT بروشور حول الاضطراب Disorder
	تدخلات سلوكية: تحسين المزاج	مراقبة الأنشطة اليومية وتقييمها.	أسلوب الشرح والنقاش. أسلوب الإيجاء أسلوب الاسترخاء	- نموذج الأنشطة اليومية.
	تحسين الانجاز. تحسين الأنشطة اليومية	تعديل المزاج بالتركيز على أنشطة ممتعة	أسلوب الشرح والنقاش.	نموذج الأنشطة الممتعة.
	الوظائف الحالية. تعزز الثقة الذات. الاتزان الانفعالي. التعرض للمواقف التي تظهر الأعراض وتقييمها	تعزز الأنشطة التي ترفع نسبة المزاج والانجاز والاستماع مع بناء روتين يومي سلوكي جديد.	أسلوب الشرح والنقاش. أسلوب التقييم الذاتي والمقارنة	نموذج بناء أنشطة يومية.
13-6	التعرض للمواقف التي تظهر الأعراض وتقييمها	أن يمارس ويتعرف المنتفع إلى بعض فنيات وأساليب التكيف والذكاء الاجتماعي وتعزز الثقة بالذات بالتركيز على مهارة تحليل السلوك ومراقبة المشاعر والنتائج. ومهارة التعرض وخفض الحساسية التدريجي التجارب السلوكية.	أسلوب الشرح والنقاش. أسلوب الإيجاء	ABC Model Exposure Experimental behavior خفض الحساسية المنظم - Experimental behavior
	الاسترخاء.	أن يكون المنتفع قادر على أداء الوظائف التي تعطلت بشكل أكثر حكمة وقدرة وتعزز بالتركيز على مهارة التجارب السلوكية وتقييمها.	أسلوب النقاش.	نموذج مراقبة الأعراض وتقييمها.
	Relaxation and Breathing Exe	أن يتعرف المنتفع إلى المواقف التي يظهر فيها أعراض الحزن وعدم الاستمتاع وضيق النفس مع مراقبتها وتقييمها بالمحاور الخمسة.	أسلوب الشرح والمحاضرة. أسلوب التقييم. أسلوب التأمل. أسلوب الإيجاء	نموذج مراقبة الأعراض وتقييمها.
	23-15	إعادة شرح نموذج المحاور الخمسة وتأثير الفكرة على المشاعر والسلوكيات والأحاسيس الجسدية واخذ أمثلة من المنتفع آخر أحداث حدثت معه وتقييمها.	أسلوب المناقشة أسلوب التقييم.	نموذج المحاور الخمسة Five areas
		مراقبة الأفكار الأوتوماتيكية وتأثيرها حسب المحاور الخمسة (أفكار، ومشاعر، ردود أفعال، سلوك).	أسلوب المراقبة والتسجيل والتقييم والشرح. أسلوب التعرض التخيلي الفكري	نموذج مراقبة الأفكار " دائرة تحليل السلوك " الواجبات المنزلية "نموذج تحليل السلوكيات، نموذج مراقبة الأفكار، نموذج التعامل مع الأفكار السلبية وشدة سيطرتها وشدة مقاومتها " نموذج تحليل الأحداث ومراقبة الأفكار.
		أن يتعرف المنتفع إلى المعتقدات السلبية والتشوهات المعرفية	والتسجيل والحوار.	الواجبات المنزلية "نموذج تحليل السلوكيات، نموذج مراقبة الأفكار، نموذج التعامل مع الأفكار السلبية وشدة سيطرتها وشدة مقاومتها " نموذج تغيير المحتوى القواعدي للفكرة السلبية.
		أن يتعرف المنتفع إلى تغيير المحتوى القواعدي للفكرة السلبية.	أسلوب المواجهة. أسلوب النقاش.	نموذج تغيير المحتوى القواعدي للفكرة السلبية. الواجب المنزلي.
		أن يتعرف المنتفع إلى أسلوب الحوار السقراطي لإضعاف الفكرة.	أسلوب الحوار السقراطي	نموذج الحوار السقراطي. الواجب المنزلي.
		أن يكون المنتفع قادر على إعطاء أدلة تثبت وتنفي الفكرة.	أسلوب المواجهة والتقييم الذاتي.	نموذج تحديد مضار ومنافع الفكرة السلبية. نموذج الفكرة ما يبثها وما ينفعها. الواجب المنزلي.
		أن يتعرف المنتفع إلى آلية وقف تلك الأفكار.	أسلوب الدحض الإيجاء والتأمل	نموذج الاسترخاء. الواجب المنزلي.
		أن يتعرف المنتفع إلى آليات تغيير الصور الفكرية.	أسلوب الدحض	آليات تغيير الصورة الفكرية. الواجب المنزلي.
		تذكير المنتفع بالأساليب العلاجية التي خضع لها.	أسلوب الحوار.	واجبات منزلية.
24	منع الانتكاسة	إعطاؤه بيانات للتواصل معنا. تحديد موعد للمتابعة والتقييم التتبعي.		

المصدر: مركز الإرشاد النفسي الجامعة الإسلامية.

**3- المقابلة:**

استخدم الباحث المقابلة كأداة مع إحدى الحالات التي تلقت الخدمة ضمن البرنامج، وذلك بهدف فهم تأثير العلاج المعرفي\_السلوكي عليها، آليات ذلك التأثير، لمزيد من الفهم والمساعدة في تفسير النتائج. والحالة (م) تبلغ من العمر (23) عاماً، عزباء، خريجة جامعية، لا تعمل، لديها أخوان وأخت، المستوى الاقتصادي والاجتماعي متوسط، جاءت طلباً للعلاج تشكو من أعراض حزن وكآبة وبكاء متكرر، وفقدان الطاقة، وفقدان الاستمتاع، على إثر مشاعر القلق من الموت خاصة بعد وفاة خالها، وقد انتظمت في البرنامج العلاجي، وتلقت (15) جلسة، وقد ساعدها في التخلص من الأعراض بصورة واضحة.

وقد تمحورت أسئلة المقابلة حول:

1. كيف تصفين نفسك قبل تلقي العلاج وبعده؟
2. ما أكثر التدخلات التي أثرت فيك؟
3. كيف تقيمين العلاقة العلاجية مع الأخصائية؟
4. كيف أثر العلاج في سلوكك وتعاملك مع الحياة؟
5. كيف أثر العلاج على تفكيرك؟
6. كيف أثر العلاج على مشاعرك وانفعالاتك؟

وقد تم الاقتباس من نص كلام الحالة، في تفسير النتائج، دون الالتزام بعرض إجابات الأسئلة أعلاه بالترتيب حسب ما وردت.

التصميم التجريبي: يقوم التصميم التجريبي للدراسة على:

7. عدد المجموعات: مجموعتان إحداهما تجريبية تعرضت للبرنامج بطريقة العلاج الفردي، وأخرى ضابطة لم تتعرض للتدخل وبقيت على قوائم الانتظار حتى الانتهاء من برنامج العلاج المعرفي\_السلوكي.
8. القياسات المتعددة للمجموعة التجريبية (قبلي، بعدي، تتبعي)، أما الضابطة فقياسان (قبلي، بعدي).
9. طبق القياس التتبعي بعد مضي عام من التطبيق البعدي.
10. تعرضت المجموعة التجريبية من (15-23) جلسة بمتوسط (20) جلسة، بإجمالي فترة زمنية (12-10) أسبوعاً.

**إجراءات الدراسة**

1. يتم استقبال الحالة من خلال سكرتيرة مركز الإرشاد، وتقوم الحالة بتعبئة النماذج الأولية المطلوبة.
2. يتم تسليم النماذج للمرشدة التي ستتولى إدارة الحالة، وتقوم بمقابلتها المقابلة الأولية، وتعمل على تعبئة ملف دراسة الحالة، وترتيب موعد مع الطبيب النفسي.
3. يقوم الطبيب النفسي بمقابلة الحالة وتشخيصها طبيياً، وفي حال كان التشخيص اكتئاباً، يتم ترشيحها للمشاركة في الدراسة.
4. يتم ترتيب موعداً مع الأخصائي/ة الإكلينيكية المتخصص/ة في العلاج المعرفي\_السلوكي، لمقابلة الحالة وتطبيق القياس القبلي (هاملتون للاكتئاب) تحت إشراف ومتابعة الباحث.
5. يشرف الباحث على جمع ملفات الحالات الأسبوعية وتقسيمها إلى مجموعتين عشوائياً، مع ضمان شرط التكافؤ، أحدها مرشحة

للانخراط في البرنامج، يتم استئذان الأخرى لوضعها على قائمة الانتظار.

6. يتم البدء بالجلسات العلاجية (وفق البرنامج أعلاه) مع الحالات التي وقع عليها الاختيار في المجموعة التجريبية ومع استمرار اختيار حالات جديدة بنفس الآلية السابقة.
7. قام الباحث بمتابعة انتظام الحالات مع إدارة المركز والأخصائي الإكلينيكي حتى الانتهاء من البرنامج، حيث تم تطبيق القياس البعدي (هاملتون للاكتئاب).
8. بعد مرور عام على انتهاء البرنامج -جرى خلالها جلسة مع كل حالة منفردة كل ثلاثة أشهر للمتابعة ومنع الانتكاسة، وضمان استمرار التواصل وأثر البرنامج- قام الأخصائي/ة بإشراف الباحث بتطبيق القياس التتبعي.

شروط الاستبعاد: استبعدت بعض الحالات من عينة الدراسة وفقاً للمعايير الآتية:

1. التشخيص بالاكتئاب الذهاني والتخشي.
2. ذوو الميول الانتحارية، ومن لديه تاريخ سابق بمحاولات الانتحار.
3. تعاطي الأدوية المضادة للاكتئاب.
4. الأطفال أقل من (18) عاماً، وكبار السن فوق الستين.

**نتائج الدراسة ومناقشتها**

**أولاً: النتائج المتعلقة باختبار الفرضية الأولى، ونصها "توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) في الاكتئاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي بين المجموعتين التجريبية والضابطة".**

استخدم الباحث اختبار مان وتني " Independent Samples test2 " للمقارنة بين معدل الاكتئاب بين المجموعة التجريبية والضابطة، فكانت النتائج كما يوضحها الجدول (08).

جدول (8) نتائج اختبار (مان وتني) للفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في

معدل الاكتئاب		قيمة (Z)	مجموع الرتب المحسوبة	معدل الرتبة	مجموعة العدد
القيمة الاحتمالية (Sig)	الدلالة الإحصائية				
0.000	دالة إحصائية	4.105	204.00	17.00	12 الضابطة
			66.00	6.00	11 التجريبية

تبين أن قيمة (Z) المحسوبة تساوي (4.105)، وهي أكبر من قيمة (Z) الجدولية التي تساوي (1.96) عند مستوى دلالة ( $\alpha \leq 0.05$ )، والقيمة الاحتمالية (sig) تساوي (0.000)، وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، مما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي في الاكتئاب ولصالح المجموعة التجريبية، فقد كان معدل الاكتئاب لديها أقل بعد خضوعها للبرنامج.

انخفضت معدلها عما هو في المجموعة الضابطة. ولحساب حجم التأثير نحسب معامل الارتباط الثنائي:

جدول (11) نتائج اختبار Mauchly's للتحقق من شرط الدورية

معامل الدورية	Approx. Chi-Square	درجة الحرية	قيمة Sig	Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Epsilon Lower-bound
0.406	5.413	2	.067	.627	1.000	0.500

تبين أن القيمة الاحتمالية (sig) تساوي (0.067)، وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05)، مما يدل على تحقق شرط الدورية.

جدول (12) نتائج التأثير المتحقق على المجموعات الثلاث

Source	مجموع مربع الانحرافات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	مربع ايتا
S*	290.165	2	145.083	8.667	.004	.553
G*	290.165	1.254	231.310	8.667	.014	.553
H*	290.165	2.000	145.083	8.667	.004	.553
L*	290.165	1.000	290.165	8.667	.022	.553
S*	4.904	2	2.452	.146	.865	.020
G*	4.904	1.254	3.910	.146	.766	.020
H*	4.904	2.000	2.452	.146	.865	.020
L*	4.904	1.000	4.904	.146	.713	.020
S*	3.232	2	1.616	.097	.909	.014
G*	3.232	1.254	2.576	.097	.818	.014
H*	3.232	2.000	1.616	.097	.909	.014
L*	3.232	1.000	3.232	.097	.765	.014
S*	1.426	2	.713	.043	.958	.006
G*	1.426	1.254	1.137	.043	.889	.006
H*	1.426	2.000	.713	.043	.958	.006
L*	1.426	1.000	1.426	.043	.842	.006
S*	234.352	14	16.739			
G*	234.352	8.781	26.688			
H*	234.352	14.000	16.739			
L*	234.352	7.000	33.479			

\*S (Sphericity Assumed), \*G (Greenhouse-Geisser), \*H (Huynh-Feldt), \*L (Lower-bound).

بما أن شرط الدورية متحقق نستخدم نتائج Sphericity Assumed لمعرفة الفروق الإحصائية في معدل الاكتئاب بين المجموعات الثلاثة، القبلي والبعدية والتبعية حيث تبين أن القيمة الاحتمالية (sig) تساوي (0.004)، وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05)، مما يدل على وجود فروق إحصائية في معدل الاكتئاب بين المجموعات الثلاثة، وقد كان حجم التأثير لمربع ايتا يساوي (0.553)، مما يدل على أن التأثير المتحقق كبير وقد تبين أنه لا يوجد أثر لعزل المتغيرات الديموغرافية على نتائج الفروق بين المجموعات الثلاثة حيث كانت القيمة الاحتمالية لكل متغير بناء على عدم أثر لعزل المتغيرات الديموغرافية مع تحقق الفروق بين المجموعات الثلاثة.

ومعرفة الفروق لصالح من تكون تبين من خلال الجدول (13)

للمقارنات البعدية:

$$r = \frac{2(MR1 - MR2)}{n1 + n2} = \frac{2(17.00 - 6.00)}{12 + 11} = 0.95$$

تبين أن معامل الارتباط الثنائي يساوي (0.95)، مما يشير على أن

درجة التأثير المترتبة على البرنامج كبيرة جداً

**ثانياً: النتائج المتعلقة باختبار الفرضية الثانية، وذوها** "توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) في الاكتئاب بحسب القياسات المتعددة (القبلي والبعدية والتبعية) لدى المجموعة التجريبية".

استخدام اختبار فردمان Fridman للقياسات المتكررة اللامعلمية للمقارنة بين معدل الاكتئاب للقياسات القبلي والبعدية والتبعية للمجموعة التجريبية، فكانت النتائج كما يوضحها الجدول (09).

جدول (9) نتائج اختبار فردمان

القياس	العدد	متوسط الرتب	درجة الحرية	مربع كاي	الدلالة
القبلي	11	3.0	2	20.829	.000
البعدية	11	1.86			
التبعية	11	1.14			

ومعرفة الفروق لصالح أي القياسات، قام الباحث بحساب اختبار ويلكوكسون للمقارنات الثنائية المرتبطة، فجاءت النتائج على النحو التالي:

جدول (10) نتائج المقارنة البعدية باستخدام اختبار ويلكوكسون

المقارنة	العدد	قيمة Z	الدلالة
البعدية-القبلي	11	2.940	.003
التبعية-القبلي	11	2.950	.003
التبعية-البعدية	11	2.555	.011

تبين من خلال الجدول (10) وبعد تحليل اختبار ويلكوكسون وجود فروق دالة إحصائية في الاكتئاب بين القياسين القبلي والبعدية لصالح البعدية، لأن القيمة الاحتمالية أقل من مستوى الدلالة (0.05)، قيمة معامل (Z) بالسالب، أي أن المتغير الثاني الوارد في المقارنة هو الأعلى، كما تبين وجود فروق دالة إحصائية في الاكتئاب بين القياسين القبلي والتبعية ولصالح القياس التبعية، وأخيراً تبين وجود فروق دالة إحصائية في الاكتئاب بين القياسين البعدية والتبعية ولصالح القياس التبعية.

**ثالثاً: النتائج المتعلقة باختبار الفرضية الثالثة، وذوها** "لا توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى ( $\alpha \leq 0.05$ ) بحسب القياسات المتعددة (القبلي والبعدية والتبعية) برغم عزل المتغيرات الديموغرافية (العمر، الحالة الاجتماعية) لدى المجموعة التجريبية".

استخدم اختبار القياسات المتكررة مع تحليل التباين (Repeated Ted Measure & Coveriate) للمقارنة بين متوسط الاكتئاب للقياسات القبلي والبعدية والتبعية للمجموعة التجريبية، فكانت النتائج كما يوضحها الجدول (11).

جدول (13) نتائج المقارنة البعدية

المقياس	متوسط الفروق	الانحراف المعياري	Sig. b القيمة الاحتمالية	95% Confidence Interval for معدل الثقة للاختلاف Differenceb	
				الحد الأدنى	الحد الأعلى
قبل	34.545*	2.136	.000	29.494	39.596
تبعي	37.909*	1.958	.000	33.280	42.538
بعد	-34.545*	2.136	.000	-39.596	-29.494
تبعي	3.364*	.858	.006	1.336	5.391
قبل	-37.909*	1.958	.000	-42.538	-33.280
تبعي	-3.364*	.858	.006	-5.391	-1.336

انتكاسة بعد سنة واحدة من نهاية تطبيق البرنامج، وأن (79%) منهم تعرضوا للانتكاس في أول (6) شهور بعد تطبيق البرنامج، ويعزو الباحث هذه الانتكاسة إلى استخدام برنامج مخفف من العلاج المعرفي السلوكي (LICBT)، بينما اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة (Batterham et al., 2017) والتي أوضحت استمرار أثر البرنامج في خفض أعراض الاكتئاب بعد مرور (18 شهراً) بعد انتهاء جلسات البرنامج، حيث أثبت خلالها كما دراسة الباحث فاعلية البرنامج، وقد أكدت دراسة (Hauksson et al., 2017) فاعلية (CBT) الفردي أكثر من الجمعي في منع الانتكاسة بعد مرور (18 شهراً) من انتهاء البرنامج، ويرجع الباحث ارتفاع أثر البرنامج على المدى البعيد لدى أفراد العينة، إلى كون البرنامج فدياً وليس جمعياً، وهذا ما أكدته دراسة (Kiropoulos et al., 2016) أيضاً، كما يرجع إلى قوة محتوى البرنامج الإرشادي وتأثيره كما يأتي:

- ركز البرنامج على التفكير العقلاني وآلية تعديل الأفكار السلبية واستبدالها بالأفكار الإيجابية.
- تنوعت فنيات البرنامج العلاجي ما بين أسلوب الشرح والمناقشة والمحاضرة المختصرة، والتقييم المستمر، وأسلوب الإيحاء والتأمل، وأسلوب المراقبة والتسجيل والتقييم.
- اعتمدت جلسات البرنامج على أسلوب التعريض التخيلي الفكري، مستخدماً الأخصائي خلالها أدوات متنوعة وأنشطة مختلفة لإثراء البرنامج وزيادة فعاليته.
- ركز البرنامج العلاجي على الأنشطة والواجبات العملية اليومية وتقييمها، مما ساهم في جدية البرنامج واهتمام أفراد العينة به.
- ساهم البرنامج في تنمية الاستبصار الداخلي لدى أفراد العينة وتحليل السلوك ودراسة تبعاته، وتعزيز الثقة بالنفس وإكسابهم مهارات مواجهة الضغوط النفسية والأزمات، الأمر الذي يعني مدى تأثر العينة بفنيات وأنشطة البرنامج.
- ساعدهم على الشعور بالأمن من خلال التبادل الفكري القائم بين أعضاء المجموعة التجريبية والتفاعل الإيجابي المعزز من قبل الباحث، حيث كان كل ذلك داعماً نفسياً واجتماعياً لهم.
- وبما يخص عدم وجود أثر لعزل المتغيرات الديموغرافية على نتائج الفروق بين المجموعات الثلاثة يشير الباحث إلى:
- مدى جودة البرنامج العلاجي المستخدم ومدى قوة فنياته كونه أنسب أسلوب علاجي يستخدم مع الراشدين الذين يعانون الاكتئاب بصرف النظر عن فروق المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية)، وهذا يرجع إلى تأثير البرنامج العلاجي بشكل قوي على البالغين.

تبيين وجود فروق إحصائية في الاكتئاب بين المقياس القبلي والبعدى والتبعي كما ورد في نتائج الفرض الثاني، بالرغم من عزل المتغيرات الديموغرافية: (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية)، الأمر الذي يعني أن هذه المتغيرات لم تؤثر على فاعلية البرنامج، وهذا يعني أن البرنامج فاعل بصرف النظر عن عوامل الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، أي أنه فاعل ومؤثر مهما اختلفت حالة المريض تبعاً للمتغيرات الديموغرافية موضع الدراسة والعزل.

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة، ومن هذه الدراسات دراسة (الشمري، 2017)، ودراسة (المناحي، 2015)، ودراسة (بوعود، 2015)، ودراسة (ضمرة ونصار، 2014)، و(شاهين وآخرون، 2014)، و(Wroe et al., 2018) كذلك في دراسة (Sadler et al., 2018)، و(Ali et al., 2017)، و((Saravanan et al., 2017. Batterham et al., 2017))، و(Norell-Clarke et al., 2017)، و(Hauksson et al., 2017)، و(Kiropoulos et al., 2015) (Ashworth et al., 2015) (Ward et al., 2016)، ودراسة (Adina et al., 2017)، ودراسة (Oei and McAlinden, 2014)، و(al., 2016)، و(Wuthrich & Rapee, 2013)، والتي كشفت عن وجود فروق دالة إحصائية بين المقاييس المتعددة، والتي تؤكد فاعلية البرنامج العلاجي القائم على العلاج المعرفي - السلوكي في خفض حدة الاكتئاب لدى الأفراد. ويفسر الباحث وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في التطبيق البعدي في معدل الاكتئاب ولصالح المجموعة التجريبية، إلى مدى فاعلية البرنامج الإرشادي القائم على العلاج المعرفي - السلوكي مع حالات الاكتئاب، حيث يتضح مدى أهمية جلسات البرنامج وجودتها وتأثيرها، حيث ركز الأخصائي/ة على العديد من الفنيات التي من شأنها أن تقلل معدلات الاكتئاب لدى أفراد العينة التجريبية، وقام بتطبيق البرنامج بشكل دقيق معتمداً على العلاج المعرفي السلوكي والذي يعتبر مناسباً في علاج حالات الاكتئاب، كما أن تنوع جلسات البرنامج كان له أثر كبير في انسجام أفراد العينة واستمرارهم في البرنامج. كما توضح النتائج وجود فروق إحصائية في معدل الاكتئاب بين المجموعة البعدية والتبعية ولصالح المجموعة التبعية لأن القيمة الاحتمالية أقل من مستوى الدلالة (05)، وقد اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (Ali et al., 2017)، التي أشارت النتائج إلى أن (53%) من الحالات حدثت لهم

## توصيات الدراسة:

جاءت توصيات الدراسة كالاتي:

1. تقديم التدريب المتخصص للعاملين في حقل الإرشاد والعلاج النفسي لتقديم خدمات نفسية إرشادية قائمة على العلاج المعرفي- السلوكي.
2. التركيز على تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في علاج مختلف المشكلات خاصة لدى الأفراد الراشدين والمتعرضين للصددمات النفسية والاكنتاب.
3. إنشاء مراكز تخصصية متكاملة لعلاج حالات الاكنتاب والأمراض النفسية المشابهة تستخدم العلاج المعرفي- السلوكي.
4. تكثيف الوعي المجتمعي حول مفهوم الاكنتاب ومظاهره وأعراضه وخطورته من خلال البرامج الإعلامية التربوية منها والاجتماعية في مختلف المؤسسات.

## قائمة المصادر والمراجع

### أولاً: المصادر والمراجع العربية

- إبراهيم، عبد الستار. (1998). الاكنتاب اضطراب العصر الحديث، الكويت: عالم المعرفة.
- أبو فايد، ريم. (2010). فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف حدة الاكنتاب لدى مرضى الفشل الكلوي، (رسالة ماجستير)، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- أبو هدروس، ياسرة. (2015). فاعلية برنامج إرشادي يستند إلى النظرية المعرفية ل (بيك) في تعديل التشوهات المعرفية لدى عينة من المتزوجات وأثره على التوافق الزواجي لديهن، مجلة رسالة التربية وعلم النفس، الرياض، (50)، 129\_152.
- إسماعيل، سميحة وعبد الفتاح، بنيس ونجوى، بدوي وولاء، محمد وشاهين، إيمان. (2014). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الاكنتاب الإكلينيكي لمرضى مستشفى الصحة النفسية بحفر الباطن، مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس، ج2: 132-105.
- بوعود، أسماء. (2015). فاعلية برنامج علاجي إثنونفسي من المنظور الإسلامي للتكفل ببعض الأمراض العصبائية (القلق، الاكنتاب العصابي)، (أطروحة دكتوراه)، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة محمد من دباغين، الجزائر.
- بومجان، نادية. (2015). برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتخفيف الضغط النفسي لدى الأستاذة الجامعية المتزوجة، (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، كلية التربية، جامعة محمد خضير بسكرة، الجزائر.
- جويده، برحيل. (2010). أثر السمات والشخصية المضطربة في الاستجابة للعلاج المعرفي عند المكتئب (محاولة علاجية لست حالات، (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، كلية التربية، جامعة وهران، الجزائر.
- حمودة، محمود عبد الرحمن. (1990). النفس أسرارها وأمراضها، القاهرة: مكتبة الفجالة.
- السقا، صباح. (2006). الاكنتاب: مفهومه، تعريفاته، أعراضه، أنواعه، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة، (18)، العدد 71، مركز الدراسات النفسية، لبنان.

- يعتمد البرنامج على الإقناع والتحفيز الفكري المعرفي، واعتماده على الاسترخاء، ومهارات حل المشكلات، والتي ساعدت بشكل عام في ظهور نتائج مرضية لدى أفراد العينة في ضوء عزل المتغيرات الديمغرافية.
- ساهم البرنامج في إكساب أفراد العينة مهارات عدة للتعامل مع الأزمات والضغوط.
- تم تبصيرهم باستراتيجيات عقلانية معرفية إيجابية للتعامل الآمن مع الضغوط مما ساعد على تفاعل وانسجام أفراد العينة في البرنامج العلاجي والتزامهم بحضور كامل لجلساته.
- كذلك ساهمت متابعة الأخصائي/ة المستمرة لأفراد العينة في إكساب العينة اهتماماً والتزاماً بواجبات البرنامج العلاجي، مما ساهم في تخطي الصعوبات، وانخفاض معدلات درجات الاكنتاب بعد تطبيق البرنامج العلاجي بشكل واضح.

وبما يخص تفسير النتائج في ضوء المقابلة مع الحالة (م) حيث عزت الحالة التحسن الذي تمتع به إلى أثر البرنامج، للوهلة الأولى قالت أن (85%) من التحسن يرجع إلى جلسات البرنامج، وقد اعتبرت أهم ميزة أنه يخلو من العقاقير وأنه نفسي سلوكي فقط، إذ اعتبرت أن هذا شجعها للانضمام والانخراط في الجلسات (بناء على توصية من قريبة لها مرت بالتجربة)، كما أشارت إلى أهمية العلاقة العلاجية التي تشكلت مع الأخصائية، حيث شعرت بالاحترام والتقدير، والتعاطف والتقبل، ومن أبرز ما لاحظته وأثر فيها حرص الأخصائية عليها، ومرونتها معها، حيث تقول: "الأستاذة من حرصها على أن أحسن وأتجاوز مشكلتي كانت تتابعني خلال أيام الأسبوع تطمئن علي، ولما كنت أحس بالخرج من القدوم للمركز عرضت علي أن تقابلني في أي مكان أختاره حتى لو في مطعم خارج الجامعة، وبرغم انو هادا الاشئ مصارش إلا إنو أثر في كثير". الأمر الذي يؤكد أهمية العلاقة العلاجية وليس فقط التكنيك العلاجي، كما ذكرت الحالة (م) أن العلاج ساعدها في تغيير تفكيرها من تفكير سلبي إلى تفكير إيجابي، وغير عاداتها في الحياة وبرنامجها اليومي من خلال سجل الأنشطة الأسبوعي، كما عزز الصلابة النفسية عندها بحيث أنها واجهت مشكلة فقدان الأب، حيث توفي (رحمه الله) وبشكل مفاجئ، تقول (م): "أبوي توفي فجأة وكان الأمر صعباً وخاصة على أمي وبدلاً من الانهيار والتأزم كما حصل عندي بعد وفاة خالي إلا أنني كنت قوية ومتماسكة، وقدمت الدعم النفسي لأمي ولمن هم حولي، لقد كانت تجربة أكدت أن العلاج قد صنع مني شخصاً آخر جديداً"، وترد قائلة: "العلاج ساعدني على تنظيم تفكيري وتوجيهه بالاتجاه الصحيح بحيث أستعيد توازني وأمضي في حياتي لتحقيق أهدافي دون أن أضعف أمام الأحداث التي أواجهها". نلاحظ من خلال إجابات الحالة أن تغييراً عميقاً حصل لديها في منظومتها وبناءها المعرفي وصلابتها النفسية، بما ساعدها على المضي قدماً والنجاح في الحياة، حيث تعمل حالياً بشكل منتظم في إحدى المؤسسات ولها دور فاعل فيها، الأمر الذي يؤكد قدرة وفعالية البرنامج وتأثيره طويل الأمد، وهو تأثير تراكمي أظهر القياس التبعي استمرار أثره في خفض الاكنتاب.

- neurodepress depression), (Doctoral thesis), Department of Psychology and Education Sciences, Mohamed University of Dabagen, Algeria.
- Boumagan, Nadia. (2015). Behavioural cognitive guidance program to relieve stress at the married university professor ( unpublished doctoral thesis), Faculty of Education, Mohamed Khudhair Biskra University, Algeria.
- Gouaïda, Barheal (2010). The impact of troubled personality traits in the response to cognitive therapy in depressed people (a treatment attempt for six cases, (unpublished doctoral thesis), Faculty of Education, University of Oran, Algeria.
- Hamouda, Mahmoud Abdel Rahman. (1990). Soul Secrets and Diseases, Cairo: Al-Fajala Library.
- Al-Saqqa, Sabah. Depression: Its concept, definitions, symptoms, types, specialized psychological culture journal, (18), issue 71, Center for Psychological Studies, Lebanon.
- Basma, shamikh. (2012). The effect of cognitive and behavioral adjustment methods in reducing neurotic symptoms in heart patients, Professor's Journal, (203), 906-963.
- Al-Shammari, Majid. (2017). The effectiveness of a behavioral cognitive therapy program in reducing clinical depression for patients at the Mental Health Hospital in Al-Batin, (Master's Thesis), Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Nayef Arab University of Security Sciences, Saudi Arabia.
- Damra, Jalal and Nassar, Yahya. (2014). Impact of trauma-focused CBI model in reducing symptoms of depression in a sample of war children, No. 17, 445\_461.
- Abdul Qawi, Sami. (2002). Methods of dealing with stress and depression in a sample of uae university students. Annals of Literature of Ain Shams, (30), (309-361).
- Okasha, Ahmed. (2017). Contemporary Psychiatry, Cairo: Anglo-Egyptian Library..
- Fayed, Hussein. (2005). Psychological and social problems, Cairo: Taiba Publishing and Distribution Foundation.
- Faraj, Safwat. (2000). Reference in Adult Clinical Psychology, Cairo: Anglo-Egyptian Library.
- Malika, Louis. (1990). Behavioral therapy and behavioural modification, Kuwait: Pen Publishing and Distribution Dar.
- Menahi , Abdullah AbdulAziz. (2015). A mentoring program for the development of psychological stiffness in depressed people in the theory of cognitive behavioral therapy, King Saud University Journal: Saudi Society for Educational and Psychological Sciences, (48), 151-176..
- Who. (2008). WHO Manual of Mental and Neurological Health in Primary Care PC-10-ICD, translation: Sana Abu Saada), Cairo: Lights for Design and Technical Editing, 379-394.
- ثالثاً: المصادر والمراجع الأجنبية**
- Adina, J. O., Maritim, E. K., Sindabi, A. M., & Disiye, M. A. (2017). Effect of Cognitive Behaviour Therapy on Depressive Symptoms among HIV-Infected Outpatients in Kenya. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 17(2). Retrieved from <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=56051353002>
- Ali, S., Rhodes, L., Moreea, O., McMillan, D., Gilbody, S., Leach, C., ... Delgado, J. (2017). How durable is the effect of low intensity CBT for depression and anxiety? Remission and relapse in a longitudinal cohort study. Behaviour Research and Therapy, 94, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.04.006>
- شامخ، بسمة. (2012). أثر أساليب التكيف المعرفية والسلوكية في خفض الأعراض العصابية لدى مرضى القلب، مجلة الأستاذ، (203)، 963\_906
- الشمري، ماجد. (2017). فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض الاكتئاب الإكلينيكي لمرضى مستشفى الصحة النفسية بحفر الباطن، (رسالة ماجستير)، قسم علم النفس، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.
- ضمرة، جلال ونصار، يحيى. (2014). أثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من أطفال الحروب، العدد 17، 445\_461.
- عبدالقوي، سامي. (2002م). أساليب التعامل مع الضغوط ومظاهر الاكتئاب لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة الإمارات. حوليات آداب عين شمس، (30)، (309-361).
- عكاشة، أحمد. (2017). الطب النفسي المعاصر، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- فايد، حسين. (2005). المشكلات النفسية والاجتماعية، القاهرة: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
- فرج، صفوت. (2000). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، القاهرة: مكتبة الإنجلو المصرية.
- مليكه، لويس. (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك، الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
- مناحي، عبدالله عبد العزيز. (2015). برنامج إرشادي لتنمية الصلابة النفسية لدى المكتئبين في ضوء نظرية العلاج المعرفي السلوكي، مجلة جامعة الملك سعود: الجمعية السعودية للعلوم التربوية والنفسية، (48)، 151-176.
- منظمة الصحة العالمية WHO. (2008). دليل منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية والعصبية في الرعاية الأولية - PC-10 ICD. (ترجمة: سناء أبو سعدة)، القاهرة: أضواء للتصميم والمونتاج الفني، 379-394..
- ثانياً: ترجمة المصادر والمراجع العربية إلى اللغة الإنجليزية**
- Ibrahim, Abdul Sattar. (1998). Depression modern-day disorder, Kuwait: The World of Knowledge.
- Abu Fayed, Reem. (2010). The effectiveness of a proposed mentoring program to relieve depression in patients with kidney failure, (Master's thesis), Islamic University, Gaza, Palestine.
- Abu Hadruos, Yassera. (2015). The effectiveness of a mentoring program based on Beck's cognitive theory in modifying cognitive abnormalities in a sample of married women and its impact on their marital compatibility, Journal of Education and Psychology, Riyadh, (50), 129\_152.
- Ismail, Samiha and Abdel Fattah, Bennis and Najwa, Badawi and Wala, Mohammed and Shaheen, Iman. (2014). The effectiveness of a behavioral cognitive therapy program in reducing clinical depression for patients at the Mental Health Hospital in Al-Batin, Journal of Arab Studies in Education and Psychology, C2: 132-105.
- Bouood ,asmaa . (2015). The effectiveness of an ethenopsychological treatment program from an Islamic perspective to deal with certain neurotic diseases (anxiety,

- Depression Rating Scale a valid instrument?. *Assessment*, 16(1), 43–54.
- Psychiatry Res. (2011). Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a meta-analysis over a period of 49 years, 189(1), 1-9.
  - Qouta, S., Punamaki, R., El Sarraj, E. 1995. a. The Relations between Traumatic Experiences, activity, and cognitive and emotional responses among Palestinian children *International Journal of Psychology*, 30 (9): 289-30434.
  - Qouta, S., Punamaki, R., El Sarraj, E. 1995. b. The Impact of the Peace treaty on psychological well-being: a follow, *Journal of child abuse and neglect*, 19 (4):1197-1208.
  - Robert L. Spitzer, MD; Kurt Kroenke, MD; Janet B. W. Williams, DSW; Bernd Löwe, MD, (2006) A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7, Original investigation ,vol 166, DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.
  - Rush AJI, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, Niederehe G, Thase ME, Lavori PW, Lebowitz BD, McGrath PJ Rosenbaum JF, Sackeim HA, Kupfer DJ, Luther J, Fava M. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR\*D report. *Am J Psychiatry*, 163(11):1905-17.
  - Sachsenweger, M. A., Fletcher, R. B., & Clarke, D. (2015). Pessimism and Homework in CBT for Depression: Pessimism and Homework in CBT for Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 71(12), 1153–1172.
  - Sadler, P., McLaren, S., Klein, B., Harvey, J., & Jenkins, M. (n. d.). Cognitive behavior therapy for older adults with insomnia and depression: a randomized controlled trial in community mental health services. *Sleep*. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy104>
  - Saravanan, C., Alias, A., & Mohamad, M. (2017). The effects of brief individual cognitive behavioural therapy for depression and homesickness among international students in Malaysia. *Journal of Affective Disorders*, 220, 108–116. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.037>
  - Thabet, A., Vostanis, P. 1999. Post-Traumatic Stress Reactions in children of war, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (12): 385-391.
  - Ward, S. K., Turner, A., Hambridge, J. A., Halpin, S. A., Valentine, M. E., Sweetapple, A. L., ... Hackett, M. L. (2016). Group cognitive behavioural therapy for stroke survivors with depression and their carers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 23(5), 358–365. <https://doi.org/10.1080/10749357.2016.1143706>
  - Williams j, Spitzer. RL, Kroenke. K (2001) PHQ\_9. *depression-scale*, (9) 16,606\_613.
  - Wroe, A. L., Rennie, E. W., Sollesse, S., Chapman, J., & Hassy, A. (2018). Is Cognitive Behavioural Therapy focusing on Depression and Anxiety Effective for People with Long-Term Physical Health Conditions? A Controlled Trial in the Context of Type 2 Diabetes Mellitus. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(2), 129–147. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000492>
  - Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 779–786. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.002>
  - Ashworth, D. K., Sletten, T. L., Junge, M., Simpson, K., Clarke, D., Cunnington, D., & Rajaratnam, S. M. W. (2015). A randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy for insomnia: An effective treatment for comorbid insomnia and depression. *Journal of Counseling Psychology*, 62(2), 115–123. <https://doi.org/10.1037/cou0000059>.
  - Barton, S., Armstrong, P., Wicks, L., Freeman, E., & Meyer, T. D. (2017). Treating complex depression with cognitive behavioural therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 10.
  - Batterham, P. J., Christensen, H., Mackinnon, A. J., Gosling, J. A., Thorndike, F. P., Ritterband, L. M., ... Griffiths, K. M. (2017). Trajectories of change and long-term outcomes in a randomised controlled trial of internet-based insomnia treatment to prevent depression. *BJPsych Open*, 3(5), 228–235. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.117.005231>.
  - Burns, D. (1991). *Feeling Good*, William Morrow, New York.
  - Catani, C., Kohiladevy, M., Ruf, R., Schauer, E., Elbert, T. and Neuner, T. 2009. Treating Traumatized Children by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka, *BMC Psychiatry*, 9 (22):1-11.
  - Hadi, F., Magdalena, M., Spitzer, S. 2006. Gulf War-Related Trauma and Psychological Distress of Kuwaiti Children and Their Mothers, *Journal of Traumatic Stress*, 19, 653–662.
  - Hauksson, P., Ingibergsdóttir, S., Gunnarsdóttir, T., & Jónsdóttir, I. H. (2017). Effectiveness of cognitive behaviour therapy for treatment-resistant depression with psychiatric comorbidity: comparison of individual versus group CBT in an interdisciplinary rehabilitation setting. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(6), 465–472. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1331263>.
  - Kiroopoulos, L. A., Kilpatrick, T., Holmes, A., & Threader, J. (2016). A pilot randomized controlled trial of a tailored cognitive behavioural therapy based intervention for depressive symptoms in those newly diagnosed with multiple sclerosis. *BMC Psychiatry*, 16, 435. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1152-7>
  - Macksoud, M., Aber, L. 1996. The War Experiences and Psychosocial Development of children in Lebanon, *Journal of Child and development*, 67(8): 70-88.
  - Mohlen, H., Parzer, P., Resch, F., Brunner, R. 2005. Psychosocial Support for War-Traumatized Child and Adolescent refugees: Evaluation of a short-term treatment program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39 (3): 81-87.
  - Norell-Clarke, A., Jansson-Fröjmark, M., Tillfors, M., Holländare, F., & Engström, I. (2015). Group cognitive behavioural therapy for insomnia: Effects on sleep and depressive symptomatology in a sample with comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 80–93. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.09.005>
  - Oei, T. P., & McAlinden, N. M. (2014). Changes in quality of life following group CBT for anxiety and depression in a psychiatric outpatient clinic. *Psychiatry Research*, 220(3), 1012–1018. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.036>
  - Olden, M., Rosenfeld, B., Pessin, H., & Breitbart, W. (2008). Measuring depression at the end of life: is the Hamilton