



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة - 1



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

فعالية برنامج إرشادي لخفض حدة بعض الاضطرابات النفسية لدى المرأة المعنفة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم - تخصص: إرشاد نفسي ومدرسي

إشراف:

أ.د بركو مزوز

إعداد الطالبة:

لبنى بن دعيمة

لجنة المناقشة

رئيساً	جامعة باتنة 1	أستاذة التعليم العالي	أ.د بن فليس خديجة
مشرفاً ومقرراً	جامعة باتنة 1	أستاذ التعليم العالي	أ.د بركو مزوز
عضواً مناقشاً	جامعة باتنة 1	أستاذ التعليم العالي	أ.د يوسف حدة
عضواً مناقشاً	جامعة بسكرة	أستاذ التعليم العالي	أ.د ساعد صباح
عضواً مناقشاً	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضر -أ-	د طباع فاروق
عضواً مناقشاً	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضر -أ-	د عتوتة صالح

السنة الجامعية 2021/2020



شكر و عرفان

" وكذلك مَكَّنَّا لِيُوسُفَ فِي الْأَرْضِ أَنْ يَتَّبِعَ مِنْهَا حَيْثُ يَشَاءُ نُصِيبُ بِرَحْمَتِنَا مَنْ نَشَاءُ وَلَا نُضِيعُ أَجْرَ الْمُحْسِنِينَ (56) وَلَأَجْرُ الْآخِرَةِ خَيْرٌ لِلَّذِينَ آمَنُوا وَكَانُوا يَتَّقُونَ (57)".

(الآيتين: 56-57، سورة يوسف)

أستهل كلمة الشكر بهاتين الآيتين الكريميتين من سورة يوسف، فأحمد الله وأشكره كثيرا أن وفقني ويسر لي السبل لإخراج هذا العمل إلى النور. وطبعا هذا لا يتأتى إلا بمشيئته سبحانه أن سخر لي كثيرا من عباده الصالحين الذين كانوا لي عوناً وسندا على مواصلة إنجاز العمل وتقديمه رغم الصعاب.

لذا أوجه خالص شكري وامتناني للأستاذة الفاضلة المشرفة على هذا العمل البروفيسور: "بركو مزوز" جراء تحملها معي عبئه وصبرها علي طيلة السنوات الماضية ودعمها وتشجيعها لي في كل فرصة علمية تجمعني بها، فجزاها الله عني خير جزاء.

كما أتفضل بشكر الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة الذين رحبوا بقراءة هذا العمل لتقويمه وتصويب ما فيه من هفوات، وأشكر أيضا الأساتذة الذين قاموا بتحكيم البرنامج الإرشادي وإبداء ملاحظاتهم القيمة لتعديله. كما لا يفوتني أن أشكر من قدموا لي التسهيلات الميدانية لإنجاز العمل. وأخص بالذكر رئيس مصلحة الطب الشرعي بالمستشفى الجامعي سطيف البروفيسور: سعدية بن قبي، كما أشكر الأخصائي العيادي العامل بذات المصلحة الأستاذ: فاروق قوسم الذي قدم لي مكتبه ومساعداته للتعامل مع الحالات، وأشكر الأخصائية النفسانية بوحدة الكشف والصحة المدرسية الأستاذة: فطيمة قدوري التي ساعدتني على إنجاز الدراسة الاستطلاعية. وكذلك أشكر النساء اللواتي قبلن المشاركة في البحث. وأخيرا لا أنسى شكر كل زميلاتي وزملائي بقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا بجامعة محمد لمن دباغين سطيف 2، الذين قدموا لي الاهتمام والدعم وساندوني ولو بالكلمة الطيبة.

إلى كل هؤلاء أقول: شكرا جزيلا وجزاكم الله عني كل خير.

ملخص البحث باللغة العربية:

يهدف هذا البحث إلى معرفة فعالية برنامج إرشادي (معرفي سلوكي) مقترح في خفض اضطرابي القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة، من خلال تدريبها على مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية المتمثلة في: المحاضرة المختصرة، المناقشة والحوار، إعادة البناء المعرفي، النمذجة، الحوار الذاتي، الاسترخاء، صرف الانتباه، المراقبة الذاتية، الدعاية والسخرية، الواجبات المنزلية، حيث اشتمل البرنامج المقترح على عشر (10) جلسات إرشادية فردية. واستخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي من خلال الاعتماد على تصميم الفرد الواحد، وتكونت عينة الدراسة الأساسية من مفرحوصتين من مدينة سطيف، تم التأكد من وجود القلق والاكتئاب لديهما حسب مقياسي البحث، أما الأدوات المستخدمة، فقد اعتمدت الباحثة على الأدوات التالية: استمارة البيانات الشخصية، للتعرف على خصائص العينة المستهدفة، إعداد الباحثة. مقياس تايلور للقلق. قائمة آرون بيك للاكتئاب. المقابلة التشخيصية. البرنامج الإرشادي (المعرفي السلوكي)، إعداد الباحثة. وأسفر البحث عن النتائج التالية: تعاني المرأة بعد تعرضها للعنف من مستويات مرتفعة من القلق ومستويات أقل من المتوسط من الاكتئاب. توجد فعالية كبيرة للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجة القلق لدى المرأة المعنفة. توجد فعالية كبيرة للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجة الاكتئاب لدى المرأة المعنفة. توجد فعالية كبيرة للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجتي القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة.

الكلمات المفتاحية: البرنامج الإرشادي، القلق، الاكتئاب، المرأة المعنفة.

Abstract of study

Abstract:

This research aims to investigate the effectiveness of a proposed counseling program (cognitive-behavioral) in reducing anxiety and depression disorders in battered women, through training them on a group of cognitive and behavioral techniques included: brief course, discussion and dialogue, cognitive reconstruction, modeling, self-dialogue, relaxation distraction, self-monitoring, humor and ridicule, homework. The proposed program included (10) individual counseling sessions. The researcher used a one subject quasi-experimental design, and a basic sample consisted of two subjects confirmed that they present anxiety and depression selected from the city of Sétif. To collect data the researcher used the following tools :A personal information questionnaire to know the characteristics of the target sample, prepared by the researcher; Taylor anxiety scale; Aaron Beck's depression inventory; Diagnostic interview; Counseling program (cognitive-behavioral), the researcher's preparation. The search yielded the following results: After exposure to violence, women suffer from high levels of anxiety and lower than average levels of depression. There is effectiveness of the proposed counseling program in reducing the degree of anxiety of battered women. There is effectiveness of the proposed counseling program in reducing the degree of depression of battered women. There is effectiveness of the proposed counseling program in reducing the degree of anxiety and depression of battered women.

Keywords: counseling program; anxiety; depression; battered woman.

فهرس المحتويات

I	شكر وعرفان
II	ملخص البحث باللغة العربية
III	ملخص البحث باللغة الانجليزية
IV	فهرس المحتويات
IX	قائمة الجداول
X	قائمة الأشكال
XI	قائمة الملاحق
1	مقدمة:

الفصل الأول: إشكالية البحث وإطاره المفاهيمي

5	1. إشكالية البحث.
10	2. فرضيات البحث.
10	3. أهداف البحث.
10	4. أهمية البحث.
11	5. الدراسات السابقة.
24	6. تقييم عام للدراسات السابقة:
29	7. تحديد مصطلحات البحث:

الفصل الثاني: الإرشاد النفسي والبرامج الإرشادية

35	تمهيد:
35	1. ماهية الإرشاد النفسي.
35	1.1 مفهوم الإرشاد النفسي (Counseling Concept):

38	2.1. الإرشاد النفسي والعلاج النفسي:
40	3.1. أسس وأهداف الإرشاد النفسي:
45	4.1. الحاجة إلى الإرشاد النفسي.
48	5.1. خصائص ومهام المرشد النفسي:
52	– مهام المرشد النفسي
53	6.1. طرق الإرشاد النفسي واستراتيجياته.
59	1.2. مفهوم الإرشاد المعرفي السلوكي:
61	2.2. الاتجاهات النظرية للإرشاد المعرفي السلوكي
65	3.2. أهداف ومبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي
69	4.2. مراحل واستراتيجيات الإرشاد المعرفي السلوكي:
77	5.2. التفسير المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية:
79	6.2. الانتقادات الموجهة للاتجاه المعرفي السلوكي:
80	3. البرامج الإرشادية
80	1.3. تعريف البرنامج الإرشادي :
81	2.3. الإطار النظري للبرنامج الإرشادي :
81	3.3. الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي :
82	4.3. أهداف البرنامج الإرشادي :
83	خلاصة:

الفصل الثالث: الاضطرابات النفسية والمرأة المعنفة

85	تمهيد:
85	1. مدخل إلى الصحة النفسية والاضطرابات النفسية.
85	1.1. مفهوم الصحة النفسية:
87	2.1. أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد والمجتمع:

88	3.1. مفهوم المرض النفسي:
90	4.1. تعريف الاضطرابات النفسية:
91	5.1. أسباب الاضطرابات النفسية:
95	2. اضطراب القلق
95	1.2. مفهوم القلق:
99	2.2. انتشار القلق
99	3.2. القلق كحالة والقلق كسمة:
100	4.2. أنواع القلق:
102	5.2. أسباب القلق:
104	6.2. أعراض القلق:
106	7.2. مستويات القلق
107	8.2. تشخيص القلق
109	9.2. أهم النظريات المفسرة للقلق
111	10.2. علاج القلق:
113	1.3. مفهوم الاكتئاب The Depression:
115	2.3. انتشار الاكتئاب
117	3.3. أسباب الاكتئاب
119	4.3. تصنيف اضطرابات الاكتئاب:
121	5.3. أنواع أخرى للاكتئاب:
125	6.3. أعراض الاكتئاب:
126	7.3. تشخيص الاكتئاب
127	8.3. أهم النظريات المفسرة للاكتئاب:
130	9.3. علاج الاكتئاب

133	4. الاضطرابات النفسية عند المرأة المعنفة
133	1.4. مفهوم العنف ضد المرأة :
134	2.4. المرأة والقلق :
135	3.4. المرأة والاكتئاب :
136	4.4. تأثير الاضطرابات النفسية على صحة المرأة :
138	خلاصة:

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

140	تمهيد
140	1. الدراسة الاستطلاعية
140	1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:
141	2.1. منهج الدراسة الاستطلاعية:
141	3.1. حدود الدراسة الاستطلاعية:
142	4.1. عينة الدراسة الاستطلاعية وخصائصها:
149	5.1. أدوات الدراسة الاستطلاعية وخصائصها السيكمترية:
169	6.1. الأساليب الإحصائية المتبعة:
170	7.1. نتائج الدراسة الاستطلاعية:
172	2. الدراسة الأساسية
172	1.2. منهج الدراسة الأساسية:
173	2.2. حدود الدراسة الأساسية
174	3.2. عينة الدراسة الأساسية وخصائصها:
175	4.2. أدوات التشخيص في الدراسة الأساسية:
175	5.2. إجراءات تطبيق البرنامج الإرشادي وسير الجلسات:
177	خلاصة

الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج

179	تمهيد:
179	1. عرض نتائج المقابلات التشخيصية والإرشادية:
179	1.1. عرض نتائج المقابلات مع المفحوصة الأولى
184	2.1. عرض نتائج المقابلات مع المفحوصة الثانية
190	2. عرض النتائج حسب فرضيات البحث:
190	1.2. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الإجرائية الأولى:
190	2.2. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الإجرائية الثانية:
191	3.2. عرض النتائج الخاصة بالفرضية العامة:
192	3. مناقشة وتفسير نتائج البحث:
192	1.3. مناقشة الفرضية الإجرائية الأولى:
193	2.3. مناقشة الفرضية الإجرائية الثانية:
194	3.3. مناقشة الفرضية العامة:
195	4. مقترحات وآفاق البحث:
198	الخاتمة:
200	قائمة المراجع
215	الملاحق

قائمة الجداول

- جدول رقم 1: أهم عناصر الاختلاف بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي 40
- جدول رقم 2: يوضح فيه بيك (Beck): أساليب التفكير التي تسهم في حدوث الاكتئاب 129
- جدول رقم 3 : التوجهات النظرية الكبرى في تفسير الاكتئاب وطرق علاجه 132
- جدول رقم 4: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير السن 143
- جدول رقم 5: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المستوى التعليمي 144
- جدول رقم 6: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الحالة الاجتماعية 145
- جدول رقم 7: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المهنة 146
- جدول رقم 8: توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع العنف المتعرض له 147
- جدول رقم 9: توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مكان التعرض للعنف 148
- جدول رقم 10: يوضح تفسير درجات ومستويات القلق لمقياس تايلور 149
- جدول رقم 11: الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ 150
- جدول رقم 12: الثبات بطريقة التجزئة النصفية (جيثمان) وسيبرمان براون 150
- جدول رقم 13: القيمة المعنوية لمان وتني 150
- جدول رقم 14: الثبات بطريقة قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ 153
- جدول رقم 15: الثبات بطريقة التجزئة النصفية (جيثمان) وسيبرمان براون 154
- جدول رقم 16: القيمة المعنوية لمان وتني 154
- جدول رقم 17: يوضح الفنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج والهدف منها 159
- جدول رقم 18: يوضح محتوى البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي لخفض القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة 162
- جدول رقم 19: يوضح درجات القلق ومستوياته والاكتئاب لدى عينة الدراسة الاستطلاعية 170
- جدول رقم 20: يوضح خصائص عينة الدراسة الأساسية 174
- جدول رقم 21: يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي على مقياس تايلور للقلق 190
- جدول رقم 22: يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي على قائمة آرون بيك للاكتئاب 190
- جدول رقم 23: يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي للقلق والاكتئاب على مقياسي الدراسة 191

قائمة الأشكال

- شكل رقم 1: مخطط العلاج النفسي المعرفي والنظرة الشمولية للإنسان 69
- شكل رقم 2: يوضح مخطط مفهوم الصحة النفسية الشامل 86
- شكل رقم 3: ظاهرة " جبل الجليد " في انتشار الاكتئاب معظم الحالات لا تكتشف ولا تطلب العلاج..... 116
- شكل رقم 4: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير السن. 143
- شكل رقم 5: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المستوى التعليمي. 144
- شكل رقم 6: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الحالة الاجتماعية. 145
- شكل رقم 7: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المهنة. 146
- شكل رقم 8: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع العنف المتعرض له. 147
- شكل رقم 9: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مكان التعرض للعنف. 148
- شكل رقم 10: يوضح التصميم التجريبي للفرد الواحد. 173

قائمة الملاحق

- ملحق رقم 1: استمارة البيانات الشخصية 216
- ملحق رقم 2: مقياس تايلور للقلق 217
- ملحق رقم 3: قائمة آرون ت. بيك الثانية للاكتئاب 219
- ملحق رقم 4: أماكن إجراء الدراسة الاستطلاعية 222
- ملحق رقم 5: استمارة تحكيم البرنامج الإرشادي المقترح 224
- ملحق رقم 6: نماذج من الواجبات المنزلية الخاصة بالبرنامج الإرشادي 227
- ملحق رقم 7: نماذج من الواجبات المنزلية المنجزة لإحدى المفحوصتين 243

مقدمة

مقدمة:

رغم ما وصلت إليه المجتمعات الحديثة من رقي وتطور على كافة الأصعدة ومجالات الحياة المختلفة، حيث أن السمة الغالبة على هذا العصر أنه عصر العلوم والتكنولوجيا والتطورات السريعة والمذهلة، إلا أن الكثير من الظواهر السلبية مازالت متجذرة فيه رغم قدمها على مر الأزمنة ورغم الدراسات والبحوث الكثيرة المقدمة للتخلص منها والوصول بالمجتمعات إلى أقصى درجات التحضر. ومن أكثر تلك الظواهر اتساعا وتفاقما ظاهرة العنف عموما والعنف ضد المرأة على وجه الخصوص.

تعد ظاهرة العنف ضد النساء ظاهرة اجتماعية سلبية يقوم بها الرجال لقهر النساء والسيطرة عليهن وإذلالهن وفرض شروطهم أيضا، فالعنف يهين النساء لدرجة كبيرة ويجعلهن مستسلمات لإرادة الرجال وتلبية مطالبهم سواء كانت مادية أو معنوية. فهي ظاهرة اجتماعية متأصلة عند الرجل نتيجة تأصلها في كل المجتمعات وانتشارها في مختلف القطاعات. كما أنها تتواجد في كل الطبقات الاجتماعية ولا تخص ثقافة أو حضارة أو دين أو أمة معينة، فهي قضية عالمية، عربية ومحلية. حيث تتعرض النساء يوميا لشتى أشكال العنف داخل وخارج الأسرة، لأسباب متعددة قد تكون ثقافية أو اجتماعية، اقتصادية وجنسية... إلخ. مما يجعل المرأة تعيش في دوامة من المعاناة والآلام النفسية والإحساس الدائم بالدونية والقهر، وكلما تكرر العنف الممارس ضدها كلما تعرضت أكثر للاضطرابات النفسية المختلفة كالقلق والاكتئاب. إلخ، تلك الاضطرابات التي تجعل منها شخصية سلبية لأبعد الحدود فتشلها تماما عن تأدية أعمالها الشخصية أو تعيقها عن ممارسة مهامها وأدوارها في الحياة وهذا ينعكس طبعاً على أفراد أسرتها خاصة إذا كانت أما. وبالتالي تدخل ضمن الفئات التي تحتاج إلى الرعاية الخاصة والتكفل النفسي.

يعتبر الإرشاد النفسي من أفضل العلوم التطبيقية التي تستهدف مساعدة الأفراد على التخلص من مشكلاتهم، حيث يعد الإرشاد المعرفي السلوكي من أحدث العلاجات النفسية التي أثبتت فعاليتها في علاج الكثير من الاضطرابات خاصة القلق والاكتئاب. وهذا ما يهدف إليه البحث الحالي الذي يهتم بمعرفة فعالية برنامج إرشادي مقترح ضمن المنحى المعرفي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب لدى النساء المعنفات في المجتمع الجزائري، من خلال معرفة مستويات القلق والاكتئاب لدى عينة البحث، ثم تطبيق محتوى البرنامج الإرشادي عليهن، واتجهت الباحثة لاختيار هذا الموضوع نظراً لقلّة الدراسات المحلية التي جمعت بين آثار العنف ضد النساء وما يحدثه من اضطرابات نفسية لديهن وبين تقديم الرعاية والإرشاد النفسي في إطار برنامج إرشادي.

وفي هذا السياق اطلعت الباحثة على الكثير من الدراسات والبحوث الأجنبية، العربية والمحلية- التي سيتم التطرق إليها تفصيلا داخل البحث- والتي استهدفت بناء وتطبيق برامج إرشادية وعلاجية لخفض القلق والاكتئاب لدى مختلف الفئات والشرائح العمرية، لكن يبقى الاهتمام بالصحة النفسية للنساء المعنفات في الجزائر قليل جدا على المستوى الأكاديمي وكذا على صعيد الممارسة العلاجية والإرشادية- طبعاً إذا ما قورن بمستوى الرعاية النفسية لهذه الفئة في الدول الأجنبية وبعض الدول العربية.

الجانب النظري

الفصل الأول: إشكالية البحث

وإطاره المفاهيمي

1. إشكالية البحث
2. فرضيات البحث
3. أهداف البحث
4. أهمية البحث
5. الدراسات السابقة
6. تقييم عام للدراسات السابقة
7. تحديد مصطلحات البحث

1. إشكالية البحث.

إن ظاهرة العنف قديمة قدم الإنسان، إذ ارتبطت بأول جريمة عرفتها البشرية بين ابني آدم قابيل وهابيل، وأخذ الإنسان في تطوره عبر العصور يعتمد على القوة والعدوان لفرض سيطرته على الآخرين وتحقيق أهدافه وطموحاته، حيث عرفت البشرية أشكالاً مختلفة من العنف، فرضتها الأنظمة الاجتماعية، الثقافية، الاقتصادية والسياسية، ولعل من أبرزها العنف الموجه ضد المرأة المنتشر في كل المجتمعات على اختلاف أديانها ومذاهبها ومستوى رقيها وتطورها.

فعلى سبيل المثال كان العرب في الجاهلية يوأدون الفتاة عند ولادتها لارتباطها بالعار عندهم ومحبتهم وتمييزهم للذكور على الإناث لقوله تعالى: "وإذا الموءودة سئلت* بأي ذنب قتلت" (الآية: 8-9 التكوير)، ورغم تحريم الإسلام وكافة الأديان السماوية للعنف، إلا أن المرأة عانت ومازالت لحد اليوم تعاني العنف بشتى ألوانه وأشكاله.

أشارت الكثير من الدراسات إلى أنه رغم اختلاف وتفاوت نسب العنف من مجتمع إلى آخر ومن ثقافة إلى أخرى، فإنها جميعاً تتفق على تعرض المرأة للعنف في معظم المجتمعات، حيث يؤكد تقرير (اليونسيف، 2000) على تنامي هذه الظاهرة عالمياً، وتشير الإحصائيات إلى أن 95% من ضحايا العنف والإساءة في فرنسا من النساء، وأن 51% منهن يقعن ضحايا للإساءة الزوجية، و25% من المتزوجات في كندا قد تعرضن لخبرة فيها إساءة وعنف. وتراوحت نسبة النساء المساء إليهن من أزواجهن بين 20% إلى 29% في بريطانيا وسويسرا. أما في البلاد العربية في كل من مصر واليمن والأردن ولبنان وسوريا وفلسطين، فقد أكدت دراسة (المكتب التنسيقي لشؤون مؤتمر بكين، 1995) حول أشكال العنف ضد المرأة على أن المرأة تتعرض لأشكال مختلفة من الإساءة والعنف وينسب متفاوتة ترتبط بالمشكلات التي تعاني منها هذه المجتمعات كالحروب والنزاعات والهجرات والأزمات الاقتصادية.

هذا وبالنسبة للعنف في الجزائر فقد ذكرت جعفري استناداً إلى دراسة أعدتها وزارة الأسرة وقضايا المرأة سنة 2003 أن 50% من النساء المعنفات متزوجات و36,1% عازبات و7,4% مطلقات و6,6% أرامل. وتبلغ نسبة العنف الممارس ضد المرأة في المنزل 64,9% مقابل 26,4% في الأماكن العمومية و4,5% في أماكن العمل، حيث أكدت الدراسة أن من بين النساء المعنفات إيطارات ومسؤولات وجامعيات (مقدم، 2012، ص379). ولا شك أن هذه النسب المقدمة تبين تعرض كل النساء للعنف على اختلاف أوضاعهن الاجتماعية والثقافية.

أما بخصوص مدينة سطيف وفي آخر الإحصائيات الواردة سنة 2017 والتي حصلت عليها الباحثة من مصلحة الطب الشرعي بالمستشفى الجامعي تم تسجيل 1975 امرأة تعرضت لعنف عام— أي من أطراف مختلفة

داخلية وخارجية ، وتعرضت أكثر من 816 امرأة لعنف زوجي خلال نفس السنة، كما تعرضت 176 امرأة لعنف عام و84 امرأة لعنف زوجي خلال الرباعي الأول من سنة 2018.

وفي مقابلة أجرتها الباحثة مع رئيس مصلحة الطب الشرعي، أكدت **سعدية بن قبي** أن تلك الإحصائيات الواردة من ذات المصلحة لا تكشف عن الواقع الحقيقي للظاهرة لأن الكثير من المتعرضات للعنف يفضلن الصمت ويلجأن إلى المصلحة فقط بهدف استخراج شهادة طبية من أجل الحماية القانونية لأنفسهن كتقديمهما للمحكمة في حالة الطلاق أو الحرمان من الحقوق، كما أكدت أيضا أن النساء اللواتي يأتين إلى المصلحة يكن غالبا في حالة نفسية وجسدية سيئة جدا من الخوف والقلق ومشاعر الذنب والكدمات والجروح البليغة نتيجة تعرضهن للعنف وتأسفت عن غياب الخدمة النفسية والمتابعة العلاجية والإرشادية لهذه الفئة.

يعرف العنف في العلوم الاجتماعية بأنه: "استخدام الضبط أو القوة استخداما غير مشروع أو غير مطابق للقانون من شأنه التأثير على إرادة فرد ما." (بدوي، 1986).

يعرف العنف أيضا في الإعلان العالمي للقضاء على العنف ضد المرأة والذي وقعته الأمم المتحدة سنة 1993 بأنه: "أي فعل عنيف قائم على أساس الجنس، ينجم عنه أو يحتمل أن ينجم عنه أذى أو معاناة جسمية أو جنسية أو نفسية للمرأة، بما في ذلك التهديد باقتراف مثل هذا الفعل أو الإكراه أو الحرمان التعسفي من الحرية، سواء أوقع ذلك في الحياة العامة أو الخاصة." (جبر، 2008).

كما يعرف العنف ضد المرأة في مؤتمر بكين المنعقد عام 1995 بأنه: "العمل الذي يكون فيه أذى بدني أو جسدي أو نفسي، أو معاناة للمرأة، بما في ذلك التهديد بالقيام بأعمال من هذا القبيل، أو الإكراه، أو الحرمان التعسفي من الحرية، تدفع إليه عصبية الجنس، ويرتكب بأي وسيلة كانت بحق أي امرأة لكونها امرأة."

من خلال هذا التعريف فإن العنف ضد المرأة قد يكون بدنيا أو نفسيا أو عاطفيا أو جنسيا، وقد يأخذ أشكالا أخرى كالحرمان من الأطفال، والاستغلال الاقتصادي، وعدم الإنفاق على المرأة، كما أنه يشمل استخدام الألفاظ البذيئة ضد المرأة مهما كان مصدرها. (الجبرين، 2005).

وتتفق الكثير من الدراسات على أن العنف ضد المرأة مهما اختلفت أشكاله ودوافعه وأسبابه، فهو يؤدي إلى نتائج وخيمة على صحة المرأة وقد يؤدي إلى إصابتها بمختلف الاضطرابات وبالتالي يلحق أضرارا جسيمة بالأسرة والمجتمع اعتبارا أن المرأة جزء لا يتجزأ من الكيان الأسري والاجتماعي على اختلاف وظيفتها ودورها فيه، سواء كانت أما أو زوجة أو أختا أو بنتا. ومن تلك الدراسات نجد دراسة **أروى أحمد عبد العزي** (2005) بعنوان

"بعض الاضطرابات النفسية والانفعالية المرتبطة بإدراك المرأة اليمينية للعنف المادي، والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين العنف المادي والمعنوي (الواقعي والمدرك) والاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب).

وفي السويد أجرت كارين لارسون (2007) دراسة بعنوان "العنف الأسري وأثره على الصحة الجسدية والنفسية للمرأة المعنفة، وتوصلت إلى أن النساء المعنفات لفترة ست سنوات أو أكثر لديهن ضغوط نفسية عالية مع أعراض الاكتئاب وآلام جسدية (الهر، 2008).

أما في العراق فقد أجرت رابطة نساء الشبك (2010) دراسة حول ظاهرة العنف ضد المرأة توصلت إلى أن أهم نتائج العنف ضد المرأة تتمثل في فقدان الشعور بالأمان في الحياة، وكذا تدهور الوضع الصحي والذي قد يصل إلى حد الإعاقة الدائمة، وفي دراسة أخرى قامت بإجرائها الباحثة العواودة (2009، ص334) بالأردن حول موضوع العنف ضد المرأة في القطاع الصحي، توصلت من خلالها إلى مجموعة من النتائج أهمها ما تم تسجيله على محور الصحة النفسية والجسدية للمرأة العاملة، إذ بلغت نسبة النساء اللواتي تعرضن للاكتئاب 40,8%، واللواتي شعرت بالعزلة 34,7%، واللواتي عانين من أمراض جسدية 32,1%، واللواتي تعرضن لأمراض نفس جسدية (صداع، اضطراب معدة، قولون... إلخ) 44,2% وهذا كله جراء تعرضهن للعنف.

كما أجرى الابراهيم (2010، ص 299) دراسة هدفت إلى التعرف على الصحة النفسية لدى عينة من النساء الأردنيات المعنفات في ضوء بعض المتغيرات وأهم ما توصلت إليه النتائج أن مستوى الصحة النفسية لعينة الدراسة كان متوسطا.

وغير بعيد عن هذه الدراسة أجرى ضمرة (2011، ص2301) دراسة بعنوان "أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات في الأردن"، وأهم ما دلت عليه النتائج هو شيوع أعراض قلق ما بعد الصدمة (إعادة معايشة الحدث الصادم، التجنب والإثارة الانفعالية المرتفعة) بشكل متوسط لدى النساء المعنفات جسديا ونفسيا وبشكل منخفض لدى النساء غير المعنفات.

في ذات السياق أجرى الشواشره ومحمود (2014) دراسة حول الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى النساء المعنفات في منطقة المثلث، وتوصلا إلى أن مستوى الاكتئاب كان متوسطا لدى العينة المدروسة وكذلك وجود علاقة طردية بين الاكتئاب والأفكار اللاعقلانية.

إذن فتعرض المرأة للعنف يؤدي إلى إصابتها بمختلف الاضطرابات النفسية كالقلق والخوف والحزن والاكتئاب، وقد تتفاقم تلك الاضطرابات وتؤدي إلى الانتحار.

تعرف الاضطرابات النفسية على أنها "تلك الاضطرابات الوظيفية والتي ليس لها أسباب عضوية وتسمى وظيفية لأنها تعطل وظائف بعض الأعضاء، وإن كانت هناك بعض الاضطرابات النفسية ترجع إلى أسباب عضوية" (سفيان، 2004).

فإصابة المرأة ومعاناتها من الاضطرابات النفسية، يجعلها تبحث عن حلول لمشكلتها النفسية وهنا نطرح إشكالية تدخل الإرشاد النفسي بهدف التكفل بمشكلتها وتحقيق الصحة النفسية للمرأة المعنفة، فكثيرا ما تعاني هذه الأخيرة في صمت دون اللجوء إلى طلب المساعدة، وإن وجدت تكون في أغلبها بحثا عن مساعدة من الناحية المادية أو الطبية الشرعية والقانونية بغرض تقديم شكوى ضد القائم بالعنف، ونجدها في كثير من الأحيان تجهل أو ترفض المساعدة والتكفل النفسي الإرشادي لأسباب متعددة قد تتعلق بشخصيتها أو بظروفها الاجتماعية والثقافية، أو بمكانة الإرشاد النفسي في المجتمع الذي تنتمي إليه.

حيث يعرف حامد زهران الإرشاد النفسي بأنه: "عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمي إمكانياته، ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكي يصل إلى تحقيق أهدافه وصحته النفسية والتوافق شخصيا وتربويا ومهنيا وأسريا وزوجيا." (الزعي، 1994).

كما يعرف English & English (انجلش وانجلش) الإرشاد النفسي بأنه: "علاقة يتعهد فيها شخص أن يساعد شخص آخر لكي يفهم ويصل إلى حل مشكلة تتصل بتوافقه" (أحمد، 1996). وطبعا لا تقدم هذه المساعدة إلا في إطار برنامج إرشادي يضم مجموعة من الإجراءات المنظمةة، حيث تعتبر برامج الإرشاد المعرفي السلوكي من أحدث البرامج المعتمدة في علاج الاضطرابات النفسية. هذا ورغم أهمية الإرشاد النفسي كعلم تطبيقي يهتم بمساعدة الأفراد على تجاوز مشكلاتهم إلا أنه مازال غير معروف في كثير من الأوساط والمجتمعات خاصة العربية منها، مما يجعل تلك المشكلات تتفاقم دون وجود برامج وسبل كفيلة لعلاجها وتحقيق التوافق النفسي للجميع. حيث أجرى خالد الرديعان (2008) دراسة عن العنف الأسري ضد المرأة، وشملت العينة 267 مبحوثة من النساء المترددات على بعض مراكز الرعاية الصحية الأولية في مدينة الرياض، ومن ضمن النتائج المتوصل إليها أن من بين أسباب العنف عدم توفر مراكز الإرشاد الأسري، وإحجام المرأة عن طلب المساعدة ممن حولها (مركز التنمية الإنسانية للاستشارات الأسرية).

من خلال الاطلاع على نتائج الدراسات السابقة وأخرى لا يسعنا ذكرها جميعا، يمكننا معرفة حجم ظاهرة العنف ضد المرأة عالميا وعربيا، وكذا تأثيره عليها من الناحية الجسدية والنفسية، فرغم تفاقم هذه الظاهرة إلا أن الدراسات حولها مازالت شحيحة فيما يتعلق بوضع برامج إرشادية، أو اقتراح حلول لتخفيف معاناة المرأة المعنفة.

لذا يهتم البحث الحالي بمعرفة فعالية الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي في خفض درجتي القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة، ورغم الاهتمام الكبير للباحثين في مجال الإرشاد النفسي بالبرامج الإرشادية ومدى فاعليتها في تقديم العلاج للمشكلات والسلوكيات المنحرفة، إلا أن الدراسات السابقة التي تطرقت لخفض القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة قليلة جدا على حد اطلاع الباحثة، حيث وجدت دراسة واحدة اهتمت بالموضوع الحالي قامت بإجرائها بدران 2010 بالأردن، هدفت إلى معرفة أثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق لدى عينة من النساء المعنفات في مدينة عمان، حيث بلغ حجم العينة 13 سيدة معنفة، وأهم ما توصلت إليه الدراسة أن البرنامج العلاجي السلوكي- المعرفي المطبق كان فعالا في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات، كما أنه كان فعالا في خفض درجة الاكتئاب ومستوى القلق لديهن.

ورغم صعوبة التعامل مع النساء المعنفات في البحث الحالي، وعدم وجود مراكز خاصة للاهتمام بهذه الفئة على مستوى أماكن إجراء البحث، وأيضا حساسية الموضوع بحكم الموروث الثقافي والاجتماعي للمجتمع العربي عموما والجزائري خصوصا، اتجهت الباحثة لتسليط الضوء على هذه المشكلة ودراساتها بطريقة علمية لمعرفة فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض اضطرابي القلق والاكتئاب لدى النساء المعنفات واقتراح حلول لمساعدتهن، لاسيما في ظل تنامي حالات العنف ضد المرأة في المجتمع الجزائري، وبالتالي نصل إلى طرح السؤال المحوري للبحث: هل للبرنامج الإرشادي المقترح فعالية في خفض درجتي القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة؟

ويتفرع عن هذا التساؤل العام التساؤلات الفرعية الآتية:

- هل تعاني المرأة بعد تعرضها للعنف من مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب؟
- هل للبرنامج الإرشادي المقترح فعالية في خفض درجة القلق لدى المرأة المعنفة؟
- هل للبرنامج الإرشادي المقترح فعالية في خفض درجة الاكتئاب لدى المرأة المعنفة؟

2. فرضيات البحث.

- الفرضية العامة: نتوقع وجود فعالية للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجتي القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة.
- الفرضيات الإجرائية:
 - الفرضية الإجرائية الأولى: نتوقع وجود فعالية للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجة القلق لدى حالات البحث.
 - الفرضية الإجرائية الثانية: نتوقع وجود فعالية للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجة الاكتئاب لدى حالات البحث.

3. أهداف البحث

- الكشف عن درجات ومستويات القلق والاكتئاب لدى المرأة ضحية العنف.
- إعداد برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض درجتي القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة.
- الكشف عن مدى فعالية البرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجة القلق لدى المرأة المعنفة.
- الكشف عن مدى فعالية البرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجة الاكتئاب لدى المرأة المعنفة.

4. أهمية البحث

تتجلى أهمية البحث في مجموعة من النقاط نوردتها فيما يلي:

- اهتمامه بدراسة متغيرين هامين وهما البرنامج الإرشادي والاضطرابات النفسية، من خلال معرفة مدى فعالية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب لدى حالات البحث.
- اهتمامه بفئة النساء المعنفات، فنظرا لتفاقم ظاهرة العنف ضد المرأة في الجزائر في ظل التغيرات السريعة للمجتمع، فقد أثرت الظروف الاجتماعية والاقتصادية على الروابط الأسرية وغيرت وجهات النظر نحو المرأة على اختلاف دورها الاجتماعي، وتضافرت الكثير من العوامل والأسباب التي أدت إلى تنامي هذه الظاهرة، لذا تعتبر المرأة المعنفة من بين الشرائح الحساسة في المجتمع والتي تتطلب مزيدا من الرعاية

- والاهتمام، فكثيرا ما تسكت المرأة أو تجبر على السكوت عن العنف الممارس ضدها خاصة العنف الأسري حتى تجد نفسها في دوامة من الاضطرابات النفسية التي تؤثر على مكانتها في الحياة.
- اهتمامه بخفض القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة، على اعتبار هذين الاضطرابين من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا وتفاقما.
- إلقاء مزيدا من الضوء على موضوع فعالية البرامج الإرشادية ذات المنحى المعرفي السلوكي، حيث تعتبر نتائج هذا البحث بمثابة تعزيز لنتائج الدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع الحالي، كما يعتبر البحث أيضا مساهمة نظرية لإثراء الدراسات السيكولوجية الوطنية والعربية.

5. الدراسات السابقة.

نتطرق في هذا الجزء إلى جملة من الدراسات المحلية، العربية، والأجنبية ذات الصلة بموضوع البحث الحالي، حيث تم تصنيفها إلى ثلاثة أقسام: دراسات متعلقة بفعالية برامج إرشادية في خفض اضطراب القلق، دراسات متعلقة بفعالية برامج إرشادية في خفض اضطراب الاكتئاب، ودراسات تناولت فعالية برامج إرشادية في خفض الاضطرابين معا، وذلك وفقا لمتطلبات البحث الحالي وبما يخدم فرضياته، كما تم مراعاة التسلسل الزمني في كل قسم من الأقدم إلى الأحدث، ويتم عرضها فيما يلي:

1/- دراسات تناولت فعالية برامج إرشادية في خفض اضطراب القلق:

(1) دراسة بتلر وآخرون (Butler & al 1991):

هدفت إلى مقارنة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي في علاج اضطراب القلق العام، وتكونت عينة الدراسة من 57 مريضا تتراوح أعمارهم بين 18-65 سنة تم تقسيمهم عشوائيا إلى ثلاث مجموعات، تلقت الأولى برنامجا للعلاج المعرفي السلوكي، في حين تلقت الثانية برنامجا للعلاج السلوكي، أما المجموعة الثالثة فكانت ضابطة وبالتالي لم تتلق أي علاج. وتضمن البرنامج العلاجي اثني عشرة جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعيا، وتم خلاله استخدام فنيات المناقشة، والتدريب على مهارات التنظيم الذاتي لتعديل السلوك، والواجبات المنزلية، وجدولة النشاط والأهداف، وأوضحت النتائج حدوث تحسن ملحوظ لأفراد المجموعتين التجريبتين قياسا بالمجموعة الضابطة، كما أوضحت وجود فروق دالة في مدى التحسن بين المجموعتين الأولى والثانية لصالح المجموعة

الأولى التي تلقى أعضاؤها العلاج المعرفي السلوكي مما يدل على أنه أكثر فاعلية من العلاج السلوكي في علاج القلق، وهو ما دعمته نتائج المتابعة بعد ستة شهور. (عبد الله، 1999، ص.ص. 217-218)

2) دراسة بوركوفيتش وكوستيللو (Borcovec & Costello 1993):

هدفت إلى دراسة ثلاثة أساليب علاجية هي التدريب على الاسترخاء، والعلاج المعرفي السلوكي، والعلاج غير التوجيهي في علاج اضطراب القلق العام، وذلك لدى عينة بلغت 38 مريضا متوسط أعمارهم 55 سنة مقسمين إلى ثلاثة مجموعات، تلقت المجموعة الأولى (ن=12) العلاج غير التوجيهي، وتلقت المجموعة الثانية (ن=12) التدريب على الاسترخاء، في حين تلقت المجموعة الثالثة (ن=14) العلاج المعرفي السلوكي. وتضمن البرنامج العلاجي اثني عشرة (12) جلسة لكل مجموعة جلستين أسبوعيا، وتم استخدام فنيات: المناقشة، تذكر الخبرات، التدريب على الاسترخاء، مراقبة الذات، والتخفيف المتدرج من الحساسية للقلق، والتدريب التخيلي. وأوضحت النتائج أن كلا من العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء هما الأفضل في تأثيرهما وفعالتهما في التخفيف من حدة القلق، ولا يختلف تأثير أي منهما في التخفيف من حدة القلق، حيث لم توجد فروق دالة بين المجموعتين في درجة التحسن (محمد عادل عبد الله، 1999، ص.219).

3) دراسة أوست وآخرون (Oest,L. &.al 2000):

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين التدريب على الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من (33) مريضا من المرضى المراجعين للعيادات الخارجية وتراوح أعمارهم ما بين (20-60) سنة، وهؤلاء المرضى تم تشخيصهم باضطراب القلق حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها الثالث المعدل (R.D.S.M.III.1987)، وقد قسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين، الأولى التدريب على الاسترخاء، وتلقى أفراد هذه المجموعة برنامجا علاجيا مكونا من (12) جلسة، أما المجموعة الثانية فهي مجموعة العلاج المعرفي السلوكي وتلقى أفراد هذه المجموعة برنامجا علاجيا مكونا من (12) جلسة مع فترة متابعة لمدة سنة واحدة. أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس التقدير الذاتي للقلق. وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسنا ملحوظا لكلا البرنامجين، العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء، ولا يوجد بينهما اختلاف في درجة التحسن. (الغامدي، 2010، ص.ص. 25-26)

(4) دراسة أسماء عبد الله محمد العطية (2002):

هدفت الدراسة إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق الشائعة لدى عينة من الأطفال بمرحلة الطفولة المتأخرة بدولة قطر، وتكونت عينة الدراسة من (746) طفلة من بعض المدارس الابتدائية للبنات بمدينة الدوحة بقطر، ممن تراوحت أعمارهن الزمنية ما بين (9-12) سنة، وقد تم اختيار (40) طفلة منهن ممن حصلن على درجات مرتفعة على مقياس اضطرابات القلق المستخدمة في الدراسة، حيث جرى تقسيم العينة الكلية إلى مجموعتين الأولى تجريبية وقوامها (20) طفلة طبق عليها البرنامج الإرشادي، والأخرى ضابطة وقوامها (20) طفلة لم يطبق عليها البرنامج. ومن الأدوات التي استخدمتها الباحثة في دراستها استمارة البيانات الأولية (إعداد الباحثة)، واختبار رسم الرجل (تقنين فؤاد أبو حطب وآخرون، 1979)، ومقياس اضطرابات القلق للأطفال (إعداد الباحثة)، واختبار الكات الإسقاطي ل (بيلاك وبيلاك Bellak & Bellak)، ومن الأساليب الإحصائية المستخدمة: التحليل العاملي للتحقق من الصدق العاملي لمقياس اضطرابات القلق ومعامل ألفا كرومباخ لحساب ثبات المقياس، اختبار ويلكوكسون Wilcoxon، اختبار مان ويتني Manwhitiny Test. وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق لدى الأطفال عينة الدراسة، واستمرار أثر هذا البرنامج بعد تطبيقه لمدة شهر من المتابعة (العطية، 2002).

(5) دراسة أرنتز Arntz,A (2003):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من (45) مريضا ممن يراجعون العيادات النفسية، حيث تم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تلقت العلاج المعرفي السلوكي والمجموعة الثانية تلقت التدريب على الاسترخاء، وتضمن البرنامج العلاجي (12) جلسة بواقع جلسة واحدة أسبوعيا، وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسنا ملحوظا لأفراد المجموعتين بعد العلاج، كما أوضحت نتائج هذه الدراسة أيضا تحسنا خلال فترة المتابعة والتي تمثلت بستة أشهر. وهذه النتائج تؤكد على أن طريقتي العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء فاعلتان في خفض مستوى اضطراب القلق (الغامدي، 2010، ص23).

6) دراسة علي أحمد وادي (2003):

استهدفت الدراسة التعرف على أثر العلاج النفسي المعرفي السلوكي في معالجة اضطرابات القلق لدى الشباب اليمني، المعانين منها، وتبعاً لمتغيرات (الجنس، تاريخ الحالة، شدة المعاناة، والذكاء)، وتكونت العينة من (43) شاباً، بواقع (26) شابة و(17) شاباً، قسمت العينة إلى مجموعتين تجريبية (21) وضابطة (22) حيث تم علاجهم على مرحلتين، الأولى عولجت خلالها المجموعة بالعلاج المعرفي السلوكي، بواقع ست (6) جلسات فردية مدة الجلسة (60) دقيقة، فضلاً عن إتمام الواجبات البيتية، وتم تقويم المجموعتين قبل وبعد هذه المرحلة، وفي المرحلة الثانية تم تدوير المجموعتين، التجريبية بقيت لمدة ست أسابيع في حالة انتظار وتطبيق الواجبات البيتية، وتعرضت المجموعة الضابطة إلى العلاج المعرفي السلوكي وبنفس الأسلوب في المرحلة الأولى للمجموعة التجريبية وبعدها تم التقويم، وقد أظهرت النتائج فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق لدى المجموعة التجريبية موازنة بالمجموعة الضابطة في المرحلة الأولى، ومما يؤكد فاعلية العلاج المعرفي السلوكي أنه أدى إلى خفض القلق لدى المجموعة الضابطة في المرحلة الثانية بعد تدوير المجموعتين، إذ كانتا متماثلتين في مستوى انخفاض القلق عندهما، وأظهرت النتائج فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق لدى أفراد عينة البحث، وتوصل التحليل الإحصائي إلى وجود فروق بدلالة إحصائية في التحسن، وترجع الفروق إلى أن هناك فروقاً بين أفراد العينة ككل في مستويات الشدة (خفيفة، متوسطة، شديدة، مختلطة) (الجميلي، 2013، ص.ص 44-45).

7) دراسة لندن وآخرون Linden, M, et.al (2005):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مرضى اضطراب القلق، وقد تكونت عينة الدراسة من (72) مريضاً شخصوا باضطراب القلق حسب دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصاءها الرابع (D.S.M.IV.1994)، وتم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تم علاجها بالعلاج المعرفي السلوكي وكان عدد أفرادها (36) مريضاً، أما المجموعة الثانية لم يتلقوا العلاج، وهي المجموعة الضابطة، وكان عدد الجلسات النفسية (25) جلسة، أما الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فهي مقياس هاملتون للقلق.

وأوضحت نتائج هذه الدراسة تحسناً ملحوظاً بعد الانتهاء من البرنامج العلاجي لعينة الدراسة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة، كما أوضحت نتائج الدراسة تحسناً خلال فترة المتابعة التي استمرت لمدة ثمانية أشهر (الغامدي، 2010، ص.22).

8) دراسة حامد أحمد الغامدي (2010):

هدفت الدراسة إلى التحقق من مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام لدى المرضى المتكررين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف، وتكونت عينة الدراسة من عشرين مريضاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين: المجموعة الأولى وضمت عشرة (10) مريضاً من المراجعين للعيادات النفسية الذين تم تطبيق البرنامج العلاجي عليهم وهي العينة التجريبية، وضمت المجموعة الثانية عشرة (10) مريضاً من المراجعين للعيادات النفسية وهي العينة الضابطة، أما أدوات الدراسة فقد استخدم الباحث مقياس مستشفى الصحة النفسية للقلق، إعداد فهد الدليم وآخرون، واستمارة دراسة الحالة، والبرنامج الإرشادي من إعدادهم، ومن أهم النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة: - وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق للقياس القبلي والبعدي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي في اتجاه القياس القبلي، كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق للقياس القبلي والتبعي لدى مجموعة العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة التجريبية). (الغامدي، 2010، ص12).

9) دراسة فوزية بن عبد الله (2016):

هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى القلق العام لدى عينة من الراشدين، واعتمدت الدراسة على المنهج المتعدد، حيث قسمت إلى دراسة كمية تم فيها استخدام المنهج شبه تجريبي، التصميم شبه تجريبي لمجموعتين، مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية تحتوي كل مجموعة على ستة (6) أفراد، من طالبات جامعة محمد المين دباغين - سطيف 2، ممن تعانين من القلق العام، ودراسة كيفية تم فيها اعتماد المنهج العيادي، حيث تم دراسة ثمان (8) حالات تعانين من القلق العام، حيث تم الاعتماد على فنيات: المناقشة، الحوار السقراطي، الواجبات المنزلية، المراقبة الذاتية، دحض الفكرة، إعادة البناء المعرفي. وتم استخدام الأدوات الإحصائية التالية: المقابلة، مقياس القلق سمة لسيلبرجر وآخرون، مقياس القلق العام فئة الراشدين من إعداد الباحثة، استبيان المعتقدات الأساسية للقلق العام من إعداد الباحثة، والعلاج المعرفي السلوكي المقترح. ومن أهم النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة أن: - العلاج المعرفي السلوكي المقترح أظهر فعالية عالية في خفض مستوى القلق العام لدى عينة الدراسة، حيث وجدت فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القلق لأفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة على مقياس القلق سمة ومقياس القلق العام بعد التدخل العلاجي، كما توصلت الدراسة أيضاً

إلى أن خصوصية الحالة تعلب دورا مهما في تحسنها، كما أن الخصوصية الثقافية تلعب دورا في فعالية العلاج المعرفي السلوكي عند الحالات المدروسة (بن عبد الله، 2016، ص.ج).

2/-دراسات تناولت فعالية برامج إرشادية في خفض اضطراب الاكتئاب:

(10) دراسة بورنز ونولين هوكسيما Burns & Nolen– Hoeksema (1992):

وتم إجراؤها على عينة من المرضى الذين يعانون من اضطرابات وجدانية منهم 168 مريضا يعانون من اكتئاب حاد MDD أو اكتئاب بسيط Dysthymia أو اكتئاب مزدوج أي يجمع بين البسيط والحاد معا (89 مريضا يعانون من اضطراب اكتئابي مزمن، 79 مريضا يعانون من تلازم مرضي بين الاكتئاب والقلق). وللتأكد من فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاكتئاب تم تقسيم أفراد هذه العينة إلى مجموعتين ضمت الأولى 98 مريضا تلقوا برنامجا للعلاج المعرفي السلوكي، وضمت المجموعة الثانية 68 مريضا تلقوا برنامج العلاج المعرفي السلوكي إلى جانب العلاج بالعقاقير وذلك باستخدام مضادات الاكتئاب. واستغرق البرنامج العلاجي اثني عشرة (12) جلسة بواقع جلسة واحدة في الأسبوع، وتم خلالها استخدام فنيات المناقشة، ومراقبة الذات، إعادة البناء المعرفي، الواجبات المنزلية. وأوضحت النتائج أنه لا توجد فروق دالة في درجة التحسن بين مرضى الاكتئاب المزمن وأولئك الذين يعانون من التلازم المرضي بين الاكتئاب والقلق، وأنه لم يتحسن مرضى الاكتئاب المزدوج بنفس القدر الذي تحسن به مرضى الاكتئاب المزمن. إلا أن هذه الفروق لم تكن دالة. كذلك أوضحت النتائج أنه لا توجد فروق دالة في درجة التحسن بين المرضى الذين تلقوا العلاج المعرفي السلوكي إضافة إلى العلاج بالعقاقير (محمد عادل عبد الله، 1999، ص.ص. 182-183)

(11) دراسة وجاد حسين إبراهيم العجوري (2007):

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى أمهات الأطفال المصابين بمرض سوء التغذية، وتكونت عينة الدراسة من (30) سيدة من الأمهات المترددات على جمعية أرض الإنسان ولديهم أطفال يعانون من سوء التغذية تم اختيارهم من أصل (200) أم طبق عليهن مقياس الاكتئاب، تم تقسيمهن لمجموعتين بطريقة عشوائية منتظمة (15) أم في المجموعة التجريبية و(15) أم في المجموعة الضابطة، واستخدمت الباحثة مقياس بيك للاكتئاب والبرنامج الإرشادي الذي أعدته والذي يتكون من (12) جلسة إرشادية، وبعد استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة توصلت الباحثة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين

متوسط درجات المجموعة التجريبية التي تلقي أفرادها التدريب على البرنامج ومتوسط درجات المجموعة الضابطة التي لم يتلق أفرادها أي نوع من أنواع التدريب (الجميلي، 2013، ص45).

12) دراسة فتحي مهدي محمد نصر (2009):

هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى الشباب الجامعي، تكونت عينة الدراسة الكلية من (481) طالبا وطالبة بواقع (209 ذكور، 272 إناث) من الطلاب المنتظمين بجامعة عين شمس، تم اختيار (60) طالبا وطالبة من طلاب الفرقة الثالثة بكلية التربية وكلية البنات، ممن تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (19-23) سنة، جرى تقسيمهم إلى أربع مجموعات متساوية، قوام كل منها (15) فردا، المجموعة الأولى تجريبية (ذكور)، والمجموعة الثانية ضابطة (ذكور)، والمجموعة الثالثة تجريبية (إناث)، والمجموعة الرابعة ضابطة (إناث). واستخدم الباحث: مقياس الاكتئاب من إعداد، ومقياس تقدير الذات من إعداد، والبرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي من إعداد أيضا، كما استخدم مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة (1995) إعداد عبد العزيز الشخص. أما الأساليب الإحصائية فقد استخدم الباحث: تحليل التباين الأحادي الاتجاه (One Way ANOVA)، ومعاملات ارتباط بيرسون، واختبار (ت) t-test، وأهم ما توصلت إليه النتائج: وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبتين (الذكور والإناث) قبل تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي، ومتوسطات درجات أفراد نفس المجموعتين على مقياس الاكتئاب ومقياس تقدير الذات المستخدمين في الدراسة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي، في اتجاه القياس البعدي. وكذلك عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية "ذكور" ومتوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية "إناث" في القياس البعدي على مقياس الاكتئاب، ومقياس تقدير الذات، مما يؤكد على فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض مستوى الاكتئاب، وتحسين تقدير الذات لدى الشباب الجامعي من الجنسين. إضافة إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية "ذكور" ومتوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية "إناث" في القياس التبعي على مقياس الاكتئاب، ومقياس تقدير الذات. (نصر، 2009، د.ص)

13) دراسة تاني Tany (2011):

هدفت إلى المقارنة بين العلاج الممرکز حول العواطف والعلاج المعرفي السلوكي وعمليات التغير المعرفي التي تحدث لدى الفرد المكتئب، وتكونت عينة البحث من (57) فردا من مرضى الاكتئاب المترددین على المشفى،

حيث قسمت العينة إلى ثلاث (3) مجموعات. مجموعة خضعت للعلاج المركز حول الانفعالات، ومجموعة خضعت للعلاج المعرفي السلوكي، ومجموعة خضعت للاستراتيجيتين معا. وتم استخدام مقياس بيك للاكتئاب وقائمة الكرب العام، وأسفرت النتائج عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب مقارنة بالعلاج المركز حول الانفعالات، كما بينت النتائج فاعلية دمج العلاج المركز حول الانفعالات مع العلاج المعرفي السلوكي مقارنة بكل منهما على حدا. (عبد الجواد، 2013، د.ص)

14) دراسة حسبية برزوان (2012):

هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية الاستراتيجيات المعرفية السلوكية في علاج حالة اكتئاب نفسي، واشتملت الدراسة على حالة واحدة تعاني من أعراض الاكتئاب النفسي تم اختيارها في إطار الكفالة النفسية العلاجية في المركز الطبي الاجتماعي بالجزائر العاصمة، حيث استخدمت الباحثة المقابلة العيادية النصف موجهة، ومقياس هاملتون للاكتئاب، وتم اختيار الاستراتيجيات العلاجية المتمثلة في: الاسترخاء، معالجة الأفكار الآلية، الحوار الداخلي، والتدعيم الاجتماعي الإيجابي، مقدمة في (16) حصة علاجية بواقع حصة واحدة في الأسبوع. وقد لاحظت الباحثة انخفاض شدة الاضطراب الانفعالي والأفكار الآلية، وكان المجموع الكلي عند قياس الاكتئاب يقدر بـ (2) على سلم الاكتئاب لهاملتون) وهذا يدل على اختفاء أعراض الاكتئاب، مع ارتفاع درجة تقدير الذات والإحساس بالأمان، حيث عبر العميل عن التأثير الإيجابي لتقنية الاسترخاء وكذا الحوار الداخلي كونه أصبح يفهم أحواله النفسية جيدا، ويستعمل هاتين التقنيتين كأداة لامتناس غضبه اليومي. وهذا ما يؤكد فعالية الاستراتيجيات المعرفية السلوكية في علاج حالات الاكتئاب النفسي (برزوان، 2012).

15) دراسة عليّ عليج خضر الجميلي (2013):

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الطلبة المكتسبين، تكونت عينة البحث من (16) طالبا وطالبة من طلبة كلية التربية – الصف الثالث، الذين يعانون من الاكتئاب بناء على درجاتهم على مقياس الاكتئاب، إذ عدت درجاتهم اختبارا قبليا، ثم وزعوا عشوائيا إلى مجموعتين: – مجموعة تجريبية تلقى أفرادها برنامجا إرشاديا وفق العلاج المعرفي السلوكي من خلال إرشاد جمعي وبواقع (14) جلسة إرشادية، ومجموعة ضابطة لم يتلق أفرادها أي تدريب، واعتمد الباحث على فنيات: المحاضرة، المناقشة الجماعية، إعادة البناء العقلاني، الأحاديث الذاتية، لعب الدور، النمذجة، التعزيز الاجتماعي، الاسترخاء، الضبط الذاتي، والواجبات المنزلية. وبعد استخدام اختبار ولكوكسن للمجموعات المترابطة واختبار مان – وتني للمجموعات

المستقلة في التحليل الإحصائي أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة عند مستوى (0,05) ولمصلحة المجموعة التجريبية بعد تلقي أفرادها برنامجاً إرشادياً وفق أسلوب العلاج المعرفي السلوكي (الجميلي، 2013، ص31).

16) دراسة وفاء محمد عبد الجواد (2013):

هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية، وتكونت عينة الدراسة من (30) طالبة ممن يلتحقن بالصف الأول الثانوي بمتوسط عمري (15,5) سنة، ومن الحاصلات على درجات مرتفعة على مقياس أعراض الاكتئاب، وقسمت العينة إلى مجموعة ضابطة وتتكون من (15) طالبة، ومجموعة تجريبية تتكون من (15) طالبة، حيث استخدمت الباحثة مقياس الاكتئاب من إعدادها، وكذا برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي وبعض الفنيات التي تعتمد على هذا الأسلوب من الإرشاد مثل: إعادة البناء المعرفي، الاسترخاء الفيزيولوجي والعضلي، وحل المشكلات، ودحض وتفنيد الأفكار، والواجب المنزلي. وطبق البرنامج في اثني عشرة (12) جلسة إرشادية بواقع جلستين أسبوعياً، مدة كل جلسة حوالي ساعة من الزمن. وأهم ما أسفرت عنه النتائج فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم بما يتضمنه من فنيات في خفض أعراض الاكتئاب لدى طالبات المرحلة الثانوية، كما أوصت الدراسة بأهمية تنمية الجوانب الإيجابية لدى المراهقين مثل: التفكير الإيجابي والقدرة على حل المشكلات وكيفية الاستمتاع بالحياة واستثمار أوقات الفراغ... إلخ، مما يشعر الفرد بتوكيد الذات والثقة بالنفس والتنفيس الانفعالي لتخفيف التوتر وتجنب الشعور بالضيق والكدر (عبد الجواد، 2013).

17) دراسة مي فتحى السيد البغدادي (2014):

هدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي جمعي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، والمستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي حيث اشتملت العينة على ثمان (8) من أمهات الأطفال المصابين بسرطان الدم ممن تراوحت أعمارهم ما بين (6-11) عاماً، أما أعمار الأمهات تراوحت ما بين (25-45) عاماً، تم توزيعهن بصورة متساوية عشوائياً إلى مجموعتين، التجريبية (ن=4)، والضابطة (ن=4)، وطبقت الباحثة: مقياس بك للاكتئاب، والبرنامج الإرشادي الجمعي من إعدادها. وكشفت النتائج المتوصل إليها عن فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح التجريبية وانخفضت حدة أعراض الاكتئاب عند أفراد المجموعة التجريبية عند القياس البعدي

الأول وكذلك القياس التبعي، وكانت هناك فروق بين القياس التبعي والبعدي في مقياس الاكتئاب النفسي مما يدل على اتسام فعالية البرنامج بالاستمرارية. (البغدادي، 2014)

18) دراسة فاطمة محمد ميكائيل بوهتيره (2014):

هدفت الدراسة إلى التعرف على " فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي في التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب لدى عينة من المكتئبين. وتكونت عينة الدراسة من (40) شاب من المكتئبين المترددين على العيادات النفسية بمدينة البيضاء بالمنطقة الشرقية بدولة ليبيا، وقد تراوحت أعمارهم ما بين (23-25) سنة، وطبقت عليهم أدوات الدراسة المتمثلة في: مقياس بيك للاكتئاب، وبرنامج معرفي سلوكي من إعداد الباحثة، والذي تم تطبيقه على العينة التجريبية الأولى البالغ عددهم (10) والعينة التجريبية الثالثة والبالغ عددهم (10). أما العينة التجريبية الثانية البالغ عددهم (10) فهي التي اعتمدت على العلاج الدوائي فقط، و(10) شباب يمثلون المجموعة الضابطة. وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعات التجريبية الثلاثة (أ-ب-ج) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي في المجموعات الثلاثة. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعات التجريبية الثلاثة (أ-ب-ج) في القياس البعدي والتبعي لصالح القياس البعدي في المجموعات التجريبية الثلاثة. وأشارت النتائج كذلك إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعات التجريبية الثلاثة (أ-ب-ج) ومتوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الاكتئاب لصالح المجموعات التجريبية الثلاثة. وأشارت النتائج أيضاً إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعات التجريبية (أ)، والمجموعة التجريبية (ج) وبين متوسط درجات أفراد المجموعات التجريبية (ب)، ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية (ج) على مقياس الاكتئاب لصالح أفراد المجموعة التجريبية الثالثة (ج)، بينما لا توجد فروق بين متوسط درجات أفراد المجموعات التجريبية (أ)، والثانية (ب) في القياس البعدي على مقياس الاكتئاب. (بوهتيره، 2014)

19) دراسة محمد الناجي مصطفى مهلة (2016):

هدفت هذه الدراسة لمعرفة فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي في تحسين تقدير الذات وتخفيف الاكتئاب لمرضى الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية، ولتحقيق هذا الهدف استخدم الباحث المنهج التجريبي، التصميم شبه التجريبي، وتم اختيار (44) مريضاً بالطريقة القصدية من مرضى الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية المترددين على مستشفيات الطب النفسي بالخرطوم. طبق الباحث مقياس هودسون لتقدير الذات ومقياس بيك

المطول للاكتئاب، وبرنامج علاج معرفي سلوكي لتحسين تقدير الذات وتخفيف الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية. وتم تحليل البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية بتطبيق المعالجات الإحصائية التالية: معامل ارتباط بيرسون، واختبار (ت)، ومعامل الارتباط العزمي لبيرسون. توصلت الدراسة إلى عدة نتائج من أهمها: توجد فروق دالة إحصائية لصالح التطبيق البعدي في تحسين تقدير الذات على بعدي الثقة بالنفس والكفاءة الاجتماعية والاندماج مع الآخرين وسط المرضى - بقيمة احتمالية 0,01، وتوجد فروق دالة إحصائية لصالح التطبيق البعدي للبرنامج في تخفيف درجة الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية بقيمة احتمالية 0,01 (مهلة، 2016).

3/-دراسات تناولت فعالية برامج إرشادية في خفض اضطرابي القلق والاكتئاب معا:

20) دراسة كينج King وآخرون (2000):

هدفت إلى معرفة "مدى فاعلية كل من الإرشاد غير الموجه، والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج المقدم من العاملين بالبحال الطبي في علاج الاكتئاب والاكتئاب مع أعراض القلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية"، وتحديد الفاعلية من الناحية الإكلينيكية والمالية. ولهذا تم اختيار عينة عشوائية واقعية منظمة لكن مع وجود طريقتين إضافيتين. وهما يمكن للمريض أن يختار طريقة علاج معينة، والثانية أن يكون موزعا عشوائيا بين طرق العلاج. وتضمنت عينة الدراسة (464) مريضا (137) منهم اختار طريقة علاجه، و(130) تم توزيعهم عشوائيا بين طرق العلاج، وتمت متابعة المرضى عند الشهر الرابع والثاني عشر، وأجريت الدراسة في (24) مركز رعاية صحية أولية في مانشستر في بريطانيا، وتضمن العلاج علاج نفسي مختصر مكون من اثني عشرة (12) جلسة علاجية كحد أقصى والعلاج المقدم عادة من الأطباء في مراكز الرعاية الصحية الأولية. وتضمنت إجراءات الدراسة مقاييس مختلفة، مقياس لأعراض الاكتئاب، ومقياس لحدة الأعراض النفسية، ومقياس للوظيفة الاجتماعية، ومقياس لرضا المرضى وتكلفة العلاج تم قياسها بشكل غير مباشر بسؤال عن جودة الحياة. وكانت نتائج الدراسة بعد أربعة أشهر، حيث أن أساليب العلاج النفسي استطاعت أن تخفف من أعراض الاكتئاب بدرجة أكبر مما استطاع الوصول إليه الأطباء العاديين، فكان فرق الدرجات من (4 إلى 5) على مقياس بيك، ولم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في النتائج بين كل من مجموعتي العلاج النفسي. والمرضى في مجموعتي العلاج النفسي كانوا أكثر رضا عن علاجهم بعد (12) شهرا، كذلك المرضى في الثلاث مجموعات تحسنوا بنفس المستوى، والمرضى الذين تلقوا الإرشاد غير الموجه كانوا الأكثر رضا مقارنة من المجموعات الأخرى، ولم توجد فروق في التكلفة بين المجموعات الثلاثة. (النجمة، 2008، ص. ص. 95-96).

21) دراسة سامية حجازي إدريس (2007):

هدفت الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي على درجة التحسن من القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن - تحت الاستشفاء الدموي - في مراكز علاج أمراض الكلى بولاية الخرطوم، ومعرفة العلاقة بين درجة التحسن من القلق والاكتئاب وعمر المريض والمدة الزمنية لظهور مرض الفشل الكلوي. وكذلك معرفة الفروق في درجة التحسن من القلق والاكتئاب التي تعزى للنوع، الوضع التعليمي والاجتماعي والوظيفي والرغبة والأمل في عملية زراعة الكلى.

استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وبلغ حجم عينة الدراسة (60) مريضا مصابين بالفشل الكلوي المزمن، والذين تم تشخيصهم مسبقا بأنهم يعانون من القلق والاكتئاب (31) ذكر، و(29) أنثى، تتراوح أعمارهم ما بين (20-55)، تم اختيارها عن طريق المعاينة العشوائية الطبقية، وتمثلت أدوات الدراسة في: استمارة البيانات الأساسية، مقياس القلق والاكتئاب العيادي (هادس)، وبرنامج العلاج السلوكي المعرفي المقترح من تصميم الباحثة. واستخدمت الباحثة الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) وتمثلت المعالجات الإحصائية في: اختبار (ت) للفرق بين مرتبطين، معامل ارتباط بيرسون، معامل تحليل التباين الأحادي (ANOVA)، واختبار مان ويتني. وأهم ما توصلت إليه الدراسة ما يلي: - تحقيق تحسن جوهري في درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي.

- عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين درجة التحسن من القلق والاكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن وعمر المريض.

- عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين درجة التحسن من القلق والاكتئاب الناجم عن تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي على مرضى الفشل الكلوي المزمن تعزى لمتغيرات: النوع - ذكر، أنثى، الحالة التعليمية، الحالة الاجتماعية، الوضع الوظيفي (إدريس، 2007، ص. 7-8).

22) دراسة حازم محمد صالح قواقنه (2007):

هدفت هذه الدراسة إلى استقصاء "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات. وقد اختيرت عينة الدراسة بطريقة قصدية، وتكونت من (30) مدمنًا، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين، بطريقة عشوائية: المجموعة التجريبية (15) مدمنًا، والمجموعة الضابطة (15) مدمنًا، تعرض

أفراد المجموعة التجريبية إلى البرنامج السلوكي المعرفي، في حين لم يتعرض أفراد المجموعة الضابطة لذلك. ويتكون البرنامج من (16) جلسة إرشادية، مدة كل جلسة (90) دقيقة، وتم استخراج معامل ثبات الاتساق الداخلي للأدوات بطريقة إعادة الاختبار من خلال تطبيقها على عينة مكونة من (25) من مدمني المخدرات في مركز إعادة التأهيل - اللوييدة بالأردن. أظهرت متوسطات إجابة العينة التجريبية تطوراً في المهارات الاجتماعية، وانخفاضاً في القلق والاكتئاب عن المتوسطات قبل تطبيق البرنامج، وبشكل دال إحصائياً عن متوسطات المجموعة الضابطة. وقد أظهرت نتائج تحليل التباين المشترك (ANCOVA) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0,05) بين نتائج المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، في كل من المهارات الاجتماعية والقلق والاكتئاب، وهذا يعني بأن البرنامج السلوكي المعرفي الذي تم تطبيقه في هذه الدراسة، أدى إلى تنمية المهارات الاجتماعية، وخفض القلق والاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية (قواقنه، 2007، ص.ص.9-10).

23) دراسة سعاد غازي حامد بدران (2010):

هدفت الدراسة إلى معرفة أثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض أعراض ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق لدى عينة من النساء المعنفات في مدينة عمان، وتكونت عينة الدراسة من (17) امرأة معنفة، منهن (12) سيدة متزوجة، و(5) غير متزوجات من نزلاء دار الوفاق الأسري. حيث تم اختيار النساء المعنفات اللواتي تم تشخيصهن على أنهن تعانين من اضطراب ما بعد الصدمة وحصلن على أعلى الدرجات على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة الذي طور خصيصاً لتشخيص الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة والمستخدم في الدراسة، وقد تسرب أربعة (4) من أفراد العينة خلال الجلسات الأولى وأكملت (13) سيدة البرنامج العلاجي كاملاً. واستخدمت الباحثة تصميم اختبار قبلي-بعدي للمجموعة الواحدة. وتم تطبيق ثلاثة مقاييس وهي: مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس القلق حالة-سمة في القياس القبلي، ثم تلقى أفراد العينة البرنامج العلاجي السلوكي-المعرفي الذي تكون من عشر (10) جلسات تراوحت مدة كل منها ما بين (90-120) دقيقة لمدة عشر أسابيع، وفي الجلسة الأخيرة تم إجراء القياس البعدي بتطبيق المقاييس الثلاثة المستخدمة في الدراسة مرة أخرى، واستخدمت الباحثة المتوسطات الحسابية واختبار (ت) للمجموعات المترابطة لمعرفة دلالة الفروق بين المتوسطات القبلية والبعديّة.

أظهرت النتائج تدني المتوسطات البعدية مقارنة مع المتوسطات القبلية وأظهر اختبار (ت) فروقاً دالة على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة وعلى أبعاده الثلاثة: بعد تكرار الخبرة، بعد التجنب، وبعد

الاستشارة الزائدة، كما أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية على الدرجة الكلية لمقياس بيك للاكتئاب وعلى مقياس القلق حالة-سمة. وخلصت الدراسة إلى نتيجة مفادها أن البرنامج العلاجي السلوكي- المعرفي المطبق كان فعالاً في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات، كما أنه كان فعالاً في خفض درجة الاكتئاب ومستوى القلق لديهن (بدران، 2010).

24) دراسة حسان سخسوخ (2014):

وهدفت إلى اختبار مدى فعالية برنامج إرشادي مصغر في التعامل مع بعض المشكلات النفسية لدى طلاب وطالبات الجامعة بهدف حلها وتجاوزها، حيث تم اتباع المنهج التجريبي، وتألقت عينة البحث من (60) فرداً بواقع (30) ذكور و(30) إناث ممن كشفت المقاييس النفسية أنهم يعانون من المشكلات النفسية موضوع البحث والمتمثلة في: الاكتئاب، القلق العام، وتدني الدافع للإنجاز. وتم تقسيمهم إلى ست مجموعات ثلاثية تجريبية وثلاثة ضابطة، متجانسة في العمر الزمني والمستوى الاجتماعي والاقتصادي وشملت الأدوات المستخدمة: - استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي، إعداد محمود السيد أبو النيل، - مقياس بيك للاكتئاب، - مقياس حالة القلق لكاتل، - استمارة الدافع للإنجاز لفورمر، ترجمة الباحث - المقابلة الجماعية، - برنامج إرشاد مصغر، إعداد الباحث. وأهم ما أسفرت عنه النتائج تحقق فعالية برنامج الإرشاد المصغر في التعامل مع المشكلات النفسية لدى طلاب وطالبات الجامعة. (سخسوخ، 2014).

6. تقييم عام للدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات السابقة، يمكننا مناقشتها وتقييمها ضمن النقاط التالية:

- من حيث الهدف:

رغم أن مجمل الدراسات السابقة أجريت بهدف التحقق من فعالية البرامج الإرشادية والعلاجية المستندة إلى الفنيات المعرفية والسلوكية في خفض الاضطرابات النفسية، إما القلق أو الاكتئاب أو كليهما معاً، إلا أن بعض الدراسات هدفت إلى المقارنة بين أسلوبين أو أكثر من حيث الفعالية في علاج الاضطراب النفسي منها دراسة بتلر وآخرون (1991)، التي هدفت إلى مقارنة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي في علاج اضطراب القلق العام، ومنها من اهتمت بالتعرف على مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء في علاج مرضى اضطراب القلق العام كدراستي أوست (2000)، وأرنتر (2003)، ومنها من هدفت إلى

التدريب على الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج غير التوجيهي في علاج اضطراب القلق العام كدراسة بوركوفيتش وكوستيللو (1993)، أما بالنسبة للدراسات التي اهتمت بعلاج اضطراب الاكتئاب فقد هدفت دراسة تاني (2011) إلى المقارنة بين العلاج الممرکز حول العواطف والعلاج المعرفي السلوكي وعمليات التغير المعرفي لدى الفرد المكتئب، أما دراسة بوهتيرة (2014) فقد هدفت إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي في التخفيف من حدة أعراض الاكتئاب، في حين هدفت دراسة كينج وآخرون (2000) إلى معرفة مدى فاعلية كل من الإرشاد غير الموجه والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج المقدم من العاملين بالمجال الطبي في علاج الاكتئاب والاكتئاب مع أعراض القلق، ومنها من هدفت إلى اختبار مدى فاعلية برنامج إرشادي مصغر في التعامل مع بعض المشكلات النفسية كدراسة سخسوخ (2014) .

– من حيث عينة الدراسة:

تبين من خلال استعراض الدراسات السابقة أن أغلبها استهدفت عينات من مرضى القلق والاكتئاب كدراسات: بتلر وآخرون (1991)، أوست وآخرون (2000)، الغامدي (2010)، تاني (2011). وهناك من استهدفت عينة من الأطفال كدراسة العطية (2002)، ومنها من اختارت عينة من طالبات المرحلة الثانوية كدراسة الجواد (2013)، وهناك عينة من طلبة الجامعة كدراسة نصر (2009)، الجميلي (2013)، عينة من أمهات الأطفال المصابين بالسرطان دراسة البغدادي (2014)، أيضا عينة من مرضى الفشل الكلوي المزمن، دراسة إدريس (2007)، كذلك عينة من مدمني المخدرات دراسة قواقنه (2007)، وهناك من استهدفت عينة من النساء المعنفات كدراسة بدران (2010).

أما فيما يخص حجوم العينات التي أجريت عليها الدراسات فهناك تباين بينها، حيث اشتملت هذه الأخيرة على العينات الكبيرة وعددها أكثر من (100) مفحوص مثل دراسات: العطية (2002)، بورنز ونولين هوكسيما (1992)، نصر (2009)، كينغ (2000). وقد لاحظنا أن أغلب الدراسات السابقة اشتملت على عينات متوسطة ما بين (20-70)، مثل دراسات: بتلر وآخرون (1991)، بوركوفيتش وكوستيللو (1993)، أوست وآخرون (2000)، أرنتز (2003)، وادي (2003)، الغامدي (2010)، العجوري (2007)، تاني (2011)، بوهتيرة (2014)، مهلة (2016). وهناك من الدراسات التي اشتملت على عينات صغيرة أقل من (20) مفحوص، مثل دراسة بن عبد الله (2016)، الجميلي (2013)، البغدادي (2014)، بدران (2010)، وهناك دراسة برزوان (2012) التي اشتملت على مفحوص واحد. وبالنسبة لتقسيم أفراد العينات حسب المجموعات التجريبية، فقد استخدمت معظم الدراسات

أسلوب المجموعتين: التجريبية والضابطة، باستثناء بعض الدراسات التي طبقت أكثر من أسلوب علاجي واحد، فاستخدمت ثلاث (3) مجموعات تجريبية كدراسة بتلر وآخرون (1991)، بوركوفيتش وكوستيللو (1993)، ثاني (2011)، كينج وآخرون (2000)، وهناك من الدراسات التي اعتمدت على أربع (4) مجموعات حسب متطلباتها كدراسة نصر (2009)، بوهتيرة (2014)، أما دراسة سخسوخ (2014) فقد اعتمدت على نظام ست مجموعات: ثلاثة تجريبية وثلاثة ضابطة، في حين اعتمدت دراسة برزوان (2012) على حالة واحدة.

أيضا فيما يخص الجنس فقد تباينت العينات المختارة في الدراسات أعلاه تبعا لأهداف كل دراسة، فهناك من اشتملت على عينات من الجنسين (ذكور-إناث) معا كدراسات: وادي (2003)، نصر (2009)، الجميلي (2013)، إدريس (2007)، سخسوخ (2014). وهناك من الدراسات التي اشتملت على عينات من الذكور فقط كدراسات: قواقنة (2007)، برزوان (2012)، بوهتيرة (2014). والكثير من الدراسات ركزت على فئة الإناث في اختيار عيناتها كدراسات: العطية (2002)، بن عبد الله (2016)، العجوري (2007)، عبد الجواد (2013)، البغدادي (2014)، بدران (2010).

تباينت العينات المستخدمة في الدراسات السابقة أيضا من حيث المرحلة العمرية، فمنها من ركزت على فئة الأطفال كدراسة العطية (2002)، ومنها من ركزت على فئة المراهقين كدراسة عبد الجواد (2013)، ومنها من ركزت على فئة الشباب كدراسات: وادي (2003)، بن عبد الله (2016)، نصر (2009)، الجميلي (2013)، بوهتيرة (2014)، وهناك من الدراسات التي طبقت على أعمار مختلفة فتراوحت أعمار عيناتها ما بين (18-65) كدراسات: بتلر وآخرون (1991)، بوركوفيتش وكوستيللو (1993)، أوست وآخرون (2000)، البغدادي (2014).

— من حيث الأدوات المطبقة:

اشتركت معظم الدراسات السابقة في استخدام مقياس بيك للاكتئاب، حيث تم تطبيقه في دراسات كل من: العجوري (2007)، ثاني (2011)، البغدادي (2014)، بوهتيرة (2014)، مهلة (2016)، بدران (2010)، سخسوخ (2014). وهناك من طبق مقاييس أخرى، كمقياس هاملتون للقلق في دراسة لندن وآخرون (2005)، مقياس مستشفى الصحة النفسية للقلق لفهد الدليم وآخرون، واستمارة دراسة الحالة في دراسة الغامدي (2010)، أما دراسة إدريس (2007) فقد اعتمدت على استمارة البيانات الأساسية، ومقياس القلق والاكتئاب لهادس. وهناك من الدراسات التي صممت مقاييس للقلق والاكتئاب تتماشى وأهدافها، كتصميم مقياس اضطرابات القلق للأطفال

في دراسة العطية (2002)، ومقياسي الاكتئاب وتقدير الذات في دراسة نصر (2009)، ومقياس القلق العام لفئة الراشدين واستبيان المعتقدات الأساسية للقلق العام في دراسة بن عبد الله (2016). واختلفت الدراسات السابقة في تطبيق عدة مقاييس أخرى حسب أهداف كل دراسة كاختبار رسم الرجل، مقياس القلق سمة لسيلبرجر وآخرون، قائمة الكرب العام، المقابلة العيادية، مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، مقياس هودسون لتقدير الذات، استمارة الدافع للإنجاز لفورمر... إلخ. هذا بالإضافة إلى البرامج الإرشادية والأساليب العلاجية التي اعتمدت عليها كل الدراسات السابقة.

– من حيث عدد الجلسات والفتيات المستخدمة:

اشتملت معظم البرامج الإرشادية والعلاجية المعتمدة في الدراسات السابقة على اثنتي عشرة (12) جلسة علاجية أو إرشادية بواقع جلسة أو جلستين أسبوعياً، في حين اشتملت دراسة وادي (2003) على أقل عدد من الجلسات، حيث طبقت ست (6) جلسات فقط، وبلغ أقصى عدد من الجلسات 25 جلسة علاجية في دراسة لندن وآخرون (2005)، واشتملت كل من دراستي برزوان (2012)، وقواقنه (2007) على 16 جلسة إرشادية، واعتمدت دراسة الجميلي (2013) على 14 جلسة إرشادية، في حين تم تطبيق 10 جلسات إرشادية في دراسة بدران (2010). وتراوحت المدة الزمنية للجلسات ما بين (60-120) دقيقة.

أما بالنسبة للفتيات المستخدمة، فقد تبنت كل الدراسات السابقة اختيار الفتيات المعرفية السلوكية وتطبيقها بدرجات متفاوتة، حيث اختيرت فتيات (المناقشة، المراقبة الذاتية، الواجبات المنزلية، جدولة النشاط والأهداف، التدريب على الاسترخاء، التخفيف المتدرج من الحساسية للقلق، التدريب التخيلي، الحوار السقراطي، دحض الفكرة، إعادة البناء المعرفي... إلخ) وتم تطبيقها ضمن البرامج العلاجية أو الإرشادية لتخفيف اضطراب القلق في دراسات: بتلر وآخرون (1991)، بوركوفيتش وكوستيللو (1993)، أوست وآخرون (2000)، أرنتز (2003)، وادي (2003)، بن عبد الله (2016). أما بالنسبة للفتيات المطبقة في علاج الاكتئاب فقد استخدمت الدراسات السابقة نفس الفتيات المطبقة في علاج القلق إضافة إلى فتيات أخرى ك (التدعيم الاجتماعي الإيجابي، لعب الدور، النمذجة، حل المشكلات) وتم اعتمادها في دراسات: بورنز ونولين هوكسيما (1992)، برزوان (2012)، الجميلي (2013)، عبد الجواد (2013).

– من حيث النتائج:

أكدت نتائج كل الدراسات السابقة التي طبقت البرامج الإرشادية أو العلاجية ذات المنحى المعرفي السلوكي على فعاليتها في خفض اضطرابي القلق والاكتئاب بغض النظر عن الأساليب والفنيات المستخدمة أو اختلاف التصميمات التجريبية أو مدة تطبيق البرامج، أو حتى الاختلاف في الفئات المستهدفة، حيث سجلت كل الدراسات فروقا بين المجموعات التجريبية والضابطة لصالح المجموعات التجريبية في القياس البعدي، أي بعد تطبيق البرامج وهذا ما أثبتت فعاليتها. واستنادا إلى الدراسات السابقة يمكن استخلاص مجموعة من النقاط أهمها:

- شمولية البرامج الإرشادية والعلاجية لكلا الجنسين ولمختلف الفئات العمرية، حيث لاحظنا تباينا في أعمار العينات المستهدفة في الدراسات، من الطفولة إلى الشيخوخة وهذا ما يؤكد الحاجة للإرشاد المعرفي السلوكي وأهميته في تقديم المساعدة لجميع الفئات.
- تطبق البرامج المعرفية السلوكية حسب درجة المشكلة أو الاضطراب، فقد لاحظنا تطبيق العلاج المعرفي السلوكي لتخفيف القلق والاكتئاب لدى المرضى، كما تم تطبيق الإرشاد المعرفي السلوكي لنفس الغرض السابق للتخفيف من المشكلات العادية الأقل تفاقما لدى تلاميذ المدارس وطلاب الجامعات، كما لاحظنا تطبيقه أيضا على ذوي المشكلات الطارئة.
- المرونة في تطبيق البرامج الإرشادية والعلاجية على اختلاف الأمكنة والمؤسسات، فقد لاحظنا تطبيقها على مستوى فردي وجماعي، وكذا في المؤسسات التربوية من مدارس وجامعات، ومؤسسات استشفائية ومراكز وجمعيات...إلخ.
- تبنت الدراسات السابقة نفس الفنيات المعرفية السلوكية سواء في علاج القلق أو الاكتئاب لدى أفراد العينات المدروسة، وهذا ما يؤكد عدم وجود اختلاف حول فعالية الفنيات المستخدمة سواء لعلاج القلق أو الاكتئاب.

– أما بالنسبة للبحث الحالي فيهدف إلى معرفة فعالية برنامج إرشادي في خفض القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة، حيث استفادت الباحثة من الدراسات السابقة في اختيار أدوات التشخيص المناسبة، وكذا في بناء البرنامج الإرشادي من حيث مدة التطبيق وعدد الجلسات والفنيات المستخدمة.

- يعتمد البحث الحالي على النموذج المعرفي السلوكي الذي أثبت فعاليته في علاج الكثير من المشكلات والاضطرابات النفسية والسلوكية، والذي يهتم بثلاثة أبعاد أساسية في شخصية الفرد هي: التفكير، الانفعال، والسلوك. وذلك من خلال الدمج بين الأساليب والفنيات المعرفية، الانفعالية والسلوكية بهدف إحداث تغييرات إيجابية في شخصية الأفراد ومساعدتهم على التخلص من مشكلاتهم لتحقيق توافقهم النفسي والاجتماعي.
- ركز البحث الحالي على اضطرابي القلق والاكتئاب باعتبارهما أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى مختلف الفئات، وخاصة لدى فئة النساء المعنفات.
- اختلف البحث الحالي مع الدراسات السابقة في تطبيق مقياس تايلور لتشخيص القلق، واتفق مع أغلب الدراسات في تطبيق قائمة آرون بيك لتشخيص الاكتئاب.
- اختلف البحث الحالي أيضاً مع الدراسات السابقة في اختيار العينة المستهدفة للدراسة، حيث وجدت - في حدود إطلاع الباحثة- دراسة واحدة فقط اهتمت بفئة النساء المعنفات في الأردن، وهي دراسة بدران (2010). أما أغلبية الدراسات فالتجته لفئات التلاميذ وطلاب الجامعات، وذلك لسهولة الحصول على العينات وسهولة التطبيق أيضاً. وهذا ما يبين أهمية هذا البحث في اهتمامه بهذه الشريحة من المجتمع التي قلما تتجه إليها أنظار الباحثين في ظل غياب الرعاية النفسية وندرة المؤسسات الاجتماعية والمراكز التي تتكفل بهذه الفئة.

7. تحديد مصطلحات البحث:

تضمن هذا البحث مجموعة من المصطلحات السيكلوجية، نحاول تقديم تعريفات شاملة لها حسب آراء بعض العلماء والباحثين، أو تعريفات لهيئات علمية دولية، ثم نقدم تعريفاً إجرائياً لكل مصطلح يتماشى وأهداف البحث، ونورد ذلك فيما يلي:

• الفعالية Effectiveness:

يعرفها بلوك وبلوك Blook & Blook (1977) بأنها: "وصف فعل معين، وتحديد أكثر الوسائل قدرة على تحقيق الهدف" (سفيان، 2014، ص.427).

كما يعرفها البدوي (1983) بأنها: " القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة طبقا لمعايير محددة مسبقا، وتزداد الكفاءة أو الفاعلية كلما أمكن تحقيق النتيجة تحقيقا كاملا". (الجميلي، 2013، ص.40)

ويقصد بالفعالية في البحث الحالي: " درجة ومقدار التحسن الذي يحدثه البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي الذي يهدف إلى خفض القلق والاكتئاب لدى حالات البحث، وتقاس هذه الفعالية من خلال القياس البعدي لمقاييس القلق والاكتئاب".

• البرنامج الإرشادي Counseling Program:

تعتبر البرامج الإرشادية واجهة الإرشاد النفسي، ودليلا على أن الممارسة الإرشادية مجموع تفاعل بين عدة عناصر فهي علم وفن وممارسة وتربية وتعلم وتعليم.

يعرف حسين (2004) برنامج الإرشاد النفسي بأنه: " مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة تستند في أساسها على نظريات وفتيات ومبادئ الإرشاد النفسي، وتتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والأنشطة المختلفة التي تقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة، بهدف مساعدتهم في تعديل سلوكياتهم وإكسابهم سلوكيات ومهارات جديدة تؤدي بهم إلى تحقيق التوافق النفسي وتساعدتهم على التغلب على مشكلاتهم اليومية". (العاسمي، 2015، ص.28).

أما عبد العظيم (2013) فيعرف البرنامج الإرشادي بأنه: "الممارسة الإرشادية المنظمة تخطيطا، وتنفيذا، وتقييما، والمستمدة من مبادئ وأسس وفتيات الاتجاهات النظرية، يتم تنسيق مراحلها وأنشطتها وخبراتها وإجراءاتها وفق جدول زمني متتابع في صورة جلسات إرشادية فردية أو جماعية وفي ضوء جو نفسي آمن وعلاقة إرشادية تتيح لكل المشاركين المشاركة الإيجابية، والتفاعل المثمر لتحقيق الأهداف الإرشادية بأنواعها وتقديم المساعدة الإرشادية المتكاملة في أفضل صورها". (عبد العظيم، 2013، ص.49).

يقصد بالبرنامج الإرشادي في هذا البحث: "مجموعة من الإجراءات والخبرات والأنشطة المنظمة في إطار جلسات إرشادية محددة زمنيا، تعتمد على بعض فتيات ومبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي، وتهدف في مجملها إلى خفض القلق والاكتئاب لدى حالات البحث".

• الاضطرابات النفسية Psychological disorders:

يتناول الباحثون مصطلح الاضطراب النفسي في حالة استخدام العلاج النفسي مع الأفراد، أما في حالة تطبيق الإرشاد النفسي فكثيرا ما يستخدمون مصطلح المشكلة النفسية Psychological problem للدلالة على الاضطراب، في حين أنهم لم يفرقوا بين مصطلحي المشكلة والاضطراب في تعاريفهم، فقد اتفقوا عموما على وجود صعوبة أو نقصان أو زيادة غير مرغوبة لدى الفرد في مجال معين تشعره بالضيق والتوتر وتعيق نجاحه وتقدمه، وعليه يمكننا القول أن الفرق بين المشكلة والاضطراب يكمن في الدرجة وليس في النوع، وسوف نتناول في هذا البحث مصطلح الاضطراب للدلالة على المشكلة النفسية كوننا سنطبق برنامج الإرشاد النفسي، وفيما يلي عرض لبعض التعاريف:

يعرف نيوكمر Newcomer (1992) الاضطراب النفسي بأنه: "الانحراف الواضح والملاحظ في مشاعر وانفعالات الفرد حول نفسه وحول بيئته، ويستدل على وجود الاضطراب النفسي عندما يتصرف الفرد تصرفا يؤدي فيه نفسه أو الآخرين، في هذه الحالة نقول إن هذا الفرد في حالة من الاضطراب النفسي". (بطرس، 2008، ص.15).

أما المشكلة النفسية فتعرف على أنها: "نتيجة غير مرغوب فيها وتحتاج إلى تعديل، فهي تمثل حالة من التوتر وعدم الرضا نتيجة لوجود بعض الصعوبات التي تعيق الوصول إلى الأهداف المنشودة، وتظهر المشكلة بوضوح عندما يعجز الفرد أو الأفراد عن الحصول على النتائج المتوقعة من الأعمال والأنشطة المختلفة".

تعرف المشكلة أيضا على أنها: "زيادة أو نقصان في المجالات المعرفية والانفعالية والسلوكية بمقارنة هذا النقص أو الزيادة بمستوى مقبول أصلا". (الحري، وبن رجب، 2008، ص.13).

يعرف حامد زهران (2003) المشكلات النفسية على أنها: "اضطراب وظيفي في الشخصية يبدو في صورة مظاهر نفسية وجسدية يؤثر في سلوك الشخص وفي توافقه النفسي ويعيق حياته السوية في المجتمع" (زهران، 2003، ص.145).

وتتمثل المشكلات النفسية في هذا البحث في اضطرابي: القلق والاكتئاب.

✓ القلق Anxiety:

ورد في دليل تشخيص الاضطرابات النفسية للجمعية الأمريكية للطب النفسي (A.P.A) أن القلق المرضي هو: "القلق الزائد، والذي يظهر في كثير من الأيام وليس لفترات محددة، ويستمر لأكثر من ستة أشهر، ويرى الفرد المصاب أنه من الصعب السيطرة على هذا القلق" (الغامدي، 2010، ص.21).

عرف محمد السيد عبد الرحمن (2000) القلق بأنه: " اضطراب نفسي عصابي مصحوب بأعراض مختلفة، كصعوبة اتخاذ القرار والأرق، وفقدان الشهية، وخفقان القلب وزيادة التنفس، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة إفراز العرق، وارتعاش الأيدي، كما قد يتأثر إدراك الفرد للموضوعات المحيطة بموقف القلق". (إدريس، 2007، ص.48)

يعرف القلق إجرائيا في هذا البحث على أنه: " الدرجة المرتفعة التي تحصل عليها الحالات المدروسة في البحث على أداة القياس المعتمدة في التشخيص، وهي مقياس تايلور للقلق".

✓ الاكتئاب Depression:

يعرف بيك Beck الاكتئاب بأنه: " حالة انفعالية تتضمن تغيرا محددًا في المزاج مثل: مشاعر الحزن والقلق واللامبالاة، ومفهوما سالبا عن الذات مع توبيخ الذات وتحقيرها ولومها ووجود رغبات في عقاب الذات مع رغبة في الهروب والاختفاء والموت، وتغيرات في النشاط مثل: صعوبة النوم والأكل وتغيرات في مستوى نقص أو زيادة النشاط". (النجمة، 2008، ص.13).

ومن ثم ينظر بيك للاكتئاب على أنه تنشيط لثلاثة أنماط معرفية رئيسية يسميها الثالث المعرفي أو الاكتئابي هي: الأفكار السلبية عن الذات، وعن العالم، وعن المستقبل أي المفهوم السلبي للذات، والتفسير السلبي للأحداث والخبرات، والنظرة السلبية إلى المستقبل. ويتضمن ذلك أفكارا عن اللاقيمة، والذنب، وعدم الكفاءة، والانحزام، والحرمان، والوحدة، واليأس. ومن ثم تتحرك أعراض الاكتئاب عن طريق ميل الفرد إلى تفسير خبراته ضمن هذا الإطار. (محمد، 1999، ص.162)

يعرف الاكتئاب إجرائيا في هذا البحث على أنه: " الدرجة المرتفعة التي تحصل عليها الحالات المدروسة في البحث على أداة القياس المعتمدة في التشخيص، وهي قائمة آرون بيك الثانية للاكتئاب".

● المرأة المعنفة Battered Woman:

تعرف منظمة الصحة العالمية (2011) المرأة المعنفة بأنها: " هي المرأة التي تتعرض لأي فعل عنيف ومن الممكن أن يسبب لها أضراراً نفسية أو عقلية أو جنسية أو جسدية، يتضمن التهديد أو الحرمان من الحرية والحقوق على صعيد الحياة العامة أو الخاصة". (جبريل، ومحمد، 2013، ص.167)

وعليه يمكننا القول أنّ المرأة المعنفة المستهدفة في هذا البحث هي: " المرأة التي تعرضت لأي شكل من أشكال العنف سواء داخل الأسرة أو خارجها، وسبب لها أضراراً جسدية أو جنسية أو اضطرابات نفسية تعيقها عن أداء مهامها في الحياة".

الفصل الثاني: الإرشاد النفسي والبرامج الإرشادية

تمهيد

1. ماهية الإرشاد النفسي

1.1. مفهوم الإرشاد النفسي

2.1. الإرشاد النفسي والعلاج النفسي

3.1. أسس وأهداف الإرشاد النفسي

4.1. الحاجة إلى الإرشاد النفسي

5.1. خصائص ومهام المرشد النفسي

6.1. طرق الإرشاد النفسي واستراتيجياته

2. الإرشاد المعرفي السلوكي

1.2. مفهوم الإرشاد المعرفي السلوكي

2.2. الاتجاهات النظرية للإرشاد المعرفي السلوكي

3.2. أهداف ومبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي

4.2. مراحل واستراتيجيات الإرشاد المعرفي السلوكي

5.2. التفسير المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية

6.2. الانتقادات الموجهة للاتجاه المعرفي السلوكي

3. البرامج الإرشادية

1.3. تعريف البرنامج الإرشادي

2.3. الإطار النظري للبرنامج الإرشادي

3.3. الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي

4.3. أهداف البرنامج الإرشادي

خلاصة

تمهيد:

سوف نتطرق في هذا الفصل إلى ماهية الإرشاد النفسي وأساسه وأهدافه وخصائص المرشد النفسي، أما بالنسبة للجانب التنظيري فسوف نتطرق إلى منحى الإرشاد المعرفي السلوكي وأهم اتجاهاته النظرية، هذا الأخير الذي يعتبر من أكثر الاتجاهات الرائدة والحديثة التي أثبتت فعاليتها في علاج الكثير من المشكلات والاضطرابات النفسية والسلوكية، وهو الاتجاه الذي تم تبنيه في هذه الدراسة لاعتباره أكثر الاتجاهات فعالية في علاج اضطرابي القلق والاكتئاب لدى مختلف الفئات والأعمار، ونختتم هذا الفصل بالتطرق إلى البرامج الإرشادية بصفة عامة.

1. ماهية الإرشاد النفسي

تعتبر مهنة الإرشاد من المهن العلمية والفنية الدقيقة التي تحتاج إلى إعداد جيد لمن يقوم بها، فهي ليست مهنة يمارسها أي فرد بقدر ما عنده من علم، ولكنها مهنة لها أصولها، وعلم له مقوماته، وفن له أدواته، وهي لا تعني نقل المعلومات أو توصيلها إلى المسترشد، بل تتطلب ممن يمارسها الكثير من الإمكانيات، حيث تستغرق سنوات كثيرة، وهي كفيلة بمساعدة أجيال متعاقبة، لذلك فإن أهمية الخدمات الإرشادية توازيها أهمية الشخص القائم بهذه الخدمات" (المصري، 2010، ص.9). كما أن تلك الخدمات الإرشادية لا يمكن تقديمها بشكل إيجابي وفعال للأفراد إلا في إطار برنامج إرشادي شامل وخطة إجرائية فعلية تناسب مختلف المشكلات والحالات التي تحتاج للإرشاد النفسي، والبرامج الإرشادية لا يمكن بناؤها أيضا إلا ضمن إطار نظري ومعرفي واضح ومناسب أيضا لعلاج تلك المشكلات حسب خصوصيتها.

1.1. مفهوم الإرشاد النفسي (Counseling Concept):

— لغة: إن كلمة (إرشاد) جاءت من الفعل أرشد يرشد إرشادا، ورشد يرشد رشدا، والرشد هو الصلاح خلاف الغي والضلال وهو إصابة الصواب، والإرشاد يتضمن معنى التوعية وتقديم الخدمة والمساعدة للآخرين (الأسدي، 2003، ص.24). والإرشاد مصدر للفعل "رشد: كنصر وفرح، رشدا ورشدا ورشادا اهتدى، كاسترشد واسترشد: طلبه (أبادي، 1997، ص.24)، وبالتالي يعني طلب الهداية أو المساعدة.

– اصطلاحاً: يشير (باركلي) إلى أن الإرشاد يمكن أن يعرف بعدة طرق، إذ يمكن النظر إليه كوسيلة **technique**، أو كوظيفة **function** أو كنتيجة طبيعية للتدريب **training**، أو كمحصلة لبناء فلسفي. (الأسدي، 2003، ص.24).

وفيما يلي عرض لبعض التعريفات:

تعريف جود (1945) **Good**: يقصد بالإرشاد تلك المعاونة القائمة على أساس فردي وشخصي فيما يتعلق بالمشكلات الشخصية والتعليمية والمهنية والتي تدرس فيها جميع الحقائق المتعلقة بهذه المشكلات ويبحث عن حلول لها، وذلك بمساعدة المتخصصين وبلاستفادة من إمكانيات المدرسة والمجتمع، ومن خلال المقابلات الإرشادية التي يتعلم المسترشد فيها أن يتخذ قراراته الشخصية (الشناوي، د.ت، ص.14).

ويرى بينسكي وبيبنسكي (1954) **Pepinsky et Pepinsky** أن: "الإرشاد عملية تشتمل على تفاعل بين مرشد ومسترشد في موقف خاص بهدف مساعدة المسترشد على تغيير سلوكه بحيث يمكنه الوصول إلى حل مناسب لحاجاته (الشناوي، ص.15). فالإرشاد عموماً "هو محاولة فرد مساعدة آخر على فهم مشكلات تكيفه وحلها. (شحاتة وآخرون، 2003، ص.33).

ويعرف أربوكل (1967) الإرشاد النفسي بأنه عبارة عن علاقة إنسانية بين المرشد والمسترشد ينمي الأخير منه خلالها قدراته ويطورها. (أوزيباو وآخر، 1976، ص.14).

ويرى مرسى (1975) بأن الإرشاد النفسي "يهتم بالفرد السوي لمساعدته في التغلب على المشكلات التي تواجهه والتي لا يستطيع أن يتغلب عليها بمفرده، والإرشاد يهتم بالفرد وليس بالمشكلة التي يعاني منها باعتبار أنه يستطيع أن يعالج مشكلاته إذا لم يكن مضطرباً انفعالياً" (الزعيبي، د.ت، ص.16).

وتعرفه جمعية "مينوسوتا" للإرشاد بأنه: "خدمة مهنية متخصصة هدفها مساعدة الفرد على القيام بالاختيار وعلى مواصلة النمو والتطور من أجل تحقيق أهدافه الشخصية إلى أقصى حد يمكن الوصول إليه وذلك عن طريق اختيار أسلوب حياة يرضيه". (فنتازي، 2011، ص.46).

أما بتروفيسا وزملاؤه (1978) **Peitrofesa et al** فيعرفون الإرشاد على أنه: "العملية التي من خلالها يحاول المرشد وهو شخص مؤهل تأهيلاً متخصصاً للقيام بالإرشاد أن يساعد شخصاً آخر في تفهم نفسه، واتخاذ

القرارات، وحل المشكلات، والإرشاد هو مواجهة إنسانية وجها لوجه تتوقف نتيجتها إلى حد كبير على العلاقة الإرشادية (الشناوي، د.ت، ص16).

وقد عرفت رابطة علم النفس الأمريكية علم النفس الإرشادي عام (1981) كما يلي: "تشير خدمات الإرشاد النفسي السيكولوجية إلى الخدمات التي يقدمها أخصائيو علم النفس الإرشادي الذين يستخدمون مبادئ ومناهج وإجراءات لتسيير السلوك الفعال للإنسان خلال عمليات نموه على امتداد حياته كلها، وفي أدائها هذه الخدمات يقوم أخصائيو علم النفس الإرشادي بممارسة أعمالهم مع تأكيد واضح على الجوانب الإيجابية للنمو والتوافق في إطار منظور النمو، وتهدف هذه الخدمات إلى مساعدة الأفراد على اكتساب أو تغيير المهارات الشخصية الاجتماعية وتحسين التوافق لمطالب الحياة المتغيرة، وتعزيز مهارات التعامل بنجاح مع البيئة، واكتساب العديد من القدرات لحل المشكلات واتخاذ القرارات، ويستخدم الأفراد والزوجان والأسر في كل مراحل العمل خدمات الإرشاد النفسي بهدف التعامل بفعالية مع المشكلات المرتبطة بالتعليم والاختيار المهني، والعمل، والجنس، والزواج والأسرة والعلاقات الاجتماعية الأخرى، والصحة، وكبار السن والإعاقة سواء أكانت اجتماعية أو جسدية (الزعيبي، د.ت، ص17).

كما عرف جلانزر (Glanzr) الإرشاد النفسي بأنه: "عملية تفاعلية تنشأ عن علاقة فردين أحدهما متخصص هو المرشد، والآخر المسترشد، يقوم المرشد من خلال هذه العلاقة بمساعدة المسترشد على مواجهة مشكلة تغيير سلوكه وأساليبه أو تطويرهما في التعامل مع الظروف التي يواجهها" (المصري، 2010، ص10).

ويعرف الإرشاد على أنه: "علاقة متبادلة تقوم بين فردين، وهذه العلاقة ترمي إلى غرض أو هدف، إذ يقوم فيه أحدهما وهو الأخصائي بحكم مرانه وخبرته على مساعدة الشخص الآخر وهو العميل حتى يغير من نفسه ومن بيئته ووسيلة هذه العلاقة هي المقابلة وجها لوجه بين الأخصائي والعميل ويتم الإرشاد في هذه المقابلة (ملحم، 2001، ص37).

إذن من خلال ما سبق من تعريفات للإرشاد النفسي يمكننا القول أنه على الرغم من الاختلاف الموجود بين العلماء الذين عرفوا الإرشاد من وجهات نظرهم وفلسفاتهم الخاصة وتباين مناهلهم المعرفية فمنهم من ربط الإرشاد بالخدمات المقدمة للأفراد في مختلف نواحي الحياة، ومنهم من ركز على كونه علاقة إنسانية بين مرشد ومسترشد، ومنهم من اعتبره عملية تعليمية تحل من خلالها مشكلات الأفراد، إلا أن الاتفاق الكامن في كل هذه التعريفات لا يخرج عن كون الإرشاد عملية تهدف إلى مساعدة الفرد على معرفة حاجاته المختلفة وحل مشكلاته

بغية تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي والمهني... الخ والارتقاء إلى تحقيق الصحة النفسية، وهذا ما يبرر اندراج الإرشاد النفسي تحت لواء مهن المساعدة عموماً، وهنا يمكننا التساؤل حول الغاية من وجود هذا العلم، فإلى ماذا يهدف الإرشاد النفسي؟

2.1. الإرشاد النفسي والعلاج النفسي:

لقد سبق وأن تطرقنا إلى ماهية الإرشاد النفسي، أما العلاج النفسي فحسب تعريف ألكسندر، Alexander (1948) بأنه: "خدمة تهدف إلى إحداث تغييرات دائمة في شخصية العميل عن طريق زيادة قدرة الذات على الاندماج، وكذلك عن طريق تغيير الذات بسبب تعرضها للأشياء المكبوتة والمتعارضة" (القذافي، 1996، ص37).

ويعرف كورشين Korchin (1976) العلاج النفسي بأنه: "محادثة مع غرض علاجي"، وفي نفس السياق يرى بروخ Bruch (1981) أن العلاج النفسي هو: "وضعية تفاعلية بين شخصين ومحاولة التوصل إلى تفاهم بينهما، مع وجود هدف محدد لتحقيق شيء مفيد للطرف المتدمر". (Flanagan , &Flanagan,2004,p6).

ويرى آرثر ريبير Arther.S.Reber أن: "العلاج النفسي بالمعنى الواسع عبارة عن استخدام أي طريقة أو أي إجراء Procedure له القدرة على إحداث أو تحقيق الشفاء، أو له التأثير الشفائي Curative effect على أي اضطراب عقلي Mental أو نفسي أو انفعالي Emational أو سلوكي Behavioural فالعلاج النفسي يتناول أيضاً الاضطرابات العقلية ولا يقتصر على الاضطرابات النفسية وحدها" (العيسوي، 2006، ص21-22).

وقد حاول بعض العلماء الفصل بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي باعتبار "أن الإرشاد هو الأقرب إلى التربية وعلم النفس في حين أن العلاج هو أقرب إلى الطب الإكلينيكي".

ورغم الاختلافات السطحية بينهما إلا أنها "لا تغير من جوهر الحقيقة المشتركة، فكلاهما يقدم نفس الخدمة لنفس العميل المحتاج إليها، وقام فريق من العلماء والمربين الأجلاء في المجالين التربوي والنفسي ليضعوا حدا لهذا الصراع، وحسم الخلاف، وقام هذا الفريق ليقول كلمة الفصل والتي تلخص بأن كلا من الإرشاد النفسي والعلاج النفسي هما وجهان لعملة واحدة وقد أجاب (لهنر) على ذلك بأنه: "لم ينجح أحد في وضع تعريف مستقل للعلاج النفسي يمكن أن نميزه عن تعاريف الإرشاد النفسي المختلفة، وإن كل المقارنات التي حاولت التفرقة بينهما كانت معبرة عن وجهة نظر صاحبها ليس إلا" (شحيمة، 1997، ص43).

كما يرى ضمرة (2008) أن: " من أهم المشكلات التي نواجهها في عملية تعريف الإرشاد والعلاج النفسي مشكلة التمييز بين المفهومين، والواضح بأن الإرشاد والعلاج النفسي مفاهيم تشير إلى عملية تفاعلية بين المرشد/المعالج من جهة، وأحد الأفراد أو مجموعة من الأفراد بهدف تقديم المساعدة العلاجية المتخصصة لهم لما يواجهونه من مشكلات في التفكير والانفعالات والمشكلات السلوكية" (ضمرة، 2008، ص15).

وفيما يلي أهم عناصر الاتفاق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي:

- كلاهما خدمة نفسية متخصصة من أهدافها تحقيق التوافق والصحة النفسية.
- المعلومات المطلوبة لدراسة الحالة ووسائل جمع المعلومات واحدة في كل منهما.
- يشتركان في الأسس التي يقومون عليها وفي الأساليب المشتركة مثل: المقابلة، ودراسة الحالة...إلخ.
- استراتيجيتهما واحدة وهي: الإنمائية، والوقائية، والعلاجية.
- إجراءات عملية الإرشاد وعملية العلاج النفسي واحدة في جملتها يلتقيان في الحالات الحدية بين السوية واللاسوية أو بين العاديين والمرضى.
- هناك مجال يجمع بينهما وهو الإرشاد العلاجي.
- يضم علم النفس العلاجي كلا من الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي.
- المرشد النفسي والمعالج النفسي لا يخلو منهما مركز إرشاد أو عيادة نفسية (زهران أ، 2003، ص258).
- النظريات: نظريات الإرشاد والعلاج النفسي واحدة، فكل منها تمثل اتجاهها فكريا معنا (المشاقبة، 2008، ص26).
- كل من المرشدين والمعالجين النفسيين يشتركون في نفس السلوكيات: الاستماع، الاستجواب، التفسير، الشرح، النصح...إلخ، وغالبا ما يفعلون ذلك بنسب متفاوتة. (Flanagan , &Flanagan,2004,p8).

وفي هذا السياق ترى أحمد سهير كامل أن الإرشاد النفسي درجة من درجات العلاج النفسي، وهو جهد في سبيل تعديل السلوك وتقويمه- ولكن يفترض في حالة الإرشاد، أن السلوك لم يصل بعد إلى درجة الاضطراب الانفعالي الحاد أو المرض النفسي الذي يتطلب التعامل مع المعالج النفسي أو التحويل إلى العيادة النفسية (أحمد، سهير كامل، 2000، ص.ص.11، 12)

أما أهم عناصر الاختلاف بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي فيلخصها الجدول التالي:

جدول رقم I: أهم عناصر الاختلاف بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي

العلاج النفسي	الإرشاد النفسي
<ul style="list-style-type: none"> - الاهتمام بمرضى العصاب والذهان وذوي المشكلات الانفعالية الحادة. - المشكلات أكثر خطورة وعمقا، ويصاحبها قلق عصابي. - التركيز على اللاشعور. - المعالج مسؤول أكثر عن إعادة تنظيم الشخصية. - المعالج أنشط ويقوم بدور أكبر في عملية العلاج. - المعالج يعتمد أكثر على المعلومات الخاصة بالحالات الفردية. - تدعيمي بتركيز خاص. - يستغرق وقتا أطول. - تقدم خدماته عادة في العيادات النفسية والعيادات الخاصة. 	<ul style="list-style-type: none"> - الاهتمام بالأسوياء والعاديين وأقرب المرضى إلى الصحة وأقرب المنحرفين إلى السواء. - المشكلات أقل خطورة وعمق ويصاحبها قلق عادي. - حل المشكلات على مستوى الوعي. - العميل يعيد تنظيم شخصيته هو. - العميل أنشط ويتحمل مسؤولية الاختيار والتخطيط واتخاذ قرارات لنفسه وحل مشكلاته. - المرشد يؤكد نقاط القوة عند العميل ويستخدم المعلومات المعيارية في دراسة الحالة. - تدعيمي تربوي. - قصير الأمد عادة. - تقدم خدماته عادة في المدارس والجامعات والمؤسسات الاجتماعية.

(زهران أ، 2003، ص259).

والواضح بأن نقاط الاتفاق بين المفهومين أكثر من نقاط الاختلاف، مما حدا بالعديد من الباحثين إلى استخدام المصطلحين للإشارة إلى نفس المفهوم، فالإرشاد والعلاج يتشابهان في النظريات والأساليب العلاجية وإجراءات العلاج (ضمرة، 2008، ص16).

3.1. أسس وأهداف الإرشاد النفسي:

الإرشاد النفسي كغيره من المجالات المهنية الأخرى له أسسه ومسلماته التي تركز عليها أساليبه وطرق ممارسته. والتي يتحقق من خلالها أهداف الخدمة وغاياتها في إطار العلاقة بين المهنيين والمستفيدين، وللإرشاد النفسي مجموعة من الأسس العامة والمسلمات الفلسفية والنفسية والتربوية والاجتماعية والتي تشمل:

✓ الأسس العامة:

فالفرد ينمو نفسياً كما ينمو عضوياً، ولديه القدرة على التعلم وعلى التكيف المستمر، ولأنه عرضة لأن تعثره مشكلات صحية أو نفسية أو اجتماعية تعوقه عن تحقيق ذاته الإنسانية، فمن حقه أن يتلقى المساعدة في التغلب على تلك المشكلات. ومن حقه كذلك أن ينال قسطاً من الوقاية والتحصين ضد معاناته النفسية. مما يعزز الدور الوقائي والعلاجي للإرشاد النفسي لتلبية احتياجات نمو شخصية الفرد على المستوى العقلي والانفعالي والاجتماعي (المالكي، 2005، ص18).

✓ الأسس النفسية والتربوية:

تعتمد هذه الأخيرة على الفروق الفردية التي تعتبر مبدأً وقانوناً أساسياً في علم النفس وترتكز على النقاط التالية:

- إن الأفراد يختلفون كما وكيفاً: حيث أن لكل فرد عامله الخاص الفريد وشخصيته المميزة عن باقي الأفراد وله حاجاته وقدراته وهو يختلف عن غيره بسبب سماته الموروثة وخصائصه المكتسبة.
- إدراك الفرد لذاته: يختلف عن إدراك الآخرين لها، وإدراكه للبيئة يختلف عن إدراك الآخرين لها، وإدراك الفرد لذاته وبيئته يتأثر بعوامل كثيرة منها: مستوى نموه ومستوى تعليمه، وطبقته الاجتماعية والمجتمع الذي يعيش فيه.
- الاتفاق في الإدراك العام بين الأفراد مرجعه وجود الخبرات المشتركة المتشابهة بصفة عامة. وحتى هذا الاتفاق لا يكون تاماً ولكن يكون متقارباً، وهذا التقارب هو الذي يؤدي إلى التفاهم والتوافق (الفرخ، 1999، ص40).

✓ الأسس الفلسفية:

يشتمل الإرشاد على مفاهيم فلسفية بحتة تنعكس على الممارسة الإرشادية كمفاهيم الحق والخير والجمال. فمفهوم الحق تنبثق منه فكرة أن السلوك المتوافق هو السلوك المسؤول الذي لا يخس حق الفرد تجاه ذاته وتجاه الآخرين، بحيث يعطي كل ذي حق حقه. ومفهوم الخير ينبثق منه أفكار وممارسات إرشادية عديدة منها مثلاً: أن الأفكار الخيرة تقترن بما أفعال ومشاعر خيرة والعكس صحيح. أما مفهوم الجمال فدلالته واضحة للإرشاد النفسي في تأكيد جمال الحياة والشخصية في ظل السلوك المتوافق والعكس صحيح كذلك في وجود السلوك غير المتوافق (المالكي، 2005، ص19).

✓ الأسس الاجتماعية:

على اعتبار أن الإنسان كائن اجتماعي فإن كلا من الأسرة والمدرسة والرفاق ووسائل الإعلام ودور العبادة تسهم في تنميته اجتماعيا، ويتأثر سلوكه بما يلي:

- الجماعة المرجعية: وهي الجماعة التي يرجع إليها الفرد في تقييم سلوكه الاجتماعي وهي أكثر الجماعات إشباعا لحاجاته وتشارك أعضاؤها بالاتجاهات والقيم والمثل ويوجد معها الفرد وهي تحدد مستويات طموحه وإطاره المرجعي.
- الثقافة الاجتماعية: التي ينتمي إليها الفرد بما فيها من عادات وتقاليد وعرف وأخلاقيات وفولكلور ولغة ودين وتراث... إلخ، ويتعصب لها ويعتقد أن أساليبها السلوكية هي أصح الأساليب.
- جماعة الأقلية: في المجتمع الكبير ولها سيكولوجيتها وسوسيلوجيتها، وقد تكون هذه الأقلية دينية أو سلالية أو مهنية أو لغوية أو أقلية ممتازة (الشركس) أو مواطنين من الدرجة الثانية (عند اليهود) (الفرخ، 1999، ص44).

✓ الأسس العصبية والفيزيولوجية:

على الرغم من أن المرشد لا يتعامل مع الاختلالات العضوية للجهاز العصبي، إلا أنه يتعامل مع المشكلات السلوكية التي تمثل انحرافا عن متطلبات نمو الشخصية. وقد يكون هذا الانحراف نتيجة اختلالات عضوية، مما يتطلب وجود الطبيب بجانب المرشد النفسي. فالاضطراب الانفعالي المزمن قد ينتج عنه أعراض جسدية في شكل خلل في أعصاب الحس والحركة، مما يتطلب قيام المرشد بمعالجة هذا الاضطراب. كما أن تعرض الشخص لخبرة صادمة قد ينتج عنه إصابته باضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة مع ما يصاحبها من اضطرابات معرفية وانفعالية ومعاونة نفسجسمية مرتبطة باختلالات في أداء الجهاز العصبي، مما يستتبع قيام المرشد بدوره في علاج الاختلالات السلوكية الناتجة عن ذلك (المالكي، 2005، ص20).

أما عن أهداف الإرشاد النفسي فتتمثل عموما فيما يلي:

- تحقيق الذات:

يهدف الإرشاد النفسي إلى مساعدة الفرد على تحقيق ذاته «أي أن يكون ما يستطيع أن يكون» سواء أكان الفرد عاديا أو مميزا، متأخرا أو متفوقا دراسيا، جانحا أو سويا من أجل أن يرضى عن ذاته ويتقبلها بشكل

صحيح (الزعيبي، د.ت، ص34). ويقول كارل روجرز Rogers (1959): "إن الفرد لديه دافع أساسي يوجه سلوكه وهو دافع تحقيق الذات، ونتيجة لوجود هذا الدافع فإن الفرد لديه استعداد دائم لتنمية وفهم ذاته ومعرفة وتحليل نفسه وفهم استعداداته وإمكانياته أي تقييم نفسه وتقويمها وتوجيه ذاته. ويتضمن ذلك "تنمية بصيرة العميل" (زهران ب، 2002، ص40)، كذلك يهدف الإرشاد النفسي إلى نمو مفهوم موجب للذات... ومفهوم الذات الموجب Positive self-concept يعبر عنه تطابق مفهوم الذات الواقعي (أي المفهوم المدرك للذات الواقعية كما يعبر عنه الشخص)، مع مفهوم الذات المثالي (أي المفهوم المدرك للذات المثالية كما يعبر عنه الشخص) ومفهوم الذات الموجب عكس مفهوم الذات السالب وعلى العموم فإن تحقيق الذات يتطلب كشف الذات ووعي الذات وفهم الذات وتقبل الذات وتنمية الذات حتى يصبح الفرد كامل الكفاية والفعالية (زهران ب، 2002، ص. ص. 40-41).

– تحقيق التوافق:

والأصل في تحقيق التوافق هو تعديل سلوك الفرد بحيث يتلاءم مع الظروف (أحمد، 1999، ص9) أي تناول السلوك والبيئة الطبيعية والاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد ومقابلة متطلبات البيئة (عياد، د.ت، ص15).

ومن أهم مجالات تحقيق التوافق ما يلي:

- **التوافق الشخصي:** أي تحقيق السعادة مع النفس والرضا عنها وإشباع الدوافع والحاجات الداخلية الأولية الفطرية والعضوية والفيزيولوجية والثانوية المكتسبة، ويعبر عن سلم داخلي حيث يقل الصراع، ويتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في مراحل المتابعة.
- **التوافق التربوي:** وذلك عن طريق مساعدة الفرد في اختيار أنسب المواد الدراسية والمناهج في ضوء قدراته وميوله وبذل أقصى جهد ممكن بما يحقق النجاح الدراسي.
- **التوافق المهني:** ويتضمن الاختيار المناسب للمهنة والاستعداد علمياً وتدريبياً لها والدخول فيها والانجاز والكفاءة والشعور بالرضا والنجاح، أي وضع العامل المناسب في العمل المناسب بالنسبة له وبالنسبة للمجتمع.
- **التوافق الاجتماعي:** ويتضمن السعادة مع الآخرين، والالتزام بأخلاقيات المجتمع، ومسايرة المعايير الاجتماعية وقواعد الضبط الاجتماعي وتقبل التغيير الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي السليم وتحمل

المسؤولية الاجتماعية، والعمل لخير الجماعة، وتعديل القيم مما يؤدي إلى تحقيق الصحة الاجتماعية، ويدخل ضمن التوافق الاجتماعي والتوافق الأسري والتوافق الزوجي (زهرا ب، 2002، ص42).

– تحقيق الصحة النفسية:

يرى عبد السلام عبد الغفار (2007) أن الصحة النفسية هي: " حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد منسجما مع نفسه ومع الآخرين ولا يتأتى ذلك إلا عن طريق سلامة الجسم والعقل"،

فهي متطلبات لا غنى عنها لكل فرد في المجتمع فإن صح عقل الإنسان وجسمه استطاع أن يعيش مع بني جنسه وبيئته في توافق (فنتازي، 2011، ص55)، وهناك معايير يمكن من خلالها الحكم على الصحة النفسية وهي:

- الخلو من المرض العقلي ضرورة لازمة لتوافر الصحة النفسية.
- السلوك السوي: وهو السلوك الذي يحقق مواجهة واقعية للمشكلات أو الصراع وليس هروبا منها.
- التوافق مع البيئة: أي قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه في محيط الأسرة أو العمل أو المجتمع الخارجي.
- توحد الشخصية: وتكاملها... تلك الشخصية التي تتميز بالسلوك السوي الإنشائي البناء والقدرة على التحكم في الذات وتحمل المسؤولية... وكذلك "الإدراك الصحيح للواقع يعتبر معيارا مفيدا للصحة النفسية...مدى تقبل الفرد للحقائق المتعلقة بقدراته وإمكانياته، مدى نجاح الفرد في عمله ورضاه عنه (عياد، والخضري، 1995، ص16).

الصحة النفسية والتوافق النفسي ليسا مترادفين، فالفرد قد يكون متوافقا مع بعض الظروف، ولكنه قد لا يكون صحيحا نفسيا لأنه قد يساير البيئة خارجيا ولكن يرفضها داخليا، ويرتبط بتحقيق الصحة النفسية كهدف حل مشكلات العميل أي مساعدته في حل مشكلاته بنفسه، ويتضمن ذلك التعرف على أسباب المشكلات وأعراضها وإزالة الأسباب وإزالة الأعراض.

– تحسين العملية التربوية:

لتحسين العملية التربوية يوجه الاهتمام إلى ما يلي:

- إثارة الدافعية وتشجيع الرغبة في التحصيل واستخدام الثواب والتعزيز وجعل الخبرة التربوية التي يعيشها التلميذ كما ينبغي أن تكون من حيث الفائدة المرجوة.
- عمل حساب الفروق الفردية وأهمية التعرف على المتفوقين ومساعدتهم على النمو التربوي في ضوء قدراتهم.
- إعطاء كم مناسب من المعلومات الأكاديمية والمهنية والاجتماعية تفيد في معرفة التلميذ لذاته وفي تحقيق التوافق النفسي والصحة النفسية وتلقى الضوء على مشكلاته وتعليمه كيف يحلها بنفسه.
- تعليم التلاميذ مهارات المذاكرة والتحصيل السليم بأفضل طريقة ممكنة حتى يحققوا أكبر درجة ممكنة من النجاح (زهرا ب، 2002، ص.ص. 42-43).
- يجب أن تكون أهداف الإرشاد مفهومة واضحة وأن يكون للمسترشد فيها حق التصويت ويعتبر نموذج التعامل الجيد بين المرشد والمسترشد حول إقامة الأهداف الكبرى والصغرى للإرشاد أكثر حماية وعناية ووقاية للمسترشد، وذلك بدلا من وضع أهداف غير واضحة تحدد خصائص مشوهة للإرشاد والتي قد تفشل في تحديد الجوانب السلوكية المرتبطة بالأهداف (أوزيباو وآخر، 1976، ص. ص. 158-159)
- إذن من خلال ما سبق نقول أنّ أهداف الإرشاد والمتمثلة في تحقيق الذات وتحقيق التوافق وتحقيق الصحة النفسية وتحسين العملية التربوية، كلها أهداف يسعى من خلالها الإرشاد إلى مساعدة الفرد على تحقيق نجاحه العام في مختلف مناشط الحياة ليعيش سعيدا.

4.1. الحاجة إلى الإرشاد النفسي.

لقد كان الإرشاد النفسي ممارسا منذ القدم دون أن يأخذ هذا الاسم، ودون أن يكون له برنامج منظم، ومع تطور المجتمع وتعدد الحضارة، والتقدم التكنولوجي وتطور التعليم وتعدد فروعها، أصبح للإرشاد النفسي الآن أسسه ونظرياته وطرقه ومجالاته وبرامجه، وأصبح يقوم به أخصائيو مؤهلون علميا وفنيا، فنحن الآن نعيش في عصر القلق والشدات والضغط النفسية، كما أن المجتمع الحالي مليء بالصراعات والمطامح ومشكلات المدنية التي تظهر الحاجة الملحة إلى خدمات الإرشاد النفسي في مجال الشخصية ومشكلاتها (الزعبي، د.ت، ص.27).

ويحتاج الفرد إلى الإرشاد في حالات كثيرة، فهو يحتاج إليه عندما يشعر أنه غير قادر على اختيار مستقبله المهني، ويحتاج إليه حين يعجز عن تكوين علاقات إنسانية بينه وبين الآخرين أو حين لا يستطيع تطوير علاقاته

بالآخرين مما يجعله عاجزا عن تكوين صداقات تجعل حياته أكثر سعادة وتكيفاً مع الواقع (عبد الباقي، 2001، ص3).

فالفرد حين يواجه بمشكلات ويعجز عن اتخاذ القرار بشأنها فإنه عادة ما يسعى في طلب خدمات المرشد النفسي وأهم هذه المشكلات:

- العجز عن اتخاذ قرار هام: فالمشكلة هنا تتعلق بصعوبة في الاختيار بين بدائل متاحة، مما ينجم عنه ضرورة التنازل عن البديل الآخر بما فيه من مزايا.
- عدم الثقة بالقدرة على النجاح في مواجهة بعض مطالب النمو، الخاصة بالمرحلة التي وصل إليها الفرد: فالمرهق يشكو من عدم قدرته على التعبير عن مشاعره تجاه الجنس الآخر... وكذلك الحال بالرجل الكهل الذي يخشى مواجهة مطالب مرحلة التقاعد والشيوخوخة.
- المواقف المفاجئة: يتعين على الفرد في المواقف المفاجئة أن يقوم بعملية إعادة توافقه من جديد، فالفرد يلجأ إلى المرشد النفسي حين تواجهه أزمات أو مشكلات شديدة كالإفلاس أو المرض المعقد أو أمراض الوفاة.
- ضعف الثقة بالنفس والنقص في المهارات: فقد يلجأ الفرد إلى المرشد النفسي حين تنقصه المهارات اللازمة أو الثقة بالنفس للقيام بسلوك ما بالرغم من أنه يعرف تماماً ما الذي يجب أن يفعله وأي سلوك يتخذه... إلخ.

إن المشكلات التي تعترض الإنسان والتي تختلف من شخص إلى آخر، حين يكون مصدرها اجتماعياً أو أسرياً أو دراسياً وغير ذلك من المشكلات، بالإضافة إلى مشكلات التكيف مع التطورات التكنولوجية المختلفة وما تؤدي إليه من اضطرابات نفسية تؤثر في النواحي الاجتماعية والشخصية والدراسية والتي تستلزم وجود حاجة ملحة إلى الإرشاد النفسي لتخليصه مما من شأنه أن يهدد أمن الإنسان وسعادته وتوافقه مع المجتمع ومع نفسه (الزعيبي، د.ت، ص.ص 28-29).

وفي عالمنا العربي نحتاج إلى مزيد من مراكز الإرشاد النفسي والعيادات النفسية، وهذا ما يؤكد " أن الحاجة إلى الإرشاد نفسه من أهم الحاجات النفسية مثلها مثل الحاجات إلى الأمن والحب والانجاز والنجاح... إلخ.

ويتحدث الباحثون والكتاب عن "الحاجة الإرشادية" للفرد ويقدمون لها تعريفات منها رغبة الفرد للتعبير عن مشكلاته بشكل إيجابي منظم بقصد إشباع حاجاته النفسية والفيزيولوجية التي لم يتهيأ لإشباعها من تلقاء نفسه، إما لأنه لم يكتشفها في نفسه أو أنه اكتشفها ولم يستطع إشباعها بمفرده، ويهدف من التعبير عن مشكلاته إلى التخلص منها، والتمكن من التفاعل مع بيئته والتوافق مع مجتمعه الذي يعيش فيه (زهران ب، 2002، ص34).

وترى المالكي نقلا عن غلاسر، (1998) Glasser أن الإرشاد النفسي ينطلق من حاجتين أساسيتين للإنسان هما: المحبة والانتماء، وهما حاجتان مرتبطتان بالجانب الاجتماعي في شخصيته، ولا يمكن إشباعهما إلا من خلال الآخرين. فالحاجة للمحبة ذات جذور عميقة في شخصية الإنسان منذ أن يولد وعلى امتداد حياته، كما أن حاجته للانتماء بما يعنيه ذلك من التقدير والتقبل الاجتماعي من الحاجات الأساسية للنمو النفسي، وكثيرا ما يتم تفسير بعض الاضطرابات النفسية بأنها نتيجة لعدم إشباع الحاجة إلى الانتماء، فالأفراد الذين يفتقدون إشباع هذه الحاجة يشعرون بأنهم منبوذون أو مهملون من محيطهم الاجتماعي، مما ينعكس سلبا على توافقهم الذاتي والاجتماعي (المالكي، 2005، ص21).

كل ذلك ونحن نقدم الخدمات الإرشادية لمشكلات بسيطة بوسعنا القيام بها، أما عندما يشتد الصراع والإحباط والحرمان في حياة بعض الناس في مجتمع من المجتمعات، ويضيق القلق عليهم الخناق، فيعيشون في وحدة وانطواء، ويتطور بهم الحال إلى السلبية واللامبالاة، عندئذ يصل الحال إلى المرض النفسي الذي يحتاج إلى علاج نفسي متخصص، إذ أن كثيرا من الناس يخطئون في تقدير مشكلاتهم واضطراباتهم وتحديد مرضهم، بل ويظن البعض منهم أن أمراضهم النفسية تلك ما هي إلا أمراضا جسمية يمكن علاجها عند طبيب عادي، ومثل هؤلاء بأمس الحاجة إلى العلاج النفسي من أجل مساعدتهم على تغيير نمط حياتهم من الضياع إلى السعادة والمرح (ملحم، 2001، ص.ص.40-41).

وكل فرد خلال مراحل نموه المتتالية يمر بمشكلات عادية وفترات حرجة يحتاج فيها إلى إرشاد، ولقد طرأت تغيرات أسرية تعتبر من أهم ملامح التغيير الاجتماعي، ولقد حدث تقدم علمي وتكنولوجي كبير، وحدث تطور في التعليم ومناهجه، وحدثت زيادة في أعداد التلاميذ في المدارس، وحدثت تغيرات في العمل والمهنة... الخ.

5.1. خصائص ومهام المرشد النفسي:

يعد تخصص الإرشاد النفسي والاجتماعي مطلباً رئيساً في وقتنا الحاضر، نظراً لما تمر به المجتمعات العربية من تغييرات اجتماعية واقتصادية وثقافية مختلفة أدت إلى ظهور بعض المشكلات النفسية والاجتماعية، مما يدعو لوجود شخص متخصص يساعد الأفراد الذين يواجهون مثل هذه المشكلات في التعامل مع مشكلاتهم وتجاوزها بما يمتلكه من معرفة وخبرة ومهارة وخصائص شخصية تؤهله للقيام بهذا الدور.

– تعريف المرشد النفسي:

يرى سعيد العزة (2001) أن الإرشاد لا يكون فعالاً ما لم يقم به شخص يمتلك ذخيرة واسعة من مهارات المساعدة، تشمل حبه لتقديم يد العون وخلفيته النظرية ومؤهلاته وخبراته في مجال الإرشاد وقدرته على التحمل وعلى إقامة علاقة إرشادية قوية تساعد المسترشد على الانتقال من الدعم الخارجي إلى الدعم الذاتي " (فنتازي، 2011، ص88).

المرشد هو الشخص المؤهل علمياً لتقديم المساعدة المتخصصة للأفراد والجماعات الذين يواجهون بعض الصعوبات والمشكلات النفسية والاجتماعية (أبو عباة، ونيازي، 2001، ص.ص54، 55).

ويعرفه كاركوف karkhoff (1967) بأنه: "شخص يمتلك المعرفة والتدريب على مساعدة الأفراد في تحقيق توافقهم النفسي، ويتميز بالقدرة على كشف الذات والتلقائية والسرية والدقة والانفتاح والمرونة والالتزام بالعلمية والموضوعية (الأسدي، وإبراهيم، 2003، ص26).

وتعرفه نقابة المرشدين النفسيين الأمريكيين بأنه: "مرب مهني متخصص تشتمل دراساته العليا على النواحي النظرية والتدريب العملي على أداء الخدمات الإرشادية التي يكون محور الاهتمام فيها وهو تحقيق حاجات النمو ومطالبه العادية، وحل مشكلات التلاميذ الذين يعتبرون تحت إشرافه" (الأسدي، وإبراهيم، 2003، ص.ص25-26).

والمرشد النفسي هو عادة المسؤول المتخصص الأول عن العمليات الرئيسية في التوجيه والإرشاد وخاصة عملية الإرشاد نفسها، ويطلق عليه أحياناً مصطلح "مرشد التوجيه" Guidance counsellor أو "مرشد الصحة النفسية" Mental Health counsellor، ودون المرشد يكون من الصعب تنفيذ أي برنامج للتوجيه والإرشاد. (زهران، 2002، ص530).

وليس هناك غير المرشد التربوي من هو مؤهل لهذه المهنة...فإدارة المدرسة تتحمل مسؤوليات كثيرة، فليس للمدير الوقت الكافي للتفرغ في حل كل مشاكل طلبته، والمدرس رغم قدرته على الإسهام في تطوير شخصية التلميذ الاعتيادي إلا أنه لا يمتلك الخبرة والمهارة والوقت الكافي لتطوير شخصية التلميذ المتميز الذي يمتلك موهبة ومقدرة غير عادية، أو المتأخر دراسيا أو التلميذ الذي يعاني من مشكلات انفعالية أو صحية أو اجتماعية أو اقتصادية لأن ذلك يحتاج إلى تأهيل وتدريب خاصين.

لقد حذر المختصون من صعوبة قيام المديرين والمدرسين بمعالجة المشكلات الخاصة لطلبتهم لأنه كما يقول مور More (1967): "من الصعب تماما للتلميذ أن يكون صريحا وأميناً مع شخص يمتلك معه علاقة سلطة"، لذا أصبح من المسلمات الحاجة إلى وجود مرشد تربوي...

ويرى باترسون Patterson (1962) "أن الإرشاد التربوي نشاط متخصص يحتاج إلى أشخاص مدربين مسلكيا بحيث يمكنهم أن ينجزوا عملهم بمهارة فائقة وتتوفر فيهم ميزات لازمة لنجاح العملية الإرشادية ولهم القدرة والمهارة على إقامة العلاقات الإنسانية.

وقد قال رين Wrenn (1973) أن العنصر الأساس في أية علاقة إرشادية هو شخص المرشد. إلا أن ذلك مرتبط إلى حد بعدد من الخصائص الشخصية له، إذ أن النجاح في ممارسة أي مهنة من المهن يتعين أن تتوفر لدى الممارس خصائص معينة تتمثل في توفر حد أدنى من صفات محددة قد تكون جسمية ونفسية أو عقلية أو اجتماعية (الأسدي، وإبراهيم، 2003، ص.ص 27-28). فما هي أهم الخصائص التي تجعل من المرشد النفسي شخصية محورية وناجحة في القيام بعملية الإرشاد؟

— خصائص المرشد النفسي:

حدد شارترز وستون Shertzer et stone (1974) خمس خصائص أساسية يشترك فيها جميع المتخصصين في مهن المساعدة الإنسانية (المرشد، والطبيب النفسي، المختص النفسي Psychologist، والمختص الاجتماعي Social Worker) وهي:

- الافتراض أن كل سلوك مكتسب ومتعلم وبالتالي فإنه يمكن تعديله وتغييره.
- الاشتراك في الهدف وهو مساعدة المسترشدين لكي يصبحوا أكثر فاعلية ووحدة نفسية.
- استخدام علاقة المساعدة كأداة أو وسيلة أساسية لتوفير المساعدة.

- التأكيد على أهمية الوقاية prevention.
 - الجميع يشتركون في امتلاك الخبرة والمهارة والتدريب اللازم (أبو عباة، ونيازي، 2001، ص.ص 55-56).
- ويمكن تلخيص خصائص المرشد الناجح فيما يلي:
- معرفة الذات والإمكانات: حيث يرى باترسون " أن المرشدين الفعالين والذين يحسنون مساعدة مسترشدتهم تكون ذواتهم محققة (self Actualized).
 - أن " يكون المرشد فعالا بقدر ما يكون واعيا بنفسه، وقادرا على توظيف خصائصه وقدراته كوسيلة لتغيير العميل (كفاقي، 1999، ص 30).
 - أن يكون شخص ذكي مفكر يمتلك قدرات لفظية كافية.
 - حب العمل والرغبة فيه... والمرونة بما يكفي لتفهم الآخرين والتعامل النفسي مع جميع أنماط السلوك البشري (الأسدي، وإبراهيم، 2003، ص 28).
 - الاهتمام بالعملاء وفهم سلوكهم (وليس الحكم على سلوكهم).
 - المهارة في إقامة علاقة إرشادية.
 - الثقة في النفس والقدرة على كسب الثقة والمصداقية.
 - القدرة على المساعدة الفعالة للعملاء.
 - القدرة على الدخول في مشكلة العميل والخروج منها.
 - التمسك بأخلاقيات المهنة (زهران، 2002، ص 530).
- هذا وأكد عبد الفتاح الخواج (2009) على مجموعة من الخصائص والمهارات ينبغي توفرها لدى المرشد الفعال منها أن يكون: "قادر على تشخيص وتفسير مشكلة المسترشد، مقيم للجهود المبذولة خلال العلاقة الإرشادية، وللتقدم الذي وصلوا اليه معا، لديه قدرة على المشاركة بخبراته الشخصية بما يناسب الموقف، والحدث والمشكلة، فلا يطلق أحكاما على تصرفات الغير، ومنهم المسترشد، يستعمل المواجهة كي يصل المسترشد إلى تبصر وفهم لواقعه وعالمه وذاته وتناقضاته عندما يتطلب الأمر ذلك. (الخواج، 2009، ص 44)

لقد جمع كل من كوكس (1945) وجونز (1941) وستيرلفانت (1940) Sturlevant بعد دراسات عديدة على أهمية توفر خصائص يتصف بها المرشد المثالي منها الخلق الطيب والفلسفة السليمة، والقدرة على تكوين الصداقة، وفهم الناس فهما يشوبه العطف والإخلاص والثبات الانفعالي، وسعة المعلومات، والقيادة، والقدرة على مجازاة الآخرين.

وقال آرثر كومز (Arthur Combs): "إن المرشدين يجب أن يتسموا بحب الآخرين، وأن يكونوا محل ثقة الآخرين بهم" (الأسدي، وإبراهيم، 2003، ص.ص. 28-30).

"لابد للمرشد أن يكون حذرا في مظهره الشخصي... ولهذا يرى بنجامين (1981) Penjyamin أن تكون ملابس المرشد النفسي مناسبة وملائمة لوصفه المهني، ويترك له مطلق الحرية ليقرر ماذا يرتدي دون أن يشترط عليه ملابس معينة. أما كوندلا (1981) Kondela فتشترط على المرشد النفسي الأثنى أن ترتدي ملابس محتشمة، والتي تستر بها عورتها ولا تبرز مفاتها، وأن تكون هذه الملابس من النوع المألوف والمتعارف عليه في ملابس النساء. وأوصت بعدم ارتداء أي من ملابس الرجال (مثل البناتيل) (الزعبي، د.ت، ص.ص. 157-158).

أما فيما يخص إعداد المرشد النفسي فيتم "علميا في أقسام علم النفس بالجامعات، ويتم تدريجه عمليا في مراكز الإرشاد والعيادات النفسية الملحقه عادة بهذه الأقسام أو في المدارس وغيرها من المؤسسات تحت إشراف الأساتذة والخبراء، ويتطلب الإعداد العلمي والعملية اهتماما خاصا، فهو يحتاج إلى دراسة خاصة وتدريب خاص في طرق الإرشاد النفسي ومجالاته المتعددة (زهرا ب، 2002، ص.ص. 530-531).

وفي دراسة " قامت بها لجنة الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي في وزارة التربية بالعراق (1981) استهدفت دراسة واقع الإرشاد. ومن النتائج التي أسفرت عليها " وهو عدم رغبة بعض المرشدين لممارسة الإرشاد التربوي، وفي ضوء ذلك قامت اللجنة بدراسة مستفيضة لمسألة اختيار المرشدين التربويين، واستنادا لأهمية الموضوع تقرر ترشيح المرشدين وفق الشروط التي أملتتها التجربة وهي:

- أن يكون المرشد من حملة البكالوريوس فما فوق.
- أن تكون لديه خدمة تعليمية لا تقل عن سنتين.
- ألا يزيد عمره عن 45 سنة.
- أن تكون لديه رغبة صادقة في العمل الإرشادي.

هذا والواقع يثبت صعوبة الالتزام بهذه الشروط، "و على العموم فإن أهم ما أظهرته دراسة وزارة التربية لعام 1985 في نتائجها، "هو شعور بعض المرشدين التربويين بالعجز عن معالجة مشكلات الطلبة" وهذا يعود بالأساس في تقدير الباحثة إلى نقص في تأهيل أو إعداد المرشد التربوي بموجب الخصائص التي يجب أن يتصف بها..، ومما يؤيد هذا الاتجاه ما توصلت إليه دراسة رمح (1986) والتي استهدفت الكشف عن الصعوبات التي تواجه الإرشاد التربوي إلى نتيجة مفادها "أن بعض المرشدين التربويين لم يتم اختيارهم بدقة وموضوعية وفق المواصفات المطلوبة (الأسدي، وإبراهيم، 2003، ص.ص 30-31).

– مهام المرشد النفسي

مهمة المرشد هي مساعدة العميل على تجاوز أنماطه السلوكية القديمة، وإيجاد أنماط بديلة وتسهيل عملية اتخاذ القرار، وإيجاد الحلول للمشكلات الحيوية التي تواجهه (عبد الباقي، 2001، ص 11).

"وينبغي على المرشد أن يقدم خدماته على المستوى العلمي والمهني الذي يتفق مع أصول المهنة وأساليبها، ولا ينحدر عن هذا المستوى مهما تعارض ذلك مع فائدته المادية أو الشخصية، وعليه أن يقدم خدماته في أفضل صوره وألا يتجاوز حدود إمكاناته العلمية والفنية مهما استدعى الأمر، وأن تكون الخدمات حقيقية تنتهي بمساعدة المسترشدين مساعدة واقعية (القرعان، 2005، ص 62).

وأهم معالم الدور الإرشادي المميز للمرشد هي:

- القيادة المتخصصة لفريق التوجيه والإرشاد.
- تشخيص وحل وعلاج المشكلات النفسية.
- الإشراف على إعداد وسائل الإرشاد وحفظ السجلات الخاصة بالعملاء.
- القيام بعملية الإرشاد وتقديم خدمات الإرشاد العلاجي بصفة خاصة وخدمات الإرشاد التربوي والمهني والزواج والأسري بصفة عامة، وتقديم خدمات إرشاد الصحة النفسية.
- تولي مسؤولية متابعة حالات الإرشاد.
- مساعدة زملائه أعضاء فريق الإرشاد استشاريا فيما يتعلق ببعض نواحي التخصص، حيث أنه أكبرهم تخصصا في الميدان.

- الاشتراك في عملية التدريب أثناء الخدمة للعاملين في ميدان التوجيه والإرشاد، وهو أقدر الأخصائيين على تولى هذه المسؤولية.

- الإسهام في تطوير العملية التربوية والمناهج وإدماج وتكامل برنامج التوجيه والإرشاد فيها (زهرا، 2002، ص532).

لا تقتصر الخدمة الإرشادية التي يقدمها المرشد النفسي على موقع محدد، بل تمتد لتشمل مواقع كثيرة منها الجهات المتخصصة في الإرشاد النفسي، والمدارس، والمصانع والعيادات الخاصة، أو أي موقع فيه أفراد في حاجة لمساعدة المرشد النفسي سواء كانت هذه الحاجة تتعلق بأهداف وقائية أو علاجية أو إنمائية. (المالكي، 2005، ص53).

وخلاصة القول أنّ نجاح المرشد التربوي في مهماته الإرشادية والتوجيهية تعتمد على القيادة والفتنة وعلى الكفاية في استخدام وتوظيف الطرائق والمهارات والتقنيات اللازمة والمتوفرة، ويعتمد على حيادية المرشد التي تعتبر شرطاً من شروط موضوعية العمل الإرشادي (القرعان، 2005، ص58).

6.1. طرق الإرشاد النفسي واستراتيجياته

1.6.1. طرق الإرشاد النفسي:

قبل أن نستعرض طرق الإرشاد النفسي واستراتيجياته، ينبغي أولاً أن نفرق بين طرق الإرشاد وأساليب الإرشاد، فطرق الإرشاد تشتمل على التطبيقات العامة التي يمكن إتباعها عند استخدام أكثر من نظرية إرشادية، أما أساليب الإرشاد فهي العمليات الفنية أو التخصصية التي يتم إتباعها في نظرية معينة.

وإذا نظرنا إلى تعدد نظرة علماء النفس إلى طرق الإرشاد، فإنه من الممكن تقسيم طرق الإرشاد حسب معيارين هما:

- عدد الأفراد المشاركين في الجلسة الإرشادية.
- دور المرشد والمسترشد في العملية الإرشادية.

ويشمل معيار عدد الأفراد المشاركين في الجلسة الإرشادية طريقتين هما الإرشاد الفردي والإرشاد الجمعي (المالكي، 2005، ص.ص.22-23).

– الإرشاد الفردي:

يعتبر الإرشاد الفردي بمثابة " علاقة متفاعلة ومتبادلة بين شخصين أحدهما المرشد والآخر هو العميل أو المسترشد الذي يطلب المساعدة والعون للتخلص مما يعانيه من مشاكل والتي دفعته للمجيء إلى المسترشد" (ربيع، 2005، ص30)، ويعتبر بعض الأخصائيين أن التعامل مع اثنين أو ثلاثة هو علاج فردي، ويعتبر الإرشاد الفردي هو نقطة الارتكاز لأنشطة متعددة في كل من برامج التوجيه والإرشاد، ومن الوظائف الرئيسية للإرشاد الفردي تبادل المعلومات وإثارة الدافعية لدى الفرد وتفسير المشكلات ودفع خطط العمل المناسبة، وإن كان يحتاج هذا النوع من الإرشاد إلى توافر عدد كبير من الأخصائيين لمواجهة الحاجات الفردية للإرشاد، ويتراوح وقت الجلسة الفردية ما بين (30-60 دقيقة) ويتحدد طول وقصر الفترة الزمنية على عدة اعتبارات ومنها: الهدف من الجلسة وطبيعة المشكلة وخصائص الفرد وعمره (أبو أسعد، 2009، ص123). ويستخدم الإرشاد الفردي مع الذين يعانون من المشكلات ذات الطابع الشخصي، والتي لا يصلح عرضها أمام الآخرين كما في العلاج الجماعي، أي تلك الحالات التي تتطلب درجة من السرية.

– الإرشاد الجماعي:

تم هذه الطريقة من خلال وجود أكثر من مسترشد في جلسة واحدة مع المرشد، كما يحدث مثلاً عند إرشاد الزوجين، أو إرشاد أفراد الأسرة بشكل عام، أو إرشاد مجموعة من المسنين أو الطلاب من ذوي المشاكل... إلخ (المالكي، 2005، ص23).

وتوجد عدة مبررات لتبني طريقة الإرشاد الجماعي نوردتها في النقاط التالية:

- معظم مشكلات الفرد اجتماعية والإرشاد الجماعي يعطي فرصة للتفاعل الاجتماعي.
- الإرشاد الجماعي يعطي فرصة لفهم الآخرين واختبار سماتهم الشخصية.
- يستطيع الفرد من خلال الجماعة الإرشادية أن يطور اجتماعات وميول اجتماعية.
- الإرشاد الجماعي يشعر الفرد بالقرب من الآخرين وأنه ليس وحيداً وأن هناك أشخاص آخرون يعانون من نفس مشكلته.
- يعطي الفرد في الإرشاد الجماعي فرصة لتغيير وتعديل سلوكه ومشاعره وطرقه في التفكير حسب سرعته الخاصة.

• إثارة دافعية الفرد للحديث عن مشكلة خاصة لديه عند مشاهدته أفراد المجموعة يتحدثون عن مشاكلهم (أبو أسعد، 2009، ص.ص. 130-131).

أما المعيار الثاني لتقسيم طرق الإرشاد، وهو الذي يقوم على دور المرشد والمسترشد في العملية الإرشادية، فإنه يصنف طرق الإرشاد إلى طريقتين هما:

- **الإرشاد المباشر (Directive counseling):** وهو الإرشاد الموجه المتركز حول المرشد، وفيه يقوم المرشد بدور إيجابي نشط في كشف الصراعات وتفسير المعلومات، وتوجيه المسترشد نحو السلوك الموجب المخطط، مما يؤدي إلى التأثير المباشر في تغيير الشخصية والسلوك، ويتحمل المرشد مسؤوليات أكبر من مسؤوليات المسترشد، ويعتبر هذا النوع من الإرشاد إرشادا مفروضا، ويتميز هذا النوع من الإرشاد بتركيزه على مشكلة المسترشد ولا يهتم بالمسترشد نفسه، كما أن هذا النوع يتعامل مع الجانب العقلي وليس الانفعالي، وسمي هذا الأسلوب بالأسلوب المتمركز حول المرشد بسبب الاعتقاد السائد بأن المرشد لديه قدرة وقابلية وخبرة أفضل من المسترشد، وأنه يستطيع أن يرى المشكلة بشكل أفضل (الحريري، والإمامي، 2011، ص47).

- **الإرشاد غير المباشر (Non-directive counseling):** ويقوم على أساس سلوكي يتلخص في أن لسلوك أسباب، وأن هذه الأسباب إنما تتحد بالطريقة التي يدركها الفرد نفسه والعالم المحيط به، وأن سلوك الفرد لا يتغير ما لم يغير الفرد من نظراته لنفسه ولغيره، ويكون هذا التغيير انفعاليا عقليا في وقت واحد (الطيار، د.ت).

فالإرشاد والعلاج غير المباشر هو الإرشاد والعلاج المتمركز حول المسترشد، وقد حدد روجرز الهدف الرئيسي من هذه الطريقة بأنها مساعدة المسترشد على النمو النفسي السوي والتطابق بين مفهوم الذات الواقعي ومفهوم الذات المدرك ومفهوم الذات المثالي ومفهوم الذات الاجتماعي.

ويستخدم مع المسترشد ذوي الذكاء المتوسط أو أعلى من المتوسط والذين هم أكثر طلاقة لفظية، ويستفاد منه أيضا في الإرشاد والعلاج الزوجي وكذلك مع حل المشكلات الشخصية للشباب (سفيان، 2004، ص276).

- الإرشاد الاختياري: يعتبر هذا الأسلوب هو الأسلوب الأشمل بين أساليب الإرشاد، وضع خطوطه الأولية عالم النفس الأمريكي (فريدريك شارلس ثورن)، ويعتبر هذا الأسلوب أن التشخيص هو أساس عملية الإرشاد، فالإرشاد لكي يكون عملياً لابد أن يبنى على التشخيص (ربيع، 2005، ص.39).

1.2.6. استراتيجيات الإرشاد النفسي:

أما عن استراتيجيات الإرشاد النفسي فتشتمل على ثلاثة أنواع هي:

- الاستراتيجية الوقائية:

ويطلق عليها أيضاً "المنهج الوقائي"، ويهدف إلى منع حدوث المشكلة أو الاضطراب، ويعمل المرشد النفسي في هذا المنهج على توقع أو التنبؤ بالمشكلات أو الصعوبات التي يمكن أن تنشأ في المستقبل، وبالتالي تعمل على إعاقة الأفراد (المشاقبة، 2008، ص. ص. 44-45).

هذا "ويهتم هذا المنهج بالأسوياء الأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى، وللمنهج الوقائي مستويات ثلاث:

- الوقاية الأولية: وتتضمن محاولة حدوث منع المشكلة أو الاضطراب أو المرض بإزالة الأسباب.
- الوقاية الثانوية: تتضمن محاولة الكشف المبكر وتشخيص الاضطراب في مرحلته الأولى للسيطرة عليه.
- الوقاية من الدرجة الثالثة: تتضمن محاولة تقليل أثر إعاقة الاضطراب أو منع أزمات المرض (عياد، والخضري، 1995، ص21).

- الاستراتيجية العلاجية:

ويتم تطبيقها مع المسترشدين، ممن يعانون من مشكلات سلوكية تعوق توافقهم النفسي، وهي بذلك تشمل الخطط الإرشادية التي تسعى إلى تعديل سلوك المسترشد، كي يتمكن من إشباع حاجاته وتحقيق توافقه على المستويين الذاتي والاجتماعي (المالكي، 2005، ص25).

"ويهتم هذا المنهج باستخدام الأساليب والطرق والنظريات العلمية المتخصصة في التعامل مع المشكلات من حيث تشخيصها ودراسة أسبابها، وطرق علاجها، والتي يقوم بها المتخصصون في مجال التوجيه والإرشاد (أبو أسعد، 2009، ص260).

- الاستراتيجية الإنمائية:

وترجع أهميتها إلى أن خدمات التوجيه الإرشاد تقدم أساسا إلى العاديين لتحقيق زيادة كفاءة الفرد الكفاء وإلى تدعيم الفرد المتوافق إلى أقصى حد ممكن.

ويتضمن المنهج الإنمائي الإجراءات التي تؤدي إلى النمو السوي السليم لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم طول العمر حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من النضج والصحة النفسية والسعادة والكفاية والتوافق النفسي وذلك بدراسة الاستعدادات والقدرات والإمكانات وتوجيهها التوجيه السليم نفسيا وتربويا ومهنيا ومن خلال رعاية مظاهر نمو الشخصية جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا (عياد، والنخري، 1995، ص20).

2. الإرشاد المعرفي السلوكي:

الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي أحد طرق وأساليب الإرشاد والعلاج النفسي، والذي جاء كرد فعل للإرشاد النفسي السلوكي التقليدي الذي اهتم بالسلوك الظاهري الملاحظ مهملاً الاهتمام بالجوانب المعرفية من عمليات عقلية وطرق تفكير، فجاء الإرشاد المعرفي وأعطى الاهتمام لهذه الجوانب وانطلق من فكرة مؤداها أن الإنسان يخلق إلى حد كبير معاناته وتعاسته واضطرابه الانفعالي بما يتبناه من أفكار ومعتقدات غير عقلانية، وأنه يحافظ على استمرار هذه الاضطرابات بتغذيتها بحديثه الداخلي السلبي الذي يتضمن احتقار الذات وامتهانها (علام، 2012، ص3).

يعتبر الاتجاه السلوكي المعرفي من النماذج العلاجية الفعالة التي اعتمدت في تفسير وعلاج الاضطرابات السلوكية والمعرفية والانفعالية بنجاح، وقد تم تطوير هذا الاتجاه النظري على يد عالم النفس الإكلينيكي ألبرت أليس Elbert Elles سنة (1950)، وطوره وأضاف عليه علماء نفس آخرين مثل عالم النفس المعرفي آرون بيك Aron Beck الذي قدم تفسيراً دقيقاً لمرض الاكتئاب النفسي، وابتكر مقياساً مقنناً لتشخيصه لدى الفرد، واستراتيجيات معرفية وسلوكية لعلاجها.

كما تم اعتماد الاتجاه السلوكي المعرفي من قبل عالم النفس الأمريكي دونالد مايكن بيوم الذي طور برنامجاً سلوكياً معرفياً أسماه (التحصين ضد التوتر) لعلاج الحالات الناتجة عن الضغوط الحياتية، والتي يكون القلق والتوتر عنصراً بارزاً بها (أبو زعينة، 2009، ص149).

وقد وضع بيك الشكل الرئيسي للإرشاد المعرفي السلوكي الذي يعتمد على فعالية وتأثير الأفكار في تعديل الانفعالات والسلوك، حيث يقوم على الوصول بالمسترشد إلى أنه تبني أفكاراً غير منطقية وحاطقة، وأن هذا يسبب عدم تكيفه أو فهمه الخاطئ للواقع ومحاولة تعديل هذا الفكر الخاطئ بأخر سليم صحيح أكثر ملائمة عما سبق، ويختلف الإرشاد المعرفي السلوكي في أنه لا يدرس العلاقة بين المثير والاستجابة فقط، ولكن يدرس العمليات المعرفية التي تتوسط هذه العلاقة، فعندما يتعرض الإنسان لمثير ما فيعطي تفسيراً له ويستجيب له معتمداً على معنى المثير من وجهة نظره، وفي ضوء ذلك يحاول تعديل السلوك المعرفي تغيير السلوك المعرفي من خلال التركيز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات البيئية، وكيفية تفسيره لها (السواط، 2008، ص19). ويشترك المنهجان السلوكي والمعرفي في أن:

- كلا منهما يركز على الأعراض الظاهرة أكثر مما يركز على أسباب دينامية مفترضة.
 - كلا منهما يؤكد على السلوك في الوقت الحاضر أكثر مما يركز على خبرات الماضي.
 - في كل منهما يشارك المعالج بإيجابية في إعداد برنامج علاجي معين (مليكة، 1990، ص244).
- ويتميز هذا الاتجاه عن غيره من الاتجاهات النظرية في الإرشاد بميزات تجعله أكثر فعالية وقبولاً لدى الممارسين في ميادين الإرشاد والعلاج النفسي والأطباء النفسيين على حد سواء. ومن أهم هذه الميزات نذكر ما يلي:
- أنه يوظف طيفا واسعا من التقنيات السلوكية والمعرفية والانفعالية مثل (لعب الدور، التدريب التوكيدي، إعادة البناء المعرفي، التأمل الذاتي، الاسترخاء العضلي).
 - يحتاج لوقت وجلسات أقل مع إنهاء سريع للأعراض.
 - يؤكد على تغيير الأفكار اللاعقلانية للمستترشد تغييرا فلسفيا عميقا، وتعليمه كيفية تنفيذ هذه الأفكار.
 - التأكيد على أهمية القياس والتقييم المستمر للمستترشد والعملية الإرشادية، وكذلك على السوابق واللاحق والمكاسب للسلوك غير السوي بغية القيام بعملية تشخيص دقيقة.
 - يتبع هذا الاتجاه النظري أسلوب الإرشاد المباشر المتمركز حول المشكلة (أبو زعينع، 2009، ص.ص 149-150).

1.2. مفهوم الإرشاد المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا حديثا نسبيا يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، ويعتمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفيا وانفعاليا وسلوكيا، بحيث يستخدم العديد من الفنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي. كما يعتمد على إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار مشوهة واعتقادات لاعقلانية مختلفة وظيفيا تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض وما يترتب عليها من ضيق وكرب. (محمد، 1999، ص17)

يعرف الإرشاد المعرفي السلوكي في المعجم الموسوعي لعلم النفس: "أنه شكل من أشكال الإرشاد النفسي الذي يستخدم عند إساءة تأويل الواقع، لذلك تكون الأولوية الرئيسية في الإرشاد المعرفي تصحيح التصورات

الخاطئة، وبالتالي يتم استئصال الأفكار السالبة عن التعلم الخاطئ ويركز هذا الإرشاد على المحتوى الفكري للمسترشد. (السواط، 2008، ص26 (Rom&Royer,1983,p301)).

ويعرف جلاس وشيا Class & Shea (1986) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه: "أحد التيارات الإرشادية الحديثة التي تهتم بصفة أساسية بالإرشاد من خلال الاهتمام بالاتجاه المعرفي للمشكلات النفسية ويقوم هذا النوع من الإرشاد بإقناع المسترشد أن معتقداته غير المنطقية وأفكاره السالبة وعباراته الذاتية الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف بهدف تعديل الجوانب المعرفية المشوهة، والعمل على أن يحل محلها طرقاً أكثر ملاءمة للتفكير من أجل إحداث تغيرات معرفية وسلوكية ووجدانية لدى العميل. (السواط، 2008، ص26)

كما يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه: "منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عملية التفكير لدى العميل" (السيد، 2009، ص712).

يعرف كندول Kendel (1993) الإرشاد المعرفي السلوكي بأنه: "محاولة دمج الفنيات المستخدمة في الإرشاد السلوكي، التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة، بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، بالإضافة إلى ذلك يهتم الإرشاد المعرفي السلوكي بالجانب الوجداني للمريض، وبالسياق الاجتماعي من حوله، من خلال استخدام استراتيجيات معرفية، سلوكية، انفعالية، اجتماعية، وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه" (جابر، وبومجان، 2013، ص211).

كما يعرفه متولي (1993) بأنه: "منهج علاجي يعتمد على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي بفنيتاهما المتعددة، ويركز على التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد: معرفيا، انفعاليا وسلوكيا، وذلك من خلال التأثير في عمليات التفكير المشوهة لدى العميل وتعليمه طرقاً أكثر ملاءمة للتفكير المنطقي المقبول للصحة النفسية، كما يستخدم فنيات أخرى سلوكية كالاسترخاء أو لعب الدور، والتدريب على مهارات المواجهة والواجبات المنزلية اليومية من أجل تعديل السلوك المضطرب أو تخفيفه على الأقل" (سهيل، 2013، ص103).

يعرفه فرغلي (2008) بأنه: "أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي، وهو علاج مباشر وتوجيهي تستخدم فيه آليات وأدوات معينة وفنيات ومهارات معرفية وسلوكية لمساعدة المريض لتحديد أفكاره السلبية ومعتقداته غير العقلانية التي يصحبها خلل انفعالي وسلوكي وتحويلها إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي" (مهلة، 2016، ص18).

2.2. الاتجاهات النظرية للإرشاد المعرفي السلوكي

يعتبر الفهم النظري أهم جزء في فعالية الممارسة الإرشادية، حيث تساعد النظريات المرشدين على تنظيم الحقائق أو البيانات السريرية، وتجعل العمليات المعقدة مترابطة منطقيًا، كما أنها تزود المرشد بالمفاهيم الإرشادية للتدخلات (Hansen, 2006, p291)، ونظريات الإرشاد هي خلاصة الجهود للباحثين في مجال السلوك الإنساني، حيث صاغوها في أطر عامة تبين الأسباب التي يتوقعها الباحثون كعوامل مؤدية إلى المشاكل التي يعاني منها المسترشدون، كما ترسم السبل لتعديل السلوك وما هو المطلوب من المرشد إتباعه لتحقيق أغراض الإرشاد (الحباني، 2008، ص35).

ويرز في هذا السبيل ثلاثة نماذج علاجية لها الريادة أرسى دعائمها كل من بيك Beck وإليس Ellis ومتشبنوم Meichenbaum (محمد، 1999، ص59). وفيما يلي نقدمها باختصار:

– العلاج العقلاني العاطفي السلوكي REBT (ألبرت أليس):

في البداية أطلق إليس على هذا العلاج اسم العلاج النفسي العقلاني Rational Therapy ثم أطلق عليه بعد ذلك العلاج العقلاني الانفعالي، وأخيرا أطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ليؤكد على الأهمية المتداخلة للمعرفة، والسلوك والوجدان(الانفعال) (إس جي، 2012، ص14).

"تعتبر هذه النظرية طريقة متكاملة للعلاج والتعلم وهي تستند إلى أرضية نظرية معرفية إدراكية، انفعالية، سلوكية وهي تؤيد العلاج النفسي الإنساني والتعليمي وذلك بسبب الابتعاد عن العلاج الدوائي، وهي تتكون من نظرية واضحة للشخصية التي هي نظام فلسفي وطريقة علاجية نفسية. (الزبود، 2008، ص248). ولهذا النظرية الكثير من القواسم المشتركة مع العلاجات الموجهة نحو الإدراك والمعرفة والسلوك، وكذلك الضغوط، التفكير ثم الحكم، التحليل والعمل.

والافتراض الأساسي لهذه النظرية هو أن الناس يساهمون بأنفسهم في خلق مشاكلهم النفسية، وكذلك بعض الأعراض المعينة، نتيجة المعتقدات الخاطئة والمتطرفة التي يحملونها حول الأحداث والأوضاع، كما تفترض أيضا أن المعارف والعواطف والسلوكيات تتفاعل فيما بينها في علاقة السبب والنتيجة، وتأكيدا على هذه الأنماط وتفاعلها يؤهلها لأن تكون مقارنة تكاملية (Corey, 2012, p291).

ويرى صاحب هذه النظرية أن الإنسان كائن يتمتع بقدرة على التفكير المنطقي وهو يقوم بذلك في أحيان مما يؤدي إلى الشعور بالاكْتفاء والسعادة، إلا أنه في بعض الأحيان يفكر بطريقة لا عقلانية مما يؤدي إلى الشعور بالنقص ويرى أن أسباب هذا التفكير اللاعقلاني تعود إلى القناعات الخاطئة التي لقنها الآباء للأبناء، وتؤكد هذه النظرية على أسلوبين في الإرشاد هما:

- يقوم المرشد بدور الرجل المعارض وينكر تلك الآراء المتولدة عند المسترشد التي تعلمها في فترة ماضية من حياته وتساور معها.
- يشجع المسترشد وبإصرار أو يبرهن له على أن المفاهيم التي يفكر فيها خاطئة (الحياني، 2008، ص58)

ويهدف العلاج النفسي عند أليس إلى ما يلي:

هدف كلي وهو تقليل نزعة هزيمة النفس عند العميل والوصول إلى فلسفة حياتية أكثر واقعية، كما أن هناك هدفان أساسيان هما:

- تقليل قلق العميل (أي لوم نفسه) وعدوانيته (لوم العميل للآخرين والعالم).
- تعليم العميل طريقة لمراقبة نفسه وملاحظتها وتقديرها، والتأكد لنفسه أن تحسن حالته سوف يستمر، وبهذا فإن الهدف الرئيسي من مشورة المرشد النفسي هو تعليم العميل كيف يتحرى ويناقش أفكاره اللاعقلانية.
- هدف آخر مهم (لكن على المدى البعيد) هو مساعدة العميل كي يصبح منخرطاً في نشاطات تستغرق وقته ومشاعره، بالإضافة إلى ذلك فإن RET تتخذ عدة أهداف أخرى لصحة العقل مثل: توجيه العميل نفسه بنفسه، والتحمل والاهتمام بالنفس، وقبول الاحتمالي والمرونة والتفكير العلمي والالتزام واجتياز المخاطر، وقبول النفس كما هي (الزيود نادر فهمي، 2008، ص258).

بالرغم من أن REBT يستخدم العديد من الوسائل المعرفية، الانفعالية والسلوكية لمساعدة العملاء للتقليل إلى أقصى حد من المعتقدات غير العقلانية، فهي أيضاً تركز على عملية تنفيذ الأفكار خلال جلسات العلاج وفي الحياة اليومية أيضاً. وتلقائياً يصل العملاء إلى النتيجة الفلسفية التي تتضمن جانباً عملياً. وهنا يتشكل لدينا نظام من المعتقدات جديد فعال ويتألف من استبدال الأفكار غير الصحية بأفكار صحية بدلها. وإذا نجحنا في ذلك، يظهر عندنا مادة جديدة من المشاعر، وبدلاً أن نشعر بالقلق والاكتئاب بشكل خطير، نشعر بالأسف والإحباط بشكل طبيعي وصحي طبقاً للموقف.

ويتضمن إعادة البناء الفلسفي لتغيير الشخصية غير الفعالة الخطوات التالية:

- الاعتراف الكامل أننا مسؤولون بالمطلق عن خلق متاعبنا الانفعالية.
- تقبل فكرة أن لدينا الإمكانيات لتغيير الاضطرابات الانفعالية بشكل مؤثر.
- الاعتراف بأن مشاكلنا الانفعالية تنبع من معتقداتنا غير العقلانية.
- إدراك هذه المعتقدات بكل وضوح.
- ملاحظة قيمة تفنيد الأفكار المسببة لهزيمة الذات.
- قبول الحقيقة التي تنادي بأنه إذا كنا نتوقع التغيير من الأفضل أن نعمل بكل جد بأساليب وطرق سلوكية وانفعالية لمواجهة معتقداتنا ومشاعرنا غير الوظيفية وكذلك ردود أفعالنا الناتجة عن ذلك.
- ممارسة REBT واستخدام أساليب هذا العلاج لاجتثاث جذور النتائج المزعجة حتى بقية حياتنا (كوري، 2011، ص360).

– العلاج المعرفي CT لآرون بيك:

يرتبط العلاج المعرفي باسم آرون بيك Aron Beck، حيث كان من المؤسسين الرئيسيين للعلاج المعرفي، ومن العلماء الذين حاولوا تطبيقه في علاج الحالات والمشكلات النفسية، ونتيجة لذلك ظهرت الأبحاث والدراسات التي تحاول معرفة مدى الفعالية التي يتمتع بها العلاج المعرفي، بالإضافة إلى مقارنة هذه الفعالية في بعض الأحيان مع فعالية أساليب علاجية أخرى كالاتجاه السلوكي أو الإنساني (ضمرة، 2008، ص211)، حيث تأسس العلاج المعرفي كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول الحاضر لمرض الاكتئاب، وهو موجه أساساً إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية مع إعادة تشكيل التفكير السلبي والسلوك المترتب عليه، وقد نجح بيك وآخرون في تكييف هذا العلاج وتعديله لمعالجة مجموعة من الاضطرابات النفسية المختلفة بطريقة مدهشة (بيك، 2007، ص17). ويكمن الأساس في استخدام العلاج المعرفي في علاج الاكتئاب، في افتراض أن الاكتئاب ينشأ من نوع من التفكير الخاطئ. هذا الخطأ يقود الناس لاستخلاص نتائج خاطئة وسالبة نحو أنفسهم أو نحو إدانة الذات أي تكوين أفكار أو صور خاطئة عن ذواتهم. مثل هذا الموقف يخلق الاكتئاب" (العيسوي، 2006، ص118).

والعلاج المعرفي يلحظ المشكلات النفسية بأنها نتيجة عمليات شائعة مثل التفكير الخاطئ، اتخاذ مرجعيات غير صحيحة بنيت على معلومات خاطئة، ثم الفشل في التمييز بين ما هو خيالي وما هو واقعي، والعلاج المعرفي

مثل REBT يركز على الاستبصار الذي يؤكد على التعرف على الأفكار السلبية والمعتقدات التي تقود إلى تكيف غير صحيح ثم العمل على تغييرها. وعلى هذا ينظر إلى العلاج على أنه نموذج علاجي تربوي نفسي. إن العلاج المعرفي لدى بيك مبني على المنطق النظري الذي يرى أن الطريقة التي يشعر بها الناس ويسلكون تتسبب بالكيفية التي يدرك بها الناس خبراتهم ويننون عليها، وتمثل الفرضيات النظرية للعلاج المعرفي في:

- أن ما يجري داخل الإنسان يمكن التحري عنه عن طريق الاستبطان.
- أن معتقدات الإنسان تحمل معنى شخصيا.
- إن هذه المعاني يمكن اكتشافها ومعرفة عن طريق العمل نفسه وليس عن طريق ما يفسره أو ما يقوم بتعليمه المعالج.

ويشير جوهر هذه النظرية إلى أن معرفة وفهم طبيعة المشكلة الانفعالية تتطلب التركيز على المحتوى المعرفي لردود الفعل للفرد تجاه الأحداث المزعجة أو انسياب أفكار العميل. إن الهدف هو تغيير الطريقة التي يفكر بها العميل وذلك بواسطة تشجيع العملاء لتجميع الشواهد وتقييمها لتقديم المعتقدات الإيجابية (كوري، 2011، ص372).

وبشكل عام بدأ العلاج المعرفي مقتصرًا على علماء النفس والأطباء النفسيين إلى أن توسعت مجالات تطبيقه وضم الإرشاد النفسي كمجال تطبيقي إضافي، ونتيجة لذلك أصبح العلاج المعرفي يدرس ويطبق ضمن مساقات الإرشاد النفسي في الجامعات (ضمرة، 2008، ص211).

– التعديلات على العلاج السلوكي المعرفي لدونالد ماكينبوم (Donald meichen–baums):

هناك بديل رئيس للعلاج السلوكي العاطفي العقلي وهو التعديل السلوكي المعرفي لدونالد ماكينبوم cognitive behavior modification (CBM) والذي يركز على تغيير الجانب اللفظي أو الشفوي للذات Self-Verbalization. وطبقا لرؤية ماكينبوم فإن الأفكار أو الجمل والتعبيرات التي يخاطب بها الفرد نفسه تؤثر على سلوك الفرد بنفس الأثر الذي تتركه تعبيرات شخص آخر. والركيزة الرئيسية لـ CBM هي أن العملاء – كمتطلب لتغيير السلوك – يجب أن يلاحظوا أنفسهم كيف يفكرون، يشعرون، ويسلكون وكذلك يلاحظون الأثر الذي يتكونه على الآخرين. وحتى يحدث التغيير يحتاج العملاء إلى أن يغيروا طبيعة سلوكياتهم حتى يستطيعوا أن يقيموا سلوكهم تبعًا للمواقف المختلفة (كوري، 2011، ص383).

ويفترض ماكينيم أن تدريب المرضى على الحوار الذاتي يمكن أن يؤدي إلى تغيير سلوكهم إذ أنه يؤدي إلى ضبط السلوك والتخفيف من الضغط النفسي، ويؤثر على الحالة الانفعالية للفرد، وتشتمل عملية العلاج على ثلاثة أوجه هي ملاحظة الذات، والسلوك والأفكار المتنافرة، وتطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير. ويقوم على عدة فنيات من أهمها ما يلي:

- فنيات التقدير المعرفي السلوكي: ويتم ذلك من خلال المقابلات الإكلينيكية والاختبارات السلوكية.
- فنيات إدخال العوامل المعرفية في تعديل السلوك: وذلك من خلال إشراف تخفيف القلق، والتخلص المنظم من الحساسية، والنمذجة، والإشراف المضاد.
- أساليب التحصين ضد الضغوط: ويتم خلالها التعريف بردود الفعل المصاحبة للموقف الضاغط، والتزود بأساليب المواجهة، ومزاولة التدريب.
- فنيات إعادة البناء المعرفي: ويتم خلالها استخدام إعادة البنية المعرفية، والعلاج الموجه بالاستبصار، وأسلوب حل المشكلات.

وجدير بالذكر أن هذه الأساليب الثلاثة التي تعرضنا لها تعد هي الأكثر شيوعاً واستخداماً في العلاج المعرفي السلوكي، بل إن الأمر يكاد يقتصر تقريباً على هذه النماذج الثلاثة فقط، وإن كان الاتجاهان الأول والثاني وهما اتجاهان بيك وإيس الأكثر شيوعاً وتطبيقاً (محمد، 1999، ص.ص. 66-67).

3.2. أهداف ومبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي

يرى عمر (1993) أن الإرشاد (العلاج) المعرفي السلوكي يهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، حيث يهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى إقناع المسترشد بأن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف، ويهدف بذلك إلى تعديل إدراكات المسترشد المشوهة، ويعمل على أن يحل محلها طرائق أكثر ملائمة للتفكير، وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى المسترشد (الجميل، 2013، ص.ص. 38-39).

يهدف الإرشاد المعرفي السلوكي إلى مساعدة الفرد على النمو وتطور المهارات المعرفية من خلال الأساليب المختلفة (حل المشكلات، النموذج المعرفي، تصحيح المعتقدات الخاطئة) من خلال إعادة البناء المعرفي بالإضافة إلى ممارسة السلوك الصحيح الذي تم تعديله من خلال الأساليب الأخرى (لعبة الدور، الواجب المنزلي)، وبذلك

فهو يهدف إلى التعديل المعرفي والسلوكي في آن واحد. ويوضح السواط نقلا عن حسين (2004) أن الإرشاد المعرفي السلوكي لا يحتاج إلى فترات طويلة، ويمكن استخدامه لفترة قصيرة من الزمن وقد تصل عدد جلساته إلى جلسة واحدة فقط بهدف تعديل المعارف السالبة Negative Cognition، من خلال إعادة البناء المعرفي Restructuring Cognition (السواط، 2008، ص28).

كما تذكر يوسفي نقلا عن السقا (2008) أن كلا من (بيك وفرلمان وبيلاك، وميكنباوم، وباترسون) يلخصون أهداف العلاج المعرفي السلوكي في النقاط التالية:

- مساعدة المسترشد كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها بنفسه.
- مساعدة المسترشد على أن يكون واعيا بما يفكر فيه.
- مساعدة المسترشد على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
- تعديل الأفكار التلقائية والمخططات والمعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب.
- تعلم المسترشد كيفية تقييم أفكاره وتخيالاته وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث المضطربة أو المؤلمة.
- تعليم المسترشدين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية.
- تحسين المهارات الاجتماعية للمسترشدين من خلال تعليمهم حل المشكلات.
- تدريب المسترشدين على توجيه التعليمات الذاتية، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم في التفكير باستخدام الحوار الداخلي.
- تدريب المسترشدين على استراتيجيات ونيات سلوكية ومعرفية متبادلة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة ضغوط طارئة (يوسفي، 2012، ص. ص. 233-234).

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي من المداخل العلمية الحديثة في خدمة الفرد والذي أثبت فاعليته في التعامل مع الأفكار غير المنطقية والانفعالات غير المنضبطة والسلوكيات الخاطئة، وفي هذا تصحيح لفكر العميل ومشاعره وربطه بالواقع والحاضر وتدعيم لمسؤولياته عن نفسه وقراراته، مما يجعله قادرا على الضبط الداخلي ولا يلقي بالمسؤولية على الآخرين، ومساعدته على أن يكون شخصا يتفاعل بإيجابية مع الأحداث في ضوء انفعالات رشيدة وأفكار عقلية وسلوك سوي (السيد، 2009، ص. ص. 703-704).

أما عن مبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي فتتلخص أصوله الأساسية فيما يلي:

- أن الأفكار يمكن أن تؤدي إلى الانفعالات والسلوك.
 - أن الاضطراب الانفعالي (الوجداني) ينشأ من التفكير المنحرف السلبي (الذي يؤدي إلى انفعالات وسلوكيات غير مساعدة للفرد).
 - هذا الاضطراب الوجداني يمكن علاجه بمجرد تغيير التفكير (الذي يفترض أنه متعلم).
- ويوجد نوعان من التفكير تم التركيز عليهما في بؤرة العلاج المعرفي السلوكي هما: الأفكار الآلية Automatic Thoughts، والمعتقدات الخبيثة أو المضمرة underlying beliefs (كوروين، رودل وبالمر، 2008، ص30)، وفيما يلي شرح لهذين النوعين من أنماط التفكير، إضافة إلى شرح المعتقدات الوسيطة:

— الأفكار الآلية (Automatic Thoughts) :

تقوم هذه الأفكار على معتقدات رئيسية عامة، يطلق عليها المخططات Schemas التي لدى الفرد عن نفسه، وعن عمله، وعن مستقبله، والتي تحدد الطريقة التي قد يفسر بها الفرد موقفا معينا، من خلال هذا التفسير تظهر أفكار آلية معينة تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف للموقف، أو الحدث، ويؤدي إلى استجابة وجدانية، وفي ضوء هذا النموذج العام طور كل من بيك وإليس طرقا علاجية لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم هذه الأفكار، ومساعدتهم على إدراك أن معتقداتهم الخاصة تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية، بل تبقي عليها، وبالتالي مساعدتهم على التغيير الفعال للمعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات (إس جي هوفمان، 2012، ص14).

— المعتقدات المضمرة (Underlying Beliefs) :

هي المعتقدات Beliefs والافتراضات Assumptions التي تنتج الأفكار والصور الذهنية التي تشكل محتوى الأفكار الآلية، ويمكن فهم العلاقة بين الأفكار الآلية، والمعتقدات المضمرة بالنظر إلى مصطلح المخططات. فكل منا يبني مدى واسعا من المخططات التي تمكننا من تكوين حس عام للعالم، ووضع أي معلومات وخبرات جديدة داخل سياق. وهي مثل النظام الشامل الذي نستخدمه للتعامل مع العالم، حيث يبدأ تشكله منذ الطفولة المبكرة، وبمجرد تشكله فهو يرشد معالجة المعلومات ويوجهها كما يوجه السلوك، ويشكل كيفية تفكير الفرد، وكيف يشعر، وكيف يسلك ويتصرف ويدرك نفسه والآخريين والعالم، وهذه الأنظمة مرتبة تصاعديا تبعا للأهمية. ونحن

نتبع وجهة نظر بيك في أن المخططات هي بناءات معرفية داخل العقل، في حين أن المعتقد المحوري هو المحتوى الخاص Specific Content، لكن عددا من المختصين يستخدمون المصطلحين بشكل ترادفي، والمعتقدات المحورية تعمل على مستوى بدائي فهي كلية Global، وجامدة Rigid، ومفرطة التعميم Overgeneralized.

– المعتقدات الوسيطة:

تقع بين المعتقدات المحورية والأفكار الآلية عددا من المعتقدات الوسيطة، وهي مركبة من اتجاهات Attitude وقواعد Rules والمفروض أو الافتراضات وموضحة كما يلي:

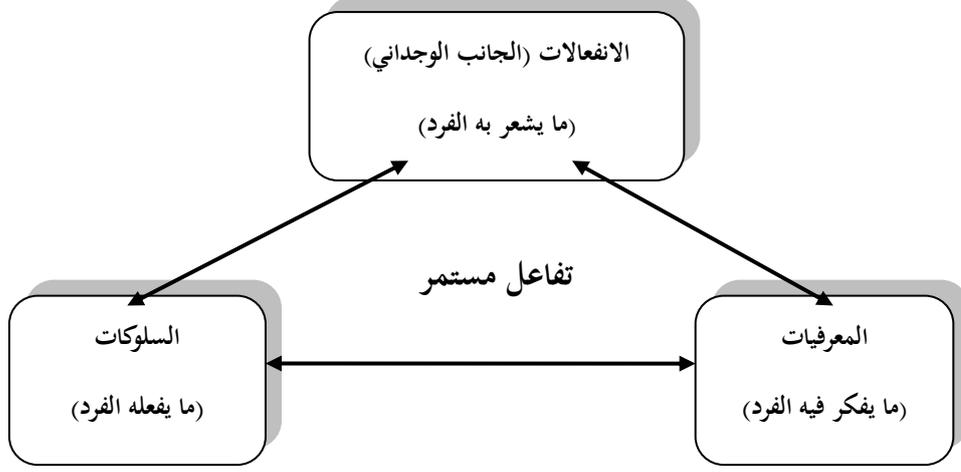
- الاتجاه: من المفرع أن أكون في خطر.
 - القواعد (التوقع): يجب أن أكون آمنا دائما وأتصرف بحرص.
 - الفروض: لو تصرفت بحذر غالبية الوقت ستكون الحياة أقل خطورة.
- وهذه هي البناءات المعرفية التي تحمل مفتاح الصعوبات النفسية التي يمر بها الفرد (كروين، رودل وبالمر، 2008، ص.ص. 31-32).

وجدير بالذكر أن هناك مجموعة من المبادئ تمثل أساس الاتجاه المعرفي السلوكي في العلاج تتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وما يرتبط بكل منهما من جوانب. وتمثل تلك المبادئ فيما يلي:

- أن العميل والمعالج يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول.
- أن المعرفة لها دورا أساسيا في معظم التعلم الإنساني.
- أن المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سبيبي.
- أن الاتجاهات والتوقعات والعزو والأنشطة المعرفية الأخرى لها دورا أساسيا في إنتاج وفهم كل من السلوك وتأثيرات العلاج والتنبؤ بهما.
- أن العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية (محمد، 1999، ص.23).

وعلى اعتبار أن العلاج النفسي المعرفي ينظر للإنسان نظرة شمولية فإنه لا يقتصر فقط على سيرورة المعالجة على المستوى الذهني، بل إنه ينظر إلى الإنسان ككل متكامل. إنها نظرة " ثلاثية الأبعاد " تجمع بين ما هو معرفي

وما هو وجداني وما هو سلوكي، وأن هذه الأبعاد الثلاثة في تفاعل مستمر فيما بينها ويؤثر بعضها باستمرار على البعض الآخر، كما هو موضح في الخطاطة الموالية، لكن منطلقها يكون دائما هو المعرفيات:



نقلا عن: (علوي، وزغوش، 2009، ص55)

شكل رقم 1: مخطط العلاج النفسي المعرفي والنظرة الشمولية للإنسان

4.2. مراحل واستراتيجيات الإرشاد المعرفي السلوكي:

1.4.2. مراحل الإرشاد المعرفي السلوكي:

إن العملية الإرشادية والعلاجية المتبعة ضمن الاتجاه السلوكي المعرفي هي عملية عقلية معرفية تنحصر في دائرة المعتقدات والأفكار اللاعقلانية التي يحملها الفرد، أكثر مما تنحصر في المشكلة الحياتية التي يتعرض لها الفرد قبل أن يأتي الإرشاد، ولا بد أن تسير العملية الإرشادية العلاجية في خطوات محددة على النحو التالي:

- تحديد المواقف التي يعاني المريض من مشاكل خلالها: من الممكن أن تكون المشكلة هي حالة طبية يعاني منها المريض، أو طلاق، أو حزن، أو غضب، أو أن تكون المشكلة هي الأعراض التي يعاني منها المريض جراء الإصابة بمرض عقلي، وفي هذه الخطوة يقوم المعالج النفسي مع المريض بتحديد المشاكل والأهداف التي على المريض التركيز عليها خلال المعالجة المعرفية السلوكية.
- اكتساب المريض وعيا تجاه مشاعره وأفكاره ومعتقداته حول هذه المشاكل: عندما يقوم الشخص بتحديد المشكلة التي يعاني منها، يساعد المعالج النفسي الشخص على مشاركة أفكاره الخاصة تجاه المشكلة، وهذا يتضمن مراقبة الكلام الشخصي الذي يسرده المريض عن تجربة معينة، بالإضافة إلى مراقبة

تفسيره للموقف ومعتقداته الخاصة والشخصية عن نفسه وعن الآخرين وعن الأحداث، كما يمكن أن يقترح المعالج النفسي على المريض البدء بتسجيل الأفكار الخاصة به على كراسة أو دفتر خاص.

- تحديد الأفكار السلبية وغير الصحيحة: حيث تساعد هذه الخطوة الشخص على تحديد طريقة التفكير والسلوك التي ربما قد تكون ساهمت في المشكلة، وهنا يبحث المعالج النفسي الشخص على الانتباه إلى ردات الفعل الجسدية والعاطفية والسلوكية التي يتخذها في المواقف المختلفة التي قد يتعرض لها.
- إعادة تشكيل الأفكار الخاطئة السلبية: يشجع المعالج النفسي الشخص على سؤال نفسه عن الأساس الذي يبنى عليه وجهة نظره؛ هل يبنينا على حقائق، أم يبنينا على تصورات غير صحيحة وغير دقيقة لما يجري، وتعد هذه الخطوة صعبة في العلاج لدى المريض، وربما اعتاد المريض على التفكير منذ زمن طويل بطريقة ما حيال حياته ونفسه، ولكن مع التدريب والممارسة يصبح نمط السلوك والتفكير المفيد عادةً عند الشخص لا تتطلب الكثير من الجهد (خطوات العلاج، 2017).

عموما لا بد على المعالج النفسي أو المرشد اتباع هذه الخطوات المذكورة في التعامل مع مشكلة العميل وتشجيعه أيضا على الجدية والالتزام حتى يتمكن من حل المشكلات التي يعاني منها.

2.4.2. استراتيجيات الإرشاد المعرفي السلوكي:

يعتمد العلاج السلوكي المعرفي إلى حد كبير على فرضية أن عملية إعادة تنظيم معلومات الفرد سوف ينتج عنه إعادة في تنظيم سلوك الفرد. إن التقنيات السلوكية مثل السلوك الإجرائي، النمذجة والتدريب على السلوك " البروفات" يمكن كذلك تطبيقها على العمليات الذاتية في التفكير والحوار الداخلي للإنسان. فالمقاربات السلوكية المعرفية تشمل العديد من الاستراتيجيات السلوكية وهي جزء من مخزونها الاندماجي (كوري، 2011، ص354). وفيما يلي عرض لأهم الاستراتيجيات السلوكية المعرفية:

- استراتيجية المحاضرة:

يعتمد أسلوب المحاضرة في جوهره على تقديم معلومات سيكولوجية بطريقة منظمة لأفراد المجموعة الإرشادية لزيادة استبصارهم بأنفسهم بطريقة موضوعية، مما ينمي لديهم اهتمامات بمدى حاجتهم ورغبتهم في تلقي المعلومة المتضمنة في المحاضرات، والتي يراعى فيها أن تكون ذات صلة وثيقة بمشكلاتهم الخاصة، ويهيئ لديهم موقف تعليمي يبدأ من شعورهم بأن مشكلاتهم الخاصة تأتي نتيجة نقص معلومات عن أنفسهم، فيدفعهم ذلك إلى متابعة

المحاضرات واستثارة نشاطهم العقلي والانفعالي، مما يساعد في خلق أهداف جديدة تتمثل في الرغبة في حل المشكلات التي يعانون منها. (سرخسوخ، 2014، ص 225)

– إعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring):

يعتبر أسلوب إعادة البناء المعرفي أحد أساليب التدخل النفسي المعرفي بل وأهمها، ويهدف إلى تعديل وتصحيح المعتقدات والاتجاهات المضطربة وظيفياً والتي تؤدي إلى الاضطراب النفسي، فالسلوك اللاتواؤمي ناتج عن خبرات ومعارف خاطئة. ويقوم هذا الأسلوب أيضاً على استبدال المعارف الخاطئة بأخرى صحيحة (بأظه، 2003، ص 278).

ويشتمل إعادة البناء المعرفي على خطوات وهي:

- التعرف على المواقف السالبة والمعتقدات الخاطئة.
- فصل وتحديد الأفكار والمعتقدات المشوهة معرفياً.
- التدعيم الإيجابي للحفاظ على استمرارية ممارسة السلوك الصحيح.
- المتابعة بما يعرف باستمارة الواجب المنزلي (بأظه، 2003، ص 278).

– النمذجة المعرفية (Cognitive Modeling):

تعد النمذجة جزءاً أساسياً ضمن برامج كثيرة لتعديل السلوك، وهي تستند على افتراض مؤداه أن الإنسان قادر على التعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين، وتعرضه بصورة منتظمة للنماذج، ويعطى الشخص فرصة لملاحظة نموذج ويطلب منه أداء العمل نفسه الذي يقوم به النموذج. وتقوم طريقة استخدام النماذج السلوكية أو النمذجة على إتاحة نموذج مباشر أو ضمني (تخيلي) للمسترشد، ويكون الهدف توصيل معلومات حول النموذج السلوكي المعروض للمسترشد، بقصد إحداث تغيير ما في سلوكه وإكسابه سلوكاً جديداً، أو زيادة سلوك موجود لديه أو نقصانه (أبو غالي، 2011، ص 59).

– استراتيجية التحصين ضد التوتر (Stress Inoculation):

تم تطوير هذا الأسلوب من قبل ميشنبوم Meichenbaum (1985) وذلك لمساعدة الأفراد الذين لديهم مخاوف مرضية، وتسبب لهم القلق في المواقف الضاغطة. ويعطي هذا الأسلوب الفرد مجموعة من المهارات للتكيف مع الحالات المستقبلية، ويتكون من ثلاثة مكونات هي:

أولاً: تثقيف الفرد حول طبيعة ردود الفعل الناتجة عن التوتر.

ثانياً: التدريب على مهارات التكيف الجسدية والمعرفية.

ثالثاً: مساعدة الفرد على تطبيق هذه المهارات عند التعرض للموقف الضاغط أو التوتر وتشتمل هذه العملية على مواجهة الشخص للمثيرات التي تبعث على القلق في جلسات علاجية، بهدف تعميم ردود الفعل المكتسبة أثناء المعالجة على المواقف التي يتوقع أن يواجهها بعد المعالجة. ويمر أسلوب التحصين ضد التوتر بثلاث مراحل هي:

– مرحلة الفهم (Conceptual Phase): وهي زيادة وعي الفرد بطبيعة الضغط الواقع عليه، ويتم جمع المعلومات حول كيف يفكر الشخص بالمشكلة، ويتم التركيز على العبارات الذاتية حول الموقف الضاغط، والمشاعر، ومراقبة السلوكيات الناتجة، ويشير المعالج إلى أن المعتقدات الخاطئة هي التي أوجدت الموقف الضاغط وليس الأحداث نفسها.

– ومرحلة اكتساب المهارات (Skills Acquisition): ويتم فيها تعليم الفرد مهارات معرفية، وسلوكية متنوعة، تتضمن التدريب على الاسترخاء، وإعادة البناء المعرفي، الذي يشير إلى تغيير الأفكار السلبية إلى أفكار تكيفية، والتدريب على حل المشكلات الذي يتضمن التدريب العقلي حول كيفية التعامل مع الموقف، أخيراً التعزيز الإيجابي للذات.

– وأخيراً مرحلة التطبيق (Application): فبعد تعلم مهارات التعامل والتكيف، يصبح الفرد جاهزاً للتعامل مع المواقف الحقيقية، وإن هذه الاستراتيجية تعمل على تطوير مشاعر الكفاءة الذاتية كلما كان بمقدور الفرد التعامل مع المواقف. وتتم ردود أفعال الفرد عند مواجهة المواقف الضاغطة والمسببة للتوتر بأربعة مراحل هي: "مرحلة الاستعداد للموقف المسبب للتوتر، ومرحلة المواجهة للموقف الضاغط، ومرحلة التعامل مع الموقف الضاغط، وأخيراً تعزيز الذات" (التحصين ضد التوتر، 2012، د.ص).

– استراتيجية الحوار السقراطي:

وهي استراتيجية معرفية تهدف إلى توليد الأفكار العقلانية والعملية، عن طريق قيام المرشد بطرح أسئلة على المسترشد تتطلب أفكار واضحة يقدمها الأخير من أطره المعرفية، وبذلك يعتاد المسترشد على كشف الحقائق بنفسه وممارسة النشاط الذهني، والاعتماد على التفكير الذاتي. ويمكن إجمال الخطوات الرئيسية لأسلوب الحوار السقراطي بالنقاط التالية:

- توجيه المسترشد إلى اقتراح أو افتراض مبدئي.
- قيادته إلى الاعتراض على عدم قدرته على التخلص من الافتراض الذي افترضه، أو التخلص من الحيرة التي هو فيها.
- إرشاده إلى البحث عن حقيقة الافتراض الخاطئ الذي بدأ به.

وكمثال على الخطوات الثلاثة للحوار السقراطي ما يلي:

- المسترشد: افترض أنني لا أستطيع القيام بأي شيء في الوقت الحالي.
- المرشد: ماذا تخسر لو حاولت؟
- المسترشد: لن تكون المحاولة مجدية؟
- المرشد: كيف تعرف بأنه لا قيمة من المحاولة؟

ولابد أن يلم المرشد بقواعد المنطق الأساسية، إذ أن كثير من المناقشات مع المسترشد تحتاج إلى التفكير المنطقي سيما في الإرشاد المعرفي السلوكي، الذي يقوم على تحديد الأفكار اللامنطقية – والتي تعتبر بمثابة الأسباب الرئيسية للسلوك المضطرب – ومساعدة الفرد على التخلص منها بالإقناع المنطقي، وإكسابه أفكار منطقية جديدة. ولا شك أن منطق الإنسان وما يترتب عليه من أفكار عقلانية أو غير عقلانية تؤثر على أسلوب حياته وتكيفه (أبو زعينة، 2009، ص.ص. 158-159).

– الاسترخاء (Relaxation):

يعرف علمياً بأنه: "توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، وقد ابتكر جاكبسون. Jacobson أسلوب الاسترخاء التصاعدي موضحاً فوائد علاجية ملموسة بين من يعانون من القلق،

وقد استطاع وولبي أن يطور هذا الأسلوب من خلال نظريته في الكف المتبادل، موضحاً أن الاسترخاء يعد من العوامل الكامنة للقلق، فلا يمكن للشخص أن يكون مسترخياً وقلقاً في الوقت نفسه. (أبو غالي، 2011، ص 59).

يستغرق تدريب المرضى على الاسترخاء العضلي المنظم في العيادات النفسية عادة ست (6) جلسات علاجية، في كل منها يجب أن تخصص عشرين دقيقة على الأقل لتدريبات الاسترخاء. وفي نفس الوقت يطلب من المريض أن يمارس التدريبات على الاسترخاء لمدة خمس عشر دقيقة يومياً بنفسه بحسب الإرشادات العلاجية.

ويجب قبل البداية في التدريب على الاسترخاء أن نعطي الشخص تصوراً عاماً لطبيعة اضطرابه النفسي (أي القلق)، وأن نبين له أن الاسترخاء العضلي ما هو إلا طريقة من طرق التخفيف من التوترات النفسية والقلق. لهذا نجد أن مجرد الاسترخاء العادي بالرقاد على أريكة أو سرير يؤدي إلى آثار مهدئة ملحوظة (إبراهيم، 1994، ص 160).

— الإلهاء (Distraction):

وهي استراتيجية عقلانية تشير إلى صرف نظر المسترشد مؤقتاً عن مشكلته الحالية، إلى شيء ثانوي مثل الرياضة أو الإبداع الفني أو قضية اقتصادية أو تمارين اليوجا والتأمل. وعندما يتم إلهاء المسترشد بإحدى النشاطات السابقة، فإنه يستجمع قواه وطاقاته مرة أخرى لمواجهة هذه المشكلة، إضافة إلى أنه لن يجد الرغبة أو الوقت في التفكير اللاعقلاني بخصوص هذه المشكلة والشعور والقلق إزائها.

— الدعابة والسخرية (Derision & Humor):

وتستخدم هذه الاستراتيجية بشكل فعال في حالات الحزن الناتج عن فقدان، حيث أن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب يخبرون عواطف مؤلمة، ويقولون بأنهم لا يستطيعون تحمل الأذى، وأنه لا شيء يستطيع أن يجعلهم يتحسنوا. وفي هذه الحالة لا بد من مواجهة الأمر المؤلم عن طريق استخدام الضحك والسخرية غير المؤذية لمشاعر المريض من قبل المعالج، والتي تقتصر على تفسير المظاهر الهزلية في بعض مواقف الحياة (أبو زعزع، 2009، ص 159).

— استراتيجية التعريض (Exposure Technique):

هو مكون رئيسي في العلاج المعرفي السلوكي وكذلك في العلاج السلوكي لاضطرابات القلق، فقد وجد الباحثون في هذا المجال، أن التعريض المستمر للمثيرات التي تسبب القلق ينتج عنه تشتت استجابة القلق لدى الفرد الذي يعاني من القلق. فالتعريض له عدة أشكال يتخذها منها: التعريض التخيلي، والتعريض المتدرج،

والتعريض في الحي (الواقع)، وهذا النوع من التعريض يكون بدون تدرج، ولا بد من توفر شروط لهذا النوع من التعريض من أهمها موافقة المريض. كما يوجد أنواع أخرى من التعريض منها التعريض بمساعدة المعالج للموقف الذي يسبب القلق بطريقة مباشرة. ويعود الهدف من هذه الفنية إلى التأثير على الأعراض السلبية للقلق بإطفائها وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية، ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحية أخرى (الغامدي، 2011، د.ص).

– فنية التدريب على حل المشكلات (Problem solving):

التدريب على أسلوب حل المشكلات إجراء إكلينيكي تم استخدامه في العلاج السلوكي من قبل كل من دزريلا وجولد D'zurilla & Gold ويتكون من عدة خطوات تشتمل على كل من:

- تعريف المشكلة.
- تحديد الاحتياجات الخاصة بحلها.
- توليد البدائل التي يمكن استخدامها.
- تقييم البدائل والنتائج المرتبطة بها.
- التحقق من النتائج (عبد الله، 2013، ص208).

– فنية التخيل (Imagination Technique):

لدى معظم المرضى أفكار تلقائية، ليست فقط في صورة كلمات غير منطوقة في أذهانهم، بل أيضا في صورة خيالات وتصورات عقلية، ولكي يستطيع المعالج تعليم مرضاه كيفية التعرف والتعامل مع خيالاتهم المزعجة، فإنه يحاول إما أن يظهر خيالا تلقائيا لدى المرضى، أو يحاول أن يقحم لديهم صورة متخيلة في أثناء الجلسة العلاجية (بيك، 2007، ص347).

حيث أشار "بيك Beck" إلى أن فنية التخيل تُستخدم في علاج اضطرابات القلق لتوضيح العلاقة بين التفكير والعواطف، فيطلب المعالج من العميل أن يتخيل مشهداً أو منظرًا غير سار ويلاحظ استجاباته، فإذا أظهر العميل استجابات انفعالية وعاطفية سالبة عندئذ يبحث عن محتوى أفكاره. ثم يطلب المعالج من العميل أن يتخيل مشهداً ساراً ويصف مشاعره، كي يستطيع العميل أن يدرك التغيير في محتوى أفكاره التي أثرت في مشاعره، وبالتالي يمكن أن يغير مشاعره إذا غير أفكاره (الغامدي، 2011، د.ص).

– فنية لعب الأدوار (Role Play):

وتعتبر من الفنيات التي تستخدم مع المكون الانفعالي في العلاج المعرفي السلوكي، إذ تتيح هذه الفنية الفرصة للتنفيس الانفعالي وتفريغ الشحنات والرغبات الظاهرة والمكبوتة، ويتم ذلك من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين كما لو أنه يحدث بالفعل، على أن يقوم المعالج بدور الطرف الآخر من التفاعل والحوار والمناقشة. ويتكرر لعب الدور حتى يتم تعلم السلوك المرغوب. فلعب الدور يعني تدريب على تحمل الإحباط، والتحكم في السلوكيات غير المرغوبة ومعالجة نواحي القصور في السلوك الاجتماعي. كما يستخدم لعب الدور في مساعدة الأفراد على ممارسة السلوكيات التي يرغبون في أن تنمو لديهم، كي يصبحوا أكثر وعياً لانفعالاتهم وأسلوب تفاعلهم مع الآخرين. ويعد لعب الدور أحد الطرق التي تعين على نمو المهارات الاجتماعية، حيث أن فنية لعب الدور تتيح للفرد الفرصة لتجربة طرق بديلة للتغلب على السلوكيات غير المرغوبة، خصوصاً عند مقارنة النتائج المترتبة على الاختيار ما بين السلوك المرغوب وغير المرغوب (الغامدي، 2011، د.ص).

– استراتيجية التدريب التوكيدي (Assertion Training):

استراتيجية سلوكية معرفية تهدف إلى التدريب على المهارات الاجتماعية مثل مهارة عقد الصداقات، ومهارة طلب الاستئذان، ومهارات التعبير عن المشاعر والحقوق... إلخ، وتعتبر هذه المهارات الاجتماعية ضرورية جداً لتحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي، حيث يعاني الأشخاص الذين يفتقرون إليها من مشاكل شخصية مع الآخرين في البيت والعمل والمدرسة وخلال أوقات الفراغ ويتم استغلالهم بسهولة، وتستند هذه الاستراتيجية الإرشادية على مبدأ وهو أن للناس الحق (ولكن ليس مفروضاً) في التعبير عن أنفسهم بطريقة تأخذ مشاعر الآخرين بعين الاعتبار (أبو زعيزع، 2009، ص160).

– الحوار الذاتي (Monologue Technique):

ويكون الحوار الذاتي عن الأفكار الأساسية في النظرية المعرفية أن الإنسان يسلك بحسب ما يفكر، وفي ميدان ممارسة العلاج الذاتي ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الأشخاص لتعديل مستوى أفكارهم التي تثير القلق والاكتئاب وعدم الثقة. إن الحوار مع النفس عند أي نشاط معين من شأنه أن ينبه الفرد إلى تأثير أفكاره السلبية على سلوكه، وحديث المرء مع نفسه وما يحويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف التي تواجهه هو السبب في تفاعله المضطرب، ولهذا يعتمد المعالج المعرفي السلوكي على محاولة تحديد مضمون مثل هذا الحديث

والعمل على تعديله كخطوة أساسية في مساعدة الفرد على التغلب على اضطرابه، خاصة المواقف التي تستثير القلق والاكتئاب (الغامدي، 2011، د.ص).

– فنية الواجبات المنزلية (Homework Technique)

غالباً ما تستخدم الواجبات المنزلية كجزء من العلاج المعرفي من أجل ممارسة المهارات المعرفية السلوكية خارج المكتب للحصول على المكاسب بسرعة أكبر، فهي مصممة خصيصاً لمشكلة العميل، وتظهر من خلال العلاقة العلاجية التعاونية (Corey, 2012, p307). وتلعب الواجبات المنزلية دوراً هاماً في كل العلاجات النفسية ولها دور خاص في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي؛ إذ إنها الفنية الوحيدة التي يبدأ ويختم بها المعالج المعرفي السلوكي كل جلسة علاجية، وتساهم في تحديد درجة التعاون والألفة القائمة بين المعالج والعميل، وذلك يؤثر في طريقة أداء العميل في كل خطوات أو مهام البرنامج العلاجي، ويستطيع المعالج تقوية العلاقة العلاجية بتكليف العميل بعمل واجبات منزلية، ويقدم كل واجب منزلي على أنه تجربة مناسبة لاكتشاف بعض العوامل المعرفية المتعلقة بالمشكلة التي يواجهها حديثاً. وتأخذ الواجبات المنزلية عدة أشكال فيطلب المعالج من المريض تسجيل الأفكار الآلية، والاتجاهات المختلة وظيفياً، أو إجراء تجربة سلوكية أو معرفية لها أهداف محددة ومتعلقة بمشاكلته، ويجب أن يلاحظ المعالج أن للواجبات المنزلية دوراً هاماً في زيادة فعالية العلاج المعرفي السلوكي، وتكوين الألفة والتعاون بينه وبين المريض، إذا اهتم بإعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشكلة المريض، وتوضيح الأساس المنطقي لكل واجب منزلي، بالإضافة إلى توضيح كيفية إجرائها والاهتمام بمراجعتها في بداية كل جلسة، وتستخدم الواجبات المنزلية لتحسين إدراك الأفكار الآلية وعلاقتها بردود الفعل الانفعالية، كما أنها تساعد على تقدم العلاج المعرفي السلوكي سريعاً، وتعطي فرصة للعميل لممارسة مهارات ووجهات نظر جديدة ومنطقية؛ لمعرفة أفكاره المختلة واتجاهاته غير العقلانية ومحاولة تعديلها، كما أنها تعتبر جزءاً متمماً لنتائج العلاج (الغامدي، 2011، د.ص).

5.2. التفسير المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية:

أنا لا نستطيع في الحقيقة أن نعزل الاضطرابات التي تصيب الأفراد عن الطريقة التي يفكرون بها، وعمما يحملونه من آراء واتجاهات ومعتقدات نحو أنفسهم ونحو المواقف التي يتفاعلون معها، فالاضطرابات النفسية— على وجه العموم— تعتبر من وجهة نظر المعالج السلوكي المعرفي نتيجة مباشرة للطريقة التي يفكر بها الشخص عن نفسه وعن العالم. ويرى المنظرون المعرفيون أن هناك أربعة مصادر رئيسية من القصور المعرفي ترتبط بظهور الاضطرابات النفسية وهي:

- * نقص المعلومات وقصور الخبرة والسذاجة في حل المشكلات.
- * أساليب التفكير وما تنطوي عليه من أخطاء كالتعميم والتطرف.
- * ما يحمله الفرد من آراء وأفكار ومعتقدات عن نفسه وعن الآخرين والمواقف التي يتفاعل معها.
- * التوقعات السلبية (يوسف، 2001، ص99-100).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي منهجا تفسيريا علاجيا للاضطرابات الانفعالية، كالقلق لأنه يقوم على فكرة وهي: أن التصورات والمعتقدات، والأفكار السلبية تسهم في نشأة الاضطرابات الانفعالية النفسية، بمعنى أن الإنسان يضطرب انفعاليا ونفسيا وجسديا واجتماعيا، ليس بسبب الأشياء والأحداث الخارجية في حد ذاتها، بل بسبب نظرتة وتفسيره لها سلبيا (سهيل، 2013، ص100).

إن الأفكار اللامنطقية التي يحملها الإنسان تلعب الدور الأساسي في حدوث الاضطراب النفسي أيا كان شكله، وأن نظام المعتقدات ونمط التفكير المحدود لدى الفرد حول مشكلة ما، هو الذي يمهّد لحدوث الاضطراب الانفعالي وليس المشكلة بحد ذاتها. وقد وضع (ألبرت اليس) نظرية فسر بها آلية حدوث الاضطراب النفسي والإجراءات التي يتم بها التعامل مع الاضطرابات الانفعالية، أطلق عليها نظرية (A.B.I)، وترمز هذه الحروف إلى الحرف الأول من كل كلمة، وهذه الكلمات تشير إلى حدث أو معتقدات أو إجراء علاجي. (أبو زعينة، 2009، ص152، 153).

ويمكن توضيح هذه النظرية على النحو التالي:

- (1) (Active event): أي حدث غير مرغوب يبعث على الضيق.
- (2) (Believe system): وهو نظام المعتقدات لدى الشخص.
- (3) (emotional and behavioral cosequenece): تمثل العواقب والنتائج الانفعالية والسلوكية، والتي تتمثل في القلق والاكتئاب والشعور بالتفاهة. وطبقا لنظرية ABC، فإن المشكلات السيكولوجية لا تنتج عن ضغوط خارجية، ولكن عن أفكار لاعقلانية يتمسك بها الشخص وتؤدي به إلى أن يملئ رغبته ويصر على الاستجابة لها كي يكون سعيدا. وتتمثل مهمة العلاج العقلاني الانفعالي في مهاجمة هذه الاعتقادات اللاعقلانية واللاواقعية والمؤذية للذات وعلى تعليم العميل أنماط تفكير أكثر عقلانية ومنطقية (مليكة، 1990، ص185).

6.2. الانتقادات الموجهة للاتجاه المعرفي السلوكي:

إن المساهمة الرئيسية التي قام بها كل من إيس وبيك وماكينبوم هي إزالة الغموض والإرباك للعملية العلاجية، حيث أن المقاربات السلوكية المعرفية مبنية على نموذج تربوي يؤكد على التحالف بين المعالج والعميل. وهذه النماذج تشجع على خدمة الفرد لنفسه Self-help، وتزود تغذية راجعة باستمرار من العميل عن كيفية سير استراتيجيات العلاج. ثم تزويد الخطة والاتجاه لعملية العلاج التي تسمح وتسهل تقييم النتائج. إن العملاء هنا نشيطون، يتلقون معلومات، ومسؤولون عن اتجاه العلاج لأنهم شركاء في المشروع (كوري، 2011، ص399). ورغم هذا فقد وجهت لهذا المنحى مجموعة من الانتقادات أبرزها ما يلي:

- ركز أصحاب هذا الاتجاه كثيرا على قوة التفكير الإيجابي لدى المسترشد دون أخذ الظروف البيئية المحيطة بعين الاعتبار، والتي تساهم إلى حد كبير في التأثير على أفكار وانفعالات المسترشد، كما أنه تجاهل دور العوامل اللاشعورية كأسباب للاضطرابات النفسية.
- يؤخذ على الاتجاه السلوكي المعرفي أنه مبسط كثيرا، وينكر أهمية الأحداث الماضية للمسترشد.
- عدم الاكتراث في إقامة علاقة علاجية دافئة مع المسترشد.
- التقنيات العلاجية موجهة لإزالة الأعراض فقط دون اكتشاف الأسباب الموضوعية الخارجية في البيئة. (أبو زعين، 2009، ص. ص. 160-161).

3. البرامج الإرشادية

مما لا شك فيه أن أي برنامج إرشادي يتألف من مجموعة من الخطوات المخططة والمنظمة والتي ترمي إلى تحقيق أهداف معينة بحيث تمهد كل خطوة للخطوة التي تليها، وبحيث تصبح في النهاية مترابطة معاً، وتؤدي إلى تعديل الأساليب السلوكية الخاطئة والمعارف السلبية لدى الأفراد واستبدالها بأساليب سلوكية جديدة، وأفكار واتجاهات أكثر إيجابية، مما يترتب عليه تحقيق التوافق النفسي لدى المشاركين في البرنامج الإرشادي (حسين، 2004، ص282). ولتقديم مشروع برنامج إرشادي، على مصمم البرنامج أن يوضح خطوات تصميم البرنامج، وتحديد أهدافه الرئيسية والفرعية ومحتوياته، والأنشطة التي يتضمنها، وكيفية تنفيذها ومراحلها، وطريقة تقويم فاعلية كل نشاط من هذه الأنشطة، ومدة البرنامج، ومنهجيته العلمية، وغيرها من العناصر الضرورية لأي برنامج إرشادي نفسي (عبد الله، 2013، ص215).

سنكتفي في هذا الجزء بعرض مجموعة من التعاريف حول البرنامج الإرشادي، ثم الإشارة إلى الإطار النظري للبرنامج الإرشادي، بعده نوضح أهم الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي، ثم أهداف البرامج الإرشادية بصفة عامة، أما بقية خطوات تصميم البرنامج الإرشادي والمرتبطة بالجانب الإجرائي سوف نتناولها بالتفصيل في فصل الإجراءات المنهجية للدراسة.

1.3. تعريف البرنامج الإرشادي :

يعرف زهران (1986) البرنامج الإرشادي بأنه: "برنامج علمي مخطط ومنظم لتقديم مجموعة من الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فردياً أو جماعياً للمسترشدين داخل الأسرة وخارجها (أولياء أمور التلاميذ) بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي وتحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي والتربوي والاجتماعي بشكل سليم، بحيث يقوم بإعداده وتخطيطه وتنفيذه فريق من المختصين في العمل الإرشادي. (المرشد النفسي، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، مدير المدرسة، المعلم المرشد، أولياء الأمور". (العاسمي، 2008، د.ص).

ويرى كل من جودت عبد الهادي وسعيد العزة (2007) أن البرنامج الإرشادي هو: "البيان الكلي لأنواع النشاط التي تقرر اتخاذها للقيام بعمل إرشادي معين، أو بيان عن الموقف وتحديد المشكلات النفسية وتحديد الأهداف المنشودة، ثم حصر المواد المتاحة، ووضع خطة عمل يمكن من خلال تنفيذها التغلب على المشاكل وتحقيق الأهداف في أقصر وقت وبأقل جهد وتكاليف ممكنة" (الحمادي، والهجين، 2009، ص10).

يعرف محمد جعفر جمل الليل (2009) البرنامج الإرشادي على أنه: "مجموعة من السلوكيات والأنشطة التي تهدف إلى مساعدة المسترشد على مواجهة مشكلته والتغلب عليها بإزالتها أو التخفيف من آثارها السلبية. وقد تكون هذه السلوكيات والأنشطة بسيطة وقد تكون مركبة وتحتاج إلى مراحل وجهود عديدة" (جمل الليل، 2009، ص228).

عموما اتفق الباحثون على أن البرامج الإرشادية في مجملها عبارة عن خطوات منظمة يعدها مختصون بهدف تقديم المساعدة والدعم للأفراد لحل مشكلاتهم.

2.3. الإطار النظري للبرنامج الإرشادي :

بني الإرشاد النفسي بصفة عامة على نظريات وأسس واضحة، يأخذ منها المرشد ما يناسب البيئة والجو الإرشاديين مع المسترشد، أو مجموعة المسترشدين سواء كانوا طلابا أو جماعات معينة أو عائلات، وكذا تعليم العملاء كيفية اتخاذ القرار، وتطوير أساليب جديدة في السلوك والمشاعر والتفكير من أجل تحقيق الأهداف الشخصية من تغيير واختيار (المصري، 2010، ص10). ويوجد في ميدان الإرشاد النفسي العديد من النظريات الإرشادية، مثل: النظرية التحليلية والنظرية السلوكية والنظرية المتمركزة حول المسترشد والنظرية المعرفية والنظرية الواقعية والنظرية البنائية ونظرية الجشطالت وغيرها الكثير من النظريات، ويمكن للبرنامج الإرشادي أن يعتمد على نظرية واحدة من هذه النظريات، ويمكن أن يعتمد على أكثر من نظرية، ومن الأفضل أن يعتمد البرنامج الإرشادي على أكثر من نظرية من هذه النظريات، لأن المشكلات النفسية كثيرة ومتعددة، وتحتاج إلى طرق متعددة لمواجهتها، ولكل نظرية إرشادية مختلفة عن النظريات الأخرى، وكذلك تفسيرها للسلوك وخطوات ومراحل العلاج مختلفة أيضا (المشاقبة، 2008، ص.ص.290-291).

عموما يمكن للمرشد اختيار ما يناسبه من نظريات وفتيات وأساليب - حسب تكوينه فيها ودرجة تمكنه منها - والتي يراها مناسبة في بناء برنامجه وتتماشى وأهدافه في تخفيف أو تعديل أو التخلص من المشكلة موضوع بحثه.

3.3. الأسس التي يقوم عليها البرنامج الإرشادي :

عند تصميم وبناء البرنامج الإرشادي لابد وأن يؤخذ في الحسبان الاعتبارات التالية وذلك لضمان ونجاح فاعلية البرنامج الإرشادي وهي:

- العمر الزمني للأفراد المشاركين في البرنامج والخصائص النمائية للمرحلة التي يمرون بها، حيث أن البرنامج الإرشادي الذي يصلح تطبيقه على الأطفال لا يمكن استخدامه مع المراهقين أو الراشدين وذلك لاختلاف العمر الزمني لكل منهما واختلاف خصائص النمو لكل مرحلة نمائية عن الأخرى.
- ضرورة مراعاة مطالب النمو تبعاً لمراحل النمو التي يمر بها الأفراد المشاركون في البرنامج، حيث أن كل مرحلة من مراحل النمو المختلفة لها مهام ومطالب تميزها عن غيرها.
- مراعاة الفروق بين الجنسين.
- نوع وطبيعة المشكلة التي يعاني منها المشاركون في البرنامج.
- أن يكون البرنامج واقعياً وفي حدود الإمكانيات المتاحة والممكنة (حسين طه، 2004، ص 283).
- الاهتمام بالخصائص البيئية من جميع جوانبها الطبيعية أو الثقافية، فقد تسمح تضاريس البلاد ومناخها أو التعاليم الدينية والأعراف الاجتماعية وثقافة المجتمع بتنفيذ البرنامج- أو جزء منه- أو لا تسمح (جمل الليل، 2009، ص 229).

4.3. أهداف البرنامج الإرشادي :

تسعى البرامج الإرشادية بصفة عامة إلى تحقيق نوعين من الأهداف أحدهما عام وهي نفس الأهداف التي تسعى إليها عملية الإرشاد النفسي بشكل عام وتمثل في تحقيق التوافق النفسي وتحقيق الذات والتمتع بالصحة النفسية، والنوع الآخر أهداف خاصة وهي تختلف باختلاف المستفيدين من البرنامج سواء كان الطلاب أنفسهم أو أولياء الأمور وباختلاف نوعية المشاكل التي يعاني منها الأفراد. (حسين طه، 2004، ص 284)

ويرى محمد جعفر جمل الليل (2009) أنه يمكن تجزئة الأهداف الخاصة إلى أهداف فرعية وتفتيتها لمساعدة المرشد على جدولة هذه الأهداف والتعامل مع كل جزء منها بالأسلوب المناسب، فمثلاً تحقيق هدف من الأهداف مثل تعديل اتجاهات الطلبة نحو التخصصات الدراسية والمهن المختلفة يتطلب التعامل مع التخصصات الدراسية أولاً وربطها بالمهن المختلفة، وإعداد الوسائل التي تساعد على توضيح مستقبل هذه التخصصات، بالإضافة إلى التعامل مع اتجاهات الأسرة والمجتمع بصورة عامة لكي تصبح إيجابية مع بعض هذه التخصصات وبعض هذه المهن (جمل الليل، 2009، ص. ص 231-232). وكلما كانت الأهداف واضحة ومضبوطة بشكل جيد في التعامل مع المشكلة، كلما ساعد ذلك المرشد على القيام بعمله ومساعدة المسترشد على نحو أفضل.

خلاصة

ما يمكن استنتاجه من هذا الفصل هو أن الإرشاد النفسي كأهم مهنة المساعدة يعتبر علم قائم بذاته، له أهدافه وأسس ومجالاته وأساليبه المختلفة في التعامل مع المشكلات، كما أن الشخص القائم بالعملية الإرشادية يجب أن يكون مؤهلاً ومعداً إعداداً جيداً من الناحية النظرية والتطبيقية حتى يتسنى له التعامل مع مختلف الاضطرابات والمشكلات التي يعاني منها الأفراد.

والإرشاد المعرفي السلوكي كأحد الاتجاهات التطبيقية في الإرشاد النفسي، إن لم نقل يعتبر أهمها في الوقت الراهن من حيث الفعالية الإرشادية والعلاجية، خاصة إذا طبقت البرامج الإرشادية المعرفية السلوكية بطريقة جيدة، وفي ظل ظروف علمية وعملية مناسبة من حيث تطبيق الاستراتيجيات والوسائل المناسبة لخصوصية كل مشكلة، هذا وترى الباحثة أن الإرشاد المعرفي السلوكي لا يكون فعالاً وناجحاً في علاج مشكلات الأفراد بمجرد خضوعهم له في عدة جلسات، وإنما يكمن الشق الأهم للعلاج في تغيير البيئة الأسرية والمهنية والاجتماعية للعميل لأنها تعتبر السبب المباشر في ظهور مختلف المشكلات والاضطرابات لدى الأفراد، وهذا ما يصعب أو يستحيل إجراؤه من طرف المرشدين.

الفصل الثالث: الاضطرابات النفسية

والمرأة المعنفة

تمهيد

1. مدخل إلى الصحة النفسية والاضطرابات النفسية

2. اضطراب القلق

3. اضطراب الاكتئاب

4. الاضطرابات النفسية عند المرأة المعنفة

خلاصة

تمهيد:

تشكل النسبية الثقافية إحدى أسباب غموض وصعوبات تحديد الصحة والمرض. فالمرض يتحدد دوماً بمقدار الخروج عن معايير ومتطلبات حالة ثقافية معينة، والصحة هي كذلك بمقدار تلاؤمها مع هذه المعايير والمتطلبات. والنسبية هي زمانية ومكانية في آن معا. فما يعتبر مرضاً أو انحرافاً، أو شذوذاً في مرحلة تاريخية ما في مجتمع ما لا يعود يعتبر كذلك في مرحلة أخرى. فبينما كان القانون يعاقب على بعض الممارسات الجنسية المعتبرة شاذة، أصبح نفس القانون يعاقب على التعرض لمن يمارسونها باعتبار هذا التعرض يشكل اعتداءً على حرمتهم الشخصية. أما مكانياً فإن ما يعتبر صحة نفسية في مجتمع ما قد يعتبر حالة غير صحية في مجتمع آخر. وذلك تبعاً للمعايير كل مجتمع ونظام قيمه وتوجهاته ونظراته إلى الإنسان (حجازي، 2004، ص 29). وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى بعض المفاهيم حول الصحة النفسية وأهميتها بالنسبة للفرد والمجتمع، وكذا مفهوم كلا من المرض النفسي والاضطرابات النفسية مع إبراز أسبابها ونسبة انتشارها. كما سنتطرق بشكل مفصل إلى اضطرابي القلق والاكتئاب وإبراز تأثيرهما على صحة المرأة.

1. مدخل إلى الصحة النفسية والاضطرابات النفسية

1.1. مفهوم الصحة النفسية:

تعرف الصحة النفسية بأنها: "الخلو من أعراض المرض النفسي أو العقلي مع قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع مجتمعه، توافقاً من شأنه أن يخلق السلام والاطمئنان الداخلي خالياً من الصراعات وأن يقيم توازناً بين وظائفه النفسية الثلاث (الشهوة والعقل والضمير) ويقصد بهذا أن يكون هناك انسجام بين غرائز الفرد وبين اتجاهاته العقلية التي ترضي الجانب العقلاني فيه، وبين الجانب المثالي الذي يرضي الضمير. أي أن المقصود بالتوافق بين الوظائف النفسية أن يكون الفرد قادراً على التوفيق بين غرائزه وعقله وضميره (شكشك، 2009، ص 14).

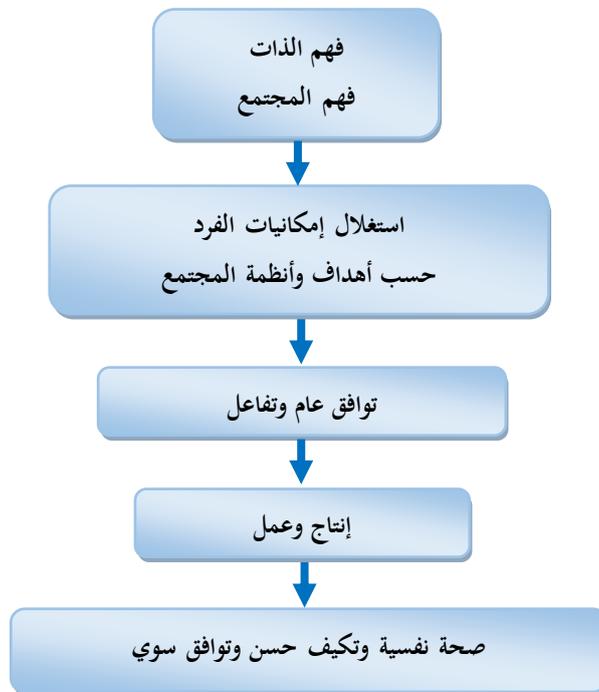
تعرف سري (2000) الصحة النفسية بأنها: "حالة يكون فيها الفرد متوافقاً نفسياً، ويشعر بالسعادة والكفاية والراحة النفسية، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته واستثمار طاقاته، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة وإدارة الأزمات النفسية، وتكون شخصيته سوية متكاملة، ويكون سلوكه عادياً" (سري، 2000، ص 28).

أما منظمة الصحة العالمية فتعرف الصحة النفسية بأنها: " حالة من التكامل الجسدي، العقلي والرفاه الاجتماعي وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز". وتشمل مفاهيم الصحة النفسية: الرفاهية الشخصية بالنظر إلى الكفاءة الذاتية، التحكم الذاتي، المهارة، الاعتماد بين الأجيال والاعتراف بقدرة الفرد على تحقيق إمكانياته الفكرية والعاطفية.

كما تم تعريفها أيضا بأنها: " حالة من الرفاهية الفردية تتم بواسطة التعرف على قدرات الأفراد، التي تمكنهم من التعامل مع الضغوط الطبيعية للحياة، والعمل بشكل مثمر والمساهمة في تقدم مجتمعاتهم". فالصحة النفسية هي تعزيز لكفاءات الأفراد والمجتمعات وتمكينهم من تحقيق أهدافهم. (World Health Organization, 2003, p7)

هناك تعريف شامل للصحة النفسية بأنها: " تكيف الفرد مع نفسه ومع مجتمعه الخارجي تكيفا يؤدي إلى أقصى ما يمكن من الكفاية والسعادة لكل من الفرد والمجتمع الذي ينتمي إليه" (العبيدي، 2009، ص10).

وعلى هذا فإننا نستطيع أن نقول إن علم الصحة النفسية في النهاية هو: " علم التكيف أو التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدها، وتقبل الفرد لذاته، وتقبل الآخرين له، بحيث يترتب على هذا كله شعوره بالسعادة والراحة النفسية" (فهيم مصطفى، 1995، ص18).



نقلا عن: (الأحمد، 1999، ص46).

شكل رقم 2: يوضح مخطط مفهوم الصحة النفسية الشامل

وقد قدم العديد من الباحثين في علم النفس عددا من التعريفات للصحة النفسية التي تدور حول محور من

المحاور التالية:

- الخلو من الأمراض والاضطرابات النفسية.
- الخلو من الانحرافات.
- تحقيق التوازن بين كافة المطالب.
- تحقيق التوافق النفسي.
- تحقيق الذات.
- الحصول على السعادة.
- حسن الخلق (الصنيع، 2000، ص.ص 18-19).

2.1. أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد والمجتمع:

ترجع أهمية الصحة النفسية بالنسبة للفرد في الآتي:

- تساعد الفرد في حل مشكلاته التي يواجهها في الحياة.
- تساعد الفرد ليعيش حياة اجتماعية سليمة
- تساعد الفرد على التركيز والالتزان الانفعالي.
- تساعد الفرد على الأمن والطمأنينة والهدوء النفسي.
- تساعد الفرد على النجاح في حياته المهنية.
- تساعد الفرد على تدعيم صحته البدنية.
- تساعد الفرد على تحقيق إنتاجيته وزيادة كفايته.

وتكمن أهمية الصحة النفسية بالنسبة للمجتمع في الآتي:

- تساعد المجتمع على التعاون وتكوين العلاقات الاجتماعية.

- تساعد المجتمع على التقليل من الأفراد المنحرفين والجانحين والخارجين عن قيم المجتمع.
- تساعد المجتمع على مواجهة الظواهر المرضية والسلوكية المتفشية فيه.
- تساعد المجتمع على زيادة التعاون بين أفرادها (قطيشات والتل، 2009، ص.ص.21-24).

" وإذا أخذنا الصحة النفسية واختلالها وجدنا أن الأمر فيها نسبي كما هو في الشذوذ، فكما أنه لا يوجد حد فاصل بين الشاذ والعادي، كذلك لا يوجد حد فاصل بين الصحة النفسية والمرض النفسي وهي في ذلك شبيهة بالصحة الجسمية، فالتوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة لا يكاد يكون له وجود، ولكن درجة اختلال هذا التوافق هي التي تبرز حالة المرض عن حالة الصحة، والشيء نفسه بالنسبة للوظائف النفسية (القوسي، 1952، ص10).

وهنا تجدر الإشارة إلى أن الصحة النفسية، كما يذهب إليه أصحاب التحليل النفسي، لا تعني الغياب الكلي للاضطراب، بل هي تعني القدرة على استيعاب هذه الانتكاسات والمآزق والخروج منها بدرجات متفاوتة من الجهد (حجازي، 2004، ص31).

3.1 مفهوم المرض النفسي:

يقصد بكلمة مرض في المعنى الطبي- التقليدي أنه: "حالة تتملك شخصا فتحوله إلى شخص مختلف جذريا عن حالته السوية، فهو قد يعاني من الملاريا، أو من الحمى أو الجلطة... إلخ. ونجد في كل حالة انفصالا بين السوي والمريض. والأكثر من ذلك يوقن الطبيب أن هناك سببا معيناً لكل مرض، كأن نصاب بجرثومة أو تلحق بنا أضرار مادية ما. ولا شيء من هذا يصح مع الاضطراب النفسي، أو ما نسميه مجازاً، المرض النفسي.

فالمريض النفسي أو الشخص المضطرب نفسياً لا يختلف في طبيعته عن الشخص العادي، فليس هناك فرق بين المضطربين والأسوياء إلا في مقدار ظهور السلوك الذي نعتبره شاذاً أو مريضاً (إبراهيم عبد الستار، 2002، ص33).

الأمراض النفسية هي الحالات الطبية التي تعطل تفكير الشخص، شعوره، مزاجه، قدرته على التواصل مع الآخرين، وأعماله اليومية. تماماً كما مرض السكري الذي هو اضطراب في البنكرياس، فإن الأمراض النفسية هي الحالات الطبية التي غالباً ما تؤدي إلى تناقص القدرة على التعامل مع المطالب العادية للحياة (Minnesota national alliance on mental illness, n.d, pl).

يرى شكشك (2009) أن المرض النفسي هو: "اضطراب انفعالي شديد يؤدي إلى انحراف سلوك الشخص وجعل تصرفاته شاذة وغريبة وغير مقبولة في كثير من المناسبات مع احتمال تصاعد هذا الاضطراب باتجاه مزيد من التعقيد، ومن أبرز أشكال الاضطرابات النفسية الاضطرابات التي تنشأ عن عامل عضوي يتمثل في إصابة بعض الأنسجة الدماغية كتصلب الشرايين الدماغية أو أي إصابة تحدث في المخ، وهناك الاضطرابات التي يكون المنشأ فيها نفسياً وتسمى بالاضطرابات الوظيفية (شكشك، 2009، ص27).

في حين يذهب (ناصر، محمد جودت، 2006، د.ص) إلى أن الأمراض النفسية عبارة عن مجموعة من الانحرافات التي لا تنجم عن اختلال بدني أو عضوي أو تلف في المخ -حتى ولو كانت أعراضها بدنية عضوية-، وتأخذ هذه الانحرافات مظاهر متنوعة من أهمها: التوتر النفسي، الكآبة، القلق، الوسواس، الأفعال القسرية اللاإرادية، التحول المستيري، الشعور بوهن العزيمة والعجز عن تحقيق الأهداف، والمخاوف والأفكار السوداء التي تحاصر الفرد في يقظته فتدعه مشتت البال، وفي النوم تجعله أرقاً لا يعرف النوم إلى جفنه سبيلاً.

أما المرض العقلي فيمكن تعريفه على أنه: "اضطراب نفسي يصيب الشخصية فيجعل اتصالها مع الواقع معطلاً وغير سوي ويجعل التفكير مفككا وغير مترابط والانفعالات شاذة وغير متناسبة مع الموقف الانفعالي ويبدو المصاب وكأنه يعيش في عالم خاص به ومن نسجه وصنعه وأنه غارق فيه وقانع بما ينطوي عليه (شكشك، 2009، ص27).

ويمكن تصنيف الاضطرابات التي يكون منشؤها نفسياً إلى:

- الذهان ويدعى المرض العقلي "الجنون" وهو من أشد الاضطرابات وأكثرها خطراً على الإنسان.
- العصاب وهو اضطراب لا يصل إلى مستوى خطر الذهان، حيث تكون شخصية العصابي شخصية عادية ما عدا ناحية من نواحيها يكون فيها اختلال.
- الاضطرابات الجسدية النفسية والعامل الرئيسي في تكونها يكون نفسياً.
- اضطراب انحراف السلوك الاجتماعي. فالسلوك هنا يتجه ضد المجتمع على شكل إجرام وإدمان واغتصاب وغير ذلك.
- اضطراب سوء التوافق المهني أو المدرسي أو الأسري وفي الغالب يمكن زوالها تدريجياً أو بمساعدة الإرشاد النفسي والاجتماعي (شكشك، 2009، ص27، 28).

يُحجّل الناس من المرض النفسي، ويجاهدون في إخفائه وعدم الاعتراف به، وهذا هو أحد أسباب تأخر العلاج، فهم لا يزورون الطبيب إلا بعد وقت طويل من بداية المرض لأنهم يخشون وصمة Stigma المرض النفسي وكأنه خطيئة، وهذا طبعاً يرتبط بثقافة الشعوب ومعتقداتهم السائدة، ودرجة وعيهم وكذا مشاعرهم السلبية المتعلقة بالمرض النفسي (الميلادي، 2010، ص13).

4.1. تعريف الاضطرابات النفسية:

مصطلح "الاضطرابات النفسية" حديث نسبياً، حيث بدأ يجل تدريجياً مكان "الأمراض النفسية" في كثير من دوائر الطب النفسي، مراعاة للآثار النفسية السلبية لكلمة "مرض" ومع بداية القرن الماضي كان المصطلح الأكثر شيوعاً هو العصاب Neurosis" بعد أن طرحته مدرسة التحليل النفسي الفرويدية كتعبير عن الحالة النفسية الناشئة عن الصراعات اللاشعورية التي يعيشها بعض الأفراد (قطيشات والتل، 2009، ص99).

" هو اصطلاح عام يطلق على مجموعة من الانفعالات المختلفة التي تحدث للفرد وتحدث له خلل في كيان شخصيته، وهي تحدث بسبب عوامل نفسية المنشأ دون وجود سبب عضوي معين في الجسم، وتجعل المريض في حالة من عدم الارتياح ويشعر المريض هنا بالتغير في الواقع من حوله ويصحبه خلل في السلوك. (المطيري، 2005، ص141).

يعرف الاضطراب النفسي على أنه: "أي حدث أو حالة يتعرض لها شخص ما، وتؤثر على عواطفه أو أفكاره أو سلوكه، بحيث لا تتوافق مع معتقداته الثقافية وشخصيته، وتؤدي إلى تأثير سلبي على حياته وحياته عائلته والمحيطين به" (باتل، 2008، ص3).

لقد عرفت جمعية الطب النفسي الأمريكية في تقريرها السنوي (1953) الأمراض العصبية بما يلي: " إن الأمراض النفسية هي مجموعة الانحرافات التي لا تنجم عن علة عضوية أو تلف دماغي بل هي اضطرابات وظيفية ومزاجية في الشخصية ترجع إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية أو اضطرابات في علاقة الفرد مع الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه ويرتبط بحياة الفرد وخاصة في طفولته المبكرة، ولقد عرفت منظمة الصحة العالمية المرض النفسي أو العصبي بأنه: " مجموعة من الاضطرابات النفسية الناشئة عن صراعات داخلية مختلفة وتشارك جميعها في صفات عامة كالقلق والشعور بالاكتئاب وعدم استقرار وحساسية متزايدة وشكوك" (المطيري، 2005، ص146).

وهكذا تتفق الجمعية الأمريكية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية على ثلاثة أمور لتعريف الاضطراب

النفسي:

- وجود ألم نفسي أو عضوي واضح.
- أن يصاحب الاضطراب قصور ذا دلالة إكلينيكية في النواحي الشخصية والمهنية للمريض.
- لا يكفي تعريف الاضطراب أو الحكم على وجوده من خلال الصراع الدائر بين الفرد والمجتمع أو انحراف سلوكه عن معايير المجتمع (المطيري، 2005، ص147).

في الأخير يمكننا تبني ما أشار إليه **Meninger** إلى أن " الاختلاف بين الصحة النفسية والمرض مجرد اختلاف في الدرجة كما هو الحال بين السوية واللاسوية، بمعنى آخر فهما مفهومان نسبيان لا يفهم أحدهما إلا بالرجوع إلى الآخر، ومن ثم تهدف الصحة النفسية إلى دراسة حالات الإخلال في السلوك واضطرابات الشخصية" (العبيدي، 2009، ص14).

5.1. أسباب الاضطرابات النفسية

من المبادئ الرئيسية في أسباب الأمراض النفسية مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب، فمن النادر أن نضع أيدينا على سبب واحد كالوراثة أو صدمة ونقول إنه السبب الوحيد لمرض نفسي بعينه، بل تتعدد الأسباب إلى الحد الذي قد يصعب فيه الفصل بينها أو تحديد مدى أثر كل منها. فالحياة النفسية ليست من البساطة أن يكون اضطرابها رهنا بسبب واحد. وتتلخص أسباب الأمراض النفسية في نتيجة تفاعل قوى كثيرة متعددة ومعقدة، داخلية في الإنسان (جسمية ونفسية) وخارجية في البيئة (مادية واجتماعية). (زهران، 2005، ص107).

وفيما يلي عرض لأهم الأسباب المؤدية للاضطرابات النفسية:

- العوامل البيولوجية:

حيث أنه من المعروف أن معظم الأمراض بما فيها الأمراض النفسية والعصبية ترتبط بالجينات الوراثية الأسرية وتنتقل لأطفال كل أسرة، فالارتباط الجيني يهيئ الطفل لحدوث تغيرات مرضية وراثية أثناء تخليق الجنين، وبالتالي إحداث أنواع معينة من الاضطرابات النفسية والعصبية الوراثية، كما أن إصابة الأم ببعض الأمراض أثناء الحمل، أو التعرض لعمل أشعة أو تعاطي أدوية معينة أو حتى سوء التغذية أثناء الحمل قد يؤدي لحدوث تشوهات

خلقية أو مضاعفات مرضية تؤثر على الطفل فيما بعد وتؤدي للمرض النفسي والعصبي (بطرس، 2008، ص. ص. 132-133).

— أسباب ذاتية:

إن شخصية الفرد وطريقة تفكيره وإدراكه وكيفية إدارة حياته تؤثر في صحته النفسية، فبعض الأفراد لديهم استعدادا للاضطرابات النفسية، كثيرا ما يكون انعدام الإحساس بالأمان وبالقيمة الذاتية، والشعور باللا جدوى وانعدام التقدير والمكانة والهدف في الحياة من أسباب الاضطراب النفسي (باتل، 2008، ص. 16).

— أسباب نفسية:

مثل الصراع - كصراع الإقدام والإحجام، والإحباط - الأولي والثانوي، الإيجابي والسلبي، والداخلي والخارجي، والحرمان - عدم إشباع الحاجات، والصدمات والأزمات، والخبرات السيئة، والإصابة السابقة بالمرض النفسي، والتناقض الوجداني، وقصور النضج النفسي، والضغط النفسي، والإطار المرجعي الخاطئ، ومفهوم الذات السالب، والمحتوى الخطير لمفهوم الذات الخاص (سري، 2000، ص. 46).

— عوامل التنشئة الاجتماعية:

يظل دور الوالدين أساسيا في تنشئة أطفالهم سواء في حمايتهم من الاضطراب أو في إعاقة نموهم بشكل عام، فالوالدان اللذان لا يشبعان حاجات أطفالهم إلى الحب والعطف والحنان والانتماء. واللذان يتخذان من العقاب الجسدي وسيلة للتأديب، والأسرة الحامية لأطفالها حماية زائدة مبالغا فيها. حيث يشيع فيها التدليل الزائد، وتلبية كل مطالب الأطفال. والأسرة المفككة التي يشيع فيها عدم الاحترام والمودة بين أعضائها، أو تكثر فيها النزاعات. هذه الأسر تنتج لنا أفرادا سيعانون أشكالا من الاضطرابات النفسية (قطيشات، والتل، 2009، ص. ص. 100-101).

— الأسباب الثقافية:

هي مجموعة الأسباب التي تحيط بالفرد في البيئة أو المجال الاجتماعي، كاضطراب العوامل الحضارية والثقافية التي تتدخل في عملية نضج وبناء واتجاه الشخصية الإنسانية ويشمل ذلك العادات والتقاليد والطقوس والمعايير التاريخية والتراثية ذات التأثير غير المباشر في حدوث المرض العقلي، وفي حالات خاصة قد تكون هي السبب المباشر، صحيح أن أغلب الأمراض العقلية موجودة في كل الثقافات، إلا أنه من الملاحظ كثرة بعضها في ثقافة

وقلة بعضها في ثقافة أخرى، فمثلا نجد الإدمان على الكحول يكثر في المجتمعات الغربية، والفصام يكثر في المجتمعات المتمدنة ويقل في المجتمعات البدائية (أبو الخير، 2001، ص.71).

– الأحداث الحياتية الضاغطة:

فالحياة مليئة بالخبرات والأحداث التي تدفع الإنسان إلى الشعور بالقلق والضغط. صحيح أن معظم الناس يتعلمون تحطي هذه الأحداث ومواصلة حياتهم، غير أن تراكم الأحداث المسببة للضغط قد تؤدي أحيانا إلى اضطراب نفسي، ومن الأحداث الحياتية التي قد تؤدي إلى ضغط كبير: البطالة، وفاة شخص عزيز، المشكلات الاقتصادية لاسيما الديون، الوحدة، العقم، الخلافات الزوجية، العنف، والصدمات (باتل، 2008، ص.16).

6.1. نسبة انتشار الاضطرابات النفسية

الواقع أن الحصول على أرقام دقيقة بهذا الشأن أمر عسير إن لم يكن مستحيلا، والسبب في ذلك أن معظم المرضى لا يدخلون المستشفيات النفسية والعقلية أو العيادات النفسية، ومع ذلك فقد أشارت بعض الإحصائيات أن نسبة مرضى العصاب داخل المستشفيات سنة 1954 لا تتعدى (3 إلى 5%) من بين المقبولين لأول مرة في المستشفيات، وقد تبين أن الجزء الأكبر من هؤلاء المرضى يترددون أولا على كافة العيادات الطبية، ويتقلون من طبيب لآخر، دون أن يكون هناك فهم واضح أو تشخيص صحيح للأعراض التي يعانون منها مما يدفع بهم نحو المستشفيات لإجراء المراقبة المستمرة والعناية اللازمة، وتوضح بعض التقارير أن حوالي (40%) من المرضى الذين يترددون على العيادات سنة 1952 يعانون من مرض العصاب، وقد قام وات (Watte) سنة 1952 بإجراء بعض الدراسات الإحصائية في بريطانيا تبين له من نتائجها أن حوالي (12%) من مرضاه كانوا يعانون من العصاب، و (10%) يعانون من أمراض بيسيكوسوماتية، وتعتبر هذه النسبة ضعيفة جدا حيث أن الوعي الطبي في بريطانيا يتيح لهؤلاء المرضى أن يلجؤوا إلى العلاج التخصصي، ومن الطبيعي أن نسب هذه الأمراض ستزداد كثيرا إذا انتقلنا إلى عالمنا العربي حيث نجد انخفاض مستوى التعليم، وانخفاض المستوى والوعي الصحي، وانتشار الفقر والجهل والصراع، والمشكلات وعوامل التخلف وفقر البيئة... إلخ (الزباد، 1984، ص. 43-44).

والأمراض النفسية شائعة بين الناس أكثر مما نظن، وكلما اشتدت زحمة الحياة وزاد الصراع بين الناس، وعنف المجتمع بأفراده فاشتد في مطالبه، كلما زاد شيوعها وتفاقمت أضرارها. وهي أكثر شيوعا من الأمراض العقلية، وأصحابها لا يعزلون في العادة في معازل خاصة، بل ينتشرون في كل مكان. ومع أنهم مصدر متاعب

كثيرة لمن يتصلون بهم اتصالا قريبا، إلا أنهم لا يكونون في العادة خطرا على غيرهم أو على أنفسهم (راجح، 1968، ص496).

تشير الإحصائيات المتوافرة لدى منظمة الصحة العالمية إلى تزايد مستمر في انتشار الاضطرابات النفسية في العالم بسبب عدة عوامل نفسية، بيولوجية واجتماعية متداخلة فيما بينها (شلالا، 2010، ص11). وفي هذا الصدد يقول واستن **Westen** (1999): "إن فهم الإنسان يتطلب الاهتمام بتكوينه البيولوجي وخبراته النفسية وإطاره الثقافي. أي أنه لا بد من توسل مقاربات شمولية وعلى درجة من التعقيد في دراسة هذا الكائن الذي يفلت من كل محاولات الاختزال والتبسيط التي تحاول الدراسات المختبرية (ومنها الأبحاث الجينية) حشره فيها. فلقد بينت مختلف المحاولات أنه لا يمكن رد الكل إلى أحد أجزائه. فالطبيعة والتنشئة لا تتنافيان بل تتكاملان" (حجازي، 2004، ص94).

2. اضطراب القلق

نخطئ كثيرا إذا اعتبرنا أن القلق مجرد واحد من الأمراض النفسية التي تضمها قائمة تصنيف طويلة تحتوي على أمراض وحالات نفسية كثيرة مثل الاكتئاب النفسي، والفصام، والهستيريا، والوسواس القهري، وغير ذلك... إلخ، لكن الأمر بالنسبة للقلق يختلف بعد تزايد انتشاره في عالم اليوم وفي كل المجتمعات المتقدمة أو النامية في شرق الأرض وغربها، وبين قطاعات مختلفة من الناس من كل الأعمار والمستويات بما هو أقرب إلى الظاهرة أو السمة المميزة لهذا العصر (الشريبي، أ، 2010، ص17).

ويمكن القول أنّ هذا العصر هو "عصر القلق" فمع تعقد الحضارة، وسرعة التغيير الاجتماعي وصعوبة التكيف، ومع التقدم الحضاري السريع والتفكك العائلي، وصعوبة تحقيق الرغبات الذاتية بالرغم من إجراءات الحياة، وضعف القيم الدينية والخلقية يظهر الصراع والقلق لدى البعض، مما يجعل القلق هو محور الحديث في الأمراض النفسية والعقلية بل والأمراض السيكوسوماتية (عكاشة، 1989، ص38).

1.2. مفهوم القلق:

يعتبر القلق حالة نفسية تنطوي على مشاعر بغیضة مشابهة للخوف، تصدر بدون تهديد خارجي واضح، ويصاحبها اضطرابات فيزيولوجية مختلفة، وقد يكون القلق حالة سيكولوجية أولية تعتبر منطلقا لعمليات الدفاع، أو حالة مرضية ينتج عن انهيارها (القمش، والمعاطبة، 2007، ص255).

القلق هو الانفعال الذي نشعر به عندما نجد أنفسنا محاصرين في ركن ضيق. إننا نشعر حينئذ بأننا مهددون، على الرغم من أن مصدر التهديد قد لا يكون دائما واضحا لنا. إن الشعور بالخطر مرتبط بالشعور بالخوف والانفعالات المماثلة (ماركس، 1999، ص31).

والقلق هو فريسة لأفكار معينة والميل نحو القيام بعمل أو سلوك معين، كرد فعل لموقف أو ظرف معين حدث فعلا أو على وشك الحدوث، ويعتبر شيئا طبيعيا في حياة الإنسان اليومية، حيث أن هذه المشاعر ما هي إلا صمام الأمان الذي يقوم بتحذير الإنسان من وجود خطر ما يهدد كيانه الجسدي والنفسي وضرورة تجنب هذا الخطر من خلال سلوك أو ردود فعل معينة. ولكن إذا زاد القلق عن حده وأصبح شديدا قاسيا مما يقف في سبيل التكيف ويعوق الانتاج ويعرقل التقدم يصبح عرض مرضي وذلك هو الذي نطلق عليه عصاب القلق (الصيخان، 2010، ص69).

والقلق هو عبارة عن حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له الكثير من الكدر والضيق والألم، والشخص القلق يتوقع الشر دائما ويبدو متشائما وهو يتشكك في كل أمر يحيط به ويخشى أن يصيبه منه ضرر، فالقلق يترصد الفرص لكي يتعلق بأية فكرة أو أي أمر من أمور الحياة اليومية (شكشك، 2009، ص29).

– تعريف القلق:

* من الناحية اللغوية:

جاء في المنجد في اللغة والأعلام (1986) أن القلق من الناحية اللغوية هو:

- قلق- قلقا: اضطرب وانزعج فهو قلق ومقلق وهي قلقه ومقلقة، وأقلقه أزعجه، وفي مختار الصحاح (1978) أن القلق هو الانزعاج وقد قلق من باب طرب فهو (قلق) يقال بأن فلان قلق وأقلقه غيره.
- وفي المعجم الوسيط (قلق) قلقا: لم يستقر في مكان واحد، ولم يستقر على حال، واضطرب وانزعج فهو قلق.

يتبين لنا من التعريفات اللغوية السابقة للقلق أنها متفقة على أن القلق يقصد به الانزعاج والاضطراب والهجم والأرق (أبو الخير، 2001، ص73).

وفي اللغة الإنجليزية يقابل مصطلح القلق مصطلح "Anxiety" حيث يعرف في معجم أكسفورد Oxford (1989) على أنه: "إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل".

كما يعرف في معجم وبستر (Webster, 1991) على أنه: "إحساس غير عادي وقاهر من الخوف والخشية، وهو دائما يتصف بعلامات فيزيولوجية مثل التعرق والتوتر وازدياد نبضات القلب، وذلك بسبب الشك بشأن حقيقة طبيعة التهديد وبسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح" (فرج، 2009، ص127).

يقول ماي رولو May.R أن كلمة القلق تعني: "تضييق" أو "خفق"، أي أن لها تضييقا وخنقا لحياة الشخص، وهي ترجمة للكلمة الألمانية الأكثر تدميرا "Angst، أنغست" وتعني الرهبة أو الألم. إذ يواجه الشخص في كل لحظة تهديدا بعدم الوجود، والوعي بهذا التهديد هو القلق (Ritter, 1990, p52).

ويؤكد عبد السلام عبد الغفار (1990) أن النظريات السلوكية ترى أن القلق يعد استجابة خوف يتم استثارها عن طريق مثيرات ليس من شأنها أن تثير أو تدعو للقلق، بيد أنها اكتسبت تلك القدرة على إحداث هذه الاستجابة نتيجة لعملية تعلم سابقة وبهذا فإن استجابة القلق تكون اشتراطية تخضع لقوانين التعلم، في الوقت الذي تذهب فيه النظريات الوجودية إلى أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما قد يحمله من أحداث قد تهدد حياة الإنسان ووجوده (عبد الغني، 2015، ص91-92).

* من الناحية الاصطلاحية:

لقد تعددت التعريفات التي تناولت القلق، ففي هذا المجال يرى مصطفى سويف (1975) أن هناك اتجاهين لتعريف القلق، حيث يمثل كل منها اتجاها محدودا:

● **الاتجاه الأول:** والذي يمثله المهتمون بالبحوث الإكلينيكية، فهو حالة وجدانية غير سارة، قوامها الخوف الذي ليس له مبرر موضوعي من طبيعة الموقف الذي يواجهه الشخص مباشرة، وغالبا ما ينطبع هذا الخوف على الحاضر والمستقبل معا، وتكون هذه الحالة عادة مصحوبة بعدد من مظاهر الاضطراب في السلوك.

● **الاتجاه الثاني:** والذي يمثله المهتمون بالبحوث التجريبية، فهو دافع أو حافز إذا ما استثير فإنه يؤدي إلى تنشيط الشخص في المواقف التي نطالبه فيها بأن يكتسب مهارة معينة، كما أنه يساعد على تدعيم هذا الاكتساب.

ويمكن تعريف القلق الذي يمثل اتجاه البحوث الإكلينيكية حسب منصور طلعت وآخرين (1981) بأنه: "حالة انفعالية دافعية مركبة نستدل عليها من عدد الاستجابات المختلفة، فقد يكون القلق موضوعيا كرد فعل طبيعي لمواقف ضاغطة، أو مرضيا كحالة مستمرة منتشرة غامضة مهددة" (العطية، 2007، ص.10، 11).

يعرف سيبيلجر **Spielberger** (1979) القلق بأنه: "ردود أفعال تركز أصلا على القلق الموضوعي عندما تكون المثيرات أو الإشارات داخلية". (العطية، 2007، ص.11).

يعرفه شارلز **Charles** (1983) بأنه: "مرض نفسي وظيفي يتخذ أعراضا من بينها شعور المريض بالخوف والقلق من مثيرات ليس من شأنها أن تثير القلق لدى الغالبية العظمى من الناس وذلك لأنها لا تتضمن خطرا أو تهديدا لحياة الفرد، ومع علم المريض بذلك إلا أنه يشعر بالخوف والقلق الشديدين عندما يتعرض لمثل هذه

المثيرات، إضافة إلى الآلام التي تصيب الصدر وارتفاع في ضغط الدم وسرعة التنفس وجفاف الحلق" (النفسية، 2015، ص132).

بينما يعرفه فولبه Wolpe (1990) بأنه: " نمط الاستجابة الفردية الأوتوماتيكية للمثيرات والتي تؤدي إلى سلوك التجنب أو الهرب، وتخضع في الغالب للنظام العصبي الأوتوماتيكي، وأن تلك الاستجابات للمثيرات تكون مشروطة وضمن كل الاستجابات المتعلمة سواء التكييفية أو غير التكييفية " (العطية، 2007، ص12).

كما يعرف عبد المطلب القريطي (1998) القلق بأنه: " حالة انفعالية مركبة غير سارة تمثل ائتلافا أو مزيجا من مشاعر الخوف المستمر والفرع والرعب والانقباض والهم نتيجة توقع شر وشيك الحدوث أو الإحساس بالخطر والتهديد من شيء ما غامض يعجز المرء عن تبينه أو تحديده على نحو موضوعي، وقد يكون مبعث هذا الخطر والتهديد الذي يؤدي بالفرد إلى القلق داخليا كالصراعات أو الأفكار المؤلمة أو خارجيا كالخشية من شهور مرتقبة ككارثة طبيعية، أو وجود عائق خارجي يؤدي إلى الإحباط " (العطية، 2007، ص12).

ويرى عكاشة بأن القلق شعور غامض غير سار بالوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية الخاصة بزيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في المعدة أو الحبسة في الصدر أو ضيق في التنفس... إلخ (المطيري، 2005، ص278).

وغير بعيد عن هذا التعريف يرى الخطيب (2010) أن القلق Anxiety هو: " انشغال وخوف فوق العادة بموقف معين، أو التوجس المبالغ به بشأن موقف مستقبلي، إحساس غير مريح يرافقه تغيرات فيزيولوجية ونفسية" (الخطيب، 2010، ص28).

يعرف القلق وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) بأنه: " الخشية من خطر مرتقب أو التوتر أو الارتباك من توقع الخطر، ويكون مصدره غير معروف أو غير مفهوم إلى حد كبير، لتمييزه عن الخوف (Fear) الذي هو استجابة انفعالية لتهديد خارجي يدركه الفرد بطريقة واعية" (المعموري، ونعمة، 2015، ص154).

ترى الباحثة أن التعريفات الواردة أعلاه اتفقت في مجملها على أن القلق عبارة عن شعور غير سار يكون ممزوجا بحالة من الخوف المستمر وتوقع الشر، والإحساس بالخطر الوشيك، ويكون مرتبطا في الغالب بصراعات داخلية أو إحباطات خارجية.

2.2. انتشار القلق

يصعب علينا أن نحدد ما مدى انتشار القلق بين الناس، وصعوبة مثل هذا التحديد هو أن نحدد بين ما هو قلق طبيعي وما هو قلق مرضي (عصابي) لأنه في الحقيقة تأتي الصعوبة في كون القلق يظهر أحيانا كمرض نفسي شديد، وأحيانا يظهر ضمن حالات مرضية نفسية مختلفة أو عقلية أو جسمية أو ببيكوسوماتية، والصعوبة الأخرى أن درجة القلق تتوافر في كل إنسان طبيعي بين الحين والآخر، وهناك أيضا قلق داخلي عند بعض الناس من الصعوبة معرفته، وهناك ملاحظات طبية متوافرة تفيد بالتصاعد المستمر للقلق في مجتمعنا (زغير، 2010، ص140).

يصيب مرض القلق نحو (5%) تقريبا من السكان في أي وقت بعينه، ويبلغ نسبة المصابين به من الإناث (80%)، وتعزى هذه النسب إلى الضغوط التي يخلقها وضع النساء المتدني عن الرجال في المجتمعات، وتحدث أغلب الحالات في العقد الثاني وحتى أوائل العقد الثالث من العمر. ويشير تزايد الأعداد المصابة بالقلق داخلي المنشأ تساؤلات عما إذا كانت الإصابة به وخاصة في صورها البسيطة أو المخففة، تفيد في نواحي تكيفية معينة (القمش، والمعايطة، 2007، ص258).

3.2. القلق كحالة والقلق كسمة:

يعرف غيننج وآخرون (Gunning, et al 2010) حالة القلق بأنها: "الخوف والوقوع فريسة لأفكار معينة، والميل نحو القيام بعمل أو سلوك معين، كرد فعل لموقف أو ظرف طارئ حدث فعلا، أو على وشك الحدوث، حيث تقوم المشاعر بتحذير الإنسان من وجود خطر ما يهدد الجسم، وضرورة تجنب هذا الخطر من خلال سلوك أو ردود فعل" (السوالمه والصمادي، 2012، ص366).

كما يعرف عبد الخالق (1987) حالة القلق **Anxiety State** بأنها: "استجابة انفعالية غير سارة تنسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والخشية والعصبية والانزعاج، كما تتصف بتنشيط الجهاز العصبي الذاتي (الأتونومي) وزيادة تنبيهه. وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص أن منبها معينا أو موقفا ما قد يؤدي إلى إيذائه أو تهديده أو إحاطته بخاطر من الأخطار.

أما سمة القلق **Anxiety Trait** فإنها تشير إلى استعداد ثابت نسبيا لدى الفرد. ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، بل قد تستنتج من تكرار ارتفاع حالة القلق وشدتها لدى الفرد على امتداد الزمن. ويتميز الأشخاص

ذوو الدرجة المرتفعة في سمة القلق كالعصابيين (المضطربين نفسياً) مثلاً— بميلهم إلى إدراك العالم باعتباره خطراً يهدد حياتهم. (عبد الخالق، 1987، ص29).

ولقد أشار سيلبرجر وآخرون (1992) إلى تشابه القلق كحالة والقلق كسمة في جوانب معينة، كالطاقة الحركية والطاقة الكامنة. فيشير القلق كحالة (والذي يشبه الطاقة الحركية) إلى رد فعل واضح وملحوس، أو إلى عملية تحدث في زمن معين ومستوى محدد من الشدة، في حين أن القلق كسمة (والذي يشبه الطاقة الكامنة) يمكن أن ينطلق إذا فجرته قوة كافية، وتتضمن سمة القلق فروقا بين الناس في الميل إلى الاستجابة لمواقف عصبية ذات درجات مختلفة في حالة القلق، حيث يبدي الأفراد ذوي سمة القلق المرتفعة ارتفاعاً في حالة القلق لديهم وبتكرار أعلى بالمقارنة بالأفراد من ذوو سمة القلق المنخفضة، وذلك لأنهم يميلون إلى تأويل مدى واسع من المواقف على أنها خطيرة ومهددة، فهم يتجهون أيضاً للاستجابة بدرجة مرتفعة من الشدة المتعلقة بحالة القلق في المواقف المدركة على أنها مهددة لهم. (العطية، 2007، ص19).

4.2. أنواع القلق:

تأخذ اضطرابات القلق أشكالاً مختلفة. فهناك حالات حادة تستمر أياماً عديدة أو أسابيع. وهناك نوبات لا تتجاوز بضع دقائق غير أنها تميل إلى التكرار الكثير. وهناك حالات مزمنة يستمر فيها القلق أشهراً أو سنوات. وإذا يبدو أن هذه الحالات تحدث في غياب أي خطر واضح فقد ظهرت عدة مصطلحات لوصفها وتفسيرها، ومن أكثرها شيوعاً مصطلح القلق العائم (الطلق) **Free-Floating anxiety**. (بيك، 2000، ص157). يعتبر فرويد من الأوائل الذين تحدثوا عن القلق، والقلق عنده هو " استجابة انفعالية أو خبرة انفعالية مؤلمة يمر بها الفرد وتصاحب باستشارة عدد من الأجهزة الداخلية" (المطيري، 2005، ص278). وتحدث فرويد عن ثلاثة أنواع من القلق هي: القلق الموضوعي، القلق العصبي، والقلق الخلفي ونوردها فيما يلي:

— القلق الموضوعي (Objective Anxiety):

يكون مصدره خارجياً وموجوداً فعلاً، وهو قلق محدد يدرك الفرد أسبابه ودوافعه ويظهر على صورة خوف مثال: الطالب الذي يهمل دروسه وينغمس في اللعب طوال العام الدراسي فيخاف موعد قرب الامتحان، والطفل الذي يشعر بالجوع وأعلن عن ذلك بالبكاء، ثم لم يقدم له الطعام فإنه يستمر في بكائه فترة من الوقت، فيشعر

أنه مهمل ولا أحد يهتم به وهو شعور يبعث في نفسه الانزعاج والقلق، والقلق الموضوعي يزول بزوال السبب (الشوربجي، 2003، ص138).

لقد أطلق فرويد على القلق الموضوعي المسميات التالية:

● القلق الواقعي Real anxiety

● القلق الحقيقي True anxiety

● القلق السوي Normal anxiety

وهذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف، لأن مصدره يكون واضح المعالم لدى الفرد، ويوضح فرويد أن القلق والخوف ما هما إلا ردود أفعال في موقف معين، فالخوف استجابة لخطر خارجي معروف، والقلق هو استجابة لخطر داخلي معروف. (عثمان فاروق السيد، 2001، ص20)

– القلق العصابي (Neurotic Anxiety):

يتميز الشخص الذي يعاني من القلق العصابي بحالة ثابتة تقريبا من الخوف والترقب والقلق Worry، فهو يخاف من أن يفقد أمواله ويخشى أنه لن يكون موفقا في عمله، أو أن يصاب بالجنون... إلخ (الشرقاوي، د.ت، ص288).

يمكن تعريفه على أنه خوف غامض غير مفهوم، لا يستطيع الشخص أن يشعر به أو يعرف سببه، فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي، وبالتالي فإن مصدره يكمن داخل الشخص في الجانب المسمى بـ "الهو ID". فيخاف الفرد من أن تغرقه وتسيطر عليه نزعة غريزية لا يمكن ضبطها أو التحكم فيها، وقد تدفعه ليقوم بعمل أو يفكر في أمر قد يعود عليه بالأذى، ويميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق العصابي وهي:

● **القلق الهائم الطليق:** وهو قلق يتعلق بأية فكرة مناسبة أو أي شيء خارجي، والأشخاص المصابون بهذا

النوع من القلق يتوقعون دائما أسوء النتائج، ويفسرون كل ما يحدث لهم أنه نذير سوء.

- قلق المخاوف المرضية: وهو عبارة عن مخاوف تبدو غير معقولة، ولا يستطيع المريض أن يفسر معناها، وهذا النوع من القلق يتعلق بشيء خارجي معين، فهو ليس خوفاً معقولاً، كما أننا لا نجد عادة ما يبرره، وهو ليس خوفاً شائعاً بين جميع الناس.
- قلق الهستيريا: يرى فرويد أن هذا النوع من القلق يبدو واضحاً في بعض الأحيان وغامضاً في أحيان أخرى، كما يرى أن أعراض الهستيريا مثل الرعشة والإغماء وصعوبة التنفس، إنما تحل محل القلق، وبذلك يزول الشعور بالقلق أو يصبح القلق غير واضح، ومن هنا نجد أن أعراض القلق الهستيريا نوعان: أحدهما نفسي والآخر بدني (عثمان فاروق السيد، 2001، ص21).

– القلق الخلقي:

الأنا الأعلى هي مصدر الخطر في حالة القلق الخلقي، وهو الذي يهدد الأنا إذا أتت فعلاً معيناً، فالقلق الخلقي ينشأ بصورة أساسية من الخوف من الوالدين وعقابهما (المطيري، 2005، ص279).

أما شيهان (Sheehan 1988) فقد صنف القلق إلى نوعين أساسيين هما:

- القلق خارجي المنشأ Exogenous: ويسمى أيضاً بالقلق المستثار Provoked وهو القلق الذي يكون مصدره خارجياً، حيث يكون بمثابة استجابة سوية لضغط من خارج الفرد، أي أن الفرد هنا يستطيع أن يميز دائماً مصدره مقبولاً يبرر به أسباب قلقه.
- القلق داخلي المنشأ Endogenous: ويكون مصدره من الفرد نفسه؛ حيث يولد ولديه استعداد وراثي للقلق. ويميل هذا النوع أكثر إلى القلق المرضي، حيث يبدأ عادة بنوبات من القلق تدهم المصابين فجأة، دون إنذار أو سبب ظاهر، فتزيد دقات القلب، أو أن يحس المصاب بالدوار والاختناق، أو قد يحدث تنميل حتى عند غياب أي ضغط أو خطر ظاهر (شيهان، 1988، ص20).

5.2. أسباب القلق:

من دواعي القلق أن نعاني من حالة مرضية ما ولا نستطيع تحديد السبب الذي أدى إلى إصابتنا بها، وهذه نقطة هامة ليس فيما يتعلق بحالات القلق النفسي فقط بل بغيره من الاضطرابات النفسية عامة وبعض الأمراض العضوية أيضاً، ذلك أن السبب في كثير من الحالات قد يكون غامضاً أو غير معلوم للمريض أو للطبيب أيضاً،

ويؤدي ذلك إلى مضاعفة القلق والمعاناة والحيرة لدى المريض (الشرييني أ، 2010، ص47). وفيما يلي عرض لأهم الأسباب المؤدية للقلق:

– الاستعداد الوراثي:

حيث أجريت دراسات إحصائية عن مدى انتشار الاضطراب بين أقارب المصابين من الناس، ووجد أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان مريض بالحالة أكبر من احتمال إصابة ممن لا تربطهم صلة قرابة بواحد من المرضى (القمش، والمعاطة، 2007، ص266)، كذلك فإن القلق إذا أصاب أحد الأشقاء التوائم فإنه يصيب التوأم الآخر غالبا بنسبة 90% من الحالات (الشرييني أ، 2010، ص49).

– العمر:

تعد المرحلة العمرية أحد العوامل التي تؤثر في نشأة القلق، حيث يزداد القلق مع عدم نضج الجهاز العصبي في الطفولة، وكذلك ضموره لدى المسنين، فيظهر القلق لدى الأطفال بأعراض مختلفة عنه لدى الراشدين، فيكون الخوف لدى الأطفال على شكل خوف من الظلام ومن الحيوانات، أما القلق في المراهقة فيكون بشكل الشعور بعدم الأمن والخجل، وعادة تضعف أعراض القلق في مرحلة النضج لتظهر في مرحلة سن اليأس والشيخوخة، ويمثل القلق واحدا من أهم الاضطرابات النفسية المحتملة كنتائج للاضطرابات الوظيفية (فرج، 2009، ص151).

– الاستعداد النفسي العام:

"يعتبر التكوين النفسي للفرد وخصائص الشخصية التي يتميز بها من أهم العوامل المسببة للقلق. فبعض الناس بحكم تكوينهم لديهم الاستعداد للإصابة بالقلق أو الاكتئاب أو غيره من الاضطرابات النفسية عند التعرض لأي ضغط خارجي طفيف يمكن لغيرهم تحمله (الشرييني أ، 2010، ص48).

– مشكلات الصحة الجسمية:

يمكن للمرض الجسدي المزمن أيضا أن يسهم في حالة القلق أو يؤثر على علاج القلق أو المرض البدني نفسه، وتشمل الحالات المزمنة المرتبطة بحالة القلق: داء السكري، الربو، ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب. وبعض الحالات الجسمية يمكن أن تحاكي حالة القلق مثل فرط نشاط الغدة الدرقية، وبالتالي من الضروري رؤية الطبيب لتشخيص الأسباب المؤدية لحالة القلق (What causes anxiety, 2016).

— مشكلات الطفولة والمراهقة والشيخوخة:

حيث تنشأ ذكريات الصراعات في الماضي والطرق الخاطئة في تنشئة الأطفال مثل التسلط والقسوة والحماية الزائدة واضطرابات العلاقات الشخصية مع الآخرين والتعرض للخبرات الحادة اقتصاديا أو عاطفيا أو تربويا، والخبرات الجنسية الصادرة خاصة في الطفولة والإرهاق الجسمي والتعب والمرض (فرج، 2009، ص152).

— أسباب مترسبة:

مثل توقع خيبة الأمل أو صعوبات العمل، أو فقدان عزيز، أو اضطراب في العلاقة بالجنس الآخر، أو أي صدمة نفسية أخرى، أو الإحباط الذي يتعرض له خلال تفاعله مع بيئته الاجتماعية، أو عدم القدرة على تحقيق حاجة، ويمكن أن يكون السبب عضويا مثل الحمى أو الإصابة بأي مرض وغيرها (الصيخان، 2010، ص71).

— العوامل الثقافية والاجتماعية:

قد تنتشر حالات القلق في مجموعات عرقية أو ثقافية أو اجتماعية أكثر من غيرها. ولقد وجد الأطباء النفسيون في ماليزيا وتايلند أن المشاكل النفسية تنتشر بين المنحدرين الصينيين أكثر من غيرهم من المجموعات العرقية الأخرى. قد يرجع الأمر لحد ما إلى اعتبارهم أقلية عرقية. كما تزداد حالات الانتحار والشعور بالقلق في الدول الاسكندنافية، ومشاكل الوسواس المرضية في الهند، وفي بعض الدول العربية مثل شمال إفريقيا وجنوبها. إن صورة المرض النفسي بصفة عامة هي نفسها موجودة في جميع أنحاء العالم مهما كان نوع العنصر البشري أو الديانة أو اللغة، ولكنها تكثر في بلد وتقل في بلد آخر (زغير، 2010، ص148).

6.2. أعراض القلق:

إن القلق برأي فرويد عبارة عن رد فعل لحالة خطر، ويتخلص الإنسان من القلق بعمل شيء لكي يتجنب تلك الحالة، وقد يقال إن الأعراض قد نشأت لمنع القلق من الظهور.

ويبدو أن هناك رأيين شائعين في هذا الموضوع أحدهما هو أن القلق ذاته عرض عصابي، والرأي الآخر هو أنه توجد علاقة وثيقة جدا بين الاثنين وتبعاً للرأي الثاني، تنشأ الأعراض فقط من أجل تجنب القلق فهي تعيد الطاقة النفسية التي كان من الممكن أن تنطلق في صورة قلق لو لم تظهر الأعراض (الخليدي، ووهبي، 1997، ص108).

يمكن تقسيم هذه الأعراض إلى جسمية ونفسية وأمراض سيكوسوماتية.

– الأعراض الجسمية:

- ألم فوق القلب، مع سرعة دقاته.
- ارتفاع في ضغط الدم، مع الإحساس بالنبضات في أماكن مختلفة من الجسم.
- صعوبة في البلع، وانتفاخ في البطن، وعسر الهضم، مع تحشؤ إسهال أو إمساك.
- سرعة التنفس والنهجان، وكذا الإصابة بالربو الشعبي.
- كثرة التبول.
- فقد القدرة الجنسية أو الضعف الجنسي.
- توقف أو اضطرابات الطمث أو البرود الجنسي عند المرأة.
- صداع، دوخة، زيادة الانعكاسات العصبية واهتزاز في الأطراف (علي ممدوح، 2001، ص32).

– الأعراض النفسية:

- التوتر والهياج العصبي الذي يظهر في الحساسية الشديدة للضوضاء والأضواء وتوتر العضلات وسرعة الاستثارة وتوقع الشر وترقب حدوث الكوارث.
- شروذ الذهن وضعف القدرة على التركيز والانتباه وضعف الذاكرة واضطراب التفكير.
- فقدان الشهية، اضطراب النوم، الشعور بالهم والكآبة، الشعور بالإرهاك والإعياء النفسي والجسدي.
- الانطواء والعزلة، النفور من الحياة وعدم الشعور بالأمن (سخسوخ، 2014، ص146).
- الخوف أو الرهاب؛ حيث يبدأ المريض بالخوف من أشياء كانت فيما سبق لا تسبب له أي استجابة مرضية، فأحيانا يخاف من الأماكن المرتفعة أو المغلقة، أو يخاف من مرض مثل أمراض القلب، أو السرطان أو الإيدز أو الخوف من الموت أو الجنون (عبد الحلیم، 2008، ص66).
- غالبا ما يؤدي القلق إلى الشعور بالتعب، ويستجيب بعض الأشخاص بفيضانات من الأحاديث قد تكون غير مترابطة أو متماسكة، أو غير متصلة بموضوع الحديث، أو ربما تكون مكررة. (Neylan, M.P., 1962, p110).

– الأمراض السيكوسوماتية:

يقصد بذلك الأمراض العضوية التي تنشأ نتيجة المعاناة من القلق النفسي والانفعالات الشديدة، كما يقصد بذلك الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض لحالات القلق النفسي والتوترات الشديدة، وفي مثل هذه الحالات يكون علاج القلق والانفعالات أساسياً لشفاء المريض ومن أجل صحته العامة، ومن أهم هذه الأمراض: ارتفاع ضغط الدم، الذبحة الصدرية، جلطة الشرايين التاجية للقلب، الربو الشعبي، الروماتيزم، البول السكري، قرحة المعدة... إلخ (فرج، 2009، ص154).

7.2. مستويات القلق

تتحكم مستويات القلق في أداء الفرد، حيث تؤكد الحقائق التجريبية على وجود علاقة بين مستوى القلق ومستوى الأداء؛ بحيث يصل مستوى الأداء إلى الذروة عندما يكون مستوى القلق في مستوى متوسط، ويتفق ذلك مع ما وصفه بازوفيتير (Basaowiter 1955) لمستويات القلق المنخفضة، المتوسطة والعالية.

– المستوى المنخفض:

تحدث حالة التنبيه العام للفرد ويزداد تيقظه وترتفع لديه الحساسية للأحداث الخارجية، كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر، ويكون الفرد في حالة تحفز وتأهب لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها؛ ولهذا يكون القلق في هذا المستوى إشارة إنذار لخطر وشيك الوقوع.

– المستوى المتوسط:

في هذا المستوى يصبح الفرد أكثر قدرة على السيطرة حيث يزداد السلوك في مرونته وتلقائيته، وتسيطر المرونة الكافية بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة، وتكون استجاباته وعاداته هي تلك العادات الجديدة، وتزداد لدى الفرد القدرة على الابتكار، ويزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب والملائم في مواقف الحياة المتعددة.

– المستوى العالي:

أما في هذا المستوى فيحدث اضمحلال وانحيار للتنظيم السلوكي للفرد، ويحدث نكوص إلى أساليب بدائية كان يمارسها الفرد وهو في مرحلة الطفولة، وينخفض التأزر والتكامل انخفاضاً كبيراً، وبالتالي لم يعد الفرد قادراً على التمييز الصحيح بين المنبهات الضارة وغير الضارة، وبالتالي لم يعد الفرد قادراً على الاستجابة المتميزة،

ويظهر ذلك في الصورة الكئيبة للمصاب بالقلق العصابي في ذهوله، وتشتت فكره، ووحده، وسرعة تهيجه، وعشوائية سلوكه، وكأن أجهزة الضبط المركزية لديه قد اختلت (عثمان، 2001، ص28).

8.2. تشخيص القلق

إننا ندرك أن القلق يبلغ من الشدة مبلغاً أكبر في حالة الاضطرابات النفسية من قبيل عصاب القلق الحاد، أو يساهم في حدوث أمراض نفسجسمية مثل قرحة المعدة. وهذا يطرح التساؤل التالي: كيف نميز الحالات المرضية للقلق عن القلق السوي؟

يعتبر القلق بصفة عامة قلقاً سوياً حين يكون استجابة لخطر قائم، وحين يزول بزوال هذا الخطر. ويعتبر قلقاً مرضياً إذا تجاوز كثيراً حجم الخطر الحقيقي أو إذا لم يكن ثمرة خطر خارجي فعلي. غير أن وضع حد دقيق يفصل القلق السوي عن القلق المرضي هو مهمة صعبة وتعتمد إلى درجة كبيرة على المعايير الاجتماعية. (بيك، 2000، ص156).

يرى شعلان وسلامة (1988) أن عملية تشخيص حالة القلق تتضمن خطوات متسلسلة يمكن إجمالها بما يلي:

— فحص طبي شامل، والغرض من هذا استبعاد أي أمراض طبية أو مشاكل جسمية تسبب هذه الأعراض، إنه كثيراً ما يفترض المرضى أن المشكلة سيكوسوماتية أو عصبية في الأصل، ليكتشفوا فيما بعد أنها الأعراض الأولى لمرض طبي، ثم إن كثيراً من الأمراض الشائعة الغريبة، ومن أمثلتها التسمم الدرقي، وأورام الغدد فوق الكلوية، والصرع، وبعض الأمراض المعدية والاضطرابات العصبية، كالتصلب المنتشر قد تسبب أعراضاً مثل أعراض القلق.

— استبعاد الحالات النفسية المرضية الأخرى التي قد تظهر بصورة مشابهة، مثل الاضطرابات الذهانية لمرض الفصام، ومرض الهوس الاكتئابي.

— تأكيد الأعراض من خلال المعايير المستخدمة في المقاييس وقوائم الشطب.

— تشخيص حالات الفوبيا إن وجدت (القمش، والمعايطة، 2007، ص268).

وتتمثل المحركات التشخيصية لاضطراب القلق العام طبقاً للدليل الأمريكي الرابع لتصنيف الأمراض النفسية

فيما يلي:

- قلق وانزعاج شديد (توقع إدراكي) يدور حول عدد من الأحداث أو النشاطات (مثل ذلك نشاطات العمل أو الأداء المدرسي) يستمر حدوثه أياما عديدة لا تقل عن ستة شهور.
- يجد الشخص أنه من الصعب السيطرة على انزعاجه.
- يرتبط القلق والانعراج —على الأقل— بثلاثة من الأعراض الستة الآتية التي (ظهرت في فترة زمنية هي عبارة عن الشهور الستة الأخيرة):
 - ملل أو الشعور بالضيق وأنه على حافة الهاوية.
 - شعور بالإجهاد والتعب والإرهاق بسهولة.
 - صعوبة التركيز وأن العقل أصبح خاويا.
 - التهيج والاستثارة الشديدة.
 - شد عضلي وتوتر.
 - اضطراب النوم (ضعف وخور في الهمة والنشاط أو السكون بلا فعالية، أو نوم مطول غير مشبع للراحة).
- إن التركيز على القلق والانعراج لا ينحصر فقط في ملامح اضطراب المحور الأول، فهما عرضان من أعراض نوبات الملح، لاشك في ذلك (كما هو الحال عند المعاناة من اضطراب الملح)، بل ويظهر في الاضطرابات ذات الطابع العام (كما هو الحال عند المعاناة من المخاوف الاجتماعية)، وهما عرضان لهما طبيعة الشوائب (كما هو الحال عند المعاناة من الوسواس القهري)، وهما ليسا بعيان عن النظام الأسري وأقارب الدرجة الأولى (عند المعاناة من اضطراب قلق الانفصال)، ويتدخلان في أمراض الوزن (كما هو الحال في المعاناة من مرض فقدان الشهية العصبي)، ويمثلان مرضا أساسيا (كما في مرض التوهيم المرضي)، ولكنهما لا يعيدان جزءا من اضطراب ما بعد الصدمة.
- يتدخل القلق، والانعراج، أو الأعراض الجسمية بطريقة جوهرية في حياة الشخص العادية أو في نشاطاته المعتادة، أو يسببان تنغيصا أو كربا ملحوظا.

– ولا يرجع إلى الآثار المباشرة لمخدر أو عقار ما أو حالة طبية عامة، ولا يحدث على سبيل الحصر أثناء المعاناة من اضطراب المزاج، والاضطراب العقلي، أو اضطرابات النمو والارتقاء (بارلو، 2002، ص.ص. 341-342) نقلا عن (رابطة الطب النفسي الأمريكية APA، 1993).

9.2. أهم النظريات المفسرة للقلق

اهتم علماء النفس والباحثون بتفسير ظاهرة القلق لدى الإنسان، وكان تفسيرهم كالآتي:

– مدرسة التحليل النفسي:

- القلق: يحدث نتيجة لتهديد رغبات الفرد المكبوتة أو المحفزات العدوانية والنزعات الجنسية لما سبق للأنا أن كبته في اللاشعور كدفاعات الأنا، وفي هذه الحالة يظهر على الأنا.
- التحفز: إذ تقوم الرغبات بنشاط ما للدفاع عما يهددها، وتنجح في إبعاد الخطر عندها. أو تضعف فيتراكم القلق ويشكل ضغطا نفسيا قويا، فتقع الأنا صريعة الانهيار العصبي، ويفسر هذا فرويد على أن القلق هو استجابة انفعالية مؤلمة يمر بها الفرد، مما يثير عدد من الأجهزة الداخلية التي تخضع إلى الجهاز العصبي المستقل مثل الغدد، القلب... إلخ.

– المدرسة السلوكية:

- يحدث القلق كاستجابة خوف اشتراطيه، فهي استجابة مرتبطة بمثير محايد نتيجة لاقترانه بمثير من طبيعته أن يثير الخوف.
- تحدث الاستجابة فيما بعد، إذا ما واجه الفرد هذا المثير دون أن يكون واعيا أو متذكرا للاقتران الذي حدث بين هذا المثير، والذي اكتسب القدرة على استثارة استجابة الخوف، والمثير الطبيعي الذي سبق أن أثار هذه الاستجابة.

لقد أكدت كلا المدرستين (التحليلية والسلوكية) على أن:

- القلق يرتبط بحياة الإنسان الماضية والخبرات التي اكتسبها.
- الخوف والقلق هما عبارة عن استجابة انفعالية من نوع واحد.

وأشارت المدرستين إلى أن الاختلاف في:

- سبب الخوف موضوعي يدركه الفرد ويعرفه.
- سبب القلق خارج مجال إدراك الفرد، فالفرد ليس واعياً بما يثير قلقه.

— المذهب الإنساني:

يؤكد الإنسانيون أن سبب القلق يعود للخوف من المجهول أو المستقبل وأحداثه التي تمدد وجود الفرد وإنسانيته. ثم الخوف من الموت، والخوف من الفشل في تحقيق حياة طيبة يرضاها الفرد. والخوف من الفشل في تحقيق الأهداف واختيار الأسلوب المناسب لحياته. ويزداد القلق في الحالات التالية:

- إذا فقد الفرد طاقاته وقدراته نتيجة المرض الذي يفقده ممارسة نشاطه.
- تقدم السن.
- انخفاض عدد الفرص ونسب النجاح في مستقبله (السامرائي، 2007، ص.ص 45-46).

— النظرية المعرفية:

يرى "بيك" أن الاضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد، وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد، وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الداخلي الذي يميزه، ويبدأ في الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقاً من تلك المعاني التي يعطيها لها. وقد تكون هناك ردود فعل انفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف الأفراد؛ بل من جانب الفرد نفسه أيضاً في أوقات مختلفة. كذلك فإن كل موقف أو حدث يكتسب معنى خاصاً، يحدد استجابة الفرد الانفعالية تجاهه، وتتوقف طبيعة الاستجابة الانفعالية أو الاضطراب الانفعالي لدى الفرد على إدراكه لذلك الموقف أو الحدث، فحينما يشعر الفرد مثلاً بأنه فقد شيئاً ما، له قيمته، فإنه عادة ما يشعر بالحزن، وحينما يتوقع تحقيق مكاسب معينة فإنه يشعر بالسرور والسعادة، أما حينما يشعر بالتهديد فإن ذلك يؤدي به إلى القلق. كما تفسر نظرية "بيك" المعرفية ذلك بأنه أنماط من التفكير المشوهة، والخطأ في تقييم المواقف من ناحية خطورتها وما يترتب على ذلك، من تكوين مركبات معرفية نشطة تحول مؤثرات البيئة إلى مصادر للقلق فتؤدي بالتالي إلى الشعور بالقلق وظهور أعراضه.

ويرى الجوهي (1998) أن الأفكار الخاطئة والإدراك الخاطيء لدى المريض يقوده إلى سلوك خاطيء، فوجود أفكار خاطئة لديه تتعلق بحياته وعلاقاته وتصوراته عن الحياة قد تقوده إلى سلوكيات خاطئة، مما يترتب على ذلك ظهور القلق لديه.

كما يذكر الرشيدي وآخرون (2001) أن تفسير النظرية المعرفية لاضطراب القلق هو التركيز على التأثيرات المعرفية، فهذه النظرية تركز على الحساسية الكبيرة للإشارات المنبهة بالخطر لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطراب القلق، ويؤدي بهم تفسير تلك الخبرات بطريقة مهددة إلى تفاقم القلق الذي يؤول بالتالي إلى تطور أعراض يستجيبون حيالها لمزيد من القلق، وترتكز التفسيرات المعرفية لاضطرابات القلق أساسا على إطار عام من المفاهيم والمبادئ التي تؤكد أن بعض الأفراد يبدون مشكلات خاصة بمعالجة المعلومات المتعلقة بالتهديد (الزعي ابتسام، د.ت).

10.2. علاج القلق:

يختلف علاج القلق تبعاً للفرد المصاب بالقلق، وشدة القلق ومن بين طرق علاج القلق ما يلي:

– العلاج النفسي:

تتضمن العلاجات النفسية عدداً من الأنماط المختلفة، لكن المكون الأساسي يبقى ذلك التمازج أو التفاعل الشخصي الذي يساعد المريض على إيجاد حل أو مخرج لمشاكله، وللصعوبات التي يواجهها. وقد يكون هذا التفاعل، إما بين المريض والمعالج، أو بين المجموعة العلاجية والمعالج، حيث تعكس تلك الأساليب والأنماط العلاجية نظريات سيكولوجية مختلفة (مكزي، 2013، ص72). ويستخدم أكثر العلاج النفسي المباشر الذي يعتمد على التفسير والتشجيع والإيحاء والتوجيه والاستماع إلى صراعات المريض ومحاولة حلها. وقد لا يستخدم العلاج النفسي لأنه يحتاج إلى الوقت والجهد والمال، ويقتصر استخدامه على الحالات الشديدة المزمنة التي تتطلب في علاجها التضحية بالوقت والمال والجهد (عبد الله محمد، 2000، ص155).

– العلاج بالأدوية المضادة للقلق:

يفيد أن تستعمل هذه الأدوية في حالات القلق الحاد والشديد فقط، وليس مجرد وجود الشخصية القلقة، لأن مشكلة الشخصية القلقة مشكلة مزمنة طويلة الأمد، ولا يفيد استعمال هذه الأدوية لمدة طويلة. ويمكن القول أن هذه الأدوية تأثيران:

• أن تؤثر في الناقلات العصبية الدماغية محدثة الشعور بالاسترخاء النفسي والراحة.

• أن تحدث بعض الاسترخاء العضلي، وبذلك يشعر المصاب بالقدرة على الراحة والاسترخاء الجسدي.

ومعظم هذه الأدوية قد تحدث بعض الهدوء والنعاس، ومن المخاطر الأساسية لاستعمالها هي قضية الإدمان، وخاصة عند الذي يتعاطاها لمدة طويلة، لذلك يفيد ألا تستعمل إلا عند الضرورة، ولا شك أن هذه المهدئات تفيد كثيرا أولئك الذين يعانون من القلق الشديد الذي يعرقل أمور حياتهم كلها (مبيّض، 2006، ص106).

– العلاج السلوكي:

نظريات التعلم الحديثة ترى أن العصاب سلوك متعلم، وهي ترى أن القلق عادة أو فعل منعكس شرطي خاطئ، ومن أجل إزالة القلق أو إضعافه يعرض المريض إلى تجارب صناعية مفتعلة وهو في حالة استرخاء تام أو تحت تأثير العقاقير المهدئة، يعرض إلى نفس الحالة التي تبعث القلق في نفسه وبدرجة أقل حتى يحدث تعلم عند المريض مفاده احتمال ذلك الأمر المسبب للقلق والخوف بصورة متدرجة حتى يتم تجاهله أو عدم الاكتراث به (أبو الخير، 2001، ص78).

– العلاج المعرفي:

والهدف منه مساعدة المريض على التعرف على نظريته الذاتية السلبية لنفسه وإمكاناته وقدراته، وكذلك نظريته للحياة بشكل عام، فعوضا عن قضاء الساعات الطويلة في التفكير العميق في صعوبات الحياة ومشاكلها، يعلم المريض كيف يبحث عن طرائق ومواقف بديلة ومناسبة. أي أن يدرك أن الأمر ليس مفروضا عليه فرضا، وإنما بإمكانه أن يغير ليستطيع التكيف مع الظروف. ومن خلال الممارسة والتدريب يستطيع المريض أن يخاطب نفسه مشجعا لها على التركيز والانتباه الجيد، وكيف يضع جهده ويوجه طاقاته لمواجهة مشكلة معينة، وأن يرفع من قيمة نفسه ونظريته لها، وخاصة عندما يحقق بعض الإنجازات الإيجابية (مبيّض مأمون، 2006، ص.ص104-105).

– العلاج الجراحي:

يوجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوب بتوتر شديد واكتئاب -قد يؤدي إلى الانتحار- والتي لا تتحسن بالطرق العلاجية السابقة، وفي مثل هذه الحالات يلجأ عادة إلى العملية الجراحية في المخ لتقليل شدة القلق، وذلك عن طريق قطع الألياف العصبية الخاصة بالانفعال والموجودة في المخ الحشوي، ويقطع هذه الألياف تتوقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال، ويصبح الفرد غير قابل للانفعالات المؤلمة الشديدة (الزباد، 1984، ص89).

3. اضطراب الاكتئاب

هناك أدلة كثيرة على أن الأقدمين عرفوا الاكتئاب. ففي كتابات الإغريق نجد بعض المؤشرات عن طريق الأساطير، والشعر والأدب حيث كان يصف الكتاب حالات تشبه الاكتئاب النفسي بمفهومه الحالي. فقد ورد في جمهورية أفلاطون بعض التفاصيل عن حقوق المرضى النفسيين، وكيفية علاجهم والعناية بهم، وقد كان أبقراط الذي أطلق عليه أبو الطب من أوائل الذين وصفوا حالة الاكتئاب النفسي ونقيضه "مرض الهوس" وصفا لا يختلف كثيرا عن الوصف الحالي. وقد ربط أبقراط بين الجسد والروح أي بين الجسم والعقل، وأشار إلى وجود تأثير متبادل بينهما. (معريس، 2010، ص36).

1.3. مفهوم الاكتئاب The Depression:

يرى الرازي محمد (1967) أن مصطلح الاكتئاب في اللغة العربية مشتق من الفعل الثلاثي كآب ويشير هذا الفعل أيضا إلى اسم الكآبة وهي تعني سوء الحال والانكسار من الحزن، وكبئى من باب سلم، أما كآبة دون مد بوزن رهبة فهو كئيب، وامرأة كئيبة وكأباء بالمد، واكتئاب مثله (أبو زيد، د.ت، ص22). وفي نفس السياق تقول العرب: كتب الرجل؛ أي تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن.

واكتأب وجه الأرض؛ أي تغير وضرب إلى السواد. فالكآبة والاكتئاب هو: الحزن الشديد (الخاطر، د.ت، صص15-16).

يستخدم مصطلح الاكتئاب "Depression" على نطاق واسع في اللغة الإنجليزية واللغات الأجنبية الأخرى للتعبير عن الاكتئاب النفسي، وعن بعض المعاني الأخرى في المناسبات المختلفة... ففي علم الاقتصاد يدل هذا المصطلح على الكساد والانكماش في المعاملات المالية، وفي علم الأرصاد الجوية هو تعبير عن حالة الطقس ويعني حدوث منخفض جوي، وفي علم وظائف الأعضاء هو تعبير عن تناقص في بعض الأجهزة الحيوية (الشريبي، 2001، ص17).

بعيدا عن معناها الحقيقي، تشير الكلمة بمعناها الواسع إلى كل التغيرات النفسية، الاضطرابات النفسية الشديدة، والتقلبات المألوفة في المزاج والشخصية (Lôo & Lôo, 1996, p11). وشهد مصطلح الاكتئاب نوعا من التضخم غير المحدود داخل وخارج سياقه الحقيقي، وربما تم تعظيمه كما هو شائع ليشير إلى "الجنون": حالة من الإثارة، أو هام، فصام، اضطرابات ذهنية مختلفة، أو على العكس تهويل الأمور والقضايا غير المهمة في الحياة، الكآبة، حنين إلى الماضي، مشاكل وجودية، إحباطات عاطفية، صعوبات مهنية... إلخ (Lôo & Lôo, 1996, p11).

يستخدم مصطلح الاكتئاب لوصف مزاج أو أعراض أو زملة أعراض لاضطرابات وجدانية. وتشمل الحالة المزاجية للاكتئاب الشعور باليأس والكآبة والحزن وانقباض الصدر. كما تتمثل الأعراض في مجموعة الشكاوى التي تتجمع في زملة تشير إلى سلسلة عريضة من الاختلال النفسي الحيوي الذي يتغير بحسب التكرار والشدة والمدة، ويعد الاكتئاب مشكلة من المشكلات التي تعوق الفرد عن توافقه وتطوره". (معمرية، 2009، ص60-61).

عرف أوستر Oster (1995) الاكتئاب النفسي بأنه: "أحد الأمراض النفسية التي ترتبط بحالة من الشعور بالحزن واليأس وفقدان الاهتمام وعدم القدرة على الاستمتاع بأي شيء سار، ويفقد بذلك الشهية للطعام وصعوبة التعامل مع الآخرين، وهو حالة عاطفية من الاغتمام شبه الدائم الذي يتراوح بين حالة خفيفة من الإحباط والتشاؤم إلى مشاعر أقوى وأقسى" (النيسة، 2015، ص132).

كما يعرف على أنه استجابة تثيرها حالة مؤلمة كالفشل في علاقة أو خيبة أمل أو فقدان شيء مهم كالعمل أو وفاة عزيز غالي. وهو أيضا حالة من الألم النفسي يصل إلى نوع من العذاب الشديد مصحوبا بالإحساس بالذنب وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها ونقصان النشاط العقلي والحركي والحشوي. (شكشك، 2009، ص62).

عرف ستور Store الاكتئاب بأنه: "حالة انفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن وتأخر الاستجابة، والميول التشاؤمية تصل أحيانا الدرجة في حالات منه إلى الميول الانتحارية، كذلك تعلو درجة الشعور بالذنب إلى أن الفرد لا يذكر إلا أخطائه وذنوبه، وقد يصل إلى درجة البكاء الحاد" (بركات، 2000، ص31).

يعرفه لودنج أيدلبرج Eidelberg. I (1968) بأنه: "عرض عصابي يتميز بنقص الاهتمام بالعالم الخارجي، وزيادة العدوان تجاه الذات والنقد الذاتي، ومشاعر الذنب، والعقاب الذاتي، واتهام الذات وكل ذلك يتعلق بفقدان موضوع ما لدى الشخص المكتئب".

أما إليزابيث زيتزيل Zetzel. E (1965) فتعرفه بأنه: "درجة أو حالة أساسية للأنا تتميز بفقدان تقدير الذات. ويعبر عن استجابة الأنا للأحداث الداخلية والخارجية" (أبو زيد، د.ت، ص23).

يعرف أبو زيد الاكتئاب بأنه: "اضطراب وجداني متعدد الأوجه فقد يشير إلى حالة أو سمة أو عرض أو

زملة أعراض، وقد يكون عصابا أو ذهانا أو اضطرابا في الشخصية والمزاج... وهو في كل هذا درجة من الشعور بالألم النفسي النسبي ينتج عنه انخفاض نسبي في المستوى العام لنشاطات المرء، ويتراوح مداه من الشعور بالحزن

إلى الشروع في الانتحار. وقد يكون سافرا أو مقتنعا، وسابقا أو لاحقا أو مستقلا عن اضطراب آخر" (أبو زيد، د.ت، ص25).

أما في الطب النفسي فإن لمصطلح الاكتئاب أكثر من معنى، فالإكتئاب قد يكون أحد التقلبات المعتادة للمزاج استجابة لموقف معين يدعو إلى الشعور بالحزن والأسى مثل فراق صديق أو خسارة مالية. وقد يكون مصاحبا للإصابة بأي مرض آخر " كل مريض مكتئب" (عبد القادر، وعبد الرزاق، 2014، ص29).

يعرف الاكتئاب وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل (DSM-IV-TR) بأنه: "اضطراب يتميز بوجود خمسة أعراض أو أكثر تمثل تغيرا في الأداء الوظيفي، وهي المزاج المكتئب غالبية اليوم لمدة لا تقل عن أسبوعين والنقص الواضح في الاهتمام والمتعة بأي شيء، ونقص الوزن الملحوظ بدون عمل ريجيم أو زيادة الوزن، وقلة أو عدم النوم أو زيادة في النوم، هياج نفسحركي أو بطء في النشاط النفسي والحركي، الشعور بالتعب أو فقدان الطاقة على العمل، الشعور باللامبالاة أو الشعور بالذنب الزائد عن الحد، النقص في القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرارات، أفكار متكررة عن الموت أو أفكار انتحارية متكررة دون خطة أو محاولة انتحارية حقيقية، وتحدد الأعراض من خلال شكوى المريض أو ملاحظة المحيطين به، ويمكن أن يكون المزاج في الأطفال والمراهقين متهيجا يتميز بسرعة الغضب، وتسبب هذه الأعراض اضطرابا واضحا في المجالات الاجتماعية والمهنية، وهي ليست نتيجة مرض عضوي ولا تعزى إلى فقدان أو موت شخص عزيز (المعموري، ونعمة، 2015، ص.ص154-155).

"ولعلكم تلاحظون أن الاكتئاب كالقلق يمثل استجابة انفعالية مبالغ فيها، لكنه يعكس القلق الذي يتجه إلى الأمام ويتعلق بمخاوف وأخطار المستقبل، نجد أن المكتئب يتجه إلى الماضي وأحزان ما فات. لكنهما عادة ما يكونان متلازمين" (إبراهيم عبد الستار، 1998، ص27).

2.3. انتشار الاكتئاب

يعتبر الاكتئاب من أكثر الأمراض النفسية انتشارا حيث تقدر إحصائيات منظمة الصحة العالمية عدد مرضى الاكتئاب في العالم بما يزيد عن (500) خمس مائة مليون إنسان، وتشير بعض هذه الإحصائيات إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب تصل إلى 7% من سكان العالم، ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة إلى 10% في خلال أعوام قليلة.

من واقع الأرقام عن مدى انتشار الاكتئاب النفسي في العالم في العصر الحالي فإن هناك زيادة هائلة في حالات الاكتئاب كما تدل على ذلك الإحصائيات التي وردت مؤخرًا في مراجع الطب النفسي، وفي تقارير منظمة الصحة العالمية، ورغم أن هذه الأرقام تؤكد زيادة انتشار حالات الاكتئاب إلا أن الغالبية العظمى من مرضى الاكتئاب لا يعرف أحد عنهم شيئًا، لأنهم لا يذهبون إلى الأطباء ولا تبدو عليهم بصورة واضحة مظاهر الاكتئاب النفسي (الشرييني ب، 2001، ص31).

والدليل على ذلك الدراسة الميدانية الموسعة التي أجريت في خريف عام 1974، واشترك فيها حوالي 15 ألف طبيب ينتمون إلى عدة بلدان منها ألمانيا وفرنسا وأستراليا وسويسرا وغيرها، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة الموسعة أن ما يقرب من 80% من مرضى الاكتئاب لا يذهبون إلى الأطباء ولا يتم اكتشافهم، أما البقية من حالات الاكتئاب فإن ما يقرب من 13-15% منهم يذهبون إلى الأطباء الممارسين، والذين يعملون في التخصصات المختلفة غير الطب النفسي، ولا يذهب إلى الأطباء النفسيين سوى 2% فقط من مرضى الاكتئاب، وهناك نسبة من المرضى يقدمون مباشرة على الانتحار دون أن يتم تشخيص حالتهم (الشرييني ب، 2001، ص32).



(الشرييني ب، 2001، ص33).

شكل رقم 3: ظاهرة " جبل الجليد " في انتشار الاكتئاب معظم الحالات لا تكتشف ولا تطلب العلاج

يختلف انتشار الاكتئاب باختلاف العوامل الحضارية والاجتماعية والاقتصادية من مجتمع لآخر، وقد قرر نورمان سارتوريوس Norman Sartrius (1974) مدير الصحة النفسية بمنظمة الصحة العالمية، أن "هناك أكثر من مليون نسمة في العالم يعانون من اضطرابات اكتئابية تدخل في المعدل الإكلينيكي"، ويعتقد أن هذه النسبة في تزايد للأسباب التالية:

— تزايد متوسط عمر الفرد.

— تزايد الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى الاكتئاب الثانوي.

— تزايد استعمال الأدوية التي تؤدي آثارها الجانبية إلى الاكتئاب مثل: الفينوثيازين Phenothiazines، وأدوية ضغط الدم المرتفع Hypertensive.

— سرعة التغير الاجتماعي الذي عمل على زيادة الضغوط النفسية المعروف بأنها تعجل بحدوث الاضطرابات الاكتئابية، كما تساعد على استمرارها.

هذا بالإضافة إلى التفاوت الطبقي في المستوى الاقتصادي حيث وجد وولد وآخرون Wold et al (1982) علاقة بين المستوى الاقتصادي المنخفض وشيوع الأعراض الاكتئابية والاضطرابات الوجدانية (عسكر، 2001، ص19).

3.3. أسباب الاكتئاب

بنظرة شاملة على أسباب الاكتئاب تبين لنا أن هناك عوامل حيوية "بيولوجية"، وعوامل نفسية "سيكولوجية"، وعوامل اجتماعية وروحانية أيضا، ويعود هذا المفهوم الشامل لأسباب الاكتئاب إلى نظرية طبية لأحد علماء الطب ترجع إلى حوالي 450 عاما مضت تقول بأن هناك 5 خمسة أسباب للمرض هي: البيئة الخارجية، وأسباب كونية، والتسمم، وأسباب روحانية، وتحدي الآلهة، وهذا ينطبق على المفهوم الحديث للأسباب الشاملة للأمراض النفسية بصفة عامة وللاكتئاب بصفة خاصة (الشرييني، 2001، ص39)، هذا وترى منصور (2010) " أن الأطباء النفسانيون لا يعرفون أسباب الاكتئاب بشكل واضح حتى الآن، رغم الدراسات العديدة التي أجريت لكشفها والتي تناولت النواحي البيولوجية والاجتماعية النفسية، والتي لوحظ أن الوجدان يتأثر بها (منصور زينب، 2010، ص57). وفيما يلي عرض لأهم الأسباب المؤدية للاكتئاب:

— الأسباب النفسية:

هناك العديد من الأبحاث التي حاولت تفسير الاضطراب الانفعالي من منظور التحليل النفسي مثل العالم النفسي فرويد Freud الذي اعتبر أن الاكتئاب ناجم عن افتقار الفرد إلى الحب والحماية وشعوره بالخسارة. غير أن بيك Beck جاء بتفسير جديد يختلف عن سببه، وهو التفسير المعرفي القائم على سيطرة التفكير السلبي على رأس المكتتب (معريس، 2010، ص46).

وفيما يلي نوجز أهم الأسباب النفسية:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة (موت عزيز أو طلاق أو سجن، أو فقد وظيفة أو ثروة أو مكانة اجتماعية أو فقد الكرامة والشرف والصحة، والحرمان كالفقر الشديد).
- الصراعات اللاشعورية لدى الفرد، كالصراع بين القيم والدوافع المختلفة.
- الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.
- ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق (خاصة حول الأمور الجنسية) والرغبة في عقاب الذات وعدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي ومفهوم الذات المثالي.
- الوحدة والعنوسة وسن القعود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة والتقاعد.
- سوء التوافق ويكون الاكتئاب أحد أشكال الانسحاب.
- وجود الكره أو العدوان المكبوت حيث لا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج فيتجه نحو الذات حتى أنه يظهر في شكل محاولة انتحار.
- أساليب التربية الخاطئة والتفرقة في المعاملة بين الأولاد والتسلط والإهمال. (عبد القادر، وعبد الرزاق، 2014، ص51).

— الأسباب الوراثية:

وجد أن هناك عوامل وراثية لظهور الاكتئاب في بعض العائلات، حيث أن الدراسات التي أجريت على التوائم أحادي البويضة، وجد أن إصابة أحد التوائم بالاكتئاب يرفع نسبة حدوث الاكتئاب في التوأم الآخر إلى 70% ويكون عرضة للإصابة بالاكتئاب في مرحلة ما من حياته الشخصية. مع العلم أن هناك بعض الأشخاص ممن لهم سمات تؤهلهم للإصابة بالاكتئاب ومنها: الروح الانهزامية، الاعتمادية على الغير، المتأثرون بالمتغيرات الخارجية والشخصيات التي لها دائما نظرة تشاؤمية للأمور. (زغير، 2010، ص101).

— الأسباب الدينية:

تعتبر الصراعات الداخلية هي الأساس في المشكلات والمتاعب النفسية التي يعاني منها الإنسان، بسبب انصراف الأفراد عن تعاليم الدين الإسلامي وانشغالهم بالمكاسب المادية، وكذا الفراغ الروحي الرهيب الذي يعيش فيه غالبيتهم.

يقول سبحانه وتعالى في سورة البقرة (الآية: 155): ﴿وَلَتَبْلُؤَنَّكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ ۗ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ﴾.

ولما كانت الخسارة المادية هي السبب الرئيسي في حدوث الاكتئاب لدى كثير من الناس وكذلك المكاسب التي يحصلون عليها والتي تتسبب في شعورهم بالغرور وعدم الاتزان، فقد ورد وصف لذلك في القرآن الكريم: ﴿لَكَيْلًا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ ۗ وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ﴾. سورة الحديد (الآية: 23).

كما يرى زهران حامد عبد السلام أن أخطر الأسباب المؤدية إلى الأمراض العصابية هو الضلال، البعد عن الدين والإيمان، تشويش المفاهيم الدينية، الشعور بالذنب وتوقع العقاب، والضعف الأخلاقي، وضعف الضمير، والفرق بين القيم الدينية المتعلمة والفعلية. (عبد القادر، وعبد الرزاق، 2014، ص58).

— الأسباب البيئية:

مثل كثرة التعرض للعنف والاعتداء النفسي أو الجسدي، كذلك كثرة الضغوط الخارجية على الإنسان دون وجود متنفس لها تدعو إلى الشعور بعدم جدوى الحياة، وهي أهم العوامل المؤدية للاكتئاب. ومع ذلك يجب مراعاة أن الاكتئاب النفسي من الممكن حدوثه أيضا لإنسان يعيش حياة عادية قد نعتبرها نحن مثالية وخالية من المشاكل ومن الضغوط. (زغير، 2010، ص101).

4.3. تصنيف اضطرابات الاكتئاب:

إن تعريف وتصنيف مرض الاكتئاب يمثل مشكلة دائمة، وهذا يتعلق بوجه الخصوص بالتمييز بين الاكتئاب الخارجي والداخلي، بين الاكتئاب الذي يمكن اعتباره معقولا ويمثل ردة فعل طبيعية على البيئة الخارجية، وذلك الاكتئاب الذي يبدو أن له أصولا داخل جسم المريض، حيث اعتقد الأطباء النفسانيين الألمان في القرن التاسع عشر بوجود اختلاف نوعي واضح بين هذين النوعين، فيما شكك العديد من الباحثين اللاحقين في هذا الرأي وأكدوا على أن هذين النوعين من الاكتئاب من طبيعة واحدة، والفرق بينهما هو فقط فرق في الحدة وليس في النوع. (Miller. H, 1967, p257).

من ناحية أخرى كان تصنيف اضطرابات الاكتئاب مصدرا لجدال قديم العهد، دار حول سؤال تمثل فيما إذا كانت التمثيلات المختلفة للمرض تختلف بصورة كمية فيما يتعلق بشدة الأعراض وحدتها، أم بصورة كيفية فيما يتعلق بالكينونات أو الفئات المرضية المتميزة والمختلفة، وقد أسفر هذا الجدل عن فرضين:

- إن الاكتئاب العصبي أو (النفسي) والاكتئاب الذهاني (العقلي) ينتميان إلى متصل واحد يزخر بأعراض مختلفة، تتباين في الكم وليست في الكيف، وأن الفارق الوحيد بينهما هو تعقيد وحدة الأعراض، وهكذا فالالاكتئاب- وفقا لهذه الفرضية، وعلى حد قول أنطوني ستور (1991) شأنه شأن الألم يمتد عبر مدى طويل من الشدة، ويكون الفارق بين أنواع الاكتئاب فارقا في الدرجة وليس في النوع.
- إن الاكتئاب العصبي والذهاني منفصلان ومتميزان عن بعضهما البعض بصورة كيفية (قابيل رأفت، 2015، ص.ص. 18-19)، وفيما يلي نورد شرحا مختصرا لهذين النوعين:

- الاكتئاب العصبي (Neurotic Depression):

الاكتئاب العصبي هو حالة من الحزن الشديد المستمر يعيش فيها الفرد دون أن يدري السبب الحقيقي للاكتئاب. وهو بهذا يختلف عن الاكتئاب الطبيعي أو العادي الذي يمكن أن يكون له مبرره في الخارج والذي يطلق عليه أحيانا الاكتئاب التفاعلي أو الموقفي Reactive depression، كما يختلف عن الاكتئاب الذهاني Psychotic depression الذي يتسم بالجمود الانفعالي وتحقير الذات وتصاحبه الهلوسات الاضطهادية. والوظيفة التوافقية للاكتئاب العصبي هي في تهدئته لمشاعر القلق وإخفاء العدوان وكتبته ولفته الانتباه (الشرقاوي، د.ت، ص289).

- الاكتئاب الذهاني (Psychotic Depression):

وهو حالة عميقة الجذور، فهي متراكمت من الصدمات والخبرات المؤلمة، والمريض في هذه المرحلة من الاكتئاب يمر بفترة من الجمود الانفعالي، فيكون قليل التجاوب مع مثيرات الفرح أو النكتة أو الطرفة فهو قليل الابتسام واتصاله بالواقع ضعيف جدا أو معدوم تقريبا مع واقع المحيط الخارجي، وهو لا يقيم ذاته بشكل جيد بل يفهم إدانة النفس والشعور بالذنب وتحقير الذات وشعوره بعدم الفائدة من بقائه. ودرجة نكوصه خطيرة وشديدة مصحوبا ببطو نشاطه النفسي والحركي والوظائف العقلية، وسيطرة الأوهام الاكتئابية وهلوسات اضطهادية، والخطيئة وأفكار الانعدام مما يشير لديه فكرة الانتحار وبشكل مقصود وجمود شعوري قد يقدم فعلا على

الانتحار. والمريض يشعر باليأس لذا هو لا يسعى للعلاج، وفي هذه الحالة يفضل علاجه في مستشفى الأمراض النفسية (السامرائي، 2007، ص87-88).

5.3. أنواع أخرى للاكتئاب:

دراسة العوامل الكامنة وراء الاكتئاب ساعدت العلماء على تصنيف أنواعه لكل أعراضه النفسية والجسدية، ونورد فيما يلي بعض أنواع الاكتئاب:

– الاكتئاب الشديد (Major Depression):

اضطراب الاكتئاب الرئيسي، ويسمى أيضا أحادي القطب Unipolar أو الاكتئاب الإكلينيكي Clinical depression وهو واحد من الاضطرابات الأكثر شيوعا، وحالة من العجز النفسي. ويشخص هذا النوع من الاكتئاب لدى النساء ضعف تشخيصه عند الرجال تقريبا (Monroe, & Reid, 2009, p68).

يتسم هذا النوع من الاكتئاب بمجموعة من الأعراض تؤثر في قدرة الشخص على العمل والدراسة والنوم والطعام، والقيام بالنشاطات المختلفة والاستمتاع بها، وهو أخطر أنواع الاكتئاب، لأن الفرد يفكر في هذه الحالة في إنهاء حياته (معري، 2010، ص47)، وأهم أعراضه:

- انطفاء الحماس في الإقبال على الحياة والاستمتاع بها.
- الفتور وغياب المعنى في كل شيء.
- تساوي المتناقضات كالمكسب والخسارة وموت الأحاسيس.
- الاستيقاظ المبكر سمة أساسية في هذا المرض. (الميلادي، 2010، ص59).
- الحزن لفترات طويلة أو نوبات البكاء غير المبررة.
- تغيرات كبيرة في الشهية وأنماط النوم.
- التهيج والغضب، الهم، الإثارة، والقلق.
- مشاعر الذنب التي لا مبرر لها، والإحساس بالوهن.
- عدم القدرة على التركيز وصعوبة اتخاذ القرارات، والانسحاب الاجتماعي.

- الأوجاع والآلام غير المبررة، والتي لا تخف مع العلاج.
- الأفكار المتكررة بشأن الموت أو الانتحار. (Depression and Bipolar Support Alliance, 2008, p3)

– الاكتئاب البسيط أو المعتدل (Moderate depression):

وهو الاكتئاب الذي يتميز بـ:

- مشاعر دائمة بالكرب أو الكمد Anguish أو الألم النفسي.
- تأملات يائسة.
- فترات من الصمت.
- عادات مثبطة.
- شكاوى مستمرة من كون الفرد غير مرغوب فيه وغير مقدر.
- صعوبات في التفكير والتركيز.
- اضطرابات جسمية متعددة مثل: الإنهاك والأرق وفقدان الشهية والإمساك. (جابر، وكفاي، 1992، ص2233).

– الاكتئاب الارتدادي (Reactive depression):

كثيرا ما يظهر الاكتئاب الارتدادي بشكل واضح نتيجة لتعرض الفرد لأحداث خارجية صادمة كالحروب والأزمات السياسية والاقتصادية والاجتماعية. وفي هذه الحالة تكون استجابته مرتبطة بالموقف وعادة ما تنتهي بانتهاء الأزمات، ويمكنه بعد ذلك أن يمارس حياته الطبيعية، ويضطر بعض الأفراد إلى إتباع سلوك معين بفعل عملية الاشرط (Conditioning) مع الاستجابة للصدمة التي تعرضوا لها. (معريس، 2010، ص47).

– الاكتئاب الهياجي (Agitated depression):

هو أحد أنواع الاكتئاب السريري الذي يتميز بالهيجوية والتلملل والشعور بالغضب الناجم عن الهوس الخفيف، الذي يظهر في حالات الاكتئاب الوخيم، ويحدث عادة في متوسط العمر، ويسمى أيضا بسوداوية هيجانية، أو بالهوس المختلط (اكتئاب هياجي، 2015).

— اكتئاب الطفولة (Childhood Depression):

تظهر أعراضه لدى الأطفال قبل سن المدرسة، وكذلك لدى الأطفال المتدربين (بين ستة أو سبعة إلى اثني عشرة سنة) وغالبا ما يكون مزاج الاكتئاب لفظيا ويظهر الحزن على الطفل عند الاتصال، التهيج المفرط أو الملل، البكاء بسهولة، اللامبالاة، التعب، العزلة، ضعف الإنجاز الدراسي مما يؤدي إلى رفض المدرسة، قلق الانفصال، الرهاب والرغبة في الموت، إضافة إلى ضعف التركيز، الشكاوى الجسدية، فقدان الوزن، الأرق، الهلوس السمعية والأوهام، الشعور بالذنب... إلخ. (Bahls, 2002, p361).

إن وجود هذا الحزن بصفة دائمة يعطل كل جزء من حياة الطفل، ويتداخل مع الأنشطة اليومية للطفل، الواجبات المدرسية، والعلاقات بين الأقران، وقد يؤثر أيضا على أفراد الأسرة. ويمكن تقييم اكتئاب الطفولة وتشخيصه وعلاجه بشكل فعال مع الأدوية أو العلاج النفسي، لأن تركه دون علاج قد يؤدي إلى الانتحار (Childhood Depression, 2005).

— اكتئاب النفاس (Postpartum Depression):

وهو نمط من الاكتئاب قد يصيب بعض السيدات المستهدفات عقب الولادة Delivery، وعادة ما تكون له بعض المؤشرات أثناء الحمل ذاته وقد يرتبط بكثرة الاحساس بالألم أثناء الحمل والولادة، كما يرتبط بالولادة القيصرية Cesarean، كما يرتبط بشخصية الأنثى ذاتها. فالأنثى المستهدفة له عادة ترتفع درجة القلق عندها، والعصابية، وخيبة الأمل... إلخ، وهذا ما أيدته دراسات عديدة، منها على سبيل المثال دراسة سايستو Saisto. T وآخريين عام (2001) والتي أجريت على (211) سيدة حبلى تم تتبعها بعد الولادة (أبو زيد، د.ت، ص60).

— الاكتئاب المقنع (Masked Depression)

هو حالة مرضية من أهم أعراضها وجود مشكلات صحية أو نفسية أو سلوكية ولا تظهر عليه أي علامات واضحة للاكتئاب، ومن بين الأعراض الشائعة لحالات الاكتئاب المقنع وجود شكاوى جسدية تشبه الأمراض العضوية المعروفة: الصداع دون وجود سبب عضوي واضح، عسر الهضم، آلام المعدة، الإمساك، آلام الظهر المستمرة، أوجاع المفاصل، اضطراب ضربات القلب، الشعور بألم في الصدر يشبه أعراض مرض القلب أو ضيق التنفس. أي أن الاكتئاب المقنع يأخذ مظهر الاضطرابات الجسدية مع السبب النفسي. (عبد القادر، وعبد الرزاق، 2014، ص62).

– الاكتئاب الدوري أو اضطراب الهوس (Periodic depression or manic disorder)

ويجيء الاكتئاب في شكل دورات تتلوها أو تسبقها دورات من الاهتياج والهوس، والنشاط الزائد، وينظر لهذا النوع على أنه أشد خطرا لأنه لا يصيب مشاعر المريض وعواطفه فحسب، بل يصيب كثيرا من قدراته الأخرى بما فيها قدرته على التفكير السليم، وعلاقاته الاجتماعية، وتشويهه إدراكه لنفسه وللعالم المحيط به، ومن ثم قد يصبح المريض خطرا على نفسه، بسبب إهماله الشديد لحاجاته الإنسانية والحيوية، أو بسبب ما قد يرتكبه من أفعال حمقاء ضارة به كالانتحار. كما يتميز بدورات مختلفة من الابتهاج والشعور بالفرح الشديد الخارج عن المألوف والذي يسمى الهوس، ثم يمر المريض بدورات معاكسة يكون فيها في اكتئاب شديد وقد يكون التغيير في المزاج تدريجيا (المطيري، 2005، ص230).

– الاكتئاب الموسمي (Seasonal depression):

من الحقائق الثابتة أن هناك بعض الأعراض المزاجية والنفسية تبدأ في الظهور لدى بعض الأشخاص في وقت معين من فصول السنة، وقد تمت دراسة وملاحظة الارتباط بين درجات الحرارة والرطوبة وبين ظهور بعض أعراض القلق والاكتئاب. وهناك نوع من الاكتئاب يطلق عليه "الاكتئاب الوجداني الموسمي" Seasonal affective disorder يحدث بصفة خاصة في دول شمال أوروبا القريبة من القطب الشمالي في فصل الشتاء، حيث يظل الجو مظلمًا وبارداً لفترات طويلة ويتسبب في ظهور حالات كثيرة من الاكتئاب، ويستخدم الضوء في هذه الحالة كوسيلة رئيسية للعلاج (الشرييني ب، 2001، ص.ص211-212).

– الاكتئاب اللزج أو النعاب:

يتمتع الاكتئاب العصبي بخلط آخر من المشاعر العصابية بما فيه القلق والتوجس والخوف من المستقبل، ومشاعر التهديد والإحباط، وتشكل من هذا النوع أنماط فرعية متعددة لعل من أهمها ذلك الذي يسمى الاكتئاب اللزج أو النعاب، وفيه يبدو الشخص اعتماديا، سلبيًا وكثير الشكوى، ناعيا حظه، ومتفننا في اكتشاف أخطائه، والإعلان عن جوانب ضعفه وسلبياته. (المطيري، 2005، ص229).

6.3. أعراض الاكتئاب:

أجمع معظم الأطباء وعلماء النفس المرضي أن أعراض مرض الاكتئاب تتمثل في:

- الانقباض واليأس والقنوط وهبوط الروح المعنوية والحزن العميق والبكاء دونما سبب مع التشاؤم والترحم بأوضاع الحياة.
- بطء التفكير والاستجابة والحركة، ثم الانطواء والوحدة والانعزال والصمت والشرود والذهول.
- عدم الاهتمام واللامبالاة بالمحيط ومن حوله وقصور الدوافع والميول.
- الشعور بعدم القيمة واحتقار الذات والشعور بالخطايا والذنوب وطلب العقاب ومحاولة الانتحار.
- الشعور بالضيق وانقباض النفس وفقدان الشهية للطعام والإمساك.
- الصداع والتعب وضعف النشاط العام.
- توهم المرض والانشغال على الصحة والاعتقاد بأن مرضه عضال ميؤوس منه. (شكشك أنس، 2009، ص64)
- الإصابة بالأرق وأحيانا بزيادة النوم، وقد يشمل الأرق صعوبة الدخول في النوم أو أرق يتخلل النوم، أما زيادة النوم فتكون بنوم المريض أكثر من المعتاد أو النوم المتنقل (منصور زينب، 2010، ص45).
- قلة النشاط وعدم الإقبال على الحياة بصفة عامة.
- عدم الإقبال على القيام بأي عمل.
- خلو التعبير المصاحب للكلام من الإيماءات والإشارات التي تصاحب عادة الحديث مع الآخرين (الشرييني، 2001، ص97).

وتعرض روي دروثي Rowe. D (1983) لأهم أعراض الشخص المكتئب من خلال العبارات التالية :

- ليس من المهم كيف أبدو في حالة طيبة، أو أبدو لطيفا، فأنا في الحقيقة سيء، شيطان، وليس لدي قيم، وغير مقبول سواء بالنسبة لي أم للآخرين.
- لا بد لي من أن أخاف الآخرين وأكرههم وأحسداهم.
- الحياة سيئة والموت أسوء. (وما بعد الموت أسوأ وأسوأ).

- لم يحدث لي إلا الأشياء السيئة في الماضي، وسوف لا يحدث لي إلا الأشياء السيئة أيضاً في المستقبل.
- إنه من الخطأ أن أغضب.
- إنه يتحتم عليّ ألا أسامح أي شخص حتى نفسي (أبو زيد، د.ت، ص44-45).

7.3. تشخيص الاكتئاب

يمكن تشخيص حالات الاكتئاب الشديد بناءً على الأعراض التالية حسب معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-4)، والتي تلتخص فيما يلي:

أ- وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية خلال أسبوعين، بحيث يعتبر وجود هذه الأعراض تغيراً عن الوضع الطبيعي. وينبغي أن يكون أحد الأعراض الخمسة على الأقل: (1) مزاج مكتئب، (2) فقدان المتعة أو الرغبة. ملحوظة: لا تعتبر الأعراض إذا كانت نتيجة لمرض عضوي أو استخدام عقار مخدر أو طبي.

- 1) مزاج مكتئب في أغلب الوقت، وفي كل الأيام تقريباً. وذلك حسبما يدلي به المريض مباشرة، أو يلاحظه أقاربه.
- 2) نقص واضح في الرغبة أو المتعة في كل الأشياء التي كانت تثير الرغبة أو المتعة، وذلك في أغلب الوقت، وفي كل الأيام تقريباً. وهذه الأعراض قد يفيد بها المريض أو أقاربه.
- 3) ضعف في الشهية للطعام أو انخفاض واضح في الوزن لا يمكن تفسيره بجمية غذائية، أو زيادة في الشهية للطعام أو زيادة ملحوظة في الوزن.
- 4) أرق أو ميل للنوم في كل الأيام تقريباً.
- 5) شعور بالتوتر وعدم القدرة على الاسترخاء أو شعور بالبطء والتثاقل الجسمي في كل الأيام تقريباً، حسب إفادة المريض بنفسه أو ملاحظة الآخرين من حوله.
- 6) الخمول وفقدان الطاقة في كل الأيام تقريباً.
- 7) الإحساس بعدم القيمة أو الشعور المبالغ فيه بالذنب (وقد تصل إلى درجات ضلالية أو هذائية)، في كل الأيام تقريباً.

8) عدم القدرة على التفكير أو التركيز أو اتخاذ القرار في كل الأيام تقريباً، حسب إفادة المريض بنفسه أو ملاحظة الآخرين من حوله.

9) أفكار متكررة في الموت (ليس فقط الخوف من الموت)، أفكار انتحارية متكررة بدون خطة محددة أو محاولة انتحار أو خطة محددة لارتكاب الانتحار فعلاً.

10) خلل في القدرة على أداء الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من الوظائف الأخرى.

ب- لا تنطبق الأعراض على الحالات الوجدانية المختلطة.

ج- هذه الأعراض المذكورة في (أ) تؤدي إلى معاناة نفسية واضحة، أو خلل في القدرة على أداء الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من الوظائف الأخرى.

د- هذه الأعراض المذكورة في (أ) لا يمكن تفسيرها بواسطة استخدام عقاقير مخدرة أو علاجية، أو حالة عضوية.

هـ- هذه الأعراض المذكورة في (أ) لا يمكن تفسيرها بحالات الحداد. أي أن تستمر أعراض الاكتئاب لمدة تزيد عن شهرين وتؤثر في وظائف المصاب المختلفة تأثيراً مرضياً واضحاً (السيبي، 2015، د.ص).

8.3. أهم النظريات المفسرة للاكتئاب:

هناك العديد من النظريات التي فسرت حدوث الاكتئاب وفيما يلي عرض لأهم هذه النظريات:

— النظرية البيولوجية:

يرى بيك وآخرون. Beck et al (1979) أنه ظهرت العديد من التفسيرات للاكتئاب، فقد أشار كرينز. Krains في كتاباته إلى إمكانية وجود تفسير بيولوجي للاكتئاب، واستند في ذلك على الدراسات المتعلقة بالتوائم المتطابقة وعلى وجود تفسيرات هرمونية لظهور الاكتئاب (القمش، والمعايطة، 2007، ص274).

— النظرية السلوكية:

تعتبر النظرية السلوكية أن الاضطراب النفسي عبارة عن سلوك مكتسب كسائر أنماط السلوك، ويمكن تفسيره من خلال مفهومي التعزيز والإشراط. وترى النظريات السلوكية أن الاكتئاب ينجم عن تدني مستوى

التدعيم الإيجابي وارتفاع مستوى الخبرات السلبية وغير السارة. ويحدث الاكتئاب من جراء عوامل عديدة تنخفض بموجبها تفاعلات الفرد مع البيئة المؤدية إلى نتائج إيجابية. وتزداد معدلات الخبرات السيئة التي تمثل عقابا بالنسبة إلى المكتئب، ويعتبر لوينسون Lewinson (1974) أن التعزيز والاكتئاب مفهومان متعلقان بعضهما البعض الآخر، ويشيران إلى أن سلوك المكتئب يقود إلى تدني مستوى الاستجابة المتوقعة في التعزيز الإيجابي الذي يكمن في وجود التفاعل بين الفرد والبيئة. (معري، 2010، ص80).

ويضع أنصار هذا الاتجاه عدة افتراضات في نشأة الاكتئاب منها:

- تظهر مشاعر الاكتئاب وغيرها من الأعراض مثل الشعور بالتعب والإرهاق عندما لا يتلقى السلوك التعزيز الكافي.
- سحب التعزيزات تُخفض من حيوية السلوك والنشاط أكثر منه في حالة وجود معزز، لكنه قليل.
- إن كمية التعزيز الإيجابي عبارة عن وظيفة لثلاث مجموعات من التغييرات منها عدد المعززات الكامنة مثل الجنس والحادضية للآخرين، وعدد المعززات الموجودة كوظيفة للبيئة بأن الشخص موجود، مثل وجود الشخص في المنزل وليس في السجن، ومهارات الفرد المهنية والاجتماعية. (عبد القادر، وعبد الرزاق، 2014، ص39).

- النظرية المعرفية:

يعتقد بيك Beck أن الاكتئاب هو اضطراب في التفكير وتظهر أعراضه طبقا لصفاته المعرفية السالبة، ويكون تأويل الحدث عن طريق الأفكار السلبية غير المنطقية بحيث تكون المشاعر الواردة غير ملائمة للحدث أو مبالغ فيها مع توقع حدوث الكارثة، ويرى بيك Beck أن الاضطراب الانفعالي ما هو إلا ردود أفعال مبالغ فيها لا تخدم التكيف (معري، 2010، ص87).

وحسب بيك Beck فإن هناك أربع مكونات رئيسية للاكتئاب تتمثل في الآتي:

- المعرفة، وتتمثل في الشعور بالعجز واليأس والميل إلى تضخيم المشكلات وتدني قيمة الذات.
- الدافعية، وتتمثل في فقدان الدافعية والاعتماد على الغير والرغبة في قتل الذات وضعف الإرادة.
- الانفعالية، وتتضمن عدم القدرة على الشعور بالمتعة والسعادة.

- الجسدية، وتبرز في أعراض الأرق وفقدان الرغبة الجنسية والتعب بسرعة وارتخاء العضلات (معريس، 2010، ص.ص.92-93).

ونعرض فيما يلي جدولاً لأساليب التفكير التي تسهم في حدوث الاكتئاب:

جدول رقم 2: يوضح فيه بيك (Beck): أساليب التفكير التي تسهم في حدوث الاكتئاب

أسلوب التفكير	معناه
التضخيم والمبالغة	إضفاء دلالات مبالغ فيها على الموضوعات المحايدة، أو التي يتعذر تفسيرها. والمبالغة في إدراك جوانب القصور الذاتي والتقليل من المزايا الشخصية والنجاح الشخصي.
التعميم	تعميم خبرة سلبية منعزلة على الذات ككل.
الكل أو لا شيء	إدراك الأشياء على أنها إما سلبية تماماً أو لا شيء (عدم إدراك أن الشيء، الذي قد يبدو سلبياً ينطوي على فائدة الآن أو في المستقبل).
عزل الأشياء عن سياقها	أو الانتقاء السلبي، يعني عزل خاصية عن سياقها العام، مع ربطها بسياق آخر لا علاقة له بالنتيجة السلبية السابقة.
التفسير السلبي لما هو إيجابي	تفسير الأمور التي يكون من الواضح أنها إيجابية وطيبة، تفسيراً سلبياً (مثلاً حب الناس لي وتقديرهم شفقة على حالي وليس لأشياء إيجابية لدي).
القفز إلى الاستنتاجات	إدراك أن الموقف ينطوي على تهديد وخطر وامتهان من دون أن تكون هناك دلائل على ذلك.
قراءة المستقبل سلبياً وحتماً	التوقع السلبي للمستقبل والتصرف كما لو كان هذا التوقع حقيقة.
التأويل الشخصي للأمور	أن ينسب الشخص لنفسه مسؤولية النتائج السلبية في المواقف التي يمر بها.

نقلاً عن: (معريس، 2010، ص.94).

يرى بيك Beck أن المحتوى الفكري لمرضى الاكتئاب يركز على فكرة الفقد، أي وقوع فقدان كبير. فيحس المريض منهم أنه قد خسر شيئاً يراه ضرورياً لسعادته أو طمأنينته، ويتوقع من أي مشروع هام نتائج سلبية، ويرى نفسه مفتقداً للصفات اللازمة لتحقيق أهداف ذات شأن. وبإمكاننا صياغة هذه التهمة فيما يسمى الثلاثي المعرفي The cognitive triad: تصور سلبي للذات، تفسير سلبي لخبرات الحياة، نظرة عدمية للمستقبل (بيك آرون، ص.ص.98، 99).

9.3. علاج الاكتئاب

من الناحية العلمية فإن علاج حالات الاكتئاب النفسي في العيادات النفسية يتم عن طريق عدة وسائل يمكن استخدام بعضها معا أو اختيار المناسب منها لكل حالة من الحالات وهذه الوسائل هي:

– العلاج النفسي:

ويتضمن جلسات علاجية فردية أو جماعية، ويضم عدة أساليب منها استخدام الإيحاء، والمساندة، والتدعيم، أسلوب التحليل النفسي، والعلاج السلوكي، ولكل هذه الأساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون (الشرييني، 2001، ص238).

ويستند العلاج النفسي للاكتئاب على مبادئ نظريات علم النفس، حيث ينصب الاهتمام الرئيسي للمعالج السلوكي على توفير مصادر مختلفة وحقيقية للتعزيز الإيجابي، عن طريق تقديم نشاطات توفر فرصا أكبر للتعزيز الإيجابي. أما المعالج المعرفي فيسعى إلى إبدال أفكار وطرق تفكير المريض السلبية (الخاطئة) بأفكار وطرق واقعية. في حين يهدف العلاج السلوكي العاطفي العقلاني إلى الكشف عن الأفكار اللاعقلانية للمكثب وتفنيدها وتطوير الأفكار العقلانية لديه. حيث يقوم الفرد بتغيير مشاعر الاكتئاب والكراهية الذاتية بمشاعر القناعة والسعادة (القمش، والمعاطبة، 2007، ص.ص279-280). وتجدد الإشارة إلى أنه في الطور المتدنى للاكتئاب والذي يتميز بسيطرة القلق الاكتئابي على الموقف، يمكن أن تجرى جلسات إرشادية تستند إلى فنيات العلاج العقلاني الانفعالي كأسلوب وقائي، قبل التورط في الاكتئاب الشديد (عسكر، 2001، ص148).

– العلاج البيئي:

ونعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسببت له في المرض، ويتم ذلك بانتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للاستشفاء ومن وسائل هذا العلاج الترويح عن المريض وشغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد إلى عودته للحياة مرة أخرى (الشرييني ب، 2001، ص239).

– العلاج بالأدوية النفسية:

ويتضمن استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب Antidepressants، حيث ظهرت هذه المجموعة في أواخر الثلاثينات، وتم استخدام الأمفيتامين في علاج الاكتئاب ثم توالى الدراسات على هذه المجموعة حتى ظهرت في

أواخر الستينات عدد من الأدوية المضادة للاكتئاب أطلق عليها الجيل الثاني (Second-Generation of antidepressants) من مضادات الاكتئاب.

وتشمل أنواع الأدوية المضادة للاكتئاب ما يلي:

- مثبطات الإنزيم المؤكسد للأمنيات الأحادية (M.A.O.I) (Mono amine oxidase inhibitors).
- مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (Tricyclic antidepressants).
- أدوية محاكية الودي - ذات مفعول شبيه بالجهاز السمبتاوي - (Sympathomimetics).
- الجيل الثاني من الأدوية المضادة للاكتئاب (Second-Generation drugs). (عواد محمود، 2006، ص50).

حيث يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته.

وللأدوية المضادة للاكتئاب تأثيرات جانبية هي:

- مفعولها المهدئ الذي يظهر في صورة الإحساس بالإجهاد والنعاس ونقص اليقظة الذي يصل إلى درجة التغميم.
- الرعشة وزيادة نبضات القلب وجفاف الفم والإمساك واحتباس البول واهتزاز الرؤية.
- تأثيرات أيضية مثل: زيادة الوزن.
- حساسية تظهر في صورة طفح جلدي ویرقان.
- تشوه الأجنة في حالات الحمل. (عواد محمود، 2006، ص50).

– أساليب علاجية أخرى:

استخدام العلاج الكهربائي الذي يعمل على إعادة تنظيم إيقاع الجهاز العصبي، أو استخدام بعض الوسائل مثل التنويم المغناطيسي Hypnosis، والوخز بالإبر Acupuncture، واستخدام الدواء الخادع Placebo الذي يحقق نتائج في بعض الحالات (الشريبي ب، 2001، ص239).

ويقرر شاهين والرخاوي (1977) أن الصدمات الكهربائية من أنجح العلاجات حتى الآن في حالات الاكتئاب خاصة وهي تستعمل الآن بطريقة سليمة على ناحية من المخ فلا تحدث نسيانا، وهي نافعة في كل

حالات الاكتئاب الدوري تقريبا حتى البسيط منها إذا عجزت العقاقير، ولكنها لا تصلح في حالات الاكتئاب العصبي والاكتئاب المزمن المتراكم للقلق، وكما أن توقيتها مهم للغاية فهي تصلح في أول ظهور المرض وقرب نهايته بدرجة أكبر منها في قمة حدة المريض (عسكر، 2001، ص.ص 146، 147).

وفي الأخير لا يجب النظر إلى هذه الرؤى على اعتبارها نظريات متنافسة للاكتئاب، ولكن باعتبارها بالأحرى مستويات مختلفة للتحليل. وكل طريقة علاجية لها توجهها المقنع، فالمعالج الدوائي يتدخل في المستوى الكيميائي الحيوي، والمعالج السلوكي المعرفي يتدخل في المستويات المعرفية والانفعالية والسلوكية. ويشير بارلو (2002) إلى أن تغيير المعارف الاكتئابية يؤدي تلقائيا إلى تغيير خصائص المزاج والسلوك، كما يؤدي أيضا إلى تغيير الكيمياء الحيوية للاكتئاب. وعلى الرغم من ذلك تظل الآلية الدقيقة للتغيير هدفا للفحص الأساسي والحوار (بارلو، 2002، ص 581). وفيما يلي نلخص أهم التوجهات النظرية في تفسير الاكتئاب وطرق علاجه:

جدول رقم 3 : التوجهات النظرية الكبرى في تفسير الاكتئاب وطرق علاجه

المنحى العلاجي	التوجه النظري
ضادات الاكتئاب مثل مجموعة الـ MAOI S، التعرض للضوء، الحرمان من النوم والجلسات الكهربائية ECT وأدوية الاضطراب ثنائي القطب مثل: الليثيوم.	المنظور البيولوجي: - قدمت دراسات التاريخ الأسري والتبني دليلا على التوارث الجيني للاضطراب، ولقد ركزت دراسات الشذوذ البيوكيميائي على السرتونين والنورابينفرين وتغير الإيقاع البيولوجي لدورة النوم واليقظة والاضطرابات الهرمونية.
تغير في البيئة وتغير سلوكي للمرضى لتلقي مزيد من الخبرات السارة (تدعيم إيجابي) وتعلم المهارات الاجتماعية والتحصين ضد الضغوط.	المنظور السلوكي: - نقص التدعيم الإيجابي، اضطراب في التنظيم الذاتي ينتج عن تغيير في ظروف الحياة يؤدي إلى التكدير ونقص تقدير الذات.
واجهة النظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل عن طريق توضيح طرق أكثر منطقية لتفسير الخبرات، تقديم مهام بين الجلسات لتساعد العميل على تنمية خبراته الإيجابية خارج إطار الجلسات العلاجية.	المنظور السلوكي-المعرفي: - الثالث المعرفي يسبب انخفاضا في تقدير الذات، والنظرة التشاؤمية للأمر تعمل على استمرار الاتجاهات المضطربة وزيادة الأفكار السلبية بحيث لا يستطيع الفرد تبني أفكار جديدة أو قبول أفكار إيجابية عن الذات.

نقلا عن: (إبراهيم. ز. السيد، 2006، ص 73).

4. الاضطرابات النفسية عند المرأة المعنفة

1.4. مفهوم العنف ضد المرأة :

يعرف العنف ضد المرأة حسب الإعلان العالمي للقضاء على العنف الموجه ضد المرأة الصادر في: 1993/12/20 بأنه: " أي فعل عنيف قائم على الجنس ينجم عنه، أو يحتمل أن ينجم عنه أذى أو معاناة بدنية أو جنسية أو نفسية للمرأة، بما في ذلك التهديد باقتراف مثل هذا الفعل أو الإكراه أو الحرمان التعسفي من الحرية، سواء وقع ذلك في الحياة العامة أو الخاصة ويتضمن:

- العنف الجسدي، والجنسي، والنفسي الذي يقع في إطار الأسرة.
- العنف الجسدي، والجنسي، والنفسي الذي يقع في الإطار العام للمجتمع.
- العنف الجسدي، والجنسي، والنفسي الذي تقترفه الدولة أو تتغاضى عنه حيثما وقع.

ترى العواودة نقلا عن عبد الوهاب (1994) أن العنف ضد المرأة يعرف بأنه: " ذلك السلوك أو الفعل الموجه إلى المرأة على وجه الخصوص، سواء أكانت زوجة أو أما أو أختا أو ابنة أو عاملة، وتتسم بدرجات متفاوتة من التمييز والاضطهاد والقهر والعدوانية الناجم عن علاقات القوة غير المتكافئة بين المرأة والرجل في المجتمع والأسرة على السواء، نتيجة سيطرة النظام الأبوي بآلياته الاقتصادية والاجتماعية والثقافية". (العواودة، 2009، ص.37)

ويعرف الشواشره ومحمود (2014) النساء المعنفات بأنهن: " النساء اللواتي يتعرضن للإساءة من الآخرين، وتتضمن إساءات جسدية، ونفسية وجنسية ولفظية وصحية واجتماعية واقتصادية، وترتبط هذه الأشكال جميعها بمجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية والسلوكية التي تؤثر في الصحة الجسدية والنفسية للمرأة، وأدائها لأدوارها بوصفها أما وزوجة وامرأة عاملة". (الشواشره، ومحمود، 2014، ص.373)

نرى من خلال تعريف الشواشره ومحمود (2014) أنه يجمع بين تعرض النساء للإساءة بكل أشكالها وظهور مجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية والسلوكية التي من شأنها التأثير على صحة النساء المعنفات، وفيما يلي سنتعرض لاضطرابي القلق والاكتئاب لدى المرأة وتأثيرهما على صحتها.

2.4. المرأة والقلق :

إذا كان الحمل والإنجاب والأمومة ورعاية الأطفال هي أعباء إضافية ترتبط بتغيرات نفسية مزاجية متفاوتة يمكن أن تزيد شدتها وتسبب شعور السأم والضييق والقلق للمرأة بما تتضمنه من متاعب وأعباء ومسؤوليات بدنية ونفسية، فإن غياب هذه الأمور يؤدي أيضا إلى إصابة المرأة بالاضطراب النفسي. فقد ثبت أن السيدات أو الآنسات اللاتي لم يسبق لهن الزواج وهن في حالة العنوسة والأخريات اللاتي تزوجن ولم يقدر لهن الإنجاب، هن أكثر قابلية للإصابة بالقلق والاكتئاب، وكذلك السيدات اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل أو اللاتي تجرى لهن جراحة لاستئصال الرحم لضرورة ما أو عقب حدوث إجهاض. هذا وقد ثبت أيضا أن المرأة العاملة تكون أكثر عرضة للقلق والاكتئاب إذا كانت أما لأطفال صغار دون السادسة من العمر (الشرييني أ، 2010، ص56).

وفي مجمل تفسير نتائج ما توصلت له الأبحاث تشير إلى أن:

— المرأة تظهر قلقا أكثر من الرجل لأن الرجل قلما يظهر انفعالاته نتيجة للتنشئة الاجتماعية، وثقافة المجتمع الموروثة التي ترفض الرجل السريع القلق والكثير الملح، لذا فهو يقاوم القلق. أضف إلى ذلك أن المرأة عندما تشعر بالضغط النفسي أو الإحباط فهي تطلب مشاركة الآخرين لها، وهو ما تسمح لها به التنشئة الاجتماعية أو ثقافة المجتمع الموروثة، لذا فهي تبدي قلقها مشيرة إلى طلب المساعدة وهي تؤمن أن المجتمع يسمح لها بذلك.

— المرأة أكثر قلقا من الرجل لأن لها أدوارا أكثر من أدوار الرجل، وأدوار المرأة كأم وزوجة أو موظفة. تؤدي إلى صراعات وتوترات تثير انفعال القلق، فلكل دور من أدوارها واجبات ومتطلبات قد تتداخل وتتعارض مما يجعلها تشعر بعدم الاستقرار فيثار قلقها لذلك.

أضف إلى ذلك التغيرات البيولوجية التي تصاحب حياة المرأة منذ ابتداء الدورة الشهرية ثم انقطاعها، وما بين البداية والانقطاع تتسم حياة المرأة ما قبل الدورة الشهرية ب (7-10) أيام بالقلق الاكتئابي (القلق الممزوج بالاكتئاب) والتوتر المؤقت، وزيادة نشاط الغدة الدرقية الذي يعمل على احتباس السوائل في جسدها، وتغلب على حياة المرأة عند انقطاع الدورة الشهرية تغيرات بيولوجية مصحوبة بتغيرات مزاجية سريعة تتسم بالقلق والتوتر النفسي والمشاعر السلبية التي أغلبها وليدة البيئة الاجتماعية ونتاج اجتماعي نفسي يشعر المرأة بفقدان أهميتها وهي في عمر متأخر، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق لديها (السامرائي، 2007، ص.ص. 54، 55).

إذن من خلال ما سبق نلاحظ أن هناك عوامل متعددة تتسبب في إحداث القلق وارتفاعه عند المرأة أهمها العوامل البيولوجية، والعوامل الاجتماعية والثقافية التي ترسخ الفوارق بين الرجل والمرأة وبالتالي تركز لثقافة العنف واستمرارته باعتبار المرأة أقل درجة من الرجل، وبالتالي تكليفها بأعباء ومسؤوليات تفوق طاقتها النفسية والجسدية، بل وجعلها في خدمة الرجل دوماً والتقليل من شأنها مهما فعلت، مما يجعلها تعيش في قلق دائم.

3.4. المرأة والاكتئاب :

تختلف المرأة في تكوينها النفسي عن الرجل حيث أن شخصية المرأة وحياتها النفسية بها الكثير من أوجه الخصوصية، ويقال أنّ المرأة تملك بعض الصفات والقدرات البيولوجية والعاطفية بما يفوق ما لدى الرجال غير أنه من الناحية العملية فإن الإحصائيات تؤكد أن إصابة المرأة بالاكتئاب تزيد نسبتها مقارنة بالرجل (الشرييني ب، 2001، ص69). حيث أن نسبة الاكتئاب لدى الذكور والإناث تكون متجانسة في مرحلة الطفولة أي قبل سن البلوغ، ولكن تتضاعف وتصبح أكثر تفشيًا لدى الإناث مقارنة بالذكور أثناء فترة المراهقة، وعلى الرغم من محدودية المعلومات فإن البيانات المتاحة تشير إلى أن معدلات الاكتئاب أعلى بين المرضى ذوي الحالات الطبية المزمنة، والفئات الخاصة لاسيما لدى المعاقين، أو أطفال الأقليات العرقية. (Rey, Bella & Liu, 2015, p2).

– ترى هوكسيما سوزان **Hoeksema. S.N** (2001) أن افتقار المرأة للقوة الاجتماعية يجعلها أكثر تعرضاً من الرجال لصدمات رئيسية معينة، ولاسيما في حالة الاعتداء الجنسي، هذه الصدمات يمكن أن تسهم مباشرة في الإصابة بالاكتئاب، من خلال جعل المرأة تشعر أنها عاجزة عن السيطرة على حياتها، ويمكن أن تسهم أيضاً بشكل غير مباشر في زيادة تفاعل المرأة مع الإجهاد، كما أن الأدوار الاجتماعية للمرأة تجعلها تحمل عدداً من الضغوط المزمنة التي تساهم بشكل مباشر أو غير مباشر في ظهور الاكتئاب. (Hoeksema, 2001, p173).

– أسفرت نتائج كثير من الدراسات عن أن الإناث أكثر إظهاراً للأعراض الاكتئابية عن الذكور، ومن هذه الدراسات المسح القومي للاكتئاب الذي أجراه كل من **يوجين ليفيت Levitt. E**، و**برنارد لوبين Lubin. B** (1975) في الولايات المتحدة الأمريكية حيث توصلوا إلى أن الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور وذلك على عينة قوامها (3009) مفحوص.

– واستطاع جوي نيومان (Newmann.J.P) (1984) في دراسته للفروق الجنسية في الأعراض الاكتئابية التوصل إلى أن الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور، وذلك على عينة قوامها (980) مفحوص.

– وتمكن عبد الخالق أحمد (1989) بالاشتراك مع آخرين في دراستهم للفروق في القلق والاكتئاب بين مجموعات عمرية مختلفة من الجنسين من التوصل إلى أن الإناث المراهقات أكثر اكتئاباً عن الذكور المراهقين (أبو زيد، د.ت، ص98).

– وقد يرجع ذلك إلى طبيعة التكوين النفسي للأُنثى؛ فهي أكثر حساسية من الذكر، وتميل إلى التفكير العاطفي الخيالي والتأملي، وهي أكثر رقة وأنوثة، ولذلك فهي أكثر تعرضاً للاكتئاب عن الذكر. (أبو زيد، د.ت، ص99).

وحتى عندما يواجه النساء والرجال اضطرابات مماثلة، قد تكون النساء أكثر عرضة من الرجال لتطور الاكتئاب واضطرابات القلق، واضطرابات ذات الصلة كاضطراب ما بعد الصدمة، وتعزى زيادة تفاعل المرأة مقارنة بالرجل إلى الاختلافات بين الجنسين في الاستجابات البيولوجية والمفاهيم الذاتية وأساليب التكيف (Hoeksema,2001,p174).

4.4. تأثير الاضطرابات النفسية على صحة المرأة :

للأمراض النفسية عوارض عديدة تؤثر على صحة المرأة وحالتها الفيزيولوجية، ومنها: تأخر الدورة الشهرية والتي تصاحبها عادة آلام شديدة نتيجة الحالة النفسية المتدهورة، بالإضافة إلى مخاطرها على الحامل، حيث قد تؤدي إلى الإجهاض أو عسر الولادة وارتفاع نسبة إجراء الولادة القيصرية، كما تؤثر على الجنين وما شابه ذلك من الأعراض التي تجعلها تتحطم نفسياً، وبهذا تظهر ضرورة المعالجة.

وعلى الرغم من أن المرأة أكثر قبولاً لفكرة المرض النفسي وأكثر طلباً للمساعدة وأكثر مرونة في العلاج وأكثر تحسناً معه واستفادة منه إلا أن هناك عوائق كثيرة تعوق استفادتها من العلاج وهي:

- المرأة تحتاج الإذن من زوجها أو أقاربها لكي تذهب للعلاج، وهم لديهم حالة من الإنكار للمرض النفسي أو يخافون من وصمته، أو يعتبرونه ضعفاً في الإرادة أو الإيمان.
- كثرة اللجوء إلى المشعوذين الدجالين (الشيوخ) حيث يخدعونها بقولهم أن سبب مرضها هو مس من الجن أو سحر أو حسد.

- ظهور الكثير من الاضطرابات النفسية لدى المرأة في صورة أعراض جسمانية.
- إمكانية تعرض المرأة للاستغلال أو الابتزاز خلال مراحل العلاج.
- عدم وجود أماكن علاجية كافية ومناسبة لاحتواء المرأة حتى تُشفى (زاغروس، 2013، د.ص).

نستنتج مما سبق أن النساء أكثر عرضة للمشكلات والاضطرابات النفسية مقارنة بالرجال حيث سجلت الدراسات التي تم عرضها في هذا المقام اختلافا جذريا بين الذكور والإناث في نسب التعرض للاضطرابات والمشكلات النفسية، حيث أن الإناث أكثر تعرضا للقلق والاكتئاب وهذا راجع طبعاً لعدة عوامل وأسباب أهمها تأثير العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية والدينية... إلخ.

بعكس ما سبق، ورغم وجود بعض الدراسات المخالفة لهذه النتائج، والتي اطلعت عليها الباحثة- لا يتسع ذكرها في هذا المقام- إلا أن نتائجها قد ترجع لعوامل أخرى كاختلاف طبيعة العينات والمناهج والمقاييس المستخدمة والظروف الاجتماعية والاقتصادية والتغيرات المؤقتة للعينات المدروسة.

خلاصة:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل، نستنتج أن هناك خطأ رفيعا بين مفهومي الصحة النفسية والمرض النفسي، كما أن هناك اختلافا واضحا في تحديد كلا من هذين المفهومين حيث يرجع هذا الاختلاف إلى عوامل كثيرة أهمها العوامل الاجتماعية والحضارية والثقافية التي تتدخل في تحديد هذين المفهومين، فالصحة النفسية والمرض النفسي يختلفان من مجتمع لآخر ومن عصر لآخر حسب الخصوصيات الحضارية والمرجعيات الثقافية للأفراد والمجتمعات.

أما بالنسبة لاضطرابي القلق والاكتئاب لاحظنا أنهما سمة تطبع العصر الراهن خصوصا، كما أنهما يعتبران أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا وانتشارا بين مختلف الأعمار والفئات خاصة لدى النساء، وعليه يمكننا القول أنه إذا كانت المرأة أكثر معاناة من القلق والاكتئاب في حالاتها وظروفها العادية فما بالك بتعرضها لدرجات متفاوتة من العنف على اختلاف أشكاله ومستوياته، وهذا ما سوف نتطرق إليه في الفصل الموالي الخاص بالإجراءات الميدانية، فكيف ستكون درجتي القلق والاكتئاب لدى النساء المعنفات؟

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية:

- 1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية.
- 2.1. منهج الدراسة الاستطلاعية
- 3.1. حدود الدراسة الاستطلاعية.
- 4.1. عينة الدراسة الاستطلاعية وخصائصها.
- 5.1. أدوات الدراسة الاستطلاعية وخصائصها السيكمترية.
- 6.1. البرنامج الإرشادي المقترح.
- 7.1. الأساليب الإحصائية المتبعة.

2. الدراسة الأساسية:

- 1.2. منهج الدراسة الأساسية.
- 2.2. حدود الدراسة الأساسية.
- 3.2. عينة الدراسة الأساسية وخصائصها.
- 4.2. أدوات التشخيص في الدراسة الأساسية.
- 5.2. إجراءات تطبيق البرنامج الإرشادي وسير الجلسات.

خلاصة

تمهيد

يتضمن هذا الفصل وصفا مفصلا للإجراءات المنهجية والميدانية التي تم القيام بها لتحقيق أهداف البحث بدءا بالدراسة الاستطلاعية وخطواتها من اختيار الأدوات المناسبة وحساب خصائصها السيكومترية إلى تحديد الأطر المكانية لإجراء الدراسة وكذا خصائص عينة الدراسة وبناء البرنامج الإرشادي وتحكيمه بهدف المرور إلى الدراسة الأساسية وتطبيق البرنامج الإرشادي ونعرض ذلك فيما يلي.

1. الدراسة الاستطلاعية

1.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تسعى الباحثة من وراء إجراء الدراسة الاستطلاعية إلى تحقيق جملة من الأهداف، تتمثل أساسا في النقاط التالية:

- الاطلاع عن كثب على واقع المرأة المعنفة من خلال معرفة حجم ونسب الظاهرة ومدى تفشيها في المجتمع الجزائري.
- تطبيق أدوات الدراسة والمتمثلة في استمارة بحث معدة من طرف الباحثة للحصول على المعلومات الشخصية المتعلقة بعينة الدراسة، إضافة إلى مقياسي: تايلور للقلق وبيك للاكتئاب بهدف معرفة مدى استيعاب عينة الدراسة لبنودهما وكذا حساب الخصائص السيكومترية.
- معرفة درجات القلق والاكتئاب عند النساء المعنفات بهدف التأكد من وجود الاضطرابين لدى عينة الدراسة.
- الحصول على الاتفاق بين الباحثة والعميلات اللواتي تسمح لهن الظروف ويرغبن بالمشاركة في البرنامج الإرشادي.
- تكوين نظرة مبدئية حول كيفية وسيرورة العمل الميداني، ومعرفة العراقيل والصعوبات المتعلقة بموضوع البحث.
- الخروج بنتائج ميدانية ملموسة تكون بمثابة منطلقات لإجراء الدراسة الأساسية.

2.1. منهج الدراسة الاستطلاعية:

على اعتبار أن الدراسة الاستطلاعية تهدف إلى جمع بيانات حقيقية حول عينة الدراسة وخصائصها ومعرفة درجات القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة بهدف بناء برنامج إرشادي لخفض درجة الاضطرابين لديها، فإن هذه الإجراءات تتطلب من الباحثة الاستعانة بالمنهج الوصفي لأنه الأنسب لهذه الدراسة.

حيث يعرف المنهج الوصفي على أنه: " أحد أشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميًا عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة" (ملحم، 2000، ص324).

أما أهم ما يميز هذا المنهج أنه يوفر بيانات مفصلة عن الواقع الفعلي للظاهرة موضوع الدراسة، كما أنه يقدم في الوقت نفسه تفسيرًا واقعيًا للعوامل المرتبطة بموضوع الدراسة والتي تساعد بقدر معقول على التنبؤ المستقبلي للظاهرة (عبيدات، أبو نصار، وعقلة، 1999، ص47).

ويعتبر هذا الأخير المنهج الأكثر شيوعًا بين الباحثين لسهولة استخدامه ونتيجة لما يحققه من أهداف علمية وموضوعية.

3.1. حدود الدراسة الاستطلاعية:

اشتملت الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها خمسة وعشرين (25) امرأة معنفة، حيث طبقت عليهن أدوات الدراسة في الفترة الزمنية الممتدة من 15 أكتوبر 2017 إلى غاية نهاية شهر جانفي 2018، ونظرًا لعدم تواجد العينة في مكان قار وواضح فقد كانت هناك صعوبة جد كبيرة في الوصول إليها، لذا تم الحصول على عينة الدراسة الاستطلاعية بعدة طرق ومن أماكن مختلفة، حيث قامت الباحثة بزيارات ميدانية لأغلب المؤسسات المتواجدة بولاية سطيف والتي لها علاقة بالتكفل الصحي والمادي والقانوني والنفسي بوضعية المرأة المعنفة، وتمثلت في المؤسسات التالية:

— المجلس القضائي لولاية سطيف، حيث أجرت الباحثة مقابلة مع السيد النائب العام من أجل الحصول على الإحصائيات الخاصة بنسب النساء المتعرضات للعنف اللائي رفعن دعوات قضائية ضد من قاموا بتعنيفهن، أو محاولة الاتصال بهن شخصيًا، ولم تفلح الباحثة في تحقيق هذا المسعى نظرًا لوجود سرية تامة في المحافظة على الملفات الشخصية— حسب القانون— وتم توجيه الباحثة إلى ضرورة تقديم طلبها إلى الوزارة المعنية (المديرية الفرعية للإحصائيات والتحليل).

- الاتصال بالجمعيات النسوية الناشطة في مجال التنمية البشرية والترقية الحضارية بمدينة سطيف وتمكنت الباحثة من التطبيق على ثمانية (8) حالات.
- الاتصال بمديرية الشؤون الاجتماعية والتضامن على مستوى ولاية سطيف لعدة مرات، وبعد مد وجزر وتقديم بعض الوعود بمساعدة الباحثة ميدانيا، تم إعلامها فيما بعد أن المرأة المتعرضة للعنف تأتي إلى المديرية مرة واحدة فقط من أجل الحصول على الإعانات المادية ثم تذهب دون رجعة، ولم تتلق الباحثة أية إفادات أخرى.
- الاتصال بوحدة الكشف والمتابعة المدرسية، أين قامت الباحثة بمقابلة الأخصائية النفسانية، والتي أخبرتها أن أغلبية التلاميذ المراجعين للمصلحة والذين يعانون من مشكلات مدرسية وصعوبات في التعلم أمهاتهم يتعرضن للعنف الزوجي بشكل متكرر، وتمكنت الباحثة من التطبيق على ثلاث (3) حالات.
- الاتصال بمصلحة الطب الشرعي بالمستشفى الجامعي - سعادنة عبد النور - سطيف، أين وجدت الباحثة الكثير من الحالات اللاتي تعرضن للعنف -أغلبيته عنف زوجي- حيث كن في وضعية نفسية وجسدية جد سيئة (بكاء، عدم القدرة على التعبير، ذهول، كدمات، آثار ضرب في مناطق مختلفة من الجسم... إلخ)، ولم يوافقن على الحديث أصلا، لا مع الباحثة ولا مع الأخصائي النفساني لأن هدفن هو الحصول على شهادة طبية مستخرجة من عند الطبيب الشرعي لتقديمها إلى الجهات القضائية. والقلة منهن أخذن مقاييس الدراسة دون رجعة، وتمكنت الباحثة من التطبيق على حالتين (2) فقط.
- عن طريق العلاقات الاجتماعية والإعلام في أوساط الطلبة والأساتذة على مستوى جامعة سطيف 2، أين تمكنت الباحثة من التطبيق على باقي الحالات.

4.1. عينة الدراسة الاستطلاعية وخصائصها:

- كما هو سالف للذكر فإن عينة الدراسة الاستطلاعية مكونة من 25 امرأة معنفة، وفيما يلي نقدم وصفا للعينة حسب المتغيرات التالية:
- أ. حسب متغير السن:
- حساب طول الفئة:

$$\text{طول الفئة} = \frac{\text{الفرق بين أكبر قيمة وأصغر قيمة}}{K}$$

نعتمد على القانون التالي:

$$K=1+3.32\log n \quad \text{حيث:}$$

$$=n \text{ حجم العينة}$$

$$[20, 23, 25, 26, 28, 31, 32, 35, 39, 40, 43, 48, 49, 50, 62]$$

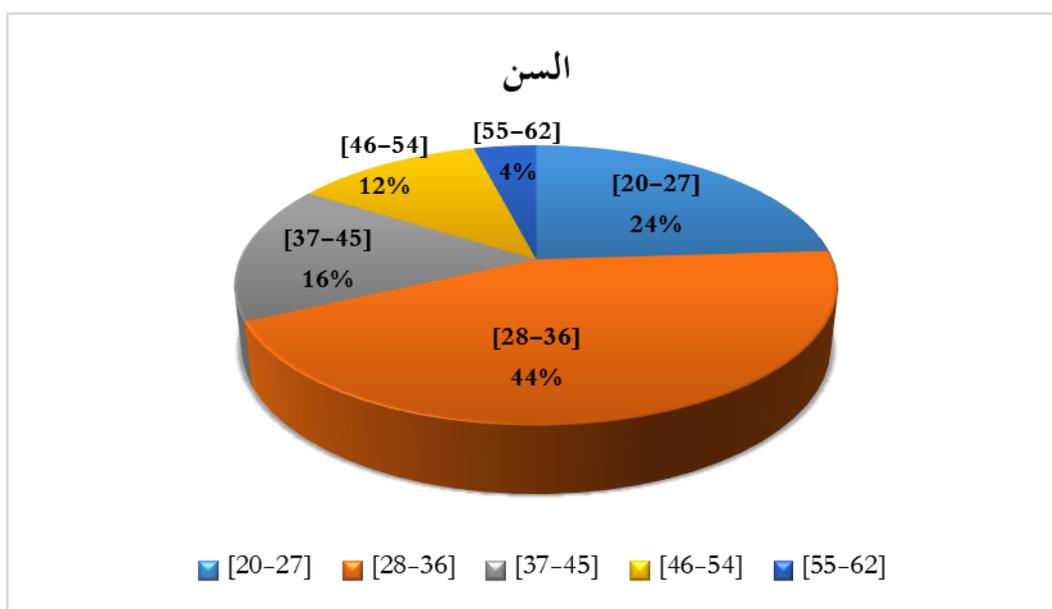
$$5.64 = 1 + 3.32 \log(25) = K$$

$$7.44 = \frac{20-62}{5.64} = \text{طول الفئة}$$

جدول رقم 4: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير السن

النسبة المئوية	التكرار	السن
%24	6	[27-20]
%44	11	[36-28]
%16	4	[45-37]
%12	3	[54-46]
%4	1	[62-55]
%100	25	المجموع

يتضح من خلال الجدول أن عينة النساء المعنفات في الفئة العمرية التي يتراوح سنها ما بين (28-36) سنة، هي الغالبة على عينة الدراسة حيث بلغت نسبة 44%، في حين بلغت الفئة العمرية ما بين (55-62) أقل نسبة وتمثلت 4% من عينة الدراسة.



شكل رقم 4: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير السن.

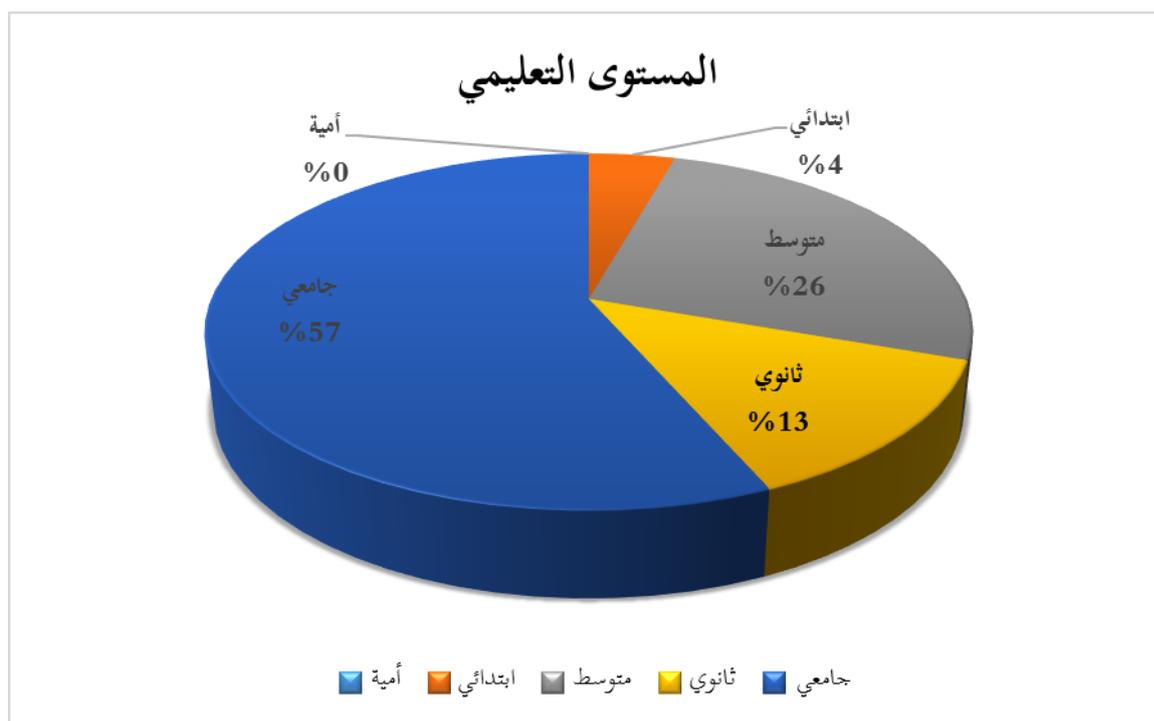
ب . حسب المستوى التعليمي:

جدول رقم 5: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المستوى التعليمي.

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
%0	0	أمية (دون مستوى)
%4	1	ابتدائي
%26	6	متوسط
%13	3	ثانوي
%57	13	جامعي

يتضح من الجدول الخاص بوصف العينة حسب المستوى التعليمي أن النساء المعنفات ذوات المستوى

التعليمي الجامعي بلغت أعلى نسبة في الدراسة بـ: %57.



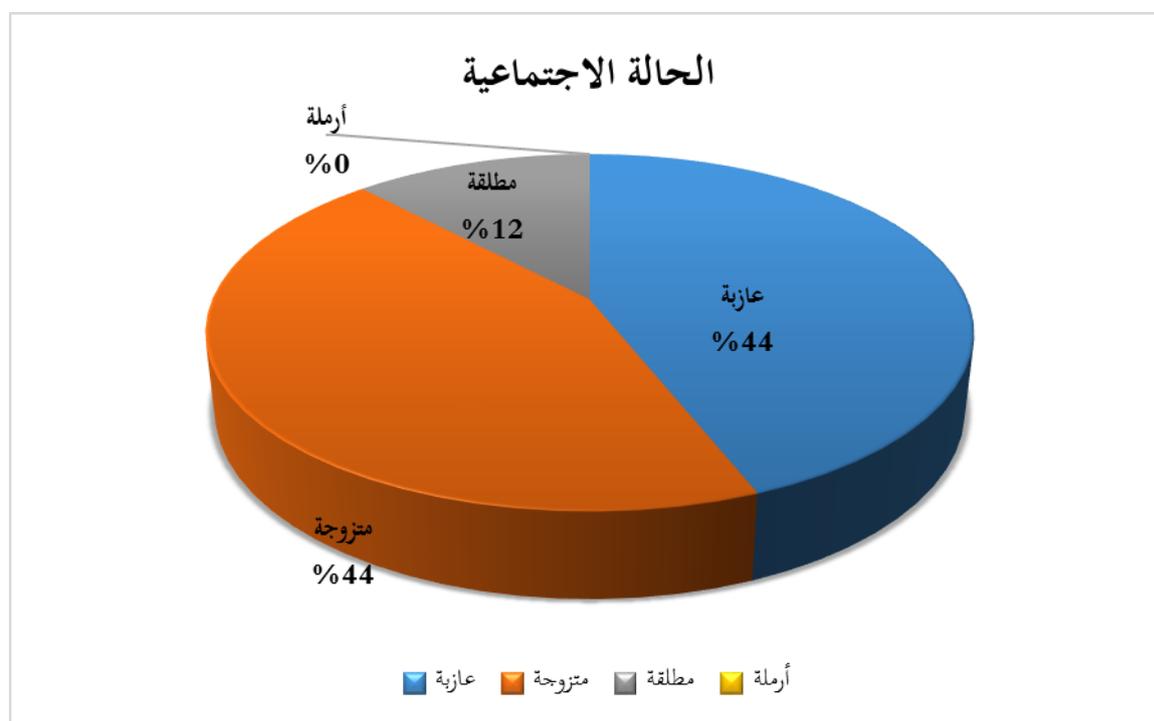
شكل رقم 5: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المستوى التعليمي.

ج . حسب الحالة الاجتماعية:

جدول رقم 6: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الحالة الاجتماعية.

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الاجتماعية
%44	11	عازبة
%44	11	متزوجة
%12	3	مطلقة
%0	0	أرملة

يتضح من الجدول أعلاه أن توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية جاءت بنسبة متساوية بين النساء المعنفات العازبات والمتزوجات حيث بلغت نسبة %44، في حين بلغت نسبة النساء المعنفات المطلقات %12، وانعدمت فئة النساء المعنفات الأرملة في هذه الدراسة.



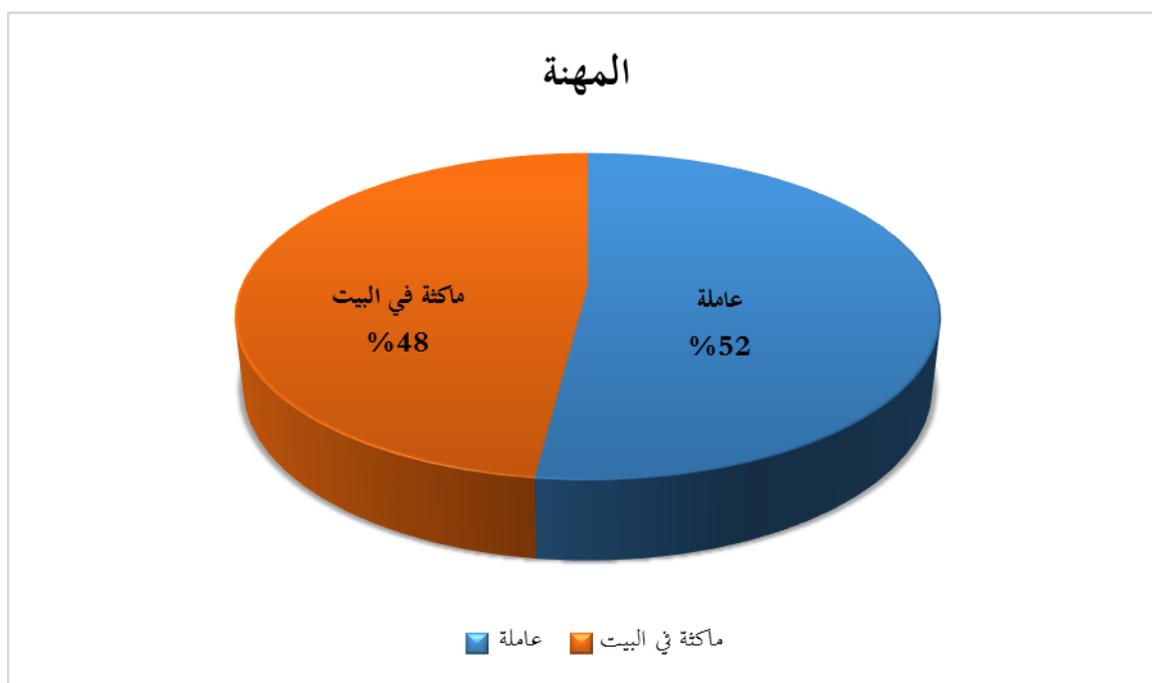
شكل رقم 6: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الحالة الاجتماعية.

د . حسب المهنة:

جدول رقم 7: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المهنة

النسبة المئوية	التكرار	المهنة
%52	13	عاملة
%48	12	مأكثة بالبيت

يتضح من الجدول أعلاه أن توزيع عينة الدراسة حسب متغير المهنة جاءت بنسبة أعلى لدى المرأة العاملة وتمثلت في %52 مقارنة مع المرأة المأكثة بالبيت والتي بلغت نسبتها %48.



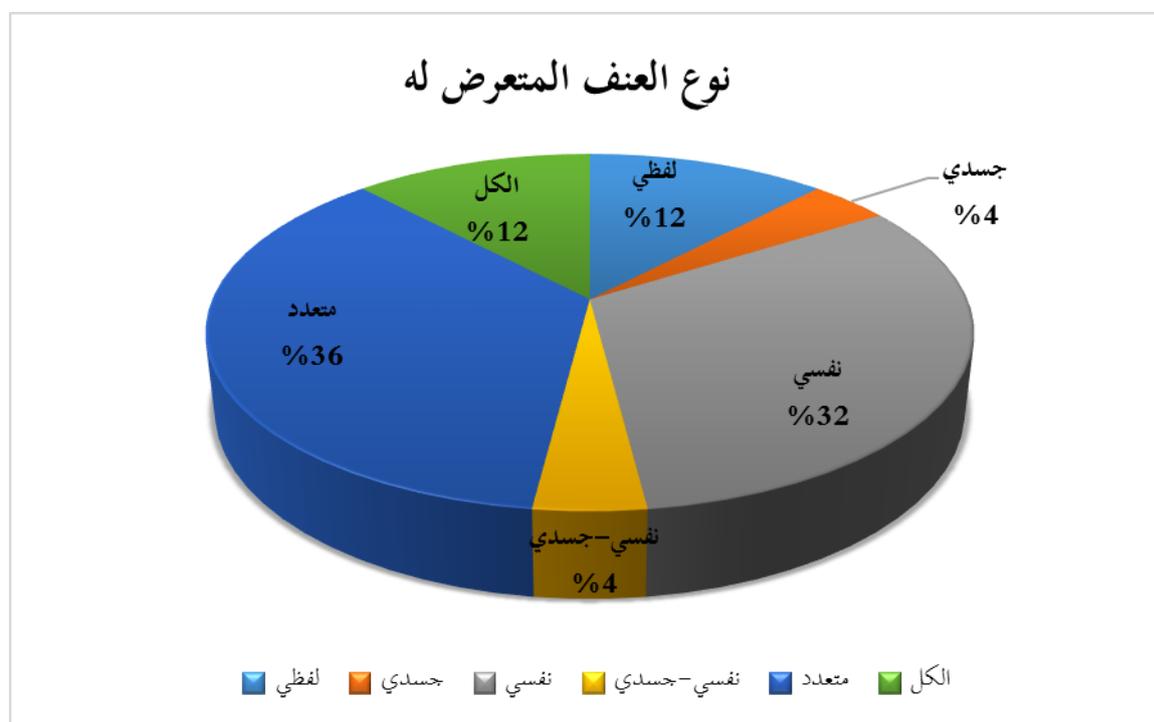
شكل رقم 7: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير المهنة.

هـ . حسب نوع العنف المتعرض له:

جدول رقم 8: توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع العنف المتعرض له.

النسبة المئوية	التكرار	نوع العنف المتعرض له
%12	3	لفظي
%4	1	جسدي
%32	8	نفسي
%4	1	نفسي - جنسي
%36	9	متعدد
%12	3	الكل

يتضح من الجدول أعلاه أن توزيع عينة الدراسة حسب نوع العنف المتعرض له قد بلغت أعلى نسبة في العنف المتعدد وتمثلت في %36.



شكل رقم 8: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع العنف المتعرض له.

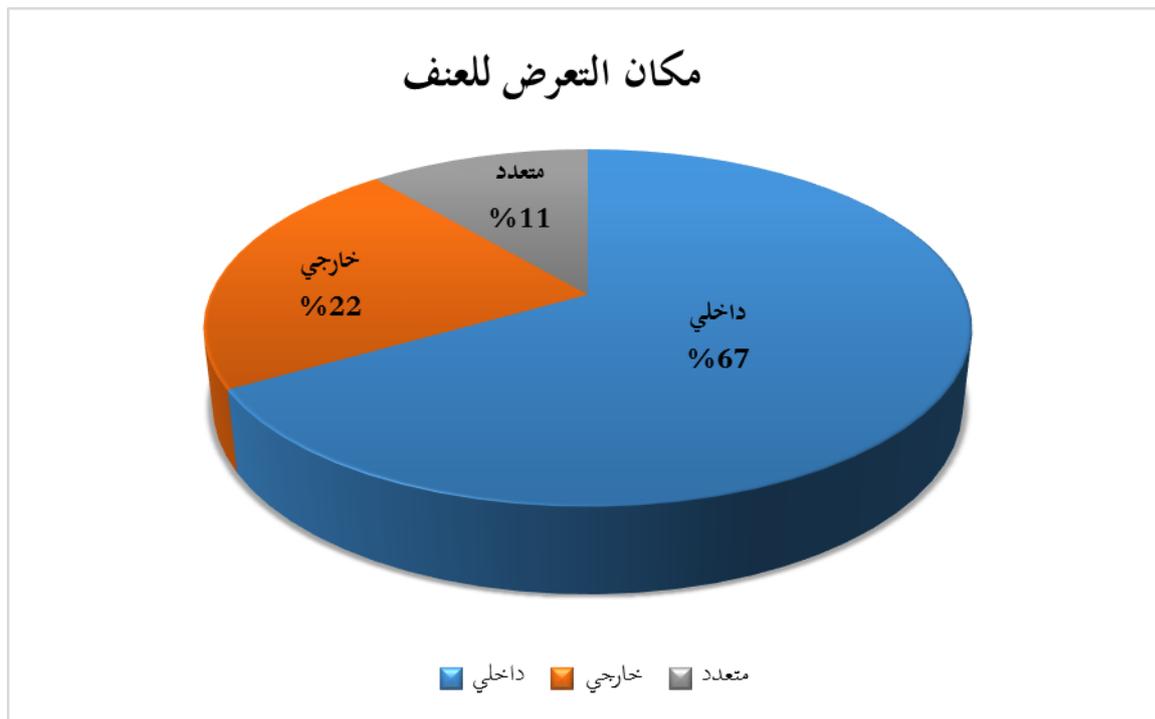
و- حسب مكان التعرض للعنف:

جدول رقم 9: توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مكان التعرض للعنف

النسبة المئوية	التكرار	مكان التعرض للعنف
67%	12	داخلي (المنزل)
22%	4	خارجي
11%	2	متعدد

يتضح من الجدول أعلاه أن توزيع عينة الدراسة حسب متغير مكان التعرض للعنف قد سجلت أعلى نسبة

في العنف الداخلي (المنزل) وبلغت 67% وهي نسبة مرتفعة مقارنة بالعنف الخارجي والعنف المتعدد.



شكل رقم 9: يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مكان التعرض للعنف.

5.1. أدوات الدراسة الاستطلاعية وخصائصها السيكمترية:

1.5.1. مقياس تايلور للقلق:

اقتبس اختبار تايلور للقلق الظاهر كل من مصطفى فهمي، ومحمد أحمد غالي وهو يقيس مستوى القلق الذي يعانيه الأفراد عن طريق ما يشعرون به من أعراض ظاهرة وصریجة.

يتكون هذا المقياس من (50) عبارة ولديه درجة عالية لقياس مستوى القلق بشكل موضوعي، عن طريق الأعراض الظاهرة والصریجة التي يعاني منها شخص ما، ويناسب هذا المقياس جميع الأعمار والمستويات. وقد اقتبس هذا المقياس من مقياس القلق الصريح الذي وضعته العاملة النفسية J.A. Taylor.

يمكن تطبيق الاختبار بشكل فردي، وكذلك بشكل جماعي إذا كان الأشخاص يجيدون القراءة والفهم.

1.1.5.1. طريقة تصحيح المقياس:

أ. لكل استجابة ب (نعم) درجة واحدة.

ب. يتم جمع استجابات الشخص (المفحوص) على استجابته ب (نعم).

ج. تفسر نتيجة الشخص المفحوص على المقياس ومعرفة درجة القلق لديه وفقا للجدول التالي:

جدول رقم 10: يوضح تفسير درجات ومستويات القلق لمقياس تايلور.

مستوى القلق	الدرجة	
	إلى	من
لا يوجد قلق	16	صفر
قلق بسيط	20	17
قلق متوسط	26	21
قلق شديد	29	27
قلق حاد (شديد جدا)	50	30

2.1.5.1. الخصائص السيكومترية لمقياس تايلور للقلق:

تم حساب الخصائص السيكومترية لمقياس تايلور للقلق من خلال تطبيقه على عينة من النساء المعنفات، وتمثل النتائج فيما يلي:

أ. حساب الثبات:

- الثبات بطريقة الاتساق الداخلي:

جدول رقم II: الثبات بطريقة معامل ألفا كرونباخ

عدد البنود	ألفا كرونباخ	الانحراف المعياري	التباين	المتوسط الحسابي
50	0,851	8,312	69,083	30,20

يتضح من الجدول أعلاه قيم كل من المتوسط الحسابي والتباين والانحراف المعياري، وقيمة معامل ألفا كرونباخ التي بلغت 0,85 مما يدل على أن مقياس تايلور للقلق يتميز بدرجة عالية من الثبات.

- الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم 12: الثبات بطريقة التجزئة النصفية (جيثمان) وسيبرمان براون

القرار الإحصائي	قيمة جيتمان	قيمة سيبرمان براون	نصفي الاختبار
ثابت وصادق	0,850	0,866	25 بند
		0,866	25 بند

يتضح من الجدول أعلاه حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس تايلور للقلق أن قيمة سيبرمان براون بلغت 0,86 وقيمة جيتمان بلغت 0,85 وعليه أكد القرار الإحصائي أن المقياس ثابت وصادق.

ب. حساب الصدق بطريقة الصدق التمييزي:

جدول رقم 13: القيمة المعنوية لمان وتني

القرار الإحصائي	القيمة المعنوية	قيمة (Z)	قيمة ولكوكسن	قيمة مان ويتني
صادق	,000	-2,887	21,000	,000

من خلال حساب الصدق والثبات لمقياس تايلور للقلق بعدة طرق، يتضح من النتائج أعلاه أن المقياس يتصف بدرجات عالية من الصدق والثبات.

2.5.1. قائمة بيك للاكتئاب:

تعد قائمة أ.ت. بيك الثانية BDI-II لمقياس الاكتئاب أحدث صورة لقوائم بيك لمقياس الاكتئاب. وتتكون من 21 مجموعة بنود لمقياس شدة الاكتئاب ابتداء من عمر 16 سنة، وتتميز هذه القائمة بأن بناءها تم بهدف تقييم أعراض الاكتئاب المتضمنة في محكات تشخيص الاكتئاب في الدليل الإحصائي والتشخيص الرابع (DSM-IV) للاضطرابات العقلية، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام 1994. وتم إجراء تعديلات على القائمة سواء في صورتها الأولى BDI 1961 أو في صورتها الأولى المعدلة BDI-IA 1979. ومن هذه التعديلات ما يلي:

- تم حذف أربعة بنود واستبدالها بأخرى، والبنود التي تم استبدالها هي: فقدان الوزن، التغير في صورة الجسم، الاهتمامات الجسدية، صعوبة العمل. واستبدلت بالبنود التالية: التهيج والاستثارة، انعدام القيمة، صعوبة التركيز، فقدان الطاقة، وكان غرض استبدال البنود الأربعة هو متابعة الأعراض النمطية لشدة الاكتئاب، أو الاكتئاب الذي يكون صاحبه بحاجة إلى الحجز بالمستشفى.
- كما تمت تغييرات أخرى في بعض البنود الأخرى في القائمة.
- وتم التغيير في تعليمات تطبيق القائمة، فبينما كان يطلب من المفحوص في الصورة الأولى للقائمة 1961، أن يختار العبارات الأكثر تعبيراً عن حالته في الوقت الراهن، تغيرت التعليمات في الصورة الأولى المعدلة 1979، فصار يطلب من المفحوص أن يختار العبارات الأكثر تعبيراً عن حالته خلال الأسبوع الماضي بما في ذلك اليوم. أما في القائمة الثانية 1996، فقد صار يطلب من المفحوص أن يختار العبارات الأكثر تعبيراً عن حالته خلال الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم. ونلاحظ أن نطاق الوقت الذي تحدث فيه أعراض الاكتئاب قد اتسع إلى أسبوعين ويوم الإجابة على بنود القائمة، وهذا كله من أجل أن تتسق إجابات المفحوصين مع محكات الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية.
- وضع لكل بند من بنود القائمة الـ 21 عنوان فرعي يشير إلى العرض الذي تقيسه البنود الأربعة، وذلك من أجل جعل المفحوص يركز انتباهه على ذلك العرض. وتتمثل الأعراض الـ 21 التي تقيسها قائمة بيك الثانية للاكتئاب فيما يلي: الحزن، التشاؤم، الفشل السابق، فقدان الاستمتاع، مشاعر الإثم، مشاعر العقاب، عدم حب الذات، نقد الذات، الأفكار الانتحارية، البكاء، التهيج والاستثارة، فقدان الاهتمام

أو الانسحاب الاجتماعي، التردد في اتخاذ القرارات، انعدام القيمة، فقدان الطاقة، تغيرات في نمط النوم، القابلية للغضب أو الانزعاج، تغيرات في الشهية، صعوبة التركيز، الإرهاق أو الإجهاد، فقدان الاهتمام بالجنس.

وحظيت قوائم بيك لقياس الاكتئاب منذ ظهورها لأول مرة في مجال البحث السيكولوجي عام 1961 باهتمام كبير على المستوى العالمي، فترجمت إلى عدة لغات، وتم استعمالها في البحث النفسي والطب النفسي في عدد كبير من البلدان، وكانت مؤشرات صدقها وثباتها مرتفعة.

وتستعمل قائمة بيك الثانية للاكتئاب في مجال البحث النفسي، وفي مجال التشخيص العيادي للمراهقين والبالغين ابتداء من عمر 16 سنة في الو.م.أ.

1.2.5.1. صدق الترجمة العربية:

لقد حظيت قائمة بيك للاكتئاب باهتمام كبير على المستوى العالمي، حيث أنها ترجمت إلى عدة لغات. وقام غريب عبد الفتاح غريب في سنة 2000 بترجمة القائمة وتعليماتها - وكان قد ترجم سنة 1985 قائمة بيك الأولى المعدلة لقياس الاكتئاب في مصر والإمارات العربية المتحدة- حيث قام بعرض الترجمة العربية مرفوقة بالأصل الإنجليزي على عدد من أساتذة علم النفس في مصر والولايات المتحدة الأمريكية ممن يجيدون اللغة العربية واللغة الإنجليزية لمراجعتها واقتراح أية تعديلات على بنودها، وبعد أسابيع من ذلك تلقى تعليمات ومقترحات هؤلاء الأساتذة، ثم عقد جلسات مع البعض منهم لتناول كل مجموعة على حدة بالمناقشة والتقييم من أجل الوصول إلى قدر كبير من صدق الترجمة.

2.2.5.1. طريقة تصحيح القائمة:

سبقت الإشارة إلى أن القائمة تتكون من 21 مجموعة أعراض، ويتكون كل عرض من أربعة عبارات (ما عدا المجموعتين اللتين تقيسان تغيرات في نمط النوم وتغيرات في الشهية، فإنهما تتكونان من سبع عبارات لكل مجموعة) تقيس العرض بطريقة متدرجة من لا وجود للعرض إلى وجوده بدرجة مرتفعة. وبالتالي توجد أربع درجات في مقابل ذلك متدرجة من صفر (لا وجود للعرض) إلى ثلاث درجات (العرض موجود بدرجة مرتفعة) هكذا: 0، 1، 2، 3. وتنص التعليمات على أنه عند الإجابة على القائمة يطلب من المفحوص أن يضع دائرة حول رقم العبارة التي يختارها من العبارات الأربعة، سواء كانت 0 أو 1 أو 2 أو 3. بحيث تكون العبارة التي يختارها تصف بطريقة

أفضل حالته خلال الأسبوعين الماضيين بما في ذلك اليوم الذي يجيب فيه عن العبارة. ويقوم الباحث بجمع الأرقام الواحد والعشرين التي وضع عليها المفحوص دوائر، فيحصل على الدرجة الخام لكل مفحوص. وبهذا تتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين صفر (لا يوجد اكتئاب) و63 (أقصى درجات الاكتئاب) (معمرية، 2010، ص.ص.95-101).

أما بالنسبة لتقنين القائمة ومعرفة خصائصها السيكومترية، فقد أجريت العديد من الدراسات الأجنبية والعربية لهذا الغرض وطبقت القائمة على عينات مختلفة، حيث تم حساب الصدق بعدة طرق منها: صدق المحتوى، صدق التكوين الفرضي، والبنية العاملية للقائمة. أما بالنسبة للثبات فتم حسابه بعدة طرق أيضا منها: طريقة إعادة التطبيق، طريقة التجانس... إلخ، وأشار معمرية (2010) إلى أن معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها سواء من الدراسات الأجنبية أو العربية أو الجزائرية التي قام بها الباحث شخصيا أن قائمة بيك الثانية تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة، مما يجعلها صالحة للاستعمال سواء في مجال البحث النفسي أو مجال التشخيص العيادي.

3.2.5.1. الخصائص السيكومترية لقائمة آرون بيك للاكتئاب:

تم حساب الخصائص السيكومترية لقائمة آرون بيك للاكتئاب بتطبيقها على عينة من النساء المعنفات، وتمثل النتائج فيما يلي:

- الثبات بطريقة الاتساق الداخلي:

جدول رقم 14: الثبات بطريقة قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ

عدد البنود	ألفا كرونباخ	الانحراف المعياري	التباين	المتوسط الحسابي
21	0,928	14,756	217,750	27,60

يتضح من الجدول أعلاه قيم كل من المتوسط الحسابي والتباين والانحراف المعياري، وقيمة معامل ألفا كرونباخ التي بلغت 0,92 مما يدل على أن قائمة آرون بيك للاكتئاب تتميز بدرجة عالية من الثبات.

• الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

جدول رقم 15: الثبات بطريقة التجزئة النصفية (جيثمان) وسييرمان براون

القرار الإحصائي	قيمة جيثمان	قيمة سييرمان براون	نصفي الاختبار
ثابت وصادق	0,924	0,858	11 بند
		0,875	10 بنود

يتضح من الجدول أعلاه حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية لقائمة آرون بيك للاكتئاب أن قيمة سييرمان براون بلغت 0,87 وقيمة جيثمان بلغت 0,92 وعليه أكد القرار الإحصائي على صدق وثبات القائمة.

• حساب الصدق بطريقة الصدق التمييزي:

جدول رقم 16: القيمة المعنوية لمان وتني

القرار الإحصائي	القيمة المعنوية	قيمة (Z)	قيمة ولكوكسن	قيمة مان ويتني
صادق	,002	-2.898	21.000	,000

من خلال حساب الصدق والثبات لقائمة آرون بيك للاكتئاب بعدة طرق، يتضح من النتائج أعلاه أن القائمة تتصف بدرجات عالية من الصدق والثبات.

أعدت الباحثة حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة للاعتبارات التالية:

- للحصول على الخصائص السيكومترية لأدوات البحث بطريقة أكثر مصداقية يجب أن تطبق الأدوات على عينة مماثلة لعينة الدراسة المزمع إجراؤها.
- أن تكون نتائج صدق وثبات الأدوات المطبقة قريبة زمنياً من فترة إجراء الدراسة الحالية.
- كذلك يجب مراعاة خصائص البيئة الاجتماعية والثقافية لمجتمع الدراسة، فقد تختلف العينات المدروسة في فهم واستيعاب المقاييس باختلاف البيئات: الأجنبية، العربية والمحلية.

3.5.1. المقابلة الإرشادية:

عرف سترانج (Strang) المقابلة بأنها قلب الإرشاد النفسي، وقد ميز ملاحظها الأساسية بقوله: "أن المقابلة الإرشادية عبارة عن علاقة مواجهة دينامية وجهها لوجه بين مسترشد يسعى إلى طلب المساعدة لتنمية استبصاراته التي تحقق ذاته، والمرشد النفسي القادر على تقديم هذه المساعدة خلال فترة زمنية معينة وفي مكان محدد.

كما عرفها ستوارت وكاش (Stewart & Cash, 1978) على أنها عملية اتصال مزدوج لتحقيق هدف جدي سبق تحديده، متضمنة أسئلة وأجوبة عليها وهي تعتبر من الوسائل الرئيسية في تغيير سلوك المسترشدين (أبو زعينة، 2008، ص185).

للمقابلة عدة أهداف أهمها أنها وسيلة للحصول على معلومات تتعلق باتجاهات وآراء الفرد، ولمعرفة أسباب مشكلة ما، كما أن لها أهدافا تشخيصية حيث يتم التركيز على مظاهر المشكلة أو الاضطراب والتعرف على أعراضه، كما أن للمقابلة أغراضا علاجية. أيضا فهي تساعد في كشف ما لا تستطيع أي وسيلة أخرى كشفه لأنها تتضمن تفاعلا وجها لوجه بين المرشد والمسترشد بما يتيح التعرف على مظهره الشخصي وسمات شخصيته، وردود أفعاله ونبرة صوته، وتعبيراته الوجيهة وغير ذلك من أنماط التواصل اللفظي وغير اللفظي.

ويلخص الخطيب (2010) أهداف المقابلة فيما يلي:

- إقامة علاقة إرشادية مهنية مبنية على التفهم، والاحترام المتبادل والثقة بين المرشد والمسترشد.
- تحقيق الأهداف الخاصة بكل حالة إرشادية، والتي تتحدد بمشاركة المرشد والمسترشد.
- مساعدة المسترشد في التعبير عن مشاعره وقيمه واتجاهاته وميوله، بما يتيح له فرصة التفريغ الانفعالي مما يخفف من معاناته واضطراباته النفسية.
- الحصول على بيانات جديدة حول المسترشد، أو التعمق في بيانات سابقة، أو التأكد من افتراضات معينة كونه المرشد عن المسترشد.
- نقل المعلومات إلى المسترشد لمساعدته في اتخاذ قرارات حكيمة (عبد الله، 2013، ص141).

وقد استخدمت الباحثة هنا نوعين من المقابلة بما يخدم طبيعة الموضوع ومتطلباته، وهما المقابلة الحرة والمقابلة المقننة.

- **المقابلة الحرة:** بهدف إعطاء الحرية للمفحوصة للتحدث بطلاقة وثقة عن مشكلاتها النفسية وآرائها وانفعالاتها ومشاعرها.
- **المقابلة المقننة:** استخدمت الباحثة في الحصول على البيانات الشخصية استمارة تتضمن معلومات وبيانات عن الحالة تتمثل في: الاسم واللقب، السن، المهنة، المستوى التعليمي، التخصص التعليمي، الحالة الاجتماعية، نوع العنف المتعرض له، مكان التعرض للعنف... الخ.

4.5.1. البرنامج الإرشادي:

1.4.5.1. تعريف البرنامج الإرشادي:

تعرف الباحثة البرنامج الإرشادي على أنه: " مجموعة من الإجراءات والخبرات والأنشطة المنظمة في إطار جلسات إرشادية محددة زمنياً، تعتمد على بعض فنيات ومبادئ الإرشاد المعرفي السلوكي، وتهدف في مجملها إلى خفض القلق والاكتئاب لدى حالات البحث".

ويستند البرنامج الإرشادي الحالي إلى النظرية المعرفية السلوكية التي أرسى قواعدها كل من: بيك، إيس، ومايكنينوم والتي تنظر إلى الفرد من ثلاثة جوانب: معرفية، انفعالية، سلوكية، وبالتالي تهتم بالنظرة المتكاملة لشخصية الفرد. كما أن هذه الأخيرة أثبتت فعاليتها في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية من أهمها القلق والاكتئاب.

2.4.5.1. أهداف البرنامج الإرشادي:

يهدف البرنامج الإرشادي الحالي إلى تحقيق ما يلي:

- هدف عام: يهدف البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي بصفة عامة إلى خفض القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة، وذلك بتدريبها على مجموعة من الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية.
- أهداف فرعية (إجرائية): يسعى هذا البرنامج إلى تحقيق مجموعة من الأهداف تتمثل فيما يلي:
 - تزويد المفحوصة بمعلومات عن الإرشاد المعرفي السلوكي ودوره وأهميته في علاج الكثير من المشكلات النفسية.
 - إبراز أهمية البرنامج الإرشادي المقترح في مساعدة المفحوصة على التخفيف مما تعانيه من مشكلات.
 - تدريب المفحوصة على مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية بهدف إحداث تغيير إيجابي في شخصيتها.
 - تزويد المفحوصة بمعلومات حول الاضطراب النفسي ومفاهيم عن الصحة النفسية وأهميتها في تحقيق توافق الفرد.

- تزويد المفحوصة بمعلومات حول اضطرابي القلق والاكتئاب تتمثل في المفاهيم الأساسية، الأنواع، الأسباب، الأعراض...إلخ.
- إكساب المفحوصة معلومات وتصورات جديدة حول طريقة التفكير وكيف تؤثر في إحداث الاضطرابات وتكوين النظرة السلبية للذات وللمحيط الخارجي.
- خفض درجة القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة بعد تغيير الأفكار والنظرة السلبية للذات والمواقف والأحداث إلى أفكار وسلوكيات إيجابية.

3.4.5.1. مصادر بناء محتوى البرنامج الإرشادي:

اعتمدت الباحثة في بناء محتوى البرنامج الإرشادي المطبق في هذا البحث، على مجموعة من المصادر تتمثل أساساً في النقاط التالية:

– الاطلاع على الكثير من الأطر النظرية والدراسات والإحصائيات التي تطرقت إلى تأثير العنف على الصحة النفسية للمرأة، وإصابتها بالكثير من الاضطرابات النفسية على رأسها القلق والاكتئاب مما يستوجب ضرورة التدخل الإرشادي.

– الاطلاع على التراث الأدبي من كتب ومقالات ومراجع مختلفة تناولت المضمون النظري الخاص بموضوع البحث ومتغيراته الرئيسية المتمثلة في الإرشاد المعرفي السلوكي ومعرفة دوره وأهميته في علاج الكثير من المشكلات، وكذا الاعتماد على الخلفية النظرية لاضطرابي القلق والاكتئاب: من مفاهيم وأسباب وأعراض ونظريات...إلخ.

– الاطلاع على الدراسات السابقة والبحوث الميدانية التي تناولت البرامج الإرشادية ذات المنحى المعرفي السلوكي ومدى فعاليتها في خفض القلق والاكتئاب لدى العينات المدروسة (أنظر فصل: إشكالية البحث وإطاره المفاهيمي).

– تحليل ومناقشة محتوى البرامج الإرشادية المعرفية السلوكية التي اهتمت بعلاج القلق والاكتئاب والاستفادة منها.

– الاستفادة من آراء الخبراء والأساتذة الباحثين الذين لديهم خبرة واهتمامات بحثية في مجال بناء البرامج الإرشادية والعلاجية، إضافة إلى الاستفادة من آراء وتوجيهات المرشدين والمعالجين النفسيين الممارسين في الميدان السيكلوجي.

– الاعتماد على مقياس تايلور للقلق وقائمة بيك للاكتئاب من خلال التطبيق القبلي والبعدي بهدف رصد أثر البرنامج في إحداث التغير الإيجابي المطلوب في شخصية العميلة.

4.4.5.1. حدود البرنامج الإرشادي:

بما أن البرنامج الإرشادي سيتم تطبيقه في الدراسة الأساسية، فإن حدود تطبيق البرنامج الإرشادي تتمثل في الحدود الزمنية والمكانية والبشرية للدراسة الأساسية، لذا سنكتفي بإيرادها في الجزء الخاص بالدراسة الأساسية تفادياً للتكرار.

5.4.5.1. الأسلوب الإرشادي المستخدم:

تم الاعتماد في تطبيق البرنامج على الإرشاد الفردي، وذلك نظراً لخصوصية كل حالة وكذا خصوصية المشكلة في حد ذاتها، حيث أن المرأة المعنفة كثيراً ما تكتفم تعرضها للعنف لعدة اعتبارات نفسية كالخجل والخوف، وكذا الاعتبارات الاجتماعية حيث لا يصلح الحديث عن الأعراض الناجمة عن المشكلة أمام الآخرين، إضافة إلى أن الشخص الذي قام بتعنيفها يعتبر هو المعيل المادي لها في أغلب الأحيان، ومشاعر الصراع بين البوح والكتمان هي التي تسبب لها مختلف الاضطرابات النفسية على رأسها القلق والاكتئاب.

6.4.5.1. الفنيات والأساليب الإرشادية المستخدمة في البرنامج:

توجد العديد من الفنيات والأساليب الإرشادية المعرفية والسلوكية التي يعتمد عليها الباحثون في تطبيق البرامج الإرشادية والتعامل مع المشكلات والاضطرابات المختلفة، واعتمدت الباحثة في تطبيق هذا البرنامج على مجموعة من الفنيات تتمثل في: المحاضرة المختصرة، المناقشة والحوار، إعادة البناء المعرفي، النمذجة، المراقبة الذاتية، الاسترخاء، صرف الانتباه، الحوار الذاتي، الدعابة والسخرية، الواجبات المنزلية، وفيما يلي عرض للفنيات المستخدمة في البرنامج والهدف منها:

جدول رقم 17: يوضح الفنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج والهدف منها.

الرقم	الفنية المستخدمة	الهدف منها
1	المحاضرة المختصرة	تزويد المفحوصة بمختلف المفاهيم النظرية حول القلق والاكتئاب وكذا الأسباب والأنواع والأعراض، إضافة إلى تعريفها بالبرنامج الإرشادي المطبق في الدراسة وإبراز أهمية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات النفسية، وتعريفها أيضا بالاستراتيجيات المعرفية والسلوكية المعتمدة في البرنامج ومدى أهميتها.
2	المناقشة والحوار	تفيد هذه الاستراتيجية في خلق المودة والألفة بين المرشدة والمفحوصة من خلال تجاذب أطراف الحديث حول المواد المعرفية المقدمة في البرنامج، إضافة إلى معرفة المرشدة لحالة المفحوصة النفسية والانفعالية والسلوكية من خلال تواصلها اللفظي وإجابتها على الأسئلة المطروحة، ومعرفة مدى تفاعلها أثناء الجلسات الإرشادية.
3	إعادة البناء المعرفي	تمثل هذه الاستراتيجية لب عملية الإرشاد المعرفي السلوكي الذي يهدف أساسا إلى تعديل التشويشات المعرفية لدى المسترشد، وتسعى المرشدة من خلالها إلى تصحيح المعتقدات الخاطئة لدى المفحوصة وتغيير نظرتها السلبية عن ذاتها وعن الأشياء الموجودة حولها وإلى تعديل أفكارها التي تكون السبب المباشر وراء إصابتها بالقلق والاكتئاب، وتستخدم هذه الاستراتيجية أثناء الجلسات الإرشادية من خلال المناقشة والحوار، كما تمارسها المفحوصة في إطار الواجبات المنزلية.
4	النمذجة المعرفية	تعتبر النمذجة من الاستراتيجيات السلوكية الفعالة في تعديل السلوك، وهي أساس نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura. وتقوم على فكرة مفادها أن الإنسان يتعلم عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين، وتكون إما بإتاحة نموذج مباشر أو ضمني (تخييلي) للمسترشد. وتسعى المرشدة من خلال هذه الاستراتيجية إلى التغيير في سلوكيات المفحوصة المصاحبة للقلق والاكتئاب بهدف خفض أعراض الاضطرابين وذلك بعرض نماذج لحالات تعرضوا لنفس المشكلات التي عاشتها المسترشدة ونجحوا في التغلب عليها.
5	المراقبة الذاتية	يطلب من معظم المرضى عند بداية العلاج المعرفي أن يقوموا بتسجيل أنشطتهم ساعة بساعة لمدة أسبوع على الأقل، وكذلك تسجيل الأحوال المزاجية المرتبطة بكل نشاط قاموا به، ويقدر الفرد الانفعال المصاحب للنشاط على مقياس رتي يمتد ما بين صفر إلى 100، كما يقوم الأفراد بتسجيل درجة السرور ودرجة التمكن في إنجاز الأنشطة (إبراهيم، 2006، ص190). وتسعى الباحثة من وراء تطبيق هذه الاستراتيجية إلى التعرف على كيفية قضاء المسترشدة لأوقاتها

		خارج الجلسة، وكذا معرفة الأسباب المؤدية إلى القلق والاكتئاب أو الأنشطة السارة عندها، إضافة إلى مراقبة درجة التحسن لدى المفحوصة.
6	الاسترخاء	أكد جاكبسون وآخرون على أهمية هذه الاستراتيجية ودورها في علاج المرضى الذين يعانون من القلق. حيث أعطى نتائج إيجابية في فترة وجيزة لا تتعدى ست (6) جلسات علاجية، وتسعى المرشدة من خلال تطبيق هذه الاستراتيجية أثناء الجلسات الإرشادية وكذا تقديمها كواجبات منزلية للمفحوصة بهدف مساعدتها على خفض القلق والتوتر الذي تعانيه، وكذا إكسابها معلومات ومهارات حول أهمية هذه الاستراتيجية وحثها على تطبيقها مرتين في اليوم على الأقل ومواصلة تطبيقها حتى بعد إنهاء البرنامج الإرشادي.
7	صرف الانتباه	وتسمى أيضا بالإلهاء (Distraction)، وتقوم على صرف انتباه المسترشدة إلى أمور ثانوية، كاستدعاء ذكريات وخيالات مفرحة، أو تكليفها بالقيام بتدريبات عقلية كالعد العكسي، أو التأمل في حقيقة الخلق والكون، أو القيام بأنشطة تعمل على امتصاص الانفعال كالمشي والرياضة، وحثها على القيام ببعض الأنشطة والأعمال المنزلية المحببة إليها. وتسعى الباحثة هنا إلى مساعدة المفحوصة على طرد الأفكار الذاتية السلبية التي تعمل على تفاقم المشاعر الاكتئابية لديها.
8	الدعابة والسخرية	تعتبر هذه الاستراتيجية مفيدة جدا في علاج الحالات التي تعاني من الحزن، والتي مرت بتجارب مؤلمة، حيث نجد أن المكتئبين يعانون من الكدر وأنهم لا يستطيعون الشعور بالمتعة والسرور في أغلب الأوقات. وتسعى الباحثة إلى خفض القلق والحزن لدى المفحوصة من خلال معالجة بعض المواقف الحياتية والأفكار السلبية والنظرة إليها بطريقة هزلية ومضحكة - طبعاً مع مراعاة مشاعر المفحوصة - وكذا إشراكها في تفسير تلك المواقف وإبداء رأيها.
9	الحوار الذاتي	إن طبيعة ومحتوى الحوار الذاتي هو الذي يؤدي بالأشخاص إما للاضطرابات أو التحسن والنجاح، فحديث المرء السلي مع نفسه وما يحتويه من انطباعات وتوقعات عن المواقف والأحداث التي تواجهه تعتبر هي السبب في حدوث الاضطراب خاصة القلق والاكتئاب. وتسعى الباحثة من خلال هذه الاستراتيجية إلى محاولة التعرف على مضمون الحديث الذاتي لدى المفحوصة والعمل على تعديله وتغييره.

<p>تعتبر الواجبات المنزلية Home works إحدى الفنيات السلوكية التي يقوم بها المسترشد بهدف خفض حدة اضطرابه، وتسعى المرشدة من خلالها إلى إبقاء المفحوصة في جو البرنامج الإرشادي حتى وإن كانت خارج الجلسات الإرشادية بهدف التدريب على فنيات معرفية وسلوكية لتحقيق التعليم الذاتي التلقائي في تعديل السلوك وإتاحة الفرصة للمفحوصة لإكساب خبرات ذاتية جديدة، والتحقق بصفة مستمرة ما إذا كان التغيير في الكلام والحوار الداخلي سيؤدي إلى تغييرات في التفكير والشعور والسلوك وبالتالي التغيير من مفهوم الذات السلي إلى مفهوم الذات الإيجابي، وتعطى هذه الواجبات حسب مستوى المفحوصة وثقافتها ودرجة تقبلها.</p>	<p>الواجبات المنزلية</p>	<p>10</p>
--	--------------------------	-----------

• اختارت الباحثة الفنيات الواردة في الجدول أعلاه للأسباب التالية:

- استنادا إلى التراث الأدبي وآراء العلماء والمنظرين الذين طبقوا شخصيا هذه الفنيات المعرفية والسلوكية في علاج الكثير من الاضطرابات، وأكدوا على أهميتها وفعاليتها في أبحاثهم وتجاربهم.
- الاعتماد على تحليل نتائج الدراسات السابقة التي تبنت منحى الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي وطبقت هذه الفنيات التي أثبتت فعاليتها في خفض الكثير من الاضطرابات النفسية لدى العينات المدروسة خاصة اضطرابي القلق والاكتئاب.
- مرونتها وسهولة تطبيقها ميدانيا سواء بالنسبة للمرشد أو المسترشد، فهي لا تحتاج إلى ظروف ووسائل خاصة أو جهد كبير أو تكاليف مادية.
- تحقق هذه الفنيات نتائج أكثر إيجابية وفي أقل وقت ممكن، وهذا ما يتوافق وأهداف الإرشاد المعرفي السلوكي بصفة عامة.

7.4.5.1. إجراءات البرنامج:

- أ. عدد الجلسات: يشتمل البرنامج المقترح على عشر (10) جلسات إرشادية، حيث يتم تطبيقه في خمسة (5) أسابيع، بمعدل جلستين في الأسبوع.
- ب. مدة كل جلسة: تتراوح مدة الجلسة الواحدة ما بين (45-60) دقيقة، وهذا ما يتماشى مع طبيعة الإرشاد الفردي، وهدف كل جلسة.

ج. مخطط تنظيم الجلسات الإرشادية: نعرض فيما يلي مخططا لسير الجلسات الإرشادية نبين فيه ترتيب الجلسات وعنوانها والفنيات المستخدمة، والهدف من كل جلسة ومدتها الزمنية، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم 18: يوضح محتوى البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي لخفض القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة.

رقم الجلسة	عنوانها	هدفها	الاستراتيجيات والوسائل المستخدمة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	التعارف وبناء الألفة	<ul style="list-style-type: none"> التعارف بين المرشدة والعميلة. بناء الألفة وكسر الحاجز النفسي. تعريف العميلة بالبرنامج الإرشادي المطبق والهدف منه. تقديم شرح مختصر عن الإرشاد المعرفي السلوكي وأهميته. تطبيق مقياسي القلق والاكتئاب. حث العميلة على المواظبة، والاتفاق على موعد الجلسات القادمة. 	<ul style="list-style-type: none"> المناقشة والحوار 	بين 45 و 60 د
الجلسة الثانية	مفاهيم حول القلق والاكتئاب والآثار السلبية المصاحبة لهما	<ul style="list-style-type: none"> تعريف العميلة بطبيعة القلق النفسي، أنواعه، أسبابه، وأعراضه. تعريف العميلة بطبيعة الاكتئاب النفسي وأسبابه وأعراضه. تعريف العميلة بالآثار السلبية المصاحبة لهذين الاضطرابين. تمكين العميلة من الحديث عن الخبرات والتجارب التي مرت بها. تلخيص ما دار في الجلسة. تكليف العميلة بواجب منزلي يتمثل في تسجيل بعض المواقف اليومية المولدة للقلق والاكتئاب لديها، وما يصحب ذلك من أفكار ومشاعر (المراقبة الذاتية). 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة المختصرة المناقشة والحوار الدعابة والسخرية تزويد العميلة بمطوية حول أعراض القلق والاكتئاب. جهاز إعلام آلي. 	بين 45 و 60 د
الجلسة الثالثة	استراتيجية الاسترخاء	<ul style="list-style-type: none"> مراجعة الواجب المنزلي ومناقشته مع العميلة لمعرفة أكثر المواقف اليومية المسببة للقلق والاكتئاب لديها. التعرف على استراتيجية الاسترخاء ودورها في خفض اضطرابي القلق والاكتئاب. تدريب العميلة على تمرين الاسترخاء. تكليف العميلة بواجب منزلي (المراقبة الذاتية). 	<ul style="list-style-type: none"> المناقشة والحوار الاسترخاء الدعابة والسخرية تزويد العميلة بجدول تسجيل الأفكار، وجدول التشويشات المعرفية. 	بين 45 و 60 د
الجلسة الرابعة	التدريب على الاسترخاء وصرف الانتباه	<ul style="list-style-type: none"> مراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته. مواصلة تدريب العميلة على ممارسة تمارين الاسترخاء. التعرف على فنية صرف الانتباه ودورها في طرد الأفكار السلبية المؤدية للقلق والاكتئاب. 	<ul style="list-style-type: none"> المحاضرة المختصرة المناقشة والحوار الاسترخاء صرف الانتباه 	بين 45 و 60 د

		<p>. منح العميلة فرصة للحديث عن الأمور المستحبة لديها. . تكليف العميلة بواجب منزلي (تمارين الاسترخاء + صرف الانتباه).</p>		
بين 45 و 60 د	<p>. المناقشة والحوار . المحاضرة المختصرة . النمذجة . جهاز إعلام آلي.</p>	<p>. مناقشة العميلة حول الواجب المنزلي السابق، والتأكد من ممارستها للاسترخاء وتمارين صرف الانتباه. . التعرف على استراتيجيات النمذجة المعرفية وأهميتها في تعديل السلوك. . عرض نماذج لحالات حقيقية لشخصيات تاريخية عايشوا الاضطرابات النفسية (القلق والاكتئاب) وتمكنوا من مواجهتها ونجحوا في التخلص منها، ومناقشتها مع العميلة وإعطائها فرصة المشاركة وإبداء رأيها. . تكليف العميلة بواجب منزلي يتمثل في قراءة بعض سور القرآن الكريم، والتمعن في مغزاها لاستخلاص العبر.</p>	استراتيجية النمذجة المعرفية	الجلسة الخامسة
بين 45 و 60 د	<p>. المناقشة والحوار . الدعابة والسخرية . الحوار الذاتي . إعادة البناء المعرفي</p>	<p>. مراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته. . التعرف على فنية الحوار الذاتي. . إبراز العلاقة بين الحوار الذاتي السليبي وزيادة القلق والاكتئاب. . التدريب على تغيير الحديث الذاتي السليبي إلى حديث ذاتي إيجابي . تكليف العميلة بواجب منزلي يتمثل في رصد الأفكار والعبارات والأحداث السلبية لديها (الحوار الذاتي).</p>	الحوار الذاتي	الجلسة السادسة
بين 45 و 60 د	<p>. المناقشة والحوار. . إعادة البناء المعرفي . حث العميلة على استخدام جدول تسجيل الأفكار، وكذا جدول التشويشات المعرفية المقدم إليها سابقا.</p>	<p>. مراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته. . التعرف على الأفكار اللاعقلانية وكيفية تعديلها. . التعرف على المعارف والخبرات السابقة لدى العميلة، والتي أدت بها إلى القلق والاكتئاب. . تكليف العميلة بواجب منزلي يتمثل في اقتراح بدائل منطقية للأفكار والمعارف الخاطئة لديها.</p>	إعادة البناء المعرفي	الجلسة السابعة
بين 45 و 60 د	<p>. إعادة البناء المعرفي . المناقشة والحوار . الاسترخاء</p>	<p>. مراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته من خلال فسخ المجال للعميلة للتحدث بطلاقة عن أفكارها ومعارفها الخاطئة والتي أدت إلى إصابتها بالقلق والاكتئاب، ومعرفة البدائل الصحيحة والمنطقية المقترحة والتعرف على أفكارها الجديدة. . مواصلة تطبيق تمارين الاسترخاء العضلي والتنفس العميق. . تكليف العميلة بواجب منزلي يتمثل في تمارين الاسترخاء وصرف الانتباه.</p>	تدريبات الاسترخاء	الجلسة الثامنة
بين 45 و 60 د	<p>. المناقشة والحوار</p>	<p>. مراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته مع العميلة وملاحظة</p>	تلخيص	الجلسة

و60 د	. الدعاية والسخرية . صرف الانتباه	مدى تفاعلها مع ما تم تقديمه. . التذكير بالفنيات المعرفية والسلوكية السابقة ومدى استيعابها وتطبيقها من طرف العميلة. . تكليف العميلة بواجب منزلي يتمثل في حصر الفنيات المعرفية والسلوكية التي طبقتها أثناء الجلسات وخارجها، مع إبراز مناحي الاستفادة منها، ودرجة التحسن لديها.	الفنيات المعرفية والسلوكية المطبقة	التاسعة
بين 45 و60 د	. الحوار والمناقشة. . تقديم ورقة تقييم فعالية البرنامج الإرشادي إلى العميلة لإبداء رأيها.	. مراجعة الواجب المنزلي السابق لمعرفة فعالية ما تم استخدامه من فنيات مختلفة. . مناقشة إيجابيات وسلبيات البرنامج الإرشادي. . حث وتشجيع العميلة على تطبيق ما تعلمته أثناء الجلسات في المواقف الحياتية المستقبلية. . توجيه الشكر للعميلة على التزامها وسعيها الدؤوب لتطبيق الفنيات الإرشادية داخل وخارج الجلسات. . تطبيق مقياسي القلق والاكتئاب. . الاتفاق مع العميلة على موعد الجلسة التتبعية بعد مرور شهر.	الجلسة الختامية	الجلسة العاشرة
بين 45 و60 د	. الحوار والمناقشة	. معرفة مدى استمرار فعالية البرنامج الإرشادي. . التعرف على مدى تأثير فنيات البرنامج في تغيير أفكار وسلوكيات العميلة. . تطبيق مقياسي القلق والاكتئاب.	جلسة تتبعية	الجلسة الحادية عشر

• تجدر الإشارة إلى أن الباحثة مارست الإرشاد النفسي في بداية حياتها المهنية كمستشارة تربوية، ونتيجة لهذه الممارسة الميدانية ترى أن عملية الإرشاد النفسي كمهنة شيقة تهدف إلى مساعدة الآخرين وإقامة علاقة مباشرة بين المرشد والمسترشد تبنى على الاحترام المتبادل والثقة، فإنها ستخضع بالضرورة لمجموعة من الضوابط لا يمكن إغفالها لتحقيق أهداف الإرشاد النفسي عموماً والبرامج الإرشادية خصوصاً، وتتمثل أهمها فيما يلي:

— **شخصية المرشد:** وما يتعلق بالجوانب الشكلية -المظهر والهئية الخارجية- والنفسية والانفعالية والأخلاقية تؤثر بالدرجة الأولى في التعامل مع المسترشد، فمدى تقبلهم لشخصه وثقتهم فيه ودرجة ارتياحهم له، كلها عوامل تتحكم في طريقة طرحهم لمشكلاتهم والسعي لحلها بجدية والتفاعل مع المرشد بإيجابية.

— **الكفاءة الأكاديمية والمهنية للمرشد:** لها دور كبير في إنجاح الممارسة الإرشادية من خلال فهم أهداف الإرشاد بصفة عامة وأساسه ونظرياته والمقاييس النفسية المساعدة على التشخيص، كلها تؤدي

بالمرشد إلى فهم شخصية المسترشدين وفهم طبيعة وخصوصية المفحوصين الذين يتعامل معهم حسب ظروفهم الاجتماعية، الثقافية والاقتصادية وكيفية استجابتهم وتفسيرهم للأحداث والمواقف الحياتية المختلفة.

— **المرونة في العمل:** ضرورة تحلي المرشد النفسي بالمرونة في تطبيق البرامج الإرشادية واستراتيجيات الإرشاد النفسي لتحقيق أكبر قدر ممكن من الأهداف المسطرة حسب الخصائص المحلية للبيئة: الطبيعة الجغرافية، الاجتماعية والثقافية التي ينتمي إليها المسترشد.

— **المرجعية الدينية والإيمانية في التعامل:** نظرا لطبيعة وخصوصية المجتمع الجزائري الذي يقدر الدين والعقيدة الإسلامية، نجد الكثير من المسترشدين يفضلون التعامل بالأدلة الدينية كتوظيف الآيات والأحاديث النبوية، حيث نجدهم يشعرون بالراحة ويتفاعلون بإيجابية مع النصوص والدلائل القرآنية والسنية في مناقشة وتفسير المشكلات والأحداث، وعلى المرشد النفسي أن يكون على دراية بخلفية واحتياجات المسترشد حتى يوظف ما يراه مناسباً لتحقيق أهدافه، فاستراتيجيات المناقشة والحوار والنمذجة وصرف الانتباه... إلخ لا تخلوا من توظيف الدلائل الدينية لتهدئة المسترشدين وتخفيف مشكلاتهم.

8.4.5.1. تقويم البرنامج

قامت الباحثة بعرض البرنامج الإرشادي لتحكيمة على مجموعة من الأساتذة المختصين في علم النفس (أنظر ملحق رقم 6)، ووضعت جدولاً خاصاً لذلك ضم 07 محاور أساسية من حيث تصميم البرنامج تمثلت في: (عنوان البرنامج، الهدف، خطوات التطبيق، عدد الجلسات، الفنيات المستخدمة، زمن الجلسة، وطريقة تطبيق البرنامج، كما قدمت الباحثة جدولاً آخر لتقييم البرنامج من حيث ترتيب الجلسات وأهدافها والفنيات المستخدمة في كل جلسة، إضافة إلى ترك حيز مفتوح للأساتذة لاقتراح ما يرونه مناسباً للبرنامج الإرشادي، حيث قام الأساتذة بإبداء مجموعة من الملاحظات القيمة التي استفادت منها الباحثة من الناحية الإجرائية، وأهم تلك الملاحظات نذكر ما يلي:

— **بالنسبة لعنوان البرنامج الإرشادي:** طلب أغلبية الأساتذة المحكمين من الباحثة تغيير عنوان البرنامج الإرشادي من: "فعالية برنامج إرشادي لخفض حدة بعض الاضطرابات النفسية لدى المرأة المعنفة" إلى العنوان التالي: "فعالية برنامج إرشادي لخفض درجة القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة"، وهو ما

عملت به الباحثة فعلا من الناحية الإجرائية- لأن عنوان البرنامج فقط مرتبط بالتسجيل الأكاديمي الأولي لهذا البحث.

- بالنسبة لهدف البرنامج الإرشادي: طلب أحد الأساتذة المحكمين من الباحثة فصل جلسات القلق عن الاكتئاب، وهو فعلا ما تم عمله إجرائيا من طرف الباحثة لأنها تعاملت مع كل مفحوصة حسب ما تعانیه من اضطراب.

- بالنسبة لخطوات تطبيق البرنامج الإرشادي: أبدى كل الأساتذة المحكمين استحسانا حول الخطوات الإجرائية التي تبنتها الباحثة في تطبيق البرنامج الإرشادي، وهي نفسها خطوات العملية العلاجية في الإرشاد المعرفي السلوكي.

- بالنسبة لعدد الجلسات: اقترح بعض الأساتذة تمديد فترة تطبيق البرنامج الإرشادي وإضافة عدد من الجلسات الإرشادية لأن عدد جلساته غير كافية - حسب آرائهم، وهو الاقتراح الذي استوعبته الباحثة من الناحية النظرية - رغم أنها لم تجد مبررا لطول أو قصر البرنامج الإرشادي أو الحد الأدنى والأقصى لعدد الجلسات حسب اطلاعها على التراث النظري والدراسات السابقة، حيث يمكن للباحث الاعتماد على 6 جلسات في علاج بعض المشكلات كالقلق أو تبني حتى 20 جلسة أو أكثر في علاج اضطرابات أخرى كالاكتئاب وهذا حسب الحاجة. أما من الناحية التطبيقية فلم تستوعب الباحثة إطلاقا هذا الاقتراح بسبب ما وجدته من صعوبات وعراقيل في التطبيق، فهي لا تملك مكتبا خاصا أو مكانا مناسباً لإجراء التطبيق مع المفحوصات، لذا وجدت الباحثة البرنامج مطولا مقارنة بظروف البحث المتاحة، فخوف العينة المستهدفة عند سماعها لعشر 10 جلسات إرشادية هو ما أدى ببعض أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية إلى رفض المشاركة في البرنامج أصلا بسبب التزامن العائلي والمهنية، وإلى انسحاب بعض المفحوصات عند بداية تطبيق البرنامج، وهذا طبعا ما أرق الباحثة وأدى إلى تخوفها من عدم القدرة على إتمام كل جلساته مع العينة القليلة المتبقية بسبب الظروف المشتركة بينها وبين المفحوصات.

- بالنسبة للفنيات المستخدمة: أشار بعض الأساتذة المحكمين إلى غياب فنية التعزيز من الجلسات الإرشادية، كونها الأكثر استخداما في الإرشاد السلوكي، وهي طبعا الفنية التي استخدمتها الباحثة كثيرا من الناحية الإجرائية في تطبيق البرنامج الإرشادي ضمنا - وفي كل الجلسات تقريبا - لاسيما التعزيز اللفظي، فالباحثة فقط لم تكتبها نظرا لكثرة الفنيات المستخدمة، فالبرنامج الإرشادي بطبيعة الحال لا

يخلو من التعزيز في تعامل الباحثة مع المفحوصتين وتشجيعهما على المواصلة والالتزام بالحضور للاستفادة من جلسات البرنامج الإرشادي، وكذا الثناء عليهما في كل تحسن يحدث لهما من ناحية المشاعر والأفكار ومدى استفادتهما من الفنيات الواردة وتطبيقها، وكذا حثهما على القيام بواجباتهما المنزلية لتحقيق التحسن المستهدف، فلا يمكن لأي باحث في الإرشاد المعرفي السلوكي الاستغناء عن هذه الفنية حتى وإن لم تكن مستهدفة ضمن الفنيات المختارة.

– بالنسبة لزمن الجلسات: اقترحت الباحثة أن تتراوح زمن الجلسة الإرشادية الواحدة ما بين 45-60 دقيقة وهو الزمن المناسب لأسلوب الإرشاد الفردي حسب نظير العلماء – حيث نوه بعض الأساتذة المحكمين إلى أن زمن الجلسات الإرشادية لا ينبغي أن يكون موحدًا، وهو فعلا ما حدث إجرائيًا عند تطبيق البرنامج الإرشادي حيث اختلفت الجلسات الإرشادية من الناحية الزمنية حسب هدف كل جلسة وحاجة المفحوصة للاستشارة والاستفسار أو الحديث عن خبراتها وتجربتها مع الاضطراب النفسي والاستفادة من أهداف وفنيات كل جلسة.

– بالنسبة لطريقة تطبيق البرنامج الإرشادي: اقترحت الباحثة أسلوب الإرشاد الفردي في تطبيق البرنامج الإرشادي، وهو الأسلوب الذي لقي استحسانًا من طرف كل الأساتذة المحكمين لأنه يراعي خصوصية كل مفحوصة وخصوصية المشكلة المدروسة في حد ذاتها، وهو الأسلوب المناسب لهذا البحث.

هذا من الناحية التصميمية، أما من حيث محتوى الجلسات فقد أبدى الأساتذة المحكمون استحسانًا حول ترتيب الجلسات، وأهداف كل جلسة والفنيات المستخدمة فيها، كما قاموا بتبنيه الباحثة إلى بعض الملاحظات المهمة نوردتها فيما يلي:

– بالنسبة لتطبيق مقياسي القلق والاكتئاب، ورد في البرنامج الإرشادي أنهما ضمن أهداف الجلسة الأولى، لكن التطبيق الفعلي قامت به الباحثة قبل ذلك أي في المقابلة التشخيصية، لذا طلب الأساتذة المحكمون حذف هذا الإجراء من محتوى الجلسة الأولى.

– أشار بعض الأساتذة المحكمين إلى ذكر نوع الاكتئاب الذي ستعالجه الباحثة، خاصة أن الاكتئاب المقصود في هذا البحث مرتبط بالعنف الممارس على المفحوصة ويكون نتيجة لصدمة التعرض للعنف، وبالتالي تشير الباحثة إلى أن الاكتئاب المستهدف في هذا البحث هو: الاكتئاب الارتدادي، (Reactive

(depression)، وهو الذي يظهر نتيجة تعرض الفرد للصدمات المختلفة (انظر فصل: الاضطرابات النفسية والمرأة المعنفة).

– أشار بعض الأساتذة المحكمين إلى ضرورة فصل جلسات القلق عن الاكتئاب، وكذا المواقف المولدة لهما— وهو ما أرادت الباحثة تنفيذه عند بناء البرنامج الإرشادي، حيث كانت الفكرة الأولية تدور حول بناء برنامج إرشادي يتضمن محورين: الأول خاص بالقلق والمحور الثاني خاص بالاكتئاب، مع تبني نفس الفنيات المعرفية والسلوكية المختارة، لكن نتيجة لصعوبة إيجاد العينة المستهدفة وندرتها أيضا اكتفت الباحثة بالتصميم المقترح، مع مرونة التحكم في الجلسات وأهدافها حسب حاجة المفحوصة ونوع الاضطراب المستهدف، لذا فالباحثة طبقت إجراءاتها ما طلبه المحكمون في هذه النقطة.

أما بالنسبة لتقييم البرنامج من الناحية التنفيذية فسنعرضه فيما يلي:

– ما تم تنفيذه من أهداف البرنامج:

حاولت الباحثة تحري الصدق والنزاهة العلمية في تطبيق البرنامج الإرشادي إلى أقصى درجة ممكنة، من خلال تعريف حالات البحث بطبيعة القلق والاكتئاب وتدريبها على كل الفنيات الواردة في البرنامج الإرشادي وكذا تكليفها بالواجبات المنزلية في نهاية كل جلسة بهدف خفض القلق والاكتئاب لدى الحالات المستهدفة، وعموما تم تنفيذ أهداف البرنامج باستثناء ما يلي:

– ما لم يتم تنفيذه: هناك نقطتين أساسيتين لم يتم تنفيذهما كما ينبغي في إطار تطبيق البرنامج الإرشادي نوردها فيما يلي:

• بالنسبة لزمن تطبيق البرنامج الإرشادي كان من المقرر تطبيقه خلال خمسة أسابيع متتالية حسب عدد الجلسات المبرمجة، أي في مدة شهر وأُسبوع بمعدل جلستين في الأسبوع، لكن الإجراءات التطبيقية امتدت لفترة أكبر مما هو مقرر. كما أن زمن التعامل مع إحدى المفحوصتين كان صعبا جدا وأغلب الجلسات معها كانت بعد الساعة الخامسة زوالا— أي خارج وقت دوامها في العمل— على اعتبار أنها سيدة موظفة، وهنا تحتم على الباحثة مراعاة ذلك، هذا إضافة إلى عدم تطبيق ما ورد في الجلسة التتبعية نظرا لانسحاب المفحوصتين بعد الجلسة الختامية.

- بالنسبة لعينة الدراسة الأساسية كان هناك تسربا لبعض أفرادها ابتداء من الجلستين الثانية والثالثة وذلك نتيجة لأسباب متعددة مما قلل من حجم العينة المدروسة.
- أسباب عدم التنفيذ: هناك عدة أسباب أثرت على سير إجراءات تطبيق البرنامج الإرشادي وتمثل أهمها فيما يلي:
- عدم التزام عينة الدراسة بالتوقيت الزمني للحضور إلى الحصص الإرشادية، حيث تم تسجيل غيابات متكررة بسبب ارتباط العينة بمسؤوليات خارجية من دراسة وعمل وواجبات عائلية.
- صادف زمن تطبيق البرنامج الإرشادي حلول العطلة الربيعية مما جعل الباحثة تؤجل الجلسات الإرشادية لمدة 15 يوما بسبب تعذر الاتصال بين الباحثة والمفحوصة.
- بالنسبة لتسرب بعض المفحوصات خلال الحصص الأولى كان راجعا لمجموعة من الأسباب تتعلق بالمفحوصة كالحالة النفسية والاجتماعية والظروف المادية.
- كان من المفترض تطبيق البرنامج الإرشادي على مفحوصتين بمصلحة الطب الشرعي بالمستشفى الجامعي سعادنة عبد النور – أبدتا رغبتهما وحاجتهما إلى طلب المساعدة والإرشاد، لكنهما لم تلتزما بالحصص بسبب عدم تمكنهما من التردد على المصلحة لظروف عائلية واجتماعية.

6.1. الأساليب الإحصائية المتبعة:

- استعانت الباحثة في استخراج النتائج ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، واعتمدت في الدراسة الاستطلاعية على الأساليب الإحصائية التالية:
- التكرارات والنسب المئوية والدوائر النسبية: لوصف عينة الدراسة الاستطلاعية وتحديد خصائصها.
 - معامل ألفا كرونباخ (Alpha de Cronbach): لحساب ثبات أداتي الدراسة بطريقة الاتساق الداخلي، وكذا طريقة التجزئة النصفية.
 - معامل جيتمان وسبيرمان براون: لحساب ثبات المقياسين بطريقة التجزئة النصفية.
 - اختبار مان ويتني (Mann-Whitney): لحساب الصدق التمييزي لأداتي البحث.

7.1. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

من خلال نتائج الدراسة الاستطلاعية التي تم إجراؤها كما أسلفنا على 25 مفحوصة، سنحاول الإجابة على التساؤل الفرعي الأول للبحث والذي ينص على ما يلي:

– هل تعاني المرأة بعد تعرضها للعنف من مستويات مرتفعة من القلق والاكتئاب؟

إذن بعد تطبيق مقياسي القلق والاكتئاب على عينة الدراسة الاستطلاعية تحصلنا على البيانات الواردة في

الجدول التالي:

جدول رقم 19: يوضح درجات القلق ومستوياته والاكتئاب لدى عينة الدراسة الاستطلاعية.

العينة	درجة القلق	مستوى القلق	درجات الاكتئاب (0-63)
1	39	قلق حاد (شديد جدا)	54
2	35	قلق حاد (شديد جدا)	16
3	30	قلق حاد (شديد جدا)	29
4	45	قلق حاد (شديد جدا)	22
5	43	قلق حاد (شديد جدا)	58
6	35	قلق حاد (شديد جدا)	32
7	28	قلق شديد	7
8	32	قلق حاد (شديد جدا)	46
9	11	لا يوجد قلق	10
10	36	قلق حاد (شديد جدا)	26
11	39	قلق حاد (شديد جدا)	29
12	28	قلق شديد	23
13	38	قلق حاد (شديد جدا)	52
14	24	قلق متوسط	21
15	31	قلق حاد (شديد جدا)	21
16	21	قلق متوسط	11
17	21	قلق متوسط	24
18	22	قلق متوسط	15
19	30	قلق حاد (شديد جدا)	46
20	27	قلق شديد	20

7	قلق متوسط	24	21
28	قلق متوسط	25	22
27	قلق شديد	29	23
10	قلق بسيط	19	24
43	قلق حاد (شديد جدا)	39	25

يتضح من الجدول أعلاه أن مستويات القلق لدى النساء المعنفات سجلت أكثرها في مستوى القلق الحاد ثم يليه القلق المتوسط بنسبة قليلة، وسجلت حالة واحدة فقط في مستوى القلق البسيط.

أما بالنسبة لدرجات الاكتئاب فكانت متباينة، حيث بلغت أقصى درجة 58، وبلغت أدنى درجة مسجلة 7 من 63، وعليه يمكننا الإجابة على التساؤل الفرعي الأول للبحث كما يلي:

تعاني المرأة بعد تعرضها للعنف من مستويات مرتفعة من القلق ومستويات أقل من المتوسط من الاكتئاب.

2. الدراسة الأساسية

1.2. منهج الدراسة الأساسية:

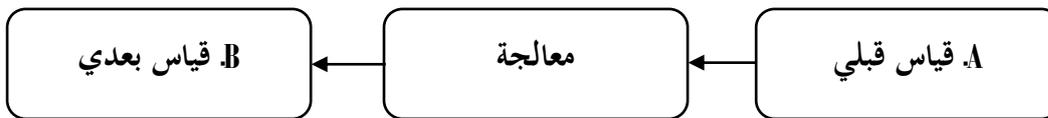
بما أن هذه الدراسة تهدف إلى معرفة فعالية برنامج إرشادي في خفض القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة من خلال تدريب مخصصتين على مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية وكذا التغيير في أفكارهما وسلوكهما، فقد استوجب على الباحثة اختيار المنهج شبه التجريبي، والذي يتضمن بدوره التصميم التجريبي المختار في الدراسة ألا وهو: تصميم الفرد الواحد.

تعرف التصميمات التجريبية مع الحالات الفردية على " أنها تكرار جميع البيانات والمعلومات عبر الوقت عن نسق مفرد سواء كان هذا النسق فردا أو عائلة أو مجموعة من الأشخاص أو منظمة أو حتى مجتمعا صغيرا". حيث توفر التصميمات التجريبية مع الحالات الفردية طريقة علمية منظمة لجمع وعرض وتحليل البيانات، وتعتمد هذه التصميمات على التدخل المهني المخطط له من البداية إلى النهاية، والذي يهدف إلى إحداث تغيير مقصود في مشكلة أو سلوك العميل.

وتم تصنيف التصميمات التجريبية مع الحالات الفردية على أنها تصميمات بحث شبه تجريبية Quasi-experimental designs وذلك بناء على المفاهيم والمحددات التي وضعها كامبل وستانلي (Campbell & Stanley, 1963). حيث استخدم في بناء هذه التصميمات المنطق نفسه المستخدم في بناء تصميمات البحث التجريبية الحقيقية، إلا أنها تفتقر إلى وجود المجموعة الضابطة والتوزيع العشوائي لأفراد العينة (الداغ، د.ت، ص3-4).

تسمح هذه التصاميم، التي تستخدم على نطاق واسع في ميدان تعديل السلوك بالتقييم الموضوعي لفاعلية البرامج على مستوى الفرد الواحد، وربما يكون الاسم الذي يطلق على هذه التصاميم غير دقيق تماما فهي لا تعني بالضرورة أن عدد أفراد الدراسة واحد لا غير، ولكنها تعني أن تحليل فاعلية البرنامج يتم على مستوى الفرد الواحد. أما عدد أفراد العينة فقد يكون واحدا وأكثر ولكنه يظل عددا قليلا، فسلوك الفرد هو ما يهتم الممارسين في التربية الخاصة والإرشاد وغيرها (تصاميم البحث، 2016، د.ص). واعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على تصميم (أ)، ب) للمفحوص الواحد والذي يتضمن ملاحظة السلوك وقياسه والتأكد من تواجده لدى العينة، ثم تقديم المعالجة المتمثلة في البرنامج الإرشادي، ثم التأكد من التغيير في سلوك وأفكار العينة عن طريق القياس البعدي.

ويكون منهج التصميم الشبه التجريبي للفرد الواحد كما يلي:



شكل رقم 10: يوضح التصميم التجريبي للفرد الواحد.

2.2. حدود الدراسة الأساسية:

تم إجراء الدراسة الأساسية وتطبيق البرنامج الإرشادي في الحدود البشرية والزمنية والمكانية التالية:

1.2.2. الحدود البشرية:

تم تطبيق البرنامج الإرشادي على امرأتين معنفتين وهما:

- **المفحوصة الأولى:** (و.س) شابة معنفة، وهي طالبة جامعية.
- **المفحوصة الثانية:** (ش.ب) سيدة مطلقة معنفة، وهي تعمل موظفة إدارية بولاية سطيف.

2.2.2. الحدود الزمنية:

تم تطبيق البرنامج الإرشادي في الفترة الممتدة ما بين 25 فيفري إلى غاية 20 ماي 2018، وذلك بعد إجراء المقابلة التشخيصية مع كل مفحوصة والاتفاق على موعد حضور الجلسة الأولى، واعتمدت الباحثة على الإرشاد الفردي في التعامل مع المفحوصتين ونظرا لاختلاف مكان وزمن إجراء الدراسة، فقد تم التعامل مع كل مفحوصة على حدا حسب ظروفها الخاصة وتاريخ التحاقها بالبرنامج الإرشادي، وتمثلت الحدود الزمانية للعمل مع كل مفحوصة فيما يلي:

- **المفحوصة الأولى:** (و.س) امتدت فترة العمل معها ما بين 25 فيفري إلى غاية 25 أبريل 2018.
- **المفحوصة الثانية:** (ش.ب) امتدت فترة العمل معها ما بين 17 أبريل إلى غاية 20 ماي 2018.

3.2.2. الحدود المكانية:

تم تطبيق البرنامج الإرشادي بمكانين مختلفين، بالنسبة للمفحوصة الأولى بما أنها طالبة جامعية فقد تم إجراء الدراسة بجامعة محمد لمين دباغين سطيف 2، بكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، وتم تطبيق الجلسات الإرشادية بمكتب علوم التربية بقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا بعد اتفاق الباحثة مع مسؤول التخصص ومنحها الحرية لاستعمال المكتب خلال فترة إجراء الدراسة. أما بالنسبة للمفحوصة الثانية فكانت سيدة موظفة، وهنا وجدت الباحثة صعوبة في الحصول على مكان مناسب لإجراء الدراسة فتم الاتفاق مع المفحوصة على تطبيق البرنامج الإرشادي بالوسط الاجتماعي خلال لقاءات منظمة بين الطرفين.

3.2. عينة الدراسة الأساسية وخصائصها:

اشتملت عينة الدراسة الأساسية على مفحوصتين فقط، وهما اللتان وافقتا على العمل مع الباحثة وحضور كل جلسات البرنامج الإرشادي، وبالتالي يمكننا القول أنه كانت الباحثة تود لو أن عينة الدراسة أكبر، لكن للأسف الشديد رفضت الكثير من النساء المعنفات -خاصة من تم الاتصال بهن في الدراسة الاستطلاعية- المشاركة في البرنامج الإرشادي لظروف تم ذكرها سالفًا وعوامل أخرى منها: عدم وجود مؤسسة أو مكتب خاص بالباحثة لإجراء الدراسة وبالتالي فاختيار العينة كان قسريا وفي حدود الامكانيات المتاحة للباحثة، وفيما يلي نقدم عرضا لخصائص المفحوصتين:

جدول رقم 20: يوضح خصائص عينة الدراسة الأساسية

العينة	السن	الحالة الاجتماعية	المستوى الدراسي	المهنة	نوع العنف المتعرض له	المدة
م 1: و.س	23	عازبة	جامعي	طالبة	جسدي، نفسي	3 سنوات
م 2: ش.ب	33	مطلقة	ثانوي	موظفة	متعدد	سنة واحدة

يتضح من الجدول أعلاه أن هناك تباينا في خصائص المفحوصتين في كل البيانات المعروضة، السن، الحالة الاجتماعية المستوى الدراسي...إلخ، وهذا ما جعل الباحثة تتبنى المنهج التجريبي الخاص بتصميم الفرد الواحد والتعامل مع كل مفحوصة على حدا.

4.2. أدوات التشخيص في الدراسة الأساسية:

قامت الباحثة في الدراسة الاستطلاعية بتجريب أدوات البحث على عينة مماثلة لخصائص عينة الدراسة الأساسية وحساب الخصائص السيكومترية، وبعد حصول الأداة على درجات مرتفعة من الثبات والصدق تأكدت الباحثة من صحة تطبيقها على عينة الدراسة الأساسية لتحقيق الأهداف المرجوة من البحث، وتمثل أدوات التشخيص في الدراسة الأساسية فيما يلي:

- **المقابلة التشخيصية:** وقامت بها الباحثة مع المفحوصتين قبل تطبيق البرنامج الإرشادي للتعرف عليهما، ومعرفة مدى رغبتهما في المشاركة في البرنامج الإرشادي، وكذلك التأكد من وجود اضطرابي القلق والاكتئاب لدى المفحوصتين من خلال التطبيق القبلي لأداتي الدراسة، والاتفاق معهما على موعد الجلسة الأولى لتطبيق البرنامج الإرشادي، ونجم عن هذه المقابلة التشخيصية ما يلي:

● التأكد من وجود الاكتئاب الارتدادي لدى المفحوصة الأولى (و.س)، مع معاناتها من القلق أيضا بسبب ما تعرضت له من عنف.

● التأكد من وجود القلق فقط لدى المفحوصة الثانية (ش.ب) جراء تعرضها للعنف الزوجي والذي نجم عنه طلاقها.

- مقياس تايلور للقلق.

- قائمة آرون بيك للاكتئاب.

5.2. إجراءات تطبيق البرنامج الإرشادي وسير الجلسات:

تم تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح بعد المقابلة التشخيصية مع المفحوصتين واتبعت الباحثة مجموعة من الإجراءات المنهجية تتمثل في النقاط التالية:

- بعد التعرف على المفحوصتين والاتفاق على بدء إجراء الدراسة الميدانية تم تطبيق القياس القبلي عليهن لمعرفة درجتي القلق والاكتئاب لديهن على مقياسي تايلور وبيك.

- تم البدء في تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح بالتاريخ المذكور سالفًا، حيث اشتمل البرنامج الإرشادي على 10 جلسات إرشادية تضمنت مجموعة من الفنيات المعرفية والسلوكية تدرت عليها المفحوصتين خلال سير الحصص الإرشادية.
- تم تطبيق القياس البعدي في الجلسة الأخيرة، مع منح الحرية للمفحوصتين لتقييم البرنامج الإرشادي وإبداء ملاحظاتهم حول النقاط الإيجابية والسلبية فيه، ومدى استفادتهن من جلساته وحثهما على مواصلة ما تعلمته من فنيات في حياتهما اليومية.
- أما بالنسبة لسير الجلسات، فرغم بعض الصعوبات التي زادت في فترة تطبيق البرنامج الإرشادي إلا أن الباحثة تمكنت من تحقيق أهداف كل الجلسات الإرشادية مع المفحوصتين، واختتام كل جلسة بواجب منزلي تقوم به المفحوصة لتعزيز ما تعلمته أثناء الحصة.

خلاصة

بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية والتعرف على خصائص العينة وتجريب أدوات البحث ومعرفة خصائصها السيكمومترية، وبناء البرنامج الإرشادي وتقييمه، تمكنت الباحثة من إجراء الدراسة الأساسية من خلال تطبيق البرنامج الإرشادي على عينة الدراسة الأساسية والحصول على النتائج المرجوة، وفي الفصل الموالي سنقوم بعرض ما توصلنا إليه من نتائج ومناقشتها في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة.

الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

1. عرض نتائج المقابلات التشخيصية والإرشادية

2. عرض النتائج حسب فرضيات البحث

3. مناقشة وتفسير نتائج البحث

4. مقترحات وآفاق البحث

تمهيد:

سوف نتطرق في هذا الفصل إلى عرض نتائج الدراسة الأساسية وتحليلها ومناقشتها، فبعد تطبيق البرنامج الإرشادي على المفحوصتين من خلال ما تم تقديمه من فنيات مختلفة والتزام المفحوصتين بحضور الجلسات الإرشادية وكذا القيام بالواجبات المنزلية بعد كل جلسة، تم التوصل إلى نتائج البحث، وفيما يلي سوف نقدم عرضاً لنتائج المقابلات التشخيصية والإرشادية الخاصة بكل مفحوصة، بعده نعرض النتائج حسب فرضيات البحث، ثم نقوم بمناقشة وتفسير النتائج المتوصل إليها في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري ونختم هذا الفصل بمقترحات وآفاق البحث.

1. عرض نتائج المقابلات التشخيصية والإرشادية:

1.1. عرض نتائج المقابلات مع المفحوصة الأولى

– بطاقة المفحوصة 01 (و.و.س):

الاسم: و.و.س	السن: 23
الحالة المدنية: عازبة	عدد الإخوة: أربعة
الرتبة: الثالثة	المستوى الدراسي: جامعي
المستوى المعيشي: متوسط	المهنة: طالبة

– تقديم المفحوصة:

الآنسة و.و.س تبلغ من العمر 23 سنة، عازبة، تحتل الرتبة الثالثة بين إخوتها، طالبة جامعية، قبلت الاستفادة من البرنامج الإرشادي في إطار البحث الحالي، فهي تعاني منذ ثلاث سنوات من القلق والتوتر والاكتئاب بسبب العنف الذي تعرضت له ومازالت تعيش آثاره، فقد بدأت مشكلتها منذ اجتيازها لشهادة البكالوريا وتعرضها لإغماء مفاجئ، مما استدعى الأهل إلى إحضار راقى (إمام) لرقيتها، هذا الأخير الذي أخبرهم أن ابنتهم تعرضت لمس وأن قبيلة من الجن تسكنها ولن يتم علاجها وتحليصها منهم إلا بالضرب المبرح، حيث استمرت هذه الرقية لمدة ثلاث سنوات كانت المفحوصة خلالها تتعرض للضرب الشديد من قبل الإمام أثناء قراءته لآيات من القرآن

الكريم وطبعاً بتدخل الأهل لإمسакها ومنعها من الحركة لتجد جسمها بعد كل رقية مليئاً بالكدمات وآثار الضرب واقتناع الأهل أن تلك الكدمات هي من عمل الجن، علماً أن ما حدث للمفحوصة هي السابقة الأولى في عائلتها، فلا توجد لديهم أي سوابق مرضية سواء شخصية أو عائلية.

مشكلة المفحوصة حالياً أنها تعاني من قلق حاد مصحوب بخوف وبكاء مستمر واكتئاب وحزن شديد وحب العزلة وتجنب الآخرين والخوف من الوحدة في نفس الوقت مع صعوبة في النوم وضيق في الصدر.

أما علاقة المفحوصة بأفراد أسرتها فهي متوترة وتقول بأنهم لا يفهمونها، فوالدها رغم أنه معلم ومثقف إلا أنه يثق بالرقاة ويصدق كلامهم ولا يترك لها مجالاً للتعبير عن مشاعرها، أما أمها فهي الوحيدة التي تساندها دوماً وتنام جنبها في أغلب الأحيان لكنها لا تملك سلطة القرار، أما علاقتها بأخيها فهي سيئة ودائمة التوتر لأنه يريد تزويجها والتخلص منها بأي طريقة ومحاولة منعها من مواصلة دراستها الجامعية وهذا أكثر ما يزعجها، في حين علاقاتها مع أختيها سطحية وتفتقر للحوار والمشاركة.

أما عن شخصية المفحوصة فتقول بأنها أصبحت شخصية ضعيفة وهشة وعاجزة عن الدفاع عن نفسها، ودائمة البكاء وتشعر بالخوف والحزن المستمر وأنها تعيش في دوامة من القلق والكآبة، وتبدوا المفحوصة خجلة وخائفة وقلقة ومتوترة وكانت تبكي عندما تسرد ما حدث لها من طرف الراقي وما يؤلمها أكثر هو تصديقه من قبل أفراد أسرتها واستهزائهم بها بإخفاء كل الأغراض الحادة في المنزل خوفاً عليها ومراقبتها دوماً.

بالنسبة للعلاجات السابقة وموازة مع الرقية الشرعية - فقد زارت المفحوصة برفقة والدها، ورغم أنها بعض العيادات النفسية لتلقي العلاج لكنها لم تستفد شيئاً - حسب قولها لأن الأخصائيين الذين زارهم لم يتركوا لها مجالاً للتعبير عن أحاسيسها ومعاناتها وكانوا في كل مرة يعطونها أدوية خاصة بالاكتئاب وأدوية منومة لم تداوم على تناولها لأنها لم تكن مقتنعة أصلاً بالعلاج.

- ملخص المقابلة التشخيصية:

تم تقييم المفحوصة أثناء المقابلة التشخيصية بواسطة مقياسي القلق والاكتئاب المطبقين في هذا البحث، وكذا من حيث ما تعانيه من أعراض مرتبطة بالاضطرابين والكشف عن الأفكار السلبية التي تعاني منها وتسببت لها في المعاناة من الاضطرابين، وكانت نتائج استجابة المفحوصة (و.س) على المقياسين كما يلي:

- مقياس تايلور للقلق: تحصلت المفحوصة على 39 درجة، وهي تقع في مستوى القلق الحاد.
- قائمة آرون بيك للاكتئاب: تحصلت المفحوصة على 54 درجة، في مقابل الدرجة القصوى لمقياس بيك للاكتئاب والتي تبلغ 63 درجة كأقصى حد.
- ملخص المقابلات (الجلسات) الإرشادية:
 - الجلسة الأولى: هدفت إلى التعارف بين المرشدة والعميلة وكسر الحاجز النفسي، حيث تم تعريف العميلة بالبرنامج الإرشادي المطبق والهدف منه، هذه الأخيرة أبدت رغبة كبيرة في التعرف على البرنامج الإرشادي والاستفادة من جلساته، كما قدمت المرشدة شرحاً مختصراً عن الإرشاد المعرفي السلوكي وأهميته، وتم حث العميلة على المواظبة والاتفاق على موعد الجلسات القادمة، واستخدمت المرشدة أسلوب المناقشة والحوار، واستغرقت مدة الجلسة خمسين دقيقة.
 - الجلسة الثانية: هدفت إلى تعريف العميلة بطبيعة القلق النفسي (أنواعه، أسبابه، وأعراضه)، وكذا تعريفها بطبيعة الاكتئاب النفسي (أسبابه وأعراضه) إضافة إلى تعريفها بالآثار السلبية المصاحبة لهذين الاضطرابين، بعدها تم فسح المجال للعميلة للحديث عن الخبرات والتجارب التي مرت بها، ثم تم تلخيص ما دار في الجلسة وتكليف العميلة بواجب منزلي يتمثل في تسجيل بعض المواقف اليومية المولدة للقلق والاكتئاب لديها، وما يصحب ذلك من أفكار ومشاعر، واعتمدت المرشدة أساليب المحاضرة المختصرة، المناقشة والحوار، الدعابة والسخرية، كما تم تزويد العميلة بمطوية حول أعراض القلق والاكتئاب، تمت الجلسة بطريقة فردية واستغرقت مدتها ستين دقيقة.
 - الجلسة الثالثة: تمت بطريقة فردية، أين قامت الباحثة بمراجعة الواجب المنزلي ومناقشته مع العميلة لمعرفة أكثر المواقف اليومية المسببة للقلق والاكتئاب لديها، وتم التعرف على استراتيجيات الاسترخاء ودورها في خفض القلق والاكتئاب، كما تم تدريب العميلة على تمرين الاسترخاء، وتكليفها بواجب منزلي (المراقبة الذاتية)، واستخدمت المرشدة المناقشة والحوار، استراتيجيات الاسترخاء، الدعابة والسخرية، وفي الختام تم تزويد العميلة بجدول تسجيل الأفكار، وجدول التشويشات المعرفية، واستغرقت مدة الجلسة ستين دقيقة.
 - الجلسة الرابعة: تمت بطريقة فردية، حيث قامت الباحثة بمراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته مع العميلة، ومواصلة تدريبها على تمارين الاسترخاء، كما تم التعرف على فنية صرف الانتباه ودورها في طرد

الأفكار السلبية المؤدية للقلق والاكتئاب، وتم منح العميلة فرصة للحديث عن الأمور المستحبة لديها وفي الختام تم تكليفها بواجب منزلي يتمثل في (تمارين الاسترخاء وصرف الانتباه)، واعتمدت المرشدة على استراتيجيات: المحاضرة المختصرة، المناقشة والحوار، الاسترخاء، صرف الانتباه. واستغرقت مدة الجلسة ستين دقيقة.

- **الجلسة الخامسة:** تمت بطريقة فردية، حيث قامت المرشدة بمناقشة العميلة حول الواجب المنزلي السابق، والتأكد من ممارستها للاسترخاء وتمارين صرف الانتباه، وتم التعرف على استراتيجية النمذجة المعرفية وأهميتها في تعديل السلوك، وتم عرض نماذج لحالات حقيقية لشخصيات تاريخية عايشوا الاضطرابات النفسية(القلق والاكتئاب) وتمكنوا من مواجهتها ونجحوا في التخلص منها، حيث تم مناقشتها مع العميلة وإعطائها فرصة المشاركة وإبداء رأيها، وفي الختام تم تكليف العميلة بواجب منزلي تمثل في قراءة بعض سور القرآن الكريم، والتمعن في مغزاها لاستخلاص العبر، واعتمدت المرشدة على استراتيجيات: المناقشة والحوار، المحاضرة المختصرة، والنمذجة المعرفية. واستغرقت مدة الجلسة ستين دقيقة.

- **الجلسة السادسة:** تمت بطريقة فردية، وهدفت إلى مراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته، وتعريف العميلة بفتية الحوار الذاتي من خلال إبراز العلاقة بين الحوار الذاتي السلبي وزيادة القلق والاكتئاب لديها، وتم تدريب العميلة على تغيير الحديث الذاتي السلبي إلى حديث ذاتي إيجابي وفي الختام تم تكليفها بواجب منزلي يتمثل في رصد الأفكار والعبارات والأحاديث السلبية لديها. واعتمدت المرشدة على استراتيجيات: المناقشة والحوار، الدعابة والسخرية، الحوار الذاتي، وإعادة البناء المعرفي. واستغرقت مدة الجلسة ستين دقيقة.

- **الجلسة السابعة:** تمت بطريقة فردية، وهدفت إلى مراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته مع العميلة، وتم التعرف على الأفكار اللاعقلانية وكيفية تعديلها، وقامت المرشدة بفسح المجال للعميلة للتعرف على المعارف والخبرات السابقة لديها والتي أدت بها إلى القلق والاكتئاب، وفي الختام تم تكليفها بواجب منزلي يتمثل في اقتراح بدائل منطقية للأفكار والمعارف الخاطئة لديها، واستخدمت المرشدة استراتيجيات: المناقشة والحوار، إعادة البناء المعرفي، كما تم حث العميلة على استخدام جدول تسجيل الأفكار، وكذا جدول التشويبات المعرفية المقدم إليها سابقا. واستغرقت مدة الجلسة ستين دقيقة.

- **الجلسة الثامنة:** تمت بطريقة فردية، حيث قامت المرشدة بمراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته من خلال فسح المجال للعميلة للتحدث بطلاقة عن أفكارها ومعارفها الخاطئة والتي أدت إلى إصابتها بالقلق والاكتئاب، ومعرفة البدائل الصحيحة والمنطقية المقترحة والتعرف على أفكارها الجديدة، كما تم مواصلة تطبيق تمارين الاسترخاء العضلي والتنفس العميق، وفي الختام تم تكليف العميلة بواجب منزلي تمثل في تمرينات الاسترخاء وصرف الانتباه، واستخدمت المرشدة استراتيجيات إعادة البناء المعرفي، المناقشة والحوار، والاسترخاء. واستغرقت مدة الجلسة ستين دقيقة.

- **الجلسة التاسعة:** تمت بطريقة فردية، حيث قامت المرشدة بمراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته مع العميلة وملاحظة مدى تفاعلها مع ما تم تقديمه، كما تم تذكيرها بالفنيات المعرفية والسلوكية السابقة ومدى استيعابها وتطبيقها لها، كما تم تكليف العميلة بواجب منزلي تمثل في حصر الفنيات المعرفية والسلوكية التي طبقتها أثناء الجلسات وخارجها، مع إبراز مناحي الاستفادة منها، ودرجة التحسن لديها. واستخدمت المرشدة استراتيجيات المناقشة والحوار، الدعابة والسخرية، وصرف الانتباه. واستغرقت مدة الجلسة ستين دقيقة.

- **الجلسة العاشرة:** وهي الجلسة الختامية، تمت بطريقة فردية وقامت المرشدة بمراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته مع العميلة لمعرفة فعالية ما تم استخدامه من فنيات مختلفة، وكذا مناقشة إيجابيات وسلبيات البرنامج الإرشادي إضافة إلى حث وتشجيع العميلة على تطبيق ما تعلمته أثناء الجلسات في المواقف الحياتية المستقبلية، وفي الختام تم توجيه الشكر للعميلة على التزامها وسعيها الدؤوب لتطبيق الفنيات الإرشادية داخل وخارج الجلسات، كما تم تطبيق مقياسي القلق والاكتئاب والاتفاق مع العميلة على موعد الجلسة التتبعية بعد مرور شهر، استخدمت الباحثة الحوار والمناقشة مع تقديم ورقة تقييم فعالية البرنامج الإرشادي إلى العميلة لإبداء رأيها. واستغرقت مدة الجلسة ستين دقيقة.

- **تقييم المفحوصة (و.س) قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي:**

- **مقياس تايلور للقلق:** تحصلت المفحوصة في المقابلة التشخيصية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي على 39 درجة، وهي تقع في مستوى القلق الحاد. أما بعد تطبيق البرنامج الإرشادي فقد تحصلت المفحوصة على 09 درجات، وهي تقع في مستوى لا يوجد قلق.

– قائمة آرون بيك للاكتئاب: تحصلت المفحوصة في المقابلة التشخيصية على 54 درجة، في مقابل الدرجة القصوى لمقياس بيك للاكتئاب والتي تبلغ 63 درجة كأقصى حد. أما بعد تطبيق البرنامج الإرشادي فقد تحصلت المفحوصة على درجة 0 أي لا يوجد لديها اكتئاب.

يتضح من النتائج المتحصل عليها في المقياسين قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي أن هناك انخفاضاً في مستوى القلق والاكتئاب لدى المفحوصة، هذه الأخيرة التي أبدت سلوكاً إيجابياً حول البرنامج الإرشادي، فقد كانت ملتزمة بحضور جلسات البرنامج الإرشادي وكانت متفائلة بتحسين حالتها، كما كانت تتفاعل بطريقة جيدة أثناء الجلسات الإرشادية وبعدها بتطبيق كل الواجبات المنزلية المقدمة لها.

أما عن تقييم المفحوصة لنفسها فتقول أنها تخلصت نهائياً من الأفكار السلبية التي كانت تراودها دوماً وتسبب لها القلق والاكتئاب وأنها استفادت كثيراً من البرنامج الإرشادي وتغيرت شخصيتها إلى الثقة بالنفس والتفاؤل والأمل في الحياة وأنها أصبحت تنظر للحياة بإيجابية ويمكنها الدفاع عن نفسها، وأن أفراد أسرتها وزملائها لاحظوا عليها هذا التغيير، وأهم العوامل التي ساعدتها على التحسن إيمانها بأنها ليست مريضة كما يعتقدون، وكذلك ثقتها وتفاؤلها بالبرنامج الإرشادي وتفاعلها الإيجابي في كل مراحل الإرشاد.

2.1. عرض نتائج المقابلات مع المفحوصة الثانية

– بطاقة المفحوصة 02 (ش.ب):

الاسم: ش. ب	السن: 33
الحالة المدنية: مطلقة	عدد الإخوة: لا يوجد
الرتبة: الوحيدة	المستوى الدراسي: ثانوي
المستوى المعيشي: ميسور	المهنة: موظفة إدارية

– تقديم المفحوصة:

السيدة ش.ب تبلغ من العمر 33 سنة، مطلقة وأم لطفلة، الوحيدة في العائلة التي قامت بتربيتها، تعمل موظفة إدارية، قبلت الاستفادة من البرنامج الإرشادي في إطار البحث الحالي، فهي تعاني منذ أكثر من سنة من

القلق والضيق والتوتر بسبب طلاقها وما تعرضت له من عنف متعدد من طرف الزوج وأهله، بدأت مشكلتها عند زواجها حيث لاحظت أن زوجها تغير كثيرا في سلوكه وتصرفاته، فهي تعرفت عليه أثناء الخطبة التي دامت ثلاث سنوات وكان كل شيء بينهما على ما يرام، لتتفاجأ بشخص آخر في الأسبوع الأول من الزواج، حيث بدأ يعاملها بقسوة ووحشية ويضربها ويشتمها لأتفه الأسباب ويستمع كثيرا لكلام والدته وأهله الذين كانوا يجرضونه عليها، فكانت تدخل في حالة هستيرية من البكاء والصراخ حتى تتعرض للإغماء في كثير من الأحيان بسبب العنف الممارس عليها، وهذا ما جعلها تستغفلهم وتفر منهم إلى بيت والدتها، فلم يدم زواجها أكثر من سنة حيث تطلقت ولم تكن تدري أنها حامل بابنتها.

تقول المفحوصة أن ما تعرضت له أثناء زواجها أدخلها في دوامة من الألم والضيق، لأنه ذكرها بالصدمة التي عاشتها وهي في سن 16 سنة عندما اكتشفت أن تلك المعلمة التي تفخر بها وتضنها والدتها، هي ليست أمها الحقيقية وأنها في الأصل مجهولة الهوية.

مشكلة المفحوصة حاليا أنها تعاني من قلق شديد مصحوب بتوتر وضيق وخوف من المستقبل، مع صعوبة في التركيز وصعوبة في التعامل مع الآخرين، فهي كثيرة التصادم مع الناس خاصة زملاء العمل.

أما عن علاقة المفحوصة بأفراد أسرتها، فالأب متوفي وتقول عن أمها التي ربتها أنها تحبها كثيرا وتغدق عليها بالكثير من الحنان والعطف رغم أنها تزعمها بين الفترة والأخرى بفتح موضوع الزواج، وأن عليها أن تتزوج لأنها مازالت صغيرة حتى تستقر وتكون أسرتها، وأنها لن تدوم لها طويلا لأنها مريضة بسبب مضاعفات السن، أما علاقتها بابنتها فهي متعلقة بها كثيرا وتسعى لاحتوائها ومنحها كل شيء لتعويضها عن فقدان الوالد، وبالنسبة لعلاقتها بطليقتها فهو مازال يزعجها بسبب اتصالاته المتكررة للسؤال عن ابنته، وتقول أنها تتمنى الرجوع إليه - ليس حبا فيه بل لإنجاب طفل آخر ثم تطليقه، لأنها لا ترغب في ترك ابنتها وحيدة أو الانفصال عنها بزواج آخر.

أما عن شخصية المفحوصة فتقول أنها أصبحت كثيرة القلق والنرفزة وحادة الطباع، فهي تدخل دوما في مناوشات وشجار مع الآخرين لأنها تعتقد أنهم يتحدثون عنها وعن شرفها، وبالتالي تفضل عدم التعامل مع الناس أو تكوين أصدقاء، وتبدو المفحوصة قلقة كثيرا ومتوترة وهي تسرد ما حدث لها من وقائع، حيث كانت تتحدث بسرعة وتتحرك كثيرا بتغيير وضعية جلوسها وتحريك ساقيها والضغط على أصابعها... إلخ.

بالنسبة للعلاجات السابقة لم تلتق المفحوصة أي نوع من العلاج، وكانت عندما تشعر بالقلق تخرج للتنزه أو السفر مع صديقتها إلى أماكن هادئة حتى تخفف من التوتر والضغط الذي تشعر به.

– ملخص المقابلة التشخيصية:

تم تقييم المفحوصة أثناء المقابلة التشخيصية بواسطة مقياسي القلق والاكتئاب المطبقين في هذا البحث، وكذا من حيث الأعراض التي تعاني منها والكشف عن الأفكار السلبية لديها، وكانت نتائج استجابة المفحوصة (ش.ب) على المقياسين كما يلي:

– مقياس تايلور للقلق: تحصلت المفحوصة على 28 درجة، وهي تقع في مستوى القلق الشديد.

– قائمة آرون بيك للاكتئاب: تحصلت المفحوصة على 02 درجة، في مقابل الدرجة القصوى لمقياس بيك للاكتئاب والتي تبلغ 63 درجة كأقصى حد، وبالتالي لا يوجد لديها اكتئاب.

– ملخص المقابلات (الجلسات) الإرشادية:

بعد التأكد من أن المفحوصة (ش.ب) ليس لديها اكتئاب تم تعديل محتوى الجلسات الإرشادية حتى تتماشى مع خصوصيتها، وبالتالي تم سحب كل المحاور والأنشطة المتعلقة بالاكتئاب، مع الاحتفاظ بنفس الفنيات والوسائل الخاصة بعلاج اضطراب القلق، وفيما يلي نعرض ملخصاً عن المقابلات الإرشادية مع العميلة.

– الجلسة الأولى: هدفت إلى التعارف بين المرشدة والعميلة وكسر الحاجز النفسي، حيث تم تعريف العميلة بالبرنامج الإرشادي المطبق والهدف منه، كما قدمت المرشدة شرحاً مختصراً عن الإرشاد المعرفي السلوكي وأهميته، وتم حث العميلة على المواظبة والاتفاق على موعد الجلسات القادمة، واستخدمت المرشدة أسلوب المناقشة والحوار، واستغرقت مدة الجلسة خمسين دقيقة.

– الجلسة الثانية: هدفت إلى تعريف العميلة بطبيعة القلق النفسي (أنواعه، أسبابه، وأعراضه)، إضافة إلى تعريفها بالآثار السلبية المصاحبة لهذا الاضطراب، بعدها تم فسح المجال للعميلة للحديث عن الخبرات والتجارب التي مرت بها، بعدها تم تلخيص ما دار في الجلسة وتكليف العميلة بواجب منزلي يتمثل في تسجيل بعض المواقف اليومية المولدة للقلق لديها، وما يصحب ذلك من أفكار ومشاعر، واعتمدت المرشدة أساليب المحاضرة المختصرة، المناقشة والحوار، الدعابة والسخرية، كما تم تزويد العميلة بمطوية حول أعراض القلق، تمت الجلسة بطريقة فردية واستغرقت مدتها خمسين دقيقة.

- **الجلسة الثالثة:** تمت بطريقة فردية، أين قامت الباحثة بمراجعة الواجب المنزلي ومناقشته مع العميلة لمعرفة أكثر المواقف اليومية المسببة للقلق لديها، وتم التعرف على استراتيجية الاسترخاء ودورها في خفض القلق، كما تم تدريب العميلة على تمرين الاسترخاء، وتكليفها بواجب منزلي (المراقبة الذاتية)، واستخدمت المرشدة المناقشة والحوار، استراتيجية الاسترخاء، الدعابة والسخرية، وفي الختام تم تزويد العميلة بجدول تسجيل الأفكار، وجدول التشويهدات المعرفية، واستغرقت مدة الجلسة خمسين دقيقة.
- **الجلسة الرابعة:** تمت بطريقة فردية، حيث قامت الباحثة بمراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته مع العميلة، ومواصلة تدريبها على تمارين الاسترخاء، كما تم التعرف على فنية صرف الانتباه ودورها في طرد الأفكار السلبية المؤدية للقلق، وتم منح العميلة فرصة للحديث عن الأمور المستحبة لديها وفي الختام تم تكليفها بواجب منزلي يتمثل في (تمارين الاسترخاء وصرف الانتباه)، واعتمدت المرشدة على استراتيجيات: المحاضرة المختصرة، المناقشة والحوار، الاسترخاء، صرف الانتباه. واستغرقت مدة الجلسة خمسين دقيقة.
- **الجلسة الخامسة:** تمت بطريقة فردية، حيث قامت المرشدة بمناقشة العميلة حول الواجب المنزلي السابق، والتأكد من ممارستها للاسترخاء وتمارين صرف الانتباه، وتم التعرف على استراتيجية النمذجة المعرفية وأهميتها في تعديل السلوك، وتم عرض نماذج لحالات حقيقية لشخصيات تاريخية عايشوا الاضطرابات النفسية، وتمكنوا من مواجهتها ونجحوا في التخلص منها، حيث تم مناقشتها مع العميلة وإعطائها فرصة المشاركة وإبداء رأيها، وفي الختام تم تكليف العميلة بواجب منزلي تمثل في قراءة بعض سور القرآن الكريم، والتعمق في مغزاها لاستخلاص العبر، واعتمدت المرشدة على استراتيجيات: المناقشة والحوار، المحاضرة المختصرة، والنمذجة المعرفية. واستغرقت مدة الجلسة خمسين دقيقة.
- **الجلسة السادسة:** تمت بطريقة فردية، وهدفت إلى مراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته، وتعريف العميلة بفنية الحوار الذاتي من خلال إبراز العلاقة بين الحوار الذاتي السليبي وزيادة القلق لديها، وتم تدريب العميلة على تغيير الحديث الذاتي السليبي إلى حديث ذاتي إيجابي وفي الختام تم تكليفها بواجب منزلي يتمثل في رصد الأفكار والعبارات والأحاديث السلبية لديها. واعتمدت المرشدة على استراتيجيات: المناقشة والحوار، الدعابة والسخرية، الحوار الذاتي، وإعادة البناء المعرفي. واستغرقت مدة الجلسة خمسين دقيقة.

- **الجلسة السابعة:** تمت بطريقة فردية، وهدفت إلى مراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته مع العميلة، وتم التعرف على الأفكار اللاعقلانية وكيفية تعديلها، وقامت المرشدة بنسح المجال للعميلة للتعرف على المعارف والخبرات السابقة لديها والتي أدت بها إلى القلق، وفي الختام تم تكليفها بواجب منزلي يتمثل في اقتراح بدائل منطقية للأفكار والمعارف الخاطئة لديها، واستخدمت المرشدة استراتيجيات: المناقشة والحوار، إعادة البناء المعرفي، كما تم حث العميلة على استخدام جدول تسجيل الأفكار، وكذا جدول التشويبات المعرفية المقدم إليها سابقا. واستغرقت مدة الجلسة خمسين دقيقة.
- **الجلسة الثامنة:** تمت بطريقة فردية، حيث قامت المرشدة بمراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته من خلال فسح المجال للعميلة للتحدث بطلاقة عن أفكارها ومعارفها الخاطئة والتي أدت إلى إصابتها بالقلق، ومعرفة البدائل الصحيحة والمنطقية المقترحة والتعرف على أفكارها الجديدة، كما تم مواصلة تطبيق تمارين الاسترخاء العضلي والتنفس العميق، وفي الختام تم تكليف العميلة بواجب منزلي تمثل في تمرينات الاسترخاء وصرف الانتباه، واستخدمت المرشدة استراتيجيات إعادة البناء المعرفي، المناقشة والحوار، والاسترخاء. واستغرقت مدة الجلسة خمسين دقيقة.
- **الجلسة التاسعة:** تمت بطريقة فردية، حيث قامت المرشدة بمراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته مع العميلة وملاحظة مدى تفاعلها مع ما تم تقديمه، كما تم تذكيرها بالفنيات المعرفية والسلوكية السابقة ومدى استيعابها وتطبيقها لها، كما تم تكليف العميلة بواجب منزلي تمثل في حصر الفنيات المعرفية والسلوكية التي طبقتها أثناء الجلسات وخارجها، مع إبراز مناحي الاستفادة منها، ودرجة التحسن لديها. واستخدمت المرشدة استراتيجيات المناقشة والحوار، الدعابة والسخرية، وصرف الانتباه. واستغرقت مدة الجلسة خمسين دقيقة.
- **الجلسة العاشرة:** وهي الجلسة الختامية، تمت بطريقة فردية وقامت المرشدة بمراجعة الواجب المنزلي السابق ومناقشته مع العميلة لمعرفة فعالية ما تم استخدامه من فنيات مختلفة، وكذا مناقشة إيجابيات وسلبيات البرنامج الإرشادي إضافة إلى حث وتشجيع العميلة على تطبيق ما تعلمته أثناء الجلسات في المواقف الحياتية المستقبلية، وفي الختام تم توجيه الشكر للعميلة على التزامها وسعيها الدؤوب لتطبيق الفنيات الإرشادية داخل وخارج الجلسات، كما تم تطبيق مقياس القلق والاتفاق مع العميلة على موعد الجلسة

التتبعية بعد مرور شهر، استخدمت الباحثة الحوار والمناقشة مع تقديم ورقة تقييم فعالية البرنامج الإرشادي إلى العميلة لإبداء رأيها. واستغرقت مدة الجلسة خمسين دقيقة.

– تقييم المفحوصة (ش.ب) قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي:

– مقياس تايلور للقلق: تحصلت المفحوصة في المقابلة التشخيصية قبل تطبيق البرنامج الإرشادي على 28 درجة، وهي تقع في مستوى القلق الشديد. أما بعد تطبيق البرنامج الإرشادي فقد تحصلت المفحوصة على 10 درجات، وهي تقع في مستوى لا يوجد قلق.

يتضح من النتائج المتحصل عليها على مقياس تايلور قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي أن هناك انخفاض في مستوى القلق لدى المفحوصة، فقد كانت ملتزمة بحضور جلسات البرنامج الإرشادي وكلها أمل وتفأؤل بتحسين حالتها، وكانت تطبق كل الواجبات المنزلية المكلفة بها في إطار البرنامج الإرشادي.

أما عن تقييم المفحوصة لنفسها فتقول أنّها تحسنت كثيرا، وهي تسعى لتطوير نفسها من خلال إتمام دراستها وأنها سوف تركز على مستقبلها لأنه الخيار الأفضل لها، وأهم العوامل التي ساعدتها على التحسن كونها شخصية مستقلة نفسيا وماديا ويمكنها اتخاذ قراراتها بنفسها بعيدا عن ضغوطات الآخرين، وكذلك ثقتها بنفسها كأهم عامل لتحقيق النجاح، إضافة إلى التزامها بحضور كل جلسات البرنامج الإرشادي.

2. عرض النتائج حسب فرضيات البحث:

1.2. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الإجرائية الأولى:

والتي مفادها " نتوقع وجود فعالية كبيرة للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجة القلق على مقياس تايلور لدى حالات البحث.

جدول رقم 21: يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي على مقياس تايلور للقلق

القياس البعدي للقلق		القياس القبلي للقلق		العينة
المستوى	الدرجة	المستوى	الدرجة	
لا يوجد	09	قلق حاد	39	المفحوصة 01 (و.س)
لا يوجد	10	قلق شديد	28	المفحوصة 02 (ش.ب)

يتضح من الجدول أعلاه أن درجة المفحوصة الأولى (و.س) على مقياس تايلور للقلق في القياس القبلي بلغت: 39 درجة، وهي تقع في مستوى القلق الحاد. وبعد تطبيق البرنامج انخفضت إلى الدرجة: 09 أي لا يوجد قلق، كذلك بالنسبة للمفحوصة الثانية (ش.ب) بلغت درجة القلق لديها في القياس القبلي 28 درجة، وهي تقع في مستوى القلق الشديد وهذا حسب تفسير الدرجات على مقياس تايلور للقلق، وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي انخفضت أيضا إلى الدرجة 10 أي لا يوجد قلق، وبالتالي يمكننا القول أن درجة القلق انخفضت لدى المفحوصتين في القياس البعدي. وفي ضوء هذه النتائج نتوصل إلى أن: للبرنامج الإرشادي المقترح فعالية كبيرة في خفض درجة القلق لدى حالات البحث، وهذا يثبت تحقق الفرضية الإجرائية الأولى.

2.2. عرض النتائج الخاصة بالفرضية الإجرائية الثانية:

والتي مفادها " نتوقع وجود فعالية كبيرة للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجة الاكتئاب على قائمة آرون بيك لدى حالات البحث.

جدول رقم 22: يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي على قائمة آرون بيك للاكتئاب

الدرجة القصوى	القياس البعدي للاكتئاب	القياس القبلي للاكتئاب	المفحوصة الأولى (و.س)
63	0	54	

يتضح من الجدول أعلاه أن درجة المفحوصة الأولى (و.س) في القياس القبلي على قائمة آرون بيك للاكتئاب بلغت الدرجة 54 وهي درجة مرتفعة تؤكد على وجود الاكتئاب لدى المفحوصة - وهذا مقارنة بالدرجة القصوى لمقياس بيك للاكتئاب والتي تبلغ 63 درجة كأقصى حد- في حين انخفضت إلى الدرجة 0 أي لا يوجد اكتئاب لدى المفحوصة في القياس البعدي، وهذا طبعاً بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وفي ضوء هذه المعطيات نتوصل إلى نتيجة مفادها أن: للبرنامج الإرشادي المقترح فعالية كبيرة في خفض درجة الاكتئاب لدى حالات البحث، وهذا ما يثبت تحقق الفرضية الإجرائية الثانية.

3.2. عرض النتائج الخاصة بالفرضية العامة:

والتي مفادها " نتوقع وجود فعالية كبيرة للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجتي القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة.

جدول رقم 23: يوضح نتائج القياس القبلي والبعدي للقلق والاكتئاب على مقياسي الدراسة.

القياس البعدي والقبلي للاكتئاب		متوسط القياس القبلي والبعدي للقلق		العينة
البعدي	القبلي	البعدي	القبلي	
0	54	9,5	33,5	المفحوصة 01 (و.س)
/	/			المفحوصة 02 (ش.ب)

يتضح من الجدول أعلاه أن متوسط درجة القياس القبلي للقلق بالنسبة للمفحوصتين بلغ: 33,5 وهي تدرج ضمن مستوى القلق الحاد، وبالتالي تؤكد على وجود القلق لدى المفحوصتين، وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي انخفض متوسط درجة القياس البعدي إلى 9,5 وهي تدل على عدم وجود القلق لدى حالات البحث، أما بالنسبة لدرجة الاكتئاب لدى المفحوصة الأولى (و.س) فقد انخفضت أيضاً بعد تطبيق البرنامج الإرشادي إلى الدرجة 0 بعدما كانت 54 في القياس القبلي. وفي ضوء هذه المعطيات الإحصائية نتوصل إلى نتيجة مفادها أن: للبرنامج الإرشادي المقترح فعالية كبيرة في خفض درجتي القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة، وهذا ما يثبت تحقق الفرضية العامة للبحث.

3. مناقشة وتفسير نتائج البحث:

1.3. مناقشة الفرضية الإجرائية الأولى:

والتي نصت على أنه: " نتوقع وجود فعالية كبيرة للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجة القلق على مقياس تايلور لدى حالات البحث.

من خلال النتائج المتوصل إليها، والتي كشفت عن انخفاض كبير في مستوى القلق لدى المفحوصتين بعد إجراء القياس البعدي إلى درجتى 9 و10، أي لا يوجد قلق بعدما كانت في مستوى القلق الحاد والشديد في القياس القبلي. وهذا ما يدل على فعالية البرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجة القلق لدى حالات البحث.

اتفقت هذه النتيجة مع كل الدراسات السابقة التي طبقت برامج إرشادية وعلاجية وفق المنحى المعرفي السلوكي في خفض القلق لدى عينات مختلفة، منها دراسة بتلر وآخرون **Butler & al (1991)** والتي هدفت إلى مقارنة مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج السلوكي في علاج اضطراب القلق العام لدى مجموعة من المرضى، وتوصلت إلى وجود فروق دالة في مدى التحسن بين المجموعتين الأولى والثانية لصالح المجموعة الأولى التي تلقت أعضاؤها العلاج المعرفي السلوكي، مما يدل على أنه أكثر فاعلية من العلاج السلوكي في علاج القلق.

كذلك نجد دراسة أوست وآخرون **Oest, L. & al (2000)** والتي هدفت إلى المقارنة بين التدريب على الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب القلق لدى مجموعة من المرضى المراجعين للعيادات الخارجية، وأظهرت نتائج هذه الدراسة تحسنا ملحوظا لكلا البرنامجين، العلاج المعرفي السلوكي والتدريب على الاسترخاء، ولا يوجد بينهما اختلاف في درجة التحسن. أما عن جوانب الاختلاف، فقد اختلف البحث الحالي مع دراسة أوست وآخرون (2000) –والتي قارنت بين الاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب القلق، وذلك من خلال دمج فنية الاسترخاء ضمن البرنامج الإرشادي المقترح في هذا البحث.

واتفقت النتيجة الحالية أيضا مع بعض الدراسات التي أجريت على فئات مختلفة كالأطفال والشباب كدراسة العطية (2002)، التي هدفت إلى التحقق من فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق الشائعة لدى عينة من الأطفال بمرحلة الطفولة المتأخرة بدولة قطر، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض اضطرابات القلق لدى الأطفال عينة الدراسة، واستمرار أثر هذا البرنامج بعد تطبيقه لمدة شهر من المتابعة.

كذلك دراسة وادي (2003)، التي استهدفت التعرف على أثر العلاج النفسي المعرفي السلوكي في معالجة اضطرابات القلق لدى الشباب اليمني، وأظهرت النتائج فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق لدى أفراد عينة البحث.

واتفقت نتيجة البحث الحالي أيضا مع دراسات: بوركوفيتش وكوستيللو **Borovec & Costello (1993)**، أرنتز **Arntz, A (2003)**، لندن وآخرون **Linden, M, et al (2005)**، الغامدي (2010)، وابن عبد الله (2016). وكلها دراسات استهدفت معرفة فعالية برامج إرشادية وعلاجية في خفض القلق لدى العينات المدروسة، وتوصلت كلها إلى وجود فعالية للبرامج الإرشادية والعلاجية وفق المنحى المعرفي والسلوكي في خفض القلق لدى العينات المدروسة.

2.3. مناقشة الفرضية الإجرائية الثانية:

والتي نصت على أنه: " نتوقع وجود فعالية كبيرة للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجة الاكتئاب على قائمة آرون بيك لدى حالات البحث.

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجدول رقم (22) والتي أظهرت فرقا شاسعا في درجة الاكتئاب لدى المفحوصة على قائمة بيك للاكتئاب، حيث كانت درجتها في القياس القبلي 54 وهي درجة مرتفعة تؤكد وجود الاكتئاب لديها، في حين انخفضت الدرجة في القياس البعدي إلى الصفر 0، أي عدم وجود الاكتئاب وهذا طبعا بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، مما أثبت فعالية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى حالات البحث، وتتفق هذه النتيجة مع كل الدراسات السابقة التي هدفت إلى معرفة فعالية برامج علاجية وإرشادية وفق المنحى المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب رغم اختلاف عدد جلسات البرامج المقترحة والفنيات المستخدمة وخصائص العينات المستهدفة وحجمها أيضا، ومن ذلك نجد دراسات: بورنز ونولين هوكسيما **Burns & Nolen-Hoeksema (1992)**، دراسة العجوري (2007)، نصر (2009)، تاني **Tany (2011)**، برزوان (2012)، الجميلي (2013)، بوهتيره (2014)، مهلة (2016)، وتفصيلا نذكر: دراسة البغدادى (2014) التي هدفت إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي جمعي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، والمستند إلى منهج العلاج المعرفي السلوكي. وأهم ما توصلت إليه النتائج إثبات فعالية البرنامج الإرشادي المستخدم بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة لصالح التجريبية وانخفضت حدة أعراض الاكتئاب عند أفراد المجموعة التجريبية عند القياس البعدي الأول وكذلك القياس التبعي بعد تطبيق البرنامج. حيث أثبتت

نتائج هذه الدراسات فعالية البرامج الإرشادية والعلاجية في خفض الاكتئاب لدى العينات المدروسة، وهذا ما يبين أهمية فنيات الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض الاكتئاب لدى مختلف الفئات.

3.3. مناقشة الفرضية العامة:

والتي نصت على أنه: " نتوقع وجود فعالية كبيرة للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجتي القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة.

من خلال النتائج الواردة في الجدول رقم (23) والتي توضح الفروق الإحصائية في درجتي القلق والاكتئاب لدى الحالات المدروسة بين القياس القبلي والبعدي على مقياسي الدراسة لصالح القياس البعدي، حيث نلاحظ انخفاض في درجتي القلق والاكتئاب في القياس البعدي، أي بعد تطبيق البرنامج الإرشادي وهذا ما يؤكد على وجود فعالية كبيرة للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض درجتي القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة.

تتفق هذه النتيجة مع كل الدراسات السابقة التي تطرقت إلى معرفة فعالية برامج إرشادية وعلاجية معرفية وسلوكية في خفض القلق والاكتئاب لدى العينات المدروسة، كدراسة **كينج King وآخرون (2000)** التي هدفت إلى معرفة "مدى فاعلية كل من الإرشاد غير الموجه، والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج المقدم من العاملين بالمجال الطبي في علاج الاكتئاب والاكتئاب مع أعراض القلق في مراكز الرعاية الصحية الأولية"، وتحديد الفاعلية من الناحية الإكلينيكية والمالية، وأهم ما توصلت إليه النتائج تحقيق التحسن المرغوب لدى المرضى.

كذلك اتفقت النتيجة الحالية مع دراسة **إدريس (2007)**، التي هدفت إلى معرفة فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي على درجة التحسن من القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن تحت الاستشفاء الدموي في مراكز علاج أمراض الكلى بولاية الخرطوم، وأهم ما توصلت إليه الدراسة: تحقيق تحسن جوهري في درجة القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن بعد تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي.

واتفقت نتيجة البحث الحالي أيضا مع دراسة **قواقنه (2007)**، التي هدفت إلى معرفة "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات. وأهم ما توصلت إليه الدراسة أن البرنامج السلوكي المعرفي الذي تم تطبيقه أدى إلى تنمية المهارات الاجتماعية، وخفض القلق والاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية. كما اتفقت النتيجة الحالية مع دراسة **بدران (2010)** التي هدفت إلى معرفة أثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض أعراض ما بعد الصدمة والاكتئاب والقلق لدى عينة من النساء المعنفات في

مدينة عمان، وخلصت الدراسة إلى نتيجة مفادها أن البرنامج العلاجي السلوكي- المعرفي المطبق كان فعالا في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات، كما أنه كان فعالا في خفض درجة الاكتئاب ومستوى القلق لديهن، وتعتبر هذه الدراسة الأقرب إلى البحث الحالي لأنها مشابهة له في اختيار المنحى العلاجي، وفي التعامل مع الاضطرابين معا القلق والاكتئاب ، وكذا في العينة المستهدفة وهي عينة النساء المعنفات.

اتفقت النتيجة أيضا مع دراسة سخسوخ (2014)، التي هدفت إلى اختبار مدى فعالية برنامج إرشادي مصغر في التعامل مع بعض المشكلات النفسية (الاكتئاب، القلق العام، وتدني الدافع للإنجاز) لدى طلاب وطالبات الجامعة بهدف حلها وتجاوزها. وأهم ما أسفرت عنه النتائج تحقق فعالية برنامج الإرشاد المصغر في التعامل مع المشكلات النفسية لدى طلاب وطالبات الجامعة.

عموما كل الدراسات السابقة التي استهدفت معرفة فعالية برامج إرشادية وعلاجية ذات منحى معرفي سلوكي، إضافة إلى البحث الحالي حققت نتائجها فعالية كبيرة في علاج اضطرابي القلق والاكتئاب رغم اختلاف الفئات المطبقة والعينات المستهدفة واختلاف البيئات الجغرافية والبشرية أيضا.

4. مقترحات وآفاق البحث:

تنظر الباحثة إلى الآفاق المستقبلية للبحث في ضوء ما طبقته من إجراءات منهجية وميدانية في سبيل تحقيق أهداف هذا البحث، وما تم التوصل إليه من نتائج، وكذلك من خلال ما عجزت الباحثة عن تحقيقه من أهداف وتصورات. حيث أجرت الباحثة دراسة استطلاعية لمعرفة واقع المرأة المعنفة وخصائصها ومعرفة تأثير العنف عليها ومدى معاناتها من القلق والاكتئاب، وطبقت الدراسة على 25 امرأة معنفة، في حين أجريت الدراسة الأساسية على مفحوصتين فقط، أين تم تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح عليهما، وتوصلت الباحثة من خلاله إلى تحقيق أهداف البحث المتمثلة في وجود فعالية كبيرة للبرنامج الإرشادي في خفض القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة، ورغم ذلك فإن هذه النتيجة لا يمكن تعميمها وذلك نظرا لصغر حجم العينة المدروسة.

أما ما عجزت الباحثة عن تطبيقه فتقترح أهمه في النقاط التالية:

- يمكن الاستفادة من البرنامج الإرشادي الحالي وتطبيقه على عينات أكبر.
- إضافة فنيات معرفية وسلوكية أخرى قد تحقق نتائج جيدة أيضا كفنية الحوار السقراطي والتخيل وفنية حل المشكلات... الخ.

- توفير الرعاية النفسية والمتابعة الإرشادية لتغطية حاجة المرأة المعنفة إلى الإرشاد النفسي، وهو ما لاحظته الباحثة أثناء إجرائها للدراسة الميدانية بمصلحة الطب الشرعي وخلال مقابلتها مع رئيسة المصلحة التي تمت الاهتمام أكثر بهذه الفئة نتيجة لما تعانيه من اضطرابات مختلفة.
- تطبيق البرنامج الإرشادي على عينات أخرى مشابهة كالنساء المطلقات والأرامل، وأمهات المرضى... إلخ.
- تطبيق البرنامج الإرشادي المقترح على الجنسين من أصحاب المشكلات النفسية والسلوكية على اختلاف الفئات العمرية والاجتماعية.
- بناء برنامج إرشادي يغطي مدة زمنية أطول مع عدد أكبر من الجلسات خاصة في التعامل مع بعض الاضطرابات الحادة كالاكتئاب... إلخ.
- يفضل تطبيق البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي بتناول كل اضطراب على حدا واختيار عدد أقل من الفنيات المستخدمة لتسهيل إجراءات التطبيق وعمل الباحث.
- ضرورة الاستفادة من الإرشاد المعرفي السلوكي في التعامل مع مشكلات التلاميذ وطلاب الجامعات والعمال من ذوي الضغوط المهنية والمسنين ومختلف شرائح المجتمع.

الخاتمة

الخاتمة:

أخيرا وبعد جهد جهيد تمكنا من إتمام هذا العمل، رغم ما وجدنا فيه من صعوبات ميدانية كبيرة على مستوى التطبيق والتعامل مع العينة، فهذا البحث الذي سعينا من خلاله إلى معرفة مدى فعالية برنامج إرشادي في خفض القلق والاكتئاب لدى النساء المعنفات. تجلت أهميته أكثر بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية التي مكنت الباحثة من معرفة معاناة النساء المعنفات من القلق والاكتئاب وحاجتهن للإرشاد النفسي في ظل غياب مراكز وهيئات وبرامج خاصة تهتم بهذه الشريحة لما لها من دور أساسي في بناء الأسرة والمجتمع. وتبرز أهمية العمل أيضا من خلال التأكيد على دور الإرشاد المعرفي السلوكي في مساعدة الأفراد على التخلص من مشكلاتهم بناءً على النتائج المرضية التي توصل إليها البحث وتمثلت عموما في: وجود فعالية كبيرة للبرنامج الإرشادي المقترح في خفض القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة.

ورغم الجهود المبذولة من طرف الباحثة، إلا أنها ترى أن هذا الموضوع مازال يحتاج للكثير من الدراسات، فبعد اطلاعها على واقع الممارسات الإرشادية في الجزائر من خلال الدراستين الاستطلاعية والأساسية، ترى أن البحوث المقدمة في هذا السياق مازالت لا ترقى إلى التشخيص الفعلي لمشكلات المجتمع وتقديم الحلول الناجعة لها، كما ترى أيضا أن الخدمة النفسية والإرشادية في الجزائر مازالت بعيدة كل البعد عن الممارسات الجدية التطبيقية للإرشاد النفسي في الكثير من البلدان الأجنبية وحتى العربية منها، وهذا من شأنه أن يفتح المجال للباحثين لإجراء بحوث أخرى أكثر عمقا واتساعا من حيث بناء البرامج الإرشادية وحجم العينات المستهدفة وأماكن إجراء البحوث، وذلك لتحقيق الاستفادة العملية للأفراد والمؤسسات والمجتمع ككل.

قائمة المراجع

- القرآن الكريم، رواية ورش.

أولاً: المراجع باللغة العربية

- (1) أبادي الفيروز. (1997). القاموس المحيط (ط1). الجزء الأول. بيروت لبنان. دار إحياء التراث العربي.
- (2) إبراهيم، زيزي السيد. (2006). العلاج المعرفي للاكتئاب- أسسه النظرية وتطبيقاته العملية وأساليب المساعدة الذاتية (د.ط). القاهرة. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- (3) إبراهيم، عبد الستار (1994). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث (د.ط). القاهرة- مصر. الدار العربية للنشر والتوزيع.
- (4) إبراهيم، عبد الستار (1998). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث-أساليبه ومبادئ تطبيقه (ط2). القاهرة. الدار العربية للنشر والتوزيع.
- (5) إبراهيم، عبد الستار (2002). الحكمة الضائعة- الإبداع والاضطراب النفسي والمجتمع (د.ط). الكويت. مطابع السياسة.
- (6) أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف (2009). الإرشاد المدرسي (ط1). عمان-الأردن. دار المسيرة للنشر والتوزيع الطباعة.
- (7) أبو الخير، عبد الكريم قاسم (2001). أساسيات التمريض في الأمراض النفسية والعقلية (ط1). عمان-الأردن. دار وائل للطباعة والنشر.
- (8) أبو زعيزع، عبد الله (2009). أساسيات الإرشاد النفسي والتربوي- بين النظرية والتطبيق (ط1). عمان-الأردن. دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.
- (9) أبو زيد، مدحت عبد الحميد (د. ت). الاكتئاب... دراسة في السيكيوباتومتري (د.ط). جمهورية مصر العربية. دار المعرفة الجامعية.
- (10) أبو سعدة، نفوذ سعود (2012). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية مستوى الطموح الأكاديمي لدى طالبات المرحلة الثانوية بمحافظة خان يونس. رسالة ماجستير. جامعة الأزهر بغزة.

قائمة المراجع

- (11) أبو عباة، صالح بن عبد الله ونيازي عبد المجيد بن طاش (2001). الإرشاد النفسي والاجتماعي (ط1). المملكة العربية السعودية- الرياض. مكتبة العبيكان.
- (12) أبو غالي، عطاف محمود (2011، سبتمبر). فاعلية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض قلق الامتحان لدى عينة من طالبات الثانوية العامة بمحافظة رفح. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 12 (3)، 49-78.
- (13) أحمد، سهير كامل (2000). التوجيه والإرشاد النفسي. (د.ط) مصر-الإسكندرية. مركز الإسكندرية للكتاب.
- (14) الأحمد، عبد العزيز بن عبد الله (1999). الطريق إلى الصحة النفسية [عند ابن قيم الجوزية وعلم النفس] (ط1). الرياض- المملكة العربية السعودية. دار الفضيلة للنشر والتوزيع.
- (15) أحمد، مصطفى حسن (1996). الإرشاد النفسي لأسر الأطفال غير العاديين (ط1)، مصر.
- (16) إدريس، سامية حجازي (2007). فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في تحسين درجات القلق والاكتئاب لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن -تحت الاستصفاء الدموي، رسالة دكتوراه، جامعة الخرطوم، السودان.
- (17) إس جي، هوفمان (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر (الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية) (مراد على عيسى، مترجم). (ط1). القاهرة- مصر. دار الفجر للنشر والتوزيع.
- (18) الأسدي، سعيد جاسم وإبراهيم مروان عبد المجيد (2003). الإرشاد التربوي. مفهومه، خصائصه، ماهيته (ط1)، عمان. الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.
- (19) اكتئاب هياجي (2015). استرجعت في تاريخ 12 أكتوبر 2017 من <https://www.altibbi.com/> مصطلحات- طبية/امراض. . . /اكتئاب-هياجي
- (20) أوزيباو، صمويل ووالش بروس (1976). استراتيجيات الإرشاد النفسي لتعديل السلوك الإنساني (عباس محمود عوض وآخر، مترجمين). (ط1). الإسكندرية. دار المطبوعات الجديدة.
- (21) باتل، فيكرام (2008). كتاب الصحة النفسية للجميع "حيث لا يوجد طبيب نفسي" (كلود شلهوب وكالارا جعلوك، مترجمين). (ط1). بيروت-لبنان. ورشة الموارد العربية.
- (22) بارلو، ديفيد. ه (2002). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية- دليل علاجي تفصيلي

قائمة المراجع

- (23) باظه، آمال عبد السميع (2003). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط. 2). القاهرة- مصر. مكتبة الأجلو المصرية.
- (24) بدران، سعاد غازي حامد (2010). أثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات في مدينة عمان، مذكرة ماجستير في علم النفس، الجامعة الأردنية.
- (25) بدوي، أحمد زكي (1986). معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت -لبنان.
- (26) برزوان، حسبية (2012، جوان). دراسة حالة علاج سلوكي معرفي لحالة اكتئاب نفسي. مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، (8)، 1-13.
- (27) بركات، آسيا بنت علي راجح (2000). العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدى بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى بمكة المكرمة، المملكة العربية السعودية.
- (28) بطرس، حافظ بطرس (2008). المشكلات النفسية وعلاجها (ط1). عمان-الأردن. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- (29) البغدادي، مي فتحي السيد (2014، ماي). فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتخفيف الاكتئاب لدى عينة من أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، أعمال الملتقى الدولي لبرامج التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- (30) بن عبد الله، فوزية (2016). دراسة فعالية علاج معرفي سلوكي مقترح في خفض مستوى القلق العام لدى عينة من الراشدين، رسالة دكتوراه، جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2.
- (31) بوهتيره، فاطمة محمد ميكائيل (2014). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي في التخفيف من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المكتئبين، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس بمصر. استرجعت في تاريخ: 2018/01/03 من drepository.asu.edu.eg/xmlui/handle/1234567/157760
- (32) بيك، آرون (2000). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية (عادل مصطفى، مترجم). (ط1). بيروت- لبنان. دار النهضة العربية.
- (33) بيك، جوديث (2007). العلاج المعرفي- "الأسس والأبعاد" (طلعت مطر، مترجم). (ط1). القاهرة- مصر. المركز القومي للترجمة.

قائمة المراجع

- (34) التحصين ضد التوتّر (2012، مارس). استرجعت في تاريخ. 21 أكتوبر، 2017 من [alnafsalmotmaenah.blogspot.com/2012/03/blog-post_2905.html](http://www.alnafsalmotmaenah.blogspot.com/2012/03/blog-post_2905.html)
- (35) تقرير اليونيسيف عن العنف (2000). استرجع في تاريخ. 2018/06/10 من <http://www.amanjordan.org>
- (36) تقرير مؤتمر بكين للقضاء على التمييز ضد المرأة (1995). استرجع في تاريخ. 2018/06/10 من <http://www.amanjordan.org>
- (37) جابر، عبد الحميد جابر وكفافي علاء الدين (1992). معجم علم النفس والطب النفسي-الإنجليزي عربي (د.ط). (الجزء 5). القاهرة. دار النهضة العربية.
- (38) جابر، نصر الدين وبوجمان نادية (2013، جوان). الاتجاهات الرائدة في الإرشاد المعرفي السلوكي. مجلة علوم الإنسان والمجتمع، (6)، 205-234.
- (39) جبر، شمخي (2008). حقوق المرأة ومساواتها الكاملة في كافة المجالات. مجلة الحوار المتمدن، عدد 2282.
- (40) جبريل، موسى عبد الخالق، ومحمد أسماء عبد الحسين (2013). أثر برنامج علاجي في خفض أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات في الأردن. دراسات، العلوم التربوية، 40 (01)، 167.
- (41) الجبرين، جبرين علي (2005). العنف الأسري خلال مراحل الحياة (ط1)، المملكة العربية السعودية، مؤسسة الملك خالد الخيرية.
- (42) جمل الليل، محمد جعفر (2009). أساسيات في الإرشاد النفسي، (ط1). مكة المكرمة. خوارزم العلمية للنشر والتوزيع.
- (43) الجميلي، عليّ عليج خضر (2013). فاعلية برنامج إرشادي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الطلبة المكتئبين. مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، 12 (3)، 31-68.
- (44) حجازي، مصطفى (2004). الصحة النفسية- منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة (ط. 2). الدار البيضاء- المغرب. المركز الثقافي العربي.
- (45) الحريري، رافدة والإمامي سمير (2011). الإرشاد التربوي والنفسي في المؤسسات التعليمية (ط1). عمان- الأردن. دار المسيرة للنشر والتوزيع الطباعة.
- (46) الحريري، رافدة وبن رجب زهرة (2008). المشكلات السلوكية النفسية والتربوية لتلاميذ المرحلة الابتدائية (د.ط)، عمان- الأردن. دار المناهج للنشر والتوزيع.

قائمة المراجع

- (47) حسين، طه عبد العظيم (2004). الإرشاد النفسي النظرية-التطبيق-التكنولوجيا (ط1) عمان-الأردن. دار الفكر.
- (48) الحمادي، حماد بن علي والهجين عادل عبد الفتاح (2009). برامج التوجيه والإرشاد النفسي والأسري. (د.ط) الأحساء- المملكة العربية السعودية. مركز التنمية الأسرية.
- (49) الحيايني، صبري بردان (2008). الإرشاد والتوجيه بين القرآن الكريم وبعض النظريات الحديثة (ط1). عمان-الأردن. دار صفاء للنشر والتوزيع.
- (50) الخاطر، عبد الله (د. ت). الحزن والاكتئاب على ضوء الكتاب والسنة (د.ط). الرياض- المملكة العربية السعودية. المنتدى الإسلامي.
- (51) خطوات العلاج السلوكي المعرفي (2017). استرجعت في تاريخ. 13 أكتوبر، 2017 من www.mawdoos.com/خطوات_العلاج_السلوكي_المعرفي
- (52) الخطيب، جمال محمد (2010). معجم مصطلحات التربية الخاصة والخدمات المساندة-إنجليزي عربي (ط1). عمان-المملكة الأردنية الهاشمية. دار الفكر ناشرون وموزعون.
- (53) الخليدي، عبد المجيد ووهبي كمال حسن (1997). الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية عند الأطفال (ط1). بيروت-لبنان. دار الفكر العربي.
- (54) الخواج، عبد الفتاح (2009). الاختبارات والمقاييس النفسية المستخدمة في الإرشاد والعلاج النفسي (ط1). عمان-الأردن. دار المستقبل للنشر والتوزيع.
- (55) راجح، أحمد عزت (1968). أصول علم النفس (ط. 7). مصر- القاهرة. دار الكاتب العربي للطباعة والنشر.
- (56) ربيع، هادي مشعان (2005). الإرشاد التربوي والنفسي من المنظور الحديث (ط1)، عمان-الأردن. مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- (57) زاغروس، شيلان (2013). المرأة فريسة الأمراض النفسية. استرجعت في تاريخ 12 أكتوبر 2017 من.
- (58) الزراد، فيصل محمد خير (1984). الأمراض العصابية والذهانية والاضطرابات السلوكية (ط1). بيروت- لبنان. دار القلم.

قائمة المراجع

- (59) الزعبي، ابتسام عبد الله (د. ت). النظريات المفسرة للقلق. استرجعت في تاريخ 12 أكتوبر 2017 من www.gulfkids.com/ar/index.php?action=show_art&ArtCat
- (60) الزعبي، أحمد محمد (1994). الإرشاد النفسي، نظرياته، اتجاهاته، مجالاته (دط)، عمان - الأردن . دار زهران للنشر والتوزيع.
- (61) زغير، رشيد حميد (2010). الصحة النفسية والمرض النفسي والعقلي (ط1). عمان - الأردن. دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- (62) زهران، حامد عبد السلام (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي (ط. 4). القاهرة - مصر. عالم الكتب نشر، توزيع، طباعة.
- (63) زهران، حامد عبد السلام أ (2003). دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي (ط1) مصر - القاهرة. عالم الكتب.
- (64) زهران، حامد عبد السلام ب (2002). التوجيه والإرشاد النفسي (ط. 3). القاهرة. عالم الكتب.
- (65) الزيود، نادر فهمي (2008). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي (ط. 2). عمان - المملكة الأردنية الهاشمية. دار الفكر ناشرون وموزعون.
- (66) السامرائي، نبيهة صالح (2007). أعراض الأمراض النفسية العصابية - تربويا ومهنيا (ط1). عمان - الأردن. دار المناهج للنشر والتوزيع.
- (67) السبيعي، عبد الله (2015). الاكتئاب. استرجعت في تاريخ 12 أكتوبر 2017 من www.alnafsy.com/articles/9/354
- (68) سخسوخ، حسان (2014). فعالية برنامج إرشاد مصغر للتعامل مع بعض المشكلات النفسية لدى طلاب وطالبات الجامعة، رسالة دكتوراه، جامعة سطيف2، الجزائر.
- (69) سري، إجلال محمد (2000). علم النفس العلاجي (ط. 2). القاهرة - مصر. عالم الكتب نشر، توزيع، طباعة.
- (70) سفيان، نبيل (2004). المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي (ط1). مصر الجديدة. إيتراك للنشر والتوزيع.

قائمة المراجع

- (71) سفيان، نبيل صالح (2014، ماي). فاعلية برنامج إرشادي مختصر بفيلم وثائقي في تعديل معتقدات المس الشيطاني لدى طلبة كلية التربية، جامعة تعز-اليمن، أعمال الملتقى الدولي لبرامج التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- (72) سهيل، تامر فرح (2013، أبريل). أثر برنامج معرفي سلوكي لخفض القلق لدى الأطفال المصابين بمرض الثلاثيميا. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، 1(1)، 97-130.
- (73) السواط، وصل الله بن عبد الله حمدان (2008). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تحسين مستوى النضج المهني وتنمية مهارة اتخاذ القرار المهني لدى طلاب الصف الأول الثانوي بمحافظة الطائف، رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- (74) السوالمه، عائشة والصمادي أحمد (2012، 18 سبتمبر). فعالية العلاج الواقعي الجمعي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 8(4)، 365-376.
- (75) السيد، نفين صابر عبد الحكيم (2009، يوليو). ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف. مجلة كلية الآداب بجامعة حلوان، 26، 695-784.
- (76) شحاتة، حسن وآخرون (2003). معجم المصطلحات التربوية والنفسية (ط1). القاهرة. الدار المصرية اللبنانية.
- (77) شحيمي محمد أيوب (1997). الإرشاد النفسي، التربوي، الاجتماعي لدى الأطفال (ط1) لبنان- بيروت. دار الفكر اللبناني.
- (78) الشرييني، لطفي أ (2010). المرجع الشامل في علاج القلق (د.ط.). بيروت- لبنان. دار النهضة العربية.
- (79) الشرييني، لطفي ب (2001). الاكتئاب - المرض والعلاج (د.ط.). الإسكندرية. منشأة المعارف.
- (80) الشوقاوي، مصطفى خليل (د. ت). علم الصحة النفسية (د.ط.). بيروت-لبنان. دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- (81) شكشك، أنس عبدو (2009). الأمراض النفسية والعلاج النفسي (ط1). عمان - الأردن. دار الشروق للنشر والتوزيع.
- (82) شلالا، نزيه نعيم (2010). دعاوى العجز النفساني-الاضطرابات النفسية العقلية والعصبية (ط1). بيروت- لبنان. منشورات الحلبي الحقوقية.

قائمة المراجع

- (83) الشناوي، محمد محروس (د. ت). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- (84) الشواشره، عمر مصطفى ومحمود، سبين عصام (2014، تشرين أول). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاكتئاب لدى النساء المعنفات في منطقة المثلث. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، 2 (8)، 363-393.
- (85) الشوريجي، نبيلة عباس (2003). المشكلات النفسية للأطفال أسبابها- علاجها (ط1). مصر- القاهرة. دار النهضة العربية.
- (86) شيهان، ف. دافيد (1988). مرض القلق (عزت شعلان، مترجم). (د.ط). الكويت. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- (87) صفوت فرج، محمد. ن. الصبوة، مصطفى. أ. تركي، جمعة. س. يوسف، هبة. إ. القشيشي، حصة. ع. الناصر، مترجمين). (د.ط). مصر. مكتبة الأنجلو المصرية.
- (88) الصنيع، صالح بن إبراهيم بن عبد اللطيف (2000). التدين والصحة النفسية (ط1). الرياض-المملكة العربية السعودية. الإدارة العامة للثقافة والنشر بالجامعة.
- (89) الصيخان، إبراهيم سالم (2010). الاضطرابات النفسية والعقلية (الأسباب والعلاج) (ط1). عمان-الأردن. دار صفاء للنشر والتوزيع.
- (90) ضمرة، جلال كايد (2008). الاتجاهات النظرية في الإرشاد (ط1). عمان-الأردن. دار صفاء للنشر والتوزيع.
- (91) الطيار، مساعد إبراهيم (د، ت). المصطلحات الإرشادية للمرشدين والمرشدات. استرجعت في تاريخ. 03 ديسمبر، 2016 من <http://www.socialar.com>.
- (92) العاسمي، رياض نايل (2008). أهمية برامج الإرشاد النفسي في تحقيق تفاعل الأدوار وتكاملها بين العاملين في معاهد الإعاقة العقلية وذوي المعوقين. استرجعت في تاريخ. 03 ديسمبر، 2016 من <http://www.gulfkids.com>.
- (93) العاسمي، رياض نايل (2015). التصميم الناجح لبرامج الإرشاد النفسي المدرسية الشاملة (ط1)، عمان-الأردن. دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

قائمة المراجع

- (94) عبد الباقي، سلوى محمد (2001). الإرشاد والتوجيه النفسي للأطفال (د.ط) مصر-الإسكندرية. مركز الإسكندرية للكتاب.
- (95) عبد الجواد، وفاء محمد (2013، يناير). فاعلية الإرشاد المعرفي السلوكي في خفض أعراض الاكتئاب لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية. مجلة العلوم التربوية، (1).
- (96) عبد الحليم، محمد الحسن خالد (2008). حقيقية الاضطرابات النفسية. استرجعت في تاريخ 14 جويلية 2017 من <http://dr-banderlotaibi.com/>.
- (97) عبد الخالق، أحمد محمد (1987). قلق الموت (د.ط). الكويت. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- (98) عبد العظيم، حمدي عبد الله (2013). البرامج الإرشادية للأخصائيين النفسيين وطرق تصميمها (ط1)، الجيزة-مصر. مكتبة أولاد الشيخ للتراث.
- (99) عبد الغني، خالد محمد (2015). علم النفس ومشكلاتنا النفسية "دراسات ميدانية" (ط1). عمان-الأردن. مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
- (100) عبد القادر، إسماعيل يامنة وعبد الرزاق إسماعيل ياسين (2014). دراسة في الاكتئاب والعدوان (د.ط). عمان-الأردن. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- (101) عبد الله، مجدي أحمد محمد (2000). علم النفس المرضي - دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب (د.ط). الأزاريطة-مصر. دار المعرفة الجامعية.
- (102) عبد الله، محمد قاسم (2013). العملية الإرشادية. الأسس النظرية- البرامج- التطبيقات (ط1). عمان-المملكة الأردنية الهاشمية. دار الفكر ناشرون وموزعون.
- (103) العبيدي، محمد جاسم (2009). مشكلات الصحة النفسية- أمراضها وعلاجها (ط1). عمان-الأردن. دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- (104) عثمان، فاروق السيد (2001). القلق وإدارة الضغوط النفسية (ط1). القاهرة-مصر. دار الفكر العربي.
- (105) عسكر، عبد الله (2001). الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص (د.ط). القاهرة-مصر. مكتبة الأنجلو المصرية.
- (106) العطية، أسماء عبد الله (2007). الإرشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الأطفال (د.ط). الإسكندرية. مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

قائمة المراجع

- (107) العطية، أسماء عبد الله محمد (2002، يناير). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض بعض اضطرابات القلق الشائعة لدى عينة من الأطفال بدولة قطر. مجلة مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، II (21)، 221-228.
- (108) عكاشة، أحمد (1989). الطب النفسي المعاصر (ط8). القاهرة. مكتبة الأنجلو المصرية.
- (109) علام، منتصر (2012). الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي السلوكي "النظرية والتطبيق" (د.ط). المكتب الجامعي الحديث.
- (110) علوي، إسماعيل وزغبوش بنعيسى (2009). العلاج النفسي المعرفي (ط1). إربد-الأردن. عالم الكتب الحديث.
- (111) علي، ممدوح مختار (2001). العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج للاضطرابات المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية، رسالة دكتوراه، جامعة طنطا، مصر.
- (112) عواد، محمود (2006). معجم الطب النفسي والعقلي (ط1). عمان-الأردن. دار أسامة-المشرق الثقافي.
- (113) العواودة، أمل سالم (2009). العنف ضد المرأة العاملة في القطاع الصحي (د.ط)، عمان-الأردن. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- (114) عوض، عباس محمود (1999). المدخل إلى علم نفس النمو الطفولة- المراهقة- الشيخوخة (د.ط). الأزاريطة- مصر. دار المعرفة الجامعية.
- (115) عياد، موهب إبراهيم والخضري ليلي محمد (1995). إرشاد الطفل وتوجيهه في سنواته الأولى (د.ط)، مصر. منشأة المعارف بالإسكندرية.
- (116) عياد، موهب إبراهيم والخضري، ليلي محمد (1995). إرشاد الطفل وتوجيهه في الأسرة ودور الحضنة (د.ط). الإسكندرية. منشأة المعارف.
- (117) العيسوي، عبد الرحمن (2006). الإرشاد والعلاج النفسي (د.ط). الإسكندرية- مصر. الدار الجامعية.
- (118) الغامدي، حامد أحمد (2010، يناير). مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب القلق العام لدى عينة من المترددين على العيادات النفسية بمستشفى الصحة النفسية بالطائف. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، 1(2)، 12-51.
- (119) الغامدي، حامد أحمد (2011). فنيات العلاج المعرفي السلوكي. استرجعت في تاريخ. 13 أكتوبر، 2017 من.

قائمة المراجع

- (120) فرج، عبد اللطيف حسين (2009). الاضطرابات النفسية-الخوف، القلق، التوتر، الانفصام، الأمراض النفسية للأطفال (ط1). عمان-الأردن. دار الحامد للنشر والتوزيع.
- (121) الفرخ، كاملة وتيم عبد الجابر (1999). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي (ط1). عمان-الأردن. دار صفاء للنشر والتوزيع.
- (122) فنطازي، كريمة (2011). العملية الإرشادية في المرحلة الثانوية ودورها في معالجة مشكلات المراهق المتمدرس، رسالة دكتوراه، جامعة الإحوة منتوري، قسنطينة.
- (123) فهمي، مصطفى (1995). الصحة النفسية- دراسات في سيكولوجية التكيف (ط. 3). مصر- القاهرة. مكتبة الخانجي.
- (124) قابيل، رأفت عبد الباسط محمد (2015). العلاج المعرفي للاكتئاب والقلق (ط1). القاهرة- مصر الجديدة. المكتب العربي للمعارف.
- (125) القذافي، رمضان محمد (1996). التوجيه والإرشاد النفسي (ط1). الإسكندرية. المكتب الجامعي الحديث.
- (126) القرعان، أحمد خليل محمد (2005). التوجيه والإرشاد التربوي (ط1). عمان-الأردن. دار الإسراء للنشر والتوزيع.
- (127) قطيشات، نازك عبد الحليم والتل أمل يوسف (2009). قضايا في الصحة النفسية (ط1). عمان. دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع.
- (128) القمش، مصطفى نوري والمعايطة خليل عبد الرحمن (2007). الاضطرابات السلوكية والانفعالية (ط1). عمان- الأردن. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- (129) قواقنه، حازم محمد صالح (2007). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات، مذكرة ماجستير في الإرشاد التربوي، الجامعة الهاشمية الأردنية.
- (130) القوصي، عبد العزيز (1952). أسس الصحة النفسية (ط. 4). مصر- القاهرة. مكتبة النهضة المصرية.
- (131) كفاي، علاء الدين (1999). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري-المنظور النسقي الاتصالي (ط1). القاهرة. دار الفكر العربي.
- (132) كوروين بيرني، رودل بيتر وبالمر ستيفن (2008). العلاج المعرفي- السلوكي المختصر (محمود عيد مصطفى، مترجم). (ط1). مصر الجديدة. إيتراك للنشر والتوزيع.

قائمة المراجع

- (133) كوري، جيرالد (2011). النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي (سامح وديع الخفش، مترجم). (ط1). عمان- المملكة الأردنية الهاشمية. دار الفكر ناشرون وموزعون.
- (134) ماركس، إيزاك. م (1999). التعايش مع الخوف- فهم القلق ومكافحته (محمد عثمان نجاتي، مترجم). (د.ط). القاهرة- مصر. دار الشروق.
- (135) المالكي، موزة عبد الله (2005). مهارات الإرشاد النفسي وتطبيقاته (ط1)، الدوحة. المجلس الوطني للثقافة والفنون والتراث.
- (136) مبيّض، مأمون (2006). المرشد في الأمراض النفسية واضطرابات السلوك أسباب-أعراض-علاج (ط. 2). بيروت- لبنان. المكتب الإسلامي.
- (137) محمد، عادل عبد الله (1999). العلاج المعرفي السلوكي- أسس وتطبيقات (د.ط). مصر- الزقازيق. دار الرشد.
- (138) مركز التنمية الإنسانية للاستشارات الأسرية (2010). استرجع في تاريخ 2018/06/10 من www.google.com.
- (139) المشاقبة، محمد (2008). مبادئ الإرشاد النفسي-للمرشدين والأخصائيين النفسيين (د.ط) عمان- الأردن. دار المناهج للنشر والتوزيع.
- (140) المصري، إبراهيم سليمان (2010). الإرشاد النفسي- أسسه وتطبيقاته (ط1). إربد-الأردن. عالم الكتب الحديث.
- (141) المطيري، معصومة سهيل (2005). الصحة النفسية- مفهومها ... اضطراباتها (ط1). الكويت. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- (142) معريس، لبا سليم (2010). الاكتئاب لدى الشباب (ط1). بيروت-لبنان. دار النهضة العربية.
- (143) معمريّة، بشير (2009). دراسات نفسية في الذكاء الوجداني-الاكتئاب-اليأس-قلق الموت-السلوك العدواني-الانتحار (ط1). المنصورة- جمهورية مصر العربية. المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.
- (144) المعموري، ناجح حمزة ونعمة محمد كريم (2015، كانون أول). الاضطرابات النفسية للطلبة المتفوقين ذي العبء المعرفي العالي والواطيء وأقرانهم الآخريين في الجامعات العراقية والأهلية. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية/ جامعة بابل، (24)، 177-151.

قائمة المراجع

- (145) مكنزي، كوام (2013). القلق ونوبات الذعر (هلا أمان الدين، مترجمة). (ط1). الرياض - المملكة السعودية. دار المؤلف.
- (146) ملحم، سامي محمد (2001). الإرشاد والعلاج النفسي - الأسس النظرية والتطبيقية (ط1). عمان - الأردن. دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- (147) مليكة، لويس كامل (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك (ط1). الكويت. دار القلم للنشر والتوزيع.
- (148) منصور، زينب (2010). معجم الأمراض وعلاجها (ط1). عمان - الأردن. دار أسامة للنشر والتوزيع.
- (149) مهلة، محمد الناجي مصطفى (2016، سبتمبر). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين تقدير الذات وتخفيف الاكتئاب لمرضى الاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية بمستشفيات الصحة النفسية بولاية الخرطوم. مجلة العلوم التربوية، 3 (17)، 16-27.
- (150) الميلادي، عبد المنعم (2010). الأمراض والاضطرابات النفسية (د.ط). الإسكندرية - مصر. مؤسسة شباب الجامعة.
- (151) ناصر، محمد جودت (2006، نوفمبر). الأمراض النفسية وأثرها على السلوك الوظيفي. مجلة العلوم الإنسانية - جامعة محمد خيضر بسكرة، (10).
- (152) النجمة، علاء الدين إبراهيم يوسف (2008). مدى فعالية برنامج إرشادي نفسي للتخفيف من أعراض الاكتئاب عند طلاب المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي، الجامعة الإسلامية، غزة.
- (153) نصر، فتحي مهدي محمد (2009). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي في خفض مستوى الاكتئاب وتحسين تقدير الذات لدى الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس بمصر. استرجعت في تاريخ 2017/12/28 من. www.alnodom.com/.../8163-%22
- (154) النفيسة، عبد العزيز بن علي (2015). القلق والاكتئاب لدى طلاب جامعة نايف من المدخنين وغير المدخنين «دراسة مقارنة». المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، 63 (31)، ص132.
- (155) الهر، قدرة عبد الأمير (2008). العنف عند الزوجة وعلاقته بالصحة النفسية لدى الزوجات العربيات المعتنفات في مدينة (مالو) بالسويد، رسالة ماجستير.
- (156) يوسف، جمعة سيد (2001). النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية (د.ط). القاهرة - مصر. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

قائمة المراجع

- (157) يوسف، حدة (2012). فعالية برنامج إرشادي (معرفي- سلوكي) في تنمية بعض المتغيرات الواقية من الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة، رسالة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- (158) الحسن، إحسان محمد (2008). علم اجتماع العنف والإرهاب(ط1)، الأردن-عمان: دار وائل للنشر.
- (159) معتوق، جمال (2011). مدخل إلى سوسولوجيا العنف (د.ط)، الجزائر: بن مرابط للنشر والطباعة.
- (160) مقدم، سهيل (2012، جوان). من أجل استراتيجية فعالة في مواجهة العنف الاجتماعي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 8، 374-389.
- (161) الابراهيم، أسماء بدري (2010). الصحة النفسية لدى النساء الأردنيات المعنفات. مجلة الجامعة الإسلامية، 18(2)، 299-329.
- (162) ضمرة، جلال كايد (2011). أعراض قلق ما بعد الصدمة لدى عينة من النساء المعنفات في الأردن. دراسات، العلوم التربوية 38(2)، 2301-2314.

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

- 163) Corey, G (2012). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (9th.ed). Cengage Learning.
- 164) Depression and Bipolar Support Alliance (2008). *Mood disorders and different kinds of depression*, Retrieved August 08, 2017 from: www.dbsalliance.org/site/DocServer/DBSA_Uni_Bipolar.v3.pdf.
- 165) Flanagan, J.S & Flanagan. R.S (2004). *Counseling and Psychotherapy Theories in Context and Practice – Skills, Strategies, and Techniques* (n.ed). Canada : John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey.
- 166) Hansen, J.T (2006, summer). *Counseling Theories within a postmodernist emistemology: new roles for theories in counseling practice*. *Journal of Counseling & Development*, 84,291-297.
- 167) Lôo, H & Lôo, P (1996). *la dépression* (3.éd). France: Presses Universitaires.
- 168) Minnesota national alliance on mental illness (n.d). *What is mental illness: mental illness facts*, Retrieved August 08, 2017 from: www.namihelps.org/assets/PDFs/fact.../What-is-Mental-Illness.pdf.
- 169) Rey, J.M, & Bella-Awusah. T.T & Liu. J (2015). *Depression in Children and Adolescents*, Retrieved August 12, 2017 from: iacapap.org/wp-content/uploads/E.1-Depression-2015-update.pdf.
- 170) Ritter, H. (1990, spring). *Anxiety*. *Journal of Religion and Health*, 29(1), 49-53.
- 171) World health organization (2003). *Investing in mental health*, Retrieved August 08, 2017 from: www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf.
- 172) قاعة : العلاج المعرفي السلوكي | CBT ... > www.acofps.com

- 173) www.pajk-online.com/ar/2012-06.../452-2013-04-21-13-00-24
- 174) Neylan, M, P (1962, May). *Anxiety*. The American Journal of Nursing, 62(5),110–111.
- 175) Hoeksema, S.N. (2001.Oct.). *Gender Differences in Depression*. *Current Directions in Psychological science*, 10(5),173–176.
- 176) Monroe, M.Scott & Reid. W. (2009.April). *Life Stress and Major Depression*. *Current Directions in Psychological science*, 18(2) ,68–72.
- 177) What causes anxiety? (2016) Retrieved August 12, 2017 from:
<https://www.beyondblue.org.au/the.../anxiety/what-causes-anxiety>.
- 178) Childhood Depression (2005) Retrieved August 13, 2017 from: www.webmd.com/depression/childhood-depression
- 179) Miller, H. (1967, 4 Feb). *Depression*. The British Medical Journal, 1(5535), 257–262.
- 180) Bahls, S.C (2002, 24 Apr).*Depression in childhood and adolescence*:clinical features. *Jornal de Pediatria*, 78(5) ,359–366.

الملاحق

ملحق رقم I: استمارة البيانات الشخصية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

استبانة الدراسة الاستطلاعية

"مقياس تايلور للقلق وقائمة آرون بيك للاكتئاب"

أختي الفاضلة:

في إطار التحضير لأطروحة الدكتوراه الموسومة بـ: "فعالية برنامج إرشادي في خفض حدة بعض الاضطرابات النفسية لدى المرأة المعنفة"، أمامك مقياسين للدراسة، والمطلوب من سيادتكم قراءة كل عبارة منهما والإجابة عليها في الخانة المقابلة حسب ما ينطبق على حالتكم، علماً أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، كما أن إجابتكم ستحفظ في غاية السرية ولن يطلع عليها أحد سوى الباحثة. وأرجوا منكم تسجيل البيانات الشخصية والإجابة على كل العبارات الواردة في المقياسين.

وشكراً مسبقاً على تعاونكم

الباحثة: لبنى بن دعيمة

أولاً. البيانات الشخصية:

الاسم:

العمر:

المهنة:

المستوى التعليمي:

التخصص التعليمي:

الحالة الاجتماعية:

هل تعانين من مرض مزمن: نعم: لا:

. بيانات إضافية (اختيارية):

. نوع العنف الذي تعرضت له: لفظي جسدي نفسي جنسي

. هل تعرضت للعنف: داخل الأسرة ، خارج الأسرة (المجتمع)

الملاحق

ملحق رقم 2: مقياس تايلور للقلق

ثانيا. مقياس تايلور للقلق

أمامك مجموعة من العبارات بالجدول التالي، ضع إشارة (X) تحت خانة نعم أو لا أمام العبارة التي تراها مناسبة لحالتك، وتأكد من الإجابة على كل العبارات.

الرقم	العبارة	نعم	لا
1	نومي مضطرب ومتقطع		
2	مخاوفي قليلة مقارنة بأصدقائي		
3	يمر علي أيام لا أنام بسبب القلق		
4	أعتقد أنني أكثر عصبية من معظم الناس		
5	تنتابني أحلام مزعجة (كوابيس) كل عدة ليالي		
6	لدي متاعب أحيانا في معدتي		
7	غالباً ما ألاحظ أن يداي ترتعشان عندما أحاول القيام بعمل ما		
8	أعاني أحيانا من نوبات إسهال		
9	تثير قلقي أمور العمل والمال		
10	تصيبني نوبات من الغثيان (غمامات النفس)		
11	كثيراً ما أخشى أن يحمر وجهي خجلاً		
12	أشعر بالجوع في كل الأوقات تقريباً		
13	أثق في نفسي كثيراً		
14	أتعب بسهولة		
15	يجعلني الانتظار عصبياً		
16	أشعر بالإثارة إلى درجة أن النوم يتعذر علي		
17	عادةً ما أكون هادئاً		
18	تمر بي فترات من التوتر لا أستطيع خلالها الجلوس طويلاً.		
19	لا أشعر بالسعادة معظم الوقت		
20	من السهل أن أركز ذهني في عمل ما		
21	أشعر بالقلق على شيء ما أو شخص ما طوال الوقت تقريباً		
22	أتهيب الأزمات والشدائد		
23	أتمنى أن أكون سعيداً مثل الآخرين		
24	كثيراً ما أجد نفسي قلقاً على شيء ما		
25	أشعر أحيانا وبشكل مؤكد أنه لا فائدة لي		
26	أشعر أحيانا أنني أتمزق		

الملاحق

		أعرق بسهولة حتى في الأيام الباردة.	27
		الحياة صعبة بالنسبة لي في أغلب الأوقات	28
		لا يقلقني ما يحتمل أن أقابله من سوء حظ	29
		إنني حساس بنفسي لدرجة غير عادية	30
		لاحظت أن قلبي يخفق بشدة وأحيانا تتهيج أنفاسي	31
		أبكي بسهولة.	32
		خشيت أشياء وأشخاص أعرف أنهم لا يستطيعون إيذائي.	33
		لدي قابلية للتأثر بالأحداث تأثرا شديدا	34
		كثيرا ما أصاب بالصداع	35
		لا بد أن أعرف بأنني شعرت بالقلق على أشياء لا قيمة لها	36
		لا أستطيع أن أركز تفكيري في شيء واحد.	37
		أرتبك بسهولة	38
		أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمرّة.	39
		أنا شخص متوتر جدًا	40
		أرتبك أحيانا بدرجة تجعل العرق يتساقط مني بصورة تضايقني	41
		يحمّر وجهي خجلا بدرجة أكبر عندما أتحدث مع الآخرين	42
		أنا أكثر حساسية من غالبية الناس	43
		مرت بي أوقات شعرت خلالها بتراكم الصعاب بحيث لا أستطيع التغلب عليها	44
		أكون متوترا للغاية أثناء قيامي بعمل ما	45
		يदाي وقدماي باردتان في العادة.	46
		أحيانا أحلم بأشياء أفضل الاحتفاظ بها لنفسني	47
		تنقصني الثقة بالنفس.	48
		أصاب أحيانا بالإمساك	49
		لا يحمّر وجهي أبدا من الخجل.	50

التصنيف:

المجموع:

الملاحق

ملحق رقم 3: قائمة آرون ت. بيك الثانية للاكتئاب

ثالثا. قائمة آرون ت. بيك الثانية للاكتئاب

تعليمات:

تتضمن هذه القائمة 21 مجموعة من العبارات، المطلوب منك أن تقرأ كل مجموعة من العبارات على حدا وبناية، ثم تختار من كل منها عبارة واحدة فقط، تصف بطريقة أفضل مشاعرك في الأسبوعين الأخيرين بما في ذلك اليوم، ثم تضع دائرة حول الرقم الذي يشير إلى العبارة التي اخترتها 0 أو 1 أو 2 أو 3. وتأكد من قراءة كل العبارات في كل مجموعة.

1	<p>لا أشعر بالحزن. - 0</p> <p>1- أشعر بالحزن معظم الوقت.</p> <p>2- أشعر بالحزن طول الوقت.</p> <p>3- أشعر بالحزن إلى درجة لا أستطيع تحمل ذلك.</p>
2	<p>0- لم تضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي.</p> <p>1- أشعر بضعف همتي فيما يتعلق بمستقبلي بطريقة أكثر مما تعودت.</p> <p>2- أتوقع ألا تسير الأمور بشكل جيد بالنسبة لي.</p> <p>3- أشعر بأنه لا أمل لي في المستقبل وأنه سوف تزداد الأمور سوءا.</p>
3	<p>0- لا أشعر بأنني شخص فاشل.</p> <p>1- لقد فشلت أكثر مما ينبغي.</p> <p>2- كلما نظرت إلى حياتي السابقة أرى الكثير من الفشل.</p> <p>3- أشعر بأني شخص فاشل تماما.</p>
4	<p>0- أستمتع بالحياة بنفس قدر استمتاعي بها من قبل.</p> <p>1- لا أستمتع بالحياة بنفس القدر الذي اعتدت عليه.</p> <p>2- أحصل على قدر قليل جدا من الاستمتاع بالحياة مما تعودت عليه من قبل.</p> <p>3- لا أستطيع الحصول على أي استمتاع بالحياة كما تعودت أن أستمتع من قبل.</p>
5	<p>0- لا أشعر بالذنب.</p> <p>1- أشعر بالذنب عن العديد من الأشياء التي قمت بها، أو أشياء كان يجب أن أقوم بها ولم أقم بها.</p> <p>2- أشعر بالذنب في معظم الأوقات.</p> <p>3- أشعر بالذنب في كل الأوقات.</p>
6	<p>0- لا أشعر بأني يمكن أن أتعرض للعقاب أو للأذى.</p> <p>1- أشعر بأني يمكن أن أتعرض قليلا للعقاب أو للأذى.</p> <p>2- أشعر بأني يمكن أن أتعرض كثيرا للعقاب أو للأذى.</p>

الملاحق

	3- أشعر بأني سوف أتعرض دائما للعقاب أو للأذى.
7	0- شعوري نحو نفسي عادي. 1- أشعر بأن أمني قد خاب في نفسي. 2- أشعر بالاشتمزاز من نفسي. 3- أكره نفسي.
8	0- لا أنقد ولا ألوم نفسي. 1- أنقد وألوم نفسي أكثر مما تعودت. 2- أنقد وألوم نفسي على كل أخطائي. 3- أنقد وألوم نفسي على كل ما يحدث بسببي من أشياء سيئة.
9	0- ليس لدي أي أفكار للانتحار. 1- لدي أفكار للانتحار ولكن لا يمكنني تنفيذها. 2- أريد أن انتحر. 3- قد انتحر لو سمحت لي الفرصة.
10	0- لا أبكي أكثر مما تعودت. 1- أبكي الآن أكثر مما تعودت. 2- أبكي الآن طوال الوقت. 3- تعودت أن أكون قادرا على البكاء، أما الآن فلا أستطيع البكاء حتى لو أردت ذلك.
11	0- أشعر بالهيجان والإثارة بدرجة عادية. 1- أشعر بالهيجان والإثارة أكثر مما تعودت. 2- أتهيج وأثور إلى درجة أنه من الصعب علي البقاء مستقرا. 3- أتهيج وأثور إلى درجة تدفعني إلى الحركة أو إلى فعل شيء ما.
12	0- لم أفقد الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 1- أنا قليل الاهتمام بالآخرين أو بالأنشطة العادية. 2- فقدت معظم اهتمامي بالآخرين وبكثير من الأمور الأخرى. 3- من الصعب علي أن أهتم بأي شيء.
13	0- أتخذ القرارات بنفس كفاءتي التي تعودت عليها. 1- أجد صعوبة في اتخاذ القرارات. 2- لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر بكثير مما تعودت عليه. 3- لا أستطيع اتخاذ القرارات.
14	0- لا أشعر أنني أبدو أسوء مما كنت. 1- أنا قلق لأنني أبدو أكبر سنا أو أقل جاذبية. 2- أشعر أن هناك تغيرات دائمة في مظهري تجعلني أبدو غير جذاب. 3- أعتقد أنني أبدو قبيحا.

الملاحق

15	<p>0- لدي نفس القدر من الطاقة كما تعودت.</p> <p>1- لدي قدر من الطاقة أقل مما تعودت.</p> <p>2- ليس لدي طاقة كافية لعمل الكثير من الأشياء.</p> <p>3- ليس لدي طاقة لعمل أي شيء.</p>
16	<p>0- أستطيع النوم بشكل جيد كما تعودت.</p> <p>1 - لا أنام جيدا كما كنت معتادا.</p> <p>2- أستيقظ مبكرا ساعة أو ساعتين عن المعتاد، ثم أجد صعوبة في العودة إلى النوم مرة أخرى.</p> <p>3- أستيقظ قبل بضعة ساعات عن مواعي المعتاد، ولا أستطيع العودة إلى النوم ثانية.</p>
17	<p>0- لا أشعر بالتعب أكثر مما المعتاد.</p> <p>1- أتعب بسرعة أكثر مما تعودت.</p> <p>2- أصبح التعب يدركني بسبب القيام بأي عمل تقريبا.</p> <p>3- أشعر بالإرهاق حتى أنني لا أستطيع القيام بأي عمل.</p>
18	<p>0- شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.</p> <p>1- لم تعد شهيتي للطعام جيدة كما كانت من قبل.</p> <p>2- شهيتي الآن أسوء مما كانت بكثير.</p> <p>3- لم يعد لي شهية على الإطلاق.</p>
19	<p>0- لم أفقد كثيرا من وزني مؤخرا.</p> <p>1- نقص وزني أكثر من 2 كيلو غرام.</p> <p>2- نقص وزني أكثر من 5 كيلو غرام.</p> <p>3- نقص وزني أكثر من 7 كيلو غرام.</p>
20	<p>0- لست منشغلا على صحتي أكثر من المعتاد.</p> <p>1- تشغل بالي مشاكل صحية مثل بعض الأوجاع أو الآلام أو اضطراب المعدة أو الإمساك</p> <p>2- أشعر بانشغال البال كثيرا بسبب مشاكل صحية، ومن الصعب علي التفكير في أي شيء آخر.</p> <p>3- أشعر بأن بالي مشغول جدا بخصوص مشكلاتي الصحية لدرجة أنني لا أستطيع التفكير في أي شيء آخر.</p>
21	<p>0- إن اهتمامي بالجنس عادي في هذه الأيام.</p> <p>1- أنا أقل اهتماما بالجنس في هذه الأيام مما تعودت.</p> <p>2- أنا أقل اهتماما بالجنس بدرجة كبيرة في هذه الأيام.</p> <p>3- فقدت الاهتمام بالجنس تماما.</p>

ملحق رقم 4: أماكن إجراء الدراسة الاستطلاعية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سطيف
المديرية الفرعية للموارد البشرية
مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات
الرقم. ح.2.6. /م.ف.م.ب/م ت م ب م/2017

ترخيص

إن مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية سطيف الموقع أدناه ، يرخص
للسيدة (ة) : لبنى بن دعيمة طالبة بكلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية قسم
علم النفس و علوم التربية و الارطوفونيا خلال العطلة الدراسية لسنة 2018/2017
من أجل إجراء تريض ميداني تحت إشراف الطبيب مسؤول
الوحدة و مسؤول المصلحة شبه الطبي لوحدة الكشف و المتابعة
المدرسية لمدة 03 اشهر ابتداء من تاريخ : 02 JAN 2017.....

31 DEC 2017
سطيف في:.....
المدير
بمساعدة السيدة للصحة الجوارية - سطيف
مكتب تسيير الموارد البشرية
جمايوني فيصل



الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
بمهامه مطبف
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس و علوم التربية والأرطوفونيا

إلى السيدة: رئيسة محكمة إصباح شرقي
بالمستشفى الخامس - سعادنة عبد النور

الموضوع: تصريح بالتربص

تحية طيبة وبعد،

يشرفني أن التمس من سيادتكم الترخيص للطلبة الآتية أسماؤهم:

1- الاسم اللقب: لبنة بن حعيمة
2- الاسم اللقب:
3- الاسم اللقب:
4- الاسم اللقب:

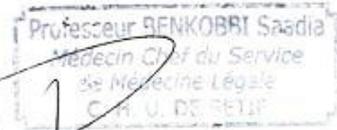
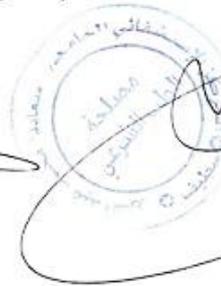
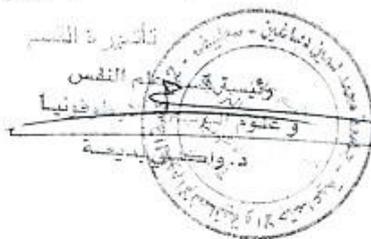
تفضلين علم رهنق

الرجوع إلى مؤسستكم لإجراء الدراس الطبية الخاصة بالأمراض العصبية
والملاحظات و المخرجات الميدانية طيلة فترة التربص التي ستستمر خلال الفترة:

من سهر جانفي إلى نهاية سبتمبر ما عدا

كثيرا منا فائق الاحترام و التقدير.

مطبفا في: 2018/01/09



الملاحق

ملحق رقم 5: استمارة تحكيم البرنامج الإرشادي المقترح

جامعة باتنة 1

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

الموضوع: طلب تحكيم برنامج إرشادي

إشراف الأستاذة الدكتورة: بركو مزوز

إعداد الطالبة: لبنى بن دعيمة

– بيانات حول الأستاذ المحكم:

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	التخصص	الجامعة

أستاذي(ة) الفاضل(ة)

تحية طيبة أما بعد:

في إطار التحضير لأطروحة الدكتوراه الموسومة بـ: "فعالية برنامج إرشادي لخفض حدة بعض الاضطرابات النفسية لدى المرأة المعنفة". أضع بين أيديكم هذا البرنامج الإرشادي (المعربي السلوكي)، والذي يهدف إلى خفض القلق والاكتئاب لدى المرأة المعنفة، وذلك باستخدام الفنيات المعرفية السلوكية المتمثلة في: المحاضرة المختصرة، المناقشة والحوار، إعادة البناء المعرفي، النمذجة، الحوار الذاتي، الاسترخاء، صرف الانتباه، المراقبة الذاتية، الدعابة والسخرية، الواجبات المنزلية. واشتمل البرنامج على عشر (10) جلسات إرشادية فردية، وجلسة تتبعية، مدة كل منها ما بين 45-60 دقيقة.

لذا أرجوا منكم بعد الاطلاع على محتوى البرنامج إبداء ملاحظاتكم في الجوانب التالية، بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة:

– من حيث التصميم:

الرقم	الموضوع	الحكم		ملاحظات
		موافق	غير موافق	
1	عنوان البرنامج			
2	الهدف من البرنامج			
3	خطوات التطبيق			
4	عدد الجلسات			

الملاحق

			الفنيات المستخدمة	5
			زمن الجلسة	6
			طريقة تطبيق البرنامج	7

- من حيث المحتوى:

ملاحظات	الفنيات المستخدمة		هدف كل جلسة		رقم الجلسة
	غير مناسب	مناسب	غير مناسب	مناسب	
					الجلستين الأولى والثانية
					الجلسة الثالثة
					الجلسة الرابعة
					الجلسة الخامسة
					الجلسة السادسة
					الجلسة السابعة
					الجلسة الثامنة
					الجلسات التاسعة، العاشرة والحادية عشر

- اقتراح ما ترونه مناسباً:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الملاحق

قائمة بأسماء الأساتذة المحكمين للبرنامج الإرشادي

الرقم	الاسم واللقب	التخصص الأكاديمي	الجامعة
1	أ.د صلاح الدين تغليت	علم النفس العيادي	سطيف 2
2	د. أحمد بن علي المعشني	إرشاد نفسي	ظفار. سلطنة عمان
3	د. حسان سخسوخ	علم النفس العيادي	أم البواقي
4	د. رتيبة جبار	علم النفس العيادي	سطيف 2
5	د. فاطمة مقدم	إرشاد وتوجيه	سطيف 2
6	د. اسمهان عزوز	علم النفس العيادي	سطيف 2
7	د. يوسف خنيش	إدارة تربوية	سطيف 2
8	د. صالح عتوتة	علم النفس المدرسي	سطيف 2
9	د. علطي صوفية	علم العمل والتنظيم وإدارة الموارد البشرية	سطيف 2

ملحق رقم 6: نماذج من الواجبات المنزلية الخاصة بالبرنامج الإرشادي

1. تمرين المراقبة الذاتية
2. جدول تسجيل الأفكار
3. جدول التشويبهات المعرفية
4. تمرين الاسترخاء والتنفس العميق
5. تمرين صرف الانتباه
6. تمرين الاسترخاء العضلي والتنفس العميق

الملاحق

تمرين المراقبة الذاتية:

1. تتمثل أكثر المواقف والأحداث التي تسبب لي القلق فيما يلي:

..... —
..... —
..... —
..... —
..... —
..... —

2. وخلال هذه الحالة من القلق أفكر بـ:

..... —
..... —
..... —
..... —
..... —
..... —

3. وحينها أشعر بـ:

..... —
..... —
..... —
..... —
..... —
..... —

الملاحق

4. تتمثل أكثر المواقف والأحداث التي تسبب لي الحزن والاكئاب فيما يلي:

..... —
..... —
..... —
..... —
..... —
..... —

5. وخلال هذه الحالة من الحزن والاكئاب أفكر بـ:

..... —
..... —
..... —
..... —
..... —
..... —

6. وحينها أشعر بـ:

..... —
..... —
..... —
..... —
..... —
..... —

الملاحق

جدول تسجيل الأفكار

توجيهات: عندما تلاحظ أن تغييرا مزاجيا للأسوأ حدث لك عليك أن تسأل نفسك " ما الذي يدور في ذهنك الآن؟" وبأسرع ما يمكن أكتب الفكرة أو الصورة الذهنية في عمود الأفكار الذاتية. ثم أدرس مدى واقعية ودقة هذه الأفكار.

التاريخ	الموقف: أين كنت وماذا كان يحدث عندما شعرت بالضيق؟	الانفعالات: ما الانفعالات (جزء، قلق، غضب... الخ) التي شعرت بها حينئذٍ؟ قدر شدة كل منها (0-100)	الأفكار الذاتية: ما هي الأفكار والصور التي مرت بذهنك حينئذٍ؟ قدر اعتقادك في كل منها (0-100)	الاستجابات البدئية: استخدم الأسئلة التي في أسفل الصفحة لعمل استجابات للأفكار الذاتية. قدر اعتقادك في كل منها (0-100) استمع أيضا بتألمة المشوهمات الممكنة.	النتيجة: أعد تقدير اعتقادك في الأفكار الذاتية (0-100) واعتقادك في الانفعالات المصاحبة (0-100)

الملاحق

- ما الدليل على أن هذه الفكرة الذاتية صحيحة؟ وما الدليل على أنها ليست صحيحة؟
- هل هناك تفسيرات بديلة لهذا الحدث أو طرق بديلة لرؤية الموقف؟
- ماذا يعني أن تكون الفكرة الذاتية صحيحة؟ ما هو أكثر شيء فيها يدعو للضيق؟ ما هي النظرة الأكثر واقعية لها؟ وما الذي يمكن أن أفعله بخصوصها؟
- ما الذي يمكن أن تقوله لصديق حميم يمر بنفس الموقف؟ (إبراهيم، 2006، ص 332).

الملاحق

أساليب التفكير (الخاطئ) أو التشويهات المعرفية التي تسهم في حدوث الاكتئاب

(حسب Aaron Beck)

أسلوب التفكير	معناه
التضخيم والمبالغة	إضفاء دلالات مبالغ فيها على الموضوعات المحايدة، أو التي يتعذر تفسيرها. والمبالغة في إدراك جوانب القصور الذاتي والتقليل من المزايا الشخصية والنجاح الشخصي.
التعميم الزائد	تعميم خبرة سلبية منعزلة على الذات ككل.
الكل أو لا شيء	النظر إلى الأشياء بصورة مطلقة وتقسيمها إما إيجابية تماما أو سلبية تماما (تقسيم الأمور إلى فئة أبيض وأسود فقط)
عزل الأشياء عن سياقها	أو الانتقاء السلبي، يعني عزل خاصية عن سياقها العام، مع ربطها بسياق آخر لا علاقة له بالنتيجة السلبية السابقة.
التفسير السلبي لما هو إيجابي	تفسير الأمور التي يكون من الواضح أنها إيجابية وطيبة، تفسيرها سلبيا (مثلا حب الناس لي وتقديرهم شفقة على حالي وليس لأشياء إيجابية لدي).
القفز إلى النتائج	إدراك أن الموقف ينطوي على تهديد وخطر وامتهان من دون أن تكون هناك دلائل على ذلك.
قراءة المستقبل سلبيا وحتميا	التوقع السلبي للمستقبل والتصرف كما لو كان هذا التوقع حقيقة.
التأويل الشخصي للأمور	أن ينسب الشخص لنفسه مسؤولية النتائج السلبية في المواقف التي يمر بها. فبدلا من قول: "لقد فعلت خطأ" فإنك تقول لنفسك "إنني شخص أحمق"
استخدام عبارة "لو" أو جملة "يجب أن" كثيرا	لانتقاد نفسك أو الناس الآخرين بقول: "يجب أن يفعلوا... أو" كان يجب ألا يفعلوا" أو "لو أنني فعلت كذا..."

تمرين الاسترخاء:

للتخلص من القلق قومي بإتباع الخطوات التالية:

1. استلقي على سطح مستوي (سرير).
2. ضعي إحدى يديك على بطنك أعلى السرة بقليل.
3. ضعي يدك الأخرى على صدرك.
4. تنفسي ببطء وحاولي أن تجعلي بطنك يرتفع قليلا.
5. احبسي أنفاسك لمدة ثانية واحدة فقط.
6. تنفسي ببطء، اجعلي الهواء يخرج من فمك واجعلي بطنك ترجع إلى مكانها الطبيعي.
7. استنشقي الهواء من الأنف ودعيه يخرج من الفم.
8. حاولي إرخاء كل عضلات جسمك.
9. ابدئي بإرخاء يدك اليمنى ثم اليسرى ثم انتقلي إلى الرجل اليمنى ثم اليسرى وهكذا حتى تكلمي بقية الأعضاء.
10. استمري في التنفس العميق.
11. افتحي عينيك بهدوء وتحركي ببطء وهدوء.
12. قومي بهذه التمارين لمدة 15 دقيقة قبل النوم وعندما تشعرين بالشد العضلي.

تمارين صرف الانتباه

- 1- اتصل بصديق قديم
- 2- اكتب أي خواطر تدور في ذهنك ... فالكتابة تساعد الذهن على التخلص من إحساس البؤس والشقاء وتقطع دائرة التفكير المرضى المستمر.
- 3- اقرأ القرآن أو الإنجيل وأنصت له.
- 4- استمع إلى أغنيتك المفضلة ... خصوصاً تلك التي لها تأثير إيجابي وتعطيك شحنة عاطفية إيجابية محببة لك.
- 5- عبر عن شيء إيجابي فيك
- 6- اقرأ ... أي شيء وكل شيء ... اذهب إلى المكتبة واختر الكتب التي كنت تود أن تقرأها منذ مدة طويلة ... ثقف نفسك وأطلع على الكتب التي تحوي معلومات عن الاكتئاب وأعراضه وكيف تتخلص منه والكتب التي تحوي تجارب بعض الكتاب الذين عانوا من الاكتئاب واستطاعوا التغلب على هذا المرض.
- 7- تعرف على شخصية جديدة
- 8- إذا كنت تحس بأنك خطر على نفسك (وجود أفكار انتحارية) حاول ألا تكون بمفردك ... اتصل بالأهل من حولك وكن معهم دائماً.
- 9- تذكر أن تأكل بصورة منتظمة ... ولاحظ ما إذا كان تناول بعض الأطعمة (مثل السكريات أو القهوة، أو الشوكولا) لها تأثير على مزاجك.
- 10- حاول أن تأخذ حمام دافئ يهدأ من نفسك وأن تعطر نفسك بعد أخذ هـ.
- 11- إذا كان لديك جهاز حاسوب حاول أن تتجول في بعض البرامج خصوصاً إذا كنت مشتركاً في برامج الإنترنت
- 12- اذهب لجولة طويلة وأمشى مسافة طويلة
- 13- حاول أن تعد لنفسك وجبة شهية كنت تحبها دائماً.

- 14 قم بمداعبة طفل أو حيوان.
- 15 اشترى لنفسك هدية كنت ترغب فيها.
- 16 شاهد منظراً جميلاً وركز فيه مدة من الوقت.
- 17 اجتمع مع من تحب
- 18 قم بعمل تطوعي لمساعدة محتاج.
- 19 مارس بعض التمارين الرياضية عندما تكون خارج منزلك ولكن بطريقة بسيطة وبدون إجهاد شديد.
- 20 اذهب لخارج البيت وحاول أن تنظر إلى السماء.
- 21 حاول أن تغني أغنية مفضلة وبصوت مسموع وأستغرق في الغناء مدة، ومن الممكن أن يكون ذلك بعيداً عن الآخرين في أي مكان بعيد.
- 22 اشترى بعض الأزهار وضعها أمامك وتأملها فترة من الوقت.
- 23 قم بزيارة دور العبادة واقضي وقتاً طويلاً فيها.
- 24 تخيل شيئاً جديداً سيحدث في المستقبل.
- 25 امتدح شيئاً إيجابياً في آخر.
- 26 كون صورة ذهنية لشخص أو مكان جميل أعجبك.

تمارين الاسترخاء العضلي

التمرين الأول: تدريبات التنفس

- خذ نفساً عميقاً (شهيقاً) وأحبسه لمدة ثانية واحدة. الشهيق الكامل يؤدي الشعور بالتوتر.
- أطلق النفس (التنفس) تدريجياً (الزفير) أثناء العد تنازلياً من ثلاثة إلى واحد (3، 2، 1)، الزفير يؤدي إلى الشعور بالاسترخاء أو إزالة حالة التوتر
- حاول أن تستمتع بحالة الاسترخاء التي تكون عليها بعد إطلاق النفس.
- كرر العملية السابقة ثلاث مرات.

التمرين الثاني: تدريبات الذراعين

- استرخ إلى أقصى درجة ممكنة ثم أغمض عينيك (لحظة صمت) وجه كل انتباهك إلى ذراعك اليمين أولاً، كل انتباهك الآن وتركيزك على ذراعك اليمين، الذراع اليمين بشكل خاص
- أقبض كفك اليمين بشدة مع شد ذراعك إلى أقصى درجة (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك اليمنى وعضلات مقدمة الذراع اليمنى تنقبض وتتوتر
- ركز على هذا التوتر الشديد الناتج عن هذا النشاط.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان.
- افتح يدك اليمنى وأرخها تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى يصل إلى حالة استرخاء تام.
- لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء، واستمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها حالياً لفترة من الوقت (عشر ثوان صمت)
- كرر هذا التمرين ثلاث مرات حتى تتمكن من ضبط هذه العضلات بشكل جيد.
- لنتجه الآن لليد اليسرى.
- أغلق الآن يدك اليسرى بشدة مع شد ذراعك إلى أقصى درجة ولاحظ أن عضلات يدك اليسرى وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر.
- ركز على التوتر والشد الناتج عن هذا النشاط.

الملاحق

- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان.
- افتح يدك اليسرى وأرخها تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى يصل إلى حالة استرخاء تام.
- لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وما هي عليه الآن من استرخاء، استمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها حالياً لفترة من الوقت.
- كرر هذا التمرين ثلاث مرات حتى تتمكن من ضبط هذه العضلات بشكل جيد.
- **الآن دعنا نتجه إلى راحة اليدين**
- اثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد.
- لاحظ هذا التوتر.
- الآن استرخ وعد بمعصمك إلى وضعه الطبيعي المريح.
- لاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء.
- كرر هذا التدريب مرة أخرى.
- الآن اترك يديك مسترخيتين تماماً، وانتقل إلى عضلة الذراع اليمنى.
- اثني كوعك الأيمن لتشد عضلة الذراع الأمامية اليمنى وعضلات الساعد الأيمن.
- شد العضلات بقوة أكبر وركز على الإحساس بالشد.
- افرد ذراعك الأيمن وأرخيه تماماً.
- لاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من استرخاء تحس به الآن.
- كرر هذا التمرين مرة أخرى.
- ننتقل بعدها للذراع الأيسر
- اثني كوعك الأيسر لتشد عضلة الذراع الأمامية اليسرى وعضلات الساعد الأيسر.
- شد العضلات بقوة أكبر وركز على التوتر والشد.
- افرد ذراعك الأيسر وأرخيه تماماً.

الملاحق

- لاحظ الفرق بين التوتر السابق في عضلات الذراع وما هي عليه الآن من استرخاء تحس به الآن.
- الآن اترك العضلات على سجيتها أكثر فأكثر لمدة عشر ثوان.

التمرين الثالث: تدريبات الرجلين

- استرخ إلى أقصى درجة ممكنة.
- أفرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع، افردهما حتى تلاحظ التوتر المستشار في منطقة الفخذ.
- الآن استرخ ودع ساقيك يسترخيان.
- لاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الآن من وضع مريح.
- اجذب قدمك اليمنى باتجاهك إلى أقصى درجة ممكنة، مع شد كامل لرجلك كلما أمكن.
- حافظ على وضع الشد هذا لمدة عشر ثوان حتى تشعر بالتوتر والإجهاد.
- أرخ عضلات رجلك اليمنى تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى تصل إلى حالة استرخاء كامل.
- لاحظ كيف تشعر وعضلات رجلك في حالة استرخاء تام بعد عملية الشد التي قمت بها. هل يوجد فرق؟
- استمتع بالفرق بين حالتي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.
- كرر نفس التمرين مع رجلك اليسرى بحيث تبدأ بالآتي:
- اجذب قدمك اليسرى باتجاهك إلى أقصى درجة ممكنة، مع شد كامل لرجلك اليسرى كلما أمكن.
- حافظ على وضع الشد هذا لمدة عشر ثوان حتى تشعر بالتوتر والإجهاد.
- أرخ عضلات رجلك اليسرى تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد) حتى تصل إلى حالة استرخاء كامل.
- لاحظ كيف تشعر وعضلات رجلك في حالة استرخاء تام بعد عملية الشد التي قمت بها. هل يوجد فرق؟

الملاحق

- استمتع بالفرق بين حالي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.

التمرين الرابع: عضلات الكتفين

- الآن دعنا نتحول إلى منطقة أخرى أي الكتفين
- ارفع كتفك إلى أقصى نقطة تستطيعها باتجاه الأذنين.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان مع التركيز على حالة الشد العضلي والتوتر في هذه المنطقة.
- أرخ عضلات الكتفين تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء في منطقة الكتفين. وهل يوجد فرق؟
- استمتع بالفرق بين حالي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.
- كرر ذلك مرة ثانية.

التمرين الخامس: عضلات الوجه

- عضلات الجبهة
- الآن أرجو أن تعطي اهتماماً خاصاً للجبهة.
- حاول أن تشد عضلات جبهتك عن طريق النظر إلى أعلى بأقصى ما تستطيع.
- حاول أن تتعرف على مكان الشد في هذه الأثناء. هل تشعر بالتوتر في منطقة الجبهة؟
- أرخ عضلات جبهتك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.
- عضلات العينين
- أغلق عينيك بإحكام شديد حتى تشعر بوجود توتر يحيط بالعضلات بالمحيط بالعينين.
- حاول أن تركز اهتمامك على منطقة العينين، هل تشعر بالتوتر في منطقة العينين؟
- افتح عينيك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).

الملاحق

- لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء في منطقة العينين. هل يوجد فرق؟
- استمتع بالفرق بين حالي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان .
- عضلات الفكين
- أطبق فكيك بإحكام كما لو أنك تعض على شيء بقوة.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان. هل تشعر بالتوتر في منطقة الفكين؟
- أرخ عضلات فكك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء في منطقة الفكين. هل يوجد فرق؟
- استمتع بالفرق بين حالي الشد والاسترخاء لمدة عشر ثوان.

التمرين السادس: عضلة الرقبة

- ادفع برأسك إلى الخلف بشدة كما لو أنك تريد أن تشاهد شيئاً خلفك بشكل مقلوب مع المحافظة على استقامة الظهر.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الرقبة؟
- ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء في منطقة الرقبة، هل يوجد فرق؟
- كرر الحركة السابقة للرقبة في الاتجاهات الأخرى (أمام، يمين، يسار).
- بعد استكمال دفع الرقبة بالاتجاهات الأربعة وشعورك بالتوتر، حاول الآن الاستمتاع بحالة الاسترخاء.

التمرين السابع: عضلات الصدر

- حاول أن تطبق كتفيك بقوة إلى الأمام كأنك تريد أن يتلامسا في منتصف الصدر.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الصدر؟
- ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء في منطقة الصدر، هل يوجد فرق؟

الملاحق

- استمتع بحالة الاسترخاء التي تشعر بها الآن.

التمرين الثامن: عضلات الظهر

- حاول أن تجذب كوعيك إلى الخلف بقوة كأنك تريد أن يتلامسا وراء ظهرك.

- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان. هل تشعر بالتوتر في منطقة الظهر؟

- ارجع إلى الوضع العادي تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من عشرة إلى واحد).

- حاول أن تقوس ظهرك إلى الأمام كما لو أنك تريد أن تلتصق رأسك ببطنك.

- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الظهر؟

- لاحظ الفرق بين حالي الشد والتوتر، هل يوجد فرق؟

- استمتع بحالة الاسترخاء التي تشعر بها الآن.

- خذ نفساً عميقاً (شهيقاً) وامسكه لمدة خمس ثوان ولاحظ حالة التوتر التي تعيشها الآن. إن التوتر سوف

ينتشر في معظم الأعضاء التي مارست فيها تدريبات الاسترخاء

- أطلق النفس تدريجياً (زفير) واسترخ مع الاستقرار في تنفسك العادي.

التمرين التاسع: عضلات البطن:

- حاول أن تشد بطنك إلى الداخل بقوة.

- حافظ على الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة البطن؟

- أرخ عضلات بطنك تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من عشرة إلى واحد).

- لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء، هل يوجد فرق؟

- استمتع بحالة الاسترخاء التي تعيشها الآن.

- خذ نفساً عميقاً (شهيقاً) وامسكه لمدة عشر ثوان ولاحظ حالة التوتر التي تعيشها الآن. إن التوتر سوف

ينتشر في معظم أنحاء جسدك التي حصلت على تدريبات الاسترخاء

- أطلق النفس الآن (زفير) تدريجياً وحاول أن تستمر في تنفسك العادي.

التمرين العاشر: عضلات الرجلين.

- مد ساقك الأيمن مع أصابع القدم بقدر ما تستطيع من قوة حتى تشعر بالتوتر والإجهاد في منطقة الساق والفخذ.
- أرخ عضلات ساقك الأيمن مع أصابع القدم تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء.
- اجذب قدمك اليمنى باتجاهك بقدر ما تستطيع.
- حافظ على هذا الوضع لمدة عشر ثوان، هل تشعر بالتوتر في منطقة الرجل اليمنى؟
- أرخ عضلات الرجل اليمنى تدريجياً (أثناء العد تنازلياً من خمسة إلى واحد).
- لاحظ الفرق بين حالي الشد والاسترخاء، هل يوجد فرق؟
- كرر نفس التدريب مع رجلك اليسرى.
- كرر نفس التدريب للرجلين مع بعض.
- استمتع بحالة الاسترخاء التي تحصل عليها بعد الانتهاء من تكرار التدريب.
- وأخيراً بعد أن قمت بإجراء تدريبات الاسترخاء على جميع عضلات الجسم، حاول أن تجري جميع التدريبات الآن مع التركيز على الفرق بين حالي الشد والاسترخاء بعد الانتهاء من كل تمرين. كذلك حاول أن تستمتع بحالة الاسترخاء التي تكون عليها بعد الانتهاء من التمرينات، قد تواجهك بعض الصعوبات مع بعض العضلات، فهذا الأمر معتاد، ويجب ألا يقلقك، بل حاول تكرار التمرين حتى تشعر بالفرق بين الحالتين وتستمتع به، إنه من المهم أن تصل إلى هذه المرحلة وإلا لن تحصل على نتائج إيجابية من تدريباتك على الاسترخاء.

الملاحق

ملحق رقم 7: نماذج من الواجبات المنزلية المنجزة لإحدى المفحوصتين

جدول تسجيل الأفكار

توجيهات: عندما تلاحظ أن تغير مزاجي الأسماء حدث لك عليك أن تسأل نفسك " ما الذي يدور في ذهنك الآن" وياشرح ما يمكن أكبر الفكرة أو الصورة الذهنية في عمود الأفكار الذاتية. ثم أدرس مدى واقعية ودقة هذه الأفكار.

التاريخ	الموقف: أين كنت وماذا كان يحدث عندما شعرت بالهيق؟	الانفعالات: ما الانفعالات (حزن، قلق، غضب... الخ) التي شعرت بها حينها؟ قدر شدة كل منها (100-0)	الأفكار الذاتية: ما هي الأفكار والصور التي مرت بذهنك حينها؟ قدر اعتقادك في كل منها (100-0)	الاستجابات البديلة: استخدم الأسئلة التي في أسفل الصفحة لعمل استجابات للأفكار الذاتية. قدر اعتقادك في كل منها (100-0) استمع أيضا لقائمة التوجيهات الممكنة.	النتيجة: أعد تقدير اعتقادك في الأفكار الذاتية (100-0) واعتقادك في الانفعالات المصاحبة (100-0)
2018/03/14	كنت في المنزل فحدثت نفسي قمت بتسليم قمتي مع أوهام للمعز والجنس سورت بطريقة كما هيته 0%	الانزعج والألم الذي دفعتني إلى العزلة وسلا شعرت أن شعرتني والمساعدة شريط ميثاقى بعدد من السموات والارضات 0% بشدة	شعرتنا م زهم سيخرونى من حزين فضع لهم تجربوا ما تجربنا ولم يتوروا بما مرونا كل حبا لهم مراتنا سعيدة 0%	سعدنا فكرت وسجيت م ما مرونا به هو مجرد ابتلاء وليس سيماحهه يسر يونا ما ولست الوصيرة التي عانينا من ذلك 50%	أذكر ستجاذف ورسطيني كل هذه الكوايبين سونا ما
2018/03/14	كنت في المنزل فحدثت نفسي قمت بتسليم قمتي مع أوهام للمعز والجنس سورت بطريقة كما هيته 0%	الانزعج والألم الذي دفعتني إلى العزلة وسلا شعرت أن شعرتني والمساعدة شريط ميثاقى بعدد من السموات والارضات 0% بشدة	شعرتنا م زهم سيخرونى من حزين فضع لهم تجربوا ما تجربنا ولم يتوروا بما مرونا كل حبا لهم مراتنا سعيدة 0%	سعدنا فكرت وسجيت م ما مرونا به هو مجرد ابتلاء وليس سيماحهه يسر يونا ما ولست الوصيرة التي عانينا من ذلك 50%	أذكر ستجاذف ورسطيني كل هذه الكوايبين سونا ما
2018/03/14	كنت في المنزل فحدثت نفسي قمت بتسليم قمتي مع أوهام للمعز والجنس سورت بطريقة كما هيته 0%	الانزعج والألم الذي دفعتني إلى العزلة وسلا شعرت أن شعرتني والمساعدة شريط ميثاقى بعدد من السموات والارضات 0% بشدة	شعرتنا م زهم سيخرونى من حزين فضع لهم تجربوا ما تجربنا ولم يتوروا بما مرونا كل حبا لهم مراتنا سعيدة 0%	سعدنا فكرت وسجيت م ما مرونا به هو مجرد ابتلاء وليس سيماحهه يسر يونا ما ولست الوصيرة التي عانينا من ذلك 50%	أذكر ستجاذف ورسطيني كل هذه الكوايبين سونا ما
2018/03/14	كنت في المنزل فحدثت نفسي قمت بتسليم قمتي مع أوهام للمعز والجنس سورت بطريقة كما هيته 0%	الانزعج والألم الذي دفعتني إلى العزلة وسلا شعرت أن شعرتني والمساعدة شريط ميثاقى بعدد من السموات والارضات 0% بشدة	شعرتنا م زهم سيخرونى من حزين فضع لهم تجربوا ما تجربنا ولم يتوروا بما مرونا كل حبا لهم مراتنا سعيدة 0%	سعدنا فكرت وسجيت م ما مرونا به هو مجرد ابتلاء وليس سيماحهه يسر يونا ما ولست الوصيرة التي عانينا من ذلك 50%	أذكر ستجاذف ورسطيني كل هذه الكوايبين سونا ما

هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	نحن من الرصد من الرضا علينا كمن لا يرى في شرك تسيهي 90%	نحن من الرصد من الرضا علينا كمن لا يرى في شرك تسيهي 90%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%
هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%
هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%	هل يرى مجتمعنا و كذلك عدد سكانه و هناك من يحررت صدرها كثيرا 100%

- ما الدليل على أن هذه الفكرة الذاتية صحيحة؟ وما الدليل على أنها ليست صحيحة؟
- هل هناك تفسيرات بديلة فلما الحدث أو طرق بديلة لرؤية الموقف؟
- ماذا يعني أن تكون الفكرة الذاتية صحيحة؟ ما هو أكثر شيء فيها يدعو للثيق؟ ما هي النظرة الأكثر واقعية لها؟ وما الذي يمكن أن أفعله بخصوصها؟
- ما الذي يمكن أن نقوله لصديق حجم يمر بنفس الموقف؟

1. تتمثل أكثر المواقف والأحداث التي تسبب لي القلق فيما يلي:

- عند ما تفتش بما هو بعيد الامتحان P. و P. في موعد بتطلبنا من الاستعداد
- عند غياب P. جد عائلتي (P. فراد) لا أكثر من 3 ساعات خاصة P. في
- P. تحمل الانتظار و P. يريد دائما ان ينهي كل P. من P. بسرعة
- عند ما P. في بيتنا هنا بعد قون في كثير P. في P. في P. في
- عند ما يلج P. جد ما علينا بطرح سؤال ما بك
- P. فلما لا نبي... P. في كثير من العيوب ما بها جسمي و خاصة بوزن البطن

2. وخلال هذه الحالة من القلق أفكر بـ:

- P. نبي و جيد P. و ان هذا الامر يسبب و حتى الموت و ربما P. ان يعموا P. في
- P. في P. في
- ان الانتظار و P. في الامور بطيئ بسبب علي P. في جسمي و يفوز غيري
- P. في P. في
- P. في P. في
- P. في P. في

3. وحينها أشعر بـ:

- P. في P. في
- P. في P. في
- P. في P. في
- P. في P. في
- P. في P. في
- P. في P. في

4. تتمثل أكثر المواقف والأحداث التي تسبب لي الحزن والاكتئاب فيما يلي:

- أنا أتحدث مع أحمد عن آلامه و لكنني أنا لا أبتعد عن بيبي.....
- أن أخرج من البيت والتوجه نحو المدرسة و لقلد الهدايا
- أن يخرج أحمد فيا و يهوى أنا و يتحدث عن الرقبة.....
- أنا يتحدث بعضا أفراد عائلتي عن ما عانيته و يهزك
- لأنني أنا أشاء بوبي قمت بإفصال ممتكة أنا موتة قهرا
- أنا أحمد نفسي و جيدة عندها بسببنا نزلت حد يقاقي لجا

5. وخلال هذه الحالة من الحزن والاكتئاب أفكر بـ:

- أفكر بوبي و جيا أنا أنا بقا داخل المنزل و أنا عاد و
- أنا جيا في غرفة بضممتي وأسمع موسيقى الحزن
- لا أتق أنا ما يرحل حد يقاقي بتركتني لاني بسيرة
- أنت ما كان بريا عليا أنا أنا فعل ذلك الممور التي
- جعلت الكل يهزك و أنا و ليقول عني مسكيت
- لماذا تحدثت عني كل ذلك يا السبيل

6. وحينها أشعر بـ:

- أنا حياتي على و شكك انه نهار و أنا بتي خسر كل شيء
- أنا أحمد بعمه أنا أنا بيا فا عدة
- أنا فقدت قيني داخل أنا أنا و داخل المجمع
- بجد ما حصل عني أنا بسيرة و فائسلة و لا أشاء حقا الحياة
- أنا أشعر أنني ارفقت عائلتي و جامة أنا و أنته بسم مني
- أنا الكل يهزني و لا يوجد أنا أنا عشتا الستة
- أشعر أنني موتة و فقدتني في الحياة